

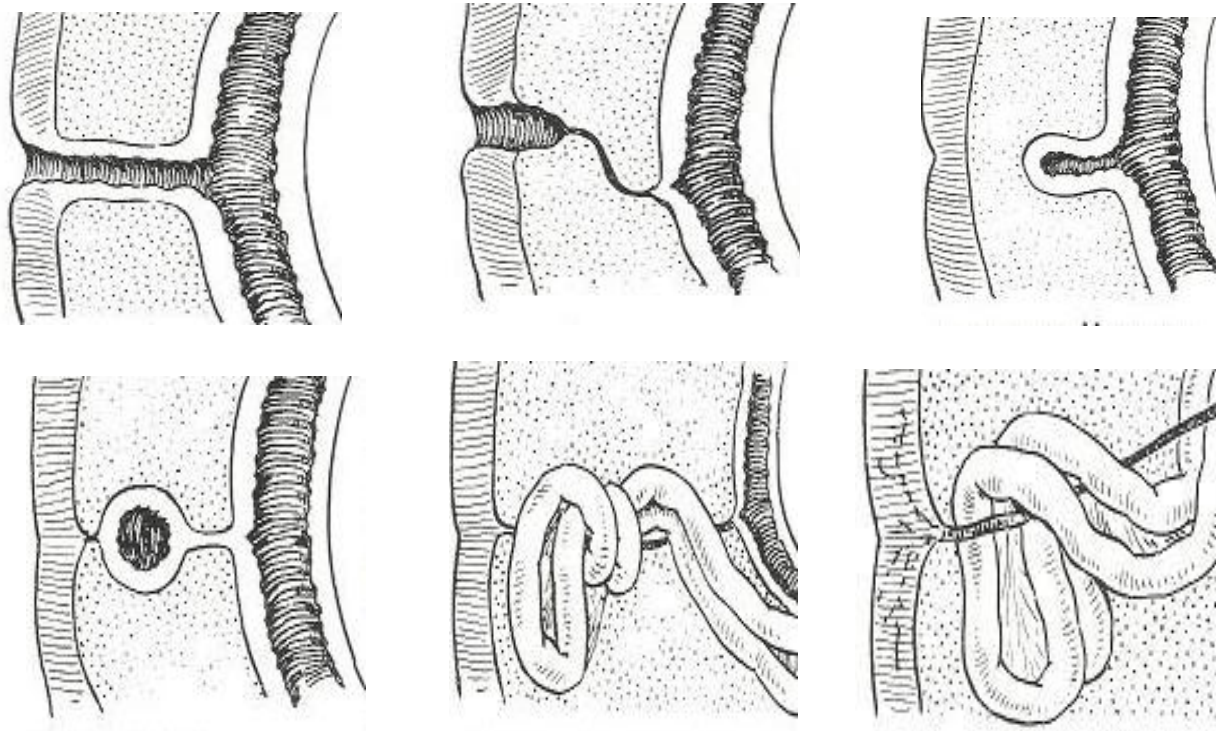
UZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

BOLALARDA SARIQLIK YO`LINI ANOMALIYALARI

PEDIATRIYA FAKULTETI 4-7 KURS TALABALARI UCHUN UKUV-USLUBIY
KULLANMA

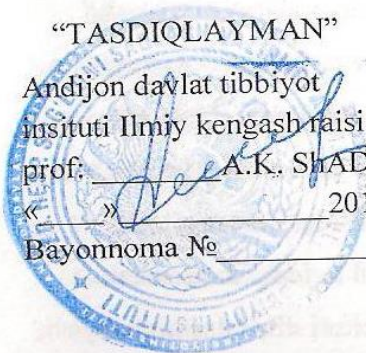


ANDIJON - 2014

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

“TASDIQLAYMAN”

Andijon davlat tibbiyot
instituti Ilmiy kengash raisi,
prof. A.K. SHADMANOV
« » 2014 y
Bayonnoma №

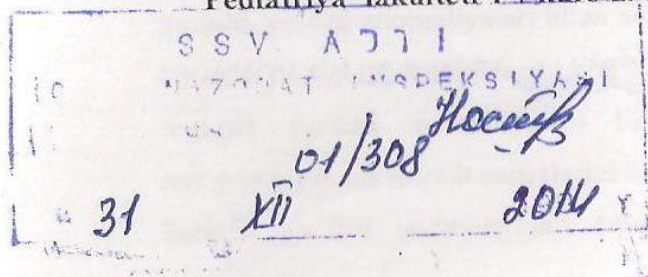


“KELISHILDI”

Andijon davlat tibbiyot
instituti Xirurgiya bo'yicha
muammolar xay'atinig raisi,
prof. F.N. NISHONOV
« » 2014 y
Bayonnoma №

**BOLALARDA SARIQLIK YO'LINI
ANOMALIYALARI**

Pediatriya fakulteti 4-7 kurs talabalari uchun o'quv-uslubiy qo'llanma



3

Ushbu o`quv-uslubiy qo`llanmada bolalarda tugma diafragmal churralarni etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, tashxisi, qiyosiy tashxisi xamda davolash usullari bayon qilingan.

O`quv – uslubiy qo`llanma tibbiyot insitutlarini professor –o`qituvchilari va pediatriya fakulteti 4-7-kurs talabalari uchun mo`ljallangan.

TO`ZUVCHILAR:

N.A. Akbarov –Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrası dotsenti, t.f.n.

B.S. Raximov –Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrası dotsenti, t.f.n.

Q.L. Qosimov- Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrası assistenti.

CH.M. Abduvalieva- Andijon davlat tibbiyot instituti «Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrası assistenti.

TAQRIZCHILAR:

J.B.Beknazarov – ToshVMOIning «Xirurgiya va bolalar xirurgiyasi kursi» professori, t.f.d.

A.Q. Qurbonov -Andijon davlat tibbiyot institutining «Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya» kafedrası dotsenti, t.f.n.

O`quv-uslubiy qo`llanma Andijon davlat tibbiyot instituti Markaziy uslubiy xay'atida muxokama qilindi.

2014 « 22 » 12 № 1 bayonnoma

O`quv –uslubiy qo`llanma Andijon davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashida tasdiqlandi.

2014 « _____ » № _____ bayonnoma

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

Mavzu nomi: Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalari

Mashg`ulotni o`tkazish joyi: “Bolalar xirurgiyasi, anesteziologiya-reanimatologiya” kafedrası, AVBKTTMning xirurgiya bo`limi va RShTYoIMning Andijon filialini bolalar xirurgiyasi bo`limi.

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

Mashg`ulotning davomiyligi: 6 soat

Mashg`ulotning maqsadi: Talabalarga bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tashxisini, klinikasini, davolash tamoillarini o`rgatish.

Vazifalar:

1. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tasnifi
2. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini klinikasi
3. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tashxisi
4. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini qiyosiy tashxisi
5. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tekshirish usullari
6. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini davolash usullari

Talaba bilishi lozim:

1. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tasnifini
2. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini klinikasini
3. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tashxisini
4. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini qiyosiy tashxisini
5. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini tekshirish usullarini
6. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini davolash usullarini
7. Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalarini asoratlarini

Talaba bajara olishi lozim:

Sariqlik yo`lini anomaliyalari bilan xastalangan bemorlarda aniq anamnez yig`ish.

Sariqlik yo`lini anomaliyalarini klinik baxolash

Sariqlik yo`lini anomaliyalari bilan xastalangan bemorlarda laborator va rentgenologik tekshirish natijalarini baxolash

Sariqlik yo`lini anomaliyalari bilan xastalangan bemorlarda oshqozon ichak

yo`llarini kontratsli rentgen tekshirishni o`tkazishni bilish

Sariqlik yo`lini anomaliyalari bilan xastalangan bemorlarda qiyosiy tashxisni o`tkazishni bilish.

Motivatsiya: Bolalarda sariqlik yo`lini anomaliyalari ko`p uchrab, og`ir xolatlarga olib keladi va ayrim xollarda o`lim bilan yakunlanishi mumkin. Shuning uchun talabalarni bolalarda bu xastalikni erta tashxislab, o`z vaqtida adekvat davolash tamoyillariga o`rgatish katta ahamiyatga ega.

MASHG`ULOTNING MAZMUNI: SARIQLIK YO`LINI ANOMALIYALARI

Xomila rivojlanishining birinchi xaftalarida xar xil mualliflarning fikricha, kindik arqonchasini tarkibiga kiruvchi embrional yo`l, ya`ni sariqlik yo`li (ductus omphaloentericus) faoliyat kursatadi. U allantoisdan xosil bulib birlamchi ichakni sariqlik kopchasi bilan tutashtiradi, va xomilani kon bilan ta`minlab uning ovkatlanishi uchun xizmat kiladi. Keyinchalik xomila xayotining 3-5 oylarida sariqlik yo`lini orkaga rivojlanishi kuzatiladi, ya`ni u tula atrofiyaga uchrab, qorin oldingi devorini ichki yuzasida joylashuvchi urta boylamga aylanadi. Lekin uni normal orkaga rivojlanishi bu jarayonning xar qanday bosqichida buzilib, uzilib, to`xtab qolishi mumkin. Natijada bola tug`ilishiga kelib sariqlik yo`lini xar xil anomaliyalari rivojlanadi.

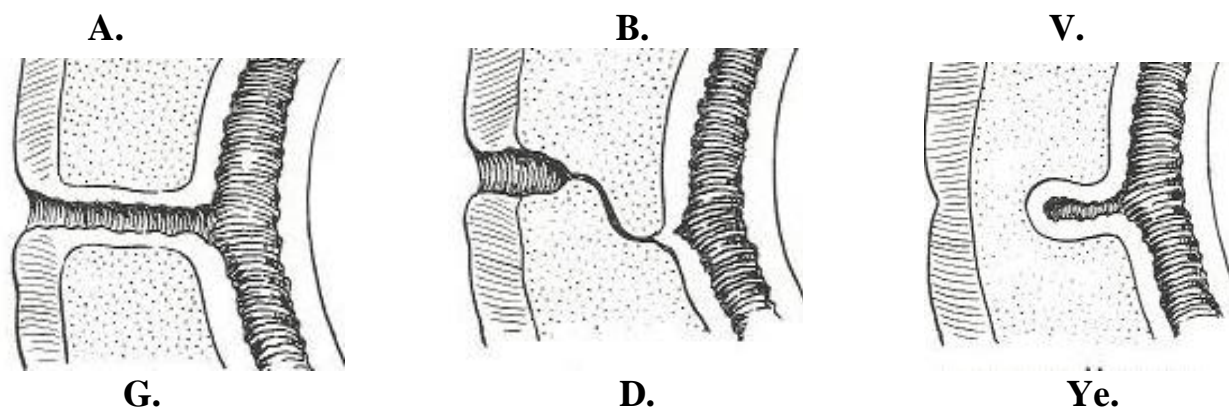
Birinchi marta sariqlik yo`lini qoldiqlarini patologoanatomik kartinasini 1598 yilda Fabricius Hildanus yozib o`tgan. Shundan buyon sariqlik yo`lini xar xil anomaliyalari to`g`risida xar xil chet el va yurtimiz mualliflarining juda kup ma`lumotlari matbuotda e`lon kilinib kelingan.

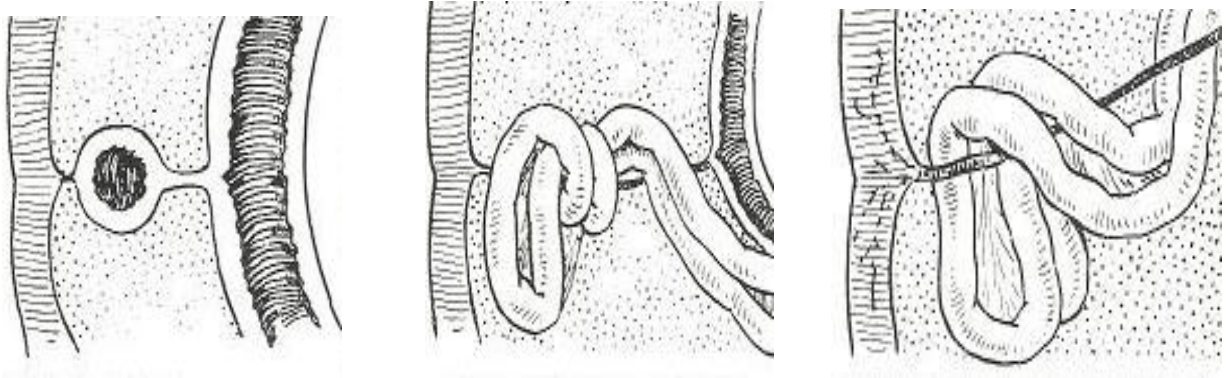
Sariqlik yo`lini normal orkaga rivojlanishini, ya`ni atrofiyaga uchrab bitib ketishini buzilishiga olib keluvchi asosiy omillar quyidagilar bo`lishi mumkin:

1. Xomiladorlikning 1- oylarida ona organizmini xar xil zaxarli moddalar bilan zaxarlanishlari (infeksiyadan, ovqatdan, dori preparatlaridan, chekishdan, alkogoldan, zaxarli kimyoviy moddalardan va boshkalardan)
2. Asab taranglashishlari (stress)

3. Yakin karindosh – urug`chilik asosiga kurulgan nikox
4. Irsiy moyillik
5. Xar bir xomiladorliklar orasidagi muddatni qisqaligi (1-2 yil)
6. Kup abort kildirish

Xar xil mualliflarning ma'lumotlariga kura sariqlik yo`lini anoma-liyalari kupincha bolalarda kuzatilib, 0,13 % dan to 4,5 % gacha uchraydi. O`g`il bolalar bilan kizlar urtasidagi nisbat 2:1 dan to 4: 1 gacha buladi. Sariqlik yo`lini bitmasligini to`liq, ya'ni ingichka ichakdan to kindik xalqasigacha, yoki qisman, ya'ni fakat proksimal, fakat urta, fakat distal kislari bitmasligi mumkin. Agar sariqlik yo`li to`liq bitmasa kindikni to`liq oqmasi, agar uni proksimal qismi bitmasa –Mekkel divertikuli, agar o`rta kismi bitmasa enterokistoma, agar distal qismi bitmasa kindikni to`liqsiz oqmasi rivojlanadi. Bundan tashqari sariqlik yo`li tula bitib, u kindikdan uzilib, ajramay kolishi, yoki uning distal uchi boshka ichak xalkasini devoriga yoki uning tutqichiga yoki qorinni oldingi devoriga tutashib kolishi mumkin. Sariqlik yo`lini bunday anomaliyalari keyinchalik utkir ichak tutilishining xar xil turlarini (strangulyatsiya, ichak xalkasini buralib, to`g`ilib, qisilib kolishi) rivojlanishiga sabab bo`lishi mumkin (rasm 1).





Rasm 1.

A. Sariqlik yo`lini to`liq ichak oqmasi.

B. Sariqlik yo`lini noto`liq oqmasi.

V. Mekkel divertikuli.

G. Sariqlik yo`lini kistasi.

D. Kindik – ichak tortqisi va unda ingichka ichak xalkasini o`ralib qolishi.

E. Kindik tizimchasi – ichak tutkichi arteriyasi va unda ingichka ichak xalqasini o`ralib qolishi.

SARIQLIK YO`LINI ANOMALIYALARINI

KLINIK - ANATOMIK TASNIFI

A. Sariqlik yo`lini to`liq bitmasligi (kindikni to`liq ichak oqmasi)

1. Asoratlanmagan
2. Asoratlangan:
 - a) ingichka ichak evaginatsiyasi bilan
 - b) okma devorini evaginatsiyasi bilan
 - v) kindik arkonchasini churrasi bilan

B. Sariqlik yo`lini kisman bitmasligi:

- I. Proksimal kismini bitmasligi (Mekkel divertikuli)
 1. Asoratlanmagan
 2. Asoratlangan:
 - a) divertikulit
 - b) peptik yara (kon ketishi bilan, yarani teshilishi bilan)
 - v) divertikulni invaginatsiyasi

- g) divertikulni buralib kolishi
- d) divertikulni yot jism bilan teshilishi
- I. Urta kismini bitmasligi (enterokistoma)
 - 1. Asoratlanmagan
 - 2. Asoratlangan:
 - a) infeksiyalanishi
 - b) ichak utkazmaslik
- II. Distal kismini bitmasligi (kindikni noto`liq ichak oqmasi)
- V. Sariqlik yo`lidan kolgan fibroz boylam (tortki)
 - 1. Asoratlanmagan
 - 2. Asoratlangan
 - a) Utkir ichak utkazmasligi (ingichka ichak xalkasini boylamda uralib, to`g`il ib, kisilib kolishi).

SARIQLIK YO`LINI TO`LIQ (TOTAL) BITMASLIGI

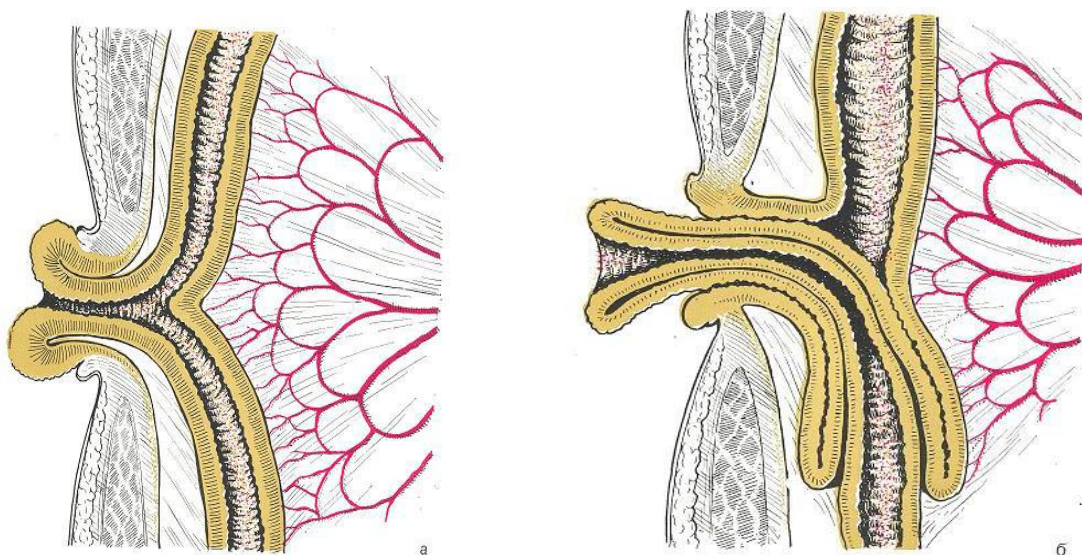
Sariqlik yo`lini to`liq bitmasligi embrional rivojlanishning dastlabki boskichlarida orkaga rivojlanishning, ya'ni obliteratsiyani tuxtab kolishidan kelib chikadi. Bunda yonbosh ichak kindik bilan ingichka kanal orkali tutashgan buladi. Xar xil mualliflarning ma'lumotlariga kura sariqlik yo`lining to`liq oqmasi 8,2% dan to 34,4% gacha uchraydi va o`g`il bolalarda kuprok kuzatiladi. Sariqlik yo`lini to`liq bitmasligi, uraxusni to`liq bitmasligiga karaganda 5-8 marta kup kuzatiladi.

Klinikasi. Sariqlik yo`lini to`liq oqmasi chakalokni kindigi bitib tushgandan keyin, ya'ni 5-7 kunligida kindigi soxasida namlanish, yaradan kichkina teshik orkali ichak sekretini chikishi ba'zan, ayniksa bola yiglab kuchanganda axlat va gaz chikib turishi kuzatiladi. Kindik chukurchasida alvon kizil rangli shillik kavat kurinib turadi va u teri yuzasidan burtib turadi. Kindik atrofi terisi, ayniksa bola kech tibbiy yordamga uchraganda shilinib matseratsiyalashgan buladi.

Okma teshigi tor bulganda, sariqlik yo`lini to`liq oqmasi kech, ya'ni to`g`il gandan 1 oydan keyin xatto, bolaning 1 yoshligida xam rivojlanishini kuzatish mumkin. Agar yangi to`g`il gan chakalokni kindik ichakchasini (kesilmagan kindik)

diametri odatdagidan 2-3 marta yugon bulsa, sariqlik yo`lini to`liq bitmasligi borligi tugrisida uylash mumkin. Agar okmani teshigi katta bulsa kindikda ingichka ichakni evaginatsiyasini kurish mumkin.

Bu kupincha bola yiglab kuchanganda kuzatiladi. va bunda ichak nayini 2 ta teshigini kurish mumkin. Okmadan ajralgan suyuklikdan axlat xidi keladi (rasm 2).



Rasm 2. Sariqlik yo`lini to`liq oqmasida kindikda ingichka ichakni evaginatsiyasi.

Tashxisi. Sariqlik yo`lini to`liq oqmasini tashxirlash odatda uncha kiyin emas. Yukorida kursatilgan xarakterli belgilardan tashkari quyidagilar aniklanadi:

1. Okmadan ajralgan suyuklik ishkoriy muxitga ega bulganligi uchun kizil lakmus kogozi kukaradi
2. Okma teshigi orkali ingichka zond yoki kateter kiritilganda u ichkariga, tugriga, chukurga, qorin bushligi ichiga karab, qorin urta chizigiga perpendikulyar yunalgan buladi.
3. Okma yo`liga yumshok ingichka kateter yordamida 5-10 ml (bolani yoshiga boglik xolda) kontrast modda (yodolipol, verografin, triombrast, yodamid, va boshka yodning suvli eritmalari) yuborib, qorin bushligini 2 proeksiyada kilingan rentgenogrammada (fistulogramma)

okma yo`lini borligini, uning yunalishini va ulchamlarini, to`liq yoki noto`liqligini aniqlash mumkin. Agar okma yo`li tor va shillikli «probka» bilan tulib kolgan bulsa, fistulografiya kilib bulmaydi.

4. Ogiz orkali yuborilgan metil kuki okma orkali chikadi, agar u okma orkali yuborilsa axlat bilan chikadi.

Kiyosiy tashxisi. Sariqlik yo`lini to`liq oqmasini uraxusni okmalari bilan kiyosiy tashxislash zarur va bu unchalik kiyin emas. Sariqlik yo`lini to`liq oqmasini yukorida kursatilgan uziga xos beligilaridan tashkari uraxus oqmasini uziga xos kuyidagi belgilari bilan farqlash mumkin:

1. Uraxus oqmasidan ajralgan suyuklik kislotali muxitga ega bulganligi sababli kuk lakmus kogozi kizaradi.
2. Ajralgan suyuklikni xidi siydikka xos
3. Uraxusni to`liq oqmasida siydik tomchilab, bola yiglab kuchanganda yoki siyganda va siydik pufagi soxasini barmoklar bilan ezganda esa xatto tizzillab otilib chikishi mumkin.
4. Okma yo`liga zond kiritilganda u qorinni oldingi devorini urta chizigi buylab unga paralel xolda pastga siydik pufagi tomon yunaladi.
5. Uraxusni to`liq oqmasida okma yo`liga metil kukini eritmasi yuborilsa u siydik bilan chikadi, agar uni siydik pufagiga yuborilsa okmadan chikadi.
6. Fistulografiyada kontarst moddani siydik pufagiga tushishi kuzatiladi, xamda okma yo`li pastga siydik pufagi tomon yunalgan buladi.
7. Uraxus oqmasida evaginatsiya kuzatilmaydi.
8. Uraxusni to`liq oqmasida sistoskopiya siydik pufagini yukorigi kismida uraxusni teshigini kurish mumkin.
9. Uraxus oqmasini shillik kavati sariqlik yo`li oqmasini shillik kavatiday alvon- kizil rangday bulmay, och kizil rangda buladi.
10. Uraxus oqmasidan ajralgan sekret yoki suyuklik kam bulib, kindik 3 atrof terisini shilinishi va matseratsiyasi unchalik rivojlanmagan buladi.

Davolash. Sariqlik yo`lini to`liq bitmasligini davolash fakat operativ bulib, xar xil asoratlarni rivojlanmasligi uchun (evaginatsiya, infeksiyalanish, kindikdan kon ketish) uni tashxis kuyishi bilanok utkaziladi. Bunda laparatomiya kilinib, sariqlik yo`lini tula olib tashlash rejalashtiriladi. Buning uchun vena ichiga kalipsol (yoki shunga uxshash boshka anestetik) yuborib umumiy ogriksizlantirish ostida kindik choxasini kerakli tozalovdan sung, okmani shillik kavatidan 2-3 sm narida, kindik atrofi oval shaklda aylantirib terisini xoshiyalab kesilib, okmani apanevrozgacha atrof tukimalardan ajratiladi. Operatsiya jaroxatini infeksiyalanmasligi uchun okmaga ingichka doka trund tikib tamponlab, okma terisi kirgoklari tugunli ipak ip bilan tikib boglanadi. Agar okma ichak evaginatsiyasi bilan asoratlangan bulsa, avval uni spirt va yod bilan tozalab, jaroxatga va qorin bushligiga infeksiya tushmasligi uchun dokali salfetka bilan urab yoki unga rezina kalpokcha kiydirilib berkitiladi. Sung operatsiya jaroxatini urta chizik buylab tepaga va pastga 2 sm gacha kengaytirilib, apanevrozni kesib, qorin bushligi ochiladi. Okma yo`li bilan tutashgan ichak xalkasi yaraga olib chikiladi. Agar okma yo`lini ichak bilan tutashgan kismini asosi tor bulsa, ponasimon rezeksiya kilinib ichak jaroxati kundalang yunalishda atravmatik igna bilan 2 kavat ipakli tugunli chok kuyib tikiladi: birinchi katori ichak devorini xamma kavati orkali, ikkinchi katori – seroz-seroz chok bilan.

Agar okma yo`li ichak bilan keng asosda tutashgan bulsa ichakni shu joyini segmentar rezeksiya kilinib, oxirini – oxiriga (uchini –uchiga kilib) anastomoz kuyiladi. Qorin bushligiga antibiotik yuborib, operatsiya jaroxati kavatma-kavat tikiladi. Agar sariqlik yo`lini to`liq oqmasi kindik arkonchasini churrasi bilan rivojlangan bulsa, bir varakayiga churra xam olinadi va qorin devorini radikal plastika kilinadi.

MEKKEL DIVERTIKULI

Birinchi marta 1809 yilda nemis anatomi Johann Freidrich Meckel yenbosh ichakni divertikuli sariqlik yo`lini proksimal kismini bitmasligini natijasida rivojlanishini aniklab yozgan. Shundan beri sariqlik yo`lini bu anomaliyasi uning

nomi bilan ataladi. Mekkel divertikuli (MD) xamma yoshdagi odamlarda uchraydi, lekin kuprok bolalarda kuzatiladi. O`g`il bolalarda kizlarga nisbatan kuprok uchraydi: 3:1-4:1, nisbatda. MD fakat 15-25 % xollarda asoratlanib uz klinikasini namoyon kiladi. Kolgan xollarda odamlarda u bilinmaydi, ba`zan biron bir sababga kura laparotomiya kilinganda (0,3 %) xamda seksion patalogoanatomik tekshirishlarda tasodifan topiladi. (2 %). Umuman MD N.L.Kushin buyicha 0,12-25% xollarda uchraydi. G.A.Bairov buyicha MD kuprok 3-10 yoshli bolalarda kuzatiladi, ya`ni shu yoshda u uzini kup asoratlarini namoyon kiladi.

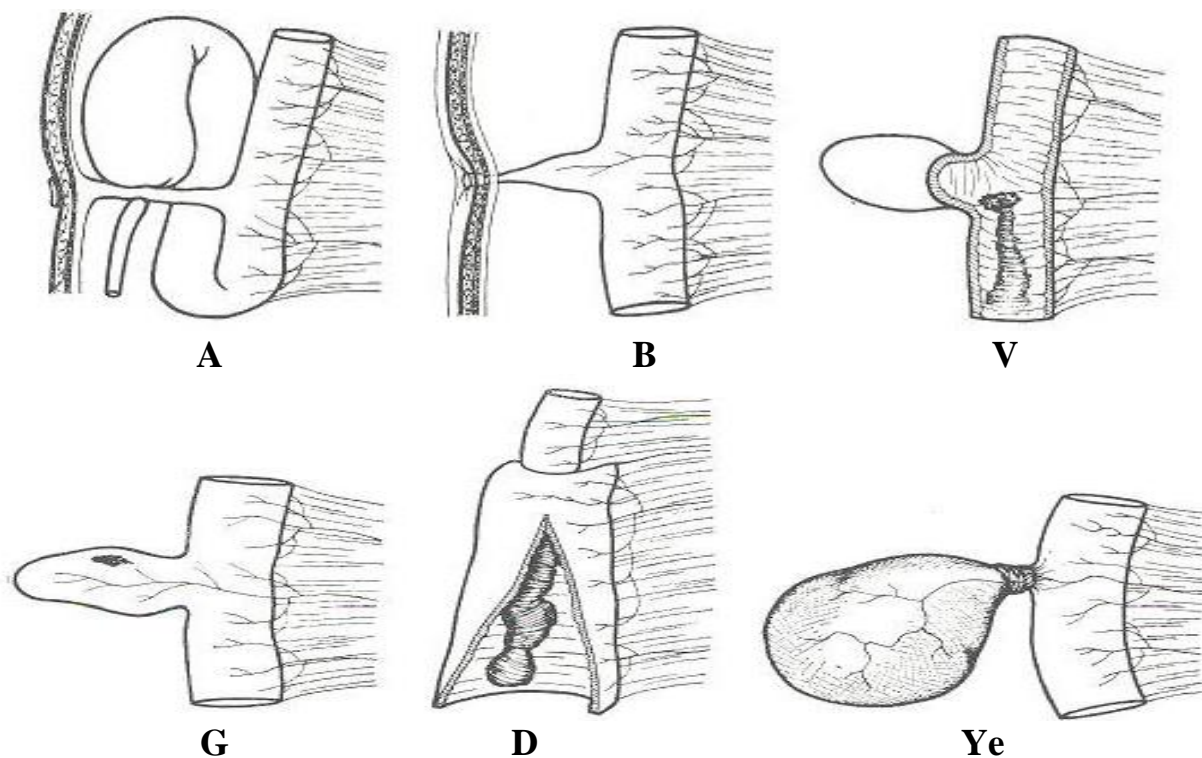
MD odatda yonbosh ichakni devorida, uning tutkichini karama-karshi tomonida ileotsekal burchakdan urtacha 20-70 sm, ba`zan 180 sm gacha masofada, ichak bilan ba`zan keng, ba`zan tor asos bilan tugri yoki utkir burchak xosil kilib tutashib joylashadi. Uning uchi kupincha xuddi appendiks usimtasiday tumtok buladi, ayrim xollarda esa sariqlik yo`lini kolgan kismini fibroz tortkisi orkali kindik xalkasi bilan yoki kam xollarda ichak xalkasi bilan, siydik pufagi bilan, kur ichak bilan tutashgan buladi. Uning uzunligi kupincha 2-8 sm buladi, ba`zan esa 25 sm gacha, xatto 100 sm gacha bulishi mumkin. MD kam xollarda uzini tutkichiga ega buladi, kupincha u bulmaydi va qorin bushligida muallak osilib turadi. MD ni diametri uning asosida odatda 0,5-5 sm. buladi. MD ni shakli kupincha konussimon yoki silindrsimon, kamrok noksimon buladi. MD ni shillik kavati kupincha (45%) yonbosh ichak shillik kavatiga uxshash buladi, ba`zan esa u geterotopik tukimalardan, ya`ni oshkozoni, 12 barmokli ichakni va yugon ichakni shillik kavatlaridan, xatto oshkazon osti bezining tukimalaridan iborat bulishi mumkin. Xar xil mualliflarning ma`lumotlariga kura MD da geterotopik tukimalar 14 % dan to 65,3 % gacha uchraydi.

MD odatda asoratlangandagina uz klinikasini namoyon kiladi. MD kuyidagi asoratlarni berishi mumkin.

- 1) yalliglanishi (divertikulit);
- 2) undan peptik yara rivojlanib, kon ketishi va teshilishi;
- 3) unga yot jism tushib teshilishi
- 4) unda va ichakda invaginatsiya rivojlanishi

5) uni buralib kolishi

6) uning uchi sariqlik yo`lidan kolgan fibroz tortki bilan qorin bushligini boshka a`zolar bilan yoki qorin devori bilan tushgan xollarda ichak xalkasini buralib, bukilib, to`g`il ib, kisilib kolishi ya`ni ichak utkazmasligi rivojlanishi (rasm 3).



Rasm 3. Mekkel divertikulini xastaliklari.

A. Divertikul bilan ingichka ichak xalkasini strangulyatsiyasi

B. Sariqlik yo`lini kindik oqmasi

V. Divertikulni peptik yarasi va undan kon ketish

G. Divertikul perforatsiyasi

D. Divertikul invaginatsiyasi

Ye. Divertikulni buralib kolishi

MD NI YaLLIGLANISHI (DIVERTIKULIT)

MD ni asoratlari ichida eng kupi uning yalliglanishi xisoblanadi va u xamma yoshdagi bolalarda, lekin kupincha 3 yoshdan katta bolalarda kup uchraydi. Divertikulit rivojlanishining asosiy sabablari uning devorini ichiga infeksiyani gematogen, limfogen yul bilan, yoki uni shilik kavatini yot jism, koprolit, gelmentlar bilan zararlanishi natijasida enterogen yul bilan kirib kolishidir.

Utkir divertikulitda xam patomorfologik uzgarishlar xuddi utkir appenditsitdagiday kataral, flegmonoz, gangrenoz yalliglanishlar va perforatsiya shaklida buladi. Shularga boglik xolda, utkir divertikulitni klinik kurinishlari xar xil buladi va utkir appenditsitni patomorfologik shakllariga xos klinik kurinishlaridan deyarli fark kilmaydi, ya'ni kungil aynishi, kayt kilishi, qorinda ogrik, tana xaroratini kutarilishi, leykotsitoz kuzatiladi. Shuning uchun xam utkir divertikulitni operatsiyagacha anik tashxislash kiyin. Odatda «utkir appenditsit», yoki «peritonit tashxislari bilan laparotomiya kilinganda, appenditsit topilmasa, ularning sababi utkir divertikulit bulib chikadi. Shuning uchun «utkir appenditsit», peritonit tashxislari bilan laparotomiya kilinganda, appendiksda uzgarishlar bulmasa, albatta yonbosh va ingichka ichakni 1 metrgacha uzunlikda taftish kilish zarur.

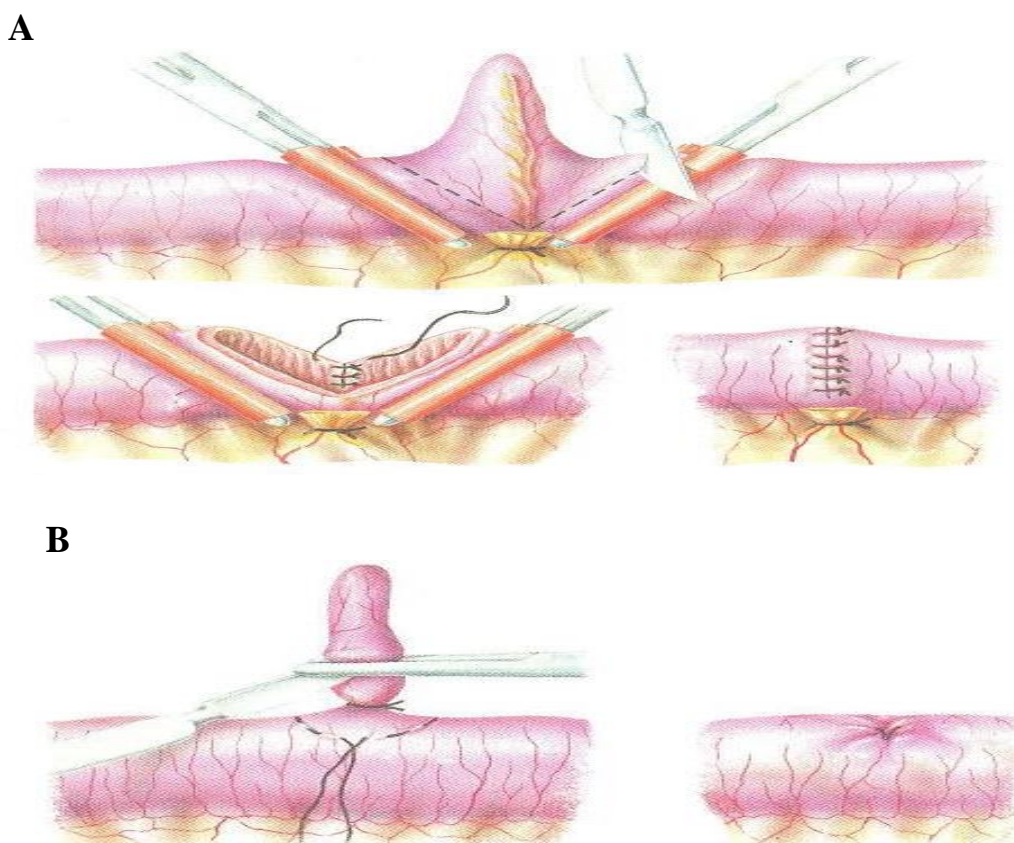
Kiyosiy tashxisi. Bunda divertikulitni boshka uxshash xastaliklar bilan, ya'ni «qorinda ogrik» sindromi bilan kechuvchi barcha xastaliklar bilan kiyosiy tashxislash zurur, ya'ni utkir appenditsit, ichak invaginatsiyasi, terminal ileit (Krona xastaligi), dizenteriya, ung tomonlama bazal zotiljam, gel'mintoz, utkir xoletsistit, utkir enterokolit, tuberkulyozli mezoadenit va boshka shularga uxshash qorin bushligi a'zolarining utkir xastaliklari bilan, kiyosiy tashxislash ularni klinik kechishi deyarli bir xil bulganligi uchun juda kiyin.

Davolash. Divertikulit fakat operativ davolanadi. Kerakli operatsiya oldi tayorgarligidan sung, umumiy ogriksizlantirish ostida (peritonit bilan asoratlanganda endotraxeal) laparotomiya kilinadi. Bunda agar divertikulit tarkalغان peritonit bilan asoratlanmagan bulsa, yukorida aytilganidek odatda «utkir appenditsit» tashxisi bilan ung yonbosh soxasida Dyakonov-Volkovich buyicha laparotomiya kilinadi. Shu kesik orkali MD ni olib tashlasa buladi. Agar divertikulit tarkalغان peritonit bilan asoratlangan bulsa (bunday asorat 50 % xollarda kuzatiladi), odatda «utkir peritonit» tashxisi bilan urta yoki pararektal kesik bilan laparotomiya kilinadi.

MD ni olib tashlash 2 xil usulda bajarilishi mumkin.

1. MD ni asosi keng (1,0 sm dan katta) bulsa «ponasimon» rezeksiya kilinadi va ichak jaroxatiga 2 kator tugunli chok kuyiladi.

2. MD ni asosi tor, (1 smgacha) bulsa xuddi appendektomiyaday uning asosini ketgut bilan boglab kesib uzilgach, kolgan kultyasini 5 % yod bilan surtilgach kisetli chok kuyib, ichakni ichiga botirib boglanadi. (rasm 4).



Rasm 4.

A. Divertikulni ponasimon rezeksiya kilish

B. Divertikulni appendektomiyaday olib tashlash

Agar peritonit rivojlangan bulsa, uni sanatsiya kilinib qorin bushligida drenaj naycha yoki naychalar koldirilib, laparotomiya jaroxati kavatma kavat tikiladi.

Operatsiyadan keyingi davrdagi davolash xuddi utkir appenditsitni yoki peritonitni davolaganday utkaziladi.

ENTEROKISTOMA.

Birinchi marta 1773 yilda Kalder (Calder) enterogen kista xakida ma'lumot bergan. Sariqlik yo'lini kistasi, ya'ni enterokistoma uning ikkala uchini, ya'ni proksimal va distal kismilarini obliteratsiyaga uchrab, urta kismini bitmay kolishidan

rivojlanadi. Bunda shillik kavatdan ajralgan sekret asta sekin kupayib tuplanib, uning ichini, ya'ni bushligini kengaytiradi va kista xosil kiladi.

Enterokistoma sariqlik yo`lini boshka anomaliyalariga nisbatan kam uchraydi. Uning kattaliga, ya'ni diametri 1 sm dan to 20 sm gacha, juda kam xollarda xatto undan xam katta bulishi mumkin. Shakli kupincha dumalok, ba'zan oval, silindrik, juda kam xollarda uzunchok buladi. Enterokistomani shillik kavati yonbosh ichak shillik kavatiga uxshash bulib, ichak epiteliysi bilan koplangan buladi.

Enterokistoma xamma yoshdagi odamlarda uchrashi mumkin, lekin eng kup bolalarda kuzatiladi, ayniksa 2 yoshdan 10 yoshgacha bulgan bolalarda. Enterokistoma asosan yonbosh ichak bilan kindik urtasida, qorin bushligini ung yarmida qorinni oldingi devorini orkasida joylashadi, kamrok xollarda kindikka yakin joyda joylashadi. Odatda sariqlik yo`lini kistasi proksimal tomondan yonbosh ichak bilan, distal tomondan kindik bilan, juda kam xollarda qorinni oldingi devori, ingichka va yugon ichaklar xalkalari bilan, siydik pufagi, kizlarda bachadon bilan, ichaklar tutkichi va qorin bushligini boshka a'zolari bilan fibroz tortki - arkoncha bilan tutashgan buladi. Bu esa bolalarda kupincha shu tortki atrofida ichaklar xalkasini buralib, bukilib, to`g`il ib kisilib kolib strangulyatsion ichak tutilishini rivojlanishiga olib keladi. Ba'zan kista gematogen, limfogen yul bilan infeksiyalanib yiringlanishi, xatto qorin bushligiga yorilishi mumkin. Shuning uchun sariqlik yo`lini kistasini asoratlanmagan va asoratlangan turlari farklanadi.

Kiyosiy tashxisi. Sariqlik yo`lini asoratlanmagan kistasini, uning ulchamlari katta bulsa (5 sm dan katta) qorin bushligini boshka a'zolaridan chikkan usmasimon xosilalardan, ichak tutkichini, kizlarda esa tuxumdonni kistasi bilan, ichakni ikkilanishi, uraxusni kistasi va boshka shunga uxshash qorin bushligini xosilalari bilan kiyosiy tashxislash zarur. Bunda xosilani joylashgan joyi, uning xarakatchan yoki yopishganligi, kattik-yumshokligi inobatga olinadi. Ultratovush tekshiruvi va laparoskopiya ma'lumotlari katta axamiyat kasb etadi.

Sariqlik yo`lini kichik ulchamlardagi (5 sm dan kichik) asoratlanmagan kistasi klinik belgilarni bermaganligi tufayli, odatda qorin bushligini a'zolarini

biron bir sababga kura ultratovush tekshiruvini utkazilganda yoki biron bir sababga kura laparotomiya kilinganda tasodifan aniklanadi.

Sariqlik yo`lini infeksiyalanib yiringlab, ba'zan esa yorilib asoratlangan kistasini klinik kechishi odatda qorin bushligini boshka a'zolarini yiringli yalliglanish xastaliklarini klinik kechishiga uxshash buladi. Shuning uchun ularni operatsiyagacha farqlash kiyin buladi va fakat intra-operatsion anik tashxis kuyiladi.

Xuddi shuningdek utkir ichak tutilishi bilan asoratlangan enterokistomani xam utkir ichak tutilishining boshka turlari bilan klinik kechishi juda uxshash buladi va uning xakikiy sababi intraoperatsion aniklanadi.

Umuman enterokistomani operatsiyagacha anik tashxislash amaliyotda unchalik axamiyat kasb etilmaydi, chunki bunday xollarda davolash taktikasi bir xil bulib, laparotomiya kilinadi.

Klinikasi. Yukorida aytilganidek kichik ulchamlardagi, asoratlanmagan enterokistoma klinik belgilarga ega bulmaydi. Shuning uchun u tasodifan biron bir sababga kura yoki dispanser tekshiruvda ultratovush tekshiruvi paytida va biron bir sababga kura laparoskopiya, laparotomiya kilinganda aniklanadi.

Agar asoratlanmagan enterokistomani ulchamlari katta bulsa bolani kornida ayrim diskomfort xolatlar, ya'ni vakti-vakti bilan kornida xar xil ogriklar bulib turishi, kungil aynishi, kornini dam bulishi kuzatilishi mumkin. Uning ulchamlari juda katta bulsa qorinda usmasimon xosila borligini palpatsiyada aniklash mumkin. Bundan tashkari qorinni oldingi devorini assimetriyasi va undan usmasimon xosilani burtib turishini kurish mumkin. Ultratovush tekshiruvida kista aniklanadi. Lekin kistani xakikiy sababi fakat laparatomiyada aniklanadi.

Enterokistoma infeksiyalanganda, utkir ichak tutilishi bilan asoratlanganda klinik kechishi uziga xos belgilarga ega bulmaganligi sababli, bunday xastaliklar tufayli («appenditsit», «peritonit», «utkir ichak tutilishi», tashxisi bilan) laparotomiya kilinganda aniklanadi. Qorin bushligini utkir yiringli yalliglanish xastaliklarini va utkir ichak tutilishini klinik kechishi tugrisida boshka maxsus adabiyotlarda tula yoritilganligi uchun, enterokistomani asoratlangan turlarini klinik kechishi tugrisida tuxtalmadi.

Davolash. Enterokistoma aniklanganda u fakat operativ davolanadi. Bunda biron bir sababga kura (appenditsit, peritonit, utkir ichak tutilishi, qorin bushligi kistasi, usmasi tashxislari bilan) laparatomiya kilinadi. Ogriksizlantirish endotraxeal narkoz ostida. Laparatomiyaning kaysi kesik orkali utkazish operatsiyagacha kuyilgan tashxisga va rejalashtirilgan operatsiyaning xarakteriga, xajmiga bog'liq. Agar enterokistomani infeksiyalanib yalliglansa, odatda «utkir appenditsit» tashxisi bilan Volkovich –Dyakonov buyicha uning yonbosh soxasida laparatomiya kilinadi. Bunda appenditsit chikmasa, odatda yonbosh ichakni taftish kilinganda yalliglangan kista yoki divertikul topiladi. Yiringlagan kista topilsa uni tortkisi bilan ichak va kindik tomondan ligatura oroligida uzilib, olib tashlanadi. Ichak tomonda kolgan kuliyasi 5 % li yod surtalgach peritonizatsiya kilinadi. Birvarakayiga appendektomiya xam kilinadi. Qorin bushligiga antibiotik yuborib, laparatomiya jaroxati kavatma-kavat tikiladi. Agar peritonit rivojlangan bulsa qorin bushligida drenaj naycha koldiriladi.

Agar operatsiyagacha «utkir ichak tutilishi» tashxisi kuyilsa, uning tomondan urta transrektal kesik bilan laparatomiya kilinadi. Agar utkir ichak tutilishining xakikiy sababi enterokistoma va uning tortkisi atrofida ichak xalkasini buralib, to`g`il ib, buklanib, ezilib kolishi bulsa avval tortkini kindik tomonda ligatura oroligida uziladi. Sung ichak xalkasi tugrilanadi va enterokistoma ichak tomondagi tortkisi ligatura oroligida uzilgach olib tashlanadi va ichak devorida kolgan kuliyasi 5 % - yod surtalgach, peritonizatsiya kilinadi. Agar buralib kolgan ichak xalkasi nekrozga uchramagan bulsa, uning tutkichiga 0,25 % novokain eritmasi 20-50 ml yuborib kuyiladi. Agar ichak nekrozga uchragan bulsa, uni soglom tukimasi chegarasida rezeksiya kilinib, «oxirini–oxiriga» anastomoz kuyiladi. Laparatomiya jaroxati qorin bushligida drenaj koldirilib, kavatma – kavat tikiladi.

SARIQLIK YO`LINI TO`LIQSIZ OQMASI.

Sariqlik yo`lini distal kismi bitmay kolsa, kindik soxasida uning to`liqsiz oqmasi rivojlanadi va to`liq oqmasiga nisbatan kup uchraydi (85 %), ayniksa o`g`il bolalarda

Klinikasi. Bunda chakaloklarni 5-7 kunligida kindik tushgandan keyin, kindik chukurchasida kizil alvon rangli, ba`zan oson konab turuvchi granulyatsion

tukimaga uxshash uqillik kavat kurinib turadi. Uning urtasida diqqat bilan kurilganda nuktaday teshik topilib, undan oz mikdorda doim, kupincha serozli, kamrok serozgemoragik, yana xam kamrok xollarda yiringli sekret suyukligi ajralib, kindikni namlab turadi. Okmadan ajralgan sekret kindik atrofi terisini shiliniq matseratsiyalanishiga olib keladi, ayniksa «namlanuvchi kindik» ni yaxshi parvarish kilinmasa.

Tashxisi. Okmadan ajralgan suyuklikni xidi, ichak sekretini xidiga uxshash buladi va uning muxiti ishkoriy bulganligi uchun kizil lakmus kogozini kukartiradi. Okma teshigi orkali ingichka zond yoki kateter kiritilsa, u chukurga, qorin bushligi ichiga uning oldingi devoriga perpendikulyar yunalishda utadi. Odatda okmani chukurligi, ya'ni uzunligi 1-2 sm buladi, ba'zan u enterokistoma bilan birga kelganda u bilan tutashib yana xam chukurrok bulishi mumkin.

Fistulografiyada okma yo`lini uzunligini, diametrini, yunalishini, enterokistoma bilan birga kelganda, u bilan tutashgan yoki tutashmaganligini aniklash mumkin.

Ajralgan sekretni mikroskopik tekshirilganda, ichak shillik kavatini kuchgan epiteliysini xujayrasi topiladi.

Kiyosiy tashxisi. Sariqlik yo`lini noto`liq oqmasini uraxusni noto`liq oqmasi, kindik fungusi, omfalitni oddiy shakli bilan kiyosiy tash-xislash zarur. Bunda yukorida kursatilgan sariqlik yo`lini noto`liq oqmasiga xos belgilardan tashkari kuyidagi kiyosiy farklovchi uraxusni noto`liq oqmasiga xos bulgilarni inobadga olish zarur:

1. Okmadan ajralgan suyuklikni xidi siydikka xos.
2. Okmadan ajralgan suyuklikni muxiti kislotali bulganligi uchun kuk lakmus kogozi kizaradi.
3. Okma yo`liga ingichka zond yoki kateter kiritilganda u pastga, siydik pufagi tomon, qorinni urta chizigiga paralel xolda yunalib utadi.
4. Fistulografiyada xam kontrast modda pastga, siydik pufagi tomon, qorinni oldingi devori buylab utadi.
5. Kindik atrofi terisini matseratsiyalashgani uncha rivojlanmagan buladi.

6. Kindik chukurchasidagi okma shillik kavati okish-kizgish rangda buladi.

Kindik fungusida - granulyatsion tukimani zamburugsimon patologik usishi, okish-kizil rangli, sekretni juda oz ajralishi yoki deyarli yukligi, kindik atrofi terisini matseratsiyalashmagani, okma teshigini yukligi kuzatiladi. Odatda kindik jaroxatini puxta sanatsiya kilish va lyapis bilan kuydirish uni 1-2 xafta ichida radikal bitib ketishiga olib keladi. Sariqlik yo`lini noto`liq oqmasida esa bunday xol kuzatilmaydi, ya'ni ma'lum vaktidan keyin okma kaytalanadi va bir necha marta. Bundan tashkari fungus chakaloklarda kuzatilib, kindik tushgandan keyin rivojlanadi.

Omfalit – kindik chukurchasini va atrof tukimalarni yalliglanishi bulib, chakaloklarda kindikni bitishi davrida uni infeksiyalanishi natijasida rivojlanadi. Omfalitni oddiy shakli kindik jaroxatini uzok bitmasligi bilan xarakterlanadi. Kindik chukurchasini tubidan oz mikdorda serozli yoki seroz – yiringli ajralma chikib turadi va ma'lum vaktidan keyin pustlok xosil buladi. Bu pustlok kuchib, granulyatsiyalovchi yuza ochiladi va sikl kaytariladi. Bundan tashkari infeksiya kindik jaroxatidan kupincha kindik tomirlarigacha va atrof tukimalarga tarkalib, kattiklashgan infiltratsion valik xosil kiladi. Kindik atrofini ezganda ogrik kuzatiladi. Tana xarorati kutarilib, bola bezovtalanishi, injiklanishi, emmay kuyishi mumkin. Bunday xollar sariqlik yo`lini noto`liq oqmasida kuzatilmaydi. Konservativ davu puxta utkazilganda radikal effekt beradi.

Davolash. Sariqlik yo`lini noto`liq oqmasini belgilari bola xayotining birinchi xaftalarida va oylarida aniklansa xam, uning umumiy axvolini yomonlashtirmagani uchun, ular tibbiy yordamga kech murojaat kiladi.

Sariqlik yo`lini noto`liq oqmasini xamma vakt konservativ davolashdan boshlash kerak, chunki tugri va to`liq utkazilgan konservativ davu kup xollarda okmani tula obliteratsiyalanib bitib ketishiga olib keladi. Buning uchun xar kuni kindikni 3 % perekis vodorov, permanganat kaliyni kuchsiz eritmasi va boshka antiseptik eritmalar bilan yuvib, tozalab, 3-5 % yod, 10 % kumush nitrat (lyapis) eritmasini okma teshigi orkali uning yo`liga ingichka igna orkali 0,3-0,5 mldan 7-10 kunda bir marta yuborib kuydiriladi. Boglov kuyilmaydi, chunki u ajralgan sekretni

tuplanib kolishiga va infeksiyalanishiga olib keladi. Kursni 2 – 3 xaftadan keyin kaytarish mumkin. Kindikdan ajralmani kamayishi odatda okmani bitayotganligini bildiradi. Konservativ davo 6 oy davomida radikal effekt bermasa, operativ davolash zarur. Operativ davoni yaxshisi bolani 1 yoshidan keyin utkazish maksadga muvofikdir, chunki 1 yoshgacha bolalar operatsiyani va narkozni yomon kabul kiladilar, xamda 1 yoshga kelib konservativ davodan sung kupincha okma uzi bitadi.

Operativ davolash. Umumiy ogriksizlantirish ostida, kindik terisi-ni oval shaklda xoshiyalab kesib, uni urta chizik buylab yukoriga va pastga 1,5 – 2 sm kesib kengaytiriladi. Okma teshigi uning kirgogiga yugon ipak kuyib tikilib boglanadi. Okma yo`li topilib, atrof tukimadan ajratiladi. Agar okma yo`lini tumtok uchi apanevrozgacha tugasa, shu yerda uni olib tashlanadi. Agar okma yo`li qorin bushligi ichiga davom etsa apanevrozni kesib ochib laparatomyiya kilinadi. Taftish kilinganda agar okma yo`li ichak bilan fibroz tortki bilan tutashgan bulsa, uni ichak devori yakinida ligaturalar oraligida kesib uziladi. Kultyasi 5 % yod surtalgach, ichak devoriga seroz- muskulli kisetli chok kuyib, botirib boglanadi, ya`ni peritonizatsiya kilinadi.

Agar okma yo`li Mekkel divertikuli bilan tutashgan bulsa, yukorida kursatilgandek divertikulni olish operatsiyasi bajariladi.

Agar okma yo`li enterokistoma bilan tutashgan bulsa, uning bilan birga olib tashlanadi. Laparatomyiya jaroxati kavatma – kavat tikiladi. Agar operativ texnika tugri bajarilib, okma yo`li to`liq olinsa asoratlar va retsidiv kuzatilmaydi.

Bilim va amaliy ko`nikmalarini nazorat qilish shakllari

9 og`zaki so`rov

10 yozma

11 test

12 vaziyatli masalalar

13 o`zlashtirilgan amaliy ko`nikmalarini demonstratsiya qilish

Joriy nazoratni baxolash mezonlari:

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

TESTLAR

1. Mekkel divertikulining asosi ingichka bulganda operativ usul:

- a) kissetga olish yo`li bilan;
- b) ponasimon rezeksiya;
- v) oxirma-oxir anastomoz;
- g) «oxirma-yonbosh» anastomoz;
- d) «yonboshma-yonbosh» anastomoz.

2. 20 kunlik chakalokda yiringlagan enterokistoma diagnozi kuyildi.

Sizning taktikangiz:

- a) laparotsentez;
- b) laparotomiya, kistani punksiyasi;
- v) laparotomiya. kistani olish;
- g) konservativ dano;
- d) laparotomiya qorin bushlngini drenajlash.

3. Sariqlik yo`lining to`liq oqmasi bulganda shoshilinch operatsiyaga kursatma:

- a) okma yo`liga infeksiya tushish xavfi borligi;
- b) evaginatsiya xavfi;
- v) okma orkali kup ichak suyukligi yukotish xavfi;

- g) kon ketish xavfi;
- d) eventeratsiya xavfi.

4. Kindikning to`liq oqmasini aniklashda kimmatli usullardan biri:

- a) vizual kurik;
- b) fistulografiya;
- v) laboratorik taxlillar
- g) qorin bushligini umumiy rentgen tasviri;
- d) ultratovushli tekshirish.

5. Kindikning to`liq oqmasi kachon operatsiya kklinadi:

- a) to`g`il gandan keyin tezlik bilan;
- b) diagnoz kuyilgach tezda;
- v) asoratlari bulganda;
- g) rejali ravishda 5 yoshdan keyin;
- d) ota-onaning xoxishi buyicha.

6. Enterokistoma qanday vaktida paydo buladi:

- a) sariqlik yo`li to`liq obleteratsiyaga uchraganda;
- b) sariqlik yo`lining fakat proksimal kismi obleteratsiyaga uchraganda;
- v) sariqlik yo`lining fakat distal kismi obleteratsiyaga uchraganda;
- g) sariqlik yo`li umuman obleteratsiyaga uchramaganda;
- d) sariqlik yo`lining fakat urta kismi obleteratsiyaga uchramaganda.

7. Bolalarda Mekkel divertikuli asoratlari ichida eng kup uchraydigani:

- a) ichak tutilishi;
- b) divertikulit;
- v) kon ketishi;
- g) devorinn teshilishi;
- d) usmaga aylanishi.

8. Embrional davrda sariqlik yo`li kachon yopiladi:

- a) 1-xaftada;
- b) 1-oy oxirida;
- v) 2-oyda;
- g) 3-oyda;
- d) to`g`il ish arafasida.

9. Mekkel divertikuli yalliglanganda kaysi kasallikga uxshash belgilar buladi:

- a) utkir appenditsit;
- b) ichak tutilishi;
- v) ichki a`zoldan krn ketish;
- g) gijja invaziyasi;
- d) buyraklar kasalliklari.

10. Sariqlik yo`lining to`liq oqmasini kuyidagi xolda shoshilinch operatsiya kilish kerak:

- a) okma yo`li infeksiyalanganda;
- b) ichak evaginatsiyasida;
- v) ichak maxsulotlari yukotilganda;

- g) ichakdan kon ketishida;
- d) yukoridagilarni birortasi xam emas.

VAZIYATLI MASALALAR

1. 1,5 yoshli bolada kindikning to`liq oqmasi aniklandi. Davo usulini aniklang;
2. 3 yoshli bolada kindikning to`liq oqmasi aniklandi. Opsrativ uslubni tanlang;
3. Ichakdan kon ketish buyicha operatsiya vaktida ingichka asosli Mekkel divertikuli topildi. Sizning keyingi taktikangiz;
4. 4 xaftalik bola profilaktik kuruv vaktida pediater kindigidan suyuklik ajralishini anikladi. Kindik atrofida teri uzgarishsiz. Tana xarorati 36,8 S. Sizning maslaxatingiz? Taktikangiz.
5. O`g`il bola chakalok 3800 gr ogirlik bilan to`g`il gan. Bolani akusher kuzdan kechirganda, unda qorinni oldingi devorida defekt anikladi. Bu defekt orkali kizargan usmaga uxshash narsa burtib turibdi va unda siydik chikyapti. Diaqnozni tugri toping va tugruk uyi vrach peditrining taktikasini aniklang.
6. Profilaktik kuruv vaktida pediater kindikdan suyuklik ajralishini kurdi, kindik atrof terisi uzgarishsiz, bolani temperaturasi 36,8 S. sizning maslaxatingiz va kelgusi taktikangiz?
7. 8 yoshli bolada keyingi 2 yil davomida vakti-vakti bilan qorinning kindik soxasida ogrik bulishi, ba`zan bunday ogrikdan keyin axlatini kon aralash kelishi kuzatilgan. Shu sababli xirurgiya bulimlarida konservativ davo olgan lekin vakti-vakti bilan axlatini kon aralash kelishi davo etgan. Tekshirilganda tugri va yugon ichakda polip aniklanmagan. Sizni taxminiy tashxisingiz va taktikangiz?
8. 1,5 yoshli bolada onasini aytishicha kindigidan doimo axlat xidi keluvchi suyuklik chikib turishi kuzatilgan. Sizning taxminiy tashxisingiz va tekshirish usulingiz?
9. 8 oylik bolada kindigini doim nam bulib turishi kuzatilgan. Onasi kindigiga brilliant kukini, 1 % li yod eritmasini surkagan. Xamda ampitsillin poroshogini sepib boglab turgan. Lekin kindikni nam bulishi yukolmagan. Sizni taxminiy tashxisingiz, tekshirish usulingiz xamda davolash taktikangiz?
10. Sariqlik yo`lini va uraxusni to`liqsiz kindik oqmasini kiyosiy tashxislang?

NAZARIY SAVOLLAR

1. Mekkel divertikuli qanday vatsgda paydo buladi?
2. Kindikning to`liq oqmasini aniklash usullari ?
3. Asoratlanmagan Mekkel divertikuli diaqnozini qanday kuyish mumkin?
4. Kindikning to`liq oqmasi kachon operatsiya kklinadi?
5. Enterokistoma qanday vaktida paydo buladi?
6. Asoratlanmagan Mekkel divertikulini klinik kurinishi?

7. Bolalarda Mekkel divertikulini eng kup uchraydigan asoratlarini ayting?
8. Mekkel divertikulini uchi kindikga tutashgan bulsa, kaysi asorot kup uchraydi?
9. Agar kon ketish manbai Mekkel divertikuli ekanligi anik bulsa, kancha vaktgacha konservativ usullarini kullash mumkii?
10. Mekkel divertikuli kaerda joylashadi?

AMALIY KUNIKMALAR

1. Uraxus okmalarini operativ davolash muddatlarini bilish.
2. Sariqlik yo`li anomaliyasini (to`liq va noto`liq okmalarini) operativ davolashni bilish.
3. Kindik oqmasini zondlashni bilish.
4. Shoshilinch xollarda birlamchi malakali yordam kursatish.
5. Sariqlik yo`li oqmasini konservativ davolashni bajarish
6. Tugma kindik oqmasini fistulografiya kilishni bilish.
7. Sariqlik yo`lini va uraxusni kindik oqmasini kiyosiy tashxislashni bilish.

ADABIYOTLAR.

1. Azov N. Divertikul Mekkelya // Aktualnye vopr. detskoj xirurgii. – Maxachkala: B. i., 1978 – s. 44-45
2. Akjigitov G.N., Xoroshkevich G.V. Oshibki i opasnosti pri ostryx xirurgicheskix zabolevaniyax divertikula Mekkelya // Xirurgiya.- 1975.-№8. s.101 – 106.
3. Bairov G.A., Doroshevskiy Yu.A., Nemilova T.K. «Atlas operatsiy u povoroydyonnyx», L. «Meditsina», 1984.
4. Bairov G. A. Neotlojnaya xirurgiya detey.—L. Meditsina, 1983.—470 s.
5. Bairov G. A., Sitkovskiy N. B., Topuzov V. S. Neproxodimost kishechnika u detey.—K.: Zdorov'ya, 1977.—158 s.
6. Baxromov Sh.B., Sulaymonov A.S., Xamraev A.S., «Xirurgiya anomaliy jeltochnogo protoka u detey», Tashkent, Izdatelstvo meditsinskoy literatury imeni Abu Ali Ibn Sino, 2001.
7. «Bolalar xirurgiyasi» /darslik/, A.S.Sulaymonov taxriri ostida, Toshkent 2000.
8. Butenko V. N. Perforatsiya divertikula Mekkelya u dvuxdnevnogo rebenka // Klin. xirurgiya.— 1982.— № 12.—S. 47.
9. Vatslov Toshovski, «Ostrye protsessy bryushnoy polosti u detey», Praga Avitsenum, Meditsinskoe izdatelstvo, 1987.

10. Drach G. S. Enterokistomy u detey // Vopr. xirurgii i ortopedii porokov razvitiya u detey.—Riga: Zinatne, 1966.—S. 181—185.
11. Drach G. S. Xirurgicheskaya patologiya ostatkov jeltochnogo protoka u detey: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk.—K., 1968—16 s.
12. Isakov Yu.F., Stepanov E.A., Krasovskaya T.V. «Abdominalnaya xirurgiya u detey». /rukovodstvo/, M. «Meditsina», 1988.
13. Korochkin M.V. - Laparoskopicheskie operatsii pri patologii jeltochnogo protoka u detey. // J. Vestnik RGMU, 2005, № 3, s. 42.
14. Kulinichenko V.L. Ostrye divertikulit kak odna iz form nepolnogo obratnogo razvitiya jeltochnogo protoka // Gnoyney zabolevaniya organov bryushnoy polosti. – K.: B. i., 1968. – s.43 – 44.
15. Kucheryan M. I. Patologiya divertikula Mekkeya u detoy // Aktualnye vopr. xirurgii, anesteziologii i reanimatologii detskogo vozrasta.—Frunze: B. i., 1984.—S. 130.
16. Куц I. L., Kononuchenko V. P., Molyutov A. G. Ostrye protsessy bryushnoy polosti, vyzvannyye divertikulom Mekkeya u detey // Pediatriya—1979.—№ 6.—S. 80—82
17. Lyonyushkin A.I. «Rukovodstvo po detskoj poliklinicheskoy xirurgii.» L. «Meditsina», 1986.
18. «Xirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta» (v 2 tomakh). Pod. red. I.F.Isakova /uchebnik/ M. «Meditsina», 2004.
19. Xryakov A.S., Lukanin D.V., Kobayakov D.S. i dr. – Infetsirovannaya enterokista u rebenka 5 let. - // J. Detskaya xirurgiya. – 2006. - № 2. – s. 54.
20. Shamsiev A.M., Atakulov D.O., Lyonushkin A.I. «Xirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta», Tashkent, Izdatelstvo meditsinskoy literatury imeni Abu Ali Ibn Sino, 2001.
21. www.Ziyo.net
22. www.mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm
23. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm

