

Қорин сохасидаги оғрик синдрому



“Хамма, ўзининг амалиётида кўп сонли «ўтқир корин» симптомлари бор беморлар билан дучор бўлса, эхтимол фикрларга қўшилишиадики, бу симптомлардаги эрта диагностика жуда мухимдир.”

Захари Коуп

Июнь 1921 й.

Терминлар

- Кўнгил айнаш- бу яқинлашиб келаяпган қусиш акти бажарилишини билдиради, бу хиссиётни томоғда ёки эпигастрал сохаларида ҳис қилади. Базида кўнгил айнаш қорин сохасида ёқимсиз бир ҳолат сифатида кўрилади.
- Қусиш – ошқозондаги, ингичка ичакдаги ва оғиздаги ички нарсаларни ихтиёрсиз равишда ташланиши. Шунингдек кўп сўлак ажралиши, кўкракдаги ва қориндаги мускулларнинг қисқариши, нафас олиш ритмининг бузилиши билан бирга содир булади.

Қорин соҳасидаги оғриқларнинг турлари

- Коликасимон оғриқлар — ошқозон ичи аъзоларининг ва ичакнинг ишиши кузатилади.
- Соматик оғриқлар — қорин бушлиғининг париетал қисмининг яллиғланишини чақиради.
- Висцерал оғриқлар — қориннинг висцерал қаватининг яллиғланиши билан ва аъзолар қаватини яллиғланишини чақиради.

кимёвий қўзғатиш:

- тешилувчи яра
- панкреонекроз
- ички ичак перфорацияси

бактериал зарарланиш:

- аппендикснинг перфорацияси
- Тос соҳасидаги аъзоларнинг яллиғланиши
- Йўгон ичак перфорацияси

Қориннинг париетал пардасини яллиғланиши

Бўшлиқдаги ички аъзоларнинг обструкцияси:

Ингичка ва йўгон ичак обструкцияси, сапро чиқарувчи йулларнинг, сийдик қопи, сийдик чиқариш найчалари

Қон-томирнинг бузилиши

- эмболия, қон-томирларнинг ёрилиши
- Буралиб қолинганда/ эзилганда ишемия,,
- анемия

Қорин бўшлиғида пайдо бўлувчи оғриқлар

Қорин бўшлиғининг олдинги девори касалликлари мускуллар патологияси,

Ички аъзолар капсулаларини чўзилиши : жигар, талоқ, буйракни

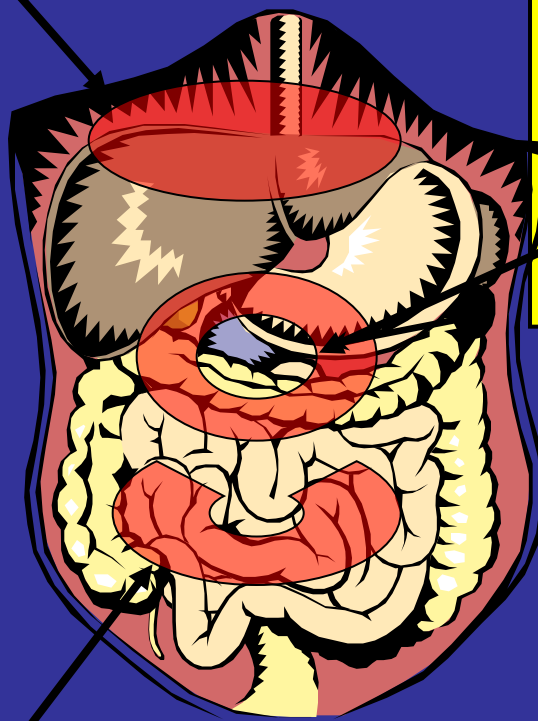
Ўтқир қорин оғриғини чақирувчи сабаблар, қорин аъзолари касалликлари

Ўтқир қорин оғриқларининг бошланиши

<p>Тўсатдан пайдо бўлиши</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ ички аъзоларнинг перфорациси ,❖ аорта аневризмининг ёрилиши,❖ тухумдонни буралиб қолиши,❖ ўз-ўзидан пайдо бўлган пневмоторакс,❖ умуртқа поғонаси дискининг деструкциси
<p>Аста-секин бошланиши</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ ўтқир холецистит,❖ аппендицит,❖ дивертикулит,❖ ингичка ичакнинг беркилиб қолиши,❖ ўтқир мезентериал ишемия,❖ ўтқир пешоб ушалиши,
<p>Секин бошланиши</p>	<ul style="list-style-type: none">❖ хафли ўсимталар, масалан, ичакнинг беркилиб қолишидаги йугон ичакни усмаларида.

холецистит, холангит
панкреатит, гастростаз
Ингичка ичак обструкцияси
Диафрагма ости абсцесси,
гепатит, жигар абсцесси,
плеврит, пневмоторакс
Паски бўлакчи пневмония
инфаркт миокарди ва ўпка
перикардити, буйрак коликаси
Талоқдаги травма

аппендицитнинг
бошланиши
Ингичка ичак обструкцияси
ўткир гастроэнтерит
Киндик чуррасини
мезентериал тромбози
Киндик грижаси
Қорин аортасини
аневризми, дивертикулит
лимфаденит



Йўғон ичак обструкцияси
аппендицит
дивертикулит
йирингли пельвиоперитонит
цистит, сальпингит, эндометриоз
Бачадондан ташқари хомиладорлик
Буйрак коликаси
тухумдон кистаси буралиб қолиши

Ўткир касалликларда қориндаги оғрикларнинг
ўзига хос локализацияси

Пептик ярани перфорацияси
Ўнг томонлама плеврит
Диафрагма ости абсцесси
Талоқни жароҳатланиши

Ўткир панкреатит,
чап томонлама плеврит,
Пептик ярани перфорацияси
Талоқни жароҳатланиши

аппендицит
уткир панкреатит
буйрак коликаси

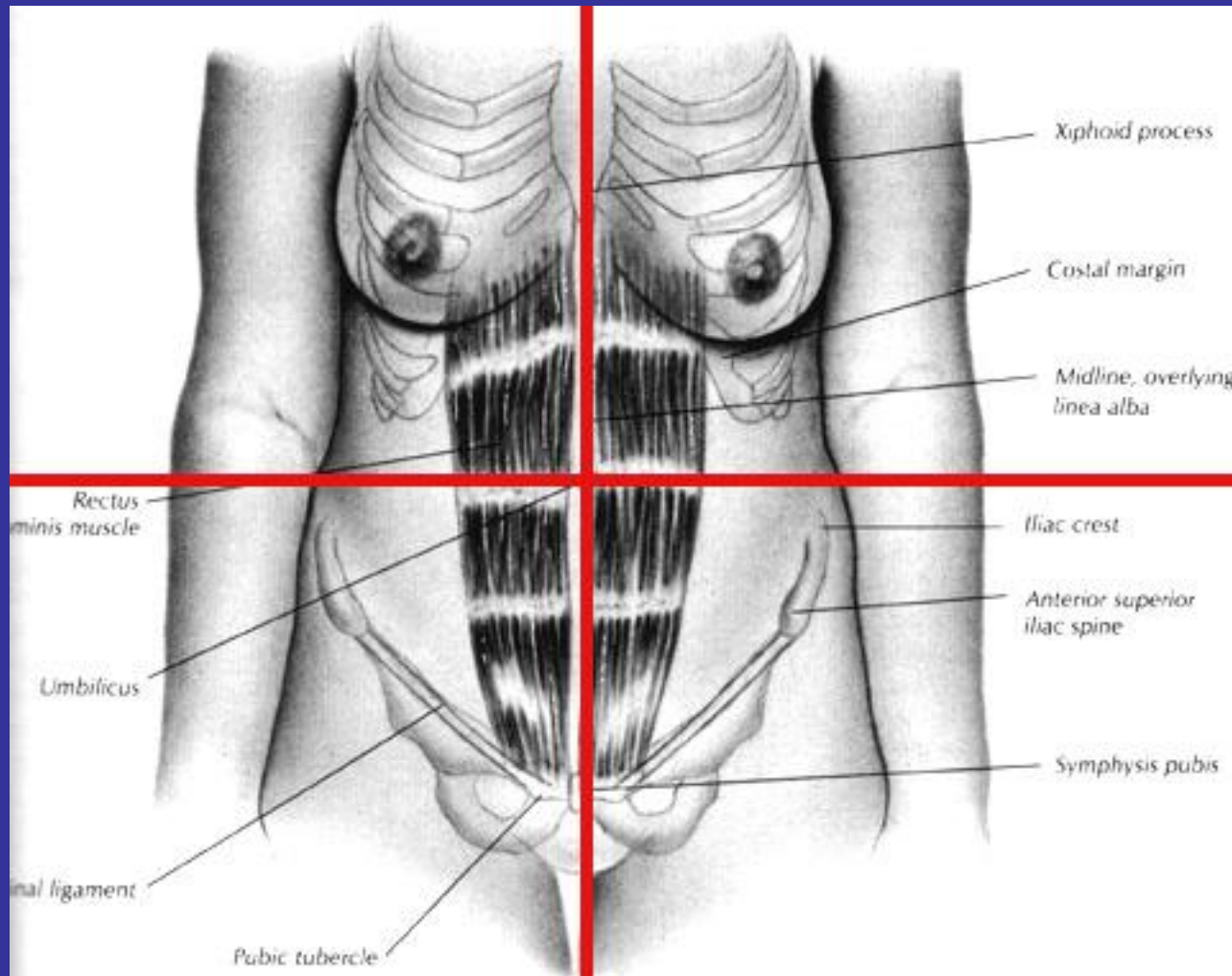
Сапро ишлаб
чиқариш
йулларининг
касалликлари,
панкреатит

пешоб коликаси
Ўткир пиелонефрит
аппендицит
жинсий аъзолар касалликлари
Чов ва сон чурраси

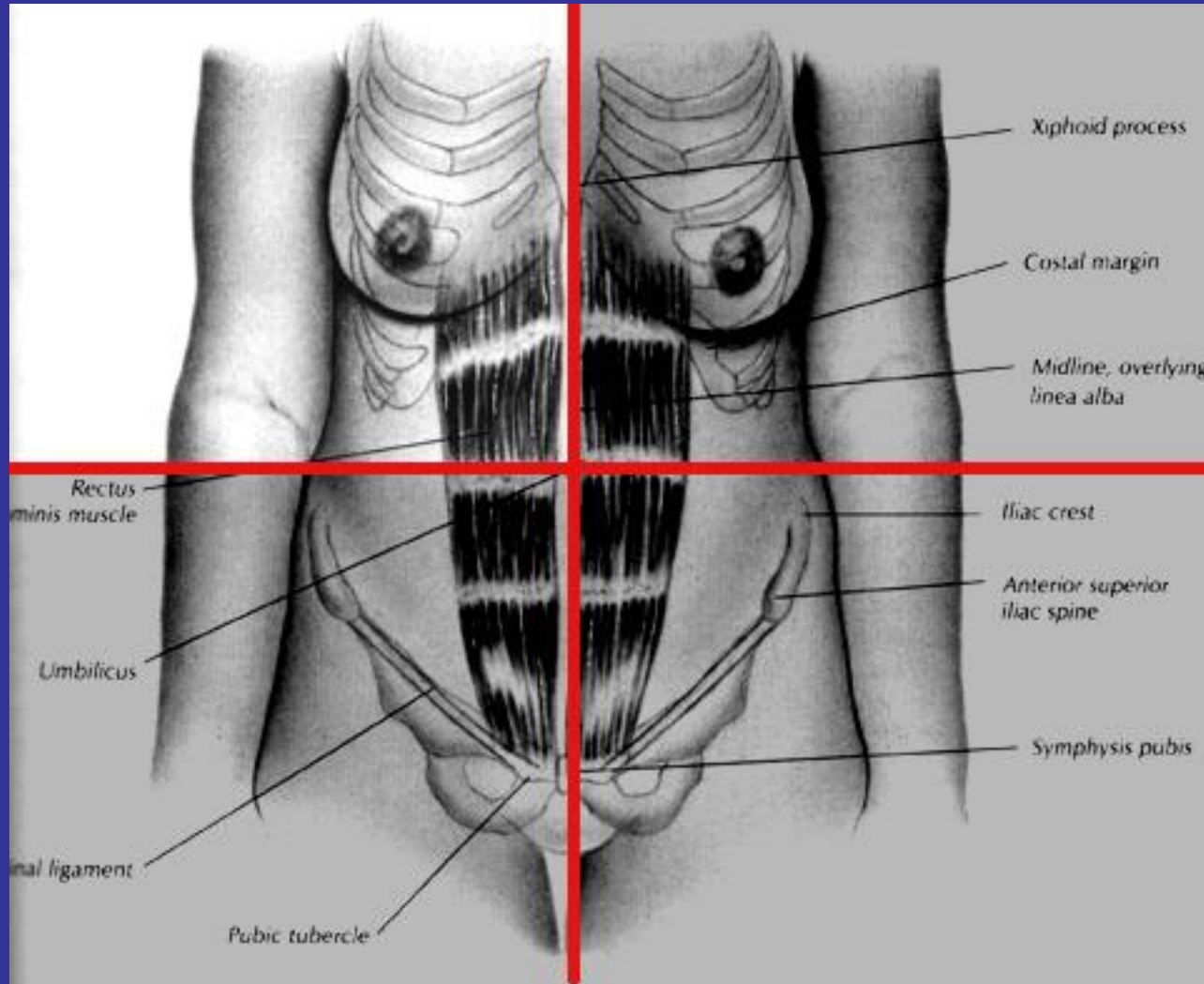
Туғри ичак ва
жинсий аъзолар
касалликлари

Ўткир касалликларда қорин бўшлиғидаги
аъзолардаги оғрикларнинг ўзига хос иррадиация

Қорин бۆшлиғини квадрантларга бўлиниши



ЎНГ юқори квадрант



Холецистит

- Ўт қопининг яллиғланиши, сафро йулининг тошлар билан тўсиб қўйиши туфайли чақирилади.
- Хуруждан кейин, оғрик доимий характерга эга ва бир соат ёки ундан кўпроқ вақт давом этади, оғрик овқат истимол қилгандан кейин кучайади.
- Холецистит билан боғланган холда яллиғланиш катта қисмни эгаллаган бўлса , оғрик қорин соҳасида ёйилган холда бўлиши мумкин (соматик оғрик).
- Оғрик курак соҳасига узатилиши мумкин, шунингдек кўнгил айнаш, қусиш, тана ҳароратининг кўтарилиши билан кузатилади.
- Ташхис ултратовуш текшириш натижасига асосан қўйилади.

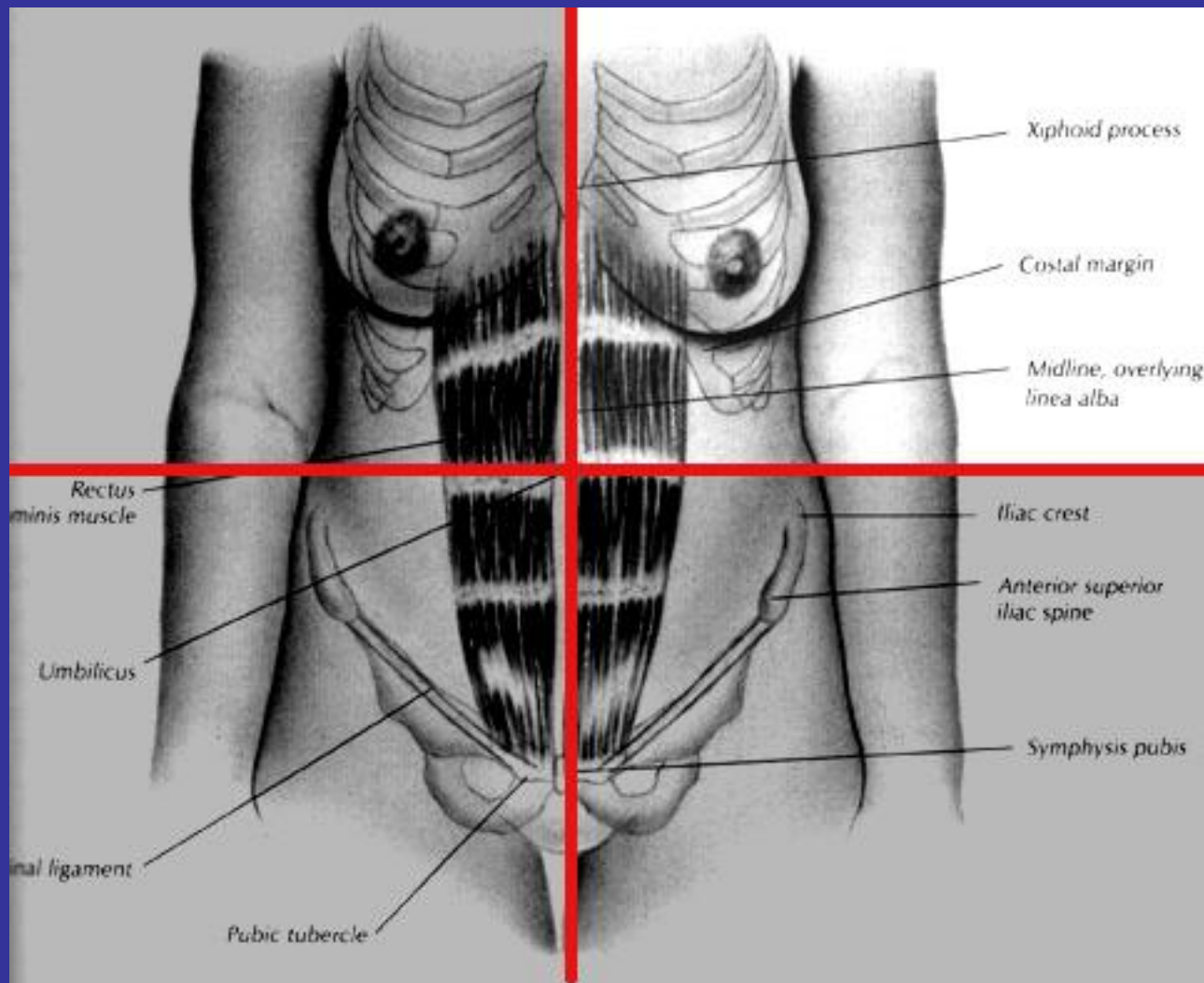
Гепатит

- Жигарни ялиғланишини, вирусли инфекциялар томонидан чақирилади.
- Жигар катталашган ва оғрикли шунингдек беҳоллик, тана ҳароратининг кўтарилиши, сариқлик кузатилади.
- Ташхис анамнез, лаборатор ва жигарни функцияси, вирусли серологик текшириш натижаларига асосан қўйилади.
- Даволаш касалликни этиологиясига қараб танланади.

Панкреатит

- Панкриатитни пайдо бўлиш сабаби асосан алкогализм (50 %) ва ўт-тош касаллиги (30 %) ҳамда сафро йўлларининг бекилиб қолиши ҳисобланади.
- Симптомлари: эпигастрал сохада доимий оғриқ, кўпгина холларда овқатни одатдан ташқари кўпроқ истимол қилганда ёки алкоғолни кўп ичиши.
- Баъзида оғриқ елкага узатилади (50 %) ва кўнгил айниш, қусиш, иштахасининг йўқолиши ва овқатга нисбатан нафрат ҳислари билан бирга келиши мумкин.
- Ташхис амилаза ва липазанинг кўтарилишига қараб, баъзида КТ ўтказилгандан кейин қўйилади.

Чап юқори квадрант



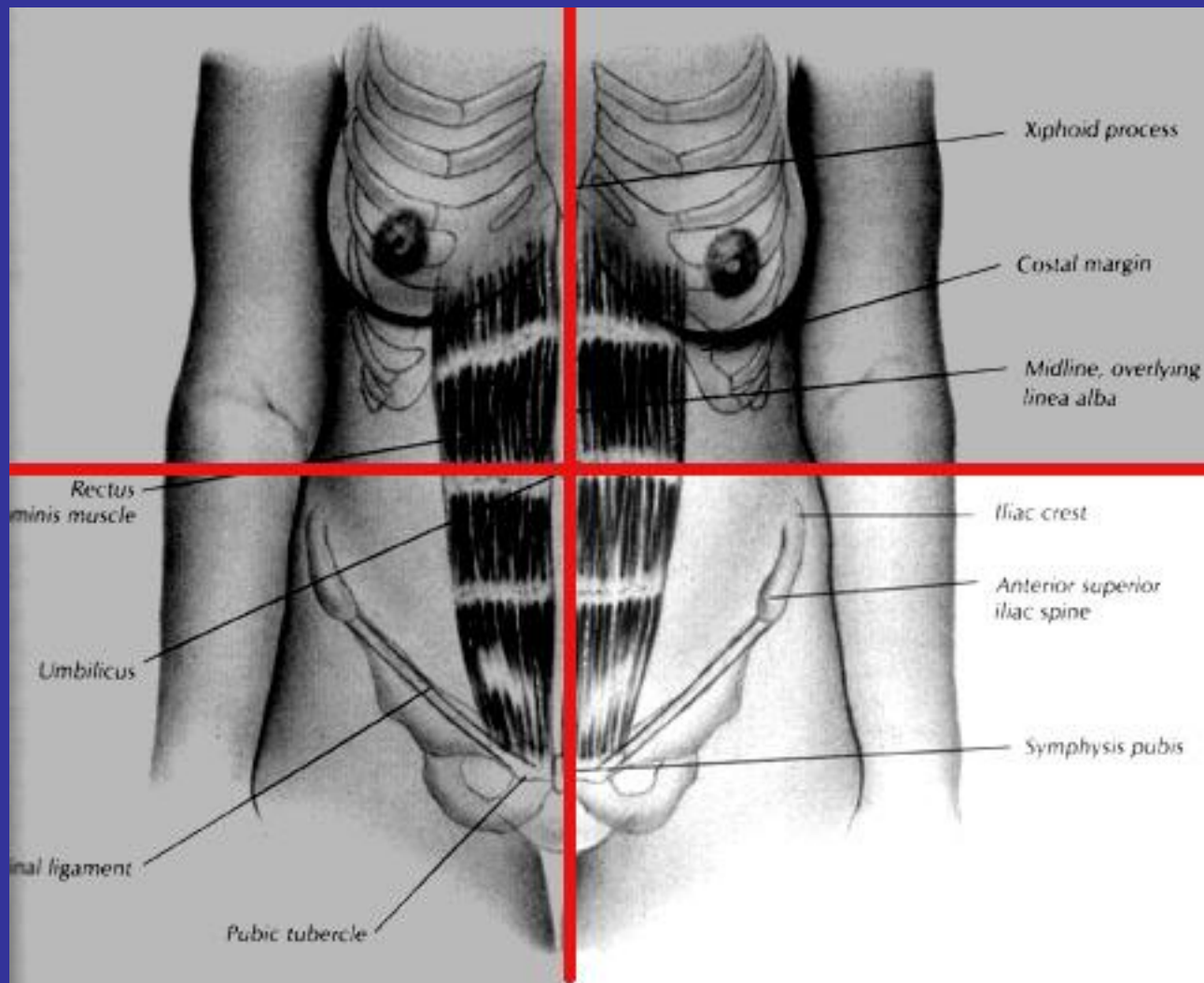
Ошқозон ва ўникки бармоқли ичакнинг яра касаллиги

- Ошқозон шарбатининг кислотали мухитининг ошиши ёки ошқозон шиллиқ қаватининг химоя қилиш механизмининг сусайиши кузатилади.
- Ошқозон шиллиқ қаватининг химоя қилиш механизмини пасайиши бўлиши мумкин, хаддан ташқари яллиғланишга қарши ностероид бўлмаган воситаларнинг ишлатилиши ёки *Helicobacter pylori* инфекциясидир.
- Оғрик - висцерал, перфорацияси бор бўлган тақдирда соматик оғриқларга ўтиши мумкин. Баъзида оғриқ елкага узатилиши мумкин.
- Ташхис қўйилади, қачонки қон зардобида *Helicobacter pylori* антигени аниқланганда, қорин бўшлиғининг ренгенологик текширувларига асосан (перфорация бўлганда эркин ҳавони аниқлаш мумкин), ошқозон-ичак трактини юқори бўлимларини ренгенологик ва эндоскопик текширувлари орқали аниқланади.
- Даволаш учун 10- кунли курс ўтказилади: Омепразол 20 мг, Амоксициллин 1мг, Кларитромицин 500 мг, ҳамма дорилар кунига икки мартадан қабул қилинади.

Қорин аортасининг ХИЛПИЛЛОВЧИ АНЕВРИЗМИ

- Қорин аортаси қаватларининг ёрилиши билан чақирилади, иккиламчи холат бўлиб ҳисобланади, атеросклеротик ўзгаришлар фонида ривожланади.
- Кучли чидаб бўлмайдиган оғриқлар билан характерланади, баъзида оғриқ бел соҳасига узатилади.
- Қон босимининг пасайиши билан кузатилиши мумкин, қоринда пульсирловчи ҳосила бўлиши ва тер ажралишининг кучайиши бўлади.
- Ташхис қорин бўшлиғининг ултратовуш текширув натижаларига асосан қўйилади.
- Шошинч хирургик аралашувига талаб қилинади!

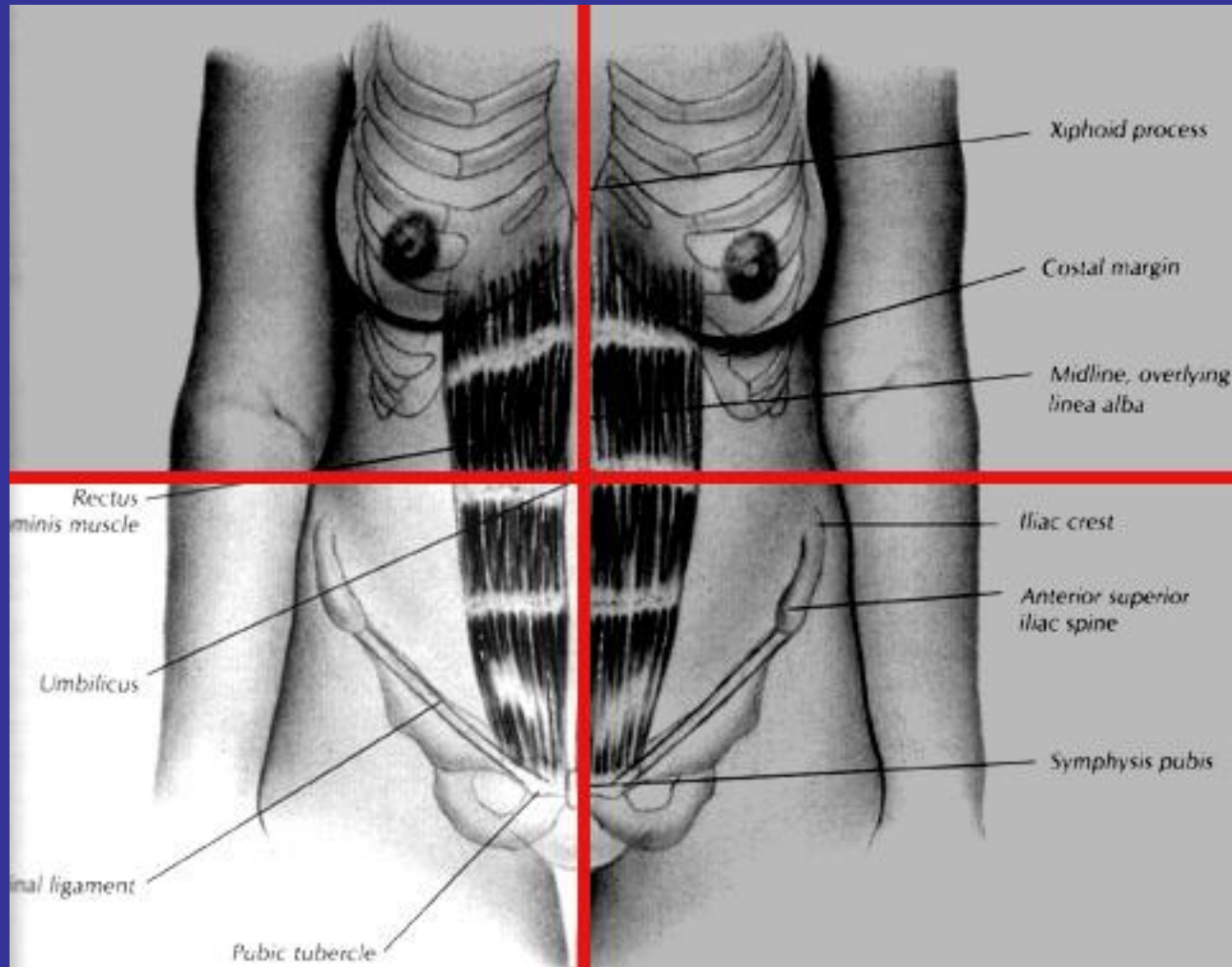
Чап паски квадрант



Дивертикулез

- Дивертикуллар ичак девори мускулларининг бўшашган жойларида ҳосил бўлади. Дивертикулларда нажас массаларини димланиб қолиши, дивертикулларнинг яллиғланиши ва перфорациясига олиб келиши мумкин.
- Турғун хуружсимон тез пайдо бўлувчи оғриқлар характерли.
- Дефекациянинг бузилиши билан кузатилади, тана ҳароратининг кўтарилиши, қусиш, кўнгил айнаш, тўлиқ иштаханинг йўқалиши ва овқатга нисбатан нафрат туйғулари пайдо бўлади.
- Умумий қон снамасида лейкоцитлар сони ошиши мумкин.
- Ташхис компьютер томографияда ичак деворларининг ишишини аниқланганда қўйилади. Ўткир диверкулитда колоноскопия ва тўғри ичакка ренгеноскопия барий киритишдан эҳтиёт бўлиш керак ,чунки перфорация пайдо булиши эҳтимоли бор.

ЎНГ пастки квадрант



Аппендицит

- Кўр ичакдаги чувалчанг ўсимтанинг обструкцияси чақиради, одатда фекал массалари туфайли .
- Оғрик кинник соҳасида бошланади ва ўнг паски квадрантга ўтади (Точка McBurney)
- Кўнгил айнаш, қусиш ва тўлиқ иштахасини йўқатилиши билан бирга келади. Шунингдек бўлиши мумкин, тана хароратининг кўтарилиши, айниқса ўсимтанинг перфорацияда.
- Диагноз компьютер томография ва ултратовуш текширув натижаларига асосланиб қўйилади.
- Кўрсатма операция, ва ўсимтани перфорациясида -шошилич ёрдам тақоза қилади.

Умумий характерли қорин соҳасидаги оғриқлар

- Баъзи бир ҳолларда қорин соҳасидаги оғриқларни чақирувчи сабаблар умумий характерга эга ва оғриқлар аниқ бир квадратда жойлашган эмас.

Гастрит

- Гастритнинг сабаблари ошқозон-ичак трактини ялиғланиши яни микроорганизмлар, радиация ва бошқа агентлар чақиради.
- Гастрит учун қорин соҳасидаги ёйилган тортишиб турувчи оғриқлар характерли.
- Кўпгина холларда кўнгил айниш, қусиш, ич кетиши, организмнинг сувсизланиши ва тана хароратининг кўтарилиши билан бирга келади.
- Диагноз анемнез ва нажасни бактериологик текшириш натижаларига асосан ҳамда шифокорнинг кўрсатмасига биноан қўйилади.

Йўғон ичакни хафли ўсмаси

- Юқорига йўналган, кўндаланг, пасаювчи ва сигмасимон ичакларда ўсмалар пайдо бўлиши билан чақирилади. Ёғли овқатни, (таркибида кам миқдорда клетчатка сақлайдиган сабзавот ва меваларни) кўп истимол қилиш, ирсий мойиллик ва анамнизида ичакни ялиғланиш касалликлари борлар, касалланиш юқори хавфи бор.
- Коликасимон оғриклар билан характерланади, таркалган ичакни беркилиб қолишига хос оғрикларга ухшайди, айниқса чап томони жарохатланса.
- Ич келишини бузилиши, нажасда қон пайдо бўлиши ва тана вазнини йўқотилиши билан бирга кузатилади.
- Диагноз колоноскопия, зондли сигмоидоскопия ва тўғри ичакка барий киритиш рентгенологик усуллардан олинган натижаларга асосан қўйилади.
- Ректал бармоқ текшириш усулини ўтказиш керак, 10% хафли ўсмаларни ректал текшириб пайпасланганда аниқлаш мумкин.

Ичакнинг беркилиб қолиши

- Ичакни ичини фекал массалари обстукцияси, чурранинг қисилиб қолиши, ичакнинг буралиб қолиши, инвагинация ва чандиқли жараёнлар чақиради.
- Тўлғоксимон оғриклар билан характерланади.
- Қусиш билан бирга кузатилади айниқса проксимал обструкция холатларида.
- Суюқ сувсимон ич келиши билан бирга келади- ичакни дистал қисмларини бўшатилиши.
- Диагноз қоринни рентгенологик текшириш натижаларига асосан яни ичакни чўзилган илгаки , сув ва хаво сатхини аниқлаш мақсадида ўтказилади.

Буйрак-тош касаллиги

- Сийдик чиқариш трактини юқори қисмларида тош туриб қолиши, яни сувсизланиш, инфекция, буйрак томонидан хаддан ташқари кальций ажралиб чиқиши ёки моддалар алмашувининг бошқа турлари туфайли юзага келади.
- Оғриқ тўлғоқсимон характерга эга (буйрак коликаси) ва биқин ёки чов ораси сохаларида бўлиши мумкин.
- Диагноз вена ичи пиелографияси ва компьютер томография ултратовуш текшириш натижаларига асосан қўйилади.
- Дифференциал диагноз пиелонефрит, цистит ва простатит билан ўтказилади.

Крон касаллиги

- Ошқозон –ичак трактининг хар-ҳил бўлимларининг ноъмалум этиологияли носпецифик яллиғланиши. Рецидивланувчи, сегментар кечиши, яллиғланувчи инфилтрат ва кўндаланг чуқур яралар билан характерланади, баъзида асоратлар пайдо бўлиши билан кузатилади.

Кўп учрайдиган ёш

- Касалликнинг биринчи пики- 12-30 ёш
- иккинчиси – 50 ёшлар

Хавф омиллари

- Генетик факторлар
- Ичакнинг сурункали яллиғланиш касалликлари
- Илеоцекал қопқоқнинг етишмовчилиги
- Дисбактериоз

Клиник кўриниши

- Диарея
- Қорин соҳасида оғрик, кўпгина ҳолатларда тўлғоқсимон дефекацидан олдин кучайади ва ичак бўшагандан кейин пасайувчи
- Ичакнинг обструкцияси
- Умумий симптомлар (лихорадка, ориқлик, тез чарчаш, анорекция)

- Тўғри ичак оқимаси ва аноректал соҳадаги бошқа жарохатлар (абцеслар, стриктуралар)
- Ичакдан ташқари кўринишлар: тугунчали эритема и пиодермия, эписклерит, увеит, анкилозирловчи СПОНДИЛИТ

Лаборатор диагностика

- Қон снамаси: анемия, ЭЧТ кўтарилиши, гипопротеинемия, электролит кўрсаткичларининг ўзгариши.
- Капрологик текширувлар: стеаторею, амилорею, креаторею.

Махсус текширувлар

- ФЭГДС
- Ректороманоскопия
- Колоноскопия
- УЗИ
- КТ

Дифференциал ташхис

- НЯК
- Ошқозон-ичак туберкулёзи
- Ишемик колит
- Ичакнинг дивертикулитлари
- Псевдомембранозли колит
- Ўткир аппендицит
- Сурункали энтерит

Даволаш

- Пархез №4
- Сульфаниламидли препаратлар
- Стероидли препаратлар
- Метронидазол 250 мг 3 махал/ кунига, лекин 8 хафтадан ортиқ эмас
- Витамин В 12 парентерал
- Ушлаб турувчи терапия- месалазин, метотрексат, азатиоприн.

Носпецифик ярали колит

- Нормалум этиологияли сурункали яллиғланиш касаллиги, йўғон ичакнинг дистал қисмининг шиллиқ қаватини ёки бутун хамма йўғон ичакни зарарланиши билан кечади.

Клиник кўриниши

- Кўп мартали сувсимон нажас, таркибида қон, йиринг ва шиллик билан
- Қоринда тўлғаксимон оғриғлар
- Лихорадка, тахикардия
- Ориқланиш
- Дегидратация
- Хар-ҳил турдаги, оғирликдаги интоксикация
- Бошқа аъзо ва системаларнинг жарохатланиши

Лаборатор диагностикаси

- Қон снамаси: анемия, лейкоцитоз, ЭЧТ кўтарилиши гипопротромбинемия, электролитларнинг бузилиши, гипохолестеринемия, гипомагнемия
- Капрологик текширувлар: эритроцит, лейкоцитларнинг тўпланиши

Махсус текширувлар

- Ректороманоскопия
- Колоноскопия
- Ирригография

Дифференциал ташхис

- Үткир дизентерия
- Крон касаллиги
- Ичак туберкулёзи
- Йўғон ичакнинг диффузлий оилавий полипозид
- Ишемик колит

Даволаш

- Сульфаниламидли препаратлар
- Стероидли препаратлар
- Витамин В 12 парентерально
- Ушлаб турувчи терапия-месалазин.
- Иммунодепресанлар, меркоптопурин , азатиоприн, метотрексат 25 мг м/о 2 мах /хафтасига

Аскаридоз

- Гельминтознинг- эрта даврларида аллергия реакциялар ва лихорадка билан, кечги даврларида диарея ва асоратлар яни гельминтларнинг бошқа аъзоларга ўтганда намоён бўлади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Асосий чақирувчиси — думалок курт
Ascaris limbricoides

Эпидимнологияси

- Ер юзида ўртача касалланиш 1 млрд га яқин аҳоли сони йилига, кўпгина холларда: булар болаларни ташкил қилади.
- Юқтиришнинг асосий йўли- фекально-оральный.

Клиник кўриниши

Ичак даражаси

- Сўлак оқиши
- Тунги, тишни ғичиллатиши
- Қориннинг шиши ва оғриқ
- Тушкунликдаги холат
- Бош оғриғи

- Ўпка даври
- Тана хароратининг кўтарилиши
- Балғамли йўтал
- Балғамда эозинофилларни аниқлаш,
ўпкада инфилтратларни
- Эозинофилия

Текширув усуллари

- Нажасда тухум аниқлаш ва унинг идентификацияси
- Упка даврда: эозинофилия ва балғамни микроскопияси
- Серологик усуллар (преципитация реакцияси, РНГА, РСК)

Даволаш

Пирантел памоат 11 мг/кг (1 г, гача) ичишга бир марта, қайта қабул қилишни 2 хафтадан кейин қайтарилади.

- Мебендазол 100 мг 2 маҳал/кунига 3 кун давомида ичилади
- 6 ойдан кейин қайта даволаш курси ўтказилади.

Энтеробиоз

- -Гельминт перианал соханинг қичиши билан характерланади ва ошқозон-ичак трактини жароҳатлайди.
- 5-10 ёшли болаларда 20 % ни, мактаб ёшдагиларда 50-90 % ни ташкил қилади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Чақирувчиси –кичкина думалок курт *Enterobius vermicularis*.
- Урғочисининг узунлиги 5-10 мм, эркаги-3 мм.

Эпидимиологияси

- Юқиш манбаси- касал одам.
- Юқиш йўли нажас-орал, асосий юқиш йўли – озиқ овқат ва хонадонда.
- Личинкаси тухумда 4-5 соат давомида етилади, ундан кейин юқимли ҳисобланади.

Клиник кўриниши

- Инкубацион даври- 2-4 хафта
- Перианал қичиш характерли
- Махаллий терининг қичиши
- Холсизланиш ва уйқунинг бузилиши
- Уйқусизлик, интоксикация, иштаханинг йўқолиши ва қорин соҳасида оғриқнинг пайдо булиши

Текширув усуллари

- Микроскопия билан тўғри ичакнинг шиллик қаватидан ёки перианал сохадаги теридан олинган материаллардан тухумларни аниқлаш.
- Ташхисни аниқлигини тасдиқлаш мақсадида муолижани 3 мартадан ўтказиш лозим, 2-3 кун оралиғида.

Даволаш

- Пирантел памоат 10 мг/ кг(1 г дан ортик эмас), бир марта (нонуштадан сунг)
- Мебендазол 100 мг бир марта (-2 дан -10 ёшдаги болаларга -2,5-3 мг/кг)
- Қайта инвазияда даволашни 2-4 хафтадан сўнг.

Лямблиоз

- -Паразитар инфекция; клиникаси ошқозон-ичак трактининг дисфункцияси билан намоён бўлади ва ўт йўлларининг дискенезиясини ёки симптомсиз, яширин формадаги паразитни юқтириш мумкин.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Оддий жгутикли чақирувчиси *Giardia lamblia*, ингичка ичакда ва ўт йўлларидаги паразит.
- Хўжаин организмида, вегетатив формада ёки тухум кўринишида, ташқарига нажас билан чиқарилади.

Эпидимиологияси

- Инфекция манбаи –бемор одам ёки хайвон.
- Асосий юқиш йўли –нажас-оғиз ёки ифлосланган қўл, ўйинчоқ, овқат ва сув орқали.
- Касаллик деярли хамма ёшдагиларда учрайди, асосий контингент мактаб ёшдаги бўлган болалар.

Клиник кўриниши

- Инкубацион даври 1-3 хафтани ташкил этади.
- Характерли диарея, давомийлиги 5-7кун дан бир неча хафтагача.
- Тана вазнининг камайиши хамда сурункали интоксикация симптомлари.
- Қорин сохасида оғриқ, жигарнинг катталашиши.

Текширув усуллари

- Нажаснинг микроскопияси; цистани аниқлаш
- Вегетатив формаларни дуоденал текширув усуллари орқали аниқлаш мумкин.

Доволаш

- Акрихин, болаларга 2 мг/кг 3 махал/кунига 5 кун давомида.
- Метронидазол 15 мг/кг /кунига 3 махал 5 кун давомида.
- Фуразолидон -6 мг/кг/кунига 4 махал ичишга 7-10 кун давомида.

Керакли физик текширувлар

- Хаётий-мухим функциялар кўрсаткичларини ўлчаш, инфекция белгиларини, организмни сувсизланганлигини, шокни ва беморни ностабил ҳолатини аниқлаш мақсадида.
- Шиш, чандиқ, сариқлик, чурра белгиларини ёки хосила борлигини везуал кўрикдан ўтказиш.
- Аускультацияни ўтказиш –юқори частотали ичак шовқини обструкциянинг эрта даражали белгиси бўлиши мумкин. Ичакда шовқинни бўлмаслиги, ичакни буралиб қолиши учун хос. Қоринда баланд «кулдираш» гастрит учун симптоматика булиши мумкин.
- Пальпация ва перкуссия – оғрикни аниқлаш мақсадида, хосилани, пульсацияни, чуррани, қорин деворларини таранглигини, умуртқа-ковирға бирикмаларини оғрикликлигини, жигар ва талокни катталигини, қорин бушлигида суюкликни ориқчалигини аниқлаш мақсадида қўлланилади.
- Аёлларда кичик тос соҳасидаги аъзолар текширилади.
- Ректаль текширув ўтказилади.

Керакли анамнез

- Оғриқни пайдо бўлиш вақти, жойлашган жойи, характери, даражаси, бошқа жойларга узатилиши ва ирадиацияси, бошқа симтомлар билан бирга келиши.
- Аввалги ўтказган касалликлари ва операцияси, дори препаратлари ва хайз цикли буйича маълумотлар- хомиладорлик тўғрисида гумон.
- Қусиш массаси ва нажасга таъриф- ранги, консистенцияси, хажми, қон ва шиллиқ мавжудлигига сўралади.

Лаборатор текширувлар ва рентгеноскопия

- Қоннинг клиник тахлили лейкоцитар формуласи билан, пешоб тахлили, қон зардобидида электролитлар миқдори.
- Жигар функциясини текшириш, амилаза/ липазани миқдори.
- Ўпкани пастки бўлагида пневмония ёки диафрагма остидаги эркин ховони аниқлаш мақсадида, кўкрак қафасини ренгени ўтказилади.
- Турган ёки ётган холда қорин бўшлиғини ренгени.
- Ошқозон-ичак трактини юқори ва пастки қисмларини ультратовуш текшируви, кампютер томографияси, вена ичидаги пиелография, рентгенологик текширувлар ўтказилади. Эндоскопия ва колоноскопия шифокорнинг кўрсатмасига асосан ўтказилади.
- Фертил ёшдаги барча аёлларга хомиладорлик учун тест ўтказилади.

Бошланғич даволаш

- Касалхонага ётқазиш, кузатув ва уйига кетишига рухсат бериш ёки жарохлик ёрдами кўрсатиш тўғрисида қарор қабул қилиниши керак.
- Ташхисни аниқлангунча, ейиш ва ичишга рухсат берилмайди.
- Организмда тўғри сув балансини ушлаб туриш учун вени ичига эритмалар қуйилади.
- Ошқозондаги ичидаги нарсаларни (қусиш ва қон массалари) аспирациясида бурун-ошқозон зонди киритилади.
- Диурезни назорати ва гидрацияни керакли миқдорини ушлаб туриш учун Фолея катетири қўлланилади.
- Оғриқ қолдирувчи препаратлар кўрсатмага биноан берилади.