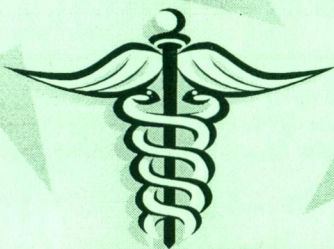


УЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ  
САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ  
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

# КУШМА ЖАРОХАТЛАРДА ТАЛОКНИНГ ЁРИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ

(тиббиёт олий уқув юртлиари магистрлари учун уқув – услубий кулланма)



САМАРКАНД – 2009й.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ  
САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ  
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

# ПЕРИТОНИТЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

(тиббиёт олий уқув юрглари магистрлари учун уқув – услубий қўлланма)



САМАРКАНД – 2009й.

### Тузувчилар:



**С.А. Абдуллаев**, т.ф.д. профессор, Самарканд Давлат медицина институти педиатрия факультетининг хирургик касалликлари ва офтальмология курси билан кафедрасининг муdiri.



**А.С.Тоиров**, Самарканд Давлат медицина институти педиатрия факультетининг хирургик касалликлари кафедрасининг асиссенти

### Рецензентлар:

**Х. К. Карабаев** т.ф.д. профессор, Самарканд Давлат медицина институти даволаш факультетининг VI-VII курслар хирургия кафедрасининг муdiri.

**А.А.Абдужалилов** т.ф.д. Самарканд Давлат медицина институти даволаш факультетининг умумий хирургия кафедрасининг доценти.

**М.Э. Эшбеков** т.ф.д. профессор, Республика илмий тез ёрдам марказининг Жиззах вилояти филиалининг директори.



Ўқиб олинган ва баённомасидан кучирма 2009 « 25 » май № 21

СамМТИ илмий кенгашида тасдиқланган 2009 « 22 » май № 9

Илмий кенгаш котиби Алиев т.ф.д. проф. А.Т.Джурабеков

Мазкур кулланма тиббиёт олий уқув юртлари магистрлари учун уқув-услубий кулланма сифатида файдаланиш учун тузилган

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQLIKNI  
SAQLASH VAZIRLIGI  
TIBBIY TATLIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI  
SAMARKAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

ЎзР.С.С.В. Фан ва ўқув  
юртлари бош бошкармасининг  
бошлиғи, проф. Агахонов Н.У.  
«12» сентабр 2009й  
баённома № 6



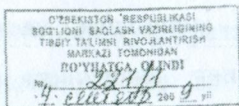
«KUTULAYMAN»

ЎзР.С.С.В. Тиббий таълимни  
ривожлантириш маркази  
директори Юсуфова М.С.  
«16.09.2009й  
баённома № 5



ҚУШМА ЖАРОҲАТЛАРДА ТАЛОҚНИНГ  
ЎРИЛИШИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ

(тиббийот олий ўқув юртлари магистрлари учун ўқув – услубий қўлланма)



САМАРКАНД – 2009й.

## КИРИШ

Бутун жахон согликни сақдаш ташкилотининг берган маълумотиға кура травмадан кейинги улим юрак-кон томирлари касалликларидан кейин иккинчи уринни эгаллайди.

Травмадан кейин асосан улим тшлаб чиқаришда ва жамиятнинг хама жабхаларида ишлайдиган 20-50 ёшдаги кишилар орасида кунчилиқни ташкил қилмоқда. Демак ҳозирги кунда травмалар муаммоси бу ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда. Худи шунингдек бизнинг Республикамизда ҳам травмадан кейинги улим ҳам асосий уринларни эгаллаб турибди.

Айниқса охириги йилларда огир кушма жароҳатлар суърати қупаймоқда. Анна шу шикастланишлар орасига куқрак ва қориннинг кушма жароҳати қиради. Бу соҳа нафакат бизнинг Республикамизда , бошқа мамлакатларда ҳам энг кам урганилган соҳаларға қиради.

Охириги ун йилларда статистик маълумотлар буйича травмалар структураси ичида асосий уринни куқрак ва қориннинг кушма жароҳатлари эгаллаб, ҳамма травмаларнинг 10-34%ни ташкил қилади.

Кушма жароҳатларда паренхиматоз аъзоларнинг шикастланишларининг диагностикаси қийинлиги, касалликнинг огир кечиши, асоратлар суъратининг юқорилиги, даволаш натижаларининг қоникарсизлиги клиник хирургиянинг актуал муаммоларидан биридир.

Госпиталгача булган боскичида кушма жароҳатлар билан сабаблари – шок, ички кон кетишлар, кон билан аспирация булиб уткир нафас етишмовчилигидир.

Кушма жароҳатларда корин ва кукрак бушлиги аъзоларининг шикастланишлари диагностикасининг мураккаблиги, касалликнинг огир кечиши, асоратларининг куплиги, даволаш натижаларининг коникарсиз булиши клиник хирургия олдида куп муаммолар тугдиради. Госпиталгача булган этапда (30-70%) ва госпитал боскичида (20-50%) диагностик хатоларнинг юкори суръатда эканлиги, диагностик усулларнинг доимо такомиллаб янги-янги усуллар жорий килишни такоза килади.

Йул транспорт ходисаларининг кун сайин ошиб бориши, юз берадиган кушма жароҳатларнинг огирлигини хисобга олиб, биринчи уринда уз вактида, сифатли ёрдам курсатиш бугунги кун талабидир.

### **Талокнинг анатомияси ва физиологияси**

Талок паренхиматоз аъзо булиб, жуда калин томирлар тармоқларга эга. Талок жуда юпка фиброз капсула билан копланган ва капсуладан унинг паренхимаси ичига куп сонли эластик толалардан иборат трабекулалар кетган. Трабекулалар орасидаги бушликда ретикуляр хужайралари ретикуляр тармоқларни ташкил килиб, ок (фолликулалар) ва кизил (пульпа) паренхималарга булинади. Фолликулалар лимфоид туқималардан, пульпа эса хужайра элементлардан иборат булиб, вена томирларига бой.

Талок нормада 150-200 г огирликка эга, узунлиги 12-15см, эни 8-10см, калинлиги 4-6 смни ташкил килади. Талок чап диафрагма

ости бушлигида жойлашиб IX-X ковургалар ёпиб туради. Талок нормада ковурга ёйдан ташкарига чикмайди. Талок юкори-ташки томондан диафрагма ва кукракнинг ички деворига, пастдан -- йугон ичакнинг талок бурчагига ёндашади. Талокнинг ички юзасига томирлар оёкчаси булиб, талок артерияси ва венасидан иборат. Меъданинг туб кисми билан талок боғлам (lig. gastrolienalis) хосил килади. Бу боғламдан асосан томирлар утади. Талокнинг юкориги кисми диафрагма билан боғлами (lig. phrenicolienalis) оркали махкамланган. Унинг пастки кисми эса диафрагма-йугон ичак боғламига (lig. phrenicocolicum) махкамланган.

Талок ретикуло-эндотелеал тизимда энг катта аъзо булиб, бир канча мухим физиологик ролларни бажаради.

### **1. Кон ишлаб чикиш функцияси.**

Талок эмбрионал даврда эритроцит ва лейкоцитлар ишлаб чикса, бола туғилгандан кейин лимфоцит ва моноцитлар ишлаб чикаради.

### **2. Конни емириш функцияси.**

Нормал ҳолатда талок эритроцитлар, лейкоцитлар ва тромбоцитларни томирларни эндотелияси томонидан фагоцитоз ҳолатида емиради. Гемолитик анемияда эритроцитларнинг емирилиши кучаяди ва огир анемияга олиб келади. Талок гемопоезнинг секинлашишига олиб келиб, патологик ҳолатларда лейкопенияга тромбоцитопениянинг ривожланишига олиб келади. Талок организмда иммунобиологик ҳолатга жавобгар булиб, иммун антитела ишлаб чикаради ва ҳар хил токсик моддаларни

дезинтоксикация килади. Ундан ташкари, талокда микроблар  
филтерланади ва коннинг депо ҳолатида сақланишида муҳим  
роль уйнайди.

**Кукрак ва кориннинг кушма жароҳати, талокнинг  
ёрилиши, ички кон кетишлар булган беморларда  
диагностика ва даволашнинг замонавий муаммолари.**

Охирги ун йилликларда инсоният цивилизациясининг кучайиши  
натижасида ҳаётнинг барча жабҳасига техника кириб келди.  
Транспорт воситалари, ишлаб чиқариш воситалари купайди,  
уларнинг қуввати ошди, қурулиш ҳажми қўйди, «инсон - машина»  
муносабатлари анча мураккаблашди. Буларнинг барчаси  
жароҳатланишларнинг ошишига олиб келади, бу эса  
замонавийликнинг асосий тиббий ва ижтимоий-иқтисодий  
муаммоларидан бирига айланди.

Шуни айтиб ўтишимиз мумкинки, Гарбнинг ривожланган  
давлатларида травматизмдан улим юрак-кон томирлар ва  
онкологик касалликлардан сунг учинчи уринда туради.

Охирги ун йилликларнинг статистикаси шуни қўрсатмоқдаки,  
травматизм структурасида кукрак ва кориннинг кушма жароҳати  
барча жароҳатларнинг 10-34% ни ташкил қилиб олдинги уринда  
турибди .

Кукрак ва кориннинг кушма жароҳатлари клиницистларнинг  
асосий эътиборини тортмоқда, чунки бу нафакат мураккаб муаммо  
булмасдан, балки ҳозирги пайтда ҳам ҳал этилмаган муаммодир.  
Муаммонинг ижтимоий аҳамият қасб этишига сабаб, 75-80% ишга  
яроқли аҳоли шикастланади ва улим 16 дан 40 ёшгача булган

ахолининг уртасида биринчи уринни эгаллайди. Кукрак ва кориннинг кушма жарохати бу факатгина шикастланишлар йигиндиси эмас, балки бир-бирини огирлаштириш деб аталадиган синдромнинг ривожланишига олиб келади. Ички органларнинг зарарланганлиги ва огирлиги билан характерланиб, 52-92% холларда эса улим кузатилади .

Кукрак ва кориннинг кушма жарохатларида госпиталгача булган боскичда улим 50-60%ни, биринчи кун эса улим 40-50% ни ташкил этади.

Олинган маълумотларга кура йул транспорт ходисалари туфайли юз берган улим окибатларида 95% холатларда кукрак ва кориннинг кушма жарохатлари топилган. Беморларнинг 51% йул-транспорт ходисаси юз берган жойда, 12% госпиталгача булган йулда (транспортировка вактида) ва 32% шаҳар стационарларининг кабул булимларида улган. Улимнинг юкорилиги комплекс сабабларга боғлиқ: шикастланишнинг куплиги, уларнинг характери, локализацияси ва хажми, жарохат олиш шароити, клиник картинасининг ноаниклиги, диагностик хатолар ва бошқалар.

Кукрак ва коринда куплаб турли хил шикастланишлар борлиги, беморнинг ахволи огирлиги, кукрак ва корин кушма жарохатлари симптомокомплексида баъзи информацияларнинг тугри келмаслиги туфайли диагностик ва тактик хатолар 30-70%ни ташкил этади.

Кукрак ва корин кушма жарохатларида беморларнинг 20-40% ни алкоғол билан мастлик холатида буладилар, бу эса жарохатнинг кечишига ва окибатига таъсир килади, чунки бундай холларда ички органлар жарохати диагностикасини кийинлаштиради.

Адабиётларда келтирилишича, жароҳат огирлиги ва кондаги алкоголь микдори уртасида тугри боғлиқлик бор.

Госпиталгача боскичда врачлар даволаш – диагностик ёрдамни ташкиллаштириш ва курсатишда катта кийинчиликларга дуч келадилар. Чунки бу пайтда диагностика, даволаш учун воситалар етарли бўлмайди. Шунинг учун беморларга бирламчи ёрдамни ташкиллаштиришда куп талаблар қуйилмоқда. Кукрак ва корин қушма жароҳати бўлган беморларга барча боскичларда шошилиш ёрдам курсатишни ташкиллаштириш, реанимацион хизматнинг сифатини ошириш ва транспортировканинг оптимал схемаси муаммоси долзарб бўлиб ҳисобланади.

Кишлоқ врачлик пункти хизмати ривожланишидаги ютуқларга қарамай, факатгина 5,3% курак ва корин қушма жароҳати олган беморлар махсус бригадалар билан стационарларга ётқизилмоқда. Маълумотларга қара 80% -85% ҳолларда госпиталгача бўлган боскичда биринчи ёрдам тулик курсатилмаган, факатгина 15-16% ҳолларда тулик ёрдам курсатилган.

Мухим муаммолардан бири госпиталгача бўлган боскичда диагностик чора-тадбирлар утказилишидир. Бунинг кийинлиги биринчидан, диагностика реанимацион чора-тадбирлар билан бир вақтда утказилиши бўлса, иккинчидан, қулланилаётган диагностика усулларнинг нафакат информатив, балки максимал даражада авайлайдиган бўлиши кераклигидир. Охирги икки талабга амал қилиш кийинчиликларга сабаб бўлади. Чунки кишлоқ врачлик пункти шароитида бундай талабга жавоб берадиган усуллар жуда кам.

Юкоридаги ҳолатларда беморнинг ахволини баҳолаш учун бирмунча оддий усуллардан, масалан, Альговер усулидан фойдаланилади. Бу усулларнинг ижобий томони шундаки, бунда ҳар қандай ҳолатда гемодинамик курсаткичлар енгил ва тез аниқланади. Бирок шуни айтиб ўтиш керакки, бу усуллар жароҳатнинг манзарасини аниқлашда имкон беради, артериал босим ва травматик шок даражасини, қон кетишнинг оғирлигини ақс эттирмайди.

Тез ёрдам врачлари қисқа вақт ичида беморни ҳодиса содир бўлган жойда текшириш керак, бемор ҳолатининг оғирлиги аниқ диагноз қўйишни қийинлаштиради. Паренхиматоз органлар зарарланишида 65% гача, қовқак аъзолар зарарланишида 31% гача, қувқрак ва қорин қушма жароҳатларида 52,3% гача диагностик ҳатолар қувзатилади. Табиийки, қувқрак ва қориннинг қушма жароҳатларидаги ҳатолар даволаш-тактик ҳатоларга сабаб бўлади.

Ҳоспиталгача бўлган босқичда ҳато қўйилган диагноз ҳоспитализациядан бош тортишга ва бошқа йуналишдаги стационарга йуланма беришга сабаб бўлади, бу пайтда диагноз қўйиш учун қимматли вақтлар йуқотилади. Қувқрак ва қориннинг қушма жароҳати бўлган беморларга ҳоспиталгача бўлган босқичда шокга, нафас функцияси ва қон айланишининг бузилишига қарши қурашиш керак бўлади. Лекин адабиётлар таҳлили қурсатишича, қувқрак ва қорин қушма жароҳати бўлган беморларга ҳоспиталгача бўлган босқичда даволаш ҳажми ва характери, профилактик чоратadbирлар тугрисида аниқ бир шаклланган фикр йуқ. Баъзи муаллифлар шундай ҳисоблайдиларки, унга қура беморга ёрдам

максимал тез ва минимал хажмда курсатилиши керак, лекин эффектив булиши керак, акс холда даволаш хажмининг асосланмаган холда кенгайтиши ва госпиталгача булган боскичнинг узайиб кетиши беморнинг ахволига салбий таъсир курсатади.

Госпиталгача булган боскичда шокга карши курашиш асосий муаммолардан бири хисобланади. Шокга карши даволаш огриксизлантириш хисобланиб, огриксизлантириш тез, техник жихатдан оддий, юкори самарали булиши керак. Госпиталгача боскичда наркотик ва нонаркотик аналгетиклардан фойдаланилади. Баъзи муаллифларнинг фикрича, курак ва корин жароҳатлари чанок ва кул-оёк суяклари синиши билан бирга кузатилса турли хил новокаинли блокадалардан фойдаланилади.

### **Госпитал боскичда курак ва кориннинг кушма жароҳатида талокнинг шикастланиши диагностикаси.**

Курак ва корин кушма жароҳати олган бемор тиббий муассасага жароҳат олгандан сунг маълум муддат утгач, 40% холларда гемодинамик бузилишлар билан, травматик шок холатида, упка вентеляцияси ёмонлашиши билан тушади. Курак ва корин жароҳати булган беморларда шок клиник манзарани узгартиб юборади, шок канча огир булса корин бушлиги катастрофаси шунча кам ривожланган булади.

Ноаник клиник манзара жароҳатдан сунг дастлабки соатларда ва госпитал боскичда нотугри диагноз куйилишга сабаб булувчи омил хисобланади.

Курак ва корин кушма жароҳати булган беморларда клиник полиморфизм кузатилади. 50% беморларда ички аъзолар

жароҳатланишининг сохта белгилари булади, 20% ҳолларда аниқ симптомлар бўлмаганда ҳам ички аъзолар жароҳатланиши кузатилади.

Шундай қилиб, кукрак ва қорин қушма жароҳатларида диагностик, тактик ҳатолар объектив характерга эга булади ва тиббий ёрдам ҳар қандай босқичда курсатилиши мумкин. Масалан, госпитал босқичда кукрак ичи аъзолари шикастланиши 16,3% ҳолларда, упка шикастланиши 26% ҳолларда, кукс оралиги 12% ва торақоабдоминал характердаги шикастланишлар 13% ҳолларда аниқланмаган.

Қупгина муаллифлар фикрича, кукрак ва қорин қушма жароҳати бўлган беморларда диагностик чора-тадбирлар реанимацион-даволаш ишлари билан бир вақтда утқазилиши, юқори информатив ва максимал авайлайдиган бўлиши керак. Лекин бундай шароитни яратиш қийин. Селектив ангиография, радионуклидли сканирлаш, компьютерли, ультратовушли томография каби юқори информатив усуллар бор бўлиб, бироқ улардан фойдаланиш узок вақтни талаб қилади.

Яна бир камчиликлардан, периферияда замонавий асбоб-ускуналар йуклиги, малакали мутахассислар етишмовчилигидир. Булар уз навбатида кукрак ва қорин қушма жароҳати олган беморлар диагностикасидаги янги усулларнинг кенг амалиётга қулланилишига анча тусқинлик қилади.

Ҳозирги пайтда кукрак ва қорин қушма жароҳати олган беморлар диагностикасида рентгенологик усул кенг қулланилади, унинг информативлиги 18,5 – 46,3% бўлиб, бунда асосан торақал ва

абдоминал сохаларни манзаравий рентгеноскопия ва рентгенография килиш асосий уринда туради. Бирок тезкор ранимацион чора-тадбирлар утказиш зарурлиги рентгенологик текширишлар утказилишига маълум ташкилий кийинчиликлар тугдиради. Олинган тажрибалар шуни курсатадики, кукрак ва корин кушма жарохати олган беморларни рентгенодиагностик текширишлар шошилинч равишда реанимацион ва шока қаршм чора-тадбирлар билан бирга утказилади.

Кукрак ва корин кушма жарохати олган беморларда икки боскичли рентгенологик текширишлар мақсадга мувофиқ: биринчи боскич – бирламчи рентгенологик текширишлар (манзаравий рентгенография), иккинчи боскич – контрастли рентгенографиядир. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрича, рентгенографиянинг диагностик имконияти ахамиятсиз, айниқса корин бушлиги ёпик жарохатларида. Бу текшириш операциягача булган жараёни мураккаблаштиради ва вақтини узайтиради. Бошқа муаллифлар эса кукрак ва корин кушма жарохатларида шошилинч рентгенологик текшириш мақсадга мувофиқ эканлигини айтади, лекин ҳамма вақт ҳам беморларнинг ахволи бундай текширишларни кутара олмайди. Уларнинг фикрича, кукрак кафаси ва корин бушлигини манзаравий рентгенография килиш реанимацион ва операцион булимларда интенсив терапия фонида утказилганда керакли диагностик информация олиш мумкин.

Шошилинч хирургияда ультратовушли текшириш усулида фойдаланиш кенг ёйилди. Бир улчамли эхографияда корин бушлигида 200 мл суюқлик борлигини аниқлайди. Бир улчамли

эхография усули информативлиги ва диагностик ишончлилиги бошқа клиник материаллар асосида тасдиқланади. Икки улчамли эхография юкори диагностик ишончлидир. Бу усул билан паренхиматоз органлар шикастланишига диагноз қўйиш мумкин ва 3-5 мин давомида корин бушлигидаги 250-300 мл суюқликни 92,2 – 98% аниқлайди.

Купгина тадқиқотчилар корин ёпик шикастланишларида эхографиядан фойдаланишиб, 80% ҳолларда бошқа текширув усулларида фойдаланишмаган. Бирок корин ёпик шикастланишларида ультратовушли текширишда ҳам нотугри қўйилган диагнозлар ҳам учрайди. Кукрак ва кориннинг қушма жароҳатларида ички органлар шикастланиши ва ички қон қетишларда эхографиядан фойдаланиш чегараланади. Ковургаларнинг куплаб синиши, қанок суяклари синиши, бош миё жароҳатлари, умуртка поғонаси ва таянч-ҳаракат аппарати жароҳатларида бу усулдан фойдаланиш ҳамиша ҳам мумкин бўлавермайди. Лекин эхографик усул бемор учун хавфсиз, юкори информатив ва тез бажарилиш хусусияти билан энг керакли текшириш усули бўлиб қолмоқда. Кейинги йилларда инструментал текширишлардан лапароскопия ва лапароцентез қўлланилмоқда.

Лапароцентез оддий усул бўлиб, унинг қарши курсатмалари йўқ. Уни энг оғир беморларда ҳам утқизиш мумкин. Кукрак ва корин қушма жароҳати олган беморларда лапароцентез вақида катетер киритилиши текширувнинг аниқлигини оширади. Лапароцентезнинг амалиётга киритилиши диагностик ҳатоларни 4 марта қамайтиради.

Лапароцентезнинг диагностик имкониятини ошириш учун спиралсимон, бошкариладиган каттик катетер киритилади, унинг диагностик аниклиги 73-95%ни ташкил қилади. Шубхали ҳолатларда, контрол учун катетер 1-2 кун қолдирилади.

Купгина хирурглар кориннинг алоҳида ёпик шикастланиши бўлса лапароскопия утказишни таклиф қилдилар. Кориннинг ёпик шикастланиши бўлган беморларда шошилинч лапароскопия утказилганда 28,9% ҳолларда шикастланиш йуклиги аникланган, 21,3% ҳолларда хирургик аралашув талаб қилинмайдиган шикастланишлар аникланган. 49,6% ҳолларда шошилинч операцияни талаб қиладиган шикастланишлар аникланган.

Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрича, лапароскопия, лапароцентез усуллари натижасиз бўлганда, корин ичи шикастланишининг клиникаси яққол ривожланганда ва лапаротомияга мутлак курсатма бўлган ҳолларда утказилиши ҳам мумкин.

Лапарокопияга қарши курсатмалар: нафас ва юрак-кон томирлар етишмовчилиги туфайли беморнинг ахволи оғирлашган ҳолатлар, кориннинг олд деворида операциядан кейингги қуплаб чандиклар борлиги, диафрагма ёрилишига гумон борлиги, шок ҳолати ҳисобланади.

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, ҳозирги кунгача куқрак ва корин қушма жароҳатларида лапароскопия утказилишига аник курсатмалар йук. Бир пайтнинг ўзида бу масаланинг амалий аҳамияти каттадир.

Шундай килиб, ҳар бир усулнинг уз ижобий ва салбий томонлари, курсатма ва қарши курсатмалари бор. Бирорта усул эса барча талабларга тулик жавоб бермайди.

Ҳозирги пайтда адабиётларда кукрак ва кориннинг қушма жароҳатларини даволаш тамойиллари туғрисида ҳар-хил фикрлар бор. Қупчилик муаллифлар беморларни госпиталгача бўлган босқичда ва касалхоналарга келган биринчи соатларида асосан уларнинг ҳаётини сақлаш ва ҳар хил буладиган асоратларнинг олдини олиш зарурлигини тавсия қиладилар. Бошқа гуруҳ муаллифлар эса биринчи кунлари асосан консерватив даволаш муҳимлигини, хирургик даволаш кейинги кунларда утказилиши кераклигини уқтирадилар. Аммо қушма жароҳатлар диагнози қуйилгандан кейин шошилиш операция қилиш кераклиги туғрисида ҳам фикрлар бор.

Айрим хирурглар бундай шошилиш операциялар ички аъзоларнинг ёрилиши билан утқир қон кетиш ҳолатида уни тухтатиш мақсадида утказиш зарурлигини курсатганлар.

Кукрак қасаси жароҳати бошқа жароҳатлардан устун бўлса қупрок консерватив даволаш, агар ички аъзолар жароҳати ҳавфи қучли бўлса унда актив хирургик тактика ишлатиш мақсадга мувофиқдир.

Қушма жароҳатлар оқибатлари қоникарсиз бўлишига диагностиканинг кечикиши сабаб бўлади.

Ҳаттоки диагностика мақсадида қилинган лапаротомияда ҳам 20-40% ҳолларда диагностик ҳатоликларга йул қуйилади. Қерақсиз

килинган лапаротомия беморнинг ахволини огирлаштиради ва 2-7% ҳолларда улимга сабаб бўлади.

Кушма жароҳатларда даволаш тамойилининг асосий муаммоларидан бири бу кукрак ва корин бушлигида операция утказишнинг кетма-кетлигидир. Операция вақтини аниклаш тактиканинг асосий вазифасидир. Шок ҳолатида операция килинган беморларда улим ҳолати шокида чиқарилгандан сунг операция килинган беморлардаги улим ҳолатидан қарийб 3 марта камдир. Қупчилик муаллифлар фикрича, ички массив қон қетишларда беморни шокдан қикаргунга қадар қетган қон қажмини тулдириш қараёнида қирургик ёрдам қурсатиш маъқулдир.

**Кукрак ва қориннинг қушма қароҳатида талоқ ёрилиши билан ички қон қетишлар дианогикиаси ва даволаш усуллари.**

#### **Умумий клиник манзараси.**

Кукрак ва қорин қушма қароҳатлари дианогикиаси беморларни клиник қуриқдан утказиш ва қомплекстекширишга асосланади. Дианогикианинг қийинлиги беморнинг ахволи огирлиги, кукрак ва қорин турли аъзоларининг қушма қароҳатланиши билан боғлиқ.

Шуни таъқидлаб утиш қераққи, барча дианогикик қора – тадбирлар шок, қон қетиш, нафас етишқовчилигини даволаш билан бирга утқазилади. Кукрак ва қориннинг қушма қароҳатлари билан қоспитализация қилинган беморларнинг умумклиник дианогикиаси таҳлилини қелтирақиз.

Хушсиз ҳолатда 11 (8,8%) бемор, хуш бузилиши билан 58(46,4%) бемор шифоқонага тушган. Қемодинамик бузилишлар яққол ривожланган ёқи қала ва бош қия қароҳати олган беморлар

шикоятларини тулик айта олмаганлар. 36,1% беморларнинг жарохати механизми туғрисида маълумотлар булган, колган 63,9% беморлардан анамнез йиғишнинг имкони булмаган. Огир кушма жарохати олган беморларни умум клиник текшириш уларнинг хушсиз холати, кучли огрик, тери ости эмфиземаси, жарохатларнинг узаро бир-бирига таъсири туфайли кийинлашади. Кукрак ва кориннинг кушма жарохатларини ишончли симптомлари кам ва уларнинг диагностик аҳамияти пастдир. Беморларда нафас етишмовчилиги симптомлари: тахипноэ, акроцианоз, цианоз белгилари кузатилган. Корин жарохатларида деярли хамма беморларда корин соҳасида огрик, корин дамлаш холатлари кузатилган.

Кукрак ва корин жарохати олган беморларнинг хаммасида гемодинамик бузилишлар кузатилди. Гемодинамиканинг бузилишлари бушлик ичига, тукима ичига кон куйилиши хамда жарохатнинг огирлиги билан богликдир.

Клиник кузатишлар шуни курсатадики, ташки нафас ва кон айланишининг бузилиши, «уткир корин» холати кукрак ва кориннинг жарохатлари клиникасида доминантлик килади.

### **Талокнинг ёрилиши клиник манзараси ва хусусиятлари.**

Кушма жарохатларда хирургнинг олдида корин бушлиги аъзоларининг шикастланиши борми ёки кориннинг олд девори лат еганми деган бир сурок туради. Кушма жарохатларда корин бушлиги аъзоларининг жарохатлари 27-70% холатларда учрайди.

Беморлар ахволининг огирлиги нафакат корин бушлиги аъзоларининг шикастланишидан булмай, вахоланки тананинг

бошка вилоятларидаги жароҳатлар огирлигидан ҳам булиши мумкин.

Туғри диагноз куйиш травмадан кейин 2 соат ичида жуда огир муаммо. Диагностик хатолар ана шу биринчи соатларда энг куп булишининг асосий сабабларидан ички аъзоларнинг жароҳати клиник белгилари ривожланиб улгурмайди. Кушма жароҳатлар билан тушган 82% беморларда шок ҳолати учрайди.

Хирурглар купинча ички аъзоларлар жароҳати бор деб ҳисоблаб лапоротомия киладилар, операция пайтида аъзоларнинг жароҳатланганлиги топилмайди. Айрим ҳолатларда «динамик кузатув» бир неча соатларга чузилиб, ички жароҳат сабабли беморлар аҳоли огирлашади, натижада кеч операция килинади.

Кушма жароҳатларда ички аъзолар жароҳати шок, ички кон кетишлар ва перитонит билан асоратланадилар.

Шикастланганларда шок ҳолати ички аъзолар жароҳати манзарасини туманлаштиради. Кузатувлар шуни курсатадики 2соат ичида бемор аҳоли кузатилганда бир вақтнинг узида шокка қарши даволаш муолажалари утказилганда натижа самара бермаса зудлик билан операция қилиш ёки асбоблар билан диагноз қуйиш усулига утиш керак (С.А. Абдуллаев 1991). Ички аъзолар айниқса паренхиматоз аъзоларнинг жароҳатини уз вақтида аниқлаш бундай беморларни даволашнинг муҳим омилдир. Паренхиматоз аъзолар (жигар, талок) жароҳатида ички кон оқишлар кузатилса айрим клиник белгилар: тери қопламасининг оқариши, пульснинг тезлашиши, кон босимининг тушиши, уйкуга тортиш, беморни совук тер босиши, чанқоклик каби белгилар юзага чиқади. Ковурга

ва умурткаларнинг синуши кузатилганда ички аъзолар жароҳати клиник белгиларини туманлаштиради, «ёлгон уткир корин» клиникасини беради.

### **Талокнинг ёпик шикастланишлари**

Хамма корин бушлиги аъзолари шикастланишларининг 20-30% ни ташкил килади. Бизнинг кузатувларимизда талокнинг ёрилиши жароҳатланганлар ичида 25,6% ташкил килади. Шулардан капсула ости ёрилиши 28%, капсула билан ёрилиши 31% томирлар боғи оёкчаси қисмида ёрилиши 30,5%, талокнинг лат ейиши 5,5% ва талокнинг фрагментация бўлиб ёрилиши 5% ҳолатларда учради.

Ёпик жароҳатларда талокнинг ёрилиши аксарият ҳолларда кориннинг юқори қисми ва қуқракнинг чап ярми жароҳатида қўп учрайди. Айрим ҳолатларда талокнинг қасаллиги туфайли қатталашини, унинг паренхимасидаги узғаришлар ҳам енгил жароҳатлар пайтида ҳам унинг ёрилишига асос бўлади. Бир вақтнинг узида яъни, бир босқичли капсуласи ва паренхимасининг бирга ёрилишида қўн қорин бушлиғига бир вақтда қўйилиб бемор аҳолини оғирлаштиради. Икки босқичли ёрилишларда аввало талокнинг паренхимаси ёрилиб унинг капсуласи ости гематомаси ҳосил килади. Қорин бушлиғида босим ошганда капсуласи ёрилиб, қўйилган қўн қорин бушлиғига оқади. Бундай ёрилишлар орасидаги фарқ бир суткадан қўртиб 30 қўндан қўйин ҳам содир бўлиши мўмкин. Талокни ёрилишидаги клиник манзара ҳар қўн бўлиши мўмкин. Бўнда жароҳатнинг оғирлиғи жароҳатдан қўйинги утган мўддатга бўглик.

Талокнинг ёрилишига энг мухим белгилар уткир кон окиш ва шок белгилари булиб хисобланади. Талокнинг ёпик жарохатидаги энг эрта юзага чикадиган белгилардан бош айланиш, хаво стишмаслиги булиб хисобланади. Шикастланганлар купинча чап ковурга ости сохасида, кориннинг чап юкори кисмида огрик борлигига ва бутун корин буйлаб таркалаётганлигига шикоят килади. Шикастланганларда энг мухим белгилардан – огрикнинг чап елка устига таркалиши (Кер белгиси), чап курак суяги тагига берилиши (Елекер белгиси) ва корин дамлашга (Гейнек-Лежар белгиси) шикоят килади. Куйилган коннинг париетал ва висцерал корин парда вараklarини таъсирлаши натижасида кориннинг олд девори мушакларининг тарангланиши 70% шикастланганларда аникланиши мумкин. Агар корин бушлигига анча хажмда кон куйилса, перкуссия килинганда асосан чап латерал канал сохасида перкутор товушнинг тумтокланиши аникланади. Секинлик билан товушнинг тумтокланиши кориннинг пастки каватига чап латерал канал буйлаб таркалади ва бу ҳолат талокнинг ёрилишидан дарак берадиган аник белги булиб хисобланади. Бу белги адабиётларда Питс-Белекс-Томайер симптоми номини олган. Кориннинг ҳар хил каватида перкутор товушнинг тумтоклашиши, корин дамлаши талокнинг ёрилишини курсатувчи белгидир. Юкорида келтирилганлардан ташқари корин бушлигига массив кон куйилганда яъни, уткир кон йукотишларда дармонсизлик, кулокларда шовкин, бош айланиши, кусиш, кунгил айтиш, совук тер босиши, тери ва куринадиган шиллик пардаларнинг оқариши кузатилади. Агар куйилган кон хажми купрок булса, куз олди

коронгилашиши ҳамда батамом хушини йукотиш, артериал кон босимининг тушиб кетиши, пульснинг тезлашиши аникланади.

Юқориданги клиник белгиларнинг оғирлигига қараб талокнинг ёрилиши 3 даражага бўлинади .

1. Оғир даражада талокнинг томирлар боғи оёқчаси ёрилиши ёки унинг узилиб кетиши талок капсуласининг куп сонли ёрилиши ва бошқа аъзоларнинг қушма жароҳатларида қузатилади.
2. Урта оғирлик даражасида шикастланганлар шок ҳолатида бўладилар. Корин бушлиғида катастрофа ҳолати тез ривожланади.
3. Талокнинг секин ёрилиши даражасида корин бушлиғида катастрофа ҳолати секин ривожланади. Купинча капсула ости ёриғида 2-3 суткадаги ёрилишларда қузатилади.

### **Стационарда объектив текшириш усуллари.**

Барча 89 беморлар қуриқдан утқазилгач, рентгенологик текширишга жунатилган. 5та беморда корин бушлиғига кон кетиш яққол бўлгани учун ва 3 та бемор реанимация бўлимига келиб тушгандан кейин 10-15 мин давомида улганлиги учун рентгенологик текширишлар утқазилмаган.

76 та беморда бир вақтнинг узида қуқрак ва корин рентгенологик текширилган, 8 та беморда фақат қуқрак, 5 та беморда фақат корин текширилган.

Клиник тажрибалар шуни тасдиқлайдики, қуқрак ва коринни бир вақтда рентгенологик текшириш бу усулнинг диагностик

кийматини оширади, олинган маълумотларни кийин баҳолаш чуқурроқ патологияларни аниқлашга ҳам ёрдам беради.

Курак ва қориннинг рентгенологик текшириш бир вақтда ўтказилмаган ҳолларда, ички органлар шикастланишини ўтказиб юбориш ҳоллари ҳам кузатилади.

Ўпка шикастланишининг асосий белгилари: тери ости ва мусқулараро эмфиземаси 14 та, пневмоторакс 4 та, гемопневмоторакс 5 та, гемоторакс 6 та, ўпка туқимаси гематомаси 3 та беморда аниқланган.

Гемомедиастинумнинг рентгенологик белгилари бу – юрак ёнининг силликлануви билан кечувчи ўрта соянинг кенгайишидир. Бу ҳолат 2 беморда кузатилади.

14 та беморда қовургалар синуши кузатилади, улардан 4 тасида қўллаб ва икки томонламадир. 7 та беморда дастлабки рентгенологик текширишда қовургалар синуши аниқланган. 7 тасида эса қайта текширишларда аниқланган, 3 та аутопсияда, тирик пайти рентгенологик аниқлангандан қўра қўпроқ қовурга синушлари топилди. 5 та ўлган беморларда қовургаларнинг қўлтиқ линиялари бўйича ва тоғай қисмида жойлашган жароҳатлари аниқланмаган ва улар аутопсияда топилган.

Рентгенологик текширишларда 3 та беморда диафрагма ёрилишига гумон қилинган, лекин рентгенологик текширишларда диафрагма шикастланишини ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлмайди.

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғидаги аъзоларнинг ёрилиши гумон қилинган беморларни

рентгенологик текширувдан утказилганда диафрагма унг гумбазининг кутарилиши 7 та беморда чап гумбазиники 5 та беморларда, корин бушлигида эркин суюклик 5 та беморда, жигар контурлари ноаник булиши ёки контурлари умуман булмаслиги 11 та беморда, талокники 14 та беморда, унг ён каналда сояланиш кориннинг унг томонига кенгайиши билан 7 та беморда, чап ён каналда сояланиш кориннинг чап томонига кенгайиши билан 8 та беморда, катта бел мушаги контурлари йуколиши 20 та беморда топилган.

Бундан ташкари, корин бушлигида эркин суюклик борлиги белгиси булиб ковузлоклараро ораликнинг кенгайиши, лентасимон сояланишлар хисобланади ва 20 та беморда аниқланган.

Жигар ёрилганда энг ишончли рентгенологик симптомлар – диафрагма унг гумбазининг кутарилиши, жигар соясининг кенгайиши, жигар контурлари ноаник булиши ёки умуман булмаслиги, унг ён каналда эркин суюклик булишидир. Кушимча белгилари – унг томонлама пастки ковургаларнинг синиши, тери ости эмфиземаси, унг томонлама гемопневмоторакс хисобланади.

Талок ёрилганда – диафрагма чап гумбази кутарилади, ҳаракати чегараланади, чап диафрагма ости бушлиги сояланиши, талок соясининг йуколиши ва катта бел мушаги контурининг йуколиши асосий рентгенологик белгилар хисобланади. Кушимча белгилари – чап томонлама пастки ковургаларнинг синиши, ошкозоннинг унгга силжиши.

7 та беморда манзаравий рентгенологик текшириш билан корин парад орти гематомаси аникланди. Бунда кориннинг бел соҳасида диффуз сояланишлар борлиги, буйрак ва бел мушаклари контурлари ноаниқ булиши асосланган. Қўшимча белгиси ошқозон – ичак трактининг пневматоз ҳолатидир.

### **Рентгеноконтрастли текширишлар**

Сийдик пуфаги ёрилишига гумон қилиниб 6 та беморда цистография ўтказилди. Сийдик пуфаги ёпик шикастланишининг рентгенологик диагностикаси контраст модда сийдик пуфаги чегарасидан ташқарига чиқишига асосланади.

Цистограмма асосида 3 та беморда сийдик пуфаги ёрилиши истисно қилинди. Уларнинг цистограммасида сийдик пуфагининг корин парда орти гематомаси билан сикилиши аникланди.

3 та беморда буйрак жароҳатига гумон қилиниб вена ичига экскретор урография қилинди. Бунда контраст модда буйрак чегарасидан ташқарига чиқиши – 1та, буйракнинг ажратиш функцияси йўқлиги – 1 та, ажратиш функцияси пасайиши – 1 та беморда аникланди.

### **Ультратовушли текшириш.**

Ультратовушли текшириш плеврал ва корин бушлигида эркин суюқликни аниклаш учун 19 та беморда қўлланилган. Қўрак ва корин қўшма жароҳати булиши плевра ва корин бушлигидаги суюқликни аниклашни маълум даражада қийинлаштиради.

Чанок суяклари, умуртка суяклари, қовурғаларнинг қўпалаб синишлари, корин парда орти гематомаси, оғир қалла ва бош мия жароҳатлари корин ички аъзолари шикастланиши клиникасини

беради. Айнан шу омиллар бундай турдаги жарохатларда ультратовушли текшириш ишлатилишига асос булган.

6 та беморда жигарнинг улчамлари катталашганлиги аникланган. Эхонегативли ошган ва контурлари ноаниқ, нотекс булган хажмли хосила аникланган. Бу белгилар жигар ичи гематомасидан дарак беради.

16 та беморда талокнинг шикастланишига гумон килиниб ультратовушли текшириш утказилган, 1 та беморда узгаришлар аникланмаган. 2 та беморда посттравматик панкреатит аникланган. Ультратовушли текширишда ошқозон ости беи бошчаси ва танасининг олд-орка улчамлари катталашганлиги аникланган.

Буйракларни ультратовушли текширишда 2 та беморда узгаришлар аникланган. Бунда паранефрал клетчатка кенгайиши ва унинг эхонегативлиги диффуз ошиши кузатилади.

Ультратовушли текшириш маълумотлари ва операциядан кейинги маълумотлар 83% холларда тугри келган.

### **Инструментал текширишлар**

Плеврал бушлиги пункцияси: плеврал бушлигини пункция килиш билан кон ва хавони чикариш нафакат диагностик, балки даволаш характерида хам эди.

Купчилик холларда плеврал пункция плеврал бушликни дренажлаш билан якунланган. Торакоцентез 12 та беморда утказилган. Бир томонлама гемоторакс – 7 та, гемопневмоторакс – 3 та, икки томонлама гемопневмоторакс 2 та беморда аникланган.

82 та бемордан 2 тасида торакотомия бажарилган, колганларида плеврал бушликни дренажлаш утказилган.

Купчилик огир беморларда плеврал бушликни пункция килиш беморни тулик текшириш: перкуссия, аускультация, R – скопия, R – графиядан кейини утказилган. Тажрибалар шуни курсатадики, ута огир ҳолатдаги беморларга рентгенологик текширишлар утказилмасдан плеврал пункция утказиш реанимацион чора-тадбир хисобланади ва пневмоторакс кучайишини олдини олади.

Лапароцентез 17 та корин шикастланиши билан тушган беморларда утказилган. 15 тасида корин аъзолари шикастланиши топилган. Корин бушлигида кон -11 та, ичак суюклиги – 3 та, ут суюклиги – 1 та беморда аникланган. Операция пайтида олинган махсулотлар ранги ва хидига кура визуал баҳоланган. Бирок ички органлар ёрилиши кичик улчамда бўлса, корин бушлигида патологик ажралмалар жуда кам булиши мумкин. 1 та беморда корин бушлиги ювилгач операцияга курсатма борлиги аникланган. 12 та беморда лапароцентезде патологик ажралмалар аникланмаган. Лапароцентезде олинган маълумотлар операция пайти тасдиқланган.

### **Эндоскопик текширишлар.**

Бронхоскопия 3 та беморда утказилган. Бронхоскопия беморларда бош бронхлар ёрилишига, упка ателиктазига гумон килиниб утказилган. Бронхоскопияда бронхлар ёрилиши истисно килинди, 1 та беморда ателектаз йукотилди.

Лапароскопия 6 та беморда утказилган. Лапароскопия корин травмалари доминантлик килганда утказилган. 2 та беморда корин парда орти ва 2 та беморда корин парда олди гематомаси, 1 та беморда ичак суюкликлари аникланган.

2 та беморда корин аъзолари шикастланиши топилмаган, бироқ кейинчалик бу беморларда буйрак шикастланиши ва корин парда орти гематомаси аниқланди.

Беморларнинг оғирлигини ҳисобга олиб қўнчилик беморларда лапароцентез утказиш ишончли ва ҳавфсиздир.

Лапароскопияга қарши курсатмалар: корин деворида қўлаб операциядан кейинги қандиклар, нафас ва юрак егишмовчилигининг оғир даражалари, шок ҳолати.

Бизнинг текширишларга қўра қўқрак қафаси оғир жароҳатларида, қовурғалар қўлаб синишида лапароскопия утказилиши қорин ички бўсимини ошириб беморнинг аҳолини оғирлаштиради.

Шундай қилиб, қатта қишиларда қўқрак ва қориннинг оғир жароҳатлари бўлганда лапароцентез қенг қўлланилиши лозим.

Лапароскопияга курсатмалар қегараланган. Диафрагманинг ёрилганлигига гумон қилинганда лапароскопия утказиш — қарши курсатмадир.

### **Талокнинг ёрилишида қирургик тактикалар**

Талокнинг ёрилишида биз қенг урта лапаротомия қилишни тарғиб қиламиз. Бу қесмада қорин бўшлигини манзарали тафтиш қилиш ва ҳар қандай қон оқиш манбасини аниқлаш имқониятини беради. Лапаротомия вақтида талокнинг ёрилишини оғир даражаси аниқланса, бемор семиз бўлса ва бошқа айрим қийинчиликлар бўлса урта қесмани қап қовурга ёйи бўйлаб узайтириш мумкин. Бундай қесма билан лапаротомия қилинганда бемалол қорин бўшлигида ҳар қил манипуляциялар аниқ қўрган қолда бақарилади. Талокнинг томирлари жароҳати аниқланганда қарви

кистасининг дистал кисми меъда-чамбар ичак боглами кесилиб унинг оёкчаси тула тафтиш килинади. Томирлар богига ушлагич утказилиб жарохатнинг тури ва операциянинг хажми аникланади.

Бизнинг кузатувларимизда 15 ҳолатда талок капсуласининг биттадан ёриги ва 21 ҳолатда унинг паренхимасининг чуқур ёрилиши кузатилди.

36 та кузатилган беморлардан ҳолос 4 нафарида талок ёриги тикилиб, айрим ҳолларда чарвидан бир булак олиб ёрилган жойга қуйиб устидан кеткут билан тикилиб уни саклаб қолишга эришдик. Қолган 32 та беморда спленэктомия бажарилган.

Маълумки спленэктомия организмнинг иммун системасидаги бузилишга олиб келади. Биринчи навбатда хужайра иммунитетига таъсир қилиши мумкин ва шундай беморларда кейинчалик иммун етишмовчилик ривожланиши мумкин. Ана шуни ҳисобга олган ҳолда йигирмата беморда спленэктомиядан кейин талок туқимасини гетеротопик имплантация 16 та эркак беморда ва 6 аёл беморларда утказилган. Бизнинг кузатувларимизда талок туқимаси гетеротопик имплантацияси асосан катта чарвига қуйилади. Бунинг учун стерил равишда олинган талок туқимаси уткир скальпел билан 5 мм катталиқда кесиб тайёрланади. Ана шундай кесманинг 5-6 донаси катта чарвига уралиб кетгуд билан маҳкамланади.

## Эслатма учун

Сдано в набор 16.09.2009г. Подписано в печать 18.09.2009г.

Формат 60x84 1/32. Тираж 100 Заказ № 233

Типография институт археологии г. Самарканд ул. В. Абдуллаева №3

**Тузувчилар:**



**С.А. Абдуллаев**, т.ф.д. профессор, Самарканд Давлат медицина институти педиатрия факультетининг хирургик касалликлари ва офтальмология курси билан кафедрасининг муdiri.



**М.К. Тиллаев**, Самарканд Давлат медицина институти педиатрия факультетининг хирургик касалликлари кафедрасининг магистри



**А .О. Шобоев**, Самарканд Давлат медицина институти педиатрия факультетининг хирургик касалликлари кафедрасининг магистри

**Рецензентлар:**

**Б.У. Собиров** т.ф.д. профессор, Самарканд Давлат медицина институти даволаш факультетининг факультатив ва госпиталь хирургия кафедрасининг муdiri.

**Х. К. Карабаев** т.ф.д. профессор, Самарканд Давлат медицина институти даволаш факультетининг VI-VII курслар хирургия кафедрасининг муdiri.

**М.Э. Эшбеков** т.ф.д. профессор, Республика илмий тез ёрдам марказининг Жиззах вилояти филиалининг директори.



Илмий кенгашидан кучирма 2009 « 25 » *август* № 21

СамМЦ илмий кенгашида тасдиқланган 2009 « 22 » *август* № 9

Илмий кенгаш котиби *А.Т. Джурабеков* т.ф.д. проф. А.Т. Джурабеков

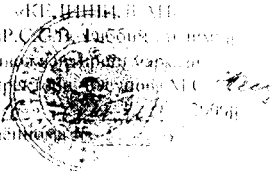
Маъжур қўлланма тиббиёт олий ўқув юртилари магистрлари ўқув ўсхў-  
услубий қўлланма сифатида фойдаланиш учун тўғридан

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ  
САКЛАШ ВАЗИРАЛИГИ  
ЎЛИБИЙ ТАЪЛИМИЙ-ТАВБОҒЛАШТИРИШ МАРКАЗИ  
САМАРҚАНД ОЛТИҲАТ ЎЛИБИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ТАСДИҚЛАЙМАН:**  
А.Р.С.С.В. Фан ва уқув  
оринлари бошқармаси раиси  
докт. с.т.с. проф. Атаходжаев Н.У.  
*А.Р.С.С.В. Фан ва уқув*  
бадони № 16



**ЎҚИЙМАН:**  
У.Р.С.С.В. Ўлбидиётнинг  
ришад ва тарбия қарқини  
иришад ва тарбия қарқини  
иришад ва тарбия қарқини  
иришад ва тарбия қарқини



**ЎЛИБИЁТНИНГ ТАЪЛИҚНОСЛИҚИ ВА ЗАМОНАВИЙ ТАВБОҒЛАШ  
УСУЛЛАРИ**

ЎЛИБИЁТНИНГ ТАЪЛИҚНОСЛИҚИ ВА ЗАМОНАВИЙ ТАВБОҒЛАШ



**САМАРҚАНД – 2009н.**

## КОРИН ПАРДАНИНГ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Корин парда корин деворларининг ички юзасини коплаб ва корин бушлиги купчилик аъзоларини ёпади.

Корин парданинг орка девори корин бушлигини бир бирига тенг булмаган 2 қисмга бўлади : катта- хақикий корин парда бушлиги (cavbum peritonei) ва кичикрок корин парда орка бушлигига ( spatium retroperitoneali ). Эркакларда корин парда билан копланган корин бушлиги ҳамма томондан бекилган копни эслатса, аёлларда эса корин парда бушлиги ташки мухит билан фаллопиев найлари, бачадон бушлиги ва кин оркали алоқа қилади.

Корин парда париетал ва висцерал вараклардан иборат. Айрим жойларда бу пардалар биридан иккинчисига утиб, корин бушлиги аъзоларини ушлаб турувчи боғламлар ҳосил қилади.

Париетал варак кориннинг олд деворининг ички юзасини коплаб , юқорида диафрагмани, пастдан чанок тубини ва орка томондан корин парда орка бушлигини тусиб туради.

Висцерал парда корин бушлиги аъзоларини коплайди ва аъзоларнинг қандай ёпилишига қараб корин бушлиги ички ва корин парда орка бушлиги аъзоларига бўлинади .

Корин парда билан бир томондан ёпилган- буйраклар, ошқозон ости беzi, ун икки бармоқли ичак,сийдик копи, аорта, тугри ичаклар корин парда орка аъзоларига қиради. Йугон ичакнинг кутарилувчи ва пастга тушувчи қисмлари корин парда билан уч томонидан ёпилиб, уларга корин парданинг орка томонидан бориш мумкин

Кундаланг чамбар ичакнинг туткичи – mesocolon корин парда бушлигини юқорги ва пастки қисмларга бўлиниши амалий жихатдан муҳим аҳамиятга эга. Корин бушлиги қасалликларида катта чарвининг (omentum majog) муҳим аҳамияти бор. Катта чарви корин парданинг туртта қаватидан ҳосил бўлиб, унинг олдинги икки қавати меъданинг катта эгрилигидан осилиб тушади ва олдинги қаватлари билан юқорига кутарилиб кундаланг чамбар ичак туткичи билан қушилиб париетал корин парда варагига утади.

Олдинги ва орка жуфт корин парда варакларидан ташкил  
булган катта чарвидаги бу вараклар орасида эмбрионал  
давридагина ёрик булиб, ошкозон оркасидаги ёрик билан туташган  
булади.

Ана шу ошкозон орти ёриги хамма томондан корин парда  
билан копланган булиб чарви халтаси – bursa omentalis дейилади.  
Винсилов тешиги – foramen Winsilowi оркали корин бушлигининг  
бошка кисмлари билан алока килади. Корин бушлигида аъзолар  
шундай жойлашганки улар орасида бушлик колмайди. Корин  
бушлигида куп булмаган (20-30 мл) суюклик – liquor peritonei  
булиб, сероз юзаларни хуллаб туради. Бирор патологик холатларда  
корин бушлигида экссудат ёки трансудат ёки газ йигилиши (ички  
аъзоларнинг ёрилишида) мумкин.

Корин парданинг бурмаларини туткич (mesenterium) дейилади  
ва улар ички аъзоларни узагини ёпиб аъзоларни кориннинг орка  
деворига махкамлаб туради. Ингичка ичак туткичи узаги чапдан  
унга, юкоридан пастга караб II бел умурткаси сатхидан пастда  
думгаза – ёнбош кушилмасигача жойлашган. Туткичда кон  
тмирлари, асаб толалари, лимфа тугунлари ва ёг тукумалари  
жойлашган.

Корин бушлигидаги паталогик холатларда тугри ичак ва  
сийдик копи орасидаги бушлик excavatio vesico – rectalis катта  
ахамиятга эга. Аёлларда бу бушлик бачадон ва унинг кенг  
фасцияси иккига булади: олдинги – excavatio vesico – uterina ва  
орка - excavatio recto – uterina S.Douglasi ; охириги олдингидан  
чукуррок хисобланади. Корин бушлигининг айрим жойларида  
корин парданинг париетал кисми чукурчаларини хосил килади ва  
ички чурралар хосил булишига сабабчи буладилар. Анна шундай  
чукурчалардан recessus duodeno – jejunalis булиб ун икки бармокли  
ичак ва ингичка ичак бурчагида (flexura duodenojejunalis) хосил  
булади.

Ёнбош ичакнинг кур ичакка куйилиши кисмида юкорисида ва  
пастиди – (fossa ileo – caecalis superior et inferior) хосил булган  
чукурчалар, хамда сигмасимон ичак узагида учрайдиган (resessus  
intersigmoideus) чукурчалардир.

Парадуоденал чукурчаларда хосил булган чуррани Трейц  
томонидан 1857 йилда ёзилган булиб адабиётларда Трейц чурраси  
деб номланган. Париетал корин парда ва туткич узаги орасидаги

чукурчада хосил булган чуррани Вальдейер томонидан 1874 йилда ёзилган ва Вальдейер чурраси деб юритилади.

Корин пардаларга артериал кон корин аортасининг катта шахобчалари оркали окиб келади.( пастки диафрагмал,кур ичак. мезентериал , буйрак усти беzi артерияси. буйраклар ва бел артериялари).

Веноз кон эса юкориги ва пастки кават веналар тизими оркали ( унг ва чап буйрак веналари, ярим жуфт веналари ) ҳамда дарвоза венаси (мезентериал веналар ва талок веналари ) оркали окиб кетади.

Лимфа иккала бел лимфа уклари ( бел ва ичак лимфа йуллари ) оркали окиб кетади . Бу иккала укнинг I-II бел умурткалари сатхида кушилишидан курак йули – ductus thoracicus хосил булади ва юкорига кетади . Корин парданинг иннервацияси батафсил хал булган эмас.

Корин парданинг иннервацияси жуда бой ва унинг калинлигида жойлашган майда асаб чигаллари оркали амалга ошади. Ундан ташкари хар хил рецепторлар мавжуд. Шундай кенг микдорда интерорецепторлар мавжудлиги беморларнинг корин бушлигининг жарохатларида тезда шок ҳолатига тушишига олиб келади .

Вахолонки корин бушлигида симпатик ва парасимпатик асаб тизими чигаллари куп микдордадир. Куёш, талок, жигар, меъда. туткичлар, аорта, думгаза чигалларидан ташкари корин пардага кибиргалараро, бел, хусусан ёнбош меъда ости (niliohypogasticus) ёнбош – чов (n. ilioinguinalis, n. diaphragmalis) асабларидан толалар келадилар.

### **Корин парданинг физиологик хусусиятлари:**

1. Суриш хусусияти.
2. Секретор хусусияти.
3. Барьер хусусияти.
4. Организмда гомеостазни ташкил килиш.
5. Сув – электролиз алмашинувида иштирок килади.

Корин парданинг умумий ҳажми тахминан терининг умумий ҳажмига тугри келади., яъни  $17000-20000\text{ см}^2$  ни ташкил килади.

Корин пардада жуда катта тармокда кон ва лимфа томирлари мавжуд.

Хар бир миллиметр корин парда юзасида 75000 гача капиллярлар мавжуд, шунинг учун ҳам корин парданинг суриш хусусияти жуда баланд.

Корин парданинг резорбция ва секретор функцияларидан ташкари катта пластик хусусиятига эга. Ана шу хусусиятига асосан корин бушлиги хирургияси ривожланган. Бу фаолиятда чарвининг асосан химоя аъзо сифатида ахамияти катта. Агар чарви булмаса эди корин парда хар хил инфекцияларнинг ривожланиши огир утар эди.

Организмда гомеостазни таъминлашда, ҳамда сув – электролит алмашинувини мувозанатда саклашда корин парданинг мухим роли булиб бир суткада 70 литргача суюклик суриш хусусиятига эга.

Корин бушлигида суюкликнинг резорбция булишида диафрагма корин пардасидаги лимфатик микро томирларининг ахамияти баланд. Диафрагма корин пардасидаги лимфатик лакуналар корин бушлиги билан алоқаси мезотелияда жойлашган ёригсимон субмикроскопик хужайралар – стоматлар оркали юзага чиқади.

Перитонит – корин бушлиги сероз копламаларининг яллигланиши булиб, купинча яллигланиш касалликларининг ёки корин бушлиги аъзоларининг жароҳатланиши асоратларидир.

Уткир таркалган перитонитлар муаммоси медицина пайдо булишидан бошлабкок пайдо булган. Шуни айтиш керакки, бу огир касалликни даволашда маълум ютукларга эришилди, аммо хозирги пайтда ҳам бу касалликдан улим тафсилоти юкори курсаткичларда колмокда. Шунинг учун ҳам нафакат хирурглар, хатто бошка мутахассис врачларнинг ҳам эътиборини узига жалб килмокда.

### **Перитонияларнинг таснифи**

Клиник кечимига караб уткир ва сурункали перитонитга булинади. Сурункали перитонитлар купчилик холатларда махсус характерга эга.: сил касаллиги перитонити, паразитар ва конкроз асцит – перитонитлар. Амалиётда асосан уткир перитонитлар билан дуч келамиз, улар корин бушлигида булган йирингли холатларнинг куруниши булиб хисобланади.

Перитонитларни яллигланиш ҳолатининг тарқалишига қараб буладилар ва шунга қараб касалликнинг кечими оғирлиги аникланади. Маълумки, қорин бушлиғи туққиз анатомик вилоятларга бўлинади. Унг ва чап қобирга ости эпигастрия, унг ва чап мезогастрия, урта мезогастрия, унг ва чап гипогастрия ва урта гипогастрия.

Перитонитларни таснифини жуда қўқчилиқ муаллифлар тақлиф қилганлар. Уларнинг қўқчилиғи ҳозир тарихий аҳамиятга эга. Ана шу тақлиф қилинган таснифларини хронологик жихатдан ургансак, перитонитлар туғрисидаги таълимотнинг қандай ривожланганлиғига гувоҳ бўламиз.

1886 йилларда Миқулич перитонитларни қуйидаги шакллари тақлиф қилган:

- 1) септик;
- 2) йирингли;
- 3) ривожланаётган фибриноз – йирингли;
- 4) маҳаллий (қегараланган)

А.Д. Повловский (1887 йил) эксудатнинг харақтерига қараб:

- 1) қурук;
- 2) сероз – қонсимон ;
- 3) сероз – йирингли – фибриноз;
- 4) соф йирингли;
- 5) бир – бирига утувчи шаклларига бўлган.

1906 йили (Sprengel) Шпренгель перитонитларнинг оғирлиқ кечимини йирингли яллигланиш ҳолатининг тарқалиши даражаси билан боғлаб: «эрқин» ва «маҳаллий» шаклларига бўлди.

Немис хирурги (Korte) Кёрте (1927 йил), Қиршнер (Kirshur, 1928) эрқин перитонитларни тарқалган шакли деб атадилар.

Россия хирургларининг XII съездида И.И. Грпқов (1912) узининг перитонитлар туғрисида таснифини тақлиф қилди.:

1) қурук перитонит Миқулич тақлиф қилган «перитонеал йирингли қон» шаклига ухшаш.

2) йирингли ёки фибриноз – йирингли перитонит.

Босқичлари бўйича:

- 1) Эрта (биринчи 12 соат),
- 2) қечки босқичи (12-24 соат)
- 3) Охири (24 соатдан кейинги) босқичларга бўлди.

I. Клиник – анатомик жихатдан И.В. Давидовский (1957) перитонитлари уткир ва сурункали кечимига булиб, чегараланган махаллий ва умумий шаклларга ажратади.

Эксудатнинг характериға караб:

- 1) сероз
- 2) сероз фибриноз
- 3) фибриноз – йирингли
- 4) йирингли
- 5) геморрагик
- 6) ихороз.

Клиник фарклариға караб;

- 1) травматик
- 2) операциядан кейинги
- 3) перфоратив
- 4) гематоген ёки метастатик
- 5) криптоген
- 6) асептик
- 7) уремик.

II. П.Л.Сельцовский ( 1963) куйидагича булди.

- 1) уткир
- 2) уткир ости
- 3) сурункали

Таркалиши буйича ;

- 1) чегараланган ажралмасиз ва ажралма билан
- 2) таркалган уткир перитонит

Суюкликнинг характериға караб ;

- 1) сероз
- 2) йирингли
- 3) йирингли –ихороз

III. В.Д.Федоров (1974 ) буйича

- 1) Махаллий
  - а) чегараланган
  - б) чегараланмаган

- 2) Таркалган
  - а) диффуз
  - б) ёйилган
  - в) умумий

IV. К.С. Симоньян (1971) буйича

- 1) маҳаллий
  - а) чегараланмаган (корин ярмида йигилган суюклик бир ёки иккита анатомик вилоятларда жойлашган)
  - б) чегараланган - чегараланган корин бушлигидаги абсцесс
- 2) Таркалган
  - а) Диффуз (2 вилоятдан кам бўлмаган ва 5 вилоятдан куп бўлмаган )
  - б) ёйилган ( 5 вилоятдан куп бўлган )

Боскичлари :

- 1) реактив боскич (24 соатгача)
- 2) токсик боскич (24-72 соат)
- 3) терминал боскич ( 72 соатдан куп )

V. А.И.Струков уз муаллифлари билан (1987)

- 1) чегараланган уткир перитонит(маҳаллий)
  - 2) Таркалган (ёйилган ) перитонит.
- Ёйилган перитонитларни К.С.Симоньян буйича учта;

- 1) реактив
- 2) токсик
- 3) терминал боскичларга бўлган

Юкорида келтирилган авторларнинг таклиф килган таснифларида жуда куп чалкашликлар бор. Куплари уткир перитонитларнинг патогенетик хусусиятларини изохлаб беролмайди ва клиник амалиётда ишлатишда унгайсизликлар мавжуд.

Бизнинг фикримизча ҳозирги кунда амалиётда энг мукамал таклиф килинган В.Д.Совчук (1979 йил) таснифидир

VI. Уткир перитонитларнинг В.Д.Совчук буйича таснифи .

- 1) реактив боскич (24 соатгача)
- 2) токсик боскич (24-72 соат)
- 3) терминал боскич ( 72 соатдан куп )

Йирингли перитонитлар .

1) Махаллий

- а) чегараланган
- б) чегараланмаган

2) Таркалган

- а) диффуз ҳолатидаги
- б) ёйилган

Экссудатнинг характерига қараб;

- а) сероз ,
- б) сероз-фибриноз,
- в) фибриноз-йирингли,
- г) соф йирингли перитонитлар.

### **Перитонитнинг суръати**

Корин бушлиги уткир хирургик касалликлари 20 % ҳолатларда йирингли перитонитлар асоратига олиб келади. Бундай ҳолатлар асосан беморлар врачлар ёрдамига кеч мурожаат қилганларида юзага чиқади.

Перитонитларнинг асосий сабабчиларини қуйидагича изохлаш мумкин.

1. Уткир аппендицит ҳамма перитонитларнинг 50 % -ни ташкил қилади.

2. Гастродуоденал яраларнинг перфорацияси – 10 %

3. Уткир холецистит – 10 %

4. Корин бушлиги аъзолар травмаси – 10 %

5. Гинекологик касалликлар, ичак тутилиши, операциядан кейинги перитонитлар 20 %

Перитонит билан беморларнинг 60% дан купроги 40 ёшдан баланд кишиларда учрайди.

### **ПЕРИТОНИТЛАРНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ**

Перитонитнинг келиб чиқиши сабабидан катъий назар, купчилик ҳолатларда бактериялар чақирган яллигланиш юзага чиқади. Йирингли перитонитларга олиб келувчи бактериал факторлар қуйидагича

1. Ичак таёкчалари - 65 %

2. Патоген кокклар - 30 %

3. Шартли патоген флора – 5 % -ни ташкил килади. Бир неча хил бактериялар ассоциацияси 35 % беморларда кузатилади.

Перитонитнинг патогенезида асосан интоксикация ҳолатининг ривожланиши ётади. Юкорида айтилганидек корин парда одамда тахминан  $17500-20000\text{см}^2$  -ни ташкил килади. Шунинг учун ҳам корин бушлигидаги йирингли ҳолат одам организмини бактериялар томонидан ҳосил булган токсинлар билан захарланади.

Эндоген токсинлар патологик учокларда модда алмашинувининг бузилишидан ҳосил буладилар. яъни оксилларнинг нотулик емирилишидан ҳосил булган – полипептидлар, лизосомал протеазалар (лейкоцидлар ва бактерияларининг парчаланишидан ҳосил булади) ва актив биоген аминлар (гистамин, серотонин, гепарин ва ҳақозо) ҳисобланади.

Корин бушлигида йирингли ҳолатнинг таркалиши билан корин парданинг кенг микдорда яллигланиши юкоридаги курсатилган токсинларнинг купайиб кетиши вегетатив туткич ганглияларида патологик импульсациянинг оивожланишига олиб келади ва охир оқибатда огир патологик таъсирланиш, яъни ичакларда парез ҳолати юзага чиқади. Бунга яна серотониннинг куп микдорда йукотилиши ҳам ёрдам беради. Ичакларда тургун ҳолатининг ривожланиши ичак ширасида пайдо буладиган модда алмашинувининг бузилишидан токсик моддалар ҳосил булади.

Ичаклар ичида катта микдорда минерал моддалар тупланиб қолади, асосан калий минерали булиб, унинг организмга камайиши асаб толаларида утказувчанлик хусусиятининг ёмонлашуви ва ичаклар парезининг кучайишига олиб келади.

Хозирги вақтда тасдиқланганки, корин парданинг кенг микдорда яллигланиши унинг суриш хусусияти нафакат пасаяди, балки кучаяди ҳам. Ичак деворларининг парез пайтида таранглашуви натижасида ичак ичидаги токсинлар корин бушлигига ута бошлайди ва эндотоксинлар портал веноз руслога тушмай, тугри жигарга боради. Маълумки, жигарнинг дезинтоксикацион функцияси кучли булиб, жигар бир соатда 60мг стар бактериал токсинларни зарарсизлантиради, аммо яллигланиши ҳолатининг таркалиши билан жигарнинг бу функцияси бузилиб, токсинлар кон томирларини ишдан чиқаради ва гемодинамиканинг ҳамда нафас олиш фаолиятининг бузилишига олиб келади.

Яллигланиш зоналарида коллаген тузиомаларнинг емирилиши кучайиб, катаболик процессининг кучайишига олиб келади. Ундан ташқари оксилларнинг куп қисми антитела ҳосил булишига, қоннинг шаклли элементлари ва организмнинг энергия талабини қондириш учун сарфлана бошлайди. Шунинг учун ҳам тарқалган перитонитда умумий оксилнинг камайишига критик нуктага тушиб қолади. Бу уз навбатида перитонитни даволашда жуда қийин муаммолар тугдиради.

### **Перитонитнинг диагностика алгоритми**

Тарқалган перитонитларнинг клиник манзараси бугунги кунда куп адабиётларда яхши ёритилган. Бу асосан оғрикли синдромнинг бирлиги, Корин парданинг тарқалган яллигланиши белгиларининг физикал усулда аниқланиши (Корин парданинг таъсирланиши симптомлари, қорин бушлигида эркин суюқликнинг йиғилиши), ичаклар парезининг ривожланаётган ҳолати, туқималарнинг сувсизланиши (тилнинг қуруқлиги, теридаги эластиклик ҳолатининг йуқолиши) белгиларининг ривожланиб эндотоксикоз (тахикардия, тана ҳароратининг ошиши, нейтрофилли лейкоцитознинг чапга силжиши, токсик энцефалит белгиларининг юзага чиқиши) нинг ривожланишидан иборат.

Операциядан кейинги айниқса улар “учламчи” деб ҳисобланадиган секинлик билан кечадиган перитонитларининг диагностикаси анча қийинчилик тугдиради. Бундай ҳолатда клиник диагноз қуйишда қорин парданинг “ноаник” яллигланиши клиникаси билан эндотоксикознинг белгиларини аниқлаш муҳимдир. Беморга бирдамчи тахминий диагноз қуйилгандан кейин комплекс операциядан олдинги даволаш тадбирлари утказилиб, аниқ диагноз қуйиш амалларини бажариш шарт. Бу вақтда бош вазифа бемор ҳолатининг оғирлиги, унинг ривожланиш фазаси, перитониал сепсиснинг борлиги, куп аъзоли етишмовчилик ва перитонит патогенезининг индивидуал хусусиятларини аниқлашдан иборат. Шундай қилиб, комплекс лаборатор усуллар билан, ультратовуш текширилиши, қорин бушлигини рентгеноскопия, рентгенография, ЭКГ қилиш каби алгоритм қулланилиши керак.

Уткир перитонитнинг типик кечишида диагностикаси унча қийинчилик тугдирмайди.

Перитонитнинг бирламчи манбасига қараб, қурик пайтида аникланадиган қуйидаги белгилар мавжуд:

1. Коринда қучли оғрик.
2. Қунгил айниш ва қусиш.
3. Кориннинг олд девори тарангланиши.
4. Пайпаслаганда уткир оғрик ва Щёткин-Блюмберг белгисининг аникланиши.
5. Тана ҳароратининг ошиши.
6. Кондаги яллигланиш реакцияси (лейкоцитоз ва нейтрофилларнинг чап томон силжиши).

Уткир перитонитнинг клиник манзараси жуда ҳам ҳар хилдир. Уткир перитонит қуччилик ҳолатларда иккиламчи, яъни қандайдир бир касалликнинг асорати бўлганлиги учун аниқ диагноз қуйиш учун анамнез тулик урганилиши керак.

Бу касалликнинг бошланиши ҳамма вақт уткир, тусатдан бўлиб 100% коринда оғрик билан утади.

Уткир перитонитнинг клиник манзараси унинг ҳар хил босқичларида ҳар хилдир. Бошланиш ёки реактив босқичида оғрик билан бирга корин томондан аникланадиган синдромлар қупрок юзага чиқади. Кориннинг олд девори таранглашиши, ел чикмаслик, ҳожатнинг бўлмаслиги, қунгил айниш ва қусиш ҳолати, пайпаслаганда Щёткин – Блюмберг белгиси аникланади. Жуда эрта даврларда пульси рефлексор ҳолатда секинлашган, кейинчалик тезлашиб, пульс билан тана ҳарорати орасида номутаносиблик пайдо бўлади. Тана ҳарорати бошидан қутарилади, ректал ҳарорат қултик ости ҳароратидан 1-1,5 °C юқори бўлади. Тили қуруқроқ ва қарашма билан қопланади. Конда лейкоцитлар микдори ошади, нейтрофилларнинг чапга силжиш қузатилади.

Перитонитнинг ривожланиши билан беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тили қуруқ бўла бошлайди, пульси тезлашган қусиш қучаяди, қусуқ модда қуланса қидли. Коринни пайпаслаганда тарангланиш ва оғрик пасаяди, аммо қамлаш янада қучайиши мумкин, чунки ичак деворларидаги нерв қолалари қарези бошланади. Аста секинлик билан беморларда қаралитик ичак қутилиши белгилари ривожланади. Коринни аускультация қилганда ичак ҳаракатлари эшитилмайди (яъни «қабр қукунати»). Албатта орқа қикарув тешиги орқали қармок билан текшириб қуриш шарт. Рефлексор ҳолатда қидик қикариши қухтайди. Кондаги лейкоцитлар қони 15-20000 гача қутарилиши мумкин. Реакциянинг

чапга силжиши кузатилади. Ёш шакллари пайдо булади. Агар интоксикация жуда кучли бўлса лейкоцитоз пасаяди – яъни организмнинг ареакия ҳолати юзага чиқади.

Огир интоксикация пайдо бўлганда паренхиматоз аъзолар, яъни жигар ва буйракларнинг фаолияти бузилади. Купчилик ҳолатларда енгил сариклик пайдо булади. Жигарнинг гликолитик, гликосинтез, антитоксик ва протеопластик функциялари бузилиб, умумий оксил микдори камаёди. Конда ацидоз ҳолати кучайиб, сийдик ажралиши микдори пасаяди. Охириги, яъни терминал босқичида (4-5 кунлари) клиник манзара узгариб, тажрибаси камроқ врачлар ҳато қилиб қуйишлари мумкин. Бемор огрикка шикоят қилмай қуяди, ҳатто умумий аҳволи бироз яхши бўлганлигини айтади (эйфория юзага чиқади). Беморни объектив қурилгандаги клиник манзара дахшатли тусга қиради: юз тузилиши осилган, кузлари орқага қирган, юз тузилиши изтиробли, безовта (facies Hippocratica). Беморнинг доимо қуқимтир, қора тук қизил қуланса хидли суюқлик билан қусиши, тили қуруқ, қорни дамлаган, пайпаслаганда юмшоқ, пульси қучсиз, аритмик, нафаси юзақи бўлиши организмнинг чуқур интоксикация ҳолатида эканлигини қурсатади. Беморлар то охириги минутларгача ҳушида бўлиб улиши мумкин, айрим ҳолатларда алақираш ёки ҳар хил қузғалишлар юзага чиқади.

Қасалликнинг қечими огирлиги ҳолати билан бемор аҳволининг огирлиги уртасидаги параллель номутаносиблик борлиги ва уткир перитонитнинг диагностикасининг қийинлигини улуг Мондор (1930 йил) ҳам уз вақтида айтиб утган. Шунини айтиш қеракки, амалиётга эндоскопик текшириш усуллариининг лапароскопиянинг қиритилиши диагностикани анча осонлаштирди. Эндоскопик аппаратлар бўлмаган бўлимларда, ёки беморлар туман шифохоналарида бўлиб диагностикаси огир ҳолларда биз хирургларга лапароцинтез қилинишини тавсия қиламиз.

Охириги йилларда амалиётга ультратовуш текширишларининг қиритилиши қорин бушлиги уткир хирургик қасалликлари, ҳусусан уткир перитонитлар диагностикасини ҳам анча енгиллаштиради.

### **Дифференциал диагностикаси**

Уткир перитонитнинг токсик ва терминал босқичларида қорин парданинг яллиғланиши семиотикаси аниқ юзага қикиши сабабли бошқа қасалликлар билан дифференциаллашнинг ҳожати

колмайди. Касалликларинг реактив боскичида умумий белгиларининг куплиги жихатидан яллигланиш ва яллигланиш булмаган касалликлар билан дифференциаллаш зарур.

1) Энг аввало сийдик тош касаллиги билан, сийдик йулини бекитиб колганда юзага чикадиган кучли огрик, кунгил айнаиши, кусиши ичаклар парези ва ёлгон мусбат Шёткин-Блюмберг белгиси борлиги диагностикани кийинлаштиради. Огрикнинг хуружли утиши унинг чов, сон, оралик соҳасига типик иррадиацияси, дизурик ҳолат борлиги тана хароратининг ва кондаги йиринглашга ҳос узгаришларинг йуклиги, сийдик тахлилида эритроцитларнинг борлиги тугри ташхис куйишга ёрдам беради. Дифференциал диагноз максидида албатта УТТ, манзаравий рентгенография ва урография килиш зарур.

2) Перитонитни жуда кам ҳолатларда огир металллар тузи билан захарланишлари билан таккослаш зарур. Бундай ҳолатларда бемордаги ухшаш белгилар юзага чикади: бемордаги кузгалишлар, корин бушлигидаги огрик, кориннинг олд девори мушакларининг рефлектор таранглашишидан – тахтасимон булиб қолиши. Аммо кунгил айнаиш, кусиш кузатилмайди, тана хароратининг ошиши ва конда яллигланиш реакцияси ҳам кузатилмайди.

3) Перитонитни геморрагик диатезлар билан, яъни Шейлейн-Генох касаллиги билан ҳам дифференциаллаш зарур. Бу касаллик ёш кишиларда ва болаларда учраб терида, шиллик пардаларда, корин пардада майда кон куйилган доначаларнинг пайдо булиши билан бошланади. Бу касалликнинг учта: тери, ичак ва кориннинг олд девори таранглашиши ва корин парданинг таъсирланиши белгилари юзага чикиб, перитонит белгиларини беради. Бу борада албатта анамнезга эътибор бериш зарур. Нихоят бизга УТТ ва айрим ҳолларда ҳатто эндоскопик текшириш – лапароскопия ёрдам беради.

4) Айрим ҳолларда юрак инфаркти билан ҳам дифференциаллаш зарурати тугилади. Юракнинг чуққиси ёки унинг орқа деворида инфаркт учоги булганида эпигастрал соҳасида кучли огрик булиб, кунгил айнаиши, кусиш, кориннинг олд девори таранглашиши билан утади. Албатта бундай ҳолатларда ЭКГ килиш, тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашиш, қушимча диагностик усуллар ишлатиш ёрдам беради.

Перитонитни қолган қорин бўшлиғи аъзоларининг уткир хирургик касалликлари билан ҳам дифференциаллаш зарур. Аммо бу касалликларда уларни зудлик билан операция қилиш курсатмалари бўлганлиги учун, уларнинг асорати асосан перитонитларга олиб келишини ҳисобга олиб бирма-бир таъкидлаб ўтмадик.

Б.Д.Савчук (1979) келтирилган маълумотларга асосан беморлар перитонит билан стационарларга тушган пайтларида 82% клиник манзаралари аниқ. 18% ҳолатларда ҳар хил диагностика қийинчиликлар туғдирган. Айрим беморларда атипик клиник белгилардан ташқари, оғир йулдош касалликлар бўлганида ҳақиқий перитонит белгиларини никоблаши мумкин.

## **УТКИР ПЕРИТОНИТЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА ХИРУРГИК ТАКТИКАЛАРИ**

Тарқалган перитонит диагнози қуйилгандан кейин қорин бўшлиғидаги яллиғланишнинг манбасини аниқлаш учун операцияни кечиктириш мумкин эмас. Беморга зудлик билан ошқозон — ичак тизимини декомпрессия қилиш учун зонд қуйилади, ҳар соатдаги диурезни аниқлаш ва операциядан олдинги тайёрлаш муолажаси бошланади. Уткир перитонитларда операциядан олдинги тайёргарлик ўрта асосий мақсадни амалга ошириш учун қилинади:

**Биринчи мақсад** — туқималар дегидратациясини, гиповолемиyani, электролитлар баланси бузилишини бартараф қилиш. Бунинг учун изотоник полиионли суюқликлар 1кг массага 30-50 мл ҳисобида инфузия қилиш талаб қилинади. Инфузион терапия глюкозали, оксилли ва коллоид эритмалар қуйиш билан давом эттирилади.

**Иккинчи мақсад** — эндоген интоксикация ва фон касалликлари сабабли организмда юзага чиққан бузулишларни медикаментоз коррекция қилиш.

**Учинчи мақсад** — ўз вақтида операциягача адекват антибактериал терапияни бошлашдир. Бу мақсадни амалга оширишда биз цефалоспоринларнинг охириги авлоди ва метронидазол каторидаги препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқ деб ўйлаймиз. Аниқ қайси препаратларни ўзаро қўшма ҳолда ишлатишда дифференциал ёндашиш керак. Бунда организмнинг

функционал ҳолати маълум бир шкала бўйича ( SAPS, SOFA ёки APACHE-II) аниқланган баллари ҳисобга олинади.

Асосан бундай тадбирларни уткир перитонитнинг токсик ва терминал босқичида тушган беморларда утказилади. Тайёрлаш муддати 2-3 соат атрофида бўлиши керак. Беморга албатта, трансназал зонд қўйилиб ошқозон яхшилаб ювилади. Беморнинг ахволи бироз стабиллашгандан кейин операциядан 30-40 минут олдин премедикация қилинади: 0,1% ли атропин – 1 мл, 2%-промедол -1 мл тери остига юборилади. Оператив даволаш уткир перитонитларда радикал бўлиши керак. Кенг лапаротомия қилиниши, албатта эндотрахеал наркоз остида утказилиши керак. Перитонитларда уни чакирувчи манбанинг характерига қараб лапаратомиянинг тегишли вариантлари қўлланилиши зарур. Агар ошқозон ярасининг тешилиши, деструктив холецистит, уткир панкреатит ҳавфи бўлганда юкорги – урта лапаротомия, уткир аппендицит, геникологик касалликлари эҳтимол қилинганида пастки-урта лапаротомияси қилинади. Перитонитнинг сабаби аниқ бўлмаса урта-урта лапаратомияси маъқул ҳисобланади. Уткир йирингли перитонитлар билан операция қилинганида қуйидаги амаллар бажарилиши шарт:

1. Йирингли экссудатни эвакуация қилиш (бу амал асосан электросургичлар билан амалга оширилади);
2. Перитонитнинг асосий манбаасини бартараф қилиш;
3. Корин бушлигини яхшилаб санация қилиш;
4. Корин бушлигини дренажлаш.

Операциянинг ҳажми бирламчи перитонитга олиб келган касалликнинг хилига ва перитонитнинг босқичига боғлиқ. Деструктив ҳолатидаги чувалгангсимон усимтани, ут ҳалтани албатта олиб ташлаш зарур. Перитонитнинг асосий манбаасини яхшилаб бартараф қилинмаса, операциялардан кейин ҳар хил асоратлар қўзатилиши мумкин. 1980 йилда профессор Н.Н. Каньшин шундай ҳулосага келган эди: «Перитонитлар пайтида операция радикал утказилиб, перитонитнинг манбасини яхши бартараф қилинмаса, корин бушлиги санацияси операция пайтида яхши утказилмаса, ҳеч қандай инфузион даволаш, ҳар қандай антибиотик қўллаш, гипербарик оксигенация, лимфасорбция, ҳатто гемасорбция беморни улимдан қутқара олмайди». Худди шундай ҳулосани 1984 йилда профессор Нидерле ҳам таъкидлаб 3 та муҳим амал утказилишини ёзган:

1. Перитонитни чакирувчи манбаини бартараф қилиш;
2. Корин бушлигини оптимал санация қилиш;
3. Корин бушлигини адекват дренажлаш.

Гастродуоденал яраларнинг перфорациясида жуда кам ҳолатларда резекция қилинади, асосан яралар тикилади. Йугон ва ингичка ичакларни тикканда албатта ичаклар ичидаги босимни камайтирадиган стомалар чиқариш лозим. Ичаклар резекция қилинганда албатта «ёнбош-ёнбош» ёки «учма-уч» анастомозлар қуйилади. Перитонит токсик ёки терминал босқичида бўлса тешиланган ёки жароҳатланган ичак учлари албатта ташқарига чиқарилади, яъни стома қуйилади. Илеостомани чиқариш биринчи бўлиб 1879 йилда Вайт томонидан «хабаток» шаклида таклиф қилган. Илеостомалар кейинчалик 3-4 ойдан кейин ёпилиши керак.

Йирингли перитонитлар билан бемор операция қилинганда хирург аввало беморнинг ҳаётини сақлаб қолишни уйлаш керак. Операциянинг ҳажмини ноурин кенгайтириш ҳам ҳар хил асоратларга олиб қелиши мумкин. Корин бушлигини санация қилишда илик изотоник эритмалар, фурациллин, риванол эритмалари ишлатилиб, электро сургичлар билан суриб олинади. Албатта фибриноз копланмалар (ичак деворларидаги ҳамда париетал корин пардадаги) олиниши шарт. Ана шу амаллардан кейин корин бушлиги дренажланади. Дренаж найлар энг аввало корин бушлигида қолган суюқликларнинг чиқишига имконият берса, операциядан кейинги пайтда корин бушлигини диализ қилиш ва антибиотиклар юбориш учун ҳам хизмат қилади.

Перитониал диализнинг 2 хили мавжуд:

1. Ювиб – окизиладиган (проточный);
2. Фракцион диализ.

Биринчи ҳолатда корин бушлиги доимий равишда куп микдордаги (бир суткада 6 литргача) суюқлик билан ювилиб окизилиб турилади. Бу усулнинг маълум етишмовчиликлари мавжуд. Битта дренаждан доимий суюқлик қуйилиб, иккинчисидан оқиб туришида корин бушлигида гидроперитониум ҳосил бўлиб қолиши мумкин ва юрак ҳамда нафас фаолиятининг бузилишига олиб келади. Шунинг учун охириги йилларда фракцион диализ ишлатилади. Перитониал диализ 3-4 кун ишлатилиб кейин олиб ташлаш мумкин. Бу усул асосан тарқалган перитонитларнинг терминал босқичида ишлатилади. Уткир йирингли перитонитларда корин бушлигида тикинди қолдириш жуда чегараланган ҳолатларда

амалга оширилади. Тикинди асосан перитонитнинг манбаасини яхши бартараф килмаганда ёки бирор аъзони яхши тикиш имконияти булмаганда, гемостаз яхши килинмаганда, абсцесс бушликлари ёрилган ҳолатларда шу бушликларда қолдириш мумкин. Корин бушлигига қуйилган тикинди 5-7 кун туриши лозим. Тикиндилар асосан алоҳида кесмалар орқали қуйилиши керак. Айрим ҳолатларда йиринг манбааси операция кесмасига яқин бўлганда шу кесма орқали қуйилиши мумкин.

Уткир йирингли перитонитларда ингичка ичакларни узун назаинтестенал ва йугон ичакни трансректал интубация қилиш муҳим аҳамиятга эга. Агар ичаклар интубацияси яхши килинса, иккала зонд учлари бир-бирига учрашган ҳолда турса, қупчилик ҳолатларда стома чиқаришга ҳолат бўлмай қолади. Бу зондлар орқали ҳар хил эндосорбентлар ҳам юбориш мумкин.

Корин бушлигини ёпишдан олдин битишма касаллигининг профилактикаси мақсадида биз махсус аралашма ишлатамиз: гемодез 200мл, гидрокартизон 125 мг, 3 г канамицин, 20 000 ЕД контрикал аралашма қилиниб, кориннинг ҳамма қисмлари ҳулланади, вақтинча дренаж найлар 3-4 соатга бекитилиб қуйилади. Тарқалган йирингли перитонитларда корин бушлиги очик қолдирилиши ва ҳар қуни уни ювиб туриш усуллари ҳам бор. Бундан юз йил аввал Микулич ва Жан Луи Фор томонидан «очик корин» усули таклиф қилинган. 1985 йилда Тахман томонидан кориннинг олд деворига «застёжки-молния» тикиш ва керакли пайтда уни очиб санация қилиш таклиф қилинган. Ҳозирги вақтда ана шундай огир перитонитларда режалаштирилган санацион релапаратомиялар кенг қулланилмоқда.

## САНАЦИОН РЕЛАПАРОТОМИЯГА КУРСАТМАЛАР

1. Перитонитнинг терминал босқичи;
2. Операциядан кейинги чокларнинг ситилиб кетишидан ҳосил бўлган перитонитлар;
3. Анаэроб перитонитлар;
4. Манбааси аниқланмаган перитонитлар (панкреонекроз, резекция қилиб бўлмайдиган ошқозон-ичак тизимининг усма шишлари);

5. Перитонитнинг токсик фазаси, куп аъзоли етишмовчилиги билан (перитонитнинг токсик фазасида 40% холатларда куп аъзоли етишмовчилиги кузатилади).

Перитонитларда улим суръати келтирилган маълумотлар буйича (Б.Д.Савчук 1979): реактив боскичида 6-7%, токсик боскичида 48-49% ва терминал боскичида 90%ни ташкил килади.

1987 йилда бир гурух немис олимлари йирингли перитонитларнинг натижасини башорат киладиган перитонитнинг Манхаймер индексини бердилар.

### Перитонитнинг Манхаймер индекси

| Хавф факторлари                                       | Огирликни баҳолаш (балл) |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ёши 50 дан юкори                                      | 5                        |
| Аёл жинси                                             | 5                        |
| Аъзолар етишмовчилиги                                 | 7                        |
| Хавфли усма шишлари                                   | 4                        |
| Перитонитларнинг давом этиш муддати(24 соатдан ортик) | 4                        |
| Перитонитнинг манбаъси йугон ичаклар булса            | 4                        |
| Диффуз таркалган перитонит                            | 6                        |
| Экссудат (битта жавоб холос)                          |                          |
| Тиник                                                 | 0                        |
| лойка – йирингли                                      | 6                        |
| чириган - ахлатли                                     | 12                       |

Ана шу перитонитнинг Манхаймер индексига асосланиб А.С.Ермолов куйидагича текшириш утказган. Перитонитларнинг Манхаймер индекси катталигига караб беморларнинг перитонит натижаларини башорат килган.

| Беморлар гурухи | Индекс катталиги(балл) | Касаллар сони | Согайган | Улган |
|-----------------|------------------------|---------------|----------|-------|
| Биринчи гурух   | 12-20                  | 42            | 42       | 0     |
| Иккинчи гурух   | 21-29                  | 31            | 18       | 13    |
| Учинчи          | 30-ундан               | 27            | 0        | 27    |

Перитонитнинг Манхаймер индекси ахамияти шундаки, индекси курсаткичи ёрдамида перитонитларда ҳар хил хирургик даволашларнинг натижаларини баҳолаш мумкин. Бундан ташқари перитонитларнинг Манхаймер индексини режали санацион реллапаротомияларнинг битта критерияси сифатида ишлатиш мумкин.

Шундай қилиб, уткир перитонитларда қуйидаги даволаш тактикалари қулланилади. Уткир перитонитни айниса тарқалган – умумий перитонит бўлганда қуйидаги тактика қулланилади:

1. Хирургик операция қилиш;
2. Антибактериал терапия ўтказиш;
3. Оғир мода алмашинуви бузилишини коррекция қилиш;
4. Ошқозон – ичак тизими фаолиятини тиклаш.

#### I. Ўтказиладиган хирургик операцияларни кетма-кетлиги

1. Урта лапаротомия (ҳар хил вариантда) қилиш.
2. Корин бушлигидаги йирингли экссудатни эвакуация қилиш.
3. Корин бушлигини тафтиш қилиш.
4. Перитонитга олиб келган манбани бартараф қилиш.
5. Корин бушлигини ювиш.
6. Парез ҳолатидаги ичакларни декомпрессия қилиш.
7. Туткич узагига навокаин + антибиотиклар аралашмасини юбориш.
8. Дренаж-найлар (ирригаторлар) қуйиш.
9. Корин бушлигини махсус аралашма (гемодез 200 мл + гидрокартизон 150 мг + 3г канамицин+контрикал+20000ед) билан ҳуллаш.
10. Лапаротомия -- ярасини тикиш.

П. Операциядан кейинги даврдаги қилинадиган даволаш амаллари:

1. Антибактериал терапия.
2. Метаболик ўзгаришларни коррекция қилиш.
3. Ошқозон ичак тизими функциясини тиклаш.

## **I. Антибактериал терапия**

Йирингли перитонитда антибактериал даволаш кенг спекторда таъсир киладиган антибиотиклар ишлатилиши керак, чунки, перитонитларда колибациляр флора купрок иштирок килади. Купчилик ҳолатларда ичак таёкчаси ва йиринг чакирувчи стафилококклар комбинацияси учрайди. Бундай ҳолатларда асосан аминогликозидлар, пенициллин билан биргаликда ҳамда граммусбат ва грамманфий флораларга таъсир киладиган цефалоспалинлар яхши таъсир килади. Антибиотикларни тавсия қилишда албатта бактериологик таҳлилларга асосланиш керак. Бактериологик – экспресс диагноз қуйилгунча априор ҳолда антибиотиклар ишлатилиши керак. Перитонитларда ишлатиладиган антибиотикларнинг суткалик дозаси жуда баланд.

### **1. Пенициллинлар:**

- а) бензилпенициллин      10-15 млн Ед (1суткада);
- б) полисинтетик (ампинциллин, ампиокс) 3-5 г.

### **2. Аминогликозидлар:**

- а) канамицин ва мономицин      2-3г;
- б) гентамицин      160-240 мг.

### **3. Цефалоспоринлар:**

- Охирги авлодлари:      3-5 г.

Антибиотиклар купинча мушак орасига юборилади. Перитонитнинг оғир токсик ва терминал ҳолатларида уларни вена ичига томчилаб юбориш мумкин.

Антибиотиклар катта дозада ҳам микробларнинг антибиотикларга резистентлигини бартараф қила олмайди. Шунинг учун ҳар 5-7 кунда антибиотикларни алмаштириш ва қушма ҳолда юбориш тавсия қилинади. Антибиотикларни катта дозаси йирингли микробларни улдирса ҳам, шартли патоген микробларнинг активлашишига олиб келади (необлигант анаэроблар) ва улар узлари йирингли ихороз яллигланиш чиқаришлари мумкин. Ана шундай ҳолларда метронидазол 2-3 грамм суткада ишлатилади.

## **II. Метаболик узгаришларни коррекция қилиш.**

Операциядан кейинги даврда бир суткада 3-4 литр суюклик инфузия килиниши керак ва бемор керакли ингридиентлар олиши учун инфузион суюкликларни керакли хажмда тавсия килинади. Беморлар йирингли перитонит билан бир суткада 160-180 г оксил, 4 г калий, 6 г атрофида натрий йукотади. Беморларнинг бир суткалик энергияга булган талаби 2500 – 3500 ккал.ни ташкил килади. Организмнинг оксилга булган талабини оксилли гидролизадлар, аминокислотали аралашмалар куйилиши билан кондирилади, чунки улар 1-2 сутка ичида утилизация булади. Кон плазмаси ёки коннинг узи оксил етишмовчилигини компенсация киладиган моддалар таркибига кирмайди, чунки плазма тракибидаги оксил 5-7 кун, куйилган кон 100-120 кун ичида утилизация булади. Минераллар йукотилишини мувозанатлаш электролитли эритмалар куйилиши билан амалга оширилади. Организмдаги энергия балансининг тулдириш анча кийин, чунки оксил паст энергия эквивалентлигига эга, тузли эритмалар умуман энергия бермайди. Шунинг учун ҳам глюкозанинг концентрлашган эритмалари, сорбитол куйилади. 1 г глюкоза организмда ёнганда 4 ккал энергия беради. Махсус ёгли эмульсияларнинг 1 г ёнганда 9 ккал энергия беради.

#### Инфузион даволашнинг суткалик таркиби

| ингредиентлар                     | сони(мл) | энергия эквиваленти(ккал) | суриладиган нарсаларнинг абсолют сони (г) |       |        |
|-----------------------------------|----------|---------------------------|-------------------------------------------|-------|--------|
|                                   |          |                           | оксил                                     | калий | натрий |
| Ренгер-Локк                       | 750      | -                         | -                                         | 0,31  | 3,63   |
| Инфезол                           | 1000     | 400                       | 75                                        | 2,34  | 1,80   |
| Аминозин                          | 500      | 200                       | 30                                        | 1,48  | 0,80   |
| 20%ли глюкоза<br>инсулин 32<br>ЕД | 1000     | 820                       | -                                         | -     | -      |
| 20%ли сорбитол                    | 500      | 410                       | -                                         | -     | -      |
| жами:                             | 3750     | 1820                      | 105                                       | 4,13  | 6,27   |

### III. Ошкозон – ичак тизими функциясини тиклаш

Перитонитларда овкат хазм килиш тракти функциясининг тикланиши даволашнинг яхши кетаётганлигидан башорат қилади. Ошкозон – ичаклар парезини бизнинг фикримизча, операциягача профилактика килиш керак. Операциядан кейинги даврдан вена ичига 30-40 мл 10%ли натрий хлор эритмасини юбориш анча фойдали ҳисобланади. Агар парез холати кучли бўлса мушак орасига 0,5-1 мл 0,1% ли убретид юбориш яхши фойда беради. Бундан ташқари, 0,1% ли прозерин эритмасини 1мл дан мушак орасига юбориш мақсадга мувофиқдир.

Ичаклар харакати тиклангандан кейингина интубацион зондлар олиниши керак.

#### А д а б и ё т л а р:

1. 50 лекции по хирургии. Под.ред.Акад. В.С.Савельева «Триада-Х»

Москва 2004г.

2. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. М. 2000г.

3. Гостишев В.К. с соавт., Перитонит. М. «Медицина»1992.

4. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. М. «Медицина» 1979.