

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

Ўқув бўлими
томонидан рўйхатга
олинди № _____
« ____ » _____ 2019 й.

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўқув ишлари проректори
т.ф.н., доц. _____ Г.Ж.Жарилкасинова
“ ____ ” _____ 2019 й.

**ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИ
ЎҚУВ МАЖМУАСИ**

Таълим йўналиши

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Тузувчилар :

Мирходжаев И.А. –т.ф.н.,доцент

Ҳамдамов Б.З. – т.ф.н.,доцент

Такризчилар:

Т.ф.н.доц. _____

Т.ф.н. доц. _____

Бухоро-2019й

МУНДАРИЖА

1	Аннотация	
2	Давлат Таълим Стандарти	
3	Фаннинг ўқув дастури	
4	Фаннинг ишчи ўқув дастури (тасдиқланган шакл бўйича)	
5	Рейтинг низоми	
6	Мустақил иш низоми	
7	Маъруза машғулотлари услубий ишланмалари ва кўрсатмалари	
7.1.	Маъруза мавзулари № 1,2	
7.2.	Таълим бериш технологиясининг модели	
7.3.	Маърузанинг технологик картаси	
7.4.	Маъруза баёни ва услубий кўрсатмалар	
8	Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва кўрсатмалари	
8.1.	Амалий машғулот № 1, 2(амалий машғулотларнинг ҳаммаси бетлари билан кўрсатилиши керак)	
8.2	Таълим бериш технологиясининг модели	
8.3.	Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва технологик картаси	
8.4.	Амалий машғулот № 1 (амалий машғулотларнинг ҳаммаси, бетлари билан кўрсатилиши керак)	
9	Мустақил иш машғулотлар тематик иш режаси	
9.1	Мустақил иш мавзулари бўйича тест саволлари	
10	Кўргазма тақдимот слайдлари (электрон мажмуага)	
11	Фан бўйича якуний назорат шакллари	
11.1	Фан бўйича назорат материаллари: оралиқ назорат тестлари якуний баҳолаш тестлари	
12	Инновацион таълим технологиялари: техник воситалар билан таъминланганлик ва электрон таълим материаллар рўйхати: электрон дарсликлар амалий компьютер дастурлари	

	<p>видео материаллар</p> <p>аудио материаллар</p> <p>(Қоғозли вариантнинг рўйхати, электрон вариантыда рўйхатидаги материалнинг ўзи)</p>	
13	<p>Фан бўйича адабиётлар:</p> <p>асосий адабиётлар</p> <p>қўшимча адабиётлар</p> <p>монографиялар рўйхати</p> <p>диссертациялар рўйхати</p> <p>институт АРМ ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати</p> <p>интернет сайти</p>	
14	Глоссарий	
15	Мундарижа	

1. Аннотация

Факултет ва госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фоолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолини соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факултет ва госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фанни ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машгулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фанни ўқитишдан мақсад – талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифалари:

Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.

Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.

Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.

Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.

Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.

Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.

Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

2. Давлат таълим стандарти

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарты

5510100 -Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению

5510100 - Лечебное дело

Издание официальное

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсустаълим вазирлиги

Тошкент

ЎЗБЕКИСТОНДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарта

5510100 - Даволаш ими таълим йуналиши буйича бакалаврнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги

Тошкент

СУЗ БОШИ

ИШЛАБ ЧЌИЛГАН ВА КИРИТИЛГАН:

Олий ва урта махсус, касб-хунар таълимини Ривожлантириш маркази;

ТошкентТиббиёт академия си.

ТАСДИҚЛАНГАН ВА АМАЛГА КИРИТИЛГАН:

Узбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201_ йил « » даги - сонли буйруги.

Мазкур стандарт Узбекистон Республикаси уудудида амалга киритилиши (амал цилишининг тухтатилиши) ва унга узгартиришлар киритилиши тугрисидагы маълумотлар «Узстандарт» агентлиги томонидан нашр этилувчи курсаткичларда чоп этилади.

Мазкур стандартни Узбекистон Республикаси худудида расмий чоп этиш хукуки Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигига тегишлидир

и

МУНДАРИЖА

бет

К [^] улланилиш соҳаси	1
Атамалар, таърифлар, кискартмалар	2
Таълим йуналишининг тавсифи	2
5510100 - Даволаш ишитаълим йуналиши буйича бакалавркасбий фаолиятининг тавсифи	3
Бакалаврнинг тайёргарлик даражасига куйиладиган талаблар...	6
Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари	14
Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга белгиланган талаблар	24
Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар	24
Таълим дастурларининг тадбик; этилиши	25
Малакавий амалиётларни ташкил этиш талаблари	25
У кун жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича	26 талаблар
Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш талаблари	27
Укув жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар	27
Бакалаврнинг тайёрлаш сифатини бахолаш	28
Эслатма	29
Давлат таълим стандартининг амал килиш муддати	29
Илова	30
Библиографик маълумотлар	32

УЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Узбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти 5510100 - Даволаш иш таълим йуналиши буйича бакалавринг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган ТАЛАБЛАР Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению 5510100 - Лечебное дело

State Educational Standards of Continuous Education of Uzbekistan State Educational Standards of Higher Education REQUIREMENTS Necessary for content and level of general practitioner training by the specialty of treatment - 5510100

Амал килты муддати « » сн с/ 201 йилдан

41L b>iXUiMiU-1 l- « » 20Щшлгача

К^улланиш сохаси

1.10лий таълимнинг мазкур давлат таълим стандарти (ОТ ДТС) 5510100 -Даволаш шштаълим йуналиши буйича олий маълумотли бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурлари узлаштиришни амалга оширишда Узбекистон Республикаси худудидаги барча олий таълим муассасалари учун мажбурий талаблар мажмуини ифодалайди.

Олий таълим муассасаси мазкур таълим йуналиши буйича кадрлар тайёрлаш

ваколатига эга булганда асосий таълим дастурларини амалга ошириш хукукига эга деб хисобланади.

ОТ ДТСнинг асосий фойдаланувчилари:

мазкур таълим йуналиши ва тайёргарлик даражаси буйича фан, техника ва ижтимоий соха ютуқларини хисобга олган холда асосий таълим дастурларини сифатли ишлаб чиқиш, самарали амалга ошириш ва янгилаш учун масъул олий таълим муассасаларининг профессор-укитувчи жамоалари;

таълим йуналишининг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича укув- тарбия фаолиятини самарали амалга оширувчи барча ходимлари ва талабалари;

уз ваколат доирасида битирувчиларнинг тайёргарлик даражасига жавоб берадиган олий таълим муассасаларининг бошқарув ходимлари (ректор, проректорлар, укув булими ва деканат);

-битирувчиларнинг тайёргарлик даражасини баҳолашни амалга оширувчи Давлат аттестация ва имтихон комиссиялари;

-олий таълим муассасасини молиялаштиришни таъминловчи органлар;

-олий таълим тизимини аккредитация ва сифатини назорат килунчи ваколатли Давлат органлари;

таълим йуналишини ихтиёрий танлаш хукукига эга булган абитуриентлар ва бошка манфаатдорлар.

Атамалар, таърифлар, кискартмалар

Мазкур стандартда Узбекистон Республикасининг «Таълим тугрисида»ги 1\онуни, Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури ҳамда олий таълим сохасидаги халқаро хужжатларга мое равишда атамалар ва таърифлар дан фойдаланилган:

касбий фаолият тури - таълим йуналишига узгартишлар киритиш мақсадида касбий фаолият объектига таъсир килишнинг методлари, усуллари, услублари ва тавсифи;

компетенция - маълум соҳада муваффақиятли фаолият юритиш учун билимлар, амалий малакалар ва шахсий сифатларни қуллаш қобилияти;

модул - тарбиялаш ва уқитишга йуналтирилган мақсадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантикий тугалланганликка эга бўлган уқув фани (курси) ёки уқув фанлари (курслари) қисмларининг мажмуаси;

таълим йуналиши - муайян касбий фаолият доирасидаги турли даражадаги таълим дастурларининг мажмуи;

касбий фаолият объекти - предметлар, воқеликлар, жараёнлар ва фаолият доирасида ҳаракатга йуналтирилган тизимлар;

касбий фаолият соҳаси - илмий, ижтимоий, иқтисодий, ишлаб чиқаришда намоён бўладиган касбий фаолият объектларининг мажмуи;

бакалаврнинг асосий таълим дастурлари (бакалавр дастури)- талабаларнинг тарбияси ва тайёргарлик даражаси сифатини таъминлашга йуналтирилган уқув режаси, уқув курслари, предметлари, фанлари (модуллари)нинг дастурларини қамраб олган уқув- услубий мажмулари ҳамда малакавий амалиётлар дастурлари, уқув жараёни жадвали ва мос равишдаги таълим технологияларини амалга оширилишини таъминловчи методик материаллар;

профиль - асосий таълим дастурининг аниқ касбий фаолиятнинг муайян тури ёки объектига йуналганлиги;

уқув-урғаниш натижалари - узлаштирилган билимлар, амалий малакалар, қуникмалар мажмуи;

уқув цикли - мос илмий ёки касбий фаолият доирасидаги билимлар ва амалий малакаларни узлаштириш ва қуникмаларни шакллантиришни таъминловчи асосий таълим дастурларидаги фанларнинг мажмуи.

АРМ- ахборот ресурс маркази; ити -илмий тадқиқот ишлари; отм- олий таълим муассасаси;

УУМ -уқув-услубий мажмуа.

КВП/ШВП- қишлоқ/шаҳар врачлик пункти

Таълим йуналишининг тавсифи

Ушбу таълим йуналишини қамраб олувчи олий таълимнинг асосий таълим дастурлари амалга оширилади, уни назарий ва амалий машғулотларини тулик узлаштирган, яқуний давлат аттестациясидан муваффақиятли угган шахсга «бакалавр» малакаси (даражаси) ҳамда олий маълумот тугрисидаги давлат намунасидаги расмий ҳужжат(лар) берилади

Асосий таълим дастурининг меъёрий муддати ва мос малака(даража)си 1- жадвалда келтирилган.

1 -жадвал

Асосий таълим дастурининг муддати ва битирувчиларнинг малакаси

Таълим дастурининг номи	Малака (даража)	Таълим дастурини узлаштиришнинг меъёрий муддати
Бакалавр таълим дастури	Бакалавр	7 йил

4. 5510100 - Даёолаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий фаолиятининг тавсифи

4.1 Бакалаврлар касбий фаолиятининг соҳаси

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши - согликни сацлаш сохасидаги йуналиш булиб, у тиббиёт соуасини ривожлантиришга, истицболини белгилашга, касбий куникмага, мутасаддилик кобилиятига йуналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини камраб олади.

Бакалаврнинг касбий фаолияти куйидагиларни камраб олади:

Бириктирилган ахоли орасида куп учрайдиган касалликларни олдини олиш ва даволаш;

Тиббий маслахат бериш;

Белгиланган давлат стандарта асосида бириктирилган ахолига касалхонагача шошилиш тиббий ёрдамни курсатиш;

Санитар ва эпидемияга карши комплекс чора-тадбирлани ташкил этиш ва утказиш: профилактик эмлаш, бириктирилган худудларда инфекцион учоклар билан алокада булганларнинг санитар холати буйича умумий назорат, бириктирилган ахолини хавфли эпидемиологик холат буйича огохлантириш;

Ахоли орасида санитар-гигиеник тарбия, рационал овкатланиш, зарарли одатлари билан курашиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот килиш, шунингдек, усмирларни соғломлаштириш, она ва бола саломатлигини химоя килиш, режалаштирилмаган хомиладорликни олдини олиш, оилани рационал режалаштириш буйича чора-тадбирларни ташкил этиш ва утказиш;

Аёлларни хомиладорлик ва хомиладорликдан кейинги даврда кузатиш, кукрак сути билан бокишни кенг тарғибот килиш;

Якка яшовчилар, кариялар, ногиронлар, сурункали касалликлари мавжуд беморларни ижтимоий ёрдам курсатувчи ташкилот ходимлари билан биргаликда тиббий-ижтимоий ёрдам курсатиш ва патронажни назорат килиш;

Сурункали касалликларни эрта аниклаш мақсадида профилактик ва мақсадли тиббий курик утказиш, бириктирилган ахолининг умумий диспансеризацияси;

Ижтимоий холатга боғлиқ касалликларга карши курашишнинг даволаш-профилактик чора-тадбирларини утказиш;

Беморларнинг вактинчалик меҳнатга лаёқатсизлигини аниклаш ҳамда ВКК ва ВТЭКга юбориш;

Тасдиқланган шаклдаги ҳисобот ҳужжатларини сифатли ва уз вақтида тулдириш;

Бакалаврларнинг касбий фаолияти объектлари

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалавр касбий фаолиятининг объектлари - согликни сақлаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида булган соғлом одамлар ва беморлар.

Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари:

тиббий-профилактик. соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эпидемияга карши тадбирларни ишлаб чиқиш ва утказиш, сдамларининг саломатлигига таъсир этувчи хавф омилларини олдини олиш;

тез ва шошилиш тиббий ёрдам: кечиктириб булмайдиган диагностикаси ва бирламчи тиббий ёрдам тадбирларини мустақил бажариш;

даволаш-диагностик: кенг тар калган касалликларни касалхонадан ташқари клиник ва лаборатор-инструментал диагностикаси, мутахассислар курсатмаларига кура консултация ёки госпитализация;

реабилитация: психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини қайта тиклаш;

тиббий-ижтимоий/социал муҳофиза органлари ва меҳрибонлик хизматлари билан бирга оилага ва алоҳида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал-психологик хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда хизмат курсатиш;

илмий-тадқиқот: актуал илмий тиббиёт текширишларни утказишда қатнашиш;

ташқиллаштириш-методик: режалаштириш, ҳисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини асосий курсаткичлар анализи. консултациялар ва методик семинарларни утказиш қабиласи фаолият турларини бажариши.

Ташкилий-бошқарув фаолияти;

УМҚТ тизимида педагогик фаолияти;

Ижтимоий ва жшшо соҳасидаги фаолияти.

Бакалавр тайёрланадиган касбий фаолиятнинг муайян турлари таълим жараёнининг манфаатдор иштирокчилари билан ҳамкорликда олий таълим тизимитомонидан аниқланади.

Бакалаврлар касбий фаолиятининг вазифалари

5510100 - Даволаш гшштаълимий уналиши буйича бакалавр таълим дастурини узлаштириш натижасида касбий тайёргарликнинг асосий турлари ва профил тайёргарлигига мос қуйидаги касбий вазифаларни ечиши керак:

Илмий ва илмий-тадқиқот фаолияти:

утказилаётган илмий-тадқиқот лойиҳалари мавзуси буйича моделлар, алгоритмлар, методлар, дастурий ечимлар, инструментал воситаларни тадқиқот қилиш ва ишлаб чиқиш;

-намунавий методикалар ва бошқалар буйича экспериментал тадқиқотларни утказиш ва уларнинг натижаларига ишлов бериш;

илмий-техникавий ҳисоботлар ва тушунтириш хатларини ишлаб чиқиш;

-утказилаётган тадқиқотлар мавзуси буйича илмий обзорларни ишлаб чиқиш,

рефератлар ва библиографияларни тузиш;

илмий семинарлар, илмий-техникавий конференциялар ишида иштирок этиш;

илмий-тиббий мавзувий журналларга мақолаларни тайёрлаш.

Ташкилий-бошқарув фаолияти:

ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бонқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш;

ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур булган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш;

информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ булган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш;

атроф-муҳитни муҳофиза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилишда иштирок этиш.

• УМҚХ, Т тизимининг мос таълим муассасаларида педагогик фаолият (педагогик тайёргарликдан сунг):

-УМКХ,Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича назарий машгулотларни утказиш;

УМКХТ тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича амалий ва лаборатория машгулотларини, жумладан укув хоналарида утказиш;

-замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машгулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш;

-укитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув- методик хужжатларни шакллантириш ва тузиш;

-укитилаётган фан буйича машгулотларни утказиш учун укитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш;

-мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида укитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш.

Таълимни давом эттириш имкониятлари

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалавр умумий амалиёт врач куйидаги:

5 А510101 - Акушерлик ва гинекология 5А510102 - Эндокринология 5 А510103 - Терапия (йуналишлар буйича)

5 А510104 - Оториноларингология 5А510105 - Кардиология 5А510106 - Офтальмология

5А510107 - Юкумли касалликлар (йуналишлар буйича)

5А510108 - Дерматовенерология

5А510109 - Неврология

5А510110 - Умумий онкология

5 А510111 - Психиатрия

5А510112 - Хирургия (йуналишлар буйича)

5А510113 - Ташхиснинг инструментал ва функционал усуллари (йуналишлар буйича)

5А510114 - Нейрохирургия

5А510115 - Согликни саклашни бошқариш (йуналишлар буйича)

5 А510116 - Тиббий психология 5 А510117 - Урология

5А510118 - Морфология (йуналишлар буйича)

А510119 - Наркология

5А510120 - Анестезиология ва реаниматология 5А510121 - Травматология ва ортопедия 5А510122 - Оилавий тиббиёт 5А510123 - Суд тиббиёт экспертизаси 5А510124 - Патологик анатомия 5А510125 - Шошилиш тиббий ёрдам

5А510126 - Фармакология мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йуналишлари

(мутахассисликлари) буйичаикки йилдан кам булмаган муддатда магистратурада уқишни давом эттириши мумкин.

Педагогик фаолиятни олиб борганда уз малакасини х,ар уч йилда ошириб туриши

керак.

5 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилиши натижаларига белгиланган талаблар

5.15510100 - Даволаш шштаълимийуналиши буйича битирувчи куйидаги умумий малакавий компетенцияларни эгаллаган булиши керак:

а) умумий малакавий компетенциялар:

интеллектуал, маданий, маънавий, жисмоний ва касбий уз-узини ривожлантириш ва такомиллаштириш қобилиятига эга булиши ва бу қобилиятни амалда куллай билиши;

тарихий мерос ва маданий анъаналарга хурмат ва эҳтиром билан муносабатда булиши, ижтимоий ва маданий фарқларни толерантлик билан қабул қилиши;

тарихий жараёни юритувчи қучларни ва унинг қонуниятларини тушуниши; тарихда зуравонлик ва зуравонлик қилмасликнинг роли, тарихий жараёнда, жамиятнинг сиёсий тузилмасида инсоннинг урнини тушуниши;

дунёқараш, ижтимоий ва шахсий қаби аҳамиятга эга булган муаммоларни тушуниши ва уларни таҳлил қилиши;

уз фаолиятида меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдалана билиши;

ахлоқий ва ҳуқуқий меъёрлар ва мажбуриятларни ҳисобга олган ҳолда мақсадга эришишда қатъият қурсатиши;

фикрлаш маданиятини эгаллаган булиши, оғзаки ва ёзма нуқтини аргументланган ҳолда аниқ; баён қилиш қобилиятига эга булиши;

эгалланган тажрибани танқидий қуриб чиқиш қобилияти, зарур булганда уз касбий фаолиятининг тури ва характерини узгартириши;

ҳаёт фаолияти ҳавфсизлиги шароитларини умумий баҳолашга қобил булиши, ишлаб чиқариш ҳодимлари ва аҳолини булиши мумкин булган авариялар, катастрофалар, табиий офатлардан ҳимоя қилиш асосларини ва шикастлашнинг замонавий воситаларини қуллаши, улар оқибатларини бартараф қилишнинг асосий тадбирларини қуллай билиши;

қасбий фаолиятда табиий-илмий фанларнинг асосий қонунларидан фойдаланиш, математик таҳлил ва моделлаш, назарий ва экспериментал тадқиқот методларини қуллаш қобилиятига эга булиши;

замонавий аҳборот жамият ривожидида информациянинг моҳияти ва аҳамиятини тушуниш, бу жараёнда вужудга келадиган ҳавф ва таҳдидларни англаш, информация ҳавфсизликнинг асосий талабларига, жумладан давлат сирини ҳимоя қилиш талабларига, риоя қилиш қобилиятига эга булиши;

информацияни олиш, сақлаш, қайта ишлашнинг асосий методлари, усуллари ва воситаларига эга булиши, информацияни бошқариш воситаси сифатида компьютер билан ишлаш қуникмаларига эга булиши;

глобал компьютер тармоқларида информация билан ишлаш қобилиятига эга булиши;

сузлашувдан қам булмаган даражада бир хорижий тилни эгаллаган булиши;

булиши мумкин булган авария, катастрофа, табиий офатлар оқибатларидан ишлаб чиқариш ҳодимлари ва аҳолини ҳимоя қилишнинг асосий методларига эга булиши;

мустакил равишда жисмоний тарбия ва соғлиқни мустахкамлашдан методик тугри фойдаланиш воситаларини эгаллаган булиши, тулакони ижтимоий ва касбий фаолиятни таъминлаш учун жисмоний тайёргарликнинг керакли даражасини эгаллашга тайёр булиши керак.

б) касбий компетенциялар (КК):

Умумкасбий компетенциялар:

Даволаш-диагностик фаолият:

инсонга таъсир килувчи атроф мухит умум-биологик конун-қоидаларни;

касалликнинг этиопатогенези;

касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, иқтисодий, маданий х, амда оилавий омилларини;

патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятларини;

касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар ва морфологик намоён булишни;

энг куп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;

туғруқни ва туғруқдан кейинги даври, хомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволашни, беморларни реабилитациясини;

мутахассис консултацияси ва госпитализацияга курсатма; ах, олига тиббий хизматни таъминлаш;

фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини билиши;

Тиббий-профилактика фаолият:

асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни камайтиришга қаратилган чора-тадбирларни билиши;

вакцинчалик ва тургун ишга лаёқатсизлигини, вакцинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш; соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилишни;

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва технологик масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилятига эга булиши;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилятини сақдаш бўйича ҳамда меҳнат жараёнида хавфсизликни таъминлаш бўйича методика ва тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилятига эга булиши;

ишлаб чиқаришда меҳнат хавфсизлиги бўйича мутахассисларга қуйиладиган талабларни ишлаб чиқиш қобилятига эга булиши керак.

Илмий-тадқиқот фаолияти:

актуал илмий тиббиёт текширишларни утқизишда қатнашиш;

компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар утқизишни ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни

Интернет тармоғида энг янги илмий, конструкторлик, технологик ва эксплуатацион ютуқлар ҳақида информацияни мақсадга йуналган ҳолда қидириш ва топиш қобилятига эга булиши;

илмий-тадқиқот ва ишлаб чиқариш жамоаси таркибида (тайёрланганлик профилига мос равишда) касбий фаолият масалаларини ечиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Л о й и х а в и й фаолият:

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси бўйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва долзарб масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга бўлиши;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш бўйича услубий тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга бўлиши;

-бажарилаётган амалий ишлар мавзуси бўйича математик, инфор­мацион ва имитацион моделларни ишлаб чиқиш ва тадқиқот қилиш қобилиятига эга бўлиши;

лойихавий ва дастурий ҳужжатларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;

амалиётда ахборот технологияларининг халқаро ва касбий стандартларини,* замонавий парадигма ва методологияларни, инструментал ва ҳисоблаш воситаларини тайёр­гарлик ихтисослигига мос равишда қўллаш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ишлаб чиқариш-технологик фаолияти:

намунавий технологик жараёнларни ишлаб чиқиш ва уларни қўллаш қобилиятига эга бўлиши;

илмий ва амалий фаолиятда автоматлаштирилган тизимларнинг инструментал воситалари ва муҳитларини ривожлантириш ва уларнинг эксплуатацияси қобилиятига эга бўлиши;

касбий этика кодексига риоя қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ташкилий-бошқариш фаолияти:

ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тад­бик қилиш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш қобилиятига эга бўлиши;

-инфор­мацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;

атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос келиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилиш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқариш жараёнида сифатни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;

иж­рочилар жамоаси ишини ташкил қилиш қобилиятига эга бўлиши;

фикрлар ҳар хил бўлган шароитда бошқарув қарорини қабул қилиш қобилиятига эга бўлиши;

бирламчи звено ишини ташкил қилиш ва уни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;

бажарилаётган иш режасини тузиш ва бу ишни назорат қилиш, ишни бажариш учун зарур бўлган ресурсларни режалаштириш, уз ишининг натижаларини баҳолаш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқариш жараёнларининг атроф-муҳитни ва меҳнат хавфсизлигини назорат қилиш тизими талабларига мослигини мониторинг қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

УМКХТ тизимида педагогик фаолият:

УМКХТ тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича назарий машгулотларни утказиш кобилиятига эга булиши;

УМКХ.Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича амалий ва лаборатория машгулотларини, жумладан укув хоналарида утказиш кобилиятига эга булиши;

замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машгулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш кобилиятига эга булиши;

укитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув-методик хужжатларни шакллантириш ва тузиш кобилиятига эга булиши;

-укитилаётган фан буйича машгулотларни утказиш учун укитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш кобилиятига эга булиши;

мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида укитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш кобилиятига эга булиши керак.

5.2. Таълим дастурлари буйича билим, малака ва куникмаларга куйилган талаблар

Гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлар буйича талаблар:

Гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлар блоки буйича талаблар Олий ва урта мах- сус -таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлар» блоки буйича бакалавр тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига куйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар буйича талаблар

Математик коммуникатив курс

Бакалавр:

математика дунёни билишнинг узига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурла- рининг умумийлиги;

даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;

информатика ва информацион технологияни замонавий жамиятда урни ва роли, уни саклаш, кайта ишлаш ва узатиш усуллари хдкида тасаввурга эга булиши;

математик тахдил, асосий тушунчалари ва методларини;

оддий тизимлар ва жараёнларнинг математик моделларини;

маълумотлар базаларини, дастурий таъминот ва дастурлаш технологиясини;

компьютер ва турли хил воситаларни ишлатишдаги хавфсизлик техникасини билиши ва улардан фойдалана олиши;

экспериментал маълумотларга ишлов беришнинг асосий методлари ва усулларидан фойдаланиш;

физик факторларни аниқлаш ва идентификациялаш усулларини куллаш;

дастурлаш ва хисоблаш техннкаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;

компьютер графикаси воситаларини ишлатиш куникмаларига эга булиши керак.

Табиий-илмий курс

Бакалавр:

борлик бир бутун физикавий объект хакидалиги ва унинг эволюцияси;

табiiй илмларнинг фундаментал бирлиги, табиатшуносликнинг тугалланмаганлиги ва унинг янада ривожланиши мумкинлиги;

табиатда дискретлик ва узлуксизлик;

табиатда тартиб ва тартибсизликнинг нисбати, объектлар тузилмасининг тартибга солинганлиги, тартибсиз холатга утиш ва унинг акси;

эхтимоллик - табiiй тизимларнинг объектив тавсифи эканлиги;

симметрия тамойиллари ва сакланиш конунлари;

билишда эмпириклик ва назарийлик нисбати;

табиатдаги холатлар ва уларнинг вақт утиши билан узгариши;

термодинамик тизимлар ва параметрлар, термодинамиканинг асосий конунларидан амалиётда фойдаланиш, энергетик қурилмалар ва аппаратлардаги термодинамик жараёнлар-нинг асослари;

материяни ташкил қилишнинг биологик шакллари хусусиятлари, жонли тизимларни қайта тиклаш ва уларнинг ривожланиш тамойиллари;

биосфера ва унинг эволюциясининг йуналиши;

жонли тизимларнинг бир бутунлиги ва гомеостази;

организм ва мухит, организмлар уюшмаси ва экотизимларнинг узаро таъсири;

биомухит ва инсон табиати биоижтимоийлигининг бир бутунлиги нуктаи назаридан уз касбий фаолиятининг оқибатлари хақида тасаввурга эга булиши;

механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва тулқинлар, квант физикаси, статик физика ва термодинамика, иссиқлик-масса алмашинуви, кимёвий тизимлар, моддаларнинг реакцияга киришиш қобилияти, кимёвий идентификация, экологиянинг асосий тушунчалари, конунлари ва моделларини;

табiiй билимларнинг фундаментал константаларини;

физика, назарий механика, термодинамика, кимё, экологияда тадқиқотнинг назарий ва экспериментал методларини;

иссиқлик ташувчининг мажбурий харакатида, табiiй конвенцияда, агрегат холат узгаришида, радиацион иссиқлик алмашинувида иссиқлик узатишни ҳисоблашнинг методларини;

иссиқлик-масса алмашинуви жараёнларида ухшашлик назарияси ва улчамларни;

кимёвий идентификация ва моддаларни аниқлаш методларини;

физик, кимёвий ва биологик моделлашни;

техникавий қурилмаларни қурит учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётлар-

ни;

физикавий, кимёвий ва биологик ходисаларнинг зарарли таъсиридан атроф-мухитни ва инсонни химоя қилиш воситалари ва методларини;

табиатни химоя килиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принцип- ларини, табиатга зарар етказмайдиган методларни яратишни билиши ва улардан фойдалана олиши;

физик, кимёвий ва биологик моделларни тадқиқ қилиш;

ишлаб чиқариш жараёнларида ва техникавий объектларда энг оддий физикавий, кимёвий ва биологик тизимларнинг моделларидан фойдаланиш;

табиий фанларнинг турли булимларига характерли булган қийматларнинг сонли тартибини улчаш ва баҳолаш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Умумқасбий фанлар бўйича талаблар

Умумий патология курси

Бакалавр:

патологик ҳолатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;

касалликнинг этиология ва патогенези;

типик патологик жараёнлари патофизиологияси;

патологик жараённи урганишда экспериментал ёндошувнинг ахамияти;

суд тиббиёт экспертизалари асослари;

дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

патологик ҳолатларда организмдаги асосий физиологик курсаткичлар;

организмнинг мослашиш-компенсатор жараёнлари;

дори воситаларни қўллашга курсатма ва қарши курсатмаларни билиши ва улардан фойдалана олиши;

турли экспертизаларни утқизиш;

суд тиббиёт эксперти ишида тиббий ҳужжатларини расмийлаштириш;

турли дори воситаларига рецепт ёзиб бериш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Профилактик тиббиёт курси

Бакалавр:

инсон организми ва органлари тузилишга, ривожланишига ва функциясига ижти- мой, физик ва табиий омилларнинг таъсири;

экологик фалокатлар ва экстремал ҳолатларда инсон ҳолатини патологик асослари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

инсонга ташқи кимёвий ва биологик зарарли таъсирлар ҳамда атрофии ураб турувчи зарарлардан химоялаш усуллари ва воситалари;

профилактик эмлашни утқизиш усуллари ва унга курсатма, қарши курсатма, қален- дар режаси;

оналик ва перинатал улимни олдини олиш тамойиллари;

оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муно- сабат, контрацепция воситаларини қўллаш ҳақидаги саволлар;

эпидемияга карши химоялаш ва фукаро мудофаси чора-тадбирлари;

фавкулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш учокларида тиббий ёрдамни таш- киллаштира билиш;

согликни саклашни режалаштиришни, молияштиришни давлат хукукий йуналишлари асосида бошкара олиш;

согликни саклаш тизимидаги асосий амалдаги директив хужжатлар;

вактинча меҳнатга лаёқатлиги эксиертизасига асосланиб «касаллик варакасини бе- риш тартиби» курсаткичига караб ВТЭК га юбориш;

саломатлик ҳолатини асосий курсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини тахлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг ахамиятини билиши ва улардан фойдалана олиши;

шифокорлик этика ва деонтологияси;

тиббий статистикани куллаш;

социал ахамиятга эга касалликларни эпиддиагностикасини куллаш;

меъёрий хужжатлар тузиш;

УАШ асосий хужжатларини тулдириш (амбулатор карта, касаллик варакаси ва х.к.) куникмаларига эга булиши керак.

Терапевтик фанлар курси

Бакалавр:

консультатив куникмалар;

касаллик кузгатувчиси ва уни узгарувчанлиги;

эиг куп таркалган терапевтик ва шошилиш ҳолатларга кирадиган касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор- инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичлари, окибати, таркалиши ва асоратларини билиши;

ирсий касалликлар;

беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гуруҳига караб касалликнинг кечиши;

дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари;

дори воситалари фармакокинетика ва фармакодинамикаси, ножуя ва бошка дори воситалари билан узаро таъсири;

даволаш ва диагностик аппаратларидан курсатма буйича фойдаланиш ҳдқида та- саввурга эга булиши;

терапевтик соҳадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

дори воситаларини синаб куриш учун териға ва тил остиға куллаш усуллари;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклаш;

фармакотерапия самараси ва хавфсизлигини баҳолаш усуллари;

дори воситаларини куллашга клиник фармакологик ёндашуви;

тиббиётнинг исботланган тамойиллари;

халк табобати ва даволовчи физкультура усуллари;

психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;

профилактика асослари ва жинсий йул билан утадиган касалликларни клиникаси, ОИТС, ионловчи ва ионлови булмаган нурланиш, наркомания ва токсикоманияни билиши ва улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя қилиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлашти-риб беморларни қабул қилиш;

ташхисни қуйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

. - дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;

реабилитация ва диспансеризация утқизиш;

шошилиш х, олатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;

тиббий адабиётлар ва монографиялар билан, илмий-методик қўлланмалар билан ишлаш;

компьютер билан ишлаш қўникмаларига эга бўлиши керак.

Жаррохлик фанлар курси

Бакалавр:

хирургик соҳадаги касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий қуриниши, лаборатор - инструментал диагностика ва клиник курсаткичларини, оқибати тарқалиши ва асоратларини;

беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гуруҳига қараб касалликнинг кечиши;

операцияларга курсатмалар ва қарши курсатмалар;

реанимация ва анестезиология асослари;

жаррохлик йули билан даволаш ва аъзоларни трансплантация қилиш методлари;

операциядан кейинги бўладиган асоратлар ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

хирургик соҳадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниқлашни билиши ва улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя қилиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлашти-риб беморларни қабул қилиш;

ташхис қуйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;

реабилитация ва диспансеризация утказиш;

жаррохлик операцияга тайёрлаш;

жаррохлик воситалардан фойдаланиш;

шошилич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;

компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Оналик ва болаликни химоя килиш курси

Бакалавр:

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор- инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичларини, окибати, таркалиши ва асоратла-ри;

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликлари ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;

дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари хакида тасаввурга эга булиши;

педиатрия ва акушерлик-гинекология сохасига дойр касалликларни сураб- суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал курсаткичларни аниклаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия хавфсизлиги ва самарадорлигини бахолаш методлари;

хомиладорликни диагностикаси, кечишини кузатиш, тугишга психопрофилактик тайёрлашни билиши ва улардан фойдалана олиши;

- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларини тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини хис килиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни расмийлашти- риб беморларни кабул килиш;

ташхисни куйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва хомиладорларни назоратга олиш;

реабилитация ва диспансеризация утказиш;

жаррохлик операциясига тайёрлаш;

жаррохлик воситалардан фойдаланиш;

шошилич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;

тиббий адабиётлар ва моногарфиялар, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;

компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Их, тисослик фанлари буйича талаблар

Их тисослик фанлари курси

Бакалавр:

инсонга таъсир килувчи атроф-мухит, умумбиологик конун-коидалари;

касалликнинг этиопатогенези;

касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, экономик, маданий ҳамда оилавий омиллар;

патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятлари;

махсус тайёргарликка мос тиббиёт соҳасининг асосий илмий-услубий муаммолари ва ривожининг истикболлини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро алоқаси хақида тасаввурга эга булиши;

асосий касалликларни таркалиши ҳамда касалланишни камайтиришга қаратилган чора-тадбирларни;

вакцинчалик ва тургун ишга лаёқатсизлигини;

вакцинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;

касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар, энг қўп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;

туғруқни ва туғруқдан кейинги давр, хомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволаш, беморлар реабилитациясини;

мутахассис консултациям ва госпитализацияга курсатма;

аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;

фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва тамойилларини;

махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни, уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларини билиши ва улардан фойдалана олиши;

соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилиш;

беморларни консултация қилиш;

беморларни мустақил қабул қилиш;

янги туғилган чақалоклар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш куникмаларига эга булиши керак.

Их тисослик фанлари буйича бакалавр:

их тисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг истикболлини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан уза^р алоқасини тушуниши;

их тисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни билиши, уларни илмий-тадқиқ қилиш усулларидан фойдалана билиши;

урғанилаётган объектларга қуйиладиган иктисодий талабларни таърифлаб беришни удаллаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини билиши керак.

Бакалавр ихтисослигига куйиладиган муайян талаблар ихтисослик укув фанлари блокадаги укув фанларининг мазмуни буйича олий таълим муассасаси томонидан узгартирилиши мумкин.

Интеграл ОСКИга куйиладиган талаблар

Интеграл ОСКИда бакалавр фанларнинг хамма туркумлари буйича билимлар кулланилишини талаб киладиган тугалланган касбий тоиширикни ечади.

ОСКИда бакалавр:

муляжларда, фантомларда амалий куникмаларни бажаради;

волонтёрда амалий куникмаларни бажаради;

ситуацион масалалар ечади;

лаборатор-инструментал текширишлар тахлилини утказди.

Малакавий амалиёт буйича талаблар

Малакавий амалиёт

Бакалавр:

профилактик чораларни утказиш;

деонтологияга риоя килиш;

киска вақт ичида беморни клиник текширувдан утказиш, анамнез йиғиш, орган ва системаларни текшириб чиқиш;

бирламчи аник ташхис куйиш;

клиник ташхис куйиш учун аник текшириш услубларини белгилаш;

таккослама ташхис утказиш;

якуний ташхис куйиш;

тугри овкатланиш ва диетани белгилаш;

патогенетик даво буйича рецепт ёзиш;

поликлиникада тиббиёт хужжатларини тулдириш;

вакцинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;

беморни мутахассис консультациясига, кушимча текширув утказиш ва госпитализацияга юбориш;

ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий куриқдан утказиш;

инфекцион касалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпидемияга қарши чоратadbирларни билиши ва улардан фойдалана олиши;

соғлом турмуш тарзини тадбиқ килиш;

беморларни консультация килиш;

беморларни мустақил қабул килиш;

янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

5510100 -Даволаш иши таълим йуналиши бўйича бакалаврларни тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг кундузги шакли бўйича 7 йил уқишга мулжалланган бўлиб, қуйидаги вақт таксимотига эга:

Назарий ва амалий таълим	264хафта
Малакавий амалиётлар	22хафта
Интеграл ОСКИ	2хафта
Жорий ва давлат аттестациялари	20 + (2) хафта
Таътилар	56 хафта
Жами	360хафта

6.2Талаба ҳафталик ўқув юкмасининг максимал ҳажми 54 соат, шундан аудиториядаги ўқув юкмаси - 36 соатгача, қолган соатлар ҳажми мустақил таълим учун ажратилади.

6.3Жорий, оралик ва якуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик ўқув даври учун 17446 соатни ташкил этади.

6.4Таълим дастурини узлашғаришда бир қатор масалалар ёки интеграллаштирилган курслар муаммолари бўйича талабаларнинг мустақил таълими қўзда тутилади.

6.5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши бўйича таълим дастурининг зарурий мазмуни

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанларнинг зарурий мазмуни «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоки бўйича умумий амалиёт врачлар тайёрғарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар

Математик қўшуниқатив курс

6.5.2.1Информатика ва ахборот технологиялари:

ахборот тушунчаси: ахборот туплаш, узатиш, қайта ишлаш ва жамғариш жараёнларининг умумий тавсифи; информацион жараёнларни амалга оширишнинг техникавий ва дастуравий воситалари; функционал ва ҳисоблаш масалаларини ечиш моделлари; алгоритмлаш ва дастурлаш; юқори даражадаги дастурлаш тиллари; маълумотлар базаси; дастуравий таъминот ва дастурлаш технологияси; компьютер графикаси асослари.

Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; қ касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва қамчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги қоммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция,

телетиббиёт.

Қасаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва қамчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги қоммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Табиий-илмий курс

Тиббий биология ва генетика:

Тирикликни ташкил қилишни молекуляр-ирсий, хужайравий, органик тизим даражасида, хужайра элементар генетик ва структур-функционал биологик бирлик сифатида; умумий ва тиббий ирсиятнинг биологик қонуни тиббиётда биотехнология ва генетик муҳандисликда тиббий биологик аспектлар инсон онтогенезида биологик ва социал сабабларга асосий қонуларни узаро таъсир сабаби, унинг онто-филогенезга узаро мунособати; орган ва тизимларни филогенетик ривожланиш босқичи; тур тарқалиши, биоценоз - биогеноценоз тириклик ташкилий даражаси замонавий эволюциянинг сунъий назария, экологиянинг тиббий биологик томонлари, алоҳида натижалари паразитологиянинг экологик асослари .

Биофизика:

Қоинот физик объект сифатида, тулкин ва тебраниш физикаси, тирик организмда биофизик қонунияти, суюқликларни ва туқималарни биофизик хусусиятлари, организмга таъсир қилувчи физик факторлар, биоэнергетика эшитиш ва қуриш физикаси, оптик асбоблар, жаррохлик ва лазер оптика, электрон асбоблар ва аппаратлар; радиоактив, спектроскопик аппаратлар, ЭМП, магнитобиологик улчовлар, таснифи, улчов бирлиги.

Биоорганик кимё:

Кимёвий жараёнлар, материяни ҳаракати тури сифатида қуриниши, унинг биология ва тиббиётда аҳамияти, кимёвий узаро ҳаракатни асосий қонуни, физик ва қаллоид кимё, унинг тиббиётда аҳамияти.

Биоорганик кимё:

Клиник ва профилактик тиббиётда аҳамияти, ишлаб чиқариш муҳити ва атроф муҳит ҳолатини назорат ва диагностикаси учун тиббиётда ишлатиладиган замонавий сифат ва микдорий услублар; органик бирикмаларни кимёвий табиати орасида ва уларнинг биологик табиати орасидаги боғлиқлик.

Биологик кимё:

Тирик организмда кечувчи физик-кимёвий жараёнлар, уларнинг биология ва тиббиёт учун аҳамияти, модда алмашинуви ҳаёт фаолиятининг муҳим белгиси сифатида, оксиллар, углеводлар, липидлар, ферментлар, витаминлар, гормонлар; оксилларни, углеводларни, липидларни ва сув-туз алмашинувининг биокимёвий тузилиши; биокимёвий туқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни утқишиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

Лотин тили:

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини аҳамияти (анатоми-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, суз тузиш, тиббиётда керакли булган лотин терминологиясини ёзма ва нутқий шаклда асосий лексика-грамматик лугат бойлиги.

Одам анатомияси:

Одам танасининг шакли, тузилиши ва ривожланиши, эволюцион, тасвирий ва таснифий йуналиши, остеология, синдесмология, артрология, миология, спланхнология, неврология, эстеziология, инсон танаси ривожланишига ижтимоий ишлаб чиқариш, физик ва табиий факторларнинг таъсири, анатомияни урганишда замонавий услублар, антропометрия, тирик инсонда анатомияни урганиш, организмни индивидуал жинсий ва ёшига қура узига ҳослиги; халқаро анатомик терминология асосида (Terminologia Anatomica, 1998).

Гистология, эмбриология, цитология:

Туқима ва органлар, хужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб-микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг узига ҳослиги, қон хужайралари ва қон ҳосил қилувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ туқималари, иммун органлар, ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими,

эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруклик ва электрон

микроскопия.

Нормал физиология:

Физиология тиббиётнинг асоси сифатида ташки мухит билан организмнинг бир бутунлиги, соғлом организмнинг тизими ва хужайра, тукима, органларнинг ишлаш конунлари, функция бошқарув механизми, тизим ва органларнинг хусусий физиологияси, психик функцияларнинг физиологик асоси, инсон хулқининг мақсад сари интилиши, ишлаб чиқариш ва ташки мухит шароитига инсон организмнинг мослашув асослари, организм функцияларининг текшириш услублари ва асосий физиологик курсаткичлар.

Микробиология, вирусология ва иммунология:

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий қонуни, қузғатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция қасалликларни чақирувчиларнинг пато генетик асоси,

микробиологик ташхис услублари, иммунитет, нормада ва патологияда инсоннинг иммун статуси ва унинг регуляцияси, инсон иммун статусининг баҳолаш услублари, бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолат, аллергия, махсус профилактика услублари, вакциналар.

Тиббиёт тарихи

Тарихий тиббиёт тизимлари ва уларининг асосчилари, тиббиётда деонтология, Гиппократ қасами, Абу Али ибн Синонинг роли, саломатликни сақлашда халқ урф- одатларининг аҳамияти, замонавий тиббиёт, ЖССТ, глобал дастурлар, Ўзбекистоннинг улқа иатологияси, Ўзбекистоннинг етакчи шифокор олимлари.

6.5.3 Умумқасбий қанлар

Умумий патология қурси 6.5.3Л Патологик физиология:

Қасаллик ривожланиши ва тузалишининг асосий қонуният ва механизмлари, ҳасталик ва ҳасталик олди босқичлари тушунчаси, этиология ва патогенезининг умумий масалалари, шунингдек ижтимоий-экологик омилларни ҳисобга олган ҳолда атроф- мухитни ифлосланиши билан боғлиқ булган ҳасталикнинг янги этиологик факторлари, маҳаллий ва умумий бузилишларнинг узаР^о боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивликни бузилишининг урни; иммуно-патологиянинг намоён булиши, химик- патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек тукима ушибидаги бузилиши, метаболизм, яллигланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал узғаришларнинг тавсифи, она-йулдош- ҳомила тизимида патофизиологиянинг узига ҳослиги ва ёши жихатдан узига ҳослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий иринциплари, ҳасталикларни моделлаштириш.

Патологик анатомия. Секцион биопсия қурси:

Патологик анатомия - патологиянинг асосий ташкилий унсурлари (макроскопик ва гистологик), умумий патологик морфология; тукима патологияси, зарарланиши ва некроз, қон ва лимфа томирларида айланишнинг бузилиши, яллигланиши иммуно-патологик ва компенсатор-мослашувчан жараёнлар, орган ва тизимлар қасаллигида хусусий патологик морфология, юқумли қасалликларда патологик анатомия; қасалликлар-нозология- ташхис-тонатогенез.

Клиник ва патологоанатомик ташхисда асосий, ёндош қасалликлар ва асосий қасаллик асоратлари, шифокор ва ташхис қонструкциясидаги ҳатоликлар, улим ҳақидаги гувоҳномани тулдириш

Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари :

Тирик шахсларни жарохати огирлигини хисобга олган холда экспертиза килиш, тез келиб чиқадиган улим холатида мурда экспертизаси; механик жарохатланишда, захарланишда ашёвий далиллар экспертизаси, хужжатларни расмийлаштирилиши.

Тиббий ходимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш буйича қонунчилик асослари, врач фаолиятига тегишли булган фуқаролик- маъмурий ва жиноий ҳуқуқ к мейёрлари, тиббий ёрдам курсатиш нуксонлари дифференциацияси, экспертиза қуринишлари.

Фармакология:

Дори воситалари, уларни ҳайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (хаётий муҳим препаратлар руйхати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири, таъсир қилиш механизми, қуллашга курсатма ва қарши курсатмалар, ёшга боғлиқ булган холда таъсир этишнинг узига ҳослиги, ноқуя ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган мейёрдан ортик истеъмол қилганда ёрдам курсатиш, рецепт тизими, турли патологик холатларда ва турли дори шаклларига рецепт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлиғини сақлаш курси

Гигиена экология билан, ХГ:

Атроф муҳитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиғи учун аҳамияти (хаво, қуёш радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспекти, атроф-муҳит ва инсоннинг узаро таъсири, гигиеник талаблар, болалар ва усмрларни тарбия ва уқитиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва коммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш рационининг аҳамияти, шахсий гигиена, касалхонадаги гигиена принциплари, психогигиенанинг актуал муаммолари, кечувчи ва оғохлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча; бирламчи профилактикадан саволлар; харбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни қуллаш.

Инсон организми ва атроф муҳитнинг узаро боғлиқлиги, табиий иқлимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги урни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш химояловчи режим, болалар ва усмирларни уқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

Жамоат саломатлиғи ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:

Аҳоли соғлиғи курсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва урганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлиғини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шахар ва қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам курсатишни ташкил қилиш, шифокорлар касбий экспертизаси, санитар эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни аҳоли саломатлиғи курсаткичларини баҳолашдаги аҳамияти.

Тиббий хизмат пакетини шаклланиши, бозор сегментацияси, маркетинг стратегиясининг элементлари, бозорда тиббий хизматни ҳаракатлари ва ишлаб чиқариш жараёнлари, соғлиқни сақлашни ташкил қилиш системаси, бошқариш жараёни ҳақида умумий тушунча. Соғлиқ ва соғлиқни сақлаш ижтимоий экологик категория сифатида. Соғлиқни сақлаш реформалари; Соғлиқни сақлашда иқтисодий концепция. Аҳоли саломатлиғига таъсир қилувчи иқтисодий факторлар. Бозорни иқтисодий анализи.

Валеология:

Аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш, аҳолини соғломлаштириш усуллари ва услублари, соғломлаштириш механизмлари. Соғлом турмуш тарзини тузиш услублари, СТТни тарғибот қилиш усуллари. Утқазилган тадбирлар мослиғини баҳолаш тизими.

Эпидемиология, ХЭ:

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, куринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда усУвчи усимликлардан тайёрланган дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика утказиш учун кулланиладиган эмлаш воситалари; эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юкумли касалликларни таркалиши, шахар ва кишлок аҳолисининг хар - хил гурухлари уртасида вақтни ҳисобга олиб юкумли касалликларни таркалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг утишини узига хос томонлари ва харбий жамоаларда профилактика тадбирлари.

Юкумли касаллаикларни механизмига ва кузгатувининг учогига нисбатан эпидемияга карши тадбириий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва хаво - томчи, ичак, кон юкумли касалликларида эпидемияга карши кураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш, эмлашнинг кенгайтирилган дастури.

Терапевтии фанлар курси

Шифокор ва бемор:

Маслахат куникмалари, маслахат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, бемор турлари, узаро шахсий мулоқотдаги куникмалар.

Ички касалликлар пропедевтикаси:

Шикоятларни анамнезини объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, беморни текширишдаги лаборатор ва асбоб ускунавий услублар, кенг таркалган ички аъзолар касалликларини симптом синдромларини келиб чиқиш механизми; ушбу клиник функционал лаборатор текшириш услублари маълумоти бўйича ички аъзолар асосий касалликлари, амалий куникма, суров ва физик текшириш услубларини кабул қилиш.

Ички касалликлар. Х,алк таоботи:

Этиология, патогенез, клиника, кечиш вариантлари, асорати, диагностика, солиштирма ташхис, ички аъзоларни огир касалликларини прогнози ва ташхис, кечиш вариантларини солиштирма даволаш ва уларнинг асорати; клиник ташхис қуйишда ва даволашни белгилашда синдромал йуналиш, куникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касалликлар прогнози, профилактикаси, реабилитацияси, диспансеризацияси; ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир қилиш услуби; Ибн Сино меҳнатиде шарк таоботи, даволаш услуби; игна билан даволаш, қуйдириш, кулокка игна қуйиб даволаш, нуктали укалаш, мануал терапия, фито терапия, ва х.к.; нафас олиш, юрак кон-томир, хазм, асаб, сийдик ажратиш ва бошка тизимларни даволашдаги курсатмалар.

Фтизиатрия:

Этиология, эпидемиология, патогенез, хавф гурухлари, дориларга резистент туберкулез, клиника, текшириш услуби, эрта ва қиёсий ташхис, асоратлар, замонавий даволаш, диспансеризация, упка ва упкаданташқари аъзолар хар-хил туридаги туберкулез профилактикаси, тез ёрдам курсатиш. Хомиладорлар ва болалар да, қатта ёшдагиларда, ОИТСга қалинган беморлардатуберкулезни кечиши; махсус профилактика; меҳнатга лаёқатлиги тугрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия:

Шифокор назорати, шифобахш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан

шугулланиш учун курсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва беморлар реабилитацияси; инсон организмга физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг уриш; беморлар реабилитациясида унинг ахамияти; санатор курорт даволаш.

Эндокринология:

Этиология, патогенез, эндокрин касалликлар клиникаси, текширишнинг функционал ва лаборатор асбобий услуги; гормон таркибини аниклаш услуги; солиштирма ташхис, даволаш, куллаб-куватловчи терапия, диспансеризация, профилактика; хомиладорлик даврида беморларда, карияларда, йирингли инфекция ва бошка патологияларда эндокрин касалликларнинг кечиши; огир холатларда диагностика ва тез ёрдам.

Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, гематологик беморлар текшириш услуги; стернал пункциянинг ахамияти; замонавий даволаш, профилактика, хомиладорлик ва тугиш даврида, болаларда, карияларда гематологик касалликларнинг кечиши; трансфузиология, донорлик буйича саволлар; асоратлар ва тез ёрдам. Лаборатор инструментал текширувлар натижаларини интерпретация килиш.

Касб касалликлари:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, кенг таркалган касбий касалликларнинг биргаликда даволаш; касб касалликларида ишга жойлашиш ва касалликнинг профилактикаси; шифокор меҳнат экспертизаси, тиббий хужжатлар.

Клиник фармакология:

Асосий гуруҳ дори воситаларининг клиник фармакологик характеристикаси, фармако-терапия (патологик синдромлар ва шошилич холатларда); дори воситаларининг терапевтик самарадорлигини баҳолашда клиник фармакологик тестлар, амбулатор- поликлиника шароитида фармакотерапия; дори воситалари таъсирини лаборатор инструментал баҳолаш усуллари; дори дармон формуляри.

Юкумли касалликлар, болалар юкумли касалликлари:

Болалар ва катталарда инфекция касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхиси, киёсий ташхисоти, даволаш, кузатиш, диспансеризацияси; инфекция касалликларда уз вақтида специфик ва носпецифик профилактика; асоратлари ва шошилич ёрдам; катталарда болалар инфекцияси.

Тери-таносил касалликлари, ОИТС:

Тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, лаборатор ташхисоти, даволаш, диспансеризация килиш, профилактика; ОИТС, конуний далолатномалар, ижтимоий аспектлар.

Асаб касалликлари:

Асаб системасининг клиник анатомияси, симиотикаси ва топик диагностикаси; марказий ва периферик нерв системасининг тугма ва ортирилган касалликларини даволаш; турли ёшдаги аспектларда соматоневрология, асосий симптомлари, этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари ва даволаш, шошилич холатлар ва биринчи врачлик ёрдами.

Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси:

Беморларнинг рухий фаолиятини асосий конуниятлари; нарма ва патология

чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахснинг роли; рухий уз- узини бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш принциплари реабилитация ва онг бузилиши экспертизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия, профилактика, наркологик хизмат; ижтимоий-тиббий ҳукукий муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг узига ҳослиги, беморларга психологик ёрдам.

Нур гашхиси ва терапияси:

Турли нозологик беморларда учрайдиган касалликларни ультратовуш,

рентгенологик, компьютер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташхисоти. Ёмон сифатли усмалар ва усма булмаган касалликларнинг нур терапияси.

Тиббий генетика

Ижтимоий йуналишлар, хатарли гурухлар этиологияси, тугма ва орттирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташхис.

Клиник аллергология

Аллергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий кон, пешоб, балгам тахлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия,

пикфлоуметрия, кукрак кафаси, бурун олди бушликлари ренгенографияси,

риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балгам, бурун ва томоқдан

суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, оншозон ва 12 бармоқ ичак ширасининг тахлили. Аллергик касалликларни этиологияси,

патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш, даволаш, олдини олиш. Аллергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда гипоаллерген парhezнинг роли.

Жаррохлик фанлар курси

Оператив жаррохлик ва топографик анатомия билан:

Инсон танасида жинсга, ёшга, ва тана тузилишига боғлиқ холда орган ва

тукималарнинг шакли, тузилиши ва бир-бирига нисбатан жойлашуви; орган ва

тукималарга диагностик, даволаш ва тиклаш мақсадида механик таъсир қилиш.

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан:

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан: асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги,

юмшоқ тукималарнинг носпецифик йирингли касалликларини жаррохлик йули билан даволаш, кон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, кон қуйиш.

Хирургик касалликлар:

Энг кўп учрайдиган жаррохлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий хужжатлар; шошилинч жаррохлик; кукрак кафаси, корин бушлиги ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, марфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, киёсий ташхисоти, даволаш, реабилитация, профилактика ва диспансеризацияси; хомиладорликда жаррохлик амалиётини қилишга курсатма, трансплантология асослари, стационарда, поликлиника ва уйда шошилинч жаррохлик муолажалари; режали жаррохлик патологияларини олиб бориш, шошилинч ёрдам ва тиббий хужжатлар.

Нейрожаррохлик:

Марказий ва периферик нерв системаси жароҳатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар; шошилич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш.

Болалар жаррохлиги:

Тугма нуксонли ва жаррохлик касалликлари билан тугилган болалар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар.

Урология :

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, урологик беморларга тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга курсатмалар.

Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси:

Травматизм (хонадонда, транспортда, ишлаб чиқаришда жароҳатланиш)

этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; синишлар (тугма ва ортирилган); шикастланиш турлари; турли жароҳатланишларда транспортировка ва меҳнат фаолиятини тиклаш; ижтимоий реабилитация, протезлаш.

Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, узига хос алоҳидахусусиятлари, клиникаси, хавфли ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, куп учрайдиган синдромлар, морфологик текширув ахамияти, даволаш турлари, диспансеризация, реабилитация, меҳнатга лаёқатини аниқлаш; онкологик хизмат. Болаларда учрайдиган лимфопрولیфератив тизим усмалари, юмшок туқима ва суяклар саркомалари.

Анестезиология ва реанимация:

Огриксизлантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий огриксизлантиришни утқишиш тамойиллари; критик холатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташхисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг умумий тамойиллари.

Оториноларингология, стоматология:

КУлок, томок, бурунниг кенг тарқалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; ЛОР ва бошқа орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция учқоқларини ахамияти; шошилич холатларда тез тиббий ёрдам; оғиз бушлигини касалликларин профилактикаси ва ёшга хос холда физиологик узига хослиги; кенг тарқалган патологияларни клиникаси, диагностикаси ва асоратлари; мутахасис консултациясига курсатмалар; жаррохлик даволаш усуллари ва протезлаш.

Офтальмология:

Кузни ёшга хос анатомияси, физиологияси, қуришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, оқибатлари, даволаш ва қурув органларини тугма ва ортирилган касалликларида реабилитация ҳамда профилактикаси; қушма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва экспертиза.

Оналик ва болалиқни қўллаш курси

Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмнинг узига хослиги; хомиладорлик тугрук ва тугрукдан кейинги даврда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; хомиладорликда хомила ҳолатини аниқлаш усуллари; экстрагенитал патология; хомиладорликда гипертензион синдром; клиника ва даволаш; хомиладорликда физиологик ва патологик тугруклар; куп учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; консултация асослари; контрацепция.

Педиатрия:

Ёш болалар узиш даврлари ва анатомо-физиологик хусусиятлари; болалар узишига таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни эмлаш.

Ихтисослик фанлари

Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология:

Аҳоли соғлигини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, хавф омиллари, аҳоли скрининги. Куп учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аниқ клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва хомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик касалликларда шошилиш ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача булган босқичда шошилиш ҳолатларда тез ёрдам курсатиш. УАШ амалиёти шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал қуллаш. Амбулатор даволанишга курсатмалар, госпитализацияга курсатмалар, махсус даволаш муассаларига йулланма учун курсатмалар, тор мутахассис куриги учун курсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник ташхис қуйиш.

Ўзбекистон Республикаси қонунларига мувофиқ ёши утган соғлом кишиларни химоялаш асослари. Кекса ёшдаги ва ёши катта шахсларда халқаро таснифни асослари. Қариш иазарияси ва умумий қонуниятлари. Физиологик параметрларни ёшга оид меъри. Кекса ва ёши катта шахслар овқатланиш рационини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериатрияда инструментал ва лаборатор текшириш курсатгичларинини интерпретация асослари. Ёши катта кишиларини уйда парваришлаш услублари.

Реабилитациянинг бемор ҳаёт сифатини яхшилашдаги аҳамияти ва унинг одам организмига комплекс таъсир механизми. Тиббий тикланишнинг

йуналишлари. Физиотерапевтик муолажалари ҳақида тушунча, уларнинг комплекс таъсир механизми ва дори моддаларини биргаликда қуллаш йуллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш. Соғломлаштириш мақсадида жисмоний машқларнинг аҳамияти ва уларнинг таъсир механизми ҳамда шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари. Рухий реабилитация ва унинг бемор соғлигини мустаҳкамлашдаги урни.

Хирургик касалликлар:

Уткир жаррохлик касалликларда клиника, ташхисот, синдромлар буйича ташхисот ва такқослама ташхисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, куп тарқалган жаррохлик касалликларини соғлиқни сақлашни биринчи катори шароитларида даволаш, жаррохлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар ташхисоти ва ва

уларни профилактикаси, қон кетишларда, шикастларишларда, юмшоқ туқима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ушбу касалликлар профилактикаси.

6.5.4.3 Халқат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офаг ва халокатларда шикастланганларни мустакил текшириш ва ташхис куйиш, табиий офаг ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни курсатиш учун зарур булган амалий куникмаларни бажариш, транспортировка ва юкори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш. Таянч-харакат тизими жарохтланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, тугри транспортировка килиш ва малакали хамда ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш

6.5.4.4 Шошилиш холатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилиш холатларда тугри ташхис куйиш ва биринчи врач ёрдамини тулик амалга ошириш. Тез ёрдам ва кишлок врачлик пунктларида критик холатлардаги беморларни огриксизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш чораларини утказиш.

6.5.4.5 Акушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив согликни саклашни консултация килиш. Физиологик хомилдорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришлар, диагностика, асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш, тугрукдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва тугрукдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам курсатиш, консултация, тест утказиш, жинсий йул билан юкувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасапликлар профилактикаси, контрацепцияни тавсия килиш, шифохонагача булган боскичда ёрдам, куп учрайдиган гинекологик касалликлар ташхис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилиш холатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

6.5.4.6 Неонатология:

Янги тугилган чакалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, тугрук залида асфикцияда реанимация, курак сути билан бокиш усуллари ва янги тугилган чакалоқни она билан бирга булишини таъминлаш; турли патология билан тугилган чакалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соглигини бахоллаш ва барча ёшдаги болаларни парваришлар; болани овқатланишини коррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси буйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; куп учрайдиган касалликларда таккослама ташхисот ва фармакотерапия; шошилиш холатларда тез ёрдам курсатиш; хавф гурухи ва турли хил касаллик билан огрилган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим муассасаси томонидан урнатиладиган ихтисослик фанлари.

Ихтисослик фанлари руйхати ва мазмуни кадрлар буюртмачиларининг талаблари ва бакалаврлар тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича фан, техника ва технологиянинг замонавий ютуқлари хисобга олинган холда олий таълим муассасаси томонидан белгиланади.

Малакавий амалиёт

Талабалар умумкасбий фанларни узлаштиришда олган билимларини назарий ва амалий мустахкамлаш; К,ВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; согликни саклаш тизими бирламчи бугини шароитида бакалавр билимлари ва куникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йигиш; беморни синчиклаб куриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йигиш; таккослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия килиш; тор мутахассислар куригига курсатма; амбулатор даволанишга курсатма; стационар даволанишга курсатма; якуний ташхисни куйиш; аник клиник холатларда бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитда тиббий хужжатларни тугри тулдириш; вақтинча хизматга лаёкатсизлик экспертизаси; амбулатор-даволаш боскичида беморларни кузатиш; бирламчи ва иккиламчи профилактика; касаллар диспансеризацияси ва реабилитацияси; ижтимоий аҳамиятга эга саволлар ечими (оилавий холати, жамиятдаги, ишдаги ногиронлик холатини кайд килиш).

Интеграл ОСКИ

Интеграл ОСКИ мавзулари таълим муассасасининг битиртирувчи кафедралари томонидан мутахассисларга талабгорларнинг талабларини, шунингдек замонавий фан, техника, технологиялар ютуқларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Интеграл ОСКИ мавзуси терапевтик фанлар, жаррохлик фанлар ва оналик ва болаликни химоя қилиш йуналишида бўлиши мумкин.

Интеграл ОСКИ базавий босқичда олган билим ва қуникмаларни аниқлаш мақсадида талабалар бешинчи қурени тугатганидан сунг ва битирувчи курсда якуний давлат аттестациясида мазкур стандартда бажариш учун ажратилган вақт мобайнида бажарилади.

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

Таълим дастурини амалга ошириш

5510100- Даволаш мшлғаълимйуналиши буйича бакалавр тайёрлашнинг таълим дастури мазкур йуналиш буйича аккредитацияланган олий таълим муассасаларида ривожланаётган таълим технологияларидан, ахборот технологияларидан ва таълимнинг замонавий техника воситаларидан фойдаланиб тайёрлашда амалга оширилади.

Таълим мабойнида тал аба иккитадан кам бўлмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иктисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси уқув жараёни тугаши биланок тегишли интеграллашган курс буйича утказилади.

Малакавий амалиётдаволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) утказилади.

Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга бўлган талаблар

7.1 Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ республика иктисодиёти ва ижтимоий тармоқлари, бошқарув ва хужалик юритиш субъектлари учун фундаментал, айниқса, юқори ва инновацион технологиялар буйича чуқур билим ҳамда амалий қуникмаларга эга бўлган кадрлар эҳтиёжини ҳисобга олиши керак.

Олий таълим муассасалари асосий таълим дастурини фан, техника, маданият, иктисодиёт, технология ва ижтимоий соҳа ривожланишини ҳисобга олган ҳолда мунтазам равишда янгилаб туриши лозим.

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ томонидан битирувчиларнинг умуммаданий компетенцияларини (ижтимоий узаро таъсир, уз-узини ташкил қилиш ва бошқариш, тизимий-фаолият тавсифидаги компетенцияларни) шакллантиришдаги имкониятлари аниқланган бўлиши керак. ОТМ узининг ижтимоий-маданий мухитини шакллантиришга, шахенинг ҳар томонлама ривожланиши учун зарур бўлган шароитларни яратишга масъул.

ОТМ уқув жараёнини ижтимоий-тарбиявий ривожлантиришга, талабаларнинг ижтимоий ташкилотлар ишида, спорт ва ижодий тугаракларда, магистрларнинг илмий жамиятларида иштирокига қумаклашиши лозим.

Компетентли ёндошувни амалга ошириш уқув жараёнида машғулотларнинг фаол ва интерфаол (компьютер симуляторлари, ишбилармонлар уйини, муайян вазиятларни қуриб чиқиш ва х-к.) шаклларини утказишни, талабаларнинг касбий қуникмаларини

шакллантириш ва ривожлантириш мақсадида аудиториядан таишари иш билан биргаликда жаҳон педагогик амалиётида қулланиладиган замонавий педагогик технологиялар, уқитишнинг самарали стратегиялари, методлари ва услубларини кенг қуллашни назарда тутиши керак.

Фаол ва интерфаол шаклларда утказилаётган машгулотларнинг улуши дастурнинг асосий мақсади, уқийётган контингент хусусиятлари ва муайян фан мазмуни билан аниқланади. Талабаларнинг академик гуруҳлари учун маъруза туридаги машгулотлар аудитория машгулоғларининг 50 % идан ортмаслиги керак.

Талабалар уқув юқламасининг максимал ҳажми асосий таълим дастури ва таълим дастурига ОТМ томонидан қушимча белгиланадиган факультатив фанларни узлаштириш буйича аудитория ва аудиториядан ташқари (мустикал) таълим билан биргаликда ҳафтасига 54 академик соатдан ошмаслиги керак.

ОТМ талабалар учун уқиш дастурини, булиши мумкин булган индивидуал таълим дастурларини ишлаб чиқишни инобатга олган ҳолда, шакллантиришда реал иштирок этиш имкониятини таъминлашга масъул.

Уқув дастурини шакллантиришда ОТМ талабаларни уларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари билан таништиришга, талабалар учун танлов фан(модул, курс)лари мажбурий эканлигини тушунтириши керак.

Талабаларда билим, амалий малака ва қуникмаларни тулик шакллантириш учун ОТМ таълим дастури уқув фанлари (модуллари) буйича лаборатория ишлари ва амалий машгулотларни камраб олиши керак.

Таълим дастурларнинг тадбиқ этилиши

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврларни тайёрлаш таълим дастури ривожлантирувчи уқитиш, информацион технологиялар ва уқитишнинг замонавий техник воситаларидан фойдаланилган ҳолда тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича аккредитация қилинган олий таълим муассасаларида амалга оширилиши керак.

Талабалар хорижий тилларни узлаштириши, хорижий тилларни уқитувчилар уқитиши ҳамда бунинг учун зарур булган шароитлар яратилиши умумий амалиёт врачларни тайёрлашда бош вазифа булиши керак.

Малакавий амалиётлар замонавий корхоналарда, ташкилотларда ва ИТИларда утказилади, улар талабаларни амалиёт дастурларида қузда тутилган иш жойлари билан таъминлашлари керак.

Уқиш даврида талаба камида иккита Давлат аттестацияларини (ижтимоий- гуманитар курс ва хорижий тил буйича) топширади ва битирув малакавий ишини бажаради. Давлат аттестацияси мос интеграллашган курслар буйича уқув жараёни тугалланганлиги захоти топширилади.

Малакавий амалиётлари ташкил этиш талаблари

Амалиётлар бакалавр асосий таълим дастурининг мажбурий булагии ҳисобланади. У уқув ва (ёқи) уқув- ишлаб чиқариш машгулотлари қуринишида булиб, талабаларнинг касбий-амалий тайёргарланганлигига бевосита йуналтирилган булади. Умумий амалиёт врачларини тайёрлашнинг таълим дастури талабалар қуйидаги амалиётлари - уқув- танишув, маслаҳат қуникмалари, клиник текширувлар ва ҳамширалик иши жараёни, врач ёрдамчиси, бакалавр ёрдамчиси амалиётларини утишни уз ичига олади.

Уқишининг биринчи йилида уқув-танишув амалиёти утказилади, мақсад талабаларни олий уқув юрти, УзР ФА илмий-тадқиқот институтлари ва бошқа давлат ва нодавлат илмий муассасалари лабораторияларининг мавзулари ва уларда илмий- тадқиқотларни ташкил қилиш ва талабаларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиёт натижаси зачет билан баҳоланади.

Уқишнинг иккинчи йилида талабаларга маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари, беморларга турли ёрдам, жумладан рухий ёрдам бериш ва узаро шахсий муяқот

қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утқизиш муддатлари уқув режаси

билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш ҳақида амалиёт уқитувчилари- раҳбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вақилларидан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли уқув режасида белгиланади.

Уқишнинг учинчи йилида талабалар беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, лаборатория текширув услублари маълумотлари асосидаги амалий куникмалар, беморларни парваришда хамширалик жараёнини куллаш, терапевтик ва жаррохлик амалиётларида хамширалик жараёни амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг тўртинчи йилида талабалар врач ёрдамчиси бўлиб бемор шикоятларини, анамнезини, объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптомларини келиб чиқиш механизми, клиник, функционал, лаборатор текшириш услублари маълумоти бўйича ички аъзолар асосий касалликлари амалий куникмалари, суров ва физик текшириш услубларини урганиш ҳамда талабалар терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва педиатрия йуналишларида керак бўладиган амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг бешинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар энг қуп учрайдиган терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва гинекологик, педиатрик касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ҳамда лаборатор инструментал ташхисоти, киёсий ташхислашни врач ёрдамида амалга оширади. Касалликларнинг оқибати, реабилитацияси, профилактикаси ва диспансерзацияси асоларини урганади. Бу курсда талабалар асосан нозологик беморларда диагностика ва даволаш амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг олтинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар тиббий-профилактик, тез ва шошилиш тиббий ёрдам, даволаш, диагностика, реабилитация, тиббий-ижтимоий ёрдам амалий куникмалари, шунингдек илмий-тадқиқот текшириш билимларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакилларида тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Талабалар илмий-тадқиқот ишининг ташкил қилиниши қуйидагилар билан таъминланиши керак:

чиқарувчи факультет (кафедра)нинг илмий мавзуси бўйича илмий-тадқиқот ишларини бажариши учун лабораторияларда талабаларни иш жойи билан таъминлаш;

олий таълим муассасасининг ахборот ресурс марказида мустақил илмий-тадқиқот ишни олиб бориш имкониятини тақдим этиш;

талабалар илмий жамиятининг конференцияларини ташкил қилиш;

талабалар илмий конференцияси голибларига мамлакатнинг бошқа олий укув юртлирига маърузалар билан чиқиш имкониятларини тақдим этиш.

Уқув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш бўйича талабалар

Бакалавр асосий таълим дастурини амалга ошириш уқитилаётган фаннинг хисослигига мос, одатда, базавий таълимга эга бўлган илмий-педагогик кадрлар билан ва тизимий равишда илмий ва (ёки) илмий-методик фаолият билан шугулланаётган кадрлар билан таъминланиши керак.

Ихтисослик фанлари уқитувчилари уқитилаётган фан ихтисослигига мос базавий таълимга ёки илмий даражага эга булишлари керак. Таълим жараёнига амалдаги тегишли тармок ташкилотлари, клиникалари ва муассасаларининг раҳбарлари ва етакчи мутахассислари уқитувчиликка жалб этилиши мумкин.

Таълим жараёнини уқув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш талаблари

Асосий таълим дастури асосий таълим дастурининг ҳамма уқув курслари, фанлари (модуллари) буйича уқув-методик хужжатлар ва материаллар билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастурининг амалга оширилиши хар бир уқийётган асосий таълим дастуридаги фан (модул)ларнинг тулик руйхати буйича шаклланадиган маълумотлар базаси ва кутубхона фондидан фойдаланиш ҳукуки билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастури буйича хар бир уқийётган урнатилган меъёрларга мос равишда таълим дастурига кирувчи касбий циклнинг хар бир фани буйича уқув ва уқув- методик чоп этилган ёки электрон нашрлар билан таъминланиши керак.

Ахборот-ресурс марказининг асосий фонди охириги 10 йилда (гуманитар, ижтимоий ва иқтисодий циклнинг базавий фанлари учун - охириги 5 йилда) чоп этилган ҳамма циклларнинг базавий қисми фанлари буйича уқув адабиётининг чоп этилган ёки электрон нашрлари билан тулдирилган булиши керак.

Уқув адабиётидан ташқари қушимча адабиёт фонди расмий маълумотнома- библиографик ва даврий нашрларни уз ичига олиши керак.

Таълим дастурини тулик амалга ошириш учун ОТМнинг АРМда таълим йуналишининг уқув режасида келтирилган фанлар буйича яратилган уқув-услугий адабиётлар ва чет элда чоп этилган ҳамда интернет тизимидаги ахборот манбалари хар бир талабага етарли даражада булиши керак.

Мамлакатимиздаги ва чет элдаги олий таълим муассасалари, корхоналари ва ташкилотлари билан оператив равишда ахборот алмашиш, замонавий касбий маълумотлар базалари, ахборотлар ва кидирув тизимларидан фойдаланиш имконияти билан таъминланган булиши керак.

5510100 - Даволаш иши таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлаш жараёнида асосан куйидаги педагогик технологиялар ва уқитиш методларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ:

уқитишнинг интерфаол методи, муаммоли уқитиш технологияси, уйинли технологиялар,

танкидий фикрлаш ривожланишининг педагогик стратегиялари, шахсий йуналганлик асосидаги педагогик технологиялар,

уқув жараёнини самарали бопшариш ва ташкил қилиш асосидаги педагогик технологиялар,

уқитишни дифференциациялаш,

уқитишни индивидуаллаштириш технологияси,

дастурий уқитиш технологияси,

уқитишнинг комплекс методлари (лойихавий метод, тармоқли режалаштириш методи, аклий хужум, ассоциограммалар методи ва х.к.)

Уқув жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар

Бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурини амалга оширувчи ОТМ уқув дастурида назарда тутилган ва амалдаги санитар ва ёнгинга қарши қоидалар ва меъёрларга мос келадиган моддий-техника базасига эга булиши керак; бу моддий-техник база фанлар ва фанлараро тайёргарликнинг ҳамма турларини, талабаларнинг лаборатория, амалий ва илмий-тадқиқот иши утказилишини таъминлаши керак.

C'.VLAT

Бакалавр дастурини амалга ошириш учун минимал зарур булган моддий- техникавий таъминот руйхати куйидагиларни уз ичига олади:

маъруза(поток ёки гурухлар) аудиториялари;

семинар машгулотлари учун аудиториялар;

илмий-тадқиқот ишини утказиш учун лабораториялар.

Мавжуд моддий база куйидагиларни таъминлаши керак:

иллюстратив материалларни намоиш қилиш учун турли аппаратуралар - маърузаларни утказиш;

лаборатория ишлари дастурига мос равишда жихозлар - базавий фанлар буйича лаборатория-амалий ишларни бажариш;

лабораториянинг амалга ошириладиган илмий мавзусига мос равишда жихозлар - ихтисослик (махсус) фанлар буйича лаборатория ишларини бажариш;

хисобларни бажариш ва ахборот тизимларидан фойдаланиш учун компьютерлар - семинар машгулотларини утказиш, лингафонли кабинетлар - хорижий тиллар буйича машгулотлар.

Бакалавртайёлаш сифатини баҳолаш

8. Юлий таълим муассасаси тайёргарлик даражаси сифатини кафолатли таъминлашга мажбур, жумладан куйидаги йуллар билан:

иш берувчилар вакилларини жалб қилган ҳолда битирувчиларнинг тайёргарлик даражаси сифатини таъминлаш буйича стратегияни ишлаб чиқиш;

таълим дастурлари мониторингини утказиш, уларни даврий тақриз қилдириш;

талабалар билими ва амалий қуникмалари даражасини, битирувчилар компетенцияларини объектив баҳолаш процедураларини ишлаб чиқиш;

укитувчилар таркибининг компетентлигини таъминлаш;

иш берувчилар вакилларини жалб қилган ҳолда фаолият (стратегия)ни баҳолаш ва бошқа таълим муассасалари билан таккослаш учун мувофиқлаштирилган мезонлар буйича мунтазам равишда таҳлил қилишни утказиш.

Бакалавр йуналишлари буйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш куйидагилардан иборат:

ички назорат - олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички назорат олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси томонидан тасдиқланган назоратнинг рейтинг тизими тугрисидаги Низом асосида утказилади;

яқуний давлат назоратида таълим стандартига мувофиқ фанлар буйича давлат аттестациясини ва битирув иши химоясини уз ичига олади;

давлат-жамоат назорати олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси, жамоат ташкилотлари ва кадрлар буюртмачилари томонидан белгиланган тартибда утказилади;

таиши назорат Вазирлар Маҳкамаси қошидаги Давлат тест маркази Кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш, педагог кадрлар ва таълим муассасаларини аттестация қилиш Бошқармаси томонидан белгиланган тартибда амалга оширилади.

Тайёрланган кадрлар сифатини баҳолаш кадрлар истеъмолчилари томонидан уларнинг меҳнат фаолияти жараёнида амалга оширилади.

8.3Х,ар бир фан бўйича билимларни жорий ва оралик назорат қилишнинг муайян шакли ва уқув жараёнига тадбиқ этилиши ОТМ томонидан мустақил ишлаб чиқилади ва талабалар эътиборига ўқишнинг биринчи оғи давомида етказилади.

8.4Талабалар ўзлаштириши жорий назорати ва оралик аттестацияси дастурлари уларнинг бўлажак касбий фаолияти шароитларига максимал яқинлаштирилиши учун шароитлар ОТМ томонидан яратилиши керак. Бунинг учун муайян фан ўқитувчиларидан ташқари ташқи экспертлар сифатида иш берувчилар, турдош фанлардан даре берувчилар ва бошқалар бу жараёнга фаол жалб қилиниши керак.

8.5Яқуний давлат аттестацияси умумий амалиёт врач битирув малакавий иши химоясини ўз ичига олади.

Битрув малакавий ишининг мазмуни, ҳажми ва тузилмасига бўлган талаблар битирувчиларнинг яқуний давлат аттестацияси ўтказиш ҳақидаги амалдаги Низом асосида олий таълим муассасалари томонидан белгиланади.

Олий таълим муассасаси:

ўшбу стандартдаги талабларга риоя қилиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат аттестацияси ва аккредитацияси ҳақидаги Низомда назарда тутилган умумий амалиёт врач тайёрлашнинг сифати;

-профессор-ўқитувчилар таркиби ва уқув-ёрдамчи ходимлар малакавий талабларга тула мос келиши;

-хар бир интеграллаштирилган курс фанларининг курс дастурида назарда тутилган уқув-методик адабиётлар, уқув-услубий мажмуалар, шунингдек, мустақил таълим ва мустақил тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги;

-уқув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тула масъулдир.

Эслатма

Олий таълим муассасасига:

ўшбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган ҳолда талабанинг ҳафталик максимал юкмасини оширмасдан уқув материални ўзлаштиришга ажратилган соатлар ҳажмини уқув фанлари блоклари учун 5% оралигида, блокга қирувчи уқув фанлари учун 10% оралигида ўзгартириш;

уқув фанлари мазмунига фан, техника ва технологияларнинг ютуқларини ҳисобга олган ҳолда ўзгартиришлар қиритиш;

битирув малакавий иш (лойиха) мавзусини белгилаш олий таълим муассасаси ректори томонидан расмийлаштирилади.

Курс ишлари (лойихалари) муайян уқув фаолиятининг бир тури сифатида қурилади ва ўшбу уқув фанини ўзлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида бажарилади.

Давлат таълим стандартини билиш профессор-ўқитувчилар таркибини танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

10 Давлат таълим стандартининг амал қилиш муддати

Давлат таълим стандарти ўрнатилган тартибда тасдиқланиб, “Ўзстандарт” агентлигида давлат рўйхатидан ўтгандан кейин амал қилиш муддати - 5 йил.

Давлат бошқарувининг ваколатли органлари томонидан давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва жорий этиш тугрисида янги тартиб- қоидалар қабул қилинса ДТСларнинг амал қилиш муддати узгариши мумкин.

Илова

5550100 - Даволаш иши таълим йуналиши бўйича таълим дастурининг тузил иши

Г.р. 1 . _	Уқув фанлари, интеграллаштирилган курслар ва блокларининг номлари	Умумий кжламаннинг
1	2	3
1.00	Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	Математик коммуникатив курс	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий тезника ва янги тиббиёт технологияси	54
	Табиий-илмий курс	2534
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик кимё	306
2.08	Лотин тили ва тиббий-фармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумқасбий фанлар	7970
	Умумий патология курси	936
3.01	Патологик физиология	252
3.02	Патологик анатомия. Секцион биопсия курси	306
3.03	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари	144
3.04	Фармакология	234
	Тиббий профилактик курс	698
3.05	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.06	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш Биостатистика	360
3.07	Валеология	32
3.08	Эпидемиология, ХЭ	90
	Терапевтик фанлар курси	3276
3.09	Шифокор ва бемор	54
3.10	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.11	Ички касалликлар. Хал қ таъобати	558
3.12	Фтизиатрия	216
3.13	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126 .
3.14	Эндокринология	198
3.15	Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши	270
3.16	Касб касалликлари	90
3.17	Клиник фармакология	216
3.18	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324
3.19	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
-3.20	Асаб касалликлари	234
3.21	Психиатрия ва наркологиya. Тиббиёт психологияси	306 \ ,
1	2	3
3.22	Нур ташхиси ва терапияси	90

3.23	Тиббий генетика	54
3.24	Клиник аллергология	54
	Жаррохлик фанлар курси	2188
3.25	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180
3.26	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.27	Хирургик касалликлар	468
3.28	Нейрожаррохлик	90
3.29	Болалар жаррохлиги	162
3.30	Урология	162
3.31	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.32	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.33	Анестезиология ва реанимация	54
3.34	Оториноларингология, стоматология	216
3.35	Офтальмология	162
	Онлик ва болаликни химоя қилиш курси	972
3.36	Акушерлик ва гинекология	342
3.37	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослик фанлари	1818
	Бакалавр фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Халокат тиббиёти	54
4.04	Шошилиш ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198
5.00	Кушимча фанлар	450
5.01	Харбий тиббий тайёргарлик, ФМ ва ФМТХ,	450
	Жами	14962
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жор ий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАМ МАС И	17446

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар

мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ УЗБЕКИСТАНА

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана

Государственный образовательный стандарт высшего образования

ТРЕБОВАНИЯ

к необходимому содержанию и уровню подготовленности бакалавра по направлению 5111000-
Профессиональное образование (5510100-Лечебное дело)

Издание официальное

Тошкент

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги

ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ СТАНДАРТИ И

Ўзбекистон узлуксиз таълимнинг Давлат таълим стандартлари

Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти

5111000-Касб таълим и (5510100-Даволаш наш) таълим йуналиши буйича бакалавры» тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар

мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Расмий нашр

СУЗ БОШИ

ИШЛАБ ЧИКИЛГАН ВА КИРИТИЛГАН:

Олий ва урта махсус, касб-хунар таълимини Ривожлантириш

маркази;

Тошкент Тиббиёт академияси

Т АС ДИК, ЛАНГ АН ВА АМАЛГА КИРИТИЛГАН:

Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 201 йил « » даги - сонли буйруги.

Мазкур стандарт Узбекистон Республикаси %удудида амалга киритилиши (амал қилишининг тухтатилиши) ва унга узгартиришлар киритилиши тугрисидаги маълумотлар «Узстандарт» агентлиги томонидан нашр этилувчи курсаткичларда чоп этилади.

МУНДАРИЖА

Кулланилиш

Атамалар, таърифлар, кискартмалар	2
Таълим йуналишининг тавсифи	2
5111000 - Касб таълим и (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий фаолиятиини тавсифи	3
Бакалаврнинг тайёргарлик даражасига куйиладиган талаблар ..	6
Таълим дастурининг мазмуни ва комионентлари	17
Бакалавриятнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга белгиланган талаблар	
Бакалавриятнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилишига белгиланган умумий талаблар	29
Таълим дастурларининг тадбик этилиши	30
Малакавий амалиётларни ташкил этиш тапаблари	30
Укув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш талаблар	буйича 32
Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари таъминлаш тапаблари	билан 32
Укув жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар	32
Бакалавр тайёрлаш сифатини бахолаш	34
Эслатма	35
Давлат таълим стандартининг амал килиш муддати	35
Илова	36
Библиографик маълумотлар	39

Узбекистон узлуксиз таълимининг Давлат таълим стандартлари Олий таълимнинг Давлат таълим стандарти 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврларнинг тайёргарлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига куйиладиган

ТАЛАБЛАР

Государственные образовательные стандарты непрерывного образования Узбекистана Государственный образовательный стандарт высшего образования ТРЕБОВАНИЯ к необходимому содержанию и уровню подготовленности врача общей практики, педагога по направлению 5111000- Профессиональное образование (5510100-Лечебное дело) State Educational Standards of Continuous Education of Uzbekistan State Educational Standards of Higher Education REQUIREMENTS to necessary contents and level of general practitioner training the teacher by speciality of 5111000- Vocational training (5510100-Medical deal)

Амал қилиш муддати « /£ » Р-^/ 2013йилдан

^улланиш соҳаси

201 йилгача

Олий таълимнинг мазкур давлат таълим стандарти (ОТ ДТС тайёрлашнинг 5111000-Қасб таълим и (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлашнинг асосий таълим дастурлари узлаштиришни амалга оширишда Узбекистон Республикаси ҳудудидаги барча олий таълим муассасалари учун талаблар мажмуини ифодалайди.

Олий таълим муассасаси мазкур таълим йуналиши буйича кадрлар тайёрлаш ваколатига эга бўлганда ДТС асосида таълим дастурларини амалга ошириш ҳуқуқига эга деб ҳисобланади.

ОТ ДТСнинг асосий фойдаланувчилари:

мазкур таълим йуналиши ва тайёргарлик даражаси буйича фан, техника ва ижтимоий соҳа ютуқларини ҳисобга олган ҳолда асосий таълим дастурларини сифатли ишлаб чиқиш, самарали амалга ошириш ва янгилаш учун масъул олий таълим муассасаларининг профессор - уқитувчи жамоалари;

таълим йуналишининг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича уқув- тарбия фаолиятини самарали амалга оширувчи барча ходимлари ва талабалари;

Ўз ваколат доирасида битирувчиларнинг тайёргарлик даражасига жавоб берадиган олий таълим муассасаларининг бошқарув ходимлари (ректор, проректорлар, уқув оулими

Ва ДБКЗНЗТ)"

С - битирувчиларнинг тайёргарлик даражасини баҳолашни амалга оширувчи Давлат

аттестация комиссиялари;

олий таълим муассасасини молиялаштиришни таъминловчи органлар,

олий таълим тизимини аккредитация ва сифатини назорат қилувчи ваколатли

Давлат орган лари;

таълим йуналишини ихтиёрий танлаш ҳуқуқига эга оулган аоитуриентлар ва бошка манфаатдорлар.

Атамалар, таърифлар, қисқартмалар

Мазкур стандартда Ўзбекистон Республикасининг «Таълим тугрисида»ги Қонуни, Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури ҳамда олий таълим соҳасидаги халқаро ҳужжатларга мос равишда атамалар ва таърифлардан фойдаланилган:

касбий фаолият тури - таълим йуналишига узгартишлар киритиш мақсадида касбий фаолият объектига таъсир қилишнинг методлари, усуллари, услублари ва тавсифи, компетенция - маълум соҳада муваффақиятли фаолият юритиш учун билимлар,

амалий малакалар ва шахсий сифатларни қўллаш қобилияти,

модул - тарбиялаш ва уқитишга йуналтирилган мақсадлар ва натижаларга нисбатан муайян мантикий тугалланганликка эга бўлган уқув фани (курси) ёки уқув

фанлари (курслари) қисмларининг мажмуаси;

таълим йуналиши - муайян касбий фаолият доирасидаги турли даражадаги

таълим дастурларининг мажмуи;

касбий фаолият объекти - предметлар, воеликлар, жараёнлар ва фаолият

доирасида ҳаракатга йуналтирилган тизимлар; ^

касбий фаолият соҳаси - илмий, ижтимоий, иқтисодий, ишлаб чиқаришда намоён

буладиган касбий фаолият объектларининг мажмуи;

бакалавриятнинг асосий таълим дастурлари (окалаврият дастури) -

талабаларнинг тарбияси ва тайёргарлик даражаси сифатини таъминлашга йуналтирилган уқув режаси, уқув курслари, предметлари, фанлари (модуллари)нинг дастурлари, малакавий амалиётлар дастурлари, уқув жараёни жадвали ва ^мос равишдаги таълим технологияларини амалга оширилишини таъминловчи уқув-услуоий мажмулари методик

материаллар; ^ ,

профиль — асосий таълим дастурининг аниқ касбий фаолиятнинг муайян тури ёки

объектига йуналганлиги;

уқув-урганиш натижалари — узлаштирилган билимлар, амалий малакалар,

қуникмалар мажмуи;

уқ>'в цикли - мос илмий ёки касбий фаолият доирасидаги билимлар ва амалий малакаларни узлаштириш ва қуникмаларни шакллантиришни таъминловчи асосий таълим дастурларидаги фанларнинг мажмуи.

АРМ - ахборот ресурс маркази;

ИТИ - илмий тадқиқот ишлари;

ОТМ - олий таълим муассасаси;

КВП/ШВП - кишлок/шахар врачлик пункта

Таълим йуналишининг тавсифи

Ушбу таълим йуналишини камраб олувчи олий таълимнинг асосий таълим дастурлари амалга оширилади, уни назарий ва амалий машгулотларини тулик узлаиггирган, якуний давлат атгестациясидан муваффакиятлиг утган шахсга «фа^лавр»

малакаси (даражаси) хамда олий маълумот тугрисидаги давлат намунасидаги расмий

хужжат(лар) берилади

Асосий таълим дастурининг меъёрий муддати ва мос малака(даража)си 1-

жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Асосий таълим дастурининг муддати ва битирувчилариинг малакаси

Таълим дастурининг номи	Малака (даража)	Таълим дастурини узлаштиришнинг меъёрий муддати
Бакалавриат таълим дастури	Бакалавр	7 йил

5111000- Касб таътши (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавры» т таълим йуналиши буйича бакалаврлар касбий

фаолиятининг тавсифи

Бакалаврлар касбий фаолиятининг сохаси

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши согликни саклаш сохасидаги цуналиш булиб, у тиббиёт сохасини ривожлантиришга , истикболини белгилашга , касбий куникмага, мутасаддилик кобилиятига йуналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини камраб олади.

Бакалаврнинг касбий фаолияти куйидагиларнн камраб олади:

Бириктирилган ахоли орасида куп учрайдиган касалликларни олдини олиш ва даволаш;

Тиббий маслахат бериш;

Белгиланган давлат стандарти асосида бириктирилган ахолига касалхонагача шошилинич тиббий ёрдамни курсатиш;

Санитар ва эпидемияга царши комплекс чора-тадбирлани ташкил этиш ва утказиш: профилактик эмлаш, бириктиришган худудларда инфекцион учоцлар билан алокада булганларнинг санитар холати буйича умумий назорат, бириктирилган ахолини хавфли эпидемиологик холат буйича огохлантириш;

-Ахоли орасида санитар-гигиеник тарбия, рационал овцатланиш, зарарли одапиари бшан курашиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, шунингдек, усмирларни соғломлаштириш, она ва бола саломатлигини химоя қилиш, режалаштирилмаган хомиладорликни олдини олиш, оипани рационал режалаштириш буйича чора-тадбирларни ташкил этиш ва утказиш;

-Аёлларни хомиладорлик ва хомиладорликдан кейинги даврда кузатиш, кукрак сути бичан боқишни кенг тарғибот қилиш;

-Якка яшовчилар, цариялар, ногиронлар, сурункали касалликлари мавжуд беморларни ижтимоий ёрдам курсатувчи ташкилот ходимлари бичан биргаликда тиббий-ижтимоий ёрдам курсатиш ва патронажни назорат қилиш;

-Сурункали касалликларни эрта аниқраш мақсадида профилактик ва мақсадли тиббий курик утказиш, бириктиришган ахолининг умумий диспансеризацияси;

-Ижтимоий ҳолатга боғлиқ касалликларга қарши курашишнинг даволаш- профилактик чора-тадбирларини утказиш;

Беморларнинг вақтчалик меҳнатга лаёқатсиз Ижтимоий ҳолатга боғлиқ

касалликларга қарши курашишнинг даволаш-профилактик чора-тадбирларнинг утказиш;

-Беморларнинг вазиталж меҳнатга лаёқатсизлигини аниқлаш, аш хамда ВКК ва

ВТЭЖга юбориш; , , й

Тасдиқланган шаклдаги ҳисобот ҳужжатларини сифатли ва уз вақтида

тулдириш;

2 Бакалаврнинг касбий фаолият объектлари

5111000 - Касб таълим (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврнинг касбий фаолиятининг объектлари- соғлиқни сақлаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида булган соғлом одамлар, беморлар ва академик лицей ва тиобиет

коллежидаги укув жараёни.

Бакалаврнинг касбий фаолият турлари

5111000- Касб таълими (5510100-Даволаш иши) йуналиши буйича бакалавр умум касбий ва махсус тайёрғарлигига мувофиқ куйидаги:

Бакалаврларнинг касбий фаолияти турлари:

тиббий-профилактик. соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эшдемияга қарши тадбирларни ишлаб чиқиш ва утказиш, одамларнинг саломатлигига

таъсир этувчи хавф омилларини олдини олиш; _

тез ва шошилиш тиббий ёрдам:кечиктириб булмайдиган диагностикаси ва

бирламчи тиббий ёрдам тадбирларини мустақил бажариш;

даволаш-диагностик: кенг тарқалган касалликларни касалхонадан ташқари клиник ва лаборатор-инструментал диагностикаси, мутахассислар курсатмаларига қура

консултация ёки госпитализация; _ _

реабилитация: психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини цапта

тиклаш; _ _

тиббий-ижтимоий: социал муҳофаза органлари ва меҳрибонлик хизматлари

билан бирга оилага ва алоҳида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал- психологик хавф омилларини хисобга олган ҳолда хизмат курсатиш; ^

илмий-тадқиқот: ақту ал илмий тиббиёт текширишларни утказишда

цапнашиш;

ташқиллаштириш-методик: режалаштириш, хисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини асосий курсаткичлар анализи, консултациялар ва методик семинарларни утказиш каби касбий фаолият турларини бажариши.

педагогик: тасдиқланган уқув режа ва дастурлар асосида академик лицей ва касо- хунар коллежларида касб таълими уқитувчиси сифатида ишлаш ҳамда бошқа касбий

фаолият турларини бажариши мумкин;

уқув-методик: ушбу йуналишлар буйича таълимни амалга оширувчи

вазирликлар, унинг тармок бошқармалари ва муассасаларида методист булиб ишлаш,

тарбиячилик: академик лицейлар ва тиббиёт коллежларидан ташқари

муассасаларда;

илмий-тадқиқот\ педагогик экспериментлар утказиш ва унинг натижаларини

кайта ишлаш.

Ташқилий-бошқарув фаолияти;

УМКХГ тизимида педагогик фаолияти;

Ижтимоий ва жамоа соҳ, асидаги фаолияти қабиларни уз ичига олади.

Бакалавр тайёрланадиган касбий фаолиятнинг муайян турлари таълим

жараёнининг манфаатдор иштирокчилари билан ҳамкорликда олий таълим тизимитомонидан аниқланади.

Бакалаврлар касбий фаолиятининг вазифалари

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавр таълим дастурини узлаштириш натижасида касбий тайёргарликнинг асосий турлари ва профил тайёргарлигига мос куйидаги касбий вазифаларни ечиши керак:

Илмий ва илмий-тадқиқот фаолияти:

утказилаётган илмий-тадқиқот лойиҳалари мавзуси буйича моделлар, алгоритмлар, методлар, дастурий ечимлар, инструментал воситаларни тадқиқот қилиш ва ишлаб чиқиш;

намунавий методикалар ва бошқалар буйича экспериментал тадқиқотларни утказиш ва уларнинг натижапарига ишлов бериш;

илмий-техникавий ҳисоботлар ва тушунтириш хатларини ишлаб чиқиш; -утказилаётган тадқиқотлар мавзуси буйича илмий обзорларни ишлаб чиқиш,

рефератлар ва библиографияларни тузиш;

илмий семинарлар, илмий-техникавий конференциялар ишида иштирок этиш;

илмий-ғиббий мавзувий журналларга мақолаларни тайёрлаш.

Ташкилий-бошқарув фаолияти:

ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш;

ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур булган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш;

-информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ булган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш;

атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос келиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилишда иштирок этиш.

УМКХ,Т тизимининг мос таълим муассасаларида педагогик фаолият (педагогик тайёргарликдан сунг):

УМКХ.Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича назарий машғулотларни утказиш;

УМКХ,Т тизимининг мос укув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган укув фанлари буйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан укув хоналарида утказиш;

замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт укув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утказиш;

укитилаётган фанлар буйича дарсларни утказиш учун зарур булган укув-методик ҳужжатларни шакллантириш ва тузиш;

-укитилаётган фан буйича машғулотларни утказиш учун укитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш;

мустакил таълим ва ижодий кидирув натижасида уқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш.

4.5 Таълим олишни давом эттириш имкониятлари

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавр умумий амалиёт ва куйидаги:

5A510101 - Акушерлик ва гинекология 5A510102 - Эндокринология 5 A510103 - Терапия (йуналишлар буйича)

5A510104 - Оториноларингология

5A510105 - Кардиология

5A510106 - Офтальмология

5A510107 - Юкумли касалликлар (йуналишлар буйича) MZOlatinj

5A510108 - Дерматовенерология

5A510109 - Неврология

5A510110 - Умумий онкология

5A510111 - Психиатрия

5A510112 - Хирургия (йуналишлар буйича)

5A510113 - Ташхиснинг инструментал ва функционал усуллари (йуналишлар буйича)

5A510114 - Нейрохирургия

5A510115 - Соғлиқни сақлашни бошқариш (йуналишлар буйича)

5A510116 - Тиббий психология 5A510117 - Урология

5A510118 - Морфология (йуналишлар буйича)

5A510119 - Наркология

5A510120 - Анестезиология ва реаниматология 5A510121 - Травматология ва ортопедия 5A510122 - Оилавий тиббиёт 5A510123 - Суд тиббиёт экспертизаси 5A510124 - Патологик анатомия 5A510125 - Шошилиш тиббий ёрдам

5A510126 - Фармакология мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли бошқарув органи (лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йуналишлари (мутахассисликлари) буйича икки йилдан кам булмаган муддатда магистратурада уқишни давом эттириши мумкин.

Педагогик фаолиятни олиб борганда уз малакасини хар уч йилда ошириб туриши керак.

Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилиши натижаларига белгиланган талаблар

5.1 5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши бакалавр йуналиши буйича битирувчи куйидаги умумий малакавий компетенцияларни эгаллаган булиши керак:

а) умумий малакавий компетенциялар:

интеллектуал, маданий, маънавий, жисмоний ва касбий уз-узини ривожлантириш ва такомиллаштириш қобилиятига эга булиши ва бу қобилиятни амалда куллай билиши;

тарихий мерос ва маданий анъаналарга хурмат ва эҳтиром билан муносабатда булиши, ижтимоий ва маданий фарқларни толерантлик билан қабул қилиши;

тарихий жараёни юритувчи кучларни ва унинг қонуниятларини тушуниши; тарихда зуравонлик ва зуравонлик қилмасликнинг роли, тарихий жараёнда, жамиятнинг сиёсий тузилмасида инсоннинг урнини тушуниши;

дунёқараш, ижтимоий ва шахсий қаби аҳамиятга эга булган муаммоларни тушуниши ва уларни таҳлил қилиши;

уз фаолиятида меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлардан фойдалана билиши;

ахлоқий ва ҳуқуқий меъёрлар ва мажбуриятларни ҳисобга олган ҳолда мақсадга эришишда қатъият қурсатиши;

фикрлаш маданиятини эгаллаган булиши, оғзаки ва ёзма нутқини аргументланган ҳолда аниқ баён қилиш қобилиятига эга булиши;

эгалланган тажрибани танқидий қуриб чиқиш қобилияти, зарур булганда уз

касбий фаолиятининг тури ва характерини узгартириши; ^ ^

ҳаёт фаолияти ҳавфсизлиги шароитларини умумий баҳолашга қобил булиши, ишлаб чиқариш қадимлари ва аҳолини булиши мумкин оулган авариялар, қатастрофалар, табиий офатлардан ҳимоя қилиш асосларини ва шикастлашнинг замонавий воситаларини куллаши, улар оқибатларини бартараф қилишнинг асосий тадбирларини куллай билиши;

касбий фаолиятда табиий-илмий фанларнинг асосий қонунларидан фойдаланиш, математик таҳлил ва моделлаш, назарий ва экспериментал тадқиқот методларини куллаш

қобилиятига эга булиши;

замонавий ахборот жамият ривожидида информациянинг моҳияти ва аҳамиятини тушуниш. бу жараёнда вужудга келадиган ҳавф ва таҳдидларни англаш, информация ҳавфсизликнинг асосий талабларига, жумладан давлат сирини ҳимоя қилиш талабларига,

риоя қилиш қобилиятига эга булиши;

информациями олиш, сақлаш, қайта ишлашнинг асосий методлари, усуллари ва воситаларига эга булиши, информацияни бошқариш воситаси сифатида компьютер билан

ишлаш куникмаларига эга булиши;

глобал компьютер тармокларида информация билан ишлаш қобилиятига эга

булиши;

сузлашувдан кам бўлмаган даражада бир хорижий тилни эгаллаган булиши;

булиши мумкин бўлган авария, катастрофа, табиий офатлар оқибатларидан ишлаб чиқариш ходимлари ва аҳолини ҳимоя қилишнинг асосий методларига эга булиши;

мустиқил равишда жисмоний тарбия ва соғлиқни мустиқкамлашдан методик тугри фойдаланиш воситаларини эгаллаган булиши, тулақонли ижтимоий ва касбий фаолиятни таъминлаш учун жисмоний тайёрларликнинг керакли даражасини эгаллашга

тайёр булиши керак.

б) касбий компетенциялар, жумладан:

Умумқасбин компетенциялар:

Даволаш-диагностик фаолият:

инсонга таъсир қилувчи атроф муҳит умум-биологик қонун-қоидаларни;

қасалликнинг этиопатогенези;

қасалликларни ривожланишига олиб қелувчи асосий ижтимоий, иқтисодий, маданий ҳамда оилавий омилларини;

патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятларини;

қасаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал қуратқичлар ва морфологик намоён булишни;

энг қуп тарқалган қасалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;

туғруқни ва туғруқдан кейинги даври, ҳомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий ҳавфсиз ва самарали даволашни, беморларни реабилитациясини;

мутахассис қонсультацияси ва госпитализацияга қуратма; аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;

фавқулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам қуратиш усуллари ва тамойилларини билиши;

Тиббий-профилактика фаолият:

асосий қасалликларни тарқалиши ҳамда қасалланишни қамайтиришга қаратилган чора-тадбирларни билиши;

вақтинчалик ва турғун ишга лаёқатсизлигини, вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташқиллаштириш; соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилишни;

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси буйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва технологик масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда

касбий ечиш қобилиятига эга бўлиши; ? ;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш буйича ҳдмда меҳнат жараёнида хавфсизликни таъминлаш буйича методика ва тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқаришда меҳнат хавфсизлиги буйича мутахассисларга қуйиладиган талабларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Илмий-тадқиқот фаолияти:

актуал илмий тиббиёт текширишларни утқизишда қатнашиш;

компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар утқизишни ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни

Интернет тармоғида энг янги илмий, конструкторлик, технологик ва эксплуатацион ютуқлар ҳақида информацияни мақсадга йўналган ҳолда қидириш ва топиш қобилиятига эга бўлиши;

илмий-тадқиқот ва ишлаб чиқариш жамоаси таркибида (тайёрланганлик профилига мос равишда) касбий фаолият масалаларини ечиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Лойихавий фаолият:

бажарилаётган тадқиқотлар мавзуси буйича фаолиятнинг ишлаб чиқариш ва долзарб масалаларини фан ва техниканинг замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда касбий ечиш қобилиятига эга бўлиши;

инсон соғлигини ва унинг ишчанлик қобилиятини сақлаш буйича услубий тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қобилиятига эга бўлиши;

бажарилаётган амалий ишлар мавзуси буйича математик, инфорацион ва имитацион моделларни ишлаб чиқиш ва тадқиқот қилиш қобилиятига эга бўлиши;

-лойихавий ва дастурий ҳужжатларни ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;

амалиётда ахборот технологияларининг халқаро ва касбий стандартларини, замонавий парадигма ва методологияларни, инструментал ва ҳисоблаш воситаларини тайёргарлик ихтисослигига мос равишда қўллаш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ишлаб чиқариш-технологик фаолияти:

намунавий технологик жараёнларни ишлаб чиқиш ва уларни қўллаш қобилиятига эга бўлиши;

илмий ва амалий фаолиятда автоматлаштирилган тизимларнинг инструментал воситалари ва муҳитларини ривожлантириш ва уларнинг эксплуатацияси қобилиятига эга бўлиши;

касбий этика кодексига риоя қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ташкилний-бошқариш фаолияти:

ишлаб чиқариш фаолияти сифатини бошқариш жараёнларини ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқариш жараёнларини амалга ошириш учун зарур бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари ва ресурсларини режалаштириш қобилиятига эга бўлиши;

информацион технологиялар тизимини яратиш ва улардан фойдаланиш билан боғлиқ бўлган ишлаб чиқариш жараёнлари мониторинги ва сифатини баҳолаш методлари ва механизмларини ишлаб чиқиш қобилиятига эга бўлиши;

атроф-муҳитни муҳофаза қилиш ва меҳнат хавфсизлиги талабларига мос қилиши борасида ишлаб чиқариш жараёнларини назорат қилиш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқариш жараёнида сифатни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;

ижрочилар жамоаси ишини ташкил қилиш қобилиятига эга бўлиши;

фикрлар ҳар хил бўлган шароитда бошқарув қарорини қабул қилиш қобилиятига эга бўлиши;

бирламчи звено ишини ташкил қилиш ва уни бошқариш қобилиятига эга бўлиши;

бажарилаётган иш режасини тузиш ва бу ишни назорат қилиш, ишни бажариш учун зарур бўлган ресурсларни режалаштириш, уз ишининг натижаларини баҳолаш қобилиятига эга бўлиши;

ишлаб чиқариш жараёнларининг атроф-муҳитни ва меҳнат хавфсизлигини назорат қилиш тизими талабларига мослигини мониторинг қилиш қобилиятига эга бўлиши керак.

УМКХТ тнзи.мида педагогик фаолият:

УМКХ.Т тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича назарий машғулотларни утқазиш қобилиятига эга бўлиши;

УМКХТ тизимининг мос уқув муассасаларида тайёргарлик йуналишида назарда тутилган уқув фанлари бўйича амалий ва лаборатория машғулотларини, жумладан уқув хоналарида утқазиш қобилиятига эга бўлиши;

замонавий ахборот ва педагогик технологиялардан фойдаланиб ностандарт уқув машғулотларини ишлаб чиқиш ва утқазиш қобилиятига эга бўлиши;

укитилаётган фанлар бўйича дарсларни утқазиш учун зарур бўлган уқув-методик ҳужжатларни шакллантириш ва тузиш қобилиятига эга бўлиши;

-укитилаётган фан бўйича машғулотларни утқазиш учун уқитишнинг техник воситаларини ишлаб чиқиш ва улардан фойдаланиш қобилиятига эга бўлиши;

мустақил таълим ва ижодий кидирув натижасида уқитилаётган фан ҳамда педагогик фаолият соҳасидаги методлар, воситалар ва шакллар тизимида уз-узини мунтазам такомиллаштириб бориш қобилиятига эга бўлиши керак.

Таълим дастурлари бўйича бакалаврларнинг бил им, малака ва қуникмаларга қуйнлган талаблар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар буйича талаблар:

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоки буйича талаблар Олий ва урта

мах-сус таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоки буйича бакалавр тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига куйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар буйича талаблар

Математик коммуникатив курс

Бакалавр:

математика дунёни билишнинг узига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурла-рининг умумийлиги;

даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;

информатика ва информацион технологияни замонавий жамиятда урни ва роли, уни сақлаш, қайта ишлаш ва узатиш усуллари д;ақида тасаввурга эга булиши;

математик таҳлил, асосий тушунчалари ва методларини;

оддий тизимлар ва жараёнларнинг математик моделларини;

маълумотлар базаларини, дастурий таъминот ва дастурлаш технологиясини;

компьютер ва турли хил воситаларни ишлатишцаги хавфсизлик техникасини бил иши ва улардан фойдалана олиши;

экспериментал маълумотларга ишлов беришнинг асосий методлари ва усулларидан фойдаланиш;

физик факторларни аниқлаш ва идентификациялаш усулларини куллаш;

дастурлаш ва ҳисоблаш техникаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;

компьютер графикаси воситаларини ишлатиш куникмаларига эга булиши керак.

Табиий-илмий курс

Бакалавр:

борлик бир бутун физикавий объект ҳақидалиги ва унинг эволюцияси;

табиий илмларнинг фундаментал бирлиги, табиатшуносликнинг тугалланмаганлиги ва унинг янада ривожланиши мумкинлиги;

табиатда дискретлик ва узлуксизлик;

табиатда тартиб ва тартибсизликнинг нисбати, объектлар тузилмасининг тартибга солинганлиги, тартибсиз ҳолатга утиш ва унинг акси;

эхтимоллик - табиий тизимларнинг объектив тавсифи эканлиги;

симметрия тамойиллари ва сакланиш конунлари;

билишда эмпириклик ва назарийлик нисбати;

табиатдаги ҳолатлар ва уларнинг вақт утиши билан узгариши;

термодинамик тизимлар ва параметрлар, термодинамиканинг асосий конунларидан амалиётда фойдаланиш, энергетик қурилмалар ва аппаратлардаги термодинамик жараёнлар-нинг асослари;

материяни ташкил қилишнинг биологик шакллари хусусиятлари, жонли тизимларни қайта тиклаш ва уларнинг ривожланиш тамойиллари;

биосфера ва унинг эволюциясининг йуналиши;

жонли тизимларнинг бир бутунлиги ва гомеостази;

организм ва муҳит, организмлар уюшмаси ва экотизимларнинг узаро таъсири;

биомуҳит ва инсон табиати биоижтимоийлигининг бир бутунлиги нуқтаи назаридан уз касбий фаолиятиинг оқибатлари ҳақида тасаввурга эга булиши;

механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва тулқинлар, квант физикаси, статик физика ва термодинамика, иссиқлик-масса алмашинуви, кимёвий тизимлар, моддаларнинг реакцияга киришиш қобилияти, кимёвий идентификация, экологиянинг асосий тушунчалари, конунлари ва моделларини;

табиий билимларнинг фундаментал константаларини;

физика, назарий механика, термодинамика, кимё, экологияда тадқиқотнинг назарий ва экспериментал методларини;

иссиқлик ташувчининг мажбурий ҳаракатида, табиий конвенцияда, агрегат ҳолат узгаришида, радиацион иссиқлик алмашинувида иссиқлик узатишни ҳисоблашнинг методларини;

иссиқлик-масса алмашинуви жараёнларида ухшашлик назарияси ва улчамларни;

кимёвий идентификация ва моддаларни аниқлаш методларини;

физик, кимёвий ва биологик моделлашни;

техникавий қурилмаларни қуриш учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётлар-ни;

физикавий, кимёвий ва биологик ҳодисаларнинг зарарли таъсирдан атроф- муҳитни ва инсонни химоя қилиш воситалари ва методларини;

табиатни химоя қилиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принцип-ларини, табиатга зарар етказмайдиган методларни яратишни билиши ва улардан фойдалана олиши;

физик, кимёвий ва биологик моделларни тадқиқ қилиш;

ишлаб чиқариш жараёнларида ва техникавий объектларда энг оддий физикавий, ки-мёвий ва биологик тизимларнинг моделларидан фойдаланиш;

табiiй фанларнинг турли булимларига характерли булган кийматларнинг сонли тартибини улчаш ва бахолаш куникмаларига эга булиши керак.

Умумкасбий фан л ар буйича талаблар

Психологик-педагогик курс

Бакалавр:

инсон организми ривожланиши ва ушининг асосий конуниятлари;

ёшлар ва усмирларнинг ёш даврлари тараккиёти;

организм ривожланишининг турли даврларида аклий ва жисмоний жихатдан ишчанлиги;

гигиена-психик ва жисмоний соглом одамнинг фаолиятини таркибий кисми эканлиги;

психологиянинг максади, вазифалари ва методлари;

психологияда шахе муаммоси;

шахе фаолияти;

шахени аклий ривожланиши;

таълим олувчига якка ёндошиш;

таълим ва тарбия жараёнини бошқариш;

таълим тизимида педагогиканинг урни ва роли;

педагогика ва таълим назариясида илмий-тадқикот методлари;

укувчи шахеини тарбияси ва ривожланиши;

таълим-тарбиянинг конунлари ва тамойиллари;

таълимнинг ташкил этиш шакллари ва методлари;

Узбекистон Республикасида касбий таълимни ривожланиш тарихи;

“Таълим тугрисида”ги конун ва “Кадрлар тайёрлаш миллий дастури”;

Узлуксиз таълимнинг максади, мазмуни, тузилиши;

Урта махсус, касб-хунар таълимини ташкил этиш ва бошқариш тугрисидаги асосий норматив хужжатлар;

Урта махсус касб-хунар таълими мазмуни;

касб-хунар коллежларини бошқариш;

педагогик махорат ва педагогик билимдонлик тушунчаси;

педагогик фаолиятнинг узига хослиги, касбий билимлар, педагогик қобилиятлар;

педагогик техника ва уни шакллантириш усуллари;

мулокат маданияти ва уқитувчи фаолиятининг психологияси;

уқув-тарбиявий иш жараёнида уқитувчиларнинг педагогик мулокат махоратини таҳлил қила олиш ва уни амалга ошириш йулларини билиши;

педагогик технология;

замонавий педагогик технологиянинг афзалликлари, уларнинг қулланиш ва тавсифи;

уқув жараёнининг асосий компонентлари ва босқичлари ҳақида;

уқув жараёнини такомиллаштириш;

педагогик технологияни диактик лойиҳалашлириш;

таълимда ахборот технологиялари;

Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида таълимни ташкил этиш шакллари, усуллари, воситалари;

Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида кичик мутахассис тайёрлашга давлат томонидан қуйилган талаблар;

умумкасбий фанларни ўқитиш методикаси;

Урта махсус касб-хунар таълими тизимида ишлаб чиқариш таълими методикаси;

ишлаб чиқариш амалиётларини ўтказиш методикаси;

касб таълими дидактикаси ва методикаси асослари;

уқитувчининг уқув-услугий ҳужжатлари;

касбий билим, қуникма ва малакаларни ўзлаштириши ва назорати;

замонавий таълим технологиялари ҳақида тасаввурга эга бўлиши;

организмнинг атроф муҳит билан ўзаро боғлиқлигини;

индивидуал профилактика-шахс саломатлигини асоси эканлигини;

соғлиқ зарарқунандалари ва уларнинг профилактикасини;

соғлом турмуш тарзининг ижтимоий ва физиологик шарт-шароитларини;

болалар саломатлигини сақлашда оиланинг ролини;

шахс психологиясини;

шахс фаолиятини;

ёш даврларда психиканинг ривожланиш даврини;
аклий ривожланишнинг усиш йулларини;
тарбия методлари ва тамойилларини;
Урта Осий мутафаккирларининг педагогик фикрларини;
таълимнинг узлуксизлиги ва узвийлигини;
Урта махсус, касб-хунар таълим муассасаларида касбий таълимнинг максоди ва вазифаларини;
Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида касблар ва мутахасисликларнинг синфланишини;
Урта махсус касб-хунар таълим мазмунига куйиладиган талабларни;
умумий касб-хунар таълими мохияти ва тавсифини;
мулокат маданияти ва уқитувчи фаолиятиинг психологиясини;
касбий-педагогик мулокат технологиясини;
уқитувчи шахсини шаклланиш жараёнини;
- педагогик фаолиятнинг узига хослигини;
янги билим, куникма ва малакаларни шакллантириш усулларини;
педагогик лойихаларни амалга оширишда шакл ва методларни
оптималланггиришни;
уқув жараёнини тузишда педагогик технологиянинг элементларини;
уқитишнинг фаол методларини;
узлапггириш назорати ва тузатишнинг маъноси ва уларга куйилган талабларни;
компьютерлар-уқув жараёнини бошқариш ва ташкил қилиш воситаси
экаинлигини;
электрон уқитиш воситаларини;
назарий уқитиш методикасини;
ишлаб чиқариш таълими методикасини;
касбий билим, куникма ва малакаларни шакллантириш методларини;
педагогик технологиялар ва уларни уқув жараёнига тадбик этишни;
фаол уқитиш методларини;

укитувчининг укув режалаштириш хужжатларини ишлаб чиқишни;

Урта махсус касб-хунар таълим муассасаларида амалий машгулотларни

)п.казишни;

ишлаб чиқариш таълими ва ишлаб чиқариш амалиётларини утказиш методларини билиши ваулардан фойдалана олиши;

ёшлар ва усмирларнинг ёш даврлари тараккиёти;

согликни яхшилашнинг оқилона методлари;

согликни мустахамлашнинг ноанъанавий методлари;

организм саломатлигини таъминлашда овкатланиш тартиби;

ижтимоий мухитда узаро муносабат;

укувчиларда психологик ташхис куйиш;

таълим олувчининг шахсий сифатларини аниқдаш;

касб буйича билим, малака ва куникмаларни шакллантириш;

таълим тарбия жараёнини бошқариш;

укувчиларда педагогик ташхис утказиш;

таълим тарбиянинг кенг таркалган методлари;

тарбиявий тадбирларни ташкил этиш, таълим жараёнида янги педагогик

технологияларни куллаш;

укувчиларни фаолиятини фаоллаштириш;

кичик мутахассисларнинг касбий билим, куникма ва малакаларини

шакллантириш конуниятлари;

касбий таълимнинг хорижий давлатлар тажрибаси билан алоқаси;

таълимнинг дуаль тизими;

Узбекистон Республикасида касбий таълимни ривожланиши;

педагогик техника ва уни шакллантириш усулларини куллай олиш;

. педагогик тажрибани тахдил кила олиш ва уни амалга ошириш;

педагогик вазиятларни ва педагогик масалаларни хал қилиш технологиясини қуллаш;
тарбия фаолияти технологиясини амалда қуллай олиш ;
уқув жараёнида педагогик технологияларни қуллаш;
уқитишнинг фаол методларидан фойдалана олиш;
уқувчиларни баҳолаш ва назорат қилиш мазмунини тулик тушиниб қуллай олиш;
таълимда ахборот технологияларидан фойдалана олиш;
электрон уқитиш воситалари ва уларни дарсда қуллай олиш;
таълим самарадорлигини ошириш шакл ва методларини ажрата олиш;
таълим мазмунини танлаш мезонлари;
замонавий уқитиш воситалари ва фаол уқитиш методларини қуллаш билан умумқасбий фанларни педагогик технологиясини лойихалаш;
қасбий билим, малака ва қуникмаларни баҳолаш ва таҳлил қилиш;
назарий ва ишлаб чиқариш дарсларини утқизиш;
курс ва битирув малакавий ишларга қуйилган талаблар буйича амалий малака ва қуникмаларга эга бўлиши лозим.

Умумий патология курси

Бакалавр:

патологик ҳолатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;
қасалликнинг этиология ва патогенези;
типик патологик жараёнлари патофизиологияси;
патологик жараённи урганишда экспериментал ёндошувнинг ахамияти;
суд тиббиёт экспертизалари асослари;
дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири ,\қ,ида тасаввурга эга бўлиши;
патологик ҳолатларда организмдаги асосий физиологик қуратқичлар;
организмнинг мослашиш-қомпесатор жараёнлари;
дори воситаларни қуллашга қуратма ва қарши қуратмаларни билиши ва улардан фойдалана олиши;
турли экспертизаларни утқизиш;
суд тиббиёт эксперти ишида тиббий ҳужжатларини расмийлаштириш;

турли дори воситаларига рецепт ёзиб бериш куникмаларига эга булиши керак.

Профилактик тиббиёт курси

Бакалавр:

инсон организми ва органлари тузилишга, ривожланишига ва функциясига ижтимоий, физик ва табиий омилларнинг таъсири;

экологик фалокатлар ва экстремал ҳолатларда инсон ҳолатини патологик асослари ҳақида тасаввурга эга булиши;

инсонга ташки кимёвий ва биологик зарарли таъсирлар ҳамда атрофни ураб турувчи зарарлардан химоялаш усуллари ва воситалари;

профилактик эмлашни утказиш усуллари ва унга курсатма, қарши курсатма,

кален дар режаси;

оналик ва перинатал улимни олдини олиш тамойиллари;

оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муносабат, контрацепция воситаларини куллаш ҳақидаги саволлар;

эпидемияга қарши химоялаш ва фуқаро мудофаси чора-тадбирлари;

фавқулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш учокларида тиббий ёрдамни ташкиллаштира билиш ва улардан фойдалана олиши;

соғлиқни сақлашни режалаштиришни, молияштиришни давлат ҳуқуқий йуналишлари асосида бошқара олиш;

соғлиқни сақлаш тизимидаги асосий амалдаги директив ҳужжатлар;

вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасига асосланиб «қасаллик варақасини бе-риш тартиби» курсаткичига қараб ВТЭЖ га юбориш;

саломатлик ҳолатини асосий курсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини таҳлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг аҳамиятини билиши ва улардан фойдалана олиши;

шифокорлик этика ва деонтологияси;

тиббий статистикани куллаш;

социал аҳамиятга эга қасалликларни эпиддиагностикасини куллаш;

меъёрий ҳужжатлар тузиш;

УАШ асосий ҳужжатларини тулдириш (амбулатор қарта, қасаллик варақаси ва Х.к.) куникмаларига эга булиши керак.

Терапевтик фанлар курси Бакалавр:

консультатив куникмалар;

касаллик кузгатувчиси ва уни узгарувчанлиги;

энг куп таркалган терапевтик ва шошилинич холатларга кирадиган касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор- инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичлари, окибати, таркалиши ва асоратларини билиши;

ирсий касалликлар;

беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг кечи ши;

дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари;

дори воситалари фармакокинетика ва фармакодинамикаси, ножуя ва бошка дори

воситалари билан узаро таъсири;

даволаш ва диагностик аппаратларидан курсатма буйича фойдаланиш х;ак,ида та-

саввурга эга булиши;

терапевтик сохадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва

диаг-ностикаси;

дори воситаларини синаб куриш учун терига ва тил остига куллаш усуллари;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва

нормал курсаткичларни аниклаш;

фармакотерапия самараси ва хавфсизлигини бахолаш усуллари;

дори воситаларини куллашга клиник фармакологик ёндашуви;

тиббиётнинг исботланган тамойиллари;

халк табобати ва даволовчи физкультура усуллари;

психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;

профилактика асослари ва жинсий йул билан утадиган касалликларни клиникаси, ОИТС, ионловчи ва ионлови булмаган нурланиш, наркомания ва токсикоманияни билиши

ва улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва

жавобгарлигини хис килиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни
расмийлашти-риб беморларни кабул килиш;
ташхисни куйиш ва ифодалаш;
беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш
режасини тузиш;
дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
реабилитация ва диспансеризация утказиш;
шошилинич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
тиббий адабиётлар ва монографиялар билан, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;
компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Жаррохлик фанлар курси .

Бакалавр:

хирургик сохадаги касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий
куриниши, лаборатор - инструментал диагностикаси ва клиник курсаткичларини, окибати таркалиши ва
асоратларини;

беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гурухига караб касалликнинг
кечиши;

операцияларга курсатмалар ва карши к^фсатмалар;

реанимация ва анестезиология асослари;

жаррохлик йули билан даволаш ва аъзоларни трансплантация килиш методлари;

операциядан кейинги буладиган асоратлард,ак,ида тасаввурга эга булиши;

хирургик сохадаги касалликларни сураб-суриштириш, физикал усуллари ва
диагностикаси; ^

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва
нормал курсаткичларни аниклашни билиши ва улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтуришга эришиш ва
жавобгарлигини хис килиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошка тиббий хужжатларни
расмийлапги-риб беморларни кабул килиш;
ташхис куйиш ва ифодалаш;
беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш
режасини тузиш;
дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
реабилитация ва диспансеризация утказиш;
жаррохлик операцияга тайёрлаш;
жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
шошилинич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш;
компьютер билан ишлаш куникмаларига эга булиши керак.

Оналик ва болаликни х;имоя цилиш курси

Бакалавр:

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси,
патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий куриниши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва
клиник курсаткичларини, окибати,

таркалиши ва асоратла-ри;

болалар касалликлари ва энг кенг таркалган акушерлик-гинекология касалликлари ёшига, жинсига ва социал
касбий гурухига караб касалликнинг кечиши;

дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари х^ак^ида тасаввурга эга

булиши; w

педиатрия ва акушерлик-гинекология сохасига дойр касалликларни сураб-

суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;

асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик узгаришлар ва нормал к\$фсаткичларни
аниклаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия хавфсизлиги ва самарадорлигини
бахолаш методлари;

хомиладорликни диагностикаси, кечишини кузатиш, тугишга психопрофилактик тайёрлашни билиши ва
улардан фойдалана олиши;

тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя килиш;

беморда юзага келаётган муаммоларини тушунтиришга эришиш ва

жавобгарлигини хис қилиш;

амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий хужжатларни расмийлашти-риб беморларни қабул қилиш,

ташхисни қуйиш ва ифодалаш;

беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;

дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва хомиладорларни назоратга олиш,

реабилитация ва диспансеризация утказиш;

жаррохлик операциясига тайёрлаш;

жаррохлик воситалардан фойдаланиш;

шошилич ҳолатларда тез тиббий ёрдам курсатиш; ^

тиббий адабиётлар ва моногарфиялар, илмий-методик кулланмалар билан ишлаш;

компьютер билан ишлаш қуникмаларига эга булиши керак.

Ихтисослик фанлари буйича талаблар Ихтисослик фанлари курси

Бакалавр:

инсонга таъсир қилувчи атроф-мухит, умумбиологик қонун-қоидалари,

қасалликнинг этиопатогенези;

қасалликларни ривожланишига олиб қелувчи асосий ижтимоий, экономик,

маданий ҳамда оилавий омиллар;

патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятлари, ^

махсус тайёргарликка мос тиббиёт соҳасининг асосий илмий-услубий муаммолари ва ривожининг истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро

алоқаси ҳақида тасаввурга эга булиши; и

асосий қасалликларни тарқалиши ҳамда қасалланишни қамайтиришга қаратилган

чора-тадбирларни;

вакцинчалик ва тургун ишга лаёқатсизлигини;

вакцинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;

касаллик таркалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал курсаткичлар, энг куп таркалган касалликлар ва жарохатларни клиник белгилари,

диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниклаш;

тугрукни ва тугрукдан кейинги давр, хомиладорлик физиологияси ва

патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволаш, беморлар реабилитациясини,

мутахассис консултацияси ва госпитализацияга курсатма;

аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;

фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам курсатиш усуллари ва

тамойилларини; ^

махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни,

ходиса ва жараёнларни, уларни илмий-тадқиқ қилиш усуллари билиши ва улардан

фойдалана олиши;

соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилиш;

беморларни консултация қилиш;

беморларни мустақил қабул қилиш;

янги туғилган чақалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Ихтисослик фанлари бўйича бакалавр:

ихтисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг истикболини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан узаро алоқасини тушуниши;

ихтисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ булган асосий объектларни, ходиса ва жараёнларни билиши, уларни илмий-тадқиқ қилиш усуллари билан фойдалана билиши;

урғанилаётган объектларга қўйиладиган иқтисодий талабларни таърифлаб беришни уқдалаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини

билиши керак.

Бакалавр ихтисослигига қўйиладиган муайян талаблар ихтисослик укув фанлари блокадаги укув фанларининг мазмуни бўйича олий таълим муассасаси томонидан

узгартирилиши мумкин.

Интеграл ОСКИга қўйиладиган талаблар

Интеграл ОСКИда бакалавр фанларнинг ҳамма туркумлари буйича билимлар кулланилишини талаб киладиган тугалланган касбий топширикни ечади.

ОСКИда бакалавр:

муляжларда, фантомларда амалий куникмаларни бажаради;

волонтёрда амалий куникмаларни бажаради;

ситуацион масалалар ечади;

лаборатор-инструментал текширишлар тахлилини утказиши.

Малакавий амалиёт буйича талаблар

Малакавий амалиёт Бакалавр:

профилактик чораларни утказиш;

деонтологияга риоя қилиш; ^

киска вақт ичида беморни клиник текширувдан утказиш, анамнез йиғиш, орган ва

системаларни текшириб чиқиш;

бирламчи аниқ ташхис қуйиш;

клиник ташхис қуйиш учун аниқ текшириш услубларини белгилаш;

таккослама ташхис утказиш;

яқуний ташхис қуйиш;

туғри овқатланиш ва диетани белгилаш;

патогенетик даво буйича рецепт ёзиш;

поликлиникада тиббиёт хужжатларини тулдириш;

вакцинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;

беморни мутахассис консультациясига, қушимча текширув утказиш ва

госпитализацияга юбориш;

ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий куриқдан утказиш;

инфекцион касалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпиде-мияга қарши чора-тадбирларни билиши ва улардан фойдалана олиши;

соғлом турмуш тарзини тадбиқ қилиш;

беморларни консультация қилиш;

беморларни мустакил қабул қилиш;

янги тугилган чакалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш қуникмаларига эга бўлиши керак.

Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

5111000 - Қасб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши

бакалаврларни тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг қундузги шакли бўйича 7 йил ўқишга мулжалланган бўлиб, қуйидаги вақт тақсимотига эга:

Талаба ҳафталик ўқув юкласининг максимал ҳажми 54 соат, шундан 264\афта
аудиториядаги ўқув юкласи - 36 соатгача, қолган соатлар ҳажми мустакил таълим
ўқун ажратилади.

Жорий, оралик ва якуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик ўқув даври ўқун ҳафталик юкламаларидан қелиб чиққан ҳолда белгиланади.

Таълим дастурини ўзлаштиришда бир қатор масалалар ёки интеграллаштирилган курслар муаммолари бўйича талабаларнинг мустакил таълими қузда тутилади.

6 5111000 - Қасб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши бўйича таълим дастурининг зарурий мазмуни

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий файл ар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанларнинг зарурий мазмуни «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар» блоқи бўйича умумий амалиёт врачлар тайёрларлик даражаси ва зарурий билимлар мазмунига қуйилган талаблар» асосида белгиланади.

Математик ва табиий-илмий фанлар

Математик коммуникатив курс

Информатика ва ахборот технологиялари:

ахборот тушунчаси: ахборот туплаш, ўзатиш, қайта ишлаш ва жамғариш жараёнларининг умумий тавсифи; инфор­мацион жараёнларни амалга оширишнинг техникавий ва дастуравий воситалари; функционал ва ҳисоблаш масалаларини ечиш моделлари; алгоритмлаш ва дастурлаш; юқори даражадаги дастурлаш тиллари; маълумотлар базаси; дастуравий таъминот ва дастурлаш технологияси; компьютер графикаси асослари.

Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; қ касаллик профилактикасида, диагноста қасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг ўстунлиги ва қамчилиқлари; тиббий ёрдамни ташқил қилишда янги қоммуникацион технология: беморнинг электрон қартаси, видеоконференция,

телетиббиёт.

Касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва камчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги коммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Табиий-илмий курс

Тиббий биология ва генетика:

Тирикликни ташкил қилишни молекуляр-ирсий, хужайравий, органик тизим даражасида, хужайра элементар генетик ва структур-функционал биологик бирлик сифатида; умумий ва тиббий ирсиятнинг биологик қонуни тиббиётда биотехнология ва генетик муҳандисликда тиббий биологик аспектлар инсон онтогенезида биологик ва социал сабабларга асосий қонунларни узаро таъсир сабаби, унинг онто-филогенезга узаро мунособати; орган ва тизимларни филогенетик ривожланиш босқичи; тур тарқалиши, биоценоз - биогеоценоз тириклик ташкилий даражаси замонавий эволюциянинг сунъий назария, экологиянинг тиббий биологик томонлари, алоҳида натижалари паразитологиянинг экологик асослари.

Биофизика:

Қоинот физик объект сифатида, тулкин ва тебраниш физикаси, тирик организмда биофизик қонунияти, суюқликларни ва туқималарни биофизик хусусиятлари, организмга таъсир қилувчи физик факторлар, биоэнергетика эшитиш ва қуриш физикаси, оптик асбоблар, жаррохлик ва лазер оптика, электрон асбоблар ва аппаратлар; радиоактив, спектроскопик аппаратлар, ЭМП, магнитобиологик улчовлар, таснифи, улчов бирлиги.

Биоанорганик кимё:

Кимёвий жараёнлар, материяни ҳаракати тури сифатида қуриниши, унинг биология ва тиббиётда ахамияти, кимёвий узаро ҳаракатни асосий қонуни, физик ва каллоид кимё, унинг тиббиётда ахамияти.

Биоорганик кимё:

Клиник ва профилактик тиббиётда ахамияти, ишлаб чиқариш муҳити ва атроф муҳит ҳолатини назорат ва диагностикаси учун тиббиётда ишлатиладиган замонавий сифат ва микдорий услублар; органик бирикмаларни кимёвий табиати орасида ва уларнинг биологик табиати орасидаги боғлиқдик.

Биологик кимё:

Тирик организмда кечувчи физик-кимёвий жараёнлар, уларнинг биология ва тиббиёт учун ахамияти, модда алмашинуви ҳаёт фаолиятининг муҳим белгиси сифатида, оксиллар, углеводлар, липидлар, ферментлар, витаминлар, гормонлар; оксилларни, углеводларни, липидларни ва сув-туз алмашинувининг биокимёвий тузилиши; биокимёвий туқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни утқизиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

Лотин тили:

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини ахамияти (анатоми-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, суз тузиш, тиббётда керакли булган лотин терминологиясини ёзма ва нуткий шаклда асосий лексика-грамматик лугат бойлиги.

Одам анатомияси:

Одам танасининг шакли, тузилиши ва ривожланиши, эволюцион, тасвирий ва таснифий йуналиши, остеология, синдесмология, артрология, миология, спланхнология, неврология, эстеziология, инсон танаси ривожланишига ижтимоий ишлаб чиқариш, физик ва табиий факторларнинг таъсири, анатомияни урганишда замонавий услублар, антропометрия, тирик инсонда анатомияни урганиш, организмни индивидуал жинсий ва ёшига кура узига хослиги; халқаро анатомик терминология асосида (Terminalogia Anatomica, 1998).

Гистология, эмбриология, цитология:

Тукима ва органлар, хужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб-микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг узига хослиги, кон хужайралари ва кон хосил килувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ тукималари, иммун органлар, ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими, эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруғлик ва электрон

микроскопия.

Нормал физиология:

Физиология тиббиётнинг асоси сифатида ташки муҳит билан организмнинг бир бутунлиги, соғлом организмнинг тизими ва хужайра, тукима, органларнинг ишлаш қонунлари, функция бошқарув механизми, тизим ва органларнинг хусусий физиологияси, психик функцияларнинг физиологик асоси, инсон ҳулқининг мақсад сари интилиши. ишлаб чиқариш ва ташки муҳит шароитига инсон организмнинг мослашув асослари, организм функцияларининг текшириш услублари ва асосий физиологик курсаткичлар.

Микробиология, вирусология ва иммунология:

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий қонуни, қузғатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция қасалликларни чақирувчиларнинг патогенетик асоси, микробиологик ташхис услублари, иммунитет, нормада ва патологияда инсоннинг иммун статуси ва унинг регуляцияси, инсон иммун статусининг баҳолаш услублари, бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолат, аллергия, махсус профилактика услублари, вакциналар.

Тиббиёт тарихи

Тарихий тиббиёт тизимлари ва уларнинг асосчилари, тиббиётда деонтология, Гигшократ қасами, Абу Али ибн Синонинг роли, саломатликни сақлашда халқ урф-одатларининг аҳамияти, замонавий тиббиёт, ЖССТ, глобал дастурлар, Ўзбекистоннинг улқа патологияси, Ўзбекистонининг етакчи шифокор олимлари.

Умумқасбий фанлар Психологик-педагогик курс

Қасбий психология:

Қириш Педагогик психологиянинг вазифаси, қулланиш соҳаси, предмети ва асосии муаммолари, методлари. Уқитувчи ва таълим психологи: бир-бирини тушуниш асослари.

Таълим муҳитининг психологик тавсифлари. Таълим муҳитининг психологик ҳавфсизлиги. Таълим жараёни иштирокчиларининг психологик саломатлиги. Таълим

муҳитида психодиагностик фаолият.

Ривожлантирувчи уқитиш. Уқитиш психологияси. Ургатиш моделлари ва тажрибани узлаштириш механизмларининг тавсифи. Уқитиш турли моделларининг ривожлантириш имкониятлари. Уқитиш технологияларининг психологик тавсифи.

Уқувчи - уфв фаолиятиининг субъекти сифатида. Уқув фаолияти. Уқув фаолиятини мотивациялаш. Уқув фаолиятида назорат ва баҳолаш. Уқув фаолиятида муваффақиятга эришиш ва эришмасликнинг психологик детерминантлари. Уқитишни индивидуаллаштириш ва дифференциаллаш: уқувчиларнинг еши, жинсий ва индивидуал

хусусиятларини ҳисобга олиш.

Педагог фаолиятиининг психологик муаммолари. Тарбиялаш ва уз-узини тарбиялаш психологияси. Уқитувчи ва уқувчи: таълим жараёнида мулоқот ва ҳамкорлик Педагогнинг педагогик фаолиятни эгаллашдаги психологик муаммолар. Касбий педагогик

онг ва уз-узини англаш.

Касбий педагогика:

Касбий - педагогик мутахассисликка кириш. Педагогиканиннг умумий асослари. Таълим - ижтимоий-маданий феномен сифатида. Касбий таълимнинг шаклланиши ва ривожланиши. Касбий уқув муассасасида таълим жараёни ва уни лоийхалаш. Касбий уқитиш технологиялари. Касбий уқув муассасасида тарбиявий иш назарияси ва

методикаси. Касбий таълимни бошқариш.

Дидактиканиннг асосий назарий муаммолари. Дидактик билим ривожланишининг замонавий тенденциялари.

Касбий уқитиш ва меҳнат бозори. Касбий уқитиш ва амалларни оажариш назарияси ҳақидаги билимлар. Касбий уқитиш жараёнларининг моделлари. Касбий уқитишда асосий тушунчалар тизими. ^

Фаолиятга йуналган уқитиш назариясининг спецификаси ва асосий тушунчалари.

Фаолиятга йуналган уқитиш назариясининг асослари. _ u

Уқитиш технологияси - амалий педагогик фан сифатида. Фаолиятга йуналган уқитиш методларини технологик таъминлаш процедуралари.

Таълимда ахборот технологиялари:

Касбий таълимнинг информацион-техник асослари: замонавий информацион таълим технологиялари (Медиа) ёрдамида уқитиш ва уқиш. Медияни куллаш дидактиканиннг асосий хусусиятлари. Медияни куллаш компетенцияси - электрон уқиш ва уқитиш воситаларини танлаш ва ишлаб чиқиш амалиёти. Масофавий уқитиш.

Ахборот технологияларнинг таълимий имкониятлари. Сифатли ва ҳамма учун баробар' таълим учун инфор­мацион технологиялар. Укитишнинг инфо­н технологияси (УИТ) дастурий воситаларининг таснифи ва таснифи Ижодии фикрлаш ривожлантириш буйича УИТ имкониятлари. Таълим тизимини информатизациялашнинг

психологик аспектлари.

Электрон укув курслари (ЭУК)ни лойшалаш. Электрон укув курсининг модели. ЭУКни яратишда гиперматн технологиясининг имкониятлари. ЭУКни амалга ошириш

шакллари ва унинг укув-тарбиявий жараён­даги урни. —

Укитиш ахборот технологияларининг укув-тарбиявий жараён­га интеграцияси. УИТ укув-тарбиявий жараён­га интеграциялашининг модели. Укувчиларни УИТни куллашга мотивациясини шакллантириш. Укитиш сифатини баҳолашнинг хусуситлари. Microsoft Office воситалари ёрдамида ЭУКни яратиш.

Таълим технологиялари:

Педагогик технологиялар: Укувни шахси - таълим технологиясида объект ва субъект сифатида. Педагогик технологиялар: тушунчалар; асосий сифатлари; илмий

асослари; таснифи. Анъанавий укитиш.

Гурухларда ҳамкорликда ишлашни ташкиллаштириш технологияси. дамкорликда

узаро укиш.

Таълим воситалари - таълим технологиясининг таркибии қисми: таълимнинг техник воситалари; ёрдамчи таълим воситалари; укув услубий материаллар. График

органайзерлар.,,

Муаммоли укитиш технологияси. Уйинли технологиялар. Укитишнинг интерактив

стратегияси. Муаллифлик технологиялар. Укитишни интенсивлаш технологиялари.

Укитишнинг комплекс методлари.

Педагогик мсдорат: педагогик махорат ва педагогик технология, педагогик махоратнинг назарий асослари.

Педагог шахси таълим амалиётида ва педагогик фикр тарихида педагогнинг махорати масалалари.

Педагогик қобилият. Педагогнинг коммуникатив қобилияти. Мулоқот маданияти ва таълим олувчининг психологик фаолияти. Педагогик техника ва уни шакллантириш усуллари. Укув ва тарбия жараёнида педагог махорати. Педагог меҳнатини ташкил этишнинг илмий асослари. Педагогик тажриба орғириш тизими, тадқиқот методлари, ҳозирги таълим муассасаларида илгор педагогик гоёлар, тажрибаларнинг таракқиёти ва уни ҳаётга татбиқ этиш йуллари. Педагогик махорат таракқиёт тарихи. Мустақил малака ошириш ва уз-узини назорат қилиш. Укув-тарбия жараёнида педагогик мулоқот махорати, педагогик тажриба ва уни татбиқ этиш, педагог фаолиятида шарқона муомала маданияти асослари.

Қасбий таълим методикаси: ^

Касбий педагогик билимларнинг таъсирлилиши\ Касбий педагогика мутахассислиги билан танишув: «касбий педагогика» атамаси; «дидактика» атамаси, дидактика методика орасидаги узаро боғлиқлик; дидактика принциплари; дидактик амаллар; «фаолият жабхаси» тушунчаси; ҚДҚ ўқитувчиси ва ўқув устаси вазифалари жабхалари; ҚХҚ ўқитувчиси ва ўқув устаси малакаларининг йуллари; ҚХ,Қ ўқитувчиси ва ўқув усталарининг лидерлик сифатлари.

ҚХfС ўқитувчиси ва ўқув устаси базавий билимларининг қулланилиши. коммуникациянинг танланган асосларидан фойдаланиш; ўқитишнинг танланган асосларидан фойдаланиш; визуаллашнинг танланган асосларидан фойдаланиш; мотивацияловчи техникани қуллаш; гуруҳларга раҳбарликни ва суҳбатларни модерация қилиш.

Касбга оид назарий билимларни бериш". машғулот ва инструкторжни режалаштириш, замин ва дастлабки шароитларни баҳолаш; ўқув мақсадлари ва ўқув мазмунини келтириб чиқариш; машғулот ва (ёки) инструктор ўтқизиш режасини тузиш; ўқитадиган ва ўқийдиган материалларни тайёрлаш; машғулот ёки инструкторжни ўтқизиш; назарий

билимларни тавсифлаш ва баҳолаш.

Иш жойида амалий қуникмаларга ўқитиш'. устахонада ўқитишни режалаштириш, 4 босқичли методни қуллаш; йўналтирувчи матн методини қуллаш; лойихавий методни қуллаш; амалий малака ва ҳулқ-атвори тавсифлаш.

Умумий патология курси

Патологик физиология:

Касаллик ривожланиши ва тузалишининг асосий қонуният ва механизмлари, ҳасталик ва ҳасталик олди босқичлари тушунчаси, этиология ва патогенезининг умумий масалалари, шунингдек ижтимоий-экологик омилларнинг олиб борадиган атроф- муҳитни ифлосланиши билан боғлиқ бўлган ҳасталикнинг янги этиологик факторлари, маҳаллий ва умумий бузилишларнинг узаро боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивликни бузилишининг урни; иммуно-патологиянинг намўн бўлиши, химик- патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек туқима ўсишидаги бузилиши, метаболизм, яллиғланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал ўзгаришларнинг тавсифи, она-йўлдош- ҳомила тизимида патофизиологиянинг ўзига хослиги ва ёши жихатдан ўзига хослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий принциплари, ҳасталикларни моделл аштириш.

Патологик анатомия. Секцион биопсия қурен:

Патологик анатомия - патологиянинг асосий ташкилий ўнсурлари (макроскопик ва гистологик), умумий патологик морфология; туқима патологияси, зарарланиши ва некроз, қон ва лимфа томирларида айланишнинг бузилиши, яллиғланиши иммуно-патологик ва компенсатор-мослашувчан жараёнлар, орган ва тизимлар касаллигида хусусий патологик морфология, юқумли касалликларда патологик анатомия; касалликлар-нозология- ташхис-тонатогенез.

Клиник ва патологоанатомик ташхисда асосий, ёндош касалликлар ва асосий касаллик асоратлари, шифокор ва ташхис конструкциясидаги ҳатоликлар, улим ҳақидаги гувоҳномани тулдириш

Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари :

Тирик шахсларни жароҳати оғирлигини ҳисобга олган ҳолда экспертиза қилиш, тез келиб чиқадиган улим ҳолатида мурда экспертизаси; механик жароҳатланишда, захарланишда ашёвий далиллар экспертизаси, ҳужжатларни расмийлаштирилиши.

Тиббий ходимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш бўйича қонунчилик асослари, врач фаолиятига тегишли бўлган фуқаролик- маъмурий ва жиноий ҳуқуқ мейёрлари, тиббий ёрдам курсатиш нуқсонлари дифференциацияси, экспертиза қуринишлари.

Фармакология:

Дори воситалари, уларни ҳайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (хаётий муҳим препаратлар руйҳати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири, таъсир қилиш механизми, қуллагга курсатма ва қарши қўйилганлар, ёшга боғлиқ бўлган ҳолда таъсир этишнинг узига ҳослиги, ноҳуя ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган мейёрдан ортиқ истеъмол қилганда ёрдам курсатиш, рецeпт тизими, турли патологик ҳолатларда ва турли дори шаклларига рецeпт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлигини сақдаш курси

Гигиена экология билан, ХГ:

Атроф муҳитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиғи учун аҳамияти (ҳаво, қуёш радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспекти, атроф-муҳит ва инсоннинг узаро таъсири, гигиеник талаблар, болалар ва усмирларни тарбия ва уқитиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва коммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш рационининг аҳамияти, шахсий гигиена, касалхонадаги гигиена принциплари, психогигиенанинг актуал муаммолари, кечувчи ва оғохлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча; бирламчи профилактикадан саволлар; ҳарбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни қуллаш.

Инсон организми ва атроф муҳитнинг узаро боғлиқлиги, табиий иқлимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги урни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш ҳдмояловчи режим, болалар ва усмирларни уқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:

Аҳоли соғлиғи курсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва урганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлигини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шахар ва қишлоқ аҳолисида тиббий ёрдам курсатишни ташкил қилиш, шифокорлар касбий экспертизаси, санитар эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни аҳоли саломатлиги курсаткичларини

баҳолашдаги аҳамияти.

Тиббий хизмат пакетини шаклланиши, бозор сегментацияси, маркетинг

стратегиясининг элементлари, бозорда тиббий хизматни ҳаракатлари ва ишлаб чиқариш жараёнлари, соғлиқни сақлашни ташкил қилиш системаси, бошқариш жараёни ҳақида умумий тушунча. Соғлиқ ва соғлиқни сақлаш ижтимоий экологик категория сифатида. Соғлиқни сақлаш реформалари; Соғлиқни сақлашда иқтисодий концепция. Аҳоли саломатлигига таъсир қилувчи иқтисодий факторлар. Бозорни иқтисодий анализи.

6.5.3.13 Валеология:

Аҳоли соғлигини мустаҳкамлаш, аҳолини соғломлаштириш усуллари ва услублари, соғломлаштириш механизмлари. Соғлом турмуш тарзини тузиш услублари, СТТни тарғибот қилиш усуллари. Утказилган тадбирлар мослигини баҳолаш тизими.

Эпидемиология, ХЭ:

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, қуринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда усувчи усимликлардан тайёрланган

дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика утказиш учун кулланиладиган эмлаш воситалари, эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юқумли касалликларни тарқалиши, шакл ва кишлоқ аҳолисининг ҳар - хил гуруҳлари уртасида вақтни ҳисобга олиб юқумли касалликларни тарқалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг утишини узишга ҳос томонлари ва ҳарбий жамоаларда профилактика

тадбирлари. ^

Юқумли касалликларни механизмига ва қузғатувининг учогига нисбатан

эпидемияга қарши тадбирий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва ҳаво - томчи, ичак.

кон юқумли касалликларида эпидемияга қарши қураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш

ва амалга ошириш, эмлашнинг қенгайтирилган дастури.

Терапевтий фанлар курси

Шифокор ва бемор: _

Маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, оемор

турлари, узаро шахсий мулоқотдаги қуникмалар.

Ички касалликлар пропедевтикаси:

Шикоятларни анамнезини объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, беморни текширишдаги лаборатор ва асбоб ускунавий услублар, қенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптом синдромларини келиб чиқиш механизми; ушбу клиник функционал лаборатор текшириш услублари маълумоти буйича ички аъзолар асосий касалликлари, амалий қуникма, суров ва физик текшириш услубларини қабул қилиш.

Ички касалликлар. Халк табобати:

Этиология, патогенез, клиника, кечиш вариантлари, асорати, диагностика, солиштирма ташхис, ички аъзоларни огир касалликларини прогнози ва ташхис, кечиш вариантларини солиштирма даволаш ва уларнинг асорати; клиник ташхис куйишда ва

даволашни белгилашда синдромал йуналиш, куникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касаллишр прогнози, профилактика[^], реабилитацияси, диспансеризациям ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир килиш услуги; Ибн Сино меҳнатида шарк табобати даволаш услуги; игна билан даволаш, куйдириш, кулокка игна куйиб даволаш, н^{ГМ} уХш, мануал терапия, фито терапия, ва х.к, нафасолиш, юрак кон-томир, хазм. асаб, сийдик ажратиш ва бошка тизимларни даволашдаги курсатмалар.

Этиология, эпидемиология, патогенез, хавф гуруҳлари, дориларга резистент туберкулез клиника, текшириш услуги, эрта ва киёсий ташхис, асоратлар, замонавий даволаш диспансеризация, упка ва упкаданташқари аъзолар хар-хил туридаги туберкулез профалактикаси. тез ёрдам курсатиш. Хомиладорлар ва болалар*

ОИТСга чалинган беморлардатуберкулезни кечиши; махсус профилактика, меҳнатга

лаёқатлиги тугрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

6 5 3 19 Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия:

Шифокор назорати. шифобахш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан шугулланиш учун курсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва оеморлар оеабГ итацияси; ' инсон организмга физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг урни; беморлар реабилитациясида униш аҳамияти; санатор курорт даволаш.

Этиология, Л^о патогенез, эндокрин касалликлар клиникаси, текширишнинг функционал ва лаборатор асбобий услуги; гормон таркибини аниқлаш услуги, сотиштирма ташхис, даволаш, куллаб-куватловчи терапия, диспансеризация профилактика; хомиладорлик даврида беморларда, қарияларда, ирингли инфекция ва бошка патологияларда эндокрин касалликларнинг кечиши; огир холатларда диагностика ва тез ёрдам.

6 5 3 21 Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши.

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, гематологик беморлар текшириш услуги; стернал пункциянинг аҳамияти; замонавий даволаш, профилактика, хомиладорлик ва тугиш даврида, оолаларда, қариял рд гематологик касалликларнинг кечиши; трансфузиология, донорлик буича саволлар, асоратлар ва тез ёрдам. Лаборатор инструментал текширувлар натижаларини интерпретация килиш.

Касб касалликлари:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, кенг тарқалган касбий касалликларнинг биргаликда даволаш; касб касалликларида ишга жойлашиш ва касалликнинг профилактикаси; шифокор меҳнат экспертизаси, тиобии

хужжатлар.

Клиник фармакология:

Асосий гуруҳ дори воситаларининг клиник фармакологик характеристикаси, фармако-терапия (патологик синдромлар ва шошилич холатларда); дори воситаларининг терапевтик самарадорлигини баҳолашда клиник фармакологик тестлар, амоулятор- поликлиника шароитида фармакотерапия; дори воситалари таъсирини лаооратор инструментал баҳолаш усуллари; дори дармон формуляри.

Юкумли касалликлар, болалар юкумли касалликлари:

Болалар ва катталарда инфекциян касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхиси, киёсий ташхисоти даволаш. кузатиш, диспансеризацияси; инфекциян касалликларда уз вақтида специфик ва носпецифик профилактика; асоратлари ва шошилич ёрдам; катталарда болалар инфекцияси.

Тери-таносил касалликлари, ОИТС

Тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор ташхисоти, даволаш, диспансеризация килиш, профилактика, ОИТС. конуний далолатномалар, ижтимоий аспектлар.

Асаб касалликлари:

Асаб системасининг клиник анатомияси, симиотикаси ва топик диагностикаси, марказий ва периферик нерв системасининг тугма ва ортирилган касалликларини даволаш- турли ёшдаги аспектларда соматоневрология, асосии симптомлари, этиология , п⁴зи клиникаси, текширув усуллари, ки8сий ташхисоти, асоратлари ва даволаш,

шошилич холатлар ва биринчи врачлик ёрдами.

5 3 27 Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси:

Беморларнинг рухий фаолиятини асосий конуниятлари; нарма ва патология чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахнинг роли, рухий у- «зшш бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш принциплари реабилитация ва онг бузи-лиши экспиртизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия[^] профилактика, наркологик хизмат; ижтимоий-тиббий ҳукуки муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг узига ҳослиги, беморларга психологик ёрдам.

Нур ташхиси ва терапияси:

Турли нозологик беморларда учрайдиган касалликларни ультратовуш, рентгенологик, компютер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташхисоти. Ёмон сифатли усмалар ва усма булмаган касалликларнинг нур терапияси.

Тиббий генетика

Ижтимоий йуналишлар, хатарли гуруҳлар этиологияси, тугма ва орттирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташхис.

Клиник аллергология

Аллергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий кон, пешоб балгам тахлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия, пикфлоуметрия, кукрак' кафаси, бурун олди бушликларни рентгенографияси, риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балгам, бурун ва томовдан суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, ошқозон ва 12 бармоқ ичак ширасининг тахлили. Аллергик касалликларни этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташхислаш. даволаш, олдини олиш. Аллергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда

гипоаллерген пархезнинг роли.

Жаррохлик фанлар курси

Оператив жаррохлик ва топографик анатомия билан:

Инсон танасида жинсга, ёшга, ва тана тузилишига боғлиқ холда орган туқималарнинг шакли, ва тузилиши ва бир-бирига нисбатан жойлашуви; орган туқималарга диагностик, даволаш ва тиклаш ва максатида механик таъсир қилиш.

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан:

Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан; асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги, юмшқок туқималарнинг носпецифик йирингли касалликларини жаррохлик йули билан даволаш, кон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, кон қуйиш.

Хирургик касалликлар:

Энг қуп учрайдиган жаррохлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхисоти, асоратлари ва даволаш; жаррохлик муолажаларига курсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий хужжатлар; шошилич жаррохлик; кукрак кафаси, корин бушлиги ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, марфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, қиёсий ташхисоти, даволаш.

реабилитация, профилактика ва диспансеризация; хомиладорликда жаррохлик амалиётини қишқарта курсатма. трансплантология асослари, стадиоарида, поликлиника ва уйда шошилич жаррохлик муолажалари; режали жаррохлик патологияларини олиб бориш, шошилич ёрдам ва тиббий хужжатлар.

Нейрожаррохлик:

Марказий ва периферик нерв системаси жароҳатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар; шошилич холатларда тез тиббий ёрдам курсатиш.

Болалар жаррохлиги: «лпв11в,,

Тугма нуксонли ва жаррохлик касалликлари билан тугилган оолалар

касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташхисоти, даволаш, жаррохлик муолажаларига курсатмалар.

Урология : .. ,,

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киесии ташхисоти. урологик беморларга тез тиббий ёрдам курсатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга курсатмалар.

Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси.

Травматизм (хонадонда, транспортда, ишлаб чиқаришда жароҳатланиш) этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, синишлар (тугма ва ортирилган); шикастланиш турлари; турли жароҳатланишларда транспортировка ва меҳнат фаолиятини тиклаш; ижтимоий реабилитация, протезлаш.

Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, узига хос алоҳидахусусиятлари, клиникаси, хавфли ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, куп учрайдиган синдромлар, морфологик текширув ахамияти, даволаш турлари, диспансеризация, реабилитация, меҳнатга лаекатини аниқлаш; онкологик хизмат. Болаларда учрайдиган лимфопролифератив тизим усмалари, юмшок тукима ва суяклар саркомалари.

Анестезиология ва реанимация:

Огриксизлантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий огриксизлантиришнинг утқиши тамойиллари; критик ҳолатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташхисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг

умумий тамойиллари.

Оториноларингология, стоматология:

1<улок, томок, буруннинг кенг тарқалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; ЛОР ва бошқа орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция учоқларини ахамияти; шошилинч ҳолатларда тез тиббий ёрдам; оғиз бушлигини касалликларни профилактикаси ва ёшга хос ҳолда физиологик узига хослиги; кенг тарқалган патологияларни клиникаси, диагностикаси ва асоратлари; мутахасис консультациясига курсатмалар; жароҳлик даволаш усуллари ва протезлаш.

Офтальмология:

Кузни ёшга хос анатомияси, физиологияси, куришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, асоратлари, оқибатлари, даволаш ва курув органларини тугма ва ортирилган касалликларида реабилитация ҳамда профилактикаси; кушма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва

экспертиза.

Оналик ва болаликни %1Шоя ққлиш курси

Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмининг узига хослиги; хомиладорлик тугрук ва тугрукдан кеинги даврда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; хомиладорликда хомила ҳолатини аниклаш усуллари; экстрагенитал патология; хомиладорликда гипертензион

синдром; клиника ва даволаш; хомиладорликда физиологик ва патологик ^

учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфология и, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш; консултация асослари; контрацепция.

Педиатрия: ..

Ёш болалар узиш даврлари ва анатомио-физиологик хусусиятлари; болалар узишига

таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташхисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни

эмлаш.

6.5.4. Ихтисослик фанлари

Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология:

Аҳоли соғлигини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш. хавф омиллари, аҳоли скрининги. Куш учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аниқ клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва хомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик касалликларда шошилиш ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача бўлган босқичда шошилиш ҳолатларда тез ёрдам курсатиш. УАШ амалиёти шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал қўллаш. Амбулатор даволанишга курсатмалар, госпитализацияга курсатмалар, махсус даволаш муассаларига йўлланма учун курсатмалар, тор мутахассис куриги учун курсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал

тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник ташхис қўйиш. ^

Ўзбекистон Республикаси қонунларига мувофиқ ёши утган соғлом кишиларни химоялаш асослари. Кекса ёшдаги ва ёши катта шахсларда халқаро таснифни асослари. Қариш назарияси ва умумий қонуниятлари. Физиологик параметрларни ёшга оид меъри. Кекса ва ёши катта шахслар овқатланиш рақибонини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериатрияда инструментал ва лаборатор текшириш курсатгичларинини интерпретация асослари. Ёши

катта кишиларини ўйда парваришлаш услублари.

Реабилитациянинг бемор ҳаёт сифатини яхшилашдаги аҳамияти ва унинг одам организмига комплекс таъсир механизми. Тиббий тикланишнинг йўналишлари. Физиотерапевтик муолажалари ҳақида тушунча, уларнинг комплекс таъсир механизми ва дори моддаларини биргаликда қўллаш йўллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш ҳужжатларини расмийлаштириш. Соғломлаштириш мақсадида жисмоний машқларнинг аҳамияти ва уларнинг таъсир механизми ҳамда шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари. Рухий реабилитация ва унинг бемор соғлигини мустаҳкамлашдаги урни.

Хирургик касалликлар:

Уткир жаррохлик касалликларда клиника, ташхисот, синдромлар буйича ташхисот ва таккослама ташхисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, куп таркалган жаррохлик касалликларини согликни саклашни биринчи катори шароитларида даволаш, жаррохлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар ташхисоти ва ва уларни профилактикаси, кон кетишларда, шикастларишларда, юмшок тукима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам курсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув. Хирургик касалликларни амбулатор шароитдаги реабилитацияси ва ушбу касалликлар профилактикаси.

Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офат ва халокатларда шикастланганларни мустакил текшириш ва ташхис куйиш, табиий офат ва халокатларда биринчи тиббий ёрдамни курсатиш учун зарур булган амалий куникмаларни бажариш, транспортировка ва юкори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш. Таянч-харакат тизими жарохтланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни курсатиш, тугри транспортировка килиш ва малакали хамда

ихтисослашган тиббий ёрдам курсатиш ,

Шошилинич холатлар. Тез тиббий ёрдам:

Шошилинич холатларда тугри ташхис куйиш ва биринчи врач ёрдамини тулик амалга ошириш. Тез ёрдам ва кишлок врачлик пунктларида критик холатлардаги беморларни огриксизлантириш, уларга реанимация ва интенсив даволаш чораларини

утказиш.

Акушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив согликни саклашни консултация килиш. Физиологик хомиладорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришлар, диагностика, асоратларни эрта ташхислаш ва олдини олиш, тугрукдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва тугрукдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам курсатиш. консултация, тест утказиш, жинсий йул билан юкувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасаликлар профилактикаси, контрецепцияни тавсия килиш, шифохонагача булган боскичда ёрдам, куп учрайдиган гинекологик касалликлар ташхис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жаррохлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилинич холатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

Неонатология:

Янги тугилган чакалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, тугрук залида асфикцияда реанимация, курак сути билан бокиш усуллари ва янги тугилган чакалоқни она билан бирга булишини таъминлаш; турли патология билан тугилган чакалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соглигини баҳолаш ва оарча ешдаги болаларни парваришлар; болани овкатланишини коррекциялаш, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси буйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; куп учрайдиган касалликларда таккослама ташхисот ва фармакотерапия; шошилинич холатларда тез ёрдам курсатиш; хавф гурухи ва турли хил касаллик билан

огриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Олий таълим муассасаси томонидан белгиланадиган ихтисослик фанлари.

Ихтисослик фанлари руйхати ва мазмуни кадрлар буюртмачиларининг талаблари ва бакалаврлар тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича фан, техника ва технологияларнинг замонавий ютуқлари ҳисобга олинган ҳолда олий таълим муассасаси томонидан

белгиланади.

Малакавий амалиёт

Талабалар умумқасбий фанларни узлаштиришда олган билимларини назарии ва амалий мустаҳкамлаш; КВП/ШВПда бакалавр томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бугини шароитида бакалавр билимлари ва куникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йиғиш; беморни синчиклаб куриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йиғиш; такқослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия қилиш; тор мутахассислар куригига курсатма; амбулатор даволанишга курсатма; стационар даволанишга курсатма; якуний ташхисни қуйиш; аниқ клиник ҳолатларда бакалавр тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитда тиббий хужжатларни тугри тулдириш; вақтинча хизматга лаёқатсизлик экспертизаси; амбулатор-даволаш босқичида беморларни кузатиш; бирламчи ва иккиламчи профилактика; касаллар диспансеризацияси ва реабилитацияси; ижтимоий аҳамиятга эга саволлар ечими (оилавий ҳолати, жамиятдаги, ишдаги ногиронлик ҳолатини қайд қилиш).

Педагогик амалиёт:

Тиббиёт коллежлари ва олий таълим муассасаларида укув жараёнини ташкил этиш, уқитишнинг илгор педагогик ҳамда замонавий ахборот технологиялари асосида олиб бориш усуллари тугрисида; малакавий амалиёт утиладиган муассасаларда мавжуд булган услубий курсатмалар, намунавий дастурлар, тарбиявий иш режалари, йуриқномалар ва х.к. хужжатларни урганиш ва таҳлил этиш борасида; малакавий амалиёт жойида

ташқилотчилик ва тарбиявий ишларни олиб бориш соҳасида зарурий билимларни эгаллаши тугрисида тасаввур ҳосил қилади.

Таълим муассасаларининг укув-услубий бошқарма (булим)ларидаги аниқ бажарадиган иш фаолияти билан таниша олиши тугрисида; битирув малакавий иши, битирув олди малакавий амалиёти ҳисоботи учун керакли булган маълумотларни амалиёт жойидан ола билиши борасидаги; кундалиқ дафтар юритиш, унда хар куни бажарилган иш мазмунини ёзиб бориш ва кун охирида амалиёт раҳбарига уни такдим этиш ҳамда тасдиқлаш хусусида; тонширикларни бажарганлиги хақидаги ёзма ҳисоботини кафедра профессор-уқитувчиларидан тузилган комиссия олдида химоя қила олиши тугрисида куникмаларига эга булади

Интеграл ОСКИ

Интеграл ОСКИ мавзулари таълим муассасасининг битиртирувчи кафедралари томонидан мутахассисларга талабгорларнинг талабларини, шунингдек замонавий фан, техника, технологиялар ютуқларини ҳдсобга олган ҳолда белгиланади.

Интеграл ОСКИ мавзуси терапевтик фанлар, жаррохлик фанлар ва оналик ва болаликни химоя қилиш йуналишида булиши мумкин.

Интеграл ОСКИ базавий босқичда олган билим ва куникмаларни аниқлаш мақсадида талабалар бешинчи қурени тугатганидан сунг ва битирувчи курсда якуний давлат аттестациясида мазкур стандартда бажариш учун ажратилган вақт мобайнида бажарилади.

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

Таълим дастурини амалга ошириш

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалавр тайёрлашнинг таълим дастури мазкур йуналиш буйича аккредитацияланган олий таълим муассасаларида ривожланаётган таълим технологияларидан, ахборот технологияларидан ва таълимнинг замонавий техника воситаларидан фойдаланиб

тайёрлашда амалга оширилади.

Таълим мобайнида талаба иккитадан кам булмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси уқув жараёни тугаши биланок тегишли интеграллашган курс буйича утказилади.

Малакавий амалиётдаволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) утказилади.

Бакалаврнинг асосий таълим дастурларини узлаштириш буйича амалга ошириладиган шароитларга булган талаблар

Бакалаврнинг асосий таълим дастурлари узлаштирилншига белгиланган умумий талаблар

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ республика иқтисодиёти ва ижтимоий тармоқлари, бошқарув ва хужалик юритиш субъектлари учун фундаментал, айниқса, юқори ва инновацион технологиялар буйича чуқур билим ҳамда амалий куникмаларга эга булган кадрлар эҳтиёжини ҳисобга олиши керак.

Олий таълим муассасалари асосий таълим дастурини фан, техника, маданият, иқтисодиёт, технология ва ижтимоий соҳа ривожланишини ҳисобга олган ҳолда мунтазам равишда янгилаб туриши лозим.

Таълим дастурини ишлаб чиқишда ОТМ томонидан битирувчиларнинг умуммаданий компетенцияларини (ижтимоий узаро таъсир, уз-узини ташкил қилиш ва бошқариш, тизимий-фаолият тавсифидаги компетенцияларни) шакллантиришдаги имкониятлари аниқланган булиши керак. ОТМ узининг ижтимоий-маданий мудитини

шакллантиришга, шахснинг ҳар томонлама ривожланиши учун зарур булган шароитларни

^ ОТМ уқув жараёнини ижтимоий-ғарбиявий ривожлантиришга, талабаларнинг ижтимоий ташкилотлар ишида, спорт ва ижодий тугаракларда, магистрларнинг илми

жамиятларида иштирокига кумаклашиши лозим.

' 7.1.3 Компетентли ёндошувни амалга ошириш уқув жараёнида машғулотларнинг

фаол ва интерфаол (компьютер симуляторлари, ишбилармонлар уйини, муайян вазиятларни куриб чиқиш ва х.к.) шакллари утказишни, талабаларнинг касбий куникмаларини шакллантириш ва ривожлантириш мақсадида аудиториядан ташқари иш билан биргаликда жахон педагогик амалиётида қулланиладиган замонавий педагогик технологиялар уқитишнинг самарали стратегиялари, методлари ва услубларини кенг қуллашни назарда

таълим ва интерфаол шаклларда утказиладиган машғулотларнинг улуши дастурнинг асосий мақсади, уқитган контингент хусусиятлари ва муайян фан мазмуни билан аниқланади. Талабаларнинг академик гуруҳлари учун маъруза туридаги машғулотлар

аудитория машғулотларининг 50 % идан ортмаслиги керак.

Талабалар уқув юкмасининг максимал ҳажми асосий таълим дастури ва таълим дастурига ОТМ томонидан қушимча белгиланалиган факультатив фанларни узлаштириш буйича аудитория ва аудиториядан ташқари (мустикал) таълим билан

биргаликда ҳафтага 54 академик соатдан ошмаслиги керак.

15 ОТМ талабалар учун уқитиш дастурини, булиши мумкин булган индивидуал таълим дастурларини ишлаб чиқишни инобатга олган ҳолда, шакллантиришда реал иштирок

этиш имкониятини таъминлашга масъул.

716 Уқув дастурини шакллантиришда ОТМ талабаларни уларнинг ҳуқуқлари ва

мажбуриятлари билан таништиришга, талабалар учун танлов фан(модул, курс)лари

мажбурий эканлигини тушунтириши керак.

Талабаларда билим, амалий малака ва куникмаларни тулик шакллантириш учун ОТМ таълим дастури уқув фанлари (модуллари) буйича лаборатория ишлари ва амалии

машғулотларни камраб олиши керак.

Таълим дастурларининг тадбиқ этилиши

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврларни тайёрлаш таълим дастури ривожлантирувчи уқитиш, информацион технологиялар ва уқитишнинг замонавий техник воситаларидан фойдаланилган ҳолда тайёрлашнинг ушбу йуналиши буйича аккредитация килинган олий таълим

муассасаларида амалга оширилиши керак. ^

Талабалар хорижий тилларни узлаштириши, хорижий тилларни уқитувчилар уқитиши ҳамда бунинг учун зарур булган шароитлар яратилиши умумий амалиёт

врачларни тайёрлашда бош вазифа булиши керак.

Малакавий амалиётлар замонавий корхоналарда, ташкилотларда ва ИИ Илардд утказилади, улар талабаларни амалиёт дастурларида қузда тутилган иш жойлари билан

таъминлашлари керак.

Уқиш даврида талаба камида иккита Давлат аттестацияларини (ижтимоии-гуманитар курс ва хорижий тил буйича) топширади ва битирув малакавий ишини бажаради. Давлат аттестацияси мос интеграллашган курслар буйича укув жараёни тугалланганлиги захоти топширилади.

Малакавий амалиётларни ташкил этиш талаблари

Амалиётлар бакалаврият асосий таълим дастурининг мажбурий булагига хисобланади. Амалиётлар укув ёки укув-ишлаб чиқариш машғулотлари қуринишида булиб, талабаларнинг касбий-амалий тайёрланганлигига бевосита ишналтирилган булади. Бакалаврлар тайёрлашнинг таълим дастури-укув-танишув, ишлаб чиқариш ва

технологик-конструкторлик амалиётларини уз ичига олади.

Уқишнинг биринчи йилида укув-танишув амалиёти утказилади, мақсад талабаларни олий укув юрти, УЗР ФА илмий-тадқиқот институтлари ва бошқа давлат ва нодавлат илмий муассасалари лабораторияларининг мавзулари ва уларда илмий-тадқиқотларни ташкил қилиш ва талабаларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиёт натижаси зачет билан баҳоланади.

Уқишнинг иккинчи йилида талабаларга маслаҳат қуникмалари, маслаҳат турлари. беморларга турли ёрдам, жумладан рухий ёрдам бериш ва узаро шахсий мулоқот қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакиллари билан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг учинчи йилида талабалар беморларни лаборатор ва инструментал текширувга тайёрлаш, лаборатория текширув услублари маълумотлари асосидаги амалий қуникмалар, беморларни иарваришларда ҳамширалик жараёнини қуллаш, терапевтик ва жаррохлик амалиётларида ҳамширалик жараёни амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакиллари билан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади.

Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади. ^

Уқишнинг туртинчи йилида талабалар врач ёрдамчиси булиб оемор шикоятларини, анамнезини, объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптомларини келиб чиқиш механизми, клиник, функционал, лаборатор текшириш услублари маълумоти буйича ички аъзолар асосий касалликлари амалий қуникмалари, суров ва физик текшириш услубларини урганиш ҳамда талабалар терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва педиатрия йуналишларида керак буладиган амалий қуникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни ўқатиш муддатлари укув режаси билан аниқланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хақида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва қабул қилувчи ташкилот вакиллари билан тарқиб топган комиссия олдида ҳисобот беришади. Баҳолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг бешинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар энг куп учрайдиган терапевтик, жаррохлик, акушерлик ва гинекологик, педиатрик какликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси ҳамда лаборатор инструментал ташхисоти, киёсий ташхислашни врач ёрдамида амалга оширади. Касалликларнинг оқибати, реабилитацияси, профилактикаси ва диспансерзацияси асоларини урганади. Бу курсда талабалар асосан нозологик беморларда диагностика ва даволаш амалий куникмаларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва кабул килувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдида хисобот беришади.

Бахолаш шакли укув режасида белгиланади.

Уқишнинг олтинчи йилида талабалар умумий амалиёт шифокори ёрдамчиси сифатида малакавий амалиёт утишади, талабалар тиббий-профилактик, тез ва шошилиш тиббий ёрдам, даволаш, диагностика, реабилитация, тиббий-ижтимоий ёрдам амалий куникмалари, шунингдек илмий-тадқиқот текшириш билимларини эгаллашга мулжалланган. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг талабалар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва кабул килувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдида хисобот беришади.

Бахолаш шакли укув режасида белгиланади. ^

Талабалар илмий-тадқиқот ишининг ташкил килиниши куйидагилар билан

таъминланиши керак:

»

чиқарувчи факультет (кафедра)нинг илмий мавзуси буйича илмий-тадқиқот

ишларини бажариши учун лабораторияларда талабаларни иш жойи билан таъминлаш;

олий таълим муассасасининг ахборот ресурс марказида мустақил илмий-тадқиқот ишни олиб бориш имкониятини тақдим этиш;

талабалар илмий жамиятининг конференцияларини ташкил килиш;

талабалар илмий конференцияси голибларига мамлакатнинг бошка олий укув юртларига маърузалар билан чиқиш имкониятларини тақдим этиш.

Педагогик амалиётни ташкил этиш талаблари

Педагогик амалиёт уқишнинг биринчи, иккинчи, учинчи ва туртинчи йилларида утказилади, мақсад - уқитганларни касб-хунар коллежлари ва УзР ФА илмий-педагогик институтларининг мавзулари ва уларда укув, укув-методик, укув-илмий-педагогик тадқиқотларни ташкил килиш ва уқитганларни мос профилдаги муассасаларга ишга жойлаштириш имкониятлари билан таништиришдир. Амалиётни утказиш муддатлари укув режаси билан аникланади. Амалиёт тугагандан сунг уқитганлар бажарилган иш хакида амалиёт уқитувчилари-рахбарлари ва кабул килувчи ташкилот вакилларида таркиб топган комиссия олдида хисобот беришади. Амалиёт натижаси уқишнинг биринчи йили зачет билан бахоланади. Уқишнинг иккинчи, учинчи ва туртинчи босқичларида бахолаш шакли укув режаси да белгиланади.

Касб-хунар коллежлари ва олий таълим муассасаларида укув жараёнини ташкил этиш, уқитишнинг илгор педагогик ҳамда замонавий ахборот технологиялари асосида олиб бориш усуллари тугрисида; педагогик амалиёт утиладиган муассасаларда мавжуд булган услубий курсатмалар, намунавий дастурлар, тарбиявий

иш режалари, йуриқномалар ва х.к. хужжатларни урганиш ва тахлил этиш борасида; малакавий амалиёт жойида ижтимоий-сиёсий, ижтимоий-иқтисодий, ташкилотчилик ва тарбиявий ишларни олиб бориш соҳасида зарурий билимларни эгаллаши тугрисида тасаввур хосил қилади.

Таълим муассасаларининг укув-услугий бошқарма (булим)ларидаги аниқ бажарадиган иш фаолияти билан таниша олиши тугрисида; битирув малакавий иши, битирув олди педагогик амалиёти хисоботи учун керакли булган маълумотларни амалиёт жойидан ола билиши борасидаги; кундалиқ дафтар юритиш, унда хар куни бажарилган иш мазмунини ёзиб бориш ва кун охирида амалиёт раҳбарига уни тақдим этиш ҳамда тасдиқлаш хусусида; топшириқларни бажарганлиги хақидаги ёзма хисоботини кафедра профессор-уқитувчиларидан тузилган комиссия олдида химоя қила олиши тугрисида

қуниқмаларига эга булади. ^ ^

Укув жараёнини педагогик кадрлар билан таъминлаш буйича талаблар

Бакалаврият асосий таълим дастурини амалга ошириш уқитилаётган фаннинг ихтисослилигига мос, одатда, базавий таълимга эга булган илмий-педагогик кадрлар билан ва тизимий равишда илмий ёки илмий-методик фаолият билан шугулланаётган

кадрлар билан таъминланиши керак.

Ихтисослик фанлари уқитувчилари уқитилаётган фан ихтисослигига мос базавий таълимга ёки илмий даражага эга булишлари керак. Таълим жараёнига амалдаги тегишли тармок ташкилотлари, корхоналари ва муассасаларининг раҳбарлари ва етакчи мутахассислари уқитувчиликка жалб этилиши мумкин.

Таълим жараёнини укув-методик ва ахборот ресурслари билан таъминлаш

талаблари

Асосий таълим дастури асосий таълим дастурининг ҳамма укув курслари, фанлари (модуллари) буйича укув-методик хужжатлар ва материаллар билан таъминланиши керак.

Уқиётганларнинг аудиториядан ташқари иши методик таъминланиши ва уни

бажаришга сарфланадиган вақт асосланиши керак.

Асосий таълим дастурининг амалга оширилиши хар бир уқиётган асосий таълим дастуридаги фан (модул)ларнинг тулик руйхати буйича шаклланадиган маълумотлар базаси ва кутубхона фондидан фойдаланиш ҳуқуқи билан таъминланиши керак.

Асосий таълим дастури буйича хар бир уқиётган урнатилган меъёрларга[^] мос равишда таълим дастурига қирувчи қасбий циклнинг хар бир фани буйича укув ва укув- методик чоп этилган ва/ёки электрон нашрлар билан таъминланиш керак. ^

Ахборот-ресурс марказининг асосий фонди охириги 10 йилда (гуманитар, ижтимоий ва иқтисодий циклнинг базавий фанлари учун — охириги 5 йилда) чоп этилган ҳамма циклларнинг базавий қисми фанлари буйича укув адабиётининг чоп этилган ёки электрон

нашрлари билан тулдирилган булиши керак.

[^] Укув адабиётидан ташқари қушимча адабиёт фонди расмий маълумотнома-

библиографик ва даврий нашрларни уз ичига олиши керак. ^ ^

Таълим дастурини тулик амалга ошириш учун ОТМнинг АРМда таълим йуналиши укув режасида келтирилган фанлар буйича яратилган укув-услугий адабиётлар ва чет элда чоп этилган хамда интернет тизимидаги ахборот манбалари хар бир талабага етарли

даражада булиши керак.

Мамлакатимиздаги ва чет элдаги олий таълим муассасалари, корхоналари ва ташкилотлари билан оператив равишда ахборот аптомиш, замонавий касбий маълумотлар базалари, ахборотлар ва кидирув тизимларидан фойдаланиш имконияти билан

таъминланган булиши керак. ^ ^

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича бакалаврни тайёрлаш жараёнида асосан куйидаги педагогик технологиялар ва укитиш методларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: укитишнинг интерфаол методи, муаммоли укитиш технологияси, уйинли технологиялар,

танкидий фикрлаш ривожланишининг педагогик стратегиялари, шахсий йуналганлик асосидаги педагогик технологиялар,

укув жараёнини самарапи бошқариш ва ташкил килиш асосидаги педагогик

технологиялар,

укитишни дифференциациялаш,

укитишни индивидуаллаштириш технологияси,

дастурий укитиш технологияси,

укитишнинг комплекс методлари (лойихавий метод, тармокли режалаштириш методи, аклий хужум, ассоциограммалар методи ва х.к.)

Уку в жараёнининг моддий-техника базаси буйича талаблар Бакалавр тайёрлашнинг асосий таълим дастурини амалга оширувчи ОТМ укув дастурида назарда тутилган ва амалдаги санитар ва ёнгина карши коидалар ва меъёрларга мос келадиган моддий-техника базасига эга булиши керак; бу моддий-техник база фанлар ва фанлараро тайёргарликнинг хамма турларини, талабаларнинг лаборатория, амалий ва илмий-тадқиқот иши утказилишини таъминлаши керак.

Бакалавр дастурини амалга ошириш учун минимал зарур булган моддий- техникавий таъминот руйхати куйидагиларни уз ичига олади:

маъруза (поток ёки гурухлар) аудиториялари;

семинар машгулотлари учун аудиториялар;

илмий-тадқиқот ишини утказиш учун лабораториялар.

Мавжуд моддий база куйидагиларни таъминлаши керак:

иллюстратив материалларни намойиш килиш учун турли аппаратуралар -

маърузаларни утказиш;

лаборатория ишлари дастурига мос равишда жихозлар — базавий фанлар буйича

лаборатория-амалий ишларни бажариш;

лабораториянинг амалга оширилаётган илмий мавзусига мос равишда жихозлар — ихтисослик (махсус) фанлар буйича лаборатория ишларини бажариш;

хисобларни бажариш ва ахборот тизимларидан фойдаланиш учун компьютерлар семинар машгулотларини ушқариш, лингафонли кабинетлар - хорижий тиллар оуиича

машгулотлар.

Бакалавр тайёрлаш сифатини бах,олаш

Олий таълим муассасаси тайёргарлик даражаси сифатини кафолатли

таъминлашга мажбур, жумладан куйидаги йуллар билан: и

иш берувчилар вакилларини жалб килган холда битирувчиларнинг таиергарлик

даражаси сифатини таъминлаш буйича стратегияни ишлаб чикиш, ^

таълим дастурлари мониторингини утказиш, уларни даврий такриз килдириш;

талабалар билими ва амалий куникмалари даражасини, битирувчилар компетенцияларини объектив бахолаш процедураларини ишлаб чикиш;

укитувчилар таркибининг компетентлигини таъминлаш;

иш берувчилар вакилларини жалб килган холда фаолият (стратегия)ни бахолаш ва бошка таълим муассасалари билан таккослаш учун мувофиклаштирилган мезонлар буиича

мунтазам равишда тахлил килишни утказиш.

’ 8.2 Бакалавр йуналишлари буйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат килиш

куйидагилардан иборат: т*, тм,

ички назорат - олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички

назорат олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси томонидан тасдиқланган

назоратнинг рейтинг тизими тугрисидаги Низом асосида утказилади,

якуний давлат назоратилавлат таълим стандартига мувофик фанлар буиича давлат аттестацияси ни ва битирув иши химоясини уз ичига олади;

давчат-жамоат назорати олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси. жамоат ташкилотлари ва кадрлар буюртмачилари томонидан белгиланган

тартибда утказилади;

ташки назорат Вазирлар Махкамаси қошидаги Давлат тест маркази Кадрлар

тайёрлаш сифатини назорат қилиш, педагог кадрлар ва таълим муассасаларини аттестация қилиш Бошқармаси томонидан белгиланган тартибда амалга оширилади.

Тайёрланган кадрлар сифатини баҳолаш кадрлар истеъмолчилари томонидан

уларнинг меҳнат фаолияти жараёнида амалга оширилади. ^

Х,ар бир фан бўйича билимларни жорий ва оралик назорат қилишнинг муайян шакли ва уқув жараёнига тадбиқ этилиши ОТМ томонидан мустақил ишлаб чиқилади ва талабалар эътиборига ўқишнинг биринчи оғи давомида етказилади.

4 Талабаларнинг ўзлаштириши жорий назорати ва оралик аттестацияси дастурлари уларнинг бўлажак касбий фаолияти шароитларига максимал яқинлаштирилиши учун шароитлар ОТМ томонидан яратилиши керак. Бунинг учун муайян фан ўқитувчиларидан ташқари ташқи экспертлар сифатида иш берувчилар, турдош фанлардан даре берувчилар ва бошқалар бу жараёнга фаол жалб қилиниши керак.

Яқуний давлат аттестацияси умумий амалиёт врач битирув малакавий иши

химоясини ўз ичига олади.

Битирув малакавий ишининг мазмуни, ҳажми ва тузилмасига бўлган талаолар

битирувчиларнинг яқуний давлат аттестацияси ўтказиш ҳақидаги амалдаги Низом асосида олий таълим муассасалари томонидан белгиланади.

Олий таълим муассасаси:

ўшбу стандартдаги талабларга риоя қилиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат аттестацияси ва аккредитацияси ҳақидаги Низомда назарда тутилган умумий

амалиёт врач тайёрлашнинг сифати; „

-профессор-ўқитувчилар таркиби ва уқув-ёрдамчи ходимлар малакавий талаблар! а

тула мос қелиши; ^ _

-х,ар бир интеграллаштирилган курс фанларининг курс дастурида назарда тутилган уқув-методик адабиётлар, уқув-услугий мажмуалар, шунингдек, мустақил таълим ва мустақил тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги,

-уқув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тула масъулдир.

Эслатма

Олий таълим муассасасига:

ўшбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган ҳолда талабанинг ҳафталик максимал юкмасини оширмасдан уқув материални ўзлаштиришга ажратилган соатлар ҳажмини >т<ув фанлари блоклари учун 5 /о оралигида, блокга қирувчи уқув фанлари учун 10% оралигида ўзгартириш;

укув фанлари мазмунига фан, техника ва технологияларнинг ютуқларини ҳисобга

олган ҳолда узгартиришлар киритиш;

битирув малакавий иш (лойиха) мавзусини белгилаш олий таълим муассасаси

ректори томонидан расмийлаштирилади.

Курс ишлари (лойихалари) муайян укув фаолиятининг бир тури сифатида курилади ва ушбу укув фанини узлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида

бажарилади.

Давлат таълим стандартини билиш профессор-укитувчилар таркиоини танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

Давлат таълим стандартининг амал килиш муддати

Давлат таълим стандарти урнатилган тартибда тасдикланиб, Узстандарт агентлигида давлат руйхатидан утгандан кейин амал килиш муддати - 5 йил.

Давлат бошқарувининг ваколатли органлари томонидан давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш, такомиллаштириш ва жорий этиш тугрисида янги тартиб- қоидалар қабул қилинса ДТСларнинг амал килиш муддати узгариши мумкин.

Илова

5111000 - Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йуналиши буйича умумий амалиёт врачл, педагогнинг) таълим йуналиши буйича таълим дастурининг

Т/р	Фанлар блоклари, интеграллаштирилган курслар ва блокларнинг номлари	Умумий юкларнинг ҳажми
1	2	3
1.00	Г гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
1.01	—о	116
1.02	Ҳуқуқшунослик. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси	116
1.03	Фалсафа (этика, эстетика, мантик)	148
1.04	Маънавият асослари. Диншунослик	92
1.05	Маданиятшунослик	56
1.06	Иқтисодиёт назарияси	116
1.07	Социология	56
1.08	Педагогика. Психология	120
1.09	Миллий гоё. Асосий тушунча ва тамойиллар	60
1.10	Сиёсатшунослик. Ўзбекистонда демократик жамият қуриш назарияси ва амалиёти	112
1.11	Ўзбек (рус) тили	116
1.12	Чет тили	360

1.13	Жисмоний маданият ва спорт*	236
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	Математик коммуникатив курс	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий техника ва янги тиббиёт технологияси	54
	Табиий-тимий курс	2534
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик киме	306
2.08	Лотин тили ва тиббий-оармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумқасбий фанлар	8630
	Психологик-педагогик курс	660
3.01	Касбий психология	116
3.02	Касбий педагогика	232
3.03	Таълимда ахборот технологиялари	116
3.04	Таълим технологиялари	116
3.05	Касбий таълим методикаси 6 '79т,..	80
	Умумий патология курси	936
3.08	* НА1	252
3.09	Патологик анатомия. Секцион курс	306
3.10	Суд тиббиёти. Врач фаолиятиинг ҳуқуқий асослари	144
3.11	Фармакология	234
	Тиббий профилактик курс	698
3.12	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.13	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика	360
3.14	Валеология	32
3.15	Эпидемиология, ХЭ	90
	Терапевтик фанлар курси	3276
3.16	Шифокор ва бемор	54
3.17	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.18	Ички касалликлар. Халқ таъбири	558
3.19	Фтизиатрия	216
3.20	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.21	Эндокринология	198
3.22	Гематология ва харбий дала терапияси. Лаборатория иши	234

3.23	Касб касалликлари	90
3.24	Клиник фармакология	216
3.25	Юкумли касалликлар. Болалар юкумли касалликлари.	324
3.26	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.27	Асаб касалликлари	234
3.28	Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси	306
3.29	Нур диагностикаси ва терапияси	90
3.30	Тиббий генетика	54
3.31	Клиник аллергология	54
	Жаррохдик фанлар курси	2088
3.32	Оператив жаррохлик топографик анатомия билан	180
3.33	Умумий жаррохлик анестезиология асослари билан	216
3.34	Хирургик касалликлар	468
3.35	Нейрожаррохлик	90
3.36	Болалар жаррохлиги	162
3.37	Урология	162
3.38	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.39	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.40	Анестезиология ва реанимация	54
3.41	Оториноларингология, стоматология	216
3.42	Офтальмология	162
	Оналик ва болаликни х^имоя цилиш курси	972
3.43	Акушерлик ва гинекология	342
3.44	Педиатрия	630
4.00	Ихтисослик фанлари	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Хапокат тиббиёти	54
4.04	Шошилинич холатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Ганлов фанлари	198
5.00	Кушимча фанлар	72
5.01	ФМ ва ФМТХ	72
	ЖАМИ:	15244
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жорий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАММАСИ	17728

3. Факультет хирургия фанининг ўқув

дастури

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ 52-5510100-3.27
2012 йил "15" август

Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 2012 йил "15"
август даги "3324"-сонли
буйруғи билан тасдиқланган



ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши
5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)

Тошкент – 2012

Фаннинг ўқув дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими ўқув-услугий бирлашмалари фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашнинг 201_ йил «_____» даги «_____»-сон мажлис баёни билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

- | | |
|--------------|--|
| Каримов Ш.И. | – ТТА, даволаш факультетининг факультет ва госпитал жарроҳлиги кафедра мудири, т.ф.д., профессор |
| Назыров Ф.Г. | – ТТА, медико-педагогик факультетининг факультет ва госпитал жарроҳлиги кафедра мудири, т.ф.д., профессор. |
| Хақимов М.Ш. | – ТТА даволаш факультетининг факультет ва госпитал жарроҳлиги кафедрасида ўқиш жараёни учун маъсул, т.ф.д., профессор. |
| Касымов Ш.З. | – ТТА медико-педагогик факультетининг факультет ва госпитал жарроҳлиги кафедрасида ўқиш жараёни учун маъсул, т.ф.д., профессор |

Такризчилар:

- | | |
|----------------|---|
| Аталиев А.Е. | – т.ф.д., ТТА УАШ жарроҳлиги кафедраси профессори. |
| Алиджанов Ф.Б. | – т.ф.д., ТошВМИ шошилинич тиббий ердан кафедраси профессори. |

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услугий кенгашида тавсия қилинган (201_ йил _____ даги «_____» «_____»-сонли баённома).

Кириш

Факултет ва госпитал хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фооолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1/3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолини соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факултет ва госпитал хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фани ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фани ўқитишдан мақсад – талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат.

Фанининг вазифалари:

Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.

Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.

Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.

Талабалар билимини касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасини экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.

Соғлиқни сақлаш тизимининг биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.

Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.

Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

Фан бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

«факултет ва госпитал хирургия» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

Хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Шошилич ва режали даволанадиган хирургик касалликларнинг этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Қорин бўшлиғи аъзолари шошилич хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Қорин бўшлиғи аъзолари сурункали касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятларини билиши керак;

Хирургик касалликлар ривожланишида экзоген ва эндоген факторларининг аҳамиятини билиши керак;

Тўртинчи курс тугатган талабалар бутун теоретик материални билиши лозим: касалликлар этиопатогенези, клиник кечиши, лаборатор текширувлар, асбоб ускуналар ёрдамидаги текширув усуллари, хар бир назология бўйича даволашда жарроҳлик тактикасини қўлланилиши ва уни бажара олиши керак.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

Факултет ва госпитал хирургия фани тиббий-клиник фан ҳисобланиб, 7,8,9 ва 10-семестрларда ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган клиник (умумий, ички касалликлар пропедевтикаси, одам анатомияси ва физиологияси, патологик анатомия ва физиология, топографик анатомия ва оператив хирургия) фанларидан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Факультет ва госпитал хирургия фани бу классик ёки асосий хирургия бўлиб ўз ичига энг кўп учрайдиган асосий хирургик касалликларни диагностикасини ва даволашини ўргатади. Умумий амалиёт шифокорини тайёрлашда бу фанни ўрни шошиличхи хирургик беморларга биринчи ёрдамни тўғри беришини таъминлайди.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг факультет ва госпитал хирургия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

АСОСИЙ ҚИСМ

Факултет хирургия

Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.

Кўп учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи ва операциядан кейинги чурралар).

Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.

Турли хил чурраларни клиникаси, таққосий ташхис қўйиш, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операция турлари; сирғалувчан чурраларни операциясини ўзига хос томонлари; туғма ва орттирилган киндик, чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи; тўғри ва эгри чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи, оператив даволаш йўллари; гигант, вентрал чурра билан хасталанган беморларни операцияга тайёрлаш, операциясини ўзига хос томонлари, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Кам учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (Пти учбурчаги, оралик чурралари).

Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).

Қорин чурраларини асоратлари: яллиғланиш, копростаз, тўғриланмаслик, қисилиб қолиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш; ахлатли ва эластик қисилиш ҳақида тушинча; чурра қисилишини клиник белгилари, қисилган аъзода бўладиган паталогоанатомик ўзгаришлар (странгуляцион бўғик, қисилган ичакда, катта чарвида бўладиган ўзгаришлар, чурра суви, ишемик некрозлар); операция ўзига хос томонлари, қисилган аъзони ҳаётга мойиллигини аниқлаш, ичак резекциясига кўрсатмалар; чурра ўз ўзидан ёки зўрлаб тўғрилангандаги қиланадиган тактика; сохта тўғриланиш ва сохта қисилиш ҳақида тушунча; қисилган чурра операциясини босқичлари; чурра копи флегмонасини жойлашган ўрнига қараб, операцияни ўзига хос хусусиятлари.

Ўткир аппендицит.

Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усулларининг ўзига хослигини аниқлаш.

Ўткир аппендицитнинг асоратлари.

Ўткир аппендицитнинг нотипик кечиши клиникаси, операцияга ва операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратлар, уларни ташхиси, таққосий ташхис ўтказиш, даволаш тактикаси. Периаппендикуляр инфилтрат ва абсцесслар (диафрагма ости, жигар ости, ичаклараро ва Дуглас бўшлиғи)

абсцесслари) клиникаси. Ўткир аппендицит билан кўр ичак ўсмаси, меъда ва 12 бармоқ; ичак яраси тешилиши, бачадондан ташқари хомила, буйрак санчиғи, ўткир холецистит ва панкреатит ўртасида таққосий ташхис ўтказиш.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллини клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факултет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникаси ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра холатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).

Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибайни аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган холдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнгачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларни операцияга тайерлаш.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).

Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари.

Қалконсимон без касалликлари.

Букоқ хақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўт тош касаллиги (УТК) хақида тушунча, холецистолитиаз ва уни асоратларининг таснифи; ўткир холецистит хар-хил турлари клиникаси ва ташхиси; ноинвазив ва инвазив текширув усуллари (ультрасонография, ретроград панкреатохолангиография, тери-жигар оркали холангиография). ЎТК

аниқлашдаги ахамияти; ёши ўтган, қария беморларда ўткир тошли холециститни ўзига хос клиникаси ва хирургик тактикаси; ўткир обтурацион тошли холецистит, истиско, ўт қопи эмпиемасини ўзига хос клиник кечиши; Мириizzi синдроми (тошни гепатикохоledохга ёпишиши натижасида, гепатикохоledохни ўт пуфаги билан қўшилиб кетиши) клиникаси, ташхиси ва хирургик даволаш; операцияга кўрсатмалар (анъанавий холецистэктомия, лапароскопик холецистэктомия, литотрипсия – ўт қопи тошларини майдалаш) ва қарши кўрсатмалар.

Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.

Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усулларини ахамияти; хирургик давони танлаш.

Жигар хирургик касалликлари.

Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитоллиз синдроми, холестаз синдроми, жигар хужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллиғланиш синдроми) лабаротор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни ахамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси. Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхисн, клиник кечиши, даволаш тактикаси; хар-хил хирургик оперцияларга кўрсатмалар.

Ўткир ва сурункали панкреатитлар.

Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхисн, давоси. Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини ахамияти, касалликни патологик жараённи ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лабаротор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

Йўғон ичак касалликлари.

Носпецифик ярали колит, Гиршпрунг ва Крон касалликларининг клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси, асоратларн; йўғон ичак касалликларида беморни текширув усуллари (тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ирригография, ректороманоскопия ва колоноскопия) ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; йўғон ичакни асоратланган касалликларида даволаш тактикаси; операция хажми ва хусусияти.

Тўғри ичак касалликлари.

Тўғри ичак касалликларини клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси; жигар циррозида, кичик чанок аъзолари саратони ва бошқа касалликларда бавосил тугунчаларини иккиламчи кенгайиши сабаблари; тўғри ичак тушишидаги хар-хил босқичларга ташхис ўтказиш; парапроктитларни турларини ва даволаш тактикаси; операция усуллари.

Ўткир ичак тутилиши.

Механик ичак тутилишини хар-хил турларини клиникаси, ташхиси; обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини ахамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; хар-хил механик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Ўткир перитонит.

Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва босқичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис кўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; қорин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралитик ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) ахамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

Ичак оқмалари.

Ичак оқмалари хирургия фанида юқори муаммолилиги, олдини олиш усуллари, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, диагностика усуллари. Бундан ташқари ичак оқмалари этиологияси, тарқалиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, операцияга кўрсатмалар ва операцияга тайёрлаш.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабалар операция хоналарида, боғлов хоналарида ва ўқув методик хоналарда факультет хирургияни ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

1. Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари.
2. Қорин оқ чизиги чурралари, киндик, сон, чов чурралари.
3. Амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар. Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).
4. Ўткир аппендицит.

5. Ўткир аппендицитнинг асоратлари.
6. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.
7. Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).
8. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).
9. Қалконсимон без касалликлари.
10. Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.
11. Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.
12. Жигар хирургик касалликлари.
13. Меъда ости бези касалликлари.
14. Йўғон ичак касалликлари.
15. Тўғри ичак касалликлари.
16. Ўткир ичак тутилиши.
17. Ўткир перитонит.
18. Ичак оқмалари.

Госпитал хирургия

Аорта равоғи окклюзион касалликлари

Аорта ва артериал тармоқлар анатомияси ва физиологияси. Қон томирлар касалликларида махсус текшириш усуллари (реовазография, доплерография, радионуклидди ангиография, капилляроскопия, термография). Носпецифик аортоартериит. Аорта равоғи окклюзион касалликлари. Такаясу синдроми. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик ва эндоваскуляр даволаш усуллари кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиётлар турлари - эндартерэктомия, протезлаш, шунтлаш, симпатэктомия.

Қорин аортаси ва оёқ артериялари окклюзион касалликлари

Қорин аортаси висцерал шохлари окклюзион касалликлари. Сурункали абдоминал ишемия синдроми. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси, даволашни жарроҳлик усуллари. Вазоренал гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Даволашни жарроҳлик усуллари. Лериш синдроми, облитерацияловчи эндартериит, Бюргер касаллиги, Рейно касаллиги, диабетик ангиопатия. Клиник кечиши, кечиши дарвлари, диагностикаси, дифференциал ташхис. Консерватив даволаш принциплари. Жарроҳлик тактика ва даволаш усуллари.

Ўткир артериал етишмовчилик

Артериал тромбоз ва эмболиялар. Тромбозларни эмболиялардан фарқи. Тромбоз ва эмболиялар этиологияси. Тромб ҳосил бўлишига олиб келувчи омиллар. Ўткир тромбоз ва эмболияларни клиник кечиши ва клиник давлари. Текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик даволаш усуллари (Фогарти зондини қўлланилиши, тўғри эмболэктомия). Антикоагулянт терапия принциплари.

Варикоз касаллиги

Оёқ веналари анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Ривожланиш нуқсонлари – Паркс-Вебер-Рубашев ва Клиппел-Треноне касаллиги. Гемодинамик ўзгариши, клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Оёқлар варикоз касаллиги. Этиологияси ва патогенетик ўзгаришлар (олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар). Клиник кечиши, диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари. Таснифи. Асоратлари. Даволаш усуллари: жарроҳлик амалиётлар (Троянов-Тренделенбург, Бебкокк, Маделунг, Нарат ва Кокет амалиётлари), склерозловчи терапия.

Посттромбофлебитик синдром

Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Таснифи (варикозли, шишли ва оғриқли, яралли тури). Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Веналар ўтказувчанлиги, клапанли аппарат ва коммуникант веналар ҳолати текшириш усуллари афзаллигини билиш ва тромботик касаллик диагностикаси ва жарроҳлик усул ердамида даволашда аҳамияти. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёти ердамида даволаш усуллари. Посттромбофлебитик синдром профилактикаси. Педжет-Шретер касаллиги. Тушунча. Касаллик этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари. Паркс-Вебер-Рубашев, Клиппель-Треноне касалликлари. Гемодинамикаси, клиник кечиши, диагностикаси, даволаш.

Туғма юрак нуқсонлари

Анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Беморларда туғма ва орттирилган юрак нуқсонларини текшириш усуллари (ЭКГ, ФКГ, рентгеноскопия). Махсус текшириш усуллари (юракни зондлаш, ангиокардиография коронарокардиография, эхокардиография). Туғма нуқсонларнинг клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Очик артериал йўл, бўлмачалараро тўсик нуқсони, қоринчалараро тўсик нуқсони, ўпка артерияларининг чегараланган торайиши, Фалло триадаси, тетрадаси ва пентадаси, аортанинг коарктацияси. Жарроҳлик коррекция. Сунъий қон айланиш ускунасини қўлланилиши, ишлаш принципи.

Орттирилган юрак нуқсонлари

Этиопатогенези, анатомияси ва физиологияси. Таснифи. Митрал юрак нуқсонлари ва юрак бошқа клапанлари нуқсонлари митрал нуқсон гуруҳларининг классификацияси. Қон айланиш бузилиши босқичлари. Аортад, уч тавақали, митрал тавақа нуқсонларининг клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик усуллари. Жарроҳлик амалиётига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Очик ва епик жарроҳлик усуллар (комиссуротомия, аннулопластика, вальвулопластика, юрак қопқоқларини протезлаш). Сунъий юрак қопқоқлари.

Постгастрорезекцион синдромлар

Назология тўғсида тушунча. Касаллик таснифи. Битмаган яралар, меъда рецидив яралар, ингичка ичак пептик яралари, меъда ва кўндаланг чамбар ичак ўртасидаги оқма яра, олиб келувчи қовузлоқ синдроми, демпинг-синдром ва бошқалар. Келиб чиқиш сабаблари, клиник кечиши, диагностика турлари, дифференциал диагностика. Консерватив даволаш турлари. Жарроҳлик усулида даволаш турлари. Реконструктив амалиётларга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Ваготомия ва ендош амалиётларга боғлиқ бўлган постваготом синдромлар. Органик ва функционал турлари. Клиник кечиши Ташҳислаш. Даволаш усуллари ва тактикаси. Консерватив даволаш усуллари ва кўрсатмалар. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари.

Симптоматик артериал гипертензия

Артериал гипертензия таснифи. Симптоматик АГ сабаблари. Вазоренальная гипертензия. Этиопатогенези, клиник кечиши, диагностикаси. Жарроҳлик усулида даволаш ва унинг турлари. АГ олиб келувчи буйрак усти беши касалликлари. Феохромацитома. Кон синдроми. Иценко-Кушинг синдроми. Диагностикаси. Дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Янги технологиялар.

Постхолецистэктомик синдром

Назология тўғрисида тушунча. Таснифи. Холецистэктомиядан кейинги кузатиловчи баъзи патологик ҳолатлар этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси. Постхолецистэктомик синдром ташҳислаш ва даволашда эндоскопик амалиётларни ўрни. Бирламчи ва иккиламчи папиллит, Фатер сўргичи стенози, ўмумий ўт йўлида «қолиб кетган» тошлар, ўт йўллари стриктуралари. Дуоденит ва дуоденостаз мавжуд бўлганда холедоходуоденоанастомозни нотўғри қўйилиши, билиодигестив анастомозлар стеноз ва стриктуралари, ташқи ўтли оқма яралар. Узун қолдирилган ўт пуфаги чўлтоғи, ўт пуфаги чўлтоғи невриноماسи. ПХЭ бузилишларни дифференциал ташҳислаш, жарроҳлик даволаш усуллари, ўт йўлларидаги реконструктив амалиётлар турлари.

Механик сариклик

Билирубинни нормал алмашинуви. Сариклик турлари: гемолитик, паренхиматоз, механик. Механик сариклик сабаблари: ҳавфли ва ҳавфсиз. Диагностика турлари: УЗИ, КТ, ЭРПХГ, ЧЧХГ. Сариклик турлари орасида дифференциал диагностика. Даволаш. Амалиётдан олдинги даврда гомеостаз коррекцияси. Жарроҳлик даволаш усуллари. Холангит ва даволаш усуллари.

Эхинококкоз

Паразитар касалликлар тўғрисида тушунча. Паразит характеристикаси. Жигар ва ўпка эхинококкоз ва альвеококкози гидатидли тури. Тарқалиш турлари, клиник кечиши. Ташҳислаш ва дифференциал ташҳислаш. Серологик реакцияларни моҳияти, ўтказиш принциплари. Асбоб ускунали текшириш усуллари (рентгеноскопия, ультратовуш текшириш усули, радионуклидли текшириш усули, компьютер томография, лапароскопия, ангиография, ретроградли панкреатохолангиография). Эхинококкоз асоратлари ва уларни клиник кечиши. Жигар ва ўпка асоратланмаган ва асоратланган эхинококкоз турларида жарроҳлик даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиёт турлари таснифи. Бўшлиқни бартараф этиш усуллари. Эхинококкэктомиядан кейинги қолдик бўшлиқларни йўқотиш жарроҳлик амалиётлари. Жигар ва ўпка бирга келувчи эхинококкозда жарроҳлик амалиети, жарроҳлик амалиёт кетма кетлиги. Жигар ва ўпка эхинококкозини жарроҳлик усулида даволашнинг натижалари.

Портал гипертензия ва унинг асоратлари

Жигар циррозини портал гипертензия ва асцит билан кечишини этиологияси, патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси. Асбоб ускуналар ердамида ташхислаш усуллари (целиакография, спленопортография, спленопортоманометрия, УТТ, лапароскопия, компьютер томография, радионуклидди текширув усули ва бошқалар). Сленомегалия ва гиперспленизм. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал ташхислаш. Портал гипертензиянинг жигар ичи ва аралаш турлари, асбоб ускуналар ердамида ташхислаш усулларининг моҳияти. Портал гипертензияда жарроҳлик амалиетининг қўлланилиши ва унинг даврийлиги. Асоратланмаган ва асоратланган портал гипертензия турларида жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар. Қизилўнғач ва меъда кардиал қисми варикоз веналардан қон кетиши, дифференциал ташхислаш. Эндоскопиянинг аҳамияти (эндовазал ва перивазал склеротерапия). Блекмор зондини қўлланилиши. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши. Жигар циррозидаги асцит. Таснифи. Диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш тактикаси. Консерватив даволаш. Жарроҳлик амалиетига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари (лапароцентез, перитонеоатриал шунтлаш, перитонео-веноз шунтлаш). Бадда-Киари синдроми, тушунчаси. Клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўпка носпецифик сурункали касалликлари

Ўпка сурункали йирингли касалликлари. Таснифи. Ўпка сурункали йирингли абсцесси. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия – жарроҳлик амалиетига кўрсатма сифатида. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва унинг турлари. Бронхоэктатик касаллик. Этиология ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши. Диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Маҳсус текшириш усуллари. Консерватив терапия турлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиет турлари. Ўпка кисталари. Этиологияси ва патогенези. Таснифи. Клиник кечиши, диагностикаси. Асоратлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Амалиётлар турлари.

Ўпка ўткир йирингли касалликлари

Ўпка анатомияси ва физиологияси. Маҳсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, компьютер томография, бронхоскопия). Ўпка йирингли касалликлар таснифи. Ўпка ўткир абсцесслари ва гангрена. Клиник кечиши, диагностикаси. Консерватив даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетини қўлланилиши ва унга кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари. Ўткир йирингли абсцессларни даволашда бронхоскопиянинг моҳияти. Ўпка стафилококкли деструкцияси. Клиник кечиши. Диагностикаси. Даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиети турлари.

Кўкс оралиғи ва диафрагма касалликлари

Кўкс оралиғи аъзоларини анатомик ва физиологик хусусиятлари. Асбоб ускуналар ердамида текшириш усуллари (рентгенография, компьютер томография, пневмомедиастинография, медиастиноскопия). Кўкс оралиғи ўсма ва кисталари. Тушунча. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатма ва қарши кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиетидаги кесма турлари. Жарроҳлик амалиети турлари. Миастения, диагностикаси, даволаш усуллари. Медиастенит. Турлари, этиологияси, клиник кечиши, диагностикаси, ўткир йирингли медиастенит даволаш усуллари. Консерватив терапия ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма анатомияси ва физиологияси. Диафрагма касалликларида маҳсус текширув усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, пневмоперитонеум). Диафрагма қизилўнғач тешиги чурраси. Таснифи. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурралар. Клиник кечиши ва диагностикаси. Асоратлари. Сирпанувчи чурраларни консерватив давоси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Сирпанувчи ва параэзофагеал чурраларни жарроҳлик усулида даволаш усуллари. Диафрагмал чурралар. Таснифи. Диафрагма травматик (сохта) чурралари. Нотравматик чурралар. Ларей чурраси, 112

ретростернал чурра, Богдалеко чурраси. Клиник кечиши, диагностикаси, жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва жарроҳлик амалиети турлари. Диафрагма релаксацияси. Клиник кечиши, диагностикаси. Диафрагма релаксацияси ташхислашда пневмоперитонеум моҳияти. Диафрагма пластика турлари.

Қизилўнгач касалликлари

Анатомияси ва физиологияси. Қизилўнгач касалликлари таснифи. Маҳсус текшириш усуллари (рентгеноскопия, рентгенография, эзофагоскопия; пневмомедиастинография, рентгенокимография, радионуклидли эзофагоскопия). Кардиоспазм ва қизилўнгач ахалазияси. Тушунча. Клиник кечиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Даволаш усуллари. Кардиодилатация, техникаси. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Жарроҳлик амалиет турлари (Геллер, Петровский, Геляровский). Қизилўнгач дивертикуллари. Таснифи, клиник кечиши, диагностикаси, даволаш усуллари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар ва тактикаси. Оператив кесмалар. Жарроҳлик амалиет турлари. Қизилўнгач ет жисмлари. Клиник кечиши, диагностикаси, асоратлари, даволаш тактикаси, асоратлари, даволаш усуллари. Эндоскопик даволаш турлари. Жарроҳлик амалиетига кўрсатмалар. Қизилўнгач қуйиши ва чандикли торайиши. Этиологияси ва патогенези. Ўткир давр клиник кечиши. Ўткир даврда биринчи ердан ва даволаш усуллари. Қизилўнгач чандикли торайиши клиник кечиши ва торайиш турлари ва локализацияси. Диагностикаси. Бужлаш ердамида даволаш. Бужлаш турлари. Бужлашга курсатмалар. Жарроҳлик амалиети ва унга кўрсатмалар. Қизилўнгач реконструктив амалиетлар (ингичка ва егон ичак ердамида, меъда ердамида, комбинациялашган). Бир ва кўп этапли жарроҳлик амалиетлар. Жарроҳлик амалиетлар натижалари.

Плевра касалликлари

Плевра анатомияси ва физиологияси. Плевра йирингли касалликлари таснифи. Плевра ўткир эмпиемаси. Этиологияси, патогенези. Турлари. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Консерватив терапия. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Плевра сурункали эмпиемаси. Этиопатогенези. Клиник кечиши, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Бронхоплеврал ва бронхоплевроторакал оқма яралар. Жарроҳлик амалиети турлари ва унга кўрсатмалар. Торакопластика турлари. Бронхоплеврал ва бронхоплевро-торакал оқмаларда жарроҳлик амалиетини қўлланилишини моҳияти.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабалар операция хоналарида, боғлов хоналарида ва ўқв методик хоналарда госпитал хирургияни ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

1. Касаллик тарихини ёзиш учун тематик беморларни курацияси. Госпитал жарроҳлик фани тўғрисида тушунча. Аорта равоғи окклюзион касалликлари.

2. Қорин аортаси ва оёқ артериялари окклюзион касалликлари. Ўткир артериал етишмовчилик.

3. Варикоз касаллиги. Ўткир веноз тромбозлар.
4. Посттромбофлебитик синдром.
5. Туғма юрак нуқсонлари.
6. Орттирилган юрак нуқсонлари.
7. Постгастрорезекцион синдромлар.
8. Симптоматик артериал гипертензия.
9. Постхолецистэктомик синдром.
10. Механик сариқлик.
11. Эхинококкоз.
12. Портал гипертензия ва унинг асоратлари.
13. Ўпка носпецифик сурункали касалликлари.
14. Ўпка ўткир йирингли касалликлари.
15. Кўкс оралиғи касалликлари.
16. Диафрагма касалликлари.
17. Қизилўнгач касалликлари.
18. Плевра касалликлари.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойитадилар. Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустаҳкамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали куроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;

тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;

автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;

махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;

Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;

талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;

фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулоти;

масофавий (дистанцион) таълим.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари

(факултет хирургия бўйича):

1. Жарроҳлик бўлими иш тартиби. Хирургик бўлимда ишни ташкиллаштирилганлиги, операцион - боғлам алмаштириш блокли хирургик бўлимни терапевтик бўлимдан принципиал фарқи. Операциядан кейинги даврда беморларни олиб бориш Стационар ва санатор- курорт даволаш. Реабилитацион терапия усуллари. ВКК ва ВТЭЖ усуллари.

2. Ички чурралар. Клиник белгилари, диагностика, дифференциал диагностикаси. Замонавий ўз вақтида диагностика ахамияти. Дифференциал диагностика даволаш.

3. Қорин мушаклари дистазаси. Этиопатогенези. Консервативва терапия ва профилактика принциплари. Оператив даво турлари ва унга кўрсатма. Қариялар ва ёши ўтган беморларда чурралар кечиши ўзига хос томонлари. Клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Инструментал диагностика усуллари ва уларни информативлиги. даволаш. Оператив даво турлари. Оператив даво натижалари.

4. Пти учбурчаги ва оралик чурралари. Турлари. Кўрсатма. Турлари ва ўтказиш усуллари. Даво эффекти, бўлиши мумкин бўлган асоратлар. Пластика усуллари. Болаларда ва қарияларда аппендицитни кечиши ўзига хос томонлари. Клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Касаллик диагностикасида инструментал текширувлар ўрни. Даволаш. Оператив даво натижалари.

5. Аппендицит атипик кечиши. Хомиладорларда аппендицит. Клиник белгилари ва дифференциал диагностика. Хомиладорларларда кечиши ўзига хос томонлари.

6. Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари дорилардан кейинги яралар. Этиология ва патогенези, турлари ва шакллари, клиник белгилари, диагностикаси, давоси. Сурункали гиперацид ва анацид гастритлар. Яра хосил булиши замонавий назариялари Таснифи, этиология ва патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, гастритлар хар хил шакллари давоси. Яралар хосил бўлишида микроблар роли. Рак олди касалликлари.

7. Полипозлар. Клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Диагностика ва дифференциал диагностикасида эндоскопик усуллар ўрни. Жарроҳлик тактика.

8. Эндемик ва спорадик буқоқ. Таснифи, этиопатогенези. Замонавий инструментал текширувларни Диагностика ва дифференциал диагностикасида УТТ роли. Даволаш усуллари ва натижалари.

9. Ўт пуфаги дискинезияси. Сабаблари. Клиник кечиши. Диагностика турлари. Дифференциал диагностикаси. Даволашда янги технологиялар. Ўт пуфаги в ўт йўллари ўсмалари. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Оператив даво усуллари.
10. Жигар ўсмалари.(фиброма, липома, гемангиома). Этиопатогенез. Клиник даврлари, кечиши, диагностика ва хирургик ва интервенцион терапия роли. Жарроҳлик амалиёти техникаси.
11. Ошқозон ости беши киста ва оқмалари. Ошқозон ости беши киста ва оқмалари тушунча. Даволаш усуллари ва кам инвазив усуллар ўрни.
12. Йўгон ичак ўсмалари. Таснифи. Шикастланган аъзо турига кўра клиник кўриниши. Асоратлари диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Касаллик стадиясига кўра даво турлари. Тўгри ичак ўсмалари. Тўгри ичак ўсмалари таснифи. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси. Консерватив терапия усуллари. Хирургик давога кўрсатма. Оператив усуллар турлари. Даво натижалари. Кавшар касаллиги.
13. Битишмали ўткир ичак тугилиши. Клиник белгилари ва диагностикаси. Оператив ва лапароскопик даво турлари.
14. Гинекологик перитонитлар. Этиологияси, турлари. Клиник белгилари. Диагностика ва дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик тактика. Оператив даволаш турлари.
15. Ички ичак оқмалари. Этиологияси, патогенези, таснифи. Клиник белгилари, диагностикаси. Асоратлари турлари. Асоратланган ва асоратланмаган шакллари даволаш усуллари.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари

(госпитал хирургия буйича):

1. Жарроҳлик бўлими иш тартиби. Хирургик бўлимда ишни ташкиллаш-тирилганлиги, операцион - боғлам алмаштириш блоккли хирургик бўлимни терапевтик бўлимдан принципиал фарқи. Операциядан кейинги даврда беморларни олиб бориш Стационар ва санатор – курорт даволаш. Реабилитацион терапия усуллари. ВКК ва ВТЭК усуллари.
2. Умуртқа артериялари шикастланишлари. Бош мия қон билан таъминланишида уларни роли. Клиник белгилари, диагностика, дифференциал диагностикаси. Умуртқа артериялари окклюзион касалликлари диагностикасида ангиография роли. Хирургик даво усуллари. “Steal” синдром сабаблари.
3. Қўл-оёқлар критик ишемияси. Этиопатогенези. Консерватив терапия принциплари. Оператив даво турлари ва унга кўрсатма.
4. Рейно касалиги. Бюргер касалиги. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Инструментал диагностика усуллари ва уларни информативлиги. даволаш. Оператив даво турлари. Консерватив ва оператив даво натижалари.
5. Замонавий склеротерапия. Турлари. Кўрсатма. Турлари ва ўтказиш усуллари. Даво эффекти, бўлиши мумкин бўлган асоратлар.

6. Педжет-Шреттер касаллиги. Этиопатогенези. Клиник белгилари, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Касаллик диагностикасида флебография ўрни. Даволаш. Консерватив ва оператив даво натижалари.
7. Илеофеморал веноз тромбоз. Консерватив ва жарроҳлик даволаш турлари (антитромботик терапия). Флотирловчи тромб ҳақида тушунча, уни диагностикаси ва даволаш турлари.
8. Юрак миксомаси. Этиология ва патогенези, турлари ва шакллари, клиник белгилари, диагностикаси, давоси.
9. Перикардитлар. Таснифи, этиология ва патогенези, клиник белгилари, диагностикаси, перикардит ҳар хил шакллари давоси. Сиқувчи перикардитда гемодинамик ўзгаришлар.
10. Ошқозон чўлтоғи раки ва гастрити. Клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Диагностика ва дифференциал диагностикасида эндоскопик усуллар ўрни. Жарроҳлик тактика.
11. Постхолецистэктомик синдром экстрабилиар сабаблар. Таснифи, этиопатогенези. Замонавий инструментал текширувларни ПХЭС интра- ва экстрабилиар сабабларини диагностика ва дифференциал диагностикасида роли. Даволаш усуллари ва натижалари.
12. Хавфли этиологияли механик сариклик. Сабаблари. Клиник кечиши. Диагностика турлари. Дифференциал диагностикаси. Даволашда янги технологиялар.
13. Альвеококкоз. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Оператив даво усуллари.
14. Жигар трансплантацияси. Ортотопик ва гетеротопик трансплантация. Кўрсатма. Жарроҳлик амалиёти техникаси.
15. Ўпка сурункали носпецифик йирингли касалликларни замонавий даволаш усуллари. Ўпка сурункали носпецифик йирингли касалликлар тўғрисида тушунча. Даволаш усуллари ва торакоскопиянинг ўрни.
16. Кўкрак қафаси жароҳатлари. Таснифи. Шикастланган аъзо турига кўра клиник кўриниши. Травматик плеврит диагностикаси, дифференциал диагностикаси. Плеврит турига кўра даво турлари.
17. Кўкс оралиғи йирингли касалликлари. Медиастинитлар таснифи. Этиопатогенези, клиник белгилари, диагностикаси. Консерватив терапия усуллари. Хирургик давога кўрсатма. Оператив усуллар турлари. Даво натижалари.
18. Қизилўнгач ёт жисмлари. Қизилўнгачга ёт жисм тушиш принциплари. Клиник белгилари ва диагностикаси. Рентгенологик ва эндоскопик усулларни қизилўнгач ёт жисмини аниқлашда роли ва имкониятлари. Оператив ва эндоскопик даво турлари.
19. Диафрагма релаксацияси. Этиологияси, турлари. Клиник белгилари. Диагностика ва дифференциал диагностикаси. Жарроҳлик тактика. Оператив даволаш турлари.
20. Ўпка нопаразитар кисталари. Спонтан пневмоторакс. Этиологияси, патогенези, таснифи. Клиник белгилари, диагностикаси. Асоратлари турлари. Асоратланган ва асоратланмаган шакллари даволаш усуллари Спонтан пневмоторакс даволаш усуллари.

Дастурнинг информацион-услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотлар рўйхати

I. Асосий:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
4. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
5. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
6. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
7. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
8. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
9. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

II. Қўшимча:

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
2. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
3. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
4. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург, 2003.
5. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
6. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
7. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
8. Шердок Н., Дж. Дули Заболевания печени и желчных путей. М. Мед 1999.

9. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.
10. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз. Винд Г. Дж. 1999 год
11. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354
12. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. 2005.
13. Хирургия печени. Альперович Б.И.2010.
14. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
15. Атлас дренирования в хирургии – Гульман М.И. 2004.
16. Атлас оперативной хирургии грыж – Егиев В.Н.2003.
17. Холедохолитиаз – Майстренко Н.А.2000.
18. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия – Пронин В.А.2007.
19. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С.2003.
20. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
21. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
22. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
23. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И.2009г
24. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И.2006г
25. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В.2005г
26. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л.2000г
27. Операции на печени – В.А. Вишневский.2003г
28. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко.2008г
29. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
30. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
31. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г
32. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперац. подгот. - И.Я.Макшанов. 2002 г.
33. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
34. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И.2009г
35. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И.2006г

36. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В.2005г
37. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л.2000г
38. Операции на печени – В.А. Вишневский.2003г
39. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко.2008г
40. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
41. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
42. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г
43. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперац. подгот. - И.Я.Макшанов. 2002 г.

4. Факультет хирургия фанидан

И Ш Ч И Ў Қ У В Д А С Т У Р

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ, СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

“ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАЦИЯ, УРОЛОГИЯ”
КАФЕДРАСИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўқув ишлари проректори

т.ф.н. _____ С.Ш.Олимов.

« 26 » _____ июн _____ 2015 й.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ фани бўйича

И Ш Ч И Д А С Т У Р

Таълим шифри - 510000 «Соғлиқни сақлаш»

Таълим йўналиши:

5510100 – Даволаш иши

5111000 – Мутахассислик таълими (5510100 – Даволаш иши)

Соат ҳажми	–	278 соат
Шу жумладан:		
Маъруза	–	36 соат
Амалий машғулот	–	120 соат
Мустақил иш	–	122 соат

Бухоро – 2015

Тузувчилар:

Ахмедов Р.М., кафедра мудир, т.ф.д. профессор

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

(имзо)

Мирхўжаев И.А. т.ф.н., доцент

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

(имзо)

Тақризчилар:

Ўроқов Ш.Т. “6-7 курс хирургияси” кафедраси мудир, т.ф.д.

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

(имзо)

Тешаев Ш.Ж. т.ф.д., профессор

(Ф.И.Ш., лавозими, илмий даражаси, илмий унвони)

(имзо)

Кафедра мудир: Ахмедов Р.М. т.ф.д., профессор

(имзо)

ФМУК раҳбари : доц. Олимов С.Ш.

(имзо)

Ушбу ишчи дастур намунавий ўқув дастури ва ўқув режа асосида _____ йўналиш бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган.

Баённома № _____ « _____ » _____ 2015 й.

Услубчи: Одилова Р.Ҳ

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ЎҚУВ ДАСТУРИНИНГ ТАРКИБИ:

1. Кириш

Факультет хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фоолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1\3 қисми хирургик касалликлари

ташқил қилади. Шунинг учун факултет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирурик касаллик-ларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолигни соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факултет хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни хажимини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фани ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари хажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машгулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари хажими кўрсатилган.

1.1. Ўқув фанининг мақсади ва вазифалари

Фани ўқитишдан мақсад – Талабаларга клиника тажрибасига таянган ҳолда, замонавий диагностик усуллар ёрдамида жарроҳлик соҳасида кенг учрайдиган хасталикларни: ошқозон ичак тракти, ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари, жигар жарроҳлик касалликлари, ошқозон ости беши касалликлари ва ичак оқмаларини кечиш жараёни, даволаш усуллари, уй, поликлиника ҳамда шифохона шароитидаги тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатишдан иборат

Фанининг вазифалари:

Олинган назарий маълумотларни бемор тўшаги олдида, поликлиника шароитида беморларни қабул қилишда, операцион ва боғлов хонасида қўллашни ўргатиш.

Биринчи ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйиш учун зарур бўлган амалий кўникмалар ва кенг тарқалган диагностик усуллардан фойдаланишни ўргатиш.

Беморларни мустақил равишда курация қилишни ва кўникмаларини ўргатиш. Хасталикнинг дастлабки белгилари ва клиник хусусиятларини ўргатиш. Амбулатор варақа, касаллик тарихи ва бошқа тиббий ҳужжатларни юритиш кўникмаларини ўргатиш.

Талабалар билимининг касалликни асосий клиник кўринишлари, кечиши, даволаш усуллари ва профилактикасининг экологик муаммолар билан боғлаган ҳолда таҳлили.

Соғлиқни сақлаш тизимининг Биринчи босқичларида диагностика ва дифференциал диагностика ўтказиш кўникмаларини ўргатиш.

Ўткир жарроҳлик касалликларда шифокорнинг дастлабки ёрдам кўрсатиши кўникмаларни ўргатиш.

Поликлиника шароитида муолажа ва назоратни белгилаш.

1.2. Факультет хирургия фани бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

«Факультет хирургия» ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

Хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактика-сини билиши керак;

Шошилич ва режали даволанадиган хирургик касалликларнинг этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Корин бўшлиғи аъзолари шошилич хирургик касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Корин бўшлиғи аъзолари сурункали касалликлари этиологияси, патогенези, ташхиси ва профилактикасини билиши керак;

Қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомио-физиологик хусусиятларин билиши керак;

Хирургик касалликлар ривожланишида эгзоген ва эндоген факторларининг аҳамиятини билиши керак;

Тўртинчи курс тугатган талабалар бутун теоретик материални билиши лозим: касалликлар этиопатогенези, клиник кечиши, лаборатор текширувлар, асбоб ускуналар ёрдамидаги текширув усуллари, хар бир назология бўйича даволашда жарроҳлик тактикасини қўлланилиши ва уни бажара олиши керак.

2. Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг факультет хирургия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидадан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

3. Ўқув соатлари миқдори

Соат ҳажми	Ўқув юклама миқдорининг аудитория машғулоти бўйича тақсимланиши (соат)					Мустақил иш
	Жами	Маъруза	Амалий машғулот	Семинар	Лаборатория ишлари	
	156	36	120	-	-	122

4. Маърузалар

4.1. Маъруза машғулотларининг тематик режаси

111 11 №	Маъруза мавзулари	Соат
1	Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.	2 соат
2	Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	2 соат
3	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).	2 соат
4	Ўткир аппендицит.	2 соат
5	Ўткир аппендицитнинг асоратлари.	2 соат
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.	2 соат
7.	Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).	2соат
8.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).	2соат
9.	Қалконсимон без касалликлари.	2соат
10.	Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	2 соат
11	Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.	2соат
12	Жигар хирургик касалликлари.	2 соат

13	Ўткир ва сурункали панкреатитлар	2 соат
14	Йўғон ичак касалликлари.	2 соат
15	Тўғри ичак касалликлари.	2 соат
16	Ўткир ичак тугилиши.	2 соат
17	Ўткир перитонит.	2 соат
18	Ичак оқмалари.	2 соат
	Ж а м и:	36 соат

4.2. Маъруза материалларининг мазмуни

Мавзу 1. Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.

Маъруза материалларининг қисқача мазмуни: Кўп учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи ва операциядан кейинги чурралар).

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

Мавзу 2. Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.

Турли хил чурраларни клиникаси, таққосий ташхис қўйиш, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операция турлари; сирғалувчан чурраларни операциясини ўзига хос томонлари; туғма ва орттирилган киндик, чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи; тўғри ва эгри чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи, оператив даволаш йўллари; гигант, вентрал чурра билан хасталанган беморларни операцияга

тайёрлаш, операциясини ўзига хос томонлари, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Кам учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (Пти учбурчаги, оралик чурралари)

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

Мавзу 3. Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).

Қорин чурраларини асоратлари: яллиғланиш, копростаз, тўғриланмаслик, қисилиб қолиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш; ахлатли ва эластик қисилиш ҳақида тушинча; чурра қисилишини клиник белгилари, қисилган аъзода бўладиган паталогоанатомик ўзгаришлар (странгуляцион бўғиқ, қисилган ичакда, катта чарвида бўладиган ўзгаришлар, чурра суви, ишемик некрозлар); операция ўзига хос томонлари, қисилган аъзони ҳаётга мойиллигини аниқлаш, ичак резекциясига кўрсатмалар; чурра ўз ўзидан ёки зўрлаб тўғрилангандаги қиланадиган тактика; сохта тўғриланиш ва сохта қисилиш ҳақида тушунча; қисилган чурра операциясини босқичлари; чурра қопи флегмонасини жойлашган ўрнига қараб, операцияни ўзига хос хусусиятлари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

Мавзу 4. Ўткир аппендицит.

Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усуллари ўзига хослигини аниқлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29, 41

Мавзу 5. Ўткир аппендицитнинг асоратлари.

Ўткир аппендицитнинг нотипик кечиши клиникаси, операцияга ва операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратлар, уларни ташхиси, таққосий ташхис ўтказиш, даволаш тактикаси. Периаппендикуляр инфилтрат ва абсцесслар (диафрагма ости, жигар ости, ичаклараро ва Дуглас бўшлиги абсцесслари) клиникаси. Ўткир аппендицит билан кўр ичак ўсмаси, меъда ва 12 бармоқ; ичак яраси тешилиши, бачадондан ташқари хомила, буйрак санчиғи, ўткир холецистит ва панкреатит ўртасида таққосий ташхис ўтказиш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29,41

Мавзу 6. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллини клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факултет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникаси ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра ҳолатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

Мавзу 7. Меъда ва 12 б.и. яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).

Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган холдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнғачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларни операцияга тайерлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

Мавзу 8. Меъда ва 12 б.и. яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).

Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашни ўзига хос томонлари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

Мавзу 9. Қалқонсимон без касалликлари.

Буқоқ хақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,11 Қ қўшимча)- 43

Мавзу 10. Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўт тош касаллиги (УТК) хақида тушунча, холецистолитиаз ва уни

асоратларининг таснифи; ўткир холецистит хар-хил турлари клиникаси ва ташхиси; ноинвазив ва инвазив текширув усуллари (ультрасонография, ретроград панкреатохолангиография, тери-жигар орқали холангиография) ЎТК аниқлашдаги ахамияти; ёши ўтган, қария беморларда ўткир тошли холециститни ўзига хос клиникаси ва хирургик тактикаси; ўткир обтурацион тошли холецистит, истиско, ўт қопи эмпиемасини ўзига хос клиник кечиши; Мириззи синдроми (тошни гепатикохоледохга ёпишиши натижасида, гепатикохоледохни ўт пуфаги билан қўшилиб кетиши) клиникаси, ташхиси ва хирургик даволаш; операцияга кўрсатмалар (анъанавий холецистэктомия, лапароскопик холецистэктомия, литотрипсия – ўт қопи тошларини майдалаш) ва қарши кўрсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

Мавзу 11. Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.

Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усулларини ахамияти; хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

Мавзу 12. Жигар хирургик касалликлари.

Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитоллиз синдроми, холестаза синдроми, жигар хужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллиғланиш синдроми) лаборатор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни ахамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси. Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхисн, клиник кечиши, даволаш тактикаси; хар-хил хирургик оперцияларга кўсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 24,26,31,32,34,35

Мавзу 13. Ўткир ва сурункали панкреатитлар

Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхисн, давоси. Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини ахамияти, касалликни патологик жараённи ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 35,42,43

Мавзу 14. Йўғон ичак касалликлари.

Носпецифик ярали колит, Гиршпрунг ва Крон касалликларининг клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси, асоратларн; йўғон ичак касалликларида беморни текширув усуллари (тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ирригография, ректороманоскопия ва колоноскопия) ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; йўғон ичакни асоратланган касалликларида даволаш тактикаси; операция хажми ва хусусияти.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,8,9 Қ қўшимча)- 20,42,43

Мавзу 15. Тўғри ичак касалликлари.

Тўғри ичак касалликларини клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси; жигар циррозида, кичик чанок аъзолари саратони ва бошқа касалликларда бавосил тугунчаларини иккиламчи кенгайиши сабаблари; тўғри ичак тушишидаги хар-хил босқичларга ташхис ўтказиш; парапроктитларни турларини ва даволаш тактикаси; операция усуллари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,8,9 Қ қўшимча)- 20,42,43

Мавзу 16. Ўткир ичак тутилиши.

Механик ичак тутилиши хар-хил турларини клиникаси, ташхиси; обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини ахамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; хар-хил механик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,4,5,7 Қ қўшимча)- 40,41,42,43

Мавзу 17. Ўткир перитонит.

Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва босқичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис кўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; қорин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралитик ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) ахамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,4,5,7 Қ қўшимча)- 39

Мавзу 18. Ичак оқмалари.

Ичак оқмалари хирургия фанида юқори муаммолилиги, олдини олиш усуллари, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, диагностика усуллари. Бундан ташқари ичак оқмалари этиологияси, тарқалиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, операцияга кўрсатмалар ва операцияга тайёрлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18

5. Амалий /семинар/ машғулотлар

5.1. Амалий /семинар/ машғулотларнинг тематик режалари

№	Амалий /семинар/ машғулотлари мавзу номлари	Соат
1	Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари.	5
2	Қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари.	5
3	Амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар. Чурра асоратлари	5
4	Ўткир аппендицит.	5
5	Ўткир аппендицитнинг асоратлари.	5

6	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.	5
7	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари (қон кетиш,	5
8.	Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари (стеноз,	5
9.	Қалқонсимон без касаликлари.	5
10	Тиреотоксик буқоқ ва уни хирургик даволаш усуллари, операциядан	5
11	Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, давлаш усуллари.	5
12	Холедохолитиаз ва унинг асоратлари.	5
13	Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.	5
14	Жигар хирургик касалликлари. Жигар абсцесси клиникаси,	5
15	Жигар паразитар касалликлари. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш.	5
16	Меъда ости беши касалликлари.	5
17	Сурункали панкреатит.	5
18	Йўғон ичак касалликлари.	5
19	Йўғон ичак касалликлари.	6
20	Тўғри ичак касалликлари.	6
21	Ўткир ичак тутилиши.	6
22	Ўткир перитонит.	6
23	Ичак оқмалари.	6
	Ж а м и :	120 соат

5.2. Амалий /семинар/ машғулотлар мавзулари мазмуни

1-Амалий машғулот: Факултет хирургия предмети.

Беморлар курацияси. Қорин чурралари.

Қисқача мазмуни: Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин чурралари. Кўп учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи ва операциядан кейинги чурралар).

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

2-Амалий машғулот: Қорин оқ чизиғи чурралари, киндик,

сон, чов чурралари.

Қисқача мазмуни: Турли хил чурраларни клиникаси, таққосий ташхис қўйиш, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, операция турлари; сирғалувчан чурраларни операциясини ўзига хос томонлари; туғма ва орттирилган киндик, чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи; тўғри ва эгри чов чурраларини анатомик ва клиник фарқи, оператив даволаш йўллари; гигант, вентрал чурра билан хасталанган беморларни операцияга тайёрлаш, операциясини ўзига хос томонлари, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Кам учрайдиган чурралар клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси, даволаш усуллари (Пти учбурчаги, оралик чурралари).

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

3-Амалий машғулот: Амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар. Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиш, тўғриланмаслик)

Қисқача мазмуни: Қорин чурраларини асоратлари: яллиғланиш, копростаз, тўғриланмаслик, қисилиб қолиш клиникаси, ташҳиси, таққосий ташҳиси ва даволаш; ахлатли ва эластик қисилиш ҳақида тушинча; чурра қисилишини клиник белгилари, қисилган аъзода бўладиган паталогоанатомик ўзгаришлар (странгуляцион бўғиқ, қисилган ичакда, катта чарвида бўладиган ўзгаришлар, чурра суви, ишемик некрозлар); операция ўзига хос томонлари, қисилган аъзони ҳаётга мойиллигини аниқлаш, ичак резекциясига кўрсатмалар; чурра ўз ўзидан ёки зўрлаб тўғрилангандаги қиланадиган тактика; сохта тўғриланиш ва сохта қисилиш ҳақида тушунча; қисилган чурра операциясини босқичлари; чурра қопи флегмонасини жойлашган ўрнига қараб, операцияни ўзига хос хусусиятлари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

4-Амалий машғулот: Ўткир аппендицит

Қисқача мазмуни: Ўткир аппендицитнинг турли патологик шакллари клиник-анатомик таснифи, клиникаси, ташҳиси, таққосий ташҳиси ва даволашни, шу билан бирга ёш болаларда, кексаларда ва ҳомиладор аёлларда ўзига хос кечиши. Ўсимтанинг жойлашувига, патологик шаклига кўра оператив усулларининг ўзига хослигини аниқлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29, 41

5-Амалий машғулот: Ўткир аппендицитнинг асоратлари.

Қисқача мазмуни: Ўткир аппендицитнинг нотипик кечиши клиникаси, операцияга ва операциядан кейинги даврда бўлиши мумкин бўлган асоратлар, уларни ташҳиси, таққосий ташҳис ўтказиш, даволаш тактикаси. Периаппендикуляр инфилтрат ва абсцесслар (диафрагма ости, жигар ости, ичаклараро ва Дуглас бўшлиги абсцесслари) клиникаси. Ўткир аппендицит билан кўр ичак ўсмаси, меъда ва 12 бармоқ; ичак яраси тешилиши, бачадондан ташқари ҳомила, буйрак санчиғи, ўткир холецистит ва панкреатит ўртасида таққосий ташҳис ўтказиш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20,25,29, 41

6-Амалий машғулот: Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги.

Қисқача мазмуни: Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллини клиникаси, ташҳиси, таққосий ташҳиси, давоси. Асоратланмаган яра касаллигининг факултет терапия кафедрасида ишлаб чиқилган консерватив давоси; каллёз ва сингиб ўтган ярани клиникасида ўзига хослиги; ЭФГДС, рентгенологик текширув, компьютер томографияларда яра ҳолатини баҳолаш, хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

7-Амалий машғулот: Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг

асоратлари (қон кетиш, перфорация)

Қисқача мазмуни: Меъда касаллиги билан боғлиқ бўлган ва алоқаси бўлмаган қон кетиш клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; қон кетиш даражасига қараб таснифланиши; қон кетиш маибаини аниқлашда эндоскопияни ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; яра билан боғлиқ бўлмаган холдаги меъдадан қон кетиш (Меллори-Вейс синдроми, геморрагик эрозив гастрит, емирилаётган ўсма, жигар циррози-портал гипертензия, қизилўнгачни варикоз кенгайган веналар) фарқлаш; даволаш тактикаси; гомеостазни коррекцияси, анемияга қарши кураш, ошқозон-ичак тизими, юрак-қон томир на ўпка системаларни операцияга тайерлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

8-Амалий машғулот: Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг

асоратлари (стеноз, пенитрация, малигнизация)

Қисқача мазмуни: Ярали торайиш босқичига қараб клиник кечиши, торайма даражасини аниқлашда рентгенологик текширувни ахамияти, операцияга мутлоқ ва нисбий кўрсатмалар, оператив даво турлари. Бошқа аъзога сингиб ўтган ва малигнизацияга учраган ярани ўзига хос клиник кечиши, ташхиси, таққосий ташхиси ва даволаш тактикаси ўрганади. Пенетрация ёки малигнизация борлиги тасдиқловчи махсус лаборатор, инструментал текширув усуллари билан танишиш ва шу тоифа беморларни даволашии ўзига хос томонлари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7 Қ қўшимча)- 20, 25,27, 42

9-Амалий машғулот: Қалқонсимон без касаликлари.

Қисқача мазмуни: Буқоқ хақида тушунча, учраши, этиопатогенези, клиник белгилари диагностикаси ва давоси. Консерватив ва оператив даво принциплари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,11 Қ қўшимча)- 43

10-Амалий машғулот: Тиреотоксик буқоқ ва уни хирургик даволаш усуллари, операциядан кейинги асоратлар.

Қисқача мазмуни: Тиреотоксик буқоқ ва уни хирургик даволаш усуллари, операциядан кейинги асоратлар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7,11 Қ қўшимча)- 43

11-Амалий машғулот: Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси,

давлаш усуллари.

Қисқача мазмуни: Ўт тош касаллиги (УТК) ҳақида тушунча, холецистолитиаз ва уни асоратларининг таснифи; ўткир холецистит ҳар-хил турлари клиникаси ва ташхиси; ноинвазив ва инвазив текширув усуллари (ультрасонография, ретроград панкреатохолангио-графия, тери-жигар орқали холангиография) ЎТК аниқлашдаги аҳамияти; ёши ўтган, қария беморларда ўткир тошли холециститни ўзига хос клиникаси ва хирургик тактикаси; ўткир обтурацион тошли холецистит, истиско, ўт қопи эмпиемасини ўзига хос клиник кечиши; Мириззи синдроми (тошни гепатикохоledохга ёпишиши натижасида, гепатикохоledохни ўт пуфаги билан қўшилиб кетиши) клиникаси, ташхиси ва хирургик даволаш; операцияга кўрсатмалар (анъанавий холецистэктомия, лапароскопик холецистэктомия, литотрипсия – ўт қопи тошларини майдалаш) ва қарши кўрсатмалар

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

12-Амалий машғулот: Хоledохолитиаз ва унинг асоратлари.

Қисқача мазмуни: Хоledохолитиаз ва унинг асоратлари. Клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

13-Амалий машғулот: Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.

Қисқача мазмуни: Ўткир холецистит ва уни асоратлари клиникаси, ташхиси, таққосий ташхиси; диагностикада УТТ ва рентген текширув усулларини аҳамияти; хирургик давони танлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5,7, 11 Қ қўшимча)- 12, 18, 20,25,31,32

14-Амалий машғулот: Жигар хирургик касалликлари. Жигар абсцесси клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташхислаш ва даволаш.

Қисқача мазмуни: Жигарни хирургик касалликларни таснифи; жигар функционал ҳолатини бузилишида (цитоллиз синдроми, холестаза синдроми, жигар хужайрасини етишмовчилиги синдроми, яллиғланиш синдроми) лаборатор текширувлардаги ўзгаришлар, жигар шикастланганлигини билдирувчи биохимик тестларни аҳамияти; жигар пиоген, амёбали абсцесслари клиникаси, ташхиси, клиник кечишини; этиопатогенетик сабабларига кўра даволаш тактикаси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 24,26,31,32,34,35

15-Амалий машғулот: Жигар паразитар касалликлари.

Клиникаси, ташхислаш ва даволаш.

Қисқача мазмуни: Жигарни нопаразитар кисталарини турлари, ташхиси, таққосий ташхисн, клиник кечиши, даволаш тактикаси; хар-хил хирургик оперцияларга кўсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 24,26,31,32,34,35

16-Амалий машғулот: Меъда ости бези касалликлари.

Қисқача мазмуни: Меъда ости бези касалликлари. Ўткир панкреатитнинг клиникаси, ташхиси, таққосий ташхисн, давоси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 35,42,43

17-Амалий машғулот: Сурункали панкреатит.Меъда ости бези кисталари.

Қисқача мазмуни: Ўткир панкреатитнинг турларини клиник кечиши, касалликни ривожланишида "трипсин" ва "липаза" даврларини ахамияти, касалликни патологик жараённи ривожланиши даврига кўра клиник кечишини ўзига хослиги, касаллик ташхисида лаборатор текширувларнинг ахамияти, панкреатитни бошқа ўхшаш касалликлар билан таққосий ташхиси ўтказиш ва даволаш тактикаси.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,9 Қ қўшимча)- 35,42,43

18-Амалий машғулот: Ўғон ичак касалликлари

Қисқача мазмуни: Ўғон ичак касалликларида беморни текширув усуллари (тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ирригография, ректороманоскопия ва колоноскопия) ахамияти; консерватив ва оператив даволаш усуллари; ўғон ичакни асоратланган касалликларида даволаш тактикаси; операция хажми ва хусусияти.

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,8,9 Қ қўшимча)- 20,42,43

19-Амалий машғулот: Ўғон ичак касалликлари.Гиршпрунг ва

Крон касалликлари.

Қисқача мазмуни: Носпецифик ярали колит, Гиршпрунг ва Крон касалликларининг клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси, асоратларн;

Адабиётлар: А (асосий)-1,2,3,5,7,8,9 Қ қўшимча)- 20,42,43

20-Амалий машғулот: Тўғри ичак касалликлари

Қисқача мазмуни: Тўғри ичак касалликларини клиникаси, ташхиси ва таққосий ташхиси; жигар циррозида, кичик чанок аъзолари саратони ва бошқа касалликларда бавосил тугунчаларини иккиламчи кенгайиши сабаблари; тўғри ичак тушишидаги хар-хил босқичларга ташхис ўтказиш; парапроктитларни турларини ва даволаш тактикаси; операция усуллари.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,5, Қ қўшимча)- 23,25,43

21-Амалий машғулот: Ўткир ичак тутилиши.

Қисқача мазмуни: Механик ичак тутилишини хар-хил турларини клиникаси, ташхиси; обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишини ўзига хос клиник кечиши; сув-электролит баланси ва кислота-ишқор мувозанати бузилишини ахамияти; клиник кечиши ўхшаш бошқа касалликлар билан таққосий ташхис ўтказиш; хар-хил механик ичак тутилишида консерватив ва хирургик даволаш тактикаси; операциядан олдин беморни тайёрлаш ва операциядан кейинги даврни олиб бориш; ичакни резекциясига кўрсатмалар.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,4,5,7 Қ қўшимча)- 40,41,42,43

22-Амалий машғулот: Ўткир перитонит. Ўткир перитонит.

Қисқача мазмуни: Перитонитни этиологияси, тарқалиши, сабаби ва босқичига нисбатан клиник кечиши ва ташхиси; хар-хил текширув усуллари асосида барвақт ташхис қўйиш, таққосий ташхис ўтказиш; операцияга кўрсатмалар, операцияга тайёрлаш, ва даволаш; қорин бўшлиғини найчалашга кўрсатмалар; операциядан кейин ривожланиши мумкин бўлган паралитик ичак тутилиши билан курашиш (ичакни бўшатиш ва операциядан кейинги даврда беморни эрта озиклантириш мақсадида назоинтестинал ва трансанал интубация ўтказиш) ахамияти, перитониал ва ичак лаважи, абдоминал диализ ўтказиш; операциядан кейинги даврни олиб бориш (гемодинамик ва гомеостаз бузилишлари, интоксикация билан курашиш); перитонитни даволашда антибиотикларни ахамияти.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,4,5,7,9,11 Қ қўшимча)- 13,18,39

23-Амалий машғулот: Ичак оқмалари.

Қисқача мазмуни: Ичак оқмалари хирургия фанида юқори муаммолилиги, олдини олиш усуллари, бўлиши мумкин бўлган асоратлар, диагностика усуллари. Бундан ташқари ичак оқмалари этиологияси, тарқалиши, диагностикаси, дифференциал диагностикаси, операцияга кўрсатмалар ва операцияга тайёрлаш.

Адабиётлар: А (асосий)-1,3,4,5,11 Қ қўшимча)- 13,,39

6. Лаборатория машғулотлари

6.1. Лаборатория машғулотлари мавзуларининг режаси

Мавзу	Лаборатория машғулотларининг мавзуси	соат
Т.р		

1.	Ушбу фан бўйича лаборатория машғулоти режалаштирилмаган	
2.		

7. Мустақил таълимни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;

тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;

автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;

махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;

Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;

талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;

фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулоти;

масофавий (дистанцион) таълим.

7.1. Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

№	ТМИ мавзулари	Соат
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.	5

2	Операциядан кейинги давр ва хирургик беморларни реабилитация усуллари.	5
3	Ички чурралар.	5
4	Қорин мушаклари дистазаси.	5
5	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одам-ларда кечишнинг ўзига хослиги.	5
6	Пти учбурчаги ва оралик чурралари.	5
7	Болаларда, қарияларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.	5
8	Аппендицит атипик кечиши. Хомиладор-ларда аппендицит	5
9	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар	5
10	Яра олди касаллик-лари, ташхислаш ва даволаш.	5
11	Полип ва полипозлар.	5
12	Эндемик ва спорадик буқоқ.	5
13	Ўт пуфаги дискинезияси.	5
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.	5
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)	5
16	Ошқозон ости беги киста ва оқмалари.	6
17	Йўгон ичак ўсмалари.	6
18	Крон касаллиги, клиникаси, қиёсий ташхислаш ва даволаш	6
19	Тўғри ичак ўсмалари.	6
20	Кавшар касаллиги.	6
21	Битишмали ўткир ичак тутилиши.	6
22	Гинекологик перитонитлар.	6
23	Ички ичак оқмалари, оператив даволаш усуллари.	6
	Ж а м и :	122

8. Амалий кўникмалар рўйхати

(Клиник фанлар учун)

Меъдани зондлаш.

Сифон хўкна қилиш.

3. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш

4. «Йўтал тўрткиси» белгисини аниқлаш

5. Чов сохасидаги томирлар пульсациясини аниқлаш

6. Щеткин Блюмберг сипмтомини аниқлаш

7. Уткир аппендицит сипмтомларини аниқлаш.

8. Уткир холецистит сипмтомларини аниқлаш.

9. Сийдик қопага катетер қўйиш.

10. Боғламни алмаштириш ва операциядан кейинги даврда беморлар парвариши.

11. Қорин бўлиги лаважини ўтказиш.

12. Қалқонсимон беги пальпацияси.
13. Ўткир панкреатитда - Керте сипмтомини аниқлаш.
14. Ўткир панкреатитда - Мейо-Робсона сипмтомини аниқлаш.
15. Ўткир ичак тутилишида Склярв белгисини аниқлаш.
16. Ўткир ичак тутилишида Кивул белгисини аниқлаш.

9. Фан бўйича билимлар, малака ва кўникмаларнинг рейтинг назорати ва баҳолаш мезонлари

Талабанинг тайёргарлик даражасини белгилашда асосий мезон сифатида унинг жорий, оралик, якуний назоратларда олган баҳолар рейтингини ҳисобга олинади.

Фан учун қўйиладиган 100 балл қуйидаги шаклда тақсимланади:

№	Назорат тури	Максимал балл	Коэффициенти	Ўтиш балл
1.	Жорий назорат ТМИ билан биргаликда	50	0,5	27,5
2.	Оралик назорат	20	0,2	11,0
3.	Якуний назорат	30	0,3	16,5
	ЖАМИ	100	1	55,0

10. Адабиётлар

Дарсликлар, қўлланмаларнинг рўйхати

1. Асосий

Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005

Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995

Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина., 2002

Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.

Хирургические болезни Под ред.В.С. Савельева, А.И. Кириенко, Москва, 2006г

Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990

Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998

- Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва 2000
- Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М. Медицина 1959-1966
- Кўшимча адабиёт
- Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. М., 1969.
- Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент, издательство ТашГосМи, 1983.
- Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент, М., 1978.
- Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Ташкент, М., 1977.
- Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
- Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
- Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
- Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тошкент, М., 1993.
- Войленко В.И., Мендолян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М., 1965. Г
- Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., 1969.
- Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.
- Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.
- Дульцев Ю.В., Соломов Г. Паранекрозит. М., 1981.
- Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград, М., 1988.
- Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
- Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
- Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.
- Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
- Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
- Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М., 1990.
- Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.

- Оперативная хирургия (под редакцией Литмана , Будапешт, 1981).
- Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.
- Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастроэктэмии. М., Медицина, 1973.
- Панцырев Ю.М., Гпллингср Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно- кишечного тракта М., Медицина, 1981.
- Патофизиология хирургических заболеваний (под редакцией Я.Одацко., Варшава, 1967). -
- Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., Медицина, 1988.
- Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
- Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
- Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости. М., 1976.
- Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
- Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
- Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва, М., 1986.
- Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва, М., 1987.
- Тоскин К.Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. Москва, Медицина, 1990.
- Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М., Медицина, 1971.
- Шалимов А.А. Острый перитонит. М., 1981.
- Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975.
- Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.
- Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.
- Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.
- Интернет сайтлари

5. Рейтинг низоми

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС

ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ

ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ “ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ

ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-

РЕАНИМАТОЛОГИЯ” КАФЕДРАСИ

« ТАСДИҚЛАЙМАН»

«КЕЛИШИЛГАН»

ЎҚУВ ИШЛАРИ ПРОРЕКТОРИ,
С.Ш.ОЛИМОВ.

« ____ » _____ 2015 йил.

ЎҚУВ БЎЛИМИ БОШЛИҒИ: ДОЦ.: _____
К.Я.БАХРАНОВА.

« ____ » _____ 2015 йил.

ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ВА ОХИ ФАКУЛЬТЕТЛАРИ ТАЛАБАЛАР ИНИНГ ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ, ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ,

ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР ВА ШОШИЛИНЧ

ҲОЛАТЛАР, ХИРУРГИЯ ВА ХДХ ФАНЛАРИДАН

БИЛИМИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ

ВА БАҲОЛАШНИНГ РЕЙТИНГ

ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА

Н И З О М

Бухоро- 2015 .

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ “ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ

ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ”

КАФЕДРАСИ ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ ТАЛАБАЛАРИНИНГ
ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ,

УРОЛОГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ, ФАВҚУЛОТДА

ВАЗИЯТЛАР ВА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР, ХИРУРГИЯ ВА ХДХ, ИЛМИЙ ТЕКШИРИШ АСОСЛАРИ
ФАНЛАРИДАН БИЛИМИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ

ВА БАҲОЛАШНИНГ РЕЙТИНГ ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА

Н И З О М

Ушбу Низом Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил 07 август № 276-сонли “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низомни амалиётга жорий этиш ҳақида”ги буйруғи билан тасдиқланган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида “Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом” ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333 – сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлигида 2010 йил 26 августда 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и ва “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1981-2-сон, 13.12.2013 йил), “Олий таълим 146

тўғрисидаги низомга қўшимча киритиш ҳақида”ги (Давлат рўйхати 1222-2 –сон, 13.12.2013й) бўйруқлари ҳамда Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида Низом”и асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида “Факультет хирургия” фани бўйича талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашда асосий меъёрий ҳужжат бўлиб ҳисобланади.

I. Умумий қоидалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг Госпитал хирургия фаннини ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим стандартларига мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим стандартларига асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишончлилик ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) Госпитал хирургия фанининг талабалар томонидан тизимли тарзда ва бел-гиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

е) талабаларнинг фан бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ж) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Факультет хирургия Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 4-курси, Госпитал хирургия Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 5-курси, Урология фани Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 4-курси, Урология фани Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 6-курси, Анестезиология-реани-матология фани Даволаш ва Тиббий Педагогика факультети 5-курси, Фавқулотда вазиятлар ва шошилиш ҳолатлар фани ОХИ факультети 3-курси, Хирургия ва ХДХ фани ОХИ факультети 2-курси, Илмий текшириш асослари фани ОХИ факультети 3-курси бўйича талабалар билимини цикл давомида баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинади ва тасдиқланади ҳамда фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилади.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назорат-га ажратилган максимал балл, шунингдек жорий назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

Жорий назорат – талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули. Жорий назорат фаннинг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, амалий машғулотида оғзаки сўров, тест ўтказиш, суҳбат, назорат иши, уй вазифаларини текшириш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин;

Талабанинг мустақил иши ўқув режасида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари ни ўзлаштириш учун белгиланган ўқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

Оралик назорат – Факультет хирургия фанидан Даволаш ва Тиббий Педагогика талабаларига цикл давомида талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ҳамда баҳолаш учун ёзма шаклда 2 марта ўқув фанига ажратилган умумий соатлар ҳажмидан келиб чиққан ҳолда кафедра мудирини, доценти ва фан ўқитувчилари иштирокида ўтказилади. Госпитал хирургия фанидан ушбу назорат тури 2 марта оғзаки шаклда, Хирургия ва ХДЖ фанидан ушбу назорат тури 1 марта оғзаки шаклда ўтказилади.

Урология фанидан аудитория соатлари 72 соат, Анестезиология-реаниматология фанидан аудитория соатлари 80 соат, ОХИ факультети Илмий текшириш асослари фанидан аудитория соатлари 56 соат бўлгани ҳолда Оралик назорат ўтказилмайди

Якуний назорат – цикл якунида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули. Якуний назорат асосан

таянч тушунча ва ибораларга асосланган “Тест синови” ва ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синув) шаклида ўтказилади.

“61. Назорат турларини ўтказишда ҳолисликни таъминлаш мақсадида талабалар тўғрисидаги маълумотлар уларнинг назорат ишларига олий таълим муассасаси томонидан идентификация коди бериш орқали шифрланиши мумкин”

7. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими ёки ўқув-услубий бошқарма раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида якуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, якуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда якуний назорат қайта ўтказилади.

8. Ўқув йили тугаганидан кейин рейтинг назорати натижаларига кўра талабаларни кейинги курсга ўтказиш тўғрисида белгиланган тартибда қарор қабул қилинади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология,

Фавкулотда вазиятлар ва шошилинч ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. Факультет ва Госпитал хирургия, фанлари бўйича талабаларнинг цикл даво-мидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда бутун сонлар билан баҳоланади.

Факультет хирургия фани бўйича аудитория соатлари 278 соат, Госпитал хирургия фани бўйича 190 соат бўлиб бунда 2 марта оралик назорат ўқизилади, Фавкулотда вазиятлар ва шошилинч ҳолатлар (ОХИ факультети) фани бўйича 142 соат бўлиб, Хирургия ва ХДХ (ОХИ факультети) фани бўйича 228 соат бўлиб бунда Оралик назорат 1 марта ўтказилади ва 100 баллик назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.

жорий баҳолаш - 45 балл; оралик назорат – 20 балл

мустақил иш - 5 балл; якуний баҳолаш – 30 балл

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	Оралик баҳолаш	20	11,0	0,2
3.	ТМИ	5	2.75	0,05
4	Якуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	ЖАМИ	100	55,0	1

Урология фанидан аудитория соатлари 72 соат, Анестезиология-реаниматология фанидан аудитория соатлари 80 соат, ОХИ факультети Илмий текшириш асослари фанидан аудитория соатлари 56 соат бўлгани ҳолда Оралик назорат ўтказилмайди. ва ушбу 100 баллик назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади.

жорий баҳолаш - 45 балл; мустақил иш - 5 балл; якуний баҳолаш – 50 балл

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2.75	0,05
3.	Якуний баҳолаш	30	27,5	0,5
.	ЖАМИ	100	55	1

12. Талабанинг рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига алоҳида қайд қилинадиган малакавий амалиёт, Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилинч ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари (фанлараро)

бўйича якуний давлат аттестацияси, магистратура талабаларининг илмий-тадқиқот ва илмий-педагогик ишлари, магистрлик диссертацияси бўйича ўзлаштириш даражаси – 100 баллик тизимда баҳоланади.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИ

Талабанинг Факультет хирургия фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби
(4-курс)

ЖБ (22 та дарс) к=0,45	Кундалик баллар (61+71+75+ 80+ 70+70+ 73= 1584) : 22 =72 x 0,45 = 32,4 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 80+74=154: 2= 77 x 0.05=3,8 балл
ОБ к=0,2	76 балл +80 балл= 156 балл =156:2=78 x 0,2 = 15,6 балл
ЯБ к=0,3	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =76+74=150:2=75 балл =75 x 0,3 = 22,5 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 32,4 + 3,8 + 15,6 +22,5 =74,3 балл (яхши)

Факультет хирургия фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни
расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Бахо Бахо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
1	Факультет хирургия	278 (120+36+ 122)	100	74,3	Яхши	Проф. Р.М.Ахмедов.	12.01.2014	

ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ ФАНИ

Талабанинг Госпитал хирургия фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби
(5-курс)

ЖБ (20 та дарс) к=0,45	Кундалик баллар (86+91+85+ 86+ 90+90+ 86 = 1740) : 20 =87 x 0,45 = 39,2 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 90+84=174: 2= 87 x 0.05=4,5 балл
ОБ к=0,2	86 балл +90 балл= 176 балл =176:2=88 x 0,2 = 17,6 балл
ЯБ к=0,3	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =88+84=172:2=86 балл =86 x 0,3 = 25,8 балл
Умумий бахо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий бахо = 39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 =87,1 балл (аъло)

Госпитал хирургия фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни

расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Бахо Бахо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Госпиталхир ургия	190 (108+36+46)	100	87,1	Аъло	Проф. Р.М.Ахмедов.	12.01.2014	

УРОЛОГИЯ ФАНИ

Талабанинг Урология фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (4-курс)

ЖБ (8 та дарс) к=0,45	Кундалик баллар (86+88+85+ 86+90+90+86 +84= 695) : 8 =86,9 x 0,45 = 39,1 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 86+84=170: 2= 85 x 0.05=4,25 балл
ЯБ к=0,5	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =88+84=172:2=86 балл =86 x 0,5 = 43 балл
Умумий бахо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий бахо = 39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 = 86,4 балл (аъло)

Урология фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни

расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Бахо Бахо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Урология	84 (52+8+24)	100	86,4	Аъло	Доц. Гафаров Ш.С.	12.01.2014	

Талабанинг Урология фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (6-курс)

ЖБ (6 та дарс) к=0,45	Кундалик баллар (76+81+85+82+ 84+80= 488) : 6 =81,3 x 0,45 = 36,6 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 80+84=164: 2= 82 x 0.05=4,1 балл
ЯБ к=0,5	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =80+78=158:2=79 балл =79 x 0,5 = 39,5 балл
Умумий бахо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий бахо = 39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 =80,2 балл (яхши)

Урология фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни

расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган	Мак-си-	Ўзлаш тириш	Бахо	Ўқитувчини фамилияси,	Сана	Им-зо
---	----------	------------------	---------	-------------	------	-----------------------	------	-------

		соат	мал балл		Баҳо	исми, шарифи		
1	Урология	60 (36+4+20)	100	80,2	Яхши	Доц. Гафаров Ш.С.	12.01.2014	

Хирургия ва ХДХ фани

Талабанинг Хирургия ва ХДХ фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (4-курс)

ЖБ (20 та дарс) к=0,45	Кундалик баллар (61+71+75+ 80+ 70+70+ 73= 1482) : 20 =74,1 x 0,45 = 33,3 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 80+74=154: 2= 77 x 0.05=3,8 балл
ОБ к=0,2	78 x 0,2 = 15,6 балл
ЯБ к=0,3	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =76+74=150:2=75 балл =75 x 0,3 = 22,5 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 32,4 + 3,8 + 15,6 +22,5 =75,2 балл (яхши)

Хирургия ва ХДХ фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни

расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
1	Хирургия	228	100	75,2	Яхши	Проф.	12.01.2014	

	ва ХДХ					Р.М.Ахмедов.		
--	--------	--	--	--	--	--------------	--	--

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ВА РЕАНИМАТОЛОГИЯ ФАНИ

Талабанинг Анестезиология ва реаниматология фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (5-курс)

ЖБ (6 та дарс) к=0.45	Кундалик баллар (86+88+85+ 86+90+90+= 525) : 6 =86,9 x 0,45 = 39,1 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл 86+84=170: 2= 85 x 0.05=4,25 балл
ЯБ к=0,5	Тест 0,15 + OSCE-0,15 =88+84=172:2=86 балл =86 x 0,5 = 43 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 39,2 + 4,5 + 17,6 +25,8 = 86,4 балл (аъло)

Анестезиология ва реаниматология фани бўйича «Рейтинг дафтарчаси»ни расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Мак-си-мал балл	Ўзлаш тириш	Баҳо Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Анестезиология ва реаниматология	80 (34+6+40)	100	86	Аъло	Доц. Эшонов О.Ш.	12.01.2014	

ФАВҚУЛОТДА ВАЗИЯТЛАР ВА ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР ФАНИ

Талабанинг ОХИ факультети Фавқулотда вазиятлар ва шошилинч ҳолатлар фани бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби (ОХИ 3-курс)

ЖБ (16 та дарс) к=0,45	Кундалик баллар $(76+81+85+82+84+80=1301) : 16 = 81,3 \times 0,45 = 36,6$ балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл $80+84=164 : 2 = 82 \times 0,05 = 4,1$ балл
ОБ к=0,2	76 балл + 80 балл = 156 балл $= 156 : 2 = 78 \times 0,2 = 15,6$ балл
ЯБ к=0,3	Тест $0,15 + OSCE-0,15 = 80+78=158 : 2 = 79$ балл $= 79 \times 0,3 = 23,7$ балл
Умумий баҳо	УБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = $36,6 + 4,5 + 15,6 + 23,7 = 80,4$ балл (яхши)

Фавқулотда вазиятлар ва шошилинч ҳолатлар фани бўйича

«Рейтинг дафтарчаси»ни расмийлаштириш тартиби

№	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Максимум балл	Ўзлаштириш	Баҳо	Ўқитувчини фамилияси, исми, шарифи	Сана	Им-зо
1	Фавқулотда вазиятлар ва шошилинч	142 (77+18+47)	100	80	Яхши	Доц. Эшонов О.Ш.	12.01.2014	

	ҳолатлар							
--	----------	--	--	--	--	--	--	--

7. Бирор баҳолаш турини (ЖБ, ОБ) ўзлаштира олмаган талабага қайта ўзлаштириши учун мухлат ЯБгача белгиланади.

8. ЖБ ва ОБнинг ҳар бир босқичи умумий баллининг, саралаш балини тўплаган талабага ЯБда иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

9. Цикл якунида Госпитал хирургия фани бўйича саралаш баллдан кам, яъни 55 балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши қоникарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

10. Госпитал хирургия фанидан мукофот бали тариқасида талабанинг фаоллиги, ўқув-меҳнат интизоми, мустақил иш бажаришда ижобий ёндаша олиши, ТИЖ га қатнашиши умумий (144 балл) балдан 5% (7,2 балл) гача рейтинг бали даражасида ажратилади.

11. Академик қарздор талабаларга, семестр тугаганидан кейин декан рухсатномаси асосида, қайта ўзлаштириши учун икки ҳафта мухлат берилади. Шу муддат давомида ўзлаштира олмаган талаба белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади

Талабалар ЯБ натижалари бўйича апелляция комиссиясига мурожаат этишлари мумкин. Апелляция комиссияси уч аъзодан кам бўлмаган тартибда ректор буйруғи билан ташкил этилади. Талабалар апелляция комиссиясига Госпитал хирургия фани бўйича ЯБ натижалари эълон қилинган вақтидан бошлаб бир кун давомида ариза билан мурожат қилишлари мумкин. Апелляция комиссияси талабанинг аризасини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида қайтадан ЯБ ўтказиб, ҳулосасини билдиради.

Рейтинг натижаларини қайд қилиш тартиби:

11. Талаба Госпитал хирургия фани бўйича баҳолаш турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг «Ўқув режасида ажратилган соат» устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, «фандан олинган баҳо» устунига эса, талабани мазкур Низомнинг 7-бандига мувофиқ 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг ўзлаштириши саралаш балидан паст бўлган кўрсаткич рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

12 Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ, Илмий текшириш асослари фанларидан бўйича ўтказиладиган ЖБ, ОБ ва ЯБ натижалари кафедра томонидан рейтинг экранида мунтазам равишда ёритиб борилади ва бу вазифа кафедранинг уқув ишлари буйича ассистенти масъул ҳисобланади.

13. Талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;

билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ, Илмий текшириш асослари фанларидан жорий назорат бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилиб, кафедра мудири томонидан тасдиқланади ва талабаларга эълон қилинади.

15. Намунавий мезонларга мувофиқ Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича таянч олий таълим муассаси (ГТА) томонидан якуний назорат учун баҳолаш мезонлари ишлаб чиқилиб, институт Илмий-услубий кенгаши томонидан тасдиқланади ва турдош олий таълим муассасаларига етказилади.

16. Талабаларнинг ўқув Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича мустақил

иши жорий ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича цикл давомидаги рейтинг куйидагича аниқланади:

$$Rf = \frac{V \bullet O'}{100} \quad \text{бу ерда :}$$

V– цикл давомида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология,

Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия

ва ХДХ фанларига ажратилган умумий ўқув юкламаси (соатларда);

O' Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича жорий ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади ва бунда жорий назоратларнинг ҳар бирига ажратилган балнинг 55 ва ундан юқори фоизидан ортик балл тўплаган барча талабалар ушбу фан бўйича якуний назоратга киритилади.

19. Талабанинг цикл давомида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

20. Якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат ёки факультет тузилмаси бўлмаган олий таълим муассасаларида ўқув бўлими (ўқув-услубий бошқарма) томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат циклнинг охириги кунда ўтказилади.

21. Жорий назоратда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача, сўнги жорий назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши ёки ўқув ишлари бўйича проректорнинг рухсатномаси асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

22. Цикл якунида Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича жорий, якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талаба академик қарздор ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга цикл тугаганидан кейин қайта ўзлаштириш учун бир ой муддат берилади. Шу муддат давомида фанни ўзлаштира олмаган талаба факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет декани ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет декани тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида хулосасини билдиради.

Институтда талабанинг цикл давомида жорий назорат бўйича тўплаган баллари ушбу назорат турлари умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса ёки якуний назорат бўйича тўплаган бали ушбу назорат тури умумий балининг 55 фоизидан кам бўлса, у академик қарздор ҳисобланади

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудири, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

25. Талабанинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича назорат турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчаси ёки талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига цикл учун Факультет хирургия фанига ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштириши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва шу куннинг ўзида (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.

27. Якуний назорат натижаларига кўра фан ўқитувчиси талабаларнинг Факультет хирургия фани бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдирди.

28. Талабанинг рейтингини унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди. Талабанинг семестр бўйича умумий рейтингини Факультет хирургия фанидан тўпланган рейтинг баллари йиғиндисидан оқибатда аниқланади.

29. Талабалар рейтингини ҳисобга олиш электрон тизимига ва рейтинг қайдномасига талабаларнинг Госпитал хирургия, Факультет хирургия, Урология, Анестезиология-реаниматология, Фавкулотда вазиятлар ва шошилич ҳолатлар, хирургия ва ХДХ фанлари бўйича рейтингини қайд этилади.

30. Талабаларнинг назорат турлари бўйича эришган натижалари кафедралар, деканатлар ва ўқув – услубий бўлинмаларида компьютер хотирасига киритилиб, мунтазам равишда таҳлил қилиб борилади.

31. Жорий ва якуний назорат натижалари кафедра йиғилишлари, факультет ва институт Илмий кенгашларида мунтазам равишда муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.

VI. Якуний қоидалар

32. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тест баҳолари ва рейтинг балларининг холислигини текширишни ташкил этади ва назорат қилади.

33. Ушбу Низомда белгиланган масалалар бўйича келиб чиққан низолар қонун ҳужжатлари асосида ҳал қилинади.

Кафедра йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқланган, Баённома № 1

28 август 2015 йил.

“Факультет ва госпитал хирургия, урология,

анестезиология-реаниматология” кафедраси

муdiri, т.ф.д., профессор:

Р.М.Ахмедов.

6. Мустақил иш низоми

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАЦИЯ, УРОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўқув ишлари бўйича проректор

доцент Олимов С.Ш. _____

« ____ » _____ 2015 г

КАФЕДРАДА ТАЛАБАЛАР МУСТАҚИЛ
ИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ ВА
ЎТКАЗИШ БЎЙИЧА
НИЗОМ

Бухоро - 2015

Тузувчилар: кафедра мудири, профессор Ахмедов Р.М.

Бухоро Давлат тиббиёт институти Даволаш ва Тиббий педагогика факултетлари 4- курс талабалари учун Факултет хирургия фани бўйича талабаларнинг мустақил ишини ташкиллаштириш ва унинг назорати тўғрисидаги Низом ЎзР ОЎМТВнинг бакалавриатура талабаларининг мустақил ишини ташкил этиш, татбиқ этиш ва баҳолаш тўғрисидаги Низом, ҳамда Бухоро Давлат тиббиёт институти нинг талабалар мустақил иши тўғрисидаги намунавий низом асосида тузилган.

Талабанинг мустақил иши (ТМИ) фан бўйича умумий юклама таркибида режалаштирилган (1-жадвал).

1-жадвал.

Ўқув юкламаси

№	Фаннинг номи	Умумий соат	Ўқув юклама амалий машғулот ва маъруза	ТМИ (соат)	Ўқув семестри
1	Факултет хирургия	278	156 (120+36)	122	7-8

Кафедра томонидан ишлаб чиқилган ТМИ Низомида талабанинг индивидуал сифатлари ҳисобга олинган ҳолда назоратни режалаштириш кўзда тутилган.

ТМИнинг асосий мақсади: талабани келажакдаги касбий фаолиятида зарур бўладиган мустақил фаолият юритишга ўргатиш. ТМИ машғулотдан бўш бўлган вақтда бажарилади. Назорат гуруҳ ўқитувчиси томонидан амалга оширилади.

Талаба мустақил иши хақида ахборот

Факултет хирургия фани бўйича мустақил иш топшириқлари курслар ўқув ишларига маъсул профессор ва доцентлар томонидан ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи билан биргаликда тузилган ва кафедра мудирини томонидан тасдиқланган. Талабага берилган топшириқда мустақил ишни бажариш бўйича дастлабки кўрсатма ва тавсиялар қайд этилган.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаъи сифатида дарслик ва ўқув кўлланмалар, методик кўлланма ва кўрсатмалар маълумотлар тўплами, илмий ва оммавий даврий нашрлар, интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

Институт раҳбарияти томонидан талабаларга мустақил ишларни ўз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва интернет тармоғидан самарали фойдаланиш учун шарт-шароитлар яратиб берилган.

Юқорида келтирилганларга асосланиб талабанинг мустақил ишлаши учун кафедрада қўйидаги шакллар тавсия этилади:

1. Мавзуга мос ўқув стендини тузиш, ўлчами 1x2 м, 1,5x2 м (2-3 талаба биргаликда);
2. ТМИ мавзуси бўйича реферат тайёрлаш (10-15 варақли);
3. ТМИ мавзуси бўйича доклад тайёрлаш (15-20 мин.) матни топширилиши шarti билан;
4. ТМИ мавзуси бўйича презентацияни ташкил қилиш, ўтказиш ҳисоботи ёки рефератини топшириш шarti билан;
5. Замонавий клиник-диагностик текшириш усуллари, жаррохликда қўлланиладиган янги техника ва асбоблар, илмий хажмли технологиялар тўғрисида маълумот бериш;
6. Тарқатма материалларни ишлаб чиқиш ва расмийлаштирилган ҳолда топшириш (жадваллар, схемалар, расмлар, графиклар, органайзерлар);

7. ТМИ мавзуси бўйича тестларни ишлаб чиқиш (битта мавзу учун камида 20 та тест);
8. ТМИ мавзуси бўйича интерактив ўйинлар сценарийсини тузиш ва ўтказиб бериш;
9. Машгулот мавзуси бўйича кроссворд, сканвордлар, чайнвордлар, ребуслар ишлаб чиқиш;
10. Илмий адабиёт билан иш олиб бориш (журнал мақолалари, монографиялар бўйича рефератлар ва хисоботлар тузиш) (камида 10 варақ).

Кафедрада ТМИни режалаштириш

1. Даволаш ва Тиббий педагогика факультетларининг 4-курс талабалари учун Факултет хирургия фанидан цикл давомида 2 та ТМИ тугри келади.
2. Цикл бошида талабага ТМИнинг мақсади, ўтказилиш тартиби ва баҳолаш мезонлари, режалаштирилган иш шакллари, мавзулар ҳақида тўлиқ ахборот берилади. Талабага мавзунини танлаш ҳуқуқи берилган. ТМИ режалаштиришда ўқитувчи томонидан талабанинг академик ўзлаштириши, қобилияти ва имкониятлари инобатга олинади. Талаба фақат битта ТМИга эмас балки барча мустақил ишларга ҳар қуни тайёр бўлиб келиши керак.
3. Талабанинг ТМИ бажарилиши учун олган баҳоси ЖН баллига киритилади. Агар талаба белгиланган вақтда ТМИни топширмаса шу кун учун ЖНдан паст баҳо олади. Лекин цикл давомида ўзининг танлаган мавзуси бўйича ТМИни топшириши шарт.
4. Кафедрада талабаларнинг мустақил иши 2 йил давомида сақланади.

4-курс талабалари учун Факултет хирургия фанидан

мустақил иш тематик режаси

№	ТМИ мавзулари	Соат
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.	5
2	Операциядан кейинги давр ва хирургик беморларни реабилитация усуллари.	5
3	Ички чурралар.	5
4	Қорин мушаклари дистазаси.	5
5	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одам-ларда кечишнинг ўзига хослиги.	5
6	Пти учбурчаги ва оралик чурралари.	5
7	Болаларда, қарияларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.	5
8	Аппендицит атипик кечиши. Хомиладор-ларда аппендицит	5
9	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар	5
10	Яра олди касаллик-лари, ташхислаш ва даволаш.	5

11	Полип ва полипозлар.	5
12	Эндемик ва спорадик букоқ.	5
13	Ўт пуфаги дискинезияси.	5
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.	5
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)	5
16	Ошқозон ости беги киста ва оқмалари.	6
17	Йўгон ичак ўсмалари.	6
18	Крон касаллиги, клиникаси, қиёсий ташхислаш ва даволаш	6
19	Тўгри ичак ўсмалари.	6
20	Кавшар касаллиги.	6
21	Битишмали ўткир ичак тутилиши.	6
22	Гинекологик перитонитлар.	6
23	Ички ичак оқмалари, оператив даволаш усуллари.	6
	Ж а м и :	122

ТМИ ни баҳолаш мезонлари.

Баҳолаш даражаси	Рейтинг балли	Талабанинг билим даражаси
Аъло 86-100%	96-100	Мустақил иш юқори сифатда презентация шаклида тайёрланган, дастур талабларидан юқори даражада. Мавзуни тайёрлашда янги маълумотлардан кенг фойдаланилган. Талаба инглиз тилида маъруза қилади, янги педагогик технологиялардан фойдаланади. Ишнинг ҳимоясида талаба барча саволларга аниқ жавоб беради, аудиторияни қизиқтира олади.
	91-95	Мустақил ишнинг юқори сифатдалиги, дастур талабларига тўлиқ жавоб беради. Талаба инглиз тилида маъруза қилади, қўшимча адабиётлардан фойдаланади. Ҳимоя вақтида талаба барча саволларга аниқ жавоб беради.
	86-90	Мустақил иш талаб даражасида, презентация шаклида бажарилган. Ҳимояда қўшимча адабиётлардан кенг фойдаланилган. ТМИ ни талаба иложи борида инглиз тилида маъруза қилади. Саволларга аниқ жавоб беради.
Яхши 71-85,9%	81-85,9	Мустақил иш дастурга мос равишда яхши сифатда тайёрланган. Ҳимояда талаба саволларга аниқ жавоб беради. ТМИ презентация шаклида бажарилган.
	76-80	Мустақил иш дастур талабига мос келади. Талаба унинг ҳолатларини фаол исботлаб беради, мазкур соҳада муаммонинг ютуқлари билан таниш, лекин ТМИ реферат кўринишида

		тайёрланган.
	71-75,9	Мустақил иш сифати қониқарли даражада, Интернетдан янги маълумотлар олинган, лекин ҳимояда саволларга аниқ жавоб йўқ, ТМИ реферат ёки ахборот шаклида тайёрланган.
Қониқарли 55-70,9%	66-70,9	Мустақил иш сифати қониқарли даражада, ҳимояда жавобларда ноаниқликлар мавжуд, мустақил иш оддий шаклда бажарилган, талаба фақат тайёр рефератни ўқиб беради.
	61-65,9	Тақдим этилган мустақил ишда жиддий хатоликларга йўл қўйилган, мавзу кенг ёритилмаган, оддий реферат шаклида тайёрланган. Ҳимояда савол бўйича назарий билимлар сустиги аниқланади.
	55-60,9	Мустақил иш паст даражада, Интернет тармоғидан тайёр реферат кўчириб олинган. Ҳимояда талабанинг мазкур билим доирасида сустиги аниқланган.
Қониқарсиз 30-54	55% дан кам	Мустақил иш сифатсиз, катта камчиликларга йўл қўйилган, саволнинг назарий қисмини ёритмайди. Ҳимояда талабанинг назарий билимлари қониқарсиз. Мустақил иш ҳисобга олинмайди.

03.12.2015 й.

7. Маъруза машғулоти, услубий ишланмалари ва кўрсатмалари:

7.1 Маъруза мавзуси № 1 , 2....

7.2 Таълим бериш технологиясининг модели

7.3. Маърузанинг технологик картаси

7.4 Маъруза баёни ва услубий кўрсатмалар

Маъруза машғулотларининг тематик режаси

111 11 №	Маъруза мавзулари	Соат
1	Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.	2 соат
2	Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.	2 соат
3	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).	2 соат
4	Ўтқир аппендицит.	2 соат
5	Ўтқир аппендицитнинг асоратлари.	2 соат
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.	2 соат
7.	Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).	2соат
8.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).	2соат
9.	Қалқонсимон без касалликлари.	2соат
10.	Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.	2 соат
11	Ўтқир холецистит ва унинг асоратлари.	2соат
12	Жигар хирургик касалликлари.	2 соат
13	Ўтқир ва сурункали панкреатитлар	2 соат
14	Йўғон ичак касалликлари.	2 соат
15	Тўғри ичак касалликлари.	2 соат
16	Ўтқир ичак тугилиши.	2 соат
17	Ўтқир перитонит.	2 соат

18	Ичак оқмалари.	2 соат
	Ж а м и:	36 соат

МАЪРУЗА МАШҒУЛОТЛАРИНИНГ ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

1-Маъруза мавзуси : “МУҚАДДИМА. ҚОРИН ДЕВОРИ
ЧУРРАЛАРИ. ЧОВ ЧУРРАЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	<p>Тарихий манбалар</p> <p>1. Факультет хирургия фани, унинг вазифалари, бошқа фанлар орасида тутган урни.</p> <p>2. Факультет хирургия фанининг тарихи ва Ўзбекистонда унинг ривожи.</p> <p>3. Ташқи қорин чуралари келиб чиқиш сабаблари, этиопатогенези, клиник кўринишлари, ташхислаш усуллари.</p> <p>4. Чов чурралари ташхислаш, даволаш, пластика усуллари.</p>
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар

Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“Мукаддима. Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.

Маъруза машғулотивининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
3- мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза №1

МУКАДДИМА. ҚОРИН ДЕВОРИНИ ЧУРРАЛАРИ. ЧОВ ЧУРРАЛАРИ.

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Факультет хирургия фани, унинг вазифалари, бошка фанлар орасида тутган урни.
2. Факультет хирургия фанининг тарихи ва Ўзбекистонда унинг ривожиди.
3. Ташқи қорин чуралари келиб чиқиш сабаблари, этиопатогенези, клиник кўринишлари, ташхислаш усуллари.
4. Чов чурралари ташхислаш, даволаш, пластика усуллари.

КОРИН ЧУРРАЛАРИ

Анатомик-физиологик маълумотлар

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешик орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Қорин пардаси билан қопланмаган ички органларнинг табиий тешиклар орқали чиқишига тушиш (prolapsus) дейилади.

Қорин чурраларидан фарқли равишда эвентерацияда ички органларнинг периегал қорин пардасисиз шикастланган қорин девори орқали тери остига (тери ости эвентерацияси) ёки ташқарига (ташқи эвентерация) чиқиши содир бўлади.

Қорин чурралари ташқи ва ички бўлади.

Ташқи чурраларда ички органлар қориннинг олдинги деворидаги, чаноқ, бел ёки думба соҳасидаги тешик орқали ташқарига чиқади.

Қориннинг ички чурраси қориндаги ички органларнинг қорин пардаларига ва қорин бўшлиғидаги ичак халталарига (bursa omentalis, foramen Winslow, flexura duodenalis, recessus subcolicis ileocolis, intersigmoidicus), шунингдек диафрагманинг табиий ёки орттирилган тешикларига чиқишидан иборат.

Қориннинг ташқи чурралари — кўп учрайдиган хасталик, чурра билан ҳамма аҳолининг 3-4 фоизи оғрийди. Энг кўп чов чурралари (75%), сўнгра сон (8%), киндик (4%), операциядан кейинги чурралар (14%) кузатилади, чурраларнинг қолган формалари 1 фоизни ташкил қилади. Эрақларда кўпроқ чов чурралари, аёлларда сон ва киндик чурралари бўлади.

Қорин ташқи чурралари классификацияси.

А. Келиб чиқишига кўра:

I. Туғма чурралар.

II. Орттирилган чурралар.

1. Зўриқишдан бўладиган чурралар.

2. Дармонсизликдан бўладиган чурралар.

3. Операциядан кейинги чурралар.

4. Травматик чурралар.

5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: чов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсиқ чурралари, қориннинг ён чурралари, бел, куймич, ёпқич тешик, оралик чурралари.

В. Клиник кечишига кўра:

1. Асоратланмаган (тўғриланадиган) чурралар.

2. Асоратланган чурралар (тўғриланмайдиган, қисилган, копростаз, чурра яллиғланиши).

Г. Ривожланиш босқичлари бўйича:

1. Нотўлиқ (бошланғич, канал, уруғ тизимчаси чурраси).

2. Тўлиқ.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиғи, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х. к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик

операцияда ҳосил бўлган тешиқлар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал чурраларда ёриқ кўринишида ёки катта ўлчамли бўлиши мумкин. Дарвозаларининг ўлчамларига кўра чурра дарвозаси кичик (диаметрда 2 см гача), дарвозаси ўртача (2 дан 4 см гача) ва чурра дарвозаси катта чурралар (4 см дан кўп) фарқ қилинади.

Чурра дарвозаси — қорин пардасининг чурра дарвозалари орқали чиқадиган ички органларни қоплаб турадиган париетал варағидир. Туғма чов чурраларида қорин пардасининг ўсиб етилмаган кин ўсимтаси (processus vaginalis peritonei) чурра қопчаси бўлиб ҳисобланади.

Чурра қопчасида: оғзи, бўйинчаси, танаси ва туби фарқ қилинади. Чурра халтачаси турли ўлчамда ва шаклда бўлиши мумкин.

Халтача қорин бўшлиғи билан туташадиган жой оғзи дейилади. Бўйинчаси — чурра халтачасининг оғзи билан туташадиган энг тор участкадир. Бўйинчада аксарият чурра қисилиши рўй беради.

Асоратланмаган чурраларда халтача девори қорин пардасининг силлиқ юпка варағидан иборат бўлади, унинг юзасида ёғ қатламлари бўлиши эҳтимол. Асоратланган чуррада халтача девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалин тортади, бириктирувчи тўқима ривожланиши ва халтача ичида битишмалар борлиги ҳисобига дағал бўлиб қолади. Чурра қопчаси ички юзаси халтача ичидаги нарса билан ёки деворларининг бир-бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Чурра халтачасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «қум соат» кўринишини олади, унинг деворида кисталар пайдо бўлмайди.

Чурра халтачаси эмбрионал киндик чурраларида бўлмаслиги мумкин, улардаги тушган ички органлар амнион билан қопланган. «Сирпанувчи» чурраларда ҳам халтачаси қисман бўлмайди. Бу қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган орган (кўричак, қовуқ) чиққанда ва қорин пардаси ёрилган сохта травматик чурраларда кузатилади. Н. В. Антелева маълумотларига кўра сирпанувчан чурралар 4,6% ҳолларда учрайди.

Парда чурралари чурра билан бирга чиқадиган ва чурра халтачасини қоплаб оладиган қорин деворининг ҳамма қатламларини ҳосил қилади. Уларга қорин пардаси олдидаги клетчатка, фасция пластинкалари, мускул толалари (масалан, m. cremaster), уруғ тизимчаси элементлари киради.

Чурра халтачасида қорин бўшлиғидаги органлардан ҳар қайсиси бўлиши мумкин. Ички органлардан айримлари қуйидаги тартибда учрайди:

а) ингичка ичак қовузлоғи; б) чарви; в) ичак тутқич билан таъминланган йўғон ичак бўлимлари; г) чувалчангсимон ўсимта ва йўғон ичакнинг ёғ қўшимчалари; д) бачадон найчалари ва тухумдон, баъзан бачадон; е) ичак тутқич; ж) қорин пардаси билан қопланган органлар (сийдик пуфағи, чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими, кўричак); з) қорин пардаси ортида жойлашган органлар (буйрак, сийдик йўли, меъда ости беши, простата беши фиксацияси бузилганда); и) меъда, талок, ўт пуфағи, Меккель дивертикули.

Бўртиб чиқадиган халтача чурра ичидаги орган ва чурра дарвозалари вазияти ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиш амалий жиҳатдан аҳамиятлидир. Халтача қорин деворининг юқорисига кирган, бироқ унинг қатламлари орасига сурилиб улгурмаган бошланғич чурра; канал чурраси ва тери остига ўтган тўлиқ чурра фарқ қилинади.

Баъзан чурра халтачаси айрим мускул ва фасциал қатламлар орасидан оралик ёки интерстициал чурра кўринишида йўл солади, тери остидан эмас, балки мускул ёки апоневроз остидан чиқади.

Қорин чурралари этиологияси ва патогенези. Чурралар маҳаллий ва умумий характердаги сабаблардан ҳосил бўлиши мумкин, мойил қиладиган ва келтириб чиқарадиган турларга бўлинади.

Чурралар ҳосил бўлишининг мойиллик қиладиган сабабларига чурра энг кўп ҳосил бўладиган жойларда қорин девори тузилишининг маҳаллий анатомик хусусиятлари киради. Бу кучсиз жойлар ёки «чурра нукталари» қуйидагилардир: а) чов канали зонаси; б) сондаги овал чуқурча зонаси; в) қорин оқ чизиғи апоневрозининг киндик устидаги ва киндик олдидаги бўлими; г) Спигели чизиғи зонаси; д) Пти учбурчаги зонаси; е) Грюнфельд — Лесгафт тўртбурчаги зонаси; ж) ёпқич тешик зонаси.

Қорин девори тузилишининг анатомик хусусиятлари аёлларда ва эркакларда турли хил чурраларнинг тақсимланишига ҳам таъсир кўрсатади. Сон чурраларининг кўп учраши аёлларда чаноқ халқаси энининг сербарлиги билан боғлиқ. Эркакларда сон чурраларининг кўп учраши уларда чов халқасининг бирмунча кенглиги билан изоҳланади. Эмбрион даврида у орқали тухум ёрғоққа тушади ва уруғ каналчаси (тизимчаси)дан ўтади, шунингдек чов ёриғи тузилишининг ҳам ўзига хос хусусияти (учбурчак) бор. Аёлларда чов оралири ёриксимон шаклга эга.

Умумий мойиллик қиладиган омилларга: ирсият, ёш (умрининг биринчи ёшидаги болаларда кўкрак девори кучсиз, кексаларда қорин девори тўқималари атрофияга учраган бўлади), жинс (аёлларда чаноқ ва сон халқасининг тузилиш хусусиятлари, эркакларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориқлик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги чандиклар, қорин девори нервлари фалажини киритадилар.

Бу умумий омиллар қорин деворининг маҳаллий заифланиб қолишига олиб келади.

Келтириб чиқарадиган омиллар. Бу қорин ичида босимни оширадиган омиллардир, чунончи: оғир жисмоний меҳнат, туғруқнинг қийин ўтиши, жуда оғир юкларни кўтариш ёки оғир нарсани тутиб туриш учун кўп куч сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Чурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган чурра» дейилади.

Қорин девори мускуллари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «ҳолсизликдан пайдо бўладиган чурра» дейилади (масалан, умуртқа поғонаси, орқа мия ва нервлар шикастлангандан кейин тўқималар трофикаси пасайганда, тез ориқлаб кетишда).

Чурралар келиб чиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан мусиқа асбобларини чалгандаги зўриқиш, эмфизема ва ўпка сили, кўкйўталдаги йўталиш, қабзият ва уретра стриктурасидаги, простата бези аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, асцит ва бошқаларни эслатиб ўтиш мумкин.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ холда (туғма ёки орттирилган) ҳар хил бўлади.

Туғма чуррада чурра дарвозалари ва чурра халтачаси аввал шаклланади, сўнгра жисмоний зўриқиш натижасида ички органлар чурра халтачасига киради. Орттирилган чурраларда эса қорин ичидаги босим ошганда ички органлар қорин девори қатламларини суриб, париетал қорин пардасини чўзиб юборади ва чурра халтачаси шаклланади.

ҚОРИН ЧУРРАЛАРИНИ АНИҚЛАШ СИМПТОМЛАРИ.

Симптомлари бўйича асоратланмаган чурралар (тўғриланадиган, жойига солинадиган), хроник асоратланган (тўғриланмайдиган) ва ўткир асоратланган чурраларн фарқ қилиш лозим.

Асоратланмаган ташқи чурралар субъектив турли-туман намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайди. Аксарият беморлар чурра соҳасида жойлашган симиллаган қаттиқ, оғриқдан нолийдилар, оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғич чов чуррасида — моякка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал вазиятда кучаяди. Диспептик шикоятлар: кекириш, жиғилдон қайнаши, кўнгил айнаши, баъзан қусиш, дизурия, қабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Беморларни тик турганда ва ётганда (горизонтал ҳолатда) текширилади.

Асоратланмаган ташқи чурраларнинг асосий объектив белгилари:

а) чурра жойлашуви учун хос зонадаги бир оз шиш

б) чурра ичидагини қорин бўшлиғига киритишга боғлиқ бўлган шиш кўриниши ва хажмининг тез ва осон ўзгарувчанлиги;

в) қорин бўшлиғига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб чиқиш нуқсони — «чурра дарвозаси» борлиги

г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғрилашдан кейин, эҳтимол, пайпаслаш ёрдамида чурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлчамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, чурра дарвозасининг чурра пардаси ва чурра халтачаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

— чуррада ичак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпанит пайдо бўлишидан аниқланади;

— чуррада кўп ичак қисми борлиги (айниқса сирпанувчан чурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўғон ичакни рентгенография қилишда аниқланади;

— чуррадаги қовуқ, деворини (сирпанувчан чурра) дизурия борлигидан ва қовуқни цистоскопия ёки рентгенография қилиш ёрдамида (сергозин) аниқлашга муваффақ, бўлинади;

— чуррада аёл ички органлари борлигини баъзан ҳайз кўриш даврида бўртманинг шишиб чиқишидан билса бўлади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтчасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам холларда батамом бўлмайди.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият қийшиқ чов чурраларида, қовукники эса — тўғри чов чурраларида бўлади. Сирпанувчан чурралар ҳамма чов чурраларининг 1—1,5 фоизини ташқил қилади. Улар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чуррасининг патогномоник симптомлари бўлмайди. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Диагностикасига йўғон ичакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовукнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чиқариш бузилади ёки сийдик икки бўлиб чиқарилади (аввалига бемор қовуғини бўшатади, кейин чурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик чиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди).

Қовукнинг сирпанувчан чуррасига шубҳа қилинганда қовукни катетерлаш ва цистография қилиш зарур.

Асоратланмаган чурраларни даволаш. Чурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси:

- а) чурра халтачасини чурра пардаларидан ажратиш;
- б) халтачани очиш, битишмадан чурра ичидаги аъзони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш;
- в) чурра халтачасини тортиб олиш, уни оғзи сатҳида — бўйнида тикиш ва қирқиб ташлаш;
- г) чурра дарвозаларини чоклар билан ёпишдан иборат.

Чурра деворларини маҳаллий бир хил турдаги тўқималар тикиш йўли билан ёпиш усуллари лозим бўлган.

Операциядан кейинги даврда йўтал, бронхит, зотилжам, қорин дам бўлишининг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга — нафас гимнастикаси, эрта ўриндан туриш (2—4- куни), 2—3 ҳафта мобайнида дам олиш, 2—3 ҳафта мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган холлар: юрак ва нафас етишмовчилиги бўлган жуда кексалик, кон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуқсони, III босқичдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Асоратланмаган чурраларни консерватив даволаш бандаж тақишни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш чурра ичида чандиқлар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички органларни чиқиб қолишдан ва чуррани қисилишдан ҳамиша ҳам сақлаб қола олмайди.

Қорин чурралари профилактикаси қуйидагича ўтказилади:

- 1) қорин девори мускуллари мустаҳкамланади, бунинг учун гимнастика машғулотлари, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилади;

- 2) ишда чуррага сабаб бўладиган ортиқча жисмоний зўриқишлардан сақланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза қилиш, ишчиларни жисмоний ишларга тўғри танлаш лозим;
- 3) хомиладор аёллар хомиладорликнинг охирига ойларида белбоғ-бандаж тақиб юришлари керак, туғруқдан кейин эса қоринни массаж қилиш ва қорин мускулларини мустаҳкамлаш учун махсус машқлар тавсия этилади;
- 4) болаларнинг гигиена, овқатланиш қоидаларига риоя қилиши, уларда ичак фаолияти, нафас органлари ва сийдик чиқаришнинг нормал ўтишини кузатиб бориш, қорин деворидаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида уларни кунт билан синчиклаб текшириш, борди-ю, чурра аниқланса, болаликда операция усулида олиб ташлаш;
- 5) ёғ босишга ва айниқса ундан кейин қаттиқ ориқлаб кетишга қарши курашиш;
- 6) операциядан кейин чурраларнинг профилактикаси жарохат йирингланишининг профилактикасидан иборат, бунинг учун қорин жарохати тампонада қилинади, лапаротомияни бошдан кечирган шахсларга 2—4 хафта муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини чиниктириш зарур.

АДАБИЁТЛАР

Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

Қориннинг ташқи чурраси нима?

Чурра Элементлари нималардан иборат?

Чурра халтаси нима?

Чурра дарвозаси нима?

Сирпанувчи чурра қачон ҳосил бўлади?.

Чурраларнинг белгилари бўйича тасниф?

Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?

Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?

Чурра асоратлари?

Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?

Вазиятли масалалар.

43 ёшли К исимли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилади чап чов-ергок соҳасида шишнинг пайдо бўлиш, унинг горизантал ҳолатда ётганда ҳам йўқолмаслигига шикоят қилади. Ҳожати регуляр, қушиш йўқ. Кўздан кечирганда шиш ноксимон формада пальпацияда оғриқсиз, қорин бўшлиғида тўғирланмайди. Қорин юмшоқ оғриқсиз, ката таҳоратга чиқиб келган.

Бемор Т. 42 ёшда шикоятлари: чап чов соҳасида шиш, жисмоний иш вақтида объектив текширганда: чов каналининг ташқи тешигида юмалоқ шаклда шиш, оғриқсиз юмшоқ эластик консистинцияли. Шиш тўғрилангандан кейин сийдик қистайди.

Бемор 60 ёшда оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган: чап ерқокда кучли оғриқ аввал шу томонида буртиб шишиб турибди. Кўнгли айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ахлат йўқ. Жаррох куни билан шишиб турган жойни тўғирлаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қориндаги оғриқ йўқолмади. Сизнинг ташхисингиз? Нима содир бўлган? Жаррох тактикаси тўғрими? Диагности қандай? Қандай даволаш керак?

бемор Д. 44 ёшда, чап чов ёргок соҳасида буртма шиш борлиги, қоринда оғриқ, ичи ўтмаётганига шикоят қилиб келди.

Объектив текширишда: чап чов-ёрғоқ соҳасида узунчоқ буртма шиш бор уни устидаги тери қизарган. Пальпацияда кучли оғриқ буртмани тўғирлаб бўлмайди. Қорин шишган ва оғриқли. Уч кундан буён ҳожатга чиқмаган, газлар чиқмайди. Ахволи охир.

Сиз қўйган диагноз?

Анеменизмдан қайси ҳолатларда аниқлаш керак?

Қандай даволаймиз?

Операциянинг ўзига хос хусусиятлари

53 ёшли бемор касалхонага куйидаги шикоятбилан келди: киндик соҳаси атрофида буртиш борлигига. Физик зўриқишида оғриқ сезади. 12 йилдан буён касал, касаллик биринчи марта туғриқдан кейин пайдо бўлиб, аста-секин катталашган. Киндик атрофини кўздан кечирганда думалок шаклли буртма кўринади. Бурма катталиги енгоқдек. Пайпаслаганда ном шок эластик. Консистенцияли оғриқсиз ва қорин бўшлиғига бемалол киритса бўлади.

Диагноз қандай

Даволашда қандай жаррохлик усулини қўллаш мумкин.

2-Маъруза мавзуси : “КИНДИК, СОН, АМАЛИЕТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР”

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
	1. Тарихий манбалар 2. Киндик, сон, операциядан кейинги чурралар келиб чиқиш сабаблари, омиллари.Текшириш ва даволаш усуллари.

Маъруза режаси:	2. Грнфельд-Лесгафт тўртбурчаги, қуймич, бел соҳасидаги кам учрайдиган чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари, омиллари, текшириш ва даволаш усуллари. 3. Кндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чураларни замонавий даволашда қўлланиладиган эндопротезларга қўйиладиган талаблар, эндопластика қилиш усуллари, натижалари. 4. Чурралар қайталанишининг сабаблари, омиллари, профилактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“Кндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш	Тинглайдилар

(55 дақиқа)	2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
якуний босқич	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди
(10 дақиқа)		Ёзиб олади
		Ёзиб олади
Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради	Тинглайди
	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади
10 пқиқа		Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 2

“КИНДИК, СОН, АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Киндик, сон, операциядан кейинги чурралар келиб чиқиш сабаблари, омиллари. Текшириш ва даволаш усуллари.
2. Грнфельд-Лесгафт тўртбурчаги, куймич, бел соҳасидаги кам учрайдиган чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари, омиллари, текшириш ва даволаш усуллари.
3. Кндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чураларни замонавий даволашда қўлланиладиган эндопротезларга қўйиладиган талаблар, эндопластика қилиш усуллари, натижалари.
4. Чурралар қайталанишининг сабаблари, омиллари, профилактикаси.

ЧОВ ЧУРРАЛАРИ (HERNIA INGVINALIS).

Чов сохаси анатомияси. Чов (ёнбош-чов) сохаси пастдан Пупарт бойлами, юқоридан (иккала *Spinae iliaca anteriores superiores* ни туташтирадиган горизонтал чизиқ билан), медиал томондан — қорин тўғри ичагининг ташқи чети билан чегараланган. Чов сохасининг пастки бўлими чов учбурчаги дейилади. Унинг юқори томони чов бойламининг ташқи ва учдан бир ўрта қисми билан тўғри ичакнинг латерал чеккаси ўртасидаги нуқтани туташтириб турадиган горизонтал чизиқ ҳисобланади, пастки томони — чов бойлами, медиал томони — қорин тўғри мускулининг ташқи чеккасидир. Чов учбурчагида чов канали ва чов чурралари чиқадиган жой бўлади.

Чов учбурчагининг пастки бурчагига чов орқали проекцияланади — бу юқоридан қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккаси, пастдан — Пупарт бойлами, медиал томондан — қорин тўғри мускулининг ташқи чеккаси ва *m. cremaster* толалари билан чегараланган бўшлиқдир.

Чов оралиғи шаклига кўра учбурчак, юмалоқ, овал ва ёриқсимон бўлиши мумкин. Аёлларда чов орқали ўлчамлари кичикроқ, А. П. Кримов таърифига кўра, аёлларда чов сохасининг мускул девори «эркакларникидан бирмунча мукамал», шунинг учун ҳам чов чурралари кўпроқ эркакларда учрайди.

Чов канали (*canalis inguinalis*) узунлиги 4—5 см, қуйидаги деворлари бор:

юқоридан — ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккаси, пастдан — Пупарт бойлами, орқадан — кўндаланг фасция ва олдиндан — ташқи қийшиқ мускул апоневрози.

Чов каналининг ички тешиги олдинги қорин деворининг орқа юзасидаги чуқурчага (ўймага) мувофиқ келади, у *plica epigastrica* дан ва уруғ тизимчасидан латерал жойлашган латерал чов чуқурчаси дейилади.

Чов каналининг ташқи тешиги ташқи қийшиқ мускул апоневрози толаларининг *cus superior* ва *cus inferior* га бўлиниб кетишидан ҳосил бўлган ва соғлом эркакларда кўрсаткич бармоқнинг учини ўтказиши. Кўндаланг жойлашган толалар *fibrae intercostalis* апоневрози мустахам қилади. Эркакларда чов канали орқали уруғ тизимчаси, аёлларда эса юмалоқ бачадон бойлами ўтади, чурра бўлмаганда чов канали кўринмайди.

Қийшиқ, тўғри ва интрапариетал чов чурралари фарқ қилинади. Латерал чуқурча орқали чиқадиган ва чов каналининг ички тешиги ҳисобланган чов чурралари қийшиқ чов чурралари деб аталади: чурра *plica epigastrica* дан ва уруғ тизимчасидан медиалроқ жойлашган медиал чов чуқурчаси орқали чиққанда тўғри чов чурраси вужудга келади. Чурра тўғри йўл солади, унинг номи шундан келиб чиққан. Тўғри чурраларнинг қовуқ усти чуқурчаси орқали чиқиши ҳам мумкин.

Интрапариетал чурралар қийшиқ чов чурраларининг кўриниши бўлиб, уларда чурра халтачаси қорин девори қатламлари орасида жойлашади ва чурра унинг устидан мутлақо чиқиб турмаслиги мумкин.

Зародыш (эмбрион) даврида чов канали орқали *processus vaginalis peritonei* ўтади, кейинчалик ана шунга мойя тушади. Шу *processus vaginalis peritonei* ўсиб етилмаганда туғма чов чурраси ҳосил бўлиши мумкин. Туғма чов чурраларида ичида мойя бўлган сероз бўшлиқ чурра халтачаси бўшлиғи ва қорин бўшлиғи билан

туташади. Туғма чов чуррасига қин ўсимтасининг ўрта қисми облитерациясида вужудга келадиган чуррани ҳам киритиш лозим, чунки унинг проксимал қисми кенгайган бўлади ва чурра халтачаси ҳисобланади.

Ривожланиш босқичлари бўйича бошланғич, канал ва тўлиқ чов чурраси фарқ қилинади, Тўлиқ қийшиқ чов чурралари катталашиб, ёрғоққа тушади (чов-ёрғоқ чурралари дейиладиган чурралар).

Тўғри чов чурралари олат илдизи олдида тери остидан бўртиб чиқиб туради ва ҳатто ўлчами каттагина бўлганда ҳам ёрғоққа камдан-кам тушади.

Чурра ривожланишида аҳамияти бўлган чов учбурчагининг тузилиш хусусиятлари:

1) чов оралигининг шакли ва баландлиги. Чов оралиғи учбурчак, юмалоқ шаклларда ва баланд (5,5 см гача) бўлганда бундай чов «кучсиз» (юмшоқ, майин) дейилади ва чурра кўпроқ пайдо бўлади (эркакларда).

агар ташқи чов халка соҳасида *fibrae intercruralis* кучсиз ривожланган бўлса ёки бўлмаса, бу ҳолда чов халқаси қорин ичидаги босимга кам қаршилик кўрсатади ва чурра ривожланади.

Н. И. Кукуджанов ишларига биноан соғлом одамларда чов канали девори қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози билан бирга ички қийшиқ мускул толасидан, юқори девори эса фақат кўндаланг мускул чеккасидан ҳосил бўлган. Агар ички қийшиқ мускул уруғ тизимчасини олд томондан ёпиб турмаса, бу ҳолда чов канали деворларининг сустлиги ва чов чурралари ҳосил бўлишига мойиллик вужудга келади.

4) чов каналининг орқа девори кўндаланг фасциядан иборат, у чов бойлами олдида ва қорин тўғри мускулининг ташқи чеккасида *lig. Henle* ҳисобига зичлашади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалоқ;

2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;

3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;

- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда а. epigastrica inferior пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;
- 7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимнинг мускул-апоневротик элементлари халақит беради;
- 8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;
- 9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Операциянинг асосий босқичлари:

- 1) Пупарт бойламига параллел ҳолда қийшиқ чов кесмаси очилади, тери, тери ости клетчаткаси, иккита юза фасция, жумладан Томпсон ва қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози тилинади;
- 2) чурра халтачасини ажратиш;
- 3) чурра халтачасини очиш ва ичидаги аъзони киритиш (тўғрилаш);
- 4) чурра халтачасининг бўйнини иккала томондан тикиш, боғлаш ва халтачасини қирқиш. Катта чурраларда чурра халтачаси ажратилмай, бўйни олдидан кўндалангига кесилади ва кесет чок билан ичидан тикилади, боғланади, халтача периферик қисмини эса ёрғоқда қолдирилади (В. И. Разумовский бўйича);
- 5) чурра дарвозалари пластикаси.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустахкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка камраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Чемпионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг енгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини камраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул кини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (содалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак кинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга

кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дупликатура ҳосил килинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дупликатураси ҳосил килинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва қўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

Бу методикага биноан уруғ тизимчаси бевосита тери остида бўлади.

Ҳозирги вақтда чов каналининг ҳам орқа, ҳам олдинги деворини мустақкамлаш учун биологик (сон, тери фасцияларидан, озикланадиган оёкчадаги мускуллардан аутолахтаклар) ва синтетик (капрон, нейлон, поролон, полиэтилен ва б.) материаллар қўлланилапти.

Туғма чов чурраларидаги операциялар чурра халтачасига ишлов бериш (обработка) ва чурра дарвозаларини пластика қилиш билан фарқ қилади. Чурра халтачаси уруғ тизимчаси элементларидан ажратилмаганда халтача олдинги девори бўйлаб очилади ва бўйни олдида қирқилади. Проксимал қисми ичидан кисет чок билан тикилади ва қорин бўшлиғига киритилади. Халтачанинг дистал қисми узунасига тилинади ва қисман кесилади. Қолган қисми сероз қоплами билан ташқарига ағдарилади ва Винкельман усулида тикилади ёки бошидан-охиригача узунасига тилинади (Бергман операцияси). Бу мойк истисқосидан сақлаб қолади. Гўдақлик ёшида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун Черни, Оппель усуллари қўлланилади, катта ёшдаги болаларда ва катталарда чов канали олдинги деворини мустақкамлаш усулларидан фойдаланилади.

Сирпанувчан чов чурраларида чурра халтачасини эҳтиётлик билан очилгандан кейин қорин пардаси органи ўтадиган жойдан 1 —1,5 см ташлаб, чурра халтачаси ичида чок солинади. Кисет чокдан дистал томонда чурра халтачаси қирқиб олинади ва сирпанган орган қорин бўшлиғига солинади ва чов канали олдинги деворининг пластикаси бажарилади.

Ҳозирга пайтда чов чурраларида жарроҳлик амалиёти лапароскопик усулда бажарилиши кенг қўлланилмоқда.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойлампдан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Сон канали анатомияси. Чов бойлами, ёнбош ва сон суяклари (arcus femoralis) ўртасида жойлашган бўшлиқ ёнбош фасцияси (arcus iliopectoralis) тармоқлари воситасида 2 қисмга (lacuna musculorum ва lacuna vasorum) бўлинади.

Мускул лакунаси орқали *m. iliopsoas* ва *n. Femoralis*, томир лакунаси орқали *a. v. femoralis* ўтади, қов суяги горизонтал тармоғи периостидан *m. pectineus* билан қопланган *fascia pectinea* чиқади. *Fascia pectinea* ва Пупарт бойлами ўртасидаги бурчак бириктирувчи тўқима пластикаси — *lig. lacunare Gimbernati* билан тўлган. Жимбернат бойлами билан сон венаси ўртасидаги бўшлиқ, ёғ клетчаткаси ва Пирогов — Розенмюллер чуқур чов лимфа тугуни билан тўлган ва сон ҳалқаси (*anulus femoralis*) дейилади. Олдинги томондан у чов бойлами, орқадан эса тароқсимон бойлам ва шу номли фасция билан чегараланган. Чурра очиб борадиган йўл нормада бўлмайдиган сон канали деб аталади.

Каналнинг ички тешиги бўлиб сон ҳалқаси хизмат килади, у қорин бўшлиғи томонидан қўндаланг қорин фасцияси билан ёпилган, бу сохада у лимфатик томирлар ҳисобига равоқланган бўлади. Сон каналининг ташқи ҳалқаси hiatus saphenus ҳисобланади.

Каналнинг ўзи уч қиррали шаклга эга: унинг олдинги девори сон сербар фасциясининг ўроксимон чеккаси, латерал девори — сон венаси, орқа медиал девори — ёнбош тароқсимон фасциядан ташкил топган. Сон канали узунлиги 1—3 см.

Сон чуррасини жойлашувига кўра томир-лакунар, жимбернат-бойлам ва мускул-лакунар турларга бўлиш мумкин.

Сон чуррасининг энг кўп учрайдиган, яъни типик тури томир-лакунар тур ҳисобланади. Сон чурралари аксарият чурра ҳосил бўлишига анатомик мойиллик туғдирадиган омиллари бўлган аёлларда кузатилади, чунки уларнинг чаноғи катта, алоҳида қияликка эга, сон ҳалқаси ўлчамлари катта (anulus femoralis эни аёлларда 1,8 см, эркекларда эса 1,2 см), овал тешик катта ва унинг юқори шоҳи калталашган.

Унутмаслик керакки, 28,5% ҳолларда *a. obturatoria a. epigastrica inferior* дан аномал узоқлашади ва бундай ҳолларда сон каналининг ички ҳалқаси учала томондан томирлар (*v. femoralis, a. epigastrica inf., a. obturatoria*) билан ўралган бўлади.

Бундай жойлашув «ажал тожи» (*сogona mortis*) деган ном олган, чунки қисадиган халқани кесиш вақтида *a. obturatoria* шикастланганда ўлимга сабаб бўладиган қон оқиши рўй бериши эҳтимол.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойламинан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёроқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойламининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca anterior superior c tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавfli ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар

2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон халқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

Прокунин усули — сон каналидаги ички халқани тароксимон мускул ва шу номдаги фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневрознинг чов бойламига параллел қилиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофиқ тилинади.

Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон халқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон халқаси орқали тароксимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Уотсон — Чейне усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароксимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтак Пупарт бойламига ташқаридан тикиб қўйилади. Трансплантатни томир қинига ва тароксимон мускулга қўшимча маҳкамланади.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ.

Киндик халқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Анатомик маълумотлар. Қорин олдинги девори структурасида киндик соҳасини бўш жой деб ҳисоблаш мумкин. Эмбрионал даврда киндикнинг шаклланиши мураккаб жараёндир. Нормда антинатал даврнинг 6-ойидаёқ киндик халқаси ҳосил бўлади, унинг ўлчами аста-секин кичрайиб боради ва туғилишдан бир неча

кун ўтгач тушган киндик ўрнида ичига ботган ямоқча холида узил-кесил бекилиб қолади. Бу соҳада аксарият қорин олдинги деворининг туғма ривожланиш нуқсонлари, шунингдек катта ёшдаги одамларда чурралар кузатилади.

Ҳатто нормал шароитларда киндик соҳаси бир мунча бекарор структуралар — тери, киндик фасцияси ва қорин пардаси билан бекилган бўлади.

Киндик ҳалқаси сербар ва фасцияси суст ривожланган бўлганда чурралар пайдо бўлиши учун шарт-шароитлар вужудга келади. Киндик ҳалқасининг мускул пардаси бўлмаган фақат киндик венаси ўтадиган юқори бўлими пастки бўлимидан кучсиз бўлади. Киндик фасциясининг тўртта бириктирувчи тўқима тортмалари билан маҳкамланганлигини эслатиб ўтиш лозим: битиб кетган киндик венаси, киндик артериялари ва облитерацияланган сийдик йўли. Бироқ фасция яхши ривожланган қорин тўғри мускуллари ва унинг киндик ҳалқаси диаметрини торайтирадиган қин апоневрозлари бўлгандагина пишиқ бўлади. Шунинг учун киндик чурраси, одатда, тўғри қорин мускуллари суст ривожланган аёлларда (80%) ва болаларда кузатилади.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocele) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Чурра пардалари ҳолатига кўра: асоратланган (пардаларининг йиртилиши, уларнинг йирингли парчаланиши, ичак окмалари), асоратланмаган пардалари (ўзгармаган).

Киндик тизимчаларининг чурралари бўлган болаларнинг тахминан 65 фоизда ривожланиш нуқсонлари (юррак, меъда-ичак йўли, сийдик-таносил системасининг) бирга учрайди.

Туғилишдан кейин дастлабки соатларда чурра халтачасини ҳосил қиладиган киндик пардалари ялтироқ, тиник, оқимтир рангли бўлади. Бироқ биринчи сутка охирида улар қурийди, лойка тортади, сўнгра инфекцияланади ва фибрин қатламлари билан қопланади. Пардалар юпқалашганда ва йиртилганда эвентерация юз беради.

Даволаш операция усулида ва консерватив бўлади.

Операцияга мутлоқ монелик қиладиган холларга туғма юрак нуқсони, боланинг ой-куни анча тўлмасдан туғилиши ва оғир калла суяги-мия шикасти киради.

Диаметри 5—7 см ли чурраларда қорин оралиги девори катлам-катлам қилиб тикилади.

Диаметри 7—9 см ли чурраларда фақат терини тикилади.

Катта ўлчамли чурралар қорин ичи босимининг хаёт учун хавфли ошиб кетиши сабабли операцияга нисбий монелик қиладиган хол ҳисобланади. Бундай холларда чуррага стерил боғлам қўйилади ва қорин деворини

ёпишқоқ пластир тилишлари билан тортиб қўйилади. Бундай чакалоқларнинг талайгина қисми перитонит ва сепсисдан нобуд бўлади.

Агар бу касаллар ойи-куни тўлиб ва қўшилиб келадиган оғир ривожланиш нуқсонларисиз туғилган бўлсалар Гросс бўйича 2 босқичли операция қилиш ёки нуқсонни аллопластик материал билан ёпиш мумкин.

Гўдакларда киндик чурралари ҳаётининг дастлабки ойларида ривожланади ёки кейинчалик ҳосил бўлади. Болаларда киндик чурралари улар йиғлаганда, қаттиқ йўталганда ва фимозда доимий кучанганда, ориқлаб кетганда вужудга келади. Болаларда киндик чурралари одатда катта ўлчамли бўлмайди ва осон жойига тушади. Қисилиб қолиш холлари камдан-кам учрайди.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

- 1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;
- 2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;
- 3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;
- 4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускулар диастази билан бирга келади ва кўп тукқан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Чурра тешигининг ўлчамлари ҳар хил — жуда тор тешиқдан сербар тешиқкача. Катта тешиқлар кўндаланг йўналишга эга. Чурра ҳалтачаси нотўғри шаклда ва тўсиқлар ҳамда дивертикуллар ҳосил қилади.

Киндик чурралари аранг билинадиган бўртмачалардан тортиб, катта ҳажмли ўсмаларгача бўлиши мумкин. Киндик чурралари кўпинча жойига тушмайдиган бўлади, копростаз ва қисилиб қолиш билан асоратланади.

Чурралар оғир юк кўтарганда, шунингдек чурра ўзича чиққанда оғриқ, беради. Аксарият киндик чурралари терининг бичилиши ёки кийим-кечак юпка тортган бадан терисини босиб туриши натижасида яллиғланишга учрайди.

Шундай қайта яллиғланишлар натижасида чурра ҳалтачаси ичида битишмалар ҳосил бўлади ва чурра жойига тушмайдиган, яъни тўғриланмайдиган бўлиб қолади.

Киндик чурралари операция қилиб даволанади. Киндик чурраларида киндик чурра ҳалтачаси билан бирга кесиб ташланади. Чурра ичидаги органлар чурра ҳалтачаси билан битишмалари ажратилгандан кейин қорин бўшлиғига киритилади.

Чурра халтачасининг ичида шишиб калинлашган чарвиси бўлган тўғриланмайдиган киндик чурраларида чарвини резекция қилиш керак. Чурра халтачаси дарвозалари олдида узлуксиз чок билан тикилади.

Болалардаги кичик чурраларда чурра дарвозалари пластикаси Лексер бўйича ўтказилади: тешик атрофига апоневрозга ипак ип билан кисет чоки солинади, у тортилгандан кейин халкани бекитади. Кейинчалик апоневрозга кўндаланг йўналишда тугунли ипак чоклар солинади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П- симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар катори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

ОҚ ЧИЗИҚ ЧУРРАЛАРИ

Оқ чизик чурралари (*hernia liniae alba*) ёши улғайган ва кекса одамларда кўпроқ учрайди.

Анатомияси. Қориннинг оқ чизиги ўрта чизик бўйлаб ички қийшиқ, ва кўндаланг мускуллар апоневрозларининг бириктирувчи тўқима толаларидан ҳосил бўлади.

Киндикдан юқоридаги оқ чизик киндик олдида эни 2—3 см га етадиган сербар бириктирувчи тўқима пластикасидан иборат.

Қорин тўғри мускуллари қинини ҳосил қиладиган апоневрозлар оқ чизикка ўтаётганда қия йўналиб, бир бири билан кесишади ва айрим кишиларда бирмунча катталашиб кетадиган ва чурра чиқадиган жой бўлиб хизмат қиладиган ёғли клетчатка билан тўлган ёриқсимон бўшлиқлар ҳосил қилади.

Қорин тўғри мускуллари киндикдан пастда деярли тегиб туради. Бундай жойлашган чурраларнинг ниҳоятда кам учраши шу билан изоҳланади.

Қорин усти соҳаси анатомик структурасида (*epigastrium*) ҳам чурра бўртмалари ҳосил бўлишига шарт-шароитлар мавжуд. Бу соҳада қорин тўғри мускуллари дасталари орасидаги ёриқларни назарда тутиш лозим. Бу дасталарнинг бир қисми V—VII қовурғаларга, бошқалари эса ханжарсимон ўсимтага ёпишади.

Мускул-апоневротик тузилмалар тонуси бузилганда ва қорин ичидаги босим ошганда бу ёриқларга қорин пардаси олдидаги ёғ, шунингдек қорин пардаси кириб қолиши мумкин: меъда касаллиги буларнинг қисилиб қолишига сабаб бўлиши эҳтимол.

Оқ чизик чурралари жойлашувига кўра киндикдан юқорида жойлашган қорин усти чурралари (*herniae epigastricae*), киндик олдида жойлашган киндик олдидаги (*hernia paraumbilicalis*) ва киндик пастида жойлашган қорин пастидаги (*herniae hypogastricae*) чурраларга бўлинади.

Қорин ичидаги босимнинг талайгина кўтарилиши таъсири остида апоневроздаги ёриқ орқали (нормада ундан томирлар, нервлар ўтади) аввалига қорин пардаси олдидаги ёғ бўртиб чиқади, у баъзан қорин девори

мускуллари таранглаштирилганда юмалоқ зичлашма (қорин пардаси олдидаги липома деб аталадиган) кўринишида пайпасланади. Кейинчалик липомадан кейин қорин пардаси ҳам бўртиб чиқади ва хақиқий чурра ҳосил бўлади.

Симптомлари. Беморлар жисмоний ҳаракат пайтида ва қисилиш бўлганда бўртма соҳасида оғриқ сезадилар. Ётишда одатда оғриқ бўлмайди. Чурра қисилганда беморнинг кўнгли айнийди ва қусади.

Меъда касалликлари — гастрит, яра, рак билан дифференциал диагностика ўтказилади. Меъда патологиясида оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ, вахоланки чуррада оғриқ жисмоний ҳаракат қилинганда пайдо бўлади. Беморларда эпигастрийда оғриқ бўлган ҳамма ҳолларда меъда ва ўн икки бармоқ ичакни қўшимча рентгенологик текшириш зарур.

Даволаш — операция усулида.

Чурра халтачаси ажратилгандан ва ишлов берилганда уни олиб ташлангандан кейин ёрикни апоневрозда тугунли чоклар, кiset чок билан тикилади ёки Сапежко бўйича ёки Сапежко — Дьяконов бўйича пластика қилинади. Иккинчи усул биринчисидан биринчи қаторда П-симон чоклар солиш билан фарқ қилади.

Қориннинг ёнбош чурралари. Кам учрайди, улар шикастлардан, кесилган абсцесслардан кейин, маҳаллий мускул фалажи заминида ҳосил бўлиши мумкин ва одатда қорин кўндаланг мускулининг мускул қисми апоневрозга ўтаётганда спигелий чизигида ҳосил бўлади. Апоневроз тўғри мускуллар қини деворлари таркибига ўтаётганда ўйиқ (чукурча) ҳосил бўлади. Бу ерда апоневроз толалари иккига бўлинади ва қинга қон томирлар ва нервлар киради. Бу жойлар чурра чиқадиган бўш жойлар ҳисобланади. Чурра кўпинча кесилган ҳолда аниқланади. Операция чурра тешигини очиш, чурра ичидагини қорин бўшлиғига солиш ва қорин деворини қатлам-қатлам қилиб тикишдан иборат. Мартынов бўйича пластика Сапежко усулидан кесманинг ўнг қорин тўғри мускули чеккаси бўйлаб жойлашуви билангина фарқ қилади.

АДАБИЁТЛАР

Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?

Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?

Чурра асоратлари?

Чурра асорати: копростазнинг асосий белгилари?

Тўғирланмайдиганлар чурранинг қисилган чуррадан фарқи?

Тўғирланмайдиган чурра сабаблари?

Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?

Чурра қисилиши нима?

Девор олди қисилиши нима?

Рентроград қисилиши нима?

Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?

Қисилган чуррада жаррох тактикаси?

Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?

Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?

қисилган ичак ҳаётийлига гумон бўлган жойларда жаррох тактикаси?

Чурра халтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жаррох тактикаси?

Ичак гангрена ва чов халтаси флегмонаси жаррох тактикаси?

Чов каналининг қайси деворлари нималардан иборат?

Тўғри ва қийшиқ чов чурраларининг уруғ тизимчасига нисбатан жойлашуви?

Чов каналининг қайси деворлари бўшлиғида тўғри ва қийшиқ чов чурралари ҳосил бўлади?

Қийшиқ чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?

Тўғри чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?

Сон чуррасининг дифференциал ташхиси?

Сон чурраси оператив даволашнинг асосий усуллари?

Қорин чизиғи чуррасини оператив даволашнинг асосий усули?

Киндик чуррасини даволаш энг кўп ишлатиладиган операция тури?

Вазиятли масалалар

1. Бемор 50 ёшда, оғир ҳолатда куйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган. Чап ергокда кучли оғриқ ва шу томон буртиб шишиб турибди. Кўнгил айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ҳолат йўқ. Жаррох қўли билан шишиб турган жойини тўғрилаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қоринда оғриқ йўқолмайди.

2. Бемор О. 67 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ергокда тушмайди, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.

Сизни диагнозингиз.

Қайси касаллик билан таққосланади.

Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.

Даволаш усули.

Бемор 23 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргок чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мояк чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?

Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.

Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.

Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпаблаб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.

Сизни ташхисингиз

Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?

Даволаш усуллари

Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргок соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.

Объектив текшириш чап чов ёргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпаствлаганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичираяди.

Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистентцияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.

Ҳожати регуляр.

Сиз қўйган ташхис.

Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллрини қўллаш керак.

Сизнинг даволаш режангиз?

3-Маъруза мавзуси : “АМАЛИЕТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ

УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР. ЧУРРАЛАР АСОРАТЛАРИ

(ҚИСИЛИШ, КОПРОСТАЗ, ТЎҒРИЛАНМАСЛИК,

ЯЛЛИҒЛАНИШ)”

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Тарихий манбалар 2. Чурра қисилиши, турлари, ташхислаш ва оператив даволашнинг принциплари. 3. Тўғриланмайдиган чурралар, келиб чиқиш сабаблари, қиёсий ташхислаш ва даволаш. 4. Чурра халтаси флегмонаси, келиб чиқиш сабаби, клиник аломатлари,

	оператив давога кўрсатмалар, очиб кириш йўллари. 5. Копростаз, сабаблари, клиник аломатлари, ичак тутилишидан фарқи, даволаш принциплари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“Амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар. Чурра асоратлари, (кисилиш, яллиғлиниш, копростаз, тўғриланмаслик)”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар

		Тинглайдилар
якуний босқич	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди
(10 дақиқа)		Ёзиб олади
		Ёзиб олади
Мустақил таълим учун топшириқлар	. Мустақил иш беради 1. Уйга вазифа беради	Тинглайди
		Ёзиб олади
		Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 3 АМАЛИЕТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ
УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР. ЧУРРАЛАР АСОРАТЛАРИ
(ҚИСИЛИШ, КОПРОСТАЗ, ТЎҒРИЛАНМАСЛИК)”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Чурра қисилиши, турлари, ташхислаш ва оператив даволашнинг принциплари.
3. Тўғриланмайдиган чурралар, келиб чиқиш сабаблари, қиёсий ташхислаш ва даволаш.
4. Чурра халтаси флегмонаси, келиб чиқиш сабаби, клиник аломатлари, оператив давога кўрсатмалар, очиб кириш йўллари.
5. Копростаз, сабаблари, клиник аломатлари, ичак тутилишидан фарқи, даволаш принциплари.

Чурраларнинг асоратлари

Буларга: чуррада нажас туриб қолиши (копростаз), чурра ичидаги аъзолар яллигланиши ва чурра қисилиши киради.

Копростаз асосан ёши улғайган одамларда, аксарият аёлларда содир бўлади. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг хажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ пайдо бўлади, лохаслик ва интоксикация, кекириш, кўнгил айнаши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки ёрдамнинг асосий вазифаси қорин прессининг перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш ва шу тариқа нажас туриб қолишига барҳам бериш учун чурра ичидагини қорин бўшлиғига репозиция қилиш (ўтказиш) ҳисобланади. Чурра бўртмасини массаж қилиш ёки оз-моз босиб турадиган боғлам боғлаш маълум даражада ёрдам беради.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйиш ёки бўртган жой терисига хлорэтил оқимини таъсир эттириш шу мақсад учун хизмат қилади. Улар таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаяди, уларда қиска вақтга спазм вужудга келади, ичак репозицияга осон берилади, унинг перистальтикаси кучаяди.

Чурра қисилиши. Чурра қисилиши, одатда, чурра ичидагининг чурра дарвозаларида ёки чурра халтачаси бўйни оғзида, ёки чурра халтачасидаги битишмалар орасида тўсатдан қисилиб қолишдан иборат. Бунда чурра ичидаги аъзолар тўқималарида қон таъминоти, иннервацияси бинобарин улар трофикаси ва озикланишининг бузилишлари рўй беради. Чурранинг қисилиш сабаблари турли туман бўлиши мумкин.

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

Нажас билан қисилишда ичак ичидаги нарса кўп микдорда йиғилиб, чурра халтачасининг тўлишини анча оширади ва шу тариқа чурра ҳалқасидаги босимни кучайтиради, бунинг оқибатида ичак тутилиб қолиши вужудга келади.

Чурранинг қисилиш турларидан бири Рихтер чурраси бўлиб, уни ўз вақтида диагностика қилиш ниҳоятда мушкул. Чурранинг бу турида чурра халтачасида ичак деворининг фақат бир қисми қисилади. Операцияда чурра халтасини очиш бирмунча қийинчилик туғдиради, чунки девор олдидаги қисилган участка бевосита чурра халтачаси тубига тақалган бўлади ва шу сабабли ичак тасодифан кесиб қўйилиши эҳтимол.

Ретроград ёки тескари қисилиш қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак қовузлоқларининг жонсизланиши қисилган халқадан юқорида бошланади. Ичак қовузлоқлари 2-14 соат ичида жонсизланади.

Чурра қисилишининг клиник манзараси. Ҳар қандай чурра қисилишининг классик клиник белгилари одатда учта симптом ҳисобланади:

- а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки умуман қоринда тўсатдан оғриқ бошланиши;
- б) чурра бўртмаси хажмининг тез катталашуви;
- в) чуррани тўғрилаш имкониятининг бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси ҳар хил бўлади.

Даволаш. Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилиш операцияси. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлақ монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно. Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлаш зарур. Бунинг учун тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган халқа кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади. Ичакнинг яшаб кетиш мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляция эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва

ичак перистальтикаси сақланиб қолган. Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30-40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15-20 см ни резекция қилиш керак.

Ҳазм йўллари узлуксизлигини тикланади ва чурра дарвозаларини энг оддий усуллар билан пластика қилинади. Қари ёшдаги ва ҳамроҳ оғир касалликлари бўлган беморларга қисилган чурраларда чурра кесиш амалиёти бажариш жараёнида чурра дарвозаси пластикаси бажарилмайди, жароҳат қавтма-қават тикилади.

Чурра халтачаси флегмонаси билан асоратланган қисилган чуррада операцияни ўрта лапаротомиядан бошланади, ичакни яшашга лаёқатли тўқималар чегарасида резекция қилинади. Ичакларнинг учларини тикилади, олиб келадиган ва олиб кетадиган ковузлоклар орасига анастомоз қўйилади. Операциянинг қорин ичидаги босқичи тугаллангандан кейингина чурра флегмонасига хирургик ишлов берилади (обработка), қисилган ичакни ва чурра халтачасини олиб ташланади. Чурра дарвозалари пластикаси қилинмайди. Операцияни ёрдамчи чоклар солиш ва жароҳатни дренажлаш билан тугалланади.

Беморда қисилган чурра ўзича жойига тушган холларда хирург тактикаси, ўтган фурсатдан қатъи назар, шошилиш операция қилишдан иборат, чунки тўғрилланган аъзоларнинг ҳолати қандайлиги номаълум бўлади.

Қорин бўшлиғининг қатор ўткир касалликлари қорин деворида чурралар бўлганда гўё қисилиш борлигидан хабар берадиган симптомлар билан ўтади. Асоратларнинг бу тури адабиётда «Брок сохта қисилиши» номи билан маълум. Озод қорин бўшлиғи билан туташмаси бўлган чурра халтачасида чурра халтачаси бўшлиғига яллиғли экссудат тушиши билан боғлиқ, иккиламчи ўзгаришлар содир бўлади. Илгари тўғриланадиган чурра энди тўғриланмайдиган бўлиб қолади, оғриқ сезилари пайдо бўлади. Сохта қисилишнинг бу симптомлари меъда яраси тешилганда, холециститда, аппендицит ва бошқаларда ривожланиши мумкин. Биргаликда ривожланадиган бу жараёнларнинг диагностикаси қийин ва беморни кунт билан синчиклаб текшириш, анамнезни пухта йиғишни талаб этади.

Жойига солинадиган чуррада (сурункали асоратланган) илгари тўғриланадиган чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади, бироқ бунда оғриқ ҳам бўлмайди. Тўғриланмайдиган чурраларнинг кўп қисми ҳаётда ортирилган битишмалар борлиги билан боғлиқ.

Тўғриланмайдиган чурра симптоматикаси. Тўғриланадиган чурраникидан одатда яққолроқ ифодаланган. Диспептик бузилишлар, қабзиятлар кўп учраб туради.

Тўғриланмайдиган чурра кўпинча ичакнинг механик тутилиб қолиши (битиб кетиш, буралиш, стриктура), чурра пардаларининг яллиғланиши ва қисилиши билан асоратланади.

Чурранинг ўткир яллиғланиши. Чурранинг ўткир яллиғланиши камроқ учрайди. Ичак девори соҳаси чуррани яллиғлантирадиган манба ҳисобланади. Бунда чуррада, кўпинча гипогастрал соҳасида ўртача оғриқ сезилари, Қориннинг чуқур жойлашган қисмида тўлиқлик ҳисси пайдо бўлади, қорин девори зонаси таранглашиши эҳтимол. Бундай яллиғланишларни даволаш уларнинг ичидаги нарсани қорин бўшлиғига албатта репозиция қилиш, кейин ўринда ётиш режимини сақлаш, ичак ва қовуқ функцияси устида назорат қилишдан иборат. Бунда чурранинг қисилишига йўл қўймаслик учун чурра ҳолатини тез-тез назорат қилиб туриш зарур. Одатда шундан кейин чурра яллиғланиши камайиб боради ва йўқолади. Чурра патоген микроблар иштирокида яллиғланганда сероз ва сероз-фибриноз экссудат тезда йирингли ва ҳатто йирингли-чириган бўлиб қолади. Чурра халтачасидаги инфекция рефлатор қусишга, бутун қорин бўйлаб қорин пардаси яллиғланишига, қорин оғриши, ичаклар парези, перитонит манзарасига сабаб бўлади. Шунинг учун бундай холларда қорин деворининг ўзгармаган тўқималари чегарасига яқин жойда ревизион лапаротомия

операциясини бошлаш ва агар қорин бўшлигида ҳамма нарса жойида бўлса, бу жароҳатни ёпиш ва шундан кейингина яллигланган чурра тўқималарини кесишга ўтиш керак.

АДАБИЁТЛАР

1. Крымов А.П. «Учение о грыжах» 1960
2. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
3. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
4. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
5. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
7. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
8. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини баҳолаш саволлари:

Амалиётдан кейинги чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари?

Амалиётдан кейинги чурраларни оператив даволашнинг ўзига хос хусусиятлари нималардан иборат?

Амалиётдан кейинги чурраларни пластика қилиш усулларини санаб беринг?

Кам учрайдиган чурралар классификацияси?

ПТИ учбурчаги, Грюнфельд –Лесгафт тўртбурчаги, Спигелий чизиғи чурралари, келиб чиқиш сабабларини айтиб беринг?

Кам учрайдиган чурраларни ташхислашда стандартлар нимадан иборат?

Кам учрайдиган чурраларда герниопластика усуллари нимадан иборат?

8. Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?

9. Қисилган чуррада жарроҳ тактикаси?
10. Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?
11. Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
12. Қисилган ичак ҳаётлиги гумон бўлган жойларда жарроҳ тактикаси?
13. Чурра халтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жарроҳ тактикаси?
14. Ичак гангрена ва чов халтаси флегмонаси жарроҳ тактикаси?
15. Тўғриланмайдиган чурра келиб чиқиш сабаби ва уни қисилган чуррадан фарқи?
16. Копростаз кўпроқ кимларда учрайди?
17. Копрозстазда даволаш тактикаси?

Вазиятли масалалар

Бемор 38 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргоқ чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мояқ чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?

Жарроҳ бунда қандай йўл тутиши керак.

Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.

Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпаблаб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.

Сизни ташхисингиз

Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?

Даволаш усуллари.

3. Бемор А. 56 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганга оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ёргоқда тушмайди, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.

Сизни диагнозингиз.

Қайси касаллик билан таққосланади.

Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.

4. Даволаш усули.

4. Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргоқ соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.

Объектив текшириш чап чов йоргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпаствлаганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичираяди.

Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5x7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистентцияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.

Ҳожати регуляр.

Сиз қўйган ташхис.

Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллрини қўллаш керак.

Сизнинг даволаш режангиз?

4- Маъруза мавзуси : “ЎТКИР АППЕНДИЦИТ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тарихий манбалар 2. Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомио-физиологик хусусиятлари, функциялари, текшириш усуллари. 3. Аппендицит этиопатогенези, назариялар, ўткир аппендицит симптомлари, ташхислаш, қиёсий ташхисот. 4. Атипик аппендицитлар, диагностикаси, даволаш усуллари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.

Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.
------------------------	------------------------------

“ЎТКИР АППЕНДИЦИТ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалардан плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3-яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомо-физиологик хусусиятлари, функциялари, текшириш усуллари.
3. Аппендицит этиопатогенези, назариялар, ўткир аппендицит симптомлари, ташхислаш, қиёсий ташхисот.
4. Атипик аппендицитлар, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўткир аппендицит

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жаррохлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан дан ортиқ бемор бу касаллик бўйича шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2-0,3% ни, бизда эса ўрта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқиши сабабли йўл қўйилган асоратлардир.

Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14-20) ва 30-40 ёшда кўпроқ учрайди - бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланадилар. Улуғ рус жаррохларидан бири И.И. Греков: “Чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмайд кутилмаган ҳолларда кузатилади”, - деб таъриф беради. Аппендэктомия, жаррохлик амалиётида энг осон бажарилади-ган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпик цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чаноқ бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади:

Қорин парда ичида жойлашиши;

Қорин девори ичида жойлашиши;

Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуксонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши мумкин. Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (a. appendicula-ris) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. Қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади.

Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, химоя вази-фасини бажаради.

Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлексор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оқсилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. appendicularis тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озикланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. Мураккаб ва турлича клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш анчагина мушкул ҳисобланади. Шунинг учун турли хил классификациялар таклиф этилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ичида В.И. Колесов таклиф этган классификация бюирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр санчиқ (колика).

2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.

3. Деструктив аппендицит:

а) флегмоноз;

б) гангреноз;

в) гангреноз-перфоратив;

4. Асоратланган аппендицит:

а) аппендикуляр инфилтрат;

б) аппендикуляр абсцесс;

в) тарқалган йирингли перитонит;

г) пилефлебит (ичак тутқич веналари септик тромбофлебети);

д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангси-мон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айланиши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°C гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг енгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф - чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг қуйидаги еттасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

Шчеткин – Блюмберг белгиси;

Воскресенский (“қўйлак сирпаниши”) белгиси;

Образцов белгиси;

Ситковский белгиси;

Бартомье-Михельсон белгиси;

Ровзинг белгиси;

Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “қўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширил-ганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, қўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ичак-бачадон чуқурчаси (Дуглас кенглиги) соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ерда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қуйидаги ҳолатлардан дарак беради:

чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашувини аниқлаш учун;

кичик чанок инфилтратларини аниқлаш учун;

ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: 10×10^9 – 18×10^9 л ($10\,000$ – $18\,000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, ташхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз

инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli ўсмалари ва бошқалар.

Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан – ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг кўричак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин орқасидаги клетчатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг химоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда учрайди ва унинг юзага келишида қуйидаги факторлар сабаб бўлади:

Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;

Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;

Овқатланиш ҳусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа истеъмол қилмайди).

Бироқ, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори (39-40°C) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан

ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир захарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоци-тар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади.

Демак, ёши улуғ ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарқ билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтири-ладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, хомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони баравар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кесет ва

Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлик тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул камда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

АДАБИЁТЛАР

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини баҳолаш саволлари:

1. Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?

Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?

Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?

Ўткир аппендицит бошланишида тана даражаси?

Ўткир аппендицит бошланғич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?

Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?

Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?

Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?

Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?

Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?

Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал ташхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?

Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал ташхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?

Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?

Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?

Ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?

Вазиятли масалалар

1. Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5x7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

Сизни диагнозингиз?

Давоси?

2. Бемор К. 43 ёшда. Шикоят: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал халатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шакилда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғриланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

3. Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айниш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга холатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

Диагнозни қўйинг. Даволаш?

4. Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандиқ жойида 5x7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳожати регуляр.

5- Маъруза мавзуси : “ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ”

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
	1.Тарихий манбалар 2. Аппендикуляр инфилтрат, келиб чиқиш сабаби, клиникаси,

Маъруза режаси:	<p>диагностикаси ва даволаш.</p> <p>3. Аппендикуляр абсцесс, қорин бўшлиғининг локал абсцесслари, келиб чиқиш сабаблари, диагностикаси, даволаш.</p> <p>4. Аппендикуляр перитонит, сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.</p> <p>5. Пилефлебит, сепсис ва аппендицитнинг бошқа асоратлари тўғрисида тушунча.</p>
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.	

босқичи	2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3-якуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади
4-Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ўзиб олади Ўзиб олади

МАВЗУ БАЎНИ

Маъруза № 5 “ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

- 1.Тарихий манбалар
2. Аппендикуляр инфилтрат, келиб чиқиш сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.
3. Аппендикуляр абсцесс, қорин бўшлиғининг локал абсцесслари, келиб чиқиш сабаблари, диагностикаси, даволаш.
4. Аппендикуляр перитонит, сабаби, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.
5. Пилефлебит, сепсис ва аппендицитнинг бошқа асоратлари тўғрисида тушунча.

Ўткир аппендицит асоратлари

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоклари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизда, инсон организми-нинг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жароёни пайдо бўлса уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошқа аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жароён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасида бошлаб, яллиғланган чувалчангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфилтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жароён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. Қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳаракатсиз, чаноқ клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфилтрат операцияга бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

Шуни аниқлаш мақсадида, ҳар куни беморга ультратовуш ёрдамида текширувлар ўтказиб туриш лозим бўлади. Мақсадга мувофиқ ўтказилмайдиган антибактериал муолажа (антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари) тайинлангандан кейин, тана ҳарорати аста-секин пасаяди, инфилтрат ўлчами кичрайдиган, лейкоцитлар миқдори нормага келади. Бошдан кечирилган аппендикуляр инфилтратдан кейин беморларни 3 ойдан кейин сурункали аппендицит бор беморлар сифатида операция қилинади.

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфилтратда яллиғланиш жароённинг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечқурунлари юқори бўлади. Инфилтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида ноаниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борича қорин бўшлиғига тарқатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавfli асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқади. мумкин. Бу ҳолатда, қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жароёнида фаол иштирок этмай қўяди.

Перитонитнинг бошланғич даврида мушаклар бутун қорин бўйлаб таранглашади, қорин пардасининг таъсирланиши (Шчеткин-Блюмберг симп-томи) кескин ифодаланган бўлади. Беморнинг тили ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватлари қурийдиган, тили оқиш рангда қопланган бўлади. Перкуссияда қориннинг ён каналлари соҳасида тўмтоқ товуш аниқланади (экссудат ҳисобига). Ультратовуш ёрдамида текширув ўтказилганда, қорин бўшлиғида суюқлик борлиги тасдиқланади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кўпинча аниқланмайди. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, унинг формуласини чапга сурилганлиги, ЭҚТ кескин ортиши аниқланади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган перитонитнинг клиник белгилари, бошқа сабабдан келиб чиққан перитонитлар белгиларидан деярли фарқ қилмайди (специфик перитонитлар бундан мустасно).

Пилефлебит - қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбоз бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталаниши, баъзи ҳолларда сарикликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу

асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юкори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

АДАБИЁТЛАР

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?
2. Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?
3. Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
4. Ўткир аппендици бошланишида тана даражаси?

5. Ўткир аппендицит бошланғич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
6. Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
7. Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
8. Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
9. Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?
10. Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?
11. Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал ташхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
12. Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомилдорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал ташхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
13. Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
14. Хомилдорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
15. Ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?

Вазиятли масалалар

11. Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5x7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

Сизни диагнозингиз?

Давоси?

2. Бемор К. 43 ёшда. Шикояти: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал халатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шакилда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғирланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

3. Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айниш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада

қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-га, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

Диагнозни қўйинг. Даволаш?

4. Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандик соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандик жойида 5x7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳожати регуляр.

6- Маъруза мавзуси : : “МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ
ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ” ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Меъда ва 12 бармоқли ичак яраси этиопатогенези, учраш тезлиги, яра локализацисига қараб клини аломатлари, ташхислаш усуллари. 3. Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини замонавий даволаш принциплари. 4. Асоратланмаган яраларни оператив даволашга кўрсатмалар, операция турлари.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги”

Маъруза машғулотининг технологик картаси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3-якуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	2. Мустақил иш беради	Тинглайди
Мустақил таълим	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ Маъруза № 6 “МЕЪДА ВА 12 БАРМОКЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1.Тарихий манбалар

2. Меъда ва 12 бармокли ичак яраси этиопатогенези, учраш тезлиги, яра локализацисига қараб клиника аломатлари, ташхислаш усуллари.

3. Меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигини замонавий даволаш принциплари.

4. Асоратланмаган яраларни оператив даволашга кўрсатмалар, операция турлари.

Меъда ва 12 бармоқли ичак касалликлари

Анатомик - физиологик маълумотлар

Меъда чап ковурағалар остида ва қориннинг чап ярмида жойлашган, унинг чиқиш қисмигина ўрта чизикдан ўннга ўтади. Меъда тўлганда унинг катта эгрилиги киндик соҳасида проекцияланади. Меъдада кардиал бўлим, туби, танаси, антрал бўлим, пилорик канал фарқ қилинади. Пилорик қискич меъда билан 12-бармоқли ичак ўртасидаги чегара ҳисобланади.

12-бармоқли ичак меъда ости беги бошчасини тақа кўринишида букиб, Трейц бойлами олдида дуоденоюнал букилма ҳосил қилади. 12-бармоқли ичакда 4 қисм қайд қилинади: юқори горизонтал, пастга тушадиган (унга умумий ўт йўли ва меъда ости беги йўли қуйилади), пастки горизонтал ва юқорига кўтариладиган қисм.

Меъда танаси билан антрал бўлим ўртасида бурчак кемтигига мувофиқ келадиган оралиқ эгат чегара бўлиб ҳисобланади. Меъдани шу тарзда бўлиш меъданинг гистологик тузилишига ва физиологик хусусиятларига мувофиқ, келади.

Меъда қон билан қорин аортаси тармоқларидан таъминланади. Томир-ларнинг аъзолар ичидаги катта алоқалари, уларнинг анастомозлари қон таъминотининг мўллигини келтириб чиқаради. Бу ҳол эрозиялардан ва яралардан қон оққанда қон кетишини тўхтатишни қийинлаштиради. Меъда веналари артерияларга мос келади ва қопка вена тармоғи ҳисобланади. Меъда кардиал бўлимининг шиллик, пардаси остидаги қаватда веноз чигаллар портал системани юқори ковак вена системаси билан туташтиради,

бу портал гипертензияда веналарнинг варикоз кенгайишини диагностика қилишда ва даволашда ғоят муҳим.

Меъдадан лимфа оқиб кетадиган йўллар меъдада онкологик жараён сабабли ўтказиладиган радикал операцияларда муҳим аҳамиятга эга. Асосан томирлар йўли бўйлаб жойлашадиган асосий лимфатик соҳалар сони 3 та:

1) чап меъда артерияси соҳаси; 2) талоқ артерияси бўйлаб ўтган лимфатик томирлар; 3) жигар артерияси бўйлаб жойлашган лимфатик тугунлар.

Бу учала асосий артериялар тармоқлари бўйлаб жойлашган тугунлар биринчи тартибдаги лимфатик тугунлар, бу артерияларнинг ўз тутами бўйлаб жойлашгани - иккинчи тартибдаги тугунлар, қорин артерияси бўйлаб жойлашгани эса учинчи тартибдаги лимфатик тугунлар деб аталади. Меъдани интрамурал нерв чигаллари, адашган нервлар ва қуёш чигалидан симпатик нервлар иннервация қилади.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қўшимча тутамлар кўринишидаги адашган нервлар, ўнг тутамдан чиқадиган ва қизилўнғачнинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қўшимча тармоғи муҳим аҳамиятга эга. Бу қўшимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль ўйнайди. Адашган нерв тутамлари секретор фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади,

унинг охирги 2-4 тармоқлари эса мотор функциясини бошқаради. Олдинги ва орқа Латарже тармоқлари орасида антрал бўлим соҳасида ҳам, танаси ва ҳатто кардия соҳасида ҳам коллатераллар бўлади.

Меъда секрецияси бутун ҳазм қилиш даври мобайнида ўзаро таъсир қиладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазани таъминлаб беради, у ўрта ҳисобда тахминан ярим соат давом қилади ва секрециянинг гўё иш солиш механизми ҳисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овқатнинг меъдадан 12-бармоқли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охирги маълумотларга кўра овқат ейилгандан кейин меъдани бўшашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади.

Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантиришни 1905 йил Эджинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф ҳолда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал бўлими шиллик пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90%гача), 12- бармоқли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, ҳатто меъда ости безидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда C-хужайралар оқсил овқат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг ўзи ички омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости бези ферментлари секрециясини рағ-батлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради.

Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юқори бўлимларида меъда секрециясини рағбатлантирадиган энтерогастрон ҳосил бўлади деб ҳисобласалар, бошқалари ингичка ичакда оқсил парчаланишида гистамин ҳосил бўлади деб ҳисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секрецияни фақат қўзғатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсирига ҳам эга. Бирок, бу вагус иннервацияси сақланиб қолган тақдирдагина шундай бўлади.

Меъдада 3 та секретор безсимон соҳалар фарқланади:

Кардиал - овқат лукмаси учун қулай шароит яратадиган шиллик ажратади.

Фундал безлар, хужайраларнинг 4 туридан ташкил топган: бош хужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки қоплама) хужайралар хлорид кислота ва Кастл ички омилни ажратади; қўшимча хужайралар буфер хоссаларга эга шиллик ишлаб чиқаради; дифференциацияланмаган хужайралар - улардан қолган хужайралар ривожланади.

Антрал безлар хужайрадан ташқари суюқлик рН ига яқин бўлган рН ли эрийдиган шиллик, ва гастрин гормони ажратади.

Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан қопланган бутун шиллик пардаси шиллик пардани ўз-ўзини ҳазм қилишдан ҳимоя қиладиган ва уни парда кўринишида бекитиб турадиган асосий восита ҳисобланган шиллик ажратади.

12-бармоқли ичак шиллик пардасида эндокрин хужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чиқарадиган C-хужайралар, S-хужайралар - секретин, J – ху-жайралар - панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси ҳосил бўлади. Овқатда хлорид кислота, пепсиногендан ҳосил бўладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овқатнинг 12-бармоқли ичакка порция-порция бўлиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал бўлими функцияси таъминлаб туради.

Диагностик текшириш усуллари

Меъда шираси анализи. Текширув нахорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йиғилган суюқлик аспирация қилинади. Сўнгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислотанинг базал ишланиши кўрсаткичлари бўйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тўғрисида билвосита хулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секретияни ўрганишнинг энг аҳамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши бўйича шиллик парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қўшимча таъсири бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги 1 соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция ҳажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула бўйича аниқланади:

НС1 дебити = меъда шираси ҳажми(мл)х НС1 титр бирлиги

1000

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги норматавлари фарқ қилинади: соатлик ажралиши – соатига 180 - 220 мл; кислотанинг базал ишланиши –соатига 18 - 20 ммоль; ёши улғайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст - соатига 15 - 20 ммоль. Нормада базал секреция кўрсаткичлари: соатлик ажралиши - соатига 50 - 100 мл; кислотанинг базал ишланиши - соатига 4,5— 5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция кўрсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармоқли ичак ярасида - гиперацид (соатига 40 - 45 ммольгача), секретиянинг бирмунча юқори кўрсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер - Эллисон синдроми бўлиши мумкинлиги ҳақида ўйлаш лозим (бундай ҳолларда зардоб гастринини ўрганиш зарур).

Холландер инсулин тестини қўлланишда 10 кг тана оғирлигига 2 ТБ ҳисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йиғилади (ҳар 15 минутда 8 порция). Тест қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда ўтказилади. Бу тестни қўлланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ қилиш имконини беради. Бироқ, у Кей тестига қараганда кам маълумот беради, уни ҳозирги вақтда ҳам қўлланилади. Ёши улғайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН муҳити ўзгаришини қайд қиладиган митти капсула - радиоузатгич ўрнатилади, у маълумотни қабул қилиб қайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик кўринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниқлаш усули ҳам бор. Бу усул беморлар учун оғирроқ бўлсада, бироқ рН ни танада ҳам, антрал бўлимда ҳам бирданига аниқлашга имкон беради.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниқлаш ўртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи ҳолда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг ҳақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли бўлимларида бир вақтнинг ўзида аниқланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тўлдирди. Ёши улғайган ва кекса одамларда, шунингдек оғир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини қўллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилинич хирургияда текширишнинг рентгенологик усуллари - обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра

тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали ҳолларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция қилиниб такрор рентгенографияда) катта аҳамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш наҳорда ўтказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай микдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озроқ микдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сўнг шиллик парда рельефи аниқланади, сўнгра “тиғиз” тўлдиришда шакли, жойлашиши, катта-кичиклиги, контурлари, сўрилувчанлиги, бўшалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик ўзгаришлар (тўлиш нуқсонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги ҳолати, унинг деформацияси, оғриқ нуқталари аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик ўзгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли бўлимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор ҳолларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда қўлланилиши мумкин:

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;
- 2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум ҳолатида билан томография ўтказиш.

Уч марта контрастлаш - бу меъдага газ киритиш, пневмоперитонеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармоқли ичак ҳолатини батафсил ўрганиш учун (асосан панкреатобилиар соҳаси ҳолатини ва жараёнини ўрганиш учун) ўтказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармоқли ичак томонидан патологияни аниқлашнинг энг кўп маълумот берадиган усули бўлиб, фибротолали оптика ёрдамида ўтказилади. Эрталаб наҳорда бажарилади, бироқ шошилиш ҳолларда зарурат бўлганда сутканинг ҳар қандай вақтида меъда бўшалишидан сўнг ўтказилиши ҳам мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллик пардада бўлган ҳар қандай арзимаган ўзгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошланғич босқичдаги ўсмалар аниқланади, биопсия қилиш имконияти борлиги хавфли ўсмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика қилишда бу усулнинг ниҳоятда қимматли эканлигини кўрсатади. Бу усул операция қилинган меъда шиллик пардаси, чоклар, ингичка ичак ҳолати тўғрисида етарлича аниқ тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар қилишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (қон кетишини тўхтатиш, тўсиқ, соҳасига зондлар киритиш ва бошқалар) ўтказишга имкон беради.

Лапароскопия шубҳали ҳолларда яра перфорациясини қорин бўшлиғининг бошқа аъзолари патологиясидан дифференциация қилади, хавфли жараённинг тарқалганлигини аниқлаб беради, биопсия олишга имкон беради.

Меъда ва 12- бармоқли ичакнинг яра касаллиги

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшлиқда унинг дуоденал формаси, кексалиқда меъда яраси учрайди. Эркак ва аёлларда учраш

нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал ҳужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва руҳий зўриқишлар, шикастлар, куйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлинггер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра дефекти ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллиқ парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва химоя омиллари (шиллиқ парда резистентлиги, ишқорий секретция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллиқ пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг дефекти (нуксони) яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллиқ парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини камраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандиқ қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (бахор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнашига хос бўлади. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдидан овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида ҳам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги – гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин миқдорини текшириш керак.

Меъданинг яра касаллиги

Меъда ярасининг 3 тури фарқ қилинади (Jonson, 1965):

I тури - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II тури - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари;

III тури - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллиқ пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тескари диффузияси эса шиллиқ парданинг бевосита жароҳатига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллиқ парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллиқ парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлаша-диган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота миқдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тескари диффузлани-ши, қоплама хужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимининг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинрок, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III тури) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсик соҳасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг микдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - оғриқ, тинч шароит - енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талок ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III тури) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атурик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғриқ, бўлмайти (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), циклилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталилигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Камаров Б.Д. Прободная язва желудка и 12 перстной кишки. //Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Медицина. 2000.
2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв. //Хирургия 2001. №6 с. 15-19
3. Курыгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании с пилоропластикой: Автореферат диссертации доктора медицинских наук – Л, 2002 с.30
4. Зубарев П.Н., Качетков А.В., Комбинированная ваготомия в хирургическом лечении больных с дуоденальной язвой. //Вестник хирургии 2000. №4 с. 25-28.

5. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. //Вестник хирургии 1999. с. 17-19
6. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. Выбор способа ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Клиническая хирургия 2000. №4 с. 47-52
7. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Результаты применения ваготомии при гастродуоденальных язвах //Хирургия 2002 №4 с. 3-6
8. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе. //Хирургия 1999. №6. с. 23-24.
9. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2000. №25 (1) P.61-67
10. Bitsch V. Gastric secretory pattens before and after vogotomy //Lancet – 2000 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
11. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2000. vol. 198. №2 p. 142-145

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?

Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?

Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган омиллар?

Меъда яра касаллиги нима?

Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?

12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси холати?

Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?

Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?

12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Вазиятли масалалар

32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан куйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камкуватлик, бош айланиши, кўзларида коронгулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриксиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш услуби.

Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

“К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озгинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиритишга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин ориқлаган, териси қуруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғрикли. Туқуллатиб қуйилганда ориқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000; гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

7- Маъруза мавзуси : “МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОКЛИ
ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Гастродуоденал қон кетиш сабаблари, классификацияси, ташхислаш усуллари. 3. Гастродуоденал қон кетишларда консерватив, миниинвазив ва анъанавий оператив даво усулларига кўрсатмалар, бажариш техникаси. 4. Гастродуоденал қон кетишларнинг консерватив даволашнинг самарадорлиги, қайталаниш профилактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“Меъда ва ун икки бармокли ичак ярасидан қон кетиш”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш	Тинглайдилар

босқич (55 дақиқа)	2. Кўрғазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
3- якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 7 “МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар
2. Гастродуоденал қон кетиш сабаблари, классификацияси, ташхислаш усуллари.
3. Гастродуоденал қон кетишларда консерватив, мининвазив ва анъанавий оператив даво усулларига кўрсатмалар, бажариш техникаси.
4. Гастродуоденал қон кетишларнинг консерватив даволашнинг самарадорлиги, қайталаниш профилактикаси.

Меъда ва 12 бармоқли ичак ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШ

Ярадан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади. Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги кўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади. Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди. Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллик пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Гастродуоденал қон кетишининг бош белгиларидан бири «кофе қуйкаси» типдаги ёки қирмизи қон рангли қон аралаш қайт қилиш (гематемезис) ҳисобланади. Қусуқ массаларининг характери бўйича аксарият қон кетиш манбаи тўғрисида хулоса чиқариш мумкин. Қирмизи қизил қон ёки олча ранг ивинди манбаи меъдада бўлган қон кетиши учун, «кофе қуйкасига» ўхшаш қон манбаи 12-бармоқли ичакдан қон кетиши учун хос. Мўл қон кетишларда ҳатто дуоденал ярадан қон аралаш қусиш кузатилиши эҳтимол. Меъдадан қон кетишининг бошқа патогномик симптоми қатронсимон ахлат (мелена), айрим ҳолларда олча ранг ахлат бўлиши мумкин. Қон рангининг ўзгариши меъдада гематин хлорид (яра касаллигида кислоталилик нормал ёки ошган) ҳосил бўлиши билан, қатронсимон ахлат - ичакда гемоглобинлар темир сульфат ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Мўл қон кетиши меъданинг тез бўшалишига, перистальтикаси кучайишига ва қора рангли ёки кам ўзгарган қон аралаш бадбўй мўл суяқ ич келишига сабаб бўлиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади:

I даражаси - кам қон йўқотади, гемодинамиканинг бузилишлари кам бўлади. Қон томир уриши оз-моз тезлашади, артериал босим нормал. МВБ танқислиги керагидан 5 фоизгача, гемоглобин 100 г/ л дан юқори.

II даражаси - кўпроқ қон йўқотади. Беморнинг аҳволи ўртача оғирликда, бўшашган, тери қопламлари рангпар. Қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 80 мм гача. Гемоглобин 80 г/л.

III даражаси - беморнинг умумий аҳволи оғир, ранги кескин бўзарган, уни совуқ тер босган, қон томир уриши тезлашган, артериал босими симоб устуни ҳисобида 60 мм гача пасайган. МВБ танқислиги керагидан 30 фоизгача, гемоглобин 50 г/л.

IV даражаси - мўл қон йўқотиб, бемор узоқ вақтгача ҳушидан кетади, бу ҳолат агонал ҳолатга яқин бўлади. Қон томир уриши ва босим амалда аниқланмайди. МВБ танқислиги 30 фоиздан юқори. Бундай кўп қон йўқотишлар бемор ҳаёти учун жиддий хавф туғдиради ва зудлик билан глобуляр ҳажм танқислигини, қоннинг плазма ҳажмини қон қуйиш, эритроцитар масса қуйиш, изотоник эритмалар юбориш билан тўлдиришни талаб этади.

Трансфузион терапия қон йўқотилишига боғлиқ: чунончи, МВБнинг 10 фоизга танқислиги деярли коррекцион терапияни талаб этмайди, МВБ танқислиги 20 фоиз атрофида бўлса, қон ўрнини босадиган

суюқликлар (плазма, альбумин, протеин ва б.) қуйилиши шарт. 25-35 фоиз МВБ атрофида қон йўқотилиши эритроцитар масса (1/2 г ҳажм) ва кейинчалик қон ўрнини босадиган суюқликлар (юқори молекуляр декстранлар, кристаллоид препаратлар) билан тўлдирилади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилишч эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади: 1) қуруқ ва натив плазмами 20-30 мл дан ҳар 4 соатда бўлиб-бўлиб юбориш; 2) 1% ли викасол эритмасини суткасига 6-8 мл гача мушак тўқимасига юбориш; 3) вена ичига 1 % ли кальций хлорид эритмаси юбориш (унинг 10% ли эритмасини юборишдан сақланиш керак, чунки у қайта қўстириб қон кетишини кучайтиради); 4) желатинол, поливинолни вена ичига юбориш; 5) эпсилонаминокапрон кислота 5% ли эритмасини 100- 200 мл дан ҳар 5-6 соатда юбориш; 6) қон ивиш системасини яхшилашга ёрдам берадиган дицинон, питуитрин ва бошқа препаратларнинг эритмаларини вена ичига юбориш; 7) меъдани локал гипотермия қилиш - музли халтача қўйиш, муз бўлакчаларини шимдириш, махсус аппарат билан гипотермия қилиш; 8) эндоскопик тўхтатиш (диатермокоагуляция, лазер таъсири).

Волемик бузилишлар МВБ, умумий статусни қатъий назорат қилиб турган ҳолда коррекция қилиниши (изга солиниши) керак. Беморга қон кетиши тўхтагандан кейин ҳам 10-12 кунгача ўринда ётиш тавсия этилади.

Шошилишч операцияга кўрсатмалар бўлмаганда кейинги тактика ва операция усулини танлаш аниқланмаган ўзгаришларга, беморнинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фониди рўйрост геморрагик шокда шошилишч операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилишч операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилишч операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллёз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан

хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Кўпинча пенетрация қиладиган дуоденал яраларда қонаб турган ярани пилоропластика ва ваготомия (яхшиси, ствол ваготомияси) билан тикиш энг маъқул операция ҳисобланади. Қўшилиб келган яраларда ствол ваготомияси ва антрумэктомия ёки меъданинг бирламчи резекциясини қилиш керак.

Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиқсимон оғрик, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у энгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ёйилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, холсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик нахорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин кўзгатирилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик энгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюклашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки кутби тароқсимон чизиқдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер қўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни қунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ўтқишишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усуллари асосан 3 тури кулланилади: I- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I (расм 1,2,3) ёки гастроэнтеро- анастомоз Бильрот- II усулида бажарилади (12-бармоқли ичак-нинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қўшилиб келиши; дуоденостаз бўлганда ҳам), икки томонлама ствол ваготомияси билан антрумэктомия (ўша кўрсатмалар бўлганда ва кислоталиликнинг юқори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бироқ операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, ҳолсизланган ва кекса беморлардагина қўлланилиши мумкин, чунки сақланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; III-аъзони сақлаб қоладиган операциялар ваготомиянинг турли вариантлари (ствол, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга ўтказиладиган меъдани дренажловчи операциялар.

АДАБИЁТ

1. Апигорчев С.Г., Корытцев В.К. Дуоденал яраларда қон кетиш ва унда хирургик тактика //Хирургия 1999 №6 с. 20-22
2. Бабалич А.К. 12 бармоқли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
3. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал қон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник-Хирургия 2000 №4 Там 158. б. 60-64 с. 16-34.
4. Гуриин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. Меъда касаллигида оператив давонинг кенг қўлланиши. //Вестник хирургии 2002. б. 17-19.
5. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. 12 бармоқли ичак яра касаллигида ваготомиянинг қўлланиши //Клиническая хирургия 2001. №4 б. 47-52
6. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармоқли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг қўлланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
7. Курьгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
8. Мартироссов Ю.К. Гигант гастродуоденал яралар, асорати қон кетиш ва хирургик даволаш йўллари //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. №6 б. 73-75.

9. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Гастродуоденал яраларда ваготомиянинг натижалари //Хирургия 2001 №4 б. 3-6

10. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. 12 бармоқли ичак касаллиги асорати кон кетиш пайтида хирургик даво. //Хирургия 2003. №6 б.23-24.

11. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2001. №25 (1) P.61-67

12. Bitsch V. Gastric secretory pattens before and after vogotomy //Lancer – 2001 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291

13. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exreriencе with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2002. vol. 198. №2 p. 142-145

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назоратсаволлари:

Перфоратив яра касаллигида беморларнинг асосий шикоятлари?

Перфоратив яра касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?

Перфоратив яра касаллигида беморни қорни соҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?

Перфоратив яра касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белгилари?

Перфоратив яра касаллигининг клиник белгилари?

Перфоратив яра касаллигида қўлланиладиган типик операция?

Яра касаллигида перфоратив тешикни тикиш иложи бўлмаган ҳолда қўлланиладиган операция турлари?

Перфоратив яра касаллигида қайси ҳолларда радикал операция қилинади?

Яра касаллигида кон кетишининг сабаблари?

Ўткир гастродуоденал кон кетишда беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?

Гастродуоденал қон кетишда беморларнинг асосий шикоятлари?

Гастродуоденал қон кетишнинг сабабларини аниқлаш усуллари?

Давом этаётган ёки қайталанган қон кетишда жаррох тактикаси?

Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?

Яра касаллигида қон кетганда қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?

Гастродуоденал қон кетишда қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?

12 бармоқ ичак яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?

Меъда яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?

Вазиятли масалалар

1. 46-ёшли М. Исмли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камкуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронгулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг ташхисингиз?

Даволаш услуби.

Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

“К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озгинлик, оғзидан ёмон хид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиришга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси қуруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассимерттик юмшоқ кам оғриқли. Тукуллатиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

8- Маъруза мавзуси : “ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК
ЯРА АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ)”

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1.Тарихий манбалар 2. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация) нинг этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, ташхислаш усуллари. 3. Стеноз, пенетрация, малигнизацияни консерватив ва оператив даволашга кўрсатмалар, бажариш техникаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА АСОРАТЛАРИ
(СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ),”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқи-чи ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	2. Муस्ताқил иш беради	Тинглайди
Муस्ताқил таълим	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 8 “ОШҚОЗОН ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ),”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Тарихий манбалар

2. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация) нинг этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, ташхислаш усуллари.

3. Стеноз, пенетрация, малигнизацияни консерватив ва оператив даволашга кўрсатмалар, бажариш техникаси.

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни кўзийди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20-50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фонида пайдо бўлади («соков» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизида 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимнинг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Касаллик патогенезида меъда ва дуоденал суюқликнинг озод қорин бўшлиғига доимий оқиб туриши катта аҳамиятга эга, у аввалига шокка олиб келади. Кичкина тешикнинг фибрин, чарви, яқинда жойлашган аъзолар, қаттиқ овқат бўлакчаларидан бекилиб қолиши жараённи чегаралайди: бу ҳолда усти ёпик перфорация юз бериши эҳтимол. Яра қорин бўшлиғи орқасига, кичик чарвига, кўкс оралиғига тешилганда камдан-кам юзага келадиган атипик клиника пайдо бўлади.

Тешилган яралар ўткир ёки сурункали характерга эга, якка ёки кўп сонли бўлади.

Тешилган яралар классификацияси

(Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)

I. Этиологияси бўйича: яралар ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпик тешилиши, атипик тешилиши

Тешилган гастродуоденал яраларнинг клиник манзараси. Тешилган гастродуоденал яраларнинг классик клиник манзараси тарихий ривожланишга учрамаган. Тешилишнинг асосий симптоматикаси (Г. Мондор триадаси): «ханжар» билан урилгандек тўсатдан пайдо бўлган оғрик, қорин мускулларининг қаттиқ таранглашуви, яра анамнезидан иборат.

Дарҳақиқат, кучли оғриқларнинг тўсатдан пайдо бўлиши бирорта касалликда ҳам перфорациядаги каби яққол юзага чиққан бўлмайди. Бундай беморлар оғриққа чидаб бўлмайдиган даражадаги шикоят қайд қиладилар. «Катта ёшдаги забардаст» одамнинг юз қиёфасидаги ғам-ғусса у тортаётган чексиз азоб-уқубатларни ифодалаб туради» (Г. Мондор).

Оғриқ аввалига эпигастрийда, бунда 12-бармоқли ичакда кўпроқ, ўнг томонда жойлашади, сўнгра қориннинг бутун ўнг ярми бўйлаб тарқалиб, ўнг ёнбош соҳани, кейин бутун қоринни қамраб олади. Оғриқнинг елкага ёки ўнг куракка, кичик чанокқа тарқалиши характерли. Қусиш камдан-кам перитонит ривожлангандагина кузатилади. Стенозловчи яралар тешилганда яра тешилишидан олдин бемор қайт қилади.

Бемор, одатда, чалқанча ёки ёнбоши билан оёқларини қорнига тортиб ётади, рангги оқариб кетган, кўрқув остида, совуқ, тер чиқиши мумкин. Тез-тез, юза нафас олади, қон томир уриши аввалига сийрак, артериал босими пасайиши мумкин.

Тили дастлабки соатларда нам, кейин қуруқлашади, қараш билан қопланади. Оғриқ, билан бир вақтда бошқа симптом - қорин олди девори мушакларининг таранглашуви пайдо бўлади («тахтасимон», қайиксимон ичига тортилган қорин), тарангланиш аввал эпигастрийда, сўнгра бутун қорин бўйлаб жойлашади.

Касалликнинг дастлабки соатларида ректал текширувда чанок қорин пардасида кескин оғриқ борлигини аниқлаш мумкин. Париетал қорин пардаси нерв охирилари сезувчанлиги бузила борган сайин оғриқ аста-секин босилади, бироқ бемор аввалгидай ҳаракатсиз ётади. Умумий ҳолати яхшиланади, олдинги қорин девори қаттиқлашиши камаяди, кам оғриқди, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ камаяди, яъни «сохта тузалиш» даври бошланади (II давр). Яра тешилиш вақтидан кечикиб 6-12 соат ўтгач операция қилиш кейинги давр ривожланишига - перитонитга олиб келади. Перитонит унинг ҳамма клиник манзараси - қон томир уриши тезлашуви, тил қуруқлиги, интоксикация сабабли умумий аҳволнинг оғирлиги, қорин дам бўлиши, ел чиқмаслиги, ич келмаслиги, кўп марталаб қайт қилиш юзага келади. Бу даврда диагноз ҳам, хирургик ёрдам ҳам одатда кечиккан бўлади.

Яра тешилиши учун характерли симптом қорин бўшлиғида озод газ борлиги ҳисобланади, у диафрагманинг ўнг гумбази остида йиғилади. Рентгенологик текширишда бир ёки иккала гумбазлар остида йўл-йўл ёруғ чизик кузатилади.

Усти ёпиқ тешилиш. Тешилган яранинг тўсатдан пайдо бўлган типик клиникаси 1-2 соатдан кейин сўнади, оғриқ камаяди, мушакларнинг таранглашуви бардам топади, оз-моз оғриқ, бўлади ва мушаклар таранглиги эпигастрийда кузатилади, холос. Беморларнинг аҳволи шунчалик ях-шиланадики, улар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар.

Диагнози ва дифференциал диагнози. Тешилган гастродуоденал яранинг диагностикаси аввало анамнезга, бемордан синчиклаб сўраб-суриштиришга, физикал текшириш маълумотларига асосланади ва рентгенологик ҳамда лаборатория маълумотлари билан тўлдирилади.

Перфорация узоқ вақтгача яра касаллиги билан оғриб юрган беморларда (рентгенологик тасдақланган); яра касаллиги белгилари бўлган (нордон кекирадиган, оч қоринга ёки овқатдан кейин оғриқ пайдо бўладиган, мунтазам сода ичиб турадиган), бироқ ҳеч қачон текширишлардан ўтмаган ва яра борлиги тўғрисида шубҳа қилинмаган шахсларда юз бериши эҳтимол. Учинчи гуруҳга «диспептик ўтмиши» бўлган, бироқ уни унутиб юборган ва ҳозирги касаллигини аввалги ҳазм бузилишлари билан боғлиқ деб ўйламаган шахсларни киритиш мумкин. Тўртинчи гуруҳга «соқов» яраси тешилган беморлар киритилади.

Беморда продромал давр борлиғига - жараённинг кучайиши ёки қўзиши - эпигастрийда оғриқ, кўнгил айниши, субфебрил ҳарорат, қусишга аҳамият бериш зарур.

Диагностика учун касалликнинг ўткир бошланиши, беморнинг ўзига хос ҳолати, ташқи кўриниши, қон томир уриши ва қон босими маълумотлари қатта аҳамиятга эга. Қоринни текширишда перфорациядан кейин

ўтган фурсат ҳақида унутмаслик керак: дастлабки соатларда ифодаланган «тахтасимон» таранглашув кейинроқ, перитонит авж олгандан кейин қорин дам бўлиши кузатилиши мумкин. Ҳар хил ёшдаги беморларда - кексалар, аёллар ва бошқаларда қорин деворининг бўшашган бўлишини назарда тутиш лозим.

Перкуссияда озод газ борлиги 50-60 фоиз беморлардагина, рентгенологик текширувда эса 75-80 фоиз беморларда аниқланади. Бемор тик турганда ёки чап ёнбоши билан ётганида рентгенодиагностика қилиш - беморни текширишнинг асосий диагностик усули бўлиб, диафрагма гумбази устида озод газни аниқлашга (ўнгда ёки чапда) қаратилади.

Ноаниқ ҳолларда беморга 1-2 қултум сувда эрувчан контраст модда беришга тўғри келади, рентген текширувида унинг меъда контурлари ташқарисига чиқиши перфорациянинг абсолют белгиси ҳисобланади. Баъзан пневмогастрография ўтказиб (меъдага ҳаво юбориш) такрор рентгенография қилишдан фойдаланилади. Диагностика қилиш мушкул бўлган ҳолларда гастрофибродуоденоскопия ёки лапароскопия қилиш керак бўлади.

Лаборатория текширувида қон ва сийдик томонидан бирор специфик бузилишларни аниқлашга муваффақ, бўлинмайди, бироқ, перитонит ривожланганда лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ифодаланган бўлади.

Тешилган ярани яра касаллигининг қўзишидан фарқ қилиш зарур, бунда оғрик характери унчалик кучли эмас, руй-рост таранглашиш, озод газ йўқ.

Ўткир холецистит билан аксарият ёши ўтган семиз аёллар касалланадилар, уларнинг анамнезида ўнг қовурғалар остида ёғлик овқат ейиш билан боғлиқ бўлган қайталанадиган оғрик бўлади. Оғрик ўнг қовурғалар остида жойлашади. Орқага, елкага, куракка берилади, доимий бўлади. Кўп марта қусиш билан ўтади. Мускуллар таранглиги кам ифодаланган, ўт пуфаги пайпасланади, лейкоцитоз ифодаланган.

Ўткир панкреатит учун ўткир кескин доимий оғриқлар хос, бироқ улар ўраб оладиган характерга эга ва парҳез бузилиши билан боғлиқ (ёғлик ёки кучли овқат ейиш, ичкилик ичиш). Бемор бир неча марталаб қайт қилади, у яра тешилганидаги каби ҳаракатсиз эмас, мускул таранглашуви одатда бўлмайди, Мейо - Робсон симптоми яхши ифодаланган, қонда амилаза миқдорининг кўрсаткичлари ошган бўлади.

Ўткир аппендицит билан дифференциал диагностикаси энг қийин, чунки ҳар иккала ҳолда ҳам касаллик эпигастрийда оғрик пайдо бўлишидан бошланиб, кейинроқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади. Бироқ ўткир аппендицитда бу оғриқлар сустрок, эпигастрийда мускуллар таранглашмаган, ўнг ёнбош соҳада симптоматика бирмунча юзага чиққан. Касаллик кучайиб кетган ҳолларда ривожланиб бўлган перитонит фонида дарднинг сабаби аксарият ўрта лапаротомияда аниқланади.

Миокард инфаркти (гастралгик формаси), стенокардиянинг бошланғич босқичларидаги ўткир бошланиш перфоратив яра клиникасига ўхшаб кетиши мумкин. Бемор ёшининг улўғлиги, анамнезда тез-тез стенокардия борлиги, тез аритмик қон томир уришида бемор ҳолатининг оғирлиги, артериал босимнинг пасайганлиги, юрак тонларининг бўғиқлиги, электрокардиографик ўзгаришлар, жигар тўмтоқлигининг сақланиб қолиши юрак патологиясидан далолат беради.

Базал зотилжам ва плеврит учун ҳам ўткир бошланиш, қориннинг юқори қисмида муайян жойлашган ўрни бўлмаган оғрик хос бўлади. Беморнинг актив ҳатти-ҳаракати, юза нафас олиш, бурун қанотларининг ҳаракати, ҳарорат, ўпка томонидан олинадиган маълумотлар, қорин томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги - буларнинг жами рентгенологик текширув ёрдамида аниқланадиган тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал диагностикани касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки соатларда ўтказиш мумкин; у бирмунча қийин ва анчагина вақт ўтгач ва туташ перитонит клиникаси юзага чиққандан кейин ўрта лапаротомиядагина ўтказилиши мумкин.

Даволаш. Касалхонага ётқазилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган воситаларни сира юбориб бўлмайди. Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Консерватив даволаш тешилиш вақтидан 2 сутка ўтгач ўтказилиши мумкин, бунда тешиқ усти бекилган, беморнинг умумий аҳволи қониқорли, тешиқ яхши чегараланган бўлади, чунки инфилтрат бўлган шароитларда операция қилиш асоссиз шикастланиб қолишга сабаб бўлиши мумкин.

Вангенстин ва Тейлорнинг тешилган яраларни даволаш учун меъда суюқлигини доимий аспирация қилиш усули (консерватив усул) ўз вақтида танқид қилинган эди. Бироқ бемор операциядан қатъиян бош тортганда ёки унинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлган ахён-ахён ҳолларда бу усул - қўлланилиши мумкин.

Операциядан олдинги тайёргарлик имкон борича қисқа бўлиши ва шокни даволаш, дезинтоксикацион тадбирлар, меъдага зонд қўйишни ўз ичига олиши керак.

Операция характери ҳар кимнинг ўзига хос бўлиши ва беморнинг аҳволига, ярадаги ўзгаришлар характерига, шунингдек хирург ва ёрдамчи хизматларнинг техник имкониятларига боғлиқ.

Тешилган ярани чарви билан пластика қилиб тикиш бошқа операциялар ўтказишга кўрсатмалар бўлмаганда, туташ перитонитда, ёш беморларда ёки, аксинча, кекса ёшдаги беморларда, зарур инструментарий, аппаратура йўқлигида, хирург малакаси етарлича бўлмаганда қўлланилади.

Тешилган ярани тикиш беморни перитонитдан қутқариб, яра касаллигига бардам бера олмайди ва кейинчалик беморларнинг 40-50 фоизи бу касалликнинг турли асоратлари сабабли такрорий операция қилинишга мажбур бўладилар.

Тешилган ярани бекитишнинг бошқа кўпгина пластик усуллари ҳам паллиатив операциялар гуруҳига киради ва уларни қўлланишнинг кейинги натижалари шунча қониқарсиз оқибатлар процентини беради.

Қорин бўшлиғи микрофлора ҳолати ва унинг характерини яра этиологияли перитонит ва бошқа этиологияли перитонитлар билан таққослаб ўрганиш шуни кўрсатдики, меъда-ичак тизими дистал йўналиши бўйлаб анаэроб микроорганизмлар кўпайиб бориши кузатилади. Шунга мос равишда бактериялар концентрацияси ҳам ўзгаради. Гастродуоденал перитонитларда қорин бўшлиғининг нисбатан кам миқдорда микроблар билан ифлосланиши кузатилади. Ўтказилган микробиологик текширувлар бундай ҳолатларда радикал жарроҳлик амалиётларини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини асослаб берди.

1928 йилда С. С. Юдин жорий қилган тешилган яраларда меъдани бирламчи резекция қилиш бизнинг мамлакатимизда ҳам, чет элда ҳам талайгина олимларнинг даққат-эътиборини қозонди. Яра касаллигини даволаш учун ўтказилиши мумкин бўлган радикал жарроҳлик амалиётларининг кўрсатмаларини аниқлашда қорин бўшлиғи микрофлора ҳолатини ўрганишдан ташқари қуйидаги омиллар бўлиши зарурдир: меъда резекция учун мутлақ, кўрсатмалар борлиги (стеноз, профуз қон кетиши, малигнизацияга шубҳа бўлиши); нисбий кўрсатмалар борлиги: яра пенетрацияси, унинг каллёз характери, антрал бўлим ва катта эгриликдаги яралар, яра анамнезининг давомлилиги, илгари қайталаниб турган қон кетишлар борлиги (перфорация

вақтидан операциягача ўтган вақт 6 соатдан ошмаган тақдирда, тажрибали хирург ва техник жиҳозланган операция хонаси, оғриқсизлантириш учун зарур шароитлар борлиги).

Тешилган яраларда меъдани резекциясини бажариш натижалари тешилган ярани тикиб қўйишдан афзалдир, бироқ уни ўтказиш учун кўп сонли шароитларнинг зарурлиги бирламчи резекциялар сонини бирмунча камайтиради.

Кейинги ҳол тешилган яралар шошилишчи хирургиясига аъзони сақлаб қоладиган ва ваготомия билан бирга қилинадиган операцияларнинг турли вариантлари кенг жорий қилиниши билан боғлиқ. Ярани кесиб қилинадиган ствол ваготомияси ва пилоропластика энг маъқул усул саналади.

Радикаллиги нуқтаи назаридан бу операция меъдани бирламчи резекция қилишга тенглаштирилиши мумкин. Айни вақтда камроқ шикастлантириши ва ўлимнинг бирмунча пастлиги, уни хирурглар томонидан одатдаги шароитларда қўлланиш мумкинлиги бу операцияни истиқболли қилади.

Тешилган яраларда операциянинг энг муҳим томони операция пайтида қорин бўшлиғининг тўлиқ санақияси ҳисобланади. У нечоғлиқ пухта ўтказилган бўлса, операциядан кейинги давр шунчалик осон ўтади ва йирингликлар ҳосил бўлиши учун имкониятлар камаяди.

Яра пенетрацияси

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости бези, жигар, қўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак туткичи, диафрагма, талоққа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости безига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости бези бошчасига пенетрация бўлганда сариқлик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқа-лади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалуқли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан

ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғрик характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Эҳтимол малигнизация диагностикаси унга шубҳа туғдирган дастлабки белгилардаёқ ўтказилади (меъда яраси бўлган беморлар ҳар 3-6 ойда мунтазам текширилиб туришлари лозим). Рентгенологик белгилар одамда кеч пайдо бўлади (тўлиш нуқсони, четлари ўйиқлиги, инфильтрация ва бошқалар). Асосий текшириш усули гастродиброскопия қилиб, яранинг бир неча соҳасидан биопсия олиш ҳисобланади. Манфий гистологик жавоб малигнизация йўқ, деган маънони билдирмайди, чунки биопсия зонасига малигнизация бўлган қисм тушмай қолиши мумкин. Ҳар қандай шубҳалар бўлганда такрорий текширув ўтказилиши лозим. Айни вақтда малигнизацияга шубҳа бўлганда беморни операция қилиш керак. Меъда резекцияси асосий операция тури ҳисобланади. Бунда гастроэнтеро - ёки бўйича гастродуоденоанастомоз қўлланилади. Унинг сабаби меъданинг секрет чиқарадиган қисмини олиб ташлаш ва пилорик қисм механизмини тугатиш, шунингдек дуоденал пассажни йўқотиш бўлиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР:

1. Камаров Б.Ю. Меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилиш жарроҳлиги. М.: Гиббиёт. 2000.
2. Курьгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
6. Гуриин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. Меъда касаллигида оператив давонинг кенг кулланиши. //Вестник хирургии 2002. б. 17-19.
7. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. 12 бармокли ичак яра касаллигида ваготомиянинг кулланиши //Клиническая хирургия 2001. №4 б. 47-52
8. Мартироссов Ю.К. Гигант гастродуоденал яралар, асорати кон кетиш ва хирургик даволаш йуллари //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. №6 б. 73-75.

9. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Гастродуоденал яраларда ваготомиянинг натижалари //Хирургия 2001 №4 б. 3-6

10. Ратнер Г.Л., Корытцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. 12 бармокли ичак касаллиги асорати кон кетиш пайтида хирургик даво. //Хирургия 2003. №6 б.23-24.

11. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2001. №25 (1) P.61-67

12. Bitsch V. Gastric secretory pattens before and after vogotomy //Lancer – 2001 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291

13. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccesful exrerience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2002. vol. 198. №2 p. 142-145

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

Яра пенетрацияси нима?

Қайси аъзо ва тўқималарига яра пенитрацияланиши мумкин?

Ошқазон ичи нима?

Стеноз даражасининг рентгенологик характеристикаси?

Декомпенсациялашган стеноз беморларнинг асосий шикоятлари?

Декомпенсациялашган стенозда беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги муолажаларнинг ўзига хос хусусиятлари?

Стеноз қўлланиладиган операциялар?

Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?

Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?

Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган симиллар?

Меъда яра касаллиги нима?

Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?

12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?

Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?

Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?

12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Вазиятли масалалар

. “К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озгинлик, оғзидан ёмон хид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиритишга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси қуруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғриқли. Туқуллатиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000; гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин орриқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

2. 32-ёшли эркек киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Даволаш услуби.

3. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

9- Маъруза мавзуси : “ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ

КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1. Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси Қалқонсимон безни касалликлари турлари Эндемик бўқоқ Тиреотоксикоз Даволаш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш
босқичлари
ва вақти.

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

Тайёргарлик
босқичи

1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.
2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш
3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини

ишлаб чиқиш

1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалардан плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
3-якуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 9 “ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИГИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси

Қалқонсимон безни касалликлари турлари

Эндемик бўқоқ

Тиреотоксикоз

Даволаш

Қалқонсимон без яллиғланиш касалликлари

Қалқонсимон без касалликлари

Жаҳон адабиётида қалқонсимон без ҳақида қисқача маълумот бирламчи Гален томонидан берилган бўлса ҳам, унинг анатомик тузилиши ҳақида батафсилроқ маълумотларни Везалий (1543 й) ёзиб қолдирган. Безнинг қалқонга ўхшашлигига қараб, Wharton 1656 йили унга қалқонсимон без дея ном берди. Ички секретция безлари фаолиятида унинг тутган ўрни ва аҳамияти ҳақидаги тахминлар King (1836 й) га тегишли бўлиб, Вауманн (1896 й) бу безда йод моддасининг алоҳида йиғилишини кўрсатган.

Қалқонсимон безнинг инсон организми учун бўлган биологик аҳамияти, ўтган асрнинг иккинчи ярмига келгандан кейингина ойдинлашди. Тиреотоксик буқоқ жарроҳлигидаги илк қадамлар, қалқонсимон без субтотал субкапсуляр струмэктомиясини амалга ошириш техникасининг О. В. Николаев (1951) томонидан батафсил ишлаб чиқиши, бу соҳадаги катта ютуқлардан бири бўлди.

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчи-ларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Исломбеков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. Жумладан, С. А. Маъсумов бир қатор илм аҳли билан биргаликда, Ўзбекистонда буқоқнинг эндемик ўчоқлари бўйича қатор экспедициялар уюштириб, тадқиқот ишларини олиб борган, ҳамда буқоқ касаллиги профилактикаси ва давосига доир қатор чора-тадбирлар ишлаб чиққан. Жумладан, О.В. Николаев таклиф этган, кўпчиликка маълум бўлган - субтотал струмэктомия операция усулини такомиллаштирган. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озука моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Қалқонсимон без (glandula thyreoidea) деган номни Уортон, унинг қалқонга (thyreos - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпқа) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Қалқонсимон безни асосан 4 та артериал томири: ташқи уйқу артерияси тармоқларидан жуфт - юқори қалқонсимон артериялар ва ўмров артерияси-дан келадиган жуфт - пастки қалқонсимон артериялар қон билан таъминлаб туради. Баъзан қон таъминотида аорта равоғи ва номсиз артериядан тармоқланадиган бешинчи тоқ артерия қатнашади. Иннервация - симпатик ва парасимпатик нерв толаларилари орқали амалга оширилади. Қалқонсимон без йодланган гормонлар – тироксин, трийодтиронин (Т3), тетрайодтиронин (Т4), шунингдек йодланмаган тиреокаль, тиреокальцитонин гормонларини ишлаб чиқарилишида бевосита иштирок этади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмга овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортиқча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Йод бирикмалари қонда калий ва натрий йодидларини ҳосил қилади, улар оксидловчи ферментлар (пероксидаза ва цитохромоксидаза) таъсири остида оддий йодга айланиши мумкин. Қалқонсимон безда эса, йод моддасининг оқсил билан бирикмалари ҳосил бўлади. Йод атомлари тирозин оксили (тирозин аминокислотаси қолдиғи) билан гормонал активликка эга бўлмаган (йодланган тирозинлар) бирикмаларини: монойодтирозин (МЙТ) ва дийодтирозин (ДЙТ) ҳосил қилади. Булар эса, ўз навбатида актив тиреоид гормонлар: тироксин, тетраiodтиронин (Т4) ва трийодтиронин (Т3) га айланишда, асосий субстрат бўлиб хизмат қилади.

Қалқонсимон бездан томир ўзанига тушган тироксин қон зардобининг оқсиллари билан боғланади, бунинг натижасида қонда боғланган (протеинли) йод концентрацияси ортади, унинг миқдорини аниқлаш, қалқонсимон без секретор активлиги кўрсаткичи сифатида диагностик аҳамиятга эга бўлади.

Марказий нерв системаси, гипофиз ва қалқонсимон без орасида тўғридан-тўғри ва аксари боғланишлар мавжуд бўлиб, қалқонсимон без гормонлари синтези, ҳамда уни ишлаб чиқарилиши, улар орқали бошқариб борилади. Йод сақловчи гормонлар миқдори кўпайганда гипофизнинг тиреотроп фаолияти пасаяди ва аксинча, улар етишмаганда - ортади. Тиреотроп гормон ишланишининг ортиши, нафақат қалқонсимон без фаолиятининг ортишига ёки пасайишига, балки безнинг диффуз ёки тугунси-мон гиперплазиясига ҳам олиб келади.

Тироксин ва трийодтиронин инсон организмда кечадиган оксидланиш жараёнларини рағбатлантиради, хужайра ва тўқималарнинг нормал ўсиши учун зарур бўлган кислород сарфини кучайтиради, туз ва сув алмашинувида муҳим ўрин тутаяди, ҳамда оқсиллар синтезини яхшилайдди. Улар глюкоза ва галактозанинг ичакларда сўрилишини, хужайраларда сарфланишини кучай-тиради, гликоген парчаланишини оширади, унинг жигардаги миқдорини камайтиради, ёғ алмашинувида жиддий таъсир кўрсатади. Қалқонсимон без гормони тиреокальцитонин - парақалқонсимон безлар гормони билан биргаликда организмда кальций ва фосфор моддаларининг алмашинувини бевосита идора қилиб туради.

Текшириш усуллари

Қалқонсимон безнинг шакли, ўлчамлари, консистенцияси ва ҳаракатчан-лиги тўғрисидаги умумий маълумотларни, уни объектив кўздан кечириш ва безни пайпаслаб кўриш орқали тўплаш мумкин. Безни кўздан кечириш буқоқ бор ёки йўқлигини, ўзгаришнинг жойлашган ўрнини (ўнг ёки чап бўлаги, бўйни, «яширинган» буқоқ), ютиш ҳаракатларида унинг ҳаракатчанлигини, гиперплазия характерини (тугунсимон, диффуз буқоқ), бўйин веналарининг бўртиб чиққанлигини ва қалқонсимон без фаолиятининг бузилишига хос белгилар (беморнинг нотинч ҳатти-ҳаракатлари, кўз симптомлари, бармоқлар титраши, астенизация ва бошқалар) ни аниқлаш имконини беради.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпстик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқориқоқда жойлаш-ганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин.

Асосий модда алмашинув жароёнини ўзгариш даражасини аниқлаш, қалқонсимон без фаолиятидаги бузилишлар диагностикасида асосий тестлар-дан бири ҳисобланади. Бу усул, ютилган кислород ва карбонат ангидрит (CO_2) газлари миқдорини ҳисоблашга асосланган бўлиб, билвосита калори-метрия ёрдамида асосий модда алмашинув жароёни даражаси аниқланади. Нормада асосий модда алмашинув ўзгариши $\pm 10\%$ га тенг бўлади. Оксилга боғланган йод (ОБЙ) миқдорини аниқлаш, қалқонсимон безнинг ҳақиқий функционал ҳолатини ақс эттиради. Соғлом одамда, одатда ОБЙ миқдори 3,5-7,5 мкг ни ташкил этади.

Радиоактив моддалар (I^{131} ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади. Нормада қалқонсимон безда I^{131} йиғилиши 2 соатдан кейин 5-10% ни ташкил этса, 24 соатдан кейин 20-30% ни ташкил этади. Қалқонси-мон без фаолияти ошганда, бу кўрсаткичнинг миқдори бирмунча юқори бўлади. Скintiграфия қалқонсимон без чегаралари ва ўлчамларини аниқлаш, ўсмасимон тузилмалар, метастазлар ёки аберрант без тўқимаси борлигини аниқлаш имконини беради. Жумладан: тугунли буқоқда I^{131} ни қалқонсимон безнинг маълум бўлагиди кўп миқдорда йиғилиши (“иссик тугун”) - унинг функционал гиперактивлигидан далолат беради, тўқимада препарат сингмаган ўчоқлар (“совуқ тугун”) нинг бўлиши - кўпинча унинг хавфли табиатидан ёки киста, кальцификат, қон қуйилиши ёки фиброз ўзгаришлар борлигидан дарак беради.

T_3 ва T_4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усулларида бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, I^{131} билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (препарат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади. Қалқонсимон без саратони (рак) га шубҳа қилинганда ёки ҳар қандай тугунли буқоқда, без тўқимасидан намуна олиш (биопсия), бизга кўшимча маълумот беради. Уни операцияга қадар ёки операция вақтида бажариш лозим, чунки бу маълумотлар (биопсия натижалари) га таяниш, операция ҳажмини кенгайтирилишига ёки даволашнинг кейинги босқичи даражасини белгилашга замин яратади.

Ларингоскопия, буқоқ касаллиги бор бўлган барча беморда, ҳатто товуш ўзгармаган тақдирда ҳам, ўтказилиши лозим бўлган текширув усулидир. Бунда патологик жараёнга, қайтувчи нервларнинг без гиперплазиясига алоқасини қай даражада эканлигини, боғлиқ ҳолда юзага келадиган товуш боғламларининг яширин фалажини аниқлаш имкониятларини беради.

Эндемик ва спорадик буқоқ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашиси. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли кўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) куйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),

- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,

- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

О даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чикқан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнғач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси

Эндемик буқоқнинг ҳам, спорадик буқоқнинг ҳам етакчи белгиларидан бири - қалқонсимон безнинг катталашуви ҳисобланади. Без соҳасини кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш қалқонсимон безнинг қай даражада катталаш-ганлигини аниқлашга имкон беради.

Жойлашувига кўра бўйиннинг олд қисмида, тўш ортида ва тил ости суяги пастида жойлашган буқоқ фарқланади. Кўпчилик беморларда қалқонсимон без фаолияти бузилмаган бўлса-да, буқоқ эндемияси сезиларли бўлган жойлардаги кишиларда касаллик гипо- ёки гипертиреоз белгилари билан ўтиши мумкин. Гипотиреозли беморлар одатда ташқи таъсирловчилар-га реакциялари секинлашган, ақлий ва жисмоний иш қобилияти сустлашган бўлади. Беморлар табиатан бўшашган, ланж, совуққа чидамсиз бўлиб қоладилар. Текширув натижалари: брадикардия, рефлексларнинг пасайган-лигини аниқлайди. Туғма гипотиреозда,

кретинизм белгиларининг авж олиши кузатилиб, жисмоний ҳамда руҳий ривожланишдан кескин орқада қолиш белгилари яққол кўзга ташланади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезадилар, курук йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпқалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнинг бузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Тил ости суяги пастада жойлашган буқоқда, хиқилдоқ усти қопқоғи қисилиши оқибатида нафас олиш жароёни бузилади. Айниқса буқоқнинг бир қисми қизилўнғач орқасида жойлашганда ютиш, бошни буриш қийинлашади. Контраст модда ($BaSO_4$) ёрдамида қилинадиган рентгенологик текширув абберрант буқоқ соҳасида барийнинг ушланиб қолишини, қизилўнғачнинг олдинга томон ёки латерал йўналишда бирмунча сурилганлигини аниқлашга ёрдам беради.

Абберрант буқоқ - патологик катталашган қўшимча қалқонсимон без бўлиб, кўпинча хавфли ўсмага айланиши мумкин. Қалқонсимон без саратони (рак) нинг бўйин лимфатик тугунларига берган метастазларини, баъзан абберрант буқоқ билан адаштирилади.

Даволаш: унчалик катта бўлмаган диффуз буқоқларда тиреоидин тайинланади. Трахея, қизилўнғач ва кон томирларни босиб ёки четга суриб қўядиган катта диффуз буқоқда қалқонсимон безни қисман ёки субтотал кесиб олиб ташлаш (резекция ёки эктомия) га тўғри келади. Тугунли буқоқларнинг ҳамма турларида (25% гача кузатилиши мумкин бўлган малигнизацияни ҳисобга олиб), албатта операция қилинади. Бунда қалқонсимон без резекцияси амалга оширилиб, шошилиш гистологик текширув ўтказилади, ҳамда натижага асосланган ҳолда муолажага қўшимча тадбирлар белгиланади. Эндемик буқоқ профилактикасида йод қўшилган ош тузи ишлатиш, санитария-гигиеник тадбирлар комплексини ишлаб чиқиш алоҳида ўрин тутди.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Этиологияси. Диффуз токсик буқоқнинг келиб чиқиши ҳақида кўп сонли назариялари мавжуд.

Юртимизнинг кўпчилики олимлари нейроген назария тарафдорлари ҳисобланадилар ва бу касалликнинг пайдо бўлишида нерв-руҳий шикаст (стресс) нинг етакчи аҳамияти борлигини таъкидлайди-лар. Бу назариянинг асосчиси С. П. Боткин (1884): “Руҳий ҳолатлар - Базед касаллигининг кечишигагина эмас, балки ривожига ҳам таъсири борлиги шак-шубҳасиздир. Кулфат, турли хил йўқотишлар, кўрқув, ғазаб, ваҳима Базед касаллигига хос симптомларнинг тез, бир неча соат ичида ривожланишига кўп марта сабаб бўлган”, - деб ёзган эди. С. А. Маъсумов, М. С. Астров буқоқ экспедициялари ва кузатувлардан олинган

материаллар-ни анализ қилиб, диффуз токсик буқоқ этиологиясида руҳий шикаст (стресс) нинг катта аҳамияти борлигини (40-60% гача) таъкидлаб ўтганлар.

Аёллар жинсий аъзолари касалликлари ва гормонал фаолиятининг бузи-лишлари кўп учраши жихатидан (33,6%), иккинчи омил ҳисобланади (хомиладорлик ҳайз кўришнинг бузилиши, фарзанд кўриш орзуси бўлгани ҳолда бўйида бўлмаслик, ёлғизлик ва б.). Диффуз токсик буқоқ этиологиясида инфекциянинг аҳамияти катта эмас, бироқ беморларнинг камида 5-6% ўз хасталигини асосан оғир грипп ёки ангина билан боғлайдилар. Диффуз токсик буқоққа мойил қиладиган конституционал ва генетик омиллар - эндокрин система аъзолари фаолияти бузилишлари мавжуд бўлгани ҳолда организмга экзоген омиллар таъсири сабаб бўлиши ҳам исботлаб берилган. Диффуз токсик буқоқли беморларда қонда узоқ муддат таъсир қиладиган стимулятор - LATS аниқланган бўлиб, бу қалқонсимон безга нисбатан специфик антитело вазифасини ўтаб, қалқонсимон безнинг тиреотропин таъсиридаги каби қўзғалишини юзага келтириши маълум бўлган. Организмда Т3 ва Т4 тўпланишининг ошиши, тўқималарда оксидли фосфорилланиш жараёнларини бузади, бу ҳол модда алмашинувининг барча турларини бузилишида, марказий нерв системаси, юрак, жигар ва бошқа аъзолар фаолиятининг издан чиқишида яққол намоён бўлади.

Диффуз токсик буқоқ билан, аксарият ҳолларда 20 дан 50 ёшгача аёллар касалланадилар. Бемор аёллар сонининг ва эркекларга нисбати $\approx 10:1$. Касалликнинг аёлларда кўп учрашига уларда жинсий безлар ва гипоталамо-гипофизар система фаолиятидаги ўзаро нормал муносабатларнинг бирмунча кўп бузилиши сабаб бўлади ва бу қалқонсимон без гормонлари жадал синтез қилиниши билан ўтади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуқтаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, очик ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Тиреотоксикозга хос белгилар токсик буқоқнинг нафақат диффуз гиперплазияси бор турида, балки тугунли (ёки кўп тугунли), аралаш каби патологик турларида ҳам учрайди.

Тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси ҳамиша ҳам қалқонсимон безнинг катталашув даражасига боғлиқ бўлавермайди: баъзан без ўлчамлари кичик бўлса ҳам тиреотоксикознинг ривожланиш даражаси юқори, ёки аксинча, без ўлчамлари катта бўлгани билан тиреотоксикоз деярли ривожланмаслиги мумкин. Демак, буқоқ касаллигида қалқонсимон без ҳажмининг катта-кичиклиги клиник белгиларининг оғир-енгиллигига ҳамиша ҳам мувофиқ келавермайди. Кези келганда шуни айтиш керакки, тиреотоксикознинг ривожланиш даражасининг юқорилиги, кўпинча спорадик буқоқда яққолроқ намоён бўлади. Эндемик буқоқда эса, кўпинча қалқонсимон без ҳажмининг катталашган (ёки жуда катта) бўлганлигига қарамай, тиреотоксикоз даражаси пастлиги ёки умуман аниқланмаслиги мумкин. Шу сабабдан, агар спорадик буқоқда операция учун кўрсатма тиреотоксикознинг кучли даражада ривожланиши оқибатида қўйилса, бунинг акси, эндемик буқоқда операция учун кўрсатма кўпинча без ҳажмининг ўта катталашгани сабабли, яқин атрофида жойлашган аъзоларни (қизилўнгач, трахея ва б.) сиқилиши ёки суриб қўйилиши сабабли улар фаолиятининг бузилиши ёинки косметик нуқтаи назардан қўйилади.

Тиреотоксикознинг асосий симптомлари нерв ва юрак-қон томирлар системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар ҳисобланади. Асаб ва нерв системаси томонидан бўладиган ўзгаришлар: асабийлашиш (ортиқча руҳий қўзғалувчанлик), безовталик, кайфиятнинг дамба-дам ўзгариб туриши, баджаҳллик ва йиғлокилик каби белгиларда яққол намоён бўлади. Бунга қўшимча, симпатик нерв системаси активлигининг кескин ортиши: кўп терлаш, тананинг барча соҳалари, айниқса қўл бармоқлари тремори (қалтираши) (Мари симптоми) билан ўтади. Юз кўпинча қизариб кетади, бўйин ва кўкрак соҳаси тарқалувчан қизил доғлар

билан қопланади. Тана ҳарорати ўзгармайди. Пай рефлекслари сақланган ҳолда ёки гиперкинез кузатилади. Бемор сочлари тўкилади, уларнинг рангги ўзгаради, тирноқлар мўртлашиб, синиши кузатилади. Безовталиқ, кўрқув, иродасизлик, жонсарак-лик паришонхотирлик ва кўзнинг чақчайиши қайд этилади.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузи-лишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши этишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

1-тоифадаги беморларда врачлар тиреотоксикознинг нерв-руҳий шакли ҳақида фикр юритсалар, 2-тоифадаги беморларни тиреотоксикознинг юрак-қон томирларида кўпроқ ўзгариши бор беморлар турига киритадилар.

Тиреотоксикознинг эрта белгиларига сабабсиз умумий ҳолсизликни киритадилар. Тиреотоксик миопатиянинг бу белгилари метаболизм ёки модда алмашинувининг бузилишларига узвий боғлиқ бўлиб, беморлар кўпинча меъда-ичак системаси фаолиятидаги қуйидаги аниқ юзага чиққан белгиларни қайд этадилар: қоринда оғриқ хуружлари, қайт қилиш, ич кетишга мойиллик, ичнинг бузилиб туриши.

Эркақларда жинсий фаолият бирмунча сустлашади, аёлларда эса ҳайз кўриш даври (цикли) бузилади (ҳатто аменореягача), тухумдонлар, бачадон гипоплазияси, кўкрак безлари атрофияси юз бериши мумкин. Бу ўзгаришлар кўпинча бепуштликка сабаб бўлади.

Тиреотоксикозда модда алмашинув жараёнларининг кучайиши оқсиллар ва ёғларнинг ортиқча парчаланишига олиб келади, натижада бемор-нинг одатдагидан кўп овқат истеъмол қилишига қарамай, бемор вазнининг камайиши кузатилади. Организмда сув ва электролитлар алмашинувининг бузилиши (диурез ортиши, ташналиқ, кучли терлаш), меъда ости беши фаолиятининг бузилиши (яширин қандли диабет) га олиб келади.

Касаллик ривожланиши жароёнида беморларнинг кўпчилигида бирин-кетин “кўз симптомлари” юзага келади. Кўзнинг “катталашуви” ёки чақчайиши (экзофтальм) - ретробульбар клетчатканинг шишиши, ўсиб қалинлашуви ёки фиброз тўқима билан қопланиши, модда алмашинувининг бузилиши билан узвий боғлиқ бўлади. Экзофтальм касалликнинг барвақт юзага келадиган, асосий аломатларидан бири ҳисобланади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очилиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуқтага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “каҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмедиа симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айни вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Тиреотоксикозда юзага келувчи экзофтальмни хавфли экзофтальмдан тафовут қилиш лозим, буни оралик мия зарарланиши ва гипофиз олдинги бўлаги тиреоид гормонининг кўп ишлаб чиқарилиши билан боғлайдилар. Хавфли экзофтальм эса асосан ўрта ёшдаги кишиларда кузатилади. У бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Кўз олмаси шу даражада чакчайиб қолади-ки, у кўз косасидан бўртиб чиқади. Беморларни орбита (кўз косаси) соҳасидаги кучли оғриқ, диплопия ва кўз ҳаракатларининг чекланиши безовта қилади. Конъюнктивит, кератит борлиги, шоҳ пардада яра ҳосил бўлишига ва парчаланишга мойиллик келтиради. Орбита ичидаги босимнинг ўзгариши, кўрув нервининг тўлиқ атрофиясигача олиб келади.

Махсус текширувлар натижалари тиреотоксикознинг оғир турларида асосий модда алмашинувининг 60-70% гача ортиши, баъзи ҳолларда бундан ҳам юқори бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Қалқонсимон безнинг йодни сингдириши текширишнинг дастлабки соатларида нормага нисбатан кескин кўтарилади. Беморлар қонида Т3 ва Т4 ҳамда ТТГ миқдори ортади. Биокимёвий таҳлиллар жигар ва буйрак фаолиятини, углевод, ёғ, оксил ва модда алмашинувининг бошқа турлари бузилганлигини кўрсатади. Қонда эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭОТ) нинг ортиши, лейкопения, лимфоцитоз, гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг пасайиши аниқланади.

Сцинтиграфия - изотоп тўпланишининг қандай тақсимланишини кўрса-тади ва диффуз тиреотоксик буқоқ билан тугунли тиреотоксик буқоқ (токсик аденома) орасида дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради, бунда изотопнинг маълум бир жойда тўпланиши - “иссиқ тугун” аниқланади.

Тиреотоксик буқоқ классификациясида шакли ва катталашув даражаси бўйича юқорида келтирилган турлаш батамом мос келади, аммо тиреотокси-коз белгиларининг юзага чиққанлиги ёки авж олганлиги бўйича қуйидаги 3 тоифага бўлинади:

- а) енгил тури;
- б) ўртача оғирликдаги;
- в) оғир тури.

Тиреотоксикознинг енгил турида неврологик белгилар унчалик ифода-ланмаган (арзимаган нарсадан хафа бўлиш, инжиқлик, йиғлоқлик, тез чарчаш) бўлиб, қалқонсимон без катталашган, беморнинг томир уриши бирмунча тезлашган - тахикардия (1 дақиқада 80-100 зарба), қўл ва бармоқ-ларда кучсиз ифодаланган тремор бўлади. Бемор вазни 10% гача камайиши мумкин. Одатда, куннинг иккинчи ярмида беморда меҳнат қилиш қобилия-тининг пасайиши кузатилади. Асосий модда алмашинув 30% дан ошмайди.

Ўртача оғирликдаги тиреотоксикоз - марказий нерв системаси фаолиятининг рўй-рост бузилишлари (асабийлашиш, сержаҳллик, инжиқлик йиғлоқлик), тахикардия (1 дақиқада 100-120 зарба), систолик ва диастолик қон босимининг ортиши, юрак чегаралари кенгайиши, юрак етишмовчилиги-нинг келиб чиқиши

(Ланг бўйича I даража) билан намоён бўлади. Бемор вазни анча камаяди, яхши овқатланишига қарамасдан озиб кетиш ҳоллари кузатилади, кун давомида меҳнатга лаёқат пасаяди. Асосий модда алмаши-нув жароёни - 60% гача ортади.

Тиреотоксикознинг оғир тури - марказий нерв системасининг ўртача оғирликдаги тиреотоксикозга хос бузилишлари билан бир қаторда, мушак системасида кескин суслик, юрак-қон томирлар системасидаги оғир бузи-лишлар, паренхиматоз аъзоларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади. Тахикардия чуқурлашади (1 дақиқада 120 зарбадан ортик), аксарият томир уришида аритмия, ҳамда юрак етишмовчилиги (Ланг бўйича II-III даражаси) юзага келади. Асосий модда алмаши-нув - 60% ва ундан кўпроққа ортади, бемор ниҳоятда озиб, танасининг вазни кескин камайиб кетади. Меҳнатга лаёқат ва қобилият кўпчилик беморларда батамом йўқолади.

Даволаш. Тиреотоксикозли буқокни даволаш замонавий эндокриноло-гия ва жарроҳликнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади, чунки бу касаллик Марказий Осиё мамлакатлари учун ўлка патологияси ҳисобланади. Аҳолига эндокринологик хизмат кўрсатиш такомиллашишига, ихтисослашган муассасалар сонининг ортишига, мактабгача бўлган ёшдан бошлаб буқоқ профилактикасини жорий қилинишига қарамай, тиреотоксик буқоқ билан хасталанган беморлар сонининг барқарорлиги ва бугунги кунда уларнинг кўпайиши қайд қилинапти. Бундан ташқари, сўнгги йилларда тиреотоксик буқокнинг, тузалиши қийин бўлган, асоратланган турлари кундан-кунга ортиб бормоқда, уларни даволаш самарасиз ўтмоқда. Кўпчилик олимларнинг фикрича, бу ҳолат урбанизация жараёнлари, экологиянинг бузилиши, стресс ва эмоционал-психологик шароитларга бой ҳозирги замон ижтимоий-сиёсий ҳаётнинг хусусиятлари билан чамбарчас боғлиқ. Тиреотоксик буқоқ бўйича операциялар ҳозирги вақтда юртимизнинг кўпчилик шифохоналарида, жумладан вилоят шифохоналарида ҳам бажариб келинмоқда.

Бугунги кунда, диффуз токсик буқокни даволашнинг учта асосий тури мавжуд: дори-дармонлар воситасида муолажа (консерватив даволаш), таркибини йод моддаси ташкил этган препаратлар билан даволаш ва хирургик операция.

Тиреотоксик буқокни даволашда дори-дармонлар воситасида муолажа операцияга тайёргарлик жароёни ёки касалликнинг бошланғич босқичларида мустақил даво сифатида қўлланилади. Унинг асосий тамоиллари диффуз турдаги тиреотоксик буқоқда деярли кўп фарқланмайди, лекин касалликнинг оғир-енгиллигига қараб даволаш жароёнига зарурий тузатишлар кирити-лади. Дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажанинг асосий мақсади – юқорида келтирилган нерв системаси ва асабдаги (албатта вегетатив нерв системасидаги бузилишларни инобатга олган ҳолда), юрак-қон томирлар системасини издан чиқишини бартараф этиш, модда алмаши-нуви жароёнини ва бемор организмдаги юзага чиққан барча бузилишларни изга солиш, ҳамда детоксикацион муолажадан иборат. Бунинг учун асабни тинчланти-рувчи ва нейроплегик препаратлар (резерпин, элениум, седуксен, амитриптилин ва б.) қўлланилади. Тахикардия кучли ривожланганда, артериал қон босимини пасайтириш ҳисобига, миокард гиперфункциясини пасайтирувчи бета-блокаторлар қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Албатта, дори-дармонлар воситасида қилинадиган муолажа, тиреоток-сикознинг энгил ва ўртача оғирликдаги турлари билан касалланган беморларда ўтказилади, касалликнинг оғир кечадиган ҳолларида эса, қилинаётган муолажа операцияни асоратсиз ўтишига зарурий тадбир ҳисобланади. Чунки, бу касалликда операция жароёни давомида ёки ундан кейин турли асоратлар (тиреотоксик криз ва б.) нинг келиб чиқиши, бемор аҳолини оғирлаштириши ва нохуш натижага олиб келиши мумкин.

Таркибини йод моддаси ташкил қилган препаратлар билан даволаш:

1. Йод микродозалари, люголь эритмаси, таркибида йод моддаси бор препаратлар гуруҳи намоёндалари бўлиб, уларни люминал, валерьянка билан бирга, барқарор тахикардия ва титроқ аритмияда эса дигиталис билан бирга тайинланади. Йод моддаси - беморларни операцияга тайёрлашда ғоят таъсирчан восита, бироқ касаллик кечишида ҳамиша ҳам барқарор ва узоқ муддатга яхшиланишни вужудга келтиравермайди - кўпчилик беморларда давомли ремиссия давридан кейин аҳвол яна ёмонлашиб, ҳатто даволашдан олдинги ҳолатдан ҳам баттар бўлиши мумкин. Йод тугунли тиреотоксик буқоқли беморларга эса, деярли таъсир қилмайди. Йоднинг терапевтик активлиги, бирга қўшилиб келган касалликни ҳисобга олган ҳолда, бошқа воситаларни моҳирона қўшиш йўли билан кучайтирилиши мумкин.
2. Мерказолил - синтетик тиреостатик препарат бўлиб, йод препаратлари билан бирга суткасига 40-60 мг дозада тайинланади. Ремиссия даври бошлангандан кейин 1 кеча-кундуз давомида 5-10 мг қувватлаб турадиган дозаси буюрилади.
3. Бета-адреноблокаторлар - артериал қон босим, қоннинг бир дақиқада отилиб чиқилишининг пасайиши ҳисобига миокард гиперфункциясини камай-тиради, синус тугуни ритмини секинлаштиради.
4. Юрак гликозидлари - строфантин, коргликон.
5. Тиоурацил - кўпчилик беморларда асосий модда алмашинувни пасай-тиради, томир уришини сийраклаштиради, асаб ва нерв симптомларини енгилаштиради, умумий кайфиятни яхшилайтиди, экзофтальм камайтиди. Меёри 14 кунгача 0,2 дан кунига 3 марта, бемор аҳволи яхшиланганда 0,1-0,2 дан кунига 2 мартагача пасайтирилади. Даволашни қонни мунтазам назорат қилиб турган ҳолда ўтказилиши лозим, чунки препарат суяк кўмиги ва жигарга токсик таъсир кўрсатиши мумкин.
6. Детоксикацион муолажа ва диурезни кучайтириш. Унинг моҳияти инфузион (венага суюқликлар куйиш) муолажаси (оксилли ва оксилсиз қон ўрнини босувчилар, гемодез ва б.) замирида сийдик ҳайдовчи препаратлар (лазикс, фурасемид, верошпирон) қўллашдан иборат. Ҳозирги даврда детоксикациянинг бирмунча таъсирчан экстракорпорал усуллари: гемосорбция, плазмаферез, лимфоферез, лимфосорбция ва бошқалардан фойдаланилади.
7. Организм қувватини оширадиган муолажалар: гемотрансфузия, плазма ва оксилли, оксилсиз қон ўрнини босувчи препаратлар, концентрацияси юқори глюкоза эритмаларини куйиш. Анаболик препаратлар, таркибида темир моддаси бўлган препаратларни, витаминлар бу муолажанинг таркибий қисми ҳисобланади.
8. Физиотерапевтик усуллар – электр мослама ёрдамида уйку, гальваник ёқа қўйиш, гипербарик оксигенация (ГБО) ва б.
9. Ҳар бир бемор учун индивидуал дозада радиоактив йод (^{131}I) ишлатиш - қалқонсимон без фолликуляр эпителий хужайраларини ҳалокатга учратади ва уларнинг ўрнини бириктирувчи тўқима билан тўлдирлади. Бироқ, бу препарат катта дозаларда қабул қилингандан сўнг ўлим билан тугайдиган жадал тиреотоксик реакция ривожланиши, даво қилмайдиган доимий оғир микседема пайдо бўлиши мумкинлигини эътиборга олиш лозим. Қалқонсимон безнинг хавфли ўсмалари ривожланиши, жинсий безлар фаолиятини ўзгариши, экзофтальмнинг кучайиши эҳтимоли ҳам йўқ эмас.

Табиийки, тиреотоксикозни даволашнинг мавжуд ҳамма усуллари санаб чиқиш қийин, кейинги даврда уларнинг сони кўпайиб янгидан-янги дорилар топиляпти, даво тактикасининг айрим жиҳатлари қайта кўриб чиқилляпти. Тиреотоксикозни даволаш воситалари орасида гормонал терапия-га, карбонат препаратлари, карданум ва бошқаларни қўлланилишига алоҳида аҳамият берилмоқда. Шунга қарамадан, диффуз токсик

буқокни хирургик даволаш ҳанузгача, радикал усул бўлиб қолаяпти. Тиреотоксикознинг тугун-ли ёки аралаш турларида эса, албатта операция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади, чунки муаллифлар кўрсатишича тугунли ва аралаш буқоқ-ларнинг 25% га яқинида малигнизация бўлиш эҳтимоли бордир. Тиреотоксик буқоқда жарроҳлик усуллари кўллаш техникаси ҳозирги вақтда бирмунча такомиллашган. Бироқ, қалқонсимон безда қилинадиган операция усуллари билан боғлиқ ҳамма масалалар узил-кесил ҳал этилган деб бўлмайди, чунки операция вақтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам оғир асоратлар ҳанузгача юз бериб туради.

Операцияга кўрсатмалар ва монелик қиладиган ҳоллар. Диффуз токсик буқокни консерватив даволаш жараёнида ремиссиялар ва бемор аҳволининг вақтинча яхшиланиш давридан алданиш ярамайди, чунки улар аксарият муолажа натижасида юз беради ва ундан кейин тезда ўтиб кетади. Касаллик муддатлари ва оғирлиги ошган сайин, айниқса давомли ва кам таъсирчан даволашда операция хавфининг кучайиб боришини унутмаслик керак.

Хирургик даволашга кўрсатмалар: III даража ва ундан юқори катталик-даги диффуз буқоқ, трахеянинг эзилиши ёки сиқилиши ҳолатлари, тугунли ва аралаш буқоқлар, йод моддаси бўлган препаратларга аллергия, касалликка ва юрак - қон томирлар томонидан бўлган ўзгаришларга муолажанинг таъсир-сизлиги. Беморнинг ёши (кекса, ёш бола) қалқонсимон безда операция ўтказишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланмайди, бироқ бу ёшларда операция турини танлашга бирмунча эҳтиётлик билан ёндошиш лозим.

Тиреотоксикознинг енгил турларида, кўшилиб келган (ёndoш) касаллик ўта оғир бўлган вақтда, кекса беморларда жигар, буйрак, юрак-қон томир системасининг қайтмас ўзгаришлари бўлса, руҳий касалларда, диабетнинг оғир турида - операциядан воз кечиш лозим бўлади. Ҳомиладорликнинг биринчи ойларида тиреотоксикоз клиникаси орта борганда эса, хомилани бартараф этиб, сўнгра муолажа қилиш, у ҳам наф бермаганда оператив даволаш мақсадга мувофиқ бўлади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, беморларни операциядан олдин тайёрлашни эндокринология бўлимида врач-эндокринолог, жарроҳ ва анестезиолог билан ҳамкорликда ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Диффуз токсик буқокни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Диффуз токсик буқоқда, қалқонсимон безни О.В. Николаев таклиф этган усул бўйича - субтотал субфасциал струмэктомиа амалиётини бажариш - энг радикал усуллардан бири ҳисобланади. Бунда без тўқимасининг трахея олдидаги ҳар бир бўлагидан \approx 4-8 граммгача катталикдаги қисми қолдирилади. Қолган кўчилик усуллар (Драчинская, Брейдо усуллари ва б.), ушбу операциянинг такомиллаштирилган турларидан бўлиб, без тўқимасидан қаерда ва қанча қолдирилиши билангина фарқланади. Жарроҳлик амалиёти жароёнида қон кетиш хавфи бўлганда, аввало қалқонсимон без артериялари Кохер усули бўйича боғланиши, сўнгра мўлжалланган операция бажарилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Буқоқнинг тугунли ва аралаш турларида илгари ”энуклеация” (тугунни тўқимадан сидириб олиш) операцияси бажарилиб келинар эди. Операциядан кейинги даврда, бу тоифа беморларнинг баъзиларида тугун ёнидаги без тўқимасида жойлашган, кўзга кўринмайдиган (майда) тугунчаларнинг кейин-чалик ривожланиб, касаллик рецидиви (қайталаниши) ни юзага келтириши мумкинлиги аниқланди. Буни ҳисобга олган ҳолда, кейинги йилларда қалқонсимон без тугунини ён тўқималари билан Микулич усули бўйича резекция қилиш операциясини қўллаш, яхши натижалар бермоқда.

Одатда, бу беморларда: операция даврида юзага келиши мумкин бўлган (интраоперацион) асоратлар, операциядан кейинги даврда юзага келиши мумкин бўлган (постоперацион) эртанги ва кечки асоратлар тафовутланади.

Интраоперацион асоратлар: қон кетиши, қайтувчи нервлар зарарланиши, ҳаво эмболияси, парақалқонсимон безларнинг шикастланиши. Иккала қайтувчи нервлар зарарланганда беморда ўткир асфиксия ҳолати юз бериши мумкин, бунда трахеяни зудлик билан интубация қилиш ёки трахеостомия беморни қутқариб қолиши мумкин.

Операциядан кейинги эрта даврда юз берадиган хавфли асоратлардан бири - тиреотоксик кризнинг ривожланиши ҳисобланади. Тиреотоксик кризнинг илк белгилари: тана ҳароратининг 40° гача ва ундан юқорига тез фурсатда кўтарилиши, тобора ортиб боровчи тахикардиянинг бошланиши Артериал қон босими аввалига ортади, кейин эса пасаяди, беморда руҳий (психик) бузилишлар кузатилади. Унинг ривожланишида буйрак усти безлари пўстлоғи фаолиятининг операцион стрессга боғлиқ ҳолда, унинг етишмовчили муҳим ўрин тутди. Кризни даволаш детоксикацион муолажа билан бирга, буйрак усти бези пўстлоғи етишмовчилигига қарши муолажа олиб бориш лозим бўлади.

Паратиреоид тетания, резекция қилинган қалқонсимон без билан бирга ёки атипик жойлашган парақалқонсимон безлар операция жароёнида олиб ташланганда, ёнқи улар гематома ёки шиш билан эзилганда, парақалқонси-мон безлар етишмовчилиги тарзида юзага келади. Бемор қўл мушакларида тетаник талваса ривожланади, юрак мушаклари иши кескин бузилади, юз ниқобсимон қиёфага кириб, зўрма-зўраки жилмайиш пайдо бўлади, бемор оғзи “балиқ оғзи”га ўхшаб қолади. Талвасалар оёқларга тарқалади, тоник характерга киради, оғрийди. Парестезия юз беради, оёқ-қўллар музлаши, товушнинг бўғилиши, “доя қўли” белгисининг келиб чиқиши кузатилади. Оғир ҳолларда ўлим содир бўлади. Паратиреоид тетанияни даволаш масала-ларида тўхталганда, организмни қонда етишмаётган кальций препаратлари билан етарли даражада тўйинтиришнинг муҳимлигини қайд этиш лозим.

Трахеомаляция. Узоқ муддат мавжуд бўлган буқоқда, айниқса унинг ретростернал (тўш суяги ортида) жойлашувида, буқоқ бўлган безнинг трахеяни доимий эзиб туриши оқибатида, трахея халқаларида дегенератив ўзгаришлар юзага келиб, уларнинг юпқалашишига олиб келади (трахеома-ляция). Буқоқ олиб ташлангандан кейин, трахеядан интубацион най чиқарилгач ёки операциядан кейинги илк даврда, трахея юмшаб қолган қисмида буралиш ёки деворлари бир-бирига ёпишиб, бўшлиғи торайиб қолиши мумкин. Бу ҳолатда, беморда ўткир асфиксия ривожланади ва беморга шошилиш трахеостомия қўйилмаса ёки сунъий нафас олишга ўтказилмаса, бемор ўлимга маҳкум бўлиши мумкин. Қалқонсимон безнинг трахея деворига ўсиб кирган рак ўсмаси (саратон) олиб ташланганда ҳам трахеомаляция юз бериши мумкинлигини ёдда тутиш зарур. Операциядан кейин юз берадиган гипотиреоз қалқонсимон без фаолиятининг етишмовчилигидан, яъни қалқонсимон без бутунлай олиб ташланганда ривожланади. Бу асорат, умумий беҳоллик, уйқучанлик, доимий чарчоқ сезиш, лоқайдлик, беморлар ҳаракатининг сустлашиши тарзида намоён бўлади. Бемор танасининг териси қуруқ, ажин босган, биров шишган бўлади. Унинг сочлари тўкила бошлайди, оёқ-қўлларида оғриқ пайдо бўлади, жинсий фаолияти сустлашади. Бунда бемор териси остига тиреоидин ёки қалқонсимон безнинг бошқа препаратлари тайинланади. Ҳозирги даврда, микрохирургия техникасининг ривожланганлиги туфайли, беморларга без трансплантациясини қилиш имконияти пайдо бўлди. Таассуфки, бу опе-рациялар вақтинча наф беради, амалда эса асосан ўрнини босувчи муолажа қилиниб борилади.

Қалқонсимон безда бажарилаётган операция вақтида қайтувчи нервнинг шикастланиши, кўп учрайдиган асоратлардан биридир. Бу хавф, пастки қалқонсимон артерияларнинг қайтувчи нервлар билан ўзаро

анатомик боғлиқ бўлганида, уларни боғлаш вужудга келганда юз беради. Нерв бир ёки икки томонлама шикастланиши мумкин. Кейинги ҳолда асорат фожиага айланади, чунки жарроҳ дарҳол трахеостомия ёки трахея интубацияси ўтказмаса, асфиксия ҳолати юзага келиб, бемор операцион столда қолиши мумкин.

Нервнинг бир томонлама шикастланиши, операциядан кейинги даврда товуш ёриғи бойламларининг бир томонлама парезини юзага келтиради ва бу ҳолатда товушнинг бузилиши кузатилади (афония). Врач-фонеатор томонидан тегишли муолажа қилинган, одатда 1-5 ой орасида парез йўқолади. Баъзан эса, муолажа керакли натижа бермайди ва беморда товушнинг бузилиши доимий сақланиб қолади.

Ҳаво эмболияси. Бўйин веналари очилганда ёки буқоқда без кесилганда рўй бериши мумкин бўлган, гоёт кам учрайдиган асорат саналади. Одатда ҳаво эмболияси номсиз, ўмров ости, ички бўйинтуруқ веналари, миянинг веноз синуслари шикастланганда пайдо бўлади. Венага ҳаво кирганлиги сезилмай қолади, бироқ эмболия белгилари: цианоз, кўз қорачиғининг кенгайиши, нафас мароми (ритми) нинг бузилиши ёки унинг тўхташи, хатарли асоратдан дарак беради. Даволаш. Трахеяни интубация қилиш ва сунъий нафас олдириш, қон қуйиш, юрак массажи, юракнинг ўнг қоринчасини пункция қилиб, ҳаво билан аралашган қонни эвакуация қилишдан иборат. Асфиксия қатор сабаблар билан изоҳланади: марказий нерв системасида бўладиган асоратлар, трахеянинг жароҳатланиши, трахеомалация, гематома таъсирида босилиши, қайтувчи нервлар шикасти ва бошқалар. Трахеянинг жароҳатланиши – операция жароҳида камдан-кам бўлади-ган асорат бўлиб, хавфли асоратлардан саналади. Шикаст ўз вақтида пайқаб қолинса, хавф-хатар бўлмайди, трахеяга атравматик нина билан чок қўйилади, мушаклари пластика қилинади, зарурат бўлса трахеостомия бажарилиб, трахеяга найча ўрнатилади. Жароҳатдан қон кетиши ва гематомалар. Одатда операциядан кейинги 1, 2 - кунларда кузатилади, ҳамда бу асорат кўпинча қоннинг бўйин аъзолари ва тўқималарига шимилиши ёки гематома пайдо бўлиши билан ўтади. Бундай ҳолларда, қон оқиши гемостазнинг ишончли эмаслигини, боғланган ипларнинг сирпаниб тушиши, мўрт ёки юпка томирларда боғланган ипларнинг ситилиши мумкинлигини кўрсатади. Бу ҳолатда, барча беморларда жароҳат очилади ва кенг тафтиш қилиниб, зарурий чоралар қўлланилади. Айни вақтда, гемотрансфузия ва шокнинг олдини олувчи муолажалар қилинади. Қолган асоратлар, бошқа операцияларда ҳам юз бериши мумкин бўлган асоратлардир. Уларга шок, зотилжам, жароҳатнинг йиринглаши киради. Бу асоратлар қалқонсимон бездаги операцияларда кам учрайди, шу туфайли, улар устида фикр юритмаймиз. Қалқонсимон без операциясида оғриқ-сизлантириш усулини тўғри танлаш, асептика ва антисептика қоидаларига қатъий амал қилиш, ҳамда операциянинг ҳамма босқичларини қунт билан адо этиш яхши натижа гаровидир.

Қалқонсимон без яллиғланишлари

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттиқ оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфа-ниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён

бўйинга ва кўкс оралиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмаслиги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод микдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлардан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беши пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан яқунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қиладди, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касалликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттик атроф тўқималар билан туташиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнғач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

АДАБИЁТЛАР

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қалқонсимон без касаллигида беморларнинг асосий шикоятлари?
 2. Қалқонсимон без касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?
 3. Қалқонсимон без касаллигида беморни бўйинсоҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?
- Қалқонсимон без касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белгилари?
5. Қалқонсимон без касаллигининг клиник белгилари?
 6. Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган типик операция?

Қалқонсимон без касаллигида қайси ҳолларда операция қилинади?

Қалқонсимон без касаллигида беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?

Қалқонсимон без касаллигида жаррох тактикаси?

Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?

Қалқонсимон без касаллигида қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?

Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?

Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган энг асосий операция?

Вазиятли масалалар

. “К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озгинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини енгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиритишга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин орриқлаган, териси қуруқ, енгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғриқли. Туқуллатиб қуйилганда орриқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин орриқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

2. 32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз? Даволаш услуби.

3. Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг тахминий ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

10- Маъруза мавзуси : “СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ.

КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ,

ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	<p>1.Ўт йўллари ва ўт пуфаги анатомияси ва физиологияси буйича маълумот.</p> <p>2. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касалликлари билан хасталанган беморларнинг шикоятлари, анамнез ва объектив кўрсаткичлари.</p> <p>3. Сурункали холецистит билан хасталанган беморларни текширув усуллари, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари.</p> <p>4. Сурункали холецистит туфайли бажариладиган операцияларга кўрсатмалар, операция усуллари, техникаси, асоратлари..</p>
Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ”

Маъруза машғулоти технология картаси.

Иш
босқичлари
ва вақти.

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

Тайёргарлик
босқичи

- 1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.
- 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш

3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш

1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмаларни плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил таълим	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 10 “СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ,
ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Ўт йўллари ва ўт пуфаги анатомияси ва физиологияси бўйича маълумот.

2. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касалликлари билан хасталанган беморларнинг шикоятлари, анамнез ва объектив кўрсаткичлари.

3. Сурункали холецистит билан хасталанган беморларни текширув усуллари, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари.

4. Сурункали холецистит туфайли бажариладиган операцияларга кўрсатмалар, операция усуллари, техникаси, асоратлари..

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарк қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиксимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларида тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар куйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчик хуружлари бўлган-бўлмаганига ахамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи ахамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод саклайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллариининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллариини рентген контраст текширишдан иборат. Ҳозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллариини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўллари манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги хосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар ҳисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида хосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғрик аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғрик хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғрик, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғрик пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализда лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғрик бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади.

Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандикли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истискоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфадан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айникса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камайди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган яқин жойлашган қавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заманида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом

қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заманида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғрик сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса ахолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзғатган касаллик характериға боғлиқ. Бу хол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва кимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усуллариға катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишиға олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишиға олиб келади. И. М. Матяшин маълумотлариға биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфағи гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формаға ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтқизиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларини назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтқи экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўлларни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларға кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларға боғлиқ, бўлса, хатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик

методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-бўйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледоҳда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормаға тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтни бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминида тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлкинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истикболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимиға ригид катетер - катетерға уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

АДАБИЁТЛАР

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Ўт пуфаги деворидаги ўзгаришлар бўйича ўткир холецистит таснифи?

Ўткир холециститда ўт пуфагида ўт чиқишига тўсқинлик қилувчи асосий сабаблар?

Ўткир холецистит хуружини чиқарувчи омиллар?

Ўткир холециститда оғриқ иррадиациясининг типик жойлари?

Ўткир холециститни консерватда даволаш комплекси?

Ўткир деструктив холециститдаги симптомлар?

Ўт пуфагининг қорин бўшлиғига перфорациясидаги клиникаси?

Вазиятли масалалар

Бемор 32 ёшда, шикоятлари ўнг қовурға остида айрим вақтда кучаядиган доимий оғриқ, кўнгил айниш. Сариклик йўқ. Холицистографияда ўт пуфаги катталашган, ёмон бўлади.

Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?

Ташхисингиз?

Дволаш?

Бемор 62 ёшда, эркак киши. Ўнг қовурға остида қаттиқ оғриқ, оғриқ ўнг елгага кузатилади, қусиш, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан стационарга етказилди. Ўзини 4 кундан буён касал ҳисоблайди. Обьектив текшириш: умумий ҳолати оғир, тили қуруқ, кул ранг қараш билан қопланган қориннинг ўлчамлари озгина катталашган. Ўнг ярмининг юқори қисм нафас олишда деярли қатнашмайди. Палпацияда ўнг қовурға ёйи остида мушаклар таранглашган ва кучли оғриқ. Кўз склерасида сарғайиш сезилади. Тана 38,9 С. Леоцитлар сони 16,25 10³ 1м. 2 кундан буён ҳожатга чиқмаган.

Қўшимча равишда қайси симптомларни текшириб кўриш керак.

Оғриқнинг ўнг елкага узатилишини қандай тушунтирасиз.

Ташхисингиз 4. Беморни қандай даволаш керак.

60 ёшдаги аёл ўнг қовурға ости соҳасида ва эпигастрал соҳада симилловчи оғриқдан, дармонсизлик, вақти-вақти билан қайт қилиш, иштаҳа пасайиши ва тана вазнининг камайишидан шикоят қилади. Обьектив: умумий ҳолати ўртача оғирликда, озиб кетган, териси оқарган, кул ранг, ер рангидаги доғлар бор. Қорни бироз шишган, нафасга қатнашади. Ўнг қовурғалар ости соҳасида юзаси нотекис, қон тури ноаник, зич, ғадур-будур тузилма аниқланади. Унинг ўлчами 15-18см. Қорин бўшлиғида випот аниқланади.

Айтилган симптомларга асосланиб нима ҳақида ўйлаш мумкин?

Қорин бўшлиғида випот қандай аниқланади?

Ташхис қуйиш учун яна қандай текширишлар ўтказиш керак.

Давоси.

Бемор 28 ёшда, поликлиникада ўнг қовурға остидаги тумтоқ товушга ва симилловчи оғриққа шикоят қилиб келди. Обьектив кўрганда: тана тузилиши тўғри овқатланиши қониқарли. Палпацияларда ўнг қовурға остида кам ҳаракатча, кам эластик консистенцияли, силлиқ юзали, размери 10 18 см ли жигар аниқланади. Қонда эозинофиллар 80/0.

Диагнозингиз.

Яна қандай диагностик кўрсатмалар бор. 3. Даволаш методикаси.

Бемор 45 ёшда. Умумий кучсизлик, ёмон иштаҳа, юқори ҳарорат, ўнг қовурға ости соҳасидаги тумтоқ оғриқдан касалхонага тушди. Анамнезида 1 кун мобайнида оғримоқда 1,5 олдин йрингли аппендицит бўйича операция қилинган. Касаллик кучсизлик билан бошланган, ҳарорати юқори, кечқурун +39 С, 40 С га етади, ваража билан, эрталаб эса 32,2 36,5 С га етади. Ўнг қовурға остида тумтоқ баъзида эзувчи оғриқ пайдо бўлади. Текширилганда: умумий аҳволи ўртача, тери қопламаса оқарган, юрак буғиқлашган, тили нам, қорин нафасда қатнашади, юмшоқ, жигар четлари пайпасланганади. Ўнг қовурға ости оғриқли. Ўнгда симптом “Френикус” мусбат. Тана ҳарорати 39-40 С. Қонда лейкоцитлар сони 18000, СОЭ-34 мм/соатда, нейтрфилёз.

Қанақа қўшимча текшириш ўтказиш керак?

Сизнинг диагнозингиз?

Оғриқнинг ўнг елка устига ўтказилишини қандай тушинтириш мумкин?

Бола 9 ойлик, қорнида тутиб, сиқиб оладиган, кучли қусиш билан хирургия бўлимига олиб келинди. 2 кундан бери касал, участка врач беморни инфекция бўлимига қуйидаги ташхис билан юборган: токсик диспепсия. Бемор 1 кундан кейин “ўткир қорин” ташхиси билан қайта олиб келинди.

Обьектив текшириш: умумий аҳволи оғир, ҳолсиз қорин дамланган, юмшоқ, чуқур пальпацияда ўнг қовурғалар остида зич эластик чегараланган қалбсимон ҳосилалар аниқланади.

11- Маъруза мавзуси :

“ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулоти вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулоти шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	1. Ўт копи анатомияси, физиологияси 2.Ўткир холецистит ҳақида маълумот бериш, долзарблиги, тарихий маълумотлар 3. Ўткир холецистит келиб чиқиши ва патогенезини тушунтириш 4. Касаллик турли босқичларининг клиник кечишини тушунтириш, замонавий текшириш усуллар билан таништириш 5. Бошқа касалликлар билан диф. диагностика ўтказиш 6.Талабаларни ўткир холециститни замонавий ва энг маъқул даволаш усуллар билан таништириш.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш
босқичлари

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

ва вақти.

Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмаларни плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	1. Мустақил иш беради	Тинглайди
Мустақил таълим	2. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 11 “ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Ўт қопи анатомияси, физиологияси

2. Ўткир холецистит ҳақида маълумот бериш, долзарблиги, тарихий маълумотлар 3. Ўткир холецистит келиб чиқиши ва патогенезини тушунтириш

4. Касаллик турли босқичларининг клиник кечишини тушунтириш, замонавий текшириш усуллар билан таништириш

5. Бошқа касалликлар билан диф. диагностика ўтказиш

6. Талабаларни ўткир холециститни замонавий ва энг маъқул даволаш усуллар билан таништириш

Ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши калькулез холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан биридир. Ўт пуфаги деворида ўткир яллиғланиш жараёни пайдо бўлишининг асосий сабаблари: пуфак бўшлиғида микрофлора бўлиши ва ўт суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши ҳисобланади. Ўткир холециститнинг клиник формалари: катарал, флегмонали, гангренали (ўт пуфаги тешиладиган ва тешилмайдиган).

Тана ҳарорати субфебрилгача кўтарилади. Минутига 100 мартагача ўртача тахикардия, қорин нафас олиш актида қатнашади, қорин девори ўнг ярмининг нафас олиш актида бир оз орқада қолиши қайд қилинади, қоринни пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, Айникса ўт пуфаги проекцияси соҳасида кескин оғриқ пайдо бўлади. қорин девори мушаклари таранглашган ёки бу унчалик юзага чиқмаган, Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Баъзан катталашган, ўрта даражада оғриб турадиган ўт пуфагини пайпаслаб кўрса бўлади. Таҳлилларда лейкоцитоз ўртача: 10000-12000.

Флегмонали холециститнинг клиник симптоматикаси бирмунча ифодаланган бўлади. Оғриқ, касалликнинг катарал формасига қараганда кучлироқ. Оғриқ нафас олишда, йўталишда, гавда вазиятини ўзгартиришда кучаяди. Кўпинча кўнгил айнийди, бемор кўп марта қайт қилади, умумий аҳволи ёмонлашади, гавда ҳарорати субфебрилгача етади, тахикардия минутига 100-120 гача ошади. Ичаклар парези ҳисобига қорин бирмунча кепчиган, ичак шовқинлари сустлашган. Пайпаслаб кўрилганда қориннинг ўнг қовурғалар остида кескин оғриқ пайдо бўлади, инфильтрат ёки катталашган ва оғрийдиган ўт пуфагини аниқлаш мумкин. Ўнг юқори квадратида Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ортнер - Греков, Мюсси - Георгиевский симптомлари мусбат. Таҳлилларда лейкоцитоз 20000- 22000 гача, лейкоцитар формуласи чапга сурилган.

Морфологик текширганда пуфак ўлчами катталашган, унинг девори қалинлашган, тўқ, қизил-кўкимтир рангда, уни қоплаб турган қорин пардаси фибринли парда, бўшлиғида йирингли экссудат бўлади.

Гангренали холецистит клиник жихатдан жадал кечади, одатда флегмонали босқичдаги яллиғланишнинг давоми ҳисобланади, бунда организмнинг химоя кучлари вирулент микроб флораси билан кураша олмайди. Интоксикация симптомлари билан маҳаллий ёки тарқалган йирингли перитонит ходисалари биринчи ўринни эгаллайди. Яллиғланишнинг гангренали формаси туқималарнинг регенератив хусусиятлари пасайиб кетган, организмнинг реактивлиги пасайган ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда кўпроқ кузатилади. Пуфак ёрилганда тарқалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Беморларнинг аҳволи оғир бўлади, улар бўшашган, кам ҳаракат, тили қуруқ, қорни ичак парези ҳисобига кепчиган, унинг ўнг бўлимлари нафас актида қатнашмайди, ичак перистальтикаси кескин пасайиб кетган, қорин пардасининг олдинги девори ушлаб кўрилганда таранглашади, қорин пардасининг қўзғалиш симптомлари бор. Лаборатория анализларида: юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга кескин силжигани, СОЭ ошиши, қон электролит таркиби ва кислота-ишкор ҳолатининг бузилиши, протеинурия, цилиндрурия бузилиши аниқланади.

Агар ўтдаги микроб флорасининг вирулентлиги кам бўлса ва ўт пуфаги бўйни ёки пуфак йўли окклюзияси Сакланиб қолган бўлса, ўт пуфаги истискоси ўткир холецистит хуружи тугагандан кейин ривожланади.

Ўт пуфагида ўт таркибий қисмларининг сўрилиши содир бўлади, бактериялар халок бўлади, ўт пуфаги ичидаги суюқлик рангсиз, шилимшиқ бўлиб қолади.

Беморларни физикал текширганда ўт пуфагининг катталашган, чўзилиб кетган, оғримайдиган тубини пайпаслаб кўриш мумкин. Ўт пуфаги эмпиемаси ривожланиши мумкин.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгайди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Холангит - жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўлларининг ўткир ва Сурункали яллиғланишидир. Холедохолитиазда холестаз ва ўт суюқлигига тушган инфекция ҳисобига пайдо бўлади. Ўт йўллари деворларидаги морфологик ўзгаришлар характери бўйича катарал ва йирингли холангит фарқ қилинади. Холангитнинг клиник белгилари: гавда хароратининг субфебрил рақамларгача тўсатдан кўтарилиши, каттик, эт жунжиқиши, ўнг қовурғалар ости: соҳасида оғирлик ва симиллаган оғриқ, кўнгил айниши ва қусишдан иборат. Йирингли холангитда оғриқ кучли бўлади, сариклик эрта пайдо бўлади.

Йирингли холангит авж олиб жадал кечганда ўт йўллари деворларида, паренхима бағрида ва унинг юзасида майда йиринг тупланган жойлар ҳосил бўлади, бу жигарда кўп сонли абсцесслар пайдо бўлишига олиб келади. Катта дуоденал сурғич ампуласида тош ғисилиб ғолганда ўт оқиб кетиши бузилиши билан бирга панкреатик шира оқиб кетишининг бузилиши рўй бериши эҳтимол ва кўпинча ўткир панкреатит ривожланади.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, яллиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беги йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминиди касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ульتراتровуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилишч операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминиди беморнинг ахволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобиляти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариқлик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариқлик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сариқликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хурожсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминада вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал қолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сариқликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариқлик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда

жигар функционал холатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Хозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Жигардан ташқари ўт йўллари тузилиши?
2. Сурункали холециститда холангит ривожланиши сабаблари?
Умумий ўт йўлида тош бўлган ҳолларда операция ҳажми?
Холангит ва механик сарикликда жигардаги ўзгаришлар?
Ўт йўллари торайишида операция ҳажми?
Умумий ўт йўллари дренажлаш усуллари?
2. Ўт суюқлиги қаттиқ моддалари чиқишига олиб келувчи омиллар?

Ўт тошлари таркиби?

Ўт йўллари операциягача текширишнинг рентгенологик усуллари?

Ўт ташхисда ультратовуш текширишлар информативлиги?

Ўт оғриқли ва диспептик клиник кечишининг характеристикаси?

Асоратланмаган оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?

Сурункали холециститда кузатиладиган асоратлар?

У кузатиладиган механик сариклик сабаблари?

Вазиятли масалалар

Бемор 32 ёшда, шикоятлари ўнг қовурға остида айрим вақтда кучаядиган доимий оғриқ, кўнгил айниш. Сариклик йўқ. Холицистографияда ўт пуфаги катталашган, ёмон бўлади.

Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?

Ташхисингиз? 3. Даволаш?

Бемор 62 ёшда, эркак киши. Ўнг қовурға остида қаттиқ оғриқ, оғриқ ўнг елкага кузатилади, қусиш, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан стационарга етказилди. Ўзини 4 кундан буён касал ҳисоблайди. Обьектив текшириш: умумий ҳолати оғир, тили қуруқ, кул ранг қараш билан қопланган қориннинг ўлчамлари озгина катталашган. Ўнг ярмининг юқори қисм нафас олишда деярли қатнашмайди. Палпацияда ўнг қовурға ёйи остида мушаклар таранглашган ва кучли оғриқ. Кўз склерасида сарғайиш сезилади. Тана 38,9 С. Лейкоцитлар сони 16,25 10³ /л. 2 кундан буён ҳожатга чиқмаган.

Қўшимча равишда қайси симптомларни текшириб кўриш керак.

Оғриқнинг ўнг елкага узатилишини қандай тушунтирасиз.

Ташхисингиз

Беморни қандай даволаш керак.

60 ёшдаги аёл ўнг қовурға ости соҳасида ва эпигастрал соҳада симмилловчи оғриқдан, дармонсизлик, вақти-вақти билан қайт қилиш, иштаҳа пасайиши ва тана вазнининг камайишидан шикоят қилади. Обьектив: умумий ҳолати ўртача оғирликда, озиб кетган, териси оқарган, кул ранг, ер рангидаги доғлар бор. Қорни биров шишган, нафасга қатнашади. Ўнг қовурғалар ости соҳасида юзаси нотекис, қон тури ноаниқ, зич, ғадур-будур тузилма аниқланади. Унинг ўлчами 15-18см. Қорин бўшлиғида випот аниқланади.

Айтилган симптомларга асосланиб нима ҳақида ўйлаш мумкин?

2. Қорин бўшлиғида випот қандай аниқланади?

Ташхис қуйиш учун яна қандай текширишлар ўтказиш керак.

Давоси.

Бемор 28 ёшда, поликлиникада ўнг қовурға остидаги тумтоқ товушга ва симилловчи оғриққа шикоят қилиб келди. Обьектив кўрганда: тана тузилиши тўғри овқатланиши қониқарли. Палпацияларда ўнг қовурға остида кам ҳаракатча, кам эластик консистенцияли, силлиқ юзали, размери 10 18 см ли жигар аниқланади. Қонда эозинофиллар 80/0.

Диагнозингиз.

Яна қандай диагностик кўрсатмалар бор

Даволаш методикаси.

Бемор 45 ёшда. Умумий кучсизлик, ёмон иштаҳа, юқори ҳарорат, ўнг қовурға ости соҳасидаги тумтоқ оғриқдан касалхонага тушди. Анамнезида 1 кун мобайнида оғримокда 1,5 олдин йрингли аппендицит бўйича операция қилинган. Касаллик кучсизлик билан бошланган, ҳарорати юқори, кечқурун +39 С, 40 С га етади, ваража билан, эрталаб эса 32,2 36,5 С га етади. Ўнг қовурға остида тумтоқ баъзида эзувчи оғриқ пайдо бўлади. Текширилганда: умумий аҳволи ўртача, тери қопламаса оқарган, юрак буғиқлашган, тили нам, корин нафасда қатнашади, юмшоқ, жигар четлари пайпасланганади. Ўнг қовурға ости оғриқли. Ўнгда симптом “Френикус” мусбат. Тана ҳарорати 39-40 С. Қонда лейкоцитлар сони 18000, СОЭ-34 мм/соатда, нейтрфилёз.

Қанака қўшимча текшириш ўтказиш керак?

Сизнинг диагнозингиз?

Оғриқнинг ўнг елка устига ўтказилишини қандай тушинтириш мумкин?

Бола 9 ойлик, қорнида тутиб, сиқиб оладиган, кучли қусиш билан хирургия бўлимига олиб келинди. 2 кундан бери касал, участка врачлари беморни инфекция бўлимига куйидаги ташхис билан юборган: токсик диспепсия. Бемор 1 кундан кейин “ўткир корин” ташхиси билан қайта олиб келинди.

Обьектив текшириш: умумий аҳволи оғир, ҳолсиз корин дамланган, юмшоқ, чуқур пальпацияда ўнг қовурғалар остида зич эластик чегараланган қалбсимон ҳосилалар аниқланади.

12- Маъруза мавзуси : ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
	Мавзуини асослаш (мотивация)

Маъруза режаси:	Жигар буйича кискача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари Жигар касалликларида текшириш стандартлари, олинган маълумотларни таҳлил қилиш. Жигар абсцесси этиопатогенези, клиник симптомлари, ташхислаш ва даволаш усуллари. Жигар абсцесси асоратлари, хирург ва УАШ тактикаси.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

12-мавзу : “ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш	Тинглайдилар

босқич (55 дақиқа)	2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	1. Мустақил иш беради	Тинглайди
Мустақил таълим	2. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

“ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

Мавзуини асослаш (мотивация)

Жигар буйича қисқача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари

Жигар касалликларида текшириш стандартлари, олинган маълумотларни таҳлил қилиш.

Жигар абсцесси этиопатогенези, клиник симптомлари, ташхислаш ва даволаш усуллари.

Жигар абсцесси асоратлари, хирург ва УАШ тактикаси.

Анатомио-физиологик хусусиятлари

Жигар инсон организмнинг энг йирик аъзоларидан бири ҳисобланади. Унинг оғирлиги 1200 – 2000 г ни (тана оғирлигининг 1/50 % қисмини) ташкил қилади. У она қорнидаги ҳомила ҳаётининг учинчи хафтасида ўн икки бармоқ ичак шиллик пардаси эпителийсидан униб чиқиш йўли билан ривожланади. Жигар қориннинг ўнг юқори квадрантида жойлашган ва қовурғалар билан ёпилган. Унинг юқори чегараси ўнг ўрта ўмров чизиғи бўйлаб IV қовурғалар оралиғига етади, пастки чети чақалоқ болаларда аксарият ҳолларда киндиккача боради. Кўкрак ёшидаги болаларда у қовурға чети остидан 2-3 см га чиқиб туради ва тахминан тўрт ёшларга келиб унинг орқасида йўқолади. Жигарнинг пастки чегараси ўрта чизиқ бўйлаб киндик билан ханжарсимон ўсиқ ўртасидаги масофанинг ўртасида жойлашган. Жигарнинг олдинги юқори қабарик юзаси ўроқсимон бойлам билан икки бўлакка: ўлчамлари бўйича катта ўнг бўлакка ва чап бўлақларга бўлинади.

Пастки ботиқ юзасида иккита узунасига кетган бўйлама эгатлар (ўнг ва чап) ва кўндаланг эгат фарқ қилиниб, буни жигар дарвозаси деб аталади. Бу эгатлар жигарнинг ўнг, чап, квадрант ва думсимон бўлақларга бади.

Жигар дарвозасига жигар артерияси, нервлари ва дарвоза (қопқа) венаси киради, лимфатик йўллар ва умумий жигар ўт йўли эса ундан чиқади. Жигар, диафрагмага тегиб турадиган орқа юзасидаги қисмидан ташқари, ҳамма томонлардан қорин парда билан қопланади.

Қорин пардаси атрофидаги аъзоларга ўтиб, жигарни фиксация қилишда муҳим рол ўйнайдиган бойламлар (ўнг ва чап тожсимон, жигарнинг меъда бойлами, жигарнинг ўн икки бармоқ ичак, жигарнинг буйрак бойлами) ҳосил қилади. Жигарнинг қон таъминоти хусусий жигар артерияси, шунингдек дарвоза венаси томонидан амалга оширилади. Бунда умумий қон оқимининг тахминан 25% артерияга ва 75% и дарвоза венасига тўғри келади.

Жигарнинг ўроқсимон бойлами бўйича ўнг ва чап бўлақларга бўлиш унинг функционал анатомиясига мос келмайди, бундан визуализация усуллари натижаларига баҳо беришда ҳамда хирургик операциялар ўтказишда фойдаланилади. Унинг негизини дарвоза венаси, хусусий жигар артерияси ва ўт йўлларининг тармоқланиши принципи ташкил қилинади, улар қон таъминотини ва жигарнинг бир-биридан нисбатан узоқлашган зоналаридан қон оқиб келишини таъминлаб туради. Чунончи, дарвоза венаси ўнг ва чап тармоқларга бўлиниб, тегишлича жигарнинг ўнг ва чап бўлагини озиқлантиради. Бўлақлар ўртасидаги чегара қийшиқ чизик бўйлаб пастки ковак венасидан ўт қопчаси ўрнигача ва кейин жигар дарвозаларигача боради. Дарвоза венасининг ҳар икки тармоғи, ўз навбатида, яна иккита тармоққа бўлиниб секторлар номини олган соҳаларни қон билан таъминлайди.

Ўнг бўлақда олдинги ва орқа, чап бўлақда медиал ва латерал секторлар фарқ қилинади. Секторлар сегментларга бўлинади, улар рақамлар билан белгиланади. Чап бўлақни I-IV сегментлар ҳосил қилади. Бунда I сегмент жигарнинг думсимон бўлагигача мос келади, II ва III сегментлар чап латерал секторда, IV сегмент чап медиал секторда жойлашган. Жигарнинг ўнг бўлаги таркибига V ва VIII сегментлар киради. Ўнг олдинги сектор V ва VIII га, ўнг орқа эса VI ва VII сегментларга бўлинади.

Жигарнинг гистологик тузилиши асосини шакли призмасимон ва ўлчамлари 1 дан 2.5 мм гача бўлган бўлақчалар ташкил қилиди. Ҳар бўлақча ўртасида марказий вена жойлашган. Ундан радиуслар бўйича периферияга томон тўсинлар жойлашиб, улар ўт капилярларини, қўшилгандан кейин эса ўт йўлларини ҳосил қиладиган икки қатор жигар хужайраларидан иборат. Жигар артериясини ва дарвоза венасининг охири тармоқларини капилярлар ҳосил қилади, улар жигар хужайраларининг ўраб туради. Оддий капилярлардан фарқли равишда бўлақчалар ичидаги капилярлар эндотелийсидан ташқари, юқори фагоцитар функциясига эга бўлган купффер хужайраларини сақлайди. Эндотелиал хужайралар муайян ўлчамдаги макромолекулаларни гепатоцитлар билан эндотелиал хужайралар ўртасида жойлашган Диссе бўшлиғигача ўтказиб, қонни филтрлаш хусусиятига эга бўлган фенестерлар билан таъминланади.

Субэндотелиал бўшлиқда юлдузсимон хужайралар (Ито хужайралари) топилади, улар актин ва миозин борлиги туфайли муайян моддалар, масалан эндотелин-1 таъсири остида қисқариш қобилиятига эга бўлиб шу тариха қон оқимини синусоидлар даражасида амалга ошириб туради. Қон капилярлар орқали ўтиб, марказий венага тушади, улар бирлашиб, сўнгра жигар веналарини ҳосил қилади. Жигар веналари 3-5 та миқдорда пастки ковак венасига қуйилади.

Жигар ичи ўт йўллари дарвоза венаси ва жигар артериясини тармоқларининг йўли бўйлаб жойлашган. Ўнг ва чап бўлақчали жигар йўллари бирга қўшилиб, умумий жигар ўт йўлини ҳосил қилади (гепатикохоledох).

Унга қопча йўли куйилгандан кейин у умумий ўт йўли деб аталади (холедох), у меъда ости бези йўли билан бирга ўн икки бармоқ ичакка қуйилади.

Лимфа Диссе бўшлиқларида ҳосил бўлади. Жигардан веноз оқим бузилганда ва синусоидал босим орта борганда лимфа ишланиши кесикн купаяди, бу асцит ҳосил бўлишининг энг муҳим омилларидан бири ҳисобланади. Жигарнинг лимфатик томирлари лимфанинг жигар дарвозасининг лимфатик тугунларига ва кейин жигарнинг ўн икки бармоқ бойлами бўйлаб оқишини таъминлаб туради. Лимфа жигарнинг юза бўлимларидан йўллар бўйича оқиб келади, улар диафрагмадан оқиб ўтиб, ички кўкрак артерияси йўли бўйлаб кўкс оралиғи тугунларига ва кўкрак лимфатик йўлига лимфа оқшин таъминлайди. Лимфатик йўллар ва тугунларнинг бир қисмини пастки ковак венанинг кўкрак бўлими йўли бўйлаб тарқалади.

Жигар сунуслари қорин чигалида жойлашадиган еттинчи-ўнинчи симпатик ганглийларининг нерв толаларидан иннервация қилинади. Парасимпатик иннервация ўнг ва чап адашган нервларининг толаларидан амалга оширилади. Иннервацияда шунингдек ўнг диафрагмал нерв қатнашади. Нерв толалари жигар артерияси ва ўт йўллари йўли бўйлаб киради ва жигар паренхималаригача етади.

Жигар турли-туман функцияларни бажаради, оқсил синтези, углевод, ёғ алмашинувида қатнашади, улар бир-бири билан чамбарчас боғланган. Жигарда қон плазмасининг асосий оқсиллари (альбуминлар, глобулинлар, фибриноген), оддий углеводлардан гликоген полисахариди синтези содир бўлади ва унинг глюкоза ҳосил қилиб парчаланиши, ёғ утилизацияси, ёғ кислоталарининг парчаланиши ва оксидланиб парчаланиши, шунингдек фосфолипидлар синтези рўй беради. Жигар хужайраларида аммиқдан мочевина ҳовил бўлиши кечади, қон ивиш омиллари синтези, билирубин алмашинуви бўлиб туради. Жигар эндоген ва экзоген токсик моддаларни утилизация қилишнинг энг муҳим аъзоларидан бири бўлиб ҳисобланади.

Жигар етишмовчилигининг энг муҳим кўриниши сариқлик ҳисобланади, унинг асосини жигар пигмент функциясининг бузилиши ташкил қилади. Билирубин гемм метоболизмининг охирги маҳсулоти ҳисобланиб, у гемоглобин, миоглобин, цитохромлар, масалан, P450 цитохроми молекулаларининг таркибий қисми ҳисобланади. Бир кеча-кундузда ретикулоэндотелиал системада тахминан 300 мг билирубин ҳосил бўлади. Бунда унинг қарийиб 80% эритроцитлар гемоглобинидан синтез қилинади, қолган миқдори эса талоқ, суяк илиги, гем сақлайдиган оқсилларнинг етилмаган хужайраларидан синтез қилинади.

Гемоглобиннинг утилланиши жараёнидаунинг оқсил қисми (глобин) ажралиб чиқади, гемосидирин таркибидаги темирдан синтез учун фойдаланилади, гематоидин эса (молекуланинг гемм сақловчи бўлаги) кейинчалик парчаланишга учрайди. Микросомал фермент гемоксигеназа таъсири остида порфиринли ҳалқа чизикли терапиррол (биливердин)га айланади, у ўз навбатидан биливердин синтетазадан билирубинга айланади, ҳосил бўлган билирубин тузилишига кўра кутибланмаган бирикма, яъни ёғда эрувчан модда ҳисобланади. У қон альбумини билан узвий боғланган. Жигар синусоидларида билирубин альбуминдан ажралиб чиқади. Жигар хужайрасида билирубиннинг глюкурон кислотаси билан конъюгация реакцияс рўй бериб натижада билирубин моно ва диглюкуронид (боғланган билирубин) га айланади. У сувда эрувчан бўлиб қолади ва ўт билан ажралади. Конъюгацияланмаган билирубин сульфодиазореаткив билан молекулалараро водород боғлар тўғридан-тўғри (спирт билан, Ванденберг реакцияси) ҳосил қилмайди, шунинг учун конъюгацияланган (бевосита билирубин) дан фарқли равишда билвосита билирубин деб аталади. Альбумин билан боғланган ва сувда эримайдиган билвосита билирубин буйрак каналчаларида филтрланмайди ва сийдик билан ажралиб чиқмайди.

Ингичка ичакда, ўт йўлларида (айниқса бактериал холангитда) билирубин уробилиногенга айланади, у қрнга яхши сўрилади. Бироқ амалда тўла-тўқис ушлаб қолинади. Жигар функцияси бузилганда уробилиногеннинг жигардан экскрецияси ортади, кейинроқ ёғон ичак микрофлораси таъсири остида боғланган билирубиндан

стеркобилиноген ҳосил бўлади, у стеркобилинга айланиб ахлатга ўзига ҳос ранг беради. Нормада стеркобилиногеннинг озроқ қисми жигарни четлаб ўтиб, тўғри ичак веналари бўйлаб, систем қон оқимига тушади ва сийдик билан ажралади.

Жигарнинг анатомик нуқсонлари

Жигарнинг анатомик нуқсонлари жигарнинг жойланиши (*situs viscerus inversus*) ва унинг тузилиш хусусиятлари билан боғлиқ. Жигарнинг бир қатор ҳайвонларга ҳос бўлган бўлаксимон тузилиши инсонда ҳам атевизм кўринишида учраши мумкин. Камдан-кам ҳолларда қўшимча бўлакчалар туткич (мезентерий) га эга ва буралиб қолиши мумкин, бу жарроҳлик операциясини ўтказишни талаб қилади.

Жигар томирларининг туғма патологияси жигар бўлагининг атрофиясига олиб келиши мумкин, фибоз ривожланган сайин жигарнинг ўлчамлари кескин кичраяди. Жигар ўнг бўлагининг агенезияси бирмунча кам топилади, у жигардан ташқари портал гипертензиясига олиб келиши мумкин.

Ридел бўлаги борлиги жигардан анатомик тузилишининг варианты ҳисобланади, бунда у жигарнинг ўнг бўлаги тил кўринишида ўсиб чиққан бўлиб, пастга ўнг ёнбош соҳаси сатҳигача осилиб тушиб, катта ҳажмли тузилмага ўхшаб кўринади.

Кўпчилик ҳолларда жигар нуқсонлари клиник жиҳатдан юзага чиқмайди, даволашни талаб қилмайди ва бошқа патологияни аниқлаш учун беморни текширилаётганда тасодифий топилма бўлиши мумкин.

Жигарнинг шикастланишлари

Жигар шикастланишлари одатда йўлнинг транспорт ходисалари, баландликлардан йиқилиш, совук ёки ўк отар қурол, турли-туман каттик буюмлардан тешиб кирган яраланишларга боғлиқ бўлиши мумкин. Улар ятроген табиатга эга бўлиши мумкин. Жигар шикастлари аксарият кўкрак, қорин бўшлиғидаги бошқа аъзоларнинг, шунингдек бош ва склет суяқларининг шикастланиши билан ўтади.

Жигар жароҳатланишларининг очик ёки ёпик турларга бўладилар. Жигар жароҳатининг табиатига ва даражасига кўра уларнинг клиник белгилари жуда кам ёки шок, ички қон кетиши, перитонит симптомлари кўринишида яққол бўлиши мумкин. Қориннинг олдинги деворида қон талаш соҳалар борлиги, жароҳат каналининг жойлашуви ва йўналиши операцияга қадар жигарнинг шикастланганлигига шубҳа уйғотиши мумкин. Ташҳис қўйишда қорин бўшлиғи суюқлигин диагностик аспирация қилиш, ультратовуш билан текшириш, компьютер томографияси жиддий ёрдам бериши мумкин. Бунда қорин бўшлиғида қон ва ўт суюқлиги борлиги, жигарнинг ёрилганлиги ёки унинг капсуласи остида суюқлик йиғилганлигини аниқлаш мумкин. Айрим ҳолларда жигар пренхимасида ел тўпланганлиги аниқланади. КТ да пасайган сингиш коэффиценти зонаси фонидаги ел гематома билан инфекцияланиш тўғрисида ахборат беради. Қориннинг ёпик шикастида диагнозни аниқлаш учун лапаротомия ўтказиш зарур.

Жигар шикастларини даволаш кўпчилик ҳолларда хирургик усулда ва шикастланиш табиати ва оғир енгилиги билан белгиланади. Жигардаги кичикроқ гематомалар кунт билан кузатиб борилганда ва гемодинамика кўрсаткичлари барқарор бўлганда даволаш консерватив усулда олиб борилади. Қорин бўшлиғида патологик суюқлик бўлганда, шунингдек санчилган, кесилган, ўк отар қуроллардан жароҳатланишда лапаротомия ва қорин аъзолари ревизияси ўтказиш зарур.

Жигар жароҳатларида операция қон оқишини тўхтатиш, жигар шикастланган тўқимасига ишлов бериш, қорин бўшлиғини дренажлашни ўз ичига олади. Қон оқишини тўхтатиш учун тампонлаш, гепатодуоденал боғламдан ўтадиган жигар артерияси ва дарвоза венасини бармоқ билан босиб туриш, қон тўхтатувчи қисқичлар ишлатиш, энг қулай жойда томирларни тикиш ёки боғлаш каби амалиётлар қўлланади. Шикастланган жигарга хирургик ишлов бериш, маҳаллий гемостаз учун кичикроқ жароҳатларни коагуляция қилиш, мажақланган ва ҳаётга лаёқатсиз тўқималарни қирқиш, атипик резекциялар, П-симон чоклар қуйиш ёки клипслар ёрдамида қонни тўхтатишдан иборат. Қатор ҳолларда шикастланган қисмни гемостатик булутга ёки чарви тутами билан томпанада қилиш талаб этилади. Жигар паренхимасининг йирик қон томирлар ва ўт йўллари қамраб олган шикастланишлари жигарни бир қисмини резекция қилишни талаб этади, уни жигарни сектор ва сегментар тузилишини ҳисобга олиб ўтказилади.

Операциядан кейинги даврда кечиккан қон кетиши, ўт оқмалари, ўт йўллари стриктуралари, дарвоза венаси стенозлари ва портал гипертензия, жигар абсцесслари шаклланиши, коагуляпатия ва сепсис билан асоратланиши мумкин. Қон кетишининг сабабларидан бири жигар артериясининг узилиб аневризма шакллантириши, у эса ёрилиб ўт йўлларига тушиши (гемобилия) пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Бу асоратларни аниқлаш учун жигар артерияси селектив ангиографияси бажариш лозим.

Ўт оқмалари магистрал йўлларида ўтказувчанлик бўлмаганда ва ўт қопчаси гипертензиясида хирургик даволашни талаб қилмайди. Ўт чиқарувчи йўллар стриктурасида торайган қисмлар дилатацияси, стентлар ўрнатиш воситасида, эндоскопик ёки жигар орқали эндобилиар операциялар ёрдамида яхши натижага эришиш мумкин. Хирургик операция айланиб ўтадиган билиодигестив анастомозлар қуйишдан иборат. Жигар шикастланишларида леталлик 10-60% гача бўлади ва шок оғирлигига, шикастланиш табиатига, операциядан кейинги асоратлар сонига ва оғирлигига боғлиқ. Жигарнинг пастки ковак венаси, дарвоза венаси ва жигар веналарининг биргаликдаги шикастланиши айниқса хавфли ҳисобланади.

Жигар абсцесслари

Жигар абсцесслари антибиотикотерапия кенг қўлланила бошлангандан сўнг бир мунча кам учрайдиган касаллик бўлиб қолди. Жадал кимётерапия, қандли диабет, аъзоларни кўчириб ўтказиш ва ВИЧ сабабли иммунитетнинг пасайиб кетиши бу асорат сонининг ўсишига олиб келади. Жигар абсцесслари юқорига кўтарилувчи билиар инфекция, инфекциянинг портал веноз система бўйлаб гематоген тарқалиши ёки сепсисда жигар артерияси орқали тарқалиши, инфекциянинг қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликларида тўғридан- тўғри тарқалиши, шунингдек жигар шикастланишларида пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда жигар абсцесслари ўт тош касаллигида ёки жигадан ташқаридаги ўт йўллари ракида аксарият оғир, кўпинча йирингли холангитнинг асорати ҳисобланади. Бошқа сабаблари, деструктив аппендицит, чамбар ичак дивертикулити, носпецифик ярали колит, амёбали дизентерия асорати бўлган сепсис, пилефилит хисобланади. Абсцесслар яқка бўлиши мумкин, бироқ аксарият кўп сонли абсцесслар учрайди. Яқка абсцесслар кўпинча ўнг бўлақда жойлашади. Абсцессларда бактериологик текширув натижасида бактериал флорани тахминан 50% ҳолларда топадилар.

Сепсисда аксарият ҳолларда тилларанг стафилококк, гемолитик стрептококк аниқланади. Билиар абсцессларида аксарият ичак таёқчаси ёки аралаш флорани аниқлайдилар. Сўнгги йилларда анэроб флорага катта аҳамият берилмоқда. Уни махсус муҳитга эккандагина топиш мумкин. Жигар абсцесси хамиша иккиламчи касаллик, асосий касалликнинг клиник белгилари фонида харорат интермиттирловчи ёки гектик табиат касб этади, эт жунжикиши, кўп терлаш, кўнгил айнаши пайдо бўлади, иштаха пасайди. Оғрик кечиккан симптом бўлиб ҳисобланади ва аксарият яқка йирик абсцессларда учрайди. Кўпинча жигар катталашади ва пайпасланганда жигарда оғрик пайдо бўлади ва баъзан тер ива склералар сарғайиши

кузатилади. Қон анализида –юқори лейкоцитоз, лейкоформула чапга силжиган, анемия. Қон экмасыда касаллик кўзгатувчи тахминан 30% ҳолларда, аксарият септик келиб чиқган абсцессларда аниқланади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг обзор рентгеноскопиясида диафрагма ўнг гумбазининг юқорига кўтарилиши ва харакатчанлиги чегараланиши аниқланади, плеврал синусда суюқлик йиғилиши мумкин. Газ ҳосил қиладиган флорада жигар сояси фонида суюқлик сатҳи аниқланиши мумкин, баъзан жигарнинг юқори контурининг деформацияси аниқланади.

Диагностикасида жигарни ультратовуш билан текшириш, компьютер рентген томографияси, ангиография, шунингдек жигарни радиоизотоп техникий 99 билан сканерлаш ёрдам беради. Антибиотиклар билан даволаш микрофлорани сезувчанлигига муофиқ тарзда олиб борилади. Жигарда антибиотикнинг кўпроқ концентрациясини вужудга келтириш учун жигар артериясига ёки киндик венасига, у ажратилгандан облитерацияланган киндик венасини қайта очилади ва катетер киритилади. Якка холдаги катта ёки бир неча йирик абсцессларни операция қилиб даволанади, у очилади ва бушлиқ дренажланади. Айниқса кўп сонли абсцессларда бўшлиқни рентгеноскопия, компьютер томография ёки ультратовуш текшируви назорати остида тери орқали дренажлаш даволашнинг кам инвазивли ва энг самарали усули бўлиб хисобланади. Жигар абсцесси асоратларига сепсис, диафрагма ости абсцесси, абсцессинг қорин бўшлиғига ёки плевра бўшлиғига ёрилиши, плевра эмпиемаси, йирингли перикардит киради.

Прогнози доимо жиддий. Якка йирик абсцессларда ўз актида дренаж қилинганда 90% гача беморлар соғайиб кетадилар. Кўп сонли абсцесслар ва дренаж қилинмаган якка абсцессларда даволаш купчилик холатда улим билан якунланиши кузатилади.

АДАБИЁТЛАР

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Жигар сигментлар тузилиши?
2. Жигар дарвозаси нима?
3. Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
4. Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
5. Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
6. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
7. Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
8. Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
9. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
10. Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тadbирларини айтинг?
11. Жигар паразитар касаллигининг клиник давлари?
12. Жигар паразитар касаллиги қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак?
13. Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тadbирларини айтинг?
14. Жигар дарвозаси нима?
15. Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
16. Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
17. Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
18. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
19. Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
20. Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
21. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
22. Жигар эхинакоккозининг юқиш йўллари?

23. Жигар эхинакоккози касаллиги патогенези?
24. Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
25. Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
26. Жигар эхинакоккози касаллигининг асоратлари?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

36 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан қуруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

Савол:

Сизнинг ташхисингиз ?

Даволаш чоралари

Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?

Бемор 50- ёшда эркак. Тўхтовсиз кучли йўтал, қон аралашган балғам ажралиши, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш, умумий ҳолсизлик, субферил иситма борлигига шикоят қилади. Объектив текшириш: ўнг тамонида ўпканинг пастки қисмида ўпка товушининг қисқарганлиги, нафаснинг кучсизланганлиги аниқланди. Рентгенология текширишда сезиларли четлари нотекис интенсив соя куринади.

Саволлар.

қандай қўшимча текшириш усуллари қўллаш керак?

сиз қўйган ташхис?

бу касалликда қандай даволаш усулларидан фойдаланилади?

3. 1. 42 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан қуруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

Савол:

Сизнинг ташхисингиз ?

Даволаш чоралари

Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?

4. Бемор Т 50- ёшда эркак. Тўхтовсиз кучли йўтал, қон аралашган балғам ажралиши, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш, умумий ҳолсизлик, субфебрил иситма борлигига шикоят қилади. Объектив текшириш: ўнг тамонида ўпканинг пастки қисмида ўпка товушининг қисқарганлиги, нафаснинг кучсизланганлиги аниқланди. Рентгенология текширишда сезиларли четлари нотекис интенсив соя куринади.

Саволлар.

1. қандай қўшимча текшириш усуллари қўллаш керак?
2. сиз қўйган ташхис?
3. бу касалликда қандай даволаш усулларидан фойдаланилади?

13- Маъруза мавзуси :

“МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	Мавзуини асослаш (мотивация) Меъда ости бези буйича қискача анатомо-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари Ўткир панкреатит, этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, ташхислаш усуллари, комплекс даволаш принциплари. Деструктив панкреатит тушунчаси, формалари, УАШ ва хирург тактикаси. Панкреатитлар профилактикаси. Сурункали панкреатитлар

Ўқув машғулоти мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР”

Маъруза машғулоти технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 13 “МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТЛАР”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

Мавзуини асослаш (мотивация)

Меъда ости бези буйича кискача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари

Уткир панкреатит, этиопатогенези, клиник кечиш даврлари, ташхислаш усуллари, комплекс даволаш принциплари.

Деструктив панкреатит тушунчаси, формалари, УАШ ва хирург тактикаси.

Панкреатитлар профилактикаси.

6. Сурункали панкреатитлар

Сўнгги йилларда ватанимиздаги ва хорижий олимлар - В. С. Савельев (1983), А. А. Шалимов (1983), М. И. Кузин (1989), У.О.Орипов (1984), М.В.Данилов (1985) панкреатология ривожига катта хисса қўшдилар.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Меъда ости бези (g. pancreas) хазм йўлининг энг мухим безларидан бири бўлиб, жуда катта физиологик вазифани бажаради. Ички ва ташқи секрет ишлаб чиқариш функциясини бир вақтнинг ўзида бажарадиган бу аралаш без фақат хазм жараёнига эмас, балки метаболизмнинг бошқа кўпгина томонларига ҳам жиддий таъсир кўрсатади.

Унинг анатомик жойлашуви, жигар, меъда, талок, артерия ва қопқа вена системасининг йирик артериялари қуёш чигалининг постганглионар тармоқлари билан чамбарчас алоқаси унда операция ўтқизишни бирмунча қийинлаштиради ва хирурглардан бу хаётий мухим органга кириш йўлларини пухта ўрганиш ва операциянинг таъсирчан ва эхтиётлайдиган усуллари излаб топишни талаб этади.

Меъда ости бези қорин пардаси орқасидаги бўшлиқда I-II бел умуртқалари сатхида жойлашиб, умуртқа поғонасини қўндаланг йўналишда кесиб ўтади, шу туфайли бошчаси ва танасининг бошланиши ўрта чизикдан ўнг томонда, тана ва думининг кўпроқ қисми эса чап томонда бўлади. Без ўлчамлари ± 16x4x2,5 см, оғирлиги тахминан 60-70 г (1 расм).

Меъда ости безининг бошчаси ўн икки бармоқ ичак тақасига киради, думи эса талоқ дарвозасига етиб боради. Меда ости беzi унинг олдинги-юқори сатхи бўйлаб ўтадиган, катта чарви халтасининг орқа деворидаги (bursa omentalis) томирлар, нервлар, йўллар ва париетал қорин пардаси варағи билан махкамланган.

Артериал ва веноз қон-томир системаси. Меъда ости беzi truncus coeliacus тармоқларидан, бошчаси - a. pancreaticoduodenalis дан, тана ва думи a. lienalis дан озикланади, бу артерия меъда ости безининг юқори чеккаси бўйлаб ўтиб, аксарият хатто унинг паренхимасига киради ва ўз йўлида қатор тармоқлар (a. a. pancreaticus brevis) беради. Бир номдаги веналар қопқа вена системасига қон олиб боради.

Иннервацияси. Меда ости беzi қуёш чигалининг ҳам симпатик, ҳам парасимпатик толаларидан иннервация қилинади.

Безининг бутун танаси орқали асосий йўл ўтиб, у кўп сонли бўлакчалар - ductus Wirsungi дан секрет йиғади ва умумий ўт йўлининг дистал кесиги билан ўн икки бармоқ ичакнинг катта сўрғичига papilla Vateri қуйилади. Асосий йўлдан ташқари, 75-80% ҳолларда қўшимча йўл - ductus Santorini учрайди, у ё асосий йўл билан қўшилади, ё без бошчасидан кесиб ўтиб, ўн икки бармоқ, ичакда мустақил, қўшимча сурғич ҳолида очилади. Вирсунг йўлининг умумий ўт йўли билан қушилишининг бир неча вариантлари бор: бошқа-бошқа бўлиб очилиш, тўлик бўлмаган, фатер сўрғичидан марказроқ, жойда иккита йўлнинг қўшилиши ана шулар қаторига киради. Кўрсатиб ўтилган анатомик хусусият меъда ости беzi йўлига ўт суюқлиги рефлюкси ёки ўт йўлларига панкреатик шира тушишида маълум ўрин тутаяди.

Меъда ости тўқимаси ташқи ва ички зоналари бўлган эпителиал хужайралардан ташкил топган. Охиргиси секрет ишлаб чиқарадиган ва хазм фазасида бўртиб турадиган гранулалардан иборат. Безсимон тўқима орасида ички секретор функцияни бажарадиган, капсулага ўралган лангерганс оролчалари жойлашади. Оролчалар кўп сонли томирлар ва қуёш чигали системасидаги озроқ симпатик нерв тармоқлари билан ўралган. Лангерганс оролчалари сони 2 миллионгача етади (1 г безга 5 дан 25 минггача).

Меъда ости безининг ташқи секрециясида 24 соатда 1200-2200 мл панкреатик шира ишлаб чиқарилади, унинг солиштирама оғирлиги 1015 ва ишкорий реакцияли (рН 8,5- 8,8). Меъда ости беziда қуйидаги ферментлар бор: оксилларни парчалайдиган протеазалар (трипсиноген, пептидаза, коллагеназа, рибодезоксирибонуклеаза); 2 та актив амилаза (альфа, бетта), булар углеводлар, липазани парчалайди, ёғларни ёғ кислоталар глицерингача парчалайди. Липаза таъсирини ўт суюқлиги кучайтиради.

Трипсиноген без йўлларида активмас, бироқ ўн икки бармоқ ичакка тушгандан кейин бирданига энтерокиназа билан активланади, у трипсиногенни трипсинга айлантиради. Трипсин оксил меъда шираси таъсирини учрагандан кейин (хлорид кислота ва пепсин) оксилларни полипептидлар ва аминокислоталаргача парчалайди.

Секреция нейрогуморал йўл билан: парасимпатик нервлар ва овқат луқмаси билан учрашганда ўн икки бармоқ ичак шилиқ пардасидан ажралиб чиқадиган секретин гормони билан идора қилинади.

Меъда ости безининг ички секретор функцияси Лангерганс оролчалари ишлаб чиқарадиган гормонлар хисобига руёбга чиқади. Гипогликемик гормон - инсулин ишлаб чиқарадиган В-хужайралар энг катта ахамиятга эга (инсулин етишмаслиги қандли диабет ривожланишига олиб келади). Бундан ташқари, меъда ости беzi яна 2 та гормон ишлаб чиқаради: жигарда ёғ алмашинувига таъсир қиладиган ва жигарни ёғли айнишдан сақлайдиган липокаин ва ўн икки бармоқ ичакда активландиган, гипотоник (томир

кенгайтирувчи) таъсири бўлган калликреин (падутин) - хужайралар функцияси аниқланмаган, бу фаол бўлмаган, айниган эпителий бўлиши мумкин.

Ўткир панкреатит

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиққан ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди.

Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тортиб келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир панкреатитнинг ривожланиш сабаблари турли-туман, у полиэтиологик касаллик хисобланади. Бироқ, ўткир панкреатитнинг этиологик омиллари кўплигига қарамай, уларнинг хаммаси безнинг бир структурали бирлиги - ацинусга бориб тақалади. Панкреатит ацинуснинг хар қандай шикасти ёки унинг интерстициал тўқимага гиперактив секретияси ўткир панкреатит ривожланишига олиб келади.

Ўткир панкреатитнинг ўзаро бир-бирига боғлиқ бўлган сабаблари: 1) механик, 2) нейрогуморал, 3) токсикоаллергик гурухларга бўлинади.

Механик сабабларига меъда-ости беги анатомии структураларини бирламчи механик шикастлайдиган омилларнинг хаммаси киради. Бу аввало без йўли ичи гипертензияси, билиар-панкреатик рефлюкс, дуоденал-панкреатик рефлюкс, ўн икки бармоқ ичак дискинезиясини қўзғатадиган омиллардир. Безнинг бевосита шикасти, жумладан операция вақтидаги шикасти хам аҳамиятга эга.

Хамма стресс шароитлар, жумладан гормонлар билан даволаш ва турли-туман нейрогуморал таъсирлар сабаларининг иккинчи гурухини ташкил этади.

Токсикоаллергик гурухга инфекция, аллергия, иммунологик бузилишлар, дори-дармонлар таъсири ва дориларн кўтара олмасликни киритилади.

Ўткир панкреатит ривожланишида меъда ости без ишланишининг нейроген ёки гуморал рағбатлантирилиш асосий омил хисобланади (кўп овқат ейиш, ичкилик ичиш, секретин билан диагностик рағбатлантириш). Ўткир панкреатитли беморларнинг тахминан 2к3 қисми холелитиаз билан боғлиқ. Бироқ патогенетик механизми унчалик аниқ эмас, ўт пуфаги ва меъда ости беги лимфатик коллекторлар билан алоқаси роль ўйнаса керак.

Нормада меъда ости беги ферментлари, аввало протеазаларнинг активланиши, одатда, ўн икки бармоқ ичак бушлиғида содир бўлади. Ўткир аутолитик панкреатитда бу ферментлар безнинг ўзида активланади. Бироқ, ўткир панкреатитда без тўқимасининг ўз-ўзини хазм қилиш учун қандай ферментлар зарурлиги тўла аниқланмаган.

Трипсин проэнзимлар, химотрипсин, эластаза, коллагеназа ва фосфолипаза кўп қисмининг активатори хисобланади. Фосфолипаза, фосфолипидлар ва хужайра мембраналаридан кучли цитотоксик таъсирга эга бўлган лизолецитин ва лизокефалинни озод қилади.

Актив протеазалар кининогенларга таъсир қилиб полипептидлар ва кининлар ажратади. Кининлар оғриққа ва кучли вазодилатацияга сабаб бўлиб, бу оғир гиповолемик қарахтликка олиб келади.

Актив липазалар хужайра ёғларини глицерин ва ёғ кислоталарга парчалаб, тўқималарда оғир дистрофик ўзгаришлар авж олишига олиб келади, без тўқимасининг ўзида безни ўраб турган клетчаткада, ингичка ва йўғон ичак туткичида, катта ва кичик чарвида ва бошқа органларда ёғли некрозлар (стеатонекрозлар) ҳосил бўлишига имкон беради. Трипсин ва кининлар шунингдек капиллярлар ўтказувчанлигини кескин оширади, стаз, капиллярлар бўйлаб перфузияни тўхтатадиган «микроциркулятор блок», ишемия, гипоксия, ацидоз, гемокоагуляция бузилишини келтириб чиқаради.

Маҳаллий жараён бутун организмга тез таъсир кўрсатади. Лимфа ва қонга кўп миқдорда токсоген полипептидлар, липидлар ва фермент аутолизисининг бошқа маҳсулотлари, панкреатик ферментлар, биоген аминлар тушиб, токсемия ривожланишига олиб келади, бу қоннинг плазма ва тромбин системаларидаги ўзгаришлар, марказий ва периферик гемодинамиканинг бузилиши, паренхиматоз органлардаги функционал етишмовчилик ва токсик асоратлар билан ўтади. Бинобарин, ўткир панкреатит патогенезида ўзаро боғланган патобиохимиявий ва морфофункционал 4 та жараён: 1) липолиз, 2) протеолиз, 3) қон ва лимфадаги микроциркуляция бўзилишлари ифодаланган демаркацион яллиғланиш, 4) панкреатоген токсемия асосий ахамиятга эга.

Патологик анатомияси. Морфологик ўзгаришларнинг турли-туман бўлишига қарамай, панкреатитнинг учта формаси фарқ қилинади: меъда ости безининг ўткир шиши, ўткир геморрагик панкреатит, ўткир йирингли панкреатит.

Меъда ости безининг ўткир шишини баъзан катарал панкреатит деб аталади. Макроскопик текширилганда без хажми катталашган, шишган бўлади. Шиш қорин пардаси орқасидаги клетчаткага ва қўндаланг чамбар ичак туткичига тарқалиши мумкин. қорин бўшлиғида ва чарви халтасида аксарият сероз-геморрагик суюқлик бўлади. Гистологик текширилганда оралик, тўқима шиши, унчалик катта бўлмаган қон қуйилиш зоналари ва без тўқимасида ўртача ифодаланган дегенератив ўзгаришлар топилади.

Ўткир геморрагик панкреатит. Бунда меъда ости беши хажман катталашган, қирмизи-қора рангли, илвиллаган, осонликча парчланади. Парапанкреатик ва қорин пардаси орқасидаги бўшлиқларнинг геморрагик имбибицияси амалда хамиша кузатилади. Гистологик текширилганда панкреатитларнинг кўп сонли дистрофия, некробиоз ва некроз ўчоқлари заминида безнинг ўзгармаган паренхимаси участкалари аниқланади. Геморрагик панкреатит учун геморрагик экссудатнинг клетчатка бўйлаб кўп тарқалганлиги ва қорин пардаси орқасидаги клетчаткада асцитик ферментатив флегмона пайдо бўлиши хос.

Ўткир йирингли панкреатит бактериал флора қўшилганда ривожланади. Без тўқимасининг йирингли парчаланиш ўчоқлари кўриниб туради. Микроскопик текширишда флегмонали яллиғланиш ёки катталиги хар хил кўп сонли абсцесслар характеридаги йирингли инфильтрация топилади. қорин бўшлиғида йирингли-геморрагик ёки сероз-йирингли экссудат бўлади.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли хисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда

патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпроқ кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизда). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизда қайд қилинади.

Хозирги кунда ўткир панкреатитни энг қулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади (2 расм).

Ферментатив давр касалликнинг биринчи 5 кунига тўғри келади. Реактив давр (касалликнинг 6-14 кунлар) фақат деструктив панкреатит ривожланган беморларда кузатилади. Касалликнинг 3 хавфасидан секвестрация даври бошланади. 20-24 кундан сўнг беморларда касалликнинг якунланиш даври бошланади.

Ошқозон ости безидаги ўчоқлар ўлчамларига насбатан Толстой А.Д. (1999) ўткир панкреатитни 5 турга бўлади: ўткир шишли панкреатит (ацинар хужайралар некрози); кичикўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 5 мм гача); ўртаўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 5 ммдан 10 мм гача); каттаўчоқли панкреонекроз (ўчоқлар ўлчамлари 10 мм дан кўп); тотал-субтотал панкреонекроз (ошқозон ости бези тотал-субтотал шикастланиши).

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва чап қовурғалар остида оғирлик сезгиси ва оз-моз оғрик, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган қисқа продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Оғрик ўткир панкреатитнинг асосий ва доимий симптом ҳисобланади. Оғрик тўсатдан пайдо бўлади. Ўз характерига кўра оғрик жуда кучли, симиллаган, доимий, камроқ вақт вақтида туттади. Оғрик шу қадар қаттиқ бўладики, беморла баъзан хушдан кетади. Оғрик ўнг ва чап қовурғалар ости жойлашуви мумкин, аксарият ғир ўраб олади ва орқа елкалар устига, тўш суяги орқасига ўтади, буни янглишиб баъзан миокард инфаркти деб ҳисоблайдилар. 85% ҳолларда бемор қусади (оғир ҳолларда қусуқ массаларига қон аралашган бўлади), қорин шишиб чиқади ва ич келиш ҳамда ел чиқиши тугилади.

Гавда вазияти кўпинча мажбурий. Беморлар кўпи ярим эгилган ҳолатда бўладилар. Тана ҳарорати нормал, субнормал. Тананинг юқори ҳарорати ва иситма ривожланиб бораётган яллиғланиш асоратлари учун хос.

Тери ва шиллик, пардаларнинг рангги оқарган, цианотик тусли, бу оғир интоксикациядан далолат беради. Аксарият сариқлик кузатилиб, бу ўт оқиб кетишининг бузилиш ва жигардаги оғир токсик зарарланишлардан бўлади.

Тил қуруқ, гунгурт-кулранг қараш билан қопланган. қорин бир текис кўтарилган, мушак ҳимояси кучсиз, қориннинг ён бўлимларида ва киндикда цианоз - Грей-Турнер симптоми ва Куллен симптоми қайд қилинади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал соҳада ва чап қовурғалар остида оғрик бўлиши объектив симптом ҳисобланади, у кўпинча олдинги қорин девори мушакларининг таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал соҳада қорин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир қисмида, ваҳоланки Мейо-Робсон симптоми (чап қовурға-умуртка бўрчагида оғрик) уларнинг ярмидан кўпида Аниқланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда қорин бўшлиғида озод суюқлик аниқланиши эҳтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг оғир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Паренхиматоз органларда дистрофик ўзгаришлар ривожланади, уларнинг функционал ҳолати бузилади. Бу ўзгаришларни асосан гиперэнзимемия, микроциркулятор бузилишлар ва интоксикация ташкил этади. Буйрак функцияси айниқса каттик бўзилади (10-20% беморларда) диурез ануриягача ва ўткир буйрак етишмовчилиги ривожлангунча камайиб кетади.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансминаза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда қонда ва сийдикда диастаза миқдори хамавакт ошавермайди. Амилаза миқдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортиқ) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда қонда ва сийдикда диастаза миқдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Трипсин миқдори анча ошиши ҳам ўткир панкреатит учун патогномоникдир. Трипсин ва унинг ингибиторлари миқдори эрта ошади, липаза концентрацияси ошиши бирмунча кеч муддатларда (касаллик бошланишининг 3-4-суткаларида) содир бўлади.

Гипергликемия ва глюкозурия патологик жараёнга без оролсимон аппаратининг тортилиши тўғрисида далолат беради. Гипокальциемия ўткир панкреатитнинг деструктив формалари учун патогномоник бўлади. У одатда касалликнинг 4- ва 10-кунлари орасида, яъни ёғ некрозлари энг ривожланган даврда пайдо бўлади. Кальцийнинг 4 мквқл дан пасайиб кетиши прогноз жиҳатидан ёмон белги хисобланади.

Сийдикда, меъда ости беги ферментлари миқдори ошишидан ташқари, оксил, эритроцитлар, цилиндрлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда буйракнинг токсик-инфекцион зарарланиши ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келади, бу олигурия ёки анурия, қонда азотли шлаклар йиғилишида юзага чиқади.

Меъда ости беги тўқима ферментларини текшириш муайян диагностик ахамиятга эга. Эластаза фермента активлиги одатда Келлер ва Мандль бўйича (1971), трансминаза активлиги эса Брегмайер бўйича (1970) аниқланади. Касалликнинг ҳамма формаларида бу ферментларнинг активлик даражаси нисбатан юқори бўлиши аниқланган. Соғлом одамлар қонида эластаза ва трансминаза активлиги аниқланмайди. Ўткир панкреатитли беморларда қонда эластаза активлиги минутага 4,3 дан 5 л мкмольқмин атрофида бўлади. Трансминаза активлиги 2,29 дан 4,29 мк мольқмин гача ўзгариб туради.

қон зардобиди тўқима ферментлари пайдо бўлиши меъда ости беги хужайралари деструкциясидан далолат беради ва бир номдаги патобиохимиявий синдром тушунчасини ташкил қилади.

Ўткир панкреатитнинг асосий асоратлари: эрта асоратлари - шок ва ўткир юрак етишмовчилиги, перитонит; бир мунча кеч асоратлари - меъда ости беги абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонаси, диафрагма ости, ичаклараро, чарви халтаси, аррозион қон кетишлар, некрозга учраган тўқима кўчиши, ўткир буйрак етишмовчилиги, кейинчалик меъда ости безининг сохта кисталари ва оқмалари, ичак оқмалари, қандли диабет кабилар пайдо бўлиши эхтимол.

Дифференциал диагностикаси. Ўткир панкреатитам биринчи навбатда меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг тешилган яраси билан дифференциал диагностика қилиш керак. Тешилган яра учун беморнинг навқирон ёши, ярали анамнез, «ханжар билан ургандек» оғриқ, қусишнинг йўқлиги, «тахтасимон» қорин. Перкуссия қилганда жигар тумтоқлиги йўқолиши ва диафрагма гумбази остида рентгенда текширишда аниқланадиган

ўроксимон хаво йўли борлиги хос. Ўткир панкреатит ўт-тош касаллиги бўлган ва ёғ алмашуви бузилган ёши улгайган одамларда учрайди. Ўткир панкреатит учун оғриқнинг ғир айланиб тутиши, иррадиацияси, қайта-қайта қусиш, «мушак химояси» симптоми йўқлиги, қорин кепчиши, лейкоцитоз, гиперэнзимемия ва диастазурия хос.

Ўткир холецистит ва ўт санчиғи хуружлари ўткир панкреатит билан бир қатор умумий симптомларга эга (тўсатдан бошланиши, ўткир оғриқ, оғриқ иррадиацияси, перистальтика сусайиши ва б.) Бироқ, ўткир холецистит учун оғриқнинг ўнг қовурғалар остида жойлашуви, мушак химояси симптоми пайпаслаш вақтида катталашган ва оғрийдиган ўт пуфағи ёки ўнг қовурғалар остида инфилтрат аниқланади, қон ва сийдикда диастаза кўрсаткичлари нормал. Кўпинча ўткир панкреатит ўт-тош касаллиги заминиди ривожланади (холецистопанкреатит).

Ўткир панкреатит билан ўткир механик ичак тутилиб қолиши ўртасида дифференциал диагноз қуйидаги белгилар асосида ўтказилади: ўткир панкреатитда оғриқ доимий бўлади ва перистальтиканинг сусайиши ёки бутунлай йўқолиши билан ўтади, оғриқ қориннинг юқори ва ўрта қисмларида бўлади. Аксинча, ичакнинг ўткир тутилиб қолишида оғриқлар қориннинг хамма жойида тўлқинсимон бўлади; касалликнинг дастлабки даврида перистальтика кучли. Сийдик ва қонда меъда ости беши ферментлари миқдорининг юқорилиги ўткир панкреатит диагнозини тасдиқлайди.

Ўткир аппендицит ҳам, ўткир панкреатит каби, аксарият эпигастрал соҳада оғриқдан бошланади. Бироқ аппендицитда эпигастрал соҳада оғриқ қисқа фурсат бўлади, 3-4 соат ўтгач оғриқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади, қорин деворининг таранглашуви ва ривожланаётган маҳаллий перитонитнинг бошқа симптомлари билан бирга учрайди. Сийдик ва қондаги диастазани текшириш бу иккала касаллик ўртасида узил-кесил дифференциал диагноз ўтказишга имкон беради.

Диагностикаси. Ўткир панкреатит диагнозини қўйишда анамнез маълумотлари (кўп овқат ейиш ва ичкилик ичиш, шикастлар ва бошқалар), қориннинг юқори бўлимида кўпинча оғир айланиб тутадиган кучли оғриқ, унинг тахикардия ва артериал босимнинг пасайиши билан ўтиши асос бўлиб хизмат қилади. Перитонит ривожлангунга қадар қорин юмшоқлигича қолади, бироқ кўтарилган бўлади, перистальтика бўлмайд. Баъзан Мейо - Робсон мусбат симптоми бўлади.

Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошиғич диагностика қилишининг энг қимматли методларидан бири ҳисобланади. Ўткир панкреатитда лапароскопия ўткир панкреатит формасини аниқлашда, панкреонекрознинг патобиохимиявий турини билишда ёрдам беради, панкреатоген перитонит, қушилиб келадиган касалликлар (деструктив холецистит) ни аниқлашга имкон беради.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниқлиги, панкреатит ва қорин бушлиғининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади.

Лапароскопияни илгари қорин бўшлиғида операция ўтказилган, шунингдек катта вентрал чурралари бўлган беморларда қўлланиш мумкин эмас.

Сўнги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости беши ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Қорин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меъда ости беzi касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости беzi ангиоархитектоникасига ҳос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Ўткир панкреатитнинг ҳамма ангиографик симптомларини уч гуруҳга бўлиш мумкин: 1) меъда ости беzi артериал ўзанидаги ўзгаришлар; 2) меъда ости беzидаги гемоциркуляция бузилиши; 3) меъда ости беzини ўраб турган томирлардаги ва қорин стволи хавзаси томирларидаги ўзгаришлар.

Ўткир панкреатитда меъда ости беzi артериал ўзанидаги ўзгаришлар артерия бўшлиғи кенгайиши, сурилиши, ўзайиши ва тўғриланиши, контурларининг ноаниқлиги, чаплашиб кетганлиги, шакли ўзгариши ва торайиши, бетартиб жойлашуви, айрим томирларнинг узиллиши, шунингдек томир деворидаги нуқсонлардан иборат.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аниқланади. Ўн икки бармоқ ичак ковузлоғи («такаси») кенгайган, парез холатида.

Баъзан ўткир панкреатит белгилари қорин бўшлиғидан транспариетал пункция ёрдамида экссудат олиш, меъда ости беzини инструментлар билан пайпаслаш, ўт пуфагини транспариетал пункция ва дренаж қилиш каби махсус диагностик муолажалар воситасида аниқланиши мумкин.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ келиши керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совуқ эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазмни йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беzi гипотермияси, 4-5 кунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки қорин бўшлиғига тушган ферментларни йўқотиш; кўкрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; қорин бўшлиғини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Оғриқни йўқотиш ёки камайтириш учун анальгетиклар ва спазмолитиклар (но-шпа, папаверин, платифиллин) қўлланиш зарур. Перидурал блокада (орқа мия перидурал бўшлиғини анестетиклар юбориб катетерлаш) яхши самара беради.

Сув-электролит балансини идора қилиш, юрак фаолиятини нормага солиш ва токсикозни пасайтириш мақсадида 5-10% ли глюкоза эритмалари, полиион эритмалар, полиглюкин плазмаси, гемодез қўлланиш тайинланади. Калий препаратлари, юрак гликозидлари кўрсатмалар бўйича тайинланади.

Антифермент терапия. Протеазалар ингибиторлари билан даволаш. 1953 йилда Frea ўткир панкреатитни даволаш учун биринчи марта калликреин инактиватори - трасилол қўллаган. Хозирги вақтда бошқа ингибиторлар: контрикал, гордокс, пантрипин, инипрол, зимофен ва бошқалар кенг қўлланиляпти. Ингибиторлар кўп йил қўлланилишига қарамай, уларнинг таъсир механизми, фазалари, кўшимча таъсири туррисида ягона фикр йўқ. Кўп сонли текширишларда протеазаларнинг ингибиторлари панкреонекрозда

рўй-рост терапевтик самара бериши, зарбали дозалари билан қўшма даволаш эса панкреатоген токсемик асоратлардан ўлимни бирмунча пасайтириши аниқланган. Препаратни оддий усулларда (мушак орасига ва венага) юбориш меъда ости безида ва қорин бўшлиғида антифермент препаратларнинг юкори концентрациясини таъминлай олмайди. Бунга препаратларни қўшма усулда: венага, регионар - артерияга, қорин пардаси ичига, қорин пардаси орқасига юборилганда муваффақ бўлинади. Протеаза ингибиторларининг юкори маҳаллий концентрацияси актив трипсиногенни блокаб қўйиш, периацинар бўшлиқда трипсиннинг активсизланиши ва протеолиз регионар жараёнларини тўхтатиб қўйишни, кининогенез ва фибринолизни таъминлайди.

Цитостатиклар билан даволаш. Оқсил синтезига ациноз хужайралари билан таъсир қилиб цитостатиклар (5-фторурацил, фторафур) меъда ости беги экзокрин функциясини тўхтатиш 70-йилларнинг II ярмида панкреонекрозда қўланилган. 5-фторурацил 500 мл физиологик эритмада суюлтирилиб, суткасига бир марта 2-3 кун мобайнида 250-300 мг дозада юборилади. Препарат қорин аортаси стволига селектив юборилганда даволаш энг таъсирчан бўлади. Касалликнинг кечиккан муддатларида цитостатикларнинг даволаш таъсирчанлиги жуда озлигини таъкидлаб ўтиш зарур.

Детоксикация. Панкреатоген токсемия касалликнинг биринчи даврида ривожланади. Агар бу даврда детоксикация ўтказилмаса, аҳвол жиддийлашади, ингибитор тўсиқ механизмлар издан чиқади, маҳаллий патологик жараён бузилади ва унинг авж олиши микроциркуляция бузилиши ва томир ичида қон ивиши синдроми таъсири остида содир бўлади. Ўз вақтида ўтказилган детоксикацион даволашгина патологик жараённинг бундан кейинги ривожини тўхтатади.

Детоксикациянинг таъсирчан методларидан бири инфузион терапияни организмни суюқлик билан тўйинтириш (гемодилюция) ва диурезни кучайтириш билан қўшиб олиб боришдан иборат. Гемодилюция ва кучайтирилган диурез принциплари оддий, ҳамма эътироф қилган принципдир. Диурез соатига 25 мл дан пасайиб кетганда кучайтирилган диурез тайинланади.

Кўкрак лимфатик йўлини ташқи дренаж қилиш. Ўткир панкреатитни даволаш учун бу методни қўлланиш патогенетик асосланган. Панкреонекрозда жигар интерстициал бўшлиқлари шиши ва компрессияси, шунингдек микроциркулятор бузилишлар сабабли лимфага меъда ости беги ферментлари ва аутолиз маҳсулотлари кўп ўта бошлайди, бунда унинг токсинлиги кескин ортади. Лимфанинг токсинлиги даражаси меъда ости беги зарарланишининг оғир-енгиллигига боғлиқ. Лимфанинг ташқарига чиқарилиши жараёнида, асосан дастлабки 2-3 сутка ичида унинг токсинлиги камаяди. Бу даврда лимфа билан бирга аутоагрессив ферментларнинг каттагина миқдори - липаза ва трипсин чиқарилади. Ёғли некрозда ташқи лимфа дренажи Айниқса рўй-рост детоксикацион натижа беради. Лимфа билан бирга оксиллар, электролитлар йуқотилиши лимфа оқиб кетишининг салбий томони хисобланади.

Сўнгги йилларда клиник амалиётга актив детоксикация методлари: лимфосорбция (Р. Панченко, 1982) ва гемосорбция (Ю. М. Лопухин, 1975) жадаллик билан жорий қилинди.

Сорбентлар билан тозаланган лимфа реинфузияси ташқи дренажлар методининг кейинги ривожини бўлиб хисобланади. Лимфосорбцияга амалда монелик қиладган доллар йўқ, бироқ уни қўлланиш лимфорея юкори бўлганда яхши натижа беради.

Панкреонекрозда гемосорбция оғир эндотоксикозда, панкреоген шок ҳодисаларида ва жигар-буйрак етишмовчилигида ривожланадиган интоксикацион психозларда қўлланилиши керак.

Оғир панкреатик эндотоксикозда плазмозферез ўтказишда юқори даво натижаси олинган (А. М. Сазонов, 1984). Бу методда ватанимизда ишлаб чиқариладиган асбоб ёрдамида лимфа хайдалиб (1-1,5 л гача) донор плазмаси ва альбумин билан аралаштирилади. Плазмозферезнинг даво таъсири плазма билан бирга экзоген ва эндоген токсинларни чиқаришдан иборат.

Лапароскопик дренажлаш ва қорин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив хайдаш, қорин бўшлиғига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш ҳисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи қорин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш, айни вақтда экссудатни перитонеал диализ типини бўйича эвакуация қилиш ҳисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичидан иборат бўлади. Диагностик босқичда панкреатит шакли, перитонит ҳодисалари бор-йўқлиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - қорин бўшлиғини қорин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир. РИТни ўтказиш учун ишлатиладиган даво аралашмаси таркиби: контрикал - 60000 ТБ, гепарин -2000 ТБ, реополиглюкин - 400 мг, никотинат кислота - 20 мл, новокаин -2,5 г, изотоник натрий хлорид эритмаси ёки Рингер - Локк эритмаси -1000 мл умумий хажмгача. Катетер рентген телевизион мослама назорати остида ўрнатилади. РИТ нинг асосий даво вазифаси протеолиз ва кининогенез жараёнларини тўхтатиш, қон микроциркуляциясининг локал ва систем бузилишларини даволаш, шунингдек марказий гемодинамика бузилишларини бартараф қилишдан иборат. Шунга кўра РИТ панкреатоген шокни даволашда, панкреонекроз ва ферментатив перитонит ривожланишининг олдини олишда бирдан-бир усул ҳисобланади.

Меъда ости безининг локал гипотермияси. Ўткир панкреатитни даволаш бўйича тадбирлар комплексига меъда ости безини қорин девори, меъда, йўғон ичак орқали совутиш йўли билан гипотермияни киритадилар. Бунда ҳароратни анчагина пасайтириш без тўқимасида модда алмашинуви жараёнларини сусайтиради, унинг ферментатив функциясини ва протеолитик ферментлар активлигини камайтиради.

Бевосита локал гипотермияни операциядан кейинги даврда, меъда ости безига операция вақтида киритилган махсус зонд ёрдамида бажарилади. Безда операция ўтказилгандан кейин (дренаж, оментопексия, абдоминализация ва б.) унга икки бўшлиқли найча билан уланган махсус тайёрланган латекс баллон қўйилади, уни чап қовур-алар остидаги кесма орқали ташқарига чиқарилади. Меъда ости безини 2-4 соатдан кунига 3 марта мунтазам совутилади. Кўпгина олимлар айтиб ўтилган усулнинг афзаллиги меъда ости безини умумий гипотермия қилмай туриб локал совутишдан иборат деб ҳисоблайдилар. Бироқ, улар гипотермияни амалга ошириш учун махсус хирургик операция ўтказишни тавсия қилмайдилар.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит қуйидагича хирургик даво қилинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) қорин бўшлиғини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви халтаси абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг

мухими - қорин бўшлиғини сууюқлик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), қорин бўшлиғини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Ўткир панкреатитни даволаш касалликнинг даврига асосланади.

Касалликнинг ферментатив даврида беморларга базис, антисекретор, детоксикацион, иммуностимуллаш, антибактериал даволаш олиб борилади (1 жадвал).

Ошқозон ости безидаги деструктив жараёнга нисбатан касалликнинг ферментатив даврида даволаш ўзига хос хусусиятларига эгадир.

Ўткир шишли панкреатитда даволаш базис ва антисекретор терапиядан иборат.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия қуйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости бези фаолиятини босиш (очлик, махалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).
2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан қорин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).
3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.
4. Оғрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Каттаўчоқли панкреонекрозда беморларга антисекретор, детоксикацион, антиоксидант, антигипоксанти, антифермент терапия ўтказилади. Агар бемор кеч мурожаат қилса, каттаўчоқли панкреонекрозда антисекретор терапия ўтқазилмайди, чунки панкреонекроз ривожланиб бўлган ва бу ҳолатда ошқозон ости бези фаолиятини босишдан фойда йўқ.

Ўткир деструктив панкреатитни реактив даврида даволаш қуйдагилардан иборат: энтерал зондли озиклантириш, юқорикалорийлик диета; ичак нормал флорасини тиклаш; йирингли асоратларни олдини олиш (антибиотиклар, иммунокоррекция); антиоксидант ва антигипоксантилар.

Ўткир деструктив панкреатит септик турида беморларга оператив даволаниш кўрсатилган.

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг қуйидаги типлари қулланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости бези думи ва танасини резекция қилиш, 3) панкреатэктомия.

Бизнинг мамлакатимизда ёпик, операциялар - чарви халтасини дренаж қилиб, перитонеал перфузия, оментопанкреатопексия, меъда ости бези олдинги юзасини катта чарви тўплами билан ўраш энг кўп тарқалган. Оментопанкреатопексия жараёнинг чегараланишига, меъда ости безида кон таъминоти яхшиланишига имкон беради, некроз бўлган қисмларнинг битишини тезлаштиради. Бу усул ёғли панкреонекрознинг майда ва йирик ўчоқли якка формаларида қўлланилиши керак.

Катта ва тотал некрозларда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш учун эрта ўтказиладиган радикал операциялар: секвестрэктомия, некрэктомия, без резекцияси, панкреатэктомия энг истиқболли ҳисобланади. Кейинги иккита операцияни актив комплекс даволаш натижа бермаган, некротик жараён эса тез авж олиб бораётган беморларда ўтказилгани яхши.

Секвестрэктомия - некрозланган без қисмини жонсизланган тўқима чегарасида олиб ташлаш - ўтмас йўл, дигитоклазия билан бажарилиши мумкин ва бунда қон оқмайди.

Некрэктомия - некрозланган без қисмини қон билан таъминланадиган тўқималар чегарасида олиб ташлаш - ўткир йўл билан бажарилади; без тўқималари некроз чегараси бўйлаб кесилади ва қонаб турган томирлар қунт билан тикилади.

Меъда ости беши резекцияси - органнинг бир қисмини безнинг ўзгармаган тўқималари чегарасида қўндалангига кесиб олиб ташлаш спленэктомия билан ўтиши ёки ўтмаслиги мумкин. Кўпинча меъда ости безининг корпорокаудал резекцияси талокни олиб ташлаш билан бирга бажарилади, чунки одатда қорин пардаси ортидаги инфильтрация билан ўтадиган панкреонекрозда талок венаси тромбози бўлади. Бундан ташқари, талокни сақлаб қолиш унинг томирли оёғини без тўқимасидан ажратиш қийинлигидан операцияни мушкуллаштиради.

Радикал операцияларда меъда ости беши юзасини ва қорин бўшлиғи бўлимларини дренаж қилиш алоҳида аҳамиятга эга. Кўпгина олимларнинг тажрибаси шуни кўрсатадики, операция натижаси кўп жихатдан экссудатни яхши эвакуация қилишга ва операция қилинган жойни доимий ювиб туришга боғлиқ. Меъда ости беши резекциясидан кейин қорин бўшлиғида дренажларни энг қулай жойлаштиришни В. С. Земсков таклиф этган.

Панкреонекрозда панкреатодуоденал резекция ниҳоятда кам қўлланилади. Уни Совет Иттифоқида А. А. Шалимов (1979) ўн икки бармоқ ичак девори деструкцияси билан ўтган тотал панкреонекрозли беморларда биринчи марта муваффақиятли қўллаган.

Сурункали панкреатит

Сурункали панкреатит мустақил касаллик ҳисобланмай, балки ўткир панкреатитнинг давоми ва натижаси бўлган фаза ҳолати ҳисобланади, ҳолос.

Классификацияси: Сурункали панкреатитнинг ҳар ҳил клиник кечиши билан фарқ қиладиган қуйидаги формалари тафовут қилинади (М. И. Кузин ва муаллифдошлари).

1. Сурункали қайталанадиган панкреатит.
2. Сурункали оғриқли панкреатит.
3. Сурункали панкреатитнинг латент (оғриқсиз) формаси.
4. Сохта тумороз панкреатит.
5. Сурункали калькулёз панкреатит.
6. Сурункали сохта кистали панкреатит.

Этиологияси. Сурункали панкреатитнинг этиологик омиллари қаторига меъда ости беши билан анатомик ва физиологик жихатдан боғланган органларнинг (ўт пуфағи, ўт йўллари, жигар, меъда, ўн икки бармоқ ичак) ҳар хил зарарланишларини, алкоголизм, ориклаб кетиш, турли дори-дармонлар ва химиявий омиллар таъсири, меъда ости беши шикастлари, ўткир ва сурункали инфекциялар, интоксикация, без йўли системаси, меъда ости бешидаги ўзгаришлар (бирламчи ўсмалар)ни киритиш мумкин.

Патогенези. Сурункали панкреатитнинг ўткир панкреатит патогенези билан кўп ўхшаш томонлари бор. Касаллик қайталаниши жараёнга меъда ости безининг янги-янги бўлимлари тортилишига олиб келади, бу вақти келганда функционал паренхиманинг чандикли бириктирувчи тўқима билан алмашинувига сабаб бўлади, без йўлларида ва паравазал клетчаткадаги склеротик ўзгаришларга олиб келади.

Патологик анатомияси. Ўткир ва сурункали панкреатит меъда ости беги ациноз хужайраларининг ўз-ўзини ҳазм қилиши, яллиғланиш реакцияси ривожланиши, жонсизланган паренхима ўрнида бириктирувчи тўқима ўсиб калинлашиши, жараён авж олганда эса орган склерози билан ўтадиган некрози билан характерланади. Бириктирувчи тўқима жадал ривожланиши натижасида без зичлашади ва аксарият хажми ўзгаради. Микроскопик текширишда тўқима фибрози билан бир вақтда унинг яллиғли инфильтрацияси, липоматоз, без йўллари деворида яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади. Баъзан без йўли бўшлиғи облитерацияси: без тўқимасига тузлар ва кальций йиғилиши натижасида кўп сонли майда кисталар топилади.

Клиникаси. Сурункали панкреатитнинг асосий клиник белгилари оғриқ синдроми; меъда ости беги ташқи секретер етишмовчилиги авж олишига алоқадор хазмнинг бузилиши; инсуляр аппарат функцияси бузилишининг клиник симптомлари; билиар (ўт) гипертензияси синдроми (механик сариклик, холангит, иккиламчи холецистит); меъда ости беги кисталари ва оқмалари каби панкреатит асорати симптомлари, сегментар портал гипертензия, дуоденал стаз ва бошқалар.

кориннинг юқори ярмидаги оғриқ беморни тиббий ёрдамга мурожаат қилишга мажбур этган энг муҳим ва илк симптомлардан бири ҳисобланади. Оғриқ ғир атрофни ўраб олади, орқага курак ораси соҳасига, ўнг ковурағалар остига берилади. Оғриқ доимий ёки хуружсимон бўлади. Оғриқ хуружлари бир неча соатдан 4-6 суткагача давом қилади. Кўпинча бунга пархезнинг бузилиши сабаб бўлади.

Диспептик бузилишлар, кўнгили айниши, қусиш, сўлак оқиши, ич бузилиб туриши (қабзият ич кетиши билан алмашилиб туради) доимий бўлади, ёки фақат кўзиш даврида кузатилади.

Диарея алкоғолли панкреатитли беморлар учун айниқса хос. Шунингдек креаторея (хазм бўлмайд қолган мушак толалари) ва стеаторея (хазм бўлмаган ёғлар) ҳам бўлади. Сурункали панкреатит учун ахлат массалари хажми кўпайиши айниқса характерли.

Меъда ости безининг ички секретер функцияси бузилишларининг клиник белгилари сурункали панкреатитнинг нисбатан кечиккан симптомларидан бўлсада, бирмунча кўп учраб туради, улар кандли диабет, камроқ гипогликемия авж олиши билан характерланади.

Билиар гипертензия синдроми, яъни механик сариклик сурункали панкреатитнинг энг муҳим асоратларидан бири ҳисобланади. У ремиттирловчи ва доимий характерда бўлиши мумкин. Кўпчилик беморларда сариклик аҳолия билан бирга учрайди, меъда ости беги бошчасининг шиши, индуратив панкреатит оқибатида ўт чиқарув йўллариининг; босилиши без йўлларида ва Одди сфинктерида чандикли ва яллиғланиш ўзгаришлари, катта дуоденал сўрғич ампуласидаги тош натижаси ҳисобланади.

Бемор баъзан хаддан ташқари ориқлаб кетади. Бунинг сабаблари: панкреатик ферментларнинг етарлича ишланмаслиги ва ўн икки бармоқ, ичакка тушмаслиги, пархезга риоя қилмаслик, оғриқнинг зурлигидан овқат ейишдан қўрқиб. Кўпгина беморларда оғриқ хуружлари шира хайдовчи хоссалари бўлмаган ҳатто оз миқдорда суюқ овқат ичилгандан кейин ҳам пайдо бўлади.

Объектив текширишда мустақил оғриқлар билан бирга сурункали панкреатит диагностикасида қорин ва орқани пайпаслаганда оғриқ, борлигини аниқлаш ҳам катта аҳамиятга эга. Сурункали панкреатити бор

беморларнинг тахминан 1к4 қисмида катталашган ва оғрийдиган меъда остини пайпаслаб кўришга муваффақ бўлинади. қорин деворида бир қанча пунктлар борки, улар пайпаслаб кўрилганда оғрик бўлиши, меъда ости бези, айниқса дум қисми зарарланишига хос бўлади. Мей-Робсон нуқтаси (киндикни чап қовурға равоғининг ўрта қисми билан туташтириб турадиган ташки ва ўрта чизик, чегарасида); Кач нуқтаси (киндикдан 5 см юқорида чап тўғри мушак проекциясида); Малле-Ги нуқтаси (чап тўғри мушак ташқи чеккаси бўйлаб қовурға равоғининг нақ пастида) шундай нуқталар жумласига киради.

Ошқозон ости бези пальпацияси Грот усулида бажарилади. Бу усул 3 босқичдан иборат. Грот бўйича ошқозон ости безини пальпациясидаги биринчи босқиси. Бемор чалқанча етган холда оеклари тизза соҳасида букилган ва белига қўлини мушт қилиб қўйган. Шифокор қўл бармоқларини киндик ва чап қовурға ости орасига киритиб безни пальпация қилади. Грот бўйича ошқозон ости безини пальпациясидаги иккинчи босқичи. Бемор танасини бир оз олдинга ташлаган холда туради. Шифокор чап қўли билан беморни белини 12 қовурға соҳасида ушлаб туради, ўнг қўли билан эса киндик ва чап қовурға ости орасини пальпация қилади. Грот бўйича ошқозон ости безини пальпациясидаги учинчи босқиси. Бемор ўнг енбошида, оекларини бир оз тизза соҳасида букиб, ўнг қўлини бош орқасига қўйган холатда етади. Шифокор қўл бармоқларини киндик ва чап қовурға ости орасига киритиб безни пальпация қилади.

Диагностикаси. Сурункали панкреатит диагностикаси касалликнинг субъектив клиник симптомлари, лаборатория анализлари маълумотлари ва махсус текшириш методлари натижалари асосида ўтказилади.

Жараён авж олган даврда лаборатория текширишларидан ферментлар - амилаза, трипсин, липаза, трансаминаза кўрсаткичининг ошишига аҳамият берилади. Хуружлараро даврда у нормал бўлади.

Копрологик текширишлар кўп миқдорда ҳазм бўлмаган мушак толалари (креаторея) ва нейтрал ёғ томчилари (стеаторея) борлигини кўрсатади.

Махсус текшириш методлари. Рентгенологик текширишлар. Рентгенологик метод сурункали панкреатитли беморларни текширишда асосий усуллардан бири ҳисобланади. Наҳорга ўтказиладиган рентгенологик текшириш учун махсус тайёргарликнинг ҳожати йўқ. Текшириш қорин бўшлирини икки проекцияда обзор рентгенография қилишдан бошланади. Бу без паренхимасидаги охакланиш ёки унинг йўлларидаги конкрементларни аниқлаш учун зарур, улар рентгенограммаларда топилади. Меъда ости безида кальцификация топилиши сурункали панкреатитнинг ишончли рентгенологик симптоми ҳисобланади.

Сурункали панкреатитда ультратовуш билан текшириш ва компьютер томография бутун безнинг ёки фақат бошчасининг катталашганини (сохта тумороз панкреатит), без бағридаги кистоз ўзгаришларни топишга имкон беради. Бир мунча ҳолларда умуртқа поғонасидан ўнг ва чап томонда II-III бел умуртқалари сатҳида жойлашган, без йўли бўшлиғида тошлар ёки без бағри паренхимасида кальцинатлар борлигига боғлиқ зич эхоструктуралар аниқланади.

Без радиоизотоп сканирланганда сурункали панкреатитнинг энг типик белгиларига яллигланишнинг илк босқичларида сцинтиграфик тасвирнинг кучайиши, изотоп йиғилиши нуқсонлари киради, булар меъда ости безининг кистали ўзгаришлари ёки паренхимасининг охакланганидан далолат беради.

Сурункали панкреатит диагностикасида ўт чиқарув системасини ретроград контрастлаш имконияти ҳам катта аҳамиятга эга, бу усул иккиламчи панкреатитга сабаб бўлган ўт йўлларидаги тошларни аниқлашга, шунингдек бирламчи панкреатитда умумий ўт йўлининг тубуляр стенозини диагностика қилишга имкон беради.

Фибродуоденоскопия сурункали панкреатитнинг билвосита белгиларини аниқлашда ва уни меъда ости беzi ўсмаларидан фарқ қилишда кўп ахборот беради. Айни вақтда у шикаст етқазмайди ва етарли даражада хавфсиз. Бирок, ўт ва панкреатик йўллари ретроград контрастлаш ўткир панкреатит ва холангит хуружлари тутишига, панкреанекроз ривожланишига, бош панкреатик йўл ёпилишига ва бошқаларнинг пайдо бўлиши имкониятини оширади.

Клиник панкреатитнинг илк босқичларида ангиографик текширишлар (целиако-ва мезентерикография) гиперваскуляризация запасини, сўнги босқичларда эса томир расмининг тарқоқ фиброзодиффуз кашшоқланиши, архитектурасининг ўзгариши, жигар кисталари ривожланаётганда томирларининг сўрилиши ёки қисилишини кўрсатади. Дифференциал диагностикаси. Фақат умум клиник ва лаборатория текширувнинг ўзига асосланиб, меъда ости беzi зарарланишини аниқлаш ва сурункали панкреатит диагнозини ишонч билан қўйиш мумкин эмас. Шунинг учун қорин бўшлиқнинг хар хил касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур: 1) калькулёз холецистит ва холедолитиаз, 2) меъда ости беzi турли бўлимлари, периампуляр зона, меъда, йўғон ичак ўсмалари, 3) пенетрацияловчи гастродуоденал яралар, 4) аорта аневризмаси, 5) қорин стволи ва юқори ичак тутқич артериянинг атеросклеротик зарарланишлари, 6) тож артерияларнинг стенокардия ходисалари бўлган атеросклерози ва бошқа.

Даволаш. Хуружлараро даврда ёғлик, ўткир, ковурилган овқатлар истисно қилинган махсус парҳез овқатдан иборат. Айни вақтда парҳез юқори калорияли ва осон хазм бўладиган оксилларни етарли миқдорда сақлаган бўлиши керак. Хазми яхшилаш учун беморларга меъда ости беzi ферментларини ўзида сақлаган (панкреатин, фестал, панзинорм) препаратларни бериш тавсия этилади.

Сурункали панкреатитнинг хар бир кўзишини ўткир панкреатит хуружи сифатида кўздан кечирмок лозим. кўзиш даврида даволаш худди ўткир панкреатитни даволаш принциплари бўйича ўтказилади.

Асоратланмаган сурункали панкреатитни даволашнинг асосий методи консерватив усул хисобланади: 1) сурункали панкреатитни касаллик фазасига кўра даволаш, 2) меъда ости беzi функционал етишмовчилигини бартараф этиш, 3) босқич билан даволаш ва профилактикаси.

кўзиш фазасида даволаш: а) оғриққа қарши кураш, б) антифермент терапия.

Сурункали фазада даволаш: а) меъда ости беzi секретор етишмовчилигини бартараф қилиш, б) витаминлар билан даволаш, в) меъда ости беzi инкретор етишмовчилигини бартараф қилиш.

Сурункали панкреатитнинг аксарият қўшни органлар касалликлари заминида пайдо бўлишини назарда тутиш лозим, шунга кўра қўшни органларни хирургик даволаш сурункали панкреатит кечишини яхшилайти. Меъда, ўн икки бармоқ ичак, ўт йўлларида патология бўлмаганда меъда ости безининг ўзида операция ўтказиш масаласи пайдо бўлиши мумкин. Бу холда қўйидагилар операцияга кўрсатма бўла олади: без йўлларида тош борлиги, без йўлидаги чандикли стриктура, оғриқ берадиган панкреатитнинг оғир формалари. Хирургик даволашнинг асосий мақсади - панкреатит ширанинг меъда-ичак йўлларида оқиб тушиши учун оптимал шароитлар яратишдан иборат.

Операция вақтида меъда ости беzi, ўт чиқарувчи йўллар ва ўн икки бармоқ ичакни кунт билан интраоперацион тафтиш (ревизия) қилиш зарур. Шу мақсадда интраоперацион холеграфия, эхография ва ўт пуфагини текшириш амалга оширилади. Операция вақтида без йўлига дуоденал сўргич орқали канюля қўйиш ёрдамида ретроград панкреатография ёки без йўлининг кенгайган дистал қисмини без тўқимаси орқали пункция қилинади.

Панкреатик йўл охириги қисмининг унчалик катта бўлмаган стриктураларида трансдуоденал папиллосфинктеротомия билан меъда ости беши йўлини транспапилляр дренажлаш тавсия қилинади. Панкреатик йўлда катта стриктуралар бўлганда бундай операцияни қилиб бўлмайди, бунда без бағри орқали зунасига кесилган панкреатик йўл билан Ру бўйича узиб қўйилган оч ичак қовузлоғи ўртасида анастомоз қўйиш - бўйлама панкреатоеюностомия операцияси энг мақсадга мувофиқ, бўлади.

Без йўли бошчаси ва танаси соҳаси анчагина торайганда безнинг дистал қисмини резекция қилиш ва уни Ру бўйича узиб қўйилган оч ичакка тикиш лозим. Бундай операциядан мақсад панкреатик ширани ретроград йўналишда оқиб кетишига шароит яратиб беришдан иборат. Безнинг катта қисмидаги фаолият кўрсатиб турган паренхима патологик жараён оқибатида бадар халок бўлганда, без йўли системасида диффуз склеротик ўзгаришлар юзага келганда ва сурункали панкреатитнинг асосий симптомлари кескин юзага чиқган ва консерватив даво усуллари қор қилмайдиган ҳолларда меъда ости беши (думи, танаси ва панкреатэктомия) резекция қилинади.

Меъда ости беши кисталари безнинг ўзида ҳамда уни ўраб турган тўқималарда капсула билан чегараланган суюқлик йиғилган бўшлиқлардан иборат. Қасаллик турли ёшга оид гуруҳларда, эркаклар ва аёллар ўртасида бир хилда учрайди.

Келиб чиқишига кўра кисталарни қуйидаги 5 та турга бўлиш мумкин: 1) эмбрионал даврдаги ривожланиш негизида келиб чиққан кисталар (буларга дермоид кисталар, оддий кисталар, бездаги фиброз-кистоз ўзгаришлар ва безнинг поликистоз бўйрак ёки жигар типи бўйича поликистоз ўзгаришлари қиради); 2) яллиғланиш жараёни сабабли келиб чиққан кисталар (без бўлақларининг чиқарув йўли бекилиб қолишидан пайдо бўлган сохта, кўп камерали, ретенцион кисталар); 3) шикастдан кейин юзага келган кисталар; 4) ўсма-кисталар (цистаденома, цистаденокарцинома, тератома); 5) паразитар кисталар (эхинококк).

Патологик анатомияси. Кисталарнинг ҳосил бўлиш сабаби ва механизмларига, деворларининг тузилиш хусусиятларига кўра меъда ости безининг шунингдек чин ва сохта кисталарини фарқ қилиш лозим.

Чин кисталарга туғма безнинг туғма дизонтогенетик кисталари, орттирилган ретенцион кисталар, цистаденомалар ва цистаденокарциномалар қиради. Чин киста ички юзасида эпителиал қават борлиги унинг нисбий хусусияти ҳисобланади. Чин кисталар без кисталарининг 20 фоизини ташкил қилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость при остром панкреатите./ Москва.: Медицина, 1975
2. Заиров А.Б., Элькин М.А. Панкреатитқ./ Алма-Ата: Қазақстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острого панкреатита./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз при панкреатите./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
5. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998

6. Марстон А. Патологическая физиология, диагностика и лечение панкреатитов./ Москва: Медицина, 1989

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

Меъда ости бези кистаси диагностикасида қўлланиладиган усуллар?

Меъда ости бези кистаси оғриган беморларда қачон операция ўтказилади ва операция ҳажми қандай?

Меъда ости бези ташқи оқмасининг ҳосил бўлиши сабаблари?

Меъда ости бези оқмаси ташхисини аниқлаш?

Панкреатик оқмаларни даволаш?

Меъда ости бези тўқимасининг қайси элементларидан меъда ости саратони ривожланади?

Меъда ости бези саратони клиникаси?

Меъда ости бези боши саратони клиник белгилари?

Меъда ости бези боши саратонида ҳосил бўладиган механик сариклик хусусиятлари?

Меъда ости бези боши саратони ташхисини тасдиқлайдиган текшириш усуллари?

Меъда ости бези саратонида радикал операция ҳажми?

Меъда ости бези йўлида ўтказиладиган поллиатив операциялар ва улардан кутилган мақсад?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

52 ёшли эркак қориннинг юқори қисмида белбоғсимон оғриқ борлигига шикоят қилади. Бу оғриқ наркотиклар қилингандан кейин ҳам, қусгандан кейин ҳам қолмади. Объектив текширганда иштахаси йўқ, тили ҳўл, кул ранг қорамтир қараш билан қопланган. Қориннинг юқори қисми териси қорамтир пигментация билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада оғриқ. Ошқозон рентгеноскопияда унинг пилорик қисмида чуқурлиги 2,5 см ли чуқурча аниқланди.

Диагноз қуйинг.

Нима учун оғриқ белбоғсимон .

Сизнинг текшириш режангиз ва даво методингиз.

30 ёшли касал қуйидаги шикоятлар билан келган: кўнгил айниш, 2 марта қусган. 10 соатдан бери ўзини касал деб ҳисобланади. Бу ўзининг касалини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш. Бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек, қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пульс 1 мин да 90 та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучаяди.

Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

Диагноз қуйинг.

Даволаш методи.

Бемор Г. 18 ёшда касалликни касалхонага тушган. Касаллик эпигастрал соҳада оғриқнинг пайдо бўлиши билан, кўнгил айниши ва қусиш билан бошланган. Кейинчалик оғриқ унинг ёнбош соҳасида берилган касалликнинг қунидан оғриқ пасайган.

Объектив текширгнда: Пульс 74 та 1 мин да, тана ҳарорати +37,5 тили тоза, нам. Қорин дамлаган, пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 8x12см ли ҳаракатсиз, кам оғриқли ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Лейкоцитоз -10000,

Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?

Сизнинг ташхисингиз,

Даволаш усули: оператив ёки консервативми?

4.Бемор 57 ёшда, эпигастрал областидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ орқага иррадиация беради. Яна бемор қусишга шикоят қилади. (Кўп марта қусган, лекин беморга енгиллик бермаган). 4 кундан буён касал.

Объектив текширганда: Умумий ҳолати жуда оғир, бемор адинамия ҳолатида, тери қопламалар совуқ, оғиз-бурун учбурчагида цианоз кузатилади. Пульс тез. Артериал босим 80/60 см. Уст. Тили қарач билан қопланган, қуруқ. Қоринни дамлаган, шишган, қорнида тарқалган оғриқ аниқланади. 3 кундан бери ахлат чиқмайди.

Қонда диастаза миқдори 1056 ЕД, сийдикда 2270 ЕД.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Беморни даволашдаги тактика (консерватив ёки оператив)?

оператив даво усули?

Консерватив даво?

14- Маъруза мавзуси : “ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	Йўғон ичак анатомияси, физиологияси Гиршпругн касаллиги 3.. Носпецифик ярали колит 4. Йўғон ичак полиплари ва полипозлари Йўғон ичак дивертикуллари Йўғон ичак касалликларида замонавий текшириш ва миниинвазив усуллар.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Иш босқичлари ва вақти.		
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	1. Мустақил иш беради	Тинглайди
Мустақил таълим	2. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 14 “ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза режаси :

Йўғон ичак анатомияси, физиологияси

Гиршпрунг касаллиги

3.. Носпецифик яралли колит

4. Йўғон ичак полиплари ва полипозлари

Йўғон ичак дивертикуллари

Йўғон ичак касалликларида замонавий текшириш ва миниинвазив усуллар

ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Чамбар ичак

Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (*teniae*) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (*haustreae coli*) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим ҳолларда эса, қисқа ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чабар ичак ”талоқ букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан ин-траперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артеририясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки тутқич артериеси тармоғи – *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чам-бар ичак артериеси ўрта чамбар ичак артериеси тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Худди шундай, лимфа оқими ҳам артериалар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериалари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Маҳсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулез ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўлларидаги турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метео-ризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг яқка ҳолатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шилликости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар ҳужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, бехоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаҳа йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметра 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усул-лар билан йўлга солиш, турли хил хукналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тик-лашдан иборат.

Носпецифик яралли колит

Носпецифик яралли колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг яралли-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик яралли колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз яқунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекция назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергия-ларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартир-ганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобиди йўғон ичак шиллик қаватига қарши маҳсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик яралли колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-

антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция кўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилувчан бўлиб, шиллик қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим холларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиби, ҳатто шиллик қаватнинг кўчиби тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиби, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 мартабагача етиши мумкин. Нажас шиллик, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тenezмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилики (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиши ва ремиссия давлари алмашиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурғи дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври ҳудди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шакланмаган ҳолатда қолади. Айрим холларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шаклларида анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси ҳос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилинич жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Ҳудди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикоят, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллик қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивер-тикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ор-тиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар биров таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши ҳудди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга

учраб, аксарият холларда у профуз бўлади ва умумий холсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текши-рувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (пархез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳукналар). Хирургик да-вога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланади. Қон кетиш билан асорат-ланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип хавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшик аралаш нажас, кабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни даволаш усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Васильев П.А. Болезнь Гиршпрунга/ Москва, Медицина 1981
2. Лавров Ю.М. Патогенез и лечение Болезни Гиршпрунга/ Москва: Медицина, 1992
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004

4. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва, 1998

6. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

1. Йўғон ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?
 2. Гришпрунг ва Крон касалликлариде оғриқ локализацияси?
 3. Ўткир параноктитнинг жойлашуви бўйича таснифи?
 4. Гришпрунг ва Крон касаллигида беморлар орқа чиқарув тешиги қурилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
 5. Гришпрунг ва Крон касаллигида беморларда тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
 6. Гришпрунг ва Крон касаллигининг ёмон асорати нима?
 7. Тўғри ичак олди клеткаси абсцессини очишда қўлланиладиган кесмалар?
 8. Ўткир параноктитда радикал операция қандай амалга оширилади?
 9. Параноктал оқмалар ҳосил бўлишининг асосий белгилари?
 10. Параноктал оқмаларнинг орқа тешиги ташқи сфинктерига муносабати бўйича таснифи?
 11. Параноктал оқмаларнинг оқма бўлиш характери бўйича таснифи?
 12. Параноктал оқмаларни аниқлаш учун ишлатиладиган махсус текшириш усуллари?
 13. Параноктал оқмаларни текширишда ўтказиладиган фистулохромоскопия ва фистулография мақсадлари?
 14. Йўғон ичак касалликлари клиникаси, диагностикаси
 15. Йўғон ичак касалликларида қилинадиган операциялар радикаллиги таснифи?
 16. Бавосил таснифи?
- Бавосилда беморларда ўтказиладиган қўшимча текшириш усуллари?
- Бавосил билан оғриган беморларни радикал даволаш?

Геморроидал тугунлар ўткир тромбозида беморларнинг асосий шикоятлари?

Геморраидал тугунлар ўткир тромбозида беморларни консерватив даволаш?

Геморраидал тугунлар ўткир тромбозида ўтказиладиган операциялар?

Орқа чиқарув тешиги ёриқларни пайдо бўлишининг асосий сабаблари?

Орқа чиқарув тешиги ёриғининг энг кўп учрайдиган локализацияси?

Орқа чиқарув тешиги ёриғида беморларнинг асосий шикоятлари?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

52 ёшли эркак қориннинг юқори қисмида белбоғсимон оғриқ борлигига шикоят қилади. Бу оғриқ наркотиклар қилингандан кейин ҳам, қусгандан кейин ҳам қолмади. Объектив текширганда иштахаси йўқ, тили хўл, кул ранг қорамтир қараш билан қопланган. Қориннинг юқorigи қисми териси қорамтир пигментация билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада оғриқ. Ошқозон рентгеноскопияда унинг пилорик қисмида чуқурлиги 2,5 см ли чуқурча аниқланди.

Диагноз қуйинг.

Нима учун оғриқ белбоғсимон .

Сизнинг текшириш режангиз ва даво методингиз.

30 ёшли касал қуйидаги шикоятлар билан келган: кўнгил айниш, 2 марта қусган. 10 соатдан бери ўзини касал деб ҳисобланади. Бу ўзининг касалини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш. Бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек, қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пульс 1 мин да 90 та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучаяди.

А. Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Б. Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

С. Диагноз қуйинг.

Д. Даволаш методи.

Бемор Г. 18 ёшда касалликни касалхонага тушган. Касаллик эпигастрал соҳада оғриқнинг пайдо бўлиши билан, кўнгил айниши ва қусиш билан бошланган. Кейинчалик оғриқ унинг ёнбош соҳасида берилган касалликнинг кунидан оғриқ пасайган.

Объектив текширгнда: Пульс 74 та 1 мин да, тана ҳарорати +37,5 тили тоза, нам. Қорин дамлаган, пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 8x12см ли ҳаракатсиз, кам оғриқли ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Лейкоцитоз -10000,

А. Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?

Б. Сизнинг ташхисингиз,

С. Даволаш усули: оператив ёки консервативми?

4.Бемор 57 ёшда, эпигастрал областидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ орқага иррадиация беради. Яна бемор қусишга шикоят қилади. (Кўп марта қусган, лекин беморга енгиллик бермаган). 4 кундан буён касал.

Объектив текширганда: Умумий ҳолати жуда оғир, бемор адинамия ҳолатида, тери қопламалар совуқ, оғиз-бурун учбурчагида цианоз кузатилади. Пульс тез. Артериал босим 80/60 см. Уст. Тили қарач билан қопланган, куруқ. Қоринни дамлаган, шишган, қорнида тарқалган оғриқ аниқланади. 3 кундан бери ахлат чиқмайди.

Қонда диастаза миқдори 1056 ЕД, сийдикда 2270 ЕД.

1. Сизнинг тахминий диагнозингиз?

2.Беморни даволашдаги тактика (консерватив ёки оператив)?

3.Оператив даво усули?

4.Консерватив даво?

15- Маъруза мавзуси : “ ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	Тўғри ичакнинг анатомо-физиологик хусусиятлари, текшириш усуллари. Бавосил этиопатогенези, тушиш даражалари, клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш усуллари. Парапроктитлар. Классификацияси. Клиник аломатлари. Ташхислаш ва даволаш усуллари.

Ўқув машғулоти нинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 15 “ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

Тўғри ичакнинг анатомо-физиологик хусусиятлари, текшириш усуллари.

Бавосил этиопатогенези, тушиш даражалари, клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш усуллари.

Парапроктитлар. Классификацияси. Клиник аломатлари. Ташхислаш ва даволаш усуллари.

Сурункали параректал окмалар. Классификацияси, ташхислаш ва даволаш усуллари.

ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИК МАЪЛУМОТЛАР

Тўғри ичак тахминан учинчи (S3) думғаза умуртқаси сатҳидан бошланиб, ичакнинг терминал қисми ҳисобланади. У кичик чаноқ соҳаси орқа қисмида жойлашган бўлиб думғаза ва дум эгилмаси бўйлаб тушиб, анал тешиги билан тугайди. Тўғри ичак узунлиги ўрта ҳисобда 12 - 20 см ни ташкил этиб, у уч қисмга: қорин пардаси билан қопланган ампула усти (ректосигмоид) – 4 - 5 см, экстраперитонеал ва фасция билан қопланган ампуляр (8 - 10 см) ва анал канали (2,5 - 4 см) қисмларига бўлинади. Ампуляр қисми ўз навбатида – юқори ампуляр (3-5см), ўрта ампуляр (4-6см) ва пастки ампуляр (3-5см) қисмларига бўлинади. Пастки ампуляр қисми анал каналига ўтиб, орқа чиқарув тешиги билан тугайди.

Чаноқ қорин пардаси остида тўғри ичакни ёғ клетчаткасидан иборат чаноқ-тўғри ичак ва ўтирғич-тўғри ичак соҳалари ўраб туради. Ўрта ампуляр қисми қорин пардадан бутунлай холи жойлашган бўлиб, унинг юқори чегараси бўлиб қорин парданинг ўтувчи букилмаси ҳисобланади ва у параректал клетчатка билан ўралаган бўлиб, бу айниқса, орқа ва ён томонларида кучли ривожланган. Тўғри ичак йўғон ичакнинг бошқа қисмларидан фарқ қилиб, унинг гаустрациялари бўлмайди, бўйлама мушак қавати тизимча шаклда эмас, балки, ичак айланаси бўйлаб бир тартибда тарқалган. Чаноқ қорин пардаси ўтувчи букилмаси тўғри ичак олдинги ярим айланасида жойлашиб, у анусдан эркакларда 7-9 см ва аёлларда 5-7 см масофада бўлади. Тўғри ичакнинг орқа-ён деворларида қорин парда ўтувчи букилмаси - plicae rectovesicales одатда анусдан 12-15 см масофада ётади.

Тўғри ичак шиллик қавати цилиндрик эпителий билан қопланган. Пастки ампуляр қисмида тўғри ичак шиллик қавати бўйлама букилмалар (Моргань устунлари) ҳосил қилиб, уларнинг асосида анал криптлар жойлашган. Бу криптларга шиллик ишлаб чиқарувчи анал безларининг чиқарув тешиклари очилади. Анал канали шиллик қавати кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган. Ушбу ясси эпителий билан пастки

ампуляр қисм цилиндрик эпителийлари орасидаги чегара – зигзагсимон анаректал (тишсимон) чизик дейилади.

Тўғри ичак деворида ташки томондан узунасига кетган мускул толалари, ички деворида эса доирасимон толалар жойлашган. Тўғри ичакнинг пастки қисмида силлиқ мускул толалари ички сфинктерни ҳосил қилади. Орқа чиқарув йўлини кўтарадиган мускулнинг бир қисми ҳисобланган қов-тўғри ичак мускули тўғри ичакни қовузлок холида ўраб, ташки сфинктерни ҳосил қилади.

Анал канали – меъда-ичак трактининг охириги қисми бўлиб, аноректал чизикдан бошланиб, анус билан тугайди. Унинг узунлиги 3-4 см ни ташкил этади. Анал канали иккита мушак: ички (чуқур) ва ташки (юзаки) халқалари билан ўралган. Ички халқа (ички сфинктер) тўғри ичак ички циркуляр мушак қаватининг бевосита давоми ҳисобланади. У силлиқ мушак толаларидан ташкил топиб, автоном иннервацияга эга ва шунинг учун ихтиёрсиз равишда қисқаради. Ташки мушак халқаси (ташки сфинктер) эса, инсон ихтиёрига бўйсунди.

Қон билан таъминланиши. Тўғри ичак битта тоқ - юқори тўғри ичак артерияси (пастки тутқич артерияси тармоғи) ва иккита жуфт - ўрта ва пастки тўғри ичак артериялари орқали қон билан таъминланади.

Веноз қон оқими юқори ва пастки веналар чигали ёрдамида пастки, ўрта ва юқори тўғри ичак веналари орқали амалга оширилади.

Иннервацияси. Тўғри ичак охириги симпатик чигал думгаза соҳаси тармоқлари, артериялар билан бирга боровчи симпатик нервлар ва II-IV – думгаза нерв илдизлари тармоқлари орқали иннервацияланади. Ампула усти ва ампуляр соҳалар асосан вегетатив нервлар, анал қисми эса аксарият орқа мия нервлари орқали идора қилинади. Ампуляр қисмнинг турли хил тасирларга кам сезувчанлиги ва анал қисмнинг оғриққа юқори сезувчанлиги юқоридаги холат билан ифодаланади.

Тўғри ичак лимфа томирлари ва тугунлари юқори тўғри ичак ва пастки тутқич артериялари бўйлаб жойлашиб, лимфа анал канали соҳасидан чов лимфа тугунларига қуйилади.

Тўғри ичак фаолияти — эвакуатор, резервуар ва сўриш функцияларидан иборат.

Текшириш усуллари. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш энг оддий ва муҳим текширув усули ҳисобланади, уни бемор ёнбоши билан ётганда, тизза-тирсагига тиралиб турган холатида ёки чўккалаб турган холатида бажарган маъкул: тўғри ичакдаги ўсма, ёт жисм, шиллиқ ости парапроктити, геморрой, тўғри ичак оқмалари, дуглас бўшлиғи чандикларини пайпаслаб кўриш мумкин. Аноскоп ёрдамида бу патологик ҳодисаларни визуал кўздан кечирса бўлади, ректороманоскопияда эса йўғон ичакнинг юқорида жойлашган бўлимларини ва ҳатто сигмасимон ичакдаги патологияни ҳам кўриш мумкин.

Тўғри ичак туғма аномалиялари

Туғма аномалияр тўлиқ ёки оқмали ичак атрезиялари билан кечади. Орқа чиқарув тешиги атрезияси, тўғри ичак атрезияси, орқа чиқарув тешиги ва тўғри ичак атрезиялари фарқланади.

Орқа чиқарув тешиги атрезиясида унинг ўрнида юпқа тери бўлиб уни осон ичкарига ботириш мумкин. Тўғри ичак атрезиясида ичак ўрнида бириктирувчи тўқима шаклланган бўлади. Орқа чиқарув тешиги

атрезияси айрим холларда 1-3см ли чўнтаклар ҳосил қилиши мумкин. Баъзан тўғри ичак атрезияси тўғри ичак-қин оқмалари, тўғри ичак-сийдик қопи оқмалари ва тўғри ичак-уретрал оқмалар ҳолатида ҳам кечади.

Клиникаси. Касалликнинг биринчи куниданоқ ўткир ичак тутилиши белгилари (қориннинг дам бўлиши, ел ва ич келмаслиги, хиқичоқ, кекириш, қайт қилиш). Ташҳис оралиқ соҳасини кўрувидан сўнг қўйилади.нажаснинг қин ёки сийдик найи орқали чиқиши атрезиянинг оқма Билан кечаётганлигидан далолат беради. Тўғри ичак-сийдик қопи оқмали атрезияда сийдик ранги хира, нажас билан аралашган бўлади.

Даволаш – хирургик.

Тўғри ичак жароҳатлари

Тўғри ичак жароҳатлари турли хил предметлар таъсири орқали, чаноқ суяклари синганда, ўк текканда, тиббий муолажалар вақтида (ректороманоскопияда, термометр ёки хуқна мосламасини ичакка қиритганда), чаноқ аъзолари жарроҳлик амалиётлари ва туғруқ вақтида юзага келади.

Клиник кечиши тўғри ичакнинг қайси қисми жароҳатланганлигига боғлиқ бўлиб, у қорин парда ичи ёки қорин парда орти соҳаларида вужудга келиши мумкин. Оғриқ, қон кетиши, нажаснинг қоринга ёки параректал клетчаткага тушиши билан намоён бўлади.

Даволаш хирургик йўл билан амалга оширилади. Бунда ичак девори дефектини тикиш, чаноқ клетчаткасини дренажлаш, баъзан колостомалар ўрнатиш амалиётлари бажарилади.

Геморрой

Этиологияси ва патогенези. Геморрой - тўғри ичак ғорсимон (каверноз) таначаларининг венулалар орқали, артерио-веноз анастомозларга эга бўлган тўғри ичак ғорсимон шиллиқ ости чигаллардан қонни оқиб чиқиб кетишининг бузилиши натижасида, уларнинг кенгайиши билан кечувчи касаллик ҳисобланади. Касаллик жуда кенг тарқалган бўлиб, катта ёшдаги аҳолининг 43,7 фоизида учрайди ва тўғри ичак касалликлари билан оғриган беморлар орасида 40 фоизни ташкил этади. Эркаклар ва аёллар орасида касаллик деярли бир хил нисбатда, ўртача 30-50 ёшда учрайди.

Кўпинча, ички ва ташқи геморроидал тугунлар Морганьи устунлари асосида юзага келиб, анал каналининг чап ён, ўнг олд-ён ва ўнг орқа-ён деворларида жойлашади. Бу беморнинг чалқанча ётган ҳолатида шартли соат мили бўйича мос ҳолатда 3, 7, 11 ларга тўғри келади.

Бундан ташақари, артерио-веноз шунтларнинг функциясининг бузилиши ва нейрогуморал механизмларнинг издан чиқиши ҳам геморрой ривожланишида этиборга лойиқ.

Геморройнинг юзага келишида ва авж олишига бир неча омиллар, жумладан, кам ҳаракатли ва узоқ вақт ўтириш билан кечувчи ҳаёт тарзи, семизлик, қабзият, дефекация вақтида қаттиқ кучаниш, хомиладорлик ва туғруқ, чекиш, совуқ қотиш, узоқ вақт давом этган диарея, оғир юк кўтариш, давомли йўтал, алкоголь, аччиқ ва ўткир таомлар истеъмол қилиш шулар жумласидандир.

Ички ва ташқи геморроидал тугунлар ёки уларнинг қўшилиб келиши - аралаш геморрой фарқ қилинади.

Клиник манзараси. Геморрой беморга сезилмасдан бошланади. Касалликнинг бошида орқа чиқарув йўлида вақти-вақти билан ёқимсиз сезилар пайдо бўлади, тўғри ичакда ёт жисм борга ўхшаб туюлади. Бирмунча вақт ўтгандан кейин дефекацияда (ҳожатга борганда) қон кетиш пайдо бўлади, қон бир неча томчидан то унитаз деворларигача сачраб кетадиган оқим кўринишигача кетади. Қон ранги қирмизи-қизил тусда бўлиб,

қон йўқотиш беморнинг умумий ҳолатига таъсир қилмайди. Геморройда бўладиган қичишиш ва ачишиш анал ёриқнинг нотўлиқ бекилиши ва шу сабабли шилимшиқ ажралиб туришидан содир бўлади. Кейин ички геморроидал тугунларнинг тушиши ривожланади.

Геморройнинг асосий белгиси бўлиб қон кетиши ҳисобланади. У алвон рангли бўлиб, асосан дефекация вақтида ва ундан сўнг дархол юзага келади. Баъзида қон сизиб оқади, айрим вақтларда унинг изчиллиги туфайли ҳатто, камқонликка олиб келади. Геморройга хос қон кетишида қон нажасга аралашмаган бўлиб, уни устидан қоплаб туради.

Кейинги асосий белгиларидан бири бу – оғриқ. У геморроидал тугунларнинг яллиғланишида, тромбозда ёки қисилишида, анал тешик ёриғи юзага келганда вужудга келади. Оғриқ дефекация вақтида ҳамда ундан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Орқа чиқарув тешиги қичишиши ичакдан шиллик ажралиши оқибатида анал тешик атрофи терисининг ивиб шилиниши натижасида пайдо бўлади. Бу ўз навбатида экзема ривожланишига сабаб бўлади.

Геморрой кечишида геморроидал тугунларнинг ташқарига чиқиши кузатилади ва 3 босқичдан иборат бўлади: I босқичида геморроидал тугунларнинг фақат дефекация вақтида тушиши қайд қилиниб, ўзича жойига киради. II босқичида геморроидал тугунлар дефекация вақтида ва жисмоний зўриқишда тушади, бироқ ўзича жойига қирмайди. III босқичида тугунлар арзимаган жисмоний ҳаракатда, йўталиш ва аксиришда ташқарига чиқиб, ўзича жойига қирмайди.

Шунга кўра сурункали геморрой клиник кечишининг 4 босқич фарқланади. I босқичда қон кетиши кузатилиб, тугунларнинг тушиши кузатилмайди. II босқичда фақат кучаниш вақтида тугунларнинг тушиши кузатилиб, мустақил яна тўғриланади. III босқичида дефекация даврида, баъзида қорин ички босимининг ортиши натижасида тушиб қолган тугунларни фақат кўл ёрдамида тўғриланади. Касалликнинг IV босқичида геморроидал тугунлар вертикал тинч ҳолатда тушади, улар тўғриланмайди ёки тўғрилангач дархол, яна тушиб қолиши кузатилади. Бу босқичда уларнинг тромбози, анал тешикда оғри, кўп миқдорда қон кетиши юзага келади.

Ўткир геморройнинг 3 оғирлик даражаси фарқланади:

1. Ташқи геморроидал тугунлар унчалик катта эмас, зич-эластик консистенцияли, пайпаслаганда оғрикли; анал тешик атрофи биров қизирган, беморлар, айниқса, дефекация вақтида кучаядиган куйиш, қичишиш ҳиссига шикоят қиладилар.
2. Анал тешик атрофи кескин шишган, қизарган, анал тешик соҳасида, айниқса, юрганда ва ўтирганда кучаявчи кучли оғриқ, пайпаслаганда ва бармоқ билан кўрганда оғриқ кучли бўлиши.
3. Анал тешиги атрофи соҳаси яллиғланиш инфилтратига айланган, пайпаслаганда кучли оғриқ ҳисси, орқа чиқарув тешиги соҳасида кўкимтир-қизғиш тусли, фибрин билан қопланган ички геморроидал тугунлар кузатилади; даво чоралари кўрилмаганда тугунлар некрози, оқибатда шиллик қавати ярага айланиб, ўткир парапроктит ривожланиши мумкин.

Сурункали геморрой учун қўзиш ва ремиссия давлари хос. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар. Алкогол ёки ўткир таомлар истеъмол қилиш, жисмоний зўриқишлар қон кетишига сабабчи бўлади.

Беморларни текшириш тизза-тирсак холатида ёки чўккалаб ўтириб кучанган холатларда амалга оширилади. Текшириш тўғри ичакни бармоқ ёрдамида, аноскопия ва ректоскопия усуллари билан бажарилади.

Дифференциал диагностика. Геморройни тўғри ичак полипи, раки билан, орқа тешик ёрилиши билан, тўғри ичак шиллик каватининг тушиши билан фарқлаш лозим. Йўғон ичак раки билан фарқлаш учун ирригоскопия ва ретороманоскопия ўтказилади.

Даволаш - консерватив даво, кам жароҳат етказиб даволаш (малоинвазив), жарроҳлик йўли билан даволашларга бўлинади.

Консерватив даво тўғри ичак соҳасида яллиғланишни бартараф қилишга, қон айланишини яхшилашга, ич келишини мунтазамлаштиришга қаратилади. Бунга кўрсатма бўлиб, сурункали геморройнинг эрта даври, оғриқ синдромли ўткир кечиши ҳисобланади. Умумий ва маҳаллий даво чоралари олиб борилади. Умумий даво асосида парҳездан ташқари, қабзиятни олдини олиш, флеботроп ва оғриқ қолдирувчи воситалар ётади. Маҳаллий даво оғриқни, тромбозни, яллиғланишни ва қон кетишини олдини олишга қаратилган. Бунда оғриқ қолдирувчи, буриштирувчи, ярага қарши воситалар, микрохукналар ва ўтирувчи ванначалар қўлланилади.

Кам жароҳат етказиб даволаш (малоинвазив) усулларига склеротерапия усули кириб, бунда турли хил склерозловчи дори воситалари ишлатилади. Жумладан этоксисклерол, фибровейн, тромбоварнинг эритмалари. Бу воситалар гемorroидал тугунлар ичига юборилиб, унинг тромбози, яллиғланиш босқичисиз унинг облитерациясига эришилинади (расм 2). Бир вақтнинг ўзида 2 тадан ортиқ тугунга дори воситасини юбориш тавсия этилмайди, чунки оғриқ кучли бўлиши мумкин. 12-14 кундан кам бўлмаган муддатда даво яна қайтарилиши мумкин. Бу усул касалликнинг I - II босқичларида 71-85% гача яхши натижа беради. Кечки босқичларида эса 26-42%, қониқарсиз натижа III-IV босқичларида 31-62% ни ташкил этади.

Бу усулга қарши кўрсатма бўлиб турли юқумли касалликлар, анус атрофи яллиғланиш мавжуд бўлиши ҳисобланади.

Яна бир кам жароҳат етказиб даволаш усулига тугунчаларга латекс ҳалқачаларини қўйишдир. Ҳалқачалар тугун оёқчасига ўрнатилади ва маълум бир вақт ўтгач, тугунлар некрози ва уларнинг узилиб тушишига эришилади.

Бу усул жарроҳлик усулига нисбатан кам радикализмга эга ва кўп рецидив беради. Шунинг учун бу усул юқори операцион ҳавфи бўлган ва ҳамроҳ оғир касалликлари мавжуд беморларга қўлланилади.

Латекс ҳалқачали тугунларни боғлаш усулига рақобатлашувчи усуллардан бири бу – ультратовуш доплерометрия назорати остида бажариладиган гемorroидал тугунларни боғлашдир. Бу усул геморройнинг II- III босқичларида қўлланилади. Ушбу янги усул шиллик остида жойлашган юқори гемorroидал артерия терминал тармоқларини жойлашишини ва сонини аниқ топишга, уларни тўлиқ бартараф этишга эриштиради.

Бундан ташқари кам жароҳатли усулларга инфрақизил фотокоагуляция, криодструкция, монополяр ва биполяр коагуляция, лазерли коагуляцияни киритилади.

Хирургик даво касалликнинг II-III босқичларида қўлланилади. Жарроҳлик амалиётидан олдинги тайёргарлик 1-2 кун давомидаги парҳез, операциядан бир кун олдин кечкурунги ва эртасига эрталабки хукналарни ўз ичига олади. Умумий оғриқсизлантириш қўлланилади.

Энг кенг тарқалган жарроҳлик усулларида 30-йилларда инглиз жарроҳлари – Миллиган ва Морган томонидан таклиф этилган усул (Миллиган-Морган усули) ҳисобланиб, ҳозирги кунда унинг турли хил модификациялари қўлланилиди. Бунга кўра уч асосий геморроидал тугунлар кесилади ва уларни қон билан таъминлаб турувчи қон томир оёқчаси боғланади. Бунинг учун анал сфинктерни кенг қилиб очилгандан сўнг, тугунчага ҳалқали қисқич қўйилиб тортилади, иккала томонидан шиллик қавати кесилиб, тугун оёқчаси ажратилиб қон тўхтатувчи қисқич қўйилади. Тугун кесиб олиб ташланади, оёқчаси эса тикиб боғланади, устидан шиллик қават дефекти кетгуд билан тикиб қўйилади. Бу усулдан кейин 1-3% ҳолатларда касаллик рецидив беради. Операциядан кейинги даврда беморлар шлакисиз парҳезни давом эттирадилар, ҳар куни боғлам алмаштирилади. Операциядан кейинги 5-6 куни беморнинг мустақил ичи келади. У оғриқли ва биров қон кетиши билан кечиши мумкин.

Бундан ташқари, Субботин, Локхард-Маммери, Мартинов, Рижих (расм 3) усуллари ҳам мавжуд, аммо улар ҳозирги кунда жуда кам қўлланилади.

1993 йили италиян жарроҳи Антонио Лонго янги операция усулини таклиф қилди. Унга кўра тўғри ичак шиллик қавати тишсимон чизиқ юқорисидан резекцияси ва бир қисмини олиб ташалаш амалиёти бажарилиб, шу йўл билан геморроидал тугунларни қон билан таъминланиши кескин камаяди ва улар ўрнини аста-секинлик билан бириктирувчи тўқима эгаллайди. Бу операция степплер усулида ишловчи махсус циркуляр тикувчи аппарат ёрдамида амалга оширилади.

Геморройда хирургик давога қарши кўрсатма бўлиб, декомпенсациялашган портал гипертензия ва артериал гипертензиянинг оғир даражаси ҳисобланади.

Геморройнинг асоратларига геморроидал тугун тромбози, қисилиши, мўл профуз қон кетишлари киради. Тромбоз аксарият ҳолларда парҳезни бузганда, жисмоний зўриқишдан сўнг келиб чиқади. Оғриқ озгина жисмоний ҳаракатда, йўталганда вужудга келади, ёт жисм ҳисси пайдо бўлади. Анал тешигидан кўкимтир тусли тугун кўришиб туради, пайпаслаганда у кучли оғриқли. Ректал текширув ҳам кучли оғриқ билан кечади. Тромбозларни даволаш кўпинча консерватив бўлиб, ўз ичига парҳез, сурги дорилар, яллиғланишга қарши дори воситалари, 3-4 кун давомида перманганат калийли ванначалардан иборат.

Бундай ҳолатларда оператив даво мақсадга мувофиқдир. У тромбозга учраган тугунни кесиб олиб ташаладан иборат.

Геморроидал тугунлардан мўл қон кетиши анемияга сабаб бўлиб, бу беморларда умумий лоҳаслик, уйқусизлик, томир уришнинг тезлашиши, юрак соҳасидаги оғриқ, бош оғриши, бош айланиши, меҳнат қобилиятининг пасайиб кетишидан нолийдилар. Тери қопламлари оқариб кетади, тезда чарчаш, артериал босимнинг пасайиб кетиши кузатилади. Доимий мўл қон кетишидан олдин одатда қоннинг оз-оздан ажралиб туриши кузатилади. Арзимаган жисмоний ҳаракат ҳам қон кетишига сабаб бўлади.

Беморлар уйда консерватив дори-дармонлар ёрдамида даволаниб юрадилар ва анемия симптомлари кучайиб кетгандан кейингина бундай беморлар шошилиш ёрдам кўрсатиш учун стационарга олиб келинадилар.

Даволаш - операция усулида бўлади. Ташки геморроидал тугун тромбози аксарият парҳез бузилганда, ичкилик ва ўтқир таомлар ейилгандан кейин пайдо бўлади. Орқа чиқарув йўлида қаттиқ оғриқ бошланади,

гўё унда ёт жисм бордек туюлади. Ҳарорат 38—39°C гача кўтарилади. Ташқи кўздан кечиришда орқа чиқарув йўли соҳасида кўкимтир тугун ёки бир неча тугунчалар кўринади, улар пайпасланганда оғрийд, зич бўлади. Даволаш парҳезга қаттиқ риоя қилиш, овқатдан ўткир таомлар, ичкиликни чиқариш, сурги дори ичиш, яллиғланишга қарши препаратлар (диклофенак натрий, нимесил, кетопрофен, ацетилсалицилат кислота), антибиотиклар қўлланишдан иборат. Маҳаллий кўрғошинли хўллаб босиш (примочка), Вишневский малҳами қўлланилади.

Ички гемorroидал тугунларнинг қисилиши. Бунинг сабаби ҳам ичкилик ичиш ва ўткир таомлар истеъмол қилиш ҳисобланади. Ички гемorroидал тугунлар тушади ва анал тешиқда қисилиб қолади, тромбоз ва некроз қайтадан пайдо бўлади. Беморларда орқа чиқарув йўли соҳасида қаттиқ оғрик, ёт жисм борлиги сезгиси, ҳароратнинг 39°C гача кўтарилиши кузатилади. Анал тешиқни кўздан кечиришда тўқ кўкимтир рангли гемorroидал тугунлар кўриниб туради. Некроз қон кетиши билан ўтади.

Даволаш парҳез овқатлар, сурги дорилар, антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар тайинлашдан иборат. Яллиғланиш жараёни барҳам топгандан кейин хирургик даволашга ўтилади.

Орқа чиқарув йўли ёриғи

Орқа чиқарув йўли ёрилиши (анал ёрик) — орқа чиқарув йўлидаги нуқсон. Кўпинча аёлларда учрайди. 90% холларда анал ёрик анал сфинктернинг орқа деворида жойлашади. Орқа чиқарув йўлининг ўткир, хроник ва қайталанувчи ёрилиши фарқ қилинади.

Анал ёриқларнинг этиологияси, патогенези турли-туман. Қаттиқ нажас массалари анал канали орқали ўтаётганда девори шикастланиб қолади. Крипталарга инфекция тушиб, анал безларни яллиғлантиради ва ёриқлар пайдо бўлади. Анал ҳалка атрофидаги майда артерияларнинг томир спазми кам ёрилишга сабаб бўлади. Анал канал деворидаги нерв толаларининг неврити ҳам ёриқлар пайдо қилади.

Клиникаси. Ўткир анал ёриқнинг асосий симптоми оғрик ҳисобланади. Оғрик жуда қаттиқ, беморни кучли изтиробга солади, одатда хожатдан кейин бошланади ва бир неча соатга чўзилади. Оғриқдан ташқари, анал сфинктернинг кучли рефлексор спазми сабабли қабзиятлар пайдо бўлиб, натижада ҳар гал хожатга боришдан кейин ёриқ баттар шикастланиб туради. Аксарият анал ёриқда хожатдан кейин қон томчилари ажралиб чиқиши кузатилади.

Бармоқ билан текшириш, ректоскопия ва ректороманоскопиядан олдин ёриқ остига 10—20 мл 1 % ли новокаин юборилади. Шундан кейин бу текширувлар ёрдамида кўпчилик холларда орқа деворда жойлашадиган узунасига кетган ёриқни кўриш мумкин.

Даволаш. Ўткир бошланган анал ёриқларда консерватив даволаш, иссиқлик ванналари, грелкалар, УВЧ, диатермия тавсия этилади. Спирт-новокаинли блокада, сфинктерни Рекомье бўйича чўзишдан фойдаланиш мумкин. Хроник ва қайталанадиган анал тешиқ ёриқларини хирургик усулда даволаш - понасимон кесиб олиб ташлашдан иборат.

Ўткир парапроктит

Тўғри ичак олди клетчаткасининг ўткир яллиғланиши. Аксарият эркакларда учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Парапроктит параректал клетчаткага инфекция тушиши натижасида вужудга келади. Параректал клетчаткага микроблар анал крипталарга очиладиган анал безлардан тушади. Анал бездаги яллиғланиш жараёни натижасида унинг йўли бекилади ва секрет оқиб чиқиши бузилади. Ўткир парапроктит пайдо бўлишига мойиллик туғдирадиган сабаблар орасида тўғри ичак дистал бўлими ва анал канал шиллиқ пардасидаги майда шикастлар биринчи ўринда туради.

Классификацияси бўйича қуйидагилар фарқ қилинади:

1. Этиологик принципи бўйича: оддий, анаэроб, специфик, травматик.
2. Йирингликнинг жойлашуви бўйича: шиллиқ парда остидаги тери остидаги, ишиоректал, пельвиоректал, ретроректал.
3. Кечиши бўйича: ўткир, хроник, қайталанадиган.

Тўғри ичак оқмалари (сурункали парапроктит)

Ўткир парапроктитни бошдан кечириш оқибатида ривожланади ва тўғри ичакда оқма яра борлиги билан намоён бўлади. Оқма яраларнинг пайдо бўлишига кўпинча беморларнинг йиринглик ўзича ёрилгандан кейин тиббий ёрдам олишга кечикиб мурожаат қилишлари сабаб бўлади.

Классификацияси. Тўлиқ ва нотўлиқ тури фарқ қилинади. Тўлиқ оқмада иккита ва ундан ортиқ тешиклар: ички - тўғри ичак деворида ва ташқи - анал тешик атрофи терисида бўлади.

Нотўлиқ оқмада битта тешик бўлади ва у ички ва ташқига бўлинади. Ички оқманинг тўғри ичак деворида тешиги бор, у параректал клетчаткада тугайди. Ташқи оқманинг анал тешик атрофида тешиги бўлади ва у параректал клетчаткада тугалланади. Тўғри ичак оқмаси сфинктерга нисбатан жойлашувига кўра интрасфинктер, трансфинктер ва экстрасфинктер бўлиши мумкин.

Интрасфинктер оқма — оқма канали тўлиқ тўғри ичак сфинктери ичида бўлади.

Трансфинктер оқма — оқма канали қисман сфинктер орқали ўтади, қисман клетчаткада жойлашган.

Экстрасфинктер оқма — оқма канали чанокнинг клетчатка бўшлиқларидан ўтади ва сфинктерни четлаб ўтиб, чот терисига очилади.

Клиник манзараси оқма борлиги ва унинг вақти-вақти билан бекилиб туриши билан боғлиқ, бу йирингли бўшлиқ дренажи бузилишига, йиринг йиғилиб қолишига, парапроктитнинг оғирлашувига олиб келади. Қайта оғрик туради, субфебрил ҳарорат, эт жунжиқиши, лоҳаслик қайд қилинади ва 4–5 кунига келиб оқма ўз-ўзидан ёрилади ва бу ҳодисалар тўхтайдди. Анус атрофи кўздан кечирилганда йирингли ажралмаси аста секин ажралиб чиқаётган оқмани, тери бичилганини кўриш мумкин. Оқма йўлини аниқ билиш учун фистулография қилинади.

Даволаш. Консерватив даволаш камдан-кам соғайишга олиб келади. Одатда ундан операцияга тайёргарлик босқичи сифатида фойдаланилади. Бу оқмани антисептик эритмалар билан ювиш, антибактериал даво, антисептиклар билан микрохуқналар қўйиш ва ўтирадиган ванналар қилишдан иборат.

Хирургик даволаш оқма йўлини кесиб, кейин тикиб қўйишдан иборат. Оқма каналини тўлиқ кесиш учун операциядан олдин назорат учун оқмага метилен кўки ёки бриллиант яшили эритмаси юборилади.

Тўғри ичак тушиши

Тўғри ичакнинг тушиши деганда ичакнинг ташқарига, орқа чиқарув йўли атрофига чиқиши тушунилади. Қорин ичида босимнинг ошиши (қабзият, ич кетар, туғрук, йўтал) ичак тушишига сабабчи ҳисобланади. Думба соҳаси ва бел-думғаза соҳасининг ўқ отар куроллардан яраланиши, маиший шикастлар ҳам ичак тушишига олиб келиши мумкин.

Классификацияси. Тўғри ичак тушишининг учта босқичи фарқ қилинади:

I босқичи — тўғри ичак хожат пайтида тушади, сўнгра ўз-ўзидан жойига киради.

II босқичида — ичак жисмоний зўриқишда тушади, ўз-ўзидан жойига кирмайди, беморлар қўллари билан ичакни жойига киритадилар.

III босқичида ичак арзимаган жисмоний ҳаракатда ҳам тушади ва жойига киритилгандан кейин тез орада яна тушади.

Патологоанатомик жиҳатдан касалликнинг 4 формаси тафовут қилинади:

1. Орқа чиқарув йўли шиллик пардаси тушиши.
2. Ичак анал бўлими деворининг ҳамма қатламлари тушиши.
3. Тўғри ичакнинг орқа чиқарув йўли тушмасдан тушиши.
4. Орқа чиқарув йўли ва тўғри ичакнинг тушиши.

Клиникаси. Аста-секин ривожланади, касаллик бошланаётганда хожатга борилганда фақат шиллик парда тушади. Касаллик ривожланган сайин тўғри ичакнинг тушиши тез-тез рўй бериб туради, ичакни қўл билан жойига киритилгандан кейин, ҳатто вертикал ҳолатда ҳам унинг тушиши қайд қилинади. Беморлар меҳнатга лаёқатсиз бўлади.

Ичак тушганда қуйидаги асоратларни кузатиш мумкин: тўғри ичак шиллик пардасида яралар, некроз ва тешилиш (перфорация), кейинчалик перитонит пайдо бўлади.

Даволаш. Болаликда қабзият, ич кетар, йўтални бартараф этишга қаратилган консерватив даволашнинг ўзи кифоя қилади. Тўғри ичак тушишининг енгил турида Гирш операцияси бажарилади - орқа чиқарув йўли атрофидаги тери остига кумуш симнинг тери ости имплантацияси бажарилади. Кюммель - Зерени бўйича ректопексия операцияси жуда яхши натижа беради. Бу операциянинг моҳияти тўғри ичак деворини умуртка поғонасининг бўйлама бойламига думғаза умурткалари соҳасига фиксация қилишдан иборат. Тўғри ичакнинг тушиши анал сфинктернинг етишмовчилиги билан бирга учраганда юқорида зикр қилинган операцияни чаноқ туби мускулларини мустаҳкамлаш билан тўлдирилади.

Тўғри ичак раки

Колоректал рак барча ёмон сифатли ўсмаларнинг 15% ни ташкил қилади. Шундан 30% ни тўғри ичак раки ташкил этади. Тўғри ичак раки 100000 аҳолининг ҳар 10 тасида учрайди. Асосан 50-60 ёшда, эркаклар билан аёллар деярли бир хил нисбатда касалланадилар.

ҳозирги кундаҳам касаллик келиб чиқиш сабаби аниқ эмас, аммо унинг келиб чиқишида овқат тури, нажаснинг ичак бўйлаб ҳаракати, унинг таркиби, бактериал флора таркиби муҳим ўрин тутади. Касаллик келиб чиқишидаги бошқа омилларга ичак моторикаси ва қабзиятга сабаб бўладиган камҳаракатлихаёт тарзи, сурункали ичак касалликларини ҳам таъкидлаш лозим.

Рак олди касалликларига тўғри ичак полипи, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, сурункали парапроктитни киритиш мумкин.

Тўғри ичак ракининг 4 босқичи фарқланади:

I босқич – унча катта бўлмаган, ҳаракатчан ўсма (диаметри 2 см дан кам), ичак деворига ўсиб қирмайди, шиилик ости қаватидан ташақарига ўтмайди, метастазлар йўқ.

II босқич – ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлмаган соҳани эгаллайди (мушак қаватигача ўсиб қиради), метастазлар йўқ.

III босқич - ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлмаган соҳани эгаллайди, не прорастает кишечную стенку (мушак қаватигача ўсиб қиради), регионар лимфа тугунларида метастазлар.

IV босқич ғ ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлган соҳани эгаллайди, деворига ўсиб қиради, ён атроф аъзо ва тўқималарга ҳам ўсиб кириши мумкин.

V босқич - ўсма ичак ярим айланасидан катта бўлган соҳани эгаллайди, ичак деворига ўсиб қиради, ён атроф аъзо ва тўқималарга ҳам ўсиб кириб, регионар лимфа тугунларига кўплаб метастазлар беради.

VI босқич – катта ҳаракатсиз ўсма, чанок аъзоларига ва тўқималарига ўсиб қиради, регионар ва узоқ лимфа тугунлари ва аъзоларида метастазлар.

Ҳалқаро ракка қарши иттифок тавиясига кўра жараён тарқалишини TNMP системаси бўйича баҳоланади. Бунга кўра T (tumor) – бирламчи ўсма, N (nodes) ғ регионар лимфа тугунлар ҳолати, M (metastasis) – узоқ метастазлар, P (penetration) – ўсманинг ичак деворига ўсиб кириш даражаси.

Даволаш. Оператив даво турини танлаш ўсманинг жойлашиши, асоратлари ёки метастазларнинг бор-йўқлигига қараб танланади. Узоқ метастазлар ва асоратлар инкор қилинса, радикал операция бажарилади. Хирургик даволаш химиотерапия ва нур билан даволаш билан биргаликда олиб борилади.

АДАБИЁТЛАР

1. Васильев П.А. Болезнь Гиршпрунга/ Москва, Медицина 1981
2. Лавров Ю.М. Патогенез и лечение Болезни Гиршпрунга/ Москва: Медицина, 1992
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни, Ташкент, 2004
4. Кузин М.И. Хирургические болезни, Москва, 1998
6. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
7. Дайров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непрох-имость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981

8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Тўғри ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?

2. Тўғри ичак касалликларирда оғриқ локализацияси?

3. Тўғри ичак полиплари пайдо бўлиши патогенези?

Тўғри ичак полиплари билан оғриган беморларнинг

Тўғри ичак полипида тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?

Рентгеноскопик текширишда яқка полипнинг кўриниши шакли?

Полипларда бутун йўғон ичаки текшириш зарурлиги?

Тўғри ичак полипларида қилинадиган операция ҳажми?

Тўғри ичак саратонининг локализацияси бўйича таснифи?

TNM тизими бўйича тўғри ичак раки таснифи?

Тўғри ичак раки билан оғриган беморларнинг асосий шикоятлари?

Тўғри ичак ракида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?

Тўғри ичак экстирпацияси учун кўрсатма?

Тўғри ичак резакция учун кўрсатма?

Тўғри ичак иноперабел ркида ўтказиладиган операция ҳажми?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашishi билан шикоят қилган. Объектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. дифференциал диагноз? 4. давоси

4. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғриди.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешиқдан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешиқ бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин 2. диагноз 3. давоси

6. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Объектив текширганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/10 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

7. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешиқдан чапда чандиқ бўлиб марказида 0,2x0,2 см ли тешиқ бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

3. давоси?

16- Маъруза мавзуси : “ ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	Ўткир ичак тутилиши тушунчаси, долзарблиги . 2. Таснифи 3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси. 4. ЎИТ консерватив даволаш принциплари . 5. ЎИТ жаррохлик йўли билан даволаш . 6. Ўлим кўрсаткичи ва асоратлар.
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютар
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш
босқичлари
ва вақти.

Таълим берувчи

Таълим олувчилар

Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмаларни плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	1. Мустақил иш беради	Тинглайди
Мустақил таълим	2. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 16 “ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИ”

Бугунги маърузамизнинг режаси куйидагича:

1. Ўткир ичак тутилиши тушунчаси, долзарблиги .
2. Таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси.
4. ЎИТ консерватив даволаш принциплари .
5. ЎИТ жаррохлик йўли билан даволаш .
6. Ўлим кўрсаткичи ва асоратлар.

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, уткир илеус) – ичак йўлидаги таркибий қисм пассажиининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5-9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40-60 ёшда учрайди. Ичак тутилиши аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди. Ёз ва куз ойларида (июл-октябр) ўткир ичак тутилиши билан касалланганлар сони кўпроқ учрайди, чунки бу даврда ўсимлик озуқалари таркибидаги клетчатка тушиши ҳисобига ичаклар кўпроқ зўриқади.

Ўткир ичак тутилиши билан беморларни даволашнинг натижалари аввало касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи касаллик бошланишидан бошлаб 6 соатгача касалхонага ётқизилган беморлар орасида 2,1—3,1% ни, 24 соатдан кечикиб ётқизилганлар орасида 16,4—19,9% ни ташкил қилади (Зайцев В. Т. муаллифдошлари билан, 1989).

Ўткир ичак тутилишидаги ҳар хил аспектларни ўрганиш узоқ тарихга эга. Бу касаллик ҳақидаги биринчи тушунчани Гиппократ берган. Унинг фикрича, илеус ичаклардаги газлар ҳисобига ҳосил бўладиган яллиғланишлар натижасидаги келиб чиқадиган ҳолат. Гален ўз ишларида ичак тутилишига яллиғланиш ҳисобига ичаклар перистальтикаси бузилиши сабаб бўлишига эътибор қилган. Бу олимлар лаборатор, паталогоанатомик текширувларсиз ҳамда замонавий анатомия ва физиология билимларига эга бўлмай, ичак тутилиши патогенезида зарурий элементлар – ичак ҳаракатини бузилиши, газ ва суюқликлар натижасида ичаклар кенгайишини кўрсатиб ўтишган. XVII аср бошларида Riolan ўткир ичак тутилишида механик, обструктив ва странгуляцион турлари мавжудлигини исботлади. Бу эса илеусни оператив даволаш уринишлар бошланишига олиб келди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган классификацияси қўлланилади.

Уткир ичак тутилиши классификацияси:

Келиб чиқиши бўйича – туғма ва орттирилаган.

Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.

Келиб чиқиш механизми бўйича – механик ва динамик.

2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

3. Тутилиш жойига қараб – юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).

4. Клиник кечиши бўйича – тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилишига корин бўшлиғидаги ўткир яллиғланиш касалликлари (аппендицит, холецистит, панкреатит, перитонит ва бошқалар), корин орти соҳасининг яллиғланиш касалликлари (паранефрит), шикастлар ва травматик жаррохлик амалиётлар, корин бўшлиғи аъзоларида қон айланишни ўткир бузилишлари (талок инфаркти, тутқич томирларини тромбози) сабаб бўлиши мумкин. Ундан ташқари динамик ичак тутилишга метаболик ўзгаришлар (диабетик, уремик кома), захарланишлар (морфин, кўрғошин билан) олиб келиши мумкин.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисмни пассажиани бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5-8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани холда ичак бўшлиғининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабалари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан усмалар, кисталар, ҳамда чандиқлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган холда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлиғини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15-40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичакка кириб қолади. Бунда ичак мехник тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқиче томирларда қон ўтиш тўхтади.

Оҳирги вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандиқли ичак тутилишини кирита бошладилар. Чунки чандиқли жараёнда ҳам айна аралаш ичак тутилишга хос ҳолат кузатилади.

Ичакнинг механик айникса странгуляцион ўткир тутилиб қолишида касалликнинг бир ҳил оғирликда кечмаслигини ҳисобга олиб, юқори ва паст тутилиб қолишни фарқ қилиш муҳим (юқори тутилиб қолиш бирмунча оғир кечади).

Этиологияси ва патогенези. Ўткир ичак тутилишини этиолигик омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ачратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Туғма мойиллик ҳолатларга ичак тутилишини анатомик аномалиялари: ичакнинг айрим қисмларини узун ёки кенг бўлиши (мегаколон – кенгайган ичак, долихосигма – узун ичак), ичак бурилишини ногўлик бўлиши, туғма стенозлар, окклюзиялар ҳамда ичакнинг нерв-мушак аппаратининг туғма нуқсонлари (Гиршпрунг касаллиги) киради.

Орттирилаган холатларга қорин бўшлиғида бажарилган жароҳлик амалиётдан кейин ва яллиғланишлардан кейинги пайдо бўлган чандиқлар, орттирилган чурралар, ўсмалар, ўт тошлари, фитобезоарлар, гижжалар, нажас тошлари киради.

Мойллик холатларга баланссиз, нотўғри овқатланишлар кириши тасдиқланган.

Бир неча мойиллик холатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп моқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Клиникаси ва диагностикаси.

Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий холатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли ҳил қўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб оғришидир.

Ичакдаги суюқликнинг сўрилишига тўсиқ пайдо бўлганлигига организм муҳофаза реакцияси билан жавоб беради, бу тўлғоксимон оғриқ кўринишида юзага чиқадиган кучли перистальтика билан ифодаланади.

Тўсиқ ҳажми оғриқ хуружларининг кучи, тезлиги ва давомлилиги ўзгариб туриши мумкин.

Обтурацион тутилиб қолиш учун, масалан, у йўғон ичакда бўлса, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Бемордан сўраб-суриштирганда оғриқ уни бир неча суткадан бун безовта қилаётганини аниқласа бўлади. Аксинча тутилиб қолишнинг странгуляция шакллари (буралиб қолиш ва айникса тугун ҳосил қилиш) деярли тўсатдан кескин оғриқ пайдо бўлиши билан кечади, бунда нисбатан қисқа фурсатлар ичида бирин-кетин оғриқ хуружлари бўлиб туради.

Оғриқ аста-секин орта боради, парез ривожлангандан кейин тўсиқдан юқорида у доимий бўлиб қолади. Бу перистальтиканинг сусайиб кетиши билан боғлиқ. Буралган жой қанчалик юқори жойлашган бўлса, оғриқ хуружи давомлилиги шунчалик кам ва хуружнинг ўзи оғирроқ бўлади.

Оғриқ реакциясини синчиклаб таҳлил қилиш қатор ҳолларда механик тутилиб қолишни динамик тутилиб қолишдан ажратибгина қолмай, балки унинг странгуляцион турини обтурацион туридан ажратиш имконини беради. Обтурацион тутилиб қолишда хуружлар йўқ пайтида беморлар деярли оғриқ сезмайдилар. Странгуляцион тутилиб қолишда эса беморларда хуруж бўлмаган вақтида ҳам оғриқ сақланиб қолади, чунки уларда оғриқ синдроми иккита йўл билан келиб чиқади: кескин тўлғоксимон оғриқ перистальтик тўлқинлар натижаси бўлса, тўлғоксимон оғриқ бўлмай турган вақтлардаги симиллаган доимий оғриқ - жараёнга тортилган ичак тутқич сегменти томирлари ва нервларининг қисилиши оқибати ҳисобланади.

Касалликнинг бошида айрим беморлар оғриқ пайдо бўлган ёки йўқолган жойни етарли даражада кўрсатиб бера оладилар. Бироқ кўпинча оғриқ бутун қорин бўйлаб ёйилади ёки киндик ёхуд бел соҳасида жойлашади.

Оғриқ синдроми характери ва хусусиятларини беморни биринчи марта кўздан кечиришнинг ўзидаёқ аниқлаб олишга ҳаракат қилиш керак. Беморнинг вақти-вақти билан безовталаниб туриши, юз қиёфасидан оғриқдан изтироб чекаётганини пайқаш, перистальтик шовқинларнинг шундоққина эшитилиб туриши хуружсимон

оғрик борлигидан далолат бериши мумкин. Ҳаддан ташқари озган беморларда баъзан қорин девори орқали ичак перистальтикасини кўриш мумкин.

Бироқ перистальтика холати тўғрисидаги батафсил ахборотни олиш учун қорин бўшлиғини аускультация қилиш керак бўлади. Бунда унинг фақат кучайиши ёки секинлашишини эмас, балки пайдо бўлган жойи, шунингдек тарқалиш зонасини ҳам қайд қилишга муваффақ бўлади.

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада хулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (Спасокукоцкий симптоми) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида борапти.

Бу симптом ичакнинг шишиб чиққан қовузлоқларида суюқлик ва озод газ борлигидан далолат бериб, уларда ўтказувчанликнинг бўзилганлигини кўрсатади. У тўлиқ сустлашиб қолган ва тез орада йўқоладиган перистальтика вақтидагина аниқланади. Бу симптомнинг топилиши хирургга ичакнинг ўткир тутилиб қолиши диагнозини қуйишга тўлиқ асос бўла олади.

Айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (Лотеиссен симптоми).

«Оғрик босқичи» тугагандан ва перистальтика йўқолгандан кейин ичакнинг механик тутилиб қолиши эмас, балки функционал тутилиб қолиши биринчи ўринга чиқади. Дам бўлган қоринда доимий туташ оғрик бўлган, интоксикация ҳодисалари ортиб бораётган бу даврда - касалликнинг дастлабки табиатини аниқлаш ғоят қийин.

Одатда, хирург ичакнинг механик тутилиб қолишининг асорати - перитонит деб диагноз қўяди.

Ўткир ичак тутилишда кўнгил айнаши ва қусишнинг мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айнаши ва қусиш бўлади. Лекин қусиш характери ичак тутилиб қолишининг ҳар хил турларида бир хил бўлмайди. Одатда паст странгуляциян тутилиб қолишнинг бошланиши бир ёки икки марта реффлектор қусиш билан ўтади. Юқори тутилиб қолишда бемор кўп қусади, қусиш уни ҳолдан тойдиради, кўнгил беҳузур бўлади, кўпинча хикичоқ тутиши ва кекириш безовта қилади.

Механик ва функционал тутилиб қолишнинг кечиккан муддатларидаги қусиш бирмунча характерли, бунда перитонит белгилари пайдо бўлиши моторика бузилиб, ичак бўшлиғида йиғилиб бораётган суюқлик юқорига отилиб чиқади. Шунга кўра қусиш ҳеч қачон аҳволни енгилаштирамайди. Касаллик зурайиб кетган ҳолларда ичакнинг тўсиқдан юқори қисмидаги суюқлиги чириб парчаланиши натижасида ахлат аралаш қусиш деган ҳолат рўй беради.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ичакнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги ҳисобланади. Айрим муаллифлар маълумотларига кўра беморларнинг 60-70% ичакнинг сира келмаслиги ва ел чиқмаслигини, 16% - қисман ичак келмаслигини қайд қилган.

Ичак келмаслиги ва ел чиқмаслигининг диагностик аҳамиятига тўғри баҳо бериш учун касалликнинг ҳар бир ҳодисасига алоҳида ёндошиш керак. Бу симптом ичакнинг ҳолда: чамбар ичак терминал бўлимида механик тўсиқ бўлганда (сигмасимон чамбар ичак буралиши, чамбар ичак чап ярми бўшлиғининг тўлиқ обтурацияси)

ва хазм тракти тўлиқ адинамиясида (фалажи) бўлади. Ичакда ажралмалар чиқмаслиги аксарият унинг тутилиб қолганидан дарак беради.

Бироқ беморда ич келиши ва ел чиқиши бу патологияни инкор этмайди. Йил сайин ичакнинг битишмалар сабабли тутилиб қолиш ҳоллари кўпайиб борапти, бу аксарият ингичка ичак қовўзлокларидаги жараён билан чегараланиб қолади. Шунинг учун битишма жараёнига кўшилмаган йўғон ичак бўшалиб туриши мумкин. Шу муносабат билан бемордан сўраб-суриштиришда неча марта ич келиши, унинг ўзича келиш-келмаслигини аниқлаш муҳим. Аксарият кўшимча рағбатлантирувчи тадбирлардан кейингина жуда оз микдорда ич келиши ва ел чиқиши кузатилиб туради.

Қоринни кўздан кечириш кўп ҳолларда диагноз қўйишда ҳал қилувчи омил бўлиши мумкин. Қоринда ҳар қандай характердаги оғриқ бўлган беморнинг қорин деворидаги жарроҳлик амалиётдан кейинги чандиқлар ичакнинг битишмалардан тутилиб қолганлигини кўрсатади. Бир мунча муаллифлар маълумотларига кўра қорин бўшлиғидаги битишмалар 75—80% ҳолларда механик тутилиб қолишга, 30—45% ҳолларда функционал (динамик) тутилиб қолишга сабабчи бўлади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Дарҳақиқат, ич келмаслиги ва ел чиқмаслиги тез орада қорин ҳажмининг катталашувиغا олиб келади. Бироқ кўрсатиб утилган белгига танқидий баҳо бериш лозим. Афтидан, қориннинг дам бўлиб шишиб чиқиши ичак тутилиб қолишининг эрта белгиси бўлмаса керак.

Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси Валь симптоми ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бушлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлок чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми (Кивуль симптоми), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайқалиш шовқини» (Матъе-Скляров симптоми) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутилишида қорин, одатда, юмшоқ бўлади ва ичак девори деструкциясида ва перитонит ривожлангандан кейингина мускуллари таранг тортади. Бироқ бу симптом аниқ намоён бўлиш даври одатда қисқа бўлади, чунки тез орада метеоризм пайдо бўлади.

Шишиб чиқмаган қоринни пайпаслаб кўришда инвагинацияда колбасасимон шиш, яллиғланиш инфилтрати ва бошқа тузилмалар аниқданиши мумкин.

«Чайқалиш шовқини» ичак ўткир тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ҳисобланади. Уни ичак қовузлокларида маълум микдорда димланган суюқлик пайдо бўлганда ва камроқ ҳолларда битта қовузлок қисилиб қолганда аниқлаш мумкин.

Туғри ичакни бармоқ билан, аёлларда эса қинни текшириш зарур. Бу тадбир қовуқ бўшатиладигандан кейин бажарилиши керак. Ичакнинг обтурацион тутилиб қолишида ўсма ёки обтурация қиладиган бошқа тўзилма аниқланиши мумкин. Бироқ у ёки бу патологик тузилмалар аксарият касалликнинг кечиккан босқичларида топилади. Кичик чаноқ бўшлиғида суюқлик йиғилиши қин гумбази орқа қисмининг осилиб қолиши ёки қалқиб туриши, текширишда оғриши билан юзага чиқади.

Сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги - тўғри ичак сфинктери очик турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлиб, унга Обухов касалхонаси симптоми дейилади.

Инструментал текшириш усуллари.

Ўткир ичак тутлиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш ката аҳамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тутилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тутилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламадан) ичак қовузлокларида ел ва суюқлик сатхларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширувида нормада корин бушлиғи гомоген қоронғилашган, фақат чап диафрагма остида меъданинг газ пуфағи ва ундаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин; чамбар ичакнинг чап ярми ҳам одатда озрок миқдорда газ туттади. Ингичка ичак қовузлокларида газ бўлмайди.

Клойбер косачаларини аниқлаш учун беморни вертикал ҳолатда турганда текшириш керак. Бироқ бемор ахволининг оғирлигидан ҳамма вақт шундай қилишга имкон бўлавермайди. Бундай ҳолларда текширишни латеропозицияда ўтказиш, яъни беморни ўнг ёки чап ёнбоши билан ётган ҳолатида текшириш мақсадга мувофиқ бунда рентген нурлари орқа томондан йуналтирилиши лозим.

Клойбер косачаларини жойлашиши ва шаклига қараб ичак тутилишини жойини аниқлаш мумкин. Тўсик ингичка ичакда бўлса Клойбер косачалари кичик бўлиб, суюқлик сатҳининг горизонтал кенлиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан узун бўлади. Газ фониди шиллик қават бурмалари яхши кўринади (Керкринг бурмалари). Улар спирал шаклга эга булади. Клойбер косачалари кўпроқ корин бўшлиғининг ўртасида жойлашган бўлиб, сони кўп бўлади.

Йўғон ичак тутилишида Клойбер косачалари корин бўлиғининг четларида жойлашиб, сони кам бўлади. Суюқлик сатҳининг горизонтал кенлиги унинг устидаги газнинг вертикал ўлчамидан қисқа.

Динамик ичак тутилишида горизонтал суюқлик сатҳилар ҳам ингичка, ҳам йўғон ичакларда бўлади.

Айрим ҳолларда рентгенконтраст текширув қилиш лозим бўлади. Уларга аяйдиган ирригоскопия ва яримстаканли барий синамаси киради.

Бу текширувлардан ташқари зонд орқали энтерография қилиш ҳам мумкин. Бунда контраст модда тўғридан-тўғри 12 бармоғли ичакка тушади ва ошқозонда контраст моддани туриб қолишлардан озод қилади.

Ҳозирги кунда ўткир ичак тутилиши ташхиси қўйишда ультратовуш текширувлари қўлланиляпти. УТТ да ичак бўлиғида ичак махсулоти йиғилиб қолганини аниқлаш мумкин.

Қонни таҳлил қилганда дегидратация ва гемоконцентрация белгиларини аниқлаш мумкин – гемоглобин ва эритроцитлар кўплиги, гематокритни ошиши. Касалликни охири босқичларида эса лейкоцитоз ва ЭЧТни ошиши кузатилади. Қонни таҳлил қилганда кўпроқ унинг электролитлар миқдори аҳамиятга эга. Унда калий ва хлоридлар миқдорини камайиб кетганлиги ҳамда кислота-ишқорий мухитни алкалозга (касаллик бошланиш даврида) ёки ацидозга (касаллик ривожланиш даврида) ўзгарганлиги аниқланади.

Дифференциал диагностикада беморни касаллик динамикасида (2-3 соат ичида) текшириш катта аҳамиятга эга. Ичак механик тутилиб қолганда перистальтика аниқ кўринади (қовузлоклар ўз жойини ўзгартиради), Клойбер косачаларининг жойлашган жойи ўзгаради; газ бўлишига қарамай, ингичка ичак диаметри йўғон ичак диаметридан ҳеч қачон ошмайди. Ичакнинг функционал тутилиб қолиши перистальтик тўлқинлар

бўлмаслиги билан характерланади, газ ва суюқлик йўғон ва ингичка ичакларда жойлашади, бу манзара кўп соатлар мобайнида амалда ўзгармайди Клойбер косачалари сонигина ошади ва метеоризм кўпаяди. Аксарият ингичка ичак диаметри йўғон ичак диаметридан каттарок.

Қийин диагностик ҳолларда контраст моддалар юбориб рентгенологик текшириш тавсия этилади.

Қорин бўшлиғини одатдаги обзор текширишдан фарқли равишда контраст модда қўлланиб рентгеноскопия қилиш методининг диагностик имкониятларини бирмунча кенгайтирибгина қолмай, балки тутилиб қолган жойнинг кўриниши ва унинг жойлашган ўрнини аниқ белгилаш имконини беради. Бундан ташқари, Клойбер косачалари, Керкинг бурмалари каби симптомлар контраст модда қўлланган шароитларда бирмунча равшан бўлиб қолади.

Эндоскопик текшириш усуллари ичак тутилиб қолиши диагнозини аниқлашда катта ёрдам бериши мумкин. Ректороманоскопияда, колоноскопияда йўғон ичакда унинг обтурациясини келтириб чиқарадиган ўсмани аниқлаш мумкин (колоноскоп ёрдамида ёнбош ичакнинг дистал қисмини кўздан кечиришга муваффақ бўлади).

Шубхали диагностика ҳолларида тактик йўлланма ҳаммага маълум: бемор касалхонага келтирилган вақтдан бошлаб 2 соат ичида ўткир ичак тутилишини истисно қилиш мумкин бўлмаса, бемор аҳволи эса ёмонлашиб бораверса, диагностик лапаротомия қилишга утилади.

Ўткир ичак тутилишида хирург хатти-ҳаракати ва консерватив даволаш усуллари. Ўткир ичак тутилиши бўлганда, шунингдек шу касалликка тахмин қилинган ҳамма беморлар шошилиш жаррохлик бўлимига ётқизиш керак.

Уларга оғрик, гиперперистальтикага қарши кураш, интоксикацияни бартараф қилиш ва гомеостаз бузилишларини (ОЦКни тўлдириш, сув-электролит ва оқсил алмашинувини тиклаш) изга солишга қаратилган консерватив даволашни буюриш зарур. Инфузион даволаш ҳажми бемор аҳволининг оғир-енгиллиги ва касалликнинг қанча муддатдан буен борлиги билан белгиланади.

Диагноз ноаниқ бўлганда промедол ва наркотик анальгетиклар қўлланишдан сақланиб туриш керак.

Консерватив даволаш беморни текшириш билан параллел ҳолда максимал ҳажмда ўтказилади. Ичак тутилиб қолиши оғир кечаётган беморларда консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида, кўпи билан 30—40 минут ичида ўтказилади.

Ўткир ичак тутилиши диагнози тасдиқланган беморларда консерватив даволаш кўпи билан 2 соат утказилади.

Консерватив даволаш комплекси ошқозон ичак трактини юқори бўлимларини меъдага (ёки яхшиси ўн икки бармоқли ичакка) зонд киритиш воситасида туриб қолган суюқликни пассив оқизиш ёки паст босим остида (масалан, сув оқими насоси ёрдамида) чиқаришни ўз ичига олади. Меъдани 1-2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювиш мақсадга мувофиқ.

Венага 10% ли натрий хлоридни суткасига 1-2 марта 20 мл дан, 500-1000 мл дан 5-10% ли глюкоза эритмасига инсулин қўшиб (4г қуруқ глюкоза моддасига 1 ТБ хисобида), электролит, айниқса калий алмашинувини нормага солиш йўли билан моторикани тикласа бўлади. Калий танқислиги нерв импульсларининг синаптик тузилмаларга ўтишига ёмон таъсир қилади; ичак атониясининг гипокалиемия

натижазида ривожланиши яхши маълум. Бироқ калий даражасининг ўзигина эмас, балки калий, натрий ва кальций ионларининг нормал нисбати ҳам муҳим.

Консерватив даволашнинг таъсирчанлигига баҳо беришга беморнинг умумий ҳолати (шикоятлари, гемодинамика кўрсаткичлари ва б.) ва, ниҳоят, қорин томонидан бўлган ўзгаришлар (ўлчамли, перистальтика борлиги, қорин пардасининг таъсирчанлиги, моторика рағбатлантирилгандан кейин ич келиши ва б.), даволаш жараёнидаги рентгенологик манзара динамикаси мезон бўлиб ҳисобланади. Утказилаётган даволашнинг наф бермаслиги, устига-устак бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви (метеоризм ошиши, интоксикация) операция қилишга кўрсатма бўлади.

Ичакдаги деструкция симптомларида (кескин локал оғриқ қорин пардаси таъсирланишининг локал симптомлари, дефанс, метеоризм, қусиш, перистальтика бўлмаслиги, «чайқалиш шовқини» ва б.) асосий даволаш тадбири сифатидаги операцияга мутлоқ кўрсатмалар вужудга келади. Консерватив даволашни операциядан олдинги жадал тайёргарлик доирасида ўтказилади, холос.

Ичак парези ва функционал тутилиб қолишини (фалажлик) патогенетик даволаш. Ичакнинг динамик паралитик тутилиб қолиши қорин бўшлиғининг ҳар ҳил хирургик патологиясида, интоксикацияда, операциядан кейин ва шу кабиларда учрайди.

2-3 кун давом қиладиган ичак парези лапаротомия билан бирга ўтади ва операциядан кейинги давр қулай кечганда ўзича барҳам топади. Парез ва ичак функционал тутилиб қолишининг оғир формалари метаболик бўзилишлар, айниқса калий ионлари танқислиги, симпатикотония сабабли; буйрак усти безлари пустлоқ моддаси гормонлари етишмаслиги, ичак тутқич қон айланиши бузилиши, органлар ичидаги томирлар ва ичак тутқич терминал веналари тромбози, перитонит ва бошқалар сабабли келиб чиққан.

Ичак механик тутилишини ҳатто илк даврда операция қилиш ичак ҳаракат активлиги бузилишларини дарҳол бартараф этмай, балки аввалига парез манзарасини кучайтиради.

Перидурал анестезия ичак парезида унинг моторикасига рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. Перидурал бўшлиққа ҳар 4 соатда 10 мл 2,5% ли тримекаин эритмаси юбориш ичак ҳаракат функциясини фаоллаштиради. Перидурал анестезияни ичакнинг функционал тутилиб қолиши барҳам топгунча, яъни 3-5 суткагача қўлланишда яхши натижага эришилади.

Перидурал анестезия билан электр стимуляцияни бирга олиб бориш, шунингдек симпатолитик воситалар қўлланиш (зобарин, гуанидин, орнил) ичак перистальтикасини рағбатлантиришнинг таъсирчан усуллари ҳисобланади.

Давом эттирилган перидурал анестезия хизмати яхши йўлга қўйилган бўлимларда электр стимуляция билан бирга ичакнинг, функционал тутилишини профилактика қилиш ва даволаш учун қўлланиш тавсия қилинади. Симпатолитик воситаларни эса оддий ва ҳаммага маълум бўлганидан функционал ичак тутилишида ҳамма жойда қўлланиш мумкин.

Ўтқир ичак тутилишини хирургик даволаш.

Ичак тутилганда ёки унга шубҳа қилинганда зарур тадбирлардан бири қорин бўшлиғининг ҳамма органларига кириладиган йўлни вужудга келтириш ҳисобланади. Буни аввало миорелаксантлардан фойдаланиб ўтказиладиган эндотрахеал наркоз билан таъминланади.

Беморнинг ичаги битишмадан тутилиб қолганда хирург навбатдаги операция қилинишидан қийин аҳволда қолади. Шунга ўхшаш ҳар бир ҳолда масала индивидуал хал қилинади, бироқ ҳар қандай йўл орқали киришда одатда ўзаро ва париетал қорин пардаси билан ёпишган ичак қовузлогини катта масофада озод қилишга тўғри келишини унутмаслик керак. Шунинг учун эски чандик бўйича уни кесиб ўрта йўл бўйлаб киришдан фойдаланиш керак. Бунда энг муҳими озод қорин бўшлиғига кириш вақтида ичак қовузлогини жароҳатлаб қўймаслик ҳисобланади.

Лапаротомия бажарилгандан кейин қорин бўшлиғи тафтиш қилинади. Странгуляцион тутилиб қолишда хазм тракти бирин-кетин тафтиш қилишнинг ҳожати йўқ. Тўсиқдан пастда ичак пучайган ҳолатда бўлади.

Касаллик манзараси тутилиб қолишнинг тури, пайдо бўлган вақти, илгари бошдан кечирилган операциялар ёки перитонитдан кейин битишма жараёнининг юзага чиққанлиги даражасига боғлиқ ҳолда бирмунча фарқ қилади.

Агар диагностик ҳато туфайли лапаротомия ичак функционал тутилишининг бошланғич босқичида ўтказилган бўлса, операциянинг фақат диагностик қисми билан чегараланиб қолиш мумкин эмас. Бундай операциядан кейин беморларнинг аҳволи операциядан кейинги парез хисобига ҳамisha ёмонлашади. Парезга қарши кўрашиш ва функционал тутилиб қолишни профилактика қилиш мақсадида шу шароитда назарий асосланган муолажа ичакни декомпрессия қилинади. Ичак тутқичга 100 мл гача 0,25% ли новокаин эритмасини юбориш перистальтиканинг тикланишига ёрдам беради.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция хажми қуйидагича бўлади:

- 1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;
- 2) ичакни димланган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш – назоэнтрал декомпрессия;
- 3) қорин бўшлиғини санация ва дренаж қилиш.

Шундай қилиб, энг муҳими ичак бўйлаб пассажни тиклаш лозим. Бироқ бу тутилиб қолишни келтириб чиқарган сабабни тугатиш деган маънони билдирмайди. Табиийки, тутилиб қолишни тиклаш учун тўсиқни бартараф этиш энг маъқул вариантдир. Бироқ бу шартни бажариш бемор аҳволининг оғир-енгиллигига тўлиқ боғлиқ. Ҳар қандай операциянинг асосида радикаллик йўлида беморга зиён етказмаслик ётиши керак. Шунинг учун тегишли операция хажмини танлаш учун хирург бемор аҳволига объектив баҳо бериши лозим. Шубҳасиз, кўпгина шароитларда хирург, одатда, ичак резекциясини қилиб тутилиб қолиш сабабини бартараф этишга мажбур. Бироқ операциянинг кейинги - тикланиш босқичини бемор аҳволининг оғир-енгиллиги билан таққослаши ва бирламчи анастомоз қўйиши ёки илеостомани бажариши керак холос. Беморнинг аҳволи нечоғлиқ оғир бўлса, операция радикаллиги шунчалик камроқ бўлиши керак.

Ичакнинг буралиб, тугун ҳосил қилиб, қисилиб яшаб кетишга лаёқатсиз қовузлоқлари одатда бирламчи резекция қилиниши керак. Ичакнинг яшашга лаёқатсизлигига шубҳа бўлганда, айниқса странгуляцион эгатлар, қон қуйилган қисмлари бўлганда шубҳали қисмларини ҳам резекция қилиш керак бўлади.

Ичакнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлашнинг кўпгина усуллари таклиф қилинган. Клиник амалиётда ичакни иссиқ изотоник натрий хлорид эритмасига хулланган салфетка билан 10-15 минутгача иситишдан фойдаланилади, шунингдек ичак тутқичга 20-40 мл илиқ новокаин эритмаси юборилади. Агар ичакнинг яшашга лаёқати сақланиб қолган бўлса, ҳозиргина айтиб ўтилган муолажадан кейин ичакнинг сероз қоплами

пушти рангга киради, тургор ва аниқ перистальтика пайдо бўлади, ичак тутқич томирларининг уриб туриши аниқланади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида ичак деворидаги, айниқса кўздан кечириб бўлмайдиган шиллик пардасидаги дегенератив ўзгаришлар даражаси бир хил эмас: тўсикдан юқори жойдаги қовузлокларда ўзгаришлар ҳамиша кўпроқ. Шунинг учун ичак обструкция жойидан 40-50 см юқорида ва унинг пастидан 10-15 см олиб ташланганда резекция техник жихатдан тўғри бажарилган ҳисобланади. Кўрсатиб ўтилган масофаларни ичакнинг яшашга лаёқатли ва лаёқатсиз қисмлари орасидаги чегарадан ўлчаш керак.

Ичакни соғлом тўқималар чегарасида резекция қилиш анастомознинг битиб кетишига кафил бўлади.

Тутилиб қолишнинг странгуляцион формалари орасида сигмасимон чамбар ичакнинг буралиши энг кўп - деярли 50 фоиз беморларда учрайди. Касалликнинг эскилиги ва морфологик ўзгаришлар, беморларнинг ёши ва аҳволининг оғир-енгиллиги ҳисобга олинганда баъзан оптимал тактик ечимни танлаш қийин бўлади. Хирург кўп учратиб турадиган айрим ҳолларни кўриб чиқамиз.

Сигмасимон чамбар ичак некрози ёки қора сигма. Тактика масаласи соғлом тўқималар доирасида резекция қилиш фойдасига ҳал қилинади. Некрозланган қовузлокни қорин бўшлиғидан қорин пардасига олиб чиқиб, бемор аҳволи имкон бериши билан резекция қилиш юқори леталликка сабаб бўлганлиги сабабли ўзини оқламади ва ҳозир қўлланилмайди.

Некротланган ичак резекциясидан кейинги тикланиш босқичи. Ичакнинг иккала учини оқмалар кўринишида қорин деворига чиқарилгандан кейин энг яхши натижалар кузатилади. Ичакнинг дистал учини тикиб қўйишдан ва унинг проксимал учини анус кўринишида чиқаришдан иборат бўлган Гартманн операцияси ўзини яхши оқлада. Айрим клиникалардаги ижобий тажрибага қарамай, сигмасимон чамбар ичак некрозида бирламчи анастомоз қўйиш яхши натижа бермади.

Сигмасимон чамбар ичакнинг некрозсиз буралишида, юқорида кўрсатиб ўтилганидек резекция ва бирламчи анастомоз аҳволи оғир бўлмаган, интоксикация белгилари йўқ ёки жуда кам ёш беморларда қилиниши мумкин. Бу операцияга енгиллаштирувчи цекостомия мажбурий қўшимча ҳисобланади.

Ичак буралишига кўп вақт бўлганлиги, интоксикация, бошқа органларнинг бирга келадиган патологияси, кундаланг ва пастга тушадиган чамбар ичакларда ичак суюқлигининг талайгина йиғилиб қолиши сигмасимон ичакни резекция қилмасдан буралиши шунчаки тўғрилаб қўя қолиш учун асос бўлади.

АДАБИЁТЛАР

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника./ Москва.: Медицина, 1975
2. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике./ Санкт-Петербург: Logos, 1995

5. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
6. Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях./ Санкт-Петербург: Наука, 1994
8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
9. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. Патофизиология, диагностика и лечение./ Москва: Медицина, 1989
10. Нечаев Э.А., Курыгин А.А., М.Д. Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости./ Санкт-Петербург: Росмедполис, 1993
11. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
12. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии./ Москва: Медицина, 1991

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Ўтқир ичак тутилиши таърифи ва таснифини айтиб беринг
2. Ўтқир ичак тутилиши касалликларирда оғрик локализацияси?

Ўтқир ичак тутилиши этиопатогенези?

Ўтқир ичак тутилишларини аниқловчи асосий стандарт усуллари

Ўтқир ичак тутилишларида тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?

Контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?

Ўткир ичак тутилишларида стандарт даволаш усуллари?

Ўткир ичак тутилишларида ўтказиладиган операция ҳажми?

Битишмали ичак тутилишларида хирург тактикаси ?

Битишмали ичак тутилишларида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?

Ўткир ичак тутилишларида қорин бўшлиғи аъзоларининг қайси касалликларидан қиёсий ташхислаш лозим?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашishi билан шикоят қилган. Объектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. дефференциал диагноз?

4. давоси

4. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфилтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғриди.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешиқ бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. диагноз

3. давоси

6. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Объектив текширганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси кизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/1 0 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

7. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешиқдан чапда чандик бўлиб марказида 0,2x0,2 см ли тешиқ бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. Диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

3. Давоси?

17- Маъруза мавзуси : “ ЎТКИР ПЕРИТОНИТ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	<p>Қорин парданинг анатомио-физиологик хусусиятлари</p> <p>Перитонитлар таснифи, клиник кечиши бўйича даврлари, келтириб чиқарувчи омиллар.</p> <p>Перитонитларни замонавий ташхислаш ва комплекс даволаш принциплари</p> <p>Перитониостомия кўрсатма бажариш техникаси самарадорлиги</p> <p>Ўткир перитонит асоратлари, профилактикаси, беморларни стандарт асосида текшириш ва даволаш.</p>

Ўқув машғулоти нинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат: савол-жавоб.

“ЎТКИР ПЕРИТОНИТ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар
2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзунини тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмалар плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич Мустақил	1. Мустақил иш беради 2. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 17 “ЎТКИР ПЕРИТОНИТ”

Маъруза режаси :

Қорин парданинг анатомио-физиологик хусусиятлари

Перитонитлар таснифи, клиник кечиши бўйича даврлари, келтириб чиқарувчи омиллар.

Перитонитларни замонавий ташхислаш ва комплекс даволаш принциплари

Перитониостомия кўрсатма бажариш техникаси самарадорлиги

5. Ўткир перитонит асоратлари, профилактикаси, беморларни стандарт асосида текшириш ва даволаш.

Перитонитлар

Долзарблиги: Ўткир перитонит - висцерал ва париетал қорин пардасининг яллиғланиши бўлиб, у организм касалланишининг оғир умумий симптомлари билан ўтади ва қисқа вақт ичида ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларининг кўпинча жиддий қайтмас зарарланишига олиб келади. Бу қорин бўшлиғи аъзоларининг турли касалликлари ва жароҳатларининг энг оғир асоратларидан биридир. Қорин пардаси жароҳатланишлари иккитипда – очик ва ёпиқ бўлади. Очик жароҳатланишлари (тешиб ўтувчи жароҳат), одатда, ички аъзоларнинг яраланиши билан бирга учрайди, бу шошилиш хирургик операция (лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзолари ревизияси) ўтказиш зарурлигини тақозо қилади. Очик жароҳатларининг клиникаси ичик аъзога етказилган жароҳат характериға боғлиқ. Қориннинг ёпиқ жароҳатида қорин пардаси жароҳатланишлари юз бериши мумкин, улар кўпинча ички аъзоларнинг жароҳатланиши билан бирга учрайди. Жароҳатланиш характериға кўра ички қон оқиш, перитонит симптомлари ва бошқалар биринчи ўринда туради. Қорин бўшлиғига бактерияларнинг бирор тури тушиши билан боғлиқ булган микроб перитонитларидан ташқари, қорин бўшлиғига, қорин пардасига агресив таъсир курсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: қон, сийдик, ўт, панкреатит шира тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарқ қилинади.

Бу касалликнинг тарқалганлигини, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари билан касалланиш тенденциясининг ошганлигини, шунингдек сўнгги йилларда микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан резистентлиги ошганлигини назарда тутилса, бу муаммонинг клиник тиббиет учун печоғлик муҳимлигини тушуниш мумкин.

Тарихий маълумотлар: Қорин бўшлиғининг яллиғланиш жараёнлари узоқ ўттишдан маълум бўлса керак. Бизнинг минг йил муқаддан врачларнинг перитонит белгилари тўғрисида оддий тушунчага эга бўлганликлари ва уни жароҳлик йўли билан даволашга уринганликларига доир асосланган фикр мавжуд (Мюллер, 1892). Янги эраизгача III асрда юнон врач Эрзострат қорин бўшлиғида йиғилган йирингни чов соҳасидаги кесма орқали олиб ташлашга уриниб кўрган. Бизнинг эраизнинг 100 йилида рим врачлари Оарапус

Эффеский: “Агар йиринг қорин пардаси билан ичаклар орасига қуйилган бўлса, йиринг қорин бўшлигидан қаерга кета оларди, энг осони чов соҳасида кесма қилиб, уни чиқариб юборган маъқул”, - деб ёзган.

III аср ўрталарида Амбруаз Паре клиникаси бўйича септикопиемияга ўхшаш “умумий зарарланиш” тўғрисида гапириб, бу ҳолатининг сабабларидан бири қорин бўшлиги ички қисмларининг яллиғланиши эканлигини айтади. XVIII асрда бошқа атоқли француз хирурги Жан Луи Пти қорин анатомиясини ўрганаётганда қорин бўшлиги аъзолари орасида йирингли оқмалар юз бериши мумкинлигига эътибор қараетган. Россияда табиблик билан даволаш даврида қориннинг ҳамма яллиғланиш касалликлари «антон алангаси» деган умумий ном билан бирлаштирилган ва тузалмайдиган касалликлар қаторига киритилган.

Перитонит клиникаси харбий врач Василий Шабанов (1816) биринчи марта ишонарли тасвирлаган, у меъда ёки ўн икки бормоқли ичак ярасининг тешилиши негизида еш аскарда перитонит ривожланганини тасвирлаган.

Уруш даври қорин бўшлигини операция қиладиган хирургларни етиштиришга, уларнинг техник малакасини оширишига, қорин ичидаги аъзоларнинг оғир жароҳатларини даволашда тажриба орттиришга, йирингли перитонитнинг асоратлари: ичак оқмалари, эвентерациялар, қолдиқ инфилтратлар ва қорин бўшлигидаги қайталанадиган йирингликлар даволаш тамойиларини ишлаб чиқишга имкон берди. Антибиотиклар даврининг бошланиши (Flemming, 1946, Ермольева, 1946) шунингдек 50 йиларида таъсир доираси кенг антибиотикларнинг пайдо бўлиши йирингли перитонитларни йўналтирилган антибактериал даволашга имкон берди ва перитонитда леталлик (ўлим) ни кескин камайтиради (Б.А.Петров, 1951, Ҳ.Ғ. Ғафуров, 1953 ва б.). Бироқ, сўнги бир неча ўн йилликлар ичида препаратлар сони тобора кўпайиб боришига ва дозалари ошириб берилишга қарамай, антибиотиклар хирургик инфекция нуқтаи назаридан аста-секин ўз самарадорлигини йукотади ва перитонитларни даволаш натижалари емонлашди.

Шундай қилиб сўнги йилларда микроорганизмларнинг антибиотикларга резистенлиги ошиб бориши туфайли перитонитда прогноз ёмонлашди ва леталлик ошди. Леталлик фоиз нисбатининг турли муаллифларда фарқ қилишига сабаб шуки, ханузгача перитонитларнинг амалда ягона қабул қилинган классификацияси йўқ. Вахоланки классификация яратишга дастлабки уринишлар 1886 йилдаёқ А.Д. Павлоский томонидан бошланга эди.

Перитонит классификацияси. Сўнги йилларда перитонитнинг ихчам классификацияларига мойиллик кузатилмоқда. Чунончи, А.М. Карякин (1968) перитонитни фақат маҳаллий ва туташ турларга, ва В.И. Стручков муаллифдошлари билан (1967) маҳаллий диффуз ва туташ (умумий) перитонитга бўладилар. Т.С. Симонян (1971) клиникасида перитонитнинг тарқалганлиги алоҳида аҳамиятга эга эмас деб ҳисоблайди ва перитонит гиперергик реакциялар нуқтаи назаридан кўздан кечириладиган классификацияни илгари суради, бунда у перитонитнинг уч босқичи – реактив, токсик ва терминал фазаларини фарқ қилади.

Жарроҳлик амалиётида кенг қўллаш учун, Б.Д. Савчук (1979) таклиф қилган - перитонит классификацияси (турлаши), соддароқ ва қулай ҳисобланади. Қуйида шу классификацияни келтирамыз:

Маҳаллий перитонит

Чегараланган – қорин бўлиғининг битта, баъзан эса иккита анатомик соҳаларида аниқ чегараланган йирингли жараён билан эксудат йиғилишидир (расм 1). Бу абсцесс тушунчасига тўғри келади.

Чегараланмаган – қорин бўлиғининг иккитадан кўп булмаган анатомик соҳаларида қолган бўлимларидан аниқ чегараланмаган эксудат йиғилиши.

Тарқалган перитонит

Диффуз – қорин бўшлиғининг камида иккита, бироқ бештадан ошмаган анатомик соҳаларида эксудат яллиғилиши.

Тарқалган перитонит – қорин бўшлиғининг бештадан ортиқ анатомик соҳаларини, куппинча эса бутун қорин бўшлиғини эгаллаган эксудат йиғилиши

Эксудат характериға кўра: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдикка, ўтга хос, панкреатитик, қурук турларға бўлинади.

Келиб чиқиши бўйича перитонит:

бирламчи перитонит – жуда камдан кам учрайди. Инфекцияни қуйидаги тушуш йуллари мавжуд:

гематоген;

лимфоген;

криптоген;

тешиб кирадиган (абсцес атрофидаги аъзолар ва туқималардан озод қорин бўшлиғига бўшалади).

иккиламчи перитонит:

аппендикуляр;

холецистопанкреатит;

перфоратив (ЯБЖ ва ДПК, Крон касаллиги ва б.);

травматик (қорин бўшлиғидаги кавак аъзоларининг шикастланиш ва шикастланмаслиги бидан ўтадиган);

некротик (ичакнинг уткир тутилишида, ҳазм йўллари флегмонадан зарарланганда, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллиғланганда, қорин бўшлиғи аъзоларининг кам учрайиган яллиғланишда (Меккел дивертикули));

операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йўғон ичаклар, ўт йўллари ва бошқа аъзоларидаги операциялар);

гинекологик (найлар, тухумдонлар, бачадон яллиғланганда, най йорилганда, бачадон перфорациясида, бачадоннинг туғурук вақтида шикастланганда, тухумдон кисталари, қушимчалари ва ўсмалари буралиб қолганда).

Купчилик ҳолларда перитонит полимикроб кассалик ҳисобланади. Ичак таёқчаси гуруҳий асосий ўрин тутуди, бироқ сўнги пайтларда оддий протей ва бошқа шартли патоген бактериялар купрок аҳамиятга эга бўлмоқда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмакоклар ва Кох таёқчалари кам учрайди.

Перитонитнинг клиник кечишидан ўткир йирингли перитонит ривожланишининг уч босқичи тафовут қилинади.

Перитонитнинг реактив босқичи (дастлаюки 24 соат, тешилганда 12 соат) – маҳаллий белгилар энг кўп юзага чиққан босқич: кескин оғриқ синдроми, мушаклар ҳимоя таранглашади, қушиш, ҳаракат кўзғалиши ва б.

Умумий белгилар: пульснинг 120 мартагача тез уриши, АҚБ ошиши, нафас тезлашуви ва б., белгилари интоксикацияга нисбатан оғрик шоки учун хос.

Перитонитнинг токсик босқичи (24 - 72 соат, тешилганда 24 соат) – маҳаллий белгиларнинг суниши ва яққол интоксикацияга хос умумий реакциянинг устунлик қилиши; юз қиёфаси утгирлашган, рангпарлик, камҳаракатлик, эйфория, пульс 120 ошган, АҚБ пасайган, кечиккан қусиш, ҳароратнинг гектик характери, қон формуласининг йирингли - токсик сурилиши. Токсик босқич учун маҳаллий белгилардан оғрик синдроми пасайиши, қориннинг ҳимоя таранглашуви, метиоризмнинг ортиб бориши хос.

Терминал босқичи (72 соат, тешилганда 24 соатдан ортиқ) – қайтар чегарадаги чуқур интоксикация босқичи: Гиппократ юзи, адинамия, руҳий тонус ва ҳаракатлар пасайиши, аксарият интоксикациядан делирий, нафас ва юрак – томир фаолиятининг талайгина бузилишлари, ахлат ҳиди келадиган мўл қусиш, қон формуласидаги кесин йирингли – токсик силжис фонида ҳароратнинг тушиб кетиши, баъзан бактеремия. Маҳаллий белгилардан перистальтиканинг бутунлай йўқолиши, қорин дам бўлиши, бутун қорин бўйлаб туташ оғрик.

Перитонит этиологияси ва патогенези

Ўткир перитонит – висцерал ва париетал қорин парданинг яллиғланиши бўлиб, касалликнинг оғир умумий симптомлари билан ўтади ва қисқа вақт ичида кўпинча ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларнинг қайтмас зарарланишларига олиб келади. Кўпчилик ҳолларда қорин пардасининг йирингли яллиғланиши қорин бўшлиғидаги ыирор аъзонинг йирингли касаллиги асорати сифатида иккиламчи ривожланади. Қорин бўшлиғига инфекция тушишишининг асосий манбалари қуйидагилар: чувалчангсимон ўсимта (3-12%), ўт пуфаги (10-12%), аёллар жинсий аъзолари (2-3%) ва ичаклар (3-5%). Камроқ сабабчилар: травматик шикастланишлар (2,7% гача), меъда ости бези (1% гача), шунингдек операциядан кейинги перитонитлар (1% гача).

Перитонит вужудга келтирадиган энг кўп учрайдиган этиологик омил микроб омилдир (инфекцион перитонит); кимёвий ва физик омиллар перитонитлар ривожланишида кам рол уйнайди (асептик). Кейинчалик инфекция кўшилганўда асептик перитонит инфекцияга айланади (йирингли). Бироқ айрим ҳолларда перитонитнинг бирламчи сабабини ҳатто аутопсиядан кейин ҳам аниқлашга муваффақ булинмайди. Бундай перитонит криптоген перитонит дейилади. Перитонит пайдо бўлишининг асосий сабаби қорин бўлиғида патоген микрофлора тушиши ҳисобланади, бироқ қорин бўшлиғида микрофлора борлиги перитонит пайдо бўлишини белгиларб бермаслигини тўғрисида кўпгина далиллар топилган.

Перитонит келтириб чиқарадиган этиологик омилларнинг турли – туманлиги (қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир деструктив яллиғланиши), қўзғатувчи турларининг куплиги, шунингдек клиник белгиларнинг кўплиги бу касалликнинг полиэтиологияли эканлигини кўрсатади.

Катехоламинлар, гистамин, кортикостероидлар эндотоксинлар таъсири остида ажралиб, паренхиматоз аъзоларни оғир зарарлантиради, чуқур гемодинамик бузулишлар, оқсил, сув – туз алмашинуви ва кислота – ишқор мувозанатининг (гипопротеинемия, гиповолемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва метаболик ацидоз) жиддий бузулишларни келтириб чиқаради.

Шундай қилиб, комплекс содир бўладиган бир қатор патологик ўзгаришлар ва яллиғланиш жараёни орта борган сайин уларга қўшиладиган қўшимча таъсирловчи омиллар ҳам бутун бир организмда, ҳам ҳазм системасининг функционал актив сатҳ бузуқ халқа ҳосил бўлишига олиб келади.

Шу муносабат билан Ю.М. Гальперин (1975) ўткир перитонит бўлган беморлар ичак фалажидан эмас, балки энтерэргиядан нобуд буладилар деб ҳисоблайди ва бу тушунча остида ингичка ичакнинг ҳамма: ҳаракат, секретор ва сўриш функцияларининг ўткир етишмовчилигини назарда тутди.

Ўткир перитонитда гистогематик ўтказувчанлик, тўқима нафаси, эндокрин система, оксидалниш қайтарилиш жараёнлари, ҳужайралар мембраналари функцияси, шунингдек жигар ва буйрак функцияси бузилишлари катта ўрин тутди. Организмнинг иммунобиологик активлиги пасайиши, фагоцитар активлик йўқолиши юз беради, қоннинг ивиш ва ивишга қарши системаси гиперкоагуляция томонига бузилади.

Перитонит клиникаси

Клиник нуқтаи назаридан перитонит белгиларини шартли равишда умумий ва маҳаллий турларга бўлинади. Энг характерли илк симптомлар қуйидагилар:

беморнинг умумий аҳволи оғирлиги;

беморнинг мажбурий ҳолати;

юз қиёфаси қткирлашиб изтиробли кўриниши (Гиппократ юзи);

тери ва склераларининг сарқимтир тусга кириши оғир интоксикациядан далолат беради;

қоринда оғриқ (у соматик ва висцерал бўлиши мумкин; соматик оғриқлар аниқ локализацияга ва доимий табиатга эга, қорин мушакларининг таранглашиши билан ўтади, висцерал оғриқлар эса ўзига хос иррадиацияли санчиқ кўринишида пайдо бўлади ва маълум локализацияга эга);

кўнгил айниши, қусиш; касаллик аввалида у рефлексор характерда бўлиб, яллиғланиш жараёни қорин бўшлиғи бўйлаб тарқалади, у ҳазм системасининг фалажлик ҳолати билан боғлиқ;

ич келмас ва ел чиқмаслиги (ичак парезига боғлиқ), камроқ – ич тез-тез келади;

тахикардия (минутига 120-150 зарба) рефлексор бўлади (камроқ брадикардия – меъда ва ўн икки бармоқ яраси тешилиши, минутига 60 марта уради);

нафас тезлашиши, у фақат диафрагма экскурсиясининг чекланиши билан эмас, балки бошланаётган ёки бошланиб бўлган, айниқса ўпка пастки бўлақлари пневмонияси билан боғлиқ;

тили “чўтка” каби қуруқ;

тана ҳарорати 38-40°C гача, касалликнинг терминал босқичида у пасайиши мумкин;

кўздан кечиришда қорин ичига тортилган, “тахтасимон”, кеч босқичларида ичак парези сабабли пасив ёки нафас актида қатнашмайди, таранг ёки кескин таранглашган.

Шёткин-Блумберг мусбат симптоми яллиғланиш жараёнига париетал қорин пардаси тортилганидан дарак беради. Перкуссияда жигар тумтоқлиги пайдо бўлиши қорин бўшлиғида экссудат ёки эркин газ борлигидан далолат беради. Аускультацияда перистальтика шовқинлари бўлмаслиги ичак фалажидан дарак беради.

Гемодинамика бузилишлари йирингли перитонит клиникасида муҳим ўрин тутди, бунинг устига юрак-томир ва нафас бузилишлари қорин пардасининг тарқарлган яллиғланишида летал оқибатларининг асосий сабаби ҳисобланади. Гемодинамиканинг бузилишлари эндотоксиннинг миокардга бевосита таъсири натижаси

сифатида қаратилади, нафас етишмовчилиги эса асосан токсиннинг ўпка томирлар тўрига бевосита таъсири билан боғланади. Чунки гемодинамика бузилишда ўпка компоненти бирламчи ҳисобланади.

Касаллик авж олган сайин юрак-томирлар системаси функционал зағираларининг ўзгўзидан камайиб кетиши юз беради, бунинг натижасида юракдан қон отилиши кўрсаткичлари ёмонлашади, юракнинг минутли ва зарбали ҳажмининг параллел ҳолда пасайиши, қон оқими умумий тезлиги ўртача пасаяди ва циркуляциянинг самарадорлик коэффициенти пасаяди.

Оғир йирингланадиган касалликлар модда алмашинуви жараёнларининг кескин активлашиши ва уларнинг катаболик реакциялар томонига силжиши билан ўтиб, организмнинг одатдан ташқари энергетик эҳтиёжларига саба бўлади. Тана ҳароратининг 1°C га кўтарилиши энергетик сарфларнинг 15% гача ошишига олиб келади. Ҳатто нормада қорин ичи аъзоларидаги маҳаллий модда алмашинуви нормада организмнинг умумий модда алмашинувининг қарийб 50% ни ташкил қилса, яллиғланиш жараёнида эса унинг ортиши назарда тутилса, оғир перитонитли беморда энергияга эҳтиёж суткасига камида 3000-3500 ккал ни ташкил этиши мумкин.

Оқсилнинг каттагина миқдори парез бўлган ичак бўшлиғига диффузия йўли билан ўтиб, бу ерда у патологик фермент парчалашига учрайди. Бундай парчаланиш маҳсулотларини реабсорбция қилиш имконияти бўлса керак, бироқ организмнинг уларни иммун ва пластик материал сифатида утилизация қилиш ғоят шубҳалидир.

Ўткир йирингли перитонитда оқсил алмашинувининг сифат жиҳатидан бузилишлари ҳам рўй беради. Аввало мутлоқ характерга эга бўлган гипоальбуминемия ўзига диққатни тортади, чунки у плазма протеини миқдорининг умумий пасайиши фонида кузатилади. Альбумин даражасининг айниқса кескин пасайиши тарқалган перитонитда кузатилади, бунда унинг пасайишига мойиллиги кузатувнинг 10 кунигача орта боради.

Глобулин фракцияси миқдорининг ўзгаримшлари фақат бир томонлама эмас, умуман плазма глобулин компонентининг миқдори умумий ўсишига ғоят ўртача тенденцияга эга. Бу тенденция мағаллий перитонитда бирмунча яққол ва тарқалган перитонитда камроқ ифодаланган.

Натрий алмашинуви (Na⁺) тескари тенденция, яъни бу катионнинг организмда тутилиб қолишига кучли мойиллик билан характерланади. Бу унинг хужайра элементларида ошиши бўйича ҳамда ўртача гипонатриемия пайдо бўлиши ва натрийнинг сийдик билан экскрецияси пасайиши бўйича сезилади. Натрийнинг бундай тутилишини бурак усти безлари минералкортикоид функциясининг кучайиши, хусусан жадал альдостерон ишланиши билан изоҳланади.

Биологик муҳитларда осмотик мувозанатни сақлаб туришда натрий катиони етакчи рол ўйнашини назарда тутиб, альдостерон ишланиши кучайишини организмнинг кескин бузилган шароитларида ўзига хос ҳимоя реакцияси эканлигини тан олмоқ лозим. Экссудатда, меъда ва ичак суюқлигида натрий миқдорининг нисбатан юқори эмаслиги ҳам бунинг тасдиғи бўлиб хизмат қилади.

Перитонитда организмнинг кислота-ишқор ҳолати (КИХ) бузилишлари кўп йиллар мобайнида клиницистларнинг диққат марказида турган. Баъзи бир муаллифлар (В.Я. Шлапобарский, 1958; П.Л. Сельцовский, 1963) перитонит, айниқсатарқалган перитонит шароитларида ҳамиша яққол ацидоз пайдо бўлади деб ҳисоблашган. Бироқ, Аструпнинг аниқ микроэлектродит экспресс методи пайдо бўлиши билан перитонитда бу тенденциянинг ҳаммавақт ҳам доимий эмаслиги қайд этилган. Бунинг устига перитонитда аксарият яввол алкалоз кузатилади ва КИХ кўрсаткичлари бундай шароитларда тез ўзгариши мумкин.

Шундай қилиб, перитонит патогенезида паралитик ичак тутилиши белгилари билан касаллик оғирлигининг орта бориши ўртасида аниқ боғланиш борлиги кузатилади.

Перитонит диагностикаси

Перитонитли беморларни текшириш мунтазам ҳар томонлама бўлиши ва касаллик анамнези, шикоятлар, кўрик, пайпаслаш, аускультация ва перкуссия натижаларини ўрганишни ўз ичига олиши, клиник-биохимиявий текширишлар қилиниши зарур.

Касаллик анамнезини синчиклаб ўрганиш тўғри ташхис қўйиш, ўз вақтда ва асасланган даволшда биринчи даражали аҳамиятга эга. Анамнезга аввало касалликнинг асосий симптомлари тўғрисидаги аниқ маълумотларни, бемор хирургик бўлимга ётқизилгунча қадар қўлланилган даво тадбирларни критиш лозим.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликларининг асосий белгиларидан бири оғрик, унинг жойлашуви, кучи, характери ҳисобланади. Бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви билан ўтадиган қоринда қаттиқ оғрик пайдо бўлиши қорин бўшлиғидаги оғир таҳдид дарак берадиган дахшатли симптомлардан бир ҳисобланади. Перитонит диагностикасида қусиш, унинг неча марталиги, қусуқ массаларининг характери муҳим ўрин тутди.

Тилни текшириш асосий омилларидан бири (перитонитда тил “чўтка” сингари қурук) саналади, бу суюқликнинг деполаниши ва дегидратация ривожланаётганига боғлиқ бўлиши эҳтимол. Перитонит диагностикасида қоринни текшириш муҳим аҳамиятга эга.

Қоринни кўздан кечиришда унинг шакоига (шишиб чиққан ёки ичига ботган), нафас актида қатнашиши, тери қопламларининг рангига аҳамият берилади. Қоирн девори ҳаракатланишининг асосий яллиғланиш зочоғи проекцияси зонасидан кўпроқ чегаранганлиги қайд қилинади.

Қоринни юзаки пайпаслаб кўришда яллиғли ўзгарган париетал қоирн пардасига тегишли зонада олдинги қорин девори мушакларининг ҳимоя таранглашуви аниқланади. Мушак ҳимояси қавак аъзо перфорациясида айниқса ифодаланган (“тахтасимон қорин”). Олдинги қорин девори мушакларининг ҳимоя таранглашуви яллиғланиш жараёни кичик чаноқда жойлашганда, орқа париетал қорин пардаси зарарланганда жуда кам бўлиши мумкин. Биринчи ҳолатда перитонит диагностикасида ректал текшириш қимматли маълумот беради, бунда тўғри ичак олдинги деворининг экссудат йиғилиши ҳисобига осилиб қолганини, тўғри ичак деворини босилганда оғрик бўлишини аниқлаш мумкин. Аёлларда вагинал текширишда қин орқа гумдазининг осилиб қолишини, бачадон бўйни кузатилганда оғрик бўлишини аниқлаш мумкин. Орва париетал қорин деворининг яллиғланиш белгиларини топиш учун орқа қорин девори мушакларининг тонусини аниқлаш керак.

Қорин перкуссияси пневмоперитонеум борлиги, оққан қон, перитонитда экссудат бирлигини аниқлашга имкон берадиган текшириш усули ҳисобланади. Перкуссияда яллиғли ўзгарган қорин пардасининг тегишли соҳасидаги оғрикли зонани, юқори тимпанит (ичак парези ҳисобига), шунингдек қориннинг бирор соҳасида кзп миқдорда экссудат йиғилганда перкутор товушнинг тумтоқлашганини аниқлаш мумкин. Аускультацияда перистальтика шовқинларининг йзқлиги паралитик ичак тутилиши мавжудлигидан далолат беради.

Паралитик ичак тутилиши натижасида, одатда, ичак суюқлиги ажраладиган такрорий қусишлар ва ҳикичок тутиши қайд этилиб, булар диафрагма нерви таъсирланишидан дарак беради. Ич келмай қолиши ва ел чиқмаслиги диққатни ўзига тартади.

Беморнинг ташқи кўринишига, юрактомирлар системаси, нафас аъзолари функцияларини текширишга, шунингдек тана ҳароратини ўлчашга катта аҳамият берилади, булар ташхис қўйишда кўимча маълумотлар бериши мумкин.

Қон анализида юқори лейкоцитоз, сўнгра у пасаяди ва организмнинг химоя кучлари қолмаганда лейкопения билан алмашилиши мумкин. Сув-электролит мувозанати, кислота-ишқор ҳолати бузилишлари энг юқори даражаларгача чиқади. Электрокардиограммада миокарднинг токсик шикастланишга ва электорил бузилишлари (гипокалиемия) га хос белгилар пайдо бўлади. Коагулограммани текширишда диссеминацияланган томир ичида ивиш синдроми (ДВС-синдроми) белгилари аниқланади, бу микроциркуляцияни бузади, касаллик кечишини оғирлаштиради. Бу нохуш омилларининг барчаси ҳаётий муҳим аъзолар ва системалар функциясининг декомпенсациясига олиб келади, юрак-томирлар, ўпка ва жигар-буйрак етишмовчилигини ривожлантиради.

Ўткир перитонитни ташхис қилиш фойдаланиладиган инструментал текшириш усулларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Ноинвазив: обзор рентгенография, УЗИ текшириш, реография. Радиологик диагностика, фонография, тепловидение ва эхографияга муҳим ўрин ажратилади.

Қорин бўшлиғининг обзор рентгенографияси. Бу текширишда, айниқса кавак аъзо перфорациясида (меъда яраси ёки ўсмаси ва ўн икки бармоқ ичак, ингичка ичак перфорациясида ва ҳ.к.) диафрагманинг ўнг ёки чап гумбазиди остида ел йиғилганини, зарарлани томонида диафрагма ҳаракатининг юқори турганлигини (суюқ-диафрагмал синусда озми-кўпми миқдордаги суюқлик кўринишида) топиш мумкин. Айрим ҳолларда яллиғланиш ўчоғида ёндош ичакнинг паретик, елдан шишганини, перитонитнинг кечиккан босқичларида ичак қовузларида ичак тутилишига хос елли суюқлик сатҳларини (Клойбер косачаларини) аниқлаш мумкин. Рентгенологик усулнинг диагностик имкониятлари пневмоперитонео-графия, ретропневмоперитонеография қулланилганда бирмунча кенгаяди, улар бирор аъзонинг илк босқичида яллиғланганини (аъзонинг қалинлашгани унинг қўшни аъзолар ва деворлар билан бирикканлиги, қорин бўшлиғи лимфа тугунларининг эрта гиперплазияси, бу-яллиғланиш жараёни билан бирга учрайди) топишга имкон беради.

Қорин бўшлиғини ультратовуш билан сканерлаш: қорин бўшлиғининг бирор бўлимида экссудат йиғилганини аниқлашга ёрдам беради, айрим ҳолларда эса ўт пуфағи ёки меъда ости беши соҳасидаги инфльтрация ёки деструктив жараёнининг елдан шишиб кетган, паретик ичакни ёки деструктив жараённи аниқлаш мумкин.

Реография диастолик тўлқин баландлигининг систолик тўлқинга қараганда кескин ошганини (нормада аксинча) аниқлашга имкон беради, бу меъда ва ичак томирларидаги димланиш ходисалари тўғрисида хулоса қилишга ёрдам беради.

2. Инвазив: лапароцентез, “изловчи” катетер усули, диагностик лапароскопия ва диагностик лапаротомия.

Лапароцентез текширишнинг бирмунча оддий усули бўлиб, қорин деворини тешиб қорин бўшлиғига ингичка катетер киритиш йўли билан амалга оширилади. Перитонеал экссудат катетер орқали чиқарилади. У операция ўтказиш катта хавф билан боғлиқ бўлган диагностик қийин ҳолларда қорин бўшлиғида экссудат борлигини топишга, уни аспирация қилишга ва микроскопик текширишга имкон беради. Олинган суюқлик характери бўйича (қон, йиринг ва б.) қорин бўшлиғидаги зхгаришлар тўғрисида хулоса чиқариш мумкин экссудатни рН га, амилаза, эритроцитлар миқдорига, унинг ташқи кўриниши, хиди, рангига кўра

лапаротомияга кўрсатмаларни аниқлаш мумкин, “изловчи” катетер усулини қўллаш эса 91% ҳолларда тўғри ташхис қўйишга имкон беради.

Лапароскопия бевосита яллиғланиш манбаини томишга ёрдам берадиган бирмунча ишончли усул ҳисобланади. Бу усул текширишнинг ноинвазив усуллари маълумот бермаган тақдирда ташхис қўйиш ишонч бўлмаганда қўлланилади. Лапароскопияда қорин бўшлиғининг деярли ҳамма аъзоларини кўздан кечириш, париетал ва висцерал қорин пардасининг ҳолатига баҳо бериш, экссудат бор-йўқлигини топиш мумкин.

Диагностик лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзоларини қийин ҳолларда тафтиш қилиш ўз вақтида тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради.

Перитонитнинг дифференциал диагностикаси

Тахминан 85% ҳолларда қорин бўшлиғининг бирорта аъзосидаги патоморфологшиқ ўзгаришлар симптоматика билан параллел ривожланади ва ташхис қўйишда. Бироқ ўткир хирургик касалликларнинг тахминан 15% ҳолларда маҳаллий белгилар ноаниқ характерда булади, баъзан умумий симптомлар ҳам шундай ноаниқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда оғрик хуружига характерига алоҳида этибор бериш керак. Перитонитнинг токсик ва терминал босқичида дифференциал диагноз, одатда, жиддий қийинчиликлар туғдирмайди, бироқ худди шу босқичларда перитонитни даволаш кўпинча кам фойдали бўлади. Перитонитнинг бошланғич фазасида аниқлаш бирмунча қийин бўлади, чунки унинг клиник белгилари перитонит манбаи бўлган (ўткир аппендицит, ўткир холецистит ва б.) касаллик симптомларидан кам фарк қилади.

Ўткир панкреатитда перитонит учун хос қатор симптомларни аниқлаш мумкин. Айни вақтда панкреатитда тўхтамайдиган қусиш фонида қорин олд девори мушаклари таранглашуви бўлмайди, ёки ифодаланмаган. Қорин пардасининг таъсирланиш белгилари йўқ, касаллик бошланишида харорат нормаллигича қолади. Қон ва сийдик таҳлилида диастаза ферменти миқдорини ошганлиги аниқланади.

Ўткир механик ичак тутилиши клиник жиҳатдан перитонитдан фақат бошланғич даврларида фарк қилади, кейинчалик адекват даво бўлмаганда ичак перфорацияси ривожланади ва ичак тутилиши белгиларига перитонит ҳам қўшилади. Агар ичак тутилиши бошланишида оғриқлар кучли (хуружсимон) характерда бўлса, перитонит учун доимий оғриқлар хос бўлади. Ичак тутилиб қолганда перистальтика аввалига кескин кучайган, баъзан кўзга илғаб оладиган перистальтика аниқланади. Перитонитда шунингдек рентген усулида ичак тутилишига хос белги - Клойбер косачаларини аниқлаш мумин.

Жигар санчиғи учун ўнг қовурғалар остида ўнг курак, ўнг елка устига иррадиация берадиган (ўтадига) хуружсимон оғриқлар, ўт аралашиб келган оз миқдорда меъда суюқлигини қусиш хос. Ўнг қовурғалар остида мушак таранглашуви яққол эмас, қорин пардасининг таъсирланиш симптомлари бўлмайди. Иссиқ ва спазмолитиклар қўлланиш жигар санчиғи хуружини тезда йуқотади.

Ўткир холецистит ва перитонит ўртасида дифференциал диагноз ўтказиш анча қийин кечади. Ўткир флегмоноз холециститда маҳаллий перитонит учун хос симптомлар: доимий оғриқлар, мушакларнинг ҳимоя

таранглашуви, қорин пардаси таъсирланиш симптомлари, ичак перистальтика активнинг пасайиши, гипертермия, лейкоцитозни аниқлаш мумкин.

Яра касаллиги қўзиганда, айниқса йирик каллез ёки ейилган яраларда яллиғланиш жараёнига қорин пардаси қўшилганда қоринда доимий кучли оғриқлар, мушакларнинг ҳимоя таранглашиши, баъзам кучсиз мусбат Шчеткин-Блюмберг симптомини кўрсатиб иш мумкин. Айни вақтда перитонитдан фарқли равишда овқатдан сўнг оғриқларнинг бир оз камайиши, перистальтиканинг йуқолмаган аниқлаш мумкин. Тана ҳарорати нормаллигича қолади ва тахикардия йук, тил – нам, қон формуласидаги ўзгаришлар одатда кам.

Буйрак санчиғи қоринда оғриқ сезгилари, унинг дм бўлиши, ич келиш ва ел чиқиш тутилиши билан ўтиши мумкин, бу перитонитда ҳам бўлади. Бироқ оғриқларнинг ўзига хос жойлашуви (асосан бел соҳасида), уларнинг хуружсимон табиати ва сонга, жинсий аъзоларга берилиши, оғриқларнинг беморнинг тана вазиятини ўзгартиришига алоқалар эмаслиги, беморнинг безовталиги, гипертермия, қорин пардаси таъсирланиш симптомлари йуқлиги, шунингдек сийдик аналiziдаги ўзгаришлар (гематурия, лейкоцитурия) бу икала касаллик ўртасида аниқ дифференциал диагностик тафовут ўтказишга имкон беради.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг зарарланишига алоқалар бўлмаган баъзи бир бошқа касалликлар (базал плеврит, пневмония, миокард инфаркти, қовурғаларнинг кўплаб синиши) перитонитга хос симптомлар билан ўтиш мумкин. Бундай ҳолларда кўкрак бўшлиғи аъзоларини кунт билан инструментал текшириши усуллари ва аввало рентгенологик текширишдан фойдаланиш ердан беради.

Еши ўтган ва кекса ешдаги шахсларда перитонитни диагностика қилиш жидорий қийинчиликлар туғдириши мумкин. Бунда ҳам анамнез йиғиш қийин, организм реактивлигини пасайиб кетиши ҳисобига оғриқ сезгилари ва касалликнинг объектив белгилари (мушак ҳимояси, гипертермия, лейкоцитоз) пасайганлиги сабабли кам юзага чиқиш мумкин.

Болаларда перитонитни диагностика қилиш монанд мулоқот йўқлиги ва касалликнинг тўла қимматли анамнезини йиғиб бўлмаслигидан қийинлашади. Болаларда перитонит кўпинча яққол оғриқ сезгилари, қорин мушакларининг кескин таранглашуви, юқори гипертермия ва лейкоцитоз билан гиперергик реакция типи бўйича кечишини унутмаслик лозим.

Диагностика қилишда операциядан кейинги перитонитлар алоҳида қийинчилик туғдиради, чунки бу дахшатли касаллик операциядан кейинги даврининг кечишини оғирлаштиради.

Перитонит комплекс даволанишнинг асосий тамойиллари.

Беморларни шошилиш операциядан олдин тайерлаш индивидуал, кушилиб келган касалликлари ҳисобга олган ҳолда ва интенсив, сув туз мувозанати, КИХ, оксил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тўғриклашга қаратилган, биокимевий текширишлар назорати остида бўлиш керак. Премедикация ва меъда суюқлигини чиқариш алоҳида ўрин тутади. Операциядан олдинги тайерлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули оғриқ синдромини бартараф этишга, организмнинг нейроциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тўзатишга ва нормаллаштиришига имкон берадиган нафас олиш бошқариб туриладиган умумий эндотрахеал наркоз ҳисобланади.

Кўпчилик беморларда ўткир перитонит ташхиси қўйилганда операцион кириш йули сифатида ўрта лапаротомиядан фойдаланилади, чунки бу кириш йули кам шикаст етказиши ва қорин бўшлиғи аъзоларини монанд ревизиядан ўтказишга имконият беради.

Агар перитонит манбаи олиб ташланиши мумкин бўлган аъзо (чувалчангсимон ўсимта, ўт қопчаси) ва техник шароитлар шундай қилишга имкон берса, инфекция ўчоғини қорин бўшлиғидан радикал олиб ташлаш мақсадга мувофиқ. Кавак аъзо перфорациясида (меъда, ўнг икки бормоқ ичак яраси, йўғон ичак дивертикули, меъда ёки йўғон ичак рақ ўсмаси) перфоратив тешиқ кўпинча тикиб қўйилади. Агар перфорация бўлган вақтдан 6 соатдан кўп вақт ўтган бўлса, қорин бўшлиғи мўл бактериал зарарланиши мумкинлигини кутиш лозим. Олдинги қорин девори лапаротом жароҳатини тикишдан олдин қорин бўшлиғи орқали ковурагалар ости ва енбош соҳалардаги контрапертураларни дренаж қилиш асосий шарт ҳисобланади. Қорин бўшлиғини дренаж қилиш усуллари қорин пардасининг зарарланиш даражасига муволаққо боғлиқ. Чунончи, маҳаллий перитонитда дренаж зарфланган соҳага, диффуз перитонитда 2 ёки 3 дренаж назорат ва антибиотикларни қорин ичига юориш учун қўйлади.

Амалиёт врачлари учун шошилишч хирургик операция қилишга муволаққо кўрсатма ҳисобланган тўташ (тарқалган) йирингли перитонит алоҳида қизиқиш туғдиради. Перитонитнинг эрта формаларини ўз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт ўтказиш бу хатарли касалликни даволашнинг гарови ҳисобланади.

Бу ўринда операция аралашуви ўз ичига қуйидагиларни қамраб олиши керак:

қорин бўшлиғи аъзоларини ревизия қилиш ва перитонит сабабини бартараф этиш,

антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида қорин бўшлиғидан экссудат чиқариш,

экссудат эвакуацияси, қорин бўшлиғининг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,

ингичка ичак тутқичи чедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика қилиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор ўрнатиш,

2 бўшлиқни назоэнтерал зонд киритиш йўли билан меъда ичак йўли суюқлигини эвакуация қилиш, беморни операциядан кейинги даврда ичагини лаваж қилиш ва зонд орқали энтерал овқатлантириш мақсадида ичакни трансназал интубация қилиш,

қорин бўшлиғини назорат қилиш учун дренаж қилиш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ ўтказиш.

Операция кўрсатмалар буйича: жароҳатни қаватма-қават тикиш, ҳамма қаватларга чок солиш (уларни бант билан боғлаш) ёки жароҳатга молния илчагини қўйиш (қорин бўшлиғи аъзоларининг дастурни ревизияси учун) ёки беморларни очиқ усулда парваришлаш учун очиқ (лапаростома) қолдириш билан тугалланади.

Қорин бўшлиғини очиқ парваришлаш – лапаростомия. Лапаростомияга кўрсатмалар қуйидагилар:

Тарқалган йирингли перитонитнинг ичак оқмалари билан асоратланган терминал босқичи,

Тарқалган перитонит, перитонит манбаини бир вақтнинг ўзида тугатиш имкони бўлмаганда,

Кечиши оғир операциядан кейинги перитонит,

Тарқалган перитонитда ичакнинг йирингли жароҳатга эвентерацияси,

Анаэроб перитонит

Бу операцияда ичак қовузлоқларига 2 қават доқа салфетка епилади, унинг чети қорин девори остига 5-6 см га қайирилади, салфеткалар устига 6-8 та доқа тампонлар қўйилади. Салфетка таги, жароҳатининг юқори бурчагига антибиотиклар юбориш учун дренаж киритилади.

Туташ перитонитли беморларни операциядан кейин парваришлаш

У мақсадга йўналтирилган антибактериал терапия, гомеостаз бузилишларини тиклаш ва диурезни тезлаштирадиган детоксикацион терапия, кўшилиб келган касалликларни коррекциялаш, шунингдек иммунитетни коррекция қиладиган терапиядан иборат. Бунда перитонеал диализ (ПД) ёки қорин бўшлиғи лаважи, ичакларнинг ичак лаваж (КЛ) билан монанд декомпрессияси (ДК) ва зонд орқали энтерал овқатлантиришга (ЭЗТ) катта ўрин ажратилади.

Антибактериал терапия дастлабки 3 кунда экспресс-бактериоскопик текшириш асосида тайинланиши керак. Ҳозирги кунда микрофлорани аниқлаш ва антибиотиклар тайинлашнинг қўйдаги экспресс усуллари мавжуд.

Перитонеал диализ

Перитонеал диализ оқиб турадиган ёки фракцион усулда, таркибига антибиотиклар ва новокаин албатта киритилган эритмалар билан бажарилиши мумкин. Диализни Петров, Рингер, Рингер-Локк эритмалари, ЦОЛИПК, Дарроу I ва II, шунингдек физиологик эритма билан ўтказиш мумкин.

Перитонеал диализ қўйидагиларга:

Қорин бўшлиғидан экссудат, йиринг, қон ивиндилари, фибриноз пардаларининг тез ювилиб кетишига, бу интоксикацияни камайтиришга имко беради;

Диализат осмотик босимининг ўзгаришлари ҳисобига организмда сув мувозанатини тартибга солишга,

Қорин бўшлиғига зарур концентрациялардаги антибиотикларни бевосита қорин пардасининг бутун яллиғланиш юзасига юборишга;

Диализлайдиган суюқликда K^+ конларининг ошган миқдори бўлган электролит таркиблардан фойдаланиш, электролит алмашинувини тартибга солишга;

Рефлектор бартараф қилиш учун новокаин киритишига;

Совитилган диализат юбориш йули билан қорин бўшлиғида маҳаллий гипотермия вужудга келтиришга;

Суюқлик оқимини юбориш йули билан битишмалар ривожланишининг олдини олишга;

Қорин бўшлиғида битишма жараёни ривожланишини профилактика қилиш учун айрин дори воситаларини киритишга (гепарин ва б.);

Азотли шлаклар (мочевина, креатинин ва қолдиқ азот) нинг чиқарилишига имкон беради.

Бизнинг клиникамизда ўтказилган туташ йирингли перитонитлардаги кўп сонли текширишлар асосида операциядан кейин дастлабки 4-5 суткада фракцион усул билан перитонеал диализ ўтказишининг маъқуллигига ишонч ҳосил қиладик. Қон плазмаси электролит таркибига мос электролитлар эритмаси оптимал восита ҳисобланади (гипокалиемида K^+ ионлари миқдори оширилган эритма).

Қорин бўшлиғини диализат билан бир текис ювиш ва адекват диализ ўтказиш учун биз қорин бўшлиғини дренажлашнинг қўйидаги схемасини таклиф қилдик.

Перитонитли беморларни зонд билан энтерал овқатлантириш

Перитонитли беморларни даволашда парентерал овқатлантириш учун қўлланиладиган воситаларнинг сони жуда кўп, бироқ улардан фойдаланишда бир қанча қийнчиликлар учрайди. Буларга чуқур веналарни катетерлаш билан боғлиқ асоратлар (венада катетеринг узоқ вақт туриб қолишига боғлиқ яллиғланиш ва септик жараёнлар), аллергия реакциялар ва бевосита парентерал инфузион терапия ўтказиш вақтидаги қийнчиликлар шулар қаторига киради. Бунда китиладиган таркибий қисмларнинг зарур миқдор ва сифат таркибини тўғри ҳисобғкитоб қилиб бўлмайди. Парентерал терапия шароитларида организм содир бўлаётган жараёнларни бошқариш қобилиятини амалда йўқотади. Шундай қилиб, амалий жарроҳлик учун ўринбосар терапиянинг бирмунча содда, физиологик ва хавфи камроқ усулларни излаб топиш долзарб масала бўлиб қолмоқда.

Юқорида баен қилинганлардан келиб чиқиб, бугунги кунда тўла қимматли ЭЗО ўтказиш учун қўйидаги шароитлар бўлиши зарур:

Ичакни ЭЗО га тайерлаш.

Энтерал муҳитнинг доимийлигини ҳисобга олиб ва уларга қисман ишлов бериб, овқат аралашмаларининг оптимал таркибини танлаш.

Техник таъминот (насослар, зондлар ва б.).

Овқат аралашмаларини етказиш усули.

Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш қобилияти сақланганини аниқлаш.

Шу зонд билан ингичка ичакни трансанал интубация қилиш операция вақтида ҳам, илк операцион даврда ҳам актив ДК ўтказиш имконини беради.

Паралитик ичак тутилишига (интраоперацион ДК, ингичка кейинги даврда беморда ичак ҳаракат активлигини ошириш учун дорилар қўлланилади (преднизолон, церукал, убретид, орнид ва б.) ва перитонитнинг оғир ҳолларида, микроотсос билан меъда ичак суюқлигидан 1,5 л гача тортиб олиб, доимий актив ДК ни давом эттирилади.

Меъда ичак йўли пассажиини яхшилаш ва перитонитли беморларда сув-электролит мувозанатини қўшимча коррекция қилиш учун ўз электролит таркиби бўйича ингичка ичак химусига билан бир хил бўлган тузли эритма КЛ билан ўтказилди. Ичак лаважи учун эритма таркиби қўйидагича бўлди: Na^+ - 220 мг\л, K^+ - 79 мг\л, Ca^{++} -40 мг\л ва Cl^- - 420 мг\л.

КЛ операция ўтиши билан дастлабки суткаларда 1500 мл тузли эритмадан зондининг кичик кавати орқали 4 серияда киритиш экспозиция 30 минут ва кейин уни аспирация қилинди. ДА ва КЛ самарадорлиги беморларнинг умумий аҳволи яхшиланиши, қорни дам бўлмаслиги ва оғриқ йўқмаслиги, ичак перистальтикаси пайдо бўлиши, интоксикация кўрсаткичларининг пасайиши, шунингдек периферик ва марказий гемодинамика, КИХ кўрсаткичлари яхшиланиши ва қон асосий клиник биокимевий параметрларининг тикланиши бўйича бахоланди.

Шундай қилиб, меъда ичак йўли декомпрессиясининг энг оптимал варианты махсус зонддан фойдаланиб назоинтестинал интубация эканлигининг олмоқ лозим. Операция вақтида ичакларни бўшатиш қорин бўшлиғидаги манипуляцияни осонлаштиради ва операциянинг травматиклиги пасайтиради.

Назоинтестинал интубация операциядан кейинги илк даврда токсик ичак суюқлигини олиб ташлаш ва ичак деворини асрашга имкон беради, бу ичак активлигининг тикланишига ердам беради, ичакда қон айланиши ва микроциркуляциядан яхшилайдди, битишмалардан илк тутилиб қолишнинг олдини олади, ичаклараро анастомозлар нобоплиги ва эвентерациясини профилактика қилади. ДК билан КЛ қўшиб олиб бориш меъда-ичак йўли суюқлиги пассажиини осонлаштириб, сув-электролит мувозанатини қўшимча коррекция ҳозирлайди.

Ичакнинг ҳазм қилиш ва сўриш функцияси сақланганини аниқлаш. Ичак ҳазм қилиш ва сўриш функциясининг тикланганлигига тест синамаси натижаларига кўра баҳо берилган. Унинг моҳияти қуйидалича: операциядан кейинги илк даврнинг иккинчи суткасида бошлаб беморда 1 соат мобайнида ичак суюқлигини назоэнтерал зондининг аспирацион бўшлиғи орқали актив аспирация ўтказилди. Шундан сўнг зондининг кичик бўшлиғи орқали 100 мл тузли овқат аралашмаси томчилаб (минутига 60 томчи) юборилди. 30 минут экспозиция яратилди.

Сўнгра даражаланган идишга актив аспирация ўтказилди ва олинган аспират сифат а миқдор жиҳатидан текширилди.

Агар текшириш натижалари (миқдор ва сифат таркиби) киритилган 55% суюқликнинг аспирация бўлганлигини кўрсатма, тест синамаси манфий деб ҳисобланди ва зонд ДК ва КЛ режимида ишлашни давом эттирди. Агар аспирацияланган суюқлик 55% дан камни ташки қилган бўлса, тест синамаси нусбат деб ҳисобланди ва зонд ЭЗО режимида ишлади.

Зонд орқали энтерал овқатлантириш услуби. Ўткир перитонитли беморларда тест синамаларини ўтказиш натижалари операциядан кейин 3 суткада фақат ичак ҳаракат активлигини эмас, балки унинг ҳазм қилиш ва сўриш функциясининг ҳам тикланганини аниқлади. Ичакнинг биринчи мураккаб мувозанатланган овқат аралашмаларига нисбатан сўриш функциясининг тикланиши босқичли ЭЗО ўтказишнинг маъқуллигини кўрсатди. Бу аввалига тузли овқат аралашмаси (операциядан кейинги 3 сутка), сўнгра мувозанатланган овқат аралашмаларидан (4,5 ва 6 суткалар) фойдаланиб, зондни чиқариш ва орал овқатланишга ўтишни кўзда тутди.

Текширишларнинг натижалари перитонитни комплекс даволашда мос равишдаги ДК, КЛ ва ЭЗО билан бирга олиб борилса, гомеостаз бўзилишларнинг яхшироқ коррекция қилишга, МИЙ функцияларининг эрта тикланишига, операциядан кейинги асоратлар ва леталликни кескин камайитиришга имкон беради.

Олиб борилаётган дори терапиясининг самарадорлигини кучайтириш узоқ давом қиладиган артерия ичи катетер терапияси ва портал ичи катетер терапиясидан фойдаланиш мумкин.

Узоқ давом қиладиган артерия ичи катетер терапияси (УАИКТ)

Ўткир туташ перитонитли беморларда ундан: Ш.И.Каримов муаллифдошлари билан, 1986, О.Б.Кунцалиев, 1988, В.И.Гаркуша, 1993, А.А.Асроров, 1996, Б.Д.Бобожонов, О.Р.Тешаев, 2002 муваффақият билан фойдаландилар. Улар қуйдаги мақсадларни кўзда тутган:

Зарарланиш ўчоғида дори воситаларининг юқори концентрацияларини вужудга келтириш.

Регионар гемодинамика ва микроциркуляция бузилишларини коррекция қилиш.

Ичак моторика тикланиш жараёнини тезлаштириш.

Жигар ва буйрак етишмовчилигининг бошланғич босқичларини профилактика қилиш ва тугатиш.

Порга ичи катетер терапияси (ПИКТ)

Ўткир йирингли перитонитли беморларда ВПКТ дан Б.В.Петровский, 1986, А.П.Седов, 1989, Ш.И.Каримов, А.А.Асроров, 1996 муваффақиятли фойдаланганлар.

Ўткир туташ перитонитнинг оғир формаси бўлган беморларда юқорида кўрсатиб ўтилган дори терапиясидан ташқари организмни детоксикация қилиш учун қуйидаги экстракорпорал детоксикация усулларидан фойдаланиш мумкин: энтеросорбция, кўкрак лимфатик йўлини дренажлаш, лимфосорбция, УФО, плазмаферез, ксеносорбция ва ГБО.

Перитонитда прогноз кўп жиҳатдан перитонит чақирган асосий касаллик табиатига, хирургик операциянинг ўз вақтида бажарилганига, олиб бориладиган давонинг монандлигига боғлиқ.

Перитонитнинг айрим формалари.

Сил перитонити кўпчилик ҳолларда гематоген йўл билан экстраабдоминал манабалардан (ўпка, лимфатик тугунлар), шунингдек сил билан зарарланган қорин бўшлиғи аъзолари ва мезентериал лимфатик тугунлар билан ривожланади. Сил перитонитнинг клиник кечиши ўткир, ўртача ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин, сўнгги формаси энг кўп учрайди. Экссудатив, казеоз-ярали (сохта ўсмали) ва фиброз формалари фарқ қилинади. Жараён формасига кўра клиник қуринишида ортиб борадиган асцит, қисман ёки тўлиқ ичак тутулиши, туташ перитонит каби ҳар хил симптомлар устунлик қилади. Диагностикага анамнез (ўтказилган сил), туберкулинга сезувчанликнинг ошиши, лапароскопия ёрдам беради. Даволаш: одатда, сил жараёнини ҳозирги замон даволаш тамойилларини ҳисобга олган ҳолда дори-дармонлар билан, туташ перитонит ёки ўткир ичак тутулиши симптомлари пайдо бўлганда хирургик даволанади.

Гинекологик перитонитлар: носпецифик ва специфик перитонитлар тафовут қилинади. Носпецифик перитонит бачадон ортиқларининг яллиғли ўсмаси, параметрий абсцесси, тухумдоннинг йирингланган кистаси оёқчаси буралганда йиринг қорин бўшлиғига ёрилганда пайдо бўлади. Диагностикада тугруқдан кейинги даврда ва касалхонадан ташқари септик абортдан кейин инфекция бачадондан (метроэндомиетрит, метротромбофлебит) лимфоген ёки гематоген йўллар билан тарқалган ривожланадиган гинекологик перитонитлар энг кўп қийинчиликка сабаб бўлади. Перитонит пайдо бўлишининг яна бир эҳтимол тутилган сабаби – бачадон ва қиннинг тешиб қирган жароҳатларида (бачадон перфорацияси ва ертилиши, кесар қирқишдан сўнг ва б.) микрофлоранинг қорин бўшлиғига тушлиги ҳисобланади. Бунда яллиғланиш жараёни кичик чаноқ бўшлиғини эгаллаб, пельвиоперитонит деб аталган касалликни чақариши ва қорин пардасининг катта қисмига тарқали туташ перитонит келиб чиқиши мумкин. Гинекологик келиб чиққан туташ перитонит инфекциянинг бошқа кўп учрайдиган жойларидаги перитонит каби кечади. Пельвиоперитонит нисбатан хавфсиз кечади. Касалликнинг бошланишидаги қорин пастадаги симиллаган оғриқлар, олдинги қорин деворининг таранглашиши, юқори харорат жадал антибиотикотерапия таъсири остида бир вақт ўтгач камаяди, экссудат сўрилишга учрайди, соғайиш бошланади. Пельвиоперитонит авж олганда оғриқлар тобора ортиб боради, йирингли интоксикация симптомлари, яққол гипертермия пайдо бўлади. Бу ҳолда хирургик даволаш утказилади.

Специфик пельвиоперитонит кўпинча гонококк флорага боғлиқ сўзакли беморларининг ҳамма 15% да пельвиоперитонит ривожланади. Микроблар қорин бўшлиғига сўзак билан касалланган бачадон

кўшимчаларидан тушади. Жараён одатда, чанок бўшлиғидан ташқарига чикмайди. Бунда қорин пастида кучли оғриқлар, тенезмлар, ич суюқ келади, тана харорати кўтарилади. Қорин дам бўлган, пайпаслаб кўрилганда олдинги қорин девори мушакларининг таранглиги, нусбат Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлайдилар. Ректал ва вагинал текширишда чанок қорин пардасининг яллиғланиш белгиларини топадилар, қиндан сероз-йирингли ажралмалар келади. Бактериологик текшириш диагнозини тасдиқлайди. Даволаш: сўзакли перитонитда дори-дармонлар ишлатилади. Детоксикацион ва антибактериал терапия таъйинланади, караватда говдани баланд ҳолатда тутиш керак.

АДАБИЁТЛАР

1. Гальперин Ю.М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника./ Москва.: Медицина, 1975
2. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
3. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
4. Ерюхин И.А., Шашков Б.В. Эндотоксикоз в хирургической клинике./ Санкт-Петербург: Logos, 1995
5. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
6. Курьгин А.А., Багаев В.А., Курьгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях./ Санкт-Петербург: Наука, 1994
8. Леонтьева Н.В., Белоцерковский М.В. Синдром эндогенной интоксикации./ Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 1998
9. Марстон А. Сосудистые заболевания кишечника. Патофизиология, диагностика и лечение./ Москва: Медицина, 1989
10. Нечаев Э.А., Курьгин А.А., М.Д. Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости./ Санкт-Петербург: Росмедполис, 1993
11. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
12. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной недостаточности в хирургии./ Москва: Медицина, 1991

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

1. Қорин парданинг анатомио-физиологик хусусиятлари, функцияларини айтиб беринг
2. Перитонитнинг этиопатогенези, классификацияси, клиник кечиш боскичлари?
3. Перитонитнинг реактив даврининг клиник аломатлари ?
4. Перитонитнинг токсик даврининг клиник аломатлари ?
5. Перитонитнинг терминал даврининг клиник аломатлари ?
6. Перитонитларда ташхислаш ва даволаш стандартларини кўрсатиб беринг?
7. Перитонитни контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
8. Перитонеостомия нима, унга кўрсатма ўтказиш методикаси?
9. Перитонеал диализ ва лаважнинг бир-биридан фарқи, кўрсатма ва ўтказиш техникаси?
10. Перитонитда ўлим кўрсаткичлари, сабаблари.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР.

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашishi билан шикоят қилган. Обьектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. дифференциал диагноз?

4. давоси

4. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнеси эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши

пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттик инфилтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийди.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешиқдан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2,0,2 см тешиқ бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. диагноз

3. давоси

6. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Об'ектив текширганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси кизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. СМ уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/1 0 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

7. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешиқдан чапга чандиқ бўлиб марказида 0,2x0,2 см ли тешиқ бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. Диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

3. Давоси?

18- Маъруза мавзуси : “ ИЧАК ОҚМАЛАРИ”

1.1.Таълим бериш технологиясининг модели.

Машғулот вақти -2 соат	Талабалар сони : 20-24 та
Машғулот шакли	Кириш-ахборотли маъруза.
Маъруза режаси:	Мавзуини асослаш (мотивация) Ичак оқмалари таснифи Лабсимон оқмаларга таъриф бериб уларни клиник кечиши 4. Найсимон оқмаларга таъриф бериб уларни клиник кечиши 5. Оқмаларни даволаш усуллари 6. Оқмаларни олдини олиш
Ўқув машғулотнинг мақсади:	Таълимий, тарбиявий, ривожлантирувчи
Таълим бериш воситалари:	Ўқув қўлланма, дарслик, маъруза матни, проектор, компьютер
Мавзунинг услуби	Маъруза
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория.
Мониторинг ва баҳолаш.	Оғзаки назорат:савол-жавоб.

“ИЧАК ОҚМАЛАРИ”

Маъруза машғулотининг технологик картаси.

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёргарлик босқичи	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
1. Мавзуга кириш (15 дақиқа)	1. Мавзу мақсади ва вазифаси билан таништиради 2. Мавзу бўйича саволлар беради.	Тинглайдилар Талабалар берилган саволларга жавоб берадилар

2 – асосий босқич (55 дақиқа)	1. Мавзуни тушунтириб беради, слайдалар намойиш қилиш 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади	Тинглайдилар Тинглайдилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
4-босқич	1. Мустақил иш беради	Тинглайди
Мустақил таълим	2. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ БАЁНИ

Маъруза № 18 “ИЧАК ОҚМАЛАРИ”

Маъруза режаси :

Қорин парданинг анатомо-физиологик хусусиятлари

Перитонитлар таснифи, клиник кечиши бўйича даврлари, келтириб чиқарувчи омиллар.

Перитонитларни замонавий ташхислаш ва комплекс даволаш принциплари

Перитониостомия кўрсатма бажариш техникаси самарадорлиги

5. Ўткир перитонит асоратлари, профилактикаси, беморларни стандарт асосида текшириш ва даволаш.

ИЧАК ОҚМАЛАРИ

Ичак окмалари деб, ичак деворида ташки мухит билан ёки бошқа ковак органлар билан туташадиган озод корин бушлигидан ажралган тешикларга айтилади.

Ичак окмалари турли хил корин аъзолари касалликларининг ва жароҳатларининг натижасида юзага келади. Аксарият ташки окмалар учраб, бунда ичак суюклиги ташкарига ёки абсцесс бушлигига очилади. Бунда ичак пассажи тулик ёки қисман бузилган бўлади. Ичак суюклигини йукотиш кулами ичак окмасининг катталиги, ичак трактининг қайси даражасида жойлашганлиги, ва беморнинг овкатланиш тартибига боглик дир. Канчалик окма ичак трактида юкори жойлашса, шунчалик ичак суюклигини, шунинг билан бирга, сув, электролитлар, оксил, ферментлар йукотилиши юксак даражада бўлади.

Этиология, патогенези ва тузилиши. Ичак окмаларининг келиб чиқиш сабаблари турлича. Этиологик куринишига караб ичак окмалари куйидагича таснифланади:

Окмалар тугма (усиб етилмаган ут йули), орттирилган (травматик, яллигланишга алокадор ва дегенератив, даволашга тааллукли, усмаларда, ичак окмаларида ва б.), ятроген булади. Тугри ичакнинг анал ёки ампуляр кисми ривожланишининг бузилиши ичак-кин, ичак-сийдик копи, хаттоки ичак-мойк окмалари юзага келади.

Ингичка ичак окмалари орасида алохида гурухни классик тарзда амалга оширилган «илиб куйиладиган» энтеростомиядан кейин хосил буладиган окмалар ташкил килади. Бу резинали найча ёрдамида ичак корин олд девори париетал корин пардасига ёпиштириб куйиш мақсадида бажарилган амалиётлардан сунг келиб чиқади. Найча амалиётнинг 8-10 кунлари олиб ташланади. Аммо, окма ёпилиб битиб кетиш урнига, очик холда қолади, баъзида эса, ёпишган ичак ковузлоги, хатто корин бушлига тушиб кетади. Натижада энди ичак суюклиги нафакат ташки мухитга, балки корин бушлига тарқалади. Очик қолган окмалар бутунлай битмай айрим ҳолларда жуда қуп суюлик йукотиш билан кечиб, хатто улимга ҳам олиб келади.

Уз-узича ичак окмаларига сабаб буладиган касалликларга қуйидагилар қиради:

а) ёмон сифатли усмалар (ичак деворининг усма парчаланиши оқибатида тешилиши); б) корин аъзолари утки рёки сурункали яллигланиш касалликлари (аппендикуляр инфилтрат, актиномикоз, корин тифи, ичак туберкулези, ярали колит, йугон ичак дивертикулити, терминал илеит ва б.); в) ичак деворида қон айланишининг бузилиши натижасида деструктив узгаришлар келиб чиқиши (кисилган чурра, ичак туткичи томирларининг зарарланиши ёки бузилиши ва б.). ичак окмаси юзага келадиган ичак деворининг айна кисмида окма хосил булиши учун Яна шу соҳанинг корин бушлигидан ажралиб туриши ҳам талаб этилади. Кейинчалик ичак суюклиги узига йул топиб ташқарига ёриб чиқади.

Амалиётдан кейинги чурралар корин бушлигида бажарилган барча касалликлардан кейин ҳам хосил булиши мумкин.

Ичак окмаси келиб чиқишида энг қуп учрайдиган сабаблар тоифаси иккига: биринчиси – операция даврида коринда қандайдир йирингли яллигланиш жараёнининг булиши; иккинчиси – операция вақтида ва операциядан кейинги даврда хирург томонидан йул қуйиладиган тактик ёки техник хатолар.

Ичак окмаларининг асосий сабабларидан бири корин бушлигидаги йирингли-яллигланишли жараённинг зурайиши булиб, бемор Айна касаллик сабабли операция қилинган булади. Ичак окмалари ичак усмаларининг парчаланиши натижасида хосил булган абсцес бушликларини очқандан кейин ёки аппендэктомиядан кейин келиб чиққан қуричак гумбазни некрози оқибатида ҳам ривожланиши мумкин.

Қандай булмасин ичак окмаларини келиб чиқишига айнан нима сабаб булишини аниқ айтиш мушқул. Шунга қарамай касаллик келиб чиқишида қупинча анемия, интоксикация, озиб кетиш ҳароҳлик қилади.

Корин бушлигидаги деструктив жараёнлар сабабли утқизиладиган операциялар умумий оғрикисизлантиришни ва корин олд девори мушакларининг яхши релаксациясини талаб қилади. Шунинг учун деструктив аппендицитларни ҳам наркоз ёрдамида операция қилиш мақсадга мувофиқдир. Бундай операция учун кесма етарли даражада булиши зарур. Қичик ёки нотугри танланган кесма операцияни техник қийинчиликлар билан утишига, корин бушлигини етарли ревизия қилишга тускинлик қилишига олиб келади. Яллигланаган туқималарни эҳтиётлаб ушлаш зарур булади. Чувалчангсимон усмани ажратаётганда ичак деворини зарарлаб қуйишдан эҳтиёт булиш керак. Десерозланган жойларни албатта перитонизация қилиш тавсия этилади. Амалиёт патология қуламига қараб тулақонли бажарилиши зарур. Ичак туқимасининг ҳаётга лойиклигини аниқлашда барча шубҳали учоқлар олиб ташланиши лозим, ичаклараро анастомоз фақатгина соғ туқималарни бирлаштириб амалга оширилиши керак. Амалиёт вақтида корин бушлигини етарли даражада санация қилиниши, операциядан кейинги даврда унинг адекват дренажланиши

жуда муҳимдир. Амалиётдан кейинги жароҳатни батамом тикиб кетиш, яллигланиш жараёни мавжуд булган касалликларда баъзан жароҳатнинг йиринглаши ва ичак окмасининг ҳосил булишини эсда тутиш лозим. Операция вақтида туқималарни керагидан ортик травматизацияси, анастомоз соҳасида ичак охирларининг кескин тикиб чиқиш, серо-сероз чокларда ичак деворини чуқуррок олиш купол техник хатолардан ҳисобланади.

Ичак окмалари классификацияси:

1. Туташиш характери буйича:

ташки ва ички.

2. Пайдо булиш вақти буйича:

тулма ва орттирилган.

3. Этиологияси буйича:

травматик, яллигланишга алоқадор ва дегенератив, даволаш мақсадида қуйилган.

4. Функцияси буйича:

тулик ва нотулик.

5. Характери буйича:

найсимон ва найли.

6. Жойлашиш сатҳи буйича:

баланд ва паст.

7. Кечиши буйича:

асоратланган ва асоратланмаган.

Тулик окмада ичакдаги ҳамма моддалар ташқарига оқиб чиқади, нотулик хилида — ташқарига қисман, қисман олиб кетадиган қовузлокка оқиб чиқади. Агар ичак териға ёпишган булиб, унинг шиллик пардаси тери билан қушилиб кетган булса, бундай окмалар лабсимон, борди-ю, ичак билан тери уртасида йул булса, бу найли окмалардир.

Оч ичак окмалари баланд, ёнбош ичакники — паст окмалар дейилади.

Ичак окмаларидаги асосий патофизиологик жихат шундан иборатки, модда алмашинувининг ҳамма турлари издан чиқади, бунда окма қанчалик баланд булса, улар шунчалик яққол намоён булади. Суюклик тупланиши, абсцеслар асоратланган окмалардан далолат беради.

Клиникаси ва диагностикаси: ингичка ичакнинг ташқи окмалари ичакдан суюкликнинг ташқарига оқиб чиқиши билан намоён булади. Ажралиб чиқадиған суюклик микдори окма характери ва функциясига боғлиқ, — суюклик оз-оздан то беморнинг тинка мадорини қуритадиған микдорғача булиши мумкин.

Окманинг жойлашуви, характерини рентгенологик текшириш (барий сульфат эритмасини ичириш) ёки окма йули оркали сувда эрийдиган контраст модда юбориб (фистулография) диагностика килинади.

Ичак окмаларини вужудга келтирадиган энг куп учрайдиган этиологик омил микроб омилдир (инфекцион ичак окмалари); кимёвий ва физик омиллар ичак окмаларилар ривожланишида кам рол уйнайди (асептик). Кейинчалик инфекция кушилгануда асептик ичак окмалари инфекционга айланади (йирингли). Бирок айрим холларда ичак окмаларининг бирламчи сабабини хатто аутопсиядан кейин ҳам аниклашга муваффақ булинмайди. Бундай ичак окмалари криптоген ичак окмалари дейилади. Ичак окмалари пайдо бклишининг асосий сабаби корин булигигша патоген микрофлора тушиши хисобланади, бирок корин бушлигида микрофлора борлиги ичак окмалари пайдо булишини белгиларб бермаслигини тугрисида купгина даллилар топилган.

Ичак окмаларини келтириб чикарадиган этиологик омилларнинг турли – туманлиги (корин бушлиги аъзоларининг уткир деструктив яллигланиши), кузгатувчи турларининг куплиги, шунингдек клиник белгиларнинг куплиги бу касалликнинг полиэтиологияли эканлигини курсатади.

Катехоламинлар, гистамин, кортикостероидлар эндотоксинлар таъсири остида ажралиб, паренхиматоз аъзоларни огир зарарлантиради, чукур гемодинамик бузулишлар, оксил, сув – туз алмашинуви ва кислота – ишкор мувозанатининг (гипопротеинемия, гиповолемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва метаболик ацидоз) жиддий бузулишларни келтириб чикаради.

Шундай килиб, комплекс содир буладиган бир катор патологик узгаришлар ва яллигланиш жараёни орта борган сайин уларга кушиладиган кушимча таъсирловчи омиллар ҳам бутун бир организмда, ҳам хазм системасининг функционал актив сатх бузук халка хосил булишига олиб келади.

Гемодинамика бузилишлари ичак окмалари клиникасида мухим урин тутда, бунинг устига юрак-томир ва нафас бузилишлари корин пардасининг таркарлган яллигланишида летал окибатларининг асосий сабаи хисобланади. Гемодинамиканинг бузилишалари эндотоксиннинг миокардга бевосита таъсири натижаси сифатида каратилади, нафас етишмовчилиги эса асосан токсиннинг упка томирлар турига бевосита таъсири билан боғланади. Чунки гемодинамика бузилишда упка компоненти бирламчи хисобланади.

Касаллик авж олган сайин юрак-томирлар системаси функционал загираларининг узгузидан камайиб кетиши юз беради, бунинг натижасида юракдан кон отилиши курсатгичлари ёмонлашади, юракнинг минутли ва зарбали хажмининг параллел холда пасайиши, кон окими умумий тезлиги уртача пасаяди ва циркуляциянинг самарадорлик коэффициенти пасаяди.

Огир йирингланадиган касалликлар модда алмашинуви жараёнларининг кескин активлашиши ва уларнинг катаболик реакциялар томонига силжиши билан утиб, организмнинг одатдан ташкари энергетик эhtiёжларига саба булади. Тана хароратининг 1°C га кутарилиши энергетик сарфларнинг 15% гача ошишига олиб келади. Хатто нормада корин ичи аъзоларидаги махаллий модда алмашинуви нормада организмнинг умумий модда алмашинувининг карийб 50% ни ташкил килса, яллигланиш жараёнида эса унинг ортиши назарда тутилса, огир ичак окмаларили беморда энергияга эhtiёж суткасига камида 3000-3500 ккал ни ташкил этиши мумкин.

Оксилнинг каттагина микдори парез булган ичак бушлигига диффузия йули билан утиб, бу ерда у патологик фермент парчалашига учрайди. Бундай парчаланиш махсулотларини реабсорбция килиш имконияти булса керак, бирок организмнинг уларни иммун ва пластик материал сифатида утилизация килиш гоят шубхалидир.

Ичак окмаларида оксил алмашинувининг сифат жихатидан бузилишлари хам руй беради. Аввало мутлок характерга эга булган гипоальбуминемия узига диккатни тортади, чунки у плазма протеини микдорининг умумий пасайиши фониде кузатилади. Альбумин даражасининг айникса кескин пасайиши таркарлган ичак окмаларида кузатилади, бунда унинг пасайишига мойиллиги кузатувнинг 10 кунига орта боради.

Глобулин фракцияси микдорининг узгаримшлари факат бир томонлама эмас, умуман плазма глобулин компонентининг микдори умумий усишига гоят уртача тенденцияга эга. Бу тенденция магаллий ичак окмаларида бирмунча яккол ва таркарлган ичак окмаларида камрок ифодаланган.

Натрий алмашинуви (Na^+) тескари тенденция, яъни бу катионнинг организмде тутулиб колишига кучли мойиллик билан характерланади. Бу унинг хужайра элементларида ошиши буйича хамда уртача гипонатриемия пайдо булиши ва натрийнинг сийдик билан экскрецияси пасайиши буйича сезилади. Натрийнинг бундай тутулишини бурак усти безлари минералкортикоид функциясининг кучайиши, хусусан жадал альдостерон ишланиши билан изохлади.

Биологик мухитларда осмотик мувозанатни саклаб туришда натрий катиони етакчи рол уйнашини назарда тутиб, альдостерон ишланиши кучайишини организмнинг кескин бузилган шароитларида узига хос химоя реакцияси эканлигини тан олмок лозим. Экссудатда, меъда ва ичак суюклигида натрий микдорининг нисбатан юкори эмаслиги хам бунинг тасдиги булиб хизмат килади.

Ичак окмаларида организмнинг кислота-ишкор холати (КИХ) бузилишлари куп йиллар мобайнида клиницистларнинг диккат марказида турган. Баъзи бир муаллифлар (В.Я. Шлапобарский, 1958; П.Л. Сельцовский, 1963) ичак окмалари, айниксатаркарлган ичак окмалари шароитларида хамина яккол ацидоз пайдо булади деб хисоблашган. Бирок, Аструпнинг аник микроэлектродит экспресс методи пайдо булиши билан ичак окмаларида бу тенденциянинг хаммавакт хам доимий эмелиги кайд этилган. Бунинг устига ичак окмаларида аксарият яввол алкалоз кузатилади ва КИХ курсатгичлари бундай шароитларда тез узгариши мумкин.

Ичак окмаларили беморларни текшириш мунтазам хар томонлама булиши ва касаллик анамнези, шикоятлар, курик, пайпаслаш, аускультация ва перкуссия натижаларини урганишни уз ичига олиши, клиник-биохимиявий текширишлар килиниши зарур.

Касаллик анамнезини синчиклаб урганиш тугри ташхис куйиш, уз вақтда ва асасланган даволшда биринчи даражали ахамиятга эга. Анамнезга аввало касалликнинг асосий симптомлари тугрисидаги аник маълумотларни, бемор хирургик булимга ёткизилгунча кадар кулланилган даво тадбирларни критиш лозим.

Корин бушлиги аъзоларининг уткир хирургик касалликларининг асосий белгиларидан бири огрик, унинг жойлашуви, кучи, характери хисобланади. Бемор умумий холатининг ёмонлашуви билан утадиган коринда каттик огрик пайдо булиши корин бушлигидаги огир тахдид дарак берадиган дахшатли симптомлардан бир хисобланади. Ичак окмалари диагностикасида кушиш, унинг неча марталиги, кусук массаларининг характери мухим урин тутуди.

Тилни текшириш асосий омилларидан бири (ичак окмаларида тил “чутка” сингари курук) саналади, бу суюкликнинг деполаниши ва дегидратация ривожланаётганига боглик бглиши эхтимол. Ичак окмалари диагносикасида коринни текшириш мухим ахамиятга эга.

Коринни куздан кечиришда унинг шакоига (шишиб чиккан ёки ичига ботган), нафас актида катнашиши, тери копламларининг рангига ахамият берилади. Коирн девори харакатланишининг асосий яллигланиш зчоги проекцияси зонасидан купрок чегаранганлиги кайд килинади.

Кон анализида юкори лейкоцитоз, сунгра у пасаяди ва организмнинг химоя кучлари колмаганда лейкопения билан алмашиниши мумкин. Сув-электролит мувозанати, кислота-ишкор холати бузилишлари энг юкори даражаларгача чикади. Электрокардиограммада миокарднинг токсик шикастланишга ва электорил бузилишлари (гипокалиемиа) га хос белгилар пайдо булади. Коагулограммани текширишда диссеминацияланган томир ичида ивиш синдроми (ДВС-синдроми) белгилари аникланади, бу микроциркуляцияни бузади, касаллик кечишини огирлаштиради. Бу нохуш омилларининг барчаси хаётий мухим аъзолар ва системалар функциясининг декомпенсациясига олиб келади, юрак-томирлар, упка ва жигар-буйрак етишмовчилигини ривожлантиради.

Тахминан 85% холларда корин бушлигининг бирорта аъзосидаги патоморфологшик узгаришлар симптоматика билан параллел ривожланади ва ташхис куйишда. Бирок уткир хирургик касалликларнинг тахминан 15% холларда махаллий белгилар ноаник характерда булади, баъзан умумий симптомлар хам шундай ноаник булиши мумкин. Бундай холларда огрик хуружига характерига алохида этибор бериш керак. Ичак окмаларининг дифференциал диагнози, одатда, жиддий кийинчиликлар тугдирмайди, бирок худди шу боскичларда ичак окмаларини даволаш купинча кам фойдали булади. Ичак окмаларининг бошлангич фазасида аниклаш осон булади, чунки унинг клиник белгилари ичак окмалари манбаи булган касаллик симптомларидан фарк килади.

Ичак окмалари учун хос катор симптомларни аниклаш мумкин. Айни вақтда панкреатитда тухтамайдиган кусиш фониди корин олд девори мушаклари таранглашуви булмайдди, ёки ифодаланмаган. Корин пардасининг таъсирланиш белгилари йук, касаллик бошланишида харорат нормаллигича колади. Кон ва сийдик тахлилида диастаза ферменти микдорини ошганлиги аникланади.

Клиник жихатдан ичак окмаларидан факат бошлангич даврларида фарк килади, кейинчалик адекват даво булмаганда ичак перфорацияси ривожланади ва ичак тутилиши белгиларига ичак окмалари хам кушилади. Агар ичак тутилиши бошланишида огриклар кучли (хуружсимон) характерда булса, ичак окмалари учун доимий огриклар хос булади. Ичак тутилиб колганда перистальтика аввалига кескин кучайган, баъзан кузга илгаб оладиган перистальтика аникланади. Ичак окмаларида шунингдек рентген усулида ичак тутилишига хос белги - Клойбер косачаларини аниклаш мумин.

Унг ковургалар остида унг курак, унг елка устига иррадиация берадиган (утадига) хуружсимон огриклар, ут аралашиб келган оз микдорда меъда суюклигини кусиш хос. Унг ковургалар остида мушак таранглашуви яккол эмас, корин пардасининг таъсирланиш симптомлари булмайдди. Иссик ва спазмолитиклар кулланиш жигар санчиги хуружини тезда йукотади.

Даволаш. Найли окмаларда даволаш аксарият консерватив — юкори калорияли овкатланиш, сув-электролит, оксил, ёг ва углевод алмашинувларини коррекциялаш, турли хил обтураторлар ва пелотлар яратиш, окма атрофидаги терига ишлов бериш ва тозалаш, парентерал овкатлантириш шулар каторига киради. Консерватив даволаш беморларнинг 40—45 фоизида, 6—8 хафталик даволаш курсида наф беради. Битмаган найли окмалар ва амалда хамма лабсимон окмалар операция килиб бекитилади. Нотулик, найли ва лабсимон окмаларда кориндан ташкарида бекитиш, бошка турларида корин ичида ичакни резекция килиб беркитиш кулланилади.

Агар ичак окмалари манбаи олиб ташланиши мумкин булган аъзо (чувалчангсимон усимта, ут копчаси) ва техник шароитлар шундай килишга имкон берса, инфекция учогини корин бушлигидан радикал олиб ташлаш мақсадга мувофиқ. Кавак аъзо перфорациясида (меъда, унг икки бормок ичак яраси, йугон ичак дивертикули, меъда ёки йугон ичак рак усмаси) перфоратив тешик купинча тикиб куйилади. Агар перфорация булган вақтдан 6 соатдан куп вақт утган булса, корин бушлиги мул бактериал зарарланиши мумкинлигини кутиш лозим. Олдинги корин девори лапаротом жарохатини тикишдан олдин корин бушлиги оркали ковурагалар ости ва енбош сохалардаги контрапертураларни дренаж килиш асосий шарт хисобланади. Корин бушлигини дренаж килиш усуллари корин пардасининг зарарланиш даражасига мутолақа боғлиқ. Чунончи, махаллий ичак окмаларида дренаж зарфланган сохага, диффуз ичак окмаларида 2 ёки 3 дренаж назорат ва антибиотикларни корин ичига юориш учун куйлади.

Ичак окмаларининг эрта формаларини уз вақтида диагностика килиш ва мос равишда хирургик амалиёт утказиш бу хатарли касалликни даволашнинг гарови хисобланади.

Бу уринда операция аралашуви уз ичига куйидагиларни камраб олиши керак:

корин бушлиги аъзоларини ревизия килиш ва ичак окмалари сабабини бартараф этиш,

антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида корин бушлигидан экссудат чиқариш,

экссудат эвакуацияси, корин бушлигининг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,

ингичка ичак туткичи чедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика килиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор урнатиш,

Ичак хазм килиш ва суриш функциясининг тикланганлигига тест синамаси натижаларига кура баҳо берилган. Унинг мохияти куйидагича: операциядан кейинги илк даврнинг иккинчи суткасидан бошлаб беморда 1 соат мобайнида ичак суюкликни назозентрал зондининг аспирацион бушлиги оркали актив аспирация утказилди. Шундан сунг зондининг кичик бушлиги оркали 100 мл тузли овкат аралашмаси томчилаб (минутига 60 томчи) юборилди. 30 минут экспозиция яратилди.

Сунгра даражаланган идишга актив аспирация утказилди ва олинган аспират сифат а микдор жихатидан текширилди.

Агар текшириш натижалари (микдор ва сифат таркиби) киритилган 55% суюкликнинг аспирация булганлигини курсатма, тест синамаси манфий деб хисобланди ва зонд ДК ва КЛ режимида ишлашни давом эттирди. Агар аспирацияланган суюклик 55% дан камни ташки қилган булса, тест синамаси нусбат деб хисобланди ва зонд ЭЗО режимида ишлади.

АДАБИЁТЛАР

1. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» Тошкент 1991.
2. Орипов У.А., Каримов Ш.И. «Корин бушлиги аъзолари ошиғич жаррохлиги» Тошкент 1991.
3. Литман И. «Оперативная хирургия» Будапешт. 1981.
4. В.С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Москва. 1986.

5. Вансян «Кишечные свищи» 1982.
6. Абакумов М. Н. и соавт. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки. // Вестн. хирург. им. И.И. Грекова, 1989, т. 142, № 2, с. 116-120.
7. Аслаян А. А. и соавт. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки. // Хирургия, 2000, № 4, с. 84-87.
8. Асташкина К. В. и соавт. Травма двенадцатиперстной кишки у ребенка. // Хирургия, 2002., № 9, с. 18-19.
9. Ахунджанов Б. А. и соавт. Анализ причин кишечных свищей после аппендэктомии и результаты их лечения. // Мед. журн. Узбекистана, 1984, № 4, с. 33-35.
10. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995.

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

- Ичак оқмаларига олиб келувчи омиллар
2. Ичак оқмалари классификацияси
3. Лабсимон ва тарновсимон ичак оқмаларини қиёсий ташхислаш
4. Ичак оқмаларини ташхислашдаги текшириш режа стандартларини санаб ўтинг.
Шаклланмаган ичак оқмалар клиник аломатларини санаб ўтинг.
Ичак оқмаларида гомеостазда кузатиладиган ўзгаришлар?
Ингичка ичак оқмаларини даволаш принциплари
Йўғон ичак оқмаларини даволаш принциплари
Тўлиқ ингичка ичак оқмаларида ўлим ҳолатларининг сабаблари?
10. Ичак оқмаларида қўлланиладиган операция усулларининг классификацияси?
11. Паллиатив ва радикал операция нима?

12. Ташқи ичак оқмаларини консерватив ва оператив даволаш усуллари.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашishi билан шикоят қилган. Объектив текширганда, енгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. бўлса нима дейилади.

3. дифференциал диагноз?

4. давоси

2. Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттик инфильтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғриди.

Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

3. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандиқ бўлиб марказида О,2,О,2 см тешик бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. диагноз

3. давоси

4. Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Объектив текширганда: енгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбоқли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз қўйинг

2. агар беморда А/Б 210/10 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.

3. дифференциал диагноз

4. давоси

5. 28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш бўлган 5 кун йиринг тўпланган жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор енгиллик сизди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешиқдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешиқдан чапда чандиқ бўлиб марказида 0,2x0,2 см ли тешиқ бўлиб, сероз йиринг ажралади. Шу тешиқдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачалик зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушуви 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин.

2. Диагнозни аниқлашда қандай текшириш усулларидан фойдаланиш керак?

3. Давоси?

8. Амалий машғулотлар услубий ишланмалари ва кўрсатмалари:

8.1 Амалий машғулот № 1 , 2....

8.2 Таълим бериш технологиясининг модели

8.3 Амалий машғулотнинг услубий ишланмалари

ва технологик картаси

Амалий машғулот № 1 (амалий машғулотлар-

нинг ҳаммаси бетлари билан кўрсатилиши

керак)

Амалий машғулотларнинг технологик картаси

(Даволаш ва Тиббий педагогика факултетлари 4-курс талабалари учун)

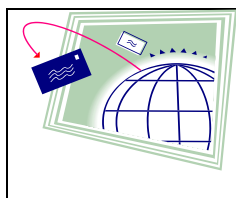
Амалий машғулот № 1: Факултет хирургия предмети. Беморлар курацияси. Қорин девори чурралари. Чов чурралари.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди

(10 дақиқа)	2. Мустақил иш беради	Ёзиб олади
	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади

МАВЗУ Қорин чурралари



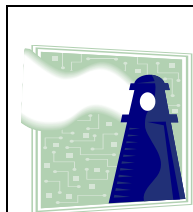
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қорин чурралари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

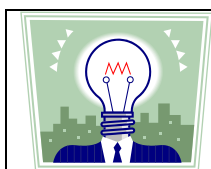
Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;

- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қорин чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

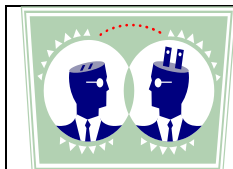
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - қорин чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



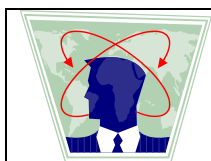
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Анъанага асосан факультет жаррохлиги курси бўйича маърузалар чурраларни ўрганишдан бошланади. Бу анъана шуниси билан диққатга сазовор-ки кўплаб таниқли жаррохлар чуррани даволашда ўз хиссаларини

қўшганлар. Хозирги пайтда герниология аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар хам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини мукамал ўзлаштиришни талаб қилади.

Чов учбурчаги соҳасидаги қўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари хамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалок;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;
- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда *a. epigastrica inferior* пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;
- 7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимининг мускул-апоневротик элементлари халақит беради;
- 8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;
- 9) қийшиқ чов чурралари ёрғокқа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриксизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларини энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (содалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралиғини тўғри ичак кинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дупликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дупликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойламидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойламидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёрғоқ ёки тухумдек келади) шиш билан характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойламининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca ante iog sureiог с tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар

2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т- симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон халқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароқсимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик халқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (*omphalocele*) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

- 1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;
- 2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;
- 3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;
- 4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Қўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп тукқан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П-симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дубликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулохаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

60 ешли беморда консультация пайтида тугри чов чурраси борлиги ҳамда простата беzi аденомаси борлиги аниқланди. Колдик сийдик миқдори 100 мл.

I. Сизнинг тавсиянгиз:

A. чуррани ташрих этиш

B. аденомэктомия сўнгра чурра ташрихи*

B. консерватив даво

Г. чурра ташрихи сунг аденомэктомия

Д. чурра ташрихи ва аденомани консерватив даволаш

II. Чурра учун қайси пластика усулини танлайсиз:

A. Постемский*

B. Жирар

B. Ру-Оппель

Г. Бассини

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20

5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. «ЙЎТАЛ ТЎРТКИСИ» БЕЛГИСИНИ АНИҚЛАШ

Мақсад: чурра асоратини (қисилиш) аниқлаш, даволаш тактикасини аниқлаш

№	боскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Беморни турган ва ётган ҳолда текшириш	0	10
2	Буртма соҳасини кўздан кечириш	0	10
3	Анамнез еғиш	0	10
4	Унг қул кафтини буртма соҳасига қуйиш	0	10
5	Бемордан йўталишни сўраш	0	10
6	Буртмани кафтга урилишини сезиш	0	10
7	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилса чурра қисилмаган, йўтал белгиси мусбат	0	20
8	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилмаса чурра қисилган, йўтал белгиси манфий	0	20
	Жаъми	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

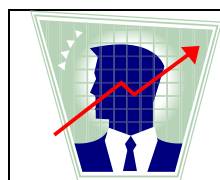


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштирилган иш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло” 5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши” 4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди

			- билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоник арли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоник арсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, муноза-рабаҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Чов чурраси клиникаси, даволаши

Сон чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари

Киндик чурраси клиникаси ва даволаш усуллари

Қорин оқ чизиғи чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари

Қорин тўғри мускуллари диастазини даволаш принциплари

Жаррохлик амалиётидан кейинги чурра клиникаси ва даволаш усуллари

11. Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Амалий машғулоти № 2: Қорин оқ чизиги чурралари.

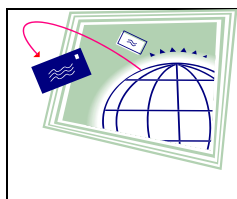
Киндик, сон, чов чурралари.

Таълим технологияси

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотига тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	

2 – асосий босқич (75 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди 	<p>Кичик гуруҳларга бўлинадилар</p> <p>Томоша қиладилар</p> <p>Қатнашадилар</p> <p>Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар</p>
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	<p>А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.</p> <p>Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.</p>	<p>Кичик гуруҳларга бўлинадилар</p> <p>Ёзадилар</p>
яқуний босқич (10 дақиқа)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради 	<p>Тинглайди</p> <p>Ёзиб олади</p> <p>Ёзиб олади</p>

МАВЗУ Қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари



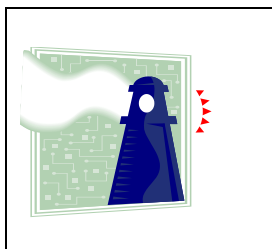
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даволи танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

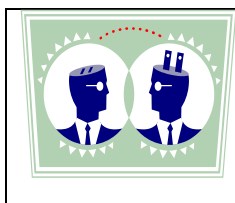
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - қорин оқ чизиғи чурралари, киндик, сон, чов чурралари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



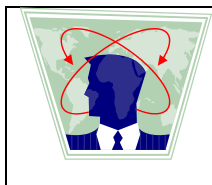
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Анъанага асосан факультет жаррохлиги курси бўйича маърузалар чурраларни ўрганишдан бошланади. Бу анъана шуниси билан диққатга сазовор-ки кўплаб таниқли жаррохлар чуррани даволашда ўз хиссаларини кўшганлар. Хозирги пайтда герниология аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар хам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини мукамал ўзлаштиришни талаб қилади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғрик борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалок;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;

- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда *a. epigastrica inferior* пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;
- 7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимнинг мускул-апоневротик элементлари халақит беради;
- 8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;
- 9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Чемпионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади.

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларини енгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (соддалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойламидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойламидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёрғоқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан

характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойламининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca ante rior superior c tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар

2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи ҳалқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ

Киндик ҳалқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocoele) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

- 1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;
- 2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;
- 3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;
- 4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп тукқан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П-симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

60 ешли беморда консультация пайтида тугри чов чурраси борлиги ҳамда простата беzi аденомаси борлиги аниқланди. Колдик сийдик миқдори 100 мл.

I. Сизнинг тавсиянгиз:

A. чуррани ташрих этиш

Б. аденомэктомия сўнгра чурра ташрихи*

В. консерватив даво

Г. чурра ташрихи сунг аденомэктомия

Д. чурра ташрихи ва аденомани консерватив даволаш

II. Чурра учун кайси пластика усулини танлайсиз:

А. Постемский*

Б. Жирар

В. Ру-Оппель

Г. Бассини

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
---	----------------	-----------	---------------

1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

«ЙЎТАЛ ТЎРТКИСИ» БЕЛГИСИНИ АНИҚЛАШ

Мақсад: чурра асоратини (қисилиш) аниқлаш, даволаш тактикасини аниқлаш

№	Боскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Беморни турган ва ётган ҳолда текшириш	0	10
2	Буртма соҳасини кўздан кечириш	0	10
3	Анамнез еғиш	0	10
4	Унг қул кафтини буртма соҳасига қуйиш	0	10
5	Бемордан йўталишни сўраш	0	10
6	Буртмани кафтга урилишини сезиш	0	10
7	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилса чурра қисилмаган, йўтал белгиси мусбат	0	20
8	Агар бемор йўталганида буртма кафтга урилмаса чурра қисилган, йўтал белгиси манфий	0	20

Жаъми	0	100
-------	---	-----



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

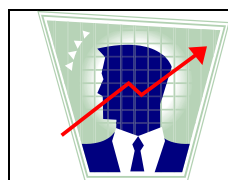


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юкори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади

			<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90	Аъло” 5”	<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши” 4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас

			<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқ арли ”3”	<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		Қониқ арсиз” 2”



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунинг асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-бахс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўрғазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топширик бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тари-хи, ишбилар-мон ўйинлар, клиник вази-ятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Чов чурраси клиникаси, даволаши

Сон чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари

Киндик чурраси клиникаси ва даволаш усуллари

Қорин оқ чизиғи чуррасини анатоми-топографик маълумотлари, клиникаси ва даволаш усуллари

Қорин тўғри мускуллари диастазини даволаш принциплари

Жаррохлик амалиётидан кейинги чурра клиникаси ва даволаш усуллари

11. Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

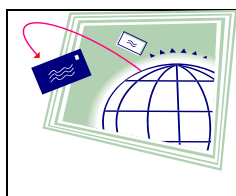
Амалий машғулот № 3: ЧУРРА АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулоти	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.	

кириш босқичи (10 дақиқа)	2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Чурра асоратлари.



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

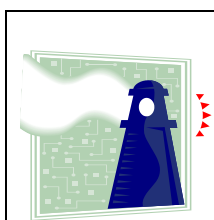
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга чурра асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- чурра асоратлари касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

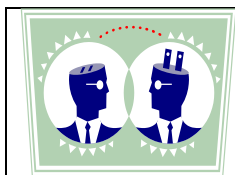
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - чурра асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



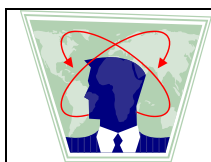
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Чурра асоратлари. Буларга: чуррада нажас туриб қолиши (копростаз), чурра ичидаги аъзолар яллигланиши ва чурра қисилиши киради.

Копростаз асосан ёши улғайган одамларда, аксарият аёлларда содир бўлади. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг хажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ пайдо бўлади, лохаслик ва интоксикация, кекириш, кўнгил айниши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки ёрдамнинг асосий вазифаси қорин прессининг перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш ва шу тариқа нажас туриб қолишига барҳам бериш учун чурра ичидагини қорин бўшлиғига репозиция қилиш (ўтказиш) ҳисобланади. Чурра бўртмасини массаж қилиш ёки оз-моз босиб турадиган боғлам боғлаш маълум даражада ёрдам беради.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйиш ёки бўртган жой терисига хлорэтил оқимини таъсир эттириш шу мақсад учун хизмат қилади. Улар таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаёди, уларда қиска вақтга спазм вужудга келади, ичак репозицияга осон берилади, унинг перистальтикаси кучаяди.

Чурранинг ўткир яллиғланиши. Чурранинг ўткир яллиғланиши камроқ учрайди. Ичак девори соҳаси чуррани яллиғлантирадиган манба ҳисобланади. Бунда чуррада, кўпинча гипогастрал соҳасида ўртача оғрик сезгилари, Қориннинг чуқур жойлашган қисмида тўлиқлик ҳисси пайдо бўлади, қорин девори зонаси таранглашиши эҳтимол.

Бундай яллиғланишларни даволаш уларнинг ичидаги нарсани қорин бўшлиғига албатта репозиция қилиш, кейин ўринда ётиш режимини сақлаш, ичак ва қовуқ функцияси устида назорат қилишдан иборат. Бунда чурранинг қисилишига йўл қўймаслик учун чурра ҳолатини тез-тез назорат қилиб туриш зарур. Одатда шундан кейин чурра яллиғланиши камайиб боради ва йўқолади. Чурра патоген микроблар иштирокида яллиғланганда сероз ва сероз-фибриноз экссудат тезда йирингли ва ҳатто йирингли-чириган бўлиб қолади. Чурра халтачасидаги инфекция рефлексор қусишга, бутун қорин бўйлаб қорин пардаси яллиғланишига, қорин оғриши, ичаклар парези, перитонит манзарасига сабаб бўлади. Шунинг учун бундай ҳолларда қорин деворининг ўзгармаган тўқималари чегарасига яқин жойда ревизион лапаротомия операциясини бошлаш ва агар қорин бўшлиғида ҳамма нарса жойида бўлса, бу жароҳатни ёпиш ва шундан кейингина яллиғланган чурра тўқималарини кесишга ўтиш керак.

Чурра қисилиши. Чурра қисилиши, одатда, чурра ичидагининг чурра дарвозаларида ёки чурра халтачаси бўйни оғзида, ёки чурра халтачасидаги битишмалар орасида тўсатдан қисилиб қолишдан иборат. Бунда чурра ичидаги аъзолар тўқималарида қон таъминоти, иннервацияси бинобарин улар трофикаси ва озикланишининг бузилишлари рўй беради. Чурранинг қисилиш сабаблари турли туман бўлиши мумкин.

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

Нажас билан қисилишда ичак ичидаги нарса кўп миқдорда йиғилиб, чурра халтачасининг тўлишини анча оширади ва шу тариқа чурра халқасидаги босимни кучайтиради, бунинг оқибатида ичак тутилиб қолиши вужудга келади.

Чурранинг қисилиш турларидан бири Рихтер чурраси бўлиб, уни ўз вақтида диагностика қилиш ниҳоятда мушкул. Чурранинг бу турида чурра халтачасида ичак деворининг фақат бир қисми қисилади. Операцияда чурра халтасини очиш бирмунча қийинчилик туғдиради, чунки девор олдидаги қисилган участка бевосита чурра халтачаси тубига тақалган бўлади ва шу сабабли ичак тасодифан кесиб қўйилиши эҳтимол.

Ретроград ёки тесқари қисилиш қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак қовузлоқларининг жонсизланиши қисилган халқадан юқорида бошланади. Ичак қовузлоқлари 2-14 соат ичида жонсизланади.

Чурра қисилишининг клиник манзараси. Хар қандай чурра қисилишининг классик клиник белгилари одатда учта симптом ҳисобланади:

- а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки умуман қоринда тўсатдан оғрик бошланиши;
- б) чурра бўртмаси хажмининг тез катталашуви;
- в) чуррани тўғрилаш имкониятининг бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси хар хил бўлади.

Даволаш. Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилиш операцияси. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлак монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно.

Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлаш зарур. Бунинг учун тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган халқа кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади.

Ичакнинг яшаб кетиш мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляцион эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва ичак перистальтикаси сақланиб қолган.

Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30-40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15-20 см ни резекция қилиш керак.

Ҳазм йўллари узлуксизлигини тикланади ва чурра дарвозаларини энг оддий усуллар билан пластика қилинади. Қари ёшдаги ва ҳамроҳ оғир касалликлари бўлган беморларга қисилган чурраларда чурра кесиш амалиёти бажариш жараёнида чурра дарвозаси пластикаси бажарилмайди, жароҳат қавтма-қават тикилади.

Чурра халтачаси флегмонаси билан асоратланган қисилган чуррада операцияни ўрта лапаротомиядан бошланади, ичакни яшашга лаёқатли тўқималар чегарасида резекция қилинади. Ичакларнинг учларини тикилади, олиб келадиган ва олиб кетадиган ковузлоқлар орасига анастомоз қўйилади. Операциянинг қорин ичидаги босқичи тугаллангандан кейингина чурра флегмонасига хирургик ишлов берилади (обработка), қисилган ичакни ва чурра халтачасини олиб ташланади. Чурра дарвозалари пластикаси қилинмайди.

Операцияни ёрдамчи чоклар солиш ва жароҳатни дренажлаш билан тугалланади.

Беморда қисилган чурра ўзича жойига тушган ҳолларда хирург тактикаси, ўтган фурсатдан қатъи назар, шошилиш операция қилишдан иборат, чунки тўғриланган аъзоларнинг ҳолати қандайлиги номаълум бўлади.

Қорин бўшлиғининг қатор ўткир касалликлари қорин деворида чурралар бўлганда гўё қисилиш борлигидан хабар берадиган симптомлар билан ўтади. Асоратларнинг бу тури адабиётда «Брок сохта қисилиши» номи билан маълум. Озод қорин бўшлиғи билан туташмаси бўлган чурра халтачасида чурра халтачаси бўшлиғига яллиғли экссудат тушиши билан боғлиқ, иккиламчи ўзгаришлар содир бўлади. Илгари тўғрилангандиган чурра энди тўғриланмайдиган бўлиб қолади, оғриқ сезилари пайдо бўлади. Сохта қисилишнинг бу симптомлари меъда яраси тешилганда, холециститда, аппендицит ва бошқаларда ривожланиши мумкин. Биргаликда ривожлангандиган бу жараёнларнинг диагностикаси қийин ва беморни кунт билан синчиклаб текшириш, анамнезни пухта йиғишни талаб этади.

Жойига солинадиган чуррада (сурункали асоратланган) илгари тўғрилангандиган чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади, бироқ бунда оғриқ ҳам бўлмайди. Тўғриланмайдиган чурраларнинг кўп қисми ҳаётда ортирилган битишмалар борлиги билан боғлиқ.

Тўғриланмайдиган чурра симптоматикаси. Тўғрилангандиган чурраникидан одатда яққолроқ ифодаланган. Диспептик бузилишлар, қабзиятлар кўп учраб туради.

Тўғриланмайдиган чурра кўпинча ичакнинг механик тутилиб қолиши (битиб кетиш, буралиш, стриктура), чурра пардаларининг яллиғланиши ва қисилиши билан асоратланади

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида беморда унғ чов соҳасида физик зуриқишда ҳосила пайдо бўлиб, кейинчалик кириб кетади. Ушлаб қурилганда юмшоқ ҳаракатчан огриксиз, баъзи пайтларда катталашиб шогрик синдромини ҳам беради. Сизнинг ташҳисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу ҳол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 10 йил давомида беморда унғ чов соҳасида физик зуриқишда ҳосила пайдо булиб, кейинчалик кириб кетади. Ушлаб қурилганда юмшоқ ҳаракатчан огриксиз, баъзи пайтларда катталашиб огрик синдромини ҳам беради.

I. Сизнинг ташҳисингиз.

A. усма

Б. лимфаденит

В. Совук абсцесс

Г. кисилмаган чов чурраси*

Д. асоратланган чов чурраси

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

A. режали чурра кесиш*

Б шошилич чурра кесиш

В. Операция керак эмас

Г. пилорапластика

2. Бемор 29 ешли аёлда катта киндик чурраси мавжуд, корни шу ҳисобига осилган .

I. Куйидаги жаррохлик даволарининг кайси бирини куллаш яхши натижалар беради:

A. Лексер

Б. Сапежко

В. Руджи

Г. Бассини

Д, Мейо*

II. Асоратланмаган чуррада йутал турткиси симптоми канака булади:

A. мусбат*

Б. манфий

В. аниқланмайди

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, чурра дарвозасини топиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

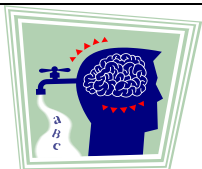
№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20

5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. Чурра дарвозасини топиш

Мақсад: чурра тури ва асорталанганлигини аниклаш

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Беморни чалканчасига ётказиш	0	10
4	Чуррани корин бушлигига тугрилаш	0	10
5	Шу сохани пальпация асосида апоневроз дефектини топиш	0	10
6	Дефект сохасини аниклаш	0	10
7	Дарвоза улчамини аниклаш	0	10
8	Оғрик бор еки йуклигини аниклаш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

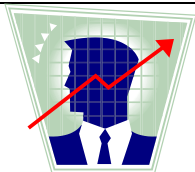


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади

		Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда

			<p>фаоллик кўрсатади</p> <ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қониқарли ”3”	<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарли ”2”	<ul style="list-style-type: none"> - ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги(мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-бахс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Чурра асоратлари таснифи

Чурра асоратларининг толзарблиги

Чурра кисилиши клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси

Кисилган чурралардаги хирургик тактика

11. Тавсия этилган адабиётлар

Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Тоскин В.А. «Хирургии грыж» 1981

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

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

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

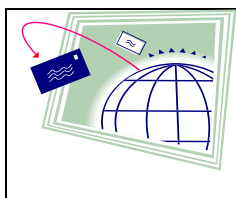
<http://www.rmj.net/index.htm>

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

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

Амалий машғулот № 4: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) талабалар эндоскопик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш. Рентгенологик текшириш усуллари ва уларни қўллашга кўрсатмаларни тушунтириб бериш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади



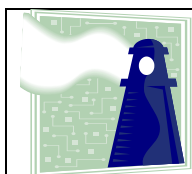
1. МАШҒУЛОТ ЎТКАЗИШ ЖОЙИ, ЖИХОЗЛАНИШИ:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга уткир аппендицит билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- уткир аппендицит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;

- махсус текширув усулларни ўрганиш.

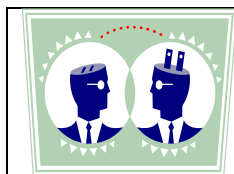
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - уткир аппендицит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



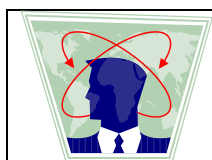
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади:

Қорин парда ичида жойлашиши;

Қорин девори ичида жойлашиши;

Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

Шиллик қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, химоя вази-фасини бажаради.

Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлексор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмда маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Клиник манзараси ва диагностикаси

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангси-мон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг қуйидаги еттичасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

Шчеткин – Блюмберг белгиси;

Воскресенский (“қўйлак сирпаниши”) белгиси;

Образцов белгиси;

Ситковский белгиси;

Бартомье-Михельсон белгиси;

Ровзинг белгиси;

Иванов белгиси.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli ўсмалари ва бошқалар.

Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан – ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Даволаш

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилаяди. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустакил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 соат олдин эпигастрал соҳада бошланган оғриқлар кейинчалик унғ енбош соҳага утди , бир марта кайд килиш кузатилди. Сизни ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилаяди.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилаяди, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унға савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунға қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

10 соат олдин эпигастрал соҳада бошланган оғриқлар кейинчалик унғ енбош соҳага утди , бир марта кайд килиш кузатилди.

I. Сизни ташхис:

А. холецистит

Б. гастрит

В. энтерит

Г. аппендицит *

Д. цефалик ва ичак

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

А. аппендэктомия*

Б. консерватор даво

В. лимфотерапия

Г. Пилорапластика

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, Роздольский симптоми)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг	0	10

	характеристикасини ўрганиш		
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. РАЗДОЛЬСКИЙ СИМПТОМИ

Мақсад: аппендицитга хос симптомни аниқлаш

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Ўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Беморни унг томонида туриб тугри жойлаштириш.	0	10
4	Корин куздан кечириш	0	10
5	Симметрик нукталар пальпацияси	0	10
6	Симметрик нукталар перкуссияси	0	10
7	Бемор чап енбошига перкуссияда оғрик йук	0	10
8	Унг енбош соха перкуссиясида оғрикли	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10

10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

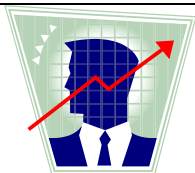


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади

			<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

		Яхши”4”	- аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қониқарли	- вазиятли масалаларни ечимидан хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10	54 ва ундан паст	Қониқарли ”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги(мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунти-риш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30

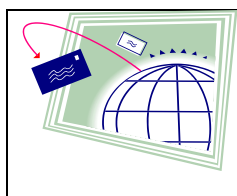
Амалий машғулот № 5: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар

яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
------------------------------	--	---------------------------------------

МАВЗУ: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ



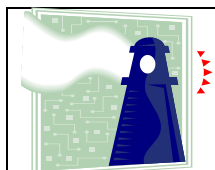
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўткир аппендицит асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

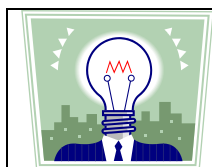
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даवони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

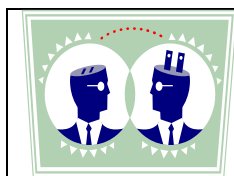
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўткир аппендицит асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



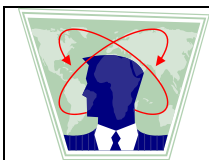
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарсинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак ковузлоклари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизида, инсон организми-нинг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жароёни пайдо бўлса уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошқа аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жароён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасида бошлаб, яллиғланган чувалчангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфилтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жароён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. Қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳаракатсиз, чаноқ клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфилтрат операцияга бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

Шуни аниқлаш мақсадида, ҳар куни беморга ультратовуш ёрдамида текширувлар ўтказиб туриш лозим бўлади. Мақсадга мувофиқ ўтказиладиган антибактериал муолажа (антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари) тайинлангандан кейин, тана ҳарорати аста-секин пасаяди, инфилтрат ўлчами кичраяди, лейкоцитлар миқдори нормага келади. Бошдан кечирилган аппендикуляр инфилтратдан кейин беморларни 3 ойдан кейин сурункали аппендицит бор беморлар сифатида операция қилинади.

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфилтратда яллиғланиш жароёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечқурунлари юқори бўлади. Инфилтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида ноаниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борича қорин бўшлиғига тарқатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавfli асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқади. мумкин. Бу ҳолатда, қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жароёнида фаол иштирок этмай қўяди.

Перитонитнинг бошланғич даврида мушаклар бутун қорин бўйлаб таранглашади, қорин пардасининг таъсирланиши (Шчеткин-Блюмберг симп-томи) кескин ифодаланган бўлади. Беморнинг тили ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватлари қуриydi, тили оқиш рангда қопланган бўлади. Перкуссияда қориннинг ён каналлари соҳасида тўмтоқ товуш аниқланади (экссудат ҳисобига). Ультратовуш ёрдамида текширув ўтказилганда, қорин бўшлиғида суюқлик борлиги тасдиқланади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кўпинча аниқланмайди. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, унинг формуласини чапга сурилганлиги, ЭЧТ

кескин ортиши аниқланади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган перитонитнинг клиник белгилари, бошқа сабабдан келиб чиққан перитонитлар белгиларидан деярли фарқ қилмайди (специфик перитонитлар бундан мустасно).

Пилефлебит - қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбофлебети бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталаниши, баъзи ҳолларда сарикликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юқори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 22 еш унги енбош соҳасига шикоят қилиб келди. Анамнездан келишидан 4 кун олдин эпигастрал соҳада огриклар пайдо булган, кейин унги енбош соҳага утган. Бир мара кусган. Ҳарорати кутарилган. Уйда антибиотик ва огрик колдирувчи дори кабул қилган. Объектив пайпастлаганда унги енбош соҳада каттик ҳосила аниқланади, ҳаракатсиз огрикли. Сизни ташхисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 22 еш унг енбош соҳасига шикоят килиб келди. Анамнезидан келишидан 4 кун олдин эпигастрал соҳада огриклар пайдо булган, кейин унг енбош соҳага утган. Бир мара кусган. Харорати кутарилган. Уйда антибиотик ва огрик колдирувчи дори кабул килган. Объектив пайпастлаганда унг енбош соҳада каттик ҳосила аникланади, харакатсиз огрикли. Сизни ташхисингиз.

А. аппендикуляр инфилтрат*

Б. панкреатит

В. Уткир аппендицит

Г. холецистит

Д. яра перфорацияси

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентген)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25

2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ

Мақсад: Касалликни даволаш.

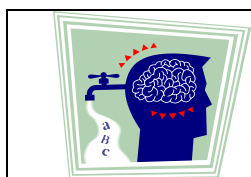
№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
---	----------------	------------	---------------

1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

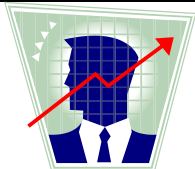


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади

			<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

			- аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қоникарли ”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатолик-ларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникарси з”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунти-риш	50	50
3	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топширик бериш. Топширикларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Ўткир аппендицит асоратлари турлари

Аппендикуляр инфилтрат

Аппендикуляр инфилтрат даволаши

Аппендикуляр абсцесс

Пилефлебит

Перитонит, қорин орти сохаси флегмонаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

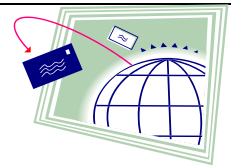
Амалий машғулоти № 6: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар

1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари.

	1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:
---	--

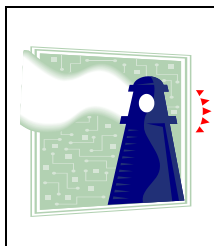
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

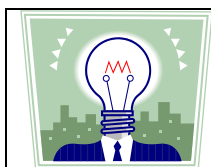
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

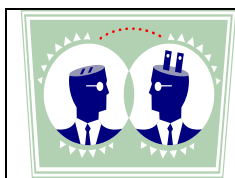
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усуллари ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



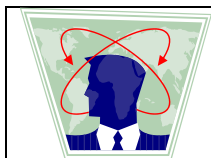
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшлиқда унинг дуоденал формаси, кексалиқда меъда яраси учрайди. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллиқ пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллиқ парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал ҳужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва рухий зўриқишлар, шикастлар, қуйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми;

калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомасы); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра нуқсони ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллик парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташки муҳит таъсирлари) ва ҳимоя омиллари (шиллик парда резистентлиги, ишкорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради. Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинандиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллик пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг нуқсони яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллик парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандиқ қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (бахор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнаши хос. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдидан овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида ҳам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги - гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин микдорини текшириш керак.

Меъданинг яра касаллиги.

Меъда ярасининг 3 типи фарқ қилинади (Jonson, 1965): I типи - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II типи - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари;

III типи - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири пассаж бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллик пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тескари диффузияси эса шиллик парданинг бевосита шикастланишига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллик парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллик парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлашадиган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота микдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тескари диффузланиши, қоплама ҳужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинроқ, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III типи) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ зонасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг микдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - оғриқ, тинч шароит - енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талок ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III типи) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атипик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғрик, бўлмайдди (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), цикллилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғрик, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Куп йиллар давомида ун икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралари деформацияси ва эвакуация бузилиши аниқланди. Меъда секрецияси қайси фазасида гиперсекрецияни кутиш мумкин

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Куп йиллар давомида ун икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинικο-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформацияси ва эвакуация бузилиши аниқланди.

I. Меъда секрецияси қайси фазасида гиперсекрецияни кутиш мумкин:

A. цефалик

B. гуморол

B. ичак

Г. цефалик ва гуморол *

Д. цефалик ва ичак

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

A. меъда резекцияси*

B. антрумэктомия

B. ваготомия

Г. пилорапластика

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
---	----------------	-----------	---------------

1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. Тўғри пархез ва режали давони белгилаш

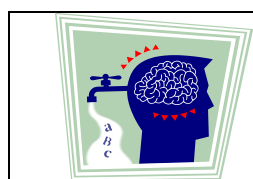
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. Меъдани зондлаш

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;

- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

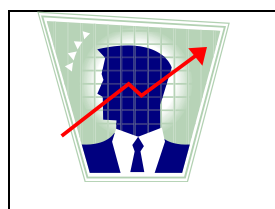


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади

			<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас

			<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқарли ”3”	<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		Қониқарси ”2”



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун-тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топширик бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Яра касаллиги тушинчаси, толзарблиги
2. Меъда ва 12 б. ичак яра касаллиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси

4. Яра касаллиги консерватив даволаш принциплари

5. Яра касаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

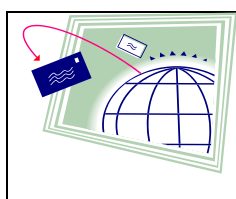
Амалий машғулот № 7: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ АСОРАТЛАРИ (ҚОН КЕТИШ, СТЕНОЗ)

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади	Талабалар

	Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари асоратлари (қон кетиш, стеноз).



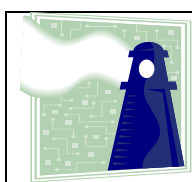
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

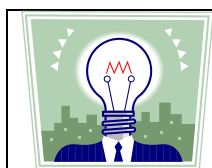
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

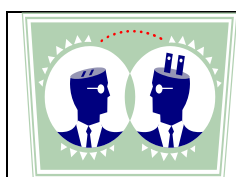
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



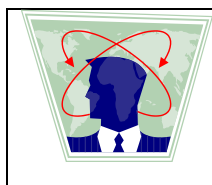
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улғайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган ҳоллар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тугилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин кулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у енгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ёйилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, холсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин кўзгатишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик енгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюқлашуви, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қискариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки қутби тароқсимон чизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаёди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер қўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни қунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ётқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тўзатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усулларида асосан 3 тури кулланилади: I- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I ёки гастроэнтеро- анастомоз Бильрот- II усулида бажарилади; II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари.

Ярдан қон кетиши

Ярдан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади. Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги қўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади.

Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллик пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилишч гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилишч ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ ҳислигини тўлдириш учун ўмов ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилишч эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фониди рўйрост геморрагик шокда шошилишч операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилишч операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилиш операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллэз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан холи қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармоқ ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралари деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди. Сизнинг ташҳисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралди деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди.

I. Беморда қайси асорат ривожланган:

- A. перфорация
- Б. пенетрация
- В. кон кетиш
- Г. привратник стенози*
- Д. малигнизация

II. Оптимал радикал операцияни курсатинг:

- A. меъда резекцияси*
- Б. антрумэктомия
- В. ваготомия
- Г. пилорапластика

2. Бемор 29 ешда 12 бармок ичак ярасидан қон кетяпти.

I. Қуйидаги жаррохлик даволарининг қайси бирини куллаш яхши натижалар беради:

- A. ошқозон субтотал резекцияси
- Б. тешилган ярани тикиш ва финней буйича пилоропластика қилиш ҳамда селектив проксимал ваготомия қилиш *
- В. селектив проксимал ваготомия
- Г. ярани тикиш ва гейнеке-микулич буйича пилоропластика қилиш
- Д. ун икки бармок ичак резекцияси

II. Яширин қон кетиш қандай аниқланади:

- A. Грегерсон синамаси*
- Б. Кея синамаси

В. Холландер синамаси

Г. Кацони синамаси

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (диф. ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

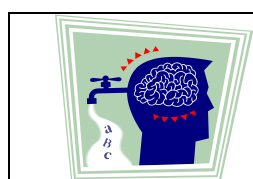
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

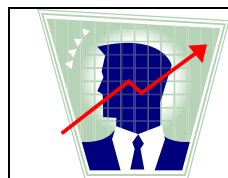


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштирилган иш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради

			- аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		- мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади

			<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқар ли”3”	<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст		Қониқар сиз”2”



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (ки-чик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструмен-тал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий би-лимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғу-лот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30

8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20
----	--	--	----	----

10.Текширув саволлари

1. Кон кетиш мнбаилари, клиникаси, даволаш тактикаси
2. Меъда ичак трактининг юкори кисмидан кон кетишининг дифференциал диагностикаси
3. Пилородуоденал стенозлар тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Камаров Б.Ю. Меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилинич жаррохлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
2. Курьгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Ветник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

04.12.2015 йил

**

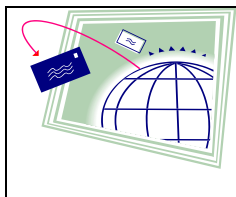
Амалий машғулот № 8: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ АСОРАТЛАРИ
(ПЕРФОРАЦИЯ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ)

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотидаги кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар

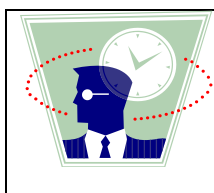
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
------------------------------	--	---------------------------------------

МАВЗУ: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари асоратлари (перфорация, пенетрация, малигнизация).



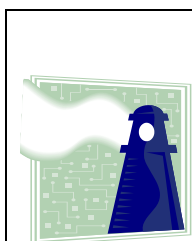
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили килиш.

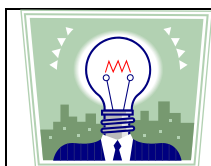
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

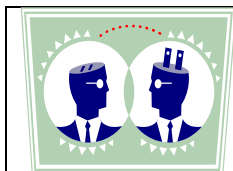
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги асоратлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



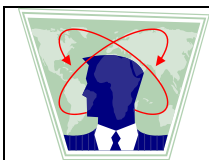
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I- деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости бези, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак туткичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости безига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости бези бошчасига пенетрация бўлганда сариқлик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқа-лади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат хиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Тешилган гастродуоденал яралар

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни кўзийди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20—50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фонидида пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизида 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимининг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Тешилган яралар классификацияси

(Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)

I. Этиологияси бўйича: ярали ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атипик тешилиши

Даволаш. Касалхонага ётказилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган восита-ларни сира юбориб бўлмайди.

Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалуқли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавfli яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 40 ешда 5 соат олдин ошкозон ярасининг тешилиши юз берган.

I. Оптимал жаррохлик усулини курсатинг

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 40 ешда 5 соат олдин ошкозон ярасининг тешилиши юз берган.

I. Оптимал жаррохлик усулини курсатинг:

А. ошкозон 2/3 кисмининг классик резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ярани тикиш ва трункуляр ваготомия

Г. пилоропластика ва трункуляр ваготомияси

Д. гастрэктомия

II. Радикал амалиётга нима карши курсатма булиши мумкин:

А. йирингли перитонит*

Б. серозли перитонит

В. бемор еши

Г. ўтган вақт

Д. жаррох куникмаси

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10

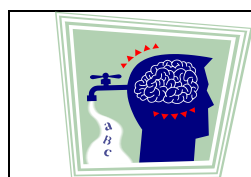
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда маҳсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги маҳсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда маҳсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10

10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

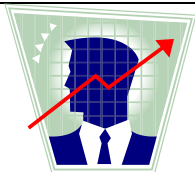


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади

			<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

			- аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қоникарли”3”	- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникарсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Перфорация тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси
2. Пенетрация тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси
3. Малигнизация тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Камаров Б.Ю. Мехда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилиш жаррохлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
2. Курьгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Ветник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Амалий машғулот № 9: ҚАЛҚОНСИМОН

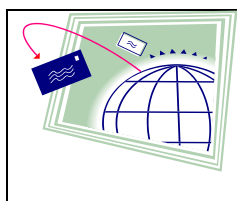
БЕЗ КАСАЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

<p>Даволаш ишлари (130 дақиқа)</p>	<p>А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари.</p> <p>Г) Копростаз</p>	<p>Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар</p>
<p>яқуний босқич (10 дақиқа)</p>	<p>1. Яқунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	<p>Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади</p>

МАВЗУ Қалқонсимон без касалликлари



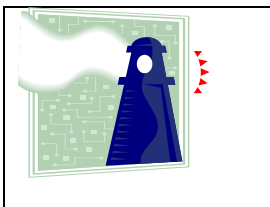
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

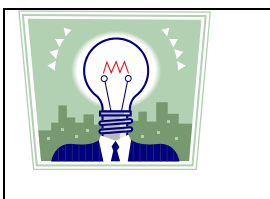
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

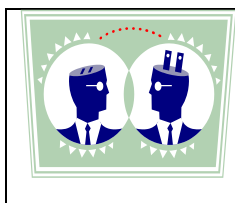
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



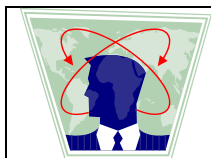
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Исломбеков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қалқонсимон без (*glandula thyreoidea*) деган номни Уортон, унинг қалқонга (*thyreos* - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпқа) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмига овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортикча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга оркасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпстик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқориқоқда жойлаш-ганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (расм 2).

Радиоактив моддалар (^{131}I ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади.

T3 ва T4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усуллари билан бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, ^{131}I билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади.

Эндемик ва спорадик буқоқ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашини. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли баравар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яқкам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли кўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, этиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) куйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),

- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,

- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

0 даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без кизилўнгач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезадилар, курук йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпқалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишинингбузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табiiй омиллар, очик ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузи-лишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очишиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмедиа симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айни вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Қалқонсимон без яллиғланишлари

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошлана-ди. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттик оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суяқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс оралиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмаслиги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва қўзиш даврида гипертиреоз

белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод миқдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлар-дан ажратиб турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беши пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан яқунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар қаторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъ-сири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб кўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар кўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттик атроф тўқималар билан тутшиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнгач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда калкансимон безда ташрихдан кейин тиреотроп гормон нормал базал даражаси сақланиб колди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция килинган унинг миқдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

A. бирламчи *

B. иккиламчи

B. учламчи

Г. гипотериоз йўқ

II. Шикастланиш урнини курсатинг:

А. калқонсимон безда*

Б. гипофизда

В. гипоталамусда

Г. хаммасида

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
---	----------------	-----------	---------------

1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛЬПАЦИЯСИ.

Мақсад: Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини аниқлаш.

№	оскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Қалқонсимон беzi пальпацияси бемор врачга нисбатан орқаси билан ўтиради.	0	15
2	Врачнинг бемор орқа томонидан бориб туриши.	0	20
3	Қалқонсимон беzi устига врач бармоқларини қўйиш.	0	20
4	Қалқонсимон беzi устида пальпатор харакатларни ўтказиш.	0	20
5	Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини баҳолаш.	0	25
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

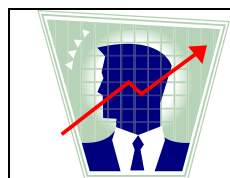


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади

		Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади

			<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қониқарли”3”	<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз”2”	<ul style="list-style-type: none"> - ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30

8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20
----	--	--	----	----

10.Текширув саволлари

Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси

Қалқонсимон безни касалликлари турлари

Эндемик бўқоқ

Тиреотоксикоз

Даволаш

Қалқонсимон без яллиғланиш касалликлари

11. Тавсия этилган адабиётлар

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

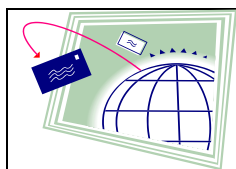
Амалий машғулот № 10: ТИРЕОТОКСИК БУҚОҚ ВА УНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Тиреотоксик буқоқ, келиб чиқиш омиллари, текшириш усуллари. Б) Тиреотоксик буқоқ, клиник белгилари, кўз симптомлари. В) Тиреотоксик буқоқ, даражалари, мезонлари, даволаш усуллари. Г) Тиреотоксик буқоқни хирургик даволаш усуллари. Операция пайтида ва ундан кейинги асоратлари. Даволаш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич	1. Яқунловчи хулоса қилади	Тинглайди

(10 дақиқа)	2. Мустақил иш беради	Ёзиб олади
	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади

МАВЗУ Тиреотоксик буқоқ ва уни касалликлари. Операциядан кейинги асоратлар



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

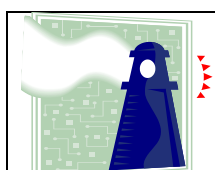
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 5,5



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. қалқонсимон без касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

515

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари хақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

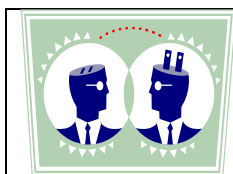
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - Қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



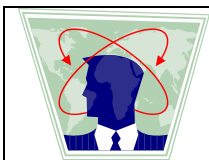
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарсинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамлакатимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қалқонсимон без (*glandula thyreoidea*) деган номни Уортон, унинг қалқонга (*thyreos* - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпқа) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмига овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортикча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпстик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқорирокда жойлашганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (расм 2).

Радиоактив моддалар (J131 ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади.

T3 ва T4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усулларида бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, J131 билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади.

Эндемик ва спорадик буқоқ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашини. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли барабар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли кўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) куйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),

- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,
- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

О даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнгач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезадилар,

курук йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпкалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнингбузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табиий омиллар, очик ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузи-лишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очилиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “каҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Қалқонсимон без яллиғланишлари

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттик оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс ораллиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмаслиги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод миқдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлардан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беши пустлоғининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан яқунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар каторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қилади, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда

қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото букоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта букоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттик атроф тўқималар билан туташиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнгач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавfli ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда калкансимон безда ташрихдан кейин тиреотроп гормон нормал базал даражаси сақланиб колди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция қилинган унинг микдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

А. бирламчи *

Б. иккиламчи

В. учламчи

Г. гипотериоз йўқ

II. Шикастланиш урнини курсатинг:

А. калконсимон безда*

Б. гипофизда

В. гипоталамусда

Г. хаммасида

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

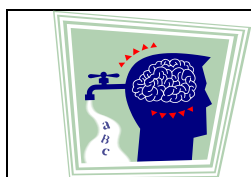
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗИ ПАЛЬПАЦИЯСИ.

Мақсад: Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини аниқлаш.

№	боскичлар	Бажармади	Тўлиқ тугри бажарди
1	Қалқонсимон беzi пальпацияси бемор врачга нисбатан орқаси билан ўтиради.	0	15
2	Врачнинг бемор орқа томонидан бориб туриши.	0	20
3	Қалқонсимон беzi устига врач бармоқларини қўйиш.	0	20
4	Қалқонсимон беzi устида пальпатор харакатларни ўтказиш.	0	20
5	Қалқонсимон беzi катталашиш даражасини баҳолаш.	0	25
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;




8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштири	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси

	ш % ва балда		
1.	96-100	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади

			<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунини алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимидан хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди

			- мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қониқарли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	<p>9. Машғулотнинг хронологик харитаси</p>
---	--

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш тартиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустақкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Қалқонсимон без анатомияси, физиологияси

Қалқонсимон безни касалликлари турлари

Эндемик бўқоқ

Тиреотоксикоз

Даволаш

Қалқонсимон без яллиғланиш касалликлари

11. Тавсия этилган адабиётлар

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

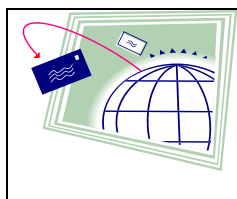
Амалий машғулоти № 11: СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотига тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва

	талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Ўт пуфаги ва ўт йўллари анатомо-физиологик хусусиятлари. Б) Сурункали холецистит, этиопатогенези, клиник аломатлари. В) Сурункали холециститни , консерватив ва оператив даво усуллари.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Ўт йўллари ва ўт пуфаги касалликлари, диагностика ва даволаш



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

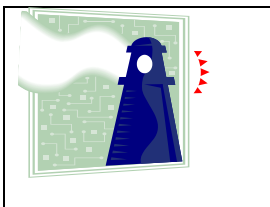
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўлларини, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

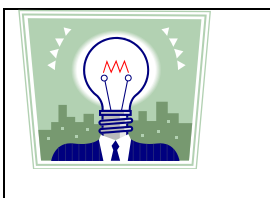
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

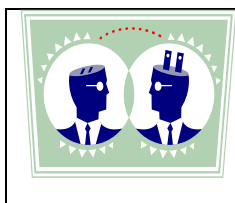
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



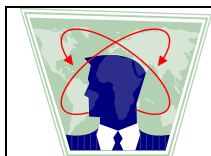
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарқ қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиксимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча ҳоладан ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт

пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишни вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишқорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўллариининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар куйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери кичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчик хуружлари бўлган-бўлмаганига ахамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи ахамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллариининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўлларини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич хисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сургичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўлларини манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги хосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўлларини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сургич холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари каторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи хисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар хисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида хосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда,

жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғрик хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғрик, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор энгил тортмайди.

Куздан кечиринда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғрик пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализиди лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғрик бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандикли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сарбарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқишининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегестив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беги йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво замида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узоқ давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга руҳсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.
2. Паранефрал новокаин блокадаси.
3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.
4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.
5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.
6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш замида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортикча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади.

Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуржсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит заминидан вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Аҳлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларини

назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эхтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва махаллий антибактериал даволаш учун ўтти экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, хатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характерига кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледоходда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ходисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтти бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминида тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлкинлар билан майда фрагментларга парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Қуп йиллар давомида ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аниқланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аниқланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

А. консерватив

Б. литотрипсия

В. Дренаж куйиш

Г. Лапароскопик холецистэктомия*

Д. РПХГ ва ЭПСТ

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20

4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10

10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



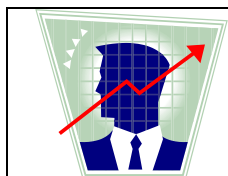
8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади

			<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди

		Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қониқарли ”3”	<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди

			- қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарси 3”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун-тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. ЎТ тош кассалиги тушинчаси, толзарблиги
2. ЎТ тош касаллиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. ЎТ тош касаллиги консерватив даволаш принциплари
5. ЎТ тош касаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

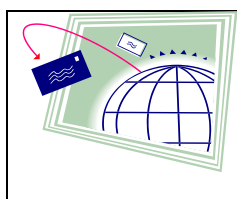
Амалий машғулот № 12: ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

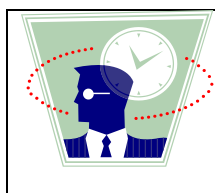
	4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Б) В) Г)	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ



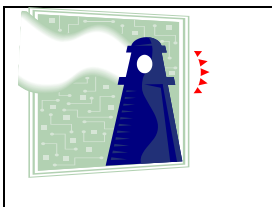
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даволаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

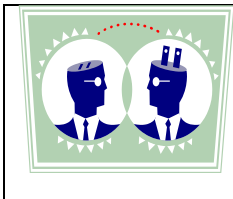
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усуллари ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



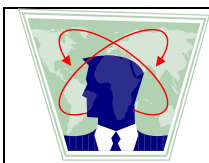
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

ТАЯНЧ КОНСПЕКТ

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чиқиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боғлиқ эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни

фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиксимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холадан ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдиган, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар куйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери кичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўтқир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оқсил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод саклайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси

бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўллариининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллариини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич хисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллариини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўллариини манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллариини ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги хосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллариини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи хисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар хисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида хосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт

пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғрик аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғрик хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғрик, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал сохада жойлашган бўлса, бел сохасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечеришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тартади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғрик пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализда лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғрик бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандикли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истискоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги сохасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беги йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминиди касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғрик унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилишч операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган микдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминиди беморнинг ахволи яхшиланмаса, қоринда оғрик сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобиляти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортикча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортикча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хурожсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит заминада вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзғатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал қолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операция жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда

жигар функционал холатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Хозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларини назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўлларни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, хатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўлларини катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледоҳда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормаға тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ходисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашға утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедоҳ терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминида тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашға асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўлларини тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимиға

ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Куп йиллар давомида ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аниқланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аникланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

А. консерватив

Б. литотрипсия

В. Дренаж куйиш

Г. Лапароскопик холецистэктомия*

Д. РПХГ ва ЭПСТ

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

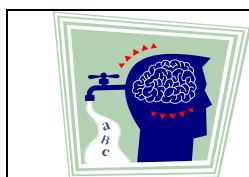
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво парhezлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда парhez столини тўғри танлаш	0	10
3	Парhezнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Оғиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги	0	10

	учун уни кимирлатиб туриш.		
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



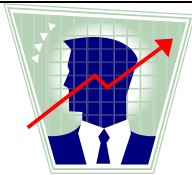
8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади

			<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлик асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади

		Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунини алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қоникарли”	<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимидан хатоликларга йўл қўяди

		3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқарсиз ”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси
---	-------------------------------------

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30

5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор қурацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўт тош кассалиги тушинчаси, толзарблиги
2. Ўт тош касаллиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўт тош касаллиги консерватив даволаш принциплари
5. Ўт тош касаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

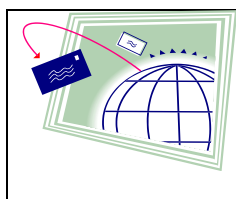
Амалий машғулот № 13: ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади	Талабалар

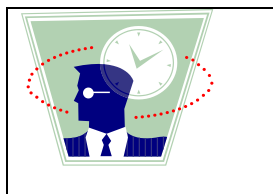
	Давоматни назорат қилади	
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
якуний босқич (10 дақиқа)	1. Якунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Ўт йўллари ва ўт пуфаги касалликлари, диагностика ва даволаш



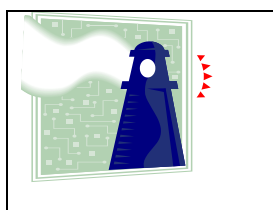
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморлар, қурация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

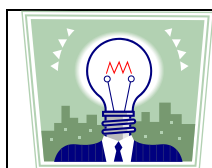
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

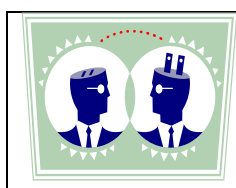
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



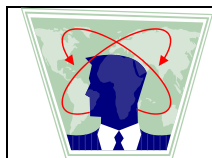
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч концепт

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 холларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чиқиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим

фарк қилинади: ўн икки бармоқ ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармоқ, ичак юкори-горизонтал тармоки оркасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси оркасидаги) ва ўн икки бармоқ ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармоқ, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармоқ ичакларига боглик эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўтқир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилик, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилик пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлик мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилик парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради

ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўлларини рентген контраст текширишдан иборат. Ҳозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўлларини манометрик текшириш - холангиоанометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида ҳулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўлларини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи хисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар хисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғриқ аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғриқ хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғриқ, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши этиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализда лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом хис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истисқоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариқлик билан юзага чиқади. Баъзан сариқлик

холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости бези йўлидаги ўт йўлларига ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заманида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўлларининг ялиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин каторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминада беморнинг ахволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, қатта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоқлами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит заминада вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Аҳлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзгатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва

кимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини кийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғирган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Хозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўллари назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишқор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўллари катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш. Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг

ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминида тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жахон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлкинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўлларини тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли хисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Куп йиллар давомида ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик ва ультратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аникланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор ўт тош касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва ултратовуш текширганда ўт пуфагида кўплаб соялар аниқланади, ўт копи фаолияти бузилган. Сизнинг даволаш усулингиз.

А. консерватив

Б. литотрипсия

В. Дренаж куйиш

Г. Лапароскопик холецистэктомия*

Д. РПХГ ва ЭПСТ

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис

ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармад и	Тўлик бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган	0	25

	касалликларни келтириб ўтиш		
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

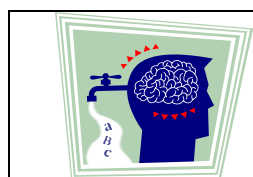
№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10

2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

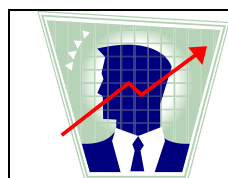


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштирилган иш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади

			<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунини алоҳида саволлари

			юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65	Қоникарли ”3”	- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қоникар- сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас- билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўрғазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30

5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. ЎТ тош қасалиги тушинчаси, толзарблиги
2. ЎТ тош қасаллиги таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. ЎТ тош қасаллиги консерватив даволаш принциплари
5. ЎТ тош қасаллиги жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

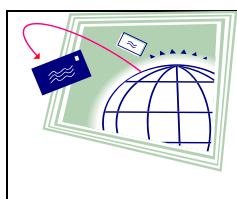
Амалий машғулот № 14: ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ. ЖИГАР АБСЦЕССИ, КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун такдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмаларни плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва

	талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	<p>А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари.</p> <p>Г) Копростаз</p>	<p>Кичик гуруҳларга бўлинадилар</p> <p>Ёзадилар</p>
яқуний босқич (10 дақиқа)	<p>1. Яқунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	<p>Тинглайди</p> <p>Ёзиб олади</p> <p>Ёзиб олади</p>

МАВЗУ: Жигар хирургик касалликлари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

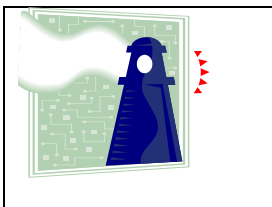
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. жигар хирургик касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

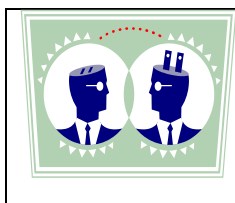
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



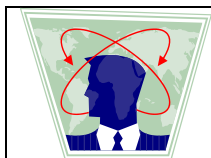
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Портал гипертензия синдроми - негизда дарвоза венасида қон босимининг ошиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдром қоннинг дарвоза узанги оқиб келиши ва оқи кетиши ўртасидаги нимбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши жигардан ташқари, жигар ичида, жигар устида ва аралаш блокдан бузилиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари формаси дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (бўшлиқ атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараён, киндик сепсиси, ўсмадан босилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси энг кўп (80-90%) зи билан боғлиқ. Жигар веналари тромбофлебители (Киари касаллиги) ёки жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми), пастки ковак венанинг ривожланиши нуқсонлари шакилланиши келтириб чиқарган жигар усти формасидан жигардан адекват қон оқиб кетиши бузилган. Аралаш блок жигар циррози бўлган пациентларда дарвоза венаси тромбози ривожланганда пайдо бўлади.

Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда портал ўзанга артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия жигарни четлаб ўтиб қонни оқимиға шунтлайдиган табиий портоковал анастомозлар шакилланишига олиб боради. Улар орасида йиртилиш ва қон оқш билан асоратланиш эҳтимоли бўлган гастроэзофагеал анастомозлар энг хавли ҳисобланади.

Портал гипертензиянинг асосий белгилари спленомегалия, қизилўнгач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, кенгайган гемороидал веналар ва асцит борлиги ҳисобланади. Беморлар ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаҳа йўқлиги, кўнгил айниши, қорин дам бўлиши, қабзиятдан нолидилар. Кўздан кечирялганда тана мушак оғирлигининг пасйганига, катталашган «бақасимон» қоринга, қоринда ёки қориннинг ён бўлишларида кенгайган веноз турига (caput medusae) аҳамият берилади. Жигар белгилари «томир юлдузчалари», «жигарсимон кафтлар»ни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия билан юзага чиқади. Жигарда қон

ивиш омилларининг ишланиши камайиб, томбоцитлар сонининг пасайиши гипокоагуляцияга олиб келади, бу кўпинча милклар, бурундан қон оқиши кўринишида юзага чиқади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз табиатига (постнекротик, алкогольдан ва б.) жараённинг активлигига, жигарнинг функционал бузилишлари даражасига боғлиқ.

Жигар усти блокининг ўткир формасида (жигар веналари тромбози, Бадд-Киари синдроми) эпигастрал соҳада гипертензия фонида ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия ва асцит тез орта боради. Беморлар авж олиб борадиган буйрак етишмовчилигидан ҳалоқ бўладилар. Касалликнинг сурункали формасида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинуви бузилишлари ва оғриқлар кетиш кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар функцияси узоқ вақтгача қониқарли даражада қолади ва портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан қон оққанда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизидўнғач ва меъданинг варикоз кенгайган веналардан қон оқишини ёки ўқмаслиги касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлагдан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор). Асцит берлиги, жигар ўлчамларининг книнг хатто атрофиясигача қисқариши, жигар етишмовчилигнинг етишмовчилиги. Портал гипертензиянинг декомпенсациясидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатига баҳо бериш учун ҳалқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хўжайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади.

Ҳосил бўлган баллар миқдорининг жамлаб, пациентларни жигар етишмовчилигини характерлайдиган бирор функционал синфга киритиш мумкин. «А» синф 5-6 баллар, «В» синфи 7, 9, «С» синфи – 10 ва бун ортик балларга мувофиқ келади.

Портал гипертензияни диагностика қилишнинг инструментал усуллари қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчалари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастрофиброскопия, контраст мода юбориб рентгенологик текшириши), жигарда қон таъминоти бузилишлари, табиатини, дарвоза венасидан қон оқиб кетиши учун тўсиқнинг даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, қаваграфия, спленопортография, тери орқалли жигар орқали портография зарур.

Портал гипертензияни даволаш касалликнинг формаси ва босқичига боғлиқ ва асосий сабабини ёки асоратлари профилактикасини даволашга йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари формасида беморлар хирургик усулда даволанишлари керак. Портосистем-спленоренал, мезентерика-кавал ёки бевосита портокавал анастомоз қўйиши операцияси энг кўп қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензия беморларни даволашда хирургик даволашдан фақат жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмаганда фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар борлиги, жигарнинг бузилган функциялари тўлдириш даражаси, гиперспленеизмнинг эзага чиққанлиги ҳисобга олинади. Хирургик операцияларнинг иккита асосий типини қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомоз қўйиш ёки қон оқишларга йўл қўймаслик учун гастроэзофагеал шунтларнинг блоклашга йўналтирилган алохидалайдиган. Функционал «А» ва «В» синфидаги пациентларнинг

даволашда энг яхши натижаларнин қўлга кетиш мумкин. «С» синфига киритилган беморларда асцит бўлганда овқтланиш бузилишларида ва неврологик издан чиқишларда операция натижалари қониқсиз, операциядан кейинги леталлик эса юқори.

Портал гипертензияни даволашнинг кам инвазив эндоваскуляр эндоваскуляр усуллари (талоқ артерияси, қизилўнгач ва меъда варикоз аеналнинг эмболланиши, жигар ичига портосистем шунт қўйиш) кенг тарқалмоқда, улар кам шикастлаш усули билан даволаш билан эффектига эришишга олиб келади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асорати қизил ўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан профуз қон оқиши ҳисобланади. Бундан эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезилари бўлмай, ивндилари бўлган ўзгармаган қон келиши ёки қон қусиш рўй беради. Геморагик шок (қарахтлиқ) симптомлари пайдо бўлади ва авж олиб боради.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини даволаш консерватив тадбирлардан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун қизил-ўнгач Блэкмор зонди билан тампонада қилинади. Сўнгра шока қарши тадбирлар, гемостатик ва ўринбосар терапия ўтказилади. Блэкмор зонди юмалоқ (меъда) ва цилиндр симон (қизилўнгач) шаклдаги иккита балонлари бўлган 3 қаватли резина найчадан иборат. Зонднинг иккита канали балонларни шишириш учун ишлатилади.ю учинчиси меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостаз самарадорлигини назорат қилишга хизмат қилади.

Ўни ўрнатишдан олдин балонларнинг герметикли ва уларни шишириш учун зарур ҳаво ҳажмий текширилади. Зонд бурун орқали меъдага киритилади сўнгра меъда баллони шиширилад. Сўнгра уни баллон кардио соҳасида жолаштирилганда пайдо бўладиган қаршилик сезилгунча тортилади. Зонд шундай ҳолатда маҳамланади. Кейин қизилўнгач баллолнига аста-секин 100-150 мл ҳаво тўлдирилади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни кунт билан босиш қон оқиши тўхташига олиб келади. Бир неча соат ўтгач (12-24) баллонлардаги босим камайтирилиб, бунда чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зонднинг қолиш вақти-чақалар пайдо бўлиш хавфи борлигидан 2 суткадан ошмаслиги керак. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октреопид).

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш ёки лигатура ўрнатиш қўлланилади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз махсус игна билан склерозловчи препарат (варикоцид, тромбовар) киритилади, булар вена интимасини шикастлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация қилади.

Узил-кесил гемостазни кам травматик усуллариги шинингдек эндоваскуляр операциялар (қизилўнгач варикоз веналарини жигар орқали эмболлаш, жигар орқали портосистем шунт қўйиш) киритилад.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади, булар бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач веналари кардияни меъда орқали боғлаш билан чегараланади. Портосистем анастомозлар қўйиш, алоҳида қилинадиган операциялар чекланган ҳолда қўлланилади.

Циррозда қизилўнгач веналаридан қон оққанда металллик айниқса юқори ва 70% га боради ва жигар циррозининг декомпенсацияланган босқичидан дарак берадиган такрор ҳодисаларда, асцит, сариклиги бўлган беморларда бундан ҳам ошади. Бунда прогноз одатда, ёмон бўлади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-яралли деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди. Сизнинг ташҳисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ билан ўқоят қилиб келган беморни клинико-инструментал ва УЗИ текширганда жигар 5-6 сегментлар соҳасида юмалок шаклли хосила аниқланган .

I. Сизнинг бирлмчми ташхисингиз:

А. Жигар гепатоцелуляр раки

Б. Вирусли гепатит

В. Сигмасимон ичак ракини жарага метастази

Г. Жигар кистаси*

Д. Жигар гематомаси

II. Оптимал диагностик методни курсатинг:

А. Қон биохимик текширувлари

Б. Корин аъзолари КТси

В. Диагностик лапароскопия

Г. Умумий қон ва сийдик тахлили

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, режали давони белгилаш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлик бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосланиб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. Тери орқали жигар орқали холангиостомани ювиш техникаси

Мақсад: Ўт йўллари стомасини ёпилиб қолишин ва ўт йўллари дренажланиши тўхтаб қолишини олдини олиш

Кўрсатма: холангитдан кейинги холангиостомадан кейинги ҳолат

Анжомлар: 10 млли шприц, антисептик суюклик, лоток.

Бажариладиган боскичлар:

№	Чора тадбирлар	Бажар-мади	Тўлиқ бажарди
1	Бемор чалқанчага ётади		15
2	Холангиостомани узайтиргичдан ажратиш		20
3	Холангстомага 10 мл атрофида антисептик суюклик юбориш		30
4	Юборилган суюкликни аспирация қилиш		30
5	Ажратилган трубкаларни улаб қўйиш		5
	Жами		100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

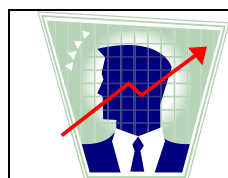


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади

		Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндаша олади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослай олмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқ эмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалаларни тўғри еча билади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради

			- мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қоникар ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10	54 ва ундан паст	Қоникар сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомий-лиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушун-тириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазият-ли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, муноза-ра-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Жигар хирургик касалликлари клиникаси, даволаш тактикаси
2. Жигар эхинококкози ва бошқа жигар кисталарини дифференциал диагностикаси
3. Жигар ўсмалари тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.

5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

6. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Амалий машғулот № 15:

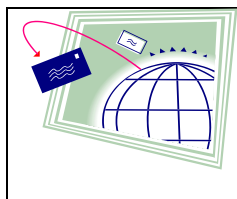
ЖИГАР ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИ. КЛИНИКАСИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар

	4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Жигар хирургик касалликлари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

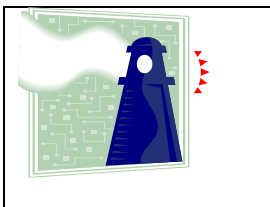
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. жигар хирургик касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

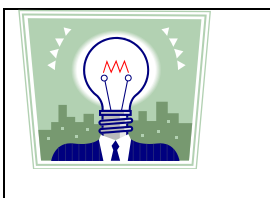
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

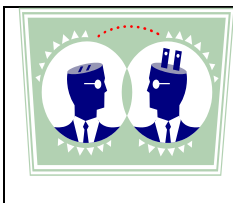
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - жигар хирургик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



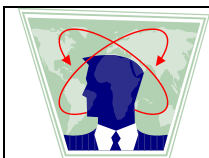
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

Таянч конспект

Портал гипертензия синдроми - негизда дарвоза венасида қон босимининг ошиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдром қоннинг дарвоза узанги оқиб келиши ва оқи кетиши ўртасидаги нимбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши жигардан ташқари, жигар ичида, жигар устида ва аралаш блокдан бузилиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари формаси дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (бўшлиқ атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараён, киндик сепсиси, ўсмадан босилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси энг кўп (80-90%) зи билан боғлиқ. Жигар веналари тромбофлебители (Киари касаллиги) ёки жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми), пастки ковак венанинг ривожланиши нуқсонлари шакилланиши келтириб чиқарган жигар усти формасидан жигардан адекват қон оқиб кетиши бузилган. Аралаш блок жигар циррози бўлган пациентларда дарвоза венаси тромбози ривожланганда пайдо бўлади.

Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда портал ўзанга артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия жигарни четлаб ўтиб қонни оқимиға шунтлайдиган табиий портоковал анастомозлар шакилланишига олиб боради. Улар орасида йиртилиш ва қон оқш билан асоратланиш эҳтимоли бўлган гастроэзофагеал анастомозлар энг хавли ҳисобланади.

Портал гипертензиянинг асосий белгилари спленомегалия, қизилўнғач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, кенгайган гемороидал веналар ва асцит борлиги ҳисобланади. Беморлар ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаҳа йўқлиги, кўнгил айниши, қорин дам бўлиши, қабзиятдан нолидилар. Кўздан кечирялганда тана мушак оғирлигининг пасйганига, катталашган «бақасимон» қоринга, қоринда ёки қориннинг ён бўлишларида кенгайган веноз турига (caput medusae) аҳамият берилади. Жигар белгилари «томир юлдузчалари», «жигарсимон кафтлар»ни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия билан юзага чиқади. Жигарда қон

ивиш омилларининг ишланиши камайиб, томбоцитлар сонининг пасайиши гипокоагуляцияга олиб келади, бу кўпинча милклар, бурундан қон оқиши кўринишида юзага чиқади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз табиатига (постнекротик, алкогольдан ва б.) жараённинг активлигига, жигарнинг функционал бузилишлари даражасига боғлиқ.

Жигар усти блокининг ўткир формасида (жигар веналари тромбози, Бадд-Киари синдроми) эпигастрал соҳада гипертензия фониди ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия ва асцит тез орта боради. Беморлар авж олиб борадиган буйрак етишмовчилигидан ҳалоқ бўладилар. Касалликнинг сурункали формасида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинуви бузилишлари ва оғриқлар кетиш кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар функцияси узок вақтгача қониқарли даражада қолади ва портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан қон оққанда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизилўнғач ва меъданинг варикоз кенгайган веналардан қон оқишини ёки ўқмаслиги касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлагдан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор). Асцит берлиги, жигар ўлчамларининг книнг хатто атрофиясигача қисқариши, жигар етишмовчилигнинг етишмовчилиги. Портал гипертензиянинг декомпенсациясидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатига баҳо бериш учун ҳалқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хўжайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади.

Ҳосил бўлган баллар миқдорининг жамлаб, пациентларни жигар етишмовчилигини характерлайдиган бирор функционал синфга киритиш мумкин. «А» синф 5-6 баллар, «В» синфи 7, 9, «С» синфи – 10 ва бун ортик балларга мувофиқ келади.

Портал гипертензияни диагностика қилишнинг инструментал усуллари қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчалари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастрофиброскопия, контраст мода юбориб рентгенологик текшириши), жигарда қон таъминоти бузилишлари, табиатини, дарвоза венасидан қон оқиб кетиши учун тўсиқнинг даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, қаваграфия, спленопортография, тери орқалли жигар орқали портография зарур.

Портал гипертензияни даволаш касалликнинг формаси ва босқичига боғлиқ ва асосий сабабини ёки асоратлари профилактикасини даволашга йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари формасида беморлар хирургик усулда даволанишлари керак. Портосистем-спленоренал, мезентерика-кавал ёки бевосита портокавал анастомоз қўйиши операцияси энг кўп қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензия беморларни даволашда хирургик даволашдан фақат жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмаганда фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар борлиги, жигарнинг бузилган функциялари тўлдириш даражаси, гиперспленеизмнинг эзага чиққанлиги ҳисобга олинади. Хирургик операцияларнинг иккита асосий типини қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомоз қўйиш ёки қон оқишларга йўл қўймаслик учун гастроэзофагеал шунтларнинг блоклашга йўналтирилган алохидалайдиган. Функционал «А» ва «В» синфидаги пациентларнинг

даволашда энг яхши натижаларнин қўлга кетиш мумкин. «С» синфига киритилган беморларда асцит бўлганда овқтланиш бузилишларида ва неврологик издан чиқишларда операция натижалари қониқсиз, операциядан кейинги леталлик эса юқори.

Портал гипертензияни даволашнинг кам инвазив эндоваскуляр эндоваскуляр усуллари (талоқ артерияси, қизилўнгач ва меъда варикоз аеналнинг эмболланиши, жигар ичига портосистем шунт қўйиш) кенг тарқалмоқда, улар кам шикастлаш усули билан даволаш билан эффектига эришишга олиб келади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асорати қизил ўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан профуз қон оқиши ҳисобланади. Бундан эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезилари бўлмай, ивндилари бўлган ўзгармаган қон келиши ёки қон қусиш рўй беради. Геморагик шок (қарахтлиқ) симптомлари пайдо бўлади ва авж олиб боради.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини даволаш консерватив тадбирлардан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун қизил-ўнгач Блэкмор зонди билан тампонада қилинади. Сўнгра шока қарши тадбирлар, гемостатик ва ўринбосар терапия ўтказилади. Блэкмор зонди юмалоқ (меъда) ва цилиндр симон (қизилўнгач) шаклдаги иккита балонлари бўлган 3 қаватли резина найчадан иборат. Зонднинг иккита канали балонларни шишириш учун ишлатилади.ю учинчиси меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостаз самарадорлигини назорат қилишга хизмат қилади.

Ўни ўрнатишдан олдин балонларнинг герметикли ва уларни шишириш учун зарур ҳаво ҳажмий текширилади. Зонд бурун орқали меъдага киритилади сўнгра меъда баллони шиширилад. Сўнгра уни баллон кардио соҳасида жолаштирилганда пайдо бўладиган қаршилик сезилгунча тортилади. Зонд шундай ҳолатда маҳамланади. Кейин қизилўнгач баллолнига аста-секин 100-150 мл ҳаво тўлдирилади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни кунт билан босиш қон оқиши тўхташига олиб келади. Бир неча соат ўтгач (12-24) баллонлардаги босим камайтирилиб, бунда чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зонднинг қолиш вақти-чақалар пайдо бўлиш хавфи борлигидан 2 суткадан ошмаслиги керак. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октреопид).

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш ёки лигатура ўрнатиш қўлланилади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз махсус игна билан склерозловчи препарат (варикоцид, тромбовар) киритилади, булар вена интимасини шикастлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация қилади.

Узил-кесил гемостазни кам травматик усуллариги шинингдек эндоваскуляр операциялар (қизилўнгач варикоз веналарини жигар орқали эмболлаш, жигар орқали портосистем шунт қўйиш) киритилад.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади, булар бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач веналари кардияни меъда орқали боғлаш билан чегараланади. Портосистем анастомозлар қўйиш, алоҳида қилинадиган операциялар чекланган ҳолда қўлланилади.

Циррозда қизилўнгач веналаридан қон оққанда металллик айниқса юқори ва 70% га боради ва жигар циррозининг декомпенсацияланган босқичидан дарак берадиган такрор ҳодисаларда, асцит, сариклиги бўлган беморларда бундан ҳам ошади. Бунда прогноз одатда, ёмон бўлади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

10 йил давомида 12-бармок ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик булими чандик-ярали деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди. Сизнинг ташҳисингиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ билан ўқоят қилиб келган беморни клинико-инструментал ва УЗИ текширганда жигар 5-6 сегментлар соҳасида юмалок шакли хосила аниқланган .

I. Сизнинг бирлмчми ташхисингиз:

А. Жигар гепатоцелуляр раки

Б. Вирусли гепатит

В. Сигмасимон ичак ракини жарага метастази

Г. Жигар кистаси*

Д. Жигар гематомаси

II. Оптимал диагностик методни курсатинг:

А. Қон биохимик текширувлари

Б. Корин аъзолари КТси

В. Диагностик лапароскопия

Г. Умумий қон ва сийдик тахлили

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, режали давони белгилаш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни кўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. Тери орқали жигар орқали холангиостомани ювиш техникаси

Мақсад: Ўт йўллари стомасини ёпилиб қолишин ва ўт йўллари дренажланиши тўхтаб қолишини олдини олиш

Кўрсатма: холангитдан кейинги холангиостомадан кейинги ҳолат

Анжомлар: 10 млли шприц, антисептик суюклик, лоток.

Бажариладиган боскичлар:

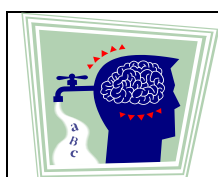
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Бемор чалқанчага ётади		15
2	Холангиостомани узайтиргичдан ажратиш		20
3	Холангостомага 10 мл атрофида антисептик суюклик юбориш		30
4	Юборилган суюкликни аспирация қилиш		30
5	Ажратилган трубкларни улаб қўйиш		5
	Жами		100

- оғзаки;

- ёзма;

- вазиятли масалалар ечиш;

- эгалланган амалий кўникмаларни намоёниш этиш;



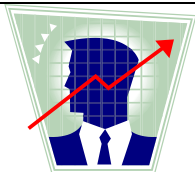
7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқар-ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва х.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва х.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текши-рувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифферен-циал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва х.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30

7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Жигар хирургик касалликлари клиникаси, даволаш тактикаси
2. Жигар эхинококкози ва бошқа жигар кисталарини дифференциал диагностикаси
3. Жигар ўсмалари тушунчаси, клиникаси, даволаш тактикаси

11. Тавсия этилган адабиётлар

Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.

М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.

А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.

С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.

Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

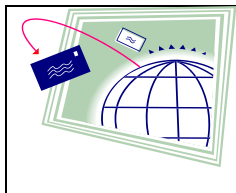
МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотидаги кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ўзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради	Тинглайди Ўзиб олади

	3. Уйга вазифа беради	Ёзиб олади
--	-----------------------	------------

МАВЗУ: МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

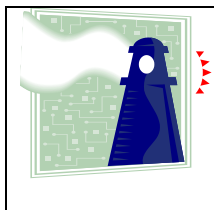
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ости беzi касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. меъда ости беzi касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

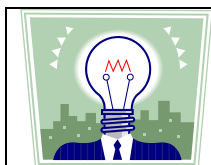
- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;

- меъда ости беъи касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;

- махсус текширув усулларни ўрганиш.

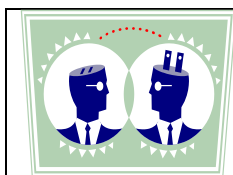
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ости беъи касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



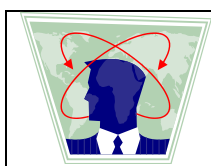
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўкималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чикган ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва корин бўшлиги органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди.

Касалликни диагностика килиш кийинлиги, огир кечиши ва леталлик юкорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диккат-этиборини тортиб келади, огир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпрок огрийдилар.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит куйидаги турлари фарк килинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли хисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпрок кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизда). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизда кайд килинади.

Хозирги кунда ўткир панкреатитни энг кулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф килинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади.

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости сохасида ва чап ковургалар остида огирлик сезгиси ва оз-моз огрик, кекириш, кориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган киска продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал сохада ва чап ковургалар остида огрик бўлиши объектив симптом хисобланади, у кўпинча олдинги корин девори мушакларинини таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал сохада корин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир кисмида, вахоланки Мейо-Робсон симптоми (чап ковурга-умуртка бўрчагида огрик) уларнинг ярмидан кўпида аникланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда корин бўшлигида озод суюклик аникланиши эхтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг огир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансaminaза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда конда ва сийдикда диастаза микдори хамавакт ошавермайди. Амилаза микдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортик) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно килмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда конда ва сийдикда диастаза микдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Диагностикаси. Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошигич диагностика килишнинг энг кимматли методларидан бири хисобланади.

Лапароскопик текширишга курсатмалар куйидагича: клиник манзаранинг ноаниклиги, панкреатит ва корин бушлигининг бошка ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика килиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аник бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниклаш ва даво муолажаларини бажариш учун килинади.

Сўнгги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб колди, улар меъда ости беzi ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниклаб беради.

Корин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография килиш методларини клиникага жорий килиш меъда ости беши касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости беши ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аниқланади. Ўн икки бармок ичак ковузлогли («такаси») кенгайган, парез ҳолатида.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ келиши керак.

Фермент токсемияга қарши курашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация килиш ва меъдани содали совук эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори ҳисобланади). Одди сфинктерига спазмни йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беши гипотермияси, 4-5 қунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки қорин бўшлиғига тушган ферментларни йўқотиш; қўқрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж килиш, диурез стимуляцияси; қорин бўшлиғини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Лапароскопик дренажлаш ва қорин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив хайдаш, қорин бўшлиғига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш ҳисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи қорин бўшлиғини лапароскопик дренажлаш, айна вақтда экссудатни перитонеал диализ типини бўйича эвакуация килиш ҳисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичдан иборат бўлади. Диагностик босқичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўқлиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - қорин бўшлиғини қорин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит қуйидагича хирургик даво килинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) қорин бўшлиғини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви ҳалтаси абсцесси, қорин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг муҳими - қорин бўшлиғини суюқлик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), қорин бўшлиғини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Кичикўчокли панкреонекрозда консерватив терапия куйдагилардан иборат:

1. Ошкозон ости беги фаолиятини босиш (очлик, махалий гипотермия, ошкозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).
2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).
3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.
4. Огрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг куйидаги типлари кулланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости беги думи ва танасини резекция килиш, 3) панкреатэктомия.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутади, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулохаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 40 ешда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал сохада кучли огрик пойдо булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат. Ташхис.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба кўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 40 ешда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал сохада кучли огрик пойдо булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат.

I. Ташхис:

A. уткир панкреатит*

B. уткир холецистит

B. уткир аппендицит

Г. уткир гастрит

Д. уткир энтерит

II. Тактика:

A. максимал консерватив*

B. режали операция

B. Шошилинич операция

Г. тозаловчи хукна

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

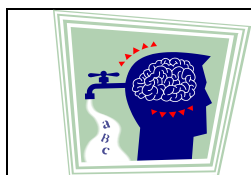
Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ

Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10
9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

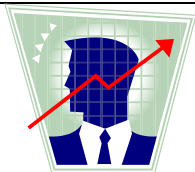
- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;



8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

4.	81-85	Яхши”4”	- амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		- интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқар-ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни тахлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозарабахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Уткир панкреатит таснифи

Уткир панкреатит тушунчалари

Клиник кечими ва даволаш усулларМеъда ости беши бўйича кискача анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари

Уткир панкреатит таснифи

Уткир панкреатит тушунчалари

Клиник кечими ва даволаш усуллари

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.

М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.

А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.

С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлар» 1991 г.

В.Н. Войтенко . Атлас операции на органах брюшной полости. 2000 г.

6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

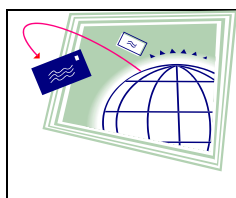
Амалий машғулот № 17: СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозаллигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар

	<p>Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари.</p> <p>Г) Копростаз</p>	Ўзадилар
<p>якуний босқич (10 дақиқа)</p>	<p>1. Якунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	<p>Тинглайди</p> <p>Ўзиб олади</p> <p>Ўзиб олади</p>

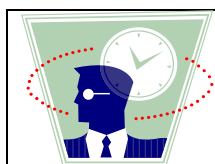
МАВЗУ: МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

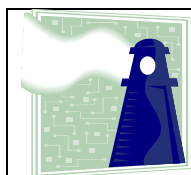
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ости беги касаллиги билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўлларини, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. меъда ости беги касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- меъда ости беги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

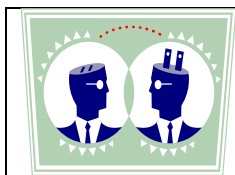
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ости беги касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



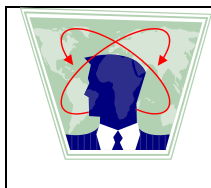
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиқган ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% ҳолларда учрайди.

Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта ҳисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тўғри келди, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп қузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркекларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит қуйидаги турлари фарқ қилинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли ҳисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини қузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпроқ қузатилади (беморларнинг 77-78 фоизида). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизида қайд қилинади.

Ҳозирги кунда ўткир панкреатитни энг қулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф қилинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади.

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости соҳасида ва чап қовургалар остида оғирлик сезгиси ва оз-моз оғрик, кекириш, қориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган қиска продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал соҳада ва чап қовургалар остида оғрик бўлиши объектив симптом ҳисобланади, у кўпинча олдинги қорин девори мушакларининг таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал соҳада қорин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир қисмида, ваҳоланки Мейо-Робсон симптоми (чап қовурга-умуртка бўрчагида оғрик) уларнинг ярмидан кўпида аниқланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг қучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовқинларнинг сусайиши қузатилади. Перкуссияда қорин бўшлиғида озод суюқлик аниқланиши эҳтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг оғир формалари учун тез ипсимон пульс ҳос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансминаза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда конда ва сийдикда диастаза миқдори хамавакт ошавермайди. Амилаза миқдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортик) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда конда ва сийдикда диастаза миқдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Диагностикаси. Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошигич диагностика қилишнинг энг қимматли методларидан бири хисобланади.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниклиги, панкреатит ва корин бушлигининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади.

Сўнги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости беzi ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Корин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меъда ости беzi касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости беzi ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аниқланади. Ўн икки бармоқ ичак қовузлогли («тақаси») кенгайган, парез ҳолатида.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ қилиши керак.

Фермент токсемияга қарши қурашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совуқ эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазми йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беzi гипотермияси, 4-5 қунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки корин бўшлигига тушган ферментларни йўқотиш; қўқрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; корин бўшлигини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Лапароскопик дренажлаш ва корин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши қурашнинг таъсирчан қораси экссудатни актив хайдаш, корин бўшлигига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш хисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш, айни вақтда экссудатни перитонеал диализ типли бўйича эвакуация қилиш хисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки боскичдан - диагностик ва даволаш боскичидан иборат бўлади. Диагностик боскичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўклиги аникланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи боскич - корин бўшлигини корин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит куйидагича хирургик даво килинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) корин бўшлигини лапароскопик дренаж килиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви халтаси абсцесси, корин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг муҳими - корин бўшлигини суюклик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), корин бўшлигини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия куйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беги фаолиятини босиш (очлик, маҳалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).
2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).
3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.
4. Огрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг куйидаги типлари кулланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости беги думи ва танасини резекция килиш, 3) панкреатэктомия.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутуди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Бемор 40 ешда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал сохада кучли огрик пойдю булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат. Ташхис.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан хар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Бемор 40 ешда куп микдорда спиртли ичимли ичгандан сунг эпигастрал сохада кучли огрик пойдю булиб куп марталаб куса бошлаган, енгиллик олиб келмаган. Мейо \Робсон симптоми мусбат.

I. Ташхис:

A. уткир панкреатит*

B. уткир холецистит

B. уткир аппендицит

Г. уткир гастрит

Д. уткир энтерит

II. Тактика:

А. максимал консерватив*

Б. режали операция

В. Шошинч операция

Г. тозаловчи хукна

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, меъдани зондлаш техникасини билиш)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш ва ремиссияга эришиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10

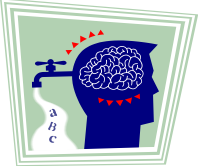
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Профилактик чоралар	0	20
	Жами	0	100

3. МЕЪДАНИ ЗОНДЛАШ


Мақсад: меъда махсулотларидан асфиксия юзага келишини олдини олиш, меъдани бушатиш, меъдани операцияга таерлаш,

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Беморни тинчлантириш, манипуляцияни тушинтириш.	0	10
2	Резина перчаткани кийиш.	0	10
3	Огиз бушлиги ва меъдагача булган масофани улчаш.	0	10
4	Бурун тешиги оркали вазилинланган меъда зондини киргазиш.	0	10
5	Шприц-Жане ердамида меъда ичидаги махсулотни суриб олиш.	0	10
6	Зондни бинт билан бемор бошига фиксация килиш.	0	10
7	Зондни физиологическ эритма билан ювиш, зонд меъда деворига епишиб колмаслиги учун уни кимирлатиб туриш.	0	10
8	Кайта зонд оркали меъда махсулотларини суриб олиш	0	10

9	Ишлатилган жихозларни дезэритмага солиниган идишга солиш.	0	10
10	Перчаткиларни ечиш ва уларни дезэритмага солиш.	0	10
6	Жами	0	100

	<h3>7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари</h3>
---	--

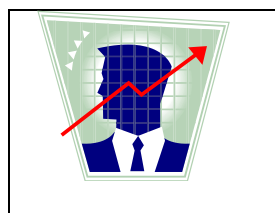
- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	<h3>8. Жорий назоратни баҳолаш мезони</h3>
--	--

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади

			<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

			- аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қониқар -ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар -сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифферен-циал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўткир панкреатит таснифи

Ўткир панкреатит тушунчалари

Клиник кечими ва даволаш усуллар. Меъда ости беzi буйича кискача

анатомио-физиологик маълумотлар, текшириш усуллари

4. Ўткир панкреатит таснифи

5. Ўткир панкреатит тушунчалари

Клиник кечими ва даволаш усуллари

11. Тавсия этилган адабиётлар

Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.

М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.

А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.

С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.

В.Н. Войтенко . Атлас операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу буйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Амалий машғулот № 18:

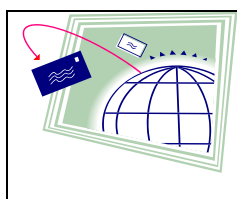
ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозаллигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари.	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар

	Г) Копростаз	
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Йўғон ичак касалликлари



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

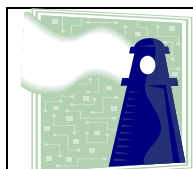
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Йўғон ичак касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

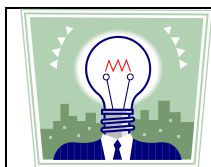
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

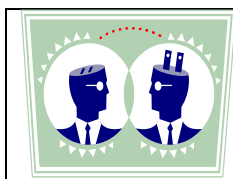
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



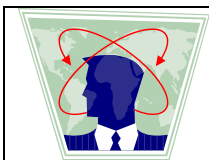
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (*teniae*) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (*haustreae coli*) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим холларда эса, қисқа ичак туткичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун туткичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чамбар ичак ”талок букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан интраперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз туткичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги туткич артеририясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки туткич артериалари тармоғи – *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чамбар ичак артериалари ўрта чамбар ичак артериалари тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки туткич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Ҳудди шундай, лимфа оқими ҳам артериалар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки туткич артериалари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасимпатик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Маҳсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулез ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўлларидаги турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метео-ризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг яқка ҳолатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шилликости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар ҳужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаҳа йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрида 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усул-лар билан йўлга солиш, турли хил хукналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тик-лашдан иборат.

Носпецифик яралли колит

Носпецифик яралли колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг яралли-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик яралли колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз яқунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекция назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сўт, тухумга ўхшаш аллергия-ларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобидида йўғон ичак шиллик қаватида қарши маҳсул антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик яралли колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-

антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция кўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилувчан бўлиб, шиллик қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим холларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллик қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 мартабагача етиши мумкин. Нажас шиллик, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тенезмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчиликлари (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия давлари алмашиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурғи дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври ҳудди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шакланмаган ҳолатда қолади. Айрим холларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шаклларида анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Ҳудди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикоятти, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллик қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивер-тикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашиниб келиши, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ор-тиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар биров таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши ҳудди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга

учраб, аксарият холларда у профуз бўлади ва умумий холсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текши-рувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (пархез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳукналар). Хирургик да-вога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланади. Қон кетиш билан асорат-ланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип хавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшик аралаш нажас, кабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни даволаш усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Носпецифик ярали колитда йогон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Носпецифик ярали колитда йогон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

А. Уткир формаларида учраши*

Б. Купрок тотал формаларида ривожланиши

В. Рентгенологик текширувда аниқланиди

Г. Кабзия шилимшик аралаш

Д. Перфорация ривожланиш хафи

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.


№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосланиб ва дифференциал ташхис ўтказиб сўнги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.


Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20

	Жами	0	100
--	------	---	-----

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари
---	---

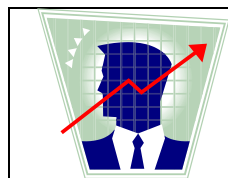
- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони
---	-----------------------------------

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади

		Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради

			- аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимида хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қониқар -ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар -сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунинг асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифферен-циал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Йўгон ичак касалликлари тушинчаси, толзарблиги
2. Йўгон ичак касалликлари таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси

4. Йўгон ичак касалликлари консерватив даволаш принциплари

5. Йўгон ичак касалликлари жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Амалий машғулот № 19: ГРИШПРУНГ ВА КРОН

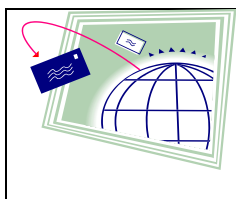
КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади	Талабалар

	<p>2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади</p> <p>3. Давоматни назорат қилади</p>	
<p>1. Ўқув машғулотига кириш босқичи</p> <p>(10 дақиқа)</p>	<p>1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш.</p> <p>2. Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш</p> <p>3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш</p>	
<p>2 – асосий босқич</p> <p>(75 дақиқа)</p>	<p>1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради.</p> <p>2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади</p> <p>3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади</p> <p>4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди</p>	<p>Кичик гуруҳларга бўлинадилар</p> <p>Томоша қиладилар</p> <p>Қатнашадилар</p> <p>Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар</p>
<p>Даволаш ишлари</p> <p>(130 дақиқа)</p>	<p>А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш.</p> <p>В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари.</p> <p>Г) Копростаз</p>	<p>Кичик гуруҳларга бўлинадилар</p> <p>Ёзадилар</p>
<p>яқуний босқич</p> <p>(10 дақиқа)</p>	<p>1. Яқунловчи хулоса қилади</p> <p>2. Мустақил иш беради</p> <p>3. Уйга вазифа беради</p>	<p>Тинглайди</p> <p>Ёзиб олади</p> <p>Ёзиб олади</p>

МАВЗУ: Йўғон ичак касалликлари



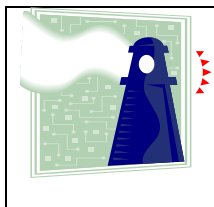
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жаррохлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Йўғон ичак касалликлари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;

- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

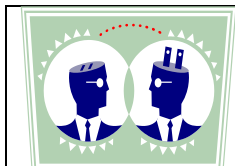
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - йўғон ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



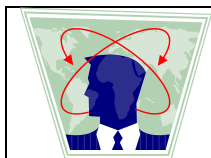
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (*teniae*) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (*haustreae coli*) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим ҳолларда эса, қисқа ичак туткичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун туткичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чабар ичак ”талок букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан ин-траперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз туткичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги туткич артеририясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки туткич артериалари тармоғи – *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чам-бар ичак артериалари ўрта чамбар ичак артериалари тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки туткич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Ҳудди шундай, лимфа оқими ҳам артериалар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки туткич артериалари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Маҳсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулёз ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўллари-нинг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метео-ризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг якка ҳолатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шилликости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар ҳужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, қўнғил беҳузур бўлиши, иштаха йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрида 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил ҳуқналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.

Носпецифик яралар колит

Носпецифик яралар колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг яралар-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик яралар колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) қатъий ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чакирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз яқунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекция назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммунитет жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобидида йўғон ичак шиллик қаватига қарши маҳсул антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик яралар колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилувчан бўлиб, шиллик қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиби, ҳатто шиллик қаватнинг кўчиби тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва криптларда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандиқли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 маротабагача етиши мумкин. Нажас шиллик, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тенезмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректорومانоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилик (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия даврлари алмашиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шакланмаган холатда қолади. Айрим холларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шакллари анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво яқуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рақ олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак рақи 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикояти, анамнези, ректорومانоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан

ташқил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган холатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган холатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопротэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллик қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг қўндаланг йўналган тасмалари орасида султ ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивер-тикул катталашавергач, унинг девори юққалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаҳа пасайиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ор-тиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар бироз таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши худди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% холатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клетчаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узок муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Ўйғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият холларда у профуз бўлади ва умумий холсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текши-рувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (парҳез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳуқналар). Хирургик да-вога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан

ифодаланади. Қон кетиш билан асорат-ланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип ҳавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшик аралаш нажас, қабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни даволаш усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Носпецифик ярали колитда йогон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирга талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Носпецифик ярали колитда йогон ичакни ўткир дилатациясига характерли хусусият.

А. Уткир формаларида учраши*

Б. Купрок тотал формаларида ривожланиши

В. Рентгенологик текширувда аникланиди

Г. Кабзия шилимшик аралаш

Д. Перфорация ривожланиш хавфи

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
---	----------------	-----------	---------------

1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтқа-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосланиб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

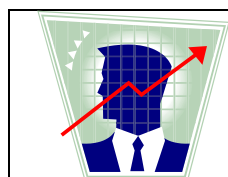


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юкори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади

		Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

7.	66-70	Қониқар-ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунини алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар-сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунини асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқин яшаш.		10	15

4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Йўгон ичак касалликлари тушинчаси, толзарблиги
2. Йўгон ичак касалликлари таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Йўгон ичак касалликлари консерватив даволаш принциплари
5. Йўгон ичак касалликлари жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

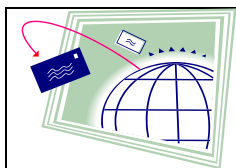
Амалий машғулоти № 20:

ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

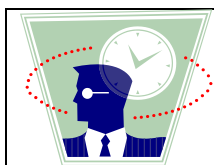
Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдирот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ



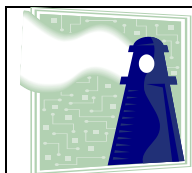
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга тугри ичак касалликлари билан огриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўлларини, ташхис кўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усулларини ўргатиш. Тугри ичак касалликлари этиологиясини, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;

- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- портал гипертензия билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

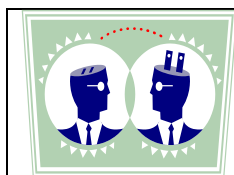
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларин бажара олиши – тўғри ичак касалликлари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



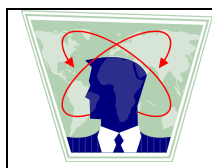
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Тўғри ичак касалликлари

Парапроктитлар, тўғри ичак ва орқа чикарув йўли окмалари кўпинча эркакларда, кам холларда болаларда учрайди. Аниқ ташхис қўшимча текширув усуллари: бармоқ, зонд билан, ойна ва ректороманоскоп ёрдамида, окмаларга рангли суюкликлар юбориш, рентген текширувлари асосида қўйилади.

Клиникаси. Беморлар ташки чикарув йўли ва тўғри ичак соҳасида огирлик, кичима сезадилар. Окмалар кўп йил давомида битмаслиги мумкин. Айрим беморларда окмалар узок ёки кам муддатга бекилиши ёки яна очилиши мумкин. Сурункали парапроктитларда консерватив даволаш қўлланилади. Киска муддатга бўлса хам битмайдиган ёки ёпилмайдиган узок давом этувчи окмалар жараён хуружидан кейин жаррохлик амалиёти учун қўрсатма ҳисобланади.

Геморрой. Касаллик геморроидал веналарнинг тузилишидаги тугма етишмовчилик натижасида ривожланади. Кам ҳаракатли огир ишлар, сурункали кабзият, алкогольизм, ичакнинг шиллик пардасини китикловчи аччик таом, айрим ҳолларда қайта хомиладорлик, ички аъзоларнинг баъзи касалликлари геморройнинг ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Жойлашувига кўра геморрой ички ёки шиллик ости, ташки – тери ости ва оралик – тугунлар олдинги бурма остида жойлашган турларга бўлинади. Даволаш усулларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин: консерватив, инъекцион, жаррохлик амалиёти.

Тўғри ичак тушиши. Нисбатан кам учровчи касаллик – тўғри ичакнинг тушиши асосан болалик ва ўсмирлик даврларида бошланади. Тўғри ичакнинг тушиши корин бўшлигидаги босимнинг ошиши билан боғлиқ. Дефекация пайтида бемор тўғри ичак тушишига шикоят қилади. Касаллик йўли билан даволанади: ташки чикарув йўлини торайтириш, пластик жаррохлик амалиёти, ректо- ва колопексия ва комбигацияланган жаррохлик амалиётлари.

Ташки чикарув йўли ёриги. Кенг тарқалган касаллик бўлиб, асосан ўрта ёшдаги аёллар (90%) касалланади. Этиологияси: механик, инфекцияли, нейрорефлектор. Ёрик асосан орка чандик соҳасида, соат циферблатининг 6 раками бўйлаб жойлашади. Даволаш консерватив ва жаррохлик усулида олиб борилади.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Беморда дефекация вақтида куп микдорда ахлатга аралашмаган холда қирмизи кон чиқиши кучатилади

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда дефекация вақтида куп микдорда ахлатга аралашмаган холда қирмизи кон чикиши кучатилади

I. Бу ҳолат тугри ичак касалликларини қайси патологиясига хос:

A. гемаррой*

B. орка тешиқ ериги

B. Тури ичак тушиши

Г. Тугри жавоб йук

Д. хаммаси тугри

II. гемаррой асоратлари:

A. тромбофлебит*

B. перитонит

В. Ич кетиши

Г. Кунгил айнаш

Д. хаммаси тугри

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

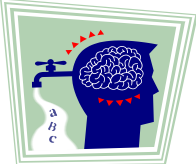
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.


Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20

5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари
---	---

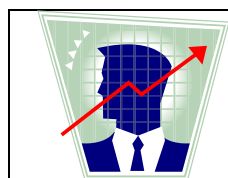
- оғзаки; - ёзма; - вазиятли масалалар ечиш; - эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони
--	-----------------------------------

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас

			<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70	Қониқар -ли”3”	<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар -сиз”2”	<ul style="list-style-type: none"> - ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунинг асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

тўғри ичак касалликлари хақида тушунча, этиопатогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш йўллари.

тўғри ичак касалликларининг даволаш хусусиятлари.

ташхис қўйишга ва жаррохлик амалиётига тайёрлашга ўргатиш.

тўғри ичак касалликларининг жаррохлик амалиётига кўрсатмалари.

11. Тавсия этилган адабиётлар

А.М. Аминев, Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973й.

Ш.И. Каримов, Н.Х. Шамирзаев., «Хирургик касалликлар» Тошкент, 1994й.

И.Ю. Юдин. Хирургические лечения неспецифического язвенного колита: возможности реконструктивных операций, Москва 1976й.

Ш. Дробний «Хирургия кишечника», Будапешт 1983й.

М.Ф. Мазурик «Амбулаторная хирургия» 1988й.

Мавзу бўйича дастур.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

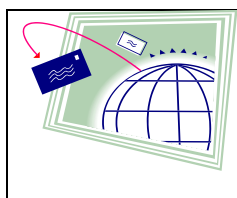
Амалий машғулот № 21: ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	1. Аудитория тозалигини назорат қилади 2. Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади 3. Давоматни назорат қилади	Талабалар

1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1. Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2. Кириш маърузаси учун тақдимот слайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Ўтқир ичак тутилиши



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

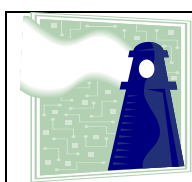
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморлар, қурация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- Ўткир ичак тутилиши билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

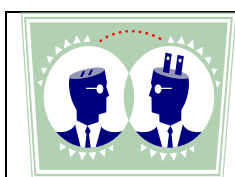
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши - меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



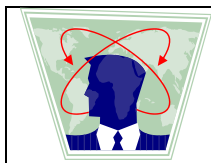
4. Мотивация

Машгулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм.

Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, уткир илеус) – ичак йўлидаги таркибий қисм пассажининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5-9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40-60 ёшда учрайди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган классификацияси қўлланилади.

Ўткир ичак тутилиши классификацияси:

Келиб чиқиши бўйича – туғма ва орттирилаган.

Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.

Келиб чиқиш механизми бўйича – механик ва динамик.

2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

3. Тутилиш жойига қараб – юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).

4. Клиник кечиши бўйича – тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисмни пассажиани бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5-8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани ҳолда ичак бўшлиғининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабалари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан усмалар, кисталар, ҳамда чандиқлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган ҳолда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлиғини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15-40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичакка кириб қолади. Бунда ичак мехник тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқичс томирларда қон ўтиш тўхтади.

Оҳирги вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандиқли ичак тутилишини кирита бошладилар.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир ичак тутилишини этиолигик омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ачратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Бир неча мойиллик холатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп моқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Клиникаси ва диагностикаси.

Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий холатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли ҳил қўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб оғришидир.

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада хулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (Спасокукоцкий симптоми) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида бораяпти.

Айрим холатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (Лотеиссен симптоми).

Ўткир ичак тутилишда кўнгил айнаши ва қусишнинг мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айнаши ва қусиш бўлади.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ичнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги ҳисобланади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси Валь симптоми ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бўшлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлоқ чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми (Кивуль симптоми), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» (Матъе-Скляров симптоми) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутилиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш ката аҳамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тутилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тутилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламадан) ичак қовузлоқларида ел ва суюқлик сатхларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин.

Ҳозирги кунда ўткир ичак тутилиши ташхиси қўйишда ультратовуш текширувлари қўлланиляпти. УТТ да ичак бўлигида ичак махсулоти йиғилиб қолганини аниқлаш мумкин.

Ўткир ичак тутилишида хирург хатти-харакати ва консерватив даволаш усуллари. Ўткир ичак тутилиши бўлганда, шунингдек шу касалликка таҳмин қилинган ҳамма беморлар шошилиш жаррохлик бўлимига ётқизилиш керак.

Консерватив даволаш беморни текшириш билан параллел ҳолда максимал ҳажмда ўтказилади. Ичак тутилиб қолиши оғир кечаётган беморларда консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида, кўпи билан 30—40 минут ичида ўтказилади.

Ўткир ичак тутилиши диагнози тасдиқланган беморларда консерватив даволаш кўпи билан 2 соат ўтказилади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция ҳажми қуйидагича бўлади:

- 1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;
- 2) ичакни димланган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш – назоэнтэрал декомпрессия;
- 3) қорин бушлиғини санация ва дренаж қилиш.

Машғулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Ўткир ичак тутилиши билан хасталанган беморни клинко-рентгенологик текширганда қоринда кўплаб қлойбқрғ косачалари топилди ва беморга 2 соат ичида қилинган консерватив даво ёрада бермади. Сизнинг тактикангиз

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хохлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шархлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Ўткир ичак тугилиши билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик текширганда қоринда кўплаб клойбқрг косачалари топилди ва беморга 2 соат ичида қилинган консерватив даво ёрада бормади.

Сизнинг тактикангиз

- А. оператив даво
- Б. консерватив давони кучайтириш
- В. Консерватив программани яна бир марта қайтариш
- Г. Невропатолог маслаҳати
- Д. Амбулатор давога жавоб бериш

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри парҳез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

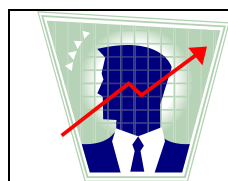


8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юкори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади

		Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга

7.	66-70	Қониқар -ли”3”	- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунини алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар -сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзунини асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллари (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50

3.	Муҳокамага якун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текши-рувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифферен-циал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ўткир ичак тугилиши тушинчаси, долзарблиги
2. Ўткир ичак тугилиши таснифи
3. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
4. Ўткир ичак тугилиши консерватив даволаш принциплари
5. Ўткир ичак тугилиши жаррохлик йўли билан даволаш

11. Тавсия этилган адабиётлар

1. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
2. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
3. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
4. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
5. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

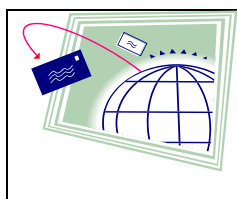
Амалий машғулот № 22: ПЕРИТОНИТ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотига кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун тақдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич (75 дақиқа)	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар

	4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: ПЕРИТОНИТ



1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

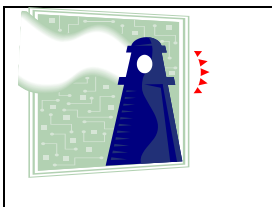
- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.

- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга перитонит билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Перитонит этиологиясини, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили қилиш.

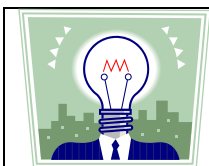
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал даволаш танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини билиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- портал гипертензия билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усуллари ўрганиш.

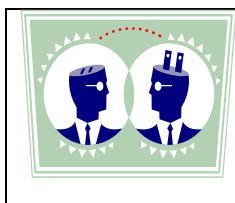
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларин бажара олиши – перитонит билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усуллари ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



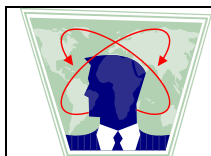
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, ташхис қўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм

Ўткир перитонит - висцерал ва париетал корин пардасининг яллигланиши булиб, у организм касалланишининг оғир умумий симптомлари билан утади ва киска вақт ичида ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларининг купинча жиддий қайтмас зарарланишига олиб келади. Бу корин бушлиги аъзоларининг турли касалликлари вазароҳатларининг энг оғир асоратларидан биридир. Корин пардаси жароҳатланишлари иккитатида – очик ва ёпик булади. Очик жароҳатланишлари (тешиб утувчи жароҳат), одатда, ички аъзоларнинг яраланиши билан бирга учрайди, бу шошилиш хирургик операция (лапаротомия ва корин бушлиги аъзолари ревизияси) утказиш зарурлигини таказо килади. Очик жароҳатларининг клиникаси ичик аъзога етказилган жароҳат характериға боғлиқ. Кориннинг епик жароҳатида корин пардаси жароҳатланишлари юз бериши мумкин, улар купинча ички аъзоларнинг жароҳатланиши билан бирга учрайди. Жароҳатланиш характериға кура ички кон окиш, перитонит симптомлари ва бошқалар биринчи уринда туради. Корин бушлигиға бактерияларнинг бирор тури тушиши билан боғлиқ булган микроб перитонитларидан ташқари, корин бушлигиға, корин пардасиға агресив таъсир курсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: кон, сийдик, ут, панкреатит шира тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарк килинади.

Ўткир перитонит - висцерал ва париетал корин пардасининг яллигланиши.

Перитонит классификацияси. Сунги йилларда перитонитнинг ихчам классификацияларига мойиллик кузатилмоқда. Чунончи, А.М. Карякин (1968) перитонитни факат маҳаллий ва туташ турларға, ва В.И. Стручков муаллифдошлари билан (1967) маҳаллий диффуз ва туташ (умумий) перитонитға буладилар. Т.С. Симонян (1071) клиникасида перитонитнинг тарқалганлиги алоҳида аҳамиятға эға эмас деб ҳисоблайди ва перитонит гиперергик реакциялар нуктаи назаридан куздан кечириладиган классификацияни илғари суради, бунда у перитонитнинг уч босқичи – реактив, токсик ва терминал фазаларини фарк килади.

Жарроҳлик амалиётида кенг қуллаш учун, Б.Д. Савчук (1979) таклиф қилган - перитонит классификацияси (турлаши), соддарок ва қулай ҳисобланади. Қуйида шу классификацияни келтирамыз:

Маҳаллий перитонит

Чегараланган – корин булигининг битта, баъзан эса иккита анатомик сохаларида аник чегараланган йирингли жараён билан эксудат йигилишидир (расм 1). Бу абсцесс тушунчасига тугри келади.

Чегараланмаган – корин булигининг иккитадан куп булмаган анатомик сохаларида колган булимларидан аник чегараланмаган эксудат йигилиши.

Таркалган перитонит

Диффуз – корин бушлигининг камида иккита, биров бештадан ошмаган анатомик сохаларида эксудат яллигилиши.

Таркалган перитонит – корин бушлигининг бештадан ортик анатомик сохаларини, куппинча эса бутун корин бушлигини эгаллаган эксудат йигилиши

Эксудат характерига кура: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдикка, утга хос, панкреатитик, курук турларга булинади.

Келиб чикиши буйича перитонит:

бирламчи перитонит – жуда камдан кам учрайди. Инфекцияни куйидаги тушуш йуллари мавжуд:

гематоген;

лимфоген;

криптоген;

тешиб кирадиган (абсцес атрофидаги аъзолар ва тукумалардан озод корин бушлигига бушалади).

иккиламчи перитонит:

аппендикуляр;

холецистопанкреатит;

перфоратив (ЯБЖ ва ДПК, Крон касаллиги ва б.);

травматик (корин бушлигидаги кавак аъзоларининг шикастланиш ва шикастланмаслиги бидан утадиган);

некротик (ичакнинг уткир тутилишида, хазм йуллари флегмонадан зарарланганда, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллигланганда, корин бушлиги аъзоларининг кам учрайиган яллигланишда (Меккел дивертикули));

операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йугон ичаклар, ут йуллари ва бошка аъзоларидаги операциялар);

гинекологик (найлар, тухумдонлар, бачадон яллигланганда, най йорилганда, бачадон перфорациясида, бачадоннинг тугурук вактида шикастланганда, тухумдон кисталари, кушимчалари ва усмалари буралиб колганда).

Купчилик холларда перитонит полимикроб кассалик хисобланади. Ичак таёкчаси гурухий асосий урин тутуди, биров сунги пайтларда оддий протей ва бошка шартли патоген бактериялар купрок ахамиятга эга булмокда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмакоклар ва Кох таёкчалари кам учрайди.

Перитонитнинг клиник кечишидан уткир йирингли перитонит ривожланишининг уч боскичи тафовут килинади.

Перитонитнинг реактив

Перитонитнинг токсик боскичи

Терминал боскичи

Беморларни шошилиш операциядан олдин тайерлаш индивидуал, кушилиб келган касалликлари хисобга олган холда ва интенсив, сув туз мувозанати, КИХ, оксил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тугриклашга қаратилган, биокимевий текширишлар назорати остида булиш керак. Премедикация ва меъда суюқлигини чиқариш алоҳида урин тутади. Операциядан олдинги тайерлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули оғрик синдромини бартараф этишга, организмнинг нейротициркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тузатишга ва нормаллаштиришига имкон берадиган нафас олиш бошқариб туриладиган умумий эндотрахеал наркоз хисобланади.

Қупчилик беморларда уткир перитонит ташхиси қуйилганда операция кириш йули сифатида урта лапаротомиядан фойдаланилади, чунки бу кириш йули кам шикаст етказди ва қорин бушлиги аъзоларини монанд ревизиядан утказишга имконият беради.

Амалиёт врачлари учун шошилиш хирургик операция қилишга мутлоқ курсатма хисобланган тутади (тарқалган) йирингли перитонит алоҳида қизиқиш тугдиради. Перитонитнинг эрта формаларини уз вақтида диагностика қилиш ва мос равишда хирургик амалиёт утказиш бу хатарли касалликни даволашнинг гарови хисобланади.

Бу уринда операция аралашуви уз ичига қуйидагиларни қамраб олиши керак:

қорин бушлиги аъзоларини ревизия қилиш ва перитонит сабабини бартараф этиш,

антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида қорин бушлигидан экссудат чиқариш,

экссудат эвакуацияси, қорин бушлигининг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,

ингичка ичак тутқичи қедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика қилиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор урнатиш,

2 бушликни назоэнтерал зонд қиритиш йули билан меъда ичак йули суюқлигини эвакуация қилиш, беморни операциядан кейинги даврда ичагини лаваж қилиш ва зонд орқали энтерал овқатлантириш мақсадида ичакни трансназал интубация қилиш,

қорин бушлигини назорат қилиш учун дренаж қилиш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ утказиш.

Операция курсатмалар буйича: жарохатни каватма-кават тикиш, хамма каватларга чок солиш (уларни бант билан боглаш) ёки жарохатга молния илчагини куйиш (корин бушлиги аъзоларининг дастурни ревизияси учун) ёки беморларни очик усулда парвариллаш учун очик (лапаростома) колдириш билан тугалланади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар: «Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машгулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутаяди, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Беморда 12 бармоқли яра касаллиги перфарациясидан кейинги 3 кун утган бу перитонитни қайси фазасига тугри келади.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобака ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номалълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

Беморда 12 бармокли яра касаллиги перфарациясидан кейинги 3 кун утган бу перитонитни қайси фазасига тугри келади.

I. Бу холат постхолецистэктомик синдромнинг қайси патологиясига хос:

A. терминал*

Б. реактив

В. токсик

Г. Сурункали даври

Д. ремиссия даври

II. таркалган перитонитда корин бушлигини дренажлаш усули:

A. клиника усулида*

Б. 2 та най оркали

В. дренажланмайди

Г. 1 та най оркали

Д. 6 та най оркали

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

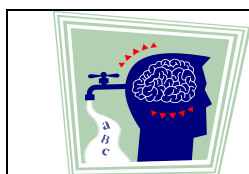
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35

3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.

Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20
5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100



7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;




8. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ҳулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95		<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади

			<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушинади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юкори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80		<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		<ul style="list-style-type: none"> - вазиятли масалаларни ечимиди хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60		<ul style="list-style-type: none"> - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди

		Қониқар -ли”3”	- қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар -сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди

	9. Машғулотнинг хронологик харитаси
---	-------------------------------------

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10
2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмали материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун ясаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40

6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текширувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифференциал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара-бахс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

Перитонит тушунчаси, этиопатогенези, классификацияси, клиникаси, диагностикаси, дифдиагностикаси, даволаш. Улим сабаблари.

Операциядан олдинги тайёрлаш муолажаларини узлаштириш.

Перитонит симптомларини узлаштириш.

Хомиладор аёлларда ва кексаларда перитонит узига хос кечишини ва операция кулланилишини узлаштириш.

Беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш принципларини узлаштириш.

11. Тавсия этилган адабиётлар

Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечения острого перитонита. Ташкент, 1994.

Савчук Б.Д. Гнойный перитонит, Москва, 1995.

Гостищев В.К., Сажин В.П. Перитонит. Москва, 2002.

Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. Москва, 2000.

Каримов Ш.И. Острый перитонит. Методическая рекомендация. Ташкент, 1985.

Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М. Перитонит у больных пожилого и старческого возраста. Методическая рекомендация. 1985.

Эргашев У.Ю. Роль и место нарушений ретикулоэндотелиальной системы при острых разлитых перитонитах и разработка путей их коррекции, 1998.

Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом, 1994.

Каримов Ш.И., Ахтаев А.Р., Мордухович А.С., Ким В.Ф., Боровский С.П., Асраров А.А. Перитонит после кесарева сечения (патогенез, особенности клинического течения и лечения). Методическая рекомендация. Ташкент, 1993.

Каримов Ш.И., Турсунов К.Н., Асраров А.А., Зимин Г.А. Эффективность применения перитонеального диализа, кишечного лаважа и энтерального зондового питания в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита. Методическая рекомендация. Ташкент, 1984.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

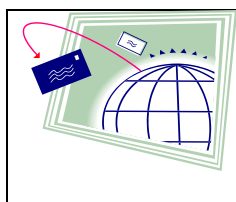
Амалий машғулот № 23: ИЧАК ОҚМАЛАРИ

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Иш босқичлари ва вақти.	Таълим берувчи	Таълим олувчилар
Тайёрлов босқичи	Аудитория тозалигини назорат қилади Талабаларни машғулотга тайёргарлигини текширади Давоматни назорат қилади	Талабалар
1. Ўқув машғулотида кириш босқичи (10 дақиқа)	1.Мавзу бўйича ўқув мазмунини тайёрлаш. 2.Кириш маърузаси учун такдимот силайдаларини тайёрлаш 3. Фанни ўрганишда фойдаланиладиган адабиётлар рўйхатини ишлаб чиқиш	
2 – асосий босқич	1. Талабаларни кичик гуруҳларга бўлиб, мавзу бўйича	Кичик гуруҳларга

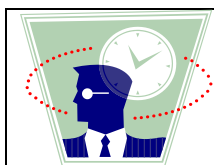
(75 дақиқа)	саволларни беради. 2. Кўргазмали плакатлардан фойдаланади 3. Слайдалар, мультимедиалардан фойдаланади 4. Мавзулар асосида берилган маълумотларни умумлаштиради ва хулосалайди, фаол иштирокчи талабаларни рағбатлантиради ва умумий баҳолайди	бўлинадилар Томоша қиладилар Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Даволаш ишлари (130 дақиқа)	А) Қисилган чурраларнинг турлари, қисилиш белгилари, ташхислаш ва даволаш. Б) Тўғриланмайдиган чурраларнинг клиник аломатлари, ташхислаш ва даволаш. В) Чурра халтаси флешмонаси, клиник белгилари, операциянинг ўзига хос хусусиятлари. Г) Копростаз	Кичик гуруҳларга бўлинадилар Ёзадилар
яқуний босқич (10 дақиқа)	1. Яқунловчи хулоса қилади 2. Мустақил иш беради 3. Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

МАВЗУ: Ичак оқмалари



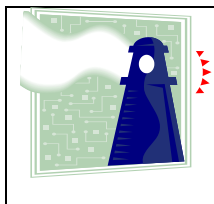
1. Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши:

- факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ўқув хоналари, палаталар ва боғлов хоналари.
- Плакатлар, схемалар, касалликлар классификацияси схемалари, даволаш схемалари, рентгенограммалар, видеофильмлар.



2. Машғулотнинг давомийлиги

Соатлар миқдори – 4.9



3. Машғулотнинг мақсади:

Талабаларга ичак оқмалари билан оғриган беморлар, курация учун олинган беморлар мисолида текшириш йўллари, ташхис қўйиш, қиёсий ташхис ва даволаш усуллари ўргатиш. Ичак оқмалари сабаблари, патогенезини, классификацияси, клиникаси ва умумий даволаш хусусиятларини тахлили килиш.

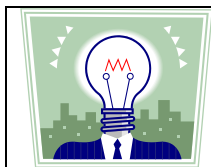
Вазифа

Талаба билиши лозим:

- диагностика ва дифференциал диагностика услублари, ва уларнинг асоратлари ҳақида;
- ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация килиш;
- ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари;
- оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, ва уларнинг ўзига хослигини балиш;
- амалиёт даври ва ундан кейинги асоратларни олдини олиш;
- ичак оқмалари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш;
- махсус текширув усулларни ўрганиш.

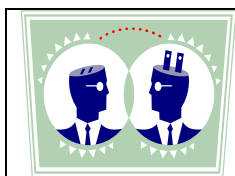
Талаба бажара олиши лозим:

- Амалий кўникмаларни бажара олиши ичак оқмалари билан оғриган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.



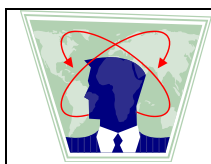
4. Мотивация

Машғулот мутахассис шахсини шаклланишига, ўзини тута билишга ўргатишга, таъхис кўйишда маъсулиятни хис қилишга ўргатади.



5. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзунини ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар гастроэнтерология, ички касалликлар ва бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.



6. Дарснинг мазмуни

6.1. Назарий қисм

Ичак окмалари деб, ичак деворида ташки мухит билан ёки бошқа ковак органлар билан туташадиган озод корин бўшлигидан ажралган тешиқларга айтилади.

Окмалар тугма (ўсиб етилмаган ўт йўли), орттирилган (травматик, яллиғланишга алоқадор ва дегенератив, даволашга тааллуқли, ўсмаларда, перитонитда ва б.), ятроген бўлади.

Ичак окмалари классификацияси:

1. Туташиш характери бўйича:

ташки ва ички.

2. Пайдо бўлиш вақти бўйича:

тугма ва орттирилган.

3. Этиологияси бўйича:

травматик, яллиғланишга алоқадор ва дегенератив, даволаш мақсадида кўйилган.

4. Функцияси бўйича:

тўлик ва нотўлик.

5. Характери буйича:

найсимон ва найли.

6. Жойлашиш сатхи буйича:

баланд ва паст.

7. Кечиши бўйича:

асоратланган ва асоратланмаган.

Тўлик окмада ичакдаги хамма моддалар ташкарига окиб чиқади, нотўлик хилида — ташкарига қисман, қисман олиб кетадиган ковузлокка окиб чиқади. Агар ичак терига ёпишган бўлиб, унинг шиллик пардаси тери билан кўшилиб кетган бўлса, бундай окмалар лабсимон, борди-ю, ичак билан тери ўртасида йўл бўлса, бу найли окмалардир.

Оч ичак окмалари баланд, ёнбош ичакники — паст окмалар дейилади.

Ичак окмаларидаги асосий патофизиологик жихат шундан иборатки, модда алмашинувининг хамма турлари издан чиқади, бунда окма канчалик баланд бўлса, улар шунчалик яккол намоён бўлади. Суюклик тўпланиши, абсцесслар асоратланган окмалардан далолат беради.

Клиникаси ва диагностикаси: ингичка ичакнинг ташки окмалари ичакдан суюкликнинг ташкарига окиб чиқиши билан намоён бўлади. Ажралиб чиқадаган суюклик микдори окма характери ва функциясига боглик, — суюклик оз-оздан то беморнинг тинка мадорини куритадиган микдоргача бўлиши мумкин.

Окманинг жойлашуви, характерини рентгенологик текшириш (барий сульфат эритмасини ичириш) ёки окма йўли орқали сувда эрийдиган контраст модда юбориб (фистулография) диагностика қилинади.

Даволаш. Найли окмаларда даволаш аксарият консерватив — юкори калорияли овкатланиш, сув-электролит, оксил, ёғ ва углевод алмашинувларини коррекциялаш, турли хил обтураторлар ва пелотлар яратиш, окма атрофидаги терига ишлов бериш ва тозалаш, парентерал овкатлантириш шу-лар каторига киради. Консерватив даволаш беморларнинг 40—45 фоизида, 6—8 хафталик даволаш курсида наф бе-ради. Битмаган найли окмалар ва амалда хамма лабсимон окмалар операция қилиб бекитилади. Нотулик, найли ва лабсимон окмаларда кориндан ташкарида бекитиш, бошка турларида корин ичида ичакни резекция қилиб бекитиш кулланилади.

Машгулотда қўлланиладиган янги педагогик технологиялар:

«Қора қутича, ўргимчак ини»

«ҚОРА ҚУТИЧА» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ушбу усул машғулот давомида ҳамкорликда ишлаш ва ҳар бир талабанинг фаол қатнашишини кўзда тутати, ўқитувчи бутун гуруҳ билан ишлайди.

Ҳар бир талаба қора қутичадан савол ёзилган карточкани олади.

Талабага жавоб бериш учун 3 дақиқа берилади. Сўнгра жавоблар муҳокама қилинади. Усулнинг охирида ўқитувчи берилган жавобларни муҳокама қилади ва талабаларнинг фаоллигини аниқлайди.

Ушбу усул талаба нутқи, фикрлаш қобилиятини ривожлантиради ва талабада мустақил фикрлаш, мулоҳаза юритишни шакллантиради.

Аннотация турлари:

Беморда ингичка ичак ташқи оқмаси ўтказилган операциядан кейин ривожланди, сизнинг тактикангиз.

«ЎРГИМЧАК ИНИ» УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Талабаларга ўтган дарслардан саволлар тайёрлаш учун вақт берилади.

Иштирокчилар доира бўлиб ўтиришади.

Иштирокчиларнинг бирига ип билан боғланган коптокча берилади, у хоҳлаган талабага ўзи олдиндан тайёрлаган саволни (жавобни ўзи билиши шарт) бериб, коптокчани топширади.

Коптокчани олган талаба саволга жавоб беради (савол берган иштирокчи жавобни шарҳлаб туради) ва саволни бошқа иштирокчига беради. Бу мусобақа ҳамма иштирокчилар “”ўргимчак ини”га ўралгунча давом этади.

Ҳамма талабалар савол бериб бўлгач, охирига талаба қўлидаги коптокчани биринчи савол берган иштирокчига қайтаради ва унга савол беради ва х.к., бу хол чигал ечилгунга қадар давом этади.

Эслатма: талабалардан ҳар бир жавобга эътиборли бўлиш талаб қилинади, чунки олдиндан қайси талабага коптокча берилиши номаълум.

6.2. Тахлилий қисми

Вазиятли масала:

1. 5 йилдан буён ингичка ичак оқмаси билан касалланган беморда реконструктив операция ўтказиш учун қайси текширувларни ўтказиш керак .

А. Рентгенологик, эндоскопик, лаборатор*

Б. Қон умумий тахлили, радиологик

В. Ирригаскопия, ректоскопия

Г. Нейростатусни аниқлаш

6.3. Амалий қисм

Амалий кўникмалар бўйича топшириқларни бажариш (дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослаш, тўғри пархез ва режали давони белгилаш, УТТ, рентгенологик текширув)

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС ЎТКАЗИШ ВА СЎНГИ ТАШХИСНИ АСОСЛАШ.

Мақсад: дифференциал ташхис ўтказиш ва сўнги ташхисни асослашни ўргатиш.

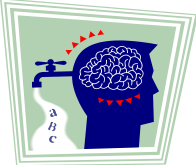
№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Клиник симптомлари ушбу касаллик билан ўхшаш булган касалликларни келтириб ўтиш	0	25
2	Асосий клиник синдромларнинг дифференциал ташхисини ўтка-зиш	0	35
3	Шикоятлар, анамнез, объектив ва лаборатор текширувларга асосла-ниб ва дифференциал ташхис утказиб сунги ташхисни қўйиш	0	40
	Жами	0	100

2. ТЎҒРИ ПАРХЕЗ ВА РЕЖАЛИ ДАВОНИ БЕЛГИЛАШ.


Мақсад: Касалликни даволаш.

№	Чора тадбирлар	Бажармади	Тўлиқ бажарди
1	Певзнер бўйича даво пархезлари-нинг характеристикасини ўрганиш	0	10
2	Ташхисга мос равишда пархез столини тўғри танлаш	0	10
3	Пархезнинг сифатини баҳолаш	0	20
4	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб асосий терапияни тайинлаш	0	20

5	Ташхисга мос равишда ва касалликни оғирлик даражасини ҳисобга олиб симптоматик терапияни тайинлаш	0	20
6	Режали операцияга таерлаш	0	20
	Жами	0	100

	7. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари
---	---

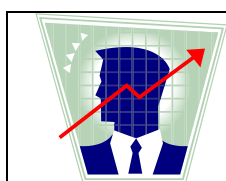
- оғзаки;
- ёзма;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намоиш этиш;

	8. Жорий назоратни баҳолаш мезони
---	-----------------------------------

№	Ўзлаштириш % ва балда	Баҳо	Талабанинг билиш даражаси
1.	96-100		<ul style="list-style-type: none"> - хулоса ва қарор қабул қила билади - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади

			<ul style="list-style-type: none"> - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
2.	91-95	Аъло”5”	<ul style="list-style-type: none"> - ижодий фикрлай олади - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри еча билади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
3.	86-90		<ul style="list-style-type: none"> - мустақил мушоҳада юрита олади - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик ва ижодий ёндашади - вазиятли масалаларни тўлиқ асосланган жавоб билан тўғри ечади - саволни моҳиятини тушунади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
4.	81-85		<ul style="list-style-type: none"> - амалда қўллай олади - интерактив ўйинлар ўтказишда юқори фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобини асослаёлмайди - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
5.	76-80	Яхши”4”	<ul style="list-style-type: none"> - интерактив ўйинлар ўтказишда фаоллик кўрсатади - вазиятли масалаларни еча билади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади

			- билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
6.	71-75		- вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобни исботи тўлиқмас - саволни моҳиятини тушуна билади - билади, ишонч билан айтиб беради - аниқ тасаввурга эга
7.	66-70		- саволни моҳиятини тушуна билади - вазиятли масалани тўғри ечади, лекин жавобини исботлай олмайди - билади, ишонч билан айтиб беради - мавзуни алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
8.	61-65		- вазиятли масалаларни ечимда хатоликларга йўл қўяди - билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - мавзунинг алоҳида саволлари юзасидан аниқ тасаввурга эга
9.	55-60	Қониқар -ли”3”	- билади, ишонч билан айтиб бера олмайди - қисман тасаввурга эга
10.	54 ва ундан паст	Қониқар -сиз”2”	- ҳеч қандай тасаввурга эга эмас - билмайди



9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (мин.)	
			180	225
1.	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5	10

2.	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялар (кичик гуруҳлар, мунозара-баҳс, вазиятли масала, «қорбўрон», «айлана стол» ва ҳ.к.), шунингдек, кўргазмалар материаллар (слайд, аудио-видеокассета, муляж, фантом, ЭКГ, рентгенограмма ва ҳ.к.)ни қўллаган ҳолда талабаларнинг дастлабки билим даражасини текшириш	сўров, тушунтириш	50	50
3.	Муҳокамага яқун яшаш.		10	15
4.	Талабаларга машғулотнинг амалий қисмини бажариш учун топшириқ бериш. Топшириқларни бажариш та-ртиби бўйича кўрсатмалар ва тушунтириш бериш. Мустақил курация		25	30
5.	Талабаларни машғулотнинг амалий қисмини ўқитувчи ёрдамида эгаллаши (тематик бемор курацияси)	касаллик тарихи, ишбилармон ўйинлар, клиник вазиятли масала	30	40
6.	Тематик беморни лаборатория, инструментал текши-рувларидан олинган натижаларни таҳлили, дифферен-циал диагностика, даволаш ва соғломлаштириш режасини тузиш, рецептлар ёзиш ва ҳ.к.	клиник-лаборатор анжомлар билан ишлаш	25	30
7.	Талабаларнинг ўзлаштирган назарий билимларини ва амалий иш натижаларини муҳокама қилиш, мустаҳкамлаш ва машғулот мақсадига эришилганлик даражасини ҳисобга олган ҳолда гуруҳ фаолиятини баҳолаш	оғзаки сўров, тест, мунозара- баҳс, амалий иш натижаларини текшириш	25	30
8.	Ушбу машғулот бўйича ўқитувчининг хулосаси, ҳар бир талаба фаолиятини 100-баллик тизим бўйича баҳолаш ва эълон қилиш. Кейинги дарсга тайёрланиш учун талабаларга вазифа бериш (саволлар тўплами)	Ахборот, мустақил тайёрланиш учун саволлар	10	20

10.Текширув саволлари

1. Ичак оқмалари клиникаси, даволаш тактикаси
2. Ичак оқмалари турлари, даволаш усуллари
3. Даволовчи ичак оқмалари, курсатма ва қарши кўрсатма

Тавсия этилган адабиётлар

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» Тошкент 1991.

Орипов У.А., Каримов Ш.И. «Корин бушлиги аъзолари ошигич жаррохлиги» Тошкент 1991.

Литман И. «Оперативная хирургия» Будапешт. 1981.

В.С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Москва.1986.

Вансян «Кишечные свищи» 1982.

Абакумов М. Н. и соавт. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.// Вестн. хирург. им. И.И. Грекова, 1989, т. 142, № 2, с. 116-120.

Аслаян А. А. и соавт. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки.// Хирургия, 2000, № 4, с. 84-87.

Асташкина К. В. и соавт. Травма двенадцатиперстной кишки у ребенка. // Хирургия, 2002., № 9, с. 18-19.

Ахунджанов Б. А. и соавт. Анализ причин кишечных свищей после аппендэктомии и результаты их лечения. // Мед. журн. Узбекистана, 1984, № 4, с. 33-35.

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ ТУГАДИ

05.12.2015 йил, соат 17.31

Шамсия Хайдаровна

9. Факультет хирургия фанидан мустақил иш машғулотлар тематик режаси:

Талабалар мустақил ишларининг тематик иш режаси

№	ТМИ мавзулари	Соат
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.	5
2	Операциядан кейинги давр ва хирургик беморларни реабилитация усуллари.	5
3	Ички чурралар.	5
4	Қорин мушаклари дистазаси.	5
5	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одам-ларда кечишнинг ўзига хослиги.	5
6	Пти учбурчаги ва оралик чурралари.	5
7	Болаларда, қарияларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.	5
8	Аппендицит атипик кечиши. Хомиладор-ларда аппендицит	5

9	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар	5
10	Яра олди касаллик-лари, ташхислаш ва даволаш.	5
11	Полип ва полипозлар.	5
12	Эндемик ва спорадик букоқ.	5
13	Ўт пуфаги дискинезияси.	5
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.	5
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)	5
16	Ошқозон ости беши киста ва оқмалари.	6
17	Йўгон ичак ўсмалари.	6
18	Крон касаллиги, клиникаси, қиёсий ташхислаш ва даволаш	6
19	Тўғри ичак ўсмалари.	6
20	Кавшар касаллиги.	6
21	Битишмали ўткир ичак тутилиши.	6
22	Гинекологик перитонитлар.	6
23	Ички ичак оқмалари, оператив даволаш усуллари.	6
	Ж а м и :	122

9.1 Мустақил иш мавзулари бўйича тест саволлари

(тайёрланмоқда)

Талаба мустақил ишини ташкил этиш,

назорат қилиш ва баҳолаш тартиби тўғрисида

Намунавий Низом

Умумий қоидалар

Мазкур Низом Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг 2001 йил 16 августдаги «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги 343 сонли қарорига мувофиқ кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилишда талабаларнинг мустақил ишларини ташкил этиш, назорат қилиш ва баҳолаш тартибини белгилайди.

Талабанинг мустақил иши уқув режасида муайян фанни узлаштириш учун белгиланган уқув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жихатдан таъминланади, ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

Институтда талабанинг ҳафталик мустақил ишларининг умумий ҳажми бакалавриятнинг кундузги бўлимида 22 соатни ташкил этади.

Уқув семестри якунида талабанинг мустақил иши бўйича тупланган рейтинг баллари ҳар бир фан бўйича аудиториядаги уқув ишларига берилган рейтинг баллари билан биргаликда гуруҳ рейтинг кайдномасида, талабанинг рейтинг дафтарида ва ўқиш якунида битирувчига тақдим этиладиган диплом иловасида кайд этилади.

Талаба мустақил ишининг мақсад ва вазифалари

Талаба мустақил ишининг асосий мақсади – уқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида талабада муайян уқув ишларини мустақил равишда бажариш учун зарур булган билим ва қуникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил ишининг вазифалари қуйидагилардан иборат:

- Янги билимларни мустақил тарзда пухта узлаштириш ва қуникмаларга эга булиш;
- керакли маълумотларни излаб топиш қулай усуллари ва воситаларини аниқлаш;
- ахборот манбалари ва манзилларидан самарали фойдаланиш;
- анъанавий уқув ва илмий адабиетлар, меъерий ҳужжатлар билан ишлаш;
- электрон уқув адабиетлар ва маълумотлар банки билан ишлаш;
- интернет тармогидан мақсадли фойдаланиш;
- берилган топшириқнинг рационал ечимини белгилаш;
- маълумотлар базасини таҳлил этиш;
- иш натижаларини экспертизага тайерлаш ва эксперт хулосаси асосида қайта ишлаш;
- топшириқларни бажаришда тизимли ва ижодий ендошиш, ишлаб чиқилган ечим, лойиха еки гоёни асослаш, мутахассислар жамоасида химоя қилиш.

Талаба мустақил ишининг ташкилий шакллари

Талаба мустақил ишини ташкил этишда муайян фан (курс)нинг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик узлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланилади:

- касаллик тарихини ёзиш ва уни химоя қилиш;
- айрим аъзоларнинг моделлари ва муляжларини ясаш;
- аъзолар ва уларнинг тузилиши расмлари ва схемаларини чизиш;
- айрим назарий мавзуларни уқув адабиетлари ердамида мустақил узлаштириш;
- берилган мавзу буйича ахборот (реферат) тайерлаш;
- семинар ва амалий машғулотларга тайергарлик қуриш;
- лаборатория ишларини бажаришга тайергарлик қуриш;

- назарий билимларни амалиётда куллаш;
- амалиётдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш (кейс - стади);
- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш;

Уқитилаётган фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, талаба мустақил ишини ташкил этишда бошқа шакллардан ҳам фойдаланиши мумкин.

Ўқув фанлари намунавий ва ишчи дастурларда талаба мустақил ишининг шакли, мазмуни ва ҳажми ифода этилади.

Талаба мустақил иши учун ажратилган вақт бюджетига мос равишда ҳар бир фан бўйича тегишли кафедраларда мустақил ишнинг ташкилий шакллари, топшириқлар вариантлари ишлаб чиқилади ва факультет илмий - услубий кенгашида тасдиқланади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик кулланма, курсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

Талаба мустақил ишининг ахборот таъминоти

Талаба учун муайян фан бўйича мустақил иш топшириқлари тегишли кафедра профессори (еки етакчи доцент) томонидан ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи билан биргаликда тузилади, ҳамда кафедра мудири томонидан тасдиқланади. Талабага берилган топшириқда мустақил ишни бажариш бўйича дастлабки курсатма ва тавсиялар кайд этилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув кулланмалар, методик кулланма ва курсатмалар, маълумотлар туплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, интернет тармогидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

Кафедра мудири ва тегишли факультет декани тақдимномаси асосида институт раҳбарияти талабаларга мустақил ишларни бажариш учун зарурий ахборот манбаа ва воситаларини белгилайди, талабаларга турли кутубхоналар, музейлар, тармок муассасалари ва корхоналаридан мустақил иш учун зарурий маълумотлар туплаш юзасидан суровнома хатларини расмийлаштириб беради.

Олий таълим муассасаси раҳбарияти томонидан талабаларга мустақил ишларни ўз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва интернет тармогидан самарали фойдаланиш учун шарт – шароитлар яратиб берилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш ва баҳолаш.

Ҳар бир фан бўйича талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш юклагмаси (ишчи ўқув режасининг 10 устунда келтирилган) профессор – ўқитувчи шахсий иш режасининг ташкилий - услубий бўлимида (1540 соат доирасида) кайд этилади.

Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш тузиладиган ва факультет декани томонидан тасдиқланган консултациялар жадвали асосида амалга оширилади.

Талаба мустақил иши буйича консултация соатлари гуруҳ журналида қайд этиб борилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш укув машғулотларини бевосита олиб боровчи уқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг курсатгичлари, шу жумладан мустақил иш буйича , анъанавий гуруҳ рейтинг ойнасида ва (ёки) факультетнинг махсус электрон тармогида ёритиб борилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари тегишли кафедра томонидан белгиланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга укув йили

(семестри) бошланиши олдидан методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш буйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам туплаган талаба фан буйича якуний назоратга қуйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари буйича узлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида , кафедра йигилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

Талаба мустақил иши кафедра архивида руйхатга олинади ва укув йили мобайнида сакланади.

Олий таълим муассасаларида юқори даражада баҳоланган талабанинг мустақил ишлари маънавий ва моддий жиҳатдан рағбатлантирилади.

Институт илмий кенгашида тасдиқланган. «_30_»__08____2012й Баённома №_1_____

Бухоро давлат тиббиёт институти “Факультет ва госпитал хирургия” кафедрасида

Факультет хирургия фанидан талабалар мустақил ишини

721

ЙЎРИҚНОМА

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида чуқур назарий ва амалий билимлар билан бир қаторда танлаган соҳаси бўйича мустақил фаолият кўрсата оладиган, ўз билими ва малакасини мустақил равишда ошириб борадиган, масалага ижобий ёндошган ҳолда муаммоли вазиятларни тўғри аниқлаб, таҳлил қилиб, шароитга тез мослаша оладиган мутахассисларни тайёрлаш асосий вазифалардан бири сифатида белгиланган.

Маълумки, ахборот ва билимлар доираси тез суръатлар билан кенгайиб бораётган ҳозирги шароитда барча маълумотларни фақат дарс машғулоти пайтида талабаларга етказиш қийин.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, талаба мустақил равишда шуғулланса ва ўз устида тинимсиз ишласагина билимларни чуқур ўзлаштириши мумкин. Талабаларни асосий билим, кўникма ва малакалари мустақил таълим жараёнидагина шаклланади, мустақил фаолият кўрсатиш қобилияти ривожланади ва уларда ижодий ишлашга қизиқиш пайдо бўлади.

Шунинг учун талабаларнинг мустақил таълим олишларини режалаштириш, ташкил қилиш ва бунинг учун барча зарурий шарт-шароитларни яратиш, дарс машғулотида талабаларни ўқитиш билан бир қаторда уларни кўпроқ ўқишга ўргатиш, билим олиш йўлларини кўрсатиш, мустақил таълим олиш учун йўлланма бериш профессор-ўқитувчиларнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳар бир профессор-ўқитувчи дастлаб талабада ўз қобилияти ва ақлий имкониятларига ишонч уйғотиш, уларни сабр-тоқат билан, босқичма-босқич мустақил билим олишни тўғри ташкил қилишга ўргатиб бориши лозим бўлади. Талабалар томонидан мустақил равишда ўзлаштириладиган билим ва кўникмаларнинг курсдан-курсга мураккаблашиб, кенгайиб боришини ҳисобга олган ҳолда уларнинг ташаббускорлиги ва ролини ошириб бориш зарур. Шунда мустақил таълимга кўника бошлаган талаба фақат ўқитувчи томонидан белгилаб берилган ишларни бажарибгина қолмай, ўзининг эҳтиёжи, қизиқиши ва қобилиятига қараб, ўзи зарур деб ҳисоблаган қўшимча билимларни ҳам мустақил равишда танлаб ўзлаштиришга ўрганиб боради.

Талаба мустақил иши (ТМИ) – Факултет хирургия фанидан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини талаба томонидан фан ўқитувчиси маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Талабалар мустақил ишларининг шакли ва ҳажмини белгилашда қуйидаги жиҳатлар эътиборга олиниши лозим:

- ўқитиш босқичи;
- Факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусияти ва ўзлаштиришдаги қийинчилик даражаси;
- талабанинг қобилияти ҳамда назарий ва амалий тайёргарлик даражаси (таянч билими);
- Факултет хирургия фанининг ахборот манбалари билан таъминланганлик даражаси;

- талабанинг ахборот манбалари билан ишлай олиш даражаси.

Мустақил иш учун бериладиган топшириқларнинг шакли ва ҳажми, қийинчилик даражаси семестрдан-семестрга кўникмалар ҳосил бўлишига мувофиқ равишда ўзгариб, ошиб бориши лозим. Яъни, талабаларнинг топшириқларни бажаришдаги мутақиллиги даражасини аста-секин ошириб, уларни топшириқларни бажаришга тизимли ва ижодий ёндашишга ўргатиб бориш керак бўлади.

Факултет хирургия фанидан ТМИни ташкил қилишда талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш лозим:

Факултет хирургия фанидан мустақил иш календар-тематик режасидаги мавзулар бўйича ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаган ҳолда реферат тайёрланади ва улар семинар шаклида муҳокама қилинади;

Мавзунини мустақил ўзлаштириш. Фаннинг хусусияти, талабаларнинг билим даражаси ва қобилиятига қараб ишчи ўқув дастурига киритилган алоҳида мавзулар талабаларга мустақил равишда ўзлаштириш учун топширилади. Бунда мавзунинг асосий мазмунини ифодалаш ва очиқ беришга хизмат қиладиган саволларга эътибор қаратиш, асосий адабиётлар ва ахборот манбаларини кўрсатиш лозим.

Топшириқни бажариш жараёнида талабалар мустақил равишда ўқув адабиётларидан фойдаланиб ушбу мавзунини конспектлаштирадilar, таянч ибораларнинг моҳиятини англаган ҳолда мавзуга тааллуқли саволларга жавоб тайёрлайдилар. Зарур ҳолларда (ўзлаштириш қийин бўлса, саволлар пайдо бўлса, адабиётлар етишмаса, мавзунини тизимли баён эта олмаса ва ҳ.к.) ўқитувчидан маслаҳатлар оладилар. Мустақил ўзлаштирилган мавзу бўйича тайёрланган матн кафедрада ҳимоя қилинади.

Реферат тайёрлаш. Талабага қийинчилик даражаси унинг шахсий имкониятлари, қобилияти ва билим даражасига мувофиқ бўлган бирор мавзу бўйича реферат тайёрлаш топширилади. Бунда талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва ҳ.к.) фойдаланиб материаллар йиғади, таҳлил қилади, тизимга солади ва мавзу бўйича имкон даражасида тўлиқ, кенг маълумот беришга ҳаракат қилади. Зарур ҳолларда ўқитувчидан маслаҳат ва кўрсатмалар олади.

Яқунланган реферат кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Амалий мазмундаги ностандарт масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш. Бир мавзу ёки бўлим бўйича ностандарт, алоҳида ёндашиш талаб қилинадиган, назарий аҳмиятга эга бўлган амалий топшириқлар, ижодий ёндашиш талаб қилинадиган илмий-ижодий вазифалар, моделлар, макетлар, намуналар яратиш вазифаси топширилиши мумкин. Амалий топшириқлар масалани ҳал қилишнинг оптимал вариантларини излашга ва топишга қаратилган бўлиши керак.

Талабанинг қизиқиш ва қобилиятига қараб, унга илмий характердаги топшириқлар бериш, ўқитувчи билан ҳамкорликда илмий мақолалар тайёрлаш ва чоп эттириш мумкин.

Факултет хирургия клиникасида навбатчилик қилиш ва касаллик тарихи ёзиш. Талаба клиникада навбатчи врач билан биргалликда цикл давомида 2 марта тунги навбатчилик қилади. Навбатчилик вақтида беморларни қабул қилишда, беморларни кўрувида, шошилиш ҳолатларида ёрдам кўрсатишда, хирургик муолажалар ва ҳ.к. да актив иштирок этиб, қилинган ишлар бўйича кундалик тўлдиради.

Факултет хирургия фанини ўтиш цикли давомида бир бемор учун касаллик тарихи ёзилиб, кафедрада ҳимоя қилинади. Касаллик тарихи ёзишда факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тартибига риоя қилиши эътиборга олинади.

Касаллик тарихи ҳимоясида талабанинг касаллик анамнезини тўла ёритиши, клиник ва лаборатор текширувларни таҳлил қила олишига, якуний ташхисни асослай олишига, даво режасини тўғри тузиб, асослаши ва бошқаларга эътибор берилади.

Талабалар мустақил ишини самарали ташкил этиш:

тизимли ёндошиш;

барча босқичларини мувофиқлаштириш ва узвийлаштириш;

бажарилиши устидан қатъий назорат қилиш;

ташкил этиш ва назорат қилиш механизмларини такомиллаштириб бориш зарур.

Мустақил иш топшириқлари муваффақиятли якунланиши учун қуйидаги талаблар бажарилиши лозим:

мақсад (билимни мустаҳкамлаш, янги билимларни ўзлаштириш, ижодий фаолликни ошириш, амалий кўникма ва малакаларни шакллантириш ва ҳ.к.) аниқ асосланиши;

вазифа ва топшириқларнинг аниқ-равшан белгиланиши;

топшириқларни бажариш алгоритми ва методларидан талабаларнинг етарли даражада хабардор бўлиши;

маслахат ва бошқа ёрдам турларининг тўғри белгиланиши (йўлланма ва кўрсатма бериш, мавзунинг мазмуни ва моҳиятини тушунтириш, муаммоли топшириқларни бажариш усуллари бўйича тушунча бериш, айрим муаммоли моментларни биргаликда ҳал қилиш ва ҳ.к.);

ҳисобот шакли ва баҳолаш мезонини аниқ белгилаш;

назорат вақти реферат тузишни аниқ белгилаб олиш.

Талабалар мустақил ишини шартли равишда иккига ажратиш мумкин:

Аудиторияда амалга оширилган ТМИлари. Ўтилган мавзуни қайта ишлаш, кенгайтириш ва мустаҳкамлашга оид топшириқлар бажарилади. Факултет хирургия фанидан айрим мавзулар бўйича вазият масалалари ва топшириқларни тайёрлаш, тест саволлари, мунозарали саволлар, кроссвордлар тузиш. Мустақил иш соатларида уйда мавзулар бўйича тайёрланган конспект ва рефератлар матнини кафедрада талабалар томонидан ҳимоя қилиниши.

Аудиториядан ташқарида амалга оширилган ТМИлари. Ўқув дастуридаги айрим мавзуларни мустақил ҳолда ўзлаштириш, уйга берилган вазифаларни бажариш, амалий ва лаборатория ишларига тайёргарлик кўриб келиш, ижодий ва илмий-тадқиқот характеридаги ишлар ва ҳ.к. Факултет хирургия фанидан айрим интернет маълумоларидан фойдаланиш, ўқув кўргазмалари воситаларни тайёрлаш, янги мультимедиялар яратиш ва мустақил иш мавзулари бўйича тезис, мақолаларни таҳлил қилиш.

Биринчи тур ишлари талабаларнинг назарий ва амалий билимларини ўзлаштириб бориш даражаси, амалий машғулотларга (амалиёт, лаборатория, семинар дарслари) тайёргарлик савияси ва уй вазифаларининг бажарилиш сифатини текшириш мақсадида, одатда, назорат ишлари олиш, савол-жавоб, суҳбат, мунозара, амалий топшириқларни бажартириб кўриш ва х.к. усулларда асосан амалиёт дарсларида назорат (жорий назорат) қилинади.

Жорий назоратда талабанинг дарс пайтида ўтилган материалларни ўзлаштириш ва уйга берилган вазифаларни бажаришдаги фаоллиги, бажариш савияси ва ўзлаштириш даражаси эътиборга олинади.

Иккинчи тур ишлар Факултет хирургия фанининг ишчи ўқув дастурида аудиториядан ташқарида ўзлаштирилиши белгиланган мавзу бўйича маълумот ва ахборотларни мустақил равишда излаб топиш, таҳлил қилиш, реферат тарзида расмийлаштириш кўринишида амалга оширилади. Реферат ишларини бажариш жараёни ва ўзлаштириш сифатининг назорати дарсдан ташқари пайтларда, махсус белгиланган семинар соатларида амалга оширилади.

Талабалар мустақил ишини баҳолаш. ТМИ натижалари амалдаги “ талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом”га асосан баҳолаб борилади.

“Факултет хирургия” фанидан рейтинг

ишланмаси ва баҳолаш мезонлари

Рейтинг ишланмаси.

№	Назорат турлари	Сони	Мах. балл	Коэф.	Жами балл
1.	Ж.Б.				
	1.1. Амалий машғулот	23	100	0,45	45
	1.2. Т.М.И.	23	100	0,05	5
2.	О.Н.				
	2.1.	2	100	0,2	20
3.	Я.Б.				
	3.1. Я.Б.	1			
	3.1.2.ОТКС		100	0,15	15
	3.1.3. Тест (50 та савол)		100	0,15	15
	Жами:	49	100	1,0	100

Баҳолаш мезонлари

1. Амалий машғулотларда баҳолаш кафедра томонидан ҳар бир мавзу бўйича ишлаб чиқилган баҳолаш мезонлари асосида баҳоланади. Ҳар бир машғулот 100 баллик тизимда (86-100 аъло, 71-85 яхши, 55-70 коникарли) баҳоланади. Ўртача қиймати ҳисобланиб 0,45 коэффицентга кўпайтирилади.
2. Талабалар мустақил ишларининг бажарилиш ҳажми ва сифатига қараб 100 баллик тизимида баҳоланади, ўртача қиймати топилиб 0,05 коэффицентга кўпайтирилади.
3. Якуний баҳолаш икки босқичда ўтказилади:
 1. ОТКС – амалий кўникма эгаллаш маҳорати 100 баллик тизимида баҳоланади ва 0,15 коэффицентга кўпайтирилади.
 2. Тест синови – тест марказида ўтказилади, 50 тадан савол берилиб 100 баллик тизимда баҳоланади ва 0,15 коэффицентга кўпайтирилади.
4. Талабанинг ҳар бир назорат туридан йиғган баллари қўшилиб умумий балл топилади ва ўзлаштириши баҳоланади.

$ЖБ 0,45 + ГМИ 0,05 + ЯБ 3,0 = УЎ$

10. Кўргазма тақдимот слайдлари

Бухоро Давлат Тиббиёт институти
факультет ва госпитал хирургия кафедраси

**Қорин
чурралари**

Маърузачи, доцент ХАМДАМОВ Б.З.

11. Фан бўйича якуний назорат шакллари

Талабаларнинг назарий билимларини назорат саволлари:

Қориннинг ташқи чурраси нима?

Чурра Элементлари нималардан иборат?

Чурра халтаси нима?

Чурра дарвозаси нима?

Сирпанувчи чурра қачон ҳосил бўлади?.

Чурраларнинг белгилари бўйича тасниф?

Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?

Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?

Чурра асоратлари?

Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?

Асоратланмаган чурранинг характерли белгилари?

Чурралардаги операциялар давр (этап) лари?

Чурра асоратлари?

Чурра асорати: копростазнинг асосий белгилари?

Тўғирланмайдиганлар чурранинг қисилган чуррадан фарқи?

Тўғирланмайдиган чурра сабаблари?

Чурраларнинг жойлашиши бўйича тасниф?

Чурра қисилиши нима?

Девор олди қисилиши нима?

Рентроград қисилиши нима?

Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?

Қисилган чуррада жаррох тактикаси?

Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?

Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?

қисилган ичак ҳаётлиги гумон бўлган жойларда жаррох тактикаси?

Чурра ҳалтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жаррох тактикаси?

Ичак гангрена ва чов ҳалтаси флегмонаси жаррох тактикаси?

Чов каналининг қайси деворлари нималардан иборат?

Тўғри ва қийшиқ чов чурраларининг уруғ тизимчасига нисбатан жойлашуви?

Чов каналининг қайси деворлари бўшлиғида тўғри ва қийшиқ чов чурралари ҳосил бўлади?

Қийшиқ чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?

Тўғри чов чурраси операция асосида қандай тамойил (принцип) ётади?

Сон чуррасининг дифференциал ташхиси?

Сон чурраси оператив даволашнинг асосий усуллари?

Қорин чизиғи чуррасини оператив даволашнинг асосий усули?

Киндик чуррасини даволаш энг кўп ишлатиладиган операция тури?

Амалиётдан кейинги чурраларнинг келиб чиқиш сабаблари?

Амалиётдан кейинги чурраларни оператив даволашнинг ўзига хос хусусиятлари нималардан иборат?

Амалиётдан кейинги чурраларни пластика қилиш усуллари санаб беринг?

Кам учрайдиган чурралар классификацияси?

ПТИ учбурчаги, Грюнфельд –Лесгафт тўртбурчаги, Спигелий чизиғи чурралари, келиб чиқиш сабабларини айтиб беринг?

Кам учрайдиган чурраларни ташхислашда стандартлар нимадан иборат?

Кам учрайдиган чурраларда герниопластика усуллари нимадан иборат?

- Қисилган чуррада беморнинг асосий шикоятлари?
- Қисилган чуррада жаррох тактикаси?
- Нима учун қисилган чуррани тўғирлаш мумкин эмас?
- Қисилган чуррада бажарилиши лозим бўлган операциянинг асосий фарқи?
- Қисилган ичак ҳаётийлига гумон бўлган жойларда жаррох тактикаси?
- Чурра халтаси очилганда, қисилган ичак некрози аниқланган ҳолда, жаррох тактикаси?
- Ичак гангрена ва чов халтаси флегмонаси жаррох тактикаси?
- Тўғриланмайдиган чурра келиб чиқиш сабаби ва уни қисилган чуррадан фарқи?
- Копрозтаз кўпроқ қимларда учрайди?
- Копрозтазда даволаш тактикаси?
- Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?
- Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?
- Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
- Ўткир аппендицит бошланишида тана даражаси?
- Ўткир аппендицит бошланғич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
- Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
- Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
- Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
- Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?
- Ўткир аппендицитда ректал ва вагнал текширишда аниқлаган симптомлар?
- Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал ташхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
- Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал ташхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
- Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
- Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
- Ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?
- Чувалчангсимон ўсимта жойлашувининг энг кўп учрайдиган варианты?

- Ўткир аппендицитнинг кўринишлари?
- Ўткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
- Ўткир аппендицит бошланишида тана даражаси?
- Ўткир аппендицит бошлангич даврида қон таркибидаги ўзгаришлар?
- Ўткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
- Ўткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳволи?
- Ўткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
- Ўткир аппендицитнинг қорин пардаси яллиғланишининг белгилари?
- Ўткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?
- Ўткир аппендицит ва ўнг буйрак, сийдик йўли касалликлари ўртасида дифференциал ташхис? Ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
- Ўткир аппендицит ва бачадондан ташқари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллиғланиш ўртасида дифференциал ташхис ўтказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?
- Ёш болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос томонлари?
- Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон ўсимта топографиясининг ўзгариши?
- Ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?
- Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?
- Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?
- Меъда суюқлигининг пептик таъсирдан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган омиллар?
- Меъда яра касаллиги нима?
- Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?
- 12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?
- Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?
- Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
- 12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
- Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?
- Перфоратив яра касаллигида беморларнинг асосий шикояти?
- Перфоратив яра касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?

Перфоратив яра касаллигида беморни қорни соҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?

Перфоратив яра касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?

Перфоратив яра касаллигининг клиник белгилари?

Перфоратив яра касаллигида қўлланиладиган типик операция?

Яра касаллигида перфоратив тешикни тикиш иложи бўлмаган ҳолда қўлланиладиган операция турлари?

Перфоратив яра касаллигида қайси ҳолларда радикал операция қилинади?

Яра касаллигида қон кетишининг сабаблари?

Ўткир гастродуоденал қон кетишда беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?

Гастродуоденал қон кетишда беморларнинг асосий шикоятлари?

Гастродуоденал қон кетишнинг сабабларини аниқлаш усуллари?

Давом этаётган ёки қайталанган қон кетишда жаррох тактикаси?

Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?

Яра касаллигида қон кетганда қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?

Гастродуоденал қон кетишда қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?

12 бармоқ ичак яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?

Меъда яра касаллигида қон кетганда қўлланиладиган энг асосий операция?

Яра пенетрацияси нима?

Қайси аъзо ва тўқималарига яра пенитрацияланиши мумкин?

Ошқазон ичи нима?

Стеноз даражасининг рентгенологик характеристикаси?

Декомпенсациялашган стеноз беморларнинг асосий шикоятлари?

Декомпенсациялашган стенозда беморларни операцияга тайёрлаш ва операциядан кейинги муолажаларнинг ўзига хос хусусиятлари?

Стеноз қўлланиладиган операциялар?

Меъда секрецияси регуляциясининг фазалари?

Меъда секрециясининг асосий кўрсатмагичлари?

Меъда суюқлигининг пептик таъсиридан шиллиқ қаватини ҳимоя қиладиган симиллар?

Меъда яра касаллиги нима?

Яра касаллиги билан беморда анамнез тўплашининг ўзига хос хусусияти?

12 бармоқ ичак яра касаллиги учун типик бўлган меъда секретор функцияси ҳолати?

Яра касаллигида асосий рентгенологик белгилар?

Асоратланмаган яра касаллигида оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?

12 бармоқ ичак яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Меъда яра касаллигида қўлланиладиган асосий операция тури?

Қалқонсимон без касаллигида беморларнинг асосий шикоятлари?

Қалқонсимон без касаллигида бемор кўриниши ва пальпация қилинганда ўзгаришлар?

Қалқонсимон без касаллигида беморни бўйинсоҳаси перкуссия қилинганда аниқланадиган энг информатив симптом?

Қалқонсимон без касаллигини тасдиқлайдиган рентгенологик белги?

Қалқонсимон без касаллигининг клиник белгилари?

Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган типик операция?

Қалқонсимон без касаллигида қайси ҳолларда операция қилинади?

Қалқонсимон без касаллигида беморлар оғир ҳолати нима билан боғлиқ бўлади?

Қалқонсимон без касаллигида жаррох тактикаси?

Тўхтаган гастродуоденал қон кетишда даволаш тактикаси?

Қалқонсимон без касаллигида қилинадиган операция ҳажмини аниқлайдиган омиллар?

Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган операциянинг минимал ҳажми?

Қалқонсимон без касаллигида қўлланиладиган энг асосий операция?

Ўт пуфаги деворидаги ўзгаришлар бўйича ўткир холецистит таснифи?

Ўткир холециститда ўт пуфагида ўт чиқишига тўсқинлик қилувчи асосий сабаблар?

Ўткир холецистит хуружини чиқарувчи омиллар?

Ўткир холециститда оғриқ иррадиациясининг типик жойлари?

Ўткир холециститни консерватда даволаш комплекси?

Ўткир деструктив холециститдаги симптомлар?

Ўт пуфагининг қорин бўшлиғига перфорациясидаги клиникаси?

Жигардан ташқари ўт йўллари тузилиши?
Сурункали холециститда холангит ривожланиши сабаблари?
Умумий ўт йўлида тош бўлган ҳолларда операция ҳажми?
Холангит ва механик сариқликда жигардаги ўзгаришлар?
Ўт йўллари торайишида операция ҳажми?
Умумий ўт йўллари дренажлаш усуллари?
Ўт суюқлиги қаттиқ моддалари чиқишига олиб келувчи омиллар?
Ўт тошлари таркиби?
Ўт йўллари операциягача текширишнинг рентгенологик усуллари?
Ўт ташхисида ультратовуш текширишлар информативлиги?
Ўт оғриқли ва диспептик клиник кечишининг характеристикаси?
Асоратланмаган оператив даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш?
Сурункали холециститда кузатиладиган асоратлар?
У кузатиладиган механик сариқлик сабаблари?
Жигар сигментлар тузилиши?
Жигар дарвозаси нима?
Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?
Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?
Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?
Жигар эхинакоккозининг классификацияси?
Жигар эхинакоккозининг асоратлари?
Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?
Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?
Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тадбирларини айтинг?
Жигар паразитар касаллигининг клиник давлари?
Жигар паразитар касаллиги қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак?
Эхинакоккоз профилактикасида ўтказилиши лозим бўлган чора тадбирларини айтинг?

Жигар дарвозаси нима?

Жигардан қоннинг оқиб чиқиши?

Жигар органик ўзгаришлар бўлган ҳолларда текшириш усуллари?

Жигар эхинакоккози этиологияси ва юқиш йўллари?

Жигар эхинакоккозининг классификацияси?

Жигар эхинакоккозининг асоратлари?

Жигар эхинакоккози оператив даволаш усуллари?

Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?

Жигар эхинакоккозининг юқиш йўллари?

Жигар эхинакоккози касаллиги патогенези?

Жигар эхинакоккози диагностикасида текшириш усуллари?

Жигар эхинакоккозининг классификацияси?

Жигар эхинакоккози касаллигининг асоратлари?

Меъда ости беши кистаси диагностикасида қўлланиладиган усуллар?

Меъда ости беши кистаси оғриган беморларда қачон операция ўтказилади ва операция ҳажми қандай?

Меъда ости беши ташқи оқмасининг ҳосил бўлиши сабаблари?

Меъда ости беши оқмаси ташхисини аниқлаш?

Панкреатик оқмаларни даволаш?

Меъда ости беши тўқимасининг қайси элементларидан меъда ости саратони ривожланади?

Меъда ости беши саратони клиникаси?

Меъда ости беши боши саратони клиник белгилари?

Меъда ости беши боши саратонида ҳосил бўладиган механик сариклик хусусиятлари?

Меъда ости беши боши саратони ташхисини тасдиқлайдиган текшириш усуллари?

Меъда ости беши саратонида радикал операция ҳажми?

Меъда ости беши йўлида ўтказиладиган поллиатив операциялар ва улардан кутилган мақсад?

Йўғон ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?

Гришпругн ва Крон касалликларирда оғрик локализацияси?

Ўткир парапроктитнинг жойлашуви бўйича таснифи?

Гришпрунг ва Крон касаллигида беморлар орқа чиқарув тешиги қурилганда аниқланадиган ўзгаришлар?

Гришпрунг ва Крон касаллигида беморларда тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?

Гришпрунг ва Крон касаллигининг ёмон асорати нима?

Тўғри ичак олди клечаткаси абсцессини очишда қўлланиладиган кесмалар?

Ўткир парапроктитда радикал операция қандай амалга оширилади?

Параректал оқмалар ҳосил бўлишининг асосий белгилари?

Параректал оқмаларнинг орқа тешиги ташки сфинктерига муносабати бўйича таснифи?

Параректал оқмаларнинг оқма бўлиш характери бўйича таснифи?

Параректал оқмаларни аниқлаш учун ишлатиладиган махсус текшириш усуллари?

Параректал оқмаларни текширишда ўтказиладиган фистулохромоскопия ва фистулография мақсадлари?

Йўғон ичак касалликлари клиникаси, диагностикаси

Йўғон ичак касалликларида қилинадиган операциялар радикалиги таснифи?

Бавосил таснифи?

Бавосилда беморларда ўтказиладиган қўшимча текшириш усуллари?

Бавосил билан оғриган беморларни радикал даволаш?

Геморроидал тугунлар ўткир тромбозда беморларнинг асосий шикоятлари?

Геморраидал тугунлар ўткир тромбозда беморларни консерватив даволаш?

Геморраидал тугунлар ўткир тромбозда ўтказиладиган операциялар?

Орқа чиқарув тешиги ёриқларни пайдо бўлишининг асосий сабаблари?

Орқа чиқарув тешиги ёриғининг энг кўп учрайдиган локализацияси?

Орқа чиқарув тешиги ёриғида беморларнинг асосий шикоятлари?

Тўғри ичак касалликларида ундан чиқадиган суюқлик характери?

Тўғри ичак касалликларирда оғриқ локализацияси?

Тўғри ичак полиплари пайдо бўлиши патогенези?

Тўри ичак полиплари билан оғриган беморларнинг

Тўғри ичак полипида тўғри ичак бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?

Рентгеноскопик текширишда якка полипнинг кўриниши шакли?
Полипларда бутун йўгон ичаки текшириш зарурлиги?
Тўғри ичак полипларида қилинадиган операция ҳажми?
Тўғри ичак саратонининг локализацияси бўйича таснифи?
TNM тизими бўйича тўғри ичак раки таснифи?
Тўғри ичак раки билан оғриган беморларнинг асосий шикоятлари?
Тўғри ичак ракида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?
Тўғри ичак экстирпацияси учун кўрсатма?
Тўғри ичак резакция учун кўрсатма?
Тўғри ичак иноперабел ркида ўтказиладиган операция ҳажми?
Ўткир ичак тутилиши таърифи ва таснифини айтиб беринг
Ўткир ичак тутилиши касалликларидан оғриқ локализацияси?
Ўткир ичак тутилиши этиопатогенези?
Ўткир ичак тутилишларини аниқловчи асосий стандарт усуллари
Ўткир ичак тутилишларида тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда аниқланадиган ўзгаришлар?
Контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
Ўткир ичак тутилишларида стандарт даволаш усуллари?
Ўткир ичак тутилишларида ўтказиладиган операция ҳажми?
Битишмали ичак тутилишларида хирург тактикаси ?
Битишмали ичак тутилишларида ўтказилиши лозим бўлган текшириш усуллари?
Ўткир ичак тутилишларида қорин бўшлиғи аъзоларининг қайси касалликларидан қиёсий ташхислаш лозим?
Қорин парданинг анатомо-физиологик хусусиятлари, функцияларини айтиб беринг
Перитонитнинг этиопатогенези, классификацияси, клиник кечиш босқичлари?
Перитонитнинг реактив даврининг клиник аломатлари ?
Перитонитнинг токсик даврининг клиник аломатлари ?
Перитонитнинг терминал даврининг клиник аломатлари ?
Перитонитларда ташхислаш ва даволаш стандартларини кўрсатиб беринг?

Перитонитни контрастловчи рентгеноскопик текширишнинг аҳамияти?
Перитонеостомия нима, унга кўрсатма ўтказиш методикаси?
Перитонеал диализ ва лаважнинг бир-биридан фарқи, кўрсатма ва ўтказиш техникаси?
Перитонитда ўлим кўрсаткичлари, сабаблари.
Ичак оқмаларига олиб келувчи омиллар
Ичак оқмалари классификацияси
Лабсимон ва тарновсимон ичак оқмаларини қиёсий ташхислаш
Ичак оқмаларини ташхисдашдаги текшириш режа стандартларини санаб ўтинг.
Шаклланмаган ичак оқмалар клиник аломатларини санаб ўтинг.
Ичак оқмаларида гомеостазда кузатиладиган ўзгаришлар?
Ингичка ичак оқмаларини даволаш принциплари
Йўғон ичак оқмаларини даволаш принциплари
Тўлиқ ингичка ичак оқмаларида ўлим ҳолатларининг сабаблари?
Ичак оқмаларида қўлланиладиган операция усуллари классификацияси?
Паллиатив ва радикал операция нима?
Ташқи ичак оқмаларини консерватив ва оператив даволаш усуллари.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

43 ёшли К исимли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилади чап чов-ергок соҳасида шишнинг пайдо бўлиш, унинг горизантал ҳолатда ётганда ҳам йўқолмаслигига шикоят қилади. Ҳожати регуляр, қушиш йўқ. Кўздан кечирганда шиш ноксимон формада пальпацияда оғриқсиз, қорин бўшлиғида тўғирланмайди. Қорин юмшоқ оғриқсиз, ката таҳоратга чиқиб келган.

Бемор Т. 42 ёшда шикоятлари: чап чов соҳасида шиш, жисмоний иш вақтида объектив текширганда: чов каналининг ташқи тешигида юмалоқ шаклда шиш, оғриқсиз юмшоқ эластик консистинцияли. Шиш тўғирлангандан кейин сийдик кистайди.

Бемор 60 ёшда оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган: чап ерқокда кучли оғриқ аввал шу томонида буртиб шишиб турибди. Кўнгли айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ахлат йўқ. Жаррох куни билан шишиб турган жойни тўғирлаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қориндаги оғриқ йўқолмади. Сизнинг ташхисингиз? Нима содир бўлган? Жаррох тактикаси тўғрими? Диагнози қандай? Қандай даволаш керак?

бемор Д. 44 ёшда, чап чов ёргоқ соҳасида буртма шиш борлиги, қоринда оғриқ, ичи ўтмаётганига шикоят қилиб келди.

Объектив текширишда: чап чов-ёргоқ соҳасида узунчоқ буртма шиш бор уни устидаги тери қизарган. Пальпацияда кучли оғриқ буртмани тўғирлаб бўлмайди. Қорин шишган ва оғриқли. Уч кундан буён хожатга чиқмаган, газлар чиқмайди. Ахволи охир.

Сиз қўйган диагноз?

Анеменизмдан қайси ҳолатларда аниқлаш керак?

Қандай даволаймиз?

Операциянинг ўзига хос хусусиятлари

53 ёшли бемор касалхонага қуйидаги шикоятбилан келди: киндик соҳаси атрофида буртиш борлигига. Физик зўриқишида оғриқ сезади. 12 йилдан буён касал, касаллик биринчи марта туғриқдан кейин пайдо бўлиб, аста-секин катталашган. Киндик атрофини кўздан кечирганда думалоқ шаклли буртма кўринади. Бурма катталиги енгоқдек. Пайпаслаганда ном шок эластик. Консистенцияли оғриқсиз ва қорин бўшлиғига бемалол киритса бўлади.

Диагноз қандай

Даволашда қандай жаррохлик усулини қўллаш мумкин.

Бемор 50 ёшда, оғир ҳолатда қуйидаги шикоятлар билан касалхонага олиб келинган. Чап ергоқда кучли оғриқ ва шу томон буртиб шишиб турибди. Кўнгил айниб қоринда оғриқ 2 кундан бери ҳолат йўқ. Жаррох қўли билан шишиб турган жойини тўғрилаб юборгандан кейин шиш йўқолади. Лекин қоринда оғриқ йўқолмайди.

Бемор О. 67 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғриқ. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ергоқда тушмайди, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.

Сизни диагнозингиз.

Қайси касаллик билан таққосланади.

Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.

Даволаш усули.

Бемор 23 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргоқ чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мояк чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?

Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.

Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғриқ пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.

Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпаблаб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.

Сизни ташхисингиз

Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?

Даволаш усуллари

Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргок соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғрик. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.

Объектив текшириш чап чов ёргок соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпаблаганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичираяди.

Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5х7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистентцияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.

Ҳожати регуляр.

Сиз қўйган ташхис.

Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллрини қўллаш керак.

Сизнинг даволаш режангиз?

Бемор 38 ёшда. Ўнг томонлама чов ёргок чурраси операция қилинган. Операция вақтида маълум бўлишича мояк чурра халтасининг ичида жойлашган. Гап нима ҳақида кетмоқда?

Жаррох бунда қандай йўл тутиши керак.

Бемор 42 ёшда чап чов соҳасида буртма борлиги, жисмоний зўриқишдан шу ерда оғрик пайдо бўлиши дизурик ҳолатлар борлигига шикоят қилади.

Объектив текширишда: чов каналининг ташқи тешиги соҳасида юмалоқ буртма бўлиб, оғримайди, юмшоқ эластик. Буртма пайпаблаб кўрилганда беморнинг сийгиси келади.

Сизни ташхисингиз

Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширишлар қўллаш керак?

Даволаш усуллари.

Бемор А. 56 ёшда. Шикоятлари кала чов соҳасида шиш, юрганда оғрик. Объектив: текширганда шиш юмалоқ шаклда, ергокда тушмайди, юмшоқ эластик консистентцияли, қорин бўшлиғига осон киради. Шишнинг ташқарисида уруғ тизимчаси пайпасланади.

Сизни диагнозингиз.

Қайси касаллик билан таққосланади.

Касалликнинг пайдо бўлиши сабаби.

Даволаш усули.

Бемор 37 ёшда. Шикоятлари: чап чов ёргоқ соҳасида шиш, юрган вақтда тортиб турувчи оғриқ. Шиш оғир юк кўтаргандан сўнг пайдо бўлган ва катталаша борган.

Объектив текшириш чап чов йоргоқ соҳасида ноксимон шаклида шиш бор. Терининг ранги нормал пайпаствлаганда юмшоқ эластик консистентцияда эканлиги аниқланди. Пекуссияда тумтоқ товуш. Горизонтал ҳолатда шиш кичираяди.

Бемор С. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳасида, операциядан кейинги чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлиши, юрган вақтида ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегманоз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳасида операциядан кейинги чандиқ жойида 5x7см ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистентцияли, қорин бўшлиғига тўғирланади.

Ҳожати регуляр.

Сиз қўйган ташхис.

Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текшириш усуллрини қўллаш керак.

Сизнинг даволаш режангиз?

Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5x7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

Сизни диагнозингиз?

Давоси?

Бемор К. 43 ёшда. Шикояти: чап чов-ёргоқ соҳасида шиш, горизонтал ҳолатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шакилда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғирланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айнаш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айнаган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада

қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-ға, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

Диагнозни қўйинг. Даволаш?

Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан кейинги чандиқ жойида 5x7 см-ли шиш бор, оғриқсиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳожати регуляр.

Бемор с.37 ёшда. Шикояти: ўнг ёнбош соҳасида шиш, операцион чандиқ соҳасида юрганда ва жисмоний иш вақтида оғриқ. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит билан операция қилинган. Кўрилганида чандиқ соҳасида 5x7 см ўлчамдаги шиш, оғриқсиз, юмшоқ-эластик констиценцияли, қорин, бўшлиғига тўғирланади. Ахлати регуляр.

Сизни диагнозингиз?

Давоси?

Бемор К. 43 ёшда. Шикояти: чап чов-ёрғоқ соҳасида шиш, горизонтал халатда йўқолмайди. Ахлати регуляр қайт қилиш йўқ. Шиш ноксимон шакилда. Пайпаслаганда оғриқсиз, қорин бўшлиғига тўғриланмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, ахлат бор.

1. Диагнозингиз?

2. Қайси касаллик билан таққослаш керак?

3. Давоси?

Бемор 30 ёшли касал қуйидаги шикоят билан келган: кўнгил айниш, 2-марта қусган, 10-соатдан бери ўзини касал деб ҳисоблайди. Бу ўзини касаллигини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу давирдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш: бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек. Қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш вақтида орқада қолмоқда. Пульс 1-минутда 90-ға, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартиганда оғриқ кучаяди.

Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

Диагнозни қўйинг. Даволаш?

Бемор с. 37 ёшда. Ўнг ёнбош соҳада, операциядан кейин чандиқ соҳасида шишнинг пайдо бўлишига, юрган вақтда ва оғир иш қилганда оғриқнинг пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Бемор 2 йил олдин ўткир флегмоноз аппендицит сабабли операция қилинган. Кўздан кечирганда ўнг ёнбош соҳада операциядан

кейинги чандик жойида 5x7 см-ли шиш бор, оғриксиз, юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғрилади. Ҳожати регуляр.

32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриксиз.

1.Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади. 3. Сизнинг ташхисингиз? 4. Даволаш услуби.

Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

“К” исимли киши 45 ёшда. 5 йилдан бери касал. Эпигастрал соҳада оғирлик сезиш, озгинлик, оғзидан ёмон ҳид келиши, бир неча куч илгари еган овқатларини қусиб ташлаш, ва ўз авҳолини энгиллатиш мақсадида суний қусиш чақиритишга шикоят қилади.

Объектив текшириш: Бемор кескин ориқлаган, териси қуруқ, энгил бурмаланади. Қориннинг юқори ярмида дамланиш бўлганлиги учун қорни ассиметрик юмшоқ кам оғрикли. Туқуллатиб қуйилганда ориқланган қориннинг олдинги девори орқали ошқазон перистальтикаси қурилади. 5-6 кунда бир марта таҳоратга чиқади. Қон анализи: эритроцитлар сони 6,200000: гемоглобин-98гр/л хлоридлар миқдори камайган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз.

Бемор кескин ориқланганда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорининг кўплиги нима билан тушунтириш мумкин.

Ташхис қуйишда яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш мумкин.

46-ёшли М. Исмли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий аҳволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриксиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг ташхисингиз? 4. Даволаш услуби.

Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

32-ёшли эркак киши тез ёрдам машинаси билан қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилиб келди: умумий камқуватлик, бош айланиши, кўзларида қоронғулик ва кўп миқдорда қора рангли усулда ахлат ажралишига, касаллик 2 кун давом этган.

Объектив : текшириш: умумий ахволи ўртача оғирликда, бемор оқарган, юзи ёпишқоқ совуқ тер билан қопланган. Пульс 1-минутда 120та А\Б 100/60мм сим уст. Тили тоза, нам қорни юмшоқ оғриқсиз.

Ташхис қуйиш учун яна қанақа қўшимча текшириш методларини қўллаш керак?

Қора ахлат нима деб аталади.

Сизнинг ташхисингиз? 4. Даволаш услуги.

Бемор клиникада гастродуоденал қон кетиш билан ётқизилди. Қилинган гастродуоденоскопия меъдадан кўп сонли қон кетувчи эрозия борлигини кўрсатди. Сизнинг ташхисингиз. Беморни қандай даволаш керак?

Бемор 32 ёшда, шикоятлари ўнг қовурға остида айрим вақтда кучаядиган доимий оғриқ, кўнгил айниш. Сариклик йўқ. Холицистографияда ўт пуфаги катталашган, ёмон бўлади.

1. Қандай қўшимча текшириш усуллари ўтказиш мумкин?

2. Ташхисингиз?

3. Даволаш?

Бемор 62 ёшда, эркак киши. Ўнг қовурға остида қаттиқ оғриқ, оғриқ ўнг елкага кузатилади, қусиш, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши каби шикоятлар билан стационарга етказилди. Ўзини 4 кундан буён касал ҳисоблайди. Объектив текшириш: умумий ҳолати оғир, тили қуруқ, қул ранг қараш билан қопланган қориннинг ўлчамлари озгина катталашган. Ўнг ярмининг юқори қисм нафас олишда деярли қатнашмайди. Палпацияда ўнг қовурға ёйи остида мушаклар таранглашган ва кучли оғриқ. Кўз склерасида сарғайиш сезилади. Тана 38,9 С. Леоцитлар сони 16,25 103 1м. 2 кундан буён ҳожатга чиқмаган.

Қўшимча равишда қайси симптомларни текшириб кўриш керак.

Оғриқнинг ўнг елкага узатилишини қандай тушунтирасиз.

Ташхисингиз 4. Беморни қандай даволаш керак.

60 ёшдаги аёл ўнг қовурға ости соҳасида ва эпигастрал соҳада симилловчи оғриқдан, дармонсизлик, вақти-вақти билан қайт қилиш, иштаҳа пасайиши ва тана вазнининг камайишидан шикоят қилади. Объектив: умумий ҳолати ўртача оғирликда, озиб кетган, териси оқарган, қул ранг, ер рангидаги доғлар бор. Қорни бироз шишган, нафасга қатнашади. Ўнг қовурғалар ости соҳасида юзаси нотекис, қон тури ноаник, зич, ғадур-будур тузилма аниқланади. Унинг ўлчами 15-18см. Қорин бўшлиғида випот аниқланади.

Айтилган симптомларга асосланиб нима ҳақида ўйлаш мумкин?

Қорин бўшлиғида випот қандай аниқланади?

Ташхис қуйиш учун яна қандай текширишлар ўтказиш керак.

Давоси.

Бемор 28 ёшда, поликлиникада ўнг қовурға остидаги тумтоқ товушга ва симилловчи оғриққа шикоят қилиб келди. Объектив кўрганда: тана тузилиши тўғри овқатланиши қониқарли. Палпацияларда ўнг қовурға остида кам ҳаракатча, кам эластик консистенцияли, силлиқ юзали, размери 10 18 см ли жигар аниқланади. Қонда эозинофиллар 80/0.

Ташхисингиз.

Яна қандай диагностик кўрсатмалар бор

Даволаш усули.

Бемор 45 ёшда. Умумий кучсизлик, ёмон иштаха, юқори ҳарорат, ўнг қовурға ости соҳасидаги тумтоқ оғриқдан касалхонага тушди. Анамнезида 1 кун мобайнида оғримокда 1,5 олдин йрингли аппендицит бўйича операция қилинган. Касаллик кучсизлик билан бошланган, ҳарорати юқори, кечқурун +39 С, 40 С га етади, ваража билан, эрталаб эса 32,2 36,5 С га етади. Ўнг қовурға остида тумтоқ баъзида эзувчи оғриқ пайдо бўлади. Текширилганда: умумий аҳволи ўртача, тери қопламаса оқарган, юрак буғиқлашган, тили нам, қорин нафасда қатнашади, юмшоқ, жигар четлари пайпасланганади. Ўнг қовурға ости оғриқли. Ўнгда симптом “Френикус” мусбат. Тана ҳарорати 39-40 С. Қонда лейкоцитлар сони 18000, СОЭ-34 мм/соатда, нейтрфилёз.

Қанақа қўшимча текшириш ўтказиш керак?

Сизнинг диагнозингиз?

Оғриқнинг ўнг елка устига ўтказилишини қандай тушинтириш мумкин?

Бола 9 ойлик, қорнида тутиб, сиқиб оладиган, кучли қусиш билан хирургия бўлимига олиб келинди. 2 кундан бери касал, участка врачлари беморни инфекция бўлимига қуйидаги ташхис билан юборган: токсик диспепсия. Бемор 1 кундан кейин “ўткир қорин” ташхиси билан қайта олиб келинди.

Объектив текшириш: умумий аҳволи оғир, ҳолсиз қорин дамланган, юмшоқ, чуқур пальпацияда ўнг қовурғалар остида зич эластик чегараланган қалбсимон ҳосилалар аниқланади.

36 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан қуруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

Сизнинг ташхисингиз ?

Даволаш чоралари

Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?

Бемор 50- ёшда эркак. Тўхтовсиз кучли йўтал, қон аралашган балғам ажралиши, кўкрак қафасида оғриқ, хансираш, умумий ҳолсизлик, субферил иситма борлигига шикоят қилади. Объектив текшириш: ўнг тамонида ўпканинг пастки қисмида ўпка товушининг қисқарганлиги, нафаснинг кучсизланганлиги аниқланди. Рентгенология текширишда сезиларли четлари нотекис интенсиф соя куринади.

қандай қўшимча текшириш усуллари қўллаш керак?

сиз қўйган ташхис?

бу касалликда қандай даволаш усулларидадан фойдаланилади?

42 ёшли бемор шифохонага ўнг кўкрак қафасидаги оғриқдан қуруқ йўтал борлигидан шикоят қилиб тушди. Ўнг ўпкасининг пастки қисмида ўпка товушининг тумтоқлатганлиги нафасининг сусайганлиги рентгеноскопик текширган ўпканинг пастки майдонида текис юмалоқ бир хил 6+6 см даги қоронғилашга соя кўринади. Қозоний реакцияси мусбат.

Сизнинг ташхисингиз ?

Даволаш чоралари

Яна қандай текшириш усуллари қўллаган бўлар эдингиз?

52 ёшли эркак қориннинг юқори қисмида белбоғсимон оғриқ борлигига шикоят қилади. Бу оғриқ наркотиклар қилингандан кейин ҳам, қусгандан кейин ҳам қолмади. Объектив текширганда иштахаси йўқ, тили хўл, кул ранг қорамтир қараш билан қопланган. Қориннинг юқориги қисми териси қорамтир пигментация билан қопланган. Қорни юмшоқ, эпигастрал соҳада оғриқ. Ошқозон рентгеноскопияда унинг пилорик қисмида чуқурлиги 2,5 см ли чуқурча аниқланди.

Диагноз қуйинг.

Нима учун оғриқ белбоғсимон .

Сизнинг текшириш режангиз ва даво методингиз.

30 ёшли касал қуйидаги шикоятлар билан келган: кўнгил айниш, 2 марта қусган. 10 соатдан бери ўзини касал деб ҳисобланади. Бу ўзининг касалини ёмон сифатли овқат егани билан боғлайди. Овқат егандан кейин 1-2 соат ўтар-ўтмас кўнгил айниган, эпигастрал соҳада оғриқ сезган. Кейинчалик бутун қорни оғриган. Шу даврдан бошлаб беморда ахлат бўлмаган. Объектив текшириш. Бемор ўнг ёнбошида ётибди, юзи азоб чеккан кишиникидек, қоринни кўздан кечирганда ўнг бўлаги нафас олиш актидан орқада қолмоқда. Пульс 1 мин да 90 та, ритмик. Қоринни пайпаслаганда киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқ. Беморни чап томонга ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучаяди.

Масалада қайси симптомлар кўрсатилган?

Диагнозни аниқлаш учун нима қилиш керак?

3. Ташхис қуйинг.

Даволаш усули.

Бемор Г. 18 ёшда касалликни касалхонага тушган. Касаллик эпигастрал соҳада оғриқнинг пайдо бўлиши билан, кўнгил айниши ва қусиш билан бошланган. Кейинчалик оғриқ унинг ёнбош соҳасида берилган касалликнинг кунидан оғриқ пасайган.

Объектив текширгнда: Пульс 74 та 1 мин да, тана ҳарорати +37,5 тили тоза, нам. Қорин дамлаган, пальпацияда юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 8x12см ли ҳаракатсиз, кам оғриқли ўсмасимон ҳосила борлиги аниқланади. Лейкоцитоз -10000,

1. Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?

Сизнинг ташхисингиз 3. Даволаш усули: оператив ёки консервативми?

Бемор 57 ёшда, эпигастрал областидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ орқага иррадиация беради. Яна бемор қушишга шикоят қилади. (Кўп марта қусган, лекин беморга энгиллик бермаган). 4 кундан буён касал.

Объектив текширганда: Умумий ҳолати жуда оғир, бемор адинамия ҳолатида, тери қопламалар совуқ, оғиз-бурун учбурчагида цианоз кузатилади. Пульс тез. Артериал босим 80/60 см. Уст. Тили қарач билан қопланган, қуруқ. Қоринни дамлаган, шишган, қорнида тарқалган оғриқ аниқланади. 3 кундан бери ахлат чиқмайди.

Қонда диастаза миқдори 1056 ЕД, сийдикда 2270 ЕД.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Беморни даволашдаги тактика (консерватив ёки оператив)?

3. Оператив даво усули? 4. Консерватив даво?

Поликлиника қабулхонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичакда оғирлик сезги, ич қотиш ва дефекация қон аралашishi билан шикоят қилган. Объектив текширганда, энгил кучанганда анусдан 2 та 1.5 см ли тугуни кўради. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Пайпасланганда тўғри ичакда нормадагидан ўзгариш йўқ. Бемор бироз оқарган. Нв-62.АБ 100/60 мм.см уст. Тенг.

1. Клиник диагноз қўйинг

2. Агар беморда А/Б 100/60 мм.см уст. Бўлса нима дейилади.

3. Дифференциал диагноз? 4. Давоси

Бемор аёл 56 ёшда гипертония касаллиги билан оғриди. Бир ҳафта олдин магнети эритмаси билан думбасига инъексия қилинган. Инъекция қилингандан кейин тез кунда шу ерда оғриқ ва терининг қизариши пайдо бўлган қурилганда думба соҳасида 8-10см ли каттиқ инфилтрат бор. Марказида бўшашган жой бўлиб пайпасланганда оғрийди. Сизнинг ташхисингиз? Беморни қандай даволаш керак?

28 ёшли бемор 2 йилдан бери касал. Дастлаб кучли оғриқ ва орқа чиқарув тешиги атрофида шиш пайдо бўлган. Жой ўз-ўзидан ёрилди ва бемор энгиллик сезди. Шундан кейин анал ёнидаги кичик тешикдан йирингли суюқлик ажралади. Кўздан кечирганда анал тешигиан чапга чандиқ бўлиб марказида О,2,О,2 см тешик бўлиб сероз йиринг ажралади. Шу тешикдан 4 см чуқурликда юмшоқ тўқимага ташқи жом толалари орқали тугмачали зонд киритилади. Тўғри ичак бўшлиғига тушувчи 1% метил кукуни сувдаги эритмаси юборилди.

1. Бу бемор ҳақида нима деб ўйлаш мумкин

2. Ташхис 3. давоси

Поликлиникаларда қабул хонасига 32 ёшли эркак бемор тўғри ичака оғирлик сезгиси, ич қотиш ва дефекацияда қон томчилашидан шикоят билан келган. Объектив текширганда: энгил кучанганда анусдан 2 та 1,5 см ли тугунча кўринади. Ҳар қайсиси қизил рангли ва юзаси майда думбокли. Бемор бироз оқарган А.Б-100/60 мм. См уст.

1. клиник диагноз кўйинг
2. агар беморда А/Б 210/1 0 мм см уст. бўлса буни нима деб ўйлаш мумкин.
3. дифференциал диагноз
4. давоси

Фан бўйича назорат материаллари:

– оралиқ баҳолаш тестлари

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН

1-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ (ёзма)

1 - вариант

Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомио-физиологияси, топографияси, ўткир яллиғланиш сабаблари.

Ошқозон ва 12 б.ичакдан ўтиш бўлимини торайиши (пилоростеноз), босқичлари, клиник кечиши, оператив даво усуллари.

Сон чурралари анатомияси, пластика усуллари, операциядан кейинги асоратлар.

2 - вариант

1. Чов канали, чов соҳаси, анатомияси, чов чурралари, диф.диагностикаси (тўғри ва қийшиқ) пластика усуллари.

2. Ошқозонни секретор фаолиятини текшириш усуллари.

3. Атипик аппендицит этиологияси, клиникаси, давоси.

3 - вариант

1. Қисилган чурралар, турлари, клиник аломатлари, операцияга кўрсатма ва унинг ўзига хослиги (асоратланмаган чурра кесимидан фарқи).

2. Ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг сурункали яра касаллиги, этиопатогенези, клиникаси, операцияга кўрсатмалар ва унинг турлари.

3. Ўткир аппендицитнинг ҳомиладор аёлларда кечишининг ўзига хослиги.

4 - вариант

1. Ўткир аппендицитнинг қари ва кекса ёшдаги одамларда кечишининг ўзига хослиги.
2. Перфоратив яра этиологияси, Ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг сурункали яра касаллиги, этиопатогенези, клиникаси, операцияга кўрсатмалар ва унинг турлари.
3. Киндик чурралари, анатомияси, пластика усуллари.

5 - вариант

1. Ўткир аппендицитнинг болаларда кечишининг ўзига хослиги.
2. Гастродуоденал қон кетишлар, классификацияси, клиник манзараси, ярадан қон кетишни даволаш усуллари.
3. Операциядан кейинги чурралар, келиб чиқиш сабаблари, пластика усуллари.

6 - вариант

1. Ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг пенитрацияси, ривожланиш босқичлари, клиникаси, ташхислаш усуллари, даволаш.
2. Ўткир аппендицит симптоматологияси, хирургик даволашга кўрсатма, қарши кўрсатма.
3. Кам учрайдиган чурралар, этиологияси, клиникаси, диагностикаси ва даволаш.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН

2-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

Холедохолетиаз. Этиологияси, клиникаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

Жигар абсцесслари. Классификацияси, этиологияси, даволаш усуллари.

Меъда ости безининг анатомо-физиологик хусусиятлари, текшириш усуллари.

Панкреатитлар. Этиологияси, классификацияси, клиник симптоматологияси, даволаш.

Постхолецистэктомик синдром. Классификацияси, клиникаси, даволаш усуллари.

Ичак тутилиши классификацияси. Динамик ва механик ичак тутилиши, дифференциал диагностикаси.

Механик ичак тутилишлари. Этиологияси, клиниаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Эндемик буқоқ. Этиологияси, классификацияси, клиниаси, даволаш усуллари.

Билиар панкреатитлар. Этиологияси, клиниаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

Ўткир панкреатитни ўткир холецистит ва аппендицитдан қиёсий ташхислаш.

Тиреотоксикозни хирургик даволаш усуллари.

Динамик ичак тутилишлари. Клитникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Ўт йўллари анатомияси, текшириш усуллари.

Хошимото ва Ридел буқоқлари.. Ташхис қўйиш усуллари, клиник кечиш босқичлари.

Ўткир парапроктитлар. Клиниаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

Жигар абсцессларини қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларидан қиёсий ташхислаш.

Ўт-тош касаллиги. Этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.

Йўғон ичак ва тўғри ичак анатомияси, физиологияси, текшириш усуллари.

Жигарнинг хирургик анатомияси ва физиологик текшириш усуллари.

Эндемик буқоқ. Этиологияси, клиниаси, ташхислаш, даволаш усуллари.

Бавосил касаллиги. Этиологияси, клиниаси, даволаш усуллари.

- яқуний баҳолаш тестлари

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ЯҚУНИЙ НАЗОРАТ

ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ

МАВЗУ № 1. КИРИШ. ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ПРЕДМЕТИ.

ҚОРИН, ЧОВ ЧУРРАЛАРИ,

Факультет хирургия фанининг мақсади:

*энг кўп учрайдиган хирургик касалликларнинг этиологияси, клиникаси,
диагностикасини ўргатиш

Барча хирургик касалликлар тўғрисида маълумот бериш

Шошилич хирургик операциялар тўғрисида маълумот

Герантология тўғрисида маълумот олиш

Факультет хирургия фанининг вазифалари:

*энг кўп учрайдиган хирургик касалликларнинг этиологияси, клиникаси,
диагностикасини ўргатиш

режали хирургик беморларни текшириш режасини тузиш, даволаш принципларини аниқлаш

барча хирургик касалликларида беморларни текшириш ва даврларни ўргатиш

Факультет хирургия вазифасига каради:

* тиббий этика ва деонтология асосларини ўргатиш

Беморларни стационаргача бўлган даврда даволашни ўргатиш

Шошилич ёрдам кўрсатишни ўргатиш

Режали хирургик ёрдам кўрсатишни ўргатиш

Факультет хирургия фанини ўқитишда талабаларни билиши керак бўлган фундаментал фанлардан билими:

*нормал ва патологик физиология, нормал анатомия, ОХТА

Фармакология, биокимё, биофизика

Математика

Юқоридагиларнинг барчаси

Факультет хирургия фанининг вазифасига қуйидагиларнинг қайси бири киради:

* олдин олинган амалий кўникмаларни мукаммаллаштириш ва янгилари билан бойитиш

Хирургик беморга амалий ёрдам кўрсатиш

Камроқ учрайдиган хирургик касалликларнинг келиб чиқиш омилларини тушунтириш

Барча хирургик касалликларни этиологиясини аниқлаш

Лихтейнштейн бўйича пластика усули қайси чурраларни кесиш амалиётида бажарилади:

* Тўғри чов чурраларида

Қийшиқ чов чурраларида

Қайталанувчи сон чурраларида

Киндик чуррасида

Чурра кесиш амалиёти қайси усулларда бажарилади:

* барчаси тўғри

Маҳаллий тўқима пластикаси

Синтетик протез тўқима ҳисобидан

Лапароскопик герниопластика

Протезли герниопластика турини танлашда нимани ҳисобга олиш зарур:

* қорин бўшлиғи ичидаги босимнинг даражаси

Маҳаллий тўқималарнинг ҳолати

Беморнинг ёши, жинси

Олдин операция бўлган ёки бўлмаганлиги

Чурра қайталаниши нимага боғлиқ:

* олдинги пластика усулининг нечоғлиқ тўлиқ бажарилганлигига

Қорин ичидаги босимининг даражасига

Инфекция асоратининг ривожланганлигига

Хирург малакасига

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

* тери ва тери ости ёғ клетчаткаси

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра ичидаги нарса

Агар чурра халтаси деворининг бир кисмини қорин парда билан копламаган орган ташкил килса унда бу чурра қандай аталади?:

*сирпанувчан

тугма

тугри

кийшик

Чов усули билан сон чурраси буйича амалиет бажарганда кайси пластика усули кулланилади?

*Руджи-Парлавеччо усули

Бассини усули

Кукуджанов усули

Праксин усули.

Туғма чов чуррасида чурра копини ҳосил қиладиган тўқима?

*париетал қорин парданинг облитерацияланмаган кин усимтаси

кундаланг фасция

сийдик пуфаги

висцерал қорин парда.

Қориннинг ташки чурралари деганда нимани тушунаси?

*қорин бушлигидан ички аъзоларнинг қорин орттирилган еки табиий тешиклари оркали тери остига чикиши

қорин парда билан уралмаган аъзоларнинг қорин олдинги девори дефектларидан чикиши.

қорин бушлиги аъзоларнинг париетал қорин парда ҳосил қилган чунтакларига кириш

ингичка ичакни йугон ичак туткичлари орасидан чапга ёки уннга кириши

Кийшик чов чуррасида қилинадиган операциялар мохияти

*чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш

чов каналининг орқа деворини мустахкамлаш

чурра халтасининг буйинини беркитиш

олдинги ва орқа деворини мустахкамлаш

Тугри чов чуррасида килинадиган операциялар мохияти

*чов канали орқа деворни мустахкамлаш.

чов каналини олдинги ва орқа деворини мустахкамлаш

чов канали олдинги деворни мустахкамлаш

Лексер операцияси

Чов канали олдинги девори нима бўлиб ҳисобланади?

*аппендикуляр инфилтрат

кундаланг фасция

чов бойлами

ташки кийшик мушак апоневрози ва ички кийшик мушак толаси

Чов каналининг пастки девори нима бўлиб ҳисобланади?

*чов бойлами

кундаланг фасция

лакунар бойлам

корин ташки кийшик мушагининг апоневрози.

Чов каналининг орқа девори нима бўлиб ҳисобланади?

*кундаланг фасция

лакунар бойлам

чов канали

Куперов бойлами

Чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш усуллари:

*Кимбаровский чоки,Жирар,Спасокукоцкий

Жирар,Бассини

Кимбаровский чоки,Жирар,Постемский

Бассини,Кукуджанов

Чов каналининг юкори девори нима бўлиб ҳисобланади.

*ички кийшик ва кундаланг мускулларнинг пастки қирралари

чов бойлами

Купер бойлами

кундаланг фасция.

Икки томонлама тўғри чов чурраси купрок учрайди:

*карияларда

болаларда

аёлларда

ҳомиладорларда

Қанака чурра тез-тез ёргокка тушиб туради

*кийшик чов чурраси

тугри чов чурраси

сон чурраси

киндик чурраси

Куйидагиларнинг кайси бири чурра элементи ҳисобланмайди.

*тери

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра таркиби

Агар чурра деворининг бир томони корин парда билан қисман копланган булса у холда бу чурра:

*сирпанувчи

тугри

Кийшик

овалсимон

Чов канали ташқи тешиги жойлашган:

*ташки кийшик мускул апоневрози оекчалари булинган жой

овал чукурча

суправезикал чукурча

медиал чукурча

Чов каналининг юкори деворини нима ташкил килади

*кориннинг кундаланг ва ички кийшик мушак кирралари

кориннинг тугри мушаги ва кийшик мушак апоневрози

кориннинг кийшик мушаги

кориннинг кундаланг фасцияси

Кийшик чов чурраларида килинадиган операция

*Спасокукоцкий операцияси

Лексер операцияси

Сапежко операцияси

Бассини операцияси

Чурраларни ташкил килувчи элементлар

*чурра дарвозаси, халтаси , аъзоси

чурра аъзоси, чурра суюклиги

ингичка ва йугон ичак ковузлоги

катта чарви, сийдик пуфаги, ингичка ичак

Кайси операцияда киндик чуррасини олиб ташлангандан сунг чурра дарвозасига кисет чок куйилади:

*Лексер

Мейо

Сапежко

Кан

Чурра халтаси?

*париетал корин парданинг бир кисми

корин девори мушак апоневрози

висцерал парданинг бир кисми

Кундаланг фасция

Чов каналининг пастки деворини нима ташкил килади?

Ташки кийшик мускул апоневрози

кундаланг фасция

*чов боглами толалари

кундаланг мускул пастки кирраси

Чов каналининг орка деворини нима ташкил килади?

чов боглами толалари

ташки кийшик мускул апоневрози

кундаланг мускул пастки кирраси

*кундаланг фасция

Чов каналининг олдинги деворини мустахамлаш учун кайси усул кулланилади?

Бассини усули

*Жирар усули

Постемский усули

Кукуджанов усули

Куйидаги усулларнинг кайси бири чов каналининг олдинги деворини мустахамлашда кулланилмайди?

Ру усули

Спасокукотский усули

Кимбаровский усули

Оппель усули

*Бассини усули

Чурра операцияси нечта этапдан иборат?

*3 та

6 та

4 та

5 та

Чов каналининг олд деворини пластика килиш усули:

*Жирар, Спасокукоцкий, Мартынов

Жирар, Постемпский, Кимбаровский

Спасокукоцкий, Бассини, Ру-Оппел

тугри жавоб йук

Тугри чов чурралари чун узига хос характерли белгиларни курсатинг?

*орттирилган булади ва ёргокга камдан-кам холда тушади

уруг тизимчаси чурра халтасидан ташкарида жойлашади

кексаларда учрайди ва купинча 2 томонлама булади

Чов каналининг орка деворини нима хосил килади?

*кундаланг фасция

чов бойлами

ташки кийшик мушак апаневрози

тугри жавоб йук

Чов каналининг орка деворини пластика килиш усули:

*Бассини, Кукуджанов, Постемпский

Бассини, Жирар, Постемпский

Мартынов, Жирар, Кукуджанов

Бассини, Кукуджанов, Сапежко

Чов каналини орка деворини мустахамлаш усуллари

*Бассини, Постемский, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемский, Шон-Вей

Бассини, Спасокукоцкий, Постемский

Чурралар хосил булишидаги асосий сабаб:

*зурикиш

махаллий узгаришлар

бемор ёши

хомиладорлик

Кориннинг асоратланмаган чурраларининг умумий белгиси:

*юмшок эластик шиш , конфигурациянинг узгариши

корин девори таранглашиши

йутал туртки белгисининг аникланиши

ичак фаолиятининг бузилмаганлиги

Чов канали орка деворини мустахкамлаш усуллари:

*Бассини, Постемлского, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемлский, Шон-Вей

Бассими, Спасакуоцкий, Постемпский

Кийшик чов чуррасига хос булмаган белги:

* уруг тизимчасидан ичкарида жойлашади

тугма ёки орттирилган

латерал чукурча оркали чикади

уруг тизимчасидан ташкарида жойлашади

Хозирги вақтда амбулатор жаррохликда қайси чуррани операция қилиш мумкин?

*ҳажми кичик, асоратсиз

йулдош касалликлари ривожланган

тугриланмайдиган

катта ҳажмли

Чуррани қесиш амалиётида чурранинг девори қур ичак эканлиги аникланади. Чурранинг тури?

*сирпанувчи

ретроперитонеал

эгри

тугри

Бошланувчи чов чуррасида кулланиладиган усул:

*Ру-Оппель

Бассини

Бабров

Мартынов

Асоратсиз чурралар учун характерли булган белгилар:

*юмшок эластик шиш, конфигурация узгариши

юмшок шиш, енгил огрик билан

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланмаслиги

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланиши, чурра дарвозасида йутал турткиси белгиси

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

чурра дарвозаси

чурра халтаси

*тери

чурра ичидаги нарса

Агар чурра халтаси деворидан бирини кисман корин парда билан коплаган орган ташкил килса унда бу чурра:

тугма

тугри

кийшик

*сирпанувчи

Чов канали олдинги деворини махкамлашда куйидаги усуллардан кайси

бири фойдаланилмайди?

РУ усули

Кимбаровский чоки

Жирар-Спаскуоцкий усули

*Бассини усули

Тугри чов чуррасига характерли булмаган белги?

759

уруг тизимчасининг йугонлашиши

медиал чукурчадан чикиши

чурра копчасининг мойка тушмаслиги

*уруг тизимчасининг ичкарида жойлашиши

Тугма чов чуррасида чурра копини хосил киладиган тукима?

*париетал корин парданинг кин усимтаси

кундаланг фасция

сийдик пуфаги

висцерал корин парда

МАВЗУ № 2. ҚОРИН ОҚ ЧИЗИҒИ ЧУРРАЛАРИ, КИНДИК, СОҢ, ЧУРРАЛАР.

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

*тери ва тери ости ёғ клетчаткаси

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра ичидаги нарса

Агар чурра халтаси деворининг бир қисмини қорин парда билан копламаган орган ташкил қилса унда бу чурра қандай аталади?:

*сирпанувчан

туғма

туғри

кийшик

Қорин девори оқ чизиги чуррасида қайси пластика усули қулланилади?

*Сапежко

Спаскукоцкий усули

Петрушинский усули

Парлавеччо усули

Чов усули билан соң чурраси буйича амалиет бажарганда қайси пластика усули қулланилади?

*Руджи-Парлавеччо усули

Бассини усули

Кукуджанов усули

Праксин усули.

Туғма чов чуррасида чурра қопини ҳосил қиладиган тўқима?

*париетал қорин парданинг облитерацияланмаган кин усимтаси

кундаланг фасция

сийдик пуфаги

висцерал қорин парда.

Кориннинг ташки чурралари деганда нимани тушунаси?

*корин бушлигидан ички аъзоларнинг корин орттирилган еки табиий тешиклари оркали тери остига чиқиши

корин парда билан уралмаган аъзоларнинг корин олдинги девори дефектларидан чиқиши.

корин бушлиги аъзоларнинг париетал корин парда хосил қилган чунтакларига кириш

ингичка ичакни йугон ичак туткичлари орасидан чапга ёки унга кириши

Кисилган чуррада операция вақтида жаророх тактикаси

*чурра халтасини очиш ва корин бушлигига аъзоларни қуриш, ичкарига юбориш ва пластика қилиш

чурра дарвозасини кенгайтириш ва пластика қилиш

чурра халтасини очиш, азони ушлаб кейин дарвозани кенгайтириш

чурра халтасини очиш, дарвозани кенгайтириш

Кийшик чов чуррасида қилинадиган операциялар моҳияти

*чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш

чов каналининг орқа деворини мустахкамлаш

чурра халтасининг буйнини беркитиш

олдинги ва орқа деворини мустахкамлаш

Тугри чов чуррасида қилинадиган операциялар моҳияти

*чов канали орқа деворни мустахкамлаш.

чов каналини олдинги ва орқа деворини мустахкамлаш

чов канали олдинги деворни мустахкамлаш

Лексер операцияси

Чов канали олдинги девори нима бўлиб ҳисобланади?

*аппендикуляр инфилтрат

кундаланг фасция

чов бойлами

ташки кийшик мушак апоневрози ва ички кийшик мушак толаси

Чов каналининг пастки девори нима бўлиб ҳисобланади?

*чов бойлами

кундаланг фасция

лакунар бойлам

корин ташки кийшик мушагининг апоневрози.

Чов каналининг орқа девори нима булиб хисобланади?

*кундаланг фасция

лакунар бойлам

чов канали

Куперов бойлами

Чов каналининг олдинги деворини мустахамлаш усуллари:

*Кимбаровский чоки,Жирар,Спасокукоцкий

Жирар,Бассини

Кимбаровский чоки,Жирар,Постемский

Бассини,Кукуджанов

Сон ҳалқаси медиал томонда қандай ҳосила билан чегараланади.

*сон венаси қини

чов бойлами

Купер бойлами

лакунар бойлам

Сон канали орқа девори булиб хисобланади.

*сон кенг фасциясининг чукур вараги

сон венасининг медиал девори

чов бойлами

куперов бойлам

Сон канали ташки девори бўлиб хисобланади.

*соннинг овалсимон чукурчаси

сон венаси медиал девори

кенг фасция чукур вараги

чов бойлами

Киндик чурраси кимларда купрок учрайди?

*аёлларда

эркакларда

болаларда

қарияларда

Киндик чурраларида қайси пластика усуллари кулланилади

*Мейо, Сапежко

Мак-Вея, Шолдис

Постемский, Мейо

Жирар, Сапежко

Чов каналнинг юкори девори нима булиб хисобланади.

*ички кийшик ва кундаланг мускулларнинг пастки қирралари

чов бойлами

Купер бойлами

кундаланг фасция.

Икки томонлама тўғри чов чурраси купрок учрайди:

*қарияларда

болаларда

аёлларда

ҳомиладорларда

Қанака чурра тез-тез ёргоққа тушиб туради

*кийшик чов чурраси

тугри чов чурраси

сон чурраси

киндик чурраси

Сон чуррасида кулланиладиган операция усули

*Бассини усули

Мартынов усули

Кимбаровский усули

Жирар усули

Сикилган чурра тугрилангач хирургнинг кейинги тактикаси

*хирургия булимига кузатиш мақсадида етказилди.

бемор тавсия бериб уйига жунатилди

терапия булимига утказилди

бемор тавсия бериб амбулатор даволанишга жунатилди

Куйидагиларнинг қайси бири чурра элементи ҳисобланмайди.

*тери

чурра дарвозаси

чурра халтаси

чурра таркиби

Агар чурра деворининг бир томони корин парда билан қисман қопланган бўлса у ҳолда бу чурра:

*сирпанувчи

тугри

Кийшик

овалсимон

Чов канали ташқи тешиги жойлашган:

*ташқи кийшик мускул апоневрози оёқчалари бўлинган жой

овал чуқурча

суправезикал чуқурча

медиал чуқурча

Чов каналининг юқори деворини нима ташкил қилади

*кориннинг қундаланг ва ички кийшик мушак қирралари

кориннинг тугри мушаги ва кийшик мушак апоневрози

кориннинг кийшик мушаги

кориннинг кундаланг фасцияси

Кийшик чов чурраларида килинадиган операция

*Спасокукоцкий операцияси

Лексер операцияси

Сапежко операцияси

Бассини операцияси

Чурраларни ташкил килувчи элементлар

*чурра дарвозаси, халтаси , аъзоси

чурра аъзоси, чурра суюклиги

ингичка ва йугон ичак ковузлоги

катта чарви, сийдик пуфаги, ингичка ичак

Кайси операцияда киндик чуррасини олиб ташлангандан сунг чурра дарвозасига кисет чок куйилади:

*Лекснер

Мейо

Сапежко

Кан

Чурра халтаси?

*париетал корин парданинг бир кисми

корин девори мушак апоневрози

висцерал парданинг бир кисми

Кундаланг фасция

Болалар киндик чуррасида кайси усулда пластика килинади?

*Лекснер

Мейо

Сапежко

Бархов

Катталарда киндик чурралари кандай даволанади?

*оператив

консерватив

оператив ва консерватив

кузатиш,

Киндик чурраларида кайси усулда операция килинади?

*Сапежко ва Мейо, Лекснер

Сапежко ва Мартынов

Сапежко,Бассини, Кукуджанов

Кукуджанов ва Мейо

Чов каналининг пастки деворини нима ташкил килади?

Ташки кийшик мускул апоневрози

кундаланг фасция

*чов боглами толалари

кундаланг мускул пастки кирраси

Чов каналининг орка деворини нима ташкил килади?

чов боглами толалари

ташки кийшик мускул апоневрози

кундаланг мускул пастки кирраси

*кундаланг фасция

Чов каналининг олдинги деворини мустахкамлаш учун кайси усул кулланилади?

Бассини усули

*Жирар усули

Постемский усули

Кукуджанов усули

Сон каналининг ички тешигини нима ташкил килади?

овалсимон чукурча

медиал чукурча

*сон халкаси

ташки чов чурраси

Сон канали пластикасида куйидагиларнинг кайси бири чов усулида к
улланилади?

Бассини усули

Кукуджанов усули

*Руджи Парловиччо усули

Проксин усули

Сон каналининг ташки тешигини нима ташкил килади?

овалсимон чукурча

сон халкаси

латерал чукурча

медиал чукурча

*ташки сон халкаси

Куйидаги усулларнинг кайси бири чов каналининг олдинги деворини
мустваккамлашда кулланилмайди?

Ру усули

Спасокукотский усули

Кимбаровский усули

Оппель усули

*Бассини усули

Сон чуррасининг операциясида хавфли булган нарса?

*сон венаси

уруг канали

лимфа йули

катта тери ости венаси

Кориннинг ок чизига чуррасида қайси операция усули қулланилади?

*Сапежко

Спасокукотский

Петрушинский

Парлавеччо

Мартинов

Операциядан кейинги чурраларнинг булишига асосий сабаб:

*нерв толаси ва мускулларни кесиш

катта кесим

лимфа йуллари кесиш

апоневрозга узок шов қуйиш

Агар корин ок чизиги чурраси ва диастазининг 2-3 даражаси булса, қайси усулда пластика қилинади?

*Напалков ва Мартыновнинг апаневроз пластикаси

Сапежко ва Мейо

Мартынов ва Мейо

Факат Сапежко усулида

Сон чурраларини қайси касалликлардан дифф-диагностика қилинади?

*хаммаси тугри

лимфааденит

лимфа тугунларига усмалар метастази

чов чурраси

Чурра операцияси нечта этапдан иборат?

*3 та

6 та

4 та

5 та

769

Чов каналининг олд деворини пластика килиш усули:

*Жирар, Спасокукоцкий, Мартынов

Жирар, Постемпский, Кимбаровский

Спасокукоцкий, Бассини, Ру-Оппел

тугри жавоб йук

Тугри чов чурралари чун узига хос характерли белгиларни курсатинг?

*орттирилган булади ва ёргокга камдан-кам холда тушади

уруг тизимчаси чурра халтасидан ташкарида жойлашади

кексаларда учрайди ва купинча 2 томонлама булади

Сон каналининг медиал деворини нима хосилкилади?

*кон томири

мушак

апоневроз

чов бойлами

Чов каналининг орка деворини нима хосил килади?

*кундаланг фасция

чов бойлами

ташки кийшик мушак апаневрози

тугри жавоб йук

Чов каналининг орка деворини пластика килиш усули:

*Бассини, Кукуджанов, Постемпский

Бассини, Жирар, Постемпский

Мартынов, Жирар, Кукуджанов

Бассини, Кукуджанов, Сапежко

Чов каналини орка деворини мустахкамлаш усуллари

*Бассини, Постемский, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемский, Шон-Вей

Бассини, Спасокукоцкий, Постемский

Томир локунасидан кайси толалар утади

енбош бел мушаги, сон артерияси

сон артерияси: сон нерви

*сон артерияси, сон венаси, лимфа томирлар

Розенмюллер-Пирогов лимфатугуни

Мускул лакунасидан кайси хосилалар утади

сон артерияси енбош бел мушаги

*енбош-бел мушаги, сон нерви

сон артерияси, сон нерви

сон артерияси, сон венаси

Томир лакунаси олдиндан кайси анатомик хосила билан чегараланган.

Куперов бойлами

*чов бойлами

енбош тароксимон бойлам

лакунар бойлам

Сон халкаси олдиндан кайси анатомик хосила билан чегараланган?

сон венаси кини

Куперов бойлами

кенг фасциянинг чукур вараги

*чов бойлами

Аелларда сон халкаси уртача диаметрини ташкил этади.

*1,6-1,8 см

1,2-1,4 см

0,8-1,0 см

1,4-1,6 см

Эркакларга сон диаметри (халкаси)

0,8-1,0 см

*1,2-1,4 см

0,9-1,1 см

1,6-1,8 см

Сон халкаси оркадан кандай хосила билан чегараланган.

*енбош тароксимон бойлам

купер бойлами

чов бойлами

сон венаси кини

Сон канали ички тешиги булиб хисобланади.

овал чукурча

кундаланг фасциядаги тешик

*сон халкаси

Сон каналининг узунлиги уртача.

3-4 см

4-6 см

1-1,5 см

*2-3 см

Сон канали олдинги девори булиб хисобланади.

Куперов бойлами

сон венаси медиал девори

чов бойламининг орка/пастки юзаси

*кенг фасцияси чукур вараги

Чурралар хосил булишидаги асосий сабаб:

*зурикиш

махаллий узгаришлар

бемор ёши

хомиладорлик

Кориннинг асоратланмаган чурраларининг умумий белгиси:

*юмшок эластик шиш , конфигурациянинг узгариши

корин девори таранглашиши

йутал туртки белгисининг аникланиши

ичак фаолиятининг бузилмаганлиги

Медиал чукурча оркали чиккан чурра:

*тугри

сирпанувчи

чов-ёргок

тугма

Чов канали орка деворини мустахкамлаш усуллари:

*Бассини, Постемлского, Кукуджанов

Бассини, Жирар

Кимбаровский чоки, Постемлский, Шон-Вей

Бассими, Спасокукоцкий, Постемпский

Томир лакунасида кайси хосилалар утади?

енбош бел мушаги, сон артерияси

сон артерияси, сон нерви

*сон артерияси, сон венаси, лимфатугунлар

Розенмюлер-Пирогов лимфатугуни

Корин ок чизиги чуррасида пластиканинг кайси усули кулланилади?

Бассини, Мейо, Сапежко

Жирар, Мейо, Поспемский

*Мейо, Сапежко, Наполков

Сапежко, Наполков, Спасокукоцкий

Кийшик чов чуррасига хос булмаган белги:

* уруг тизимчасидан ичкарида жойлашади

тугма ёки орттирилган

латерал чукурча оркали чиқади

уруг тизимчасидан ташкарида жойлашади

Хозирги вақтда амбулатор жаррохликда қайси чуррани операция қилиш мумкин?

*ҳажми кичик, асоратсиз

йулдош касалликлари ривожланган

тугриланмайдиган

катта ҳажмли

Чуррани қесиш амалиётида чурранинг девори қур ичак эканлиги аниқланади. Чурранинг тури?

*сирпанувчи

ретроперитонеал

эгри

тугри

Ёши катта одам қисилган чурра билан қелганида нима қилиш керак?

*шошилич операция

тез жисмни қутариб ётқизиш керак

спазмолитиклар билан чуррани туғрилаш

анальгетиклар қилиш

Бошланувчи чов чуррасида қулланиладиган усул:

*Ру-Оппель

Бассини

Бабров

Мартынов

Қиндик чуррасидаги операция усули:

*Мейо

Мартынов

Спасокукоцкий

Ру

Асоратсиз чурралар учун характерли булган белгилар:

*юмшок эластик шиш, конфигурация узгариши

юмшок шиш, енгил огрик билан

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланмаслиги

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланиши, чурра дарвозасида йутал турткиси белгиси

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

чурра дарвозаси

чурра халтаси

*тери

чурра ичидаги нарса

Сон канали ташки тешиги:

*овал чукурча

латерал чукурча

медиал чукурча

сон тешиги

ташки чов тешиги

Агар чурра халтаси деворидан бирини кисман корин парда билан коплаган орган ташкил килса унда бу чурра:

тугма

тугри

кийшик

*сирпанувчи

Чов канали олдинги деворини махкамлашда куйидаги усуллардан кайси

бири фойдаланилмайди?

РУ усули

775

Кимбаровский чоки

Жирар-Спаскуоцкий усули

*Бассини усули

Сон чурраси буйича амалиет бажараетганда нимадан эhtiет булиш керак?

*сон венасидан

лимфопротокдан

катта тери ости венасидан

Корин девори ок чизиги чуррасида кайси махкамлаш усули кулланилади?

*Сапежко

Спаскуоцкий усули

Петрушинский усули

Парлавеччо усули

Мартинов усули

Чов усули билан сон чурраси буйича амалиет бажарганда кайси усул

кулланилади?

Бассини усули

Кукуджанов усули

*Руджи-Парлавеччо усули

Праксин усули

Тугри чов чуррасига характерли булмаган белги?

уруг тизимчасининг йугонлашиши

медиал чукурчадан чикиши

чурра копчасининг моякка тушмаслиги

*уруг тизимчасининг ичкарида жойлашиши

Тугма чов чуррасида чурра копини хосил киладиган тукима?

*париетал корин парданинг кин усимтаси

кундаланг фасция

сийдик пуфаги

висцерал корин парда

МАВЗУ № 3. АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ ВА КАМ УЧРАЙДИГАН ЧУРРАЛАР.

ЧУРРА АСОРАТЛАРИ (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиш, тўғриланмаслик)

Тугриланмайдиган чурралар сабаби булиб хисобланмайди?

чурра копи ва нарсалари орасидаги чандикларнинг пайдо булиши

чурра копи ва корин девори туқималари орасидаги чандик борлиги

чурра копи ичидаги ичак ковузлоклари орасидаги чандик борлиги

*чурра дарвозаси соҳасидаги чандиклар борлиги

Кисилган чурралардаги операция усули:

*олдин чурра копи очилади

олдин чурра дарвозаси очилади

усуллар бир хил

олдин лапаротомия бажарилади

Ретроград кисилган чурралар хусусиятлари

*чурра халтасида жойлашган ичакда узгариш кам булади, корин бушлигидаги ичакдаги узгариш куп булади.

чурра халтасида жойлашган ичак кисилади

чурра халкаси овалсимон булади.

шиш корин бушлигига тугриланмайди ва огрик булади.

Дуглас бўшлиги абсцессида қайси симптом характерли?

*Ленандер-Моделунг

Яуре-Разанов

Ситковский-Ортнер

Сорези

Меккелев дивертикули қисилиши қандай номланади?:

*Литтр чурраси

ретроград

Рихтер

Эластик

Агар ичак қовузлоғи қисман бир девори қисилса, лекин чарви қаршиси қирғоғига тааллуқли булган холдаги кисилишга айтилади.

*Рихтер

Ретроград

нажасли

эластик

Қарияларда чурра кисилишининг қайси тури кўпроқ учрайди?

*нажасли

ретроград

эластик

Рихтер

Қисилган чурраларда жаррох тактикаси:

*шошилич операция

консерватив

режали операция

санатория-курорт даволаш

Қисилган ташки чурралардаги операция усули:

*олдин чурра копи очилади

олдин чурра дарвозаси очилади

усуллар бир хил

олдин лапоротомия бажарилади

Кисилган чурраларда операцияларнинг асосий фарки

*кисилган халкани кесишдан олдин, чурра халтаси кесилиб курилади

чурра халкаси кесилади, кейин чурра халтаси очилади

спазмолитиклар килинади

урта лапаратомия килинади

Чурраларнинг кисилиши деб нимага айтилади

*чурра аъзосининг чурра дарвозасида кисилиши

чурра дарвозасининг катта булиши, корин бушлигида босимнинг бирданига ошиши

чуранинг катталашиши, шиши

шишнинг катталашиши, тана хароратининг кутарилиши

Кисилган чуррада жаррохнинг тактикаси

*шошилич жаррохлик усули

спазмолитик килиш

кисилган чуррани тугрилаб юбориш

шиш сохасига иссик куйиш

Ичак некрозига гумон булганда кисилган чурраларда килинадиган чора тадбирлар

*ичакни резекция килиб анастамоз куйиш

ичак туткичига гепарин юбориш

ичак тутгичга новокаин юбориш, аналгетиклар килиш

ичакни илик новокаин билан иситиш

Чурра халтаси очилганда ичак некрози топилганда хирургик чора тадбирлари

*лапаротомия килиб ичакни резекция килиш

ичак резекцияси герниотомия жарохати буйича

чурра халтасини дренажлаш

консерватив тактика куллаш

Кисилган чуррани операция килишга карши курсатма?

*карши курсатма йук

миокард инфаркти

уткир пневмония

упка етишмовчилиги

Чурраларнинг асорати:

*кисилиш

шишнинг катталашishi

динамик ичак тутилиши

чурраларнинг коринга юборилиши

Кисилиб асоратланган киндик чурралари қайси усулда операция қилинади?

*Сапежко

Мейо

Грекова

а ва в

Кисилган чурраларда консерватив даволашга қарши курсатмаларни курсатинг?

*факат оператив

факат консерватив

6 соатдан кейин

12 соатдан кейин

Қандай чурралар асоратланган ҳисобланади?

*барча саналганлар

тугриланмайдиган

кисилиб қолган

яллигланган

Ташқи чурранинг энг кўп учрайдиган асорати:

*қисилиш

Чурра халтасидаги ёт жисм

Чурра перитонити

Чурра сили

Қам учрайдиган чурраларга қайси бири қирмайди?

*сон чурраси

оралик чурра

Пти учбурчаги чурраси

Грюнфельд Лесгафт тўртбурчаги чурраси

Абдоминал чурранинг энг кўп учрайдиган асорати:

*Тўғриланмайдиган чурра

Чурра халтасидаги ёт жисм

Чурра перитонити

Чурра сили

Девор олди қисилишига таалуқли бўлган чурра типи:

*Рихтер чурраси

Майдл чурраси

Киндик чурраси

Сон чурраси

Камроқ қисилишга мойил бўлган чурра турини кўрсатинг:

*тўғри чов чурраси

Қийшиқ чов чурраси

Сон чурраси

Киндик чурраси

Рихтер ва Литтр чурралари бир-биридан фарқ қилади :

*Қисилиш типи билан

Оғриқ интенсивлиги билан

Қисилган аъзодаги органик бузилишлар

Фарқи йўқ

Рихтер қисилишида ичак тутилиш аломатлари кузатиладими? :

*Йўқ

Ҳа

Обтурацион типда

Странгуляцион

Чурра халтасида 2 та ичак бўлганида чурра қисилининг номи :

*Ретроград

Антеград

Псевло қисилиш

Ичак тутилиши

Нажасли қисилишга олиб келувчи омиллар:

*Жисмоний зўриқиш

Чурранинг тўғриланмаслиги

Чурра дарвозасининг катталиги

Чурра халтасидаги битишмалар

Куч ишлатиб қисилган ташқи чуррани тўғрилаш нимаси билан хавfli?:

*Қисилган ичак аъзосининг ёрилиши

Қорин ичи қон кетиши

Қорин ичидаги босимнинг ошиши

Тўғри ичак тушиши

Қисилган чов чурраларини нимадан қиёсий ташхислаш керак? :

*Лимфаденит

Орхоэпидидимит

Ўсма

Туғма нуқсон

Қисилган чурранинг ўз ўзидан тўғриланиши кузатилганда беморга нима қилиш керак? :

*Динамикада кузатиш учун стационарга ётқизиш

Лапароскопия

Лапароцентез

Зудлик билан лапаротомия

Ёши катта одам қисилган чурра билан келганида нима қилиш керак?

*шошилич операция

тез жисмни кутариб ёткизиш керак

спазмолитиклар билан чуррани тугрилаш

анальгетиклар килиш

Бошланувчи чов чуррасида кулланиладиган усул:

*Ру-Оппель

Бассини

Бабров

Мартынов

Киндик чуррасидаги операция усули:

*Мейо

Мартынов

Спасокукоцкий

Ру

Асоратсиз чурралар учун характерли булган белгилар:

*юмшок эластик шиш, конфигурация узгариши

юмшок шиш, енгил огрик билан

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланмаслиги

шиш, шишнинг корин бушлигига тугриланиши, чурра дарвозасида йугал турткиси белгиси

Чурра элементларига нима тегишли эмас?

чурра дарвозаси

чурра халтаси

*тери

чурра ичидаги наrsa

Сон канали ташки тешиги:

*овал чукурча

латерал чукурча

медиал чукурча

сон тешиги

ташки чов тешиги

Агар чурра халтаси деворидан бирини кисман корин парда билан коплаган орган ташкил килса унда бу чурра:

тугма

тугри

кийшик

*сирпанувчи

Чов канали олдинги деворини махкамлашда куйидаги усуллардан кайси

бири фойдаланилмайди?

РУ усули

Кимбаровский чоки

Жирар-Спаскуоцкий усули

*Бассини усули

Сон чурраси буйича амалиет бажараетганда нимадан эхтиет булиш керак?

*сон венасидан

лимфопротокдан

катта тери ости венасидан

Корин девори ок чизиги чуррасида кайси махкамлаш усули кулланилади?

*Сапежко

Спаскуоцкий усули

Петрушинский усули

Парлавеччо усули

Мартинов усули

МАНЗУ № 4. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ.

Ўткир аппендицитни даволашда жаррох тактикаси:

784

* тезликда шифохонага ёткизиш ва операция килиш

антибиотикотерапия ва физиотерапия

режали равишда госпитализация ва операция

операцияни колдириш

Уткир аппендицит учун характерли булмаган симптомни курсатинг.

*Мюссе-Георгиевский

Кюммель

Ровзинг

Раздольский

Уткир аппендицитда кориннинг олдинги деворини пайпаслаганда:

*махаллий мушак таранглашиши

шишсимон нарса

сезувчанликнинг ошиши, корин девори юмшок

мушаклар таранглашиши

Уткир аппендицитда кайси белги учрамайди?

*Ортнер-Греков белгиси

Воскресенский белгиси

Раздольский белгиси

Ситковский белгиси

Аппендэктомиядан кейин кайси суткада хукна килиш мумкин?

*5-чи суткада

1-чи суткада

2-чи суткада

4-чи суткада

Уткир аппендицитда патологик жараён келиб чиқиши каердан бошланади?

*чувалчангсимон усимта шиллик каватидан

чувалчангсимон усимта мушак каватидан

чувалчангсимон усимта сероз каватидан

куричак гумбазидан

Уткир аппендицитга хос булган симптомни аникланг?

*уччала симптом

Ровзинг

Воскресенский

Кохер-Волкович

Уткир аппендицитга характерли симптом?

*Бартомье – Михелсон

Валь

Обухов касалхонаси

Курвуазье

Уткир аппендицитнинг кайси формаси учрамайди?

*мукоид

катарал

флегмоноз

гангреноз

Уткир аппендицитнинг бошлангич боскичида тана хароратининг узгариши.

*субфебрил

гектик

нормал

ректал даражасининг пасайиши

Уткир аппендицитда кондаги узгариш:

*лейкоцитоз

лейкопения

лимфопения

алейкия

Уткир аппендицитда асосий шикоятлар:

*унг ёнбош сохасидаги огрик

кориннинг унг томонида огрик

унг чов сохасида огрик

бутун коринда диффуз огрик

Уткир аппендицитда кориннинг олдинги деворининг куриниши:

*кориннинг унг ёнбош сохасининг нафасдан оркада колиши

узгаришсиз

корин ассиметрияси

корин дамлаши

Аппендэктомияда оптимал кесиш:

*унг ёнбошда кийшик кесиш

урта-урта лапаратомия

юкори урта лапаратомия

пастки урта лапаратомия

Аппендикуляр инфилтратга нима хос эмас?

*корин пардасининг уткир яллигланиши

унг ёнбош сохадаги огрик

унг ёнбош сохада каттиклашиш

субфебрил даража

Аппендэктомиядан кейин абсцесс каерда кам учрайди?

*корин парда ортида

диафрагма остидаги бушликда

унг ёнбош чукурчасида

ингичка ичаклар орасида

Уткир аппендицитда улим нимага боглик эмас?

*чувалчангсимон усимтанинг узунлигига

касалликнинг вақтига

касалликнинг формасига

асоратига

Чувалчангсимон ўсимтанинг девори қайси қаватлардан ташкил топган?

*сероз, мускул, шиллик ости, шиллик

шиллик, мускул

мускул, шиллик

сероз, мускул, шиллик.

Аппендикуляр усимтанинг қайси қаватларида лимфоид фолликулалар жойлашган?

*шиллик ости

шиллик

мускул

Сероз.

Ўткир аппендицитда асосан оғрик локализацияси қаерда бўлади?

*унг енбош сохада

эпигастрал сохада

чап енбош сохада

киндик атрофида

Ўткир аппендицитда оғриқлар қаерга узатилади?

*узатилмайди

унг елкага, унг кулга

юррак сохасига

унг сонга.

Оғриқнинг эпигастрал сохадан унг енбош сохага берилиш белгиси қандай аталади?:

*Кохер-Волкович

Ортнер

Образцов

Бартомье-Михельсон

Уткир аппендицитда хос булмаган бемор тилининг холати:

*географик тил

окиш караш билан копланган

тук жигарранг караш билан копланган

кулранг ерилган тил

Уткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг

Мюссе-Георгиевский

Мейо-Робсон

Кёрте

Ўткир аппендицитда лаборатория маълумотларидан кайсиси характерли

*лейкоцитоз

лейкопения

эозинофилия

қонда диастазанинг юқори бўлиши.

Чап ёнга бурилганда ўнг енбош сохадаги огрикнинг кучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Ситковский-Ортнер

Бартомье-Михельсона

Кохер-Волкович

Раздольский

Чап ёнга етганда ўнг енбош сохасини пальпация қилганда огрикнинг кучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Бартомье-Михельсон

Ситковский-Ортнер

Раздольский

Щеткин-Блюмберг

Чап ёнбош сохани турткисимон босиб курилганда унг енбош сохада огрикнинг пайдо булиши симптоми дейилади

*Ровзинг

Бартомье-Михельсона

Щеткин-Блюмберг

Ситковский-Ортнер

Ўнг енбош сохани пайпаслаганда йутал вақтида огрикнинг кучайиши симптоми дейилади?

*Сорези

Яуре-Разанов

Бартомье-Михельсон

Икрамов

Аппендикуляр ўсимтанинг бирламми гангренаи қайси вақтда кўпроқ учрайди?

*карияларда

чанокда жойлашганда

болаларда

ҳомилдорларда

Ўткир аппендицитни консерватив даволаш қайси вақтда қўлланилади?

*аппендикуляр инфилтрат

уткир аппендицит

аппендикуляр абсцесс

дуглас бушлиги абсесси

Ўткир аппендицит учун инфекция киришининг қайси йули характерли эмас?

*травматик

энтероген

гематоген

лимфоген

Ўткир аппендицитда хос булмаган бемор тилининг ҳолати:

*географик тил

790

окиш караш билан копланган

тук жигарранг караш билан копланган

кулранг ерилган тил

Уткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг

Мюссе-Георгиевский

Мейо-Робсон

Кёрте

Уткир аппендицит билан ошкозон ёки 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши уртасида дифференциал таъхис утказишда мухим булиб хисобланади?

*тахтасимон корин

бемор ёши

конини текшириш

Мерфи симптоми

Уткир аппендицит учун канака кунгил айнаш ва қусиш характерли?

*қусиш бир марта ва оғрикдан кейинги кунгил айнаш

ут аралаш қусиш, ковурилган овқатдан кейинги оғрик ва эпигастрал сохада кечкурунги оғрик

кунгил айнаш ва худди кофе колдикларидай қусиш

кунгил айнаш ва сув ичгандан кейин ҳам тухтовсиз қусиш

Уткир аппендицит билан бемор тушганда қандай ҳолатда ётади?

*унг ёнбош томони билан унг оёғини қорнига тортиб ётади

унг ёнбош томонга, чапоёғини қоринга тортиб ётади

қорин билан ётади

орқаси билан ётади

Қайси микроорганизм чувалчангсимон усимтанинг яллиғланишини чақирмайди?

*анаэроб микроорганизмлар

стафилококклар

стрептококклар

791

ичак таёкчаси

дизентерия таёкчаси

Уткир аппендицит учун инфекция киришининг кайси йули характерли эмас?

*экзоген

энтероген

лимфоген

эндоген

Аппендицитда кайси белги учрайди?

*Ситковский

Грея-Тернер

Керте

Ортнер-Греков

Аппендицит нима?

*чувалчангсимон усимтанинг яллигланиши

кур ичакнинг к яллигланиши

ингичка ичакнинг яллигланиши

йугон ичакнинг яллигланиши

Уткир аппендицитнинг типик клиник белгиларини санаб утинг:

*унг ёнбош сохадаги огрик, кунгил айниши, кайт килиш (купинча бир марта)

унг ёнбош сохасидаги огрик, сийганда ачишиш, сийдик кизариши

огрикнинг эпигастрал сохадан унг ёнбош сохасига кучиши, кайт килиш, огизда аччик таъм булиши

ич кетиши, тenezмлар, сийдик кизариши

Бартомье-Михельсон симптомини тавсифлаб беринг:

*беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши

чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

чап ёнбош сохасига бемор утказилганда унг ёнбош сохасида огрик ошиши сезилиши

Ситковский симптомини курсатинг:

*чап ёнбош сохасига бемор утказилганда унг ёнбош сохасида огрик ошиши сезилиши
беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши
корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда, бирдан огрикнинг кучайиши

Ровзинг симптомини курсатинг:

*беморни чап ёнбош сохаси пальпация килинганда, огрикни унг ёнбош сохада кучайиши
беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши
чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Шёткин-Блюмберг симптомини курсатинг:

*корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда огрикнинг кучайиши
беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши
чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши
чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Уткир аппендицитда шубха килинганда кайси текширувлар албатта утказилиши лозим?

*кон ва сийдик умумий тахлили, вагинал, ректал текширув
умумий кон, сийдик тахлили. кон биохимиявий тахлили
коринни УТТ, сийдик тахлили, конда С-реактив оксил микдори
корин бушлиги рентгеноскопияси, вагинал, ректал текширув

Уткир аппендицитнинг патоморфологик шакллари санаб утинг:

*катарал, флегмоноз, гангреноз
геморрагик, шишли, некротик
шишли, флегмоноз, гангреноз-перфоратив
гангреноз-перфоратив, некротик, катарал

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо булиши кайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарклайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Чап енбош сохасига уриб курилганда унч енбош сохасида оғрикнинг пайдо булиши кайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицит учун кайси курсатгич характерли?

лейкопения

эозинофилия

*лейкоцитоз

бактеримия

тромбоцитопения

Аппендэктомияга карши курсатма?

хомиладорликнинг охирги муддатлари

кон ивишининг бузилиши

*аппендикуляр инфилтрат

кон айланиши бузилишининг 2 ва 3 даражаси

Аппендэктомия амалиети пайтида корин бушлигини найчалашга курсатма:

ретроград аппендэктомия

усимта эмпиемаси

флегмоноз аппендэктомия

*флегмонали ва гангренали аппендэктомия, корин бушлгида абсцесс

Уткир аппендицитда жаррох тактикаси:

*жаррохлик амалиети

консерватив даволаш

физиотерапия

антибиотикотерапия 24 соат давомида

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарклайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Уткир аппендицитни салпингитдан фарклайдиган симптом?

*Жендринский симптоми

Воскресенский симптоми

Гегара белгиси

Яуре Розанов симптоми

Унг бел сохасида огрик, дизурик бузилишлар, сийдикда эритроцитлар

нинг пайдо булиши нимадан далолат беради?

катарал аппендицит

флегмоноз аппендицит

*усимтанинг ретроцекал жойлашуви

гангреноз аппендицит

Уткир аппендицит ташхиси аник булмаганда ташхисни аниклаш максади

да кайси текшириш усулидан фойдаланилади?

фиброгастроуденоскопия

*лапароскопия

корин бушлиги рентгенографияси

иррирография

колоноскопия

МАВЗУ № 5. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ.

Аппендикуляр инфилтрат сурилиш даврида нима хос эмас:

*температуранинг гектик даражада булиши

интоксикациянинг йуклиги

огрикнинг камайиши

инфилтрат улчовининг камайиши

Аппендикуляр инфилтрат йиринглаганда нима хос эмас?

*температуранинг пасайиши

температуранинг кутарилиши

огрикнинг кучайиши ортиши

Аппендикуляр инфилтрат қачон пайдо булади.

*3-5 суткада

биринчи суткада

семиз касалларда

10 суткада

Хомиладорликнинг иккинчи ярмида уткир аппендицитга хос булмаган белгини курсатинг

*лейкоцитознинг паст курсаткичлари

Образцов симптомининг яккол ифодаланиши

огрик симптомининг сушт ифодаланиши

Кориннинг унг ярмида огрикларнинг юкори локализацияси

Аппендикуляр инфилтратда врач тактикаси ?

*актив консерватив даволаш

шошилич операция

спазмолитиклар куллаш

дезинтоксикация утказиш

Пилефлебит каердан бошланади?

*чувалчангсимон усимганинг туткичидан

дарвоза венасидан

ичак венасидан

геморроидар веналаридан

Аппендикуляр инфилтратнинг ретроцекал жойлашган шаклида кайси симптом характерли?

*Яуре-Разанов

Икрамов

Ситковский-Ортнер

Вахейгейм-Редер.

Аппендэктомияда операциядан кейин 2 кун бехоллик, коринда огрик, тили курук, куп марта кусаяпти, корни бир оз дамлаган, кориннинг унг ярмида, ковуқ устида огрик ва мушак таранглашиши аникланаяпти, лейкоцитоз $20 \times 10^9/л$. Сизнинг ташхисингиз:

*уткир таркалган перитонит

12 бармокли ичакнинг тешилиши

уткир ичак тутилиши

уткир панкреатит

Уткир аппендицитнинг кайси холида оператив даво указилмайди?

*аппендикуляр инфилтрат

аппендикуляр абсцесс

уткир флегмоноз аппендицитда

перитонит ривожланса

Аппендикуляр инфилтрат окибатларини курсатинг:

*тулик сурилиб кетиши, абсцессга айланиш

таркалган перитонит, тулик сурилиб кетиши

усимта склерозга учраши, абсцессга айланиши,

аппендикуляр абсцессга айланиши, гангреноз аппендицит ривожланиши

Аппендикуляр инфилтратда оператив даво қачон утказилади?

*2-3 ойдан сунг

6 ойдан сунг

4-5 ойдан сунг

хирургик даво утказилмайди

Уткир аппендицит асорати булиши мумкин:

*пилефлебит

тромбоз

эмболия

оёк веналари тромбофлебити

Аппендикуляр абсцессда хирург тактикаси:

*абсцессни очиш ва дренажлаш

консерватив терапия, физиотерапия, антибиотикотерапия

лапаротомия, аппендэктомия, корин бушлигини дренажлаш

тубидан аппендэктомия, абсцессни дренажлаш

Аппендэктомияга қарши курсатма?

*аппендикуляр инфилтрат

хомиладорликнинг охириги муддатлари

кон ивишининг бузилиши

кон айланиши бузилишининг 2 ва 3 даражаси.

Амалиёт пайтида аппендикуляр инфилтрат топилганда жаррох

тактикаси:

*қорин бушлигини найчалаш

аппендэктомия

чандикларни кесиш

инфилтратни олиб ташлаш

Амалиет пайтида аппендикуляр инфилтрат топилганда жаррох тактикаси:

*корин бушлигини найчалаш

аппендэктомия

чандикларни кесиш

инфилтратни олиб ташлаш

Аппендэктомия амалиетидан кейинги асоратлар, хато жавобни курсатинг?

кон кетиш

пиелонефрит

корин бушлигидаги ташки жисм (хирургик асбоблар)

*сафроли перитонит

Аппендэктомиядан кейин абсцесс каерда кам учрайди?

*корин парда ортида

диафрагма остидаги бушликда

унг ёнбош чукурчасида

ингичка ичаклар орасида

Уткир аппендицитда улим нимага боглик эмас?

*чувалчангсимон усимтанинг узунлигига

касалликнинг вактига

касалликнинг формасига

асоратига

Чувалчангсимон ўсимтанинг девори кайси каватлардан ташкил топган?

*сероз, мускул, шиллик ости, шиллик

шиллик, мускул

мускул, шиллик

сероз, мускул, шиллик.

Аппендикуляр усимтанинг кайси каватларида лимфоид фолликулалар жойлашган?

*шиллик ости

шиллик

мускул

Сероз.

Ўткир аппендицитда асосан оғрик локализацияси қаерда бўлади?

*унг енбош сохада

эпигастрал сохада

чап енбош сохада

киндик атрофида

Ўткир аппендицитда оғриқлар қаерга узатилади?

*узатилмайди

унг елкага, унг кулга

юрак сохасига

унг сонга.

Оғриқнинг эпигастрал сохадан унг енбош сохага берилиш белгиси қандай аталади?:

*Кохер-Волкович

Ортнер

Образцов

Бартомье-Михельсон

Ўткир аппендицитда хос булмаган бемор тилининг холати:

*географик тил

окиш караш билан копланган

тук жигарранг караш билан копланган

кулранг ерилган тил

Ўткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг

Мюссе-Георгиевский

Мейо-Робсон

Кёрте

Ўткир аппендицитда лаборатория маълумотларидан қайсиси характерли

*лейкоцитоз

лейкопения

эозинофилия

қонда диастазанинг юқори бўлиши.

Чап ёнга бурилганда ўнг енбош сохадаги огрикнинг кучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Ситковский-Ортнер

Бартомье-Михельсона

Кохер-Волкович

Раздольский

Чап ёнга етганда ўнг енбош сохасини пальпация қилганда огрикнинг кучайиши қандай симптом деб аталади?:

*Бартомье-Михельсон

Ситковский-Ортнер

Раздольский

Щеткин-Блюмберг

Чап енбош сохани турткисимон босиб қурилганда унг енбош сохада огрикнинг пайдо булиши симптоми дейилади

*Ровзинг

Бартомье-Михельсона

Щеткин-Блюмберг

Ситковский-Ортнер

Ўнг енбош сохани пайпаслаганда йутал вақтида огрикнинг кучайиши симптоми дейилади?

*Сорези

Яуре-Разанов

Бартомье-Михельсон

Икрамов

Аппендикуляр ўсимтанинг бирламми гангренаи қайси вақтда кўпроқ учрайди?

*карияларда

чанокда жойлашганда

болаларда

ҳомилдорларда

Ўткир аппендицитни консерватив даволаш қайси вақтда қўлланилади?

*аппендикуляр инфилтрат

уткир аппендицит

аппендикуляр абсцесс

дуглас бушлиги абсцесси

Ўткир аппендицит учун инфекция киришининг қайси йули характерли эмас?

*травматик

энтероген

гематоген

лимфоген

Ўткир аппендицитда хос булмаган бемор тилининг ҳолати:

*географик тил

окиш караш билан копланган

тук жигарранг караш билан копланган

кулранг ерилган тил

Ўткир аппендицитга характерли симптом:

*Ровзинг

Мюссе-Георгиевский

Мейо-Робсон

Кёрте

Ўткир аппендицит билан ошқозон ёки 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши уртасида дифференциал таъхис утказишда муҳим бўлиб ҳисобланади?

*тахтасимон корин

802

бемор ёши

конини текшириш

Мерфи симптоми

Уткир аппендицит учун канака кунгил айнаш ва қусиш характерли?

*қусиш бир марта ва оғриқдан кейинги кунгил айнаш

ут аралаш қусиш, ковурилган овқатдан кейинги оғриқ ва эпигастрал сохада кечкурунги оғриқ

кунгил айнаш ва худди кофе колдикларидай қусиш

кунгил айнаш ва сув ичгандан кейин ҳам тухтовсиз қусиш

Уткир аппендицит билан бемор тушганда қандай ҳолатда ётади?

*унг ёнбош томони билан унг оёғини қорнига тортиб ётади

унг ёнбош томонга, чапоёғини қоринга тортиб ётади

қорин билан ётади

орқаси билан ётади

Қайси микроорганизм чувалчангсимон усимтанинг яллиғланишини чақирмайди?

*анаэроб микроорганизмлар

стафилококклар

стрептококклар

ичак таёкчаси

дизентерия таёкчаси

Уткир аппендицит учун инфекция қиршининг қайси йули характерли эмас?

*экзоген

энтероген

лимфоген

эндоген

Аппендицитда қайси белги учрайди?

*Ситковский

Грея-Тернер

Керте

Ортнер-Греков

Аппендицит нима?

*чувалчангсимон усимтанинг яллигланиши

кур ичакнинг к яллигланиши

ингичка ичакнинг яллигланиши

йугон ичакнинг яллигланиши

Уткир аппендицитнинг типик клиник белгиларини санаб утинг:

*унг ёнбош сохадаги огрик, кунгил айнаши, кайт килиш (купинча бир марта)

унг ёнбош сохасидаги огрик, сийганда ачишиш, сийдик кизариши

огрикнинг эпигастрал сохадан унг ёнбош сохасига кучиши, кайт килиш, огизда аччик таъм булиши

ич кетиши, тенезмлар, сийдик кизариши

Бартомье-Михельсон симптомини тавсифлаб беринг:

*беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши

чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

чап ёнбош сохасига бемор утказилганда унг ёнбош сохасида огрик ошиши сезилиши

Ситковский симптомини курсатинг:

*чап ёнбош сохасига бемор утказилганда унг ёнбош сохасида огрик ошиши сезилиши

беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши

чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда, бирдан огрикнинг кучайиши

Ровзинг симптомини курсатинг:

*беморни чап ёнбош сохаси пальпация килинганда, огрикни унг ёнбош сохада кучайиши

беморни чап ёнбошга ёткизилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши

чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Шёткин-Блюмберг симптомини курсатинг:

*корин деворини секин босиб туриб, кулни бирдан олганда огрикнинг кучайиши

беморни чап ёнбошга ётказилиб, унг ёнбош сохаси пайпаслаганда огрикни кучайиши

чап ёнбош сохасида пастга тушувчи йугон ичак уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрик сезилиши

чувалчангсимон усимта усти проекциясида перкуссия килинганда огрик сезилиши

Уткир аппендицитда шубха килинганда кайси текширувлар албатта утказилиши лозим?

*кон ва сийдик умумий тахлили, вагинал, ректал текширув

умумий кон, сийдик тахлили. кон биохимиявий тахлили

коринни УТТ, сийдик тахлили, конда С-реактив оксил микдори

корин бушлиги рентгеноскопияси, вагинал, ректал текширув

Уткир аппендицитнинг патоморфологик шакллари санаб утинг:

*катарал, флегмоноз, гангреноз

геморрагик, шишли, некротик

шишли, флегмоноз, гангреноз-перфоратив

гангреноз-перфоратив, некротик, катарал

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо булиши кайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарклайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Чап ёнбош сохасига уриб курилганда унг ёнбош сохасида огрикнинг пайдо булиши кайси симптом мусбатлигини курсатади?

*Ровзинг симптоми

Шеткин-Блюмберг симптоми

Ситковский симптоми

Роздольский симптоми

Уткир аппендицит учун кайси курсатгич характерли?

лейкопения

эозинофилия

*лейкоцитоз

бактеримия

тромбоцитопения

Аппендэктомияга карши курсатма?

хомиладорликнинг охириги муддатлари

кон ивишининг бузилиши

*аппендикуляр инфилтрат

кон айланиши бузилишининг 2 ва 3 даражаси

Аппендэктомия амалиети пайтида корин бушлигини найчалашга курсатма:

ретроград аппендэктомия

усимта эмпиемаси

флегмоноз аппендэктомия

*флегмонали ва гангренали аппендэктомия, корин бушлгида абсцесс

Уткир аппендицитда жаррох тактикаси:

*жаррохлик амалиети

консерватив даволаш

физиотерапия

антибиотикотерапия 24 соат давомида

Уткир аппендицитни буйрак санчигидан фарклайдиган белги:

*гематурия

полиурия

анурия

олигурия

Уткир аппендицитни салпингитдан фарклайдиган симптом?

*Жендринский симптоми

Воскресенский симптоми

Гегара белгиси

Яуре Розанов симптоми

МАВЗУ № 6. МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ.

Яра тешилишида Мондор белгиларига кирмайди?

*жигарни катталашиши

корин девори мушаклари таранглиги

ханжар санчиги каби огрикни эслатади

ярали анамнез

Сурункали ошкозон яра касаллигида кон кетганда қайси операция энг куп кулланилади

*меъда резекцияси

кон томирни боглаш

пилоропластика

ярани понасимон кесиб олиб тикиш

Ошкозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги кўпроқ қайси ёшдагиларда учрайди?:

*25 ешдан 45 ешгача

70 ешдан юкори

50 ешдан 70 ешгача

12 ешдан 20 ешгача

Ошкозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигида қуйидагиларнинг ҳаммаси операцияга курсатма булади, фақат қайси бири булмайди?

*стрессли яра

807

декомпенсацияли стеноз

яралли малигнизация

каллезли яра

Мондар учлиги – бу...:

*анамнезида яра касаллиги булиши, ўткир оғриқлар қоринни ҳамма соҳасида бўлиши ва мушак таранглигининг мавжудлиги;

анамнезида яра касаллиги булиши, оғриқлар қорин бушлигида эркин

хаво булиши, Р-скопиясида;

эпигастрал соҳада чангаллаб олувчи кучли оғриқ, қорин деворини

аранглашиши, лахтасимон кусиш;

анамнезида яра касаллиги, кусиш, ориқлаш;

Спизарский белгиси:

*перкуссия вақтида жигар тумтоқлигининг йўқолиши

перкуссия қилганда оғриқнинг кучайиши

аускультацияда ичак шовқинининг йўқолиши

перкуссия вақтида эпигастрал соҳада кучайган тимпанит

12 б/и пиезчасимон қисми яраси қуп холларда қаерга ушиб қиради?

*ошқозон ости безига

гипотодуоденал бойламига

жигарга

кундаланг-оч ичакка

Ваготомия нимага таъсир этади?

*хлорид кислота секрециясига

ошқозон хажмига

ичаклар харакатига

ички фактор секрециясига.

Золлингер-Эллисон синдроми диагностикасидаги муҳим белгилар:

*қуп сонли ошқозон ва 12 б.и. яралари, гипергастринемия

ошкозон гиперсекрецияси

ошкозон ости беги усмаси

диарея

Меъда яра касаллигига кайси белги хос эмас

*қушишдан кейин енгиллашмаслиги

эпигастрал сохада огрик

огрик зуридан қушиб, қушишдан кейин огрик утиб кетиши

кекириш

Меъда яра касаллигини келиб чиқишидаги асосий сабаблар

*полиэтиологик сабаблар

алиментар

нерв системасидаги баъзи бир узгаришлар

механик

Яра касаллигининг патогенези

*механик, химик, невроген таъсирлар натижасида ишемия

механик таъсирлар натижасида шиллик каватнинг емирилиши

пептик таъсирлар

кортико-висцерал таъсирлар

Яра касаллигидаги учумий шикоятлар

*кекириш, жигилдон кайнаши ҳамда овқатдан олдинги ёки кейинги огрик

эпигастрал сохада огрик

корин сохада огрик

қушиш, умумий холсизлик, корин сохада санчикли огрик

Яра касаллиги кайси ёшда купрок учрайди

*усмир ва урта ёшли кишиларда

кекса кишиларда

еш болаларда

фарк килмайди

Меъда яра касаллиги диагностикасида қайси текшириш усулларининг ахамияти купрок

*ЭГДФС, контрастли Р-скопия,

умумий куриб, пайпаслаш

зонд орқали меъда ширасини текшириб куриш

УТТ, компьютер томография

Яра касаллигининг ривожланишида туликрок тушунтирувчи теория

*полиэтиологик, хелинобактериал

яллигланиш

кон томир

механик

Ошказон ва 12 бармоқ ичак қасалиги диагностикасида қулланилмайдиган текшириш усули

*ректороманоскопия

гастродуоденофиброскопия

рентгенологик

ошқозон ширасининг секрециясини урганиш

Ошқозон ярасидан Меллори-Вейс синдроми нима билан фарқ қилади

*қизилунгач шиллик пардасидаги деффект билан

кон кетиш даражаси билан

қасаллик узоклиги билан

огрик ирадиацияси зонаси билан

Пилоростеноз даражасини аниқлашда қулланиладиган усул?

*ошқозон рентгеноскопияси

гастрофиброскопия

электрогастрография

электрокимёграфия

Пилородуоденал стенозга характерли қушиш

*ейилган овкат аралашмаси билан

«Кофе куйкаси» тип

ут билан

кизгиш кон билан

Яра сабабли субкомпенсацияланган пилородуоденал стенозда куйидагиларнинг кайси бири кулланилади?

*ошкозон резекцияси

СПВ ва дренажловчи операция

СВ ва дренажловчи операция

гастроэнтероанастомоз

Оддий ярани хроник ярадан фарклаш мумкин

*эзофагогастроуденоскопия

рентгенография

рентгеноскопия

огрикнинг характерида

Меъда сурункали ярасини кандай даволаш керак

*оператив

консерватив

лазер нурлари билан

индивидуал холатда

Сурункали ярани даволашда кайси операциялар купрок кулланилади

* резекция

ярани тикиб куйиш

ваготомия

индивидуал холат

Ошкозон ва 12 б/ичак ярасида кусиш характери:

*аччик хидли овкат моддалари билан

йирингли яшил тусли колибацилляр хидли

сарик тусли

йирингли, окиш, ковшок, хидсиз

Ошкозоннинг функционал касалликларига хос белги:

*хаммаси тугри

шиллик кават гипертрофияси

биопсияда шиллик каватда узгаришни булмаслиги

шиллик кават атрофияси

Ошкозон яра касаллиги учун хусусиятли огриклар:

*овкатланиш вақтлари

мавсумий огриклар

тунги

оч огриклар

Ошкозон кардиал кисми ва орка девори яраси учун огрикнинг жойлашиш хусусияти:

*туш ортида

эпигастрийда

унг ковурга ёйи остида

чап ковурга ёйи остида

Ошкозон ширасининг умумий кислоталигининг меъёрий миқдори:

*40-60 %

20-40 %

60-80 %

30-80 %

Ошкозон яра касаллиги диагностикасида энг яхши маълумот берадиган усул:

*гастрофиброскопия

рентген текшириш

клиник (обектив текшириш)

меда ширасини текшириш

Куйида курсатилган элементлардан қайси бири жигар 12 бармокли ичак боғлами тузилишига иштирок этмайди?

*дарвоза венаси

жигар артерияси

лимфа йуллари

ут йули

Яра касаллигини жаррохлик амалиёти билан даволашни мутлок курсатмасига кирмайди:

*консерватив даволанган 2 ой мобайнида ярани битишига тамойиллик булмаса

стенозда

пенетрацияда

малигнизацияда

Сукралфат (вентер) ни ярага қарши таъсири асосланган:

*химоя пардани хосил булишидан

хеликобактериаларни халок булишидан

спазмамолитик

антацид

Қайси ярага тунги, оч огриклар хос:

*пилорик булим ва 12 бармок ичакники

ошқозон тубиники

антрумники

кизилунгачники

Ошқозон яра касаллиги келиб чиқиши хақидаги қайси назария купрок ишонарли?

*механик, травматик назария

невроген назарияси

ирсий мойиллик

меъда шираси алмашилиши

12 бармокли ичак ёки меъда яра касаллигида рентгеноскопия килинганда қайси белги характерли?

*токча симпптоми

тулишиш дефекти

клойберг косачалари

ичак пневматози

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

*контрастловчи рентгеноскопия

ошқозон Рн метрия

ошқозонни зондлаш

гастроскопия+биопсия

Ошқозон секрецияси 1-фазаси ошган ҳамда компенсацияланган ва субкомпенсацияли пилоростенозида қўлланиладиган жаррохлик амалиети:

*СПВ дренажлаш амалиети билан

ошқозон 2/3 қисми резекцияси

ошқозон субтотал резекцияси

узун ковузлокда ГЭА, Браун анастомози билан бирга

Ошқозон секрецияси иккила фазаси ҳам ошганда ва яраинг 12 бар-моқли ичак орқа деворида жойлашганда қўлланиладиган жаррохлик амалиети:

*ошқозон 2/3 қисми резекцияси

субтотал резекция

СПВ дренажлаш амалиети билан

ТВ пилороластика билан бирга

Яра касаллиги аниқрок таърифлаб берувчи теория:

*инфекцион (хеликобактериал)

кортико-висцерал

яллигланиш

кон-томир теорияси

12 б/ичак касаллигида диагноз қуйиш мақсадида кам

қўлланиладиган усул.

*электрогастрография

гастродуоденофиброскопия

ошкозон ширасини аниклаш

гастробиопсия

Меллори-Вейс симптомининг ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигидан куйидагилар билан фарк килади:

*кардиал кисм шиллик кават дефекти /нуксони/

кон кетиш даражаси

касалликнинг давомийлиги

огрикнинг узатилиш нукталари

Ошкозон ва 12 бармокли ичак ярасида операция усули билан даволашга абсолют курсатма /кераксизини чизинг/

*консерватив даволашнинг ердам бермаслиги

перфорация ва пенетрация

кон кетиши

привратник стенози

Ошкозон ширасининг кайси фазаси юкори булганда ошкозонни 2/3

кисмини кесиш операцияси бажарилмайди?

*1-фаза

2-фаза

иккала фаза

3-фаза

Ошкозон ва 12 бармокли ичак яра касаллигини даволашда ваготомия билан биргаликда куйидаги дренажловчи операциялар кулланилади./кераксизини чизинг/

*Ветцель буйича гастростомия

Финней буйича пилоропластика

Гейник-Микулич буйича пилоропластика

Жадди буйича пилоропластика

Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги вақтида операция учун мутлок курсаткич булиб хисобланади.

*хамма санаб утилганлар

малигнизацияси

кучли кон кетиш

ошкозон буйни сибкомпенсацияли стенози

Ошкозон секрецияси 1 фазаси ошган ҳамда компенсацияланган ва субкомпенсацияли привротник стенозида кулланиладиган жаррохлик амалиети:

ошкозон 2/3 кисми резекцияси

ошкозон субтотал резекцияси

*СПВ дренажлаш амалиети билан

узун ковузлокда ГЭА, Броун анастонози билан бирга

Ошкозон секрецияси иккила фазаси ҳам ошганда ва яралинг 12 бармоқ

ли ичак орка деворида жойлашганда кулланиладиган жаррохлик амалиети:

*ошкозон 2/3 кисми резекцияси

субтотал резекция

СПВ дренажлаш амалиети билан

ТВ пилоропластика билан бирга

МАНВЗУ № 7. МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ (ТЕШИЛМА, ҚОН КЕТИШ)

Перфоратив ярада рентгенологик белги?

*диафрагма остидаги эркин газ

Клойберг косачалари

ичак пневмотози

диафрагманинг чегарали харакати

Жигар тумтоклиги йуколиш синамаси куйидаги кайси касалликка хос?

*перфоратив ярага

уткир аппендицит

ичак тутулишига

уткир холециститга

Тешилган ярада қайси даврлар ажратилади?

*Шок, «сохта хотиржамлик», перитонит

реактив: торпид, терминал

токсик-аллергик юрак-томир етишмовчилиги агонал

реактив, токсик, терминал

Тешилган ярани тикишда ва ёпишда Опел-Поликарпов усулининг моҳияти нимадан иборат?:

*чарви эркин қисми билан тешилган соҳани тикиш

жигар юмалок бойламини тикиш

тешилган яра соҳасини чоклаш

тешилган яра соҳасини ромбсимон кесиб тикиш.

Ошқозон ва 12 б.и. яраси тешилиш белгилари:

*барчаси тугри

бирдан бошланиш

кориндаги уткир огрик

тахтасимон корин

Ошқозон ва 12 б.и. ярасининг тешилишида қўлланилмайдиган жаррохлик амалиёти:

*селектив ваготомия

ярани тикиб чарви билан епиш

пилороластика

пилороластика ва ваготомия

12 бармокли ичак яра касаллигини қайси асоратида шошилиш операция қилинади

*яра тешилганда

пилородуоденалстеноз

ярадан кон кетганда

яра малигнизациясида

Ошқозон ярасининг перфорациясида қайси операция қўлланилади

*тешиқни тикиш

меъда резекцияси

гастроэнтероанастомоз

пилоропластика

12 бармоқли ичак яраси тешилишида жаррохлик амалиёти тури ва хажмини танлашда нимага асосланасиз?

*тешилиш муддати, перитонит характери, беморнинг умумий ахволи қорин бушлигида ажралманинг микдори, лейкоцитоз

анамнез узоклилиги, беморнинг ёши

яранинг жойлашуви

Купрок тешилишга мойил ярани курсатинг:

*пилорик қисмдаги сурункали яра

12 б/ичак олдинги деворидаги уткир яра

антрал қисмдаги эрозия

12 б/ичак пиёзсимон қисмидаги яра

12 б/ичак яраси тешилганида кулланиладиган паллиатив операция:

*ярани тикиш

ваготомия+пилоропластика

пилоропластика

гастроэнтероанастомоз қуйиш

Қайси холларда қорин бушлигида эркин ҳаво пайдо бўлади?

*қовак аъзоларни тешилишида

талок шикастланишида

жигар ерилишида

ичак тутқичи гематомасида

Ошқозон яраси тешилганда рентгенологик тасвирда қайси белги энг асосий?

*диафрагма остида ҳаво бўлади

Клойбер қосачаси

тоқча симптоми

барий аралашмасини меъданинг пилорик кисмида тутилиши

*меъда ёки 12 бармок ичак яраси тешилиши

уткир холециститда

уткир панкреитда

ичак тутилишида

Гастродуоденал яралар тешилишида куйидаги симптом кузатилади

*Спизарский

Ситковский

Скляров

Спасокукотский

Жигар тумтоклигини йуколиши яра касаллигининг кайси асорати тугрисида маълумот беради:

*ярани тешилиши

малигнизацияси

пенетрацияси

кон кетиши

Перфорация учун кандай симптом характерли:

*Щеткин-Блюмберг симптоми

кунгил айниш, кушиш

Ванка-Встанка симптоми

белбогсимон огрик

Яра касаллигини диагнози куйишда кайси усул асосий хисобланади?

клиник текшириш

рентгенологик текшириш

*гастродуоденоскопия

клиник текшириш ва гастродуоденоскопия

Яра касаллигининг асоратлари /кераксизини чизинг/

*ичак тутилиши

перфорация

кон кетиш

пенетрация

Ошкозон тешилишида мондор буйича клиник кечиши /кераксизини чизинг/

*кон кетиши

ханжарсимон огрик

корин олд деворининг таранглашиши

яра анамнези

Ошкозон тешилиши куйидаги касаллик билан киесий ташхис килинмайди?

*паралитик ичак тутулиши

уткир аппендицит

уткир холецистит

уткир панкреатит

Яра тешилишида купрок кулланиладиган операция усули /кераксизини чизинг/.

*тешилган яра кирраларини кориннинг олд деворига тикиш

ошкозон резекцияси

ваготомия пилоропластика билан

тешилган жойни тикиш

Ошкозон яраси тешилишининг етакчи белгиси?

*ханжарсимон огрик

кунгил айниш

кусиш

кон кетиш

Ошкозон пилорик кисми перфорациясини тикишда жомнинг функционал Торайиши юз берди. Жаррохнинг тактикаси?

* пилоропластика

понасимон резекция килиш

гастроэнтероастомоз куйиш

820

назогастро-дуоденал зонд утказиш

Перкуссияда жигарнинг тумток товуши куйидаги холатларда эшитилма
йди.

*яра тешилишида

уткир аппендицитда

ичак тутилишида

уткир холециститда

жигар коликасида

Ошкозон ва 12 бармокли ичак яраси тешилиши диагнози гумон килинга
нда куйидаги текшириш усули кулланилади.

*хаво юбориб гастродифиброскопия килиш

УТГ

Ошкозон рентгеноскопиясида

конни текшириш

ахлатда кон борлигини текшириш /Греггерсан реакцияси/

Ошкозон тешилиши куйидаги касаллик билан киесий ташхис килинмай
ди

уткир аппендицит

уткир холецистит

уткир панкреатит

уткир миокард инфаркти

*паралитик ичак тутилиши

Яра тешилишида купрок кулланиладиган операция усули /кераксизини
чизинг/.

ошкозон резекцияси

ваготомия пилоропластика билан

тешилган жойни тикиш

Поликарпов буйича тикиш

*тешилган яра кирраларини кориннинг олд деворига тикиш

12 бармокли ичак ярасидан кон кетишида:

огрик кучаяди

*огрик пасаяди еки йуколади

огиз курийди ва аччик таъм пайдо булади

огрик тана орка кисмига иррадиацияланади

огрик перикардиал областга иррадиацияланади

Ошкозон яра кассалигида кандай узгариш тез улимга олиб келади

*ярадан профуз кон кетиши

яранинг тешилиши

пилородуоденал стеноз

яранинг пенентрацияси

Ошкозон яра касаллиги асорати кон кетишида кайси белгилар харктерли эмас

*кон босим кутарилиши, кулок шангиллаши

холсизлик, юрак тез уриши, бош айланиши

кофе куйкаси рангида кушиш

коннинг умумий хажми камайиши

Уткир бошланган ошкозон ярасидан кам кон кетишида кайси симптом хос

*химиявий модда билан куйиш

Меллори– Вейс синдроми

кушимча кассаликлар

ут тош кассалиги

Меъда ярасидан кон кетганда кайси операция энг куп кулланилади

*резекция

ваготомия

стволовая ваготомия

кон кетаётган томирни тикиш

Гастро-дуоденал кон кетишнинг уртача даражасида кон босими пасаяди

*80/55

120/80мм. сим. уст

110/75

110/70

Гастро-дуоденал кон кетишнинг огир даражасида кон босими пасаяди

*60/40

120/80мм. сим. уст

110/75

110/70

Меъдадан кон кетишигасабаб булла олмайдиган касаллик

*дуоденостаз

геморрагик гастрит

ошкозон полипи

Меллори Вейс синдроми

Гастродуоденал кон кетиш диагностикасида хал килувчи текшириш усулли

*эзофагогастродуоденоскопия

ошкозон рентгеноскопияси

ошкозон ширасининг анализи

нажасни яширин кон кетшга текшириш

«Кофе куйкаси» каби кушиш кайси касалликда кузатилади?

*ошкозон ярасидан кон кетганда

12 бармок ичак ярадан кон кетиш

упкадан кон кетиш

ичакдан кон кетиш

Гастродуоденал кон кетишда даволаш тактикаси

*консерватив даволаш, эффект булмаса оператив даволаш.

актив кузатиш

шошилич операция

консерватив даволаш

Курсатилган препаратлардан кайси бири гемостатикларга кирмайди

*папаверин

дицинон

викосол

аминокапрон кислотаси

Гастродуоденал кон кетишда куйидаги курсатилган методларнинг кайси бири эндоваскуляр хирургияга киради

*ошкозон артерияларини эмболизация килиш

кон кетаётган кон томирни эндоскопик электрокоагуляциялаш

эндоскопик лазерли фотокоагуляциялаш

плёнка хосил килувчи моддалар билан аппликация килиш эндоскопик усулда

Курсатилган методларнинг кайси бири кон йукотиш даражасини аниқроқ равшанлаштиради

*хаммаси тугри

рангли курсаткич

кон босимининг пасайиши

гемотрокрит катталиги

гемоглобинни аниқлаш

Уткир бошланган ошкозон ярасидан кон кетишида кайси холат хос?

*катронсимон суюк ахлат

ич кетмаслик

огрикнинг кучайиши

куп марталаб тухтовсиз кушиш

Ошкозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетишнинг асосий сабаби

*яра чуқурлашиб кон томирларининг бутунлиги бузилиши

824

кон босимининг ошиб кетиши

коннинг ивиш хусусиятининг бузулиши

организмнинг аллергияк холатининг пайдо булиши

Кон кетиш даражасини аниклашда кайси усул энг аник хисобланади?

хаммаси тугри

гемоглобин ва эритроцитларни аниклаш

ОЦҚни аниклаш

кон босими ва пульсини аниклан

гематокритни аниклаш

Ахлатдаги яширин кон кетишини аниклаш усули

*Григерсен синамаси

Визик шкаласи

Ван-Гизон усулида буяш

Ван-ден-Берг реакцияси

Ошкозон ярасидан кон кетиш асоратида касаллик огирлиги нимага боглик?

*кон кетиш даражаси ва умумий кон кетиш хажмига

упка етишмовчилиги

жинси ёшига

ошкозон моторикасига

Ошкозон тешилишида мондор буйича клиник кечиши /кераксизини чизинг/

ханжарсимон огрик

корин олд деворининг таранглашиши

яра анамнези

*кон кетиши

Ошкозон ва 12 бармокли ичак ярасидан кон кетганда диф.диагнозида

мухим урин тутган текшириш усули.

эндоскопия

ошқозон рентгеноскопияси

ошқозон ширасини аниклаш

*ахлатда кон борлигини аниклаш

ошқозонга зонд ташлаш.

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасидан кон кетишида:

*огрик пасаяди еки йуколади

огрик кучаяди

огиз курийди ва аччик таъм пайдо булади

огрик тана орқа кисмига иррадиацияланади

Кон кетишнинг бирламчи белгиларига характерли булмаган белги:

* брадикардия

кам кувватлик

бош айланиш

хушдан кетиш

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигига ташхис қўйишда қайси усул асосий хисобланади?

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасидан кон кетганда диф.диагнозида мухим урин тутган текшириш усули.

*эндоскопия

ошқозон рентгеноскопияси

ошқозон ширасини аниклаш

ахлатда кон борлигини аниклаш

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак ярасидан кон кетишида кулланиладиган радикал операция.

*ошқозон 2/3 кисмини кесиш

гастроэнтероанастамоз

Поликарпов буйича тикиш

Селектив проксимал вагатомия

Қайси яралар чандикли стенозни келтириб чиқаради .

*пилорик булим ва пиёзча кисмдаги яралар .

меъдани кардиал булимининг яралари .

каллез яралар .

кичик эгриликдаги яралар .

Ошкозон яра кассалигида кайси операция энг куп кулланилади

*меъда резекция

ярани понасимон кесиш

гастроэнтероанастамоз

ваготомия.

Қуйидагиларнинг ҳаммаси ошкозон ва 12бармоқли ичак яра касаллиги асоратига тааллуқли, фақат ...:

*ичак тутилишидан ташқари

қон кетиши,стеноз

тешилиши,бошка аъзога ўсиб кириши

малигнизация

МАНЗУ № 8. МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАРИ (СТЕНОЗ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ)

Агар яра кичик эгриликда булса, малигнизацияга шубҳа килинганда кайси операция мақсадга мувофиқ?

*гастрэктомия

ошкозон 2/3 резекцияси

антрумэктомия ваготомия билан

ошкозон субтотал резекцияси

Ошказон яраси билан касалланган беморда, ошкозон ширасида эркин хлорид кислота йуқолиши қачон характерланади

*яра малигнизациясида

қушни органларга пенитрациясида

ошкозон – чабарсимон ичак окмаси ҳосил булганда

яра чандикланишида

“Малинага ухшаш” ахлат қандай ҳолатга ҳос?

*инвагинация

Меккел дивертикули

пилоростенозга

фитобезоарлар

Ошкозон ярасида ошкозон ширасида HCl кислота йуколиши нимадан далолат беради

*малигнизации

пенетрация

стеноз

перфорация

Ошкозон яра касаллигида камарсимон огрикларни пайдо булиши нимадан далолат беради:

*ошкозон ости безига пенетрация

ут пуфагига пенетрация

меъдани перфорациясида

ярани малигнизациясидан

Золлингер – Эллисон синдроми билан бирга келувчи усма купинча каерда жойлашади:

*ошкозон ости безида

12 бармок ичакда

йугон ичакда

ошкозонда

Меъда раки аниқлашда энг информатив текшириш усулини курсатинг?

*меъда ярасидан биопсия олиб текшириш

рентгенологик текшириш

меъда секрециясини гистамин билан текшириш

гастродуоденоскопия

Кайси яралар чандикли стенозни келтириб чикаради .

*пилорик булим ва пиёзча кисмдаги яралар .

меъдани кардиал булимнинг яралари .

каллез яралар .

кичик эгриликдаги яралар .

Ошкозон яра кассалигида қайси операция энг куп кулланилади

*меъда резекция

ярани понасимон кесиш

гастроэнтероанастамоз

ваготомия.

Қуйидагиларнинг ҳаммаси ошкозон ва 12бармокли ичак яра касаллиги асоратига тааллуқли, фақат ...:

*ичак тутилишидан ташқари

қон кетиши,стеноз

тешилиши,бошка аъзога ўсиб кириши

малигнизация

Субкомпенсацияланган стенознинг рентгенологик кўриниши:

*контраст 12 соатлар давомида ушланади

ошкозонда контрастнинг тутилиши кузатилмайди

контраст 6 соатлар давомида ушланади

контраст ошкозондан эвакуация булмайди

Декомпенсацияланган пилоростенозда биринчи навбатда қайси мухитга таъсир қилади?

*сув-туз баланси

қон яратиш аъзолари

иммун система

асаб системаси

Қайси асорат яра касаллиги билан касалланган беморларни хирургияга шошилиш равишида госпитализация қилишга курсатма ҳисобланмайди?:

*субкомпенсацияланган ошкозон чиқиш жойи стенози

яра тешилиши

яра пенитрацияси

ярадан қон кетиш

Ошкозоннинг чиқиш жойи стенози учун қайси белги нотипик?

*асосий алмашилишнинг ошуви

тана массасининг камайиши

ошкозон перисталтикасини кўз билан кўриш

овкат массалари билан қусиш

Чандикли торайиш организмдаги қайси жараёнларни камайишига олиб келади

*гиповолемия кондаги калий тузлари пасайиб организмдаги суюкликлар камаяди

конда шакилли элементларни қупайтиради

конни қупайтириб, гемоглабин курсатгичи кутарилади

кондаги билирубин ва холестерин микдорини қупайтиради

Чандикли торайишда қайси боскич ва даражалар қайси фаркланади

*компенсация, субкомпенсация, декомпенсация боскичлари

енгил ва огир

енгил,урта ва огир

1-2 даражали

Чандикли торайишда қайси текшириш методикаси катта ахамиятга эга

*рентгеноскопия ва эндоскопия, рентгенография

умумий текшириш методлари

лапараскопия

лабаратория методлари

Пилоростенозда қайси усул купрок кулланилади

*оператив

консерватив

симптоматик

СПВ

Чандикли яра кассалигида операциялар натижаси нимага боглик

*бутун организмдаги туз ва оксил моддалар билан боглик булган узгаришларга

оператив техника

ошкзонда булган морфологик узгаришлар

меъданинг катта ва кичиклигида

Чандикли торайиш нима учун организмнинг умумий касаллиги булиб хисобланади

*организмда факат чандик булмасдан патогенетик узгаришларга олиб келганлиги учун

ошкозон ва 12 бармокли ичакка утувчи кисми жомининг торайиши билан боглик булган узгаришлар

касаллик узок давом этиб кейин асорат бергани учун

беморлар озгин булиб кон босими камайиб холсиз булганлиги учун

Пилоростенозда оператив доволашни касалликнинг кайси боскичида утказиш керак

*субкомпенсация

компенсация

декомпенсация

консерватив даволаш, методлари утгандан сунг

Ун икки бармокли ичак пиёзсимон кисми стенози декомпенсация стадияси, тетания келиб чикди. Нима учун?

*сув-электролит балансининг бузилиши

оксил алмашинувининг бузилиши

жигар-буйрак етишмовчилиги

гиперхлоремия

Чандикли пилоростенозда энг куп кулланиладиган операция?

*меъда резекцияси

антрумэктомия вагатомия билан

стволли вагатомия, пилоропластика

ошкозоннинг норвонсимон резекцияси

Декомпенсациялашган пилоро стенозда беморда юрак уриши нима сабабли тухташи мумкин

*дегидратация

гипокалиемия

гиперкалиемия

гиперхлоремия

Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра стенози асорати этиологиясини аниқлаш учун информатив текшириш усули:

*контрастли рентгеноскопия

ошқозон Рн метрияси

ошқозонни зондлаш

гастроскопия+биопсия

Ошқозон чиқиш қисмининг стенозида:

*қорин юқори қисмида оғрик қучаяди

сутли ва еғли овқат еқтирмаслиғи

зарда қайнаш ва қушиш пайдо булади

ичи кетиш содир булади

Яра стенози этиологиясини аниқлаш учун информатив текшириш усули

ошқозон Рн метрия

ошқозонни зондлаш

*контрастли рентгеноскопия

гастроскопия+биопсия

электро гастроскопия

Ошқозон чиқиш қисмининг стенозида

қорин юқори қисмида оғрик қучаяди

сутли ва еғли овқат еқтирмаслиғи

*зарда қайнаш ва қушиш пайдо булади

ичи кетиш содир булади

асцит ва оекларда шиш пайдо булади

Яра стенози этиологиясини аниқлаш учун информатив текшириш усули

ошқозон Рн метрия

ошқозонни зондлаш

*контрастли рентгеноскопия

гастроскопия+биопсия

электрогастроскопия

Субкомпенсацияланган стенознинг рентгенологик кўриниши:

*контраст 12 соатлар давомида ушланади

ошқозонда контрастнинг тутилиши кузатилмайди

контраст 6 соатлар давомида ушланади

контраст ошқозондан эвакуация булмайди

Декомпенсацияланган пилоростенозда биринчи навбатда қайси мухитга таъсир қилади?

*сув-туз баланси

кон яратиш аъзолари

иммун система

асаб системаси

Қайси асорат яра касаллиги билан касалланган беморларни хирургияга шошилиш равишида госпитализация қилишга курсатма ҳисобланмайди?:

*субкомпенсацияланган ошқозон чиқиш жойи стенози

яра тешилиши

яра пенитрацияси

ярадан кон кетиш

Ошқозоннинг чиқиш жойи стенози учун қайси белги нотипик?

*асосий алмашинишнинг ошуви

тана массасининг камайиши

ошқозон перисталтикасини кўз билан кўриш

овкат массалари билан қусиш

Чандикли торайиш организмдаги қайси жараёнларни камайишига олиб келади

*гиповолемия кондаги калий тузлари пасайиб организмдаги суюқликлар камаяди

конда шакилли элементларни қупайтиради

конни қупайтириб, гемоглабин курсатгичи кутарилади

кондаги билирубин ва холестерин микдорини қупайтиради

Чандикли торайишда кайси боскич ва даражалар кайси фаркланади

*компенсация, субкомпенсация, декомпенсация боскичлари

енгил ва огир

енгил,урта ва огир

1-2 даражали

Чандикли торайишда кайси текшириш методикаси катта ахамиятга эга

*рентгеноскопия ва эндоскопия, рентгенография

умумий текшириш методлари

лапараскопия

лабаратория методлари

Пилоростенозда кайси усул купрок кулланилади

*оператив

консерватив

симптоматик

СПВ

Чандикли яра кассалигида операциялар натижаси нимага боглик

*бутун организмдаги туз ва оксил моддалар билан боглик булган узгаришларга

оператив техника

ошкзонда булган морфологик узгаришлар

меъданинг катта ва кичиклигида

Чандикли торайиш нима учун организмнинг умумий касаллиги булиб хисобланади

*организмда факат чандик булмасдан патогенетик узгаришларга олиб келганлиги учун

ошкозон ва 12 бармокли ичакка утувчи кисми жомининг торайиши билан боглик булган узгаришлар

касаллик узок давом этиб кейин асорат бергани учун

беморлар озгин булиб кон босими камайиб холсиз булганлиги учун

Пилоростенозда оператив доволашни касалликнинг кайси боскичида утказиш керак

*субкомпенсация

компенсация

декомпенсация

консерватив даволаш, методлари утгандан сунг

Ун икки бармокли ичак пиёзсимон кисми стенози декомпенсация стадияси, тетания келиб чикди. Нима учун?

*сув-электролит балансининг бузилиши

оксил алмашинувининг бузилиши

жигар-буйрак етишмовчилиги

гиперхлоремия

Чандикли пилоростенозда энг куп кулланиладиган операция?

*меъда резекцияси

антрумэктомия ваготомия билан

стволли ваготомия, пилоропластика

ошқозоннинг норвонсимон резекцияси

Декомпенсациялашган пилоро стенозда беморда юрак уриши нима сабабли тухташи мумкин

*дегидратация

гипокалиемия

гиперкалиемия

гиперхлоремия

Ошқозон ва 12 бармокли ичак яра стенози асорати этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули:

*контрастли рентгеноскопия

ошқозон Рн метрияси

ошқозонни зондлаш

гастроскопия+биопсия

Ошқозон чиқиш кисмининг стенозида:

*корин юкори кисмида огрик кучаяди

сутли ва егли овкат ектирмаслиги

зарда кайнаш ва кусиш пайдо булади

ичи кетиш содир булади

Яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

ошкозон Рн метрия

ошкозонни зондлаш

*контрастли рентгеноскопия

гастроскопия+биопсия

электро гастроскопия

Ошкозон чикиш кисмининг стенозида

корин юкори кисмида огрик кучаяди

сутли ва егли овкат ектирмаслиги

*зарда кайнаш ва кусиш пайдо булади

ичи кетиш содир булади

асцит ва оекларда шиш пайдо булади

Яра стенози этиологиясини аниклаш учун информатив текшириш усули

ошкозон Рн метрия

ошкозонни зондлаш

*контрастли рентгеноскопия

гастроскопия+биопсия

электрогастроскопия

МАВЗУ № 9. ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИ

Функционал холатига кўра букоқ неча хил булади?

3 хил

5 хил

6 хил

2 хил

836

Букок касаллигида Горнер синдромининг келиб чиқиш сабаби?

симпатик стволнинг босилиши

кон томирлар босилиши.

кизилунгачниг босилиши

хиккилдок тогайишининг босилш

Горнер синдроми компонентлари?

птоз, миоз, энофтальм

бошнинг огирлашиши, миоз, огрик

«медуза боши», энофтальм

нафас кишиши, экзофтальм, птоз.

Тиреотоксикозда куз атрофида пигментациянинг пайдо булиши синдроми, симптоми?

Елленик симптоми

Мебиус симптоми

Грефе симптоми

Штельваг симптоми

Сцинтиграфияда тиреотоксик аденомада кандай белги кузатилади?

«иссик учок»

«совук учок»

«изотопнинг таркок жойлашиши»

«гетероучоклар»

Куйидагилардан кайси жавоб тиреотоксикознинг урта даражасга хос?

Ps 1 да 110 та, юрак етишмовчилиги

Ps 1 да 80-100 та, бироз ориклаш

юрак етишмовчилиги Ланг буйича II даража

Ps 1 да 130 та, аритмик,

Ланг буйича I даража.

Калконсимон безда операция утказилгандан сунг беморда асфиксия юзага келади. Бунинг сабаби нима?

иккала кайтувчи нервларнинг зарарланиши

калконсимон без олди безларининг заарланиши

хаво эмболияси

кон томирлардан бирининг зарарланиши

Букок касаллигининг қайси даражасида трахеянинг босилиши белгилари кузатилади?

V даража

II даража

III даража

0 даража

Тиреотоксик кризнинг асосий белгилари?

харорат кутарилиши, тахикардия

брадикардия, нафас олишининг кийинлашиши

A/Д пасайиб кетиши, бош айланиши

тана хароратининг тушиб кетиши, калтираш, асфиксия.

Гигант хужайрали тиреодитни авторини курсатинг?

де Кревен - Кройл

Хошимота

Ридел

Базедов

Фиброз тиреодит авторини курсатинг?

Хошимота

Ридуль

де Кервен-Кройл

Базедов

Лимфоматоз тиреодит авторини курсатинг?

a) Ридель

b) Хошимота

с) де Кервен-Кройл

d) Базедов

де Кервен-Кройл тиреодитини курсатинг?

Гигант хужайрани тиреодит

Фиброз тиреодит

Лимфоматоз тиреодит

йирингли тиреодит

Хошимота тиреодитни курсатинг?

Фиброз тиреодит

Лимфоматоз тиреодит

Гиган хужайрали тиреодит

йирингли тиреодит

Ридель тиреодитини курсатинг?

Лимфоматоз тиреодит

Фиброз тиреодит

Гигант хужайрани тиреодит

йирингли тиреодит

Куз оралигининг кенгайиши кайси симптом?

Дельримпель

Штельваг

Грефе

Мебиус

Тепага караганда пешона тириши булмаслиги кайси симптом?

Шофруа

Дельримпель

Штельваг

Грефе

Нигоҳни яқинга тикканда куз олмасининг ташқарига бурилиши қайси симптом?

Мебиус

Дельримпель

Штельваг

Шофруа

Калконсимон безнинг оғирлиги нормада қанчали ташқил этади?

уртача 10 г

10-15 г

@ 25-30 г

30-40 г

40 г

Юкори калконсимон артерия қаердан чиқади?

ташки уйқу артериясида

ички уйқу артериясида

умров ости артериясида

@ аорта равогида

калкон-буйин стволида

Пастки калконсимон артерия қаерда чиқади?

калкон-буйин стволидан

ташки уйқу артериясида

ички уйқу артериясида

умров ости артериясида

умумий уйқу артериясида

Токсик диффуз зобда биринчи симптомлардан ташқари булади?

уйқу босиши

холсизлик

озиш

таъсирчанлик

юррак уриши

Эндемик букокнинг симптомлари:

калқонсимон безнинг катталашиси (турли даражасида).

кул оёқларнинг катталашиси

буйрак усти безларининг гиперплазияси

кузларнинг ташкарига буртиб чиқиши

Эндемик букокни даволашда қулланиладиган препаратлар:

таркибида

йод сакловчи ва тиреоид препаратлар.

тиреостатиклар.

анорексиген препаратлар.

глюкокортикоидлар.

Эндемик букокда таркибида йод тутган препаратлар неча ой берилади?

6 ой.

3 ой.

5 ой.

1 ой.

Спорадик буқоқ учун хараактерли бўлмаган белгилар:

@Маълум географик зонадаги 20% аҳолида учраши

@ Қалқонсимон безнинг ҳажмда катталашуви

@Қалқонсимон безнинг нормал функцияси

Спорадик буқоқ ривожланиш босқичларида кузатиладиган асоратлар::

@Барчаси тўғри

@ Анатомик тузилмаларнинг компрессияси

@Интерстициал қон кетиш

@Ўткир тиреоидит

Токсик аденомада сцинтиграфияда нима аниқланади?:

@”Иссиқ тугун”

@ “Совуқ тугун”

@Диффуз гомоген изотоп тўпланиши

Қалқонсимон без гармонларининг ошиши нимага олиб келмайди?:

@Буйрак етишмовчилиги

@Кардиотиреоз

@ Диабет

@Ўткир тиреоидит

#Буқокни хирургик даволашга монелик қилувчи омиллар:

@ бирламчи паренхиматоз буқок

@ консерватив даволашнинг самарасизлиги

@ гипертиреоид буқок

@ тугунли буқок

Буқокни даволашда қўлланилмайдиган операция турлари:

@ бўйинни радикал операцияси

@ субтотал тиреоидэктомия

@ тотал лобэктомия

@ тотал тиреоидэктомия

#Радиоактив йод билан даволаш қайси буқок турида қўлланилади?:

@ Базед касаллиги

@ токсик аденома

@ Қалқонсимон без раки

@ спорадик буқок

Тиреотоксикозни даволашда қайси препаратлар қўлланилади?:

@ Мерказолил

@ Альбендазол

@ Бисептол

@ Мебендазол

#Тиреотоксикозни даволашда қайси мақсадлар асос қилиб олинмайди?:

@ Гипертиреоидизмни даволаш

@ Юрак бузилган ритмини коррекциялаш

@ гипертиоидияни камайтириш

@тиреотоксик кризларни олдини олиш

Субтотал тиреоидэктомия операциясидан 24 соат ўтгач беморда безовталик, делирия, тахикардия, аритмия, гипертермия. Қайси асорат тўғрисида ўйлаш мумки? :

@ Тиреотоксик криз

@ Қайтувчи нерв параличи

@ Гипертиреоз

@ гипопаратиреоз

Тиреоидэктомия асоратига қайси бири кирмайди?:

@ Экзофтальмик синдром

@ Тетаник криз

@ Микседема

@ Қайтувчи нерв параличи

Тиреотоксик криз белгилари:

@ Гипертермия, тахикардия, артериал гипертензия, кўзғалиш

@ Термофобия , терлаш, парестезия

@ Экзофтальмия, уйқусизлик, мушак атрофияси

@ қайтувчи нерв параличи

Қалқонсимон без токсик аденомасининг бошқача номи:

@Плюммер касаллиги

@ Ридел буқоқи

@ Хошимото буқоқи

@ Базедов – Грейвс касаллиги

Тиреотоксик криз ривожланишини юзага чиқарувчи факторлар:

@ Барчаси тўғри

@ даволашни кескин тарзда тўхтатиш

@ Инфекциянинг қўшилиши

@ Ноадекват операция олди тайёргарлиги

#Сурункали Ридель тиреоидитига хос бўлмаган ҳолатини кўрсатинг:

@ Беморда юмшоқ консистенцияли, гомоген тугунли буқоқнинг аниқланиши

@ Қалқонсимон без қаттиқ фиброз – склерозловчи тўқима билан тўлганда

@ Клиник жиҳатдан қаттиқ консистенцияли буқоқ

@ инфекциянинг қўшилиши

Гиперпаратиреоидизмга хос бўлмаган белгини аниқланг:

@ Суяк-пай рефлексларининг ошиши

@ Депрессив ҳолат, астения

@ Радикуляр синдром

@ Мушак гипотонияси

Триада симптомлар: экзофтальм, қалқонсимон без катталашуви, аритмия қайси касалликка хос?

@ Базед касаллиги

@ Хошимото буқоқи

@ Сурункали тиреоидит

@ Эндемик буқоқ

Базед касаллигида кўз симптомларидан қайси бири кирмайди?:

@ Энофтальм

@ Экзофтальм

@ Юқори ковоқ ретракцияси

@ юқори ковоқ қорайиши

Қалқонсимон без неча бўлакдан ташкил топган:

@ 4

@ 3

@ 5

@ 2

Қалқонсимон безни қон билан таъминлашда нечта артерия: иштирок этади?

@ 4 та

@ 3 та

@ 2 та

@ 6 та

2-ОРАЛИҚ НАЗОРАТ ТЕСТ САВОЛЛАРИ

МАВЗУ № 10. ТИРЕОТОКСИК БУҚОҚ ВА УНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ, ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР.

#Буқоқни хирургик даволашга монелик қилувчи омиллар:

@ бирламчи паренхиматоз буқоқ

@ консерватив даволашнинг самарасизлиги

@ гипертиреоид буқоқ

@ тугунли буқоқ

Буқоқни даволашда қўлланилмайдиган операция турлари:

@ бўйинни радикал операцияси

@ субтотал тиреоидэктомия

@ тотал лобэктомия

@ тотал тиреоидэктомия

#Радиоактив йод билан даволаш қайси буқоқ турида қўлланилади?:

@ Базед касаллиги

@ токсик аденома

@ Қалқонсимон без раки

@ спорадик буқок

Тиреотоксикозни даволашда қайси препаратлар қўлланилади?:

@ Мерказолил

@ Альбендазол

@ Бисептол

@ Мебендазол

#Тиреотоксикозни даволашда қайси мақсадлар асос қилиб олинмайди?:

@ Гипертиреозидизмни даволаш

@ Юрак бузилган ритмини коррекциялаш

@ гипертиреозидияни камайтириш

@тиреотоксик кризларни олдини олиш

Субтотал тиреоидэктомия операциясидан 24 соат ўтгач беморда безовталиқ, делирия, тахикардия, аритмия, гипертермия. Қайси асорат тўғрисида ўйлаш мумки? :

@ Тиреотоксик криз

@ Қайтувчи нерв параличи

@ Гипертиреоз

@ гипопаратиреоз

Тиреоидэктомия асоратига қайси бири кирмайди?:

@ Экзофтальмик синдром

@ Тетаник криз

@ Микседема

@ Қайтувчи нерв параличи

Тиреотоксик криз белгилари:

@ Гипертермия, тахикардия, артериал гипертензия, кўзгалиш

@ Термофобия , терлаш, парестезия

@ Экзофтальмия, уйқусизлик, мушак атрофияси

@ қайтувчи нерв параличи

Қалқонсимон без токсик аденомасининг бошқача номи:

@Плюммер касаллиги

@ Ридел буқоқи

@ Хошимото буқоқи

@ Базедов – Грейвс касаллиги

Тиреотоксик криз ривожланишини юзага чиқарувчи факторлар:

@ Барчаси тўғри

@ даволашни кескин тарзда тўхтатиш

@ Инфекциянинг қўшилиши

@ Ноадекват операция олди тайёргарлиги

#Сурункали Ридель тиреоидитига хос бўлмаган ҳолатини кўрсатинг:

@ Беморда юмшоқ консистенцияли, гомоген тугунли буқоқнинг аниқланиши

@ Қалқонсимон без қаттиқ фиброз – склерозловчи тўқима билан тўлганда

@ Клиник жиҳатдан қаттиқ консистенцияли буқоқ

@ инфекциянинг қўшилиши

Гиперпаратиреоидизмга хос бўлмаган белгини аниқланг:

@ Суяк-пай рефлексларининг ошиши

@ Депрессив ҳолат, астения

@ Радикуляр синдром

@ Мушак гипотонияси

Триада симптомлар: экзофтальм, қалқонсимон без катталашуви, аритмия қайси касалликка хос?

@ Базед касаллиги

@ Хошимото буқоқи

@ Сурункали тиреоидит

@ Эндемик буқоқ

Базед касаллигида кўз симптомларидан қайси бири кирмайди?:

@ Энофтальм

@ Экзофтальм

@ Юқори қовоқ ретракцияси

@ юқори қовоқ қорайиши

Қалқонсимон без неча бўлақдан ташкил топган:

@ 4

@ 3

@ 5

@ 2

Қалқонсимон безни қон билан таъминлашда нечта артерия: иштирок этади?

@ 4 та

@ 3 та

@ 2 та

@ 6 та

Тиреотоксик буқоқда субтотал, субфасциал резекция қилиш усулини таклиф этган олим:

@ О.В.Николаев

@ Б.В.Петровский

@ М.И.Кузин

@ В.Д.Фёдоров

Тиреотоксик буқоқ туфайли резекция қилинганда операцион асоратларига қайси бири киради:

@ қон кетиш, ҳаво эмболияси, гипопаратиреоз

@ қон кетиш, трахеомоляция, паратиреоид тетания

@ трахеомоляция, асфикция, қон кетиш

@ трахеостеноз

Операциядан кейинги энг хавфли эрта даврдаги асорат:

@ тиреотоксик криз

@ паратиреоид тетания

@ трахеомоляция

@ асфиксия

Қалқонсимон без операциясида қайтувчи нервнинг бир томонлама шикастланиши қайси асоратга олиб келади:

@ овоз тембрининг пасайиши - афония

@ трахеомоляция

@ гипотония

@ тетания

Қалқонсимон без операциясида қайтувчи нервнинг икки томонлама шикастланиши қайси асоратга олиб келади:

@ асфиксия

@ овоз тембрининг пасайиши - афония

@ трахеомоляция

@ гипотония

Тиреотоксик буқоқ классификациясини шакли бўйича таърифлаб беринг:

@ диффуз, тугунли, аралаш

@ аралаш, кўп тугунли, спорадик

@ эндемик, спорадик, тугунли

@ гипотония

Тиреотоксикознинг юзага чиққанлиги бўйича классификациясини санаб беринг:

@ енгил, ўрта оғир, оғир

@ ўта оғир, ўрта даражада

@ оғир, ноинтенсив, интенсив

@ интенсив, ноинтенсив

Тиреотоксикоз оғирлик даражаларини белгиловчи мезонлар:

@ қалқонсимон без катталашуви, пульс уриши, асосий алмашинув фоизи

@ чарчоклик, инжиклик, йиғлоқлик

@ пульс уриши, астенизация даражаси

@ гипотония

Тиреотоксикозни консерватив даволаш ўз ичига қуйидагиларни олади:

@ Барчаси тўғри

@ Бетта адрено блокаторлар

@ Юрак гликозидлари, йод билан даволаш

@ Дезинтоксикацион терапия

Тиреотоксик буқокни хирургик даволашга кўрсатмалар:

@ III даражали диффуз буқок, трахеянинг бекилиши

@ Бемор розилиги

@ Тиреотоксикознинг енгил даражаси

@ Тиреотоксикознинг ўрта оғир даражаси

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида тиреотоксикоз клиникасининг орта бориши нима деб аталади:

@ Гестацион тиреотоксикоз

@ Диффуз тиреотоксикоз

@ тиреотоксикознинг енгил тури

@ тиреотоксикознинг оғир тури

Гестацион тиреотоксикозни даволаш усули:

@ консерватив

@ оператив

@ Ҳомиладорликни тўхтатиш

@ химиотерапевтик

Функционал ҳолатига кура буқок неча хил булади?

3 хил

5 хил

6 хил

2 хил

Буқок касаллигида Горнер синдромининг келиб чиқиш сабаби?

симпатик стволнинг босилиши

кон томирлар босилиши.

кизилунгачниг босилиши

хиккилдок тогайишининг босилш

Горнер синдроми компонентлари?

птоз, миоз, энофтальм

бошнинг огирлашиши, миоз, огрик

«медуза боши», энофтальм

нафас кисиши, экзофтальм, птоз.

Тиреотоксикозда куз атрофида пигментациянинг пайдо булиши синдроми, симптоми?

Елленик симптоми

Мебиус симптоми

Грефе симптоми

Штельваг симптоми

Сцинтиграфияда тиреотоксик аденомада кандай белги кузатилади?

«иссик учок»

«совук учок»

«изотопнинг таркок жойлашиши»

«гетероучоклар»

Куйидагилардан кайси жавоб тиреотоксикознинг урта даражасга хос?

Ps 1 да 110 та, юрак етишмовчилиги

Ps 1 да 80-100 та, бироз ориклаш

юрак етишмовчилиги Ланг буйича II даража

Ps 1 да 130 та, аритмик,

Ланг буйича I даража.

Калконсимон безда операция утказилгандан сунг беморда асфиксия юзага келади. Бунинг сабаби нима?

иккала кайтувчи нервларнинг зарарланиши

калконсимон без олди безларининг заарланиши

хаво эмболияси

кон томирлардан бирининг зарарланиши

Букок касаллигининг қайси даражасида трахеянинг босилиши белгилари кузатилади?

V даража

II даража

III даража

0 даража

Тиреотоксик кризнинг асосий белгилари?

харорат кутарилиши, тахикардия

брадикардия, нафас олишининг кийинлашиши

А/Д пасайиб кетиши, бош айланиши

тана хароратининг тушиб кетиши, калтираш, асфиксия.

Гигант хужайрали тиреодитни авторини курсатинг?

де Кревен - Кройл

Хошимота

Ридел

Базедов

Фиброз тиреодит авторини курсатинг?

Хошимота

Ридуль

де Кервен-Кройл

Базедов

Лимфоматоз тиреодит авторини курсатинг?

а) Ридель

б) Хошимота

с) де Кервен-Кройл

д) Базедов

де Кервен-Кройл тиреодитини курсатинг?

Гигант хужайрани тиреодит

Фиброз тиреодит

Лимфоматоз тиреодит

йирингли тиреодит

Хошимота тиреодитни курсатинг?

Фиброз тиреодит

Лимфоматоз тиреодит

Гигант хужайрали тиреодит

йирингли тиреодит

Ридель тиреодитини курсатинг?

Лимфоматоз тиреодит

Фиброз тиреодит

Гигант хужайрани тиреодит

йирингли тиреодит

Куз оралигининг кенгайиши кайси симптом?

Дельримпель

Штельваг

Грефе

Мебиус

Тепага караганда пешона тириши булмаслиги кайси симптом?

Шофруа

Дельримпель

Штельваг

Грефе

Нигохни якинга тикканда куз олмасининг ташкарига бурилиши кайси симптом?

Мебиус

Дельримпель

Штельваг

Шофруа

Калконсимон безнинг огирлиги нормада канчани ташкил этади?

уртача 10 г

10-15 г

@ 25-30 г

30-40 г

40 г

Юкори калконсимон артерия каердан чикади?

ташки уйку артериясида

ички уйку артериясида

умров ости артериясида

@ аорта равогида

калкон-буйин стволида

Пастки калконсимон артерия каерда чикади?

калкон-буйин стволидан

ташки уйку артериясида

ички уйку артериясида

умров ости артериясида

умумий уйку артериясида

Токсик диффуз зобда биринчи симптомлардан ташкари булади?

уйку босиши

холсизлик

озиш

таъсирчанлик

юррак уриши

Эндемик буконнинг симптомлари:

калконсимон безнинг катталашиши (турли даражасида).

854

кул оёкларнинг катталашиси

буйрак усти безларининг гиперплазияси

кузларнинг ташкарига буртиб чиқиши

Эндемик букнокни даволашда кулланиладиган препаратлар:
йод сакловчи ва тиреоид препаратлар.

таркибида

тиреостатиклар.

анорексиген препаратлар.

глюкокортикоидлар.

Эндемик букнокда таркибида йод тутган препаратлар неча ой берилади?

6 ой.

3 ой.

5 ой.

1 ой.

МАВЗУ № 11. СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ,
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Сурункали холецистит асоратига кирмайди:

*портал гипертензия

жигар абсцесси

перитонит

ут копи истискоси.

Сурункали холецистит асоратларига нима кирмайди

*кизилунгач веналарининг варикоз кенгайиши

механик сариклик

жигар ости абсцесси

перитонит

Ут пуфагида тош ҳосил булиши сабаблари

855

* утнинг димланиши

егли овкатлар куп истеъмол килиш

инфекция

жигар касалликлари

Сурункали холецистит асоратларига нима киради?

*барчаси тугри

жигар абсцесси

холангит

перитонит

Ут тош касаллиги, тошли холециститда кулланиладиган рентген – контраст текшириш усуллари.

*холецистография

УТГ

компьютер томография

корин бушлиги рентгенографияси

Вена оркали холецистография килиш учун кулланиладиган дорилар.

*биллигност

барий сульфат

холевит

индигокармин

Асосан ут тошлари хосил буладиган жойни курсатинг :

*ут пуфаги

жигар ичи капилярлари

жигар ичи йт йуллари

жигар хужайралари

12 бармокли ичак катта сургичида тикилиб колган тош булса кайси холедохотомия бажарилади?

*трансдуоденал холедохотомия

ут пуфаги йули оркали

умумий жигар йули

супрадуоденал

Ўт тошлари хосил булишининг 3 та асосий сабабини курсатинг?

*ут димланиши, моддалар авлмашинувининг бузилиши, утнинг куюклашиши

пархез бузилиши

моддалар авлмашинувининг бузилиши

меъда ости беги бош кисми усмаси

Ут пуфаги найига тош тикилганда келиб чикадиган патологик жараёнларни айтинг.

*А, В, С жавоблар тугри

уткир холецистит

ут пуфаги истискоси

ут пуфаги девори ётоқ яраси (Мирризи синдроми, уткир ичак тутилиши)

Тошсиз холецистит хосил булишининг 3 та омилини айтинг:

*ут йуллари дискинезияси, гепатит, панкреатит

моддалар алмашинувининг бузилиши, ут пуфаги эпителийсининг яллигланиши, сурункали гепетит

ут пуфаги инфекцияси, ут пуфагида ут окишининг бузилиши, ут пуфаги артериясининг атеросклеротик окклюзияси

меъда ичак тракти сурункали кассалликлари, стресс, модда алмашинувининг бузилиши

Сурункали холецистит асоратига кирмайди:

*портал гипертензия

эмпиема

жигар абсцесси

перитонит

истиско

Йирингли холангитга хос булмаган клиник белги:

ахолит ахлат

тана хароратининг кутарилиши

этнинг совук котиши

тахикардия

Йирингли холангит клиник белгилари триадасини айтинг:

механик сариклик, тана хароратининг кутарилиши, кайт килиш

ут ковурга ёйи сохасида огрик, кайт килиш, механик сариклик

*тери ва склералар саргайишининг ошиши, ваража килиш, тана хароратининг даврий равишда гентик кутарилиши

конда билурубин микдорининг ошиши, тана хароратнинг субфебрил даражада кутарилиши, доимий огрик

Сурункали холецистит хуружини келтириб чиқарувчи факторлар:

*утнинг димланиши, ут тошлари, инфекция

утнинг димланиши

ут тошлари

инфекция

12 бармокли ичак катта сўрғичининг ўсмасида аниқроқ маълумот берадиган инструментал текширишни курсатинг:

* ЭРХПГ

УТТ

Рентгенолгик текшириш

Фибродуоденоскопия

Сурункали холециститда огрик характери

*қучли огрик

тумток

симиллаб

белбогсимон

Сурункали холецистит вақтида Захарьин белгиси

*огрикнинг унғ кукрак остига берилиши

унғ ковурга равогини туккиллаганда огрикнинг кучайиши

унғ ковурга равоги ости сохасини нафас олиш вақтида пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

огрикнинг унг елкага берилиши

Ут каерда хосил булади

*гепатоцитларда

Рокитанский - Ашофф синусларида

Гартман чунтагида

ут пуфагини шиллик каватида

Сурункали холецистит вақтида терининг сариклиги қандай

*хос белгиси эмас

доимий аникланади

аникланмайди

куп холатда аникланади.

Сурункали холециститни даволашида ишлатилмайдиган воситаларни аникланг?

*наркотик анальгетиклар (морфин)

антибиотик терапия (ут билан ажраладиганлари)

сув-электролит бузилишини коррекциялаш учун инфузион терапия

еток режими, очлик, спазмолитик инъекция

Кало учбурчагини нима хосил қилади

*умумий жигар, ут копи сафро чикарув йули, ут копи артерияси

ут умумий йули, ут копи артерияси, ут копи йули

гепатикохоледох, холедох, ут копи йули

умумий ут йули, ут копи артерияси, гепатикохоледох

Сурункали холециститга хос булмаган симптом:

*Курваузье

мерфи

мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-блумберг

Сурункали холециститда шошилишча операцияга абсолют курсатма

*утли перитонит

холангит, холедохолециаз

ангиохолит, панкреатит

паравезикал инфильтрация, перитонит

Ут копи йули тош билан тикилишида келиб чиқадиган 3 та патологик жараённи аниқланг

*уткир холецистит, ут копи эмпиемаси, ут копининг тешилиши

ут копи истискоси, ут копи девор ётоқ яраси

панкреатит, уткир холецистит, катта дуоденал сургич стенози

ут копи истискоси, холангит, гепатит

Фатер сургичи усмасида хал килувчи симптом

*Курвуазье симптоми

спленомегалия, сариклик юзага келишидан олдин оғрик,

тана хароратининг кутарилиши, кичишиш

Мерфи симптоми

Сурункали калькулёз холециститда қуп кулланиладиган текшириш усули ?

*ут пуфаги УТТ

бемор шикоятлари

инфузион холангиография

бемор куриги натижалари

Сурункали холангит хуружининг асосий белгилари?

*сариклик, тана хароратининг кутарилиши, титраш

эпигастрал сохада ханжарсимон оғрик, ич кетиши, кон босими ошиши

Корин дамлаши, бод ва ахлат ажралмаслиги

Оғрикнинг белбогсимон булиши, қайт килиш, йутал

Сурункали холециститга хос булмаган симптом

*Курвуазье

Мерфи

Мюсси-Георгиевский

Шеткин-Блюмберг

Ут халтаси кандай аъзоди?

*резервуар аъзо

ички секреция аъзосидир

ут хосил килувчи

чикарувчи аъзо

Ут пуфаги артерияси куп холатда кайси томирдан бошланади?

*унг жигар артериясидан

чап жигар артериясидан

умумий жигар артериясидан

юкори ичак артериясидан

Утнинг литоген хусусиятини нима белгилайди?

*ут кислоталари

фосфолипидлар

холестерин

билурубин

Холецистит билан кимлар купрок касалланади?

*аёллар

болалар

эркаклар

кариялар

Сурункали холециститда огрик характерли:

*хуружсимон

тумток

симиллаб

белбогсимон

Сурункали холецистит вақтида Образцов синамаси:

*унг ковурга равоги ост сохасини нафас олиш вақтида пайпасланганда огрикнинг кучайиши

ут пуфаги сохасини пайпасланганда огрикнинг кучайиши

унг бел сохасини босганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равоги сохасидаги огрикнинг юрак сохасига берилиши

Сурункали холецистит хуружининг сабаби:

*егли овкат

огир юк кутариш

очлик

ич котиш

Холедохотомияга курсатма /кераксизини чизинг/?

*уткир холецистит

механик сариклик

пальпация ут йулида тошнинг сезилиши

холедохнинг 1 см дан кенглиги

Холедох дилатацияси, холедохолитиаз. Тош олганда канака операция усули кулланилади?

*ХДА

холеодохни ташки дренажлаш

холеодохдан тошларни олиб ташлаш

идеал холеодохолитотомия

Сурункали холециститда энг куп учрайдиган асорат:

*ут пуфаги эмпиемаси

уткир холангит

механик сариклик

уткир панкреатит

Куйидаги даволаш чораларидан кайсисини холециститда буюриш мумкин?

*барча саналганлар

огрик колдирувчи

антибиотиклар ва спазмолитиклар

новокаин блокадаси

дезинтоксикацион даволаш

Сурункали холециститда шошилиш операцияга курсатма булади?

*перитонит белгиси борлиги

24 соат давомидаги консерватив даволаш самарасизлиги

сурункали холециститнинг кайталаниши

уткир жигар етишмовчилиги

Ут халтанинг функционал холатини аниклаш учун нима тавсия этилади?

*контрастли холецистография

корин рентгеноскопияси

кон тахлили

барча саналганлар

МАНЗУ № 12. ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ.

Сариклик вақтида қандай текшириш утказилмайди

*холицистография

ретроград холангиография

ультратовуш текшириш

билирубин микдорини аниклаш

Механик сарикликнинг сабаби нима бўла олмади

*меъда қардиал қисмидаги яра

умумий ут йулида тош

катта дуоденал сургич усмаси

сурункал индуратив панкреатит

Такрорланувчи сарикликка нима сабаб булади

*холедоҳда вентилсимон тош

ут пуфагида куплаб тошлар

ут пуфаги йулида тош

холедоҳ усмаси

Механик сарикликка хос булган биохимик узгаришни аникланг

*богланмаган билирубин микдорини кескин ошиши

богланган билирубин микдорини ошиши

креатинин микдорининг ошиши

гиперхолестеринемия

Тери ва жигар оркали холангиография усули қайси касалликда қулланилади?

*механик сарикликда

жигар ичидаги кон томирларини торайишида

Киари касаллигида

жигар абсцессларида

Сариклик вақтида қандай текшириш утказилмайд

*холецистография

ретроградхолангиография

ултратовуш текшириш

биохимик текшириш

Ут-тош касаллигида сарикликнинг табиати:

* механик

паренхиматоз

гемолитик

тугма

Обтурацион саргайишни купрок нима келтириб чиқаради?

*ут- тош касаллиги

жигар эхинакоккози

уткир холангит

уткир панкреатит

Кайси касалликда стеркобилин ахлатда учрамайди?

*механик сарикликда

гемолитик анемияда

жигар ракида

сурункали гепатитда

Механик сарикликда билуробиннинг кайси фракцияси купаяди?

*бевосита

умумий

билвосита

хеч кайси

Механик сариклик диагностикасида кулланилади?

*инфузион холангиография

лапароцентез

барий ичкизиб

флюорография

Механик сариклик диагностикасида кулланилади:

*РПХГ

лапароцентез

дуоденал зондлаш

барий ичкизиб

Жигар ташки ут йуллари ёки Фатер сургичи усмасида сариклик ривожланиши характери:

*огриксиз

огрик билан

температура билан

температурасиз

Механик сарикликнинг келиб чиқиши механизмини курсатинг:

* ут йулларининг утказувчанглиги бузилиши

куп микдорда эритроцитлар емирилиши ва боғланмаган билурubinнинг конга утиши

жигар паренхимасини зарарланишидан билурubinнинг конга утиши

ут хосил килувчи ферментларнинг ошиб кетиши

Механик сарикликнинг бошқача номланиши:

* жигар ости сариклиги

жигар усти сариклиги

жигар ичи сариклиги

Аралаш сариклик

Механик сарикликни келиб чиқиш сабаблари:

*холедохолитиаз, ут йуллари раки, Фатер сургичи стриктураси ва усмалари

тугма гемолитик анемиялар, жигарнинг токсин ва дори моддалардан зараланши

пиментли гепатоз, вирусли гепатит, алкоголи гепатит, сарик иситма

жигар циррози, лептоспироз, инфекцион монолуккеноз

Механик сарикликда кон ивишининг бузилишига олиб келувчи асосий сабаб:

*фибриноген синтезининг бузилиши

витамин К сурилишининг бузилиши

плазмада фибриноген активлигининг бузилиши

тромбоцитлар сонининг камайиши

Механик сарикликда терининг ранги қандай булади?

* саргимтир-яшил

бугдой рангда

сарик лимон

оч пушти

Ут-тош касаллигида механик сариклик куйидаги холда вужудга келади:

*умумий ут йулининг бекилиши

ут пуфагининг буйин қисмидаги блок

пуфак йулининг бекилиши

панкреатит йулининг бекилиши

Обтурацион сарикликда юкори билурубинемияда кандай клиник белги устун туради?

* тери кичиши

кунгил айниши

тана харорати кутарилиши

ич котиши

Механик сарикликда сийдикда кандай узгариш кузатилади?

*ут пигментлари аникланади

уробилин аникланади

сийдикнинг солиштирма огирлиги пасаяди

гематурия

Механик сариклик асоратлари?

* жигар циррози, кома, асцит, спленомегалия.

модда алмашинуви, бузилиши, жигар етишмовчилиги

жигар циррози, асцит, гиперспленизм

гепатомегалия, кон кетишлар, асцит, гиперспленизм

Механик сарикликда кайси узгариш кузатилмайди?

* конда богланмаган билирубиннинг ошиши

конда ишкорий фосфатазанинг купайиши

конда богланган билирубиннинг ошиши

лейкоцитоз

Механик сарикликнинг асосий сабаби:

ут копининг тош билан беркилиши

ошкозон ости беги каудал кисмидаги раки

умумий ут йули беркилиши

замбуруг захри билан зарарланиш

меъда пилорит кисми раки

Механик сариклик характерланади:

гипобилирубинурия

гипербилирубинэмия

кон зардобида аминотрансфераза купайиши

гаммаглобулиннинг ошиши

Уткир холециститда огрик характери

*кучли огрик

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вакида Захарьин белгиси

*огрикнинг унг кукрак остига берилиши

унг ковурга равогини туккиллаганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равоги ости сохасини нафас олиш вакида пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

огрикнинг унг елкага берилиши

Ут каерда хосил булади

*гепатоцитларда

Рокитанский - Ашофф синусларида

Гартман чунтагида

ут пуфагини шиллик каватида

Уткир холецистит вакида терининг сариклиги кандай

*хос белгиси эмас

доимий аникланади

аникланмайди

куп холатда аникланади.

Уткир холециститни даволашида ишлатилмайдиган воситаларни аникланг?

*наркотик анальгетиклар (морфин)

антибиотик терапия (ут билан ажраладиганлари)

сув-электролит бузилишини коррекциялаш учун инфузион терапия

еток режими, очлик, спазмолитик инъекция

Кало учбурчагини нима хосил килади

*умумий жигар, ут копи сафро чикарув йули, ут копи артерияси

ут умумий йули, ут копи артерияси, ут копи йули

гепатикохоledох, холедох, ут копи йули

умумий ут йули, ут копи артерияси, гепатикохоledох

Уткир холециститга хос булмаган симптом:

*Курваузье

мерфи

мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-блюмберг

Уткир холециститда шошилиш оперцияга абсолют курсатма

*утгли перитонит

холангит, холедохоletиаз

ангиохолит, панкреатит

паравезикал инфильтрация, перитонит

Ут копи йули тош билан тикилишида келиб чикадиган 3 та патологик жараённи аникланг

*уткир холецистит, ут копи эмпиемаси, ут копининг тешилиши

ут копи истискоси, ут копи девор ёток яраси

панкреатит, уткир холецистит, катта дуоденал сургич стенози

ут копи истискоси, холангит, гепатит

Фатер сургичи усмасида хал килувчи симптом

*Курвуазье симптоми

спленомегалия, сариклик юзага келишидан олдин огрик,

тана хароратининг кутарилиши, кичишиш

Мерфи симптоми

Уткир калькулёз холециститда куп кулланиладиган текшириш усули ?

*ут пуфаги УТГ

бемор шикоятлари

инфузион холангиография

бемор куриги натижалари

Уткир холангит хуружининг асосий белгилари?

*сариклик, тана хароратининг кутарилиши, титраш

эпигастрал сохада ханжарсимон огрик, ич кетиши, кон босими ошиши

Корин дамлаши, бод ва ахлат ажралмаслиги

Огрикнинг белбогсимон булиши, кайт килиш, йутал

Уткир холециститга хос булмаган симптом

*Курвуазье

Мерфи

Мюсси-Георгиевский

Шеткин-Блюмберг

Ут халтаси кандай аъзоди?

*резервуар аъзо

ички секреция аъзосидир

ут хосил килувчи

чикарувчи аъзо

Ут пуфаги артерияси куп холатда кайси томирдан бошланади?

*унг жигар артериясидан

чап жигар артериясидан

умумий жигар артериясидан

юкори ичак артериясидан

Утнинг литоген хусусиятини нима белгилайди?

*ут кислоталари

фосфолипидлар

холестерин

билурубин

Холецистит билан кимлар купрок касалланади?

*аёллар

болалар

эркаклар

кариялар

Уткир холециститда огрик характерли:

*хуружсимон

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вақтида Образцов синамаси:

*унг ковурга равоги ост сохасини нафас олиш вақтида пайпасланганда огрикнинг кучайиши

ут пуфаги сохасини пайпасланганда огрикнинг кучайиши

унг бел сохасини босганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равоги сохасидаги огрикнинг юрак сохасига берилиши

Уткир холецистит хуружининг сабаби:

*егли овкат

огир юк кутариш

очлик

ич котиш

Холедохотомияга курсатма /кераксизини чизинг/?

*уткир холецистит

механик сариклик

пальпация ут йулида тошнинг сезилиши

холедохнинг 1 см дан кенглиги

Холедох дилатацияси, холедохолитиаз. Тош олганда канака операция усули кулланилади?

*ХДА

холеодохни ташки дренажлаш

холеодохдан тошларни олиб ташлаш

идеал холеодохолитотомия

Уткир холециститда энг куп учрайдиган асорат:

*ут пуфаги эмпиемаси

уткир холангит

механик сариклик

уткир панкреатит

Куйидаги даволаш чораларидан кайсисини холециститда буюриш мумкин?

*барча саналганлар

огрик колдирувчи

антибиотиклар ва спазмолитиклар

новокаин блокадаси

дезинтоксикацион даволаш

Уткир холециститда шошилиш операцияга курсатма булади?

*перитонит белгиси борлиги

24 соат давомидаги консерватив даволаш самарасизлиги

сурункали холециститнинг кайталаниши

уткир жигар етишмовчилиги

Ут халтанинг функционал холатини аниклаш учун нима тавсия этилади?

*контрастли холецистография

корин рентгеноскопияси

кон тахлили

барча саналганлар

Холедохолитоз симптомларига кирмайди-

сарик

биллиар санчик

харорат

*асцит

Ут пуфагининг яллигланишига олиб келувчи асосий омил ?

*ут халта дискинезияси

ошкозон рефлюкси

ут пуфагининг шикастланиши

панкреас ширасининг рефлюкси

Уткир холангитда кайси йул билан инфекция таркалади?

*барча келтирилган холатларда

лимфоген

контакт йули билан

энтероген

гематоген

МАНЗУ № 13. ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

Уткир холецистит вақтида Ортнер-Греков белгиси

*унг ковурга ровоги сохасини туккиллашиб урганда огрикнинг кучайиши

ут пуфаги сохасини босганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга ровоги ости сохасини пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга ровоги уртасини босганда огрикнинг кучайиши

Калькулез холециститни радикал даволаш усули

*холецистэктомия

холецистомия

холецистолитомия

тошни эритувчи дори-дармонлар килиш

Ўткир холециститга хос бўлмаган симптом?

*Курваузье

Мерфи

Мюссе-Георгиевский

Ортнер

Ўт-тошлари пайдо булишига кирмайдиган сабаб:

*ут пуфаги кон айланишининг бузилиши

ўтнинг физик-химик хусусиятининг бузилиши

ўт димланиши

инфекция

Уткир холециститда огрик характери

*кучли огрик

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вақтида Захарьин белгиси

*огрикнинг унг кукрак остига берилиши

унг ковурга равогини туккиллаганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равоги ости сохасини нафас олиш вақтида пайпаслаганда огрикнинг кучайиши

огрикнинг унг елкага берилиши

Ут каерда хосил булади

*гепатоцитларда

Рокитанский - Ашофф синусларида

Гартман чунтагида

ут пуфагини шиллик каватида

Уткир холецистит вақтида терининг сариклиги қандай

*хос белгиси эмас

доимий аникланади

аникланмайди

куп холатда аникланади.

Уткир холециститни даволашида ишлатилмайдиган воситаларни аникланг?

*наркотик анальгетиклар (морфин)

антибиотик терапия (ут билан ажраладиганлари)

суб-электролит бузилишини коррекциялаш учун инфузион терапия

еток режими, очлик, спазмолитик инъекция

Кало учбурчагини нима хосил қилади

*умумий жигар, ут копи сафро чикарув йули, ут копи артерияси

ут умумий йули, ут копи артерияси, ут копи йули

гепатикохоледох, холедох, ут копи йули

умумий ут йули, ут копи артерияси, гепатикохоледох

Уткир холециститга хос булмаган симптом:

*Курваузье

мерфи

мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-блумберг

Уткир холециститда шошинч оперцияга абсолют курсатма

*утли перитонит

холангит, холедохолециаз

ангиохолит, панкреатит

паравезикал инфилтрация, перитонит

Ут копи йули тош билан тикилишида келиб чикадиган 3 та патологик жараённи аникланг

*уткир холецистит, ут копи эмпиемаси, ут копининг тешилиши

ут копи истискоси, ут копи девор ёток яраси

панкреатит, уткир холецистит, катта дуоденал сургич стенози

ут копи истискоси, холангит, гепатит

Фатер сургичи усмасида хал килувчи симптом

*Курвуазье симптоми

спленомегалия, сариклик юзага келишидан олдин огрик,

тана хароратининг кутарилиши, кичишиш

Мерфи симптоми

Уткир калькулёз холециститда куп кулланиладиган текшириш усули ?

*ут пуфаги УТТ

бемор шикоятлари

инфузион холангиография

бемор куриги натижалари

Уткир холангит хуружининг асосий белгилари?

*сариклик, тана хароратининг кутарилиши, титраш

эпигастрал сохада ханжарсимон огрик, ич кетиши, кон босими ошиши

Корин дамлаши, бод ва ахлат ажралмаслиги

Огрикнинг белбогсимон булиши, кайт килиш, йутал

Уткир холециститга хос булмаган симптом

*Курвуазье

Мерфи

Мюсси-Георгиевский

Шеткин-Блюмберг

Ут халтаси кандай аъзоди?

*резервуар аъзо

ички секреция аъзосидир

ут хосил килувчи

чикарувчи аъзо

Ут пуфаги артерияси куп холатда кайси томирдан бошланади?

*унг жигар артериясидан

чап жигар артериясидан

умумий жигар артериясидан

юкори ичак артериясидан

Утнинг литоген хусусиятини нима белгилайди?

*ут кислоталари

фосфолипидлар

холестерин

билурубин

Холецистит билан кимлар купрок касалланади?

*аёллар

болалар

эркаклар

кариялар

Уткир холециститда огрик характерли:

*хуружсимон

тумток

симиллаб

белбогсимон

Уткир холецистит вақтида Образцов синамаси:

*унг ковурга равоги ост сохасини нафас олиш вақтида пайпасланганда огрикнинг кучайиши

ут пуфаги сохасини пайпасланганда огрикнинг кучайиши

унг бел сохасини босганда огрикнинг кучайиши

унг ковурга равоги сохасидаги огрикнинг юрак сохасига берилиши

Уткир холецистит хуружининг сабаби:

*егли овкат

огир юк кутариш

очлик

ич котиш

Холедохотомияга курсатма /кераксизини чизинг/?

*уткир холецистит

механик сариклик

пальпация ут йулида тошнинг сезилиши

холедохнинг 1 см дан кенглиги

Холедох дилатацияси, холедохолитиаз. Тош олганда канака операция усули кулланилади?

*ХДА

холедохни ташки дренажлаш

холедохдан тошларни олиб ташлаш

идеал холедохолитотомия

Уткир холециститда энг куп учрайдиган асорат:

*ут пуфаги эмпиемаси

уткир холангит

механик сариклик

уткир панкреатит

Куйидаги даволаш чораларидан кайсисини холециститда буюриш мумкин?

*барча саналганлар

огрик колдирувчи

антибиотиклар ва спазмолитиклар

новокаин блокадаси

дезинтоксикацион даволаш

Уткир холециститда шошилич операцияга курсатма булади?

*перитонит белгиси борлиги

24 соат давомидаги консерватив даволаш самарасизлиги

сурункали холециститнинг кайталаниши

уткир жигар етишмовчилиги

Ут халтанинг функционал холатини аниклаш учун нима тавсия этилади?

*контрастли холецистография

корин рентгеноскопияси

кон тахлили

барча саналганлар

Холедохолитоз симптомларига кирмайди-

сарик

биллиар санчик

харорат

*асцит

Ут пуфагининг яллигланишига олиб келувчи асосий омил ?

*ут халта дискинезияси

ошқозон рефлюкси

ут пуфагининг шикастланиши

панкреас ширасининг рефлюкси

Уткир холангитда қайси йул билан инфекция таркалади?

*барча келтирилган холатларда

лимфоген

контакт йули билан

энтероген

гематоген

Уткир холангитнинг вужудга келишида кайси касаллик купрок сабаб булади?

*ут-тош касаллиги

умумий ут йулининг торайиши

умумий ут йулининг босилиши

ут йуллари дискинезияси

Жигар сангичини колдирувчи энг керакли дори?

*платифиллин

анальгин

реопирин

галидор

Уткир холециститнинг кайси этиологик куриниши куп учрайди?

*ут тошлари

травмалар

ферментли

димланиш

Ут тошларининг канака хили куп учрайди?

*холестеринли

билурибинли

аралаш

кератин

Ут йуллари касалликларини аниклаш учун энг оддий усул?

*УТТ

холецистография

компьютер томография

дуоденал зондлаш

Холедохолитиаз симптомларига кирмайди:

*асцит

сариклик

биллиар санчик

харорат

Ут тош касаллигини аниқлашда энг аниқ текшириш усули?

*холецистография

дуоденал зондлаш

дуоденоскопия

корин бушлигининг рентгенографияси

Уткир холециститда Мюссе-Георгиевский белгиси:

*унг ковурга ёйи остини босганда огрик

унг елкага огрикнинг берилиши

туш суяги ортидаги огрик

унг кукрак остига огрикнинг берилиши

Умумий жигар ут йули чегараланади:

*ут пуфаги йули кушилган жойидан пастки кисми

жигар дарвозасидан ут пуфагининг чикариш йулигача

ут пуфаги йули кушилган жойидан юкори кисми

умумий жигар ут йули анатомик ажратилмайди

Умумий ут йули жигар – дуоденал боғламасининг кайси кисмида жойлашади?

*латерал

уртада

оркада

олдинда

Уткир холецистит билан аппендицит дифференциал диагностикасида энг ишонарли усул?

*лапараскопия

ангиография

УТТ

холецистография

Холецистографияда огиз оркали кулланиладиган дори:

*холевит

метил куки

барий

верографин

Ретроград панкреатохолангиография утказиладиган асбоб?

*эндоскоп

дуоденал зонд

УТТ

томография

Уткир холециститда кечиктирилган операция кайси мудатда килинади?

*3 кундан кейин

1 кунача

5-6

7-8

Уткир холециститда зудлик (экстрен) операция килиш муддатларда килинади?

*дастлабки 6 соат давомида

2 кун

3 кун

4-5 кун

Уткир холециститни консерватив даволашга киради:

*антибиотиклар, спазмолитиклар, умумий кувват берувчи терапия, симптоматик, блокадалар, назогастрал зондлаш, тозаловчи клизма

антибиотиклар, спазмолитиклар, оксигенизиштириш (морфин килиш блокадалар килиш, лапаросинтез, жигар ва сийдик хайдовчи дори)

антибиотиклар, сульфаниламидлар, кон куйиш, спазмолитиклар, стафилакокк гаммаглобулин, гепарин, лидаза килиш.

антибиотиклар, спазмолитиклар, блокадалар, иситмани туширувчи дорилар, ут хайдовчи, сийдимк хайдовчи, юрак, кон, тузли эритмалар килиш

Уткир холециститда операцияга курсатма:

* уткир холецистит хуружи тешилиш белгилари билан, консерватив давонинг фойдасизлиги, эрта операция 24-72 соат мобайнида, планли равишда операция 7-21 кун хуружни кайтганидан кейин.

уткир хуруж тешилиш белгиларисиз, консерватив даво фойдасизлигида, тез-тез хуружнинг кайталаниши сариклик билан, уткир хуружж тош касаллиги билан, гепатит.

доимий хуружлар, сариклик, гепатит белгилари билан, кайд килиш, юрак томонидан буладиган узгаришлар билан.

перитонит, ичак тутулиши, панос, доимий кайд килиш билан

Уткир холециститда холецистостомия операциясига курсатма ?

* беморнинг огир холати

ут пуфаги эмпиемаси

холангит

холецистопанкреатит

Холецистостомия ут пуфагининг кайси кисмидан куйилади?

* тубидан

танасидан

буйинчасидан

ут йулидан

Хозирги замон янги холецистостомияда операцияни бажариш усулига киради?

* лапароскопик

лапаротомия

фиброскопия

лапароцентез

Ретроград холецистэктомия бажарилади:

*буйинчасидан

танасидан

тубидан

Прибрам усули

Антеград холецистэктомия бажарилади:

*тубидан

танасидан

буйнидан

ут пуфаги очилиб

Холедохотомия куйиш учун энг кулай кисм:

*супрадуоденал

ретродуоденал

интрадуоденал

жигар чап йули

Хольстед-Пиковский усулида холедох каердан дренажланади?

*ут пуфаги йули

жигар унг йули

жигар чап йули

жигар умумий йули

Уткир холециститда Краснобоев белгиси?

*унг елкада огрик

унг ковурга ёйи остида огрик

унг курак остида огрик

унг ковурга остида мушаклар таранглашиши

Холедох ташки дренажлаш усулига киради?

*Вишневский

Флоров

Виноградов

Скрипниченко

Холедохни Керр усулида ташки дренажлашда кандай дренаж куйилади?

*Т-симон

Г-симон

П-симон

узун ёнбош тешик билан

Холедохни ички дренажлаш усулига киради:

*холедоходуоденостомия

холецистостомия

Вишневский

холецистоеюностомия

Ретроград панкреатохолангиография асоратига киради:

*панкреатит

дуоденит

сепсис

гастрит

Уткир холецистит морфологик шаклларини курсатинг:

*катарал, флегмоноз, гангреноз

оддий, перфоратив

оддий, йирингли

йирингли, деструктив, перфоратив

Холецистографиянинг 3 та асосий турини айтинг:

*интраоперацион холецистография, ретроград эндоскопик холецистография, комбинациялашган.

перорал, вена ичи-инфузион, комбинациялашган.

тери оркали холецистография, - вена ичи инфузион, перорал.

интраоперацион холецистография, - вена ичи инфузион, комбинациялашган.

Уткир холециститга хос булмаган симптом?

Мерфи

*Курваузье

Мюссе-георгиевский

Ортнер

Шеткин-Блюмберг

Ут-гошлари пайдо булишига кирмайдиган сабаб:

утнинг физик-химик хусусиятининг бузилиши

ут димланиши

инфекция

*ут пуфаги кон айланишининг бузилиши Уткир холецистит бу нима?

* ут пуфагининг уткир яллигланиши

ут пуфагида конкрементлар булиши

ут пуфагининг специфик яллигланиши

ут пуфагида утнинг димланиши

Ўткир холециститни консерватив даволашга киради:

*антибиотиклар, спазмолитиклар, умумий кувват берувчи терапия, симптоматик, блокадалар, назогастрал зондлаш, тозаловчи клизма

антибиотиклар, спазмолитиклар, огриксизлантириш (морфин килиш блокадалар килиш, лапоросинтез, жигар ва сийдик хайдовчи дори)

антибиотиклар, сульфаниламидлар, кон куйиш, спазмолитиклар, стафилакокк гаммаглобулин, гепарин, лидаза килиш.

антибиотиклар, спазмолитиклар, блокадалар, иситмани туширувчи дорилар, ут хайдовчи, сийдимк хайдовчи, юрак, кон, тузли эритмалар килиш

Уткир холециститда кайси холат аникланмайди?

*кориндаги белбогсимон огрик

Мюссе-Георгиевский симптоми

корин девори юкори булимларининг нафас олишда чегараланган харакати

таранглашган ут пуфаги тубининг пайпасланиши

Уткир холециститда кон тахлилида кандай узгаришлар намоён булади.

*лейкоцитоз

лейкопения

лейкоформуланнинг уннга силжиши

анемия

Холангит- бу нима?

*ут йуллариинг яллигланиши

меъда ости безининг яллигланиши

ут пуфагининг яллигланиши

меъданинг яллигланиши

Уткир холецистит билан каерда даволаниши керак?

*жаррохлик стационарида

терапия булимида

амбулатор шароитда

неврология булимида

Уткир деструктив холецистит клиник белгиларини айтинг:

*хаммаси тугри

тана хароратининг ошиши

унг ковурга ейи остида мушаклар тараглиги

унг ковурга ейи остидаги огрикнинг кучайиши

таранглашган ут пуфагининг пайпасланиши

Рентгентда биллиар системасида газ топилиши нимадан дарак беради?

*холедоходуоденал окма борлигидан

ичак утмаслиги

эмфизематоз холецистит

вирусли гепатит

Холангит клиник кечишига кура булинади?

* уткир, сурункали, кайталовчи

уткир ва сурункали

уткир ва септик

сурункали ва рецидивланувчи

Узок давом этувчи, клиник белгиларсиз кечадиган, лекин ёмон окибитларга олиб келувчи холангит турини аникланг:

* склерозловчи

уткир

сурункали

септик

унг курак остида огрик

МАВЗУ № 14. ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ.

ЖИГАР АБСЦЕССИ КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ,
ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Жигар операциясида қон тухтатувчи оптимал усул?

* жигарни электрокоагуляция қилиш

жигарни совутиш

лазерокоагуляция

жигар 12 бармоқ бойламасини вақтинча қисиш

Қайси операциялар жигар абсцесси учун характерли?

* абсцессни очиш ва дренажлаш

жигар резекцияси

жигарни қолган бушлигини капитонажлаш

абсцессни пункция қилиш

Жигар нечта булакдан иборат?

* 2

5

3

4

Жигарда нечта сегмент бор?

* 8

5

4

3

Жигар функциясига қирмайди?

* бод ҳосил қилиш

углевод алмашинуви

оксил синтезлаш

егларни утилизация килиш

Жигар шикастланиши асосий курсаткия курсатинг?

* ички кон кетиш

анурия

шок

перитонит

Жигар шикастланганда кечки асорат кайси?

*шок

перитонит

ташки окма ва абсцесслар

жигар етишмовчилиги

Жигар абсцессининг сабаблари (ортикчасини курсатинг)

*упка оркали

корин бушлиги органларини яллигланиши

дарвоза венаси оркали

биллиар тракт оркали

Жигар абсцессининг симптомлари (ортикчасини курсатинг)

*тана хароратининг пасайиши

тана хароратининг кутарилиши

тахикардия

нафас кисиши

Жигар абсцесси ривожланишида патоген микрофлоранинг жигар тўқимасига тушиш йулларига кирмайди?

*хаво томчи йуллари билан

биллиар йул

томирлар оркали

контакт йули

Жигар абсцесси ва эхинококкозини киесий ташхислашдаги аник

диагностик усул:

*серологик текшириш усули (РНГА,РЛА,ИФА)

лапароскопия

рентгенологик текшириш

УЗИ

Жигар абсцессининг рентгенологик белгилари (ортикчасини курсатинг)

*диафрагма тагида эркин хаво булиши

диафрагма унг гумбази релаксацияси

унг плевра бушлигида экссулат

жигарда бушлик ва горизонтал суюклик сатхи

Жигар абсцессини даволашнинг асосий хирургик усулларига кирмайди?

* жигар абсцессини плевра оркали очиш

жигар абсцессини тери оркали очиш

жигар абсцессини плеврадан ташкари йул билан очиш усули

очик абсцессотомия ва дренажлаш

Жигар тукимасидаги микрофлоранинг тушиши йулларига кирмайди?

*хаво томчи йуллари билан

биллиар йул

томирлар оркали

контакт йули

ташкаридан (травматик)

Бактериал жигар абсцессига характерли булмаган белги:

унг коворга остидаги тутиб юборадиган огрик

гипертермия

терлаш

тахикардия

*гепатомегалия

Жигар пуфакли усмаларида юкори курсатгичли диагностик усул:

УЗИ

*радиоизотопик гепатосканерлаш

лапароскопия

умумий рентгенография

Жигар абсцессиди кузатилмайдиган асорат:

*ичак утмаслиги (тутилишлари)

плеврит

перитонит

диафрагма ости абсцесси

гепато-бронхиал окмалар

Жигар абсцесси ва эхинококкозини киесий ташхислашдаги аниқ диагностик усул:

*серологик текшириш усули

лапароскопия

рентгенологик текшириш

УЗИ

Ёпик жигар шикастланишининг очикдан фарқи:

*жигар глиссон кобигининг бутунлиги

тери катламининг бутунлиги

ут йулларининг

жигар йирик кон томирларнинг

Корин бушлигига кон кетиш кайси диагностик методлар ёрдамида аниқроқ аниқланади?

* лапароскопия ва лапароцентез

коннинг умумий анализи

корин бушлигининг обзор рентгеноскопияси

тугри ичакни бармоқ билан текшириш

Жигар абсцессинининг асорати:

*корин бушлигига абсцессни ёрилиши

плеврабушлигига абсцессни ёрилиши

меъда ва ичакларга абсцессни ёрилиши

аррозив кон кетиш

Куйидаги кайсилардан бири жигар шикастланишининг биринчи соатида характерли:

*постгеморагик шок

таркалган перитонит клиникаси

утли перитонит

эндотоксик шок

Кайси симптомлар жигар абсцессига характерли:

*тана хароратининг юкори булиши ва унг ковурга ёйи ости сохасидаги огрик

саргайиш ва тери кичимаси

асцит ва кизилунгачдан кон кетиш

тахикардия ва хансираш

Жигар тукумасига микрофлора тушиш йуллари (ортикчасини топинг):

*нафас йуллари оркали

биллиар

кон томир

контактли

Жигар кистасини аникловчи оптимал диагностик усул:

*УТТ текшириш

радиоизатоп гепатосканер

лапароскопия

изотоп гепатография

Жигар абсцесси билан асоратланмайдиган касалликни топинг:

*плеврит

ичак тутилиши

перитонит

диафрагма ости абсцесси

Жигар абсцессини дифференциал диагноз килиш керак булмаган касалликни топинг?

*Унг ковурга ёйи остидаги

Жигар усмаси

Жигар солитар кистаси

Эхинакоккоз

Жигар абсцесси ва эхинококкозини фарқловчи энг самарали усул:

Лапароскопия

*Серологик методи

Рентгенологик

Радиоизотопли

Жигар санчигида кулланиладиган оптимал усул?

*Жигар юмалок боғлами блокадаси

Паранефрол блокада

Глюкоза-новокаинли аралашма

Спазмолитик инъекция килиш

Жигар колдик бушлиги йиринглаганда бартараф этиш учун энг мухим

усулни курсатинг?

кенг таъсир доирадаги антибиотикларни куллаш билан даволаш

кичик кам травматик усул билан бушликни очиш ва дренажлаш

лапароскоп ердамида олинган киста урнига дренаж най юборилади

УЗИ назорати остида колдик бушликни дренажлаш

Жигардаги киста бушлигини пункцион йул билан дренажлашда келиб

чикадиган асоратлар?

огрик синдроми

юррак томирларини жарохатлаш
уткир жигар ва буйрак етишмовчилиги
корин бушлигига киста суюклигини окиши
ошкозон ости безининг жарохатланиши

МАВЗУ № 15. ЖАГАРНИНГ ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ
КЛИНИКАСИ, ТАШХИСИ, ТАҚҚОСИЙ ТАШХИСИ ВА ДАВОСИ.

Жигар эхинококкози специфик диагностикаси:

*РНГА,РЛА, ИФА,сколекс преципитация реакцияси

гепатомегалия

киста рентген кальцификацияси

компьютер томографияси

Жигар амёбали абсцесси ривожланишида патоген омил булиб нима хисобланади?

*Хистолитик амёба

Ичак таёкчаси

Стрептококклар

Аралаш флора

Эхинакокк кайси касалликлар сафига киради.

Инфекцион.

Аллергик.

Паразитар.

Нопаразитар.

Эндокрин.

Эхинакоккоз билан асосий зарарланиш йули.

Контакт йули.

Жинсий.

Хаво томмчи.

Огиз оркали.

Факат тугрик ва операция вақтида.

Эхинакоккозни нима чакиради?

Микроб.

Замбуругли инфекция.

Гелмментлар

Вирус.

Содда жониворлар.

Эхинакокда қайси аъзо купрок зарарланади.

Буйрак.

Талок.

Юрак.

Упка.

Жигар.

Жигар эхинакоккининг эрта белгилари

Тана хароратининг кутарилиши.

Озиб кетиш.

Ошқозон-ичак трактидан кон кетиш.

Унг ковурга остида огирлик сезиш.

Сариклик.

Эхинакоккозда қонда қандай узгаришлар булади.

Лейкоцитоз.

Лимфопения.

Эозинофелия.

Нейтрофелез.

СОЭ ошиши.

Коринни куздан кечирганда жигар эхинакоккига хос белги.

Кориннинг дам булиши.

Жигар тумтоклигининг йуколиши.

Ичаклар олдинги девори мускуллари таранглашиши.

Катталашган аъзо пайпасланади.

Жигар эхинакоккини текширишда аник натижа берадиган энг кулай усулни курсатинг

Лапроскопия текшириш.

Тахминий пневмоперетонеум билан рентгенография килиш.

Ангиография.

УЗИ.

Жигарни радиоизотоп билан сканирлашда эхинакокка хос белги.

Аъзонинг гипертрофияси .

Жигарнинг ажратиш фаолиятининг бузилиши.

Совук учок.

Аъзо деформацияси.

Корин бушлигига эхинакокк кистаси ерилганда нима кузатилади.

Тана хароратининг кутарилиши.

Тери копламларида сариклик пайдо булади.

АКБ нинг кутарилиши.

Анафилактик шок.

Кофе рангига хос кушиш.

Жигар эхинакоккида операция йулини танлаш нимага боглик булади?

Киста улчамига.

Асорат хусусиятига.

Кисталар сонига

Кисталар жойланишига.

Ендош патологияга.

Эхинакокк диагностикасида аник маълумот берувчи тест.

Эозинофилия.

СОЭ нинг тезланиши.

Казон реакцияси.

Латекс аглютинация.

Радиоиммунная диагностикаси.

Эхинакоккни даволаш учун махсус дори воситасини курсатинг.

Контрикал.

Трипсин.

Лизоцин.

Фибринолизин.

Вермокс.

Ревизия килинганда жигарнинг унг булагиди битта эхинакокк кистаси аникланади, киста жигар киррасида жойлашган. Кайси операция усулини и танлайсиз.

Епик эхинакоккэктомия.

Ярим епик эхинакоккэктом.

Марсупиализация.

Жигарни киста билан биргаликда анатомик резекция килиш.

Жигарни кисман резекция килиш билан идеал эхинакоккэктомия килиш.

Эхинакокк кистасининг хусусий пардаси кандай аталади.

Ок парда.

Фиброз капсула.

Хитин парда.

Тугувчи парда.

зич парда.

Кистанинг фиброз капсула бушлиги нима билан тозаланади?

Фурацилин эритмаси.

Перекис водород эритмаси.

Формалин эритмаси.

Антибиотиклар.

Хитин капсуласи олиб ташлангандан кейин фиброз капсула бушлигида

0,3 см дан катта ут окмаси аникланади сизнинг тутган йулингиз?

Ут окасининг алохида дренажлаш.

Капитанаж йули билан фиброз капсула бушлигини тикиш

Интероперацион фистулохолангиография, фиброз капсулани тикиш.

12-б/ика ут тушиши бузилмаганда ут окмасини ва фиброз капс. тикиш

Хозирги замонда портал гипертензияси синдроми куйидаги симптомоко

мплексни уз ичига олади?

эссенциал гипертензия

вазоренал гипертензия

буйрак веналари гипертензияси

ковак вена системаси гипертензияси

дарвоза венаси системасидаги гипертензия

Киари касаллиги уз ичига олади?

талок венаси тромбози

буйрак венаси тушиш сатхида ковак веналари тромбози

жигар веналари тромбози

дарвоза венаси жигар ичи тармоқларининг тромбози

Портал гипертензиянинг компенсация боскичига хос? /Нотугри жавобн

и курсатинг/

портал босимнинг бироз ошиши

спленомегалия

гиперспленизм

кизилунгачнинг варикоз кенгайган веналаридан кон кетиши

Портал гипертензиянинг субкомпенсация боскичига хос? /Нотугри жав

обни курсатинг/

портал босимнинг юкори булиши

спленомегалия

гиперспленизм

кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан кон кетиш

транзитор асцит

Бемор жигар унг булагидан эхинококк кистаси олингандан кейин 3

ой уткач кайта текширилганда жигар чап булагиди кистоз хосила бор

лиги аникланди, олинган маълумотларни кандай изохлаш мумкин?

кайталанган эхинококк кистаси

резидуал эхинококк кистаси

хусусий киста

нопаразитар киста

альвеоляр

Агар эхинококк кистаси корин бушлигида эркин жойлашган ва ичак ча

рвисидан чикган булса , сизнинг танлаган операция усулингиз?

епик эхинококэктомия

очик эхинококэктомия

ярим епик эхинококэктомия

идеал эхинококэктомия

марсупализация

Беморда альвеоляр жигар эхинококки ,операция учун энг кулай усулн

и курсатинг

жигарни альвеоляр эхинококки билан биргаликда резекция килиш

альвеококкозни очиш ва дренажлаш

химиотерапия

комплексли медикаментоз даволаш

альвеококкэктомия

Жигар эхинококкида тери жигар оркали холангиографияга курсатма

эхинококк кистасининг йиринглаши

жигарда куп сонли эхинококк булиши

жигар дарвозасида эхинококк кистаси жойлашган булса

механик сариклик белгиларининг булиши

-жигарнинг диафрагмал юзасида эхинококк жойлашган булса

Жигар эхинококкэктомияси вақтида максимал радикал операция килиш

учун интраоперацион кайси текшириш усулини куллаш мумкин?

интраоперацион холангиография

интраоперацион ангиография

интраоперацион транслюминация

интраоперацион УЗИ

Жигар эхинококкида холецистэктомияга курсатма?

жигар унг булагига гигант эхинококки булса

жигар унг булагига бир нечта киста борлиги аниқланса

жигар унг булагига орка пастки юзасида киста жойлашган булса

ут пуфаги деворида киста усган булиб уни кучли деформациясияси

ут пуфаги енида киста жойлашган булса

СИ системада бевосита билирубиннинг кондаги нормал микдори?

0,1 дан 0,2 мкмоль/л

0,2 дан 0,3 гача

0,3 дан 0,4 гача

0,9 дан 4,3 гача

СИ системасида боғланган билирубиннинг кондаги миқдори?

0,1 дан 0,2 мкмоль/л гача

0,3 дан 0,6 гача

0,8 дан 1,0 гача

1,7 дан 13,0 гача

Жигар эхинококкозида бажариладиган асосий операциялар:

очик, эпик, ярим эпик, оментогепатопексия, идеал эхинококк эктомия

перицитэктомия, эпик, ярим эпик, эхинококк экт. жигар резекц

очик эхинококк, холицист, оментогепатопексия

идеал эхинок.экт. эпик эхинококк эктомия

Жигар эхинококкэктомияси операцияси пайтида буладиган асоратлар

ут йуллерининг шикастланиши, жигар артерияси боғлаш

жигар веналарини боғлаш, киста суюклигининг корин бушлигига тушиши

дарвоза венасини шикастлантириш, жигар артерияларини боғлаш

жигар арт. тармоқларини шикастлантириш

Жигар паразитар касалликларида куйидаги текшириш усулларининг кай

сиси информатив?

рентгенологик

лапороскопик

УЗИ

дуоденал зондлаш

Жигарнинг альвеоляр эхинококкозини чакирувчиси:

тасмасимон гижжа (эхинококкуз мультилякуларис)

тасмасимон гижжа (эхинококкуз гиранулеоуз)

Амеба

Альвеококкознинг асоратлари:

Нотугри жавобни курсатинг

киста йиринглаши

ут йулларининг босиши

плевра бушлиги, упка ва бронхга ерилиши

кон оркали диссеминацияси

Жигар альвеококкозида даволаш усуллари, нотугри жавобни

курсатинг

Оператив

Консерватив

Радикал

Поллиатив

Жигар альвеококкозида радикал операциялар, нотугри жавобни

курсатинг?

Жигарнинг сегментар резекцияси

Жигарнинг анатомик резекцияси

Жигарнинг криодеструкцияси

Гемигепатэктомия

Жигар альвеококкозига хос булмаган белги:

Усмасимон усади

Тез усади

Жигар тукумасини силжиб усади

Куртакланиб купаяди

Альвеококкоз билан зарарланган жигарнинг куриниши,

Нотугри жавобни курсатинг?

Жигар юзаси гадир-будур каттиклашган

Жигар юзаси силлик, юмшок консистенцияли

Кесганда катакча-катакча бушлик топилади

Кесганда куриниши пишлокни эслатади

Жигар альвеококкозини поллиатив операцияларига кирмайди:

Криодеструкция операцияси

Гемигепатэктомия

Зарарланган жойни кисман олиб ташлаб флавакридин гипохлорид юбориш

Ут йулларига усиб кирганда уларни дренажлаш

Жигар нечта сегментдан иборат?

6 та

8 та

10 та

7 та

Жигарни кайси бойламлари бор? Нотугри жавобни курсатинг

Уроксимон бойлам, юмалок бойлам

Тож бойлам, жигар 12 б.и. бойлами

Унг ва чап учбукрчак бойлами, жигар меъда бойлами

Жигар-кизилунгач бойлами

Жигар кайси томирлар оркали кон билан таъминланади?

Жигар артерияси билан

Копка венаси билан

Жигар артерияси ва копка венаси билан

Киндик венаси билан

Жигар эхинококкига кайси боскич хос эмас?

Яширин симптомсиз боскичи

Симптомлар юзага чикиш боскичи

Сурункали боскичи

Асоратлар боскичи

Жигар эхинококкида транзитор сариклик, аллергик тошмалар

кайси боскичга хос?

Яширин симптомсиз боскичга

Симптомлар юзага чикиш боскичига

Асоратлар боскичига

Барча боскичларга

Жигар эхинококкининг асоратлар боскичига кирмайди:

Эхинококкининг йиринглаши

Эхинококкининг усиши, ерилиши

Транзитор сариклик, аллергик тошмалар

Эхинококкининг охакланиши

Агар эхинококк жигарнинг диафрагмал юзасида жойлашган бул-

са...

Рентгенологик текширишда диафрагма гумбази юкорига кутарилган булади

Диафрагма гумбази пастга тушган булади

Диафрагма чегаралари узгармайди

Диафрагма релаксацияси кузатилади

Жигар эхинококкида диагностика усулларига кирмайди:

УТТ, лапороскопия, рентгеноскопия

Компьютер томография, целиакография

Радиоизотоп сканирлаш, серологик, иммунологик текширишлар

Плетизмография, доплерография

Эхинококк кистаси нечта каватдан иборат?

Ички герминатив каватдан

Герминатив ва хитин каватдан

Ички герминатив, хитин (кутукуляр) ва фиброз каватдан

Кутукуляр ва фиброз каватдан

Жигар эхинококкида идеал эхинококкэктомия усулига кирмай-
ди.

Перицистэктомия

Эхинококк билан бирга жигарнинг кисман резекцияси

Эхинококк кистасини дренажлаш

Киста оекчада булса уни кесиш

Жигар эхинококкининг симптомсиз боскичи, купрок аниклана-
ди:

Жигар рентгенографиясида

УЗИ (УТТ) да

Конда эозинофиллар ошганда

Холецистографияда

Эхинококк кузгатувчиси бу:

Микроб

Бактерия

Тасмасимон гижжа

ноклостридал инфекция

Эхинококк кузгатувчисининг асосий хужайини:

Жигарда яшайди

Ингичка ичакда яшайди

Тугри ичакда яшайди

Хазм системасида яшайди

Эхинококк кузгатувчиси гумбак (личинка) шаклида яшайди:

Ит, бури, шоколда

Майда ва йирик шохли хайвонларда

Одатда майда ва йирик шохли хайвонларда

Факат одамда

Эхинококк кузгатувчиси тасмасимон гижжа шаклида яшайди:

Асосий хужайинда

Оралик хужайинда

Асосий ва оралик хужайинда

Сув хавзаларида, мева ва сабзавотларда

Эхинококкоз касаллиги каерда куп учрайди?

Чорвачилик ривожланган жойларда

Дехкончилик ривожланган жойларда

Пахтачилик ривожланган жойларда

Хамма жойда

Йиринглаган жигар эхинококкини кайси асоратлари булмайди?

Перитонит, поддиафрагмал абсцесс

Пиопневмоторакс, эмпиема

Билио-бронхиал окмалар

Жигар гемангиомаси

Жигарнинг паразитар касалликларини кайси касалликлардан

диф.диагностика килиш керак?

Жигарнинг емон сифатли усмаларидан

Жигарнинг паразитар кисталаридан

Жигар циррозидан

Ут-тош касаллигидан

Барчаси билан

Жигарнинг унг булагидан кайси сегментлар бор?

1-2-3-4-5 чи сегментлар

1-2-3-4 чи сегментлар

5-6-7-8 чи сегментлар

4-6-7-8 чи сегментлар

Жигарнинг чап булагиди кайси сегментлар бор?

1-2-3-4 чи сегментлар

5-6-7-8 чи сегментлар

4-5-6-7-8 чи сегментлар

3-4-5-6 чи сегментлар

Жигар эхинококкини даволаш усули:

Эхинококк кисатисини УТТ ердамида пункция килиш

Факат мебенда, мебандазол, альбиндазол, вермокс билан да-
волаш

Оператив даволаш

Оператив даволаш ва химия терапия

Жигар эхинококэктомиясидан кейин учрайдиган асоратлар?

Колдик бушликнинг йиринглаши, пневмония

Ташки ут окмаси

Диафрагмал абсцесс, механик сариклик

Плеврит, перитонит, жигар етишмовчилиги

Юкоридагиларнинг барчаси

МАВЗУ № 16. МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Панкреатит келиб чиқишига мойиллик килувчи факторларни нотугриси курсатинг?

*бронхоэктаз касаллиги

сурункали гепатит

сурункали алкоголизм

овкатланиш тартибининг бузилиши

Уткир панкреатит вақтида огрикнинг характери

*белбогсимон

симиллаб

ханжарсимон

тумток

Уткир панкреатитда Куллен белгиси

*корин ён девоир сохасининг кукариши

киндик сохасида терининг саргайиши

корин терисининг кукариши

терининг кизариши

Уткир панкреатит вақтида нима учун морфин қилинмайди

*Одди сфинктер спазми ривожланади

меъда ости безининг функциясини ошириши

меъда ости безининг функциясини пасайиши

дуоденал суюқлигини меъда ости безига қириши

Уткир шишли панкреатитда консерватив даволаш усули

*нгибитор, антибиотиклар, пархез

Наркотик аналгетиклар

Паранефрал блокада

Жигар юмалок бойлами блокадаси

Меъда ости беги сохта кистаси қандай аниқланади?

*пителий копламининг йуқлиги билан

эпителий копламининг борлиги билан

безининг бош қисмида учрагани билан

безининг ацинар аппаратида жойлашгани билан

Уткир панкреатит вақтида Хольстед белгиси

*орин терисининг кукариши корин

терисининг гиперемияси

корин ён деворлари терисининг саргайиши ва оқариши

коринда бинафша рангдаги доғларни пайдо бўлиши киндик атрофида саргайиш

Ўткир панкреатитнинг инструментал диагностикаси:

*УЗИ,РПХГ

фиброгастроскопия

колопоскопия

Рентгеноскопия.

Ошқозон ости бези секрециясини қайси препаратлар камайтиради?

*атропин сульфат

магnezий сульфат

гистамин, атропин сульфат

В-ацетил метилхолин

Қайси препаратлар меъда ости бези секрециясини кучайтиради:

*пилокарпин, инсулин, магnezий сульфат

магnezий сульфат

атропин сульфат

гистамин

Қайси протеолитик фермент ошқозон ости безининг уз туқимасини емиришига олиб келади?

*трипсин

эрипсин

энтерокиназа

пепсин

Қайси липолитик фермент активлашганда ошқозон ости бези туқимасини емиради?

*липаза

муцин

энтерокиназа

ут кислотаси

Ўткир панкреатитда оғрикнинг кучлилигидан бемор қуйидаги ҳолатга тушиши мумкин.

*шок

Коллапс

Обморок

рухиятнинг бузилиши

Уткир панкреатитда куйидаги холат кузатилади:

*кетма-кет кайт килиш

1 марта кайт килиш

кайд килиш кузатилмайди

2 марта кайт килиш

Уткир панкреатитда кайси огрикни колдирувчи препарат килинганда беморнинг ахволи огирлашиши мумкин?

*морфин

баралгин

анальгин

промедол

Уткир панкреатитни консерватив даволашнинг асосий усули :

*махалий совук куйиш, очлик, спазмолитиклар, дезинтоксикацион антибиотиклар куллаш, дезинтоксикация килиш

терапия, ингибитор протеаза.

комплекс даволаш: гармонлар куллаш-АКТГ

Куйидаги узгаришларнинг кайси бири сурункали панкреатитда

тааллукли эмас?

*сулак окиши

кунгил айнаши

метеоризм

ич кетиши билан ич котишининг алмашилиб туриши

Сурункали панкреатитда моддалар алмашинувининг кайси тури

купрок бузилади?

*1,2,3 жавоблар тугри

углевод алмашинуви

ег алмашинуви

оксил алмашинуви

Ўткир панкреатит учун нима характерли?

*варак-варак қусиш

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

2 марта қусиш

Ўткир панкреатит инструментал диагностикаси:

фиброгастроскопия

колопоскопия

*УЗИ

рентгеноскопия

Панкреатит секретиясини қайси препаратлар камайтиради?

магnezий сульфат

*атропин сульфат

гистамин, атропин сульфат

ацетил-В-метихолин

Қайси препаратлар панкреатит секретиясини купайтиради:

магnezий сульфат

атропин сульфат

*пилокарпин, инсулин, магnezий сульфат

гистамин

Ўткир панкреатит учун нима характерли?

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

*варак-варак қусиш

2 марта кушиш

Уткир панкреатитда огрик каерга узатилади?

киндик атрофига

юрак сохасига

*бел сохасига

кориннинг пастки сохасига

Уткир панкреатитда киндик атрофида кукимтир сохалар хосил булиши

бу симптом:

Гобье

Куллен

Мейо-Робсон

*Мондор

Кориннинг ен бош сохаларида ва юза терисида кукимтир сохалар пайдо булиши кайси симптом?

Мондор

*Куллен

Воскресенский

Купер

Кайси протеолитик фермент ошкозон ости безининг уз тукумасини еми

ришига олиб келади?

эрипсин

энтерокиназа

пепсин

*трипсин

Кайси липолитик фермент активлашганда ошкозон ости беги тукумасини емиради?

муцин

лидаза

энтерокиназа

*ут кислотаси

Ошкозон ости беги анатомияси.

1 та ббулақдан ташкил топган

2 булақдан ташкил топган

*3 қисмдан ташкил топган

4 қисмдан ташкил топган

Уткир панкреатитнинг клиник қуриниши:

қориннинг барча соҳасида қучли оғрик

қориннинг унғ томонида оғрик

*белбоғсимон оғрик

оғрикнинг қов устида булиши

Уткир панкреатитда оғрикнинг қучлилиғидан бемор қуйидаги ҳолатга

тушиши мумкин.

Қоллапс

*шок

Обморок

руҳиятнинг бузилиши

Уткир панкреатитда қуйидаги ҳолат қузатилади:

1 марта қайт қилиш

қайд қилиш қузатилмайди

*кетма-кет қайт қилиш

2 марта қайт қилиш

Уткир панкреатитда қайси оғрикни қолдирувчи препарат қилинганда

беморнинг аҳволи оғирлашиши мумкин?

баралгин

анальгин

промедол

*морфин

Уткир панкреатитни консерватив даволашнинг асосий усули

антибиотиклар куллаш, дезинтоксикация килиш

махалий совук куйиш, очлик...

комплекс даволаш: гармонлар куллаш-АКТГ

ингибиторлар ва гармонлар куллаш

*комплекс даволаш: огрикка ва интоксикацияга карши кураш

Куйидаги узгаришларнинг кайси бири сурункали панкреатитда тааллук

ли эмас.

кунгил айнаши

*сулак окиши

метеоризм

ич кетиши билан ич котишининг алмашилиб туриши

Ошокозон ости беги проекциясида огрик ва мушаклар таранглиги

пайдо булиши бу симптом:

Куллен

Купер

Мейо-Робсон

*Керте

Протеаза ингибиторларига кайси препаратлар тааллукли:

*контрикал, гордокс

5-флотуронли

магнезий сульфат

циннин

Кайси усмаларни даволашда панкреодуоденоэктомиа кулланилади?

фатер сургичи усмасида

12 бармокли ичак корциномасида

дистал кисми усмасида

*ошкозон ости беши бош кисми усмасида

Уткир панкреотит инструментал диагностикаси

фиброгастроскопия

колоноскопия

*УЗИ

рентгеноскопия

Бирламчи склерозланган холангитнинг кечиши куйидагича:

яралли колитдай

тошлар харакати натижасида фибрознинг пайдо булиши билан

*ут йуллари корциномаси склерози билан дифф.нинг кийинлиги

муваффыакиятли даво усули холедохоэнтеростомия

Кайси турдаги усмаларда панкреотодуоденоэктомиа курсатма:

фатер сургичит усмасидла

12 б.и.корциномасида

холедохнинг дистал корциномасида

*меъда ости беши бошча кисми усмасида

Инсулин билан текширилганда кузатиладиган белгилар:

очлик белгиларини кучайтиради

*канд микдорининг 50 мл/л камайтиради

глюкоза истеъмол килганда белги камаяди

стероидлар истеъмол килганда белгилар олди олинади

Меъда ости беши секретининг таъсири

*меъда ости безидан сув,биокarbonатларнинг чикишини тезлаштиради

холеритик таъсир

ошкозон секрециясини камайтиради

ичак моторикасини кучайтиради

Бир суткада уртача канча панкреотик шира ишлаб чикаради?

100-200 гр

200-250 гр

500-1 л

*1.5-2 л

Нима таъсирида трипсин актив холатга утади?

эндопептидаза

ут кислоталари

*энтерокиназа

нуклеаза

Оксил парчаланишида кайси фермент иштирок этади?

*трипсин

липаза

эластаза

альфа-амилаза

Углеводлар парчаланишида кайси фермент иштирок этади?

липаза

эндонептидаза

*альфа-амилаза

Трипсин

Уткир панкреотиттда лаборатор текширишдан кайси бири тааллукли?

мочевинанинг усиши

умумий оксилнинг камайиши

кам конлик

*диастозанинг ошиши

Корин аортасининг пульсациясининг йуколиши:

Мейко-Робсон

*Воскресенский

Керте

Чухриенка

Киндикдан чап томонда тулкинсимон тукиллаиб курганда меъда ости

бези проекциясида оғрик пайдо булиши бу симтом:

*Чухриенко

Мейо-Робсон

Яуре-Розанов

Ленондер

Ўткир панкреатитда оғрик каерга иррадиацияланади?

*бел сохасига

киндик атрофига

юрак сохасига

кориннинг пастки сохасига

Ўткир панкреатитда киндик атрофида кукимтир соҳалар хосил булиши бу қайси симptom?:

*Мондор

Гобье

Куллен

Мейо-Робсон

Ошокозон ости бези проекциясида оғрик ва мушаклар таранглиги

пайдо булиши бу симptom:

*Керте

Куллен

Купер

Мейо-Робсон

Протеаза ингибиторларига кайси препаратлар тааллукли:

*контрикал, гордокс

5-фтогуронли

магнезий сульфат

Цинин

Уткир панкреатитда лаборатор текширишдан қайси бири асосий ҳисобланади?

*қонда ва сийдикда диастазанинг ошиши

мочевинанинг усиши

умумий оксилнинг камайиши

камқонлик

Корин аортаси пульсациясининг йуқолиши бу қайси симптом?:

*Воскресенский

Мейко-Робсон

Керте

Чухриенко

Уткир паропроктитнинг шиллик парда остида қуриниши қайси усулда операция қилиш керак.

*тугри ичак бушлигидан, шиллик орқали кесиш

Габриэл усулда очиш

ярим ой усулида очиш

лигатура утказиш

рекомье усулида

Уткир паропроктитнинг ишиоректал қуриниши қайси усулда операция қилинади.

* ярим ой усулида очиш

тугри ичак орқали очиш

очиш ва лигатура утказиш

тугри ичак бушлигидан утказиш

Уткир паропроктитнинг ичакнинг орқа деворида жойлашгани қайси операция усули қулланилади

* ярим ой усулида

Габриэл усулида

лигатура утказиш усулида

лампас кесиш усулида

МАНЗУ № 17. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ.

МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КИСТАЛАРИ

Сурункали панкреатитнинг патоморфологик белгилари

* фибросклероз

Некроз

Вирсунг йўлида кальцинат

Йиринглаш

Шархловчи рентгенографияда сурункали панкреатитнинг характерли белгисини кўрсатинг

* меъда ости безининг проекциясида кальцинат бўлиши

Аэробилия

Суюқлик сатҳи

Вирсунг йўли стенози

Сурункали панкреатитни даволашда асосий парҳез воситаси:

* алкоголь истеъмол қилмаслик

Витаминлар истеъмол қилиш

Углеводлар истеъмолини камайтириш

Ёғли таомлар истеъмол қилиш

Сурункали панкреатитни медикаментоз даволаш воситаси:

* панкреатик ферментлар ўрнини босувчи дори воситалари (фестал, креон)

Ўт ҳайдовчи воситалар

Пропранол

витаминлар

Сурункали панкреатитни хирургик даволашга кўрсатма:

* оғриқли синдром

Псевдокисталар

Портал гипертензия

Озиш

Сурункали панкреатитнинг этиологик факторларига кирмайди:

* Портал гипертензия

Алкоголизм

Вирсунг йўлидаги тўсиқ

Ўт-тош касаллиги

Сурункали панкреатитда қайси симптом учрамайди?

* Анемия

Оғриқ

Сариқлик

Стеаторея

Сурункали панкреатитнинг компьютер томографиясидаги манзараси

* псевдокиста ва вирсунг йўлининг кенгайиши

Сфинктер одди спазми

Вирсунг йўлининг торайиши

холедохстриктураси

Псевдокисталарнинг асорати бўла олмайди:

* аорта эррозияси

Киста бўшлиғи ичига қон кетиш

Қорин бўшлиғига ёрилиши

Йиринглаш

Псевдокисталарни хирургик даволаш усуллари:

* ички дренажлаш

Лазер деструкцияси

Алкоголизация

Оқмани кесиш

Панкреатик псевдокисталар учун характерли бўлмаган симптом:

* қалтираш, токсикоз

Оғрик синдроми

Маҳаллий симптомлар

Оғрикнинг белга иррадиацияси

Ёлгон меъда ости кисталарини самарали хирургик даволаш усули

* ички дренажлаш

Ташқи дренажлаш

Экстирпация

Марсупализация

Ёлгон меъда ости кисталарини самарали хирургик даволашда оптимал муддатлар:

* Ўткир панкреатитдан 3-4 ой ўтгандан кейин

Ўткир панкреатитдан 2-3 ой ўтгандан кейин

Ўткир панкреатитдан 1-2 ой ўтгандан кейин

Ўткир панкреатит хуружини қолдиргандан кейин

Чин меъда ости кисталарининг морфологик белгилари:

Киста ички деворида эпителиал хужайраларнинг мавжудлиги

Ташқи дренажлаш

Экстирпация

Марсупализация

Вирсунг йўлидаги босим нормада қанчага тенг?

* 300-500 мм сув.уст

250-450 мм сув.уст

100-150 мм сув.уст

50-100 мм сув.уст

Панкреатик гипертензия ривожланиши мумкин бўлган омиллар:

* катта дуоденал сўрғич соҳасидаги тиқилган тош

Ўт пуфагидаги тош

Умумий ўт йўлидаги тош

Пуфак йўлидаги тош

Меъда ости безининг бош қисмидаги сохта кистада ққайси операция бажарилади

* цистогастростомия

Дуоденогастростомия

Цистодуоденостомия

Цистостомия

* Уткир панкреатитда Куллен белгиси

*корин ён девоир соҳасининг кукариши

киндик соҳасида терининг саргайиши

корин терисининг кукариши

терининг кизариши

Уткир панкреатит вақтида нима учун морфин килинмайди

*Одди сфинктер спазми ривожланади

меъда ости безининг функциясини ошириши

меъда ости безининг функциясини пасайиши

дуоденал суюқлигини меъда ости безига кириши

Уткир шишли панкреатитда консерватив даволаш усули

*нгибитор, антибиотиклар, пархез

Наркотик аналгетиклар

Паранефрал блокада

Жигар юмалок бойлами блокадаси

Меъда ости беши сохта кистаси қандай аниқланади?

*пителий копламининг йуқлиги билан

эпителий копламининг борлиги билан

безнинг бош кисмида учрагани билан

безнинг ацинар аппаратида жойлашгани билан

Ўткир панкреатит вақтида Хольстед белгиси

*орин терисининг кукариши корин

терисининг гиперемияси

корин ён деворлари терисининг саргайиши ва оқариши

коринда бинафша рангдаги доғларни пайдо бўлиши киндик атрофида саргайиш

Ўткир панкреатитнинг инструментал диагностикаси:

*УЗИ,РПХГ

фиброгастроскопия

колопоскопия

Рентгеноскопия.

Ошқозон ости бези секретиясини қайси препаратлар қамайтиради?

*атропин сульфат

магnezий сульфат

гистамин, атропин сульфат

В-ацетил метилхолин

Қайси препаратлар меъда ости бези секретиясини кучайтиради:

*пилокарпин, инсулин, магnezий сульфат

магnezий сульфат

атропин сульфат

гистамин

Қайси протеолитик фермент ошқозон ости безининг уз туқимасини емиришига олиб келади?

*трипсин

эрипсин

энтерокиназа

пепсин

Кайси липолитик фермент активлашганда ошқозон ости беши туқимасини емиради?

*липаза

муцин

энтерокиназа

ут кислотаси

Уткир панкреатитда оғрикнинг кучлилигидан бемор куйидаги ҳолатга тушиши мумкин.

*шок

Коллапс

Обморок

рухиятнинг бузилиши

Уткир панкреатитда куйидаги ҳолат кузатилади:

*кетма-кет кайт килиш

1 марта кайт килиш

кайд килиш кузатилмайди

2 марта кайт килиш

Уткир панкреатитда кайси оғрикни қолдирувчи препарат қилинганда беморнинг аҳоли оғирлашиши мумкин?

*морфин

баралгин

анальгин

промедол

Уткир панкреатитни консерватив даволашнинг асосий усули :

*махалий совук қуйиш, очлик, спазмолитиклар, дезинтоксикацион антибиотиклар қуллаш, дезинтоксикация килиш

терапия, ингибитор протеаза.

комплекс даволаш: гармонлар қуллаш-АКТГ

Куйидаги узғаришларнинг кайси бири сурункали панкреатитда

тааллукли эмас?

*сулак окиши

кунгил айнаши

метеоризм

ич кетиши билан ич котишининг алмашиниб туриши

Сурункали панкреатитда моддалар алмашинувининг кайси тури

купрок бузилади?

*1,2,3 жавоблар тугри

углевод алмашинуви

ег алмашинуви

оксил алмашинуви

Ўткир панкреатит учун нима характерли?

*варақ-варақ кусиш

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

2 марта кусиш

Ўткир панкреатит инструментал диагностикаси:

фиброгастроскопия

колопоскопия

*УЗИ

рентгеноскопия

Панкреатит секрециясини кайси препаратлар камайтиради?

магnezий сульфат

*атропин сульфат

гистамин, атропин сульфат

ацетил-В-метихолин

Кайси препаратлар панкреатит секрециясини купайтиради:

магnezий сульфат

атропин сульфат

*пилокарпин, инсулин, магnezий сульфат

гистамин

Уткир панкреатит учун нима характерли?

бир марта кайт килиш

кайт килиш булмаслиги

*варак-варак кушиш

2 марта кушиш

Уткир панкреатитда огрик каерга узатилади?

киндик атрофига

юррак сохасига

*бел сохасига

кориннинг пастки сохасига

Уткир панкреатитда киндик атрофида кукумтир сохалар хосил булиши

бу симптом:

Гобье

Куллен

Мейо-Робсон

*Мондор

Кориннинг ен бош сохаларида ва юза терисида кукумтир сохалар пайдо булиши кайси симптом?

Мондор

*Куллен

Воскресенский

Купер

Кайси протеолитик фермент ошкозон ости безининг уз тукумасини еми

ришига олиб келади?

эрипсин

энтерокиназа

пепсин

*трипсин

Кайси липолитик фермент активлашганда ошқозон ости беши туқимасини емиради?

муцин

лидаза

энтерокиназа

*ут кислотаси

МАВЗУ № 18. ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Носпецифик яралли колитларда энг хафли асоратлардан кайси бири асоратлар беморни тез улимга олиб келади .

*кон кетиш

ичак тутилиши

ичак торайиши

ичакнинг тешилиши

Носпецифик яралли колитнинг кайси текширилишлардан кейин аниқ хулоса чиқарилади

*колоноскопия

бармоқ текшириб куриш

ректеромоноскопия килиш

ирригография

Крон касалиги билан носпецифик яралли колитни фарқлаш кайси усуларда фойдаланилади

*биопсия

бармоқ билан текшириш

ректеромоноскопия килиш

ирригография

Полипозларда кайси операция усули маъқул

*ичак резекцияси

колоноскопия оркали олиш

гемиколектомия

понасимон ичак резекцияси

Беморда кунига йигирма марта кон аралаш суюк ич келиши кузатилади. Бу кайси касалликда булади

*носпецик язвали колит

чамбар ичак саратони

Крон касаллиги

Йугон ичакнинг диффуз полипозид

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг кайси қисми резекция қилиниши керак.

* спазм қисми

кенгайган қисми

нормал қисми

дилятация қисми

Катталарда Гиршпрунг касаллигининг ривожланиш сабаби:

*Йугон ичак обструкция

адашган нерв функциясининг бузилиши

симптоматик устун функцияси бузилиши

токсик моддалар таъсири

Рентгеноскопияда кайси касалликка хос булган ичак хаустрацияси булмаслиги курилади.

*носпецифик ярали колит

сигмасимон ичак саратони

крон касаллиги

кур ичак саратони

Йугон ичак рентгеноскопиясида ичак проксимал сохасининг кенгайиши ва дистал сохасининг торайганлиги аниқланди. кайси касаллик хақида фикр юритиш мумкин

*ярали колитда токсик дилатация

идиопатик мегаколон

гиршпруг касалиги

ичакнинг динамик тутилиши

Крон касаллиги носпецифик ярали колитдан фарклардаги энг аниқ текширув усули қайси

*биопсия

рентгенологик

колоноскопик

ректороманоскопик

Йугон ичак полипида қайси операция усуллари ишлатилади

*эндоскопик йул билан олиб ташлаш

гемиколэктомия

колонэктомия

понасимон ичак резекцияси

Носпецифик ярали колитларда огир формасида қандай операция усуллари қулланилади?

* Колостома чиқариш.

резекция қилиш ва учма - уч анастомоз

илеостомия по Брауну

колонэктомия

Чамбар ичак полипларини ишончли ташхислаш усули

* колоноскопия

ирригоскопия

ректороманоскопия

УТТ

Крон касаллигида ичакнинг қуйидаги қаватлари шикастланади:

* шиллик ости қавати

хамма қаватлари

шиллик қават

сероз қават

Йўгон ичакнинг қайси қисми носпецифик яралди колитда купрок шикастланади?

* сигмасимон ичак

тугри ичак

кундаланг чамбар ичак

кур ичак

Шошлинч лапаротомия вақтида сигмасимон ичакни 5x5 улчамли усмаси аниқланди. Жаррохнинг энг кулай ҳаракатини курсатинг?

* Усмани олиб ташлаб ахлатли бир стволли сунъий орқа чиқарув ҳосил қилиш

Усмани олиб ташлаб ахлатли бир стволли сунъий орқа чиқарув ҳосил қилиш

Имостома қуйиш

Цекостома қуйиш

Йўгон ичакни бутунлайига олиб ташлаш

Носпецифик яралди колитга нима ҳос эмас?

* кескин ичак тутилиши белгилари

шиллик ва қон аралаш ич кетиши

камқонлик, гипоальбуминемия

иридоциклит

Носпецифик яралди колитни консерватив даволашга қиради:

* ҳаммаси

диетотерапия

витамиотерапия

сульфаниламидлар

Носпецифик яралди колит асоратларига курсатилганлардан қайси бири ҳос?

* ҳаммаси

перфорацияси

қонаш

стеноз

Ичак оқмалари ҳаракатига қура бўлинади

931

* лабсимон, найсимон

найсимон, яримойсимон

овалсимон, лабсимон

яримойсимон

Ичак окмаларини аниклашда кайси текшириш усули кенг кулланилади ?

* фистулография

корин бушлиги Р-скопияси

ЭГДФС

Ректораманоскопия

Колоноскопиянинг асорати

*ичак деворининг тешилиши

тугри ичак полипининг жарохатланиши

ичакнинг шиллик кавати жарохатланиши мумкин

йугон ичакнинг букилган жойлари жарохатланиши

Окма йуллари рентгенологик текширувига нима дейилади?

*фистулография

аноскопия

проктография

ирригография

Фистулографияда кандай контраст модда кулланилади

*таркибида йод булган моддалар

сульфат барий

контраст модда кулланилмайди

айрим холларда кулланилиши мумкин

Колоноскопияда ичак тешилса, хирургнинг тактикаси

*тезда операция килиб, тешикни тикиш керак

беморни кузатиб туриш керак

консерватив даволаш керак

аввал консерватив даволаб, сунгра операция килиш керак

Курсатилганлардан қайси бири юқориги ичак окмасига киритилади ?

*оч ичак окмаси

кур ичак окмаси

тугри ичак окмаси

сигмасимон ичак окмаси

Носпецифик ярали колитнинг пайдо булишининг асосий сабаблари:

*аутоиммун сабаб

йугон ичакнинг жарохати

ангиоспазм (артериялар ва вена)

ангиоспазм ва аллергия

Йугон ичак ингичка ичакдан нимаси билан фарк килади

*ҳажми, ранги, мушак катламининг тузилиши ва мой усимталари билан

факат ҳажми билан

факат ранги билан

факат мой усимталари билан

Йугон ичакнинг узунлиги

170 см - 200 см

100 см - 145 см

*120 см - 140 см

120 см.гача

Йугон ичак касалликларида энг информатив диагностика усули

*колоноскопия ва ирригоскопия

кон ва сийдикнинг умуий анализлари

коннинг биокимъевий текширувлари

ультратовуш текшируви

Йугон ичакнинг энг кенг жойи

кур ичак

пастга тушувчи кисми

юкорига кутарилувчи кисми

*кундаланг чамбар ичак

Йугон ичак сфинктерларининг клиник ахамияти

*касаллик холатларда сфинктерлар кискариб, огрик чакиради

сфинктерларнинг ахамияти йук

нажаснинг силжишида иштирок этади

йугон ичакни кон билан таминлашда иштирок килади

Носпецифик колитнинг пайдо булишининг асосий сабаблари

йугон ичакнинг жарохати

ангиоспазм (артериялар ва вена)

ичак бактериялари

*аутоиммун холат

Сульфаниламид дориларнинг кайси бири носпецифик яра колитида нафли?

норсульфазол

этазол

саласопиродизин

*салофальк

Гиршпрунг касалида кандай текшириш усуллари бор. Нотугри жавобни

курсатинг

ирригография

колоноскопия

*ректороманоскопия биопсия

Куйидагилардан кайси бири йугон ичакдан кон кетишига

олиб келмайди?

салицилатлар

стероидлар

*спиртли ичимликлар

фенотиазин

антикоагулянтлар

Узок кечадиган ярали колитларда куйидагилардан кайси бири

кузатилмайди?

ичакнинг кискариши

ичак туткичининг йугонлашиши

ичак туткичи лимфа тугунларининг катталлашиши

*шиллик кават ялтирашининг камайиши

ичакнинг тешилиши ва ичак туткичида абсцесснинг пайдо булиши

Куш контрастли (двойное контрастирование) текширишни кандай тушунаси?

*ичакка юборилган контраст модда чикиб кетгач, хаво юбо-

рилиб рентгенологик текширилади

контраст модда икки марта юборилади

икки хил контраст модда кетма-кет юборилади

икки хил контраст модда бирга юборилади

Ичилган бирий сульфат неча соатдан сунг тугри ичакка келади?

17-18 соатдан сунг

3-6 соатдан сунг

10 соатдан сунг

*24 соатдан сунг

Гиршпрунг касаллиги диагностикаси:

ахлатни бактерия ва паразитга текшириш

йугон ичак биопсияси

*рентгенологик текшириш

ахлатни экзимларга текшириш

канд микдорини текшириш

Узок кечадиган ярали колитларда куйидагилардан кайси бири кузатилмайди?

ичакнинг кискариши

ичак туткичининг йугонлашиши

ичак туткичи лимфа тугунларининг катталлашиши

*шиллик кават яллигланишининг камайиш

ичакнинг тешилиш ва ичак туткичида абсцессларнинг пайдо булиши

Ярали колит билан огриган касалларда карцинома ривожланишида куйидагилардан кайси бири кузатилмайди?

касаллик учраши анамнезнинг узоклигига боглик

касаллик учраши бемор ешига боглик

карцинома псевдополиплардан хосил булади

*усма ясси инфилтрацияли ва бир нечта булиши

Лапаротомияда Меккел дивертикули топилди. Куйидагилардан кайси бир

и ушбу касаллик билан асоратланмайди

кон келиш

ичак тешилиши

яллигланиш

*усмага айланиш

Ишемик колитлар клиникасида куйидагилардан кайсиси кузатилмайди?

томир торайиши

томир торайиши давомийлиги

коллатерал кон билан таъминланиш давомийлиги

*бактериал инвазия давомийлиги

яллигланиш даражаси

Йугон ичакдан кон кетишининг сабаби:

йугон ичак тушувчи кисми карциномаси

дивертикулит

*яралит колит

йугон ичак кутарилувчи кисми усмаси

куп сонли полиплар

Йугон ичакнинг кайси касаллигида колоноскопия килиш мумкин эмас?

*НЯК ва Крон касаллигининг уткир огир формасида

йугон ичакнинг диффуз полипозиди

сурункали колитда

йугон ичак дивертикулида

Гиршспрунг касаллигида қандай текшириш усуллари мавжуд.

Нотугри жавобни курсатинг

*ректороманоскопия биопсия

ирригография

колоноскопия

бармоқ билан текшириш.

Йугон ичак окмасини аниқлаш учун кайси текшириш усули кулланилади?

* Ирригография

Колоноскопия

корин бушлиги Р-скопияси

УТТ

Фистулография қандай бажарилади ?

* окма тешиги орқали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади

тугри ичак оркали контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

огиз оркали контраст мода ичирилиб Р-графия утказилади

вена ичига контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

Кур ичак нинг иноперабел усмасида кайси ичак окмаси куйилади?

* илеостома

сигмастома

цекостома

трансверзостома

МАНЗУ № 19. ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ. ГИРШПРУНГ ВА КРОН КАСАЛЛИКЛАРИ.

Крон касалиги билан носпесифик ярали колитни фарклаш кайси усуларда фойдаланилади

биопсия

бармок билан текшириш

ректеромоноскопия килиш

ирригография

колоноскопия

12 ёшда болада орка чикарув тешигидан кон келиб турибди, колоноскопия килинганда тугри ичак шиллик пардасида бир нечта усимта бор. Усти текис, бу кайси полипнинг куриниши

ювенил полипи

гиперпластикали полип

малигнизацияли полип

ворсинкали полип

йугон ичак полипоз

Беморни ректеромоноскопия килганда тугри ичак шиллик пардасида усимта бор. У симта айлана шаклда оёкчаси йук юза ёпик. Сизнинг хулосангиз.

гиперпластик полип

ворсинкали полип

ювен полип

аденомотозли полип железистий

йугон ичак полипозид

Полипозларда кайси операция усули маъкул

ичак резекцияси

колоноскопия оркали олиш

гемиколектомия

понасимон ичак резекцияси

электрокагуляция

Беморда кунига йигирма марта кон аралаш суюк ич келиши кузатилади. Бу кайси касалликда булади

носпецик язвали колит

чамбар ичак саратони

Крон касаллиги

йугон ичакнинг диффуз полипозид

мегаколон

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг кайси кисми резекция килиниши керак.

спазм кисми

кенгайган кисми

нормал кисми

дилиятация кисми

ичакнинг бошлангич кисми

Катталарда Гиршпрунг касаллигининг ривожланиш сабаби:

йугон ичак обструкция

адашган нерв функциясининг бузилиши

симптоматик устун функцияси бузилиши

токсик моддалар таъсири

ичакнинг интрамурал нерв апарати тугма етишмаслиги

Рентгеноскопияда қайси касалликка хос булган ичак хаустрацияси булмаслиги курилади.

носпецифик ярали колит

сигмасимон ичак саратони

крон касаллиги

кур ичак саратони

арозив проктосигмоидит

Йугон ичак рентгеноскопиясида ичак проксимал сохасининг кенгайиши ва дистал сохасининг торайганлиги аникланди. қайси касаллик хакида фикр юритиш мумкин

ярали колитда токсик дилатация

идиопатик мегаколон

гиршпрунг касалиги

ичакнинг динамик тутилиши

ичак пневматози

Крон касаллиги носпецифик ярали колитдан фарклардаги энг аник текширув усули қайси

биопсия

рентгенологик

колоноскопик

ректоромоноскопик

аноскопия

Чамбар ичак полипларини ишончли ташхислаш усули

колоноскопия

ирригоскопия

ректоманоскопия

УТТ

барий билан ичакни рентген контрастлаш

Геморроидэктомия Миллиган-Морган буйича, бу:

соат мили буйича 3 , 7 , 11 –даги бавосил тугунларини кесиш ва анал канали шиллик каватини тиклаш

соат мили буйича 3 , 7 , 11-даги бавосил тугуни кесиш

тушиб колган бавосил тугунларини кесиш

анал канали шиллик каватини циркуляр кесиш

Беморда бавосил анал канали ериги билан асоратланган, тактика:

геморроидэктомия улчанган сфинктеротомия билан

яллигланишга карши терапия

анал ермасини кесиш

пресакрал новокаин блокада

Бавосил тугунлар тромбозида радикал даволаш усули, бу:

антикоагулянтлар

оператив даво

склеротерапия

пресакрал новокаин блокада

диета

Тугри ичакни экстрасфинктер окмасида текшириш усули, бу:

аноскопия ва фистулография

ирригоскопия

колоноскопия

ОИТ барий билан пассажи

ректоромаскопия

Бавосил тугунларининг конаш характери:

веноз

аралаш

капилляр

аралаш

хамма жавоб тугри

Крон касаллигида ичакнинг куйидаги каватлари шикастланади:

шиллик ости кавати

хамма каватлари

шиллик кават

сероз кават

ичакнинг лимфоид тукималари

Йугон ичакнинг қайси қисми носпецифик яралди колитда купрок шикастланади?

сигмасимон ичак

тугри ичак

кундаланг чамбар ичак

кур ичак

йугон ичакни тотал зарарланиши

Кон кетишнинг бирламчи белгиларига характерли булмаган белги:

брадикардия

кам кувватлик

бош айланиш

хушдан кетиш

тахикардия

Носпецифик яралди колитга нима хос эмас?

кескин ичак тутилиши белгилари

шиллик ва кон аралаш ич кетиши

камконлик,гипоальбуминемия

иридоциклит

малигнизацияга мойиллик

Носпецифик яралди колитни консерватив даволашга киради:

хаммаси

диетотерапия

витаминотерапия

сульфаниламидлар

десенсибиловчи терапия

Носпецефик ярали колит асоратларига курсатилганлардан кайси бири хос?

хаммаси

перфорацияси

конаш

стеноз

токсик дилатация

Беморда кунига йигирма марта кон аралаш суюк ич келиши кузатилади. Бу кайси касалликда булади

носпецик язвали колит

чамбар ичак саратони

Крон касаллиги

йугон ичакнинг диффуз полипозиди

мегаколон

Гиршпрунг касаллигида ичакнинг кайси қисми резексия қилиниши керак.

спазм қисми

кенгайган қисми

нормал қисми

дилатация қисми

ичакнинг бошланғич қисми

Катталарда Гиршпрунг касаллигининг ривожланиш сабаби:

йугон ичак обструкция

адашган нерв функциясининг бузилиши

симптоматик устун функцияси бузилиши

токсик моддалар таъсири

ичакнинг интрамурал нерв апарати тугма етишмаслиги

Рентгеноскопияда кайси касалликка хос булган ичак хаустрацияси булмаслиги курилади.

носпецифик ярали колит

сигмасимон ичак саратони

крон касаллиги

кур ичак саратони

арозив проктосигмоидит

Йугон ичак рентгеноскопиясида ичак проксимал сохасининг кенгайиши ва дистал сохасининг торайганлиги аникланди. кайси касаллик хакида фикр юритиш мумкин

яралитда токсик дилатация

идиопатик мегаколон

гиршпрунг касалиги

ичакнинг динамик тутилиши

ичак пневматози

Крон касаллиги носпецифик яралитдан фарклардаги энг аник текширув усули кайси

биопсия

рентгенологик

колоноскопик

ректоромоноскопик

аноскопия

Йугон ичак полипида кайси операция усуллари ишлатилади

эндоскопик йул билан олиб ташлаш

гемиколэктомия

колонэктомия

понасимон ичак резекцияси

ректоскоп-колоноскоп оркали электрокоагуляция килиш

МАНЗУ № 20. ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ.

12 ёшда болада орка чикарув тешигидан кон келиб турибди, колоноскопия килинганда тугри ичак шиллик пардасида бир нечта усимта бор. Усти текис, бу кайси полипнинг куриниши

*ювенил полипи

гиперпластикали полип

малигнизацияли полип

ворсинкали полип

Беморни ректеромоноскопия килганда тугри ичак шиллик пардасида усимта бор. У симта айлана шаклда оёкчаси йук юза ёпик. Сизнинг хулосангиз.

*гиперпластик полип

ворсинкали полип

ювен полип

аденомотозли полип железистий

Экстрасфинктер окмасининг ташки сфинктерга муносабати

*сфинктердан ташкарида утади

сфинктер толалари оркали утади

бутун шиллик ости кавати оркали утади

сфинктердан ичкарида утади

Анал ёригининг купрок жойланиши

*6,12 соатда

1,3 соатда

5,8 соатда

5,11 соатда

Дефекация вақтида орка чикарув йулида огрик ва томчи кон кетиш аникланади. Ташхис?

*сурункали бавосил

парчаланаётган усмалар

сурункали ёрик

уткир анал ёрик

Бемор ахлатида шиллик ва кон, ирригограммада тугри ичак ампуляр кисмида тулишиш дефекти топилади.
Ташхис?

*тугри ичак раки

носпефик ярали колит

тугри ичак полипи

Крон касаллиги

Тугри ичак шиллик пардасининг уткир ёригини кайси усуллар билан даволаш мумкин.

* спирт - новокаинли блокада

Габриэл усулида

очик сфинктеротомия

ёпик сфинктеротомия

Орка чикарув тешигининг шиллик пардасининг сурункали ёригини даволаш усуллари.

* Габриэл операцияси

консерватив усулда

Рекомье усулида

очик сфинктеротомия

Тугри ичакнинг сурункали шиллик пардасининг ёригини , кайси касалликлар билан дифференциал диагностика килиш керак.

* сурункали бавосил

тугри ичак окмаси

тугри ичак саратони

тугри ичак захм касаллиги билан

Крон касаллиги билан

Бемор катта тахоратга ёзилганда орка чикарув сохасида огрик ёки кичиш борлигига шикоят килади.

* анал ериги.

тугри ичак полипи

уткир парапроктит

тугри ичак окмаси.

Бемор 2 кундан бери катта тахоратга чикганидан огрикга бавосил тугунларининг катталашганлигига шикоят килади.?

* бавосил тугуни яллигланиши

орка чикарув тешигининг саратони

орка тешигининг ёриги

бавосил 3 даражаси

Бемор турганда ва катта тахоратга ёзилганда орка чикарув тешигидан бир усимта тушиб яна уз-узидан кириб кетади?

* бавосилнинг I даражали куриниши

тугри ичак окмаси

тугри ичак полипи .

орка тешигининг ёриги

Бемор катта тохоратга ёзилганда орка тешигдан бир усимта чикади ва уз узидан тугриланмайди. Бемор уни узи кули билан киргизиб куяди.

* бавосилнинг II даражали куриниши

тугри ичак саратони.

тугри ичак паропрактит.

эрозив проктит.

Бемор катта тахоратга ёзилганда ва кучанганда орка чикарув тешигидан бир усимта тушади.

* тугри ичакнинг полипоз

анал сфинктер етишмовчилиги

тугри ичакнинг саратони

бавосилнинг тугри куриниши .

Бемор дефекация вақтида хар замонда кон келиб туради.

*бавосил 1 даражаси кон кетиш асорати.

тугри ичак эррозияли проктит.

тугри ичак полипоз асорати ва кон кетиш.

тугри ичак саратони

Дефекация актидан кейин беморда кучли огрик пайдо булган орка кичарув тешигидан бир усимта чикиб ичкарига кирмай колиб огрикни кучайтирганида нима тугрисида уйлаш мумкин.

* бавосил III даражаси, асорати кисилиши

тугри ичак саратони.

тугри ичак полипозии.

орка чикариш тешиги шиллик пардаси ёрилиши.

Беморда ун йилдан бери тугри ичак тушиши кузатилган охирги уч йилда тугри ичакнинг тушиши 14 см булган.

* тугри ичакнинг тушишининг I II даражали куриниши

тугри ичакнинг тушишининг I даражали куриниши

тугри ичакнинг тушишининг I I даражали куриниши

тугри ичакнинг саратони

Бемор бод тута олмаслигига шикоят килади, уз-узидан бод чикиб туради.

* анал сфинктери етишмовчилиги I даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги II даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги III даражаси.

бавосилнинг I II даражали куриниши

Тугри ичак кисмлари

тос ва чот кисмлари

тос ва корин бушлиги кисмлари

чот ва корин бушлиги кисмлари

*корин бушлиги ва анал кисмлар

Тугри ичакни текширишда энг информатив усул

ректороманоскопия

*аноскопия

зонд билан текшириш

колоноскопия

Тугри ичакни кайси артериялар озиклантиради?

*юкори, урта ва пастки тугри ичак артериялари

сигмасимон артерия

a.ileocolica

пастки чарви артерия

Тугри ичакнинг функциялари

*суриш, йигиш ва чикариш

чикариш ва йигиш

йигиш ва чикариш

суриш

Бавосил тугунчаларининг 2-даражаси учун характерли булмаган

белги

*Ташки бавосил тугунчаларининг хаммасининг катталашиши ва

атрофдаги тукималарнинг шишиши

ташки ва ички бавосил тугунчаларининг катталашиши

битта ташки бавосил тугунчасининг катталашиши

хамма бавосил тугунчалари катталашади ва чириydi

Бавосил касаллигида склеротерапиянинг асорати

уткир парапроктит

конаш

*тагри ичак окмаси

кон сийиш

Уткир бавосилнинг 1-чи даражасига характерли

*битта бавосил тугунчасининг яллигланиши

куп бавосил тугунчаларининг яллигланиши

ташки ва ички бавосил тугунчаларининг яллигланиши

ички бавосил тугунчаларининг яллигланиши

Геморроидэктомиянинг хавфли асорати

*бавосил тугунчасининг оекчасига куйилган-тикилган ипнинг

чикиб кетиши

анал сфинктери толаларининг кесилиб кетиши

конталаш булиб қолиш

сийдик халтасининг жарохатланиши

Нажас устида кон қайси холларда пайдо булади

*ички бавосил тугунчалари қонаганда

сурункали қолитда

тугри ичакнинг тулик булмаган ички оқмаларида

парапроктитларда

Парапроктитда рецидив бериш сабаби

*йирингни оддий очиш

йирингни очиш ва ички тешикни йукотиш

йирингни тешиш ва хайдаш йули билан

йирингни тешиш ва унга найча қуйиб чиқиш

Тугри ичак касалликлари гумон қилинганда бармоқ билан текши-
рув шартми?

*шарт

шарт эмас

айрим холларда текшириш мумкин

Ректороманоскопияга курсатмалар

*анал соҳасидаги оғриклар, кон кетиш

утқир парапроктит

анал соҳасининг яллигланиши

анал каналининг торайиши

Утқир тери ости парапроктитларига хос белгилар:

*Оғрик, тана хароратининг қутарилиши ва инфилтрат

Пешобни тутилиши ва огрик

Пешобни ва нажасни тутилиши,огрик

Ич буруг,ахлатнинг кон аралаш келиши,инфилтрат

Уткир парапроктитнинг кайси турларида (жойлашувига караб)

диагноз куйиш кийин?

*Пельвиоректал

Ретроректал

Тери ости

Шиллик кават ости

Уткир парапроктитнинг кайси турларида ичак девори уни

ичига осилиб туради?

Пельвиоректал

Ретроректал

*Шиллик ости

Тери ости

Уткир парапроктитларда ички тешик ичакнинг кайси ерида

жойлашади?

Орка криптда

Орка ичак сургиччасида

Ярим ой копкокчасида

*Терининг шиллик каватига утадиган утадиган жойда

Кайси текширишни операция булаётган вақтда куллаш мумкин?

*Метил синкасини

Рентгеноскопия

Ректороманоскопия

Ирригография

Уткир парапроктит кайси турини консерватив даволаш мумкин?

Инфилтрат боскичида

Абсцесс боскичида

Абсцесс очилгандан сунг

*Консерватив даволашнинг хожати йук

Ретроректал уткир парапроктитларда йиринг бушлиги ичакни
кайси жойида жойлашади?

*Тугри ичак орка деворининг оркасида

Ишеоректал бушлигида

Шиллик кават остида

Тери остида

Пельвиоректал парапроктитларда кайси амалиет бажарилади?

*Йирингли бушлик очилиб,найча куйилади

Йирингли бушлик очилиб,ички тешик олиб ташланади

Йирингли бушлик очилиб,колдик бушлик тикилади

Йиринг бушлигини кисман тикиш

Ректорманоскопияга карши курсатма

*махаллий яллигланишлар, уткир анал ермаси

бавосил

ичакдан кон кетиш

тугри ичак саратони

Ректорманоскопиянинг асоратларига кирмайди

*тугри ичакда яра пайдо булиши

ичакнинг тешилиши

ичакдан кон кетиш

ичак шиллик каватининг шикастланиши

Ректорманоскопияда ичак тешилса хирургнинг тактикаси

*тезкорлик билан операция килиш

консерватив даволаш керак

тугри ичакка найча куйиш керак

касални актив кузатиш керак

Тугри ичак оркали контраст юбориб текшириш усули номи нима?

*иригоскопия

меъда-ичак тракти рентгени

аноскопия

копрологик текширув

Ирригография учун кандай контраст модда кулланилади?

*барий сульфат

йодолипол

сергозин

гастрографин

Бемор суюк ахлатни тута олмаслигига шикоят килади.

* анал сфинктери етишмовчилиги II даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги I даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги III даражаси

орка чикарув тешигининг саратони

Бемор суюк ва каттик ахлатни тута олмаслигига шикоят килди.

* анал сфинктери етишмовчилиги III даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги I даражаси

анал сфинктери етишмовчилиги II даражаси.

орка чикарув тешигининг саратони

Тугри ичак трансфинктер окмасини кайси усулда операция килиш керак.

* Рыжих усулида

Габриэл усулда

шиллик каватни пастга тушириш

сфинктерни кисман резекцияси

Тугри ичакнинг экстрасфинктер куринишидаги окмасида қайси усулда операция қулланилади?

* Рыжих усулида

лигатура утказиш усулида

Габриэл усулда

ичакни пастга тушириш

Дефекация актида анал тешикдан тугун чикиб бемор уз кули билан тугрилаб юрган

* бавосилнинг II даражали куриниши

тугри ичакнинг I даражали тушиши

тугри ичакнинг III даражали тушиши

тугри ичакнинг I даражали тушиши

Бемор ётганда ва турганда тугри ичакнинг тушиши кузатилган. Касалик бошланганига 3-йил булган.

* тугри ичак тушишининг II даражали куриниши

тугри ичак тушишининг I даражали куриниши

тугри ичак тушишининг III даражали куриниши

бавосилнинг III даражали куриниш

Тугри ичакнинг шиллик пардасининг ёриги қайси тугри ичак кассалликлари билан бирга кузатилади

* сурункали бавосил бирга кузатилади

парапроктит

эрозияли проктит

Крон касаллиги

Тугри ичак шиллик пардасининг уткир ёриги сурункали ёригига утиш даври неча ойга бориши мумкин.

* тугри ичак ёриги 1,5 ой давом этади.

тугри ичак ёриги 5-10 ой давом этади.

тугри ичак ёриги 10-15 ой давом этади.

тугри ичак ёриги 15-20 ой давом этади.

Ички бавосилнинг тушиб колиши нечта даражага булинади

*3-га

6-га

5-га

10-га

Бавосилнинг бошлангич боскичларида қандай шикоятлар бўлиши мумкин?

*анал соҳасида нокулайлик

нажас вақтида ичакдан қон кетиш

ич буруқлик

қабзият

Бавосил касаллигини қайси касаллик билан таққослаш керак?

*анал ермаси, тугри ичак полипи, парапроктит, тугри ичак

саратони

йугон ичак дивертикули

Крон касаллиги

йугон ичак полипоз

Ректороманоскопия вақтида ичак тешилишига гумон бўлса, қандай қушимча текширув утқазилари керак?

*қорин бўшлиғида эркин ҳаво борлиғига текшириш керак

тозаловчи ҳукна қилиб, нажас рангини қуриш керак

колоноскопия қилиш керак

ирригография қилиш керак

ультратовуш текшируви утқазилари керак

Орка чиқарув сфинктерининг қучи қандай улчанилади?

*сфинктерометр билан

бармоқ билан

зонд билан

балон билан

Иккиламчи бавосил пайдо булишида кандай кандай касалликларнинг ахамияти бор?

*жигар циррози, декомпенсациялашган юрак касалликлари, кон босимининг кутарилиши, тос сохасидаги саротон

буйрак етишмовчилиги

сурункали спастик колит

ут тош касаллиги

Иккиламчи бавосилда операция килинадими?

операция килиш керак эмас

операция килиш шарт

бавосил тугунчалари яллигланганда операция килинади

*бавосил тугунчалари яллигланса

Бемор тугри ичак тушиши билан куп йилдан бери кассаланган, бир кун доим беморнинг ичак тушиб тугирланмай кучли огрик пайдо булиб бемор хушини йукотади.

*тугри ичакнинг кисилиши

бавосилнинг яллигланиши

бавосилнинг кисилиши

тугри ичак саротон емирилиши

Тугри ичак тушишида кайси операция усуллари ишлатилади

* ректопексия Кюмеллия – Зеренин

операция Тирша

тугри ичакни тортиб корин олди деворига фикасация

тугри ичак ризекцияси тугри ичакнинг пастга тушурилиш леватори

Орка чикарув тешигининг кисилиш кобиятининг етишмаслигида кайси операция усуллари ишлатилади

* орка леватор сфинктеропластика

операция Терша

олдинги леватора пластика

пастга тушириш

сфинктеропластика мушак билан

Дефекация актидан кейин йиринг келиб турибди. Беморни ректоромоноскопия чукурлиги 5 см тугри ичакнинг орка деворида тешк бор

* тулик булмаган ички окма

шиллик парда саратони операцияси

эррозияли проктит

Крон касаллиги

тугри ичакнинг полипи малигнизацияси

Бемор бир йил олдин орка тешик атрофида шиш пайдо булиб ёрилиб шу яра тузалиб факат йиринг келиб турган. Хулоса нима.

*тугри ичак окмаси

орка чикарув тешикни саратон емирилиши

думгуза остеомиелити

Крон касаллиги

Тугри ичак окмаси интрасфинктер куриниши кайси усулда операция килиш керак

*Габриэл усулда

рекомия

легатура утказиш усулида

низвидение килиш

Уткир паропроктитнинг тери ости куриниши кайси усуллар билан оператция килиш мумкин.

* Габриэл усулида кесиш

Ярим ой усалида очиш

доирали шакилда кесиш

лигатура утказиш усулида

Бавосилнинг биринчи белгиларидан кайси белгилар хисобланади?

* Анал тешик сохада ёт жисм сезгиси

огрик

орка чикувчи тешикнинг кичиши

орка чиқарув тешиги атрофининг кат булиши

Бавосилнинг куп учрайдиган асоратлари

* Кон кетиш

Бавосилнинг яллигланиши

Орка чиқарув тешиги шиллик пардасининг ёриги

Бавосил тугунларининг кисилиши

Бавосилни аниклаш учун асосан қайси усуллардан фойдаланиш мумкин

* Ректал ойна билан курганда

бармоқ билан текшириш

Ректоромоноскопия

Колоноскопия қилганда

Бавосил операциясидан кейинги куп учрайдиган асоратлар

*операциядан кейинги ҳолатда кон кетиш

операциялардан кейинги орка чиқарув тешиги хуппаси

орка чиқарув тешиги чандик кисилиши

орка чиқарув тешиги торайиши

операциядан кейинги бавосилни қайталаниши

Бавосил қайси ёшдаги кишиларда куп учрайди.

30-50 ёшларда

14-25 ёшларда

25-30 ёшларда

50-60 ёшларда

Геморроидэктомия Миллиган-Морган буйича, бу:

* соат мили буйича 3 , 7 , 11 –даги бавосил тугунларини кесиш ва анал канали шиллик каватини тиклаш

соат мили буйича 3 , 7, 11-даги бавосил тугуни кесиш

тушиб қолган бавосил тугунларини кесиш

Беморда бавосил анал канали ериги билан асоратланган, тактика:

* геморроидэктомия улчанган сфинктеротомия билан

яллигланишга карши терапия

анал ермасини кесиш

пресакрал новокаин блокада

Бавосил тугунлар тромбозида радикал даволаш усули, бу:

*ангиокогулянтлар

оператив даво

склеротерапия

пресакрал новокаин блокада

Тугри ичакни экстрасфинктер окмасида текшириш усули, бу:

* аноскопия ва фистулография

ирригоскопия

колоноскопия

ОИТ барий билан пассажи

Бавосил тугунларининг конаш характери:

веноз

аралаш

капилляр

аралаш

Сигмастома кайси холатда куйилади?

* тугри ичак усмасида

кундаланг чамбар ичак усмасида

меъда усмасида

ингичка ичак усмасида

МАНЗУ № 21. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ.

Ичак тутилишининг огир кечадиган турини кўрсатинг ?

*Странгуляция

Обтурация (ичкаридан тўсик) тури

Динамик тури

Инвагинация

Ичак тутилишининг бошлангич даврида огрикнинг характери ?

*Даврий кучайиб –секинлашадиган

Доимий огрик

Кучли бўлмаган

Кучайиб кетадиган

Ичак тутилишининг биринчи 24 соатида кузатиладиган асосий уч белги ?

*Огрик ,кусиш , дамлаш

Корин дамлаш ,огрик,ич котиш

Огрик ,кўнгил айниш ,ич котиш

Огрик, кусиш, ич котиш

Ичак тутилишида Валь белгиси ?

*Димланган ичак сохасида ассиметрия, тимпанит, огрик.

Чўзилган , буралган ичак боглами сохасида дамланиш

Дамланган ичак оркасида перестальтикасимон кучайиш

Корининг бир текис дамланиши

Ичак тутилиши вақтида Кивуль белгиси ?

*Перкуссияда димланган ичак сохасида тимпаник товуш

Эпигас трия сохасида тумток товушни аниклаш

Перкуссия вақтида киндик сохасида тумток товуш

Перкуссия вақтида тумток товуш

Сигмасимон ичак ўсмасининг хирургик тактика ?

*Ўсмани олиб ташлаб , колостома куйиш

Ўсмани олиб ташлаб , ичакни учма-уч тикиш

Илеостома куйиш

Цекостома куйиш

Пастки ичак тутилишига хос булмаган белгини аникланг?

*Бот ва ахлат чикиши

Кусиш

Клойберг косачаларини пайдо булиши

Ич келмаслик

Юкори ичак тутилишига хос булмаган белгини топинг?

*Киндик атрофида кукариш

Кориннинг юкори кисмида анкиланган Клойбер косачалари

Эрта кусиш

Хурижсимон огриклар

Ичак гангреназида ичак резекция хажимини аникланг

*олиб келувчи ковузлок визуал узгаришсиз кисмидан 40 см ва 20 олиб кетувчи ковузлок

курунувчи хаётга лаёкатли чегарагача

олиб келувчи ковузлок визуал узгаришсиз кисмидан 20 см ва 40 см кетувчи ковузлок

олиб келувчи ковузлок визуал узгаришсиз кисмидан 25 см ва 25 см кетувчи ковузлок

Уткир ичак тутилишига купрок характерли булган биохимик узгаришларни аникланг

*гипокалиемиа, гипохлоремия

гиперкалиемиа, гипернатриемия

гипопротеинемия, гиперкальциемия

гиперкальциемия, гипернатриемия

Ичак тутилишининг асосий рентгенологик белгиси?

*Ичак бушлигидаги суюклик устидан газ

Ичакнинг дамлаш (пневматоз)

Ичак харакатининг йуколиши

Корин бушлигида суюкликнинг аникланиши

Ичак тутилишида ичаклар харакати бузилишининг асосий сабаби:

*Интоксикация

Корин бушлигининг чандиклари (спайкалари)

Узун ичак

Катта ичак

Ичак тутилишининг бирламчи патогентик белгиси нима?

*Ичак бушлигидаги суюклик ва бодни тутилиши

Ичакларда сурилишнинг бузилиши

Ичак харакатининг йуколиши

Корин бушлигида суюкликни аникланиши

Ичак харакатининг кучланиши

Ичак тутилишидаги энг характерли симптом?

*Валь симптоми

Мондор симптоми

Ортнер симптоми

Воскресенский симптоми

Ичакнинг буралишида дастлабки куриниш?

*Кориннинг дамлаши

Асимметрия

Тортилиш

Одатдагидай

Ичак тутилишида Шеланге белгисини аникланг?

*Димланган харакати кузга ташланадиган юкори ичак ковузлогини куриниши

Димланган ва чузилган ичак ковузлогини куриш

Ичак харакатини кучайиши

Калбасасимон инвагинатни пайпаслаш

Ичак тутилиш вақтида Шиманс Данс белгиси:

*Унг ёнбош сохасининг ичига тортилиши

Чап ёнбош сохасининг ичига тортилиши

Киндикнинг туртиб чиқиши

Эпигастрийда дамланишни аниклаш

Тугунли ингичка ичак некрозида хирург тактикаси?

*Тугунга катнашган ичаклар резекцияси

Тугунни очиш

Тугунни ечиш ва ундан кейин олиб ташланадиган ичак чагараларини аниклаш.

Ичакларга аностомоз куйиш

Рецидивли чандикли ичак тутилишида хирург тактикаси?

*Чандикларни кесиш ва энтеропликация

Хамма чандикларни кесиш

Ичак тутилишига олиб келган чандикларни кесиш

Чандикларни кесмадан ичаклараро аностомозлар куйиш

Перитонитда кузатиладиган ичак фалажида хирург тактикаси?

*Бирламчи учокни олиб ташлаш, туткичига новокаин эритмасини юбориш

Бирламчи учокни олиб ташлаш, корин бушлигин тозалаш

Бирламчи учокни олиб ташлаш ва илиостома куйиш

Бирламчи учокни олиб ташлаш ва ташки окмани куйиш

Ичакнинг тутилишида кориннинг шакли?

*Ассиметрия

Таранглашган

Одатдагидан юмшок

Тортилган

Механик ичак тутилиши пайтида куйидаги омиллардан қайси бири тааллуқли эмас?

*спастик

обтурацияли

странгуляцияли

Инвагинация

Механик ичак тутилишига қуйидагилардан қайси тааллуқли эмас?

*спастик

обтурацияли

странгуляцияли

Инвогинация

Ичак тутилиши кечишига қараб қуйидагиларга бўлинади:

*утқир, сурункали

утқир, утқир ости, рецидивловчи

утқир, утқир ости, сурункали

утқир, секин кечувчи, сурункали

Обтурацион ичак тутилиши:

*ичакдаги механик тусқинлик,ичак тутқичи узғаришисиз

ичакдаги механик тусқинлик,ичак тутқичининг узғариши билан

механике тусқинлик инвагинация хисобига

механик тусқинлик ичакнинг бир қисми спазми хисобига.

Странгуляцион ичак тутилиши қайси ҳолатда ҳосил бўлади?

ичакнинг ахлат тошлари билан беқилиши

*туғун ҳосил бўлиши

узқок ичак фалажи

усма хисобига ичакнинг беқилиши

Ичак тутилишининг бошланғич даврида оғрикнинг характери?

*Кучайиб секинлашадиган

Доимий оғрик

Симиллаб огриш

Кучли булмаган

Йўгон ичак тутилишининг охириги даврларида кайд характери?

*Ахлатли кусиш

Ошкозон суюклиги билан

Ут аралаш

Кофе колдиги шаклида

Кайси касаллик ичак тутилишига сабаб булиши мумкин?

*Дизентрия

Боткин касаллиги

Корин тифи

Бромхиа астма

Кайси холатда обтурацион ичак тутилиши булиши мумкин?

*Аскаридоз

Альвлоаккоз

Эхинакокк

Туберкулез

Кайси холатда старнгуляцион ичак тутилиши куринади?

*Ичакларнинг буралиб колиши

Корин бушлигида шиш

Жигар абсцесси

Тугри ичак

Кайси хирургик касалликда ретроград кисилиш кузатилади?

*Чов-ёргок чуррасида

Липомада

Бел чуррасида

Яра касаллигида

Кайси синама ичак тутилишига мос?

*Обухов касалхонаси

Грия тур синамаси

Френикус

Щеткина Блюмбер синамаси

Рентгенологик текширишда ичак тутилишини характерловчи асосий холат?

*Ичак бушлигида газ ва суюклик булиши

Ичак бушлигида суюклик тушиши

Ичак бушлигида дефектли холат булиши

Ичак бушлигида ахлатли булиши

Кайси огрик ичак тутилишига хос?

*Интервал билан берувчи огрик

Доимий коринда огрик

Доимий белга берувчи огрик

Доимий елкага ва белга берувчи огрик

Ичак тутилишидаги кусиш характери?

*куп марта овкат ва суюкликлар билан

1-2 марта огрик билан

1-2 марта ут аралаш

1-2 марта ошкозон шираси билан

Йгон ичак тутилишида кайси ичак туткичини узунлиги ахамияти купрок?

*сигмасимон ичакни

Юкорига кутарилувчи ичакни

Кундаланг ичакни

Пасга тушувчи ичакни

Ичак тутилишига хос синамани курсатинг?

*Кювель синамаси

Пастернацкий синамаси

Кёрти синамаси

Грия томера синамаси

Кайси ичак тутилиш кексаларда купрок учрайди?

*Обтурацион

Паралитик

Спастик

Стронгуляцион

Обтурацион ичак тутилишини кандай даволаш мумкин?

*Тозалувчи клизма ва оператив

Факат оператив

Тозалувчи клизма

Паранефрол блокада

Ичак тутилишида ичакларнинг олиб кетувчи ковузлокларидаги кайси кон томирини ахамияти бор?

*Вена

Артерия

Вена ва артерия

Лимфа

Туткич томирларида кон айланишини уткир бузулишига сабаб

*Тромбоэмболия

Инфекция

Инттоксикация

Аспирация

Туткич томирлари тромбозида морфологик узгаришлар ичак деворини кайси каватида учрайди?

*Шиллик каватида

Атеросклероз

Мускул каватида

Мускул шиллик каватидан бир вақтда

Тутгич артерияларида тромбози клиникасини бошланиши

*Тусатдан кескин бошланади

Аста – секи бошланади

Бошланиш уртача тезликда

Уткир бошланади

Механик ичак тутилишига куйидагилардан қайси тааллуқли эмас?

обтурацияли

странгуляцияли

*спастик

инвагинация

Ичак тутилиши кечишига қараб қуйидагиларга бўлинади:

*утқир, сурункали

утқир, утқир ости, рецидив

утқир, утқир ости, сурункали

утқир, секин кечувчи, сурункали

Обтурацион ичак тутилиши:

ичакдаги механик тусқинлик, ичак тутқичининг узғариши билан

*ичакдаги механик тусқинлик, ичак тутқичи узғарилмас

механике тусқинлик инвагинация ҳисобига

механик тусқинлик ичакнинг бир қисми спазми ҳисобига

Динамик ичак тутилиши турлари:

*спастик, паралитик

странгуляцион

инвагинация, обтурацияли

паралитик инвагинация.

Динамик ичак тутилиши бўлади:

*спастик, паралитик

спастик, странгуляцион

инвагинация, обтурацияли

паралитик инвагинация

Ичак тутилишининг кайси тури купрок учрайди?

*Паралитик

Обтурацион

Странгуляцион

Спастик

Ичак тутилишининг кайси холатини операциясиз даволаш мумкин?

*Паралитик

Обтурацион

Странгуляцион

Аралаш

Паралитик ичак тутилишида кулланиладиган муолажалар:

*Асосий касалликни бартараф килишва дезиситокцикоцион терапия

Лапаротомия ичак тутилишига новокаин юборилиш

Паранифрал блокада

Дезиотоксикацион терапия ва кон куйиш

Спастик ичак тутилишига хос холат?

*Ичаклар кичрайиб, кориннинг пасайиши

Ичакларни кенгайиб кетиши

Факат йугон ичаклар

Ичаклар кенгайиб коринни димланиш холати булган

Ичак тутилишини кайси турида конли ич келиш кузатилади?

*инвагинацияда

паралитик ичак тутилишида

спастик.ичак тутилишида

ингичка ичак буралишида

Кўпинча ичак инвагинацияси кимларда кузатилади?

*болаларда

эркакларда

аёлларда

факат катталарда

Шиманс-Данс белгисини ичак тутилишининг кайси турида аниклаш мумкин?

*Инвагинацияда

Тугунли куринишида

Сигмасимон ичакнинг бурилишида

Кур ичакнинг бурилишида

Уткир панкретит вақтида ичак тутилишининг асосий куриниши

*паралитик

механик

спастис

оптуратсион

Динамик ичак тутилиши булади:

странгуляцион

инвагинация, обтурацияли

паралитик инвагинация

*спастик, паралитик

МАНЗУ № 22. ЎТКИР ПЕРИТОНИТ

Перитонитда эйфориянинг сабаби нима

* интоксикация

токсик шок

аралаш-куралаш тормозланиш

терминал боския булиши

Эксудатга караб перитонит таснифи:

*барчаси тугри

сероз,сероз-фибриноз,фибриноз йирингли,йирингли

сероз,фибриноз,йирингли,ахлатли

сероз,фибриноз, йирингли,геморрагик.

Яллигланишнинг тарқалишига караб перитонит таснифи?

*махаллий,чегараланмаган,чегараланган,тарқалган,диффуз-ёйилган

махаллий, диффуз

чегараланган,чегараланмаган, диффуз ва тарқалган

чегараланган ва диффуз

Перитонинг терминал боскичи учун кайси симптом хос:

* чукур интоксикация, психик бузилишлар

корин олдинги девори мушакларининг яккол ифодаланган таранглиги

кескин огрик синдроми

гектик температура вақтида кон формуласида чапга силжиши

Перитонинг реактив боскичи учун кайси симптом купрок хос:

* кескин хуружли огрик белгиси

гектик температура пайтида лейкоформуланинг чапга силжиши

коринда огрикнинг пасайиши

нажасли кайт килиш

Уткир перитонитнинг панкреатитдан фарқи

*коринда тарқалган огрикнинг борлиги

корин бушлигида суюкликнинг пайдо булиши

ичак утказувчанлигини купайиши

конда диастазаннинг купайиши

Перитонит клиникасига хос булмаган белгини аниқланг?

* Куленкампф симптоми

Тахикардия

Курук тил

Щеткин – Блюмберг симптоми

Перитонит ривожланишига қайси касаллик купрок сабаб булади?

* уткир аппендицит

уткир холецистит

уткир панкреатит

ошқозон ва 12 б/ичак яра перфорацияси

Дуглас бушлиги абсцессига гумон қилинганда асосий текшириш усули:

* киннинг орқа гумбазидан пункция қилиш

колонфиброскопия

ошқозон-ичак тизимини контраст билан текшириш

корин бушлиги рентгеноскопияси

цистоскопия

Куйидаги касалликлар тарқок перитонитга сабаб була олмайд:

* кон касаллиги

Меккель дивертикули перфорацияси

мезинтериал томирларнинг тромбозиди

чурранинг Рихтер қисилиши

уткир ичак тутилиши

Уткир перитонитнинг бошлангич босқичига қайси симптомлар хос эмас?

* электролитларнинг кескин қисилиши

тахикардияга мойиллик

ректал текшиширшда корин парданинг чанок соҳасида оғрик

корин олди девори мушакларининг таранглашуви

Перитонитда огрик характери

* доимий

вакт-вакти билан

сукилувчи

кесувчи

Таркалган перитонитнинг терминал даражасида корин холати.

* корин дам булган

тортилган

ассисметрия

узгаришсиз

Перитонит манбаи ноаник булганда жаррохнинг тактикаси?

* Уртанги урта чизик сохасидан лапаротомия

Юкори – урта чизик буйича лапаротомия

Пастки – урта чизик буйича лапаротомия

Энг огрикли нукта сохасида лапаротомия

Лапаротомия вақтида перитонит ва ичакларнинг даволаш фалажи аникланади. Жаррох харакатлари?

* Бирламчи учокни олиб ташлаш ва корин бушлигини дренажлаш

Бирламчи учокни олиб ташлаб иместома куйиш

Бирламчи учокни олиб ташлаш ва ичаклараро окма куйиш

Бирламчи учокни олиб ташлаш, ичак туткичига новокаин эритмаси юбориш.

Перитонитнинг сабаблари (нотугри жавобни топинг?)

* Овкатдан уткир захарланиш

Аппендицит

Холецистит

Меъда ярасини тешилиши

Перитонитнинг реактив боскичи учун кайси симптом купрок хос?

* Ичакларнинг дамланиши

Коринда огрикнинг пасайиши

Кескин огрик белгиси тана хароратининг тушиши

Гектик температура пайтида лейкоформуланинг чапга силжиши

Перитонитнинг токсик фазаси учун қайси симптом купрок хос?

*Кон формуласида чапга силжиш булганда тана хароратининг кутарилиши

Кориннинг бутун сохасида таркалган огрик

Огрик синдромининг камайиши

Коннинг лейкоформуласида кескин чапга силжиш булганда тана хароратининг тушиши

Уткир перитонитни мувафаккиятли даволаш учун асосан қандай шароит зарур?

*Корин бушлигини санацияси ва дренажлаш

Антибиотикотерапия

Перитонит манбаини бартараф қилиш

Коррекцияловчи дезинтоксикацион терапия

Хаммаси

Қайси перитонит сурункали перитонитда киритилган?

* Пневмококкли

Ёш перитонит

Утли

Сийдикли

Пневмококкли диплококкли перитонит купрок қимларга учрайди?

* Аёлларда

Эркақларда

Кекса ёшдаги кишиларда

Кизларда

Уткир перитонит учун қайси симптом хос?

* Щеткин-Блюберг симптоми

Валь симптоми

Кохер симптоми

Ровзинг симптоми

Перитонитнинг кексаларда кечиши.

* Деструктив процесснинг кечикиб пайдо булиши

Кучли огрик билан

Даражасининг юкори кутарилиши

Корин мушак толаларининг таранглашиши

Таркалган перитонит билан асоратланган уткир аппендицитга корин бушлигини очишнинг энг маъкул йули?

* Урта лапаротомия

Пастки урта

Лапендер оммаси

Деконов-Вегковен

Таркалган йирингли перитонитнинг энг куп келтириб чикарувчи сабаблари?

* Деструктив аппендицит

Тошли холецистит

Деструктив перитонит

Деструктив холецистит

Яллигланишнинг таркалишига караб перитонит таснифи?

* махаллий, чегараланмаган, чегараланган, таркалган, диффуз-таркалган

махаллий, диффуз

чегараланган, чегараланмаган, диффуз ва таркалган

чегараланган ва диффуз

Паралитик ичак тутилиши кайси холларда кейин булади?

тугун хосил булиши

кисилган чурралар

* перитонит

туткич томирлар тромбози

975

Эксудатга караб перитонит таснифи:

*сероз,сероз-фибриноз,фибриноз йирингли,йирингли

сероз,фибриноз,йирингли,ахлатли

сероз,фибриноз, йирингли,геморрагик

МАВЗУ № 23. ИЧАК ОҚМАЛАРИ

#Ичак окмалари характериға кура булинади

@ лабсимон, найсимон

@ найсимон, яримойсимон

@ овалсимон, лабсимон

Курсатилганлардан кайси бири юкориғи ичак окмасиға киритилади ?

@ оч ичак окмаси

@ кур ичак окмаси

@ тугри ичак окмаси

@ сигмасимон ичак окмаси

Йугон ичак окмасини аниклаш учун кайси текшириш усули кулланилади?

@ Ирригография

@ Колоноскопия

@ корин бушлиғи Р-скопияси

@ УТТ

Фистулография кандай бажарилади ?

@ окма тешиги оркали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади

@ тугри ичак оркали контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

@ огиз оркали контраст мода ичирилиб Р-графия утказилади

@ вена ичига контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

Кур ичак нинг иноперабел усмасида кайси ичак окмаси куйилади?

@ илеостома

@ сигмастома

@ цекостома

@ трансверзостома

Сигмастома кайси ҳолатда куйилади?

@ тугри ичак усмасида

@ кундаланг чамбар ичак усмасида

@ меъда усмасида

@ ингичка ичак усмасида

@ кур ичак усмасида

Ичак окмаларини аниқлашда кайси текшириш усули кенг қулланилади ?

@ фистулография

@ корин бушлиги Р-скопияси

@ ЭГДФС

@ ректораманоскопия

Ичак окмаларига характерли бўлмаган ҳолатни топинг.

@ хамиша диффуз перитонит бўлиши

@ ичак деворидаги деффектнинг мавжудлиги

@ корин олд деворидаги ичак ва ундаги тешик орқали нажаснинг чиқиши

@ гемостазнинг бузилиши

Ичак окмаларининг ҳосил бўлишига хос бўлмаган ҳолатни топинг ?

@ ичак оқмасининг эркин қорин бўшлиғи билан алоқасининг борлиги

@ чегараланган йирингли оқманинг мавжудлиги

@ ичак деворидаги мавжуд бўлган нуқсон орқали ичак маҳсулотларининг ташқарига чиқиши

@ гомеостаздаги бузилишлар

Юқори ичак окмалари учун куйидагилар характерли ҳисобланади?

@ Ичак маҳсулотларининг кўп миқдорда ташқарига чиқиши ва ичак оқмаси атрофидаги терида яллиғланиш аломатларининг мавжудлиги

@ Қисқа муддат ичида бемор вазнида йўқотиш

@ Гомеостаздаги бузилишлар характерли эмас

@ сув-туз алмашинувининг бузилмаслиги

Пастки ичак окмаларида кузатилмайдиган ҳолат?

@ сув-туз алмашинувининг бузилиши, юқори даражадаги гипопротеинемия

@ ичак ажралмалари оз миқдорда

@ ичак оқмаси атрофидаги тери ўзгаришсиз

@ диспротеинемия

Морфологик ўзгаришларга қараб ичак оқмалари қуйидагиларга бўлинади:

@ лабсимон, тарновсимон, аралаш

@ цилиндрик

@ овал

@ сферик

Ичак окмаларидан энг оғири қайси бири ?

@ оч ичак оқмаси

@ ёнбош ичак оқмаси

@ кўр ичак

@ кўндаланг чамбар ичак

Ичак окмаларининг дистал қисмида қанақа ўзгаришлар характерли?

@ шиллик қават атрофияси, компенсатор мушак қатламининг гипертрофияси

@ Мускул қавати атрофияси

@ Шиллик қават гипертрофияси

@ ҳеч қандай ўзгаришсиз

Ичак окмаларини хирургик бартираф этишда ичак анастомозлари қайси вақтда қўйилмайди?

@ Сурункали калькулез холецистит

@ Крон касаллиги

@ Травма

@ Дивертикулит

Шаклланмаган ичак окмаларининг асоратлари:

@ ҳаммаси тўғри

@ диффуз перитонит

@ септицемия

@ корин олд девори флегмонаси

Ичак окмаларининг нима билан тугашига боғлиқ бўлмаган факторлар

@ кўрсатилган факторларнинг биронтасига ҳам боғлиқ эмас

@ ичак оқмаларининг давомийлигига

@ ичак оқмаларининг жойлашувига

@ оқмадан химуснинг йўқолиши

Ўз-ўзидан ёпилиши мумкин бўлган ичак оқмалари

@ тарновсимон оқма кам миқдордаги ажралма билан

@ шаклланмаган оқма

@ лабсимон оқма

@ лабсимон оқма оз миқдордаги ажралма билан

Операция қилинган беморларда ичак оқмаси ҳосил бўлишига олиб келмайдиган омиллар:

@ беморларнинг операциядан кейинги узок муддатли ётоқ режимида бўлиши

@ анастомознинг ҳолсизланиши

@ интраоперацион ичакларнинг жароҳати

@ ичакларнинг қонсизланиши (мобилизация натижасида)

Ичак сунъий оқмалари қўйилишига кўрсатмалар:

@ Йўғон ичак раки, корин бўшлиғини санчиб кировчи жароҳатларида ичакларнинг зарарланиши

@ Ўткир холецистит

@ Ўткир панкреатит

@ Ўткир пневмония

Қайси касалликлардан кейин ичак оқмалари ҳосил бўлиши мумкин

@ Крон касаллиги

@ Дуоденостаз

@ Яра касаллиги

@ Таъсирланган ичак синдроми

Ташки ичак окмаларининг специфик белгилари:

@ ичак оқмасидан нажас, ел ва ўтли ажралма борлиги

@ температура

@ диарея

@ кон кетиш

Ички ичак окмалари учун специфик белгилар ?

@ кин орқали ичак маҳсулотларининг чиқиши

@ қусиш

@ диарея

@ озиш

Кахексия қайси ичак окмаларига характерли ?

@ ингичка ичак оқмаларига

@ йўғон ичак оқмаларига

@ кўндаланг чамбар ичак оқмаларига

@ барчасига

Ичак окмаларига ташхис қўйиш учун қайси текшириш усулини қўллаш зарур?

@ Физтулография

@ УЗИ

@ Контрастловчи рентгеноскопия

@ дуоденография

Ичак окмаларини консерватив бартараф этиш усуллари?

@ ичак оқмаларидан ажралма микдорини максимал камайтириш

@ парҳез

@ антибиотикотерапия

@ оқма санацияси

Ичак окмаларини операциясидан олдинги даврда қандай муолажаларни бажариш зарур?

@ сув электролит балансини тиклаш, оқсил миқдорини нормаллаштириш

@ йўлдош касалликларни даволаш

@ витаминотерапия

@ Ётоқ режими

Ичак окмаси атрофидаги терида дерматит профилактикаси:

@ Паста Лассара, цинк малҳамини суртиш

@ Гормонлар қўллаш

@ Ультрабинафша нурлари билан даволаш

@ Дебитни камайтириш

Қорин парда орқали ичак окмаларини бартараф этишнинг салбий томонлари:

@ Қорин парданинг инфекция билан контаминацияси

@ техник қийинчиликлар

@ қайталаниш ҳолати

@ узок операция муддати

Қорин парда орти очиб кириши билан ичак окмаларини бартараф этишнинг салбий томонлари:

@ Юқори даражадаги ичак оқмаларининг қайталаниши

@ узок операция муддати

@ техник қийинчиликлар

@ мумкин эмас

Ичак резекциясидан кейин окмаларнинг ҳосил бўлиш сабабига кирмайдиган омиллар:

@ Узок операциядан кейинги ётоқ режими

@ техник нуқсонлар

@ гипопротеинемия

@ температуранинг юқорилиги

Ичак окмаларининг ҳосил бўлишига хос бўлмаган ҳолатни топинг ?

@ ичак оқмасининг эркин қорин бўшлиғи билан алоқасининг борлиги

@ чегараланган йирингли оқманинг мавжудлиги

@ ичак деворидаги мавжуд бўлган нуқсон орқали ичак маҳсулотларининг ташқарига чиқиши

@ гомеостаздаги бузилишлар

Юқори ичак окмалари учун қуйидагилар характерли ҳисобланади?

@ Ичак маҳсулотларининг кўп миқдорда ташқарига чиқиши ва ичак оқмаси атрофидаги терида яллиғланиш аломатларининг мавжудлиги

@ Қисқа муддат ичида бемор вазнида йўқотиш

@ Гомеостаздаги бузилишлар характерли эмас

@ сув-туз алмашинувининг бузилмаслиги

Пастки ичак окмаларида кузатилмайдиган ҳолат?

@ тув-туз алмашинувининг бузилиши, юқори даражадаги гипопроотеинемия

@ ичак ажралмалари оз миқдорда

@ ичак оқмаси атрофидаги тери ўзгаришсиз

@ диспротеинемия

Морфологик ўзгаришларга қараб ичак окмалари қуйидагиларга бўлинади:

@ лабсимон, тарновсимон, аралаш

@ цилиндрик

@ овал

@ сферик

Ичак окмаларидан энг оғири қайси бири ?

@ оч ичак оқмаси

@ ёнбош ичак оқмаси

@ кўр ичак

@ кўндаланг чамбар ичак

Ичак окмаларининг дистал қисмида қанақа ўзгаришлар характерли?

@ шиллик қават атрофияси, компенсатор мушак қатламининг гипертрофияси

@ Мускул қавати атрофияси

@ Шиллик қават гипертрофияси

@ ҳеч қандай ўзгаришсиз

Ичак окмаларини хирургик бартараф этишда ичак анастомозлари қайси вақтда қўйилмайди?

@ Сурункали калькулез холецистит

@ Крон касаллиги

@ Травма

@ Дивертикулит

Шаклланмаган ичак окмаларининг асоратлари:

@ ҳаммаси тўғри

@ диффуз перитонит

@ септицемия

@ корин олд девори флегмонаси

Ичак окмаларининг нима билан тугашига боғлиқ бўлмаган факторлар

@ кўрсатилган факторларнинг биронтасига ҳам боғлиқ эмас

@ ичак оқмаларининг давомийлигига

@ ичак оқмаларининг жойлашувига

@ оқмадан химуснинг йўқолиши

Ўз-ўзидан ёпилиши мумкин бўлган ичак оқмалари

@ тарновсимон оқма кам микдордаги ажралма билан

@ шаклланмаган оқма

@ лабсимон оқма

@ лабсимон оқма оз микдордаги ажралма билан

Операция қилинган беморларда ичак оқмаси ҳосил бўлишига олиб келмайдиган омиллар:

@ беморларнинг операциядан кейинги узоқ муддатли ётоқ режимда бўлиши

@ анастамознинг ҳолсизланиши

@ интраоперацион ичакларнинг жароҳати

@ ичакларнинг консизланиши (мобилизация натижасида)

Ичак окмалари характерига кура булинади

@ лабсимон, найсимон

@ найсимон, яримойсимон

@ овалсимон, лабсимон

Курсатилганлардан кайси бири юкориги ичак окмасига киритилади ?

@ оч ичак окмаси

@ кур ичак окмаси

@ тугри ичак окмаси

@ сигмасимон ичак окмаси

Йугон ичак окмасини аниклаш учун кайси текшириш усули кулланилади?

@ Ирригография

@ Колоноскопия

@ корин бушлиги Р-скопияси

@ УТТ

Фистулография кандай бажарилади ?

@ окма тешиги оркали контраст модда юборилиб Р-графия утказилади

@ тугри ичак оркали контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

@ огиз оркали контраст мода ичирилиб Р-графия утказилади

@ вена ичига контраст мода юборилиб Р-графия утказилади

Кур ичак нинг иноперабел усмасида кайси ичак окмаси куйилади?

@ илеостома

@ сигмастома

@ цекостома

@ трансверзостома

Факультет хирургия фанидан вазиятли масалалар

1. Бемор қоринни ҳамма соҳасида оғриқга, кўнгил айнаш, оғиз куриш, умумий холсизликка, шикоят килади. 25 соат олдин касал бўлган, эпигастрал соҳада кучли оғриқ, кўнгил айнаш б-б, кейин оғриқ кучайган ва газ чиқишини тутилиши кузатилган.

I. Сизни ташхисингиз:

A. миокард инфарқтини абдоминал формаси

Б. ўткир буйрак етишмовчилиги

В. крупозли пневмония

Г. ўткир қорин*

Д. носпецифик ярали колит

II. Шу ҳолатда қайси препаратлар мумкин эмас:

A. антибиотиклар

Б. анальгетиклар*

В. спазмолитиклар

Г. стимуляторлар

2. 14 ёшли бемор гижжа тўплами билан ичак тутилиши мавжудлиги аниқланди.

I. Жарроҳ тактикаси: (нотўғри жавобни кўрсатинг)

A. гижжа тупламини тугатиш ва уларни бир қисм ичакни ен қисмига суриб қуйиш

Б. ичакни қисман резекцияси ва ёнбош анастомоз қуйиш

В. энтеротомия орқали гижжаларни чиқариш ва тикиб қуйиш

Г. ташқи энтеротомия

Д. ичак резекцияси ва учма-уч анастомоз қуйиш*

II. Бу ҳолат қайси ичак тутилишига киради:

A. обтурацион*

Б. паралитик

В. спастик

Г. странгуляцион

Д. аралаш

3. Ўткир ичак тутилиши билан олинган беморни жаррохлик амалиёт жараенида 12 бармоқ ичак перфорацияси ҳам аниқланди. Бемор бўлимга тушган вақти анамнезига асосан оғриқни бошланганига хуружга атиги 3 соат бўлган холос.

I. Жаррох тактикаси:

- A. ичак тутилишини бартараф этиш ва перфорацияни тикиш
- Б. ичак тутилишини бартараф этиш ва ТВ+антрумэктомия бажариш
- В. ичак тутилишини бартараф этиш ва перфорацияни тикиш
- Г. ичак тутилишини бартараф этишича ва ошқозонни дренажловчи операция
- Д. радикал операция*

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

- A. меъда резекцияси*
- Б. антрумэктомия
- В. ваготомия
- Г. пилорапластика.

4. Беморда колкансимон безда ташрихдан кейин тиреотроп гормон нормал базал даражаси сақланиб колди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция қилинган унинг миқдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

- A. бирламчи *
- Б. иккиламчи
- В. учламчи
- Г. гипотериоз йўқ

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

- A. қалконсимон безда*
- Б. гипофизда
- В. гипоталамусда
- Г. хаммасида

5. Беморда тиреотроп гормон даражаси паст еки нормал тиреотроп рилизинг-гормон юборилишига эса реакция йўқ.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

А. иккиламчи*

Б. бирламчи

В. учламчи

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

А. қалқонсимон безда

Б. гипофизда*

В. гипоталамусда

Г. хаммасида

6. Беморда тиреотроп гормон даражаси паст тиреотроп рилизинг-гормон юборилгандан сўнг ттг даражаси кўтарилди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

А. учламчи *

Б. бирламчи

В. иккиламчи

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

А. қалқонсимон безда

Б. гипофизда

В. гипоталамусда*

Г. хаммасида

7. Ўткир холецистит ташхиси билан ва таранглашган ўт пуфаги аниқланган беморда оғриқ бирдан пастга таркалди лейкоцитоз ошди ахволи огирлашди лекин ўт пуфаги пайпасланмай колди.

I. Беморда нима содир бўлди:

А. ўт пуфагидаги модда умумий ўт йулига ўтган

Б. йирингли холангит пайдо бўлди

В. ўт пуфаги тешилиши *

Г. ўт пуфаги катта чарви билан уралган

Д. умумий ўт йули иччак очилиб кетган

II. Кўриладиган тадбир:

А. шошилич операция*

Б. лапароскопия

В. кузатув

Г. режали операция

Д. консерватив даво

8. 66 ешли бемор бирдан касал бўлди чап ёнбош сохада оғриқ кўтарилган куздан кечирганда чап ёнбош сохада оғриқ ва мушаклар таранглашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. сигмасимон ичакнинг стенозловчи раки

Б. сигма дивертикулити*

В. чамбар ичак полипозиди

Г. сигма буралиши

Д. крон касаллиги

II. Кўриладиган тадбир:

А. шошилич операция*

Б. лапароскопия

В. кузатув

Г. режали операция

Д. консерватив даво

9. 35 ешли бемор бўлимга қориннинг юқори қисмида камарсимон оғриқдан куп марта қайт қилишдан шикоят қилиб тушди оғриқ спиртли ичимлик ичгандан сўнг пайдо бўлади. беморнинг ахволи огир. тахикардия 120 марта. қон босими 90/60. қориннинг юқори қисмида қаттиқ оғриқ. ёнбош қисмида перкуссияда бугик товуш. ичак харакати сустлашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда яраси тешилиши перитонит

Б. ўткир ичак тугилиши

В. ичак инфаркти

Г. меъда ичак қон кетиши

Д. ўткир деструктив панкреатит*

II. Кўриладиган тадбир:

A. шошилич операция*

Б. лапароскопия

В. кузатув

Г. режали операция

Д. консерватив даво

10. 26 ешли бемор бўлимга деструктив панкреатит билан тушгандан сўнг 14-кунида қуйидаги белгилар пайдо бўлди тана хароратини гектик кўтарилиши тахикардия қалтираш қон лейкоцитар формуласининг чап томонга силжиши, эпигастрал сохада безнинг пайпасланиши аниқланди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. холангит

Б. зотилжам

В. меъда ости безининг кистаси

Г. корин орқа девори флегмонаси

Д. чарви копи хуппозии *

II. Кўриладиган тадбир:

A. шошилич операция*

Б. лапароскопия

В. кузатув

Г. режали операция

Д. консерватив даво

11. Кекса бемор ўткир ичак тутилиши ва перитонит бўйича операция қилинганда кўндаланг чамбар ичак ўнг бўлагида ўсма аниқланган атроф тўқималарга ёпишмаган ўсма тешилган.

I. Сиз танлаган амалиёт хажми:

A. ичакни усма билан резекция илиб илеотрансферзоанастомоз қуйиш

Б. ўнг гемиколэктомия терминал илеостомия *

В. перфорацияни тикиш

Г. ичак резекцияси колостомия

Д. цекостомия илеотрансферзостомия

II. Амалиет вақтида қилиниши шарт:

А. назоэнтерал интубация ва қорин бўшлигини адекват дренажлаш*

Б. чандиклар профилактикаси

В. қорин санацияси

Г. тафтиш

12. куп йиллар давомида ун икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик бўлими чандик-яралли деформацияси ва эвакуация бузилиши аниқланди.

I. Меъда секрецияси қайси фазасида гиперсекрецияни кутиш мумкин:

А. цефалик

Б. гуморол

В. ичак

Г. цефалик ва гуморол *

Д. цефалик ва ичак

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

А. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика

13. 75 ешли бемор симгмасион ичак усмаси туфайли вужудга келган ўткир ичак тутилишининг кечикган даврида келди.

I. Қуйидаги тактика макул деб топилди:

А. беморни текшириб 48-72 соатдан сўнг операция қилиш

Б. фақат консерватив даволаш

В. инфузион терапия ва қайта-қайта сифонли хукна қилиш

Г. беморни 2-3 соат давомида тайерлаб гартман операциясини бажариши*

Д. зудлик билан операцияга олиниб симгмасион ичак резекцияси қилиниб ичак анастомози охири-охирига қуйилади

II. Шу бемор учун характерли симптомни кўрсатинг:

А. Ровзинг

Б. Кохер

В. Цега-Мантейфель*

Г. Керте

Д. Ортнер

14. 60 ешли беморда консультация пайтида тўғри чов чурраси борлиги хамда простата беzi аденомаси борлиги аниқланди. Колдик сийдик миқдори 100 мл.

I. Сизнинг тавсиянгиз:

А. чуррани ташрих этиш

Б. аденомэктомия сўнгра чурра ташрихи*

В. консерватив даво

Г. чурра ташрихи сун аденомэктомия

Д. чурра ташрихи ва аденомани консерватив даволаш

II. Чурра учун қайси пластика усулини танлайсиз:

А. Постемский*

Б. Жирар

В. Ру-Оппель

Г. Бассини

15. Жигарни ўнг бўлагидан эхинококкэктомия бўлганлигига 3 ой бўлган: контроль текширувда жигарни чап бўлагидан эхинококк халтаси топилган.

I. Бу келиб чиқишига қараб қанақа кисталигини кўрсатинг:

А. рецидив эхинококк

Б. хусусий эхинококк халтаси

В. паразитарсиз киста

Г. резидуал эхинококк*

Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилич операция

Б. режали операция*

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

16. Бемор қоринни хамма сохасидаги оғриқларга. кўнгил айнашга, огиз куришга. умумий холсизликка шикоят килади. 5 соат олдин бирдан касал бўлган. киндик сохасидан бирдан кучли оғриқ пайдо бўлган. кўнгил айнаган. Кейинчалик оғриқ кучая борган ва қоринни дам бўлиши кушилган. Газ ва ахлат чикишини тутилиши кузатилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. миокард инфарқтининг абдоминал формаси

Б. ўткир буйрак етишмовчилиги

В. крупозли пневмония

Г. ўткир ичак тутилиши*

Д. носпецифик ярали колит

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилич операция*

Б. режали операция

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

17. Аппендэктомиядан 12 соат ўтгач беморда нормал тана харорати бўлган холда тахикардия, терининг оқариши туришга ҳаракат килганда - хушдан кетиш кузатилди. I. Дастлаб нима хақида уйлаш керак:

А. тарқалган перитонит

Б. пилефлебит

В. қорин бўшлигига қон кетиш*

Г. инфекцион гепатит

Д. ичак тутилиши

II. Сизни тактикангиз:

А. релапаротомия*

Б. консерватив даво

В. гемотрансузия

Г. гипотермия

18. Аппендэктомиядан кейин 5- кун беморда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилди, t-кўтарилди(гектик x-рда). L-ошди. Тос тубида оғрик ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмларпайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқлашда қайси қўшимча усулдан фойдаланасиз:

А. хромоцитоскопия

Б. қон ва сийдик тахлили

В. тўғри ичакни бармоқ билан текшириш*

Г. ректороманоскопия

Д. иригография

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилич операция*

Б. режали операция

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

19. Поликлиникага 18 ёшли бемор қалқонсимон безини катталашгани шикояти билан келди. Беморни курилганда қалқонсимон безда катталиги 5x5 см тугун борлиги аниқланди. тиреотоксикоз шикоятлари йўқ. бемор биринчи марта врачга учрашиши.

I. Сизни ташхисингиз:

А. тугунли эўтиреоид бўқок*

Б. тугунли токсик бўқок

В. диффуз токсик бўқок

Г. Хошимото касаллиги

II. Сизни тактикангиз:

А. беморни хирургик даволашга жунатиш*

Б. амбулатор ёрдам кўрсатилади.

В. беморни эндокринология бўлимига юбориб. консерватив даволанади

Г. радиоактив йод билан даволанади

Д. онкология стационарига юбориш

20. 30 ёшли аёлни боласи ўлгандан кейин аёлда холсизлик терлаш. йиглаш ва жахлдорлик белгилари пайдо бўлди. Қисқа вақт оралигида 15кг озган. Обьектив курувда: безовталаниш. экзофтальм белгилари. Қалқонсимон безини III-даражали катталшуви. пульс 128 аритмия юракда систолик шовкин, жигар 5см га катталашган. Асосий модда алмашинуви 55%.

I. Сизни ташхисингиз:

А. III-даражали диффуз токсик бўқоқ*

Б. қалқонсимон без раки

В. тиреотоксикозли III-даражали диффуз бўқоқ

Г. гипотиреоз

Д. I-даражали диффуз бўқоқ

II. Сизни тактикангиз:

А. тиреотоксик терапия ўтказиш*

Б. тезда операция қилиш.

В. санатория курортда даволаш.

Г. невропатологда даволаш.

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

21. Ярим йил аввал токсик бўқоқ билан операция қилинган бемор қуйидаги шикоятлар билан келди: бехоллик. мудраш. кучсизлик. семириш 30 кг гача. Курувда: қалқонсимон без катталашган. чандик одатдагидай. асосий модда алмашинуви 25%.

I. Беморга нима қилган:

А. беморда микседема ривожланган*

Б. токсик бўқоқ қайталанган

В. қалқонсимон безнинг малигнизацияси

Г. гипофиз функцияси бузилган

Д. тиреотоксик криз

II. Сизни тактикангиз:

А. тиреотоксик терапия ўтказиш

Б. тезда операция қилиш

В. санатория курортда даволаш

Г. невропатологда даволаш

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш*

22. III- даражали диффуз токсик бўқоқ билан 40 ёшли беморда Николаев бўйича субтотал резекцияси ўтказилгандан кейин 2-чи кун тахикардия пульс 140, гипертермия 40 С ва АД 160/100 мм с. уст. кўтарилиш холи кузатилди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 'реанимацион касаллик'

Б. беморда гипертоник криз

В. беморда қайтувчи нерв шикасти

Г. беморда тиреотоксик криз*

Д. беморда анафилктик шок

II. Сизни тактикангиз:

А. тиреотоксик терапия ўтказиш*

Б. тезда операция қилиш

В. санатория курортда даволаш

Г. невропатологда даволаш

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

23. 24 ёшли 24 - 25 хафталик хомиладор аёлда III - даражали диффуз тиротоксик бўқоқ, консерватив даво ёрдам бермади. Ps-120. асосий модда алмашинуви 65%. уйку йўқ. хавfli офтальмопатия.

I. Врач тактикаси:

А. тезда хомилани олдириб, кейин эндокринолог бўлимида даволаш*

Б. тиреотоксикозни даволаш ва гинеколог кузатувига қўйиш

В. хомилани сақлаб қолиш ва эндокринолог кузатувига қўйиш

Г. хомилани сақлаб қолиб. стационарда даволаниш

Д. эндокринология стационарида даволаш ва гинеколог кузатувига қўйиш

II. Даволаш олиб борилади:

А. радиоактив йод билан*

Б. режали операция

В. шошинч операция

Г. невропатологда даволаш

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

24. Б-р 51 ёшда. 14 йил аввал тугунли эўтиреоид бўқоқ ташхиси куйилган. Охирги 3 ой ичида бўқоқ 2 баробар катталашган, чарчаш аломати кучайган, 4 кг озган. Тугун юзаси текис эмас, қонсистенцияси қаттиқ, кузгалувчан эмас, атроф лимфа тугунлари катталашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. тугун малигнизацияси*

Б. аралаш бўқоқ

В. тиреотоксик бўқоқ

Г. Ридел бўқоғи авжи

Д. Хошимото бўқоғи

II. Даволаш олиб борилади:

А. радиоактив йод билан

Б. режали операция*

В. шошинч операция

Г. невропатологда даволаш

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

25. 42 ёшли беморда токсик бўқоқ. асосий алмашинув 50%. жахлдорлик. йиглашсираш холлари кучайган. Охирги 6 ой ичида 6кг озган. Пульси 1 минутда 132.

I. Сизни ташхисингиз:

А. III-даражали диффуз токсик бўқоқ*

Б. қалқонсимон без раки

В. тиреотоксикозли III-даражали диффуз бўқоқ

Г. гипотиреоз

Д. I-даражали диффуз бўқоқ

II. Беморни қандай даволаш керак:

А. тиреотоксик терапия ўтказиш *

Б. тезда операция қилиш

В. санатория курортда даволаш

Г. невропатологда даволаш

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

26. 24 ёшли аелда тиреотоксик бўқоқни ҳамма клиник симптомлари мавжуд, лекин қалқонсимон без катталашмаган. Ro-граммада кўкрак қафасида олдинги кукс оралигида, II-ковурғадан ўнгда думалок шаклли, чегаралари аниқ 5x5 см ли хосила бор. Упка узгармаган.

I. Ташхис:

А. ички бўқоқ*

Б. кукса оралиги эхинококкози

В. кукса оралиги ўсмаси

Г. кукса оралиги дермоид кистаси

Д. тимома

II. Даволаш олиб борилади:

А. радиоактив йод билан

Б. режали операция*

В. шошилич операция

Г. невропатологда даволаш.

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

27. Курув вақтида кеча бўқоқни субтотал резекцияси қилинган беморда бўйиннинг чап ярмида шиш пайдо бўлган. Бемор холсизликка ютишни кийинлашувига шикоят қилади. Бўйин босиб қурилганда чоклар орасидан геморрагик суюклик чиқади.

I. Қандай асорат рўй берган:

А. тери остига қон куйилиб қолиши*

Б. аллергия реакция

В. бўйин флегмонаси

Г. трахея шикасти

Д. кизилўнгач шикасти

II. Даволаш олиб борилади:

A. радиоактив йод билан

B. режали операция

B. шошилич операция

Г. гематомани бартараф қилиш*

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

28. Қуйидаги симптомлар қайси перитонитга хос - бир мартаба қусиш, суюқ нажас, хароратни меерида қўтарилиши ва уни пульс билан тўғри келмаслиги, тери оқарган, мармарли, қоринни кепчиши ва огриши ўнг томонда щеткин-блюмберг симптоми мусбат.

I. Ташхис:

A. диплококкли

B. аппендикуляр*

B. меконеал

Г. гемоперитонит

Д. туберкулезли

II. Сизни тактикангиз:

A. антибактериал даво

B. режали операция

B. шошилич операция*

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

29. Яра касаллиги бўйича операция қилинган беморда овқатдан 30 минутдан кейин заифлик қўнгил айниш эпигастрал сохада огирлик бош айланиши куз олди коронгиланиши хушдан кетиш холати кузатилади.

I. Бу нимага хос:

A. анастомоз пептик ярасини перфорацияси

B. рецидивланган ярадан қон кетиши

B. демпинг синдром*

Г. сурункали панкреатит

II. Қайси касаллик гурухига киради:

А. постгастрезекцион*

Б. перитонеал

В. постхолецистэктомик

Г. ўткир корин

30. 10 йил давомида 12-бармоқ ичак яра касаллиги б-н хаста-ган б-рни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик бўлими чандик-яралди деформация ва эвакуация бузилиши аниқланди.

I. Беморда қайси асорат ривожланган:

А. перфорация

Б. пенетрация

В. кон кетиш

Г. привратник стенози*

Д. малигнизация

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

А. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика

31. Зонд орқали энтерография ва бирвақтни узида ингичка ичак декомпрессияси бажарилаётган беморда ўткир ичак тутилиши ташхиси тасдиқланди.

I. Беморда консерватив даволаш купи билан неча соат ўтказилади:

А. 2 соатдан бсоатгача

Б. 4 соат давомида

В. зудлик билан жаррохлук амалиети

Г. кўпи билан 2 соат, лекин ичак тутулиб қолиш огир кечаётган беморларда кўпи билан 30-40 минут*

Д. беморда оғриқ колгунча

II. Консерватив даво муолажаларига кирмайди:

- A. хукна
- Б. прозерин
- В. инфузия
- Г. тузли эритмалар
- Д. ич сурувчи пепаратлар*

32. Беморда уз холисча тўғриланган кисилган чурра:

I. Врачнинг йули (тактикаси):

- A. беморни уйига жўнатиб кейинчалик режали равишда операция қилиш
- Б. зудлик билан операция кўрсатилган-чуррани кесиш
- В. зудлик билан операция кўрсатилган-лапаротомия ва ичакни ревизия қолиш
- Г. беморни операция қилмасдан жаррохлик бўлимида кузатиш*
- Д. кўрсатилганлардан ҳеч бири

II. Бўлиши мумкин бўлган асорат:

- A. копростаз
- Б. қайта қисилиш
- В. яллиғланиш
- Г. тўғриланмаслик
- Д. перитонит*

33. 40 ешли беморда тана хароратининг ошиши чап ёнбош соҳасида оғриқ ва ичак дискомфорт белгилари шикоят билан мурожаат қилди. Пайпаслаганда чап ёнбошида мушаклар таранглашган, оғриқли.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

- A. сигмасимон ичакнинг кайрилиб (буралиб) қолиши
- Б. дивертикулит*
- В. ўткир аппендицит
- Г. гишпрўнг касаллиги
- Д. ярали колитнинг чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашиши

II. Сизни тактикангиз:

- A. антибактериал даво*

1000

Б. режали операция

В. шошилич операция

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

34. Ичак тутилиши билан бемор текширилганда Цеге-мантейфел ва Обухов шифохонаси белгилари мусбат.

I. Бу қайси ичак тутилиши турига хос:

А. илеоцекал инвагинацияга

Б. юқорига чиқувчи йўғон ичак усмасига

В. ингичка ичак айланиб қолишига

Г. сигмасимон ичак буралиб қолишига *

Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция*

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

35. Кисилган чурра бўйича ташрих вақтида чурра копи осилганда ингичка ичакнинг икки қовузлоғи топилган.

I. Қисилишнинг қандай тури юз берган:

А. ретроград*

Б. деворолди

В. чурра копи ичида тугун хосил бўлиши

Г. иккита ичак қовузлоғи кисилган

Д. ҳеч бири

II. Автор бўйича номланиши:

А. Литре

Б. Рихтер

1001

В. Майдл*

Г. Ортнер

36. Беморда жигар циррози ва меъда кичик эгрилиги яраси тасдиқланган.

I. Беморга сиз қайси ташрихни бажарасиз:

А. селектив ваготомия ярани кесиб ташлаш билан

Б. селектив проксимал ваготомия ярани кесиб ташлаш билан

В. антрумэктомия

Г. гофмейстер-финстерер бўйича меъда дистал резекцияси*

Д. узакли ваготомия пилоропластика билан

II. Нима учун:

А. малигнизация хавфи*

Б. пенетрация хавфи

В. стеноз хавфи

Г. перфорация хавфи

Д. қон кетиш хавфи

37. Бемор 40 ешда 5 соат олдин ошқозон ярасининг тешилиши юз берган.

I. Оптимал жаррохлик усулини кўрсатинг:

А. ошқозон 2/3 кисмининг классик резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ярани тикиш ва трункуляр ваготомия

Г. пилоропластика ва трункуляр ваготомияси

Д. гастрэктомия

II. Радикал амалиетга нима қарши кўрсатма бўлиши мумкин:

А. йирингли перитонит*

Б. серозли перитонит

В. бемор еши

Г. ўтган вақт

Д. жаррох куникмаси

38. Бемор 29 ешда 12 бармоқ ичак ярасидан қон кетяпти.

I. Қуйидаги жаррохлик даволарининг қайси бирини қўллаш яхши натижалар беради:

А. ошқозон субтотал резекцияси

Б. тешилган ярани тикиш ва финней бўйича пилороластика қилиш ҳамда селектив проксимал ваготомия қилиш *

В. селектив проксимал ваготомия

Г. ярани тикиш ва гейнеке-микулич бўйича пилороластика қилиш

Д. ун икки бармоқ ичак резекцияси

II. Яширин қон кетиш қандай аниқланади:

А. Греггерсон синамаси*

Б. Кея синамаси

В. Холландер синамаси

Г. Кацони синамаси

39. Бемор ўнг чов сохасида 5х3см ди хосила бор у бир оз оғриқли корни бўшлигига жойлашмайди йўтал турткиси аломати мусбат.

I Сизнинг ташхисингиз:

А. жойлашмайдиган ўнг чов чурраси*

Б. ўнг чов чурраси

В. кисилган соха липомаси

Г. ўнг чов соха липомаси

Д. ўнг чов лимфаденити

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция*

В. шошилинич операция

Г. консерватив даво

Д. бандаж такиш

40. Бемор бўлимга қориннинг юқори қисмида камарсимон оғриқдан куп марта қайт қилишдан шикоят қилиб тушди оғриқ ёгли овқатдан сўнг пайдо бўлади, аускультацияда ичак ҳаракати сустлашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда яраси тешилиши перитонит

Б. ўткир ичак тутилиши

В. ичак инфаркти

Г. меъда ичак қон кетиши

Д. ўткир панкреатит*

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция

Г. консерватив даво*

Д. бандаж тақиш

41. Бемор ўнг чов соҳасида 5*3 см ли ҳосила кучли оғриқли устидаги териси кизарган қоринга жойлашмайди йўтал трткиси аломати манфий ўткир ичак тутилиши кўринишлари бор.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўнг чов соҳаси чурра копи флегмонаси*

Б. ўнг чов қисилган чурраси

В. жойлашмайдиган ўнг чов чурраси

Г. ўнг чов яллигланган чурраси

Д. ўнг чов чурраси

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилич операция*

Г. консерватив даво

Д. бандаж тақиш

42. Тафтиш давомида жигарнинг ўнг булмачасини чекка қисмида яқка жойлашган эхинококк кистаси топилди.

I. Қайси оператив (жаррохлик) усулни қўллайсиз:

A. ёриқ эхинококкэктомия

Б. яримёпик эхинококкэктомия

В. морсупиализация

Г. жигарни қисман кесиш билан идеал эхинококкэктомия қилинади*

Д. пункция қилиш билан чегараланади

II. Қайси асорат кузатилиши мумкин:

A. қон кетиш*

Б. перитонит

В. дессиминация

Г. механик сариклик

Д. холангит

43. Ўткир холецистит ва огир йулдош касалликлари бўлган қари беморга консерватив терапия натижасиз.

I. Қандай операция қилиниши керак:

A. холецистостомия

Б. холецистэктомия

В. холецистогастростомия

Г. тери орқали ўт пуфагини дренажлаш*

Д. гастрэктомия

II. Оғриқсизлантириш усули:

A. махаллий*

Б. умумий

В. эндотрахеал

Г. эпидурал

44. Аппендэктомиядан кейин 3 кун ўтгач бемор умумий ахволи огирлашиб тана харорати кўтарилиши, тахикардия ва дренаждан хира ажралма ажралиши кузатилди. Дастлаб нима ҳақида уйлаш керак?

А. тарқалган перитонит*

Б. пилефлебит

В. қорин бўшлигига қон кетиш

Г. инфекцион гепатит

Д. ичак тутилиши

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. релапаротомия*

Г. консерватив даво

Д. гемостатик терапия

45. Аппендэктомиядан кейин 5 кун 45 ёшли аёлда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилди, t-қўтарилди (гектик x-рда). L-ошди. Тос тубида оғрик, ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмлар пайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқлашда қайси қўшимча усулдан фойдаланасиз:

А. хромоцитоскопия

Б. қон ва сийдик тахлили

В. вагинал текшириш*

Г. ректороманоскопия

Д. иригография

II. Қайси асорат бўлиши мумкин:

А. кичик чанок бўшлиги абцесси*

Б. диафрагма ости абцесси

В. ичаклараро абцесси

Г. қон кетиш

Д. пилефлебит

46. Поликлиникага 48 ёшли бемор қалқонсимон безини катталашгани шикояти билан келди. Беморни курилганда қалқонсимон безда катталиги 5x5 см тугун борлиги аниқланди. тиреотоксикоз шикоятлари йўқ. бемор биринчи марта врачга учрашиши.

I. Сизни ташхисингиз:

А. тугунли бўқоқ*

Б. диффуз бўқоқ

В. тугунли токсик бўқоқ

Г. Ридель бўқоқ

Д. эндемик бўқоқ

II. Сизни тактикангиз:

А. беморни хирургик даволашга жунатиш*

Б. амбулатор ёрдам кўрсатилади.

В. беморни эндокринология бўлимига юбориб, консерватив даволанади

Г. радиоактив йод билан даволанади

Д. онкология стационарига юбориш

47. Агар сизга 35 ёшдаги бемор 2х3. 5 см тиреотоксикоз аломатлари йўқ бўлган тугунли бўқоқ билан ташриф буюрса:.

I. Сизга беморга нима маслаҳат берасиз:

А. Шеришевский пимолалари билан даволаш

Б. операция*

В. йод билан даволаш

Г. радиоактив йод билан даволаш

Д. химиотерапия

II. Мўлжалланаётган амалиёт хажми:

А. бўлак тотал резекцияси

Б. безни субтотал резекцияси*

В. фақат тугунни олиб ташлаш

Г. қалқонсимон препаратларни белгилаш

48. Тугунли эўтиреоиз бўқоқни операцияси вақтда қалқонсимон безнинг чап пастки кўтбида 2х2 см ли. аник чегарали. йўғонлашган капсулали тугун аниқланди. Гистологик текширувда тугуннинг марказида фолликуляр рак усмаси топилган.

I. Жаррох тактикаси:

A. чап бўлак тотал резекцияси

Б. безни субтотал резекцияси. лекин ўнг бўлакни юқори кутбини қолдириб қалқонсимон без экстирпацияси*

В. фақат тугунни олиб ташлаш

Г. қалқонсимон препаратларни белгилаш

II. Бўлиши мумкин асоратлар(кирмайди):

A. ўпка артерияси тромбоэмболияси*

Б. тиреотоксик криз

В. Трахеомаляция

Г. қайтувчи нерв шикасти

Д. қизилўнгач шикасти

49. 45 ёшли аёл 15 йилдан бери V-даражали диффуз эўтиреонид бўқоқ билан оғрийди. Беморга струмэктомия қилингандан 2-3 соатдан кейин ўткир нафас етишмовчилиги хириллаш кузатилди.

I. Қандай асорат ҳақида уйлаш мумкин:

A. ўпка артерияси тромбоэмболияси

Б. аллергия ҳолат

В. трахеомаляция*

Г. қайтувчи нерв шикасти

Д. қизилўнгач шикасти

II. Сизни тактикангиз:

A. ларингоскопия

Б. интубация*

В. қайта операция

Г. трахеостомия

50. Беморда дефикациядан сўнг анал соҳасида кучли оғрик, нажасдан сўнг 2-3 томчи қон томиши қон оқиши, дефикация актидан кўрқиб, сурункали қабзият.

I. Сизнинг бирламчи диагнозингиз:

А. пароректал окма

Б. ўткир паропрактит

В. анал каналининг шиллиқ қаватининг ёрилиши*

Г. криптит

Д. анал каналининг фибромаси

II. Сизни тактикангиз(нотўғриси):

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилинич операция

Г. консерватив даво*

Д. гемостатик терапия

51. Ўткир ичак тутилишининг кечки муддатларида ичакнинг кучли таранглашганлиги аниқланади.

I. Қорин деворидаги характерли тарангли қандай симптом:

А. Мондор симптоми*

Б. Кивуля симптоми

В. Раздолский симптоми

Г. Скляров симптоми

Д. Федоров симптоми

II. Яна қандай номланади:

А. шиширилган шар*

Б. оқаётган тамчи

В. чайқалиш

Г. осойишталик

52. Стангуляцион ўткир ичак тутилишининг охириги бочкичларида ичак некрозга учраб ва перитонит юз берганда пересталтик шовкинлар йўқолса

I. Қандай шовкин эшитилади:

А. чайқалиш шовкини

Б. тушаётган томчи шовкини

1009

В. нафас ва юрак шовкини*

Г. гулдурлаш (урчание)

Д. хаммаси

II. Автор бўйича номланиши:

А. Воскрасенский симптоми*

Б. Кивуля симптоми

В. Раздолский симптоми

Г. Скляров симптоми

Д. Федоров симптоми

53. Беморда қалқонсимон без катталашиб бўйин контурларини узгартириб йўғон бўйин хосил қилади.

I. Беморда бўқоқнинг нечанчи даража катталашиши:

А. III*

Б. I

В. II

Г. IV

Д. V

II. Фаолияти бўйича бўлиши мумкин(ташқари):

А. эутиреоз

Б. гипертиреоз

В. гипотиреоз

Г. аралаш*

54. Бемор чап чов бурмасидан пастда 2x2 см ли буртик бор қоринга жойлашади йўтал турткиси аломати мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. чап сон чурраси*

Б. чап чов чурраси

В. чап оқиб тушган совук абсцесс

Г. чап чов лимфаденити

1010

Д. чап чов соха липомаси

II. Сон чуррасида пластика усули:

А. Бассини*

Б. Мейо

В. Лексер

Г. Жирар

Д. Сапежко

55. 29 ешли бемор бирдан касал бўлди чап ёнбош сохада оғриқ кўтарилган куздан кечирганда чап ёнбош сохада оғриқ ва мушаклар таранглашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. сигмасимон ичакнинг стенозловчи раки

Б. сигма дивертикулити*

В. чамбар ичак полипозиди

Г. сигма буралиши

Д. крон касаллиги

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилинич операция

Г. консерватив даво*

Д. тозаловчи хукна

56. Бемор бўлимга панкреатит билан тушгандан сўнг кейинчалик қуйидаги белгилар пайдо бўлди тана хароратини гектик кўтарилиши тахикардия қалтираш қон лейкоцитар формуласининг чап томонга силжиши. эпигастрал сохада безнинг пайпасланиши.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. холангит

Б. зотилжам

В. меъда ости безининг кистаси

Г. қорин орқа девори флегмонаси

Д. чарви копи абцесси *

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошиличч операция*

Г. консерватив даво

Д. тозаловчи хукна

57. Бемор ўткир ичак тутилиши ва перитонит бўйича операция қилинганда юқорига кутарилувчи чамбар ичакда усма аниқланган атроф тўқималарга ёпишмаган.

I. Сиз танлаган амалиёт хажми:

А. ичакни усма билан резекция илиб илеотрансферзоанастомоз куйиш

Б. ўнг гемиколэктомия терминал илеостомия *

В. перфорацияни тикиш

Г. ичак резекцияси колостомия

Д. цекостомия илеотрансферзостомия

II. Амалиёт вақтида қилиниши шарт:

А. назоэнтерал интубация ва қорин бўшлигини адекват дренажлаш*

Б. чандиклар профилактикаси

В. қорин санацияси

Г. тафтиш

58. Кисилган чов чурра транспортировка пайтида узича қорин бўшлигига кириб кетди

I. Сизни тактикангиз:

А. динамик кузатув*

Б. режали операция

В. шошиличч операция

Г. амбулатор даво

2. Қачон амалиёт ўтказиш зарур бўлади:

1012

- А. чурра шиши бўлса
- Б. перитонеал белгилар пайдо бўлса*
- В. харорат кўтарилса
- Г. дизурия пайдо бўлса
- Д. кучли оғриқ сақланиб тураверса

59. Ун икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган беморни клинико-рентгенологик ва гастроскопик текширганда меъда пилорик бўлими чандик-яралли деформацияси ва эвакуацияни меъдадан 12 соатгача чузилиши аниқланди.

I. Қайси асорат хақида уйлаш мумкин:

- А. перфорация
- Б. малигнизация
- В. стеноз*
- Г. пенетрация
- Д. кон кетиш

II. Стеноз даражасини кўрсатинг:

- А. субкомпенцация даври*
- Б. компенцация даври
- В. декомпенцация даври
- Г. стеноз бошлангич даври

60. Жигарни ўнг бўлагидан эхинококкэктомия бўлганлигига 12 ой бўлган: контрол текширувда шу сохада эхинококк кистаси топилган.

I. Бу келиб чиқишига қараб канака кисталигини кўрсатинг:

- А. рецидив эхинококк*
- Б. хусусий эхинококк халтаси
- В. паразитарсиз киста
- Г. резидуал эхинококк
- Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилич операция

Б. режали операция*

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

61. Бемор қоринни хамма сохасидаги оғриқларга. кўнгил айнашга, огиз куришга. умумий холсизликка шикоят килади. 10 соат олдин бирдан куп овқат егандан кейин касал бўлган. эпигастрал сохасидан бирдан кучли оғриқ пайдо бўлган, кейинчалик камарсимон характерга эга бўлган, оғриқ кучая борган ва қоринни дам бўлиши кушилган. Газ чикишини тутилиши кузатилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. миокард инфарқтининг абдоминал формаси

Б. ўткир буйрак етишмовчилиги

В. крупозли пневмония

Г. ўткир панкреатит*

Д. носпецифик ярали колит

II. Қайси ичак тутилиши ривожланади:

А. паралитик*

Б. спастик

В. обтурацион

Г. странгуляцион

62. Аппендэктомиядан 12 соат ўтгач беморда нормал тана харорати бўлган холда тахикардия, терининг оқариши туришга ҳаракат килганда - хушдан кетиш кузатилди.

I. Ташхислашда энг информатив усул:

А. УЗИ*

Б. КТ

В. МРТ

Г. Р-скопия

Д. Р-графия

II. Сизни тактикангиз:

А. релапаротомия*

Б. консерватив даво

В. гемотрансузия

Г. гипотермия

63. Аппендэктомиядан кейин 5- кун беморда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилди, t-кўтарилди(гектик x-рда). L-ошди. Тос тубида оғриқ ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмларпайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқланг:

А. кон кетиш

Б. пилефлебит

В. Дуглас бўшлиги абцесси*

Г. тарқалган перитонит

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилинич операция*

Б. режали операция

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

64 Ўткир ичак тутилиши билан олинган беморни жаррохлик амалиёт жараенида 12 бармоқ ичак перфорацияси ҳам аниқланди. Бемор бўлимга тушган вақти анамнезига асосан оғриқни бошланганига хуружга атиги 3 соат бўлган холос.

I. Жаррох тактикаси:

А. ичак тутилишини бартараф этиш ва перфорацияни тикиш

Б. ичак тутилишини бартараф этиш ва ТВ+антрумэктомия бажариш

В. ичак тутилишини бартараф этиш ва меъдада радикал операция*

Г. ичак тутилишини бартараф этишича ва ошқозонни дренажловчи операция

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

А. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика

65. Беморда қалқансимон без операциясидан кейин ТТГ нормал базал даражаси сақланиб қолди ва уни тиреотроп рилизинг-гормон билан стимуляция қилинган унинг миқдори ошди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

A. учламчи

Б. иккиламчи

В. бирламчи*

Г. гипотериоз йўқ

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

A. қалқансимон без*

Б. гипофизда

В. гипоталамус

Г. хаммасида

66. 40 ёшли аёлда тиреотроп гормон даражаси паст еки нормал тиреотроп рилизинг-гормон юборилишига эса реакция йўқ.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

A. иккиламчи*

Б. бирламчи

В. учламчи

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

A. қалқансимон безда

Б. гипофизда*

В. гипоталамусда

Г. хаммасида

67. 35 ёшли беморда тиреотроп гормон даражаси паст тиреотроп рилизинг-гормон юборилгандан сўнг ТТГ даражаси кўтарилди.

I. Беморда гипотиреознинг қайси тури:

A. иккиламчи

Б. бирламчи

В. учламчи*

II. Шикастланиш ўрнини кўрсатинг:

А. қалқонсимон безда

Б. гипофизда

В. гипоталамусда*

Г. хаммасида

68. Беморда Р-скопияда куп миқдорда Клойбер косачалари аниқланиб, ўткир ичак тутилиши ташхиси тасдиқланди.

I. Беморда консерватив даволаш купи билан неча соат ўтказилади:

А. 2 соатдан бсоатгача

Б. 4 соат давомида

В. зудлик билан жаррохлук амалиети

Г. кўпи билан 2 соат*

Д. беморда оғриқ колгунча

II. Консерватив даво муолажаларига кирмайди:

А. хукна

Б. прозерин

В. инфузия

Г. тузли эритмалар

Д. антибиотиклар*

69. 49 ёшли беморда операция столида чурра уз холича корин бўшлигига тўғриланди:

I. Врачнинг йули (тактикаси):

А. беморни уйига жўнатиб кейинчалик режали равишда операция қилиш

Б. зудлик билан операция кўрсатилган-чуррани кесиш

В. зудлик билан операция кўрсатилган-лапаротомия ва ичакни ревизия қилиш

Г. беморни операция қилмасдан жаррохлик бўлимида кузатиш*

Д. кўрсатилганлардан ҳеч бири

II. Бўлиши мумкин бўлган асорат:

1017

- А. копростаз
- Б. қайта қисилиш
- В. яллиғланиш
- Г. тўғриланмаслик
- Д. ичак гангренаси хисобига перитонит*

70. 46 ешли бемор тана хароратининг ошиши чап ёнбош соҳасида оғриқ ва ичак дискомфорт белгилари шикоят билан мурожаат килди. Пайпаслаганда чап ёнбошида мушаклар таранглашган.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

- А. сигмасимон ичакнинг кайрилиб (буралиб) қолиши
- Б. дивертикулит*
- В. ўткир аппендицит
- Г. гиршпрўнг касаллиги
- Д. ярали колитнинг чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашиши

II. Сизни тактикангиз:

- А. антибактериал даво*
- Б. режали операция
- В. шошилинич операция
- Г. гематомани бартараф қилиш
- Д. тўғри ичак орқали пункция

71. Ичак тутилиши билан бемор текширилганда Цеге-мантейфел ва Обухов шифохонаси белгилари мусбат.

I. Бу қайси ичак тутилиши турига хос:

- А. илеоцекал инвагинацияга
- Б. юқорига чиқувчи йўғон ичак усмасига
- В. ингичка ичак айланиб қолишига
- Г. сигмасимон ичак буралиб қолишига *
- Д. хаммаси тўғри

II. Сизни тактикангиз:

- А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. буралган сигмасимон ичакни тўғрилаш ва Гаген-Торн операцияси*

Г. гематомани бартараф қилиш

Д. тўғри ичак орқали пункция

72. 30 ёшли беморда чап чов сохасида 7x5 см ди хосила бор у бир оз оғриқли корни бўшлигига жойлашмайди йўтал турткиси аломати мусбат.

I Сизнинг ташхисингиз:

А. тўғриланмайдиган чап чов чурраси*

Б. ўнг чов чурраси

В. кисилган соха липомаси

Г. ўнг чов соха липомаси

Д. ўнг чов лимфаденити

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция*

В. шошилинич операция

Г. консерватив даво

Д. бандаж тақиш

73. 42 ёшли беморда токсик бўқоқ, асосий алмашинув 50%. жахлдорлик. йиглашсираш холлари кучайган. Охирги 6 ой ичида 6 кг озган. Пульси 1 минутда 132.

I. Сизни ташхисингиз:

А. III-даражали диффуз токсик бўқоқ*

Б. қалқонсимон без раки

В. тиреотоксикозли III-даражали диффуз бўқоқ

Г. гипотиреоз

Д. I-даражали диффуз бўқоқ

II. Беморни қандай даволаш керак:

А. радиоактив йод, мерказолил, дезинтоксикацион терапия ўтказиш *

Б. тезда операция қилиш

В. санатория курортда даволаш

Г. невропатологда даволаш

Д. қалқонсимон без гормонлари билан даволаш

74. Бемор 29 ешда 12 бармоқ ичак ярасидан қон кетяпти.

I. Қуйидаги жаррохлик даволарининг қайси бирини қўллаш яхши натижалар беради:

А. ошқозон субтотал резекцияси

Б. қонаётган ярани тикиш, пилоропластика, ваготомия *

В. селектив проксимал ваготомия

Г. ярани тикиш ва гейнеке-микулич бўйича пилоропластика қилиш

Д. ун икки бармоқ ичак резекцияси

II. Яширин қон кетиш қандай аниқланади:

А. Греггерсон синамаси*

Б. Кея синамаси

В. Холландер синамаси

Г. Кацони синамаси

75. 70 ёшли бемор сон соҳасида 5х3см ди хосила бор у оғриқли, таранглашган, корин бўшлигига жойлашмайди йўтал турткиси аломати манфий.

I Сизнинг ташхисингиз:

А. қисилган сон чурраси*

Б. ўнг чов чурраси

В. қисилган соҳа липомаси

Г. ўнг чов соҳа липомаси

Д. ўнг чов лимфаденити

II. Сизни тактикангиз:

А. антибактериал даво

Б. режали операция

В. шошилинич операция*

Г. консерватив даво

Д. бандаж тақиш

76. Беморда унғ коворша ости сохасида оғриқ, кўнгил айнаш, огиз куриш, умумий холсизликка безовта килади. 2 соат олдин касал бўлган, куриуда Ортнер ва Мерфи симптомлари мусбат.

I. Сизни ташхисингиз:

А. миокард инфарқтини абдоминал формаси

Б. ўткир буйрак етишмовчилиги

В. крупозли пневмония

Г. ўткир холецистит*

Д. носпецифик ярали колит

II. Шу холатда қайси препаратлар мумкин эмас:

А. антибиотиклар

Б. холеретиклар*

В. спазмолитиклар

Г. стимуляторлар

77. 14 ешли бемор гижжа туплами билан ичак тутилиши мавжудлиги аниқланди.

I. Жаррох тактикаси:

А. гижжа тупламини тугатиш ва уларни бир қисм ичакни ен қисмига суриб қуйиш

Б. ичакни қисман резекцияси ва ёнбош анастомоз қуйиш

В. энтеротомия орқали гижжаларни чиқариш ва тикиб қуйиш*

Г. ташқи энтеротомия

Д. ичак резекцияси ва учма-уч анастомоз қуйиш

II. Бу холат қайси ичак тутилишига киради:

А. обтурацион*

Б. паралитик

В. спастик

Г. странгуляцион

Д. аралаш

1021

78. 40 ёшли бемор 6 йилдан бери 12 бармоқли ичак яра касаллиги билан оғрийди. Тушишидан 1 соат олдин эпигастрал сохада бирданига кучли оғриқ пайдо бўлган. Куриқда корин тахтасимон катиклашган.

I. Яра касаллигини қайси асорти ривожланган:

А. перфорация*

Б. пенетрация

В. малигнизация

Г. стеноз

Д. қон кетиш

II. Оптимал радикал операцияни кўрсатинг:

А. меъда резекцияси*

Б. антрумэктомия

В. ваготомия

Г. пилорапластика.

79. 16 ёшли бемор ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, қорни дам бўлишига, холсизликка шикоят қилади. Куриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида бироз оғриқли, Ровзинг, Раздольский, Ситковский, Бартомье-Мехельсон белгилари гумонли. Қон анализиди: лейкоцитлар 6,4 минг; ЛИИ-1,7.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. ўткир аппендицит*

Б. спастик колит

В. ичак тугилиши

Г. сурункали аднексит

Д. Буйрак санчиғи

II. Сизнинг тактикангиз:

А. стационарга ётқизиб кузатиш*

Б. амбулатор равишда кузатиш

В. шошилич операция

Г. оғриқлар кучайса мурожат қилиш

Д. режали равишда текшириш

80. 27 ёшли аёлда ўткир аппендицит классик клиникаси билан, Дьяконов-Волкович кесими ёрдамида қорин бўшлиғи очилганида қон ва қон лахталари чиқди.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. бачадон орти хомиладорлик*

Б. тухумдон кистаси ёрилиши*

В. мезентериал тромбоз

Г. панкреатит

Д. механик ичак тутилиши

II. Сизнинг тактикангиз:

А. бачадон найларини ва тухумдонларини тафтиш қилиш*

Б. аппендэктомия ва қорин бўшлиғини найчалаш

В. операцион жароҳатни тикиш ва гемостатик терапия

Г. операцион жароҳатни тикиш ва гормонал терапия

81. Асоратсиз кечаётган 35 хафтали хомиладор аёлда ўнг ёнбош соҳасида оғриқлар, қайт қилиш, тана харорати 37,80С кўтарилиши кузатилмоқда. Кўрикда: қоринни ўнг ярмида, қўпроқ пастки қисмида кучли оғриқ бор, Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат. Буйрақлар соҳаларига уриб кўрилганда оғриқсиз. Лейкоцитлар қонда 16 минг. Сийдикда: оқсил излари; лейкоцитлар 5-6/1.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўткир аппендицит*

Б. вақтдан олдин туғиш хавфи

В. тухумдон кистаси ёрилиши

Г. буйрак санчиғи

Д. ичак санчиғи

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилич аппендэктомия*

Б. консерватив даво

В. шошилич туғдириш, кейин аппендэктомия

Г. гинеколог назорати

Д. кутиш тактикаси

82. 55 ёшли бемор ўнг ёнбош соҳасидаги ва қоринни пастки қисмидаги кучли оғриқларга, оғиз қуришига шикоят қилади. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида ва қоринни пастки қисмида оғриқли ва мушаклар таранглашган. Щеткин-Блумберг белгиси мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. ўткир аппендицит, перитонит*

Б. яра касаллиги, тешилиш асорати

В. буйрак санчиғи

Г. ичак санчиғи

Д. ўткир цистит

II. Қайси кесим билан операцияни бошлайсиз:

A. пастки-ўрта лапаротомия*

Б. Дьяконов-Волкович кесими

В. параректал кесим

Г. Мак Бурней кесими

Д. лапароскопия

83. 23 ёшли бемор 4 кундан бери қоринни пастки қисмидаги оғриқларга, субфебрил тана ҳароратига, оғиз қуришига шикоят қилиб келди. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида оғриқли, шу ерда қаттиқ-эластик хусусиятли ҳосила пайпасланади, оғриқли. Қорин парда яллиғланиш белғилари манфий. Қон анализида – лейкоцитлар 10500; ЛИИ-2,5.

I. Сизнинг ташхисингиз?

A. периаппендикуляр инфилтрат*

Б. периаппендикуляр абсцесс

В. кўричак саратони

Г. инвагинация

Д. ингичка ичак буралиши

II. Сизнинг тактикангиз:

A. актив-кутиш*

Б. шошилич операция

В. тезкор операция

Г. режали операция

84. 5 кундан бери хасталанган 43 ёшли тўла аёл ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқларга, субфебрил тана хароратига шикоят қилади. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида оғриқли. Ситковский, Ровзинг, Бартомье-Мехельсон белгилари мусбат. Беморга “Ўткир аппендицит” диагнози қўйилиб операция бошланди ва қорин очилганида ўнг ёнбош соҳасида катта чарви, ингичка ичак халқалари ва йўғон ичакдан ҳосил бўлган конгломерат топилди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. периаппендикуляр инфилтрат*

Б. периаппендикуляр абсцесс

В. кўр ичак саратони

Г. инвагинация

Д. ичаклар буралиши

II. Сизнинг тактикангиз:

А. қорин бўшлиғини найчалаб жароҳатни тикиш*

Б. конгломератни резекция қилиш

В. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Г. ўрата лапаротомия, аппендэктомия

Д. Конгломератни жароҳатга чиқариб терига маҳкамлаш

85. Периаппендикуляр инфилтрат сабабли консерватив даво олаётган беморда 8 кун қорнида оғриқларни кучайиши, тана харорати 38,70С кўтарилиши кузатилмоқда. ЎТТда инфилтратни ўртасида суюқлик борлиги аниқланди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. иккиламчи периаппендикуляр абсцесс*

Б. бирламчи периаппендикуляр абсцесс

В. перитонит

Г. ичаклар аро абсцесс

Д. пилефлебит

II. Сизнинг тактикангиз:

А. абсцессни қорин бўлиғидан ташқи усулбилан очиш ва найчалаш*

Б. кучли антибактериал терапия

В. конгломератни резекцияси

Г. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Д. лапаротомия, абсцессни очиш ва найчалаш

86. 18 ёшли бемор, уч кундан бери хаста, клиникага ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, тана харорати 390С гача кўтарилшига, оғзи қурушига шикоят қилиб тушди. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош сохасида мушаклар таранглашган ва оғриқли. ЎТТда ўнг ёнбош сохасида инфилтратив хосила ва ичида суюқлик борлиги аниқланади. Қонда лейкоцитлар 16,7 минг; ЛИИ 4,6.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. периаппендикуляр абсцесс*

Б. пилефлебит

В. кўр ичак саратони

Г. инвагинация

Д. перитонит

II. Сизнинг тактикангиз:

А. абсцессни қорин бўлигидан ташқи усулбилан очиш ва найчалаш*

Б. кучли антибактериал терапия

В. конгломератни резекцияси

Г. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Д. лапаротомия, абсцессни очиш ва найчалаш

87. Беморда ичи келишининг охирида оғриқларга ва озроқ қон келишига, қабзиятга, ҳолсизликка шикоят қилади. Ахлат кўрилганида устида қон билан бироз қопланган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. бавосир*

Б. тўғри ичак раки

В. анал ёрмаси

Г. ўткир тери ости парапроктит

Д. тўғри ичак оқмаси

II. Ташхисни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. тўғри ичакни бармоқ билан кўриш*

Б. ректороманоскопия

В. фиброколоноскопия

Г. ирригография

Д. ЎТТ

88. Ёш аёл ичи келиши вақтида ва кейинги кучли оғриқларга, оғриқларни думғаза соҳасига узатилишига ичи келганидан кейин озроқ қон келшига, қабзиятга шикоят қилади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. анал ёрмаси*

Б. бавосир

В. тўғри ичак оқмаси

Г. тўғри ичак раки

Д. ўткир тери ости парапроктит

II. Ташхисни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. анал соҳасини визуал кўриш*

Б. тўғри ичакни бармоқ билан кўриш

В. ректороманоскопия

Г. фиброколоноскопия

Д. ирригография

89. 5 кун олдин геморроидэктомия операция ўтказган беморда ичи келганидан сўнг тўғри ичакдан қон келиши, холсизлик, кўзи тиниши, тахикардия кузатилган.

I. Сизни тахминий ташхисингиз:

А. бавосир тугуни оёқчасидан қон кетиш*

Б. геморрагик проктосигмоидит

В. носпецифик ярали колит

Г. Крон касаллиги

Д. мегаколон

II. Сизнинг тактикангиз:

А. бавосир тугуни оёқчаси соҳасини тикиш*

Б. тўғри ичак резекцияси

В. тампон “сигара” билан гемостаз

Г. тўғри ичакка аминоксапрон кислота юбориш

Д. муздек сув билан хукна қилиш

90. 23 ёшли аёл субфебрил тана хароратига, озиб кетишига, чап ёнбош сохасидаги тўлғоксимон оғриқларга, тенезмларга, ичи суюқ қон аралаш келишига шикоят қилиб келди. Колоноскопияда: шиллик қават қизарган, майда эрозияли, аппарат тегиб кетганида қонайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. носпецифик ярали колит*

Б. Крон касаллиги

В. анал ёрмаси

Г. ўткир парапроктит

Д. бавосир

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив даво*

Б. шошилинич операция

В. режали колэктомия

Г. илеостома қўйиш, кейин консерватив даво

91. 15 ёшли қиз узок муддатда ичи келмаслигига, қорнидаги шишга, озиб кетишга, кўнгил айнашига, иштаха йўқлигига шикоят қилади. Кўрикда: қорни шишган, чап ёнбош сохасида хосила пайпасланади, ичи келганида хосила йўқолади, Герзуни белгиси мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. Гиршпрунг касаллиги*

Б. Крон касаллиги

В. бачадондан ташқари хомиладорлик

Г. носпецифик ярали колит

Д. Аддисон касаллиги

II. Ташхисни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ирригография*

Б. қорин бұшлиғи обзор рентгенографияси

В. компьютер томография

Г. УТТ

Д. целиакография

92. 40 ёшли бемор ичи суюқ кўп миқдордақон аралаш келишига, тана харорати кўтарилишига, бўғимлар оғришига, холсизликка шикоят қилади. Кўриқда: тери рангпар, қорни шишган, пальпатор йўғон ичак бўлаб оғриқли, чап ярмида хосила пайпасланади. Колоноскопияда: бирбирига қўшилмаган яралар, шиллик «тошли йўл»симонлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. Крон касаллиги*

Б. носпецифик яралы колит

В. қорин тифи

Г. бруцеллез

Д. дизентерия

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив даво*

Б. шошилинич операция

В. режали колэктомия

Г. илеостома қўйиш, кейин консерватив даво

93. 34 ёшли бемор кўп марта қўланса хидли ичи келишига, озиб кетганлигига, субфебрил тана хароратига, холсизликка шикоят қилади. Кўриқда: тери оқимтир рангда, пастоз. Тахикардия. Қорни шишган, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Ирригограммада: чамбар ичак гаустрасиз, кўричак жигар бурчагига тортилган, псевдополиплар аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. носпецифик яралы колит*

Б. Крон касаллиги

В. Гиршпрунг касаллиги

Г. йўғон ичак полипозы

Д. сальмонеллез

II. Сизнинг тактикангиз:

1029

А. режали колэктомия

Б. консерватив даво

В. илеостома қўйиш, кейин консерватив даво

Г. динамик кузатув

94. Инфекцион касалхонадан хирургик стационарга ўтказилган 28 ёшли аёл гектик тана хароратига, ичи кўп марта суюқ йиринг ва қон аралаш келишига, қориндаги тўлғоқсимон оғриқларга, тенезмга, оғзи қуришига, холсизликка шикоят қилади. Кўрикда: тери қуруқ, оқимтир, субиктерик. Қорни шишган, йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Ахлати қўланса хидли, хунук қонли. Олигоурия.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. носпецифик ярали колит*

Б. Крон касаллиги

В. Гиршпрунг касаллиги

Г. дизентерия

Д. қорин тифи

II. Ташхисни аниқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ирригография*

Б. фиброколоноскопия*

В. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

Г. меъда ичак тизими бўйича барий транзити

Д. компьютер томография

95. 42 ёшли бемор (аёл) хирургик стационарга олиб келинди. Ўзини 3 кундан бери касал деб ҳисоблайди: эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо бўлган ва бир марта қайт қилган. Мустақил равишда уйида но-шпа, анальгин қабул қилган, қоринга илиқ «грелка» қўйган. Кейинчалик оғриқлар ўнг ёнбош соҳага йиғилган, кўп марта ичи суюқ кетган. Кўрикда: ахволи ўрта оғирликда, пульс 92 та 1 мин. да, тили қуруқ, оқ караш билан қопланган, қорни шишган, кўпроқ ўнг ярмада мушаклар таранглашган. Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ўткир аппендицит, перитонит*

Б. меъда яра касаллиги, тешилма асорати

В. пельвиоперитонит

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. ўткир ичак инфекцияси

II. Сизнингча қанақа хирургик тактика қўллаш маъқулроқ:

А. шошилич ўрта-ўрта лапаротомия, перитонит манбасини йўқотиш, қорин бўшлиғи санацияси ва найчалаш*

Б. операцияолди тайёргарлиги, антибиотикотерапия, кейин Дьяконов-Волкович кесими орқали операция

В. Мак-Бурнея кесими орқали шошилич операция, аппендэктомия, санация, асосий кесим орқали найчалаш

Г. интенсив терапия, антибиотиклар, иммуностимуляторлар қўллаш, кейин режали операция қилиш

Д. антибиотикотерапия, кардиотроп препаратлар қўллаш, қорин бўшлиғини лапароскопик найчалаш

96. 43 ёшдаги беморни охириги 5 ой давомида йиғлоқилик, тез чарчаш, кучли озиш безовта қила бошлаган. Қалқонсимон без катталашган, пальпацияда қаттиқ-эластик консистенцияли, қаттиклашган ўчоқлар ҳам аниқланади. Сканнерлашда: қалқонсимон без катталашган ва препарат юқори даражада тўпланган ўчоқлар аниқланди.

I. Сизнинг таъхисингиз:

А. аралаш токсик бўқоқ*

Б. диффуз токсик бўқоқ

В. тугунли токсик бўқоқ

Г. гипотиреоз

II. Даволаш тактикасини белгиланг:

А. тиреотоксикоз белгиларини даволаб, кейин режали операция*

Б. фақат медикаментоз даволаш

В. режали операция

Г. шошилич операция

97. Бемор А. , 42 ёш, охириги 10 йил мабойнида меъда яра касаллиги билан касалланиб келади. Бир неча мартаба консерватив даволанган. Охириги 3 ойлар мабойнида бел сохасига узатилувчи интенсив, белбогсимон оғриқлар безовта қила бошлаган. Меъда контрастли рентген текширувида препилорик қисм орқа деворида чуқур тубли «токча» симптоми аниқланади.

I. Касалликни қайси асорати мавжуд:

А. пенетрация*

Б. малигнизация

В. стеноз

Г. қон кетиг

Д. перфорация

II. Сизнинг тактикангиз:

А. меъда резекцияси*

Б. гастрэктомия

В. меъда ости безининг резекцияси

Г. гастроэнтероанастомоз

Д. панкреатодуоденал резекция

98. Бемор Н. , 30 ёш, ЭФГДС текширувида меъда тана кисмида 2x2,5 см. каллез яра аниқланади. Лекин, бемор анамнезида овқат истимоли билан боғлиқ тўш ости соҳасида оғриқлар кузатилмаган. Шунинг учун ҳам бемор текширувлардан утмаган ва даволанмаган. Умумий ахволи коникарли, пульс-80, А/ҚБ-120/80. Тили нам, караш билан қопланган. Корин одатдаги шаклда, нафас олишди иштирок этади. Палпацияда юмшок, оғриқсиз. Ич келиши қабзиятга мойил.

I. Бемордаги яра қандай аталади:

А. меъдани “соқов” яраси*

Б. 12 б/и “соқов” яраси

В. меъдани ўткир яраси

Г. 12 б/и ўткир яраси

Д. 12 б/и сурункали яраси

II. Сизнинг тактикангиз:

А. меъда резекцияси*

Б. гастростомия

В. меъда ости безининг резекцияси

Г. гастроэнтероанастамоз

Д. панкреатодуоденал резекция

99. Бемор В. , 40 ёш, кўп йиллар мобайнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталаниб келади. Охирги 2 кун мобайнида тўш ости соҳасидаги оғриқлар камайган, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлган. Бугун эса эрталаб тушакдан туришда коллапс ҳолати кузатилган. Бемор тери ва шиллиқ пардалари ранги оқарган. Тўш ости соҳасида бироз локал оғриқ аниқланади. Қорин парда яллиғланиш белгилари йўқ.

I. Сизнинг ташхисингиз:

1032

А. 12 б/и яра касаллиги, қоналма асорати*

Б. меъда яра касаллиги, қоналма асорати

В. 12 б/и яра касаллиги, сингилма асорати

Г. 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати

Д. меъда яра касаллиги, малигнизация асорати

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

В. меъда ичак тизими бўйлаб барий транзити

Г. ЎТТ

Д. КТ

100. Бемор Г. , 30 ёш, қабул бўлимига қориндаги ўткир оғриқларга шикоят қилиб мурожаат қилган. Қориндаги «ханжарсимон» оғриқлар мурожаат қилишдан 6 соат олдин бошланган. Анамнезида яра касаллигига хос оғриқлар йўқ. Беморни умумий ахволи оғир, ҳолати мажбурий – оёқлари қоринга келтирилган, қимирламай ётибди. Пульс-90, К/Б-110/70. Тили қуруқроқ, қорин ичга тортилган, нафас олишда иштирок этмайди. Перкутор «жигар тўмтоқлиги» сақланган. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат. Лейкоцитлар - 9800.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати*

Б. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, пенетрация асорати

В. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, малигнизация асорати

Г. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, стеноз асорати

Д. меъда ва 12 б/и яра касаллиги, қоналма асорати

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси*

В. меъда ичак тизими бўйлаб барий транзити

Г. ЎТТ

Д. КТ

101. Бемор А. , 42 ёш клиникага қорин ўнг ярмидаги оғриқларга, кўнгил айнаш, қайт қилишга, қорин дам бўлишига ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилиб келди. Анамнезида йилнинг куз ва баҳор фаслларида оч қоринга, кечалари кузатилувчи оғриқлар безовта қилиб юрган. Клиникага мурожаат қилишдан 10 соат олдин тўш ости соҳасида «ханжарсимон» оғриқ кузатилган ва кейинчалик оғриқлар тўш остидан ўнг ёнбош соҳасига тарқалган. Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда. Пульс-100 марта, К/Б-110/70. Тили қуруқроқ. Қорин бироз шишган, тўш ости ва ўнг ёнбош соҳалари оғриқли. Щеткин-Блюмберг, Раздольский белгилари мусбат. Лейкоцитлар-14200.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати*

Б. меъда яра касаллиги, тешилма асорати

В. ўткир аппендицит

Г. ўткир аппендицит, перитонит

Д. аппендикуляр санчик

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилич лапаротомия, перфоратив ярани тикиш, қорин бўшлиғини санацияси ва найчалаш*

Б. антибактериал терапия, оғриқ қолдирувчилар, симптоматик терапия

В. беморни тайёрлаб режали операция

Г. Дьяконов-Волкович кесими усулида аппендэктомия

Д. динамик кузатув

102. Бемор Н. , 70 ёш, клиникага тўш ости соҳасидаги оғриқларга, умумий ҳолсизликка, юрак тез уришига ва ҳаво етмаслигига шикоят қилиб келди. Бемор 30 йиллар мобайнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган. Клиникага мурожаат қилишдан 2 соатлар олдин тўш ости соҳасида кучли «ханжарсимон» оғриқ кузатилган. Беморни умумий аҳволи оғир, ҳолати мажбурий. Пульс-90 марта, аритмик. К/Б-150/90. Тили нам, оқ караш билан қопланган. Қорин тортилган, палпацияда қорин олди девори мушаклари таранглашган ва тўш ости соҳаси оғриқли. Қорин парда яллиғланиш белгилари мусбат. Лейкоцитлар-9,8. Қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясида эркин ҳаво аниқланади. ЭКГдан сўнг кардиореаниматолог ташхиси: ЮИК. Миокард ўткир инфаркти.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, тешилма асорати, ҳамроҳ касаллик-миокард инфаркти*

Б. меъда яра касаллиги, тешилма асорати, ҳамроҳ касаллик-миокард инфаркти

В. миокард инфарктини абдоминал тури

Г. ҳамма жавоблар тўғри

II. Сизнинг тактикангиз:

1034

А. шошилич лапаротомия, перфоратив ярани тикиш, қорин бўшлиғи санацияси ва найчалаш*

Б. шошилич лапаротомия, пилороластика, трункуляр ваготомия

В. шошилич лапаротомия, Бильрот I усулида меъда резекцияси

Г. консерватив даво

Д. динамик кузатув

103. Бемор В. , 30 ёш клиникага қориндаги оғриқларга, кўнгил айниб қайт қилишга, қорин дам бўлишига ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилиб келган. Бемор 13 йил мобайнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталаниб келади. Клиникага мурожаат қилишдан 14 соат олдин қоринда кучли «ханжарсимон» оғриқ кузатилган. Умумий ахволи оғир, пульс-110, К/Б-100/60. Тили қуруқ, оқ, караш билан қопланган. Қорин дам, хамма соҳалари палпатор оғриқли. Қорин парда таъсирланиш белгилари мусбат. Лейкоцитлар-18,3. Қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясида эркин хаво аниқланмайди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, ёпилиб турган тешилма асорати*

Б. 12 б/и яра касаллиги, тешилишдан олдинги ҳолат

В. Меъда яра касаллиги, тешилма асорати

Г. 12 б/и яра касаллиги, пенетрация асорати

Д. Меъда яра касаллиги, пенетрация асорати

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилич лапаротомия, перфоратив ярани тикиш, қорин бўшлиғи санацияси ва найчалаш*

Б. шошилич лапаротомия, пилороластика, трункуляр ваготомия

В. шошилич лапаротомия, Бильрот I усулида меъда резекцияси

Г. консерватив даво

Д. динамик кузатув

104. Бемор В. , 45 ёш гастроэнтерология бўлимида даволанмоқда. Бемор 12 йил мабойнида меъда яра касалиги билан хаста. ЭФГДС меъда орқа деворида чуқур тубли яра аниқланган. Ўтказилаётган консерватив терапияга қарамасдан беморда тўш ости соҳасидаги бел соҳасига иррадиация берувчи интенсив оғриқлар сақланмоқда. Оғриқ хуружлари меъда совуқ сув билан ювганда қолади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда яра касаллиги, сингилма асорати*

Б. меъда яра касаллиги, стеноз асорати

В. меъда яра касаллиги, малигнизация асорати

1035

Г. меъда яра касаллиги, қоналма асорати

Д. меъда яра касаллиги, тешилма асорати

II. Сизнинг тактикангиз:

А. меъда резекцияси

Б. гастростомия

В. меъда ости беги резекцияси

Г. гастроэнтероанастамоз

Д. панкреатодуоденал резекция

105. Ошқозон-ичак трактининг юқори қаватидан қон кетиш клиникаси билан муружаат қилган 38 ёшли беморга ўтказилган шошилич ЭФГДС текширувида ўн икки бармоқли ичак орқа деворида 1,5 см диаметрли яра ва унинг тубида катта тромб аниқланади. Гемоглобин – 45 г/л.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, тўхтаган қонаш асорати. IV даражали постгеморрагик анемия*

Б. меъда яра касаллиги, тўхтаган қонаш асорати. IV даражали постгеморрагик анемия

В. 12 б/и яра касаллиги, меъда ости безига сингилма асорати

Г. 12 б/и яра касаллиги, қонаш асорати. IV даражали постгеморрагик анемия

II. Сизнинг даво тактикангиз:

А. актив-кутиш қулай пайт пойлаш тактика*

Б. фақат консерватив терапия

В. зудлик операция

Г. шошилич операция

Д. режали операция

106. Қабул бўлимига 58 ёшли бемор 3 соат олдин кузатилган коллапс ҳолатидан сўнг кўп миқдорда «кофе куйқаси» сингари қайт қилиш ва ичининг суюқ қора рангда келишига шикоятлари билан олиб келинган. Шу ҳолатгача беморда бир ҳафта мобайнида умумий ҳолсизлик, кунда бир неча маротаба шакланмаган қора рангли ахлат келиши кузатилган. Охириги 5-6 йил мобайнида тўш ости соҳасида оч қоринга оғриқлар ва 1 ойлар мобайнида бу оғриқларнинг бел соҳасига иррадиацияси кузатилиб турган. Бемор ўзини текширтмаган ва даволанмаган. Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, пульс 96. , К/Б-105/75.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. яра касаллиги, қоналма асорати*

Б. яра касаллиги, сингилма асорати

В. яра касаллиги, тешилма асорати

Г. хамма жавоблар тўғри

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС*

Б. корин бўшлиғи обзор рентгенографияси

В. меъда ичак тизими рентгенконтраст текшируви

Г. ЎТТ

Д. фиброколоноскопия

107. Реанимация бўлимига ошқозон-ичак тракти юқори қаватидан массив қон кетиш клиникаси (ўзгармаган қон билан қайт қилиш, коллапс) билан келтирилган 44 ёшли беморга шошилич ЭФГДС ўтказилди. Бунда қон кетиш манбаси ўн икки бармоқ ичак яраси эканлиги аниқланди ва бу яра тубидаги қонаётган яра электрокоагуляция қилиниб, қон кетиш тўхтатилди. Реанимацион бўлим шароитида интенсив терапия заминида 8 соатлардан сўнг ўн икки бармоқ ичак ярасидан қон кетиш рецидив аломатлари кузатилди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. 12 б/и яра касаллиги, қоналма асорати*

Б. 12 б/и яра касаллиги, тўхтатилган қон кетиш асорати

В. 12 б/и яра касаллиги, меъда ости безига сингилма асорати

Г. меъда яра касаллиги, қоналма асорати

Д. меъда яра касаллиги, тўхтатилган қон кетиш асорати

II. Сизнинг даво тактикангиз:

А. шошилич операция*

Б. режали операция

В. консерватив даври такрорлаш

Г. ЭФГДС ва коагуляцияни қайтариш

Д. хамма жавоблар тўғри

108. Поликлиника жаррохи кўп йиллар мобайнида меъда яра касаллиги билан оғриган бемор текширувида унда иштаханинг йўқолганлиги, озганлигини, объектив кўрикда чап ўмров усти лимфа тугунларининг катталашганлигини, анализларида гипохром анемия, юқори ЭЧТ ни аниқлади. Бемордаги бу ҳолатлар тўғрисида.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. меъда яра касаллиги, малигнизация асорати*

Б. меъда яра касаллиги, стеноз асорати

В. меъда яра касаллиги, яширин қоналма асорати

Г. меъда яра касаллиги, сингилма асорати

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

A. ЭФГДС, биопсия билан*

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси

В. фиброколоноскопия

Г. кўкрак қафаси рентгеноскопияси

Д. УТТ

109. Беморда РЭПСТдан кейин эпигастрал соҳада белга берувчи оғриқ, кўп марта қайт қилиш, қорин мушакларини таранглашуви, қонда: лейкоцитоз, амилаземия кузатилди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. ўткир панкреатит*

Б. ошқозон-ичак трактидан қон кетиш

В. ўткир холангит

Г. ичак тутилиши

Д. 12-б/и ярасини тешилиши

II. Сизнинг тактикангиз:

A. цитостатик ва протеаз ингибиторлари билан консерватив даво*

Б. шошилич операция, чарви сумкаси абдоминализацияси

В. шошилич операция, меъда ости безининг резекцияси

Г. режали операция, холецистэктомия, холедохни ташқи найчалаши билан

Д. дииагностик лапароскопия

110. 27 ёшли бемор 1-ой олдин қоринни ўнг томонига ёпиқ шикаст олган, шифокорларга мурожаат қилмаган. Оғриқ 1-хафта ичида камайган, лекин беморда иситмалаш кучайиб 38-400С кўтарилган, интоксикация белгилари пайдо бўлган. УТТ текширувида жигарни ўнг бўлагида диаметри 8 см. бўлган, ичида суюқлик бўлган 4мм капсулага ўралган хосила топилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- A. жигарнинг посттравматик абсцесси*
- Б. жигарнинг йиринглаган эхинококк кистаси
- В. жигарнинг холангиоген абсцесси
- Г. жигарнинг пиоген абсцесси
- Д. жигарнинг амёб абсцесси

II. Оптимал даволаш усулини танланг:

- A. интенсив консерватив даво, яна текшириб кўриш.
- Б. лапаротомия, ҳосилани найчалаш
- В. динамическ кузатув, 10 кундан кейин қайта УТТ
- Г. УТТ ёрдамида тери орқали ҳосилани найчалаш*
- Д. УУТ ёрдамида пункцион биопсия олиш.

111. Холедохолитиаз, механик сариқлик билан оғриган беморга ЭПСТ, холедохолитоэкстракция қилингандан сўнг 8-кунига аҳволи оғирлашиб йирингли интоксикация белгилари пайдо бўлди. УТТ 2 та 5 ва 6 см. ли юмалоқ суюқлик сақловчи ҳосила топилди.

I. Сизнинг бирламчи ташхисингиз:

- A. жигар эхинококкози
- Б. жигарни нопаразитар кистаси
- В. жигарни холангиоген абсцесси*
- Г. жигарни метастататик шикастланиши
- Д. жигарни макронодуляр циррози

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

- A. ЎТТ назорати остида тери ва жигар орқали ҳосилани пункция қилиш ва найчалаш*
- Б. антибактериал терапия ва беморни кузатиш
- В. шошилич лапаротомия жигарнинг ўнг бўлаги резекцияси билан
- Г. режали операция жигардан эхинококкэктомия
- Д. реанимация бўлимида интенсив терапия ўтказиш

112. Бемор кўнгил айнишига, қусишга, тери рангини сарғайишига, ўнг қовурға ости ва эпигастрал соҳадаги белбоғсимон оғриқларга шикоят қилиб келди. Анамнезида 1- йил олдин УТТ ўт қопада майда тошлар топилган. Юқорида қайд этилган шикоятлари парhezни бузгандан кейин пайдо бўлган.

I. Сизни ташҳисингиз:

A. 12-б/ичак ярасини хуружи

Б. ошқозон ярасини тешилиши

В. билиар панкреатит, механик сариқлик*

Г. ўткир деструктив аппендицит

Д. ичак тугилиши

II. ташҳисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

A. ўт йўллари ўТТ*

Б. ЭФГДС

В. қорин бўшлғи обзор рентгеноскопияси

Г. меъда ичак тизимидан барий транзити

Д. фиброколоноскопия

113. Беморда катта дуоденал сўрғичда тош тикилиб қолгани сабабли қориннинг юқори қисмидаги кучлик оғриқлар, оғриқни белбоғсимон бўлиши, узлуксиз қайит қилиш, оғзи қуриши, холсизлик безовда қилияпти. Кёрте, Мейо-Робсон, Грей-Турнер белгилари мавжуд.

I. Сизнинг ташҳисингиз:

A. ўткир билиар панкреатит*

Б. ўткир холангит

В. ўткир обтурацион холецистит

Г. ўткир гастрит

II. Сизни тактикангиз:

A. РПХГ, ЭПСТ, Литоэкстракция, панкреатитни консерватив давоси*

Б. холецистэктомия, холедохолитоэкстракция, панкреатитни консерватив давоси

В. холецистэктомия, ТДПСП, панкреатитни консерватив давоси

Г. РПХГ, панкреатитни консерватив давоси

Д. катта дуоденал сўрғични резекцияси, панкреатитни консерватив давоси

114. Бемор 5-6 йил мобайнида бир неча бор сурункали панкреатит хуружи билан даволаниб келган. Охирги йилларда ҳолсизлик, иштахасизлик, озиб кетиш, ичини кунига 5-6 марта қўланса ҳидли, суюқ келиши кузатилаяпти. Инфекцион касалликлар истисно қилинган.

I. Сизни ташхисингиз:

- A. сурункали гастрит хуружи, ошқозон функциясини етишмовчилиги
- Б. сурункали холецистит, ўт қопи функциясини етишмовчилиги
- В. сурункали гепатит, жигар функциясини етишмовчилиги
- Г. сурункали панкреатит, ошқозон ости бези функциясини етишмовчилиги*

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

- A. копрология*
- Б. меъда рентгенконтраст текшируви
- В. қоннинг биокимёвий текшируви
- Г. ЭФГДС
- Д. ЎТТ

115. Беморда ошқозон ости безини ташқи секретор функциясини етишмовчилиги клиникаси.

I. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

- A. копрология*
- Б. КТ
- В. қоннинг биокимёвий текшируви
- Г. ЭФГДС
- Д. меъда ости бези ЎТТ

II. Тўғри давони танланг:

- A. антибиотиклар
- Б. витамин - терапия
- В. ўрин босувчи – терапия*
- Г. умумий қувватни оширувчи – терапия
- Д. протеаз ингибиторлари

116. Ўткир қорин ташхиси билан беморга лапароскопия бажарилди ва қорин бўшлиғида қуйидаги ўзгаришлар: чарвида стеарин пилакчалари, яллиғланиш, озроқ сероз геморрагик ажралма топилди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. 12 б/ичак перфорацияси

Б. ўткир холецистит

В. ўткир панкреатит*

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. Миккел дивертикулини яллиғланиши

II. Сизнинг тактикангиз:

A. актив кутиш*

Б. шошилич лапаротомия, меъда ости безининг резекцияси

В. шошилич лапаротомия, холецистэктомия

Г. шошилич лапаротомия, қорин бўшлиғини санацияси ва найчалаш

Д. тайёрлаб режали операция

117. Бемор ҳолсизлик, иштахасизлик, истмалаш (38-390С), ўнг қовурға остидаги оғриқларга шикоят қилиб келди. Палпатор ўнг қовурға остида оғриқ бор, Жигар оғриқли, 2 см га катталашган. Анамнездан 2 хафта олдин ўнг кўкрак қафаси – жигар проекциясига травма олган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. жигар гематомаси

Б. жигар абсцесси*

В. пневмония

Г. холецистит

Д. кўкрак қафаси мушакларини лат ейиши

II. Ташхисни тасдиқлайдиган қанақа текширув ўтказиш керак:

A. ЭФГДС

Б. ЎТТ*

В. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

Г. фиброколоноскопия

118. Бемор холсизлик, иштахасизлик, ўнг қовурға остидаги оғриқларга шикоят қилиб келди. Палпатор ўнг қовурға остида оғриқ бор, Жигар бироз оғриқли, 4 см. га катталашган. УТТ да гомоген, суюқликли, ўз қобиғига ўралган ҳосила топилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- A. жигар эхинококки*
- Б. жигар алвеококки
- В. жигар абсцесси
- Г. жигарни йиринглаган эхинококки

II. Сизнинг тактикангиз:

- A. шошилинич лапаротомия, жигар ҳосиласининг санацияси ва найчалаш
- Б. режали операция – жигардан эхинококкэктомия
- В. тери ва жигар орқали ҳосилани пункцияси ва найчалаш
- Г. шошилинич лапаротомия, жигар резекцияси

119. Беморда профилактик кўрик вақтида жигарда 3-4 см., ли 3 та четлари нотекис, қобиқсиз, гомоген суюқликли ҳосила топилди. Кейинги кўриқда бундай ҳосилалар буйракда ва ошқозон ости безида ҳам топилди.

I. Сизни ташхисингиз:

- A. жигар эхинококки
- Б. жигар Алвеококки
- В. жигар абсцесси
- Г. жигар оддий кистаси*

II. Сизнинг тактикангиз:

- A. диспанцер кузатув*
- Б. режали операция ва ҳосилаларни олиб ташлаш
- В. шошилинич лапаротомия ва қорин бўшлиғини тафтиш қилиш
- Г. УТТ назорати остида ҳосилани пункция қилиш

120. Бемор озиб кетишига, холсизликка, иштахас йўқлигига, гўштли овқатлар ёқмаслигига, тери рангини сарғайишига шикоят қилиб келди. Кўриқда беморда кахексия бор. УТТ жигарда бир хил ҳусуиятга эга бўлмаган, четлари нотекис ҳосилалар аниқланди.

I. Сизни ташхисингиз:

1043

А. жигар алвеококки

Б. жигар ўсмаси*

В. жигар эхинококки

Г. жигар абсцесси

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилинич лапаротомия, абсцесс бўлиғини санацияси ва найчалаш

Б. режали лапаротомия, эхинококкэктомия

В. динамик кузатув

Г. онкологда даволаниш тавсия этилади*

121. Бемор тери рангини сарғайишига, холсизлик, иситмалашга шикоят қилиб келди. УТТ: жигарни дарвозасида бир хил катталиқдаги суюқлик сақловчи, умумий ҳажми 6-7 см. ли хосила (асалари инига ўхшаш) топилди.

I. Сизни ташхисингиз:

А. жигар раки

Б. жигар кистаси

В. жигар эхинококки

Г. жигар алвеококки*

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. режали лапаротомия, жигар резекцияси*

Б. режали эхинококкэктомия

В. ЎТТ назорати остида хосилани тери орқали пункция қилиш ва найчалаш

Г. шошилинич лапаротомия, хосилани олиб ташлаш

122. Бир неча ҳамроҳ сурункали касалликлари бор 86 ёшли беморда ўткир холецистит клиникаси, динамикада беморни ахволи оғирлашияпти, интоксикация белгилари кучаяпти. Катталашган, кучланган ва оғриқли ўт копи пайпасланади. Ўнг ёнбош соҳасида Щёткин-Блюмберг белгиси мусбат.

I. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС

Б. ЎТТ*

В. КТ

Г. МРТ

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. холецистостомия*

Б. холецистэктомия

В. холецистодуоденоанастомоз

Г. РПХГ

Д. РЭПСТ

123. 20 ёшли бемор клиникага ўнг қовурға ости сохасидаги оғриқларга, шишга, озиб кетишига, холсизликка шикоят қилиб келди. УТТда жигарнинг ўнг бўлагида таранглашган 15x19 смли эхинококк кистаси аниқланди.

I. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилиш операция*

Б. перкутан кистани пункцияси

В. консерватив терапия

Г. актив-кутиш тактикаси

II. Қанақа асоратлар кузатилиши мумкин:

А. киста қорин бўшлиғига ёрилиши ва анафилактик шок*

Б. киста ўт йўлларига ёрилиши, механик сариклик ва холангит

В. кистани йиринглаши, сепсис

Г. киста охакланиши

Д. киста плевра бўшлиғига ёрилиши

124. Операция вақтида аниқланди: чувалчангсимон ўсимта битишмалар ичида жойлашган. Ўсимта учи кўр ичак гумбази остига ёпишган, жарохатга уни чиқазишни иложи йўқ. Жарохатга қйинчилик билан кўр-ичак гумбази чиқарилди.

I. Ўсимтани қанақа жойлашув тури:

А. ретроцекал*

Б. чаноқли

В. жигар остида

Г. латерал

1045

Д. медиал

II. Қайси оператив техника усулини қўллайсиз:

А. ретроград аппендэктомия*

Б. антеград аппендэктомия

В. парчалаб аппендэктомия қилиш усули

125. Беморда ўткир панкреатит ўтказганидан сўнг 2 ойдан кейин эпигастрал соҳасида қаттиқ-эластик хусусиятли бироз оғриқли ҳосила пайпасланади, фиксациялашган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда ости беги кистаси*

Б. меъда ости беги саратони

В. меъда саратони

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив терапия

Б. цистогастроанастомоз*

В. меъда резекцияси

Г. панкреатодуоденал резекция

126. Операция вақтида холедох ятроген тўлиқ кесиб қўйилди ва “йўқотилган” каркас найчада тикланди. Бир йил ўтгач бемор сарғайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. гепатикохоледох стриктураси*

Б. Фатеров сўргич стенози

В. холедохолитиаз

II. Сизнинг тактикангиз:

А. тери ва жигар орқали холангиография ва холангиостомия*

Б. ретроград панкреатохолангиография ва папиллосфинктеротомия

В. консерватив терапия

Г. шошилинич операция, гепатикодуоденоанастомоз

127. 54 ёшли бемор эпигастрал соҳасидаги кучли оғриқларга, кўнгил айнаб қўп мартда қайт қилишга шикоят қилади. Анамнезидан: касаллик ёғли овқатдан сўнг бошланган. Оғриқлар умуртқа поғонасига иррадиация қилади ва белбоғсимон характерга эга. Тери сарғайган. Қорни юмшоқ, эпигастрийда оғриқли. Вена орқали холангиография қилинганида – умумий ўт йўли кенгайган. Сийдикда амилаза – 256, билирубин – 32.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. КДС да қисилган тош*

Б. Золлингер-Эллисон синдроми

В. меъда ости беzi саратони

II. Сизнинг тактикангиз:

А. шошилич ретроград панкреатохолангиография ва папиллосфинктеротомия*

Б. консерватив симптоматик терапия

В. режали лапаротомия, холецистэктомия

Г. режали лапаротомия, меъда ости безининг резекцияси

Д. шошилич лапаротомия, меъда резекцияси

128. 80 ёшли беморда 5 йил олдин бажарилган холецистэктомия операциядан сўнг оғриқлар ва сариқлик безовта қилади. ЎТТ текширувда холедохни дистал қисмида тош топилган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. ЎТК. холедохолитиаз. механик сариқлик*

Б. катта дуоденал сўргич стенози. механик сариқлик

В. холедохни терминал қисми стриктураси. механик сариқлик

Г. меъда ости беzi бош қисми саратони. механик сариқлик

II. Оптимал тактика қандай:

А. РПХГ ва РЭПСТ*

Б. ТДПС

В. ХДА

129. 32 ёшли бемор икки хафта олдин аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган. Операциядан кейинги даврда субфебрил тана харорати, 10чи куни операцион жарохат соҳасида оғриқлар, жарохатдан йиринг ва ахлатли суюқлик чиқиши кузатилган.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. операциядан кейинги кўричак оқмаси*

Б. операциядан кейинги қорин олди девори оқмаси

В. операциядан кейинги ингичка ичак оқмаси

II. Сизнинг тактикангиз:

А. консерватив терапия*

Б. шошилич лапаротомия, оқмани бартараф қилиш

В. операциядан кейинги чандиқни оқма билан кесиб олиб ташлаш

130. Чов чурраси сабабли 16 ёшли беморни операциясида: чурра қопи бх8 см, ичида ката чарви ва мойк борлиги аниқланди.

I. Беморда қанақа чурра:

А. туғма чов-ёрғоқ чурраси*

Б. орттирилган чов-ёрғоқ чурраси

В. сирпанувчи чов-ёрғоқ чурраси

II. Операцияни қанақа қилиб яқунлайсиз:

А. чуррани кесиш ва пластика, Винкельман операцияси*

Б. чуррани кесиш ва пластика, гемикастрация

В. маякни ажратиб ёрғоққа тушириш, чуррани кесиш ва пластика

131. 35 ёшли беморни қисилган чов-ёрғоқ чурраси сабабли операциясида, чурра қопи очилганида ўзгармаган 3та ингичка ичак халқаси чиқди.

I. Бу қисилишнинг қанақа тури:

А. ретроград*

Б. антеград

В. деворий

Г. ахлатли

II. Сизнинг тактикангиз:

А. ичак халқаларини қорин бўшлиғига киритиб чуррани кесиш ва чов канали пластикаси

Б. ичакни тўлиқ жарохатга чиқариб уларни хаётга мойиллигини аниқлаш*

В. ичак халқаларининг резекцияси, чов канали пластикаси

132. 30 ёшли бемор ўнг қовурға остидаги хосилага, озишга, холсизликка шикоят қилади. УТТ: жигарнинг ўнг бўлагида 14x16 см кучланган эхинококк кистаси аниқланади. Кўрик вақтида тўсатдан қоринда кучли оғриқ пайдо бўлди, беморни ахволи оғирлашди, совуқ тер билан қопланди, пульс ипсимон. АҚБ 80/50 мм сум уст. Қоринни олди девори мушаклари таранглашган, Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.

I. Қанақа асорат кузатиляпти:

A. кистани қорин бўшлиғига ёрилиши*

Б. кистани ўт йўлларида ёрилиши

В. киста плевра бўшлиғига ёрилиши

Г. ички қон кетиш

II. Сизнинг тактикангиз:

A. анафилактик шок билан курашиш, шошилинич лапаротомия*

Б. реанимация бўлимида интенсив терапия ўтказиш

В. беморни ахволини яхшилаб режали операция қилиш

Г. симптоматик терапия

133. 5 йилдан бери жигар эхинококкози билан хасталанган 58 ёшли бемор, 15 кундан бери ахволи оғирлашган, тери сарғайган, склералари иктерик, ўнг қовурға ости оғрикли, бемор озиб кетган, тана харорати 38-39,0С кўтарилади, қалтирайди, пульс 120 мартда 1 дақиқада, АҚБ 100/50, қонда лейкоцитлар 20000, билирубин 110 ммоль/л. Жигар катталашган ва нотекис. Қайта УТТ қилинганида холедох кенгайган.

I. Қанақа асорат кузатиляпти:

A. кистани ўт йўлларида ёрилиши*

Б. кистани қорин бўшлиғига ёрилиши

В. кистани плевра бўшлиғига ёрилиши

Г. жигар ўсмаси ўт йўлларида ўсиши билан

II. Сизнинг оптимал тактикангиз:

A. РПХГ ва РЭПСТ*

Б. шошилинич лапаротомия, қорин бўшлиғи тафтиши

В. режали эхинококкэктомия

Г. консерватив даво, беморни тўлиқ текшириш

134. Бемор 45 ёш, ўнг қовурға остидаги оғриққа, холсизликка, тана харорати 39,0С кўтарилишига шикоят қилади. Анамнезидан: ўзини 1 ойдан бери хаста деб билади, касаллик субфебрил тана харорати билан

бошланган. Бемор 2 ой олдин қорнига ёпиқ жарохат олган. УТТ – жигарнинг ўнг бўлагида нотўғри шаклдаги, аниқ чегарасиз, 5x8 см суюқликли ҳосила аниқланган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- A. жигарнинг йиринглаган гематомаси*
- Б. жигарнинг парчаланаётган ўсмаси
- В. жигарнинг йиринглаган эхинококк кистаси
- Г. альвеококкоз

II. Сизнинг оптимал тактикангиз:

- A. ЎТТ назорати остида тери ва жигар орқали ҳосилани пункция қилиш ва найчалаш*
- Б. шошилич лапаротомия, жигар резекцияси
- В. режали лапаротомия, эхинококкэктомия
- Г. консерватив даво

135. Поликлиника врачлари қабулига 10 йил мабойнида меъда яра касаллиги билан касалланиб келувчи 60 ёшли аёл бемор мурожаат килди. Беморда охириги вақтларда озиш, иштаханнинг ва гўштли овқатларга хушининг йўқолиши, умумий холсизлик кузатилади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- A. гастрит
- Б. панкреатит
- В. жигар циррози
- Г. малигнизациялашган меъда яраси*
- Д. меъда полипи

II. Ташхисни тасдиқлаш учун оптимал текширув усулини кўрсатинг:

- A. гастродиброскопия биопсия билан*
- Б. меъданинг контраст рентгенографияси
- В. қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси
- Г. қорин бўшлиғи аъзоларини ЎТТ
- Д. меъданинг стимулланган ширасини текшириш

136. Поликлиника врачлари қабулига 58 ёшли бемор озишга, еган овқатини қайт қилишга, кекиришга ва умумий холсизликка шикоят қилиб келди. Бемор 20 йил мабойнида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги

билан хаста, бир неча маротаба консерватив даволанган. Кўриқда: бемор озгин, тери тургори пасайган. Пульс-88, К/Б-100/70. Қорин нахорга кўрилганда тўш ости соҳасида «суюқлик чайқалиш» белгиси аниқланади. Ич келиши қабзиятга мойил.

I. Сизнинг ташхисингиз:

- A. меъда саратони
- Б. меъданинг пилорик қисмини ярали стенози*
- В. ичак тутилиши
- Г. меъда полипоз
- Д. сурункали гастрит

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширувлар ўтказиш керак:

- A. ЭФГДС*
- Б. меъданинг контраст рентгенологик текшируви*
- В. қорин бўшлиғи аъзоларининг ЎТТ
- Г. компьютер томография
- Д. лапароскопия

137. Бемор Г. , 30 ёш қабул бўлимига «кофе қуйқаси» сингари қайт қилишга шикоят билан олиб келинган. Бир кун олдин кўп миқдорда алкоголь истеъмоли заминида кўп маротаба қайт қилган. Овқат истеъмоли билан боғлиқ бўлган тўш ости соҳасидаги оғриқлар бемор анамнезида кузатилмаган. Беморни умумий ахволи ўрта оғирликда, терилари оқарган. Қорин оғриқсиз, ичи келмаган. К/Б-110/60. , пульс-86. , гемоглобин - 110 г/л, гематокрит-35%.

I. Сизнинг тактикангиз:

- A. меъдани зонд орқали совуқ сув билан ювиш*
- Б. шошилинич лапаротомия
- В. Блекмор зондини қўйиш
- Г. шошилинич эзофагогастроскопия*
- Д. гемостатик терапия*
- Е. меъданинг рентгенологик текшируви

II. Беморда «кофе қуйқаси» сингари қайт қилиши қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

- A. Маллори-Вейс синдроми*
- Б. эрозив геморрагик гастрит*

В. меъда ва 12 б/и яра касаллиги*

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. ўткир токсик гепатит ва жигар етишмовчилиги

III. Қайси текширув усули аниқ қонаш манбасини аниқлаб бериши мумкин:

А. гастродуоденофиброскопия*

Б. лапароскопия

В. меъда контраст рентгенографияси

Г. компьютер томография

Д. қорин бўшлиғи аъзоларининг ЎТТ

138. Шифохонанинг қабул бўлимига эпигастрал соҳасидаги кучли оғриқларга шикоят қилиётган 35 ёшли бемор олиб келинган. Бир неча йилдан бери беморни эпигастрал соҳасида оғриқ ва жиғилдон қайнаши безовда қилади. Метрода кетаётганида қориннинг юқори қисмидаг кучли оғриқ пайдо бўлган, бемор оғриқдан хушидан кетган. Бемор кушеткада ўнг ёнбошида ётибти, тиззалари қорнига келтирилган, ҳаракат қилшга қўрқади. Тили қуруқ, қорни таранглашган. Жигар тумтоқлиги аниқланмайди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. меъда саратони

Б. ўткир панкреатит

В. меъда ёки 12 б/и ярасини тешилиши*

Г. талоқ ёрилиши

Д. ўткир холецистит

II. Ташхисингизни тасдиқлайдиган қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС

Б. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси*

В. қорин бўшлиғи ЎТТ

Г. компьютер томография

Д. колоноскопия

III. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. шошилич операция*

Б. актив-кутиш тактикаси

В. консерватив терапия

Г. режали операция

139. Кечаси клиникага тез ёрдам машинасида холсизликка, боши айланишига, қулоқларида шовқун бўлишига ва кўзи тинишига шикоят қилиётган 30 ёшли бемор олиб келинган. Бемор тери оққарган, жонсиз. Илгари бундай ҳолатлар кузатилмаган. Охирги вақт бемор меъда соҳасидда дискомфорт сезган – жиғилдон қайнаши, оч қоринга меъда соҳасида оғриқлар. Овқат истъемолидан сўнг оғриқлар камейяди. Ичи қора рангда келган.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. 12 б/и ярасидан қон кетиши*

Б. миокард инфаркти

В. ўткир лейкоз

Г. тўғри ичакдан қон кетиши

Д. жигар циррози

II. Қайси текширув усули билан сиз ташхисингизни тасдиқлайсиз:

А. ЭФГДС*

Б. ЭКГ

В. колоноскопия

Г. ректоскопия

Д. лапароскопия

Е. жигар ўТТ

Ж. гемограмма

140. 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан узоқ давр хасталанган беморда охирги вақт клиник манзара ўзгарган. Беморда овқат истъемолидан сўнг эпигастрал соҳасида оғирлик сезиши ва оғриқлар, кўнгил айнаши, куннинг иккинчи яримида эрталаб еган овқати билан қайт қилиши, оғзидан палада хид келиши, озиб кетиши безовда қилади.

I. Беморда гуммон қилиш мумкин:

А. пилородуоденал қисим стенози*

Б. ярадан қон кетиши

В. меъда саратони

Г. яра пенетрацияси

Д. яра перфорацияси

II. Қайси текширув усули билан сиз ташхисингизни тасдиқлайсиз:

А. ЭФГДС*

Б. меъданинг рентген-контраст текшируви*

В. колоноскопия

Г. компьютер томография

Д. лапароскопия

Е. жигар ЎТТ

Ж. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

141. 5 йилдан бери меъда антрал қисми яраси сабабли назоратда бўлган 70 ёшли беморда охирги 3 ой ичида эпигастрал сохадаги оғриқлар дойими бўлиши, гўштли овқатларга хушининг йўқолиши, холсизлик, озиб кетиши безовда қилади. Бемор илгари операциядан бош тортган.

I. Касалликни қайси асорати тўғрисида ойлаш мумкин:

А. меъда ярасини малигнизацияси*

Б. яра пенетрацияси

В. меъданинг чиқиш қисмининг стенози

Г. яра перфорацияси

Д. меъданинг ярасидан қон кетиши

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қанақа текширув ўтказиш керак:

А. ЭФГДС биопсия билан

Б. меъда рентгенографияси

В. қорин бўшлиғи аъзоларининг ЎТТ

Г. меъда ширасини текшириш

Д. ахлатни яширин қонашга текшириш

142. Шифохонанинг қабул бўлимига оғир ахволда 68 ёшли бемор олиб келинган. Беморни куп марта кофе куйиқаси симон қайт қилиши ва ичи суюқ қора келиши безовда қилади. Бир ҳафтадан бери бемор холи йўқ. Охирги йиллар беморда эпигастрал сохадаги оғриқлар фасилга боғлиқлиги кузатилган. Илгари бемор ҳеч қаерга мурожат қилмаган. Пульс 106 бир дақиқада, АҚБ 90/60 мм см уст.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. меъда яра касаллиги, қонаш асорати*

Б. йўғон ичакдан қон кетиши

В. дизентерия

Г. бавосирдан қон кетиши

Д. тўғри ичак полипидан қон кетиши

II. Беморга қайси ташхис ва даволаш муолажаларини ўтказиш мумкин:

А. меъдага зонд қўйиб совуқ сув билан ювиш*

Б. ЭФГДС*

В. гемостатик терапия*

Г. антикоагулянтлар ва фибринолитикларни тавсия этиш

Д. меъдани рентген-контраст текшируви

Е. меъдани илиқ сода эритмаси билан ювиш

143. Шошилинч гастроскопияда меъданинг бурчаги соҳасида чуқур тубли 3,0x3,0 см яра топилган, тубида актив қонаб турган катта қон томир бор.

I. Қанақа қон томирдан қонаш кузатиляпти:

А. меъда ости беги -12 б/и артериясидан

Б. ўнг меъда артериясидан

В. чап меъда артериясидан*

Г. меъда-чарви артериясидан

Д. калта меъда артериясидан

II. Сизнинг оптимал даволаш тактикангиз:

А. массив гемотрансфузия

Б. эндоскопик қонашни тохтатиш

В. қонаётган қон томирни эмболизацияси

Г. актив гемостатик терапия

Д. гастротомия, қонаётган қон томирни тикиш*

144. 30 ёшли эркак қабул бўлимига холсизлик, қорин соҳасида кучли оғриқга шикоят қилиб келди. Бир соат олдин эпигастрал соҳада ўткир оғриқни хис қилган. Объектив кўрикда: қорин нафас олишда қатнашмаяпти,

қорин ичига тортилган. Пальпацияда қорин олди деворида тахтасимон таранг, қорин парда таъсирланиш белгилари мусбат. Перкуссияда жигар тумтоқлиги аниқланмайди.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

- A. ўткир аппендицит
- B. ўткир панкреатит
- B. ўткир холецистит
- Г. меъда ёки ўн икки бармоқ ичак перфоратив яраси*
- Д. буйрак коликаси
- E. ўнг томонлама плевропневмония

II. Биринчи навбатда қандай текширув ўтказиш керак:

- A. гастродуоденоскопия
- B. қорин бўшлиғини обзор рентгенографияси*
- B. лапароскопия
- Г. «қидираётган катетер» усулида лапароцентез
- Д. меъда рентгенографияси

III. Сизнинг даволаш тактикангиз:

- A. радикал операция (ТВ ва АЭ ёки меъда резекцияси)*
- B. паллиатив операция
- B. гастроэнтероанастомоз қўйиш
- Г. гастростомия
- Д. холецистодуоденоанастомоз қўйиш

145. 31 ёшли эркак қорин юқори қисмида тўсатдан бошланган кучли оғриқ билан келди. Олдин оғриқлар бўлмаган. Бемор мажбурий холатда. Пульс минутига 78 мартаба. Қорин пальпациясида - қорин олди деворида ифодаланган таранглик ва Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Обзор рентгенографияда қорин бўшлиғида “эркин газ” аниқланган.

I. Сизнинг тахминий диагнозингиз:

- A. 12 бармоқ ичакни перфоратив яраси*
- B. 12 бармоқ ичакни пенетрияцияловчи яраси
- B. ўткир панкреатит

Г. ўткир ичак тутилиши

Д. ўткир гастрит

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

А. антибактериал терапия

Б. ошқозонни барий билан рентгеноскопия қилиш

В. шошилиш лапаротомия

Г. динамик кузатув

Д. наркотик моддалар билан оғриқсизлантириш терапияси

146. 40 ёшли бемор узок вақт 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриб келади, охириги 2 кунда оғриқ интенсивлиги камайиши, лекин шу билан бирга зўрайиб борувчи холсизлик, бош айланиши кузатилган. Бугун эрталаб тушакдан турганида бир неча соняга хушини йўқотган. Бемор оқарган, эпигастрал қисмида кам ифодаланган оғриқ. Қорин парда таъсирланиш белгилари йўқ.

I. Яра касаллигини қайси асоратига гумон қиялсиз:

А. қон кетиш*

Б. пилородуоденал стеноз

В. пенетрация

Г. малигнизация

Д. перфорация

II Сизнинг гумонингизни тасдиқловчи қанақа шошилиш текширув усулини таклиф қиласиз:

А. гастродуоденофиброскопия*

Б. қорин бўшлиғини обзор рентгеноскопияси

В. барий сульфат билан ошқозонни рентгенографияси

Г. қорин бўшлиғини ЎТТ қилиш

Д. компьютер томография

147. 42 ёшли бемор 10 йилдан бери 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриб келади. Стационар даво олганларидан сўнг 1-2-3 йил вақт давом этувчи ремиссия бўлган. Шу йилнинг январ ойида беморда оғриқ эпигастрал қисмида доимий бўлган, овқатдан сўнг кучайган ва интенсивлашган. Оғриқ бел соҳасига узатилади. Рентгенологик текширувида 12 бармоқ ичакнинг орқа деворида чуқур тоқча аниқланади.

I. Қориндаги оғриқлар характери ўзгариши нима билан боғлиқ:

А. ошқозон ости безига яранинг пенетрацияси*

- Б. ярянинг малигнизацияланиши
 - В. яря касаллигининг авж олиши
 - Г. гастрит билан бирга кечувчи
 - Д. ярадан қон кетиши
 - Е. яра перфарацияси
- II. Беморга қайси даволаш усулларини ўтказиш лозим:

- А. меъдани ювиш*
- Б. оғриксизлантириш терапияси*
- В. режали операция
- Г. шошилич операция
- Д. эндоскопик диатермокоагуляция
- Е. яра касаллигига қарши терапия*

148. Поликлиникадаги умумий амалиёт шифокорига 18 ёшли аёл мурожаат қилиб келган ва унинг қалқонсимон безининг чап бўлагига 5x5 смли тугун аниқланган. Тиреотоксикоз белгилари йўқ. Олдин ҳеч қачон даволанмаган.

I. Қандай тахминан диагноз қўйиш мумкин:

- А. Базедов касаллиги
- Б. диффуз токсик бўқоқ
- В. тугунчали бўқоқ*
- Г. қалқонсимон беши ўсмаси
- Д. Хашимото тиреодити

II. Беморни қайси мутахасисига йўлланма бериш керак:

- А. эндокринологга*
- Б. терапевтга
- В. хирургга*
- Г. невропатологга
- Д. дерматологга

III. Қандай инструментал текширув ўтказиш керак:

А. қалқонсимон безининг ҰТТ*

Б. ЭФГДС

В. доплерография

Г. реовазография

Д. қалқонсимон безининг пункция қилиш

149. 27 ёшли аёлга маҳаллий оғриксизлантрилиб, ўрта оғирликдаги тиреотоксикоз белгиси бўлган III даражадаги диффуз бўқоқ билан, субтотал струмэктомия операцияси қилинди. 1 кун ўтгандан сўнг тутқоноқ, қарахтлик, мушаклар тортилиши, “акушер кўли” ва мушакларда оғриқ кузатилган. Овоз сақланган. Пульс 90 марта 1 дақиқада, АД 110/80 мм смб уст, тана харорати 37,5°.

I. Қандай асорат ҳақида гап кетяпти:

А. паратиреоид тетания*

Б. тиреотоксик криз

В. қон кетиш

Г. анафилактик шок

Д. қикилдоқнинг шикастланиши

II. Бу асоратнинг сабаби нима:

А. қалқонсимон олди безини сақлаб қолган ҳолати

Б. қалқонсимон олди безини олиб ташлаш*

В. қалқонсимон безни тотал олиб ташлаш

Г. қалқонсимон безни гемирезекцияси

Д. хикилдоқ нервини зарарланиши

III. Бу касалликни даволашда қандай усуллар устуворлик қилади:

А. плазмаферез

Б. кальций етишмовчилигини тўлдириш*

В. гемотрансфузия

Г. гемодиализ

Д. йодни микродозада қабул қилиш

150. 37 ёшли аёл асаби қўзғалувчанлигига, кўп йиғлашига, уйқусизликка, кўп терлашига, озиб кетишига ва юрак уриб кетишига шикаят қилади. 1. 5 йилдан бери ўзини хаста деб билади. 1 йил олдин бўйнининг чап

томонида ўсмага ўхшаш ҳосила аниқлаган. Кўздан кечирганда қалқонсимон без бир мунча катталашган, ютинганда кўринади, пальпацияда оғриқли. Умумий алмашинув+30, пульс-120 марта 1 дақиқада, АҚБ-140/70мм смб уст. НХС – 32.

I. Қалқонсимон без катталашган даражаси:

А. I даража

Б. II даража*

В. III даража

Г. IV даража

Д. V даража

II. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

А. диффуз токсик бўқоқ, ўрта даражали тиреотоксикоз*

Б. тугунчали эутиреоид бўқоқ

В. Хошимото бўқоғи

Г. Ридел бўқоғи

Д. II даражадаги аралаш бўқоқ, енгил оғирликдаги тиреотоксикоз

III. Қандай махсус текшириш усуллари ўтказиш керак:

А. қалқонсимон без гормонларини текшириш*

Б. қорин бўшлиғи ЎТТ

В. реовазография

Г. доплерография

Д. ингичка игнали аспирацион биопсия

151. 43 ёшли аёл тез чарчашига, таъсирчанликка, кўп йиғлашига, тез хафа бўлишига, юрак уриб кетишига шикоят қилади. 2 йилдан бери ўзини хаста деб билади. 1,5 йил олдин бўйнида ўсмага ўхшаш ҳосила аниқлаган. Охирги йиллари 6 кгга озиб кетган. Охирги вақтда куннинг 2 чи ярмида меҳнатга қобилияти пасайганлиги аниқлаган. Кўздан кечирганда қалқонсимон без катталашган, бўйин контурлари ўзгарган (семиз, йўғон) ютинганда кўринади, пальпацияда оғриқсиз. Асосий алмашувдан +25, пульс-90 марта 1 дақиқада.

I. Бўқоқнинг катталашган даражасини аниқланг:

А. I даража

Б. II даража

В. III даража *

Г. IV даража

Д. V даража

II. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

А. диффуз токсик бўқок, тиреотоксикозни енгил тури*

Б. тугунли эутиреоид бўқок

В. Хашимото бўқоғи

Г. Ридел бўқоғи

Д. аралаш бўқокни V даражаси, ўрта оғирли тиреотоксикоз

III. Қайси даволаш усулининг самараси кўпроқ:

А. консерватив

Б. хирургик*

В. пункцион

Г. комбинациялашган

Д. нур билан даволаш

152. 21. ЮИК билан оғриб юрган 60 ёшли бемор, эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо бўлиб кейин бутун коринга тарқалиши билан 2 суткадан кейин касалхонага мурожаат қилган ва госпитализация қилинган. Икки марта қайт қилган. Беморнинг аҳволи оғир. Нафас олиши бир дақиқада – 26 марта. Пульси – 120 та бир дақиқада. АҚБ – 90/60 мм сим уст. Тили қуруқ, оқ караш билан қопланган. Қорни нафас актида иштирок этмайди, таранглашган, ҳамма соҳаларда оғрикли, Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ичак перистальтикаси эшитилмайди. Лейкоцитлар – $15 \times 10^9/\text{л}$. гемоглобин – 131 г/л.

I. Сизнинг дастлабки (тахминий) диагнозингиз:

А. ўткир пневмония

Б. яра касаллигининг хуружи

В. номаълум сабабли перитонит*

Г. миокард инфарктининг абдоминал шакли

Д. ўткир энтероколит

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай инструментал усули ахамиятли:

А. корин бўшлиғи обзор рентгенографияси*

Б. умумий қон анализи

В. ректороманоскопия

Г. селектив ангиография

Д. доплерография

III. Оптимал даволаш тактикасини танланг:

А. диагнозни аниқлаш ва қорин бўшлиғини очиш усулини танлаш мақсадида лапараскапия

Б. 1–2 соат ичида инфузион ва кардиал терапия, ундан сўнг лапаротомия *

В. шошилич операция

Г. диагнозни аниқлаш ва қорин бўшлиғини очиш усулини танлаш мақсадида УТТ

Д. 1–2 соат ичида инфузион ва кардиал терапия, ундан сўнг ЭФГДС

153. Бемор 35 ёш, эпигастрал соҳасида кучли оғриқ ва оғриқ бутун қоринга тарқалгандан 24 соатдан кейин госпитализация қилинди. Анамнездан кўп йиллардан бери 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан хасталанган. Беморнинг умумий аҳволи оғир. НХС – 24 марта 1 дақиқада, ЮКС– 100-110 марта 1 дақиқада. АҚБ 110/70 мм смб уст. Тил қуруқ, оқ караш билан қопланган. Қорин нафас олишда қатнашмайди, таранг, оғриқли, Шеткин-Блумберг белгиси мусбат.

I. Сизнинг тахминий ташхисингиз:

А. 12 бармоқ ичак яра касаллиги, перфарация ва пеританит асоратлари*

Б. 12 бармоқ ичак яра касаллигини хуружи

В. пельвиоперитонит

Г. номаълум этиологияли перитонит

Д. перитонизм

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қайси текширув усуллари ахамиятли:

А. ЭФГДС+қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси*

Б. УТТ+кўкрак қафаси рентгеноскопияси

В. умумий қон анализи+ЭФГДС

Г. қонда қанд миқдорини аниқлаш+ирригоскопия

Д. селектив ангиография+лапароцентез

154. 33 ёшли бемор қориннинг пастки қисмларидаги оғриқларга, кўнгил айнашга, қайт қилишга шикоят қилади. Ўзини 2 суткадан бери касал деб ҳисоблайди: оғриқ аввал қориннинг юқори қисмида пайдо бўлган ва 6 соатдан кейин ўнг ёнбош соҳага кўчган ва кейинчалик қориннинг пастки соҳаларида ҳам оғриқлар бўла

бошлаган. Беморнинг аҳволи ўрта оғирликда. Пульс 90 та 1 дақиқада, АҚБ 120/80 мм сим уст. Тили курук, караш боғлаган. Қорни бироз шишган, Щёткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ичак шовқинлари сустлашган. Лейкоцитлар конда – 15 x 10⁹/л, ЭЧТ – 16 мм/соат.

I. Сизнинг дастлабки (тахминий) диагнозингиз:

A. терминал илеит (Крона касаллиги), перитонит

Б. деструктив холецистит, перитонит

В. деструктив аппендицит, перитонит*

Г. панкреонекроз, перитонит

Д. тешилган меъда яраси, тарқалган перитонит

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

A. антибактериал терапия

Б. хирургик даво*

В. лазер терапия

Г. УФОК

Д. баротерапия

III. Хирургик даво ўтказиш учун оптимал кесимни танланг:

A. Дьяконов-Волкович кесими

Б. ўрта-ўрта лапаротомия*

В. параректал кесим

Г. қовурға ости кесими

Д. трансанал кесим

155. Аппендэктомия қилинган 37 ёшли беморда 5 суткадан бошлаб аҳволи оғирлашди, тана харорати гектик кўтарилмоқда, лейкоцитлар миқдори кўтарилди, дизурик ҳолат ва тенезмлар кузатиляпти.

I. Қайси асорат тўғрисида ойлаш мумкин:

A. Дуглас бўшлиғи абсцесси*

Б. ичаклар аро абсцесси

В. пилефлебит

Г. операциядан кейинги перитонит

Д. ички қон кетиш

II. Ташхисни тасдиқлаш учун қайси текширув усулидан бошлайсиз:

А. ректороманоскопия

Б. ирригоскопия

В. тўғри ичакни бармоқ билан текшириш*

Г. хромоцистоскопия

Д. қон ва сийдик анализларини қайта текшириш

III. Дуглас бўшлиғи абсцессидида сизнинг хирургик тактикангиз:

А. қорин олди девори орқали пункция

Б. тўғри ичак орқали пункция, очиш ва найчалаш*

В. даволоччи хукналар

Г. қорин олди девори орқали очиш

Д. консерватив даво

156. Ёши катта беморда ич келиши вақтида ёки жисмоний зўриқишдан кейин орқа чиқарув тешигида ёпишқоқ, бирмунча оғриқли, зўриқишдан кейин мустақил йўқоладиган 3 x 5 см ли ёт жисм аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. тўғри ичак тушиши*

Б. бавосир

В. анал ёрмаси

Г. тўғри ичак оқмалари

Д. тўғри ичак саратони

II. Операциядан олдин қайси инструментал текширувни ўтказиш шарт:

А. сфинктерометрия*

Б. колоноскопия

В. ирригография

Г. тўғри ичакдан биопсия олиш

1. Аппендэктомиядан кейинги Дуглас бўшлиғи абцессига хос белгилар (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. гектик ҳарорат

Б. тенезм

В. тез-тез сийиш

Г. тўғри ичак олдинги деворининг осилиб қолиши

Д. тўғри ичак орқа деворининг осилиб қолиши*

2. Агар жарроҳ Дьяконов Волкович кесмаси билан қорин бўшлиғини очганда геморрагик суюқлик чиқса, қандай касаллик ҳақида ўйлаши мумкин (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. бачадондан ташқари ҳомиладорлик (най ёрилиши) ёки тухумдон апоплексияси

Б. панкреонекроз

В. сил мезоденити*

Г. ичак тутилиши

Д. мезентериал қон томирлар тромбозболияси

3. Ўткир аппендицитда қорин парда таъсирланишини кўрсатувчи белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. Щеткин-Блюмберг белгиси

Б. Образцов белгиси

В. Ситковский белгиси

Г. нафас олганда ўнг ёнбош соҳасини орқада қолиши

Д. Ровзинг белгиси*

4. Меъда ости беши ички секреция гормонлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. инсулин

Б. глюкагон

В. липокаин

Г. калликреин

Д. гистамин*

5. Ўткир панкреатитдаги қонда бўладиган ўзгаришларни топинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. гемоглобин ва гемокрит ошиши

Б. гемоглабин ва гемокрит пасайиши*

В. плазма ҳажмининг камайиши

Г. лейкоцитоз

Д. гипокальцемиа

6. Ўткир панкреатитга хос рентгенологик белгиларни кўрсатинг

(нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. Th12L2 соҳасида зич соя

Б. паралитик ичак тутилиши

В. қорин бўшлиғида суюқлик бўлиши

Г. чап томонда диафрагманинг юқори туриши

Д. чап томонда диафрагма остида эркин газ*

7. Панкреонекрозга хос белгиларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. меъда ости беги некрози ҳисобига эпигастрийдаги оғриқнинг камайиши*

Б. симптомлар ва оғриқни кучайиши

В. қорин парда таъсирланиш белгилари

Г. коллапс ва шок ривожланиши

Д. лейкоцитоз ошиши

8. Ўткир панкреатитда операцияга 5 та кўрсатмани аниқланг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. холецистопанкреатит ўт пуфаги деструкцияси билан кечса

Б. перитонитнинг кучайиб бориши

В. шишли панкреатитнинг паралитик ичак тутилиши билан кечиши*

Г. консерватив давонинг фойда бермаганлиги

Д. йирингли панкреатит

9. Прогрессирланувчи ўткир панкреатитдаги 5та лаборатор кўрсаткичларни сананг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

- А. қонда ва сийдикда диастаза миқдорининг камайиши
- Б. қанд миқдорининг ошиши
- В. лейкоцитознинг ўсиши
- Г. қонда ва сийдикда диастаза миқдорининг кескин ошиши*
- Д. гиперглобулинемия гипопропротеинемия

10. Ўткир панкреатитга хос оғриқлар (нотуғри жавобни кўрсатинг):

- А. эпигастрал соҳадаги оғриқлар
- Б. эпигастрийдаги оғриқлар қовурға остидаги оғриқларга қўшилиши
- В. оғриқнинг елкага бёрилиши
- Г. белбоғсимон оғриқ
- Д. вақти вақти билан оғриқлар бўлиши*

11. Ўткир ичак тутилиши кечки даврларидаги патоморфологик ўзгаришларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

- А. организмнинг сувсизланиши ва гемокритни ошиши
- Б. айланиб юрган плазма миқдорининг камайиши
- В. қон плазмасида натрий миқдорининг камайиши
- Г. алькалоз ривожланиши*
- Д. қонда калий миқдорининг ошиши ва ацидоз ривожланиши

12. Қисилган чурраларга хос белгиларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

- А. чурра соҳаси да кучли оғриқ бўлиши
- Б. чурра корин бўшлиғига тўғриланмайди
- В. «йўтал турткиси» симптоми мусбат*
- Г. чурра ўлчамининг катталашиб бориши
- Д. «йўтал турткиси» симптоми манфий

13. Қисилган чов-ёрғоқ чуррасини 5та касалликлардан фарқлаш керак (нотуғри жавобни кўрсатинг):

- А. қисилган сон чурраси

Б. сохта Брокк қисилиши

В. мояк сили*

Г. мояк истисқоси

Д. чов лимфаденити

14. Чов чуррасида сохта Брокк қисилишига хос белгиларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. йўтал турткиси симптоми манфий*

Б. мояк катталашган

В. чурра дарвозаси аниқланади

Г. йўтал турткиси симптоми мусбат

Д. перитонит белгилари мавжуд

15. Ўткир аппендицитнинг асосий белгиларини кўрсатинг (нотуғри жавоб):

А. Щеткин Блюмберг симптоми

Б. Ситковский симптоми

В. Курвуазье симптоми*

Г. Ровзинг симптоми

Д. Раздольский симптоми

16. Ўткир аппендицитнинг асоратларини сананг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. аппендикуляр инфилтрат

Б. аппендикуляр хўппоз

В. йирингли перитонит

Г. гемоперитониум*

Д. пилефлебит

17. Чувалчангсимон ўсимтанинг асосий атипик жойлашувларини айтинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ретроцекал

Б. чанокда

В. жигар остида

Г. чап қовурға остида*

Д. ретроперитонеал

18. Қорин бўшлиғи Дъяконов-Волкович кесмаси билан очилганда геморрагик суюқлик чиқса жарроҳ қайси 4 касаллик ҳақида ўйлаши керак (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. ичак тугилиши

Б. панкреонекроз

В. мезентериал қон томирларининг тромбоемболияси

Г. яра пенетрацияси*

Д. бачадондан ташқаридаги ҳомила ёрилиши

19. Эркакларда ўткир аппендицитни қайси 4 касаллик билан кўпроқ дифференциялаш лозим (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. спастик колит

Б. гастрит

В. ўнг буйрак санчиғи

Г. плеврит*

Д. яра перфорацияси

20. Ўткир тошли холециститнинг асосий асоратларини айтинг (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. ўт пуфағи истискоси

Б. мелена*

В. холедохолитиаз

Г. холангит

Д. механик сариқлик

21. Умумий ўт йўлининг 4 қисмини кўрсатинг (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. супрадуоденал

Б. ретродуоденал

В. жигар ичи*

Г. панкреатик

Д. интрамурал

22. Ўткир холециститда оғриқлар қайси 4 томонга тарқалади (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. ўнг кўкрак қафасига

Б. белга*

В. чап кўкрак қафасига ва юракка

Г. ўнг елка устига

Д. ўнг кўракка

23. Ўт таркибига кирувчи 4 моддани аниқланг (нотуғри жавоб):

А. сув

Б. ёғ кислоталари тузлари

В. холестерин

Г. қанд*

Д. ёғ кислоталари

24. Ўткир панкреатитга олиб келувчи этиологик омилларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ўтнинг панкреатик йўлга рефлюкси

Б. спиртли ичимликлар ичиш

В. кўп миқдорда ва ёғли овқатлар истеъмол қилиш

Г. меъда ости беши жароҳатланиши

Д. гастрит*

25. Меъда ости беши қуйидаги 4 қисмдан иборат (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. фундал*

Б. бош қисми

В. бўйин қисми

Г. тана қисми

Д. дум қисми

26. Ўткир панкреатитга хос симптомларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. эпигастрал соҳадаги белбоғсимон оғриқ

Б. чап қовурға-умуртқа бурчагидаги оғриқ (МейоРобсон симптоми)

В. киндик устида қорин аортаси томир уриши йўқолиши (Воскресенский симптоми)

Г. киндикдан 6-7 см юқорида оғриқли қаршилик пайпасланиши (Керте симптоми)

Д. ўнг қовурға остида оғриқ*

27. Панкреатик ферментларнинг бошқа аъзоларга токсик таъсири қуйидаги ўзгаришлар билан аниқланади (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. сариклик

Б. тери ранги оқариши*

В. ўчокли некроз ва жигар етишмовчилиги

Г. плеврит, кўпинча чап томонлама

Д. нефрит нефроз

28. Ўткир панкреатитда бўладиган қондаги ўзгаришларни кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. Нв ва Нт нинг кўтарилиши

Б. зардоб ҳажмининг камайиши

В. лейкоцитоз

Г. гипокальцемиа

Д. Нт камайиши*

29. Ўткир панкреатитнинг рентгенологик белгиларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. меъда ости безининг шишиши билан боғлиқ бўлган D L соҳасидаги қалин соя

Б. 12 бармоқ ичакнинг "ёйилган така" шаклини олиши

В. қоринда очиқ ҳаво*

Г. ичак параличи ҳисобига ичак тутилиши белгилари

Д. қорин бўшлиғида суюқликнинг тўпланиши

30. Ўткир панкреатит шиш формаси белгиларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. эпигастрал соҳадаги кучли белбоғсимон оғриқ

Б. кўп марта қусиш

В. тери қопламларининг оқ ва кўкимтир рангга кириши

Г. акроцианоз*

Д. диастазанинг ошиши

31. Панкреонекрознинг симптомларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

1071

А. интоксинация пасайиши*

Б. оғриқнинг ва қоринпарда таъсирланиши белгиларининг кучайиши

В. коллапс ва шокнинг ривожланиши

Г. лейкоцитознинг ошиши

Д. диастазанинг камайиши

32. Ўткир панкреатитнинг асоратларини кўрсатинг (нотуъғри жавобни кўрсатинг):

А. қорин парда орти флегмонаси

Б. панкреатик оқмалар ва кисталарнинг пайдо бўлиши

В. қандли диабет

Г. пневмония*

Д. меъда ости беги секвестрацияси ва хўппоз пайдо бўлиши

33. Ўткир панкреатитни консерватив даволаш қуйидаги чора-тадбирлардан иборат (нотуъғри жавобни кўрсатинг):

А. кучли овқатланиш*

Б. оғриққа қарши кўраш

В. спазмолитиклар

Г. меъда ости беги экскретор фаолиятини сусайтириш

Д. гиповолемияни йўқотиш

34. Ўткир панкреатитда операция қилиш учун кўрсатмаларни белгиланг (нотуъғри жавобни кўрсатинг):

А. холецистопанкреатит ўт пуфаги деструкцияси билан

Б. панкреатик оқма*

В. перитонитнинг ривожланиши

Г. консерватив чора тадбирларнинг самарасизлиги

Д. йирингли панкреатит

35. ўткир деструктив панкреатитда операция ҳажм доирасини кўрсатинг (нотуъғри жавобни кўрсатинг):

А. холецистэктомия холедохни дренажлаш

Б. меъда ости беги резекцияси

В. ПДР*

Г. панкреатэктомия

Д. чарви халтасини дренажлаш

36. Ўткир холецистопанкреатитнинг лапароскопиядаги билвосита белгиларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. қорин бўшлиғидаги геморрагик ажралма

Б. қоринда йиринг*

В. ўт пуфагининг таранглашуви

Г. ёғ некрози ўчоғларининг бўлиши

Д. ичакнинг шишиши, димланиши

37. Ўткир панкреатит ривожланаётганлигининг лаборатор ўзгаришларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. қонда ва сийдикда диастазанинг кўпайиши

Б. қанд миқдорининг ортиши

В. лейкоцитознинг ортиши

Г. қонда кальций миқдорининг янада камайиши

Д. қонда ва сийдикда диастазанинг камайиши*

38. Панкреатитда беморларни текширув усулларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. КТ*

Б. ультратовуш текшируви

В. рентгенологик текширув

Г. лапароскопик текширув

Д. клиник ва биохимик таҳлиллар

39. Фатер сўрғичи тош билан бекилганда юзага чиқадиған 4 симптом қуйидагилардан иборат (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. механик сариқлик

Б. ўткир панкреатит

В. ўткир холецистит

Г. ичак тутилиши*

Д. холангит

40. Сурункали панкреатитнинг клиник белгиларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. чап қовурга ёйи ва эпигастрал соҳадаги тумтоқ оғриқлар

Б. сариқлик

В. ич кетиши

Г. кучли оғриқ*

Д. стеаторея креаторея

41. Обтурацион ичак тутилишининг асосий сабабларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ичак ўсмалари

Б. чурра қисилиши*

В. ёт жисмлар

Г. ўт тошлари

Д. гелминтлар

42. Ўтқир ичак тутилишида операция учун кўрсатма (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. перитонит борлиги

Б. паралитик ИТ*

В. ичак буралиб қолиши тугун ҳосил бўлиши

Г. ичак инвагинацияси

Д. консерватив давонинг самарасизлиги

43. Ўтқир ичак тутилишини консерватив даволаш қуйидаги 4 асосий чора тадбирлардан иборат (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. юрак гликозидлари*

Б. спазмолитиклар ёки перистальтикани кучайтирувчи дорилар

В. 2 томонлама паранефрал блокада

Г. хўқналар

Д. гидро-ион бузилишлар коррекцияси

44. Ичак хаётийлигининг белгиларини айтинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. қон томирлар пульсацияси

Б. ичак кўк рангда*

В. ичак перистальтикаси

Г. ичак ранги қизгиш

Д. сероз қават ялтироқлиги

45. Ўткир ичак тутилишида қайси асосий операциялар ўтказилади (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. битишмаларни ажратиш

Б. ичак буралганда жойига келтириш

В. ичаклар дезинвагинацияси

Г. ваготомия*

Д. чириган ичак резекцияси ва анастомоз қўйиш

46. Қисилган сон чурраси асосан қуйидаги касалликлар билан дифференцияланади (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. қисилган чов чурраси

Б. совуқ оқма (хўппоз) билан

В. қаттиқ шанкр*

Г. чов лимфаденити

Д. овал чукурча олдидаги варикоз тугун тромбофлебити

47. Қисилган чурранинг асосий белгиларини айтинг (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. илгари қорин бўшлиғига тўғриланаётган чурра тўғриланмайди

Б. ҳосила атрофида кучли оғриқ

В. симиллаб оғриш*

Г. ҳосила ҳажми катталашади ва таранглашади

Д. "йўтал турткиси" симптоми манфий

48. Чов чуррасида Брок ёлғон қисилишининг асосий клиник белгиларини айтинг (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. ёрғоқнинг катталашуви

Б. чурра дарвозаси аниқланиши

В. йўтал турткиси мусбат

Г. перитонит белгилари мавжуд

Д. ёргоқ ўлчами нормал*

49. Қисилган диафрагма чуррасида асосий белгиларни айтинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. кўкрак қафасининг чап томонидаги оғриқ

Б. кориндаги оғриқлар

В. кучли ҳансираш цианоз тахикардия

Г. қон қусиш

Д. стенокардия*

50. Чурранинг асосий асоратларини айтинг:

А. яллиғланиш

Б. тўғриланмаслик

В. қисилиш

Г. стеноз*

Д. копростаз

51. Чурра халтаси яллиғланишининг асосий 4 белгиларини айтинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ҳосила атрофидаги қизариш

Б. ҳосила атрофидаги оғриқлар

В. ҳосила соҳаси оддий рангда*

Г. ҳосила атрофидаги шиш

Д. маҳаллий ҳарорат кўтарилиши

52. Қисилган чурра операциясида асосий босқичларни айтинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. тўқималарни қаватма-қават апоневрозгача кесиш ва чурра қопчасини ажратиш

Б. чурра копини очиб чурра суюқлигини қуритиш ва ёрдамчи томонидан

В. қисилган аъзоларни тутиш (ёрдамчи томонидан)

Г. қисувчи халкани кесиш

Д. лапаротомиядан бошлаш*

53. Қисилган чурра операциясидан кейинги даврда поликлиника жарроҳи ўтказадиган реабилитацион функциялар қуйидаги асосий тадбирлардан иборат (нотуғри жавобни кўрсатинг):

- А. беморни диспансеризацияга олиш
- Б. беморни фаол кузатиш
- В. диспансеризация шарт эмас*
- Г. беморни пассив кузатиш
- Д. йилда 1-2 марта кўрсатма бўйича беморни диспансеризация қилиш

54. Яра пенетрациясидаги оғриққа хос (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. эпигастрал оғриқ ритмининг йўқолиши
- Б. оғриқ йўқолиши*
- В. оғриқнинг кучайиши
- Г. оғриқнинг доридармонлардан кейин қолмаслиги
- Д. оғриқнинг тарқалиши

55. Яра перфорациясида қўлланиладиган операция турлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. ярани тикиб қўйиш тешилган ярани фақат кўндаланг равишда тикиш лозим
- Б. ваготомия ва перфоратив ярани кесиб олиш ёки ўзакли ваготомия ва пилоропластика
- В. Жабулей операцияси*
- Г. ваготомия ва пилороантрумэктомия
- Д. меъда тежамли резекцияси меъда сурункали яраси перфорациясида кўпроқ қўлланилади

56. Ярани кесиб олиш учун қилинадиган операцияларни қўллашнинг мезонлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. яра анамнезининг муддати
- Б. яра перфорациясидан 6 соатдан кам вақт ўтганлиги
- В. беморнинг ҳолати узокроқ ўтказиладиган операцияга имкон бериши лозим
- Г. жарроҳ малакасининг етарлилиги
- Д. яра перфорациясидан 6 соатдан кўп вақт ўтганлиги*

57. Пилоростенознинг асосий симптомлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. меъда суюқлиги билан қайт қилиш
- Б. кескин озиш
- В. нажасли қусиш*

Г. организмнинг сувсизланиши олигоурия

Д. меъданинг қорин девори орқали кўриниб туриши

58. Пилоростенозда беморларнинг асосий шикоятлари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. қориндаги кучли оғриқ*

Б. эпигастрал соҳада оғирлик сезиши

В. истеъмол қилинган овқатни қайт қилиш

Г. қабзият

Д. озиш

59. Стенозда гиповолемиа бузилишларининг белгилари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ўриндан туришда бош айланиши, хушдан кетиш

Б. томир уришининг тезлашуви қон босимининг пасайиши

В. коллапсга мойиллик тери рангининг оқариши

Г. брадикардия*

Д. диурезнинг камайиши

60. Гастроген тетаниянинг белгилари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. умумий тиришиш

Б. тризм (жагининг қотиб қолиши)

В. клоник тиришиш*

Г. бармоқларнинг қотиб қолиши (Труссо симптоми)

Д. юз нервининг ўзагига таъсир этганда юз мушакларининг тортилиши (Хвостек симптоми)

61. Суб ва декомпенсацияланган стеноз бор беморларни операцияга тайёрлашнинг чора-тадбирлари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. волемик бузилишларни даволаш

Б. эритроцитар масса кўйиш*

В. етарли калорияда парентерал озиқлантириш

Г. ярага қарши доридармонлар

Д. меъдани мунтазам ювиш

62. Қон кетиш даражасини баҳолашда етарли маълумот берадиган мезонлар (нотуғри жавобни кўрсатинг):

1078

А. тромбоцитлар миқдори*

Б. шок индекси

В. гемоглобин гематокрит кўрсаткичлари

Г. организмдаги айланаётган қон ҳажми (ОЦК)

Д. эритроцитлар миқдори

63. Ошқозон-ичак трактдан қон кетаётганлигининг белгилари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. қон қайт қилиш

Б. "кахва куйкаси" билан қайт қилиш

В. нажаснинг қора келиши

Г. қон туфлаш*

Д. нажас билан кам ўзгарган қон келиши

64. Қон йўқотилганлигининг умумий белгилари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ҳолсизланиш

Б. бош айланиши

В. юрак тез уриши

Г. хушдан кетиш

Д. амнезия*

65. Меъда ва 12 бармоқ ичакдан қон кетишининг сабаблари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. Мондор хасталиги*

Б. меъда ва 12 бармоқ ичак пептик яралари

В. геморрагик гастрит

Г. Меллори Вейс синдроми

Д. кизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши

66. Қон кетаётган манбани асбоблар ёрдамида аниқлашнинг усуллари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ЭГДФС

Б. меъда-ичак тракти рентгеноскопияси

В. ректороманоскопия

Г. ангиография

Д. тўғри ичакни бармоқ билан кўриш*

67. Қон кетишининг 4 даражаси (Стручков бўйича) (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. I даража (ЦКХ) етишмаслиги 5% дан кўп эмас

Б. II даража (ЦКХ) етишмаслиги 15%

В. ДОЦК 20% I даража*

Г. III даража (ЦКХ) етишмаслиги 30%

Д. IV даража (ЦКХ) етишмаслиги 30% дан ортик

68. ГД кон кётганда, беморни зудлик билан операция қилиш учун кўрсатмалар (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. консерватив даволашнинг самарасизлиги

Б. консерватив кон тўхташи*

В. ярадан қайта қон кетиши

Г. профуз кон кетиш

Д. эндоскопик текширишда кон тўхташининг ишончли белгиси йўқ

69. Қизилўнғач варикоз кенгайган томирларидан қон кетишини даволашнинг чора тадбирлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. гемостатик терапия (гемотрансфузия питуитрин)

Б. Блекмор зонди билан қизилўнғач тампонадаси

В. гепарин*

Г. эндоскопик флебосклеротерапия

Д. жаррохлик кенгайган қизилўнғач ва кардия веноз томирларини тикиш ва боғлаш

70. Ошқозон-ичак трактидан кон кетиш оғирлигининг мезони (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. ичакдан ёки меъдадан кетишига кўра*

Б. кон кетиш даражаси

В. кон кетиш шиддатига

Г. беморнинг ёши ва ёндош касалликлар

Д. кон кетаётган манба

71. Маҳаллий перитонитнинг энг кўп учрайдиган турлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

1080

А. диафрагма ости хўппози

Б. аппендикуляр хўппоз

В. ичаклараро хўппоз

Г. паранефрал*

Д. Дуглас хўппози

72. Қорин бўшлиғи 3 қаватини айтинг:

А. юқори*

Б. эпигастриум

В. ўрта*

Г. пастки*

Д. ўнг жигар бўлаги қавати

73. Қорин бўшлиғи ўрта қаватининг асосий сохаларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. ўнг ён канал

Б. ўнг мезентериал синус

В. чарви бўшлиғи*

Г. чап мезентериал синус

Д. чап ён канал

74. Қорин парданинг юқори қаватда жойлашган халталарини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. жигар халтаси*

Б. чарви халтаси

В. жигарнинг ўнг халтаси

Г. жигарнинг чап халтаси

Д. ошқозон олди халтаси

75. Перитонитда яллиғланиш жараёни тарқалиши даражаларини кўрсатинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. маҳаллий чекланган

Б. маҳаллий чекланмаган

В. диффуз

Г. тарқалган

Д. қорин юқори қаватида*

76. Операция вақтида перитонит ташхиси қуйидаги белгиларга асосланиб қўйилади:

А. қорин парда гиперемияси

Б. фибрин ипчалари бўлиши

В. стеарин доғлари*

Г. қорин парда хиралашуви

Д. қорин бўшлиғида йирингли ёки бошқа характердаги суюқлик бўлиши

77. Псевдоперитонеал синдромга олиб келувчи сабабларни айтинг (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. уремия

Б. порфирия

В. диабетик криз

Г. буйрак санчиғи

Д. пневмония*

78. Икқиламчи перитонитга асосий қуйидаги ўткир хирургик касалликлар олиб келади (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. аппендицит

Б. холецистит

В. эхинококкоз*

Г. меъда ва 12 бармоқ ичак ёрилган яраси

Д. панкреатит

79. Ковак аъзоларнинг эркин қорин бўшлиғига ёрилиши учун хос белгилар (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. тўсатдан ўткир бошланиши

Б. "тахтасимон" қорин

В. қорин юмшоқ*

Г. жигар бўғиқлигининг йўқолиши

Д. тахикардия

80. Перитонитда энг кўп қўлланиладиган текширув турлари (нотуғри жавобни кўрсатинг):

1082

А. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

Б. лапароскопия

В. экскретор урография*

Г. қон ва сийдик умумий анализи

Д. УТТ

81. Гинекологик перитонитнинг сабабларини кўрсатинг (нутўғри жавобни кўрсатинг):

А. алгодисменорея*

Б. специфик гонококкли

В. пиосальпинкс йиринглаган тухумдон кистаси ва параметриядаги хўппозларнинг ёрилиши туфайли

Г. шифохоналардан ташқарида бажарилган абортлардан кейин

Д. гинекологик операциялардан кейин

82. Қайси касалликлар кўпинча диафрагма ости хўппозига сабаби бўлади (нутўғри жавобни кўрсатинг):

А. аппендицит

Б. перитонит

В. холецистит

Г. тешилган яра

Д. пневмония*

83. Декомпенсацияланган жигар циррози учун хос бўлган симптомларни айтинг (нутўғри жавобни кўрсатинг):

А. сариклик

Б. ҳарорат кўтарилиши

В. астеноневротик синдром

Г. диарея*

Д. асцит

84. Линберг бўйича қанақа жигар кисталарини биласиз (нутўғри жавобни кўрсатинг):

А. чин

Б. сохта

В. нопаразитар

1083

Г. якка*

85. Жигар кистаси симптомларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. жигар соҳасида тарқоқ, тортиб турувчи оғриқлар, тўрганда оғриқ кучайиши

Б. оғирлик сезгиси

В. иштаха пасайиши ёки йўқолиши

Г. ётганда оғриқ*

Д. кекириш

86. Жигар кистаси асоратининг белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. пайпаслаганда оғриқ

Б. амилаза ошуви*

В. сариқлик

Г. ҳарорат кўтарилиши

Д. қорин парда таъсирланиш белгилари бўлиши

87. Жигар хўппозига олиб келувчи асосий касалликларни айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. амебали дизентерия

Б. сепсис

В. пилефлебит

Г. туберкулез*

Д. йирингли холангит

88. Жигар хўппозининг асосий белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. ўнг қовурға ёйи остида оғриқ

Б. гектик ҳарорат

В. кўкракда оғриқ*

Г. жигар катталашуви

Д. сариқлик

89. Тўғри ичакнинг туғма нуқсонлари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. тўғри ичакнинг тўлиқ атрезияси

Б. тўғри ичакнинг тўлиқ атрезияси оқма билан

В. пролапсус*

Г. орқа чиқарув тешиги атрезияси

Д. тўғри ичак сийдик қопа оқмалари

90. Қизилўнғачдаги ёт жисмларнинг белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. кўркув хисси

Б. кўкракда қисилиш

В. бўғизда тўш орқасида оғирлик хисси ва оғриқ

Г. дисфагия

Д. гипертермия*

91. Тўғри ичакдаги ёт жисмни белгиларини айтинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. оғриқ

Б. тўғри ичакда охирлик ва туликлик хисси

В. дизурия*

Г. анусдан кон ва шиллик ажралиши

Д. тенезм

92. Тиреотоксикоз асосий белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. тахикардия

Б. брадикардия*

В. экзофтальм

Г. қўл ва оёқ қалтираши

Д. асосий модда алмашувини ошиши

93. Тиреотоксик криз асосий белгилари (нотўғри жавобни кўрсатинг):

А. тахикардия

Б. гипертермия

В. гипотермия*

Г. безовталаниш

Д. қон босими ошиши

94. Қизилўнғачни қандай текшириш усуллари бор (нотуғри жавобни кўрсатинг):

А. рентгенологик

Б. эзофагоскопия

В. УТГ*

Г. эзофаготоноқимография

Д. фармакодиагностик синамалар

Й.

Хикматов Жасур тахлайди

Инновацион таълим технологиялари: техник воситалар билан таъминланганлик ва электрон таълим материаллари материаллари рўйхати

электрон дарсликлар

амалий компьютер дастурлари

видеоматериаллар

аудиоматериаллар

(Қоғозли вариантнинг рўйхати, электрон вариантида рўйхатдаги материалнинг ўзи)

Фан бўйича адабиётлар:

асосий адабиётлар

қўшимча адабиётлар

монографиялар рўйхати

1086

диссертациялар рўйхати

институт АРМ, ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати

интернет сайти

Асосий адабиётлар

I. Асосий:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
4. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
5. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
6. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
7. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
8. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
9. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

Кўшимча адабиётлар

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
2. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
3. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
4. Ерохин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург, 2003.
5. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
6. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.

7. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
8. Шердок Н., Дж. Дули Заболевания печени и желчных путей. М. Медицина 1999.
9. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.
10. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз. Винд Г. Дж. 1999 год
11. Ambulatory colorectal surgery. Ambulatory colorectal surgery / edited by Laurence R. Sands, Dana R. Sands.- New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2009.- 354 p.
12. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. 2005.
13. Хирургия печени. Альперович Б.И.2010.
14. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
15. Атлас дренирования в хирургии – Гульман М.И. 2004.
16. Атлас оперативной хирургии грыж – Егиев В.Н.2003.
17. Холедохолитиаз – Майстренко Н.А.2000.
18. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия – Пронин В.А.2007.
19. Этюды желудочной хирургии – Юдин С.С.2003.
20. Атлас операций на желчных путях, Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. 2000.
21. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
22. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии – Егиев В.Н. 2002г
23. Руководство по хирургии желчных путей – Гальперин Э.И.2009г
24. Основы криохирургии печени и поджелудочной железы. Альперович Б.И.2006г
25. Повреждения живота при сочетанной травме. Абакумов М.М., Лебедев Н.В.2005г
26. Неотложная панкреатология – Костюченко А.Л.2000г
27. Операции на печени – В.А. Вишневский.2003г
28. Распространенный гнойный перитонит – В. В. Бойко.2008г
29. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
30. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
31. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г
32. Хирургическая операция. Расстройство гомеостаза, предоперац. подгот. - И.Я.Макшанов. 2002 г.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Монографиялар рўйхати

1. “Перитонит у больных пожилого и старческого возраста” (Ш.И.Каримов) Ташкент 1985 г;
2. “Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой” (Ш.И.Каримов) Ташкент 1994 г; 239 стр.;
3. “Юқумли ва паразитар касалликларда кузатиладиган хирургик асоратлар ва уларни даволаш усуллари” (С.Н.бобоҳўжаев) 2002 йил, 176 бет;
4. “Малоинвазивные вмешательства в лечении желчно-каменной болезни и ее осложнения” (Ш.И.Каримов, В.Л. Ким) Ташкент 2004 г; стр.302;
5. «Хирургия язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки» 2006 г, стр.241 (И.А.мирходжаев);
6. «Осложненный эхинококкоз» 2006 г, 185 стр. (И.А.Мирходжаев, Б.З.Хамдамов);
7. «Хирургические осложнения при инфекционных и паразитарных заболеваниях и способы их лечения», 2007 г, 185 стр, (С.Н.Бобохўжаев);
8. «Операциядан кейинги интенсив терапия» 2008 й, 207 бет (О.Ш.Эшонов);
9. «Бухоро тиббиёт тарихи» 2009 й, 237 бет (Н. Наимов);
10. «Гнойно-некротические осложнения нижних конечностей» г.Бухара, 2010г, 302 стр. (Б.Б.Сафоев);
11. . «Инфузионно-трансфузионная терапия в хирургии» 2010 г, 304 стр. (Клиническая руководство) (О.Ш.Эшонов);
12. . «Гиповолемия» 2012 й, 108 бет (О.Ш.Эшонов);
13. «Диагностика и лечение эхинококкоза» 203 стр Фрезден (Германия 2012г)
14. . «Предоперационная подготовка больных к операции и анестезии». Монография, 204 стр (Т.А.Аскарлов, О.Ш.Эшонов).

ДАРСЛИКЛАР ВА ЎҚУВ-АМАЛИЙ ҚЎЛЛАНМАЛАР:

1. «Синдром Такаясу» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 30 стр.
2. «Хирургия ишемической болезни сердца» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 30 стр.
3. «Вазоренальная гипертензия» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 35 стр.
4. «Портальная гипертензия» (Ш.И.Каримов) Методические рекомендации, Ташкент 1983г, 32 стр.
5. «Заболевания желчного пузыря и желчных протоков» (Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамрзаев, Р.У.Усмонов) Методические рекомендации, Ташкент 1990г, 30 стр.
6. «Заболевание пищевода» (Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, З.Б.Ботирова) Методические рекомендации, Ташкент 1991г, 30 стр.
7. «Диафрагма чурралари» (С.О.Комилов, И.Г.Малкиев) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент, 25 бет.
8. «Ўпка ва кўкс оралиғи хавфсиз ўсмалари» (Ш.И.Каримов, С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1994, 36 бет.
9. «Ўткир тромбоз ва эмболиялар» (С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995, 25 бет.
10. «Оёқ артерияларининг облитерацияловчи касалликлари» (Ж.М.Сафаров) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995, 25 бет.
11. «Такаясу синдроми» (Ш.И.Каримов, М.М.Абдурахмонов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995, 24 бет.
12. «Вазоренал гипертензия» (Ж.М.Сафаров, Б.Ў.Маклиев) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995, 20 бет.
13. «Юракнинг орттирилган нуқсонларилари» (Ш.И.Каримов, С.О.Комилов, Ф.М.Холбекова) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1994, 23 бет.
14. «Юракнинг туғма нуқсонларилари» (С.О.Комилов, Ф.М.Холбекова) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1994, 35 бет.
15. «Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари» (С.О.Комилов, Ф.М.Холбекова, Б.Ў.Маклиев) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1995, 34 бет.
16. Амбулатор жаррохлик ёрдамини кўрсатиш, ташкил қилиш ва поликлини-кадаги жаррохлик хонаси хужжатлари (С.О.Комилов, Б.З.Ҳамдамов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1996, 34 бет.
17. «Оёқ веналарининг касалликлари» (С.О.Комилов, М.Б.Болотов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Тошкент 1996, 32 бет.

18. “Портал гипертензия” (С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Бухоро, 1999, 32 бет.
19. “Қизилўнгач касалликлари” (С.О.Комилов) 5-курс талабалари учун қўлланма, Бухоро, 1999, 30 бет.
20. “Заболевания прямой кишки” (И.А.Мирхўжаев, К.У.Газиев, И.Ш.Норов) Методическая разработка для студентов 4-курса, Ташкент 1999, 30 стр.
21. “Ўткир аппендицит” (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов, Л.М.Нажмитдинов) 4-курс талабалари учун услубий қўлланма, Тошкент 1999, 30 бет.
22. “Ўткир панкреатит” (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов, Л.М.Нажмитдинов) 4-курс талабалари учун услубий қўлланма, Тошкент 2000 г, 25 бет.
23. “Заболевания ободочной кишки” (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.Б.Сафоев, К.У.Газиев) Методическая разработка для студентов 4-курса, Ташкент 2000 г , 32 стр.
24. Ситуационные задачи по хирургическим заболеваниям (Б.С.Турсунов) для студентов 6 часть, 1995 г.
25. Ситуационные задачи по хирургическим заболеваниям (Б.С.Турсунов) для студентов 7 часть, 1995 г., 30 стр.
26. «Клиникагача бўлган хирургия» Дарслик. Тошкент, 2001, 200 бет.
27. «Субординаторлар учун жаррохлик» Дарслик. 1993, 431 бет (Ш.И.Каримов, Н.Х.Шомирзаев).
28. “Қалқонсимон без касалликлари” Даволаш факультети 4-курс талабалари учун услубий қўлланма, 2001, 25 бет (И.А.Мирхўжаев, Б.З.Хамдамов).
29. “Ўткр холецистит” услубий қўлланма. 2001, 36 бет (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов).
30. “Ошқозон операциясидан кейинги касалликлар” V-курс талабалари учун услубий қўлланма 2000, 23 бет (С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов).
31. “Ўткр перитонит” Тиббиёт институти талабалари учун қўлланма. 2001, (И.А.Мирхўжаев, Ш.Х.Хаётов).
32. “Хирургик фанларда янги педагогик технологиялар” Ўқитувчилар учун услубий қўлланма (С.О.Комилов, Ф.М.Узоков) 2005 ил, 25 бет.
33. . “Трқжи передней брюшной стенки” (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов) Методическая разработка 2005 г , 35 стр.
34. “Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и их осложнение” Методическая разработка для студентов, 2005 г , 70 стр.
35. “Острая кишечная непроходимость” Методическая разработка для студентов, (У.Б.Очилов, Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов) 2006 г ,30 стр.
36. “Ўткир ичак тутилиши” Услубий қўлланма. 2006, 30 бет (У.Б.Очилов, Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
37. «Современные подходы в подготовке врача общей практики» Учебник. г.Ташкент, 2007, 302 стр. (Н.Ж.Шарипова).

38. «Хирургик фанларда янги педагогик технологиялар» Ўқитувчилар учун услубий қўлланма, 2005 йил, (С.О.Комилов, Ф.М.Узоқов).
39. “Применение физических методов лечения раневой инфекции” Методическая разработка для студентов мед.ВУЗ ов, Ташкент 2007 г , 30 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
40. «Холецистэктомиядан кейинги синдром» Тиббиёт институти талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2008, 24 бет (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов)
41. Умумий амалиёт врачларини тайёрлашда замонавий ёндашувлар. Дарслик, Тошкент, 2010 й, 264 бет (Н.Ж.Шарипова).
42. “Синдром диабетической стопы” Учебное пособие , Ташкент, 2011г, 207 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
43. «Жигар ва ўпка эхинококкози» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 35 бет (С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.Б.Муаззамов).(тўлдирилган)
44. «Вазоренал гипертензия» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.З.Хамдамов) (тўлдирилган).
45. «Оёқ веналарининг касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
46. «Ўткир тромбоз ва эмболиялар» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов) (тўлдирилган).
47. «Аорта ва магистрал артерияларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 27 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
48. «Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 54 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
49. «Такаясу синдроми» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 27 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
50. «Меъданинг операцияларидан кейинги касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 39 бет (С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
51. «Сурункали абдоминал ишемия» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2014, 29 бет (С.О.Комилов).
53. «Қон кетиши ва уни тўхтатиш усуллари» Олий ҳамширалик иши факультети талабалари учун услубий қўлланма, 2014, 22 бет (Т.А.Аскарлов, Б.Б.Муаззамов).

54. «Шок» – магистрлар, клиник ординаторлар, V-VI-курс талабалари учун услубий кўлланма, 2014 й, 52 бет. (Т.А.Аскарлов, О.Ш.Эшонлов, И.А.Мирхўжаев, К.У.Газилов).

55. «Юракнинг туғма нуқсонлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий кўлланма, Бухоро, 2015, 47 бет (Т.А.Аскарлов, С.О.Комилов).

56. «Меъданинг операциядан кейинги касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий кўлланма, (лотин алифбосида), Бухоро, 2015, 32 бет (Т.А.Аскарлов, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев).

57. «Юракнинг орттирилган нуқсонлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий кўлланма, Бухоро, 2015, 52 бет (Т.А.Аскарлов, С.О.Комилов, Ў.П.Хамраев). (тўлдирилган)

ИХТИРО ВА ПАТЕНТЛАРИ

Новая методика диагностики фазы перитонита у больных пожилого и старческого возраста (Ш.И.Каримов, Б.Д.Бабаджанов, К.Н.Нажмутдинов) проспект ВДНХ УзССР 1986.

Способ определения фазы перитонита (Ш.И.Каримов, К.Н.Нажмутдинов, У.А.Магамедов, Б.Ю.Бабаджанов). Авторское свидетельство № 1310728 от 15.01.1987.

Способ дифференциальной диагностики степени тяжести печеночной недостаточности при механической желтухе (Ш.И.Каримов, Р.Первейс) Авторское свидетельство № 4912629/14 от 27.09.1991.

Способ определения степени печеночной недостаточности при остром панкреатите (Ш.Х.Хаятов, И.Р.Мавлонов). Удостоверение рац. Предложения № 20 от 20.01.1995.

Способ коррекции нарушений функции печени у больных с острым панкреатитом (Ш.Х.Хаятов, И.Р.Мавлонов). Удостоверение рац. Предложения № 26 от 17.11.1995.

Способ лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей с помощью длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) (М.Ж.Сафаров). Удостоверения на рац.предложения № 44 от 20.01.1997.

Изучение иммунного статуса у больных с хронической патологией брюшной полости в условиях Бухарского региона (С.Ф.Сулейманов, Ф.М.Узоков). Грант фонда поддержка научных исследований АНРУз.

Способ лечения гнойных ран при перитоните (Б.Б.Сафоев, К.У.Газилов) Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 5/01 от 27.01.1998.

Способ профилактики нагноения после операционных ран. (Б.Б.Сафоев, Т.Н.Саломов). Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 17/00 от 29.09.1998.

Способ лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки (Б.Б.Сафоев, Ф.М.Узоков, С.Ф.Сулейманов). Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 17/00 от 05.12.1998.

Способ лечения эхинококкоза печени (Б.Б.Сафоев, У.Б.Очилов). Патент Республики Узбекистан 6 А 61 В 17/00 от 26.01.1999.

Способ диагностики эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста (Комилов Т.С.) Патент Республики Узбекистан 1 АР 20040153 от 25.08.2006.

Жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволаш усулини танлаш учун дастур (У.Б.Шарипов, Б.З.Хамдамов) Узбекистон Республикаси патенти № ДГУ 01657 04.12.2008 йилдан руйхатдан утказилган.

Диссертациялар рўйхати

ПРОФЕССОР Р.М.АХМЕДОВ РАЎБАРЛИГИДА ҲИМОЯ ҚИЛИНГАН ДИССЕРТАЦИЯЛАР

I. Докторлик диссертациялари:

Сафоев Баходир Барноевич – «Пути улучшения результатов хирургического лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей» - 2009 г. Ташкент.

II. Кандидатлик диссертациялари:

Хаётов Шавкат Хаётович – «Острый панкреатит и его лечение с учетом функциональных нарушений печени и почек» - 1997 Ташкент.

Сафаров Жаббор Муродиллаевич – «Совершенствование методов комплексного лечения облитерирующего энтерита нижних конечностей у жителей аридной зоны Узбекистана» - 1999 г. Ташкент.

Сайдахмедова Зояхон Турсуновна – «Изучение иммунной системы и иммуннокоррекция у больных с панкреатитом проживающих в неблагоприятных условиях» - 2001г. Ташкент.

Абдуллаев Асилжон Кахрамонович – «Разработка патогенетических методов фармакологической коррекции печеночно-почечных нарушений при хирургии хронических нагноительных заболеваний легких» - 2002 г. Ташкент.

Хамдамов Бахтиёр Зарифович – «Применение местного ультрафио-лечевого облучения в сочетании с многокомпонентными водорастворимыми мазями в комплексном лечении послеоперационных гнойных ран» - 2003 г Ташкент.

Очилов Улмас Баротович – «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени» 2005 г Ташкент.

Газиев Карим Умарович – «Применение локальной гипероксигенации в комплексном лечении нагноения послеоперационных ран» - 2006 г Ташкент.

Комилов Тулкин Сафарович – «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста» - 2009 г Ташкент.

Шарипов Улугбек Бафоевич – «Особенности ультразвуковой диагностики хирургического лечения больных с эхинококкозом печени» - 2011 г Ташкент.

Муаззамов Бобир Баходирович – «Разработка и оценка эффективности использования фитоцидов при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» - 2011 г Ташкент.

Исомутдинов Аъзам Зокирович – «Совершенствование методов диагностики и лечения множественных, сочетанных форм эхинококкоза печени и брюшной полости» - 2012 г Ташкент.

Институт АРМ, ўқув зали ва кафедрадаги адабиётлар рўйхати

ИНСТИТУТ КУТУБХОНАСИДА МАВЖУД БЎЛГАН ВА МУСТАҚИЛ
Фойдаланиш учун тавсия қилинган янги адабиётлар
рўйхати

№	Муаллифи	Чоп килин ган йил	Адабиёт номи	Мавзунинг номи	Бетлар
1.	Ч.Черлок Д.Дули	1999 Москва Медици на.	Заболевание печени желчных путей.	А)Синдром Бадди-Киари Б)Черезкожная холецистолитотомия. В)Эхинококкоз. Г)Аскаридоз. Д)киста печени.	214-б. 589-б. 591бет 556-б. 664-б.
2.	Питер.Р.	2001	Секреты гастроэнтеро логии.	А)Лапароскопическая хирургия Б)Хирургическая тактика при “остром животе”. В)Хирургия пищевода. Г)Абсцесс печени. Д)Ахалазия пищевода.	937-б. 879-б. 855-б. 307-б. 58-б.
3.	Ллойд М. Найхус Джозеф М.	2000	Боль в животе.	А) Перфорация внутренних органов.	160-б.
4.	Вишневский. В. А. Кубычкин В.А.	2003 Москва	Операции на печени	А) Абсцессы печени Б) Эхинококкоз печени В) Альвеококкоз печени	83- б 86-б 90- б
5.	Майстренко Н.А.	2000 Гиппокр ат	Хирургическое лечение язве 12 перстной кишки	А) Осложнение после операции на желудке	245 – б
6.	Канюков В.И.	2002 Москва	Частные вопросы коронарной ангиопластики	А) Хроническая окклю-зия коронарных арте-рий Б) Поражение ствола левое	4- б

				коронарной артерии.	69- б
7.	В.С.Савельев, А.И.Кириенко	2006 Москва	“Хирургическ ие болезни” Т И-ИИ.	Все темы по программы Госпитальной хирургии.	

Интернет сайти

Интернетдаги адреслар:

<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>

Глоссарий

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфильтратда яллиғланиш жароёнининг йиринглашга ўтиши билан изохланади. Бунда, аппендикуляр инфильтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечкурунлари юқори бўлади.

Аппендикуляр инфильтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоқлари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади. Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Валь симптоми – ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Воскресенский симптом – ўткир панкреатитда эпигастрал сохада қорин аортасида пульсация йўқолиши.

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айни вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофталъм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна қўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон оси-либ қолиши.

Иванов белгиси – ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади.

Интрафинктер оқма — оқма канали тўлиқ тўғри ичак сфинктери ичида бўлади.

Кивуль симптоми – қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бушлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлоқ чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми, перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни кўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган. Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустахкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Кукуджанов усули (содалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак кинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида кўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига кўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Қорин чурраси (hernia) деб, қорин бўшлиғидан ички органларнинг қорин деворидаги табиий ёки сунъий тешиқ орқали унинг ташқарисига, қорин пардасининг уларни қоплаб турадиган девор олди варағи билан бирга чиқишига айтилади.

Локвуд — Бассини усули — сон ҳалқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади. Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (margo falciformis) ва тароқсимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

Лотеиссен симптоми – айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади.

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларининг энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Матье-Скляров симптоми – ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Мейо-Робсон симптоми ўткир панкретитда чап қовурға-умуртқа бўрчагида оғриқ.

Мелихов симптоми - “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нукта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширилганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Обухов касалхонаси симптоми – сигмасимон чамбар ичак учун характерли белги - тўғри ичак сфинктери очик турган ҳолатда унинг ампуласи бўш ҳолатда (баллонсимон кенгайиш) бўлади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Парлавеччо усули — ташқи халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Пилефлебит - қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбофлебители бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталашishi, баъзи ҳолларда сарикликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юқори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дупликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади. Бу методикага биноан уруғ тизимчаси бевосита тери остида бўлади.

Праксин усули — қўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Прокунин усули — сон каналидаги ички халқани тароқсимон мускул ва шу номдаги фасциядан олинган лахтак билан ёпилади. Апоневрознинг чов бойламига параллел қилиб кесиб олинган трансплантатнинг энига мувофиқ тилинади. Уруғ тизимчасини юқорига сурилади ва корнцанг ёрдамида сон халқаси зонасидаги кўндаланг фасцияни тўмтоқ ҳолда сурилади. Сон халқаси орқали тароқсимон мускул лахтагини ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасига ўтказилади, унга трансплантат ўрнатилиб, сон каналининг ички тешиги бекитилади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Розенбах симптоми - ковоқларнинг юмилганда титраши.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтчасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, ковуқ, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам холларда батамом бўлмайди.

Ситковский белгиси – бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади. Қуйидаги белги, қўричак ва чувалчангсимон ўсимта туткичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Спасокукоцкий симптоми – қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида борапти.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини камраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуқкам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Транссфинктер оқма — оқма канали қисман сфинктер орқали ўтади, қисман клетчаткада жойлашган.

Уотсон — Чейне усулининг Прокунин усулидан фарқи шундаки, тароксимон мускулдан олинган асоси юқорига йўналтирилган 6—7 см узунликдаги лахтак Пупарт бойламига ташқаридан тикиб кўйилади. Трансплантатни томир қинига ва тароксимон мускулга қўшимча маҳкамланади.

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўқималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чиққан ўткир касаллигидир. Бу касаллик кўп учрайди ва қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди. Касалликни диагностика қилиш қийинлиги, оғир кечиши ва леталлик юқорилиги (ўрта ҳисобда 8-10%) хирургларнинг диққат-эътиборини тортиб келади, оғир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади. Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпроқ оғрийдилар.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар каторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компонентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъсири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қиладди, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Чурра дарвозалари — қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик ҳалқаси, қориннинг оқ чизиги, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (уруғ тизимчаси, бачадоннинг юмалоқ, бойлами, томир-нерв дасталари ва х. к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мускуллар ва апоневрозларда ёки хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Чурранинг таркибий элементлари — чурра дарвозаси, чурра қопчаси, чурра ичидаги нарса, чурра пардаларидир.

Штельваг симптоми - кўзнинг ахён-ахёнда пириллаши (очирилиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуқтага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Шчеткин-Блюмберг симптоми – ўткир аппендицитда ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларининг бири-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Экстрасфинктер оқма — оқма канали чанокнинг клетчатка бўшлиқларидан ўтади ва сфинктерни четлаб ўтиб, чот терисига очилади.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (эндемия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли баравар бўлади.

Мундарижа

Амалий кўникмалар

Ошқозонни зондлаш. Кўрсатма, муолажани қадамма-қадам бажариш техникаси.

Сифон хуқна. Кўрсатма, муолажани қадамма-қадам бажариш техникаси.

«Йўтал турткиси» симптоми. Кўрсатма, муолажани қадамма-қадам бажариш техникаси.

Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш. Кўрсатма, муолажани қадамма-қадам бажариш техникаси.

Уткир аппендицит симптомларини аниқлаш: Ровзинг, Ситковский, Раздольский.

Уткир аппендицит симптомларини аниқлаш: Бартомье-Михельсон, Воскресенский, Образцов.

Уткир холецистит симптомларини аниқлаш: Ортнера-Греков, Мерфи, Мюсси-Георгиевский.

Уткир ичак тугилиши симптомларини аниқлаш: Валь, Кивуль, «Обухов касалхонаси».

Уткир панкреатит симптомларини аниқлаш: Керте, Куллен, Мейо-Роббсон.

Қалконсимон без пальпацияси. Пальпация турлари. Муолажани қадамма-қадам бажариш техникаси.

Тарқалган перитонитда қорин бўшлиғи лаважини бажариш.

Щеткина Блюмберг симптомини аниқлаш. Мақсад, бажариш техникаси.

Сийдик қопини катетерлаш. Кўрсатма, муолажани қадамма-қадам бажариш техникаси.

Ўткир ичак тугилишида, Скляров симптомини аниқлаш техникаси.

Вазиятли масалалар

1. Бемор 55 еш, клиникага унғ чов сохасидаги патологик хосилага, уни тугриланмаслигига, шу сохадаги огрикларга, кунгил айнишига, холсизликка шикоят килиб тушди. «Йўтал турткиси» симптоми манфий.

Тахминий ташхис. Дифференциал диагностика. Даволаш тактикаси.

2. Бемор 64 еш кабул булимига унғ томонлама кисилган чов чурраси билан мурожат килди. Курик пайтида чурра уз-узидан қорин бушлигига тугриланганлиги аниқланди, огриклар колди.

Тахминий ташхис. Дифференциал диагностика. Кейинги даволаш тактикаси.

3. Бемор 34 еш киндик сохасидаги чуррали хосила, шу сохадаги кучсиз огрикларга шикоят килиб клиникага тушди. Анамнезидан: чурра 5 йилдан бери бор. Аввал 2 маротаба кисилиш белгилари кузатилган. Объектив: «Йўтал турткиси» белгиси мусбат. Чурра қорин бушлигига тугриланмайди.

Кайси асорат хакида гап кетяпти? Сизнинг кейинги тактикангиз.

4. Бемор 84 еш огир ахволда хирургик стационарга чурра сохасидаги кучли огрикларга, олдин тугриланган чуррани тугриланмаслигига, кунгил айнишга, кайд килишга шикоят килиб тушди. Анамнездан: чурра 40 йилдан бери бор. Кисилишидан 3 сутка утган. Локал: Унг чов сохасида 15*10 смга тенг корин бушлигига тугриланмайдиган чурра аникланади. «Йутал турткиси» симптоми манфий. Чурра сохаси тукумаларининг гиперемияси, инфильтрацияси, махаллий температура кузатилади.

Сизнинг диагноз. Кайси асорат хакида гап бормокда. Даво тактикаси.

5. Бемор 64 ешда 5 кун олдин унг енбош сохасида огриклар безовта килган, лекин аста-секин утиб кетган. Секин бошланган. Охирги 2 кун давомида эт ивишиши, холсизлик пайдо булган Локал: Унг енбош сохаси огрикли, уткир аппендицит белгилари гумон остида.

Сизнинг ташхис. Тактика.

6. Бемор 52 еш эпигастрал сохадаги ханжарсимон огрикларга, кунгил айнишга, кайд килишга. Анамнездан бошланиши уткир. Яра анамнезни инкор килади. Вакти-вакти билан жигилдон кайнаши безовтакилган. Локал: Корин таранглашган нафас актида иштирок этмайди, огрикли. Щеткин-Блюмберг белгиси кориннинг хамма сохасида мусбат.

Тахминий диагноз. Диагностик алгоритм. Даво тактикаси.

7. Бемор 32 еш, коллаптоид холатда кабул булимига олиб келинди. Онасини сузига караганда, мурожат килишдан 30 мин олдин «кофесимон куйка»ли кайд килиш, ичини кора келиши кузатилган. Обьектив: ахволи огир. Бемор ланж ахволда, териси окимтир рангда АКБ 80/40 мм с.у Ps 120та. Корин юмшок огриксиз.

Диагноз. Диагностик алгоритм. Даво тактикаси.

Назорат саволлари

Чов канали анатомияси.

Сон халқаси анатомияси.

Меъдани қон билан таъминланиши.

Туғри ва қийшиқ чов чурраларни дифференциал диагностикаси.

Ут йўллари тузилиши. Ўт қопи анатомияси.

Жигар хирургик анатомияси.

Туғри ичак тушиши, классификацияси.

Соловьев бўйича ўткир ичак тутилиши классификация.

Колесов бўйича ўткир аппендицит классификацияси.

Ошқозон ва 12 ки бармоқли ичак яра касаллиги асоратлари. Forrest бўйича гастродуоденал яралардан қон кетиш классификацияси.

Ташқи чурра элементлари.

Савчук бўйича ўткир перитонит классификацияси.

Филлин бўйича ўткир панкреатит классификацияси.

11. Факультет хирургия фанидан

РЕФЕРАТ МАВЗУЛАРИ

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН

РЕФЕРАТ МАВЗУЛАРИ

№	Реферат мавзулари
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.
2	Операциядан кейинги давр ва хирургик беморларни реабилитация усуллари.
3	Ички чурралар.
4	Қорин мушаклари дистазаси.
5	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одам-ларда кечишнинг ўзига хослиги.
6	Пти учбурчаги ва оралиқ чурралари.
7	Болаларда, қарияларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.
8	Аппендицит атипик кечиши. Хомиладор-ларда аппендицит
9	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар
10	Яра олди касаллик-лари, ташхислаш ва даволаш.
11	Полип ва полипозлар.
12	Эндемик ва спорадик буқоқ.
13	Ўт пуфаги дискинезияси.
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)
16	Ошқозон ости беши киста ва оқмалари.
17	Йўгон ичак ўсмалари.
18	Тўғри ичак ўсмалари.
19	Кавшар касаллиги.
20	Битишмали ўткир ичак тутилиши.
21	Гинекологик перитонитлар.
22	Ички ичак оқмалари, оператив даволаш усуллари.

12. Факультет хирургия фанидан

инновацион таълим технологиялари: техник воситалар билан таъминланганлик ва электрон таълим материаллари рўйхати

ФАКУЛТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ФОЙДАЛАНИЛА-
ДИГАН КЎРГАЗМАЛИ ҚУРОЛЛАР ВА ТЕХНИКА ВОСИТАЛАРИ

№	Техник воситалар ва ўқув-кўргазмали қуроллар номи	Сони
1	Телевизор – ЛГ	1 та
2	Видеопроектор	1 та
3	Компьютер	1 та
4	Проектор	1 та
5	Таблицалар	176 та
6	Рентгенограмма	87 та
7	Кинескоп	1 та
8	Ўқув фильмлари (мавзулар бўйича)	18 та
9	Мультимедиялар (мавзулар бўйича)	19 та
10	Макропрепаратлар	9 та
11	Зондлар, хирургик инструментлар ва бошқалар	2 комплект

КАФЕДРАДАГИ АДАБИЁТЛАРНИНГ ЭЛЕКТРОН

ВЕРСИЯСИ РЎЙХАТИ

1.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	Москва	1976
2.	Напальков Н.П., Смирнов А.В.	Хирургические болезни	Ленинград	1976
3.	Петровский Б.Р.	Хирургические болезни	М.Медицина	1980
4.	Савельев В.С.	Руководство по неотложной хирургии брюшной полости.	М.Медицина	1981
5.	Еламский Н.Ц.	Хирургические болезни	М.Медицина	1982

6.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1986
7.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1987
8.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	1995
9.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	2002
10.	Кузин М.И.	Хирургические болезни	М.Медицина	2005
11.	Каримов Ш.И.	Хирургик касалликлар	Тош.Медицина	1991
12.	Арипов У.А.	Корин бушлиги аъзоларининг уткир хирургик касалликлари	Тош.Медицина	1991
13.	Орипов У.А., Каримов Ш.И.	Умумий хирургик касалликлар	Тош.Медицина	1993
14.	Каримов Ш.И. Шомирзаев Н.Х.	Хирургические болезни	Тош.Медицина	1994
15.	Каримов Ш.И., Н.Х.Шомирзаев.	Хирургик касалликлар.	Тошкент	1995
16.	Каримов Ш.И.	Хирургик касалликлар	Тошкент	2005
17.	Агзамходжаев С.М.	Хирургик касалликлар	Тош.Медицина	1991
18.	Савельев В.С. Лопухин И.	Хирургия	Москва .Медицина	1997

Фойдаланилган ўқув фильмлари рўйхати

№	Уқув фильмлари номи
1.	Аппендэктомиялар
2.	Чурра кесиш операцияси
3.	Жигар эхинококкни диагностикаси ва даволаш усуллари
4.	Ошқозон резекциялари.

Мультимедиялар рўйхати

Факултет хирургия фанидан тайёрланган мультимедиялар:	
№	Мавзу
1	Қорин деворини чурралари. Чов чурралари.
2	Киндик, сон, амалиётдан кейинги ва кам учрайдиган чурралар.
3	Чурра асоратлари (яллиғланиш, копростаз, қисилиб қолиши, тўғриланмаслик).
4	Ўткир аппендицит.
5	Ўткир аппендицитнинг асоратлари.
6.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги.
7.	Меъда ва 12 бармоқ яра касаллигини асоратлари (қон кетиш, перфорация).
8.	Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини асоратлари (стеноз, пенетрация, малигнизация).
9.	Қалқонсимон без касалликлари.
10.	Сурункали холецистит. Клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари.
11	Ўткир холецистит ва унинг асоратлари.
12	Жигар хирургик касалликлари.
13	Ўткир ва сурункали панкреатитлар
14	Йўғон ичак касалликлари.

15	Тўғри ичак касалликлари.
16	Ўткир ичак тутилиши.
17	Ўткир перитонит.
18	Ичак оқмалари.

13. Факультет хирургия фанидан

кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан яратилган дарсликлар, ўқув қўлланма, ўқув услубий қўлланма, маъруза матнлари

КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН

ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ – ҚЎЛЛАНМАЛАР РЎЙХАТИ:

1. «Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки» 2006 г, стр.241 (И.А.Мирходжаев);
2. «Осложненный эхинококкоз» 2006 г, 185 стр. (И.А.Мирходжаев, Б.З.Хамдамов);
3. «Хирургические осложнения при инфекционных и паразитарных заболеваниях и способы их лечения», 2007 г, 185 стр, (С.Н.Бобохужаев);
4. «Операциядан кейинги интенсив терапия» 2008 й, 207 бет (О.Ш.Эшонов);
5. «Бухоро тиббиёт тарихи» 2009 й, 237 бет (Н. Наимов);
6. «Гнойно-некротические осложнения нижних конечностей» г.Бухара, 2010г, 302 стр. (Б.Б.Сафоев);
- 7.«Инфузионно-трансфузионная терапия в хирургии» 2010 г, 304 стр. (Клиническая руководство) (О.Ш.Эшонов);
- 8.«Гиповолемия» 2012 й, 108 бет (О.Ш.Эшонов);
9. «Диагностика и лечение эхинококкоза» соавт. И.А.Мирходжаев 203 стр Дрезден (Германия 2012г)

ЧОП ЭТИЛГАН УСЛУБИЙ-ҚЎЛЛАНМАЛАР:

1. “Ўткир ичак тутилиши” услубий қўлланма. 2006, 30 бет (У.Б.Очилов, Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
2. «Современные подходы в подготовке врача общей практики» Учебник. г.Ташкент, 2007, 302 стр. (Н.Ж.Шарипова).
3. «Хирургик фанларда янги педагогик технологиялар» Ўқитувчилар учун услубий қўлланма, 2005 йил, (С.О.Комилов, Ф.М.Узоқов).
4. “Применение физических методов лечения раневой инфекции” Методическая разработка для студентов мед.ВУЗ ов, Ташкент 2007 г , 30 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
5. «Холецистэктомиядан кейинги синдром» Тиббиёт институти талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2008, 24 бет (И.А.Мирхўжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов)
6. Умумий амалиёт врачларини тайёрлашда замонавий ёндашувлар. Дарслик, Тошкент, 2010 й, 264 бет (Н.Ж.Шарипова).
7. “Синдром диабетической стопы” Учебное пособие , Ташкент, 2011г, 207 стр. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)

8. «Жигар ва ўпка эхинококкози» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 35 бет (С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.Б.Муаззамов).(тўлдирилган)
9. «Вазоренал гипертензия» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев, Б.З.Ҳамдамов) (тўлдирилган).
10. «Оёқ веналарининг касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
11. «Ўткир тромбоз ва эмболиялар» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 31 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, Б.З.Ҳамдамов) (тўлдирилган).
12. «Аорта ва магистрал артерияларнинг окклюзияловчи ва стенозловчи касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 27 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
13. «Ўпка ва плевранинг йирингли касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 54 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
14. «Такаясу синдроми» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 22 бет (Б.Б.Сафоев, С.О.Комилов) (тўлдирилган).
15. «Меъданинг операциядан кейинги касалликлари» Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 5-курс талабалари учун услубий қўлланма, Бухоро, 2011, 42 бет (С.О.Комилов, И.А.Мирхўжаев) (тўлдирилган).
16. Мирхужаев И.А., ва б. Ичак оқмалари, 2012 йил.
17. Мирхужаев И.А., ва б. Йўғон ичак касалликлари, 2012 йил.
18. Мирхужаев И.А., ва б. Ўткир холецистит ва унинг асоратлари, 2012 йил.
19. Р.М.Ахмедов, И.А.Мирхўжаев. Кишечные свищи, Бухоро-2013
20. Аскарлов Т.А., Ҳамдамов Б.З. Тўғри ичак касалликлари, Бухоро-2014
21. Аскарлов Т.А., Ҳамдамов Б.З. Йўғон ичак касалликлари, Бухоро-2014
22. Аскарлов Т.А., Мирходжаев И.А. и др. Диагностика и лечение кишечных свищей, Бухоро-2014

1-Мавзу: Факультет хирургия предмети. Беморлар курацияси.

Қорин девори чурралари. Чов чурралари.

Анъанага асосан факультет жаррохлиги курси бўйича маърузалар чурраларни ўрганишдан бошланади. Бу анъана шуниси билан диққатга сазовор-ки кўплаб таниқли жаррохлар чуррани даволашда ўз хиссаларини кўшганлар. Хозирги пайтда герниология аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар хам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини мукамал ўзлаштиришни талаб қилади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналининг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари хамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалок;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;
- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда *a. epigastrica inferior* пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;

7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимнинг мускул-апоневротик элементлари халақит беради;

8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;

9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбоз флебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламани чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрозни очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Шампионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларини энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна кўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни кўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (содалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойламидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойламидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёроқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойламининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca ante rior superior c tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар

2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т- симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Праксин усули — кўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон халқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароксимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ.

Киндик ҳалқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (omphalocoele) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик ҳалқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик ҳалқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

- 1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;
- 2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;
- 3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;
- 4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп тукқан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П-симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

2-Мавзу: Қорин оқ чизиғи чурралари.

Киндик, сон, чов чурралари.

Анъанага асосан факультет жаррохлиги курси бўйича маърузалар чурраларни ўрганишдан бошланади. Бу анъана шуниси билан диққатга сазовор-ки кўплаб таниқли жаррохлар чуррани даволашда ўз хиссаларини қўшганлар. Хозирги пайтда герниология аниқ анатомик маълумотларга ва катта практик тажрибага эга. Йил давомида мамлакатимизда минглаб чурра кесиш операциялари бажарилади. Хамма бажарилган операциялар хам яхши натижага олиб келавермайди. Юқорида қайд қилиб ўтилганлар чурралар классификацияси, этиологияси, симптомлари, клиникаси ва оператив даволаш турларини мукамал ўзлаштиришни талаб қилади.

Чов учбурчаги соҳасидаги кўндаланг фасция апоневротик толалар *falx ingvinalis* ва *lig. interfoveolaris* ҳисобига зичлашади.

Аёлларда чов каналнинг орқа девори эркакларникига қараганда кучсизроқ ривожланган, шунинг учун тўғри чов чурралари аёлларда кўпроқ учрайди.

Симптомлари. Чов чурралари ҳамма чурралар учун умумий бўлган симптомларга эга. Асосан эркакларда (5—10:1) кузатилади. Ёши улғайган одамларда болалар ва ўсмирларга қараганда кўпроқ учрайди. Қийшиқ чов чурраси энг кўп тарқалган ҳисобланади, тўғри чурраси эса чурраларининг тахминан 5—10% ҳолларида учрайди.

Беморлар бўртиб чиққан жой соҳасида оғриқ борлиги, оғир юк кўтара олмаслик, жисмоний тарбия машқларини бажара олмаслик, баъзан эса чурранинг вақти-вақтида қисилиб туришидан шикоят қиладилар.

Объектив симптомлар — қорин бўшлиғига тўғриланадиган чурра бўртмаси борлиги, чурра дарвозасини аниқлаш, чурра тўғрилангандан кейин аниқлаш, йўтал турткиси феномени борлиги.

Қийшиқ чов чурраси тўғри чуррадан қуйидаги маълумотлар асосида аниқланади:

- 1) қийшиқ чуррада унинг шакли қийшиқ ва тўғри чов чуррасида — юмалок;
- 2) уруғ тизимчасига муносабат. Қийшиқ чурраларда уруғ тизимчаси чурра халтачасидан медиал томонда, тўғри чуррада — латерал пайпаслаб кўрилади;
- 3) қийшиқ чурралар бир томонлама, тўғрилари эса икки томонлама бўлади;
- 4) чурра дарвозаси йўналиши — тўғри чурраларда тўғри, қийшиқ чурраларда чов канали йўлига мувофиқ равишда — қийшиқ;
- 5) ёш — тўғри чурралар кексаларда, қийшиқ чов чурралари ёшларда ва ўрта ёшли кишиларда учрайди;
- 6) тўғри чурраларда а. epigastrica inferior пульсацияси латерал томонда, қийшиқ чов чурраларида эса медиал томонда;
- 7) тўғри чуррада чурра дарвозаси орқали қов орқа юзасини бармоқ учи билан сезиш мумкин, қийшиқ чуррада бунга чов учбурчаги латерал бўлимининг мускул-апоневротик элементлари ҳалақит беради;
- 8) келиб чиқиш механизмига кўра тўғри чов чурралари «кучсизликдан», қийшиқ чурралар эса «зўриқиш»дан бўлади;
- 9) қийшиқ чов чурралари ёрғоққа тушади, тўғри чурралар эса амалда тушмайди.

Мояк истисқоси перкуссияда тўмтоқ товуш беради, олдинги қорин деворидан кескин чегараланган ва ёритилиш симптомларни беради.

Уруғ тизимчаси веналарининг варикоз кенгайиши (варикоцеле) бемор кучанганда босганда осонликча пучайиб қоладиган эгри-бугри юмшоқ тузилмалар кўринишида пайпасланади.

Шунингдек лимфаденит, липома, сон чурраси ва тромбофлебит, посттромботик касалликдаги қорин олдинги девори веналари кенгайишидан дифференциал диагностика қилиш керак.

Чов чурраларини даволаш. Чов чурраларини операция йўли билан даволашнинг 100 дан ортиқ усули мавжуд. Оғриқсизлантириш кўпинча маҳаллий бўлади.

Асоратланган формаларида, шунингдек болаларда операция наркоз остида ўтказилади.

Чурра дарвозалари турли усуллар билан бекитилади.

Орттирилган қийшиқ чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш усулларини икки гуруҳга бўлиш мумкин:

I. Чов канали олдинги деворини қорин ташқи қийшиқ, мускули апоневрозини очмасдан мустаҳкамлаш усуллари.

Черни усули — апоневроз оёкчаларига иккита чок ва чов канали олдинги деворига 3—4 чок қўйилади.

Ру усули — Черни усулидан фарқли равишда юқоридан. апоневроздан ташқари ички қийшиқ, ва кўндаланг мускулларнинг пастки чеккасини, пастдан эса Пупарт бойламини чокка қамраб олади.

Оппель усули — ташқи чов ҳалқаси оёкчаларини тикиш билан Ру усулини тўлдиради. Халкадан кўрсаткич бармоқ учи ўтиши керак.

Чурра қирқишнинг қориндан ташқарида ўтказиладиган бу усулларининг қатор камчиликлари бор, улар кўрмасдан ўтказилади ва аксарият болаларда фойдаланилади.

II. Апоневрози очиб, чов канали олдинги деворини мустаҳкамлайдиган усуллар:

Бобров — Лук — Чемпионьер усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрози кесмасининг юқори чеккасини ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар ва кўндаланг фасция билан бирга ташқи қийшиқ мускул апоневрози пастки чеккасига уруғ тизимчасининг олдинги томонидан тикилади

Мартынов усули — ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан дубликатура яратилади. Қийшиқ чов чурраларини энгил формаларида ва чов оралиғи баланд бўлмаганда қўлланилади.

Жирар усули — мускуллар Пупарт бойламини ички юзасига тикилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрозидан, уруғ тизимчаси олдинги томонида яна қўшалокланиш юзага келади. Бу пластикада кўпинча Пупарт бойлами ва қорин ён мускулларининг пастки чеккаси толасизланиб қолади.

Спасокукоцкий усули — Жирар усулидан фарқли равишда чокларнинг биринчи қаторига апоневрознинг юқори лахтагини ва ички қийшиқ ҳамда кўндаланг мускуллар чеккаларини қамраб олади ва Пупарт бойламига тикади. Чокларнинг иккинчи қатори билан апоневроз дубликатураси вужудга келтирилади.

Кимбаровский усули бир турдаги тўқималар (ташқи қийшиқ мускул билан Пупарт бойлами апоневрози)ни қўшилишига асосланган, бунда улар яхшироқ, бирикади. Шу мақсад учун оригинал чок тавсия қилинган.

Такрорланадиган ва катта чурраларда, шунингдек тўғри чов чурраларида чурра дарвозаларини пластика қилиш учун чов канали орқа деворини мустаҳкамлайдиган усуллар қўлланилади.

Бассини усули — уруғ тизимчаси ажратилади ва уни чеккага суриб қўйилади. Ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларни Пупарт бойламига тикиб қўйилади ва шу тариқа чов каналининг орқа деворини вужудга келтирилади. Уруғ тизимчасини жойига қўйилади ва унинг устида ташқи қийшиқ мускул апоневрози чеккаларини тикилади. Медиал томондан, тўғри мускул қини чеккасини чов бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига тикиб қўйилади.

Бу усулда чов оралиғи тугатилади, уруғ тизимчаси учун янги жой ҳосил бўлади.

Кукуджанов усули (содалаштирилган тури). Бу усулнинг моҳияти чов канали орқа деворини уруғ тизимчаси орқасида қорин кўндаланг пайини олдиндан тикиш ва чов оралигини тўғри ичак қинини Купер

бойламига, кўндаланг фасция ва қорин кўндаланг мускули апоневрозини чов бойламига фиксация қилиш ҳисобига тугатиш йўли билан мустаҳкамлашдан иборат. Энг ташқи чок кисет холида қўйилади, унга кичкина участкада уруғ тизимчасининг қин пардаси қамраб олинади. Бу чок чов канали чуқур ҳалқаси сатҳида жойлашган. Иплар медиал томондан боғланади. Уруғ тизимчаси яна жойига қўйилгандан кейин ташқи қийшиқ мускул апоневрози варақларидан дубликатура ҳосил қилинади.

Постемский усули — уруғ тизимчаси остида икки қатор чок билан апоневроз дубликатураси ҳосил қилинади. Чокларнинг биринчи қаторига, апоневроздан ташқари қориннинг ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг чеккаларини ҳам қамраб олинади.

СОН ЧУРРАСИ (HERNIA FEMORALIS).

Камроқ учрайди ва Пупарт бойламидан пастда жойлашади, кўпроқ аёлларда (1:5) ва чап томонда кузатилади.

Диагностикаси. Сон чурраси Пупарт бойламидан пастроқда сон овал чуқурчаси зонасида, қов думбоқчасидан пастда латерал жойлашган кичикроқ (ёрғоқ ёки тухумдек келадиган) шиш билан характерланади. У човда оғриқ билан ўтади, баъзан диспептик бузилишлар, қоринда бўлиши ёки қабзият билан бирга кечади, аксарият ўнг томондаги чурра сирпанувчан бўлади. Жойига киритиб бўлмайдиган чурра ичида кўпинча чарви бўлади.

Чурранинг ҳамма типик симптомлари — кучанишда катталашадиган ва ётганда йўқоладиган бўртма, йўтал турткиси бўлганда ва Пупарт бойламининг медиал ярмида пастдаги типик жойлашувда диагноз қўйиш осон. Жуда семиз ва тўла аёлларда чурранинг Пупарт бойлами муносабатини аниқлаш қийин бўлганда (*spina iliaca ante iog suregior c tuberculum pubicum*) туташтириб турадиган чизикдан фойдаланилади.

Бундан ташқари, сон чурраларининг дифференциал диагностикасини уруғ тизимчаси липомаси, овал чуқурча лимфаденити, сон веналарининг варикоз кенгайиши, хавфли ўсма метастази, сон томирлари аневризмаси билан ўтказиш керак.

Сон чурралари фақат операция қилиб даволанади. Операцияларнинг ҳамма усулларини икки турга ажратиш мумкин:

- 1) чов канали томонидан қилинадиган операциялар
- 2) сон томонидан бажариладиган операциялар.

Жойига киритиб бўлмайдиган катта ўлчамли сон чурраларида Т-симон кесмалардан кам фойдаланилади.

Чов томонидан ўтказиладиган операциялар.

Руджи усули. Чов канали ва кўндаланг фасция очилгандан, чурра халтачаси ажратилиб ишлов берилгандан кейин Пупарт бойламини суяк усти пардасига тикиб, пластика ўтказилади.

Чов канали деворининг бутунлиги тикланади.

Парлавеччо усули — ташқи халқа бутунлигини сақлаб қолган ҳолда чов канали очилади. Қорин ички қийшиқ ва кўндаланг мускулларининг пастки чеккасини қов суягининг суяк усти пардасига уруғ тизимчаси орқасидан тикишади. Чокларнинг иккинчи қатори худди шу мускулларга чов бойламига солинади.

Райх усули — ички қийшиқ ва кўндаланг мускул Пупарт бойламига ва қов суягининг суяк пардаси устига уруғ тизимчаси олдидан тикилади.

Праксин усули — кўшма усул билан пластика қилинади операцияни сон томонидан бошлаб халтачани ажратилади ва унга ишлов берилади. Пластикани эса чов йўли орқали уруғ каналчаси орқасида Пупарт бойламига ва суяк усти пардасига қилиниб, ички қийшиқ ва кўндаланг мускуллар пастки чеккасини тикилади.

Сон томондан қилинадиган операциялар. Локвуд — Бассини усули — сон халқаси пластикасини чов бойламини қов суяги усти пардасига тикиш ҳисобига бажарилади.

Бассини пластика усулини овал чуқурча яримойсимон чеккасига (*margo falciformis*) ва тароқсимон фасцияга чокларнинг иккинчи қаторини солиш билан тўлдирди.

КИНДИК ЧУРРАЛАРИ.

Киндик халқаси орқали ўтадиган чурраларга киндик чурралари дейилади. Киндик чурралари ҳамма чурраларнинг 6—8 фоизини ташкил қилади. Қуйидагилар фарқ қилинади: 1) киндик каналчасининг туғма чурралари; 2) гўдак болалардаги орттирилган киндик чурралари; 3) катталарнинг киндик чурралари.

Киндик тизимчаси чурраси ёки киндик чурраси (*omphalocele*) ривожланиш нуқсонидан иборат бўлиб, бунда бола туғиладиган фурсатда қорин бўшлиғи қисман қорин пардасидан ташқарида — амнион, вартанов ликилдоғи ва бирламчи примитив қорин пардасидан ташқил топган киндик пардаларида жойлашади (ичакнинг айланиш жараёни бузилиши натижасида, қорин бўшлиғининг ўсиб етилмаганлиги ёки қорин олдинги деворининг ёпилиши бузилишидан). Қорин олдинги девори ривожланишининг тўхташ вақтига кўра киндик чурраларининг 2 тури — эмбрионал ва фетал чурралар тафовут қилинади. Эмбрионал чурраларда жигарда глиссон капсуласи бўлмайди ва у киндик пардалари билан қўшилиб кетади.

Чурра ўлчамларига кўра кичикроқ — 5 см гача, ўртача—10 см гача, катталари — 10 см дан катта бўлади.

Даволаш. Тактикаси чурра турига ва боланинг ёшига боғлиқ. Чакалоқ ва ёш болаларда қорин пресси ўсиши ва ривожланиши жараёнида одатда бола 3—5 ёшга, баъзан 5—6 ёшга етганда чурранинг ўз-ўзидан тузалиб кетиши кузатилади. Бундан кечроқ муддатларда киндик халқаси ўзича ёпилмайди. Операция қилиб даволаш керак бўлади.

Кенгайган киндик халқаси ёпилишига қуйидаги тадбирлар имкон беради:

1) киндик соҳасига пахтага ўралган ясси картон парчасини қўйиб қўйиш. Унинг чеккалари чурра тешиги чеккаларини ёпиб туриши лозим. Боғламни 1 ойча қўйилади, сўнгра алиштирилади;

2) қорин прессини ривожлантириш ва мустаҳкамлашга қаратилган массаж ва гимнастика. Давони боланинг 1 ойлигидан бошланади;

3) қорин мускулларини доимий таранг қилиб турадиган асосий касалликни даволаш;

4) тўғри режим, ванналар, тўғри овқатланиш. Консерватив даво ёрдам бермаганда (одатда 2—3 йилдан кейин) ва чурра қисилганда операция қилишга тўғри келади.

Катта одамлардаги киндик чурралари. Кўпинча тўғри мускуллар диастази билан бирга келади ва кўп тукқан ёки жуда семириб кетган аёлларда учрайди. Киндик чурралари ҳосил бўлишига, шунингдек асцит ва киндик оқмалари сабаб бўлади.

Мейо усули чурра дарвозаларини яхши бекитиш учун катта киндик чурраларида қўлланилади.

Киндик ҳалқасини иккала томонда 1 см дан кесилади. Апоневрознинг пастки чеккасини бир неча П- симон чоклар ёрдамида юқори чеккаси остига тортилади ва ўша ерда дупликатура ҳолида маҳкамланади; апоневроз лахтагининг юқори чеккасини тугунли чоклар қатори билан апоневрознинг пастки участкаси сатҳига тикилади.

Сапежко усули — Мейо усулидан қорин девори апоневрозини чурра тешиги устидан вертикал йўналишда икки марта ошириш билан фарқ қилади. Сапежко усулида факат тугунчали чоклар солинади.

Талабаларнинг ўз устида ишлаш учун адабиётлар:

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

3-Мавзу: ЧУРРА АСОРАТЛАРИ

Чурра асоратлари. Буларга: чуррада нажас туриб қолиши (копростаз), чурра ичидаги аъзолар яллигланиши ва чурра қисилиши киради.

Копростаз асосан ёши улғайган одамларда, аксарият аёлларда содир бўлади. Бунда одатда чурранинг ўзида ҳам, бутун қорин бўйлаб ҳам оғриқ нисбатан кам бўлгани ҳолда чурра бўртмасининг хажми катталашади. Кейинчалик қоринда оғриқ пайдо бўлади, лохаслик ва интоксикация, кекириш, кўнгил айниши, қусиш пайдо бўлади.

Чуррада ахлат туриб қолганда дастлабки ёрдамнинг асосий вазифаси қорин прессининг перистальтикасини кучайтиришга ёрдам бериш ва шу тариқа нажас туриб қолишига барҳам бериш учун чурра ичидагини қорин бўшлиғига репозиция қилиш (ўтказиш) ҳисобланади. Чурра бўртмасини массаж қилиш ёки оз-моз босиб турадиган боғлам боғлаш маълум даражада ёрдам беради.

Чурра бўртмасига муз солинган халтача қўйиш ёки бўртган жой терисига хлорэтил оқимини таъсир эттириш шу мақсад учун хизмат қилади. Улар таъсири остида ичакларнинг қонга тўлиқлиги камаяди, уларда қиска вақтга спазм вужудга келади, ичак репозицияга осон берилади, унинг перистальтикаси кучаяди.

Чурранинг ўткир яллиғланиши. Чурранинг ўткир яллиғланиши камроқ учрайди. Ичак девори соҳаси чуррани яллиғлантирадиган манба ҳисобланади. Бунда чуррада, қўпинча гипогастрал соҳасида ўртача оғриқ сезилари, Қориннинг чуқур жойлашган қисмида тўлиқлик ҳисси пайдо бўлади, қорин девори зонаси таранглашиши эҳтимол.

Бундай яллиғланишларни даволаш уларнинг ичидаги нарсани қорин бўшлиғига албатта репозиция қилиш, кейин ўринда ётиш режимини сақлаш, ичак ва қовуқ функцияси устида назорат қилишдан иборат. Бунда чурранинг қисилишига йўл қўймаслик учун чурра ҳолатини тез-тез назорат қилиб туриш зарур. Одатда шундан кейин чурра яллиғланиши камайиб боради ва йўқолади. Чурра патоген микроблар иштирокида яллиғланганда сероз ва сероз-фибриноз экссудат тезда йирингли ва хатто йирингли-чириган бўлиб қолади. Чурра халтачасидаги инфекция рефлексор қусишга, бутун қорин бўйлаб қорин пардаси яллиғланишига, қорин оғриши, ичаклар парези, перитонит манзарасига сабаб бўлади. Шунинг учун бундай ҳолларда қорин деворининг ўзгармаган тўқималари чегарасига яқин жойда ревизион лапаротомия операциясини бошлаш ва агар қорин бўшлиғида ҳамма нарса жойида бўлса, бу жароҳатни ёпиш ва шундан кейингина яллиғланган чурра тўқималарини кесишга ўтиш керак.

Чурра қисилиши. Чурра қисилиши, одатда, чурра ичидагининг чурра дарвозаларида ёки чурра халтачаси бўйни оғзида, ёки чурра халтачасидаги битишмалар орасида тўсатдан қисилиб қолишдан иборат. Бунда чурра ичидаги аъзолар тўқималарида қон таъминоти, иннервацияси бинобарин улар трофикаси ва озикланишининг бузилишлари рўй беради. Чурранинг қисилиш сабаблари турли туман бўлиши мумкин.

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

Нажас билан қисилишда ичак ичидаги нарса кўп миқдорда йиғилиб, чурра халтачасининг тўлигини анча оширади ва шу тариқа чурра халқасидаги босимни кучайтиради, бунинг оқибатида ичак тутилиб қолиши вужудга келади.

Чурранинг қисилиш турларидан бири Рихтер чурраси бўлиб, уни ўз вақтида диагностика қилиш ниҳоятда мушкул. Чурранинг бу турида чурра халтачасида ичак деворининг фақат бир қисми қисилади. Операцияда чурра халтасини очиш бирмунча қийинчилик туғдиради, чунки девор олдидаги қисилган участка бевосита чурра халтачаси тубига тақалган бўлади ва шу сабабли ичак тасодифан кесиб қўйилиши эҳтимол.

Ретроград ёки тескари қисилиш қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак ковузлокларининг жонсизланиши қисилган халқадан юқорида бошланади. Ичак ковузлоклари 2-14 соат ичида жонсизланади.

Чурра қисилишининг клиник манзараси. Хар қандай чурра қисилишининг классик клиник белгилари одатда учта симптом ҳисобланади:

- а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки умуман қоринда тўсатдан оғриқ бошланиши;
- б) чурра бўртмаси ҳажмининг тез катталашуви;
- в) чуррани тўғрилаш имкониятининг бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиш даражаси хар хил бўлади.

Даволаш. Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилиш операция. Қисилган чуррани операциясиз, қўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлак монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно.

Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилигини аниқлаш зарур. Бунинг учун тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган халқа кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади.

Ичакнинг яшаб кетиш мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляцион эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва ичак перистальтикаси сақланиб қолган.

Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30-40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15-20 см ни резекция қилиш керак.

Ҳазм йўллари узлуксизлигини тикланади ва чурра дарвозаларини энг оддий усуллар билан пластика қилинади. Қари ёшдаги ва ҳамроҳ оғир касалликлари бўлган беморларга қисилган чурраларда чурра кесиш амалиёти бажариш жараёнида чурра дарвозаси пластикаси бажарилмайди, жароҳат қавтма-қават тикилади.

Чурра халтачаси флегмонаси билан асоратланган қисилган чуррада операцияни ўрта лапаротомиядан бошланади, ичакни яшашга лаёқатли тўқималар чегарасида резекция қилинади. Ичакларнинг учларини тикилади, олиб келадиган ва олиб кетадиган ковузлоклар орасига анастомоз қўйилади. Операциянинг қорин ичидаги босқичи тугаллангандан кейингина чурра флегмонасига хирургик ишлов берилади (обработка), қисилган ичакни ва чурра халтачасини олиб ташланади. Чурра дарвозалари пластикаси қилинмайди.

Операцияни ёрдамчи чоклар солиш ва жароҳатни дренажлаш билан тугалланади.

Беморда қисилган чурра ўзича жойига тушган холларда хирург тактикаси, ўтган фурсатдан қатъи назар, шошилич операция қилишдан иборат, чунки тўғриланган аъзоларнинг ҳолати қандайлиги номаълум бўлади.

Қорин бўшлиғининг қатор ўткир касалликлари қорин деворида чурралар бўлганда гўё қисилиш борлигидан хабар берадиган симптомлар билан ўтади. Асоратларнинг бу тури адабиётда «Брок сохта қисилиши» номи билан маълум. Озод қорин бўшлиғи билан туташмаси бўлган чурра халтачасида чурра халтачаси бўшлиғига яллиғли экссудат тушиши билан боғлиқ, иккиламчи ўзгаришлар содир бўлади. Илгари тўғриланадиган чурра энди тўғриланмайдиган бўлиб қолади, оғриқ сезгилари пайдо бўлади. Сохта қисилишнинг бу симптомлари меъда яраси тешилганда, холециститда, аппендицит ва бошқаларда ривожланиши мумкин. Биргаликда ривожланадиган бу жараёнларнинг диагностикаси қийин ва беморни кунт билан синчиклаб текшириш, анамнезни пухта йиғишни талаб этади.

Жойига солинадиган чуррада (сурункали асоратланган) илгари тўғриланадиган чурра тўғриланмайдиган бўлиб қолади, бироқ бунда оғриқ ҳам бўлмайди. Тўғриланмайдиган чурраларнинг кўп қисми ҳаётда орттирилган битишмалар борлиги билан боғлиқ.

Тўғриланмайдиган чурра симптоматикаси. Тўғриланадиган чурраникидан одатда яққолроқ ифодаланган. Диспептик бузилишлар, қабзиятлар кўп учраб туради.

Тўғриланмайдиган чурра кўпинча ичакнинг механик тугилиб қолиши (битиб кетиш, буралиш, стриктура), чурра пардаларининг яллиғланиши ва қисилиши билан асоратланади

Тавсия этилган адабиётлар

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Тоскин В.А. «Хирургии грыж» 1981

Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

4 -Мавзу: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпик цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади:

Қорин парда ичида жойлашиши;

Қорин девори ичида жойлашиши;

Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

Шиллик каватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, химоя вази-фасини бажаради.

Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмда маълум вази-фани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организм ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Клиник манзараси ва диагностикаси

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангси-мон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг

ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғрик доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғрик унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғрик, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиги клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бирок, уларнинг қуйидаги еттитасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

Шчеткин – Блюмберг белгиси;

Воскресенский (“қўйлак сирпаниши”) белгиси;

Образцов белгиси;

Ситковский белгиси;

Бартомье-Михельсон белгиси;

Ровзинг белгиси;

Иванов белгиси.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli ўсмалари ва бошқалар.

Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиги, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан – ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

Юрак ва қон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Даволаш

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

5-Мавзу: ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак ковузлоклари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизда, инсон организми-нинг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жароёни пайдо бўлса уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошқа аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жароён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасида бошлаб, яллиғланган чувалчангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфилтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жароён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. Қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳаракатсиз, чаноқ клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфилтрат операцияга бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

Шуни аниқлаш мақсадида, ҳар куни беморга ультратовуш ёрдамида текширувлар ўтказиб туриш лозим бўлади. Мақсадга мувофиқ ўтказиладиган антибактериал муолажа (антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари) тайинлангандан кейин, тана ҳарорати аста-секин пасаяди, инфилтрат ўлчами кичрайдиган, лейкоцитлар миқдори нормага келади. Бошдан кечирилган аппендикуляр инфилтратдан кейин беморларни 3 ойдан кейин сурункали аппендицит бор беморлар сифатида операция қилинади.

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфилтратда яллиғланиш жароённинг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бунда, аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳвол ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечкурунлари юқори бўлади. Инфилтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида ноаниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борича қорин бўшлиғига тарқатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавfli асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқади. мумкин. Бу ҳолатда, қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жароёнида фаол иштирок этмай қўяди.

Перитонитнинг бошланғич даврида мушаклар бутун қорин бўйлаб таранглашади, қорин пардасининг таъсирланиши (Шчеткин-Блюмберг симп-томи) кескин ифодаланган бўлади. Беморнинг тили ва оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватлари қуриydi, тили оқиш рангда қопланган бўлади. Перкуссияда қориннинг ён каналлари соҳасида тўмтоқ товуш аниқланади (экссудат ҳисобига). Ультратовуш ёрдамида текширув ўтказилганда, қорин бўшлиғида суюқлик борлиги тасдиқланади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кўпинча аниқланмайди. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, унинг формуласини чапга сурилганлиги, ЭҚТ кескин ортиши аниқланади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган перитонитнинг клиник белгилари, бошқа сабабдан келиб чиққан перитонитлар белгиларидан деярли фарқ қилмайди (специфик перитонитлар бундан мустасно).

Пилефлебит - қопқа венаси тармоқларининг йирингли тромбофлебети бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталаниши, баъзи ҳолларда сарикликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу

асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юкори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

6-Мавзу: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшликда унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди. Эрак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва ҳал қилинмаган масала ҳисобланади. Ҳозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташқи муҳит шароитлари 1137

муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллик пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, қон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо бўлади, бу шиллик парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга (М. И. Кузин бўйича, 1986) қуйидагилар: туғма (париетал хужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/І (қон группаси); стресс ҳолатлар (касбкорга оид ва рухий зўриқишлар, шикастлар, қуйиш, сепсис); кислотали-ишқор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овқатланишнинг нотўғри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемия, сурункали панкреатит ташқи секретор функциянинг пасайиши билан, Золлинггер - Эллисон синдроми; калқонсимон олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, ўпканинг сурункали касалликлари, қон айланишининг ўткир ва сурункали бузилишлари.

Меъда ва 12-бармоқли ичакда яра нуқсони ҳосил бўлишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллик парда шикастлари, овқатланиш омиллари ва ташқи муҳит таъсирлари) ва ҳимоя омиллари (шиллик парда резистентлиги, ишқорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овқат характери ва бошқалар ўртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради. Яра касаллиги пайдо бўлиш механизмининг мураккаблиги ҳисобига олинадиган бўлса, консерватив даволашнинг ҳам, операция усулини танлашнинг ҳам қийинлиги ўз-ўзидан равшан бўлади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармоқли ичак шиллик пардаси ва бирмунча чуқур жойлашган деворларининг нуқсони яра дейилади, унинг ўлчамлари ва чуқурлиги ҳар хил бўлиши - юза ярадан (шиллик парда чегарасида), то унинг ҳамма қатламларини қамраб оладиган чуқур (перфоратив ва пенетрация қиладиган) яраларгача, бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3-5 см ва ундан катта) бўлади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камроқ - танасида ва катта эгрилигида, 12-бармоқли ичакда - унинг пиёзча қисмида, камроқ - постбульбар қисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча қисми шаклини бузадиган чандиқ қолдиради, баъзан чиқиш қисми торайишига - стенозига олиб келади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги одатда навқирон ва ўрта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо бўлиши ҳам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий (бахор-кузда) кўзиши, кундузги мароми, тунги оғриқлар ва овқат ейилгандан кейин тинчийдиган оч оғриқлар, жиғилдон қайнаши хос. Оғриқ мароми ифодаланган: очликда - оғриқ бошланади, овқат ейилганда - енгиллашади, очликда - яна оғриқ бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яққол 12- бармоқли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги ҳисобланади. Оғриқ характери, доимийлиги ўзгарганда, орқа, елка, куракка ўтганда яра пенетрацияси ҳақида ўйлаш лозим.

Одатда жараён кўзиган даврда пайдо бўладиган қусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овқат аралашмаси бўлмаслиги мумкин. Қусуқда овқат бўлиши, айниқса қусишдан бир мунча олдин ёки қусиш олдидан овқат ейилган бўлса, бу ҳолда стеноз билан боғлиқ бўлган эвакуация бузилиши тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий ҳолати, одатда, кам ўзгаради ёки умуман ўзгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг оғриқни йўқотиш учун овқат еб туришига интилиши билан боғлиқ бўлади. Стеноз пайдо бўлганда ва овқат ўтказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш қайд қилинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган текширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида

хам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик кўрсаткичларининг юқорилиги - гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (перфорация) ёки қон кетиши каби асоратлар бўлиши мумкинлигини кўрсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори кўрсаткичлари Золлингер - Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин миқдорини текшириш керак.

Меъданинг яра касаллиги.

Меъда ярасининг 3 типи фарқ қилинади (Jonson, 1965): I типи - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

II типи - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари;

III типи - препилорик яралар. Кўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири пассаж бузилиши натижасида рўй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ўт кислоталари) меъда шиллик пардаси ҳимоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тескари диффузияси эса шиллик парданинг бевосита шикастланишига, атрофик гастрит бошланишига олиб келади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллик парда остидаги қават чигали бўлмаслиги, кичик эгрилик соҳасидаги шиллик парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг кўп жойлашадиган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид кислота миқдорининг паст кўрсаткичлари водород ионларининг тескари диффузланиши, қоплама ҳужайралар массаси камайиб кетган атрофик гастрит билан тушунтирилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз рўй бериши билан боғлиқ, бу антрал бўлимнинг чўзилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинрок, меъда яраси ҳосил бўлишига олиб келади.

Препилорик яралар (III типи) пайдо бўлишининг патогенетик механизмлари 12-бармоқли ичак яраларининг пайдо бўлишига ўхшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси кўп жиҳатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо бўлишига боғлиқ.

Кардиал оғриқлар ханжарсимон ўсиқ зонасидаги оғриқ билан кечади, у бел соҳасига, чап елкага, юрак соҳасига ўтади, шу сабабли бу оғриқни стенокардиядаги оғриқ деб ўйлайдилар. Оғриқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлади, овқат ейишдан 20-30 минут ўтиши билан пайдо бўлади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо бўлади. Асосий белгиси - овқат ейилгандан кейин 30-60 минут ўтгандан кейин оғриқ пайдо бўлишидир. Оғриқ пайдо бўлиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита боғлиқлиги қайд қилинади. Оғриқ одатда 1-1,5 соат, яъни овқат меъдадан чиқиб кетгунча давом қилади. Оғриқ характери, пайдо бўлиш муддати, кучи ва давомлилиги овқатга, унинг миқдорига, сифатига боғлиқ, кейинчалик эса оғриқ овқат характеридан қатъи назар, ҳар гал овқат ейилгандан кейин пайдо бўлади.

12-бармоқли ичакнинг яра касаллигидан фарқли равишда меъда яраларидаги оғриқлар «икки фазали» бўлади: овқат - оғриқ, тинч шароит - енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, кўпинча хавфли бўлади, чарвига, йўғон ичакка, талок ва жигарнинг чап бўлагига ўтади.

Пилорус яралари (III типи) клиник жиҳатдан 12-бармоқли ичак яраларига ўхшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2-3% ҳолларда).

Ёши улғайган ва кекса одамларда яралар атипик, кўпинча асоратлар ривожланиши билан ўтади. 60 ёшдаги беморларда пайдо бўлган яралар «эски», бу ёшдан кейин пайдо бўлган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «қарилик» яралари хос, улар ўткир бошла-нади, ясси, йирик бўлади, ярадан қон кетишига мойил бўлади, уларнинг сабаби - атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган - кучли оғриқ, бўлмайдиган (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), циклилик, мавсумийлик йўқ, камқонлик, озиб кетиш ифодаланган. 12- бармоқли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталилигининг кўрсаткичлари сақланиб қолган ёки ҳатто юқори рақамларда бўлади.

Ўсмирларда яра касаллиги оғриқ, қусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, қон кетиши ҳолатлари кузатилади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

7-Мавзу: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ АСОРАТЛАРИ

(ҚОН КЕТИШ, СТЕНОЗ)

Унинг сабаби кўпинча 12-бармоқли ичак ёки пилорик бўлими, ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш, спазм ва чандикданиш бўлишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улгайган ва кекса одамларда касаллик пайдо бўлган вақтдан бошлаб 1-3 ой ичида стеноз ривожланган холлар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кўра стенознинг 3 асосий босқичи фарқ қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз ўтади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан ўтиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касал-лигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тўлиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса кўп овқат ёйилгандан кейин оғирлик пайдо бўлади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон ҳидли қайт қилиш энгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда ўлчами нормал, бироқ гипермоторика, барийнинг ўртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада тўлиқлик ҳисси палағса бўлган тухум ҳиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин қулдираши билан ўтади. Қусиш кўпроқ бўлади, беморлар ўзларини қусишга мажбур этадилар, у энгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ёйилган овқат қолдиқлари бўлади. Беморларнинг аҳволи ёмонлашади, ҳолсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик наҳорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, торайган пилородуоденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6-12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат ўтгач меъдада барий бўлмайди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий ҳолатнинг ёмонлашиши билан ўтади. Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чўзилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача бадбўй суюқлик тўпланиб қолади, палағса бўлган тухум ҳиди келадиган кекириш пайдо бўлади. Атайин қўзгатилган қусишдан кейин бемор аҳволи вақтинчалик энгиллашади, бироқ тез-тез қайт қилиш, кўп микдорда суюқлик, хлоридлар, калий ионлари йўқотиш дегидратацияга, қоннинг қуюклашувига, хлоридлар камайишига, алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашади, улар озиб кетади, тери қопламанинг эластиклиги пасаяди, адинамия бўлади. Қорин деворининг турткисимон чайқалишларида «чайқалиш шовқини», меъдада кўзга кўринадиган қисқариш аниқланади.

Рентгенологик текширувда қабул қилинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача кўринишини олади, бунда меъданинг пастки қутби тароқсимон чизикдан 6-10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюқлик эвакуацияси бўлмайди, меъда перистальтикаси секин ёки бўлмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан кўп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация босқичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эҳтимол, буйракдан қон оқими пасаяди, диурез камаяди, нордон маҳсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалоз ацидозга ўтади, оғир ҳолларда гастроген тетания ривожланади (талваса, тризм, «акушер қўли»- Труссо симптоми).

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни қунт билан ўтказиш, беморларни реанимацион бўлимга ўтқизишни тақозо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йўли билан даволаш. Операциянинг мақсади бир томондан ўтказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Ҳозирги вақтда пилородуоденал зона стенозларини даво-лашнинг кўп сонли усуллари асосан 3 тури кулланилади: I- радикал операциялар - декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденостомоз Бильрот- I ёки гастроэнтеро- анастомоз Бильрот- II усулида бажарилади; II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари.

Ярадан қон кетиши

Ярадан қон кетиш яширин ва очикдан-очик бўлади. Қон меъда ва 12- бармоқли ичак капиллярлари, веналари, артерияларидан ва аъзолардан ташқаридаги томирлардан оқади. «Кичик» деган ном олган кам қон йўқотишларда (50 мл гача) клиник манзара амалда ифодаланмаган бўлади, гарчи давомли «кичик» қон кетишлар ҳам камқонликка олиб келиши мумкин.

Ярадан профуз қон кетиши. Унинг сабабчиси кўпчилик ҳолларда меъда ва 12-бармоқли ичакнинг пенетрацияли яралари ҳисобланади. Кўп марта қон кетиб, аҳвол тобора ёмонлаша бориши мумкин. Яра касаллиги қўзиган даврда, баҳор-куз мавсумида қон кетиш ҳоллари кўпайиши қайд қилинади. Қон кетишининг пайдо бўлишида ичкилик ичиш, дори-дармонлар қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота, бутадиион, резерпин, глюкокортикоидлар, антикоагулянтлар ва бошқалар) ҳам сабабчи бўла олади.

Яра касаллигининг қон кетиш билан асоратланиши 15-20 фоизни ташкил этади.

Яра касаллигидан беморларнинг ўлими сабаблари орасида қон кетиши биринчи ўринни эгаллайди.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларининг клиник манзараси уларнинг сабабларига, қон йўқотиш даражасига ва асосийси, қон кетиш интенсивлигига боғлиқ.

Қон кетишининг асосий белгилари - умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери ва шиллик пардаларнинг бўзарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босим пасайиши; коллапс ривожланиши мумкин.

Қон кетиш бошланган вақтдан 2-3 сутка ўтгач беморларда тана ҳарорати қон парчаланиш маҳсулотларининг ичакдан сўрилиши ҳисобига кўтарилиши қайд қилиниши мумкин. Жигар-буйрак етишмовчилиги рўй бериши эҳтимол.

Қон кетиши бошланишининг дастлабки соатларида ва ҳатто суткаларида қизил қон кўрсаткичларини ўрганиш ҳақиқий ўзгаришларни ва қон йўқотилишини акс эттирмайди, шунга гемоглобин ва эритроцит кўрсаткичларинигина эмас, балки гематокрит, марказий вена босими (МВБ), глобуляр ҳажм (ГХ) танқислигини ҳам динамик ўрганиш лозим.

Қон кетишининг 4 даражасини фарқ қилинади.

Қон кетиш сабабини, унинг кучини дифференциал диагностика қилишда, ҳозир шошилинич гастродуоденофиброскопияга катта аҳамият берилади.

Гастродуоденал қон кетиши бўлган ҳамма беморлар унинг кучи ва даражасидан қатъи назар, кечаю кундуз, шошилинич ёрдам кўрсатадиган хирургик бўлимларга ётқизилади. Қон йўқотишнинг оғир даражасидаги, актив қон оқадиган беморлар, ёши улғайган ва кекса одамлар реанимацион бўлимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизилишлари керак, бу ерда қуйидаги диагностик ва даволаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ хислигини тўлдириш учун ўмров ости венасини катетрлаш; МВБ ни ўлчаш; 2) меъдани зондлаш, уни совуқ сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш; 3) шошилинич эзофагогастрофиброскопия; 4) оксигенотерапия; 5) кардиотерапия; 6) қон йўқотиш даражасини аниқлаш; 7) гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун қон ивиш хусусиятини оширадиган ва қон кетаётган соҳадаги қон оқимини камайтирадиган дори-дармонлар қўлланилади.

Дастлабки 12-24 соат ичида массив қон кетиши фониди рўйроқ геморрагик шокда шошилинич операция консерватив даволаш наф бермаганда, стационарда қон кетиши қайталанган беморларда ўтказилади.

Шошилинич операция (дастлабки 24-48 соатда) кўп қон кетганда анчагина микдорда қон, суюқлик қуйиш бемор аҳволини яхшиламаганда, МВБ аввалги паст рақамларда қолганда, яъни консерватив даволашдан фойда бўлмаганда ўтказилади.

Ёши улғайган ва кекса ёшдаги одамларда, яра анамнези давомлилигидан қатъи назар қонаб турадиган яралар бўлганда шошилинич операцияларга кўрсатмаларни айниқса кенгайтириш лозим, чунки бу категориядаги беморларда каллэз яралар қонаб туради, қон йўқотишдаги компенсатор механизмлар эса бирмунча пасайган бўлади.

Қонаб турадиган гастродуоденал яраларда операция қилишдан мақсад қон кетишини тўхтатиш ва беморни яра касаллигидан ҳоли қиладиган радикал операцияни имкон борича эрта ўтказишдан иборат бўлади. Меъда яраларида меъда резекция қилиниб, қонаб турган яра олиб ташланади (қон кам йўқотилса ва операциядан хавф кам бўлса); оғир ётган, ёши улғайган ва кекса беморларда - ярани кесиш ёки қонаётган томирни гастротомик кесма орқали тикиш, ваготомия пилоропластика ва билан ўтказилади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Камаров Б.Ю. Меҳда ва 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилинич жароҳлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
2. Курьгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармоқли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
4. Бабалич А.К. 12 бармоқли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал қон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.

6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

8-Мавзу: МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ АСОРАТЛАРИ (ПЕРФОРАЦИЯ, ПЕНЕТРАЦИЯ, МАЛИГНИЗАЦИЯ)

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I- деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости бези, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак тутқичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам қиради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости безига пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости бези бошчасига пенетрация бўлганда сариқлик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқа-лади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

Тешилган гастродуоденал яралар

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни қўзийди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20—50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фониди пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизида 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимнинг олдинги деворидаги яра, камрок - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Тешилган яралар классификацияси

(Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)

I. Этиологияси бўйича: яралари ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атипик тешилиши

Даволаш. Касалхонага ётказилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган восита-ларни сира юбориб бўлмайди.

Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Яра малигнизацияси

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалуқли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Камаров Б.Ю. Меъда ва 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиғи аъзолари шошилиш жаррохлиги. М.: Тиббиёт. 2000.

2. Курьгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19

3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармоқли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28

4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Ветник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

9-Мавзу: ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛИКЛАРИ

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув ҳавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қалқонсимон без (*glandula thyreoidea*) деган номни Уортон, унинг қалқонга (*thyreos* - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпқа) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмига овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортикча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга оркасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпстик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқориқоқда жойлаш-ганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (расм 2).

Радиоактив моддалар ($J131$ ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади.

T3 ва T4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усуллари билан бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, $J131$ билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади.

Эндемик ва спорадик буқоқ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашини. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдиради, кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли баравар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яқкам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли қўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, этиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) қуйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),

- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,

- тугунли,

- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,

- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

0 даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без кизилўнгач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреоид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреоид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреоид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезадилар, курук йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хиқилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юққалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишинингбузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреоид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуктаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табиий омиллар, очик ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузи-лишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофтальм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг аҳён-аҳёнда пириллаши (очилиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачиқ четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “каҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Қалқонсимон без яллиғланишлари

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттик оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суяқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс ораллиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғриқ синдромининг бўлмаслиги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оқсил билан боғланган йод миқдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлардан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беzi пуcтлогининг гормонларидан (ҳар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан яқунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар каторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъ-сири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қиладди, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомиа амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттиқ атроф тўқималар билан туташиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнғач, трахея, қон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавfli ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Тавсия этилган адабиётлар

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

10-Мавзу: ТИРЕОТОКСИК БУҚОҚ ВА УНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР

Ўзбекистоннинг эндемик буқоқ ўчоғи эканлиги ўтган асрлардан бери маълум эди, лекин юртимизда қалқонсимон без касалликларини ўрганиш, уни даволаш жароёни, профилактикаси ва хирургиясининг ривожланиши XX асрнинг ўрталаридан бошланди. Унинг ривожига мамлакатимиз тадқиқотчиларидан: М. С. Астров, С. А. Маъсумов, Р. Қ. Ислombeков, Ё. Х. Туракулов ва бошқалар катта ҳисса қўшдилар. “Буқоқ - қалқонсимон безнинг мазкур географик муҳит учун хос бўлган катталашувидир”, - деган таъриф ҳам С. А. Маъсумовга тегишлидир. Мамла-катимизда бугунги кунда 15 дан зиёд эндемик ўчоқ бўлиб, аҳолининг қарийб 10-20% да қалқонсимон безнинг катталашуви кузатилади. Бу биринчи галда, атроф муҳит ва сув хавзаларидаги ичимлик сув ва озуқа моддаларда йод моддасининг тансиқлиги оқибатида келиб чиқиши исботлаб берилган.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Қалқонсимон без (glandula thyreoidea) деган номни Уортон, унинг қалқонга (thygeos - юнонча қалқон) ўхшашлиги туфайли 1656 йилда берган. Без бўйиннинг олдинги сатҳида, узуксимон тоғайларнинг I-IV трахеал ҳалқалари соҳасида жойлашган бўлиб, иккита бўлак ва уларни бирлаштириб турувчи - бўйинча қисмидан ташкил топган.

Безнинг вазни балоғатга етган одамда нормада $\approx 25-30$ граммга етади, Ўзбекистонда шароитида эса, бирмунча катталашган бўлиб, айниқса эндемик ўчоқларда $\approx 40-50$ граммгача бўлиши мумкин. Без

бўйиннинг тўртинчи фасцияси билан қопланган бўлиб, ички (юпқа) ва ташқи (қалин) варақалари орасида жойлашган, улар орасидан артерия қон томирлари ўтади.

Гормонлар ҳосил бўлиши учун йод ва тирозин аминокислотаси асосий таркибий қисмлар бўлиб хизмат қилади. Йод инсон организмга овқат, сув, ҳаво билан ва органик, ҳамда ноорганик бирикмалар таркибида тушади. Организмда йод миқдори бирмунча ўзгариб туради, унинг ортикча қисми сийдик (98%) ва ўт суюқлиги (2%) билан ажралиб чиқади.

Пайпаслаб кўришни икки усулда бажариш мумкин:

а) бемор врачга орқасини ўгириб, бошини олдинга ва пастга бир оз энгаштириб ўтирган ҳолатда. Бу ҳолатда бўйин мушаклари бўшашади ва безни текшириш осонлашади. Ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи без устида жойлашади, бош бармоқлар эса бўйинни орқа томондан эгаллайди;

б) бемор врачга юзма-юз қараб ўтиради ёки типпстик туради, бунда ҳар бир қўлнинг тўрттала бармоғи бемор бўйинининг ён томонларида жойлашади, иккала бош бармоқ билан без пайпаслаб кўрилади.

Беморда безни пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш ҳаракатларини қилиш, бошни кўтариш ёки энгаштириш сўралади. Чунки, шундай пайпаслаб кўрилганда, безнинг чегаралари, унинг тўш ортида ёки юқориқда жойлашганлиги тўғрисида муҳим диагностик маълумотларни олиш мумкин (расм 2).

Радиоактив моддалар (^{131}I ва б.) билан текшириш йод алмашинуви жароёнининг ноорганик ва органик босқичларини ўрганиш, йод ва гормонлар ишлаб чиқарилишининг периферик босқичи тўғрисида хулоса чиқаришга имкон яратади.

T3 ва T4 гормонларини радиоиммун усуллар ёрдамида текширилади. Уларнинг нисбатини ва тиреотроп гормонни текшириш гипофиз ва қалқонсимон без фаолияти орасидаги боғланишни аниқлашга ёрдам беради.

Қалқонсимон безни ультратовуш ёрдамида текшириш (сканерлаш), ноинвазив текшириш усуллари билан бири бўлиб, унда қалқонсимон без гиперплазияси даражаси, чегаралари, ўлчамлари, тугунлар борлиги, зичлиги, бошқа аъзолар билан нисбатини аниқлаш имкониятини беради. Одатда, ^{131}I билан радиоактив текширув ўтказиб бўлмаганда (прерат йўқлиги, без йод сақловчи препаратлар билан блокада қилинганда), бу усулнинг қиммати янада ошади. Компьютер томография текширув усули энг янги усуллардан ҳисобланиб, қалқонсимон без чегараларини ва унинг таркибини аниқ ва равшан кўрсатиб беради. Бу усул, айниқса безнинг кўкс ортида жойлашган турларида, унинг чегаралари ва бошқа тўқималарга муносабатини аниқ кўрсатади.

Эндемик ва спорадик буқоқ

Буқоқ - гиперплазия (ёки дегенератив) ўзгаришлар оқибатида қалқонси-мон безнинг чекланган ёки диффуз катталашishi. Келиб чиқиш сабабларига кўра буқоқ икки турли бўлади: эндемик ва спорадик.

Эндемик буқоқ - биосфераси йодга тансиқ географик муҳитларда (энде-мия, яъни маълум географик макон (муҳит) га хос) яшайдиган аҳоли орасида учрайдиган касалликдир. Организмга атроф муҳитдан йоднинг етарлича тушмаслиги, асосини йод моддаси ташкил қиладиган тиреоид гормонлар ишлаб чиқарилишининг пасайишига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида қалқонсимон безнинг компенсатор гиперплазиясига ва буқоқ ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Бундай гиперплазия аввалига тиреоид гормонлар етишмаётганини тўлдирди,

кейинчалик эса қалқонсимон без фаолиятини тубдан издан чиқаради. Буқоқ эндемияси асосан тоғли районларда кўпроқ учрайди, касалликнинг тарқалиши, эркаклар ва аёллар ўртасида деярли баравар бўлади.

Спорадик буқоқ - буқоқ эндемияси бўлмаган жойлардаги аҳоли орасида (спорадия – маълум географик макон (муҳит) га хос эмас, алоҳида, яккам-дуккам) учрайдиган буқоқ касаллигидир. Унинг келиб чиқишида асосий омил бўлиб, марказий нерв системасининг кучли кўзғалиши, асабнинг ўта кучли таъсирланиши (стресс) сабаб бўлади. Жумладан беморлар, касаллик-нинг келиб чиқишини яқинларидан ажраш: бир неча қариндош ёки фарзанд ўлими, фожиалар ва бошқа бирор кучли салбий таассурот билан боғлайдилар. Бу касалликнинг аёлларда, эркакларга нисбатан бир неча баро-бар (8-10 марта) кўпроқ учрашини, эътиборга олиш лозим.

Қалқонсимон без касалликлари умумий классификацияси (турлари) куйида келтирилган:

Қалқонсимон безнинг туғма нуқсонлари,

Қалқонсимон без жароҳатлари,

Қалқонсимон без яллиғланиши:

- тиреоидитлар (Хошимото буқоғи),
- струмитлар (Ридель буқоғи).

Эндемик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Спорадик буқоқ:

- диффуз,
- тугунли,
- аралаш.

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз),

Токсик аденома (тугунли токсик буқоқ),

Қалқонсимон без ўсмалари:

- хавфсиз ўсмалар,
- хавфли ўсмалар.

Катталалиш даражаси бўйича буқоқ 6 даражадан иборат:

0 даража - без кўринмайди ёки пайпаслаганда билинмайди.

I даража - без кўринмайди, пайпаслаганда қўлга сезилади ва ютиш ҳаракатларида кўринади.

II даража - қалқонсимон без ютинганда кўринади ва қўлга яхши уннайди, бироқ бўйин шакли ўзгармаган бўлади.

III даража - без кўздан кечирилганда катталашгани билинади, бўйин шакли ўзгариб, йўғонлашади - «йўғон бўйин».

IV даража - бўйин кўринишини бузиб турадиган аниқ, юзага чиққан буқоқ кўринади.

V даража - ўлчамлари жуда катта бўлган без кўринади, бу даврда без қизилўнгач ёки трахеяни босиб, ютиниш ва нафас олишни қийинлаштириб қўяди.

Функционал ҳолати бўйича буқоқлар қуйидагиларга бўлинади:

гипертиреозид - қалқонсимон без без функцияси ошган,

эутиреозид - қалқонсимон без без функцияси бузилмаган,

гипотиреозид - қалқонсимон без функцияси пасайган бўлади.

Симптомлари: беморларда бўйин ҳаракати бирмунча чекланган бўлади, айниқса, ёқа тугмасини қадаётганда ёки юқори ва пастга, ўнг ва чап томонга қилинаётган ҳаракатларда бўйин соҳасида “ўнғайсизлик” сезадилар, куруқ йўтал бўлади, товуш бўғилади, нафас олиш қийинлашади. Кейинги белгилардан бири трахеомалация билан боғлиқ бўлиб, трахея ва хикилдоқда нерв идораси (бошқариши) бузилиб, буқоқнинг муттасил босиб туриши оқибатида трахея деворининг юпқалашиши кузатилади. Нафас олиш жароёнининг бузилиши - тўш ортидаги буқоқнинг кўп учрайдиган белги-ларидан биридир. Аксарият (айниқса тўш ортидаги буқоқда), беморлар танани энгаштирганда бошда оғирлик сезишга шикоят қиладилар. Бундай беморларни кўздан кечирганда бўйин веналарининг кенгайганлигини, кўкрак қафаси деворининг юқори қисми соҳасида ўзига хос “медуза боши” тасвири-ни қайд қилиш мумкин. Нафас олишнинг бузилиши “буқоққа хос юрак” каби ўзгаришларга сабаб бўлади. Симпатик нерв тутамларининг эзилиши оқибати-да - Горнер симптоми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлишига, эзилган тарафдаги тана ярмида тер ажралишининг кучайишига олиб келади.

Диффуз токсик буқоқ

Диффуз токсик буқоқ (Базед касаллиги, тиреотоксикоз, тиреотоксик буқоқ) – эндокрин касаллик бўлиб, тиреозид гормонлар секрециясининг ниҳоятда ортиши натижасида пайдо бўлади ва турли аъзолар ҳамда системаларда оғир бузилишлар билан кечади.

Клиникаси ва диагностикаси. Илмий адабиётларининг гувоҳлик беришича касб-кор нуқтаи назаридан диффуз токсик буқоқ билан кўпроқ ақлий меҳнат ходимлари касалланадилар. Қишлоқ жойларда яшовчи аҳоли тиреотоксикоз билан 3-5 марта камроқ касалланади. Афтидан, бунда бирмунча тинч ва қулай бўлган атроф муҳитнинг (табиий омиллар, очик ҳавода ишлаш) аҳамияти катта бўлса керак.

Кўпчилик беморларда юрак-қон томирлар системаси томонидан бузилишлар: тахикардия (юрак уришининг тезлашиши), аритмия, юрак соҳасида оғриқ хуружи, нафас қисиши, организмда қон айланиши етишмовчилиги эрта муддатларда биринчи ўринга чиқади.

Дельрампель симптоми - қовоқларнинг катта очилиши ва кўз ёриғининг кенгайиши - лагофталъм деб аталиб, бунинг натижасида рангдор парда билан юқори қовоқ ўртасида йўл-йўл чизик пайдо бўлади.

Штельваг симптоми - кўзнинг ахён-ахёнда пириллаши (очишиб-юмили-ши), кўзга алоҳида ҳаракатсиз ифода беради - “бир нуктага қадалган нигоҳ” ва кўзнинг шохсимон пардаси сезувчанлигининг пасайиши кузатилади.

Грефе симптоми - бемор пастга қараганда юқори қовоқнинг қорачик четидан орқада қолиши. Бунда юқори қовоқ билан рангдор парда ўртасида склеранинг оқ йўл-йўл чизиғи қолади.

Кохер симптоми - Грефе симптомига қарама-қарши белги бўлиб, юқори-га қаралганда склеранинг худди ўша қисми қовоқнинг нотўғри, тез-тез, қисқариши - “қовоқ қисқариши” натижасида оқ йўл-йўл чизик кўринишида юзага чиқади.

Мебиус симптоми - яъни яқин масофадан қарай олиш қобилиятининг йўқотилиши (конвергенциянинг бузилиши) дир.

Мелихов симптоми - “қаҳр-ғазаб билан қараш”.

Еллинек симптоми - юқори қовоқ терисининг қорайиши.

Розенбах симптоми - қовоқларнинг юмилганда титраши.

Зенгер симптоми - қовоқларнинг шишиб чиқиши ва халтасимон осилиб қолиши.

Дальмеди симптоми – “қотиб қолган юз” (амимия). Юз мушаклари тонусининг ортиши натижасида мимик ҳаракатлар тормозланиб, айна вақтда бошқа ҳаракатлар сақланиб қолган бўлади.

Диффуз токсик буқоқни хирургик даволаш. Тиреотоксик буқоқда операцияларни эндотрахеал наркоз остида бошқарилувчи сунъий нафас олиш йўли билан бажарган маъқулроқ, бунда бемор осойишта шароитда операция қилинади, руҳий шикастларнинг олди олинади, барқарор артериал босим ва нормал нафас олиш таъминланади. Тиреотоксикознинг оғир турларида, айниқса асаб бузилиши чуқур кечаётганда, беморни операция хонасига ухлаган ҳолда олиб кирилиши, бемор учун катта аҳамиятга эга.

Қалқонсимон без яллиғланишлари

Қалқонсимон безнинг яллиғланиш касалликлари ўткир ёки сурункали инфекция таъсири натижасида ривожланади. Ўзгармаган қалқонсимон безда ривожланган яллиғланиш жараёнига - тиреоидит, аввалдан буқоқ мавжуд бўлган безда ривожланган яллиғланиш жараёнига эса - струмит дейилади.

Ўткир тиреоидит ва струмит тана ҳароратининг ошиши билан бошланади. Беморлар бош оғриши, қалқонсимон бездаги каттик оғриққа шикоят қиладилар. Оғриқ энса соҳасига ва кулоққа таъсир беради. Бўйиннинг олдинги юзасида, қалқонсимон без чегарасида ютинишда суриладиган оғрийдиган шиш пайдо бўлади. Тиреоидитнинг оғир асорати, баъзан сепсис ривожланиши билан оғирлашадиган йирингли медиастинит ривожланиши ҳисобланади. Шунинг учун ҳам ўткир струмит ёки тиреоидит диагнози қўйилган беморларни шошилиш равишида касалхонага ётқизиш ва жадал даволашни бошлаш керак.

Даволаш. Беморларга таъсир доираси кенг антибиотиклар, сульфа-ниламид препаратлари, детоксикацион муолажа, осойишта шароит, суюқ юмшоқ овқатлар, мўл ичимлик ва физиотерапевтик муолажалар тайинланади. Безда юмшаш, флюктуация белгилари пайдо бўлиб абсцессга айланганда, йирингли жараён бўйинга ва кўкс оралиғига тарқалиб кетмаслиги учун, дарҳол уни очиб, дренажлаш амалиётини бажариш тавсия этилади.

Йирингли бўлмаган тиреоидит (де Кервен-Крайль гранулематоз тиреоидити) вирусли инфекцияга боғлиқ бўлиб, касаллик клиник белгиларига кўра ўткир йирингли тиреоидитга ўхшаш бўлади. Оғрик синдромининг бўлмасли-ги ёки юзага чиқмаганлиги, без устидаги терининг ўзгармаганлиги ва кўзиш даврида гипертиреоз белгиларининг ҳамроҳлиги, таҳлилларда эса оксил билан боғланган йод микдорининг ортиши, уни бошқа турдаги касалликлар-дан ажратиш турувчи белгилар ҳисобланади.

Даволаш. Беморларга юқорида келтирилган муолажадан ташқари, буйрак усти беши пустлоғининг гормонларидан (хар куни 20-30 мг дан 4-6 ҳафтагача) преднизолон тайинланади. Такрорланганда қалқонсимон без рентгенотерапияси ўтказилади. Прогнози одатда яхши, касаллик тез кунда соғайиш билан яқунланади.

Хошимото сурункали лимфоматоз тиреоидити (аутоиммун тиреоидит). Касаллик аутоиммун органоспецифик патологик жараёнлар каторига киради, уларда организмда ҳосил бўладиган антителолар битта аъзо компо-нентларига нисбатан специфик. Қалқонсимон без номаълум сабаблар таъ-сири остида тиреоглобулиндан фарқ қиладиган - ўзгарган гормонал-активмас йодпротеинлар ишлаб чиқара бошлайди. Улар қонга тушиб антигенга айланади ва қалқонсимон безнинг адианар ҳужайралари ҳамда тиреоглобулин-га қарши антителолар ҳосил қиладди, кейингисини инактивлайди. Бу нормал тиреоид гормонал синтези бузилишига олиб келади. Бунга жавобан, гипофиз тиреотоксик гормони секрециясини оширади, ҳамда қалқонсимон без гиперплазиясига сабаб бўлади. Касалликнинг сўнгги босқичларида без фаолияти, унда йод йиғилишининг пасайиши билан параллел ҳолда пасаяди.

Клиникаси ва диагностикаси. Касаллик аксарият 50 ёшдаги ва ундан ошган аёлларда пайдо бўлади, аста-секин 1-5 йилгача ривожланади. Касал-ликнинг бирдан-бир белгиси - қалқонсимон без ўлчамининг катталашуви ҳисобланади. Ушлаб кўрилганда без зич, бироқ пайпаслаб кўрилганда атрофдаги тўқималар билан боғланмаган, ҳаракатчан. Кейинчалик беморларда кайфиятнинг умумий бузилиши, руҳий ҳолатида ўзгаришлар ва гипотиреоз белгилари кузатилади. Лимфатик тугунлар катталашмаган.

Даволаш. Хошимото буқоғини даволаш консерватив. Беморларга тиреоид ва глюкокортикоид гормонлар тайинланади. Тиреоид гормонлар дозаси индивидуал тайинланади, тиреоидиннинг ўртача суткалик дозаси 0,1-0,3 г. Преднизолоннинг 20-40 мг суткалик дозаси 1,5-2 ой мобайнида тайинланиб, у аста-секин камайтириб борилади.

Касаллик саратонга айланганига шубҳа бўлганда ёки катта буқоқ бўйин аъзоларини босиб қўйганда операция қилиш шарт. Бу ҳолда, О.В. Николаев усулида субтотал субкапсуляр струмэктомия амалиёти бажарилади, шундан кейин ривожланиши мумкин бўлган гипотиреозни профилактика қилиш учун, албатта тиреоидин тайинланади.

Ридель сурункали фиброз тиреоидити. Касаллик қалқонсимон безда унинг паренхимаси ўрнини қоплайдиган бириктирувчи тўқиманинг ўсиб, қалинлашуви билан таърифланади, жараёнга атрофдаги тўқималар қўшилади. Касаллик этиологияси аниқланмаган.

Клиникаси ва диагностикаси. Қалқонсимон без диффуз катталашган, тошдек каттик атроф тўқималар билан тутшиб кетган. Гипотиреознинг ўртача белгилари қайд қилинади. Катталашган безнинг қизилўнгач, трахея, кон томирлар ва нервларни эзиши тегишли белгиларни келтириб чиқаради.

Даволаш. Операцияга қадар қалқонсимон безнинг хавфли ўсмасини истисно қилиб бўлмайди, шунинг учун Ридель тиреоидитида хирургик аралашув (операция) талаб қилинади. Фиброз тиреоид тўқима максимал кесилиб олиб ташлангач, муолажа қўлланилади.

Тавсия этилган адабиётлар

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985

Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984

Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991

Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991

Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975

Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

11-Мавзу: СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА УНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва

кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарк қилинади: ўн икки бармоқ ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармоқ, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармоқ ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармоқ, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармоқ ичакларига боглик эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарк қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиксимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўўткир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилик, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилик пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилик парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларидан беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъй назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўлларини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўлларини манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи хисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар хисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғрик аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғрик хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғрик, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғрик пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализда лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом хис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғрик бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандикли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истискоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак

йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг олма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган яқин жойлашган қавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беши йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян аҳамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заманида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ульטרатовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллариининг ялиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга руҳсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратига худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш замида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилишч хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тугилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит замида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очик

рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўусмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзғатган касаллик характериға боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формаға ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Хозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларини назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтқи экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўللарни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларға кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларға боғлиқ, бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларға олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишға киришилади. Ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишға монелик қиладиган холларға жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникаға келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишқор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишға қаратилган эндобилиар операцияға пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятға эға бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўлларини катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи

дренажлаш бажарилади: катетер обструкция сохаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш хосил қилинади. Билиар босим нормага тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ходисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтни бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминда тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодесоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жахон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлқинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўлларини тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли хисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

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

1165

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

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

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

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

12-Мавзу: ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чикиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарқ қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок ичакларига боглик эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга яқинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиқсимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўўткир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилиқ, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилиқ пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилиқ парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шохи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишни вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишқорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайдди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тусқинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар куйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларидан беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўлларини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика

сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўлларини пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўлларини манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўлларини ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги хосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўлларини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич холатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари қаторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи хисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар хисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида хосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғрик аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғрик хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғрик, ўнг ковурағалар остида ва эпигастрал сохада жойлашган бўлса, бел сохасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғриқ пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализиди лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғриқ бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандикли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истискоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сарбарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзоқ вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, ялиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узоқ, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беги йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво замида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғриқ унчалик кучли бўлмайди, бироқ узоқ давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ультрауш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.
2. Паранефрал новокаин блокадаси.
3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1қ2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.
4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.
5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.
6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш замида беморнинг аҳволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилиш хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариқлик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортикча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариқлик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сариқликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариқлик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариқлик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сариқликда тери қоплами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сариқликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариқлик ўткир холецистит заминидан вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариқлик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сариқликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сариқликни қўзғатган касаллик характериға боғлиқ. Бу ҳол сариқлик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сариқликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сариқликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариқлик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариқлик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал ҳолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сариқликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади. Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формаға ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариқлик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтқизиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция қилиш таклиф этилади. Хозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларини назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариқлик, холангит ходисаларини қамайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтқи экиш, хайфли ўсмаларни

химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллارни ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, хатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўлларини тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг нихоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўлларини катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки тикилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледоҳда стеностик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормаға тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча камайганда ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашға утказилади. Хар куни ўтни бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суоқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедоҳ терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминида тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибида монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота кабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жаҳон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлкинлар билан майда фрагментларгача парчалашға асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўлларини тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимиға ригид катетер - катетерға уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

13-Мавзу: ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

Ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллигини касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 100 000 аҳолига ҳисоб қилганда 7-9 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-60 ёшдаги кишиларда бўлади. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 1/3, ёши улғайган одамларда 1/5 ва кексаларда деярли 1/6. Беморларнинг ногирон бўлишлари жихатидан ўт йўллари ва ўт пуфаги касаллиги 4-5 - ўринни эгаллайди.

Анатомик-физиологик маълумотлар. Ўнг ва чап томондаги жигар йўллари жигарнинг шу номидаги бўлақларидан чиқиб, умумий жигар йўлини ҳосил қилади. Жигар йўлининг эни 0,4 дан 1 см гача ўзгариб туради ва ўрта ҳисобда 0,5 см ни ташкил қилади. Ўт йўлининг узунлиги тахминан 2,5-3,5 см. Умумий жигар йўли ўт пуфаги йўли билан қўшилиб, умумий ўт йўлини ҳосил қилади. Умумий ўт йўлида тўртта бўлим фарқ қилинади: ўн икки бармок ичак устида жойлашган супрадуоденал, ўн икки бармок, ичак юкори-горизонтал тармоки орқасидан ўтадиган ретродуоденал, ретропанкреатик (меъда ости беши бошчаси орқасидаги) ва ўн икки бармок ичакнинг вертикал тармоки деворидаги интрамурал бўлимлар.

Умумий ўт йўлининг дистал бўлими ўн икки бармок, ичак шиллик пардаси остидаги каватда жойлашган катта дуоденал сургич (Фатер сургичи) ҳосил қилади. Катта дуоденал сургич узунасига кетган, доирасимон ва кийшик толалардан иборат автоном мушак системага - Одди сфинктерига эга, бу сфинктер ўн икки бармок

1173

ичакларига боглик эмас. Панкреатик йўл катта дуоденал сургичга якинлашиб, умумий ўт йўлининг терминал бўлими билан бирга дуоденал сургич ампуласини ҳосил қилади. Катта дуоденал сургичда операция бажаришда ўт йўли билан панкреатик йўлларнинг ўзаро муносабатларига дойр турли вариантлар ҳисобга олиниши лозим. Ўт пуфаги жигарнинг пастки юзасида унчалик катта бўлмаган чуқурчада жойлашган. Ўт пуфагининг сизими тахминан 50—70 мл ни ташкил қилади. Ўт йўлининг шакли ва ўлчамлари унинг яллиғланиши ва чандикли жараёнларида ўзгаришларга учраши мумкин. Ўт пуфагининг туби, танаси, бўйни фарқ қилиниб, бўйни пуфак йўлига ўтади. Аксарият ўт пуфаги бўйнида қўлтиксимон бўртма - Гартман чўнтаги ҳосил бўлади. Пуфак йўли кўпинча холедох ўнг ярим доирасига ўўткир бурчак остида тушади. Ўт пуфаги девори учта парда: шилик, мушак ва фиброз пардаларидан иборат. Пуфак шилик пардаси кўп сонли бўрмалар ҳосил қилади. Пуфак бўйни соҳасида ва пуфак йўлининг бошланғич қисмида улар Гейстер клапанлари деган ном олган, пуфак йўлининг бир-мунча дистал бўлимларида силлиқ мушак толалари дасталари билан бирга Люткинс сфинктерини ҳосил қилади. Шилик парда мушак дасталари орасида жойлашган кўп сонли бўрмалар - Рокитанский - Ашофф синусларини ҳосил қилади.

Ўт пуфагига ўт пуфаги бўйни томонидан асли жигар артериясининг битта ёки иккита шоҳи, ёки унинг ўнг тармоғидан келадиган пуфак артерияси орқали қон билан таъминланади. Лимфатик тугунларга лимфа оқиб кетиши жигар дарвозасидан ва жигарнинг ўзидаги лимфатик системадан содир бўлади. Ўт пуфаги иннервацияси қорин чигали тармоқлари, чап адашган нерв ва ўнг диафрагмал нервдан ташкил топган жигар тармоғидан амалга оширилади. Жигарда ишланадиган ва жигардан ташқаридаги ўт йўлларига тушадиган ўт суюқлиги (сафро) сув (97%), ўт тузлари (1 -2%), пигментлар, холестерин ва ўт кисталаридан (тахминан 1%) иборат. Жигарнинг ўт ажратиш ўртача дебити минутига 40 мл. Ўт пуфагида сув ва электролитлар сурилиши ҳисобига ўт суюқлиги концентрацияси рўй беради. Бунда ўтнинг асосий компонентлари концентрацияси уларнинг жигар ўтидаги дастлабки миқдоридан 5-10 марта ошган бўлади. Овқат, нордон меъда шираси, ёғлар ва қон интестинал гормонлар - холецистокинин, секретин ўт пуфагининг қисқаришини ва айни вақтда Одди сфинктерининг бўшашишини вужудга келтиради.

Овқат ўн икки бармоқ ичакдан ўтгандан ва ўн икки бармоқ ичакда ишкорий бўлиб қолгандан кейин қонга гормонлар ажралиши тўхтайтиди, Одди сфинктери қисқариб, ўтнинг ичакка тушиб туришига тускинлик қилади.

Текшириш усуллари. Ўт пуфаги ва ўт йўлларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини ўрганишга асосланади.

Беморлар қўйидагиларга энг кўп шикоят қиладилар: оғриқ, диспепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, сарикликдир. Анамнезни Аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ўт пуфагининг ўткир касалликлари, санчиқ хуружлари бўлган-бўлмаганига аҳамият бериш зарур, улар бу органларнинг (Сурункали холецистит, холангит ва ўт-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларида беморни кўздан кечириш, пайпаслаб кўриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал ўзгаришлар тўғрисида тушунча ҳосил қилишга имкон беради ва кўпинча беморни даволаш жараёнида ўнинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фаолиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик текшириш кўп ҳолларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суърат жигарнинг ўлчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий ўзгаришлар тўғрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ўт йўлларига тушганда орган - йод сақлайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена ичи холецистохолангиографияси ўт пуфагининг ҳолатидан қатъий назар, унинг қисқариш функцияси бузилганда, пуфак йўли блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ўт йўлларининг рентген контраст тасвирини олишга ёрдам беради.

Тери орқали холецистография қилиш. Катталашган ўт пуфаги пункция қилингандан ва контраст модда юборилгандан кейин ўни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ўт йўллари рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ўт йўлларидаги операцияларда албатта ўтказиладиган босқич ҳисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сурғичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз оғзига киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишдан иборат.

Тери орқали жигар орқали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ўт йўллари пункция қилиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишни ўз ичига олади. Одатда тери орқали холангиографияни механик сарикликда ўтказилади: бу усул ўт йўлларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пўлат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу методика кенг тарқалди.

Ўт йўллари манометрик текшириш - холангиоманометрия уларга суюқлик юборилгандан кейин босим кўрсаткичларини аниқлашдан иборат, бу ўт чиқарувчи йўлнинг функционал қобилияти ва ўтказувчанлиги тўғрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ўт йўллари ультратовуш билан текшириш. Ўт пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки янги ҳосил бўлган тузилмалар борлигини Аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш - унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси бўйича функционал қолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар тўқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари ўрганилади.

Ўт йўллари эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия амалиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг ўчоқли зарарланиши, ўт йўллари саратонини аниқлаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қўлланишга тўғри келади.

Дуоденоскопия - катта дуоденал сурғич ҳолатини текшириш, ўн икки бармоқ, ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия – операцион диагностика усуллари каторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Ўт-тош касаллиги. Ўт-тош касаллиги - 40 ёшдан ошган одамларда учрайдиган тарқалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш 30-40 фоизни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ўт-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ўт чиқарувчи йўллардаги тошлар хисобланади. Ўт тошлари ўтнинг одатий таркибий қисмлари - билирубин, холестерин, кальцийдан ташкил топган. Ўт тошлари асосан ўт пуфагида ҳосил бўлади, тошлар ўт йўлларида камдан-кам пайдо бўлади. Ўт тошлари пайдо бўлишининг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ўт пуфаги эпителийсидаги яллиғланиш ўзгаришлари ва ўт димланишидир. Ўт-тош касаллиги симптомларсиз ўтиши мумкин ва ўт пуфагида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, қорин бўшлиғи органларини операция қилаётганда ёки ёриб кўриш вақтида тасодифан аниқланади. Клиник жихатдан ўт-тош касаллиги кўпинча жигар (ўт пуфаги) санчиғи кўринишида намоён бўлади. Оғрик аксарият пархез бузилганда, жисмоний зўриқишда пайдо бўлади. Оғрик хуружи пайдо бўлишига ўт пуфаги бўйнида пуфак йўлида тош қисилиб қолиши сабаб бўлади. Оғрик, ўнг қовурғалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган бўлса, бел соҳасига, ўнг куракка берилади. Кўпинча жигар санчиғи хуружи кўнгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан ўтади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечеришда қориннинг бир оз кепчиши эътиборни ўзига тортади, қорин деворининг ўнг ярми нафас актидан орқада қолади, қорин пайпаслаб кўрилганда ўнг қовурғалар остида, айниқса ўт пуфаги проекциясида кескин оғрик пайдо бўлади. Мушакларнинг ўз-ўзидан таранг тортиши бўлмайди ёки кам ифодаланган, Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализда лейкоцитлар миқдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиғи хуружи тухтагандан кейин беморлар ҳеч нимадан шикоятлар қилмай, ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Бироқ уларда ўнг қовурғалар остида оғирлик ва симиллаган оғрик бўлиб, у овқатдан кейин кучаяди, қорин дам бўлади, ич кетади, оғиз бемаза бўлади. Бирламчи Сурункали холецистит жигар санчиғи хуружларисиз кўрсатиб ўтилган симптомлар билан кечади. Ўт-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал бўлимида чандиқли стриктура, ички оқмалар пайдо бўлиши, холангит, холецистопанкреатит, ўт пуфаги истискоси, ўт пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз - ўт-тош касаллиги ва калькулёз холециститнинг энг кўп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Ёши ўтган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2-3 марта кўпроқ кузатилади. Кўпчилик беморларда умумий ўт йўлига тошлар ўт пуфагидан тушади. Бунга пуфак йўлининг калта сербарлиги, пуфак бўйни ёки гартман чўнтаги соҳасида яра бўлиб, ўт пуфаги билан умумий ўт йўли ўртасида кенг оқма пайдо бўлиши сабабчидир.

Холедохолитиаз ўзок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг кўп сонли тошларида ҳам ўт ажралиши бузилиши ҳамавақт содир бўлавермайди. Ўт суюқлиги жигардан ташқаридаги ўт йўллари бўшлиғидаги тошларни гуё четлаб оқиб ўтади ва холедох терминал бўлимида тўсиқ бўлмаса, бемалол ўн икки бармоқ, ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор бўлимларига, унинг терминал бўлимига ва Айниқса катта дуоденал сурғичи ампуласига тушганда ўт суюқлигининг ичакка оқиб кетишига тўсиқ - пайдо бўлиб, бу клиникасида механик сариклик билан юзага чиқади. Баъзан сариклик холедох терминал бўлимида ёки катта дуоденал сурғичда «вентил» тош бўлганда сариклик ремиттирловчи характерга эга бўлади. Тошларнинг холедох терминал бўлимидаги окклюзиясида ўт гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу ўнг қовурғалар остида симиллаган оғриқлар ва механик сариклик билан ўтади. Жигардан ташқари йўлларда босим янада оша борганда уларнинг бўшлиғи кенгаяди ва тош гепатикохоледох проксимал бўлимларига гуё сузиб чиққандай бўлади, сариклик камаяди ва йўқолиши мумкин.

Катта дуоденал сурғич ва умумий ўт йўли терминал бўлимидаги чандиқли стриктуралар дуоденал сурғич шиллик, пардаси тошлардан, яллиғланиш жараёнида зарарланганда пайдо бўлади. Стриктуралар бир неча

миллиметрлардан 1 - 1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ўт йўлининг терминал бўлими 2-2,5 см ва бундан кўпроқ концентрик торайган тубуляр бўлиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар бўлмайди. Холедох терминал бўлимининг ўт суюқлиги ва панкреатик шира оқшининг бўзилиши билан ўтадиган стенозида холецистопанкреатит, ўткир ёки Сурункали панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо бўлади.

Ички билиодегистив оқмалар. Ўт пуфагида тошларнинг узок, вақт туриб қолиши деворида ва ўт пуфаги билан перихолециститга узвий боғланган якин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Оқмаларнинг кўпинча ўт пуфаги билан меъда ўртасида ёки ўт пуфаги билан гепатикохоледох ўртасида шаклланиши рўй беради. Ички билиодегистив оқмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кўра операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қўйишнинг иложи бўлавермайди.

Тошсиз холецистит. Ўткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ўт пуфагининг меъда ости беги йўлидаги ўт йўллари ва ўт пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг жароҳатловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, ўтказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси ҳал қилувчи ахамиятга эга.

Сурункали тошсиз холецистит. Тошсиз Сурункали холецистит клиникаси Сурункали калькулёз холецистит клиникасига ўхшаш. Бироқ ўнг қовурғалар остидаги оғрик унчалик кучли бўлмайди, бироқ узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, парҳез бўзилганда кейин кучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ўт йўллари ульטרатовуш билан текшириш энг кўп маълумот беради.

Ўт йўллари яллиғланиш касалликларида консерватив даволаш. Ўткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар дори-дармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, фақат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда куйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ:

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ўт пуфагида ва ўт йўлларида димланишни баттар қийинлаштиради.

2. Паранефрал новокаин блокадаси.

3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1к2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир кўрсатади. Атропин, но-шпа, галидор ўт пуфаги бўйнидаги сфинктер аппаратига худди шундай бўшаштирувчи таъсир кўрсатади.

4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни ўз ичига олади.

5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин қаторидаги препаратлардан ташқари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.

6. Симптоматик ва кардиал терапия. Ўткир холецистопанкреатитда дори-дармонлар билан даволаш комплекси ўткир панкреатитни даволаш учун қўлланиладиган препаратларни ҳам ўз ичига олиши керак.

Кўпчилик беморларда ўткир холецистит хуружи тўхташи мумкин. Хуруж тўхтагандан кейин беморни ўт пуфагида тошлар бор-йўқлигига текшириш зарур. Агар ўткир холециститни 12-24 соат даволаш заминида беморнинг ахволи яхшиланмаса, қоринда оғриқ сақланиб қолса ёки кучайса, қорин олдинги девори мушакларининг ўз-ўзини химоя қилиш қобилияти сақланиб қолади ва кучаяди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилинич хирургик операция ўтказиш талаб этилади.

Сариклик. Тери ва шиллик пардалар, склераларининг туқималарида ортиқча билирубин йиғилиши натижасида сарғимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда қонда билирубин миқдори ошган бўлади. Сариклик ички органларнинг қатор касалликларига хос клиник синдром ҳисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кўра сарикликнинг учта асосий типи фарқ қилинади.

Гемолитик (жигар устидаги) сариклик эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортиқча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳодисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар жароҳатга учраб, уларнинг қондаги озод билирубинни боғлаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) ўзгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ўт чиқарувчи йўллар қисман ёки тўлиқ тутилиб қолиб, ўт суюқлигининг ичакка оқиши бўзилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холедохолитиаз, катта дуоденал сурғич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ўт чиқувчи йўллардаги ўсмаларга боғлиқ.

Механик сарикликда тери қоқлами сарғимтир-яшил бўлади, ўт йўлларини бекитиб қўядиган ўсмаларда эса ерсимон рангда бўлади. Ўт-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчиғи типи бўйича ўзига хос хуружсимон оғриқлар пайдо бўлади, баъзан сариклик ўткир холецистит заминида вужудга келади. Панкреатодуоденал зона ўсмаларида сариклик оғриқ сезгиларисиз пайдо бўлади. Тери қичимаси, айниқса билирубин даражаси баланд бўлганда кучли бўлади. Панкреатодуоденал зонасида ўсмалари бўлган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Аҳлат очик рангли, ўт йўллари бутунлай эпилса аҳолик бўлади. Сийдик тўқ, рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал зонанинг обтурацион ўсмаларида кескин ошган бўлади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари сарикликни қўзгатган касаллик характерида боғлиқ. Бу ҳол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қўшимча қийинчиликлар тўғдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида кўрсатиб ўтилган клиник ва лаборатория методларидан ташқари, сарикликнинг ҳар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишга имкон берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта ўрин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги ўзгаришлар ва бутун организмнинг бир қатор умумий оғир бузилишлари билан ўтади, беморлар қолатининг оғирлиги сариклик даражаси ва давомлигига пропорционал равишда ортади, бу қатор янги патологик ҳолатлар пайдо бўлишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва леталлик кўпаяди. Жигар функционал қолатининг декомпенсацияси нисбатан тез ўткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади. И. М. Матяшин маълумотларига биноан ўт йўуллари обтурациясидан 10-14 кун ўтгач жигар функцияси шу қадар бузиладики, хирургик операция қилиш ғоят хатарли бўлиб қолади ва юқори леталлик билан ўтади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика қилиш йўллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш муҳим масала ҳисобланади. Операция ўт пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси ҳисобланади Бироқ наркоз, операцион жароҳат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага ўтиши сабабли беморларнинг ахволини қийинлаштиради. Кўрсатиб ўтилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан оғриган беморларда радикал операцияларни 2 босқичда ўтказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи босқичда жигар функционал ҳолатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисидан радикал операция қилиш таклиф этилади. Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ўт йўлларида назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эҳтиёт қиладиган методлар қўлланилади. Тери орқали жигар орқали холангиостомия сариклик, холангит ҳодисаларини қамайтириш ёки тўғатиш, антибиотикларни танлаш ва маҳаллий антибактериал даволаш учун ўтнинг экиш, хайфли ўсмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кўтара олмайдиган беморларда ўт чиқарувчи йўллари ташқи ёки ички дренажлашнинг доимий методи сифатида фойдаланилиши мумкин.

Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциялар. Бундай операцияларга кўрсатмалар клиник, лаборатория ва инструментал текшириш методлари билан белгиланади. Агар механик сариклик хавфли касалликларга боғлиқ, бўлса, ҳатто билирубин миқдори нисбатан юқори бўлмаганда тери орқали жигар орқали холангиография ва ўт йўлларида тери орқали жигар орқали дренаж қилишдан фойдаланилади. Механик сарикликка хавфсиз касалликлар сабаб бўлиб, юқори холемия ва даволашнинг эндоскопик методлари наф бермаганда ёки яхши натижаларга олиб келмаганда, хирургик операциялар эса жиддий хавф остида бўлганда ўт йўлларида тери орқали жигар орқали дренаж қилишга киришилади. Ўт йўлларида тери орқали жигар орқали дренаж қилишга монелик қиладиган холларга жигарнинг кўп сонли метастатик зарарланиши, жигар-буйрак етишмовчилиги коррекция қилинмайдиган беморлар ахволининг ниҳоятда оғирлиги, қон кетиш хавфи бўлган ўзаро гипокоагуляцияни киритиш мумкин. Клиникага келтирилган ҳамма беморлар сув-туз баланси, кислота-ишкор ҳолати, гемодинамика ва нафас бузилишини коррекция қилишга қаратилган эндобилиар операцияга пухта тайёргарликдан ўтадилар. Ёши ўтган ва кекса беморлар учун бу тайёргарлик алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Тери орқали жигар орқали эндобилиар операциянинг асосий методлари ташқи ва ташқи-ички дренажлар ҳисобланади. Зарарланиш характериға кўра ўт йўлларида катетерлашнинг у ёки бу тури бажарилади. Ўсма ёки текилган тош сабабли тўлиқ окклюзияда ташқи дренажлаш бажарилади: катетер обструкция соҳаси устида ўрнатилади. Гепатикохоледохда стенотик зарарланишлар аниқланганда холедохолитиазда ташқи-ички дренажлаш бажарилади, гепатикохолангиостоманинг дистал қисмини ўт йўли сегменти бўшлиғига ёки ўн икки бармоқ ичакка ўрнатилиб, бирмунча физиологик дренажлаш ҳосил қилинади. Билиар босим нормаға тушгандан кейин 2-3 кун ўтгач, холангит ҳодисаси бўлмаганда ёки бирмунча қамайдиган ташқи-ички катетернинг ташқи учи беркитилади ва дренажлаш бутунлай ички дренажлашга утказилади. Хар куни ўтнинг бактериологик анализ қилинади: экспресс-бактериоскопия ва ўт суюқлигини экиш.

Даволашнинг бу босқичидан мақсад ўтнинг ичакка нормал оқишини тиклашдан иборат. Холедох терминал бўлими ва катта дуоденал сурғич стенозларида стенозланган участкани Грюнциг катетери билан баллонли дилатация қилинади.

Холедохолитиазда Одди сфинктери олдиндан кенгайтирилгандан кейин спазмолитик терапия заминидан тошлар туширилади.

Холедохолитиазни даволашнинг янги усули - тери орқали жигар орқали дренажлаб, кейин конкрементларни таркибидан монооктаноин, моно-ва диглицеридлар, хенодезоксихолат кислота қабиларни тутадиган эритмалар билан эритиш тобора диққатни тортиб келмоқда.

Хозирги вақтда ўт-тош касаллиги билан оғриган беморларни даволашда жахон амалиётида экстракорпорал литотрипсия методи қўлланилмоқда. Метод ўт тошларини зарбали тўлкинлар билан майда фрагментларгача парчалашга асосланган. Обтурацион сарикликда жигардан ташқаридаги ўт йўллари тери орқали жигар орқали эндопротезлаш методи истиқболли ҳисобланади. Ўт йўлининг ўсма билан стенозланган бўлимига ригид катетер - катетерга уланган узунлиги 5 - 12 см эндопротез транспариетал киритилади. 2 сутка ўтгач бу катетер чиқариб олинади, эндопротез эса билиар йўлни умр бўйи паллиатив дренажлашни таъминлайди.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

14-Мавзу: ЖИГАР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ. ЖИГАР АБСЦЕССИ, КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Портал гипертензия синдроми - негизида дарвоза венасида қон босимининг ошиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдром қоннинг дарвоза узанги оқиб келиши ва оқи кетиши ўртасидаги нимбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши жигардан ташқари, жигар ичида, жигар устида ва аралаш блокдан бузилиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари формаси дарвоза

венасининг ривожланиш нуқсонлари (бўшлик атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараён, киндик сепсиси, ўсмадан босилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси энг кўп (80-90%) зи билан боғлиқ. Жигар веналари тромбофлебители (Киари касаллиги) ёки жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми), пастки ковак венанинг ривожланиши нуқсонлари шаклланиши келтириб чиқарган жигар усти формасидан жигардан адекват қон оқиб кетиши бузилган. Аралаш блок жигар циррози бўлган пациентларда дарвоза венаси тромбози ривожланганда пайдо бўлади.

Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда портал ўзанга артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия жигарни четлаб ўтиб қонни оқимиға шунтлайдиган табиий портоковал анастомозлар шаклланишига олиб боради. Улар орасида йиртилиш ва қон оқш билан асоратланиш эҳтимоли бўлган гастроэзофагеал анастомозлар энг хавли ҳисобланади.

Портал гипертензиянинг асосий белгилари спленомегалия, қизилўнғач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, кенгайган гемороидал веналар ва асцит борлиги ҳисобланади. Беморлар ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаха йўқлиги, кўнгил айниши, қорин дам бўлиши, қабзиятдан нолидилар. Кўздан кечирялганда тана мушак оғирлигининг пасйганига, катталашган «бақасимон» қоринга, қоринда ёки қориннинг ён бўлишларида кенгайган веноз турига (*caput medusae*) аҳамият берилади. Жигар белгилари «томир юлдузчалари», «жигарсимон кафтлар»ни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия билан юзага чиқади. Жигарда қон ивиш омилларининг ишланиши камайиб, тромбоцитлар сонининг пасайиши гипокоагуляцияга олиб келади, бу кўпинча милклар, бурундан қон оқиши кўринишида юзага чиқади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз табиатиға (постнекротик, алкогольдан ва б.) жараённинг активлигиға, жигарнинг функционал бузилишлари даражасиға боғлиқ.

Жигар усти блокининг ўткир формасида (жигар веналари тромбози, Бадд-Киари синдроми) эпигастрал соҳада гипертензия фониди ўнг қовурғалар остида тўсатдан қучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия ва асцит тез орта боради. Беморлар авж олиб борадиган буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар. Касалликнинг сурункали формасида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинуви бузилишлари ва оғриқлар кетиш қучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар функцияси узок вақтгача қониқарли даражада қолади ва портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан қон оққанда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизидўнғач ва меъданинг варикоз кенгайган веналардан қон оқишини ёки ўқмаслиги касалликнинг субкомпенсация босқичиға ўтганлагдан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор). Асцит берлиги, жигар ўлчамларининг книнг хатто атрофиясигача қисқариши, жигар етишмовчилигининг етишмовчилиги. Портал гипертензиянинг декомпенсациясидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатиға баҳо бериш учун халқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хўжайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади.

Ҳосил бўлган баллар миқдорининг жамлаб, пациентларни жигар етишмовчилигини характерлайдиган бирор функционал синфга киритиш мумкин. «А» синф 5-6 баллар, «В» синфи 7, 9, «С» синфи – 10 ва бун ортик балларга мувофиқ келади.

Портал гипертензияни диагностика қилишнинг инструментал усуллари қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчашлари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастрофиброскопия, контраст мода юбориб рентгенологик текшириши), жигарда қон таъминоти бузилишлари, табиатини, дарвоза венасидан қон оқиб кетиши учун тўсиқнинг даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, қаваграфия, спленопортография, тери орқали жигар орқали портография зарур.

Портал гипертензияни даволаш касалликнинг формаси ва босқичига боғлиқ ва асосий сабабини ёки асоратлари профилактикасини даволашга йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари формасида беморлар хирургик усулда даволанишлари керак. Портосистем-спленоренал, мезентерика-кавал ёки бевосита портокавал анастомоз қўйиши операцияси энг кўп қулланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензияля беморларни даволашда хирургик даволашдан фақат жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмаганда фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар борлиги, жигарнинг бузилган функциялари тўлдириш даражаси, гиперспленеизмнинг эзага чиққанлиги ҳисобга олинади. Хирургик операцияларнинг иккита асосий типии қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомоз қўйиш еки қон оқишларга йўл қўймаслик учун гастроэзофагеал шунтларнинг блоклашга йўналтирилган алохидалайдиган. Функционал «А» ва «В» синфидаги пациентларнинг даволашда энг яхши натижаларнинг қўлга кетиш мумкин. «С» синфига киритилган беморларда асцит бўлганда овқтланиш бузилишларида ва неврологик издан чиқишларда операция натижалари қониқсиз, операциядан кейинги леталлик эса юқори.

Портал гипертензияни даволашнинг кам инвазив эндоваскуляр эндоваскуляр усуллари (талок артерияси, қизилўнғач ва меъда варикоз аеналнинг эмболланиши, жигар ичига портосистем шунт қўйиш) кенг тарқалмоқда, улар кам шикастлаш усули билан даволаш билан эффеқтига эришишга олиб келади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асорати қизил ўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан профуз қон оқиши ҳисобланади. Бундан эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезгилари бўлмай, ивндилари бўлган ўзгармаган қон келиши ёки қон қусиш рўй беради. Геморагик шок (қарахтлик) симптомлари пайдо бўлади ва авж олиб боради.

Кизилунгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини даволаш консерватив тадбирлардан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун қизил-ўнғач Блэкмор зонди билан тампонада қилинади. Сўнгра шока қарши тадбирлар, гемостатик ва ўринбосар терапия ўтказилади. Блэкмор зонди юмалоқ (меъда) ва цилиндр симон (қизилўнғач) шаклдаги иккита балонлари бўлган 3 қаватли резина найчадан иборат. Зонднинг иккита канали балонларни шишириш учун ишлатилади.ю учинчиси меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостаз самарадорлигини назорат қилишга хизмат қилади.

Ўни ўрнатишдан олдин балонларнинг герметикли ва уларни шишириш учун зарур ҳаво ҳажмий текширилади. Зонд бурун орқали меъдага кириттилади сўнгра меъда баллони шиширилад. Сўнгра уни баллон кардио соҳасида жолаштирилганда пайдо бўладиган қаршилик сезилгунча тортилади. Зонд шундай ҳолатда маҳамланади. Кейин қизилўнғач баллолнига аста-секин 100-150 мл ҳаво тўлдирилади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни қунт билан босиш қон оқиши тўхташига олиб келади. Бир неач соат ўтгач (12-24) баллонлардаги босим камайтирилиб, бунда чиқаётган суюқлик

табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зонднинг қолиш вақти-чақалар пайдо бўлиш хавфи борлигидан 2 суткадан ошмаслиги керак. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октреопид).

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш ёки лигатура ўрнатиш қўлланилади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз махсус игна билан склерозловчи препарат (варикоцид, тромбовар) киритилади, булар вена интимасини шикастлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация қилади.

Узил-кесил гемостази кам травматик усуллари шинингдек эндоваскуляр операциялар (қизилунгач варикоз веналарини жигар орқали эмболлаш, жигар орқали портосистем шунт қўйиш) киритилар.

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади, булар бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач веналари кардияни меъда орқали боғлаш билан чегараланади. Портосистем анастомозлар қўйиш, алоҳида қилинадиган операциялар чекланган ҳолда қўлланилади.

Циррозда қизилўнгач веналаридан қон оққанда металллик айниқса юқори ва 70% га боради ва жигар циррозининг декомпенсацияланган босқичидан дарак берадиган такрор ҳодисаларда, асцит, сариклиги бўлган беморларда бундан ҳам ошади. Бунда прогноз одатда, ёмон бўлади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
2. М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
3. А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
4. С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
5. Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

Портал гипертензия синдроми - негизда дарвоза венасида қон босимининг ошиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдром қоннинг дарвоза узанги оқиб келиши ва оқи кетиши ўртасидаги нимбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши жигардан ташқари, жигар ичида, жигар устида ва аралаш блокдан бузилиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигардан ташқари формаси дарвоза венасининг ривожланиш нуксонлари (бўшлиқ атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараён, киндик сепсиси, ўсмадан босилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Портал гипертензиянинг жигар ичи формаси энг кўп (80-90%) зи билан боғлиқ. Жигар веналари тромбофлебити (Киари касаллиги) ёки жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми), пастки ковак венанинг ривожланиши нуксонлари шаклланиши келтириб чиқарган жигар усти формасидан жигардан адекват қон оқиб кетиши бузилган. Аралаш блок жигар циррози бўлган пациентларда дарвоза венаси тромбози ривожланганда пайдо бўлади.

Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда портал ўзанга артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Портал гипертензия жигарни четлаб ўтиб қонни оқимиға шунтлайдиган табиий портоковал анастомозлар шаклланишига олиб боради. Улар орасида йиртилиш ва қон оқш билан асоратланиш эҳтимоли бўлган гастрозофагеал анастомозлар энг хавли ҳисобланади.

Портал гипертензиянинг асосий белгилари спленомегалия, қизилўнғач ва меъда веналарининг варикоз кенгайиши, кенгайган гемороидал веналар ва асцит борлиги ҳисобланади. Беморлар ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаҳа йўқлиги, кўнгил айнаши, қорин дам бўлиши, қабзиятдан нолидилар. Кўздан кечириятганда тана мушак оғирлигининг пасйганига, катталашган «бақасимон» қоринга, қоринда ёки қориннинг ён бўлишларида кенгайган веноз турига (caput medusae) аҳамият берилади. Жигар белгилари «томир юлдузчалари», «жигарсимон кафтлар»ни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия билан юзага чиқади. Жигарда қон ивиш омилларининг ишланиши камайиб, тромбоцитлар сонининг пасайиши гипокоагуляцияга олиб келади, бу кўпинча милклар, бурундан қон оқиши кўринишида юзага чиқади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз табиатига (постнекротик, алкогольдан ва б.) жараённинг активлигига, жигарнинг функционал бузилишлари даражасига боғлиқ.

Жигар усти блокининг ўткир формасида (жигар веналари тромбози, Бадд-Киари синдроми) эпигастрал соҳада гипертензия фонида ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия ва асцит тез орта боради. Беморлар авж олиб борадиган буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар. Касалликнинг сурункали формасида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оқсил алмашинуви бузилишлари ва оғриқлар кетиш кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар функцияси узок вақтгача қониқарли даражада қолади ва портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнғач ва меъданинг варикоз веналаридан қон оққанда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизидўнғач ва

меъданинг варикоз кенгайган веналардан қон оқишини ёки ўқмаслиги касаликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлагдан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор). Асцит берлиги, жигар ўлчамларининг книнг хатто атрофиясигача қисқариши, жигар етишмовчилигининг етишмовчилиги. Портал гипертензиянинг декомпенсациясидан дарак беради.

Жигарниг функционал ҳолатига баҳо бериш учун ҳалқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хўжайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади.

Ҳосил бўлган баллар миқдорининг жамлаб, пациентларни жигар етишмовчилигини характерлайдиган бирор функционал синфга киритиш мумкин. «А» синф 5-6 баллар, «В» синфи 7, 9, «С» синфи – 10 ва бун ортиқ балларга мувофиқ келади.

Портал гипертензияни диагностика қилишнинг инструментал усуллари қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчалари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастрофиброскопия, контраст мода юбориб рентгенологик текшириши), жигарда қон таъминоти бузилишлари, табиатини, дарвоза венасидан қон оқиб кетиши учун тўсиқнинг даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, қаваграфия, спленопортография, тери орқали жигар орқали портография зарур.

Портал гипертензияни даволаш касалликнинг формаси ва босқичига боғлиқ ва асосий сабабини ёки асоратлари профилактикасини даволашга йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари формасида беморлар хирургик усулда даволанишлари керак. Портосистем-спленоренал, мезентерика-кавал ёки бевосита портокавал анастомоз қўйиши операцияси энг кўп қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензия беморларни даволашда хирургик даволашдан фақат жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмаганда фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволи, қўшилиб келадиган касалликлар борлиги, жигарнинг бузилган функциялари тўлдириш даражаси, гиперспленеизмнинг эзага чиққанлиги ҳисобга олинади. Хирургик операцияларнинг иккита асосий типии қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомоз қўйиш еки қон оқишларга йўл қўймаслик учун гастроэзофагеал шунтларнинг блоклашга йўналтирилган алохидалайдиган. Функционал «А» ва «В» синфидаги пациентларнинг даволашда энг яхши натижаларнинг қўлга кетиш мумкин. «С» синфига киритилган беморларда асцит бўлганда овқтланиш бузилишларида ва неврологик издан чиқишларда операция натижалари қониқсиз, операциядан кейинги леталлик эса юқори.

Портал гипертензияни даволашнинг кам инвазив эндоваскуляр эндоваскуляр усуллари (талок артерияси, қизилўнгач ва меъда варикоз аеналнинг эмболланиши, жигар ичига портосистем шунт қўйиш) кенг тарқалмоқда, улар кам шикастлаш усули билан даволаш билан эффекига эришишга олиб келади.

Портал гипертензиянинг дахшатли асорати қизил ўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан профуз қон оқиши ҳисобланади. Бундан эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезгилари бўлмай, ивндилари бўлган ўзгармаган қон келиши ёки қон қусиш рўй беради. Геморагик шок (қарахтлик) симптомлари пайдо бўлади ва авж олиб боради.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини даволаш консерватив тадбирлардан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун қизил-ўнгач Блэкмор зонди билан тампонада қилинади. Сўнгра шока қарши тадбирлар, гемостатик ва ўринбосар терапия ўтказилади. Блэкмор зонди юмалоқ (меъда) ва цилиндр симон (қизилўнгач) шаклдаги иккита балонлари бўлган 3 қаватли резина найчадан иборат.

Зонднинг иккита канали балонларни шишириш учун ишлатилади.ю учинчиси меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостаз самарадорлигини назорат қилишга хизмат қилади.

Ўни ўрнатишдан олдин балонларнинг герметикли ва уларни шишириш учун зарур ҳаво ҳажмий текширилади. Зонд бурун орқали меъдага киритилади сўнгра меъда баллони шиширилад. Сўнгра уни баллон кардио соҳасида жолаштирилганда пайдо бўладиган қаршилик сезилгунча тортилади. Зонд шундай ҳолатда маҳамланади. Кейин қизилўнгач баллоннига аста-секин 100-150 мл ҳаво тўлдирилади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни кунт билан босиш қон оқиши тўхташига олиб келади. Бир неча соат ўтгач (12-24) баллонлардаги босим камайтирилиб, бунда чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зонднинг қолиш вақти-чақалар пайдо бўлиш хавфи борлигидан 2 суткадан ошмаслиги керак. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октреопид).

Қон оқишини узил-кесил тўхтатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш ёки лигатура ўрнатиш қўлланилади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз махсус игна билан склерозловчи препарат (варикоцид, тромбовар) киритилади, булар вена интимасини шикастлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация қилади.

Узил-кесил гемостазни кам травматик усуллари шинингдек эндоваскуляр операциялар (қизилунгач варикоз веналарини жигар орқали эмболлаш, жигар орқали портосистем шунт қўйиш) киритилади.

Кизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади, булар бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач веналари кардияни меъда орқали боғлаш билан чегараланади. Портосистем анастомозлар қўйиш, алоҳида қилинадиган операциялар чекланган ҳолда қўлланилади.

Циррозда қизилўнгач веналаридан қон оққанда металллик айниқса юқори ва 70% га боради ва жигар циррозининг декомпенсацияланган босқичидан дарак берадиган такрор ҳодисаларда, асцит, сариклиги бўлган беморларда бундан ҳам ошади. Бунда прогноз одатда, ёмон бўлади.

Тавсия этилган адабиётлар

Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.

М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.

А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.

С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.

Войтенко. Операции на органах брюшной полости. 2000 г.

Литман И. «Оперативная хирургия» 1982

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

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

1186

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

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

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

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

16-Мавзу: МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўкималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чикган ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва корин бўшлиги органларининг бошка касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди.

Касалликни диагностика килиш кийинлиги, огир кечиши ва леталлик юкорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диккат-эйтиборини тортиб келади, огир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпрок огрийдилар.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит куйидаги турлари фарк килинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли хисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпрок кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизида). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизида кайд килинади.

Хозирги кунда ўткир панкреатитни энг кулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф килинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади.

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости сохасида ва чап ковургалар остида огирлик сезгиси ва оз-моз огрик, кекириш, кориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган киска продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал сохада ва чап ковургалар остида огрик бўлиши объектив симптом хисобланади, у кўпинча олдинги корин девори мушакларинин таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал сохада корин аортасида пульсация йўколиши беморларнинг учдан бир кисмида, вахоланки Мейо-Робсон симптоми (чап ковурга-умуртка бўрчагида огрик) уларнинг ярмидан кўпида аникланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда корин бўшлигида озод суюклик аникланиши эхтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг огир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансминаза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда конда ва сийдикда диастаза миқдори хамавакт ошавермайди. Амилаза миқдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортик) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно қилмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда конда ва сийдикда диастаза миқдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Диагностикаси. Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошиғич диагностика қилишининг энг қимматли методларидан бири хисобланади.

Лапароскопик текширишга курсатмалар қуйидагича: клиник манзаранинг ноаниқлиги, панкреатит ва корин бушлигининг бошқа ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика қилиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниқлаш ва даво муолажаларини бажариш учун қилинади.

Сўнги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб қолди, улар меъда ости беши ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Корин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография қилиш методларини клиникага жорий қилиш меъда ости беши касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости беши ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниқлашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аниқланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюқлик борлиги аниқланади. Ўн икки бармоқ ичак қовузлиги («тақаси») кенгайган, парез ҳолатида.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ қилиши керак.

Фермент токсемияга қарши қурашиш учун қуйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюқлигини аспирация қилиш ва меъдани содали совуқ эритма билан ювиш (меъда суюқлигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазми йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беши гипотермияси, 4-5 қунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошқа панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) қон ўзанига ёки корин бўшлиғига тушган ферментларни йўқотиш; қўқрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж қилиш, диурез стимуляцияси; корин бўшлигини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошқа) активсизлантириш.

Лапароскопик дренажлаш ва корин бўшлиқ перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг оғир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга қарши қурашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив хайдаш, корин бўшлиғига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш хисобланади. Шу мақсадда панкреонекрозни энг таъсирчан ва безарар даволаш методи корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш, айни вақтда экссудатни перитонеал диализ типини бўйича эвакуация қилиш хисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки боскичдан - диагностик ва даволаш боскичидан иборат бўлади. Диагностик боскичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўклиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи боскич - корин бўшлигини корин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит куйидагича хирургик даво килинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) корин бўшлигини лапароскопик дренаж килиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви халтаси абсцесси, корин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг муҳими - корин бўшлигини суюклик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), корин бўшлигини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия куйдагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беги фаолиятини босиш (очлик, маҳалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).
2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).
3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.
4. Огрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг куйидаги типлари кулланилади: 1) чарви халтасини дренажлаш, 2) меъда ости беги думи ва танасини резекция килиш, 3) панкреатэктомия.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
- М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
- А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
- С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
- В.Н. Войтенко . Атлас операции на органах брюшной полости. 2000 г.
6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

17-Мавзу: СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ

Ўткир панкреатит - меъда ости безининг без тўкималарининг ўз ферментлари билан аутолизи натижасида келиб чикган ўткир касаллигидир.

Бу касаллик кўп учрайди ва корин бўшлиги органларининг бошка касалликлари орасида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринни эгаллайди. Касаллик 6,5% холларда учрайди.

Касалликни диагностика килиш кийинлиги, огир кечиши ва леталлик юкорилиги (ўрта хисобда 8-10%) хирургларнинг диккат-эътиборини тортиб келади, огир формаларида эса операциядан кейинги леталлик 50% ни ташкил этади.

Ўткир панкреатит 30-60 ёшларда энг кўп кузатилади. Аёллар бу касаллик билан эркакларга нисбатан 3-3,5 марта кўпрок огрийдилар.

Ўткир панкреатит таснифи. Ўткир панкреатит куйидаги турлари фарк килинади: 1) меъда ости безининг ўткир шиши; 2) меъда ости безининг геморрагик некрози; 3) йирингли панкреатит. Бундай турларга бўлиш маълум даражада шартли хисобланади. Битта беморнинг ўзини морфологик текширишда аксарият унда патологик формаларнинг бирга учрашини, шунингдек ўтадиган формаларини кузатиш мумкин. Меъда ости безининг ўткир шиши бирмунча кўпрок кузатилади (беморларнинг 77-78 фоизида). Ўткир геморрагик некроз ва йирингли панкреатит беморларнинг тахминан 10-12 фоизида кайд килинади.

Хозирги кунда ўткир панкреатитни энг кулай тасниф В.И. Филин томонидан таклиф килинган. Бу таснифга кўра ўткир панкреатит клиник кечимида 4 давр ажратилади.

Клиникаси. Касаллик аксарият тўш ости сохасида ва чап ковургалар остида огирлик сезгиси ва оз-моз огрик, кекириш, кориннинг ўрта даражада дам бўлиши кўринишидаги диспептик бузилишлар билан характерланадиган киска продромал даврдан (60-70%) кейин бошланади.

Ўткир панкреатит учун эпигастрал сохада ва чап ковургалар остида огрик бўлиши объектив симптом хисобланади, у кўпинча олдинги корин девори мушакларинини таранглашмаслиги билан ўтади. Воскресенский симптом (эпигастрал сохада корин аортасида пульсация йўқолиши беморларнинг учдан бир кисмида, вахоланки Мейо-Робсон симптоми (чап ковурга-умуртка бўрчагида огрик) уларнинг ярмидан кўпида аникланади. Кўпинча Щеткин-Блюмберг кучсиз мусбат симптоми, перистальтик шовкинларнинг сусайиши кузатилади. Перкуссияда корин бўшлигида озод суюклик аникланиши эхтимол.

Касаллик бошланишида брадикардия бўлиб, тезда тахикардия билан алмашинади. Касалликнинг огир формалари учун тез ипсимон пульс хос. Артериал босим кўпгина беморларда пасайган.

Лаборатория текширувларида ўткир панкреатит протеолитик ферментлар кўрсаткичининг ошиши (амилаза, трипсин, липаза, трансминаза) характерли хисобланади. Ўткир панкреатитда конда ва сийдикда диастаза микдори хамавакт ошавермайди. Амилаза микдори бирданига ошиши (512-1024 ТБ дан ортик) панкреатитдан далолат беради, бироқ амилаза даражасининг нормаллиги бу касалликни истисно килмайди. Без катта ўзгаришларга учраганда конда ва сийдикда диастаза микдори сезиларли ўзгармайди ёки хатто пасаяди.

Диагностикаси. Ўткир панкреатитда лапароскопик текширувлар бу касалликни ошигич диагностика килишнинг энг кимматли методларидан бири хисобланади.

Лапароскопик текширишга курсатмалар куйидагича: клиник манзаранинг ноаниклиги, панкреатит ва корин бушлигининг бошка ўткир касалликлари ўртасида дифференциал диагностика килиш зарурлигидир. Ўткир панкреатитнинг клиник белгилари аниқ бўлганда лапароскопия касалликнинг формасини аниклаш ва даво муолажаларини бажариш учун килинади.

Сўнгги йилларда компьютерли томография ва ультратовуш билан текшириш энг кўп ахборот берадиган усуллар бўлиб колди, улар меъда ости беши ўлчамларини, структурасининг бир хил эмаслигини аниқлаб беради.

Корин аортаси тармоқларини селектив ва суперселектив ангиография килиш методларини клиникага жорий килиш меъда ости беши касалликларининг диагностикасини бирмунча яйпилади. Ангиографик текшириш ўткир панкреатитда пайдо бўладиган меъда ости беши ангиоархитектоникасига хос ўзгаришларни аниклашга имкон беради.

Рентгенологик текширувда ўткир панкреатитнинг билвосита белгилари аникланади. Обзор рентгенограммада меъданинг кенгайганлиги, унда суюклик борлиги аникланади. Ўн икки бармок ичак ковузлогли («такаси») кенгайган, парез холатида.

Даволаш. Ўткир панкреатитни патогенетик даволаш, яъни асосий даво тадбирлари патогенез концепциясига мувофиқ келиши керак.

Фермент токсемияга карши курашиш учун куйидагилардан фойдаланилади:

1) меъда суюклигини аспирация килиш ва меъдани содали совук эритма билан ювиш (меъда суюклигидаги хлорид кислота панкреатик секреция стимулятори хисобланади). Одди сфинктеридаги спазмни йўқотиш учун атропин юбориш, меъда ости беши гипотермияси, 4-5 кунгача цитостатиклар юбориш (5-фторурацил, фторафур ва бошка панкреатик ферментлар ишланишини тўхтатади) без ташки секретер функциясини пасайтиради; 2) спазмолитиклар юбориб ишлаб чиқарилган ферментларнинг нормал эвакуациясини таъминлаш; 3) кон ўзанига ёки корин бўшлигига тушган ферментларни йўқотиш; кўкрак лимфатик йўлини лимфосорбция билан дренаж килиш, диурез стимуляцияси; корин бўшлигини дренажлаш; 4) ферментларни протеазлар ингибиторлари билан (контрикал, гордокс, цалол ва бошка) активсизлантириш.

Лапароскопик дренажлаш ва корин бўшлик перфузияси. Панкреатоген перитонит жадал кечади, тез ошиб борадиган интоксикация, паренхиматоз органлар дистрофияси, гемодинамиканинг огир бузилишини келтириб чиқаради. Перитонитга карши курашнинг таъсирчан чораси экссудатни актив хайдаш, корин бўшлигига антифермент препаратлар, антибиотиклар юбориш хисобланади. Шу максатда панкреонекрозни

энг таъсирчан ва безарар даволаш методи корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш, айни вақтда экссудатни перитонеал диализ типи бўйича эвакуация қилиш ҳисобланади.

Панкреатоген перитонитни лапароскопия методи билан даволаш икки босқичдан - диагностик ва даволаш босқичидан иборат бўлади. Диагностик босқичда панкреатит шакли, перитонит ходисалари бор-йўқлиги аниқланади. Геморрагик экссудат, стеатонекроз доғлари ва асептик панкреатоген перитонит белгилари иккинчи босқич - корин бўшлигини корин ичи перфузияси ёки инфузияси ўтказиш мақсадида дренажлаш учун асосий кўрсатма ҳисобланади.

Артерия ичи регионар инфузион терапия (РИТ). Бу усулни ўтказишга асосий кўрсатма панкреонекроз кечишининг авж олиши, перитонит ва токсемик асоратлардир.

Ўткир панкреатитни хирургик даволаш. Ўткир панкреатит қуйидагича хирургик даво қилинади: 1) ўткир панкреатит, унинг деструктив формалари; холецистит билан бирга учраганда; 2) 36-48 соат мобайнида консерватив даволаш наф бермаганда; 3) корин бўшлигини лапароскопик дренаж қилиб бўлмайдиган панкреатоген перитонитда; 4) ўткир панкреатит асоратларида; чарви ҳалтаси абсцесси, корин пардаси орқасидаги клетчатка флегмонасида. Ўткир панкреатитнинг деструктив формаларини аниқлашда ва даволашда лапароскопиянинг ахамияти катта, ўнинг ёрдамида диагнозни аниқлаш, ўт чиқарув йўллари гипертензиясини аниқлаш ва лапароскоп назорати остида тери орқали холецистостомия ўтказиш, бироқ энг муҳими - корин бўшлигини суюқлик аспирацияси учун дренажлаш (фермент токсемияни камайтириш), корин бўшлигини антибиотиклар ва протеаза ингибиторлари билан ювиш мумкин.

Кичикўчоқли панкреонекрозда консерватив терапия қуйидагилардан иборат:

1. Ошқозон ости беги фаолиятини босиш (очлик, маҳалий гипотермия, ошқозон зондлаш ва доимий аспирация, антисекретор терапия – октреотид, сандостатин).
2. Детоксикация (плазмаферез; кўрсатмаларга асосан корин бўшлигини лапароскопик дренажлаш; вена ичига инфузия ва форсирланган диурез).
3. Антиферментн терапия – контрикал, гордокс, трасилол.
4. Огрикни олдини олиш (спазмолитиклар, анальгетиклар, новокаин блокадалар).

Ўткир панкреатитни хирургик даволашда операцияларнинг қуйидаги типлари қулланилади: 1) чарви ҳалтасини дренажлаш, 2) меъда ости беги думи ва танасини резекция қилиш, 3) панкреатэктомия.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Ш.И. Каримов "Хирургические болезни", 1991 г.
- М.И. Кузин "Хирургические болезни", 1995 г.
- А.Г. Астапенко. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984 г.
- С.М. Агзамходжаев. «Хирургик касалликлари» 1991 г.
- В.Н. Войтенко . Атлас операции на органах брюшной полости. 2000 г.

6. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

18-Мавзу: ЙЎҒОН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (*teniae*) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (*haustreae coli*) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим ҳолларда эса, қисқа ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар буқилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чамбар ичак ”талоқ буқилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан ин-траперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артеририясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки тутқич артеририяси тармоғи – *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чам-бар ичак артеририяси ўрта чамбар ичак артеририяси тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни қўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Ҳудди шундай, лимфа оқими ҳам артериалар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа

томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериялари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига куйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Маҳсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулез ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўллари-нинг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метео-ризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг яқка ҳолатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутулиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шилликости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар ҳужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори

турувчи сохалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпругн касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаха йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрда 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпругн касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпругн касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсу-лотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усул-лар билан йўлга солиш, турли хил хукналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тик-лашдан иборат.

Носпецифик яралар колит

Носпецифик яралар колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг яралар-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик яралар колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз яқунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекция назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергия-ларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартир-ганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобиди йўғон ичак шиллик қаватига қарши махсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик ярали колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция кўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилувчан бўлиб, шиллик қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллик қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик ярали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 мартабагача етиши мумкин. Нажас шиллик, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғрик тенезмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг аҳоли оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилик (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия давлари алмашиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурғи дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шакланмаган ҳолатда қолади. Айрим ҳолларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шаклларига анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикоятлари, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи пархездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фтазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллик қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида сустривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивер-тикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивер-тикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаха пасайиши, кўнгил

айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ор-тиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соха устида кучли оғриқ, мушаклар бироз таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши худди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият ҳолларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текши-рувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (пархез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳуқналар). Хирургик да-вога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланаяди. Қон кетиш билан асорат-ланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип ҳавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлиғига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшик аралаш нажас, қабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни даволаш усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама

гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

19-Мавзу: ГРИШПРУНГ ВА КРОН

КАСАЛЛИКЛАРИ

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бир-бирига параллел йўналган тасмаларни (teniae) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (haustreae coli) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар“ жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим холларда эса, қисқа ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси“ ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чабар ичак ”талоқ букилмаси“ ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан ин-траперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навба-тида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артеририясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки тутқич артериалари тармоғи – *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чам-бар ичак артериалари ўрта чамбар ичак артериалари тармоғи билан анастомоз ҳо-сил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни кўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Ҳудди шундай, лимфа оқими ҳам артериалар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериалари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасим-патик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбар ичакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминлари-нинг алмашинуви амалга оширилади.

Маҳсул текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функция-сини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулез ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгай-тирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўллари-нинг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метео-ризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг якка холатда ёки кўплаб жойлаши-ши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши бел-гилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги - чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам холларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шилликости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар хужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипо-ганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигма-симон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган холатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга уч-райди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари – қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, ассимет-рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу холат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, бехоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаха йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметра 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпруг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил хукналар қўйиш шулар қаторига кирилади.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенса-цияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.

Носпецифик яралли колит

Носпецифик яралли колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг яралли-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган. Ўзбекистон олимлари бу патологияни ўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов), шунингдек носпецифик яралли колитни хирургик даволашга (проф. С. М. Аъзамхўжаев) катта ҳисса қўшдилар. Ўртача ҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чакирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз якунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекция назария ўз аҳамиятини бир-мунча йўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сўт, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобидида йўғон ичак шиллик қаватига қарши маҳсул антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецифик яралли колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллик қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилувчан бўлиб, шиллик қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар қўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфо-рациясига олиб келади. Шиллик қават фибрин парда билан қопланган, баъзи-да касаллик жуда оғир кечиби, ҳатто шиллик қаватнинг қўчиби тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллик қават атрофияси, шиллик ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиби, кейинчалик ичак девори чандикли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик яралли колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисм-ларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецифик яралли колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 маротабагача етиши мумкин. Наҳас шиллик, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тenezмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз,

лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-элек-тролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллик қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллик, қон ва йиринг борлиги кўринади. Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткир шакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилик (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия давлари алмашиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, парҳезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шакланмаган холатда қолади. Айрим холларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шакллари анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худди шундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецифик ярали колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикояти, анамнези, ректороманоскопия, ир-ригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Касаллик дифференциал диагнози дизентерия, проктит, Крон касаллиги билан ўтказилади.

Даволаш. Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи парҳездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсиби-лизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган холатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўшиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади. Бундан ташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳам қўлланилади. Ичак

токсик дилатациясида илео- ёки колостомия амалиёти бажарилади. Қолган холатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопротэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллик қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида сустривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар қирадиган тешиклари соҳасида дивертикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивертикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллик қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашилиб келиши, иштаха пасайиши, кўнгил айниши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳарорат-ининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ортиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар бироз таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши худди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% холатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечатқасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узок муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Ўзгача ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият холларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текширувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (пархез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, антисептик воситали ҳуқналар). Хирургик давога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодланади. Қон кетиш билан асоратланган дивертикулли беморларнинг 30% хирургик даволанади. Операция қо-наётган томирни тикиш, дивертикулни ичак бўшлиғига инвагинация қилиш ёки ичакнинг ушбу қисми резекцияси бажарилишидан иборат. Бунда летал-лик 20% ни ташкил этади.

Чамбар ичак полиплари

Полип ҳавфсиз ўсмалар каторига киради, бироқ унинг малигнизацияга мойиллиги бор, аксарият чамбар ичакнинг чап ярмида жойлашади (75% тўғри ва сигмасимон чамбар ичакда учрайди). Полиплар якка ва кўп сонли, ўлчами 0,5 дан 2 см гача бўлади, улар ичак бўшлигига осилиб туради.

Чамбар ичакнинг ювенал, гиперпластик, безсимон, безсимон-тукли, тукли диффуз полипозиди учрайди.

Полиплар пайдо бўлишини аксарият яллиғланиш, колит, дизентерия, ярали проктосигмоидит билан боғлайдилар.

Клиник манзараси қоринда жойлашиши аниқ бўлмаган оғриқлар, ич кетиши, қон, шилимшик аралаш нажас, қабзият, ичакда ғалати сезги (дискомфорт) билан характерланади.

Диагностикаси: клиник симптомлари ва анамнез маълумотлари билан бирга ректо- ва колоноскопия, ирригоскопиянинг муҳим аҳамияти бор.

Полипларни даволаш усулини ҳар ким ўзига хос танлаши керак. Якка полиплар электрокоагуляция йўли билан ректо- ёки колоноскоп орқали олиб ташланади.

Операция усулида олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, ичак деворини полип зонасида понасимон қилиб кесилади. Полип малигнизациясида эса радикал операция: ўнг томонлама ёки чап томонлама гемиколэктомия қилинади. Чамбар ичак диффуз полипида субтотал колэктомия қилиниб, илеоректал ёки илеосигмасимон анастомоз қўйилади.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1985
2. Астапенко А.Г. «Практическое руководство по хирургическим болезням» 1984
3. Литтман И. «Оперативная хирургия» 1982
4. Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» 1991
5. Аъзамхожаев С.М. «Хирургик касалликлар» 1991
6. Русаков В.И. «Основы частной хирургии» 1975
7. Виноградов В. «Клиническая хирургия» 1984

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

20-Мавзу: ТЎҒРИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

Тўғри ичак касалликлари

Парапроктитлар, тўғри ичак ва орка чикарув йўли окмалари кўпинча эркакларда, кам холларда болаларда учрайди. Аник ташхис кўшимча текширув усуллари: бармок, зонд билан, ойна ва ректороманоскоп ёрдамида, окмаларга рангли суюкликлар юбориш, рентген текширувлари асосида кўйилади.

Клиникаси. Беморлар ташки чикарув йўли ва тўғри ичак соҳасида огирлик, кичима сезадилар. Окмалар кўп йил давомида битмаслиги мумкин. Айрим беморларда окмалар узок ёки кам муддатга бекилиши ёки яна очилиши мумкин. Сурункали парапроктитларда консерватив даволаш кўлланилади. Киска муддатга бўлса хам битмайдиган ёки ёпилмайдиган узок давом этувчи окмалар жараён хуружидан кейин жаррохлик амалиёти учун кўрсатма хисобланади.

Геморрой. Касаллик геморроидал веналарнинг тузилишидаги тугма етишмовчилик натижасида ривожланади. Кам харакатли огир ишлар, сурункали кабзият, алькоголизм, ичакнинг шиллик пардасини китикловчи аччик таом, айрим холларда кайта хомиладорлик, ички аъзоларнинг баъзи касалликлари геморройнинг хосил бўлишига сабаб бўлади. Жойлашувига кўра геморрой ички ёки шиллик ости, ташки – тери ости ва оралик – тугунлар олдинги бурма остида жойлашган турларга бўлинади. Даволаш усуллари 3 гуруҳга бўлиш мумкин: консерватив, инъекцион, жаррохлик амалиёти.

Тўғри ичак тушиши. Нисбатан кам учровчи касаллик – тўғри ичакнинг тушиши асосан болалик ва ўсмирлик даврларида бошланади. Тўғри ичакнинг тушиши корин бўшлигидаги босимнинг ошиши билан боглик. Дефекация пайтида бемор тўғри ичак тушишига шикоят килади. Касаллик йўли билан даволанади: ташки чикарув йўлини торайтириш, пластик жаррохлик амалиёти, ректо- ва колопексия ва комбигацияланган жаррохлик амалиётлари.

Ташки чикарув йўли ёриги. Кенг таркалган касаллик бўлиб, асосан ўрта ёшдаги аёллар (90%) касалланади. Этиологияси: механик, инфекцияли, нейрорефлектор. Ёрик асосан орка чандик соҳасида, соат циферблатининг 6 раками бўйлаб жойлашади. Даволаш консерватив ва жаррохлик усулида олиб борилади.

Тавсия этилган адабиётлар

А.М. Аминев, Руководство по проктологии. Куйбышев, 1973й.

Ш.И. Каримов, Н.Х. Шамирзаев., «Хирургик касалликлар» Тошкент, 1994й.

И.Ю. Юдин. Хирургические лечения неспецифического язвенного колита: возможности реконструктивных операций, Москва 1976й.

Ш. Дробний «Хирургия кишечника», Будапешт 1983й.

М.Ф. Мазурик «Амбулаторная хирургия» 1988й.

Мавзу бўйича дастур.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

21-Мавзу: ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

Ўткир ичак тутилиши (ичакнинг ўткир тутилиши, илеус, уткир илеус) – ичак йўлидаги таркибий қисм пассажининг бузилиши билан ривожланувчи ҳолат.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ўртасида ўткир ичак тутилиши 3,5-9% ни ташкил этади. Кўпинча ичак тутилиши 40-60 ёшда учрайди.

Ҳозирги кунда В.П. Петров ва И.А. Ерюхин (1985) таклиф этишган классификацияси қўлланилади.

Ўткир ичак тутилиши классификацияси:

Келиб чиқиши бўйича – туғма ва орттирилаган.

Туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари, ингичка ва йўғон ичаклар атрезиялари сабаб бўлади.

Келиб чиқиш механизми бўйича – механик ва динамик.

2.1. Механик ичак тутилиши обтурацион (тутқич томирларини сиқиб қўймасдан) ва странгуляцион (тутқич томирларини сиқиб) ва аралаш (странгуляцион ва обтурацион комбинацияси) турларига бўлинади.

2.2 Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

3. Тутилиш жойига қараб – юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак).

4. Клиник кечиши бўйича – тўлиқ ва қисман, ўткир ва сурункали.

Ичакнинг динамик (функционал) тутилиб қолиши деганда ичакнинг мотор фаолияти бузилиши билан ўтадиган патологик ҳолатлар тушунилади, бунда механик тўсиқ бўлмагани ҳолда унинг тутилиб қолиши содир бўлади.

Динамик ичак тутилиши спастик ва паралитик турларига бўлинади.

Механик ичак тутилишида динамик ичак тутилишидан фарқли равишда ичак бўйлаб таркибий қисми пассажини бузилиши механик тўсиқ борлиги билан боғлиқ.

Обтурацион ичак тутилишида (5-8% ташкил этади) жараёнга ичак томирлари қўшилмагани ҳолда ичак бўшлиғининг ичкаридан бекилиб қолиши рўй беради. Унинг сабалари ўсмалар, гижжалар, фитобезоарлар, ўт тошлари, ёт жисмлар, нажас тошлари бўлиши мумкин. Обтурацион тутилиши ичакни ташқаридан, яқин жойлашган аъзолардан чиққан усмалар, кисталар, ҳамда чандиқлар ҳисобига ҳам ривожланиши мумкин. Лекин бунда тутқич томирлари сиқилмаган ҳолда бўлиши керак.

Странгуляцион ичак тутилишида эса аксарият ичак бўшлиғини ташқаридан сиқиб қўйишдан ташқари тутқич томирлари сиқилиши кузатилади. Бу эса ичакнинг қисилган қисмида қон айланишини бузилишига кўпроқ олиб келади. Ичак тутилишини бу турида кўпроқ деструктив жараён кузатилди, эндотоксикоз ва перитонит тезроқ ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ичак тутилишни ҳамма турлари ичида 15-40% ҳолатларида учрайди.

Странгуляцион ичак тутилишига ичаклар буралиб қолишлари, тугун ҳосил бўлиши, чурра дарвозасида ичак қисилишлар киради.

Механик ичак тутилишининг аралаш турида обтурация ҳамда странгуляция биргаликда келади. Бу ҳолатга яққол мисол деб инвагинацияни келтириш мумкин. Инвагинация кўпроқ ёш болаларда учрайди. Унда ичакни бир қисми ва унинг тутқичи ёнида жойлашган ичакка кириб қолади. Бунда ичак механик тўсиқ ролида иштирок этади, тутқичи қисилиб қолиши ҳисобига тутқич томирларда қон ўтиш тўхтайд.

Оҳирги вақтларда аралаш ичак тутилишига айрим мутахассислар чандиқли ичак тутилишини кирита бошладилар.

Этиологияси ва патогенези. Ўткир ичак тутилишини этиологияси омиллари ичида мойиллик ва олиб келтирувчи сабабларини ачратиш мумкин.

Мойиллик ҳолатлар ўткир ичак тутилиши пайдо бўлишига асос бўлиб қолади. Улар туғма ва орттирилган бўлишлари мумкин.

Бир неча мойиллик ҳолатлар бўлишига қарамай ўткир ичак тутилиши фақат олиб келувчи сабаблар бўлганида ривожланади. Улар ичига қорин бўшлиғида бирдан босим ошиб кетиши, оғир жисмоний зўриқиш, кўп моқдорда овқатланиш киради.

Ўткир ичак тутилиб қолиши билан касалланган беморларни даволаш натижалари касалликни ўз вақтида аниқлашга боғлиқ.

Клиникаси ва диагностикаси.

Ўткир ичак тутилишини диагностика қилиш касаллик анамнези ва бемор шикоятларини тўғри таҳлил қилиш, умумий ҳолатга ва патологик жараённинг локал кўринишларига, шунингдек турли ҳил қўшимча ёки махсус текшириш усуллари натижаларига баҳо беришга асосланиши керак.

Ичак механик тутилиб қолишининг энг характерли симптоми - қориннинг тутиб-тутиб оғришидир.

Қоринни вақти-вақтида эшитиб туриш касаллик динамикаси тўғрисида маълум даражада хулоса чиқаришга имкон беради. Қорин бўшлиғини аускультация қилишда аниқланадиган «тушаётган томчилар» симптоми (Спасокукоцкий симптоми) ичак ўткир тутилиб қолишининг характерли патогномоник белгиси ҳисобланади. Бу сингиб кетган ном симптомининг келиб чиқишига унчалик мувофиқ келмайди: гап «тушаётган томчилар» устида эмас, балки ўзида суюқлик ёки газ сақлаб турган бирор бўшлиққа суюқлик ёки ҳаво пуфакчалари қуйилиши тўғрисида бораяпти.

Айрим ҳолатларда қоринни аускультация қилганда нафақат ичак перистальтикаси йўқолиши, балки юрак уриши ва нафас олиш эшитилади (Летеиссен симптоми).

Ўткир ичак тутилишда кўнгил айнаши ва қусишнинг мустақил диагностик аҳамияти йўқ. Чунки қорин бўшлиғи аъзоларининг деярли ҳар бир ўткир касаллигида кўнгил айнаши ва қусиш бўлади.

Ичак тутилиб қолишининг патогномоник симптоми ичнинг кечикиб келиши ёки келмаслиги ва ел чиқмаслиги ҳисобланади.

Қорин дам бўлиши ичак тутилиб қолишининг муҳим симптоми ҳисобланади. Ичакнинг механик тутилиб қолишининг характерли белгиси Валь симптоми ҳисобланади. Валь симптоми шишиб чиққан ичак қовузлоғи туфайли чегараланган метеоризм пайдо бўлишидир.

Қоринни пайпаслаб кўриш ва перкуссия қилиш қорин бушлиғидаги ўзгаришлар тўғрисида энг тўлиқ тасаввур беради. Перкуссия ёрдамида сигмасимон чамбар ёки кўричак буралганда қисилган қовузлок чегарасини аниқлаш - юқори чегараланган тимпанит симптоми (Кивуль симптоми), перитонит сабабли функционал тутилиб қолишда қорин бўшлиғида озод суюқлик борлигидан пайқаш мумкин.

Ичак тутилиб қолганлигини аниқлашда қоринни пальпация қилиш аускультация сингари катта аҳамиятга эга. Хирург қоринни пайпаслаб кўришда қорин пардаси таъсирланиш симптомлари бор-йўқлигини, «чайкалиш шовқини» (Матъе-Скляров симптоми) борлигини аниқлашга ҳаракат қилиб кўриши керак.

Ўткир ичак тутлиши билан беморларга ташхис қўйишда рентгенологик текшириш ката аҳамиятга эга. Рентгенологик текшириш ичак тутилиб қолишининг характерини ва даражасини аниқлашга имкон беради.

Ичак тутилишида рентгенологик текширув асосини (контраст моддалар қўлламасдан) ичак қовузлоқларида ел ва суюқлик сатҳларини (Клойбер косачалари) аниқлаш мумкин.

Ҳозирги кунда ўткир ичак тутилиши ташхиси қўйишда ультратовуш текширувлари қўлланиляпти. УТТ да ичак бўлиғида ичак махсулоти йиғилиб қолганини аниқлаш мумкин.

Ўткир ичак тутилишида хирург хатти-ҳаракати ва консерватив даволаш усуллари. Ўткир ичак тутилиши бўлганда, шунингдек шу касалликка таҳмин қилинган ҳамма беморлар шошилиш жаррохлик бўлимига ётқизилиш керак.

Консерватив даволаш беморни текшириш билан параллел ҳолда максимал ҳажмда ўтказилади. Ичак тутилиб қолиши оғир кечаётган беморларда консерватив даволаш операциядан олдинги тайёргарлик сифатида, кўпи билан 30—40 минут ичида ўтказилади.

Ўткир ичак тутилиши диагнози тасдиқланган беморларда консерватив даволаш кўпи билан 2 соат ўтказилади.

Ичакнинг ўткир тутилиб қолишида операция хажми қуйидагича бўлади:

- 1) ичак тутилишини тиклаш ва тутилиб қолишга бевосита олиб келган сабабни имкон борича бартараф этиш;
- 2) ичакни димланган суюқликдан холи қилиш ва операциядан кейинги даврда унинг бемалол оқиб кетишини таъминлаш – назоэнтерал декомпрессия;
- 3) қорин бушлиғини санация ва дренаж қилиш.

Тавсия этилган адабиётлар

1. Даиров А.Б., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость./ Алма-Ата: Казахстан, 1981
2. Дедерер Ю.М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника./ Москва: Медицина, 1971
3. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь./ Москва: Медицина, 1989
4. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость./ Москва: Медицина, 1989
5. Ш.И. Каримов “Хирургик касалликлар”, Тошкент, 1994 й.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

22-Мавзу: ПЕРИТОНИТ

Ўткир перитонит - висцерал ва париетал корин пардасининг яллигланиши булиб, у организм касалланишининг огир умумий симптомлари билан утади ва киска вақт ичида ҳаётий муҳим аъзолар ва системаларининг купинча жиддий қайтмас зарарланишига олиб келади. Бу корин бушлиги аъзоларининг турли касалликлари ва жароҳатларининг энг огир асоратларидан биридир. Корин пардаси жароҳатланишлари иккитатипда – очик ва ёпик булади. Очик жароҳатланишлари (тешиб утувчи жароҳат), одатда, ички аъзоларнинг яраланиши билан бирга учрайди, бу шошилишч хирургик операция (лапаротомия ва корин бушлиги аъзолари ревизияси) утказиш зарурлигини тақозо қилади. Очик жароҳатларининг клиникаси ичик аъзога етказилган жароҳат характериға боғлиқ. Кориннинг епик жароҳатида корин пардаси жароҳатланишлари юз бериши мумкин, улар купинча ички аъзоларнинг жароҳатланиши билан бирга учрайди. Жароҳатланиш характериға кура ички кон оқиш, перитонит симптомлари ва бошқалар биринчи уринда туради. Корин бушлигиға бактерияларнинг бирор тури тушиши билан боғлиқ булган микроб перитонитларидан ташқари, корин бушлигиға, корин пардасиға агресив таъсир курсатадиган турли хил инфекцияланмаган агентлар: кон, сийдик, ут, панкреатит шира тушишидан келиб чиқадиган асептик (абактериал) перитонитлар фарқ қилинади.

Уткир перитонит - висцерал ва париетал корин пардасининг яллигланиши.

Перитонит классификацияси. Сунги йилларда перитонитнинг ихчам классификацияларига мойиллик кузатилмоқда. Чунончи, А.М. Карякин (1968) перитонитни факат махаллий ва туташ турларға, ва В.И. Стручков муаллифдошлари билан (1967) махаллий диффуз ва туташ (умумий) перитонитға буладилар. Т.С. Симонян (1971) клиникасида перитонитнинг тарқалганлиги алоҳида аҳамиятға эға эмас деб ҳисоблайди ва перитонит гиперергик реакциялар нуктаи назаридан куздан кечириладиган классификацияни илғари суради, бунда у перитонитнинг уч босқичи – реактив, токсик ва терминал фазаларини фарқ қилади.

Жароҳлик амалиётида кенг қуллаш учун, Б.Д. Савчук (1979) таклиф қилган - перитонит классификацияси (турлаши), соддарок ва қулай ҳисобланади. Қуйида шу классификацияни келтирамыз:

Махаллий перитонит

Чегараланган – корин булигининг битта, баъзан эса иккита анатомик соҳаларида аник чегараланган йирингли жараён билан эксудат йигилишидир (расм 1). Бу абсцесс тушунчасиға тугри келади.

Чегараланмаган – корин булигининг иккитадан куп булмаган анатомик соҳаларида колган булимларидан аник чегараланмаган эксудат йигилиши.

Тарқалган перитонит

Диффуз – корин булигининг камида иккита, бирок бештадан ошмаган анатомик соҳаларида эксудат яллигилиши.

Тарқалган перитонит – корин булигининг бештадан ортик анатомик соҳаларини, купинча эса бутун корин булигини эғаллаган эксудат йигилиши

Эксудат характериға кура: сероз, сероз-йирингли, йирингли, фибриноз-йирингли, геморрагик, ихороз, анаэроб, сийдикка, утға хос, панкреатитик, курук турларға булинади.

Келиб чиқиши буйича перитонит:

бирламчи перитонит – жуда камдан кам учрайди. Инфекцияни куйидаги тушуш йуллари мавжуд:

гематоген;

лимфоген;

криптоген;

тешиб кирадиган (абсцес атрофидаги аъзолар ва тукималардан озод корин бушлигига бушалади).

иккиламчи перитонит:

аппендикуляр;

холецистопанкреатит;

перфоратив (ЯБЖ ва ДПК, Крон касаллиги ва б.);

травматик (корин бушлигидаги кавак аъзоларининг шикастланиш ва шикастланмаслиги бидан утадиган);

некротик (ичакнинг уткир тутилишида, хазм йуллари флегмонадан зарарланганда, мезентериал лимфа тугунлари йирингли яллигланганда, корин бушлиги аъзоларининг кам учрайиган яллигланишда (Меккел дивертикули));

операциядан кейинги (меъда, ингичка ва йугон ичаклар, ут йуллари ва бошка аъзоларидаги операциялар);

гинекологик (найлар, тухумдонлар, бачадон яллигланганда, най йорилганда, бачадон перфорациясида, бачадоннинг тугурук вактида шикастланганда, тухумдон кисталари, кушимчалари ва усмалари буралиб колганда).

Купчилик холларда перитонит полимикроб касалик хисобланади. Ичак таёкчаси гурухий асосий урин тутуди, бироқ сунги пайтларда оддий протей ва бошка шартли патоген бактериялар купрок ахамиятга эга булмокда, анаэроблар роли сезиларли ошди. Пневмакоклар ва Кох таёкчалари кам учрайди.

Перитонитнинг клиник кечишидан уткир йирингли перитонит ривожланишининг уч боскичи тафовут килинади.

Перитонитнинг реактив

Перитонитнинг токсик боскичи

Терминал боскичи

Беморларни шошилиш операциядан олдин тайерлаш индивидуал, кушилиб келган касалликлари хисобга олган холда ва интенсив, сув туз мувозанати, КИХ, оксил алмашинуви ва гемодинамик бузилишларни тугриклашга каратилган, биокимевий текширишлар назорати остида булиш керак. Премедикация ва меъда суюклигини чикариш алохида урин тутуди. Операциядан олдинги тайерлаш давомлиги 2 соатдан ошмаслиги керак.

Перитонитда анестезияни танлаш усули огрик синдромини бартараф этишга, организмнинг нейроциркулятор ва нейрогуморал реакцияларини тузатишга ва нормаллаштиришига имкон берадиган нафас олиш бошкириб туриладиган умумий эндотрахеал наркоз хисобланади.

Купчилик беморларда уткир перитонит ташхиси куйилганда операцион кириш йули сифатида урта лапаротомиядан фойдаланилади, чунки бу кириш йули кам шикаст етказди ва корин бушлиги аъзоларини монанд ревизиядан утказишга имконият беради.

Амалиет врачлари учун шошилишчи хирургик операция килишга мутлоқ курсатма хисобланган туташ (таркалган) йирингли перитонит алохида кизикиш тугдиради. Перитонитнинг эрта формаларини уз вақтида диагностика килиш ва мос равишда хирургик амалиет утказиш бу хатарли касалликни даволашнинг гарови хисобланади.

Бу уринда операция аралашуви уз ичига куйидагиларни камраб олиши керак:

корин бушлиги аъзоларини ревизия килиш ва перитонит сабабини бартараф этиш,

антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш учун экспресс-бактериоскопия, бактериологик анализ ва микрофлорани ундириш мақсадида корин бушлигидан экссудат чиқариш,

экссудат эвакуацияси, корин бушлигининг антисептик эритмалар билан (5-8 л фурацилин, Рингер эритмаси, физиологик эритма ёки риванол) санацияси ва лаважи,

ингичка ичак туткичи чедизини новокаинлаш ёки ичак атониясини профилактика килиш мақсадида новокаин эритмасини томчилаб юбориш учун микроирригатор урнатиш,

2 бушликни назоэнтерал зонд киритиш йули билан меъда ичак йули суюклигини эвакуация килиш, беморни операциядан кейинги даврда ичагини лаваж килиш ва зонд орқали энтерал овкатлантириш мақсадида ичакни трансназал интубация килиш,

корин бушлигини назорат килиш учун дренаж килиш ва операциядан кейинги даврда перитонеал лаваж ёки диализ утказиш.

Операция курсатмалар буйича: жароҳатни каватма-кават тикиш, хамма каватларга чок солиш (уларни бант билан боғлаш) ёки жароҳатга молния илчагини куйиш (корин бушлиги аъзоларининг дастурни ревизияси учун) ёки беморларни очик усулда парваришлаш учун очик (лапаростома) колдириш билан тугалланади.

Тавсия этилган адабиётлар

Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диагностика и лечения острого перитонита. Ташкент, 1994.

Савчук Б.Д. Гнойный перитонит, Москва, 1995.

Гостищев В.К., Сажин В.П. Перитонит. Москва, 2002.

Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. Москва, 2000.

Каримов Ш.И. Острый перитонит. Методическая рекомендация. Ташкент, 1985.

Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М. Перитонит у больных пожилого и старческого возраста. Методическая рекомендация. 1985.

Эргашев У.Ю. Роль и место нарушений ретикулоэндотелиальной системы при острых разлитых перитонитах и разработка путей их коррекции, 1998.

Асраров А.А. Хирургические и эндоваскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом, 1994.

Каримов Ш.И., Ахтаев А.Р., Мордухович А.С., Ким В.Ф., Боровский С.П., Асраров А.А. Перитонит после кесарева сечения (патогенез, особенности клинического течения и лечения). Методическая рекомендация. Ташкент, 1993.

Каримов Ш.И., Турсунов К.Н., Асраров А.А., Зимин Г.А. Эффективность применения перитонеального диализа, кишечного лаважа и энтерального зондового питания в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита. Методическая рекомендация. Ташкент, 1984.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

23-Мавзу: ИЧАК ОҚМАЛАРИ

Ичак окмалари деб, ичак деворида ташки мухит билан ёки бошқа ковак органлар билан туташадиган озод корин бўшлигидан ажралган тешикларга айтилади.

Окмалар тугма (ўсиб етилмаган ўт йўли), орттирилган (травматик, яллигланишга алоқадор ва дегенератив, даволашга тааллуқли, ўсмаларда, перитонитда ва б.), ятроген бўлади.

Ичак окмалари классификацияси:

1. Туташиш характери бўйича:

ташки ва ички.

2. Пайдо бўлиш вақти бўйича:

тугма ва орттирилган.

3. Этиологияси бўйича:

1214

травматик, яллиглинишга алокадор ва дегенератив, даволаш мақсадида қўйилган.

4. Функцияси бўйича:

тўлик ва нотўлик.

5. Харақтери бўйича:

найсимон ва найли.

6. Жойлашиш сатхи бўйича:

баланд ва паст.

7. Кечиши бўйича:

асоратланган ва асоратланмаган.

Тўлик окмада ичакдаги хамма моддалар ташқарига оқиб чиқади, нотўлик хилида — ташқарига қисман, қисман олиб кетадиган ковузлокка оқиб чиқади. Агар ичак териға ёпишган бўлиб, унинг шиллик пардаси тери билан қўшилиб кетган бўлса, бундай окмалар лабсимон, борди-ю, ичак билан тери ўртасида йўл бўлса, бу найли окмалардир.

Оч ичак окмалари баланд, ёнбош ичакники — паст окмалар дейилади.

Ичак окмаларидаги асосий патофизиологик жихат шундан иборатки, модда алмашинувининг хамма турлари издан чиқади, бунда окма канчалик баланд бўлса, улар шунчалик яққол намоён бўлади. Суюклик тўпланиши, абсцесслар асоратланган окмалардан далолат беради.

Клиникаси ва диагностикаси: ингичка ичакнинг ташки окмалари ичакдан суюкликнинг ташқарига оқиб чиқиши билан намоён бўлади. Ажралиб чиқадиған суюклик микдори окма харақтери ва функциясига боглик, — суюклик оз-оздан то беморнинг тинка мадорини куритадиған микдоргача бўлиши мумкин.

Окманинг жойлашуви, харақтерини рентгенологик текшириш (барий сульфат эритмасини ичириш) ёки окма йўли орқали сувда эрийдиған контраст модда юбориб (фистулография) диагностика қилинади.

Даволаш. Найли окмаларда даволаш аксарият консерватив — юқори калорияли овқатланиш, сув-электролит, оксил, ёғ ва углевод алмашинувларини коррекциялаш, турли хил обтураторлар ва пелотлар яратиш, окма атрофидаги териға ишлов бериш ва тозалаш, парентерал овқатлантириш шу-лар каторига қиради. Консерватив даволаш беморларнинг 40—45 фоизида, 6—8 хафталик даволаш курсида наф бе-ради. Битмаган найли окмалар ва амалда хамма лабсимон окмалар операция қилиб бекитилади. Нотулик, найли ва лабсимон окмаларда қориндан ташқарида бекитиш, бошка турларида қорин ичида ичакни резекция қилиб бекитиш кулланилади.

Тавсия этилган адабиётлар

Каримов Ш.И. «Хирургик касалликлар» Тошкент 1991.

Орипов У.А., Каримов Ш.И. «Корин бушлиги аъзолари ошигич жаррохлиги» Тошкент 1991.

Литтман И. «Оперативная хирургия» Будапешт. 1981.

В.С. Савельев «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» Москва.1986.

Вансян «Кишечные свищи» 1982.

Абакумов М. Н. и соавт. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.// Вестн. хирург. им. И.И. Грекова, 1989, т. 142, № 2, с. 116-120.

Аслаян А. А. и соавт. Хирургическое лечение открытых и закрытых повреждений двенадцатиперстной кишки.// Хирургия, 2000, № 4, с. 84-87.

Асташкина К. В. и соавт. Травма двенадцатиперстной кишки у ребенка. // Хирургия, 2002., № 9, с. 18-19.

Ахунджанов Б. А. и соавт. Анализ причин кишечных свищей после аппендэктомии и результаты их лечения. // Мед. журн. Узбекистана, 1984, № 4, с. 33-35.

Кузин М.И. «Хирургические болезни» 1995.

Мавзу бўйича Интернетдаги адреслар:

<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>

14. Факультет хирургия фанидан

талабалар мустақил ишининг услубий ишланмалар билан таъминланганлиги

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН

МУСТАҚИЛ ИШЛАР МАВЗУЛАРИ

№	ТМИ мавзулари
1	Жарроҳлик бўлими иш тартиби.
2	Операциядан кейинги давр ва хирургик беморларни реабилитация усуллари.
3	Ички чурралар.
4	Қорин мушаклари дистазаси.
5	Чурраларнинг қари ва кеккса ёшдаги одам-ларда кечишнинг ўзига хослиги.
6	Пти учбурчаги ва оралик чурралари.
7	Болаларда, қарияларда аппендицит клиникаси, диагностикаси, даволаш.
8	Аппендицит атипик кечиши. Хомиладор-ларда аппендицит
9	Ошқозон ўткир яралари ва эрозиялари. Дорилардан кейинги яралар
10	Яра олди касаллик-лари, ташхислаш ва даволаш.
11	Полип ва полипозлар.
12	Эндемик ва спорадик буқоқ.
13	Ўт пуфаги дискинезияси.
14	Ўт пуфаги ва ўт йўллари ўсмалари.
15	Жигар ўсмалари. (фиброма, липома, гемангиома)
16	Ошқозон ости беzi киста ва оқмалари.

17	Йўгон ичак ўсмалари.
18	Тўгри ичак ўсмалари.
19	Кавшар касаллиги.
20	Битишмали ўткир ичак тугилиши.
21	Гинекологик перитонитлар.
22	Ички ичак оқмалари, оператив даволаш усуллари.

15. Факультет хирургия фанидан

амалий кўникмалар

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН
АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР РЎЙХАТИ

Меъдани зондлаш.

Сифон хўқна қилиш.

3. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш
4. «Йўтал тўрткиси» белгисини аниқлаш
5. Чов соҳасидаги томирлар пульсациясини аниқлаш
6. Щеткин Блумберг сипмтомини аниқлаш
 7. Уткир аппендицит сипмтомларини аниқлаш.
 8. Уткир холецистит сипмтомларини аниқлаш.
 9. Сийдик қопага катетер қўйиш.
 10. Боғламни алмаштириш ва операциядан кейинги даврда беморлар парвариши.
11. Қорин бўлиғи лаважини ўтказиш.
12. Қалқонсимон беzi пальпацияси.
13. Ўткир панкреатитда - Керте сипмтомини аниқлаш.
14. Ўткир панкреатитда - Мейо-Робсона сипмтомини аниқлаш.
15. Ўткир ичак тутилишида Скляров белгисини аниқлаш.
16. Ўткир ичак тутилишида Кивул белгисини аниқлаш.

16. Факультет хирургия фанидан

АДАБИЁТЛАР

Асосий

Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005

Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995

Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина., 2002

Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.

Хирургические болезни Под ред.В.С. Савельева, А.И. Кириенко, Москва, 2006г

Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990

Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998

Назирова Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва 2000

Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966

Кўшимча адабиёт

Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. М., 1969.

Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент, издательство ТашГосМи, 1983.

Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент, М., 1978.

Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Ташкент, М., 1977.

Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.

Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.

Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.

Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Поставаготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тошкент, М., 1993.

Войленко В.И., Мендолян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.,1965. Г

Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М , 1969.

Громов А.С. Язвенная болезнь. Рига, М., 1983.

Даиров А.В., Элькин М.А. Обтурационная кишечная непроходимость. Алма-Ата, М., 1981.

Дульцев Ю.В., Соломов Г. Парапроктит. М., 1981.

- Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. Неотложная гастроэнтерология. Ленинград, М., 1988.
- Крымов А.П. Брюшные грыжи. Киев, М., 1950.
- Крымов А.П. Учение о грыжах. М., 1969.
- Кузин М.И. Разлитой гнойный перитонит и острая почечная недостаточность. М., 1978.
- Левин Г.Н. Язвенная болезнь. М., 1980.
- Левитан М.Х. Неспецифический колит. М., 1980.
- Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Руководство для врачей. Москва, М., 1990.
- Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. М., 1969.
- Оперативная хирургия (под редакцией Литмана, Будапешт, 1981).
- Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей. Медицина, 1988.
- Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастроэктэмии. М., Медицина, 1973.
- Панцырев Ю.М., Гпллингср Ю.М. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта М., Медицина, 1981.
- Патофизиология хирургических заболеваний (под редакцией Я.Одацко., Варшава, 1967). -
- Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., Медицина, 1988.
- Русанов А.А. Аппендицит. М., 1979.
- Савельев В.С. Острый панкреатит. М., 1980.
- Савенко В.О. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости. М., 1976.
- Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М., 1979.
- Симонян Н.С. Перитонит. М., 1971.
- Скуя Н.А. Заболевания поджелудочной железы. Москва, М., 1986.
- Соколов Л.К., Саврасов В.М., Тернова С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны. Москва, М., 1987.
- Тоскин К.Д., Жебровский В. В. Грыжи брюшной стенки. Москва, Медицина, 1990.
- Утешев Н.С. Хирургическое лечение послеоперационных пептических язв. М., Медицина, 1971.
- Шалимов А.А. Острый перитонит. М., 1981.
- Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. М., 1975.

Шалимов А.А., Ермолов А.С. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1975, 1982.

Ю.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, Здоровье, 1987.

Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН КАФЕДРА ПРОФЕССОР-ЎҚИТУВЧИЛАРИ ТОМОНИДАН ЧОП
ЭТИЛГАН МОНОГРАФИЯЛАР

№	Монография номи	Нашр ҳақида маълумот	Ҳаж-ми	Муаллиф ва муаллифдошлар
1.	Малоинвазивные вме-шательства в лечении желчнокаменной болезни и её осложнений.	Монография Тошкент 2003 йил.	203 бет	Каримов Ш.И. Ким В.Л. Ахмедов Р.М.
2.	«Осложненный эхино-коккоз»	Монография Бух МИ, 2006 йил,	200 бет	Ахмедов Р.М. Мирхўжаев И.А. Ҳамдамов Б.З.
3.	Хирургия язвенной болез-ни желудка и 12-ти перс-тной кишки”.	Монография Бух МИ, 2006 йил	220 бет	Ахмедов Р.М. Мирхўжаев И.А. ва бошқалар.
4.	Хирургические ослож-нения при инфекцион-ных заболеваний и способы их лечения	Монография Бух МИ, 2006 йил	250 бет	Ахмедов Р.М. ва бошқалар
5.	Современные подходы в подготовке врача общей практике.	Монография Тошкент-	304 бет	Ахмедов Р.М. Шарипова Н.Д.

		2007 йил.		
--	--	-----------	--	--

ҲИМОЯ ҚИЛИНГАН ДИССЕРТАЦИЯЛАР

I. Докторлик диссертациялари:

Сафоев Баходир Барноевич – «Пути улучшения результатов хирургического лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей» - 2009 г. Ташкент.

II. Кандидатлик диссертациялари:

Хаётов Шавкат Хаётович – «Острый панкреатит и его лечение с учетом функциональных нарушений печени и почек» - 1997 Ташкент.

Сафаров Жаббор Муродиллаевич – «Совершенствование методов комплексного лечения облитерирующего эндартериита нижних конечностей у жителей аридной зоны Узбекистана» - 1999 г. Ташкент.

Сайдахмедова Зояхон Турсуновна – «Изучение иммунной системы и иммуннокоррекция у больных с панкреатитом проживающих в неблагоприятных условиях» - 2001г. Ташкент.

Абдуллаев Асилжон Кахрамонович – «Разработка патогенетических методов фармакологической коррекции печеночно-почечных нарушений при хирургии хронических нагноительных заболеваний легких» - 2002 г. Ташкент.

Хамдамов Бахтиёр Зарифович – «Применение местного ультрафио-летового облучения в сочетании с многокомпонентными водораство-римыми мазями в комплексном лечении послеоперационных гнойных ран» - 2003 г Ташкент.

Очилов Улмас Баратович – «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени» 2005 г Ташкент.

Газиев Карим Умарович – «Применение локальной гипероксигенации в комплексном лечении нагноения послеоперационных ран» - 2006 г Ташкент.

Комилов Тулкин Сафарович – «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста» - 2009 г Ташкент.

Шарипов Улугбек Бафоевич – «Особенности ультразвуковой диагностики хирургического лечения больных с эхинококкозом печени» - 2011 г Ташкент.

Муаззамов Бобир Баходирович – «Разработка и оценка эффективности использования фитоцидов при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» - 2011 г Ташкент.

Исомутдинов Аъзам Зокирович – «Совершенствование методов диагностики и лечения множественных, сочетанных форм эхинококкоза печени и брюшной полости» - 2012 г Ташкент.

ИХТИРО ВА ПАТЕНТЛАР

Способ диагностики эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста (Комилов Т.С.) Патент Республики Узбекистан 1 АР 20040153 от 25.08.2006.

Жигар эхинококкозини ташхислаш ва даволаш усулини танлаш учун дастур (У.Б.Шарипов, Б.З.Хамдамов) Узбекистон Республикаси патенти № ДГУ 01657 04.12.2008 йилдан руйхатдан утказилган.

ИЛМИЙ МАҚОЛАЛАР ВА ТЕЗИСЛАР

1. Видеоассистирования операция эхинококкэктомия печени при труднодоступных локализациях кист. Журнал «Ўзбекистон хирургия-си», 2007, № 3, стр 8-9 (И.А.Мирходжаев)

2. Эндолимфатическая антибиотикотерапия после эхинококкэктомии. Журнал «Узбекистон хирургияси», 2007, № 3, стр 9-10 (С.Р.Кутлиев, К.У.Газиев)
3. Новый способ антипаразитарной обработки остаточной полости раствором альбендазола после эхинококкэктомии из печени. Материалы научно-практ.конф. «Актуальные вопросы специализированной хирургии» посвященной памяти У.А.Арипова. 2007г, стр 20-21 (Комилов С.О, Хамдамов Б.З. и др)
4. Использование настойки чеснока в хирургической практике. Материалы научно-практ.конф. «Интеграция образование науки и производства в фармации» посвященной 70-летию ТашФарМИ. 2007г. стр.271-272 (Р.И.Исроилов, Б.Муаззамов, С.Аминов)
5. Применение местной гипероксигенации в сочетании с многокомпонентными водорастворимыми мазями в комплексном лечении гнойных ран. Журнал «Проблемы биологии и медицины», 2008, № 1, стр 84-87, (Сафоев Б.Б., Хамдамов Б.З., Ортиков К.У.)
6. Морфологические изменения лавроцист после обработки раствором альбендазола. Журнал «Проблемы биологии и медицины» 2008 г, № 1, стр 9.
7. Программирование абактериальной среды при лечении диабетической стопы. Журнал «Проблемы биологии и медицины» 2008г № 2, стр 3-6. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
8. Местная коррекция нарушенного кислородного обмена тканей в послеоперационных гнойных ранах. Журнал «Проблемы биологии и медицины». 2008г, № 2, стр 61-64. (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
9. Морфологические особенности использования экстракта фитонцида в хирургии эхинококкоза печени. Журнал «Морфология» 2008г. №2, стр 13. (Исраилов Р.И., Муаззамов Б.Б.)
9. Возможности и перспективы применения усовершенствованного метода ампутации нижних конечностей при синдроме диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Журнал «Хирургия Узбекистана» 2008г № 2 стр 5-8 (Б.Б.Сафоев, Б.З.Хамдамов)
10. Рецидивный эхинококкоз печени и пути его профилактики. Журнал «Хирургия Узбекистана», 2008г, № 3 стр 12 (И.А.Мирходжаев, С.О.Комилов, Б.З.Хамдамов)
11. Бронхофиброскопия у больных с эхинококкозом легкого. Журнал «Хирургия Узбекистана» 2008 № 3 стр 93 (С.О.Комилов, И.А.Мирходжаев).
12. Коррекция иммунологических параметров при язвенной болезни желудка. В кн. «Материалы научно-практ.конф». «Актуальные проблемы гастроэнтерологии» Бухара 2009г. стр 11-12 (С.Ф. Сулейманов)
13. «Анастомозиты после резекции желудка и их лечение». Там же стр 13-14 (И.А.Мирходжаев)
- 14.Нарушение клеточных параметров иммунитета у больных язвенной болезнью и двенадцатиперстной кишки. Там же стр 12-13 (С.Ф.Сулейманов)
- 15.Частота и профилактика пострезекционного рефлюкс гастрита. Там же стр 14-15 (И.А.Мирходжаев)
16. Применение иммунотерапии при хроническом холецистите. Там же стр 125-126 (С.Ф.Сулейманов)

17. Оценка иммунных нарушений и применение иммунокорректоров при заболеваниях органов пищеварения. Там же стр 126-127 (С. Ф. Сулейманов)
18. Использование липосомальной формы альбендазола в хирургии эхинококкоза печени. Там же стр. 127-125 (И.А.Мирходжаев)
19. Антипаразитарное лечение эхинококкоза печени. Там же стр 128-129 (И.А.Мирхужаев, А.З.Исомутдинов)
20. «Хирургические осложнения после аллогерниопластики после-операционных вентральных грыж». Сборник трудов Республикан-ской научной конференции «Актуальные проблемы хирургии», Ташкент, 2009г, стр 51 (Исомутдинов А.З., Мирходжаев И.А.)
21. «Новый способ обработки остаточной полости эхинококковой кисти»
Там же стр 52. (Сафоев Б.Б, Хамраев У.П)
22. «Диагностические и лечебные стандарты при полипах желчного пузыря» журнал «Узбекистон хирургияси» Вохидовские чтения 2009г стр 12, (И.А.Мирходжаев, Б.Хамдамов, У.Шарипов)
23. «Интервенционные методы лечения в хирургии эхинококкоза печени» ж. «Хирургия Узбекистана» Вохидовские чтения 2009г стр 12 (Б.Хамдамов, У.Б.Шарипов).
24. Из опыта становления общей врачебной практики (семейной медицины в Бухарском Государственном Медицинском институте) в книге «Материалы 1У-Всероссийской научно-практической конференции» Новосибирск 2010 г. стр 14-18 (Н.Ж.Шарипова, Г.Ж.Жарылкасинова)
25. Эффективный способ обработки остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени. В книге «Сборник научно-практической конференции «Актуальные проблемы гнойно-септической хирургии» Бухара-2010, стр. 116-117 (Б.Б.Сафоев, У.П.Хамроев, Б.З.Хамдамов)
26. Диагностика и лечение гнойно-воспалительных осложнений после плановых операций в абдоминальной хирургии. Там же (И.А.Мирходжаев, С.О.Комилов, А.З.Исомитдинов).
27. Способ хирургического лечения эхинококкоза печени в зависимости от стадии развития паразита. Там же. Стр 118 (Б.Б.Сафоев, И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов.)
28. Использование иммунокоррекции при гнойной инфекции брюшной полости. Там же стр 120 (С.Ф.Сулейманов, Б.Б.Сафаев, Б.З.Хамдамов.)
29. Характеристика возбудителей хирургической инфекции мягких тканей. Там же стр. 121-123 (Б.Б.Сафоев, С.Ф.Сулейманов, Ж.Н.Эргашев.)
30. Усовершенствованный метод ампутации при синдроме диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Там же стр 123-124 (Б.Б.Сафаев, Б.З.Хамдамов,Ф.К.Хамидов.)
- Сочетанное применения местного ультрафиолетового облучения и локальный гипероксигенации в комплексном лечении гнойных ран. Там же стр. 125-126 (Б.Б.Сафаев, Б.З.Хамдамов, С.О.Комилов, Ф.Х.Хамидов.)

Миниинвазивная хирургия осложненного эхинококкоза печени. Там же. стр 126-126 (И.А.Мирходжаев, У.Б.Шарипов, С.О.Комилов, А.З.Исомутдинов.)

Эффективный способ обработки остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени. Там же. Стр. 126-127 (Б.Б.Сафаев, У.П.Хамраев.)

«Возможности изолированной химиотерапии при лечении эхинококкоза [/ печени». Журнал «Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана» 2010 г № 4 стр 23-27 (Б.Б.Сафаев, У.Шарипов, Б.З.Хамдамов.)

Анализ результатов миниинвазивных методов лечения эхинококкоза печени. (Материалы XIII-съезда Общества эндоскопических хирургов России.Альманах института хирургии им.А.В.Вишневского Москва, 2010.Том 3 №1 стр 195) (У.Б.Шарипов, Б.З.Хамдамов.)

Результаты изолированной химиотерапии при эхинококкозе печени. (Материалы научно-практической конференции с международным участием «Инфекции и паразитарные болезни в практике клинициста» Харьков, 2010 стр 48-49 (У.Б.Шарипов, Б.Хамдамов.)

Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени. «Журнал Анналы хирургической гепатологии». М.2010, Том 15 №3 стр 99-104.

Роль и место пункционных методов лечения в хирургии эхинококкоза печени. «Журнал Вестник врача» Самарканд, 2009 № 5 стр 43-46.

Пункционно-дренирующие методы лечения при эхинококкозе печени. «Журнал теоретической и клинической медицины» Ташкент, 2008, № 5, стр 53-59

Бухоро Давлат тиббиёт института касб-хунар коллежлари ва академик лицейлар билан хамкорлиги. (Республика илмий-амалий анжумани маколалар туплами. Бухоро, 2011 йил 20-21 май., 9-12 б.)

К вопросу лечения множественного и рецидивного эхинококкоза» В кн: «Сборник научных трудов посвященный 20-летию Бухарского Государственного медицинского института» г.Бухара 2011г стр. 30-31 (Б.Б. Муаззамов, И.А. Мирходжаев, А.З. Исомутдинов).

«Совершенствование методов обработки остаточных полостей печени» Там же г.Бухара 2011г стр. 28-30 (Р.И. Исроилов, Б.Б.Сафоев, У.П.Хамраев).

43. . «Комплексное лечение раневой инфекции с учетом грибковых инвазий»

Там же г.Бухара 2011г стр.31-33 (Б.Б.Сафоев , Б.З.Хамдамов)

44. «Комплексное лечение больных синдромом диабетической стопы» Там же г.Бухара 2011г стр.33-34 (Б.Б.Сафоев , Б.З.Хамдамов, Т.А.Шеров).

45. «Химиотерапия в лечении эхинококкоза печени » Там же г.Бухара 2011г стр 34-36 (Б.Б.Сафоев , У.Б.Шарипов , Б.З.Хамдамов).

46. . «Иммунные расстройства и использование иммуностимуляторов при заболеваниях органов пищеварительной системы» Там же г.Бухара 2011г стр. 36-37 (С.Ф.Сулейманов).

47. «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени у беременных» «Журнал теоретической и клинической медицины» Ташкент 2011 г. стр.67-69 (И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов).

48. «Роль бронхоскопии в лечении осложненных эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкэктомии легкого» Журнал «Проблемы биологии и медицины» Ташкент 2011 г. №1 стр. 6-8, (Б.Б.Сафоев, Б.З. Хамдамов, О.М.Курбанов, М.И.Амонов).
49. «Возможности бронхоскопических катетеризаций в лечение абсцессов легкого» Журнал «Проблемы биологии и медицины» Ташкент 2011 г. №1 стр.8-9, (Сафоев Б.Б., Хамдамов Б.З., Амонов М.И.).
50. «Характеристика иммунной системы у больных с эхинококкозом пече-ни» Журнал «Вестник проблемы биологии и медицины» 2011 г выпуск 2, Том 3, стр.84-88 (А.З.Исомутдинов, И.А.Мирходжаев).
51. «Диагностика и лечение кист поджелудочной железы» В кН: «Материалы научно-практической конференции» «Актуальные вопросы панкреато-логии» 14-15 ноября 2011г, г.Бухара, стр. 16-17 (И.А.Мирходжаев)
52. «Результаты применения препарата «Сандостанин» у больных с хроническом панкреатитом» там же г.Бухара, 2011г, стр 17-18 (И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов).
53. «Пути улучшения результатов комплексного лечения больных панкрео-некротом» там же г.Бухара, 2011г, стр 18 (И.А.Мирходжаев, Хикматов Ж.С., И.И. Мирходжаев).
54. «Гнойно-воспалительные заболевания в учениях Ибн Сино» - «VI. Ибн Сино ўқишлари» - илмий амалий анжуман тезислари тўплами, Бухара 2011й, 17-бет, Б.Б.Сафоев.
55. «Взгляды Абу Али ибн Сино на заболевания кишечника» там же Бухара г.Бухара 2011г, стр.57, И.А.Мирходжаев, А.З.Исомутдинов.
56. «Заслуги Абу Али ибн Сино в развитие учения о грыжах» там же г.Бухара 2011г, стр.58, И.А.Мирходжаев, Ж.Н.Эргашев.
57. «Ибн Сино таълимотида соғлом турмуш тарзи» Хоразм Маъмун академияси ва Ибн Сино мавзусидаги илмий семинар “Хоразм Маъмун академиясининг ахборотномаси” 1(22) 2012й, 11-13 бет (А.И.Иноятов)
58. «Современные методические принципы общей врачебной подготовки на этапе до и последипломного обучения» материалы международной научно-практической конференции «Опыт и перспектива развития медицинского образования в странах центральной Азии» Караганда 26-27 апреля 2012 г, стр.16-17.
59. «Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени» Журнал: «Проблемы биологии и медицины», 2012 г, №1, стр. 3-5 (Б.Б.Сафоев, У.П.Хамраев, Б.З.Хамдамов)
60. «К тактике хирургического лечения множественного и рецидивного эхинококкоза» там же, 2012г, №1, стр.24-26 (И.А.Мирходжаев, Б.Б.Муаззамов, А.З.Исомутдинов)
61. Хамдамов Б.З., Сафоев Б.Б., Усовершенствование способ ампутации на уровне голени даабетической стопы, Испания-2013 г.
62. Муаззамов Б.Б., Мирхўжаев И.А., Мирхўжаев И.И. Эндохирургическое лечение билиарных осложнений эхинококкоза печени., Илмий макола. Донецк – 2013 й
63. Сафоев Б.Б., Хамдамов Б.З., Газиев К.У., Комилов С.О. Перспективы регионарной анестезии при лечении синдрома диабетической стопы, Ж: Проблемы биологии и медицины, № 2. Самарыанд 2013 й

64. Муаззамов Б.Б., Мирхўжаев И.А., Хамроев Ў.П. Пути профилактики тромбозов при симультанных лапароскопических операциях. Материалы VI Международной научно-практической конференции «Тенденции и инновации современной науки». г.Краснодар (19 февраля 2013 г)
65. Муаззамов Б.Б., Мирхўжаев И.А., Хамроев Ў.П. Особенности симультанных операций при лапароскопической холецистэктомии. Материалы VI Международной научно-практической конференции «Тенденции и инновации современной науки». г.Краснодар (19 февраля 2013 г)
66. Муаззамов Б.Б., Газиев К.У., Шарипов У.Б., Лечение множественного рецидивного эхинококкоза. III съезд Хирургов Юга России. г.Астрахань, 17-21 сентября 2013г.
67. Хамраев Ў.П., Кутлиев С.Р., Муаззамов Б.Б., Рамазанова Ш.С. Современные подходы и лечения эндемического зоба., III съезд Хирургов Юга России. г.Астрахань, 17-21 сентября 2013г.

ФАКУЛТЕТ ХИРУРГИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА ВА АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАРДА

2015-2016 ЎҚУВ ЙИЛИДА КИРИТИЛГАН

ЯНГИ АДАБИЁТЛАР

1. Б.С.Суковатых, Л.Н.Беликов, В.И.Зайцев, М.Б.Суковатых «Слеротерапия сафенобедренного рефлюкса крови у больных с начальными стадиями варикозных болезни вен нижних конечностей «Вестник хирургии» 2008, стр.22-25.
2. Р.З.Лосев, В.Н.Николенко, Е.Г.Микульская, А.А.Елисеева, Ю.А.Буров «Функционально анатомические предпосылки реваскуляризации бедренно-подколенного артериального сегмента», Вестник хирургии, № 1, с.18-21.
3. М.Д.Дибиров, А.А.Дибиров, С.А.Терещенко, Ю.И.Рамазанова «Дистальённые реконструкции аутовенной I In siti при критической ишемии нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста» с.14-17.
4. А.И.Шиманко и др. «Амбулаторные лечение варикозной болезни вен нижних конечностей» Анналы хирургии №1, 2008, с.72-75.
5. В.А.Кожевников и др. «Сравнительная оценка лечения химических ожогов пищевода у детей жирогормональной смесью и лекарственной смесью на основе полимера регенкура» Детская хирургия, № 1,2008, с. 4-7.
6. Э.А.Степанов и др. «Наблюдение дивертикулярного удвоения пищевода у двух детей», Детская хирургия, 2001, №1, с. 50-52.
7. Ю.А.Козлов и др. «Торакоскопическая френопликация у новорождённых» Детская хирургия, № 1, 2008, с. 52-54.
8. Я.Н.Шойхет, С.Д.Фонеев, И.В.Кулешова «Влияние локальной непрерывной внутриартериальной антимикробной терапии на течение послеоперационного периода у больных с абсцессами печени» Анналы хирургии, № 1,2008, с.50-53.

9. А.Ф.Черноусов, Т.В.Хоробрых, Д.В.Пастухов «Использование фибринового-го клея в лечении больных с колотыми ранениями печени» *Анналы хирургии*, № 1, 2008, с.46-49.
10. Дибиров М.Д. и др. «Результаты дистальных реконструктивных операций при критической ишемии при диабетической макроангиопатии у лиц пожилого и старческого возраста» *Анналы хирургии*, № 4, 2008, с.21-23.
11. И.Л.Казымов, А.Г.Мехдиев, Ф.С.Курбанов «Кровотечение из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии» *Хирургия*, № 2, 2008, с.37-41.
12. «Рубцовые структуры пищевода» *Медицинский журнал Узбекистана*, №3, 2002, стр . 22 – 24 .
14. В.С.Савельев, А.И.Кириенко “Хирургические болезни” *М.Медицина*, 2006 , 1 – 2 том ,стр.13 – 54.
15. В.М. Лебезев, А.К. Ерамишанцев, Р.С. Григорян «Сочетанные операции в профилактике гастроэзофагеальных кровотечений у больных с портальной гипертензией» *Хирургия* 2007, 10, бет 15-18.
16. В.М. Лебезев, А.К. Ерамишанцев, Р.С. Григорян «Портальная гипертензия» *Хирургия* 2007, 9- сон 32-35 бет, 10 сон 15-18 бет.
17. Г.И. Кунцевич, А.В.Гаврилин, В.А.Вишневский, Т.В.Журенкова, Э.Н.Чебышева, О.И.Жабборонкова, В.А.Агафанов «Комплексная ультразвуковая диагностика крупных и гигантских непаразитарных кист печени» *Хирургия. Пирогова*, 2007, № 9 стр 63-68.
18. Бебуришвили А.Г., Шаталов А.В., Шаталов А.А. “Острый тромбофлебит в бассейне большой подкожной вены”, *Хирургия* № 4, 2004, стр.4-8.
19. Седов В.М., Морозов В.П. и др. «Новый метод диагностики клапанной недостаточности подкожных и перфорантных вен нижних конечностей с использованием аппарата «телефлебосканер» » *Новые и рац. предложения* № 5, 2004, стр. 100-103.
20. Ф.Г.Назиров, И.Н.Денисов, Т.Улумбеков; *Справочник – путеводитель практикующего врача “ 2000 болезней от А до Я ”* Издательство ГЭОТАР. Медицина, Москва, 2000 г. “Диафрагмальные грыжи”, стр. 279-280.

17. АННОТАЦИЯ

Факультет хирургия хирургик касалликларни этиологияси, патогенези, клиникаси, асоратлари даволаш ва профилактикаси ва шошилиш холатларида тез ёрдам кўрсатиш асосларини ўрганувчи фандир. ҚШП ва ШШП шароитида УАШ фооолиятида мурожат қилган беморларни деярли 1\3 қисми хирургик касалликлари ташкил қилади. Шунинг учун факультет хирургия фани асосларини УАШ ихтисослиги таснифа асосида ўрганиш муҳим аҳамиятига эга. Хирургик касаллик-ларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш аҳолини соғламтириш организмнинг бошқа аъзо ва тизимларининг касалликларини профилактика қилиш имконини беради.

“Факультет хирургия” фани бўйича намуновий дастур Давлат таълим стандарти, УАШ таёрлаш ихтисослик тавсифа ва ўқув дастурига мос келувчи ўқув вазифаларни ҳажмини инобатга олиб тузилган. Дастурда даволаш ва тиббий-педагогика факультетлари талабаларнинг ушбу фани ўрганиш даврида эгаллаши зарур бўлган назарий билимлари ва амалий кўникмалари ҳажми аниқлаб берилган, ушбу дастурда маърузалар ва амалий машғулотлар мазмуни УАШ дастури бўйича бажариш лозим бўлган амалий кўникмалар, талабаларни мустақил бажаридиган ишлари ҳажими кўрсатилган.

18. Хулоса ва таклифлар, фойдали маслаҳатлар

19. Муаллифлар ҳақида маълумот

Мирходжаев Ислам Асрорович

1953 йилда туғилган. Самарқанд Давлат тиббиёт институтини тугатган. Тиббиёт фанлари номзоди, БухДавТИ Факультет ва госпитал хирургия кафедраси доценти. Бухоро вилояти Соғлиқни сақлаш бошқармаси бош хирурги. 100 дан ортиқ илмий ишлар муаллифи. 4 патент, ихтиро ва рационализаторлик таклифлар авторлик гувоҳномасига эга.



20. Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги ва соғлиқни сақлаш вазирлигининг норматив ҳужжатлари
(буйруқлар, фармойишлар, хатлар ва б.)

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНING ҚОНУНИ

ТАЪЛИМ ТЎҒРИСИДА

(Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1997 й., 9-сон, 225-модда; 2013 й., 41-сон, 543-модда)

I. УМУМИЙ ҚОИДАЛАР

1-модда. Ушбу Қонуннинг мақсади

Ушбу Қонун фуқароларга таълим, тарбия бериш, касб-хунар ўргатишнинг ҳуқуқий асосларини белгилайди ҳамда ҳар кимнинг билим олишдан иборат конституциявий ҳуқуқини таъминлашга қаратилган.

2-модда. Таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатлари

Таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатлари ушбу Қонундан ҳамда бошқа қонун ҳужжатларидан иборат.

Қорақалпоғистон Республикасида таълим соҳасидаги муносабатлар Қорақалпоғистон Республикасининг қонун ҳужжатлари билан ҳам тартибга солинади.

Агар Ўзбекистон Республикасининг халқаро шартномасида таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатларидагидан ўзгача қоидалар белгиланган бўлса, халқаро шартнома қоидалари қўлланилади.

3-модда. Таълим соҳасидаги давлат сиёсатининг асосий принциплари

Таълим Ўзбекистон Республикаси ижтимоий тараққиёти соҳасида устувор деб эълон қилинади.

Таълим соҳасидаги давлат сиёсатининг асосий принциплари қуйидагилардан иборат:

таълим ва тарбиянинг инсонпарвар, демократик характерда эканлиги;

таълимнинг узлуксизлиги ва изчиллиги;

умумий ўрта, шунингдек ўрта махсус, касб-хунар таълимининг мажбурийлиги;

ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишини: академик лицейда ёки касб-хунар коллежида ўқишни танлашнинг ихтиёрийлиги;

таълим тизимининг дунёвий характерда эканлиги;

давлат таълим стандартлари доирасида таълим олишнинг ҳамма учун очиклиги;

таълим дастурларини танлашга ягона ва табақалаштирилган ёндашув;

билимли бўлишни ва истеъдодни рағбатлантириш;

таълим тизимида давлат ва жамоат бошқарувини уйғунлаштириш.

4-модда. Билим олиш ҳуқуқи

Жинси, тили, ёши, ирқий, миллий мансублиги, эътиқоди, динга муносабати, ижтимоий келиб чиқиши, хизмат тури, ижтимоий мавқеи, турар жойи, Ўзбекистон Республикаси ҳудудида қанча вақт яшаётганлигидан қатъи назар, ҳар кимга билим олишда тенг ҳуқуқлар қафолатланади.

Билим олиш ҳуқуқи:

давлат ва нодавлат таълим муассасаларини ривожлантириш;

ишлаб чиқаришдан ажралган ва ажралмаган ҳолда таълим олишни ташкил этиш;

таълим ва кадрлар тайёрлаш давлат дастурлари асосида бепул ўқитиш, шунингдек таълим муассасаларида шартнома асосида тўлов эвазига касб-хунара ўргатиш;

барча турдаги таълим муассасаларининг битирувчилари кейинги босқичдаги ўқув юртлирига киришда тенг ҳуқуқларга эга бўлиши;

оилада ёки ўзи мустақил равишда билим олган фуқароларга аккредитациядан ўтган таълим муассасаларида экстернат тартибида аттестациядан ўтиш ҳуқуқини бериш орқали таъминланади.

Бошқа давлатларнинг фуқаролари Ўзбекистон Республикасида халқаро шартномаларга мувофиқ билим олиш ҳуқуқига эга.

Республикада истиқомат қилаётган фуқаролиги бўлмаган шахслар билим олишда Ўзбекистон Республикаси фуқаролари билан тенг ҳуқуқларга эга.

5-модда. Педагогик фаолият билан шуғулланиш ҳуқуқи

Тегишли маълумоти, касб тайёргарлиги бор ва юксак ахлоқий фазилатларга эга бўлган шахслар педагогик фаолият билан шуғулланиш ҳуқуқига эга.

Педагог ходимларни олий ўқув юртлирига ишга қабул қилиш Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси тасдиқлаган Низомга мувофиқ танлов асосида амалга оширилади.

Педагогик фаолият билан шуғулланиш суд ҳукмига асосан ман этилган шахсларнинг таълим муассасаларида бу фаолият билан шуғулланишига йўл қўйилмайди.

6-модда. Таълим муассасасининг ҳуқуқий мақоми

Таълим муассасасини аккредитациялаш ваколатли давлат органи томонидан аттестацияга асосан амалга оширилади.

 LexUZ шарҳи

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2004 йил 24 июндаги 293-сон қарори билан тасдиқланган Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест маркази тўғрисидаги Низомга мувофиқ, таълим муассасаларини аттестациядан ва давлат аккредитациясидан ўтказишни ташкил этиш ва амалга ошириш, таълим муассасалари рейтингини аниқлаш Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Давлат тест марказининг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Таълим муассасаси юридик шахс бўлиб, қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда барпо этилади. Нодавлат таълим муассасаси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси белгилаган тартибда давлат аккредитациясидан ўтган пайтдан бошлаб юридик шахс ҳуқуқлари ва таълим фаолияти билан шуғулланиш ҳуқуқига эга бўлади.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 10 февралдаги 21-сон қарори билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикаси таълим муассасаларини давлат аккредитациясидан ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом.

Таълим муассасаси қонун ҳужжатларига мувофиқ ишлаб чиқилган устав асосида фаолият кўрсатади.

 LexUZ шарҳи

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1998 йил 5 январдаги 5-сонли қарори билан таълим муассасалари уставини ишлаб чиқиш тартиби тасдиқланган.

Таълим муассасаси аттестация натижаларига биноан давлат аккредитациясидан маҳрум этилиши мумкин.

Таълим муассасалари ўқув-тарбия мажмуиларига ҳамда ўқув-илмий-ишлаб чиқариш бирлашмалари ва уюшмаларига бирлашишга ҳақли.

Таълим муассасалари уставда белгиланган вазифаларига мувофиқ пулли таълим хизматлари кўрсатиш, шунингдек тадбиркорлик фаолиятининг бошқа турлари билан шуғулланишга ҳақли.

7-модда. Давлат таълим стандартлари

Давлат таълим стандартлари умумий ўрта, ўрта махсус, касб-хунар ва олий таълим мазмунига ҳамда сифатига қўйиладиган талабларни белгилайди.

Давлат таълим стандартларини бажариш Ўзбекистон Республикасининг барча таълим муассасалари учун мажбурийдир.

 LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1998 йил 5 январдаги 5-сонли қарори билан тасдиқланган «Давлат таълим стандартлари тўғрисида»ги низом, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 16 августдаги 390-сонли «Умумий ўрта таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги, 2000 йил 16 октябрдаги 400-сонли «Ўрта махсус, касб-хунар таълимининг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги ва 2001 йил 16 августдаги 343-сонли «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги қарорлари.

8-модда. Таълим бериш тили

Таълим муассасаларида таълим бериш тилидан фойдаланиш тартиби Давлат тили ҳақидаги Ўзбекистон Республикаси Қонуни билан тартибга солинади.

II. ТАЪЛИМ ТИЗИМИ ВА ТУРЛАРИ

9-модда. Таълим тизими

1241

Ўзбекистон Республикасининг таълим тизими қуйидагиларни ўз ичига олади:

давлат стандартларига мувофиқ таълим дастурларини амалга оширувчи давлат ва нодавлат таълим муассасалари;

таълим тизимининг фаолият кўрсатиши ва ривожланишини таъминлаш учун зарур бўлган тадқиқот ишларини бажарувчи илмий-педагогик муассасалар;

таълим соҳасидаги давлат бошқарув органлари, шунингдек уларга қарашли корхоналар, муассасалар ва ташкилотлар.

Ўзбекистон Республикасининг таълим тизими ягона ва узлуксиздир.

10-модда. Таълим турлари

Ўзбекистон Республикасида таълим қуйидаги турларда амалга оширилади:

мактабгача таълим;

умумий ўрта таълим;

ўрта махсус, касб-ҳунар таълими;

олий таълим;

олий ўқув юртидан кейинги таълим;

кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш;

мактабдан ташқари таълим.

11-модда. Мактабгача таълим

Мактабгача таълим бола шахсини соғлом ва етук, мактабда ўқишга тайёрланган тарзда шакллантириш мақсадини кўзлайди. Бу таълим олти-етти ёшгача оилада, болалар боғчасида ва мулк шаклидан қатъи назар, бошқа таълим муассасаларида олиб борилади.

 LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2007 йил 25 октябрдаги 225-сонли «Мактабгача таълим соҳасидаги норматив-ҳуқуқий ҳужжатларни тасдиқлаш тўғрисида»ги қарори.

12-модда. Умумий ўрта таълим

Умумий ўрта таълим босқичлари қуйидагича:

бошланғич таълим (I—IV синфлар);

умумий ўрта таълим (I—IX синфлар).

Бошланғич таълим умумий ўрта таълим олиш учун зарур бўлган саводхонлик, билим ва кўникма асосларини шакллантиришга қаратилгандир. Мактабнинг биринчи синфига болалар олти-етти ёшидан қабул қилинади.

Умумий ўрта таълим билимларнинг зарур ҳажмини беради, мустақил фикрлаш, ташкилотчилик қобилияти ва амалий тажриба кўникмаларини ривожлантиради, дастлабки тарзда касбга йўналтиришга ва таълимнинг навбатдаги босқичини танлашга ёрдам беради.

Болаларнинг қобилияти, истеъдодини ривожлантириш учун ихтисослаштирилган мактаблар ташкил этилиши мумкин.

 LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2008 йил 7 августдаги 173-сонли «Айрим фанлар чуқур ўрганиладиган давлат ихтисослаштирилган умумтаълим муассасалари фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида»ги қарори.

13-модда. Ўрта махсус, касб-хунар таълими

Ўрта махсус, касб-хунар таълим олиш мақсадида ҳар ким умумий ўрта таълим асосида академик лицейда ёки касб-хунар коллежида ўқишнинг йўналишини ихтиёрий равишда танлаш ҳуқуқига эга.

Академик лицейлар ва касб-хунар коллежлари эгалланган касб-хунар бўйича ишлаш ҳуқуқини берадиган ҳамда бундай иш ёки таълимни навбатдаги босқичда давом эттириш учун асос бўладиган ўрта махсус, касб-хунар таълими беради.

Академик лицей ўқувчиларнинг интеллектуал қобилиятларини жадал ўстиришни, уларнинг чуқур, табақалаштирилган ва касб-хунарга йўналтирилган билим олишларини таъминлайдиган уч йиллик ўрта махсус ўқув юртидир.

Касб-хунар коллежи ўқувчиларнинг касб-хунарга мойиллиги, маҳорат ва малакасини чуқур ривожлантиришни, танланган касблар бўйича бир ёки бир неча ихтисос олишни таъминлайдиган уч йиллик ўрта касб-хунар ўқув юртидир.

 LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 6 июлдаги 200-сон қарори билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикасида ўрта махсус, касб-хунар таълими тўғрисида»ги низом.

14-модда. Олий таълим

Олий таълим юқори малакали мутахассислар тайёрлашни таъминлайди.

Олий маълумотли мутахассислар тайёрлаш олий ўқув юрларида (университетлар, академиялар, институтлар ва олий мактабнинг бошқа таълим муассасаларида) ўрта махсус, касб-хунар таълими асосида амалга оширилади.

Олий таълим икки босқичга: давлат томонидан тасдиқланган намунадаги олий маълумот тўғрисидаги ҳужжатлар билан далилланувчи бакалаврият ва магистратурага эга.

Бакалавриат олий таълим йўналишларидан бири бўйича пухта билим берадиган, ўқиш муддати камида тўрт йил бўлган таянч олий таълимдир.

Магистратура аниқ мутахассислик бўйича бакалавриат негизида камида икки йил давом этадиган олий таълимдир.

LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 2 мартдаги 36-сонли қарори билан тасдиқланган «Магистратура тўғрисида»ги низом.

Фуқаролар иккинчи ва ундан кейинги олий маълумотни шартнома асосида олишга ҳақлидирлар.

LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаранг: «Ўзбекистон Республикаси таълим муассасаларида иккинчи ва ундан кейинги таълимни олиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1844, 21.08.2008 й.).

15-модда. Олий ўқув юртидан кейинги таълим

Олдинги таҳрирга қаранг.

Олий ўқув юртидан кейинги таълим жамиятнинг илмий ва илмий-педагогик кадрларга бўлган эҳтиёжларини таъминлашга қаратилгандир. Олий ўқув юртидан кейинги таълим олий ўқув юртлари ва илмий-тадқиқот муассасаларида (катта илмий ходим-изланувчилар институти, мустақил изланувчилик) олиниши мумкин.

(15-модданинг биринчи қисми Ўзбекистон Республикасининг 2013 йил 7 октябрдаги ЎРҚ-355-сонли Қонуни таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 41-сон, 543-модда)

Олдинги таҳрирга қаранг.

Илмий ва илмий-педагогик кадрларни тайёрлаш, илмий даража ва илмий унвонлар бериш тартиби қонун ҳужжатларида белгиланади.

(15-модданинг иккинчи қисми Ўзбекистон Республикасининг 2013 йил 7 октябрдаги ЎРҚ-355-сонли Қонуни таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 41-сон, 543-модда)

LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаралсин: Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2012 йил 24 июлдаги ПФ–4456-сонли «Олий малакали илмий ва илмий-педагог кадрлар тайёрлаш ва аттестациядан ўтказиш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 28 декабрдаги 365-сонли «Олий ўқув юртидан кейинги таълим ҳамда олий малакали илмий ва илмий-педагог кадрларни аттестациядан ўтказиш тизимини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори, «Фан доктори илмий даражасини берувчи илмий кенгаш тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2440, 25.03.2013 й.), «Фан доктори илмий даражасини бериш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2441, 25.03.2013 й.), «Малакавий имтиҳонларни ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2442, 25.03.2013 й.), «Эксперт кенгаши тўғрисида»гинизом (рўйхат рақами 2443, 25.03.2013 й.), «Илмий унвонлар бериш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2444, 25.03.2013 й.).

16-модда. Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш

Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш касб билимлари ва кўникмаларини чуқурлаштириш ҳамда янгилашни таъминлайди.

Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш тартиби Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан белгиланади.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 16 февралдаги 25-сонли «Педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш тўғрисида»ги қарори.

 LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаралсин: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2001 йил 4 октябрдаги 400-сонли «Ўрта махсус, касб-хунар таълими муассасалари учун педагог кадрлар тайёрлаш тизимини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори. Ушбу қарор билан ўрта махсус, касб-хунар таълими тизими педагог ва муҳандис-педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини оширишга ихтисослаштирилган олий таълим муассасаларининг рўйхати тасдиқланган.

17-модда. Мактабдан ташқари таълим

Болалар ва ўсмирларнинг яқка тартибдаги эҳтиёжларини қондириш, уларнинг бўш вақти ва дам олишини ташкил этиш учун давлат органлари, жамоат бирлашмалари, шунингдек бошқа юридик ва жисмоний шахслар маданий-эстетик, илмий, техникавий, спорт ва бошқа йўналишларда мактабдан ташқари таълим муассасаларини ташкил этишлари мумкин.

Мактабдан ташқари таълим муассасаларига болалар, ўсмирлар ижодиёти саройлари, уйлари, клублари ва марказлари, болалар-ўсмирлар спорт мактаблари, санъат мактаблари, мусиқа мактаблари, студиялар, кутубхоналар, соғломлаштириш муассасалари ва бошқа муассасалар қиради.

Мактабдан ташқари таълим муассасаларини ташкил этиш ва уларнинг фаолият кўрсатиш тартиби қонун ҳужжатларида белгилаб қўйилади.

 LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаралсин: Вазирлар Маҳкамасининг 1995 йил 18 февралдаги 59-сон қарори билан тасдиқланган «Мактабдан ташқари таълим муассасаси тўғрисида»ги низом.

18-модда. Оиладаги таълим ва мустақил равишда таълим олиш

Давлат оилада таълим олишга ва мустақил равишда таълим олишга кўмаклашади. Болаларни оилада ўқитиш ва мустақил равишда таълим олиш тегишли таълим муассасаларининг дастурлари бўйича амалга оширилади. Таълим олувчиларга ваколатли давлат муассасалари томонидан услубий, маслаҳат ва бошқа йўсинда ёрдам кўрсатилади.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: «Жисмоний ёки психик ривожланишида нуқсони бўлган ҳамда узоқ вақт даволанишга муҳтож болаларнинг уйда якка тартибда таълим олишларини ташкил этиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2691, 30.06.2015 й.).

19-модда. Таълим тўғрисидаги ҳужжатлар

Аккредитация қилинган таълим муассасаларининг битирувчиларига давлат томонидан тасдиқланган намунадаги маълумот тўғрисидаги ҳужжат (шаҳодатнома, диплом, сертификат, гувоҳнома) берилади. Давлат томонидан тасдиқланган намунадаги маълумот тўғрисидаги ҳужжат оилада таълим олган ёки мустақил равишда билим олган ва аккредитация қилинган таълим муассасаларининг тегишли таълим дастурлари бўйича экстерн тартибда имтиҳонлар топширган шахсларга ҳам берилади, давлат таълим муассасаларида ўқитилиши шарт бўлган ва рўйхати Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан белгилаб қўйиладиган мутахассисликлар бундан мустасно.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 29 январдаги 16-сонли «Давлат олий таълим муассасаларида экстернат асосида ўқиш амалга оширилмайдиган бакалаврият таълими йўналишлари рўйхатини тасдиқлаш тўғрисида»ги қарори.

Олий маълумот тўғрисидаги дипломга ўзлаштирилган фанлар рўйхати, уларнинг ҳажмлари ва фанларга қўйилган баҳолар ёзилган варақа илова қилинади.

Олдинги таҳрирга қаранг.

Диссертация ҳимоя қилган шахсларга белгиланган тартибда фан доктори илмий даражаси берилади ва давлат томонидан тасдиқланган намунадаги диплом топширилади.

(19-модданинг учинчи қисми Ўзбекистон Республикасининг 2013 йил 7 октябрдаги ЎРҚ-355-сонли Қонуни таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 41-сон, 543-модда)

Давлат таълим стандартларига мос келган тақдирда Ўзбекистон Республикаси билан хорижий давлатларнинг ҳукуматлари ўртасидаги икки томонлама битимлар асосида ҳар икки томоннинг маълумот тўғрисидаги ҳужжатлари белгиланган тартибда ўзаро тан олиниши мумкин.

Тегишли босқичдаги таълимни тугалламаган шахсларга белгиланган намунадаги маълумотнома берилади.

Давлат тасдиқлаган намунадаги маълумот тўғрисидаги ҳужжат навбатдаги босқич таълим муассасаларида таълим олишни давом эттириш ёки тегишли ихтисослик бўйича ишлаш ҳуқуқини беради.

 LexUZ шарҳи

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2000 йил 25 июлдаги 283-сон қарори билан тасдиқланган «Расмий давлат ҳужжатларини тайёрлашга буюртма бериш, уларни тайёрлаш, ҳисобга олиш, сақлаш ва топшириш тартиби тўғрисида»ги Низом иловасининг («Расмий давлат ҳужжатлари») IV-бўлимига мувофиқ, 1) тўлиқсиз ўрта маълумот тўғрисида шаҳодатнома; 2) ўрта маълумот тўғрисида аттестат; 3) ўрта махсус ва касб-хунар маълумоти тўғрисида диплом; 4) олий маълумот тўғрисида диплом; 5) фан номзоди ёки доктори дипломи маълумот тўғрисидаги ҳужжатлар ҳисобланади.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 2 июндаги 235-сонли «Умумий ўрта таълим тўғрисидаги шаҳодатноманинг давлат намунасини тасдиқлаш ҳақида»ги қарори.

III. ТАЪЛИМ ЖАРАЁНИ ҚАТНАШЧИЛАРИНИ ИЖТИМОЙ ҲИМОЯ ҚИЛИШ

20-модда. Таълим оловчиларни ижтимоий ҳимоя қилиш

Таълим муассасасида таълим оловчилар қонун ҳужжатларига ва норматив ҳужжатларга мувофиқ имтиёзлар, стипендия ва ётоқхонада жой билан таъминланади.

LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаралсин: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1997 йил 20 августдаги «Ўқитувчилар ва ўқувчилар турмуши моддий шароитларини яхшилашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги 409-сонли қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2001 йил 17 августдаги «Олий ўқув юртлари талабаларига стипендиялар тўлаш тартиби ва миқдорлари тўғрисида»ги 344-сонли қарори, Олий таълим муассасалари талабаларига стипендиялар тайинлаш ва тўлаш тартиби тўғрисидаги Йўриқнома (рўйхат рақами 1339, 16.04.2004 й.).

21-модда. Таълим муассасалари ходимларини ижтимоий ҳимоя қилиш

Таълим муассасалари ходимларига иш вақтининг қисқартирилган муддати белгиланади, ҳақи тўланадиган йиллик узайтирилган таътиллار ҳамда қонун ҳужжатларида назарда тутилган имтиёзлар берилади.

LexUZ шарҳи

Қўшимча маълумот учун қаралсин: Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2002 йил 7 августдаги ПФ-3112-сонли «2002 йилнинг 1 сентябридан бошлаб ўқитувчилар ва ўқув юртлари муаллимларининг, илмий ходимларнинг иш ҳақи миқдорларини ошириш тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2003 йил 27 мартдаги ПФ-3227-сонли «2003 йилнинг 1 апрелидан бошлаб уй-жой-коммунал хизматлар ҳақини тўлаш бўйича бериладиган имтиёзлар ўрнига компенсация пул тўловларини жорий этиш тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1997 йил 20 августдаги «Ўқитувчилар ва ўқувчилар турмуши моддий шароитларини яхшилашга оид қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги 409-сонли қарори, Вазирлар Маҳкамасининг 2000 йил 21 августдаги «Академик лицейлар ва касб-хунар коллежлари ходимлари меҳнатини рағбатлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги 327-сонли қарори ва «Уй-жой-коммунал хизматлар ҳақини тўлаш бўйича компенсация пул тўловларининг механизми тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2175, 30.12.2010 й.).

Таълим муассасалари иш ҳақига мўлжалланган мавжуд маблағлар доирасида мустақил равишда ставкалар, мансаб окладларига табақалаштирилган устама белгилашга ҳамда меҳнатга ҳақ тўлаш ва уни рағбатлантиришнинг турли шаклларини қўллашга ҳақли.

22-модда. Етим болаларни ва ота-оналарининг ёки бошқа қонуний вакилларининг васийлигисиз қолган болаларни ўқитиш

Етим болаларни ва ота-оналарининг ёки бошқа қонуний вакилларининг васийлигисиз қолган болаларни ўқитиш ва уларни боқиш давлатнинг тўла таъминоти асосида қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда амалга оширилади.

Қўшимча маълумот учун қаралсин: Вазирлар Маҳкамасининг 2008 йил 17 октябрдаги 230-сонли қарори билан тасдиқланган «Меҳрибонлик уйи тўғрисида»ги низом, Вазирлар Маҳкамасининг 2002 йил 25 январдаги 33-сонли «Аҳолининг ижтимоий ҳимояга муҳтож қатламларини аниқ йўналтирилган тарзда қўллаб-қувватлашнинг 2002-2003 йилларда мўлжалланган дастурини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарори, «Тўлиқ давлат таъминотидаги етим болаларни ва ота-она қаровисиз қолган болаларни пул нафақалари ҳамда кийим-бош, пойабзал ва анжомлар сотиб олиш учун нафақалар, шунингдек транспортда юриш карточкалари билан таъминлаш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1187, 11.11.2002 й.), «Тарбиялаш (патронат) учун оилаларга бериладиган етим болаларни кийим-бош, пойабзал билан таъминлаш ҳамда болани ўз тарбиясига олган тутинган ота-оналарга ҳар ойлик нафақа тўлаш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1189, 18.11.2002 й.) ва Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2007 йил 29 ноябрдаги 247-сонли «Ўрта махсус, касб-ҳунар таълими муассасаларида ўқиётган ҳамда тўлиқ давлат таъминотида бўлган етим ва ота-онасининг қаровисиз қолган болаларни моддий таъминлаш нормаларини тасдиқлаш тўғрисида»ги қарори.

23-модда. Жисмоний ёки руҳий ривожланишида нуқсони бўлган болалар ва ўсмирларни ўқитиш

Жисмоний ёки руҳий ривожланишида нуқсони бўлган, шунингдек узоқ вақт даволанишга муҳтож бўлган болалар ва ўсмирларни ўқитиш, уларни тарбиялаш ҳамда даволаш учун ихтисослаштирилган таълим муассасалари ташкил этилади. Болалар ва ўсмирларни ушбу таълим муассасаларига юбориш ва улардан чиқариш ота-оналарининг ёки бошқа қонуний вакилларининг розилиги билан психологик-тиббий-педагогик комиссиянинг хулосасига биноан амалга оширилади.

Ихтисослаштирилган таълим муассасаларининг ўқувчилари қисман ёки тўла давлат таъминотида бўлади.

Қўшимча маълумот учун қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2007 йил 17 майдаги 100-сонли «Имкониятлари чекланган шахслар учун ихтисослаштирилган касб-ҳунар коллежлари фаолияти тўғрисида», 2011 йил 13 сентябрдаги 256-сонли «Имкониятлари чекланган болалар учун ихтисослаштирилган давлат таълим муассасалари тўғрисидаги меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларни тасдиқлаш ҳақида»ги қарорлари.

Шунингдек, қаранг: «Жисмоний ёки психик ривожланишида нуқсони бўлган ҳамда узоқ вақт даволанишга муҳтож болаларнинг уйда яқка тартибда таълим олишларини ташкил этиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2691, 30.06.2015 й.).

24-модда. Ижтимоий ёрдамга ва тикланишга муҳтож бўлган шахслар учун ўқув-тарбия муассасалари

Алоҳида шароитларда тарбияланиш ва ўқишга муҳтож болалар ва ўспиринлар учун уларнинг билим олиши, касб тайёргарлиги ва ижтимоий тикланишини таъминлайдиган ихтисослаштирилган ўқув-тарбия муассасалари ташкил этилади.

Озодликдан маҳрум қилиш тариқасидаги жазони ўташ муассасаларида сақланаётган шахсларнинг таълим олиши ва мустақил билим олиши учун қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда шароитлар яратилади.

Ўзбекистон Республикаси Жиноят ижроия кодексининг 100-моддасида озодликдан маҳрум қилиш тарикасидаги жазони ўташга маҳкум қилинган шахсларнинг умумий таълим олиши бўйича асосий талаблар белгиланган.

IV. ТАЪЛИМ ТИЗИМИНИ БОШҚАРИШ

25-модда. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг таълим соҳасидаги ваколатлари

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг таълим соҳасидаги ваколатларига қуйидагилар қиради:

таълим соҳасида ягона давлат сиёсатини амалга ошириш;

таълим соҳасидаги давлат бошқаруви органларига раҳбарлик қилиш;

таълимни ривожлантириш дастурларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш;

таълим муассасаларини ташкил этиш, қайта ташкил этиш ва тугатиш тартибини белгилаш;

таълим муассасаларини аккредитациядан, педагог, илмий кадрларни аттестациядан ўтказиш тартибини белгилаш;

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 10 февралдаги 21-сон қарори билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикаси таълим муассасаларини давлат аккредитациясидан ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом, 2009 йил 11 февралдаги 40-сонли қарори билан тасдиқланган «Касб-ҳунар коллежлари ўқувчилари томонидан корхоналар, муассасалар ва ташкилотларда ишлаб чиқариш амалиётини ўташ тартиби тўғрисида»ги низом, «Раҳбар ва педагог кадрларни аттестациядан ўтказиш ва уларга малака тоифалари бериш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1540, 18.01.2006 й.) ва «Ўрта махсус, касб-ҳунар таълими муассасалари ўқитувчилари ва ишлаб чиқариш таълими усталарини аттестациядан ўтказиш ҳамда уларга малака тоифалари бериш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1847, 29.08.2008 й.).

бошқа давлатларнинг таълим муассасаларига Ўзбекистон Республикасининг ҳудудида таълим фаолияти билан шуғулланиш ҳуқуқини берувчи рухсатномалар бериш;

қонун ҳужжатларига мувофиқ хорижий давлатларнинг таълим тўғрисидаги ҳужжатларини тан олиш ва ҳужжатларнинг эквивалент эканлигини қайд этиш тартибини белгилаш;

Қўшимча маълумот учун қаранг: Вазирлар Маҳкамасининг 2000 йил 25 июлдаги 283-сон қарори билан тасдиқланган «Хорижий давлатларда таълим олганлик тўғрисидаги ҳужжатларни тан олиш ва нострификациялаш (эквивалентлигини қайд этиш) тартиби тўғрисида»ги низом ва «Хорижий давлатларда илмий даража олганлик тўғрисидаги ҳужжатларни тан олиш ва нострификациялаш (эквивалентлигини қайд этиш) тартиби тўғрисида»гинизом.

давлат таълим стандартларини тасдиқлаш;

LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1998 йил 5 январдаги 5-сонли қарори билан тасдиқланган «Давлат таълим стандартлари тўғрисида»ги низом, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 16 августдаги 390-сонли «Умумий ўрта таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги, 2000 йил 16 октябрдаги 400-сонли «Ўрта махсус, касб-хунар таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги ва 2001 йил 16 августдаги 343-сонли «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги қарорлари.

давлат томонидан тасдиқланган намунадаги маълумот тўғрисидаги ҳужжатларни тасдиқлаш ва уларни бериш тартибини белгилаш;

LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 1999 йил 2 июндаги 282-сонли «1999/2000 ўқув йилида Ўзбекистон Республикасининг олий таълим муассасаларига қабул тўғрисида»ги қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2003 йил 2 июндаги 235-сонли «Умумий ўрта таълим тўғрисидаги шаҳодатноманинг давлат намунасини тасдиқлаш ҳақида»ги қарори.

давлат грантлари миқдори ва таълим муассасаларига қабул қилиш тартибини белгилаш;

LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2010 йил 7 июндаги 109-сонли «Умумтаълим мактабларининг 9-синф битирувчиларини академик лицейлар ва касб-хунар коллежларида ўқитиш билан қамраб олишни таъминлаш бўйича норматив-ҳуқуқий базани янада такомиллаштириш тўғрисида»ги қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2010 йил 18 июндаги 118-сонли «Олий таълим муассасаларига қабул қилиш, талабалар ўқишини кўчириш, қайта тиклаш ва ўқишдан четлаштириш тартиби тўғрисидаги низомларни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2014 йил 3 июндаги 141-сонли «Ўзбекистон Республикаси олий ҳарбий таълим муассасаларига танлаш тартиби ва қабул қилиш қоидалари тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2013 йил 23 июлдаги 206-сонли «Тошкент давлат юридик университети магистратурасига қабул қилиш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори.

давлат олий таълим муассасасининг ректорларини тайинлаш;

таълим олувчиларни аккредитация қилинган бир таълим муассасасидан бошқасига ўтказиш тартибини белгилаш;

LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2010 йил 18 июндаги 118-сонли «Олий таълим муассасаларига қабул қилиш, талабалар ўқишини кўчириш, қайта тиклаш ва ўқишдан четлаштириш тартиби тўғрисидаги низомларни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 29 декабрдаги 367-сонли «Ўрта махсус, касб-хунар таълими муассасалари ўқувчилари ўқишини кўчириш, қайта тиклаш ва ўқишдан четлаштириш тартибини такомиллаштириш ҳақида»ги қарори, «Ўқувчиларни синфдан синфга ва бир умумий ўрта таълим муассасасидан бошқасига ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2684, 17.06.2015 й.), «Жисмоний ёки психик ривожланишида нуқсони бўлган ўқувчиларни бир ихтисослаштирилган таълим муассасасидан бошқа ихтисослаштирилган таълим

1250

муассасасига ёки инклюзив (уйғунлашган) шароитда таълим олиши учун умумтаълим муассасасига ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2685, 17.06.2015 й.).

қонун ҳужжатларига мувофиқ бошқа ваколатлар.

26-модда. Таълимни бошқариш бўйича махсус ваколат берилган давлат органларининг ҳуқуқ доираси

Таълимни бошқариш бўйича махсус ваколат берилган давлат органларининг ҳуқуқ доирасига қуйидагилар киради:

таълим соҳасида ягона давлат сиёсатини рўёбга чиқариш;

таълим муассасалари фаолиятини мувофиқлаштириш ва услуб масалаларида уларга раҳбарлик қилиш;

давлат таълим стандартлари, мутахассисларнинг билим савияси ва касб тайёргарлигига бўлган талаблар бажарилишини таъминлаш;

ўқитишнинг илғор шакллари ва янги педагогик технологияларни, таълимнинг техник ва ахборот воситаларини ўқув жараёнига жорий этиш;

ўқув ва ўқув-услугият адабиётларини нашр этишни ташкил қилиш;

таълим оловчиларнинг якуний давлат аттестацияси ва давлат таълим муассасаларида экстернат тўғрисидаги низомларни тасдиқлаш;

 LexUZ шарҳи

Қаранг: «Умумий ўрта таълим оловчиларнинг якуний давлат аттестацияси тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1778, 20.03.2008 й.), «Ўрта махсус, касб-ҳунар таълими муассасаларида якуний давлат аттестациясини ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2011, 06.10.2009 й.) ва «Ўзбекистон Республикаси олий таълим муассасалари битирувчиларининг якуний давлат аттестацияси тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 1963, 05.06.2009 й.), «Экстернат тўғрисида»ги низом (рўйхат рақами 2670, 11.05.2015 й.).

давлат олий таълим муассасасининг ректорини тайинлаш тўғрисида Вазирлар Маҳкамасига таклифлар киритиш;

педагог ходимларни тайёрлашни, уларнинг малакасини оширишни ва қайта тайёрлашни ташкил этиш;

қонун ҳужжатларига мувофиқ бошқа ваколатлар.

27-модда. Маҳаллий давлат ҳокимияти органларининг таълим соҳасидаги ваколатлари

Маҳаллий давлат ҳокимияти органлари:

таълим муассасалари фаолиятининг минтақаларни ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш эҳтиёжларига мувофиқлигини таъминлайдилар;

таълим муассасаларини ташкил этадилар, қайта ташкил этадилар ва тугатадилар (республика тасарруфида бўлган муассасалар бундан мустасно), уларнинг уставларини рўйхатга оладилар;

ўз хуудларидаги таълим муассасаларини ваколат доирасида молиялаш миқдорларини ва имтиёзларни белгилайдилар;

таълим сифати ва даражасига, шунингдек педагог ходимларнинг касб фаолиятига бўлган давлат талабларига риоя этилишини таъминлайдилар;

қонун ҳужжатларига мувофиқ бошқа ваколатларни ҳам амалга оширадилар.

28-модда. Таълим муассасасини бошқариш

Таълим муассасасини унинг раҳбари бошқаради.

Таълим муассасаларида қонун ҳужжатларига мувофиқ фаолият кўрсатадиган жамоат бошқаруви органлари ташкил этилиши мумкин.

29-модда. Таълим соҳасидаги давлат бошқаруви органлари билан нодавлат таълим муассасалари ўртасидаги ўзаро муносабатлар

Таълим соҳасидаги давлат бошқаруви органлари нодавлат таълим муассасаларида таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатларига риоя этилишини назорат қилади.

Нодавлат таълим муассасалари таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатларини бузган тақдирда, аккредитация қилган органлар уларнинг фаолиятини қонун ҳужжатларига мувофиқ тўхтатиб қўйишга ҳақли.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2004 йил 1 мартдаги 100-сон қарори билан тасдиқланган «Нодавлат таълим муассасалари фаолиятини лицензиялаш тўғрисида»ги низом ва Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2006 йил 10 февралдаги 21-сон қарори билан тасдиқланган «Ўзбекистон Республикаси таълим муассасаларини давлат аккредитациясидан ўтказиш тартиби тўғрисида»ги низом.

Нодавлат таълим муассасаларига қабул давлат ўқув юртлари учун белгиланган тартибда ва муддатларда амалга оширилади.

 LexUZ шарҳи

Қаранг: Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2010 йил 7 июндаги 109-сонли «Умумтаълим мактабларининг 9-синф битирувчиларини академик лицейлар ва касб-хунар коллежларида ўқитиш билан қамраб олишни таъминлаш бўйича норматив-ҳуқуқий базани янада такомиллаштириш тўғрисида»ги қарори ва Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2010 йил 18 июндаги 118-сонли «Олий таълим муассасаларига қабул қилиш, талабалар ўқишини кўчириш, қайта тиклаш ва ўқишдан четлаштириш тартиби тўғрисидаги низомларни тасдиқлаш ҳақида»ги қарори.

V. ЯКУНЛОВЧИ ХУЛОСАЛАР

30-модда. Ота-оналар ёки қонуний вакилларнинг вазифалари

Вояга етмаган болаларнинг ота-оналари ёки қонуний вакиллари боланинг қонуний ҳуқуқлари ва манфаатларини ҳимоя қилишлари шарт ҳамда уларнинг тарбияси, мактабгача, умумий ўрта, ўрта махсус, касб-хунар таълими олишлари учун жавобгардирлар.

31-модда. Таълимни молиялаш

Давлат таълим муассасаларини молиялаш республика ва маҳаллий бюджетлар маблағлари, шунингдек бюджетдан ташқари маблағлар ҳисобидан амалга оширилади.

32-модда. Таълимни ривожлантириш фондлари

Таълимни ривожлантириш фондлари қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда юридик ва жисмоний шахсларнинг шу жумладан чет эллик юридик ва жисмоний шахсларнинг ихтиёрий бадаллари ҳисобидан ташкил этилиши мумкин.

33-модда. Халқаро ҳамкорлик

Таълим муассасалари таълим муаммолари юзасидан халқаро ҳамкорликда иштирок этадилар, чет давлатларнинг тегишли ўқув юртлари билан бевосита алоқалар ўрнатиш, қонун ҳужжатларида белгиланган тартибда улар билан қўшма ўқув юртлари ташкил этиш ҳуқуқига эга.

34-модда. Таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатларини бузганлик учун жавобгарлик

Таълим тўғрисидаги қонун ҳужжатларини бузишда айбдор бўлган шахслар белгиланган тартибда жавобгар бўладилар.

Ўзбекистон Республикаси Президенти И. КАРИМОВ

Тошкент ш.,

1997 йил 29 август,

464-І-сон

КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ МИЛЛИЙ ДАСТУРИ

(Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисининг Ахборотномаси, 1997 й., 11-12-сон, 295-модда; Ўзбекистон Республикаси қонун ҳужжатлари тўплами, 2007 й., 15-сон, 150-модда; 2013 й., 41-сон, 543-модда)

УМУМИЙ ҚОИДАЛАР

Ўзбекистон Республикаси инсон ҳуқуқлари ва эркинликларига риоя этилишини, жамиятнинг маънавий янгилигини, ижтимоий йўналтирилган бозор иқтисодиётини шакллантиришни, жаҳон ҳамжамиятига қўшилишни таъминлайдиган демократик ҳуқуқий давлат ва очиқ фуқаролик жамияти қурмоқда.

Инсон, унинг ҳар томонлама уйғун камол топиши ва фаровонлиги, шахс манфаатларини рўёбга чиқаришнинг шароитларини ва таъсирчан механизмларини яратиш, эскирган тафаккур ва ижтимоий ҳулқ-атворнинг андозаларини ўзгартириш республикада амалга оширилаётган ислохотларнинг асосий мақсади ва ҳаракатлантирувчи кучидир. Халқнинг бой интеллектуал мероси ва умумбашарий кадриятлар асосида, замонавий маданият, иқтисодиёт, фан, техника ва технологияларнинг ютуқлари асосида кадрлар тайёрлашнинг мукамал тизимини шакллантириш Ўзбекистон тараққиётининг муҳим шартидир.

Кадрлар тайёрлаш миллий дастури «Таълим тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонунининг қоидаларига мувофиқ ҳолда тайёрланган бўлиб, миллий тажрибанинг таҳлили ва таълим тизимидаги жаҳон миқёсидаги ютуқлар асосида тайёрланган ҳамда юксак умумий ва касб-хунар маданиятига, ижодий ва ижтимоий фаолликка, ижтимоий-сиёсий ҳаётда мустақил равишда мўлжални тўғри ола билиш маҳоратига эга бўлган, истикбол вазибаларини илгари суриш ва ҳал этишга қодир кадрларнинг янги авлодини шакллантиришга йўналтирилгандир.

Дастур кадрлар тайёрлаш миллий моделини рўёбга чиқаришни, ҳар томонлама камол топган, жамиятда турмушга мослашган, таълим ва касб-хунар дастурларини онгли равишда танлаш ва кейинчалик пухта ўзлаштириш учун ижтимоий-сиёсий, ҳуқуқий, психологик-педагогик ва бошқа тарздаги шароитларни яратишни, жамият, давлат ва оила олдида ўз жавобгарлигини ҳис этадиган фуқароларни тарбиялашни назарда тутди.

1. МУАММОЛАР ВА КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ ТИЗИМИНИ ТУБДАН ИСЛОҲ ҚИЛИШ ОМИЛЛАРИ

1.1. РИВОЖЛАНИШНИНГ ЭРИШИЛГАН ДАРАЖАСИ

Ўзбекистон Республикаси давлат мустақиллигига эришиб, иқтисодий ва ижтимоий ривожланишнинг ўзига хос йўлини танлаши кадрлар тайёрлаш тузилмаси ва мазмунини қайта ташкил этишни зарур қилиб қўйди ва қатор чора-тадбирлар қўришни: «Таълим тўғрисида»ги Қонунни жорий этишни (1992 йил); янги ўқув режалари, дастурлари, дарсликларини жорий этишни, замонавий дидактик таъминотни ишлаб чиқишни; ўқув юртларини аттестациядан ўтказишни ва аккредитациялашни, янги типдаги таълим муассасаларини ташкил этишни тақозо этди.

Мактабгача таълим соҳасида уйларда ташкил этиладиган болалар боғчалари ҳамда «болалар боғчаси-мактаб» мажмуи тармоғи ривожланиб бормоқда. Болаларга чет тилларни, хореография, тасвирий ва мусиқа санъати, компьютер саводхонлиги асосларини ўргатувчи 800 дан ортиқ гуруҳ ташкил этилган.

Янги типдаги мактаблар ва умумтаълим ўқув юртлари тармоғи ривожланиб бормоқда. Ҳозирги кунда 238 лицей ва 136 гимназия ишлаб турибди. «Соғлом авлод учун», «Маънавият ва маърифат», «Иқтисодий таълим», «Қишлоқ мактаби», «Ривожланишда нуқсонли бўлган болаларни тиклаш» ва бошқа тармок

дастурлари рўёбга чиқарилмоқда. Республика умумтаълим мактабларида 435 мингдан ортиқ ўқитувчи ишламоқда, уларнинг 73 фоизи олий маълумотлидир.

Меҳнат бозорини, энг аввало қишлоқ жойларда меҳнат бозорини шакллантиришнинг ҳудудий хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда хунар-техника таълимини қайта ташкил этишга киришилди. Ҳозирги кунда бу тизимда жами 221 минг кишини таълим билан қамраб олган 442 ўқув юрти, шу жумладан, 209 касб-хунар мактаби, 180 касб-хунар лицейи ва 53 бизнес-мактаб ишлаб турибди. Бугунги кунда бошланғич касб-хунар таълими ўқув юртларида қарийб 20 минг ўқитувчи ва малакали мутахассислар ишламоқда.

Республикада жами 197 минг киши таълим олаётган 258 ўрта касб-хунар таълими ўқув юрти ишлаб турибди. Уларда қарийб 16 минг ўқитувчи ва муҳандис-педагог ходимлар меҳнат қилмоқда.

Ўзбекистон олий мактаби тизими 58 олий ўқув юртини, шу жумладан 16 университет ва 42 институтни ўз ичига олади, уларда 164 минг талаба таълим олмоқда; 16 университетнинг ўн иккитаси Ўзбекистон мустақилликка эришган дастлабки икки йилда ташкил топди. Олий ўқув юртларида ишлаётган 18,5 минг ўқитувчининг 52 фоизи фан доктори ва фан номзодларидир. Олий таълимда кадрлар тайёрлашни марказлаштиришдан ҳуқуқий йўналишга ўтказиш иши олиб борилмоқда, ўқув юртларининг тармоғи кенгаймоқда, университет таълими ривожланмоқда. Билимларнинг янги тармоқлари бўйича кадрлар тайёрлаш бошлаб юборилди, олий мактабни кўп босқичли тизимга ўтказиш амалга оширилмоқда. Абитуриентлар ва талабаларнинг билим даражасини тест ва рейтинг асосида баҳолашнинг илғор усуллари жорий этилмоқда.

Олий малакали илмий ва илмий-педагог кадрлар сифатига ошган талабларга мувофиқ аспирантура ва докторантурада кадрлар тайёрлаш иши кенгаймоқда. Олий аттестация комиссияси ташкил этилди. Республикада қарийб 4 минг аспирант бўлиб, улардан 69 фоизи олий таълим тизимида ва 31 фоизи илмий-тадқиқот институтларида таълим олмоқда. Жами илмий ва илмий-педагог кадрларнинг 8 фоизини фан докторлари ва 37 фоизини фан номзодлари ташкил этади.

Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш тизимида 23 институт, 16 факультет, 4 марказ ва 14 малака ошириш курслари ишлаб турибди.

Иқтидорли болалар ва ўқувчи ёшларни қўллаб-қувватлаш бўйича давлат сиёсати собитқадамлик билан олиб борилмоқда. Истеъдодли ўсмир ва қизларни излаб топиш, уларга қўмаклашиш, уларнинг қобилияти ва истеъдодини ўстириш бўйича махсус фондлар ташкил этилди, қобилиятли ёшларни чет эллардаги етакчи ўқув юртлари ва илмий марказларда ўқитиш ва стажировкадан ўтказиш йўлга қўйилди.

Фан ва таълим соҳасида халқаро алоқалар кенгайиб бормоқда.

Шунга қарамай, содир этилган ўзгартиришлар кадрлар тайёрлаш сифатини ошириш, мамлакатни ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш талабларига мувофиқ бўлишини таъминлай олмади.

1.2. КАМЧИЛИКЛАР ВА МУАММОЛАР

Кадрлар тайёрлаш тизимининг демократик ўзгаришлар ва бозор ислохотлари талабларига мувофиқ эмаслиги, ўқув жараёнининг моддий-техника ва ахборот базаси етарли эмаслиги, юқори малакали педагог кадрларнинг етишмаслиги, сифатли ўқув-услугий ва илмий адабиёт ҳамда дидактик материалларнинг камлиги, таълим тизими, фан ва ишлаб чиқариш ўртасида пухта ўзаро ҳамкорлик ва ўзаро фойдали интеграциянинг йўқлиги кадрлар тайёрлашнинг мавжуд тизимидаги жиддий камчиликлар сирасига киради.

Таълим-тарбия ва ўқув жараёнларининг таркибини, босқичларини бир-бири билан узвий боғлаш, яъни узлуксиз таълим-тарбия тизимини ташкил қилиш муаммолари ҳал қилинган эмас. Амалдаги таълим тизими замонавий, тараққий топган демократик давлатлар талабларига жавоб бера олмайди.

Мутахассислар тайёрлаш, таълим-тарбия тизими жамиятда бўлаётган ислоҳот, янгиланиш жараёнлари талаблари билан боғланмаган.

Мактабгача таълим ва тарбия аҳволи қониқарсизлигича қолмоқда. Боғча ёшидаги болаларнинг 25 фоизигина мактабгача тарбия муассасаларига қамраб олинган, холос. Мактабгача болалар муассасаларидан ва оиладан мактабга келган болаларнинг тайёргарлик даражаси ўртасида сезиларли тафовут мавжуд.

Мактабларда ва бошқа ўқув юртларида таълим жараёнларининг ўзидаги ва ўқитиш услубиятидаги ҳар хил камчиликлар оқибатида билим беришда юзага келган нодемократик ҳамда жамият учун зарарли муҳит шунга олиб келдики, ўқувчиларда мустақил фикрлаш ривожланмай қолаяпти, оқилона ҳаётий ечимлар қабул қилиш учун етарли тайёргарлик йўқ. 9-11 синфларни тамомлаган ёшлар мустақил ҳаётда ўз ўрнини аниқлай олмайди. Уларда ўзларига ишонч шаклланган эмас, ўрта мактаб битирувчиларининг 10 фоизигина олий ўқув юртларига ўқишга кирмоқда, холос.

Мажбурий тўққиз йиллик таълимга асосланган ўн бир йиллик умумий ўрта таълим илмий асосланмагандир, у ўқувчиларда касбга йўналтириш ва таълимнинг амалий йўналганлиги етарли даражада бўлиши ҳамда мустақил фикр юритиш, меҳнат фаолияти кўникмалари шаклланишини таъминламаяпти. Ҳар йили таянч мактабларнинг 100 минг нафарга яқин битирувчиси ишлаб чиқариш соҳасида ҳамда касб-ҳунар таълимини давом эттириш учун талаб этилмай қолдирилмоқда.

Таълим тизимидаги мавжуд умумтаълим ва касб-ҳунар дастурлари ўртасида узвийлик ва ворисликнинг йўқлиги сабабли таянч ва ўрта мактаб битирувчиларида касбга йўналтирилганлик ва меҳнат фаолияти кўникмалари шаклланмай қолаяпти. Натижада йигит ва қизлар ўз қобилиятлари, истаклари, ижодий ва меҳнат мойилликларига монанд ҳаёт йўлини белгилаб олишда жиддий қийинчиликлар сезмоқдалар.

Ўқув жараёни билим даражаси ўртача бўлган ўқувчиларга мўлжалланган бўлиб, таълимнинг иқтидорли ёшлар билан яқка тартибдаги ўқув дастурлари бўйича ишлаш каби механизмларидан яхши фойдаланилмаяпти, ўқув дастурлари мафқуравий сарқитлардан тўлиқ ҳоли бўлганича йўқ, уларда маънавият ва ахлоқ асосларини ўргатувчи, иқтисодий ҳуқуқий, эстетик билимларни берувчи фанларга етарлича ўрин берилмаяпти.

Ҳунар-техника билим юртларидан янги типдаги таълим муассасаларига ўтиш кўпроқ оғизда бўлиб, амалда эса уларда таълим эскириб қолган моддий-техника ва ўқув-услубий базасида, тегишли қайта тайёргарликдан ўтмаган ўқитувчи кадрлар билан амалга оширилмоқда.

Бир босқичли олий таълим меҳнат бозори эҳтиёжларини, ишлаб чиқаришдаги таркибий ўзгаришларни ва илғор халқаро тажрибани тўлиқ ҳажмда ҳисобга олмайди. Ўқув-тарбия жараёнини ташкил этишда ўқув юртлари етарлича мустақилликка эга эмас, улар касбий меҳнат бозорининг ўзгарувчан шароитларига яхши мослашиб бормаяпти.

Илмий муассасалар, ишлаб чиқариш ва ижтимоий институтлар кадрларни тайёрлаш жараёнига етарли даражада қўшилганлари йўқ. Давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш, таълим муассасаларини давлат аттестацияси ва аккредитациясидан ўтказиш вазифалари белгилаб олинмаган. Ўқувчиларнинг билим даражасини баҳолаш тизими объективлик ва тезкорликни таъминламайди.

Касб-ҳунар таълимининг обрўси ҳамда ўқитувчилар, тарбиячилар ва мураббийларнинг, илмий ва илмий-педагог кадрларнинг ижтимоий мақоми пасайиб бормоқда. Таълим хизмати кўрсатиш ва кадрлар тайёрлаш соҳасида маркетинг мавжуд эмас, таълим тизимини кўп вариантли молиялаш схемаси ишлаб чиқилмаган. Олий малакали кадрлардан самарали фойдаланилмаяпти. Кадрлар билими ва улар тайёргарлигининг сифатини назорат қилиш ҳамда баҳолаш тизими қониқарсиз ишламоқда.

Ўқитувчилар, педагоглар ва тарбиячиларнинг каттагина қисми яхши тайёргарлик кўрмаганлиги, уларнинг билим ва касб савияси пастлиги жиддий муаммо бўлиб қолмоқда, малакали педагог кадрлар етишмаслиги сезилмоқда. Мактабгача таълим соҳасидаги жами тарбиячи ва педагогларнинг атиги 20 фоизи олий маълумотлидир. Мактабларнинг ўқитувчилар билан таъминланганлиги ўртача 93 фоизни ташкил этгани ҳолда, бу кўрсаткич айрим вилоятларда 77-80 фоиздан, муайян фанлар бўйича эса 50 фоиздан ошмайди.

Илмий ва илмий-педагог кадрларнинг ўртача ёши «улғайиб» бормоқда. Республика олий ўқув юртларида 40 ёшга тўлмаган фан докторлари жами фан докторларининг 0,9 фоизини, 50 ва ундан катта ёшдагилари эса 79 фоизини ташкил этади. Фан докторлари илмий даражасига тасдиқланганлар ўртача 50, фан номзодлари эса 36 ёшдадир.

1.3. ИСЛОҲ ҚИЛИШ ОМИЛЛАРИ

Кадрлар тайёрлаш тизимини тубдан ислоҳ қилишнинг муҳим омиллари қуйидагилардан иборат:

республиканинг демократик ҳуқуқий давлат ва адолатли фуқаролик жамияти қуриш йўлидан изчил илгарилаб бораётганлиги;

мамлакат иқтисодиётида туб ўзгартиришларнинг амалга оширилиши, республика иқтисодиёти асосан хом ашё йўналишидан рақобатбардош пировард маҳсулот ишлаб чиқариш йўлига изчил ўтаётганлиги, мамлакат экспорт салоҳиятининг кенгаяётганлиги;

давлат ижтимоий сиёсатида шахс манфаати ва таълим устуворлиги қарор топганлиги;

миллий ўзликни англашнинг ўсиб бориши, ватанпарварлик, ўз ватани учун ифтихор туйғусининг шаклланаётганлиги, бой миллий маданий-тарихий анъаналарга ва халқимизнинг интеллектуал меросига ҳурмат;

Ўзбекистоннинг жаҳон ҳамжамиятига интеграцияси, республиканинг жаҳондаги мавқеи ва обрў-эътиборининг мустаҳкамланиб бораётганлиги.

2. МИЛЛИЙ ДАСТУРНИНГ МАҚСАДИ, ВАЗИФАЛАРИ ВА УНИ РЎЎБГА ЧИҚАРИШ БОСҚИЧЛАРИ

2.1. ДАСТУРНИНГ МАҚСАД ВА ВАЗИФАЛАРИ

Мазкур дастурнинг мақсади таълим соҳасини тубдан ислоҳ қилиш, уни ўтмишдан қолган мафкуравий қарашлар ва сарқитлардан тўла халос этиш, ривожланган демократик давлатлар даражасида, юксак маънавий ва ахлоқий талабларга жавоб берувчи юқори малакали кадрлар тайёрлаш Миллий тизимини яратишдир.

Ушбу мақсадни рўёбга чиқариш қуйидаги вазифалар ҳал этилишини назарда тутди:

«Таълим тўғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига мувофиқ таълим тизимини ислоҳ қилиш, давлат ва нодавлат таълим муассасалари ҳамда таълим ва кадрлар тайёрлаш соҳасида рақобат муҳитини

шакллантириш негизида таълим тизимини ягона ўқув-илмий-ишлаб чиқариш мажмуи сифатида изчил ривожлантиришни таъминлаш;

таълим ва кадрлар тайёрлаш тизимини жамиятда амалга оширилаётган янгиланиш, ривожланган демократик ҳуқуқий давлат қурилиши жараёнларига мослаш;

кадрлар тайёрлаш тизими муассасаларини юқори малакали мутахассислар билан таъминлаш, педагогик фаолиятнинг нуфузи ва ижтимоий мақомини кўтариш;

кадрлар тайёрлаш тизими ва мазмунини мамлакатнинг ижтимоий ва иқтисодий тараққиёти истикболларидан, жамият эҳтиёжларидан, фан, маданият, техника ва технологиянинг замонавий ютуқларидан келиб чиққан ҳолда қайта қуриш;

таълим олувчиларни маънавий-ахлоқий тарбиялашнинг ва маърифий ишларнинг самарали шакллари ҳамда услубларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

таълим ва кадрлар тайёрлаш, таълим муассасаларини аттестациядан ўтказиш ва аккредитация қилиш сифатига баҳо беришнинг холис тизимини жорий қилиш;

янги ижтимоий-иқтисодий шароитларда таълимнинг талаб қилинадиган даражаси ва сифатини, кадрлар тайёрлаш тизимининг амалда фаолият кўрсатиши ва барқарор ривожланишининг кафолатларини, устуворлигини таъминловчи норматив, моддий-техника ва ахборот базасини яратиш;

таълим, фан ва ишлаб чиқариш самарали интеграциялашувини таъминлаш, тайёрланаётган кадрларнинг миқдори ва сифатига нисбатан давлатнинг талабларини, шунингдек нодавлат тузилмалари, корхоналар ва ташкилотларнинг буюртмаларини шакллантиришнинг механизмларини ишлаб чиқиш;

узлуксиз таълим ва кадрлар тайёрлаш тизимига бюджетдан ташқари маблағлар, шу жумладан чет эл инвестициялари жалб этишнинг реал механизмларини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш;

кадрлар тайёрлаш соҳасида ўзаро манфаатли халқаро ҳамкорликни ривожлантириш.

2.2. ДАСТУРНИ РЎЎБГА ЧИҚАРИШ БОСҚИЧЛАРИ

Миллий дастурнинг мақсад ва вазифалари босқичма-босқич рўёбга чиқарилади.

Биринчи босқич (1997 — 2001 йиллар) мавжуд кадрлар тайёрлаш тизимининг ижобий салоҳиятини сақлаб қолиш асосида ушбу тизимни ислоҳ қилиш ва ривожлантириш учун ҳуқуқий, кадрлар жиҳатидан, илмий-услубий, молиявий-моддий шарт-шароитлар яратиш.

Ушбу босқичда қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

«Таълим тўғрисида»ги Қонунга мувофиқ таълим тизими мазмунини таркибий қайта қуриш ва тубдан янгилаш;

педагог ва илмий-педагог кадрлар тайёрлаш ҳамда уларнинг малакасини оширишни замон талабларига жавоб берадиган даражада ташкил этиш;

таълим олувчиларнинг юксак тайёргарлилик даражаси, малакаси, маданий ва маънавий-ахлоқий савиясининг сифатига нисбатан қўйиладиган зарур талабларни белгилаб берувчи давлат таълим стандартларини яратиш ва жорий этиш;

ўқув-услугий мажмуаларнинг ҳамда таълим жараёни дидактик ва ахборот таъминотининг янги авлодини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

ўрта махсус, касб-хунар таълими учун зарур моддий-техника, ўқув-услугий ва кадрлар базасини тайёрлаш;

таълим ва кадрлар тайёрлашга бюджетдан ташқари маблағлар жалб этишнинг механизмларини такомиллаштириш, давлат таълим муассасалари билан бир қаторда нодавлат таълим муассасаларини ривожлантиришни ҳам назарда тутган ҳолда таълим хизмати кўрсатиш соҳасида рақобатга асосланган муҳитни вужудга келтириш;

таълим муассасалари фаолиятига баҳо беришнинг рейтинг тизимини, кадрлар тайёрлаш сифати ва уларга бўлган эҳтиёжнинг мониторингини олиб бориш тизимини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

халқаро алоқаларни кенгайтириш ва кучайтириш, кадрлар тайёрлашда халқаро донорлик ташкилотлари ва фондлари фаолиятига тегишли шароитлар яратиш, шунингдек республика таълим соҳасига чет эл инвестицияларини жалб этиш бўйича реал чора-тадбирлар ишлаб чиқиш ва уларни амалга ошириш;

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурини рўёбга чиқаришнинг мониторингини олиб бориш.

Ушбу босқичда болаларни олти-етти ёшдан мактабга қабул қилиш, уларнинг жисмоний ва ақлий жиҳатдан ривожланганлигини эътиборга олган ҳолда амалга оширилади. Тақозо этилаётган ўқувчи ўринлари зарур моддий-техника шарт-шароитлари ва педагог кадрлар билан таъминланган ҳолда изчил тайёрланади.

Биринчи босқич бажарилишининг мониторинги асосида Миллий дастурни рўёбга чиқариш йўналишларига аниқликлар киритилади.

Иккинчи босқич (2001 — 2005 йиллар) Миллий дастурни тўлиқ рўёбга чиқариш, меҳнат бозорининг ривожланиши ва реал ижтимоий-иқтисодий шароитларни ҳисобга олган ҳолда унга аниқликлар киритиш.

Мажбурий умумий ўрта ва ўрта махсус, касб-хунар таълимига, шунингдек ўқувчиларнинг қобилиятлари ва имкониятларига қараб, табақалаштирилган таълимга ўтиш тўлиқ амалга оширилади.

Таълим муассасаларини махсус тайёрланган малакали педагог кадрлар билан тўлдириш таъминланади, уларнинг фаолиятида рақобатга асосланган муҳит вужудга келтирилади.

Таълим муассасаларининг моддий-техника ва ахборот базасини мустаҳкамлаш давом эттирилади, ўқув-тарбия жараёни юқори сифатли ўқув адабиётлари ва илғор педагогик технологиялар билан таъминланади. Узлуксиз таълим тизимини ахборотлаштириш амалга оширилади.

Таълим хизмат кўрсатиш бозорини шакллантириш механизмлари тўлиқ ишга солинади.

Учинчи босқич (2005 ва ундан кейинги йиллар) тўпланган тажрибани таҳлил этиш ва умумлаштириш асосида, мамлакатни ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш истиқболларига мувофиқ кадрлар тайёрлаш тизимини такомиллаштириш ва янада ривожлантириш.

Таълим муассасаларининг ресурс, кадрлар ва ахборот базалари янада мустаҳкамланади, ўқув-тарбия жараёни янги ўқув-услугий мажмуалар, илғор педагогик технологиялар билан тўлиқ таъминланади.

Миллий (элита) олий таълим муассасаларини қарор топтириш ва ривожлантириш амалга оширилади. Касб-хунар таълими муассасаларининг мустақил фаолият юритиши ва ўзини ўзи бошқариши шакллари мустақамланади.

Таълим жараёнини ахборотлаштириш, узлуксиз таълим тизими жаҳон ахборот тармоғига уланадиган компьютер ахборот тармоғи билан тўлиқ камраб олинади.

3. КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШНИНГ МИЛЛИЙ МОДЕЛИ

Кадрлар тайёрлаш миллий моделининг асосий таркибий қисмлари куйидагилардан иборатдир:

шахс — кадрлар тайёрлаш тизимининг бош субъекти ва объекти, таълим соҳасидаги хизматларнинг истеъмолчиси ва уларни амалга оширувчи;

давлат ва жамият — таълим ва кадрлар тайёрлаш тизимининг фаолиятини тартибга солиш ва назорат қилишни амалга оширувчи кадрлар тайёрлаш ва уларни қабул қилиб олишнинг кафиллари;

узлуксиз таълим малакали рақобатбардош кадрлар тайёрлашнинг асоси бўлиб, таълимнинг барча турларини, давлат таълим стандартларини, кадрлар тайёрлаш тизими тузилмаси ва унинг фаолият кўрсатиш муҳитини ўз ичига олади;

фан юқори малакали мутахассислар тайёрловчи ва улардан фойдаланувчи, илғор педагогик ва ахборот технологияларини ишлаб чиқувчи;

ишлаб чиқариш кадрларга бўлган эҳтиёжни, шунингдек уларнинг тайёргарлик сифати ва савиясига нисбатан қўйиладиган талабларни белгиловчи асосий буюртмачи, кадрлар тайёрлаш тизимини молия ва моддий-техника жиҳатидан таъминлаш жараёнининг қатнашчиси.

Давлат ва жамият узлуксиз таълим ва кадрлар тайёрлаш тизими барча учун очиқ бўлишини ва ҳаёт ўзгаришларига мослашувчанлигини таъминлайди.

Ўзбекистон Республикаси томонидан инсон ҳуқуқлари, таълим, бола ҳуқуқи соҳасидаги шартномалар ва конвенцияларнинг бажарилиши, кадрлар тайёрлаш соҳасида жаҳон илғор тажрибасини ҳисобга олиш узлуксиз таълим ва кадрлар тайёрлаш тизимининг барча жиҳатларига дахлдор бўлиб, унинг ривожланиши омилларидан биридир.

3.1. ШАХС

Кадрлар тайёрлаш соҳасидаги давлат сиёсати инсонни интеллектуал ва маънавий-ахлоқий жиҳатдан тарбиялаш билан узвий боғлиқ бўлган узлуксиз таълим тизими орқали ҳар томонлама баркамол шахс фуқарони шакллантиришни назарда тутди. Шу тарзда фуқаронинг энг асосий конституциявий ҳуқуқларидан бири билим олиш, ижодий қобилиятни намоён этиш, интеллектуал жиҳатдан ривожланиш, касби бўйича меҳнат қилиш ҳуқуқи рўёбга чиқарилади.

«Таълим тўғрисида»ги Қонун умумий ўрта ва ўрта махсус, касб-хунар таълими стандартлари орқали сифатли таълим олиш, шунингдек таълим ва касб-хунар жиҳатдан тайёргарликнинг шакллари ва турларини танлашни, узлуксиз малака ошириб бориш, зарурат тақозо этса, тегишли қайта тайёргарликдан ўтиш ҳуқуқини ва кенг имкониятларини назарда тутди.

Таълим хизматларининг истеъмолчиси сифатида шахсга давлат таълим стандартлари орқали сифатли таълим олиш ва касб-хунар тайёргарлиги кўриш кафолатланади. Таълим олиш жараёнида шахс давлат таълим стандартларида ифода этилган талабларни бажариши шарт.

Шахс таълим хизматларининг яратувчиси сифатида тегишли малака даражасини олгач, таълим, моддий ишлаб чиқариш, фан, маданият ва хизмат кўрсатиш соҳасида фаолият кўрсатади ва ўз билими ва тажрибасини ўргатишда иштирок этади.

3.2. ДАВЛАТ ВА ЖАМИЯТ

Давлат ва жамият кадрлар тайёрлаш тизими амал қилиши ва ривожланишининг кафиллари, юқори малакали рақобатбардош мутахассисларни тайёрлаш бўйича таълим муассасаларининг фаолиятини уйғунлаштирувчи сифатида фаолият кўрсатади.

Давлат ва жамият қуйидагиларга, чунончи:

Фуқароларнинг билим олиш, касб танлаш ва ўз малакасини ошириш ҳуқуқлари рўёбга чиқарилишига;

Мажбурий умумий ўрта таълим ҳамда академик лицей ёки касб-хунар коллежида таълим олиш йўналишини танлаш ҳуқуқи асосида мажбурий ўрта махсус, касб-хунар таълими олишга;

Давлат грантлари ёки пуллик-шартномавий асосда олий таълим ва олий ўқув юртидан кейинги таълим олиш ҳуқуқига;

Давлат таълим муассасаларини маблағ билан таъминлашга;

Таълим олувчиларнинг ўқиши, турмуши ва дам олиши учун шарт-шароитлар яратиш борасидаги вазифалар ҳал этилишида жамоатчилик бошқарувини ривожлантиришга;

Таълим жараёни қатнашчиларини ижтимоий жиҳатдан қўллаб-қувватлашга;

Соғлиқ ва ривожланишда нуқсони бўлган шахслар таълим олишига кафолат берадилар.

3.3. УЗЛУКСИЗ ТАЪЛИМ

Узлуксиз таълим кадрлар тайёрлаш тизимининг асоси, Ўзбекистон Республикасининг ижтимоий-иқтисодий тараққиётини таъминловчи, шахс, жамият ва давлатнинг иқтисодий, ижтимоий, илмий-техникавий ва маданий эҳтиёжларини қондирувчи устувор соҳадир.

Узлуксиз таълим ижодкор, ижтимоий фаол, маънавий бой шахс шаклланиши ва юқори малакали рақобатбардош кадрлар илдам тайёрланиши учун зарур шарт-шароитлар яратади.

3.3.1. Узлуксиз таълимни ташкил этиш ва ривожлантириш принциплари

Узлуксиз таълимнинг фаолият кўрсатиш принциплари қуйидагилардан иборат:

таълимнинг устуворлиги унинг ривожланишининг биринчи даражали аҳамиятга эга эканлиги, билим, таълим ва юксак интеллектнинг нуфузи;

таълимнинг демократлашуви таълим ва тарбия услубларини танлашда ўқув юртлари мустақиллигининг кенгайиши, таълимни бошқаришнинг давлат-жамият тизимига ўтилиши;

таълимнинг инсонпарварлашуви инсон қобилиятларининг очилиши ва унинг таълимга нисбатан бўлган турли-туман эҳтиёжларининг қондирилиши, миллий ва умумбашарий кадриятлар устуворлигининг таъминланиши, инсон, жамият ва атроф-муҳит ўзаро муносабатларининг уйғунлашуви;

таълимнинг ижтимоийлашуви таълим олувчиларда эстетик бой дунёқарашни ҳосил қилиш, уларда юксак маънавият, маданият ва ижодий фикрлашни шакллантириш;

таълимнинг миллий йўналтирилганлиги таълимнинг миллий тарих, халқ анъаналари ва урф-одатлари билан узвий уйғунлиги, Ўзбекистон халқларининг маданиятини сақлаб қолиш ва бойитиш, таълимни миллий тараққиётнинг ўта муҳим омили сифатида эътироф этиш, бошқа халқларнинг тарихи ва маданиятини ҳурматлаш;

таълим ва тарбиянинг узвий боғлиқлиги, бу жараённинг ҳар томонлама камол топган инсонни шакллантиришга йўналтирилганлиги;

иктидорли ёшларни аниқлаш, уларга таълимнинг энг юқори даражасида, изчил равишда фундаментал ва махсус билим олишлари учун шарт-шароитлар яратиш.

3.3.2. Узлуксиз таълимни ислоҳ қилиш

Узлуксиз таълим соҳасидаги ислоҳотлар қуйидагиларни назарда тутди:

таълим тизимининг кадрлар салоҳиятини тубдан яхшилаш, тарбиячи, ўқитувчи, муаллим ва илмий ходимнинг касбий нуфузини ошириш;

давлат ва нодавлат таълим муассасаларининг ҳар хил турларини ривожлантириш;

таълим тизимини таркибий жиҳатдан қайта қуриш, таълим, фан, техника ва технологиянинг, иқтисодиёт ва маданиятнинг жаҳон миқёсидаги замонавий ютуқларини ҳисобга олган ҳолда таълим ва касб-ҳунар таълими дастурларини тубдан ўзгартириш;

мажбурий умумий ўрта таълимдан ўрта махсус, касб-ҳунар таълимига ўтилишини таъминлаш;

махсус, касб-ҳунар таълимининг марказлари сифатида фан ва ишлаб чиқариш интеграциялашган янги типдаги ўқув муассасаларини вужудга келтириш;

илғор технологияларни кенг ўзлаштириш, иқтисодиётдаги таркибий ўзгаришлар, чет эл инвестициялари қўламларининг кенгайиши, тадбиркорлик, кичик ва хусусий бизнесни ривожлантириш билан боғлиқ янги касб-ҳунар ва мутахассисликлар бўйича кадрлар, шу жумладан бошқарув тизими кадрларини тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш;

миллий мустақиллик принциплари ва халқнинг бой интеллектуал мероси ҳамда умумбашарий кадриятларнинг устуворлиги асосида таълимнинг барча даражалари ва бўғинларида таълим олувчиларнинг маънавий ва ахлоқий фазилатларини ривожлантириш;

таълимни бошқариш тизимини такомиллаштириш, жамоат бошқаруви шакллари ривожлантириш, таълим муассасаларини минтақалаштириш;

таълим олишда, шунингдек болалар ва ёшларни маънавий-ахлоқий, интеллектуал ва жисмоний жиҳатдан тарбиялашда оила, ота-оналар, жамоат ташкилотлари, маҳаллалар, хайрия ва халқаро фондларнинг ролини кучайтириш юзасидан чора-тадбирлар ишлаб чиқиш ҳамда уларни амалга ошириш;

таълим жараёни ва кадрлар тайёрлаш сифатига холис баҳо бериш тизимини яратиш ва жорий этиш;

таълим тизимини молиявий, моддий-техника ва бошқа тарздаги ресурслар билан таъминлаш механизмларини шакллантириш;

узлуксиз таълимни фан ва ишлаб чиқариш билан интеграциялаштиришнинг пухта механизмларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

таълим ва илм-фан билан боғлиқ чет эл ҳамда халқаро ташкилотлар билан ҳамкорликни кенгайтириш ва ривожлантириш;

туб ерли миллатга мансуб бўлмаган шахслар зич яшайдиган жойларда улар ўз она тилларида таълим олишлари учун ташкилий ва педагогик шарт-шароитлар яратиш;

таълимнинг барча даражаларида таълим олувчиларнинг ҳуқуқий, иқтисодий, экологик ва санитария-гигиена таълими ҳамда тарбиясини такомиллаштириш.

3.3.3. Узлуксиз таълим тизими ва турлари

Узлуксиз таълим тизимининг фаолият олиб бориши давлат таълим стандартлари асосида, турли даражалардаги таълим дастурларининг изчиллиги асосида таъминланади ва қуйидаги таълим турларини ўз ичига олади:

мактабгача таълим;

умумий ўрта таълим;

ўрта махсус, касб-ҳунар таълими;

олий таълим;

олий ўқув юртидан кейинги таълим;

кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш;

мактабдан ташқари таълим.

Кадрлар тайёрлаш миллий моделининг ўзига хос хусусияти мустақил равишдаги тўққиз йиллик умумий ўрта ҳамда уч йиллик ўрта махсус, касб-ҳунар таълимини жорий этишдан иборатдир. Бу эса, умумий таълим дастурларидан ўрта махсус, касб-ҳунар таълими дастурларига изчил ўтилишини таъминлайди.

Умумий таълим дастурлари: мактабгача таълим, бошланғич таълим (I-IV синфлар), умумий ўрта таълим (I-IX синфлар), ўрта махсус, касб-ҳунар таълимини қамраб олади.

Касб-ҳунар таълими дастурларини ўрта махсус, касб-ҳунар таълими, олий (бакалаврият, магистратура) таълим ва олий ўқув юртидан кейинги таълимни, кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлашни қамраб олади.

МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ

Мактабгача таълим бола соғлом, ҳар томонлама камол топиб шаклланишини таъминлайди, унда ўқишга интилиш ҳиссини уйғотади, уни мунтазам таълим олишга тайёрлайди. Мактабгача таълим бола олти-етти ёшга етгунича давлат ва нодавлат мактабгача тарбия болалар муассасаларида ҳамда оилаларда амалга оширилади. Мактабгача таълим мақсади ва вазифаларини рўёбга чиқаришда маҳаллалар, жамоат ва хайрия ташкилотлари, халқаро фондлар фаол иштирок этади.

Мактабгача тарбияни ривожлантириш учун қуйидагиларни амалга ошириш лозим бўлади:

малакали тарбиячи ва педагог кадрларни устувор равишда тайёрлаш;

мактабгача таълимнинг самарали психологик-педагогик услубларини излаш ва жорий этиш;

болаларни оилада тарбиялашни ташкилий, психологик, педагогик ва услубий жиҳатдан таъминлаш;

замонавий ўқув-услубий қўлланмалар, техник воситалар, ўйинчоқлар ва ўйинлар яратиш ҳамда уларни ишлаб чиқариш;

мактабгача ёшдаги болаларни халқнинг бой маданий-тарихий мероси ва умумбашарий қадриятлар асосида маънавий-ахлоқий жиҳатдан тарбиялаш учун шарт-шароитлар яратиш;

мактабгача муассасаларнинг ҳар хил турлари учун турли вариантлардаги дастурларни танлаб олиш, мактабгача тарбиянинг барча массалари бўйича малакали консультация хизмати кўрсатиш имкониятини яратиш;

мактабгача тарбия ва соғломлаштириш муассасалари тармоғини қўллаб-қувватлаш ва ривожлантириш механизмини ишлаб чиқиш.

УМУМИЙ ЎРТА ТАЪЛИМ

Тўққиз йиллик (I-IX синфлар) ўқишдан иборат умумий ўрта таълим мажбурийдир. Таълимнинг бу тури бошланғич таълимни (I-IV синфлар) қамраб олади ҳамда ўқувчиларнинг фанлар асослари бўйича мунтазам билим олишларини, уларда билим ўзлаштириш эҳтиёжини, асосий ўқув-илмий ва умуммаданий билимларни, миллий ва умумбашарий қадриятларга асосланган маънавий-ахлоқий фазилатларни, меҳнат кўникмаларини, ижодий фикрлаш ва атроф-муҳитга онгли муносабатда бўлишни ва касб танлашни шакллантиради. Умумий ўрта таълим тугалланганидан кейин таълим фанлари ва улар бўйича олинган баҳолар кўрсатилган ҳолда давлат томонидан тасдиқланган намунадаги аттестат берилади.

Умумий ўрта таълимнинг янгича тизими ва мазмунини шакллантириш учун қуйидагилар зарур:

мактабнинг I-IX синфлари доирасида сифатли умумий ўрта таълим олишни таъминловчи давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш, бунда академик лицейлар ва касб-ҳунар коллежларидан кейин олинган таълим дастурлари билан мантиқий боғлиқлик ҳисобга олиниши лозим;

юқори малакали педагог кадрлар тайёрлаш;

худудларнинг жуғрофий ва демографик хусусиятларига, шахс, жамият ва давлатнинг эҳтиёжларига мувофиқ равишда таълим муассасалари тармоқларини ривожлантириш;

ўқувчиларнинг қобилиятлари ва имкониятларига мувофиқ равишда таълимга табақалаштирилган ёндашувини жорий этиш;

таълим беришнинг илғор педагогик технологияларини, замонавий ўқув-услубий мажмуаларни яратиш ва ўқув-тарбия жараёнини дидактик жиҳатдан таъминлаш;

ўқувчилар касб-хунар танлайдиган ва психологик-педагогик жиҳатдан маслаҳатлар оладиган марказлар тармоқларини ташкил этиш.

ЎРТА-МАХСУС, КАСБ-ХУНАР ТАЪЛИМИ

Умумий ўрта таълим негизида ўқиш муддати уч йил бўлган мажбурий ўрта махсус, касб-хунар таълими узлуксиз таълим тизимидаги мустақил турдир. Ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналиши академик лицей ёки касб-хунар коллежи ўқувчилар томонидан ихтиёрий танланади.

Академик лицей давлат таълим стандартларига мувофиқ ўрта махсус таълим беради. Ўқувчиларнинг имкониятлари ва қизиқишларини ҳисобга олган ҳолда уларнинг жадал интеллектуал ривожланиши чуқур, соҳалаштирилган, табақалаштирилган, касбга йўналтирилган таълим олишини таъминлайди.

Академик лицейларда ўқувчилар ўзлари танлаб олган таълим йўналиши бўйича (гуманитар, техника, аграр ва бошқа соҳалар) билим савияларини ошириш ҳамда фанни чуқур ўрганишга қаратилган махсус касб-хунар кўникмаларини ўзларида шакллантириш имкониятига эга бўладилар. Бу кўникмаларни ўқишни муайян олий таълим муассасаларида давом эттириш ёки меҳнат фаолиятида рўёбга чиқаришлари мумкин.

Касб-хунар коллежи тегишли давлат таълим стандартлари доирасида ўрта махсус, касб-хунар таълими беради; ўқувчиларнинг касб-хунарга мойиллиги, билим ва кўникмаларини чуқур ривожлантириш, танлаб олинган касб-хунар бўйича бир ёки бир неча ихтисосни эгаллаш имконини беради.

Касб-хунар коллежлари жиҳозланганлик даражаси, педагогик таркибнинг танланганлиги, ўқув жараёнининг ташкил этилиши жиҳатидан янги типдаги таълим муассасалари ҳисобланади. Улар бир ёки бир неча замонавий касб-хунарни эгаллаш ҳамда тегишли ўқув фанларидан чуқур назарий билим олиш имконини беради.

Академик лицейлар ва касб-хунар коллежларида таълим олиш ўқувчиларга ўз билимларини чуқурлаштириш ва танлаган ихтисосликларига эга бўлишни таъминлайди. Академик лицейлар ва касб-хунар коллежларининг битирувчиларига давлат томонидан тасдиқланган намунадаги дипломлар берилади. Бу дипломлар таълимнинг кейинги босқичларида ўқишни давом эттириш ёки эгалланган ихтисос ва касб-хунар бўйича меҳнат фаолияти билан шуғулланиш ҳуқуқини беради.

Ўрта махсус, касб-хунар таълимини ташкил этиш ва ривожлантириш учун қуйидагилар зарур:

академик лицейлар ва касб-хунар коллежлари фаолият кўрсатишининг норматив базаларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

соҳа учун олий таълим муассасаларининг, ишлаб чиқариш, фан ва маданият соҳасининг мутахассисларини жалб этган ҳолда юқори малакали мутахассисларни тайёрлаш ва қайта тайёрлашни, шу жумладан чет элларда тайёрлаш ва қайта тайёрлашни ташкил этиш;

ўрта махсус, касб-хунар таълимини давлат стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

ўрта махсус, касб-хунар таълими ўқув муассасалари учун таълим ва касб-хунар дастурлари, ўқув-услубий мажмуалар ишлаб чиқиш;

академик лицейларнинг ўқувчилари меҳнат фаолияти кўникмаларини эгаллашлари учун ихтисослаштирилган дастурлар ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

касб-хунар коллежларида тайёрланадиган мутахассисларга нисбатан ихтисос ва касб-хунар, малака талабларининг рўйхатини ишлаб чиқиш;

худудларнинг жуғрофий ва демографик шарт-шароитларини ва тегишли соҳадаги мутахассисларга бўлган маҳаллий эҳтиёжларни ҳисобга олган ҳолда ўрта махсус, касб-хунар таълими тизими таълим муассасаларининг ташкил этилишини ва улар оқилона жойлаштирилишини таъминлаш, уларга ўқувчиларни имкон қадар оиласидан ажратмаган ҳолда қамраб олиш;

академик лицейлар ва касб-хунар коллежларининг моддий-техника ва ахборот базаларини мустаҳкамлаш.

ОЛИЙ ТАЪЛИМ

Олий таълим ўрта махсус, касб-хунар таълими негизига асосланади ҳамда икки (бакалаврият ва магистратура) босқичга эга.

Олий таълим муассасаларига талабалар қабул қилиш давлат грантлари негизидан ва пуллик-шартномавий асосда амалга оширилади.

Бакалаврият мутахассисликлар йўналиши бўйича фундаментал ва амалий билим берадиган, таълим муддати камида тўрт йил давом этадиган таянч олий таълимдир.

Бакалаврлик дастури тугалланганидан сўнг битирувчиларга давлат аттестацияси якунларига биноан касб бўйича “бакалавр” даражаси берилади ва давлат томонидан тасдиқланган намунадаги, касб-хунар фаолияти билан шуғулланиш ҳуқуқини берадиган диплом топширилади.

Магистратура аниқ мутахассислик бўйича фундаментал ва амалий билим берадиган, бакалаврият негизидан таълим муддати камида икки йил давом этадиган олий таълимдир.

«Магистр» даражасини берадиган давлат малака аттестацияси магистрлик дастурининг интиҳосидир. Магистрларга давлат томонидан тасдиқланган намунадаги, касб-хунар фаолияти билан шуғулланиш ҳуқуқини берадиган диплом топширилади.

Икки босқичли олий таълим тизимини ташкил этиш ва ривожлантириш учун қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

бакалаврият ва магистратура учун давлат таълим стандартларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш;

олий таълим муассасалари учун профессор-ўқитувчи кадрлар тайёрлаш, шу жумладан чет эллардаги етакчи ўқув ва илмий марказларда тайёрлаш;

олий таълим муассасаларида таркибий ўзгартишлар ўтказиш;

олий таълим муассасалари бошқарувини такомиллаштириш, бу муассасаларнинг мустақиллигини кучайтириш, муассислар, васийлар кенгашлари, жамоат назорат кенгашлари шаклидаги жамоат бошқарувини жорий этиш;

таълимнинг фан ва ишлаб чиқариш билан интеграцияси таъсирчан механизмларини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш;

ўқишни, мустақил билим олишни индивидуаллаштириш ҳамда дистанцион таълим тизими технологияси ва воситаларини ишлаб чиқиш ва ўзлаштириш;

янги педагогик ва ахборот технологиялари, тайёргарликнинг модул тизимидан фойдаланган ҳолда талабаларни ўқитишни жадаллаштириш;

халқнинг бой маънавий ва интеллектуал мероси ва умумбашарий қадриятлар асосида таълимнинг инсонпарварлик йўналишини таъминлаш.

ОЛИЙ ЎҚУВ ЮРТИДАН КЕЙИНГИ ТАЪЛИМ

Олий ўқув юртидан кейинги таълим жамиятнинг олий малакали илмий ва илмий-педагог кадрларга бўлган эҳтиёжларини қондиришга, шахснинг ижодий таълим-касб-хунар манфаатларини қаноатлантиришга қаратилган.

Олдинги тахрирга қаранг.

Олий ўқув юртидан кейинги таълимни олий ўқув юртларида ва илмий-тадқиқот муассасаларида (катта илмий ходим-изланувчилар институти, мустақил изланувчилик) олиш мумкин. Олий ўқув юртидан кейинги таълим диссертация ҳимояси билан якунланади. Якуний давлат аттестацияси натижаларига кўра фан доктори илмий даражаси берилиб, давлат томонидан тасдиқланган намунадаги диплом топширилади.

(3.3-банднинг 3.3.3-кичик банди иккинчи хатбошиси Ўзбекистон Республикасининг 2013 йил 7 октябрдаги ЎРҚ-355-сонли Қонуни тахририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 41-сон, 543-модда)

Якуний давлат аттестацияси натижаларига кўра тегишли равишда фан номзоди ва фан доктори илмий даражаси берилиб, давлат томонидан тасдиқланган намунадаги дипломлар топширилади.

Олий ўқув юртидан кейинги таълимни кўллаб-қувватлаш ва ривожлантириш тадбирлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

«Таълим тўғрисида»ги Қонунга ҳамда мамлакатни ижтимоий ва иқтисодий ривожлантириш истикболларига мувофиқ олий малакали илмий ва илмий-педагог кадрларни тайёрлаш ва аттестациядан ўтказиш тизимини такомиллаштириш;

касб таълими тизими учун олий малакали илмий-педагог кадрларни ҳамда илғор педагогик технологиялар соҳасида илмий кадрларни устувор равишда тайёрлаш;

ривожланган мамлакатларнинг илғор таълим муассасалари ва илмий марказларида устувор йўналишлар бўйича олий малакали илмий ва илмий-педагог кадрлар тайёрланиши учун шароитлар яратиб бериш;

фан, технология ва таълим соҳасида ривожланган мамлакатлар билан халқаро ҳамкорликни чуқурлаштириш.

КАДРЛАР МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ ВА УЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ

Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш мутахассисларнинг касб билимлари ва кўникмаларини янгилаш ҳамда чуқурлаштиришга қаратилган. Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта

тайёрлаш таълим муассасаларидаги ўқиш натижаларига кўра давлат томонидан тасдиқланган намунадаги гувоҳнома ёки сертификат топширилади.

Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш тизимини ташкил этиш ва ривожлантириш учун қуйидагилар зарур:

кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш тизими фаолиятида янгича таркиб, мазмун ҳамда бу тизимни бошқаришни шакллантириш;

юқори малакали ўқитувчи-мутахассис кадрлар тайёрлаш ва соҳани улар билан тўлдириб боришни таъминлаш;

кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш тизимининг бу соҳада рақобатга асосланган муҳитни шакллантиришни ва самарали фаолият олиб боришни таъминловчи норматив базасини яратиш;

кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш таълим муассасаларини давлат аттестацияси ва аккредитациясидан ўтказиш тизимини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш;

иқтисодиётнинг давлат ва нодавлат секторлари, мулкчиликнинг турли шаклидаги ташкилот ва муассасаларнинг талаб-эҳтиёжларига мувофиқ кадрлар ва мутахассисларни илдам қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини оширишни таъминловчи давлат ва нодавлат таълим муассасаларини ташкил этиш ва ривожлантиришга кўмаклашиш;

профессионал тренингнинг илғор технология ва ускуналарини, шунингдек мураккаб, фан ютуқларини талаб қилувчи технология жараёнлари имитаторларини ишлаб чиқиш, яратиш ва амалий ўзлаштириб олиш.

МАКТАБДАН ТАШҚАРИ ТАЪЛИМ

Болалар ва ўсмирларнинг таълимга бўлган, яқка тартибдаги, ортиб боровчи талаб-эҳтиёжларини кондириш, уларнинг бўш вақтини ва дам олишини ташкил этиш учун давлат органлари, жамоат ташкилотлари, шунингдек бошқа юридик ва жисмоний шахслар маданий эстетик, илмий, техникавий, спорт ва бошқа йўналишларда мактабдан ташқари давлат ва нодавлат таълим муассасаларини ташкил этадилар.

Мактабдан ташқари таълимни ривожлантириш, унинг тузилмаси ва мазмун-мундарижасини такомиллаштириш вазифаларини ҳал этиш учун қуйидагиларни амалга ошириш керак:

таълим бериш ва камол топтиришга йўналтирилган хизматлар кўрсатувчи муассасалар тармоғини кенгайтириш ва бундай хизматлар турларини кўпайтириш;

миллий педагогик кадриятларга асосланган ва жаҳондаги илғор тажрибани инобатга олувчи дастурлар ва услубий материаллар ишлаб чиқиш;

ўқувчиларнинг бўш вақтини ташкил этишнинг, шу жумладан оммавий спорт ва жисмоний тарбия-соғломлаштириш тадбирларининг, болалар туризмининг, халқ хунармандчилигининг мавжуд турлари ва шакллари такомиллаштириш, миллий турлари ва шакллари тиклаш ҳамда амалиётга жорий этиш.

3.4. КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ ТИЗИМИДА ФАН

Кадрлар тайёрлаш миллий модели салмоқли элемент сифатида фанни ўз ичига олади, бу соҳада:

табиат ва жамият тараққиёти қонуниятлари тўғрисидаги янги фундаментал ва амалий билимлар шаклланади, кадрлар тайёрлаш тизимида оммалаштириш, ўрганиш ва фойдаланиш учун керакли илмий натижалар жамланади;

олий малакали илмий ва педагог кадрлар тайёрлаш амалга оширилади;

кадрлар тайёрлаш жараёнини илмий-тадқиқот жиҳатидан таъминлаш инфраструктураси вужудга келтирилади, таълимнинг ахборот тармоқларида фойдаланиш мақсадида билимнинг турли соҳалари бўйича ахборот базаси шакллантирилади;

мамлакатимиз илм-фанининг жаҳон илм-фанига интеграцияси содир бўлади, замонавий илм-фан ва технологияларнинг энг муҳим муаммоларини ҳал этиш учун илмий ютуқлар ва кадрларни халқаро миқёсда алмашинув амалга оширилади.

Кадрлар тайёрлаш тизимига илм-фаннинг узвий равишда кириб бориши учун қуйидагилар зарур:

илғор педагогик технологияларни яратиш ва ўзлаштириш юзасидан мақсадли инновация лойиҳаларини шакллантириш ва амалга ошириш йўли билан илм-фаннинг таълим амалиёти билан алоқасини таъминлаш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш;

илғор ахборот ва педагогик технологияларни жорий этиш учун экспериментал майдончалар барпо этиш орқали илмий тадқиқотлар натижаларини ўқув-тарбия жараёнига ўз вақтида жорий этиш механизмини рўёбга чиқариш;

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурини самарали тарзда бажаришни таъминлаш юзасидан илмий-тадқиқот ишларини олиб бориш;

юқори малакали кадрлар тайёрлаш сифатини ошириш, ёшларнинг илмий ижодиётини ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш;

таълим муассасаларида илмий-тадқиқот ва илмий-педагогик ишлар даражасини баҳолашга замонавий ёндашувни рўёбга чиқариш, илмий тадқиқотлар ва технологик ишланмалар натижалари тижоратлашуви асосида олимларнинг обрў эътибори ва ижтимоий мақомини ошириш;

мамлакат илм-фанининг халқаро илмий ҳамжамиятга интеграциясини фаоллаштириш, таълим соҳаси ва кадрлар тайёрлашни такомиллаштириш мақсадида илмий ютуқлар ва олимлар билан ўзаро алмашинув жараёнини кучайтириш;

фан ва технологиялар соҳасидаги фаолиятни маънавий ва моддий рағбатлантириш тизимини ишлаб чиқиш, талабалар ва ёш олимларнинг илмий ютуқлари учун махсус мукофотлар ва совринлар таъсис этиш, махсус стипендиялар сонини кўпайтириш, ёшлар илмий-техника ижодиётининг доимий ишлайдиган кўргазма ва экспозицияларини ташкил этиш.

3.5. КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ ТИЗИМИДА ИШЛАБ ЧИҚАРИШ

Ишлаб чиқаришнинг талаб-эҳтиёжлари кадрлар тайёрлаш тизимининг йўналиши, даражаси ва миқёсларини шакллантиради, касб тайёргарлигининг мақсади, вазифалари ва мазмунини белгилайди, малака талабларини илгари суради, таълимнинг мувозий технологиялари ва шакллари танлашни тақозо этади. Ишлаб чиқариш пировард натижада кадрларнинг сифати ва рақобатбардошлигига баҳо беради.

Ишлаб чиқаришнинг кадрлар тайёрлаш тизимидаги вазифалари қуйидагилар билан белгиланади, чунончи у:
турли савия ва малакадаги мутахассисларга бўлган талаб-эҳтиёжни шакллантиради;

ўз ихтиёридаги моддий-техника, молия, кадр ресурслари ҳамда кадрларни ўқитиш, малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш учун зарур бошқа ресурсларни бериш билан узлуксиз таълим тизимига қўмаклашади;

муассис, васий, донор, ҳомий тариқасида айрим мутахассисларни ва гуруҳларни мақсадли тайёрлашни, шунингдек турли тип ва даражадаги ўқув юртларини молиялашда қатнашади;

таълим ва илм-фаннинг турли шакллардаги интеграциясини (муваққат ижодий жамоалар, ўқув-илмий-ишлаб чиқариш мажмуалари, марказлари, технопарклар, технополислар) ривожлантиради.

Ишлаб чиқаришнинг кадрлар тайёрлаш тизимидаги мавқеини кучайтириш қуйидаги йўллар билан таъминланади:

таълимни корхонадаги унумли меҳнат билан, шу жумладан ишлаб чиқариш амалиёти жараёнидаги меҳнат билан қўшиб олиб бориш асосида юқори малакали кадрлар тайёрлаш;

кадрлар тайёрлаш ҳамда биргаликда илмий-технология ишланмаларини олиб боришда корхоналарнинг ишлаб чиқариш салоҳиятидан фойдаланиш;

таълим оловчиларни меҳнат жамоаларида тарбиялаш (меҳнат, маънавий ва жисмоний тарбиялаш);

ишлаб чиқаришнинг талаб-эҳтиёжларини инобатга олиб, техника ва технологияларни ривожлантиришнинг янги йўналишлари бўйича кадрларни тайёрлаш, қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш;

ишлаб чиқаришнинг иқтисодий ва технология муаммоларини ҳал этиш учун олий таълим муассасалари ва илмий ташкилотларнинг илмий салоҳиятини жалб этиш;

педагог кадрларнинг илғор технологиялар соҳасидаги малакасини бевосита ишлаб чиқаришда мунтазам ошириб бориш;

ишлаб чиқаришнинг юқори малакали кадрларини таълим жараёнига ва педагогик фаолиятга жалб этиш;

ишлаб чиқариш амалиётини ўтиш учун таълим оловчиларни иш жойлари билан таъминлаш;

ўзаро интеграцияланган таълим муассасаларини замонавий ускуналар, аппаратлар ва асбоблар билан жиҳозлаш.

4. КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ ТИЗИМИНИ РИВОЖЛАНТИРИШНИНГ АСОСИЙ ЙЎНАЛИШЛАРИ

Кадрлар тайёрлаш тизимини шакллантириш ва ривожлантириш қуйидаги устувор йўналишларни қамраб олади:

4.1. ТАЪЛИМНИНГ УЗЛУКСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ

Олдинги тахрирга қаранг.

Таълимнинг ўз ичига мактабгача таълим, умумий ўрта ва ўрта махсус, касб-хунар таълимини қамраб оловчи янги узлуксиз ва изчил тизими барпо этилади. Олий касб-хунар таълимининг бакалаврлар ва магистрлар тайёрлашни назарда тутувчи икки босқичли тизими жорий этилади. Олий ўқув юртидан кейинги таълим
1270

тизими ривожланиб боради. Кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш бўйича рақобатбардош таълим муассасалари вужудга келтирилади.

(4.1-банднинг биринчи хатбошиси Ўзбекистон Республикасининг 2013 йил 7 октябрдаги ЎРҚ-355-сонли Қонуни таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 41-сон, 543-модда)

Таълим муассасаларини ҳудудий йўналишга ўтказиш ва таркибий тузилмасини ўзгартириш иши амалга оширилади. Узлуксиз таълим тизимини ривожлантириш ва унинг самарадорлигини баҳолаш мониторинги амалга оширилади.

Узлуксиз таълим тизими учун педагог кадрлар тайёрлаш ва қайта тайёрлаш устуворлиги таъминланади.

4.2. ПЕДАГОГ ВА ИЛМІЙ-ПЕДАГОГ КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ, ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШ

Педагог кадрларнинг малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлашнинг замон талабларига мослашувчан, таълимнинг юқори сифатли ва барқарор ривожланишини кўзловчи тизими вужудга келтирилади. Педагог кадрларни илдам қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш, рақобатбардош даражада уларнинг касб сифатини қўллаб-қувватлаш таъминланади.

Олий таълим муассасаларида давлат таълим стандартларига мос юқори малакали ўқитувчилар тайёрлаш бўйича махсус факультетлар, шунингдек республика вилоятларида умумий ўрта ва ўрта махсус, касб-хунара таълими учун ўқитувчилар ва мутахассислар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш юзасидан махсус марказлар ташкил этилади.

4.3. ТАЪЛИМ ЖАРАЁНИНИ МАЗМУНАН ИСЛОҲ ҚИЛИШ

Кадрларни ўқитиш ва тарбиялаш миллий тикланиш принциплари ва мустақиллик ютуқлари, халқнинг бой миллий, маънавий ва интеллектуал салоҳияти ҳамда умумбашарий қадриятларга таянган, инсонпарварликка йўналтирилган таълимнинг мазмуни давлат таълим стандартлари асосида ислоҳ қилинади. Таълим олувчининг шахсига, унда таълим ва билимларга бўлган иштиёқни кучайтиришга, мустақил иш тутишни, ифтихор ва инсоний кадр-қиммат туйғусини шакллантиришга алоҳида эътибор берилади.

Педагог кадрларнинг обрў-эътибори, масъулияти ва касб кўникмасини ошириш юзасидан собитқадам давлат сиёсати олиб борилади. Илғор педагогик технологиялар, таълимнинг янги шакл ва услублари, ўқув, шу жумладан дифференциялашган дастурлар амалиётга жорий этилади.

4.4. МАЪНАВИЙ-АХЛОҚИЙ ТАРБИЯ ВА МАЪРИФИЙ ИШЛАР

Ёш авлодни маънавий-ахлоқий тарбиялашда халқнинг бой миллий маданий-тарихий анъаналарига, урф-одатлари ҳамда умумбашарий қадриятларга асосланган самарали ташкилий, педагогик шакл ва воситалари ишлаб чиқилиб, амалиётга жорий этилади. Шахсни тарбиялаш ва уни ҳар томонлама камол топтиришнинг устуворлиги таъминланади. Умумий ҳамда педагогик маданиятни ошириш мақсадида, мамлакат аҳолиси орасидаги маърифий ишлар такомиллаштириб борилади.

Олдинги таҳрирга қаранг.

Ўзбекистон мустақиллиги принципларига садоқатли ҳамда жамият таракқиётига муносиб ҳисса қўшишга қодир шахсни шакллантириш мақсадида таълим муассасалари ота-оналар, оила, маҳалла қўмиталари,

Республика Маънавият тарғибот маркази, Миллий ғоя ва мафкура илмий-амалий маркази, жамоат ташкилотлари, фондлар билан ўзаро пухта ҳамкорлик қиладилар.

(4.4-бандининг иккинчи хатбоши Ўзбекистон Республикасининг 2007 йил 9 апрелдаги ЎРҚ-87-сонли Қонуни таҳририда — ЎР ҚХТ, 2007 й., 15-сон, 150-модда)

4.5. ИҚТИДОРЛИ БОЛАЛАР ВА ИСТЕЪДОДЛИ ЁШЛАР

Иқтидорли болалар ва истеъдодли ёшларни аниқлаш ва ўқитиш услубияти, психологик-педагогик ва ташкилий шароитлари яратилади, бундай болалар ва ёшларга оид маълумотларнинг республика банки ва мониторинги шаклланади. Махсус ўқув дастурлари ва прогрессив педагогик технологиялар ишлаб чиқиш учун энг яхши педагог ва олимлар жалб қилинади, ўқув-тарбия жараёнида уларнинг фаол иштироки таъминланади. Фан ва техникани, сиёсат ва иқтисодиётни, маданият ва санъатни ўргатиш марказлари қабилидаги ҳамда миллий (элита) таълим муассасалари ташкил этилади.

Иқтидорли болалар ва истеъдодли ёшларни чет элларда умумий ва касбий жиҳатдан тайёргарликдан ўтказишга қаратилган собитқадам фаолият амалга оширилади. Академик лицейларнинг ўқувчиларига, биринчи навбатда иқтидорли, юксак истеъдод соҳибларига, билимнинг тегишли соҳалари ва фаннинг аниқ йўналишлари бўйича ўз табиий қобилиятларини намоён этиш ва ривожлантириш, ўзларидаги ноёб истеъдодни рўёбга чиқариш учун кенг имкониятлар яратилади.

4.6. ТАЪЛИМ ТИЗИМИНИ БОШҚАРИШ

Узлуксиз таълим тизими ва кадрлар тайёрлашнинг давлат ва нодавлат таълим муассасаларини таркибий жиҳатдан ўзгартириш ва уларни изчил ривожлантириш давлат йўли билан бошқариб борилади. Барча даражадаги таълим бошқарув органларининг ваколат доиралари «Таълим тўғрисида»ги Қонунга мувофиқ белгиланади. Таълимнинг норматив-ҳуқуқ базаси ривожлантирилади. Молия-хўжалик фаолияти олиб бориш ҳамда таълим жараёнини ташкил этишда ўқув юртларининг ҳуқуқлари кенгайди ва мустақиллиги таъминланади. Таълим муассасалари Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан белгиланган тартибда аттестациядан ўтказилади ҳамда аккредитацияланади. Аккредитация яқунларига кўра таълим соҳасида фаолият кўрсатиш ҳуқуқи берилади.

Муассис ташкилотларнинг, маҳаллий ҳокимият органларининг, савдо-саноат доираларининг, жамоат ташкилотларининг, фондларнинг ва ҳомийларнинг вакилларини ўз ичига олувчи васийлик ва кузатув кенгашлари тузиш орқали таълим муассасаларининг самарали жамоат бошқаруви тизими жорий этилади.

4.7. КАСБ-ҲУНАР ТАЪЛИМИ СИФАТИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ ТИЗИМИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ

Таълим бошқаруви органларига боғлиқ бўлмаган, касб-хунар таълими сифатини аттестациядан ўтказувчи давлат хизмати ташкил этилади. Мамлакатни иқтисодий ва ижтимоий ривожлантиришнинг истиқбол талабларига монанд давлат таълим стандартлари ишлаб чиқилади, ўқув юртлари фаолиятини, профессор-педагог кадрлар сифатини ҳамда таълим олувчиларнинг билимини рейтинг асосида баҳолаш тизими тадбиқ этилади. Кадрларни тайёрлаш сифатини назорат қилишнинг давлат ва жамоат шакллари ривожлантирилади. Таълим муассасалари битирувчиларини яқуний аттестациялаш тизими такомиллаштирилади.

4.8. ТАЪЛИМ ТИЗИМИНИ МОЛИЯЛАШ

Таълимни ва кадрлар тайёрлашни молиялаш тизими такомиллаштирилади, унинг кўп вариантли (бюджетдан ажратиладиган ва бюджетдан ташқари манбалардан) тизими жорий этилади, таълим муассасаларининг

Ўзини ўзи пул билан таъминлаши ривожлантирилади, хусусий ҳамда чет эл инвестицияларини таълим соҳасига жалб этиш рағбатлантирилади.

Республика фуқаролари учун кейинчалик уларни тўлашнинг мослашувчан тизимига асосланган таълим кредитлари бериш механизми шакллантирилади. Узлуксиз таълим ва кадрлар тайёрлаш тизимини моддий жиҳатдан қўллаб-қувватлашда донорлар ва хомийларнинг мавқеи кучайиб боради.

Пуллик таълим хизматлари кўрсатиш, тадбиркорлик, маслаҳат, эксперт, ноширлик, ишлаб чиқариш, илмий ҳамда уставда белгилаб қўйилган вазифаларга мувофиқ бошқа тарздаги фаолият ҳисобидан таълим муассасаларининг даромадлари кўпайиши таъминланади.

4.9. МОДДИЙ-ТЕХНИКА ТАЪМИНОТИ

Ҳар бир минтақанинг демографик ва жуғрофий хусусиятларидан келиб чиқиб, академик лицейлар, касб-хунар коллежлари тармоғи барпо этилади. Таълим олувчиларни оиладан ажралмаган ҳолда ўқишга имкон қадар кўпроқ камраб олинади.

Мавжуд таълим муассасаларини капитал таъмирлаш ва янги таълим муассасалари қуриш, уларни норматив талабларга мувофиқ, замонавий техника ва технологияларнинг даражасини ҳисобга олган ҳолда жиҳозланишини таъминлаш чоралари кўрилади.

Ўқув-тарбия муассасаларини зарур ускуналар, инвентарлар, ашёлар, таълимнинг техникавий, дастурий ва дидактик воситалари билан жиҳозлаш юзасидан ихтисослаштирилган ишлаб чиқаришларни вужудга келтириш қўллаб-қувватланади. Барча босқичдаги таълим жараёнларини компьютерлаштириш ва ахборотлаштириш амалга оширилади.

4.10. ТАЪЛИМ ТИЗИМИНИНГ ЯХЛИТ АХБОРОТ МАКОНИНИ ВУЖУДГА КЕЛТИРИШ

Замонавий ахборот технологиялари, компьютерлаштириш ва компьютерлар тармоқлари негизида таълим жараёнини ахборот билан таъминлаш ривожланиб боради. Таълим жараёнида оммавий ахборот воситаларининг мавқеи ошиб боради, телевидение ва радионинг таълим дастурлари интеллектуаллашуви таъминланади. Фан ва таълимнинг наشريёт базаси ривожлантирилади, ўқув, ўқув-услубий, илмий, комусий адабиётлар ва маълумотномалар билан таъминлашнинг барқарор тизими шакллантирилади.

4.11. ТАЪЛИМ ХИЗМАТИ КўРСАТИШ БОЗОРИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

Таълим ва кадрлар тайёрлаш соҳасида маркетингни ривожлантириш йўли билан таълим хизмати кўрсатишнинг рақобатга асосланган бозори шакллантирилади. Давлат ва нодавлат таълим муассасалари ривожлантирилади, таълим ва кадрлар тайёрлаш соҳасида рақобатга асосланган муҳит вужудга келтирилади, таълим хизмати кўрсатиш бозори давлат йўли билан бошқариб борилади. Асосий таълим дастурларида назарда тутилмаган консультатив ва қўшимча таълим хизматларидан иборат пуллик таълим хизмати кўрсатиш тизими ривожлантирилади.

4.12. ТАЪЛИМ СОҲАСИДА ИЖТИМОЙ КАФОЛАТЛАРНИ ТАЪМИНЛАШ ҲАМДА БУ СОҲАНИ ДАВЛАТ ТОМОНИДАН ҚўЛЛАБ-ҚУВВАТЛАШ

Педагогик фаолиятнинг обрў-эътиборини ва ижтимоий мақомини ошириш юзасидан давлат сиёсати рўёбга чиқарилади. Таълим олувчиларнинг ва педагогларнинг ўқиши, соғлиги ва дам олиши учун зарур шароитлар яратилади.

Таълим муассасалари ва соғлиқни сақлаш органлари болалар ҳамда ўқувчи ёшларнинг соғлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш учун зарур чораларни кўрадилар. Ўқув-тарбия жараёнининг соғломлаштиришга қаратилган йўналишини рўёбга чиқариш, соғлом турмуш тарзи нормаларини жорий этиш учун шароитлар таъминланади. Таълим олувчиларнинг тиббий-гигиена маданиятини ошириш, уларнинг жисмоний тарбия ва спорт бобидаги фаоллигини кучайтириш ҳамда жисмоний камолот даражасини ошириш учун ташкилий-услубий ёндашувлар такомиллаштирилади. Соғлиқ ва ривожланишида нуқсонли бўлган болалар учун муносиб муҳит яратилади.

4.13. ФАН БИЛАН ТАЪЛИМ ЖАРАЁНИ АЛОҚАЛАРИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

Таълим ва кадрлар тайёрлаш соҳасида илғор амалий илмий тадқиқотлар ўтказилади, таълим сифати давлат таълим стандартларига мувофиқ келишини ташкил этиш ва таъминлаш мақсадида педагогика ва таълим соҳасида илмий тадқиқотлар ва илмий-услубий қўлланмалар ишлаб чиқиш фаоллаштирилади. Фундаментал ва амалий фан соҳасидаги илмий кадрларнинг таълим жараёнидаги иштироки рағбатлантирилади, педагогик ва илмий-тадқиқот жараёнларининг алоқаси таъминланади. Ёшларнинг фан-техника соҳасидаги ижодкорлиги ҳар томонлама қўллаб-қувватланади.

4.14. ИШЛАБ ЧИҚАРИШ ВА ТАЪЛИМ ТИЗИМИ ИНТЕГРАЦИЯЛАШУВИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

Ўқув-ишлаб чиқариш мажмуаларини (марказларини) ташкил этиш ва уларни ривожлантириш, замонавий ускуналар, аппаратлар ва асбоблар билан жиҳозлаш рағбатлантирилади. Кадрлар тайёрлаш ва биргаликдаги илмий-технологик ечимлар яратишда корхоналарнинг ишлаб чиқариш салоҳиятидан самарали фойдаланилади. Ишлаб чиқаришда кадрлар тайёрлаш қўллаб-қувватланади. Илғор технология соҳасида педагог кадрларнинг малакаси бевосита ишлаб чиқаришда мунтазам равишда ошириб борилади.

4.15. ТАЪЛИМ ВА КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШ СОҲАСИДАГИ ХАЛҚАРО ҲАМКОРЛИК

Кадрлар тайёрлаш соҳасидаги ҳамкорликнинг халқаро-ҳуқуқий базаси яратилади, халқаро ҳамкорликнинг устувор йўналишлари рўёбга чиқарилади, халқаро таълим тизимлари ривожлантирилади, илмий-педагог кадрлар, талабалар ва ўқувчилар алмашиш кенгайди. Таълим тўғрисидаги миллий ҳужжатлар халқаро миқёсда эътироф этилиши учун асос яратилади. Манфаатдор вазирликлар ва идораларнинг, Ўзбекистон Республикасининг чет эллардаги элчихоналарининг кадрлар тайёрлаш соҳасига чет эл инвестицияларини бевосита ва билвосита кенг жалб қилиш борасидаги фаолият кучайтирилади.

5. МИЛЛИЙ ДАСТУРНИ РЎЁБГА ЧИҚАРИШГА ДОИР ТАШКИЛИЙ ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Миллий дастурни амалга ошириш мақсадида:

Миллий дастурнинг йўналиш ва босқичларини амалга оширишнинг аниқ механизмлари, муддатлари, ижрочилари, молиявий ва ресурслар таъминоти ифодаланган ечим ва чора-тадбирлар тизими ишлаб чиқилади;

Миллий дастурни бажариш юзасидан давлат ва жамоат институтларининг фаолияти ҳамда вазифалари белгиланади;

Миллий дастурнинг аниқ йўналишларини ишлаб чиқиш жараёнига малакали чет эл экспертлари жалб этилади;

Миллий дастурни бажаришда давлат ва нодавлат ташкилотлар фаолияти мувофиқлаштирилиб, халқаро ташкилотлар қатнашуви ташкил этилади;

Миллий дастурнинг мониторинги ва бажарилишини экспертиза қилиш асосида унинг айрим қоидалари ва тадбирларига тузатишлар киритилади;

оммавий ахборот воситаларини жалб этган ҳолда, кадрлар тайёрлаш миллий модели рўёбга чиқарилишини таъминлаш масалалари юзасидан семинарлар ва конференциялар ўтказиш орқали Миллий дастурнинг принципиал ёндашувлари ҳамда асосий қоидаларини кенг кўламда тушунтириш ишлари олиб борилади;

Миллий дастурнинг мақсад ва вазифаларини амалга ошириш жараёнига жамоат бирлашмалари ва марказлари, республика аҳолиси кенг табақаларининг фаол иштироки таъминланади;

оммавий ахборот воситаларида Миллий дастурнинг бажарилиши мунтазам ёритиб борилади.

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурини амалга ошириш юзасидан Республика комиссияси ташкил этилади, бу Комиссиянинг зиммасига дастурни бажаришга доир барча ишлар ва тадбирларни ташкил этиш ҳамда мувофиқлаштириш, шу жумладан қуйидаги вазифалар юкланади:

узлуксиз таълимнинг тегишли турлари учун давлат таълим стандартларига қўйиладиган умумий талабларни ишлаб чиқиш;

умумий ўрта таълим учун давлат таълим стандартларини ва бошқа зарур норматив ҳужжатларни ишлаб чиқиш;

ўрта махсус, касб-ҳунар таълими тизими учун давлат таълим стандартларини, академик лицей ва касб-ҳунар коллежларидан иборат таълим тизимини жорий этиш дастурларини ишлаб чиқиш;

ўрта умумий таълимга эга бўлган ўқувчиларни академик лицей ва касб-ҳунар коллежлари тизими билан тўла қамраб олиш тадбирларини, бу тизимни ҳудудларнинг демографик, жуғрофик хусусиятлари ва кадрларга бўлган эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда жойлаштириш, унинг моддий-техника асосини яратиш;

академик лицей ва касб-ҳунар коллежларида ишлайдиган ўқитувчилар ва педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш учун таълим муассасаларини ташкил этиш ҳамда уларнинг самарали ишлашини таъминлаш;

олий таълим муассасалари тизимини Миллий дастур талабларига биноан ислоҳ қилиш, бу борада тегишли давлат таълим стандартларини яратиш ва жорий этиш;

мактабгача таълим ва тарбия муассасалари фаолиятини такомиллаштириш, болалар тарбиясида ва уларни мактабга тайёрлашда оила, маҳалла ҳамда жамоат ташкилотларининг масъулиятини ошириш;

таълим муассасаларини зарур дарсликлар ва адабиётлар билан таъминлаш, бу ишга йирик олимлар, юқори малакали мутахассисларни жалб этиш, таълим ва илм-фан соҳасининг нашриёт базасини ривожлантириш;

профессор ва педагог кадрларни ривожланган мамлакатлардаги етакчи таълим муассасаларида тайёрлаш ва малакасини ошириш мақсадида махсус Республика жамғармаси ташкил этиш ва унинг фаолиятини таъминлаш;

узлуксиз таълим тизимида чет тилларни фаол ўргатиш учун зарур шароит яратиш, уларни ўргатишнинг жадаллаштирилган услубларини жорий этиш, ўзбекча-чет тиллар луғатларини, давлат тилидаги махсус адабиётларни нашр этиш;

узлуксиз таълим соҳаси ўқитувчилари ва педагог кадрларини ижтимоий ҳимоя қилиш ва қўллаб-қувватлаш, уларнинг меҳнатига ҳақ тўлаш ва рағбатлантириш тизимини қайта кўриб чиқиш бўйича таклифлар ишлаб чиқиш;

таълим муассасаларини аттестациядан ўтказиш ва аккредитациялаш, кадрлар тайёрлашнинг малака талабларини аниқлаш ҳамда сифатини баҳолаш ишларини ташкил қилиш ва мувофиқлаштириш бўйича таълим тизими бошқарувига боғлиқ бўлмаган ягона давлат хизматини ташкил этиш;

таълимни ахборот билан таъминлаш тизимини шакллантириш ва ривожлантириш, уни жаҳон ахборот тизими билан боғлаш, оммавий ахборот воситаларининг таълим соҳасидаги вазифаларини белгилаш;

касб-хунар таълими соҳасида кадрларга бўлган талаб ва таклифни ўрганишни ташкил этиш, таълим хизмати кўрсатиш ва касбий меҳнатнинг рақобатга асосланган бозорини ҳамда кадрлар тайёрлаш соҳасида маркетингни шакллантириш.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ПРЕЗИДЕНТИНИНГ

ҚАРОРИ

РЕСПУБЛИКА АҲОЛИСИНИ АХБОРОТ-КУТУБХОНА БИЛАН ТАЪМИНЛАШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ТЎҒРИСИДА

(Ўзбекистон Республикаси қонун ҳужжатлари тўплами, 2006 й., 25-26-сон, 228-модда; 2013 й., 45-сон, 584-модда)

Замонавий талабларни ҳисобга олган ҳолда кутубхона тармоғини ташкил қилишни такомиллаштириш, ўсиб келаётган ёш авлоднинг интеллектуал эҳтиёжларини қондиришга, маданий, маънавий-ахлоқий кадриятларни сақлаб қолишга йўналтирилган принципиал янги ахборот марказларини барпо этиш, шунингдек аҳолини янада кенгрок ва тизимли ахборот билан таъминлаш учун зарур шарт-шароитлар яратиш мақсадида:

Олдинги таҳрирга қаранг.

1. Ўзбекистон Республикаси Маданият ва спорт ишлари вазирлиги, Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги, Халқ таълими вазирлиги, Алоқа, ахборотлаштириш ва телекоммуникация технологиялари давлат қўмитаси, Қорақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимликларининг:

(1-банднинг биринчи хатбошиси Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2013 йил 30 октябрдаги ПФ-4578-сонли Фармони таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 45-сон, 584-модда)

Ўзбекистон Республикаси Маданият ва спорт ишлари вазирлиги кутубхоналарини Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги, ОЎМТВнинг Ўрта махсус касб-ҳунар таълими маркази, Халқ таълими вазирлиги ихтиёрига ўтказиш йўли билан олий ва ўрта махсус таълим муассасалари ва умумтаълим мактаблари ҳузурида ахборот-ресурс марказларини тузиш;

Олдинги таҳрирга қаранг.

Қорақалпоғистон Республикасининг Республика кутубхонаси, вилоятлар илмий-универсал кутубхоналари, шунингдек Тошкент шаҳар марказий кутубхонаси негизида идоравий жиҳатдан Алоқа, ахборотлаштириш ва телекоммуникация технологиялари давлат қўмитасига бўйсунувчи Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ахборот-кутубхона марказларини ташкил этиш тўғрисидаги таклифлари қабул қилинсин.

(1-банднинг учинчи хатбошиси Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2013 йил 30 октябрдаги ПФ-4578-сонли Фармони таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 45-сон, 584-модда)

2. Қуйидагилар ахборот-ресурс марказларининг асосий вазифалари этиб белгилансин:

таълим муассасалари ўқувчилари ҳамда аҳолининг замонавий ахборот технологияларидан фойдаланган ҳолда мунтазам таълим олиши ва мустақил равишда таълим олишига кўмаклашиш;

миллий маънавий-ахлоқий кадриятларни кенг кўламда тарғиб қилиш, халқнинг маданий-тарихий меросидан баҳраманд бўлишни таъминлаш, маънавий бой ва уйғун камол топган шахснинг ижодий ўсиши учун имконият яратиб бериш;

янги ахборот технологиялари (маълумотлар электрон базалари, интернет ресурслари) асосида аҳолига ахборот хизмати кўрсатиш;

маданий, таълим, ахборот ҳамда бошқа дастур ва лойиҳаларни биргаликда амалга ошириш учун таълим муассасалари, маҳаллий ўзини ўзи бошқариш органлари, миллий маданият марказлари билан ҳамкорликни ривожлантириш.

3. Ахборот-кутубхона марказлари зиммасига:

аҳолига ахборот-кутубхона хизмати кўрсатишни сифат жиҳатидан янги даражага кўтариш, унинг илмий, таълим, ахборот ва маданият соҳасидаги қизиқишларини замонавий ахборот технологиялари асосида тезкорлик билан қондириш;

китобхонларга анъанавий кутубхона хизмати кўрсатишдан ўз ахборот ресурсларини яратиш ва жаҳон илмий-таълим ахборот ресурсларидан фойдаланиш имкониятини бериш йўли билан ахборот-кутубхона хизмати кўрсатишга ўтишни таъминлаш;

универсал ахборот ресурслари, миллий ва хорижий нашрлар (босма, аудиовизуал, электрон ва бошқа) фондларни шакллантириш, сақлаш ва фойдаланиш учун бериш;

йиғма электрон каталог ёрдамида ахборот ресурсларини бирлаштирувчи электрон кутубхоналар ва маълумот базаларини яратиш;

жойларда ахборотлаштириш ва кутубхоначилик иши соҳасидаги ахборот-ресурс марказлари фаолиятини мувофиқлаштириш ҳамда ташкилий-методик жиҳатдан таъминлаш вазифаси юклансин.

4. Қуйидагилар:

ахборот-ресурс тармоғи ва ахборот-кутубхона марказлари схемаси 1-иловага мувофиқ;

ахборот-ресурс ва ахборот-кутубхона марказларини яратиш топшириғи 2-иловага* мувофиқ;

республика ахборот-кутубхона тизими фаолиятини мувофиқлаштириш бўйича Идоралараро кенгаш таркиби 3-иловага* мувофиқ тасдиқлансин.

* 2 ва 3-иловар берилмайди.

5. Республика ахборот-кутубхона тизими фаолиятини мувофиқлаштириш бўйича Идоралараро кенгаш:

бир ой муддатда белгиланган тартибда кутубхоналарни, 4-иловага* мувофиқ, Ўзбекистон Республикаси Маданият ва спорт ишлари вазирлиги тизимидан Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги, ОЎМТВнинг Ўрта махсус касб-хунар таълими маркази, Халқ таълими вазирлиги ҳамда Ўзбекистон Алоқа ва ахборотлаштириш агентлиги ихтиёрига бепул ўтказишни ҳамда улар оқилона қайта ташкил этилишини;

* 4-илова берилмайди.

икки ой муддатда барча кутубхона фондларини замонавий талабларни ҳисобга олган ҳолда қайта рўйхатдан ўтказиш учун эксперт комиссиялари тузилишини;

икки ой муддатда ахборот-кутубхона ва ахборот-ресурс марказлари ишини белгилаб берувчи тегишли норматив ҳужжатлар ишлаб чиқилишини;

ахборот-кутубхона ва ахборот-ресурс марказлари танлов асосида малакали кадрлар билан тўлдирилишини;

ахборот-кутубхона ва ахборот-ресурс марказлари юксак самара билан фаолият кўрсатишини ҳамда аҳолининг барча қатламлари улардан бемалол фойдалана олишларини таъминласин.

Вазирлар Маҳкамаси бир ой муддатда Идоралараро кенгаш тўғрисидаги низомни ишлаб чиқсин ва тасдиқласин.

Амалга оширилган ишларнинг якунлари тўғрисида 2006 йилнинг 1 декабригача Ўзбекистон Республикаси Президенти девонига маълумот берилсин.

6. Белгилансинки, ахборот-кутубхона ва ахборот-ресурс марказлари фаолиятини молиялаштириш давлат бюджети маблағлари ва ҳомийларнинг маблағлари ҳисобидан амалга оширилади.

Ўзбекистон Республикаси Молия вазирлиги Иқтисодиёт вазирлиги билан биргаликда 2007 йилнинг январидан бошлаб ахборот-кутубхона ва ахборот-ресурс марказларида электрон кутубхоналарни ташкил қилган ҳамда илғор ахборот технологияларини тадбиқ этган ҳолда ушбу марказларни компьютерлаштириш учун зарур маблағлар ажратилишини назарда тутсин.

Қорақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимликлари ахборот-ресурс марказларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлашга қўмаклашишни таъминласин.

Олдинги таҳрирга қаранг.

7. Алоқа, ахборотлаштириш ва телекоммуникация технологиялари давлат қўмитаси зиммасига:

(7-банднинг биринчи хатбошиси Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2013 йил 30 октябрдаги ПФ-4578-сонли Фармони таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 45-сон, 584-модда)

ахборот-кутубхона марказларини белгиланган тартибда «ZiyoNET» ахборот тармоғига босқичма-босқич улаш ва уларнинг ресурсларига аҳоли кенг қатламларининг киришини таъминлаш;

электрон кутубхоналар тизимини ривожлантириш, кутубхона ахборот ресурсларини тизимлаштириш вазифаси юклансин.

8. 2006-2007 ўқув йилидан бошлаб Тошкент давлат маданият институти ва Тошкент ахборот технологиялари университетиди «ахборотлаштириш ва кутубхонашунослик» таълим йўналиши бўйича бакалавриат кадрлари ҳамда магистратура тегишли мутахассисликлари бўйича кадрлар тайёрлаш назарда тутилганлиги маълумот учун қабул қилинсин.

Олдинги таҳрирга қаранг.

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги, Маданият ва спорт ишлари вазирлиги ҳамда Алоқа, ахборотлаштириш ва телекоммуникация технологиялари давлат қўмитаси:

(8-бандининг иккинчи хатбошиси Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2013 йил 30 октябрдаги ПФ-4578-сонли Фармони таҳририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 45-сон, 584-модда)

бир ой муддатда ахборот-кутубхона ва ахборот-ресурс марказлари кадрларини қайта тайёрлаш ҳамда малакасини оширишга нисбатан қўйиладиган талабларни ишлаб чиқсин ва тасдиқласин;

электрон дарсликлар ва кутубхоналар, мультимедиа тизимлари ва дастурлари яратилишини таъминласин.

9. Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги тегишли вазирликлар ва идоралар билан биргаликда бир ой муддатда қонун ҳужжатларига ушбу қарордан келиб чиқадиган ўзгартиш ва қўшимчалар тўғрисида Вазирлар Маҳкамасига таклифлар киритсин.

10. Мазкур қарорнинг ижросини назорат қилиш Ўзбекистон Республикаси Бош вазири Ш.М. Мирзиёев зиммасига юклансин.

Ўзбекистон Республикаси Президенти И. КАРИМОВ

Тошкент ш.,

2006 йил 20 июнь,

ПҚ-381-сон

Ўзбекистон Республикаси
Президентининг 2006 йил 20 июндаги
ПҚ-381-сонли қарорига
1-ИЛОВА

Ахборот-ресурс ва ахборот-кутубхона марказлари тармоғи схемаси

Олдинги тахрирга қаранг.

(1-илова Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2013 йил 30 октябрдаги ПФ-4578-сонли Фармони тахририда — ЎР ҚХТ, 2013 й., 45-сон, 584-модда)

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ПРЕЗИДЕНТИНИНГ

ФАРМОНИ

ЎЗБЕКИСТОН ИЖОДКОР ЁШЛАРИНИ ДАВЛАТ ЙЎЛИ БИЛАН ҚЎЛЛАБ-ҚУВВАТЛАШ ЧОРАЛАРИ ТЎҒРИСИДА

(Ўзбекистон Республикаси Олий Кенгашининг Ахборотномаси, 1992 й., 11-сон, 436-модда)

Ижодкор ёшларнинг маънавий камол топиш шароитларини яхшилаш, уларнинг фаолиятини кучайтириш ҳамда республиканинг маданий техникавий потенциалига қўшадиган ҳиссасини ошириш мақсадида:

1. Қорақалпоғистон Республикасининг Вазирлар Кенгаши, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимликлари 1993 йилнинг 1 сентябригача бўлган муддат ичида Нукус шаҳрида, барча вилоят марказларида республика ёшларининг энг муҳтож қисми учун 30 хонали, Тошкент шаҳрида эса 60 хонали уй-жой биноларини лойиҳалаш ва қуришни таъминласинлар.

Ўзбекистон Республикаси Президенти ҳузуридаги Вазирлар Маҳкамаси ана шу уйлардаги турар жойларни тегишли ижодий уюшмалар ва илмий ташкилотларнинг тавсиялари асосида бериш тартибини ўрнатсин.

Ўзбекистон Республикаси Истиқболни белгилаш ва статистика комитети ҳамда Молия вазирлиги Қорақалпоғистон Республикаси Вазирлар Кенгаши билан биргаликда, вилоятлар ва Тошкент шаҳар ҳокимликлари 10 кун муддат ичида мазкур уйларни, лойиҳалаш ҳамда қуришни пул билан таъминлаш манбаларига оид масалаларни кўриб чиқиб ҳал қилсинлар.

2. Ўзбекистон Республикасининг Халқ таълими, Олий ва ўрта махсус таълим, Соғлиқни сақлаш, Маданият ишлари вазирликларига, Кинематография давлат компаниясига ва Фанлар академиясига ижодий уюшмалар ҳамда бошқа манфаатдор вазирликлар ва идоралар билан биргаликда Вазирлар Маҳкамасига бир ой муддат ичида қуйидаги таклифларни киритиш топширилсин:

— ёш муаллифларнинг энг яхши асарлари ва илмий ишланмалар Давлат мукофотини таъсис этиш тўғрисида;

— республика мактаб олимпиадаларининг ижодкор ёшлар халқаро ва республика танловларининг ғолибларини моддий рағбатлантириш, уларни кириш имтиҳонларисиз ўз соҳаси бўйича олий ўқув юртларига қабул қилиш тўғрисида;

— аълочи талабалар ва аспирантлар учун Ўзбекистоннинг атоқли маданият арбоблари шарафига қўшимча стипендияларни таъсис этиш ҳақида;

— ижодкор ёшларнинг асарлари ва ишларини босиб чиқаришини яхшилаш тўғрисида;

— коммунал ва маиший хизмат ҳақини тўлашда, жамоат транспортдан фойдаланишда ижодкор ёшлар учун имтиёзлар бериш ҳақида;

— истеъдодли ёшларни чет элларда ўқиш ва малака ошириш учун юбориш тўғрисида.

3. Молия вазирлиги ва Ўзбекистон Республикасининг Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Бош солиқ бошқармаси 10 кун муддат ичида Вазирлар Маҳкамасига Ўзбекистон ижодий уюшмаларини асосий ишлаб чиқариш фаолияти бўйича солиқлардан озод қилиш ҳақида таклифлар киритсинлар.

4. Вазирлар Маҳкамаси 20 кун муддат ичида ушбу Фармонни бажаришга оид ташкилий чора-тадбирларни таъминловчи қарор қабул қилсин.

Ўзбекистон Республикасининг Президенти И. КАРИМОВ

Тошкент ш.,

1992 йил 28 август,

ПФ-461-сон

21. Талабалар билимини рейтинг тизими асосида баҳолаш

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ «ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ
ХИРУРГИЯ» КАФЕДРАСИ 4-КУРС ТАЛАБАЛАРИНИНГ ФАКУЛЬТЕТ
ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ БАҲОЛАШ
РЕЙТИНГ ТИЗИМИ ТЎҒРИСИДА

Н И З О М

Ушбу Низом Бухоро Давлат тиббиёт институтида «Талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисида низом» асосида (27 август 2009 йил, баённома № 1) ишлаб чиқилди ва ундан “Факултет ва госпитал хирургия” кафедраси талабалари билимини баҳолашда меъёрий ҳужжат сифатида фойдаланилади.

I. Умумий қоидалар

1. Талабалар билимини назорат қилиш ва рейтинг тизими орқали баҳолашдан мақсад таълим сифатини бошқариш орқали рақобатбардош кадрлар тайёрлашга эришиш, талабаларнинг фанларни ўзлаштиришида бўшлиқлар ҳосил бўлишини олдини олиш, уларни аниқлаш ва бартараф этишдан иборат.

2. Рейтинг тизимининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

а) талабаларда Давлат таълим стандартларига мувофиқ тегишли билим, кўникма ва малакалар шаклланганлиги даражасини назорат қилиш ва таҳлил қилиб бориш;

б) талабалар билими, кўникма ва малакаларини баҳолашнинг асосий тамойиллари: Давлат таълим стандартларига асосланганлик, аниқлик, ҳаққонийлик, ишончлилиқ ва қулай шаклда баҳолашни таъминлаш;

в) мазкур фаннинг талабалар томонидан тизимли тарзда ва белгиланган муддатларда ўзлаштирилишини ташкил этиш ва таҳлил қилиш;

г) талабаларда мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот ресурслари манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;

д) талабалар билимини холис ва адолатли баҳолаш ҳамда унинг натижаларини вақтида маълум қилиш;

е) талабаларнинг мазкур фан бўйича комплекс ҳамда узлуксиз тайёргарлигини таъминлаш;

ё) ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлаштиришга шароит яратиш.

3. Факултет хирургия фани бўйича талабалар билимини цикл давомида баҳолаб бориш рейтинг назорати жадваллари ва баҳолаш мезонлари асосида амалга оширилади.

II. Назорат турлари ва уни амалга ошириш тартиби

4. Назорат турлари, уни ўтказиш тартиби ва мезонлари кафедра мудири тавсияси билан факультет ўқув-услубий кенгашида муҳокама қилинди ва тасдиқланди ҳамда ушбу фаннинг ишчи ўқув дастурида машғулот турлари билан биргаликда кўрсатилди.

5. Рейтинг назорати жадваллари, назорат тури, шакли, сони ҳамда ҳар бир назоратга ажратилган мазкур фан учун максимал балл, шунингдек жорий ва оралик назоратларнинг саралаш баллари ҳақидаги маълумотлар ушбу фан бўйича биринчи машғулотда талабаларга эълон қилинади.

6. Талабаларнинг билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади:

жорий баҳолаш – талабанинг мазкур фан мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули ҳисобланади. Жорий назорат факультет хирургия фанининг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда, амалий машғулотларда оғзаки сўров, тест ўтказиш, вазиятли масалаларни ечиш каби шаклларда ўтказилади.

талабанинг мустақил иши ўқув режасида ушбу фанни ўзлаштириш учун белгиланган низом ва унинг режаси асосида талаба томонидан ҳар бир мавзуга рефератлар ёзиш, ҳамда уларни семинарларда муҳокама қилиш, баҳолаш асосида олиб борилади.

оралиқ баҳолаш – Факультет хирургия фани цикли давомида ўқув дастурининг тегишли ушбу (фаннинг бир неча мавзуларини ўз ичига олган) бўлими тугаллангандан кейин талабанинг билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаш усули ҳисобланади. Оралиқ назорат Факультет хирургия фанидан (цикл давомида 2 марта ёзма) ажратилган, унга соатлар ҳажмидан келиб чиққан ҳолда кафедра мажлисларида ўтказилади.

яқуний баҳолаш – цикл якунида ушбу Факультет хирургия фани бўйича назарий билим ва амалий кўникмаларни талабалар томонидан ўзлаштириш даражасини баҳолаш усули ҳисобланди. Яқуний назорат асосан таянч тушунча ва ибораларга асосланган “Ёзма иш” ва тест ОТКС (объектив тизимлаштирилган клиник синов) шаклида ўтказилади.

7. Факультет хирургия фанидан оралик назоратни ўтказиш жараёни кафедра мудири ёки масъул доцент томонидан тузилган комиссия иштирокида даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, оралик назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда оралик назорат қайта ўтказилади.

8. Институт раҳбарининг буйруғи билан ички назорат ва мониторинг бўлими раҳбарлигида тузилган комиссия иштирокида Факультет хирургия фанидан яқуний назоратни ўтказиш жараёни даврий равишда ўрганиб борилади ва уни ўтказиш тартиблари бузилган ҳолларда, яқуний назорат натижалари бекор қилиниши мумкин. Бундай ҳолларда яқуний назорат қайта ўтказилади.

III. Баҳолаш тартиби ва мезонлари

10. Талабаларнинг билим савияси, кўникма ва малакаларини назорат қилишнинг рейтинг тизими асосида талабанинг Факультет хирургия фани бўйича ўзлаштириш даражаси баллар орқали ифодаланади.

11. Факультет хирургия фани бўйича талабанинг цикл давомидаги ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади.

Ушбу 100 балл назорат турлари бўйича қуйидагича тақсимланади:

жорий баҳолаш - 45 балл;

оралиқ баҳолаш – 20 балл;

мустақил иш - 5 балл;

яқуний баҳолаш – 30 балл;

Тиббиёт институти талабаларини ўқитиш услубларини ўзига хослигини инобатга олган ҳолда билимини баҳолашда ЖБ, ТМИ, ОБ, ва ЯБ ларнинг қийматини ҳисобга олиш учун коэффициентни қўлланилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1.	Жорий баҳолаш	45	24,75	0,45
2.	ТМИ	5	2.75	0,05
3.	Оралиқ баҳолаш	20	11,0	0,2
4.	Яқуний баҳолаш	30	16,5	0,3
	ЖАМИ	100	55,0	1

12. Талабанинг рейтинг дафтарчасига алоҳида қайд қилинадиган мазкур фан бўйича яқуний назорат 100 баллик тизимда баҳоланади.

13. Талабанинг Факултет хирургия фани бўйича ўзлаштириш кўрсаткичини назорат қилишда қуйидаги намунавий мезонлар тавсия этилади:

а) 86-100 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

хулоса ва қарор қабул қилиш;

ижодий фикрлай олиш;

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

б) 71-85 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

мустақил мушоҳада юрита олиш;

олган билимларини амалда қўллай олиш;

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) 55-70 балл учун талабанинг билим даражаси қуйидагиларга жавоб бериши лозим:

моҳиятини тушуниш;

билиш, айтиб бериш;

тасаввурга эга бўлиш.

в) қуйидаги ҳолларда талабанинг билим даражаси 0-54 балл билан баҳоланиши мумкин:

аниқ тасаввурга эга бўлмаслик;

билмаслик.

14. Намунавий мезонлар асосида Факультет хирургия фанидан жорий ва оралиқ назоратлар бўйича аниқ мезонлар ишлаб чиқилди, кафедра мудири томонидан тасдиқланди ва талабаларга ҳар бир цикл бошида ўқиб эшиттирилади.

16. Талабаларнинг Факультет хирургия фани бўйича мустақил иши жорий, оралиқ ва якуний назоратлар жараёнида тегишли топшириқларни бажариши ва унга ажратилган баллардан келиб чиққан ҳолда баҳоланади.

17. Талабанинг фан бўйича рейтинги қуйидагича аниқланади:

$$R_f = \frac{V \cdot O'}{100}$$

бу ерда:

V – семестрда фанга ажратилган умумий ўқув юклар маси (соатларда);

O' – фан бўйича ўзлаштириш даражаси (балларда).

18. Факультет хирургия фани бўйича жорий, оралиқ ва якуний назоратларнинг ҳар бирига ажратилган баллнинг 55 фоизи саралаш балл этиб белгиланади.

Жорий ва оралиқ назоратларнинг ҳар бирига ажратилган баллнинг саралаш балини 55 фоизидан ортиқ балл тўплаган барча талабалар мазкур фан бўйича якуний назоратга киритилади.

Агар талаба якуний назоратда шу назорат тури бўйича саралаш балидан юқори балл тўпласа, бу балл жорий ва оралик назоратларда тўпланган балларга қўшилади. Акс ҳолда талаба Факултет хирургия фани бўйича ўзлаштирмаган ҳисобланади.

19. Талабанинг цикл давомида Факултет хирургия фани бўйича тўплаган умумий бали ҳар бир назорат туридан белгиланган қоидаларга мувофиқ тўплаган баллари йиғиндисига тенг.

IV. Назорат турларини ўтказиш муддати

20. Оралик ва якуний назорат турлари календар тематик режага мувофиқ деканат томонидан тузилган рейтинг назорат жадваллари асосида ўтказилади. Якуний назорат семестрнинг охирги 2 ҳафтаси мобайнида ўтказилади.

21. Жорий ва оралик назоратларда саралаш баллидан кам балл тўплаган ва узрли сабабларга кўра назоратларда қатнаша олмаган талабага қайта топшириш учун, навбатдаги шу назорат туригача, сўнгги жорий ва оралик назоратлар учун якуний назоратгача бўлган муддат берилади.

Белгиланган муддатларда топширилмаган жорий ва оралик назорат баллари кейинги баҳолаш балларига қўшилмайди ва қайта топширишга рухсат берилмайди.

Касаллиги сабабли дарсларга қатнашмаган ҳамда белгиланган муддатларда жорий, оралик ва якуний назоратларни топшира олмаган талабаларга факультет декани фармойиши асосида, ўқишни бошлаганидан сўнг икки ҳафта муддатда топширишга рухсат берилади.

22. Цикл якунида мазкур фан бўйича жорий, оралик якуний ёки ТМИ назорат турларини ҳар бири бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши қониқарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Академик қарздор талабаларга семестр тугганидан кейин қайта ўзлаштириш учун 2 ҳафта муҳлат берилади. Шу муддат давомида ушбу фанни ўзлаштира олмаган талаба, факультет декани тавсиясига кўра белгиланган тартибда ректорнинг буйруғи билан талабалар сафидан четлаштирилади.

23. Талаба назорат натижаларидан норози бўлса, ушбу фан бўйича назорат тури натижалари эълон қилинган вақтдан бошлаб бир кун мобайнида факультет деканига ариза билан мурожаат этиши мумкин. Бундай ҳолда факультет деканининг тақдимномасига кўра ректор буйруғи билан 3 (уч) аъзодан кам бўлмаган таркибда апелляция комиссияси ташкил этилади.

Апелляция комиссияси талабаларнинг аризаларини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида хулосасини билдиради.

24. Баҳолашнинг ўрнатилган талаблар асосида белгиланган муддатларда ўтказилиши ҳамда расмийлаштирилиши факультет декани, кафедра мудири, ўқув бўлими ҳамда ички назорат ва мониторинг бўлими томонидан назорат қилинади.

V. Рейтинг натижаларини қайд қилиш ва таҳлил этиш тартиби

25. Талабанинг мазкур фан бўйича назорат турларида тўплаган баллари цикл якунида рейтинг қайдномасига бутун сонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг “Ўқув режасида ажратилган соат” устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, “Фандан олинган баҳо” устунига эса 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг саралаш балидан паст бўлган ўзлаштириши рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

26. Мазкур фан бўйича ўтказиладиган назорат турларининг натижалари гуруҳ ва профессор-ўқитувчи журналлари ҳамда қайдномада қайд этилади ва (назорат тури ёзма иш шаклида ўтказилган бўлса, 2 (икки) кун муддат ичида) талабалар эътиборига етказилади.
27. Якуний назорат натижаларига кўра деканат талабаларнинг мазкур фан бўйича рейтингини аниқлайди ҳамда рейтинг дафтарча ва қайдноманинг тегишли қисмини тўлдиради.
28. Талабанинг рейтингини унинг билими, кўникмаси ва малакалари даражасини белгилайди.
29. Жорий, оралиқ ва якуний назорат натижалари “Факултет ва госпитал хирургия” кафедра йиғилишларида, муҳокама этиб борилади ва тегишли қарорлар қабул қилинади.
- Факултет хирургия фанидан 4-курс талабаларининг билимини баҳолаш рейтинг тизими тугрисида Низом «Факултет ва Госпитал хирургия» кафедраси мажлисининг « 03 » сентябр 2012 йилда муҳокама қилиниб, 3-сонли баённома билан тасдиқланган.

Талаба мустақил ишини ташкил этиш,
назорат қилиш ва баҳолаш тартиби тўғрисида

Намунавий Низом

Умумий қоидалар

Мазкур Низом Ўзбекистон Республикаси Вазирлар маҳкамасининг 2001 йил 16 августдаги «Олий таълимнинг давлат таълим стандартларини тасдиқлаш тўғрисида»ги 343 сонли қарорига мувофиқ кадрлар тайерлаш сифатини назорат қилишда талабаларнинг мустақил ишларини ташкил этиш, назорат қилиш ва баҳолаш тартибини белгилайди.

Талабанинг мустақил иши укув режасида муайян фанни узлаштириш учун белгиланган укув ишларининг ажралмас қисми бўлиб, у услубий ва ахборот ресурслари жиҳатдан таъминланади, ҳамда бажарилиши рейтинг тизими талаблари асосида назорат қилинади.

Институтда талабанинг ҳафталик мустақил ишларининг умумий ҳажми бакалавриятнинг кундузги бўлимида 22 соатни ташкил этади.

Укув семестри якунида талабанинг мустақил иши буйича тупланган рейтинг баллари ҳар бир фан буйича аудиториядаги укув ишларига берилган рейтинг баллари билан биргаликда гуруҳ рейтинг қайдномасида, талабанинг рейтинг дафтарчасида ва уқиш якунида битирувчига тақдим этиладиган диплом иловасида қайд этилади.

Талаба мустақил ишининг мақсад ва вазифалари

Талаба мустақил ишининг асосий мақсади – уқитувчининг раҳбарлиги ва назорати остида талабада муайян укув ишларини мустақил равишда бажариш учун зарур бўлган билим ва қуникмаларни шакллантириш ва ривожлантириш.

Талаба мустақил ишининг вазифалари қуйидагилардан иборат:

- Янги билимларни мустақил тарзда пухта узлаштириш ва қуникмаларга эга бўлиш;
- керакли маълумотларни излаб топиш қулай усуллари ва воситаларини аниқлаш;
- ахборот манбалари ва манзилларидан самарали фойдаланиш;
- анъанавий укув ва илмий адабиётлар, меъерий ҳужжатлар билан ишлаш;
- электрон укув адабиётлар ва маълумотлар банки билан ишлаш;
- интернет тармогидан мақсадли фойдаланиш;
- берилган топшириқнинг рационал ечимини белгилаш;

- маълумотлар базасини таҳлил этиш;
- иш натижаларини экспертизага тайерлаш ва эксперт хулосаси асосида кайта ишлаш;
- топшириқларни бажаришда тизимли ва ижодий ендошиш, ишлаб чикилган ечим, лойиха еки гојани асослаш, мутахассислар жамоасида химоя килиш.

Талаба мустақил ишининг ташкилий шакллари

Талаба мустақил ишини ташкил этишда муайян фан (курс)нинг хусусиятларини, шунингдек хар бир талабанинг академик узлаштириш даражаси ва кобилиятини хисобга олган холда куйидаги шакллардан фойдаланилади:

- касаллик тарихини ёзиш ва уни химоя килиш;
- айрим аъзоларнинг моделлари ва муляжларини ясаш;
- аъзолар ва уларнинг тузилиши расмлари ва схемаларини чизиш;
- айрим назарий мавзуларни укув адабиетлари ердамида мустақил узлаштириш;
- берилган мавзу буйича ахборот (реферат) тайерлаш;
- семинар ва амалий машгулотларга тайергарлик куриш;
- лаборатория ишларини бажаришга тайергарлик куриш;
- назарий билимларни амалиетда куллаш;
- амалиетдаги мавжуд муаммоларнинг ечимини топиш (кейс - стади);
- илмий макола, анжуманга маъруза тезисларини тайерлаш;

Укитилаетган фаннинг хусусиятларидан келиб чиккан холда, талаба мустақил ишини ташкил этишда бошка шакллардан хам фойдаланиши мумкин.

Ўкув фанлари намунавий ва ишчи дастурларда талаба мустақил ишининг шакли, мазмуни ва хажми ифода этилади.

Талаба мустақил иши учун ажратилган вақт бюджетига мос равишда хар бир фан буйича тегишли кафедраларда мустақил ишнинг ташкилий шакллари, топшириқлар вариантлари ишлаб чикилади ва факультет илмий - услубий кенгашида тасдикланади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар буйича талабаларга зарурий методик кулланма, курсатма ва тавсиялар ишлаб чикилади.

Талаба мустақил ишининг ахборот таъминоти

Талаба учун муайян фан буйича мустакил иш топшириклари тегишли кафедра профессори (еки етакчи доцент) томонидан укув машгулотларини бевосита олиб борувчи уқитувчи билан биргаликда тузилади, ҳамда кафедра мудирини томонидан тасдиқланади. Талабага берилган топширикда мустакил ишни бажариш буйича дастлабки курсатма ва тавсиялар кайд этилади.

Мустакил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва укув кулланмалар, методик кулланма ва курсатмалар, маълумотлар туплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, интернет тармогидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу буйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

Кафедра мудирини ва тегишли факультет декани такдимномаси асосида институт раҳбарияти талабаларга мустакил ишларни бажариш учун зарурий ахборот манбаа ва воситаларини белгилайди, талабаларга турли кутубхоналар, музейлар, тармок муассасалари ва корхоналаридан мустакил иш учун зарурий маълумотлар туплаш юзасидан суровнома хатларини расмийлаштириб беради.

Олий таълим муассасаси раҳбарияти томонидан талабаларга мустакил ишларни уз вақтида бажариш учун компьютер техникаси ва интернет тармогидан самарали фойдаланиш учун шарт – шароитлар яратиб берилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш ва баҳолаш.

Хар бир фан буйича талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш юқламаси (ишчи укув режасининг 10 устунда келтирилган) профессор – уқитувчи шахсий иш режасининг ташкилий - услубий булимида (1540 соат доирасида) кайд этилади.

Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш тузиладиган ва факультет декани томонидан тасдиқланган консултациялар жадвали асосида амалга оширилади.

Талаба мустақил иши буйича консултация соатлари гуруҳ журналида кайд этиб борилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш укув машгулотларини бевосита олиб борувчи уқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг курсатгичлари, шу жумладан мустақил иш буйича , анъанавий гуруҳ рейтинг ойнасида ва (ёки) факультетнинг махсус электрон тармогида ёритиб борилади.

Талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари тегишли кафедра томонидан белгиланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга укув йили

(семестри) бошланиши олдида методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш буйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам туплаган талаба фан буйича якуний назоратга қуйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари буйича узлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида , кафедра йигилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

Талаба мустақил иши кафедра архивида руйхатга олинади ва укув йили мобайнида сакланади.

Олий таълим муассасаларида юкори даражада бахоланган талабанинг мустақил ишлари маънавий ва моддий жихатдан рағбатлантирилади.

Институт илмий кенгашида тасдиқланган. «_30_»__08_____2012й Баённома №_1_____

Бухоро давлат тиббиёт институти “Факултет ва госпитал хирургия” кафедрасида

Факултет хирургия фанидан талабалар мустақил ишини

ташкил этиш ва назорат қилиш бўйича

ЙЎРИҚНОМА

Кадрлар тайёрлаш миллий дастурида чуқур назарий ва амалий билимлар билан бир қаторда танлаган соҳаси бўйича мустақил фаолият кўрсата оладиган, ўз билими ва малакасини мустақил равишда ошириб борадиган, масалага ижобий ёндошган ҳолда муаммоли вазиятларни тўғри аниқлаб, таҳлил қилиб, шароитга тез мослаша оладиган мутахассисларни тайёрлаш асосий вазифалардан бири сифатида белгиланган.

Маълумки, ахборот ва билимлар доираси тез суръатлар билан кенгайиб бораётган ҳозирги шароитда барча маълумотларни фақат дарс машғулотлари пайтида талабаларга етказиш қийин.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, талаба мустақил равишда шуғулланса ва ўз устида тинимсиз ишласагина билимларни чуқур ўзлаштириши мумкин. Талабаларни асосий билим, кўникма ва малакалари мустақил таълим жараёнидагина шаклланади, мустақил фаолият кўрсатиш қобилияти ривожланади ва уларда ижодий ишлашга қизиқиш пайдо бўлади.

Шунинг учун талабаларнинг мустақил таълим олишларини режалаштириш, ташкил қилиш ва бунинг учун барча зарурий шарт-шароитларни яратиш, дарс машғулотларида талабаларни ўқитиш билан бир қаторда уларни кўпроқ ўқишга ўргатиш, билим олиш йўлларини кўрсатиш, мустақил таълим олиш учун йўлланма бериш профессор-ўқитувчиларнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади.

Ҳар бир профессор-ўқитувчи дастлаб талабада ўз қобилияти ва ақлий имкониятларига ишонч уйғотиш, уларни сабр-тоқат билан, босқичма-босқич мустақил билим олишни тўғри ташкил қилишга ўргатиб бориши лозим бўлади. Талабалар томонидан мустақил равишда ўзлаштириладиган билим ва кўникмаларнинг курсдан-курсга мураккаблашиб, кенгайиб боришини ҳисобга олган ҳолда уларнинг ташаббускорлиги ва ролини ошириб бориш зарур. Шунда мустақил таълимга кўника бошлаган талаба фақат ўқитувчи томонидан белгилаб берилган ишларни бажарибгина қолмай, ўзининг эҳтиёжи, қизиқиши ва қобилиятига қараб, ўзи зарур деб ҳисоблаган қўшимча билимларни ҳам мустақил равишда танлаб ўзлаштиришга ўрганиб боради.

Талаба мустақил иши (ТМИ) – Факултет хирургия фанидан ўқув дастурида белгиланган билим, кўникма ва малаканинг маълум бир қисмини талаба томонидан фан ўқитувчиси маслаҳати ва тавсиялари асосида аудитория ва аудиториядан ташқарида ўзлаштиришига йўналтирилган тизимли фаолиятдир.

Талабалар мустақил ишларининг шакли ва ҳажмини белгилашда қуйидаги жиҳатлар эътиборга олиниши лозим:

- ўқитиш босқичи;
- Факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусияти ва ўзлаштиришдаги қийинчилик даражаси;
- талабанинг қобилияти ҳамда назарий ва амалий тайёргарлик даражаси (таянч билими);
- Факултет хирургия фанининг ахборот манбалари билан таъминланганлик даражаси;
- талабанинг ахборот манбалари билан ишлай олиш даражаси.

Мустақил иш учун бериладиган топшириқларнинг шакли ва ҳажми, қийинчилик даражаси семестрдан-семестрга кўникмалар ҳосил бўлишига мувофиқ равишда ўзгариб, ошиб бориши лозим. Яъни, талабаларнинг топшириқларни бажаришдаги мутақиллиги даражасини аста-секин ошириб, уларни топшириқларни бажаришга тизимли ва ижодий ёндашишга ўргатиб бориш керак бўлади.

Факултет хирургия фанидан ТМИни ташкил қилишда талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш лозим:

Факултет хирургия фанидан мустақил иш календар-тематик режасидаги мавзулар бўйича ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш, ўқув манбалари билан ишлаган ҳолда реферат тайёрланади ва улар семинар шаклида муҳокама қилинади;

Мавзуни мустақил ўзлаштириш. Фаннинг хусусияти, талабаларнинг билим даражаси ва қобилиятига қараб ишчи ўқув дастурига киритилган алоҳида мавзулар талабаларга мустақил равишда ўзлаштириш учун топширилади. Бунда мавзунинг асосий мазмунини ифодалаш ва очиб беришга хизмат қиладиган саволларга эътибор қаратиш, асосий адабиётлар ва ахборот манбаларини кўрсатиш лозим.

Топшириқни бажариш жараёнида талабалар мустақил равишда ўқув адабиётларидан фойдаланиб ушбу мавзуни конспектлаштирадилар, таянч ибораларнинг моҳиятини англаган ҳолда мавзуга тааллуқли

саволларга жавоб тайёрлайдилар. Зарур ҳолларда (ўзлаштириш қийин бўлса, саволлар пайдо бўлса, адабиётлар етишмаса, мавзуни тизимли баён эта олмаса ва ҳ.к.) ўқитувчидан маслаҳатлар оладилар. Мустақил ўзлаштирилган мавзу бўйича тайёрланган матн кафедрада ҳимоя қилинади.

Реферат тайёрлаш. Талабага қийинчилик даражаси унинг шахсий имкониятлари, қобилияти ва билим даражасига мувофиқ бўлган бирор мавзу бўйича реферат тайёрлаш топширилади. Бунда талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва ҳ.к.) фойдаланиб материаллар йиғади, таҳлил қилади, тизимга солади ва мавзу бўйича имкон даражасида тўлиқ, кенг маълумот беришга ҳаракат қилади. Зарур ҳолларда ўқитувчидан маслаҳат ва кўрсатмалар олади.

Яқунланган реферат кафедрада экспертлар иштирокида ҳимоя қилинади.

Амалий мазмундаги ностандарт масалаларни ечиш ва ижодий ишлаш. Бир мавзу ёки бўлим бўйича ностандарт, алоҳида ёндашиш талаб қилинадиган, назарий аҳмиятга эга бўлган амалий топшириқлар, ижодий ёндашиш талаб қилинадиган илмий-ижодий вазифалар, моделлар, макетлар, намуналар яратиш вазифаси топширилиши мумкин. Амалий топшириқлар масалани ҳал қилишнинг оптимал вариантларини излашга ва топишга қаратилган бўлиши керак.

Талабанинг қизиқиш ва қобилиятига қараб, унга илмий характердаги топшириқлар бериш, ўқитувчи билан ҳамкорликда илмий мақолалар тайёрлаш ва чоп эттириш мумкин.

Факултет хирургия клиникасида навбатчилик қилиш ва касаллик тарихи ёзиш. Талаба клиникада навбатчи врач билан биргаликда цикл давомида 2 марта тунги навбатчилик қилади. Навбатчилик вақтида беморларни қабул қилишда, беморларни кўрувида, шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишда, хирургик муолажалар ва ҳ.к. да актив иштирок этиб, қилинган ишлар бўйича кундалик тўлдиради.

Факултет хирургия фанини ўқиш цикли давомида бир бемор учун касаллик тарихи ёзилиб, кафедрада ҳимоя қилинади. Касаллик тарихи ёзишда факултет хирургия фанининг ўзига хос хусусиятларидан келиб чиқиб, тартибига риоя қилиши эътиборга олинади.

Касаллик тарихи ҳимоясида талабанинг касаллик анамнезини тўла ёритиши, клиник ва лаборатор текширувларни таҳлил қила олишига, яқуний ташхисни асослай олишига, даво режасини тўғри тузиб, асослаши ва бошқаларга эътибор берилади.

Талабалар мустақил ишини самарали ташкил этиш:

тизимли ёндошиш;

барча босқичларини мувофиқлаштириш ва узвийлаштириш;

бажарилиши устидан қатъий назорат қилиш;

ташкил этиш ва назорат қилиш механизмларини такомиллаштириб бориш зарур.

Мустақил иш топшириқлари муваффақиятли яқунланиши учун қуйидаги талаблар бажарилиши лозим:

мақсад (билимни мустаҳкамлаш, янги билимларни ўзлаштириш, ижодий фаолликни ошириш, амалий кўникма ва малакаларни шакллантириш ва ҳ.к.) аниқ асосланиши;

вазифа ва топшириқларнинг аниқ-равшан белгиланиши;

топшириқларни бажариш алгоритми ва методларидан талабаларнинг етарли даражада хабардор бўлиши;

маслахат ва бошқа ёрдам турларининг тўғри белгиланиши (йўлланма ва кўрсатма бериш, мавзунинг мазмуни ва моҳиятини тушунтириш, муаммоли топшириқларни бажариш усуллари бўйича тушунча бериш, айрим муаммоли моментларни биргаликда ҳал қилиш ва ҳ.к.);

ҳисобот шакли ва баҳолаш мезонини аниқ белгилаш;

назорат вақти реферат тузишни аниқ белгилаб олиш.

Талабалар мустақил ишини шартли равишда иккига ажратиш мумкин:

Аудиторияда амалга оширилган ТМИлари. Ўтилган мавзуни қайта ишлаш, кенгайтириш ва мустахкамлашга оид топшириқлар бажарилади. Факултет хирургия фанидан айрим мавзулар бўйича вазият масалалари ва топшириқларни тайёрлаш, тест саволлари, мунозарали саволлар, кроссвордлар тузиш. Мустақил иш соатларида уйда мавзулар бўйича тайёрланган конспект ва рефератлар матнини кафедрада талабалар томонидан ҳимоя қилиниши.

Аудиториядан ташқарида амалга оширилган ТМИлари. Ўқув дастуридаги айрим мавзуларни мустақил ҳолда ўзлаштириш, уйга берилган вазифаларни бажариш, амалий ва лаборатория ишларига тайёргарлик кўриб келиш, ижодий ва илмий-тадқиқот характеридаги ишлар ва ҳ.к. Факултет хирургия фанидан айрим интернет маълумоларидан фойдаланиш, ўқув кўргазмали воситаларни тайёрлаш, янги мультимедиялар яратиш ва мустақил иш мавзулари бўйича тезис, мақолаларни таҳлил қилиш.

Биринчи тур ишлари талабаларнинг назарий ва амалий билимларини ўзлаштириб бориш даражаси, амалий машғулотларга (амалиёт, лаборатория, семинар дарслари) тайёргарлик савияси ва уй вазифаларининг бажарилиш сифатини текшириш мақсадида, одатда, назорат ишлари олиш, савол-жавоб, суҳбат, мунозара, амалий топшириқларни бажартириб кўриш ва ҳ.к. усулларда асосан амалиёт дарсларида назорат (жорий назорат) қилинади.

Жорий назоратда талабанинг дарс пайтида ўтилган материалларни ўзлаштириш ва уйга берилган вазифаларни бажаришдаги фаоллиги, бажариш савияси ва ўзлаштириш даражаси эътиборга олинади.

Иккинчи тур ишлар Факултет хирургия фанининг ишчи ўқув дастурида аудиториядан ташқарида ўзлаштирилиши белгиланган мавзу бўйича маълумот ва ахборотларни мустақил равишда излаб топиш, таҳлил қилиш, реферат тарзида расмийлаштириш кўринишида амалга оширилади. Реферат ишларини бажариш жараёни ва ўзлаштириш сифатининг назорати дарсдан ташқари пайтларда, махсус белгиланган семинар соатларида амалга оширилади.

Талабалар мустақил ишини баҳолаш. ТМИ натижалари амалдаги “ талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом”га асосан баҳолаб борилади.

“Факултет хирургия” фанидан рейтинг

ишланмаси ва баҳолаш мезонлари

Рейтинг ишланмаси.

№	Назорат турлари	Сони	Мах. балл	Коэф.	Жами балл
1.	Ж.Б.				
	1.1. Амалий машғулот	23	100	0,45	45
	1.2. Т.М.И.	23	100	0,05	5
2.	О.Н.				
	2.1.	2	100	0,2	20
3.	Я.Б.				
	3.1. Я.Б.	1			
	3.1.2.ОТКС		100	0,15	15
	3.1.3. Тест (50 та савол)		100	0,15	15
Жами:	49		100	1,0	100

Баҳолаш мезонлари

1. Амалий машғулотларда баҳолаш кафедра томонидан ҳар бир мавзу бўйича ишлаб чиқилган баҳолаш мезонлари асосида баҳоланади. Ҳар бир машғулот 100 баллик тизимда (86-100 аъло, 71-85 яхши, 55-70 коникарли) баҳоланади. Ўртача қиймати ҳисобланиб 0,45 коэффицентга кўпайтирилади.

2. Талабалар мустақил ишларининг бажарилиш ҳажми ва сифатига қараб 100 баллик тизимида баҳоланади, ўртача қиймати топилиб 0,05 коэффицентга кўпайтирилади.

3. Якуний баҳолаш икки босқичда ўтказилади:

1. ОТКС – амалий кўникма эгаллаш маҳорати 100 баллик тизимида баҳоланади ва 0,15 коэффицентга кўпайтирилади.

2. Тест синови – тест марказида ўтказилади, 50 тадан савол берилиб 100 баллик тизимда баҳоланади ва 0,15 коэффицентга кўпайтирилади.

4. Талабанинг ҳар бир назорат туридан йиғган баллари қўшилиб умумий балл топилади ва ўзлаштириши баҳоланади.

$$\text{ЖБ } 0,45 + \text{ТМИ } 0,05 + \text{ЯБ } 3,0 = \text{УЎ}$$

Техник корректор: каб.мудири Хусейнова Ш.Х.

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ФАКУЛЬТЕТ ВА
ГОСПИТАЛ

ХИРУРГИЯ КАФЕДРАСИ



“ТАСДИҚЛАЙМАН ”

Ўқув ва тарбиявий ишлари проректори

т.ф.д. _____ Г.Ж Жарилкасинова.

« ____ » _____ 2019 йил.

Даволаш ва Тиббий Педагогика факултетлари

4-курс талабалари учун

ФАКУЛЬТЕТ ХИРУРГИЯ

ФАНИДАН ЎҚУВ-УСЛУБИЙ

М А Ж М У А

Билим соҳаси:

500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

1297

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши

5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)



Бухоро -2019 йил.

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус
таълим вазирлиги

АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО
ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ

510000 – Соғлиқни Сақлаш, 5510100 – Даволаш иши йўналиши бўйича ўқув-услубий мажмуа ўқув режасига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Тузувчилар :

Мирходжаев И.А. – т.ф.н., доцент

Хамдамов Б.З. – т.ф.н., доцент

Тақризчилар:

Ш.Т.Ўроқов – “Хирургик касалликлар” кафедраси мудири, т.ф.д.

Б.Б Сафоев – “Умумий хирургия” кафедраси профессори, т.ф.д.

Ушбу мажмуа ўқув дастури ва ўқув режаси асосида хирургия йўналиши бўйича тузилган ва Бухоро давлат тиббиёт институти марказий услубий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган

Баённома № _____ ” _____ ” _____ 2019 йил.

Услубчи:

Жумаева Ш.Б.