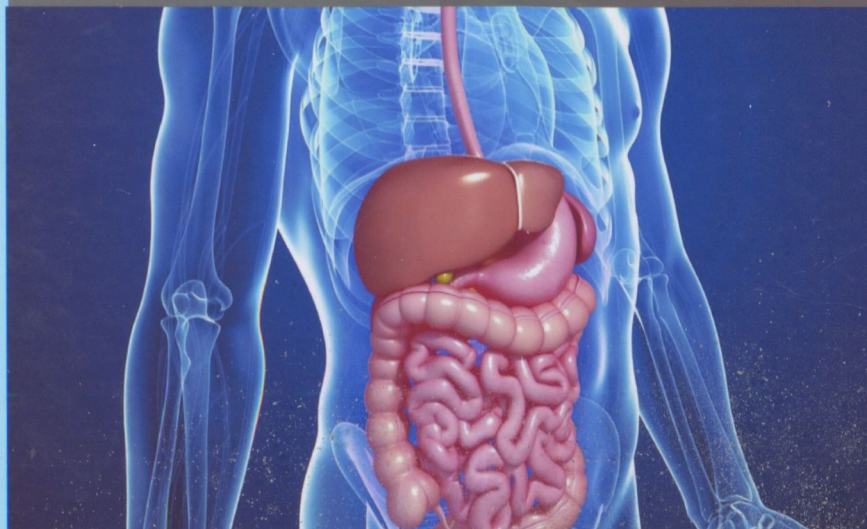


СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ



**ЎТКИР ҚОРИН.
“ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ”**

ўқув-услубий қўлланма

Тошкент – 2019

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TO'SHENT TIBBIYET AKADEMIYASI

«TASDIKLAJMAN»

Ўз Р ССВ Фан ва тиббий таълим

Бош ботикармаси бошлиги

Ў.С. Исмоилов

2018 йил

№ 9 баённома

«KELIшилДИ»

Ўз Р ССВ Тиббий таълимни

ривожлантириш маркази

директори

Н.Р. Янгиева

2018 йил

№ 9 баённома

ЎТКИР ҚОРИН СИНДРОМИ. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

Тиббиёт олий таълим муассасалари VI курс талабалари
учун ўқув-услубий кўлланма



Тошкент - 2018

Ишлаб чиқарувчи муассаса: Тошкент Тиббиёт Академияси, Хирургик касалликлар кафедраси

Тузувчилар: Усмонов М.М. т.ф.д., доцент, ТТА Хирургик касалликлар кафедраси

Тешаев О.Р. т.ф.д., профессор, ТТА Хирургик касалликлар кафедраси мудир.

Муродов А.С. ТТА Хирургик касалликлар кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

Охунов А.О. т.ф.д., профессор ТТА Умумий ва болалар касалликлари кафедраси мудир

Турсунметов А.А. т.ф.д., профессор ТошГМИ хирургик касалликлар ва ХДЖ кафедраси профессори

Тошкент Тиббиёт Академияси Кенгашида муҳокама қилинди ва тасдиқланди

Мажлис баёни № «2» «26

20 18 й

ОТМ кенгаш котиби,

Исмаилова Г.А.



Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

ЎТКИР КОРИН СИНДРОМИ.

«ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ»

Мавзу : Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Диагностика услублари, дифференциал диагностика ва даволаш. Ўткир ичак тутилишини даволашда УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.

Дарсага ажратилган вақт: 6 соат талабалар сони: 8-10

Машғулот кўриниши ва шакли

Амалий машғулот

Ўқув машғулоти структураси

1. Кириш
2. Назарий қисм
3. Таҳлил қисми
 - кейс стади
 - вазиятли масала ва тестлар
4. Амалий қисм

Машғулот мақсади

- Ошқозон ичак тракти анатомио-физиологиясини
- Ўит хақида умумий тушунчани такомиллаштириш
- Ўит этиопатогенези ва клиникаси
- Ўит турларини ва замонавий таснифини билиш
- Қориндаги оғриқда тапхислаш ва қиесий тапхислаш.
- Лаборатор ва инструментал текшириш натижаларини тўғри таҳлил қилишни такомиллаштириш

- Ўит асоратлари.

- Беморлар даво тактикаси;

- Уашнинг беморларни олиб боришдаги тактика омилларини такомиллаштириш; операциядан олдин ва кейинги даврда беморларни олиб бориш, оғир жисмоний меҳнатлардан халос қилиш, ҳамда операцидан кейинги даврда беморларни диспансеризация қилиш

Талаба олиши шарт:

• Ўит клиник шакллари аниқлай олиш.

• Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш.

• Қорин палпациясини бажара олиш.

• Ошқозонни зондлаш ва ювиш;

• Турли хил хукналарни қила олиш.

• Рентгенограммаларни ўқий олиш.

• Ўит билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш.

• Клиник разборда иштирок этиш. Беморга клиник текширишни ўтказишни

• Текширилган беморнинг лаборатор ва инструментал натижаларини таҳлил қилиш.

• Шошинч жаррохликда беморга тезкор ёрдам беришни

Педагогик вазифалар:

Ўқув фаолияти натижалари:

- ўит хақида умумий тушунча ва тасаввур хосил қилиш

Умумий амалиёт врачлари (уаши) билиши керак:

• Ўит сабабларини билиш:

- ўит турларини фарқлай

• Ўит клиникаси ва ташхисотини билиш:

• Ўит билан оғриган беморларни курация қила

билишни ургатиш;

- ўит билан огриган беморларни ташхислаш ва киёсий ташхислашни ўргатиш;

- ўит билан хасталанган беморлар даволаш ва про-
филактика умумий та-
мойилларини ургатиш

олиш:

• Касаллик текширув усулларини, лабаратор тахлиллар интерпритасиясини ва киёсий ташхисотини билиш;

• Госпитализацияга кўрсатма вакти.

• Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.

• Беморларни операциядан кейинги реабилитацияси.

Уаши бажара олиши шарт:

• Аҳоли орасида даволаш-профилактика тадбирларини ташкиллаштириш

• Ўитли беморларни клиник текширув ўтказиш

• Ўитли беморларни госпитализация қилиш таможиллар

• Профессионал сўров ва курикни ўтказиш

• Ўит турли хилларини киёсий ташхисоти

• Ўит билан огриган касалларда операцияга кўтрсатмани аниқлаш

• Шошилинч жаррохликда тез ердам кўрсата олиш.

• Рентген, утд суратларини укий олиш.

• Клиник тафтишда иштирок этиш.

• Диспансер кузатув картасини юрита олиш

Амалий куникмаларни бажара олиши керак:

- беморга клиник текширишни ўтказишни

- беморни курация қилишни, профессионал махоратда шикоят йиғишни ва кўриш ни

	<p>- беморни текширишни билиши, пайпаслаш, перкуссия белгисини аниқлашни.</p> <p>- текширилган беморнинг лаборатор ва инструментал натижаларини мушоҳада қилиш.</p> <p>- шопилинч жарроҳликда беморга тезкор ёрдам беришни</p>
<i>Ўқитиш услублари</i>	Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видео қуриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, “ечимлар дарахти”, кейс-стади.
<i>Маиёулотни ташиқил қилиш шакллари</i>	Индивидуал ишлаш, гурухларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
<i>Ўқитиш усуллари</i>	Тарқатма материаллар, визуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш шароити ва жойи</i>	<p>1. Уш жарроҳлик кафедраси, 1-шкк ва 1-рқш жарроҳлик булимлари, клиник лабораториялари;</p> <p>2 жадваллар комплекти, услубий қуланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;</p> <p>3 поликлиника, беморлар амбулатор картаси, тахлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.</p>
<i>Қайта боғланиш усуллари ва услуби</i>	Блиц-суров, тест олиш, укув тиббий карталарни тулдириш, амалий куникмаларни бажариш ва операцияга кўрсатмани аниқлаш.

Кириш. «Ўтқир корин» синдроми умумлаштирилган тушунча булиб, бу ташхис анамнез йиғиш ва клиник белгиларнинг аниқлаш натижасида кориндаги «схалокат» сабаби аниқ булмаган вақтда қуйилади. «Ўтқир корин»

синдромида бир канча клиник белгилар (симптомлар) комплекси ривожланади ва булардан асосийси корин парданинг «таъсирланиш» белгисидир. «Ўткир корин» билан мурожат этган беморлар ташхисини аниклаш мақсадида шошилинч равишда хирургик стационарга етказилиши керак.

Адабий манбаларда берилишича корин бушлиги ўткир хирургик хасталиклари, хирургик хасталикларнинг 50-60% ни такшил этади. Буларнинг 1/3 да «ўткир корин» синдроми кузатилади. Агар корин бушлиги аъзолари шикастланишлари, дивертикулит, терминал илсит (охирги иккитаси болаларда куп учрайди), экинококкоз асоратлари (йиринглаш ёрилиш), тромбоземболиялар, усмалар асоратларини хисобга олганда, «Ўткир корин» сони янада ошади. Ўткир хирургик касалликларида тез ва тугри ташхис куйиш ва хирургик стационарга тез юбориш самарасини оширадиган омилдир.

«Ўткир корин» сабаблари 5 та асосий гуруҳга булинади:

1. **Яллигланиш касалликлари** ўткир аппендицит, дивертикулит, торминал илсит, бирламчи поритонит, ўткир холоцистит, панкреатит, корин бушлиги аъзолари ва корин парда орти абсцесс ва флогмоналари ва х.к.

2. **Деструктив жараён-ошқозон** ичак яра ва кисмалари тешилиши натижасида (ошқозон ва 12 бармокли ичак яра касалликлари, инфекциян яралинекротик энтероколит ва х.к.

3. **Аъзоларда кон айланишининг бузилиши:** тромбоз, эмболиялар, артериялар спазми, аъзоларга кон куйилиши, томирларнинг ташқаридан эзилиши, аъзоларнинг буралиб олиши (талок, тухумдон) некроз чакирик перитонитга олиб келиши мумкин.

4. **Ошқозон ичак ва ут йуллари обтурацияси:** тугма анамалиялар, усмалар, ут йуллари ичак тошлари, ут жисмлар тикилиши натижасида яллигланиш ерилиш, перитонит ривожланади.

5. Корин бўшлиги аъзоларининг механик шикастланишлари натижасида: (ичак, сийдик пуфаги, жигар, талок ерилишлари).

Корин бушлигида ўткир жаррохлик касалликлар ичидаги жиддий хавфлиси ўткир ичак тутилишидир. "илеус" юнунча суз булиб – "ёпаман, бурайман" деган маънони билдиради. Ичакнинг ўткир тутилиши овкат моддаларининг ошқозон – ичак тракти буйлаб харакатнинг кисман ёки тулик бузилишига айтилади. Ичак тутилиши бутун жаррохлик касалликларига нисбатан 1,2% ва корин бушлигининг ўткир жаррохлиги касалликларининг 9,4%ини ташкил этади. Илеус эркакларда аёлларга нисбатан икки баробар куп учрайди. Ўткир ичак тутилиши клиник утиши огир булиши билан бирга "ўткир корин" сабабли операция килинганлар ичида энг фоиз улим курсатгичини беради. Операциядан энг юкори улим курсатгичи 5 ёшгача булган болаларга тугри келиб, сунг 60 ёшдан юкори ва карияларга келиб яна купади. Ўткир ичак тутилиши билан огриган беморларда улим курсаткичини камайтириш мақсадида уз вактида ва кечиктирмасдан госпитализация килиш керак. Диагностика ва госпитализацияни кечиктириш уга огир окибатларга олиб келади. УАШ шифокори ўткир ичак тутилиши хасталиги билан тез тукнаш келади ва шунинг учун хасталик хакида тулаконили маълумотга эга булиши керак.

Анатомия. Ингичка ичак ҳазм найининг энг узун кисми бўлиб, меъда билан йўғон ичакнинг (меъданинг чикиш кисми билан илеоцекал коққок) ўртасида ётади. Ингичка ичакнинг узунлиги 3,5-3,75 м, баъзида 2,2 дан 7-8 мгача бўлиши мумкин. Унинг узунлиги еш, жинс, тана тузилишига ва х.к. Ларга боглик. Ингичка ичакда сўлак ва меъда шираси билан парчаланган овкат бўткаси ичак шираси, меъда ости бези шираси ва ўт таъсирида парчаланеди. Бу ерда парчаланган озука моддалар кон ва лимфа томирларга сўрилади. Ингичка ичакда уч кисм: ўн икки бармокли ичак, оч ичак ва ёнбош ичак тафовут килинади. Оч ва ёнбош ичакда ичактуткич бўлгани учун ингичка ичакнинг туткичли кисми дейилади. Ўн икки бармокли ичак (дуоденум) узунлиги мурдада 25-30 см. У кўп холатда така шаклида бўлиб, и-

ини бел умурткалари сохасида, меъда ости безининг бошини ўраган холатда жойлашади. Унда тўрт: юкори, пастга тушувчи, горизонтал ва кўтарилувчи кисмлари тафовут килинади.

Корин парда копламаси, ичак туткич ва фиксацяси. Ингичка ичакнинг ичак туткич кисми интраперитонеал жойлашган бўлади. Сероз коплама факатгина ичак туткични букиш жойида йук бўлади. Қориннинг орка деворига ингичка ичак ичак туткич ёрдамида фиксацяланади, у коринпардани дубликатурасини хосил килади, уларни парда катламлари орасида ёг катламлари, кон ва лимфа томирлари, нерв чигаллари жойлашган бўлади. Баъзида нафакат ингичка, балки йугон ичак ёки унинг бир кисми умумий ичак туткичга эга бўлади. Бундай холатларда бутун ичакнинг кучли харакатланиши натижасида ингичка ва йўғон ичакларнинг буралишларини пайдо бўлиши мумкин. Ингичка ичакнинг ичак туткичи, месентериум, умуртка погонасининг чап томонидан флексура дуоденоеюналис олдида

Бошланади ва унг ёнбош чукурчада тугайди. Унинг баландлиги, флексурае дуоденоежуналис дан бошланиб бир маромда узунлашади ва ичакнинг урта кисмига бориб 15-20 мл ни ташкил килади. Баъзиларда у киска - 10 см, бошкаларда 25-30 см бўлиши мумкин. Ингичка ичакни йугон ичакка утиш жойида ичак туткич узунлиги 3-4 см атрофида бўлади.

Баъзи холатларда ингичка ичакнинг йугон ичакка утиш жойида ичак туткич. Умуман ривожланмаган бўлади ва ингичка ичак корин бўшлиғини орка деворининг корин пардаси билан бириккан бўлади. Ичак туткич илдизини

Узунлиги 10-18 см атрофида бўлади, уртача 15 см га тенг бўлади. Корин деворини ичак туткич илдизи парда катламлари орасида ёг катламлари, юкори ичак туткич артерияси, венаси, юкори ичак туткич чигали, лимфа томирлари ва лимфа тугунлари бор бўлади. Ичак туткич илдизи олд томондан аортани, пастки палан венани, ични уруг томирларини ва унг сийдик найини айлантириб олади. Баъзида ичак туткич илдизи унг сийдик найига таъсир кўрсатилади. Бу ходиса сийдик йули куричакни

оркасидан утганда кузатилади. Аортани ичак туткич илдизи билан кесишиши холати доимий бўлмайди, бифуркация тепасида 0-10 сига тебраниб туради. Кўп холатларда кесишув жойи аорта бифуркациясидан 3 см юқорида жойлашган бўлади.

Синтопия. Ингичка ичакнинг топографик-анатомик хусусиятлари ўзгарувчан бўлади, бунга ичакнинг харакатчанлиги, унинг тўликлик даражаси бошка органлар холати, тана холати, организмнинг индивидуал холати таъсир қилади. Ингичка ичакни петиялари ёнбошдан ва юқридан чамбар ичак билан чегараланган: ундан улар кўтарилувчи чамбар ичак билан чегараланган: ундан улар кўтарилувчи чамбаричак ва куричак билан, чапдан - пастга тушувчи чамбаричак ва сигмасимон ичак билан, юқоридан - кундаланг чамбаричак ва унинг ичак туткичи билан оркадан ингичка ичак ковузлоклари орка корин бўшлигини органларига (буйрак, сийдик найлари, 12 бармок ичакнинг пастга-тушувчи ва кўтарилувчи кисмлари, аорта ва пастки ковак вена) тегиб туришади, олдидан эса корин деворининг олди кисмига ва катта чарвига тегиб туради.

Ингичка ичакнинг ковузлоклар ичакни ичак туткичини унг ва чап томонида жойлашган ичак туткич синусларида жойлашган бўлади. Унг ва чап мезентериал синуслар мавжуд. Унг мезентериал синус учбурчак шаклига эга.

Унинг деворлари бўлиб: чапдан - ингичка ичак ичак туткичининг илдизи, ундан-кўтарилувчи чамбар ичак, юқоридан - кундаланг чамбар ичак ва унинг ичак туткичи. Унг ва чап мезентериал синуслар узаро флексура дuedеноеюналис олдида ёриг ёрдамида бирикишган, бу ёриг ингичка ичакнинг бошлангич кисмидан ва кундаланг чамбар ичакнинг ичак туткичидан хосил бўлган. Мезентериал синусларда гематомалар, калгаланган перитонитлар жойлашиш мумкин. Чап мезентериал синусдаги экссудат ёки кон кичик чанок (тоc) бўшлиғига таркалиши мумкин, унг мезентериал синуснинг ичидаги суюклик эса синус деворлари билан маълум бир даражагача сакланиб туриши мумкин.

Ўн икки бармокли ичак, duodenum, корин орти аъзоларга киради. Узунлиги 25-30 см. Ўн икки бармокли ичак 4 қисмдан иборат: юкори, патга тушувчи, пастки ва юкорига кўтарилувчи.

Юкори қисм, pars superior, ўн икки бармокли ичак бошланғич қисми, узунлиги уртача 5-6 см бўлиб, хii кўкрак ёки i бел умурткаси соҳасида кийшик йўналиб чапдан уннга, олддан-оркага йўналиб ейсимон букилади ва юкори эгриликни flexura duodeni superior ҳосил қилади.

Патга тушувчи қисм, pars descendens, умуртка бел қисмининг унғ томонида жойлашган, узунлиги 7-12 см бўлиб пастки қисмга ўтади. У иин бел умурткаси соҳасида чапга бурилиб, ўн икки бармокли ичакнинг пастки бурилиш бурчагини ҳосил қилиб горизонтал қисмига ўтади. Ўтиш жойида пастки эгриликни flexura duodeni inferior ҳосил қилади.

Пастки қисм, pars inferior, узунлиги 6-8 см, унғдан-чапга йўналиб, умурткани кундаланг ёъналишда кесиб утиб, юкорига эгилади ва юкорига кутарилувчи қисмга давом этади. Горизонтал қисми чапга томон йўналиб iii бел

Умурткаси танаси соҳасида юкорига кутарилиб кутарилувчи қисми қисмига давом этади. Юкорига кутарилувчи қисм, pars ascendens, узунлиги 4-5 см. Умуртка бел қисмидан чапда булиб, ун икки бармокли ичак-оч ичак эгрилигини flexura duodenojejunalis ҳосил қилади. Кутарилувчи қисми ии бел умурткаси танасини чап чеккаси соҳасида ун икки бармокли-оч ичак бурилиш бурчагини ҳосил қилиб оч ичакка утиб кетади.

Ўн икки бармокли ичак скелетотопияси расм.

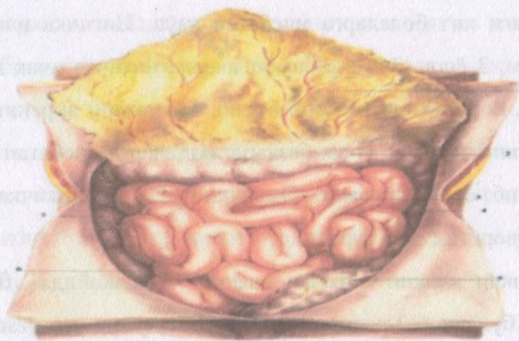


Расм 1. Ўн икки бармокли ичак скелетотопияси.

Ўн икки бармокли ичакни корин парда бошланиш ва охириги кисмларини хар томондан ўраса, колган кисмлари коринпарда оркисида ётади. Ўн икки бармокли ичакнинг шиллик пардасида айланма бурмалар, ҳамда пастга тушувчи кисмининг медиал деворида жойлашган буйлама бурма бор. Бу бурманинг пастки кисмидаги ун икки бармокли ичакнинг катта сурғичига умумий ут йули ва меъда ости беши очилади. Ундан юкорирокда жойлашган кичик сурғичга меъда ости безининг кушимча беши очилади. Бундан ташқари ун икки бармокли ичак бушлиғига унинг хусусий безлари ҳам очилади. Янги туғилган чакалок ўн икки бармокли ичаги халка ёки п шаклида бўлиб, узунлиги 7,5-10 см. Бошланиш жойи ва охири и бел умурткаси соҳасида жойлашган. Беш ойлик болада ўн икки бармокли ичакнинг юкори кисми хий курак умурткаси соҳасида жойлашган. Унда пастга тушувчи ва кутарилувчи кисмлари пайдо бўлади. Бола ҳаётининг биринчи йилида ўн икки бармокли ичакда турт: юкори, пастга тушувчи, горизонтал ва кутарилувчи кисмлари тафовут қилинади. Болаларда у харакатчан бўлиб тез усиши 5 ёшгача давом этади, кейинчалик секинлашади. Ингичка ичакнинг туткичи кисмини $\frac{2}{5}$ кисми оч ичакка, $\frac{3}{5}$ кисми ёнбош

Ичакка туғри келади. Бу икки булим уртасида аниқ чегара йук. Оч ичак (jejunum) ун икки бармокли ичакнинг бевосита давоми булиб, корин бушлиғини чап юкори кисмида ётади. Ёнбош ичак (илиум) корин бушлиғининг унг пастки кисмини эгаллаб, унг ёнбош чуқурчасида куричакка утиб кетади.





Расм2. Ингичка ичакнинг корин бушилигидаги жойлашуви. 1 — omentum majus; 2 — solon transversum; 3 — ингичка ичак ковузлоғи; 4 — solon descendens; 5 — solon sigmoideum; 6 — saesum; 7 — solon ascendens.

Ингичка ичакнинг девори куйидаги тузилишга эга:

1. Шиллик кават пушти рангда бўлиб халка шаклидаги бурмалар бор. Шиллик пардада куп сонли (4 млн) ичак ворсинкалари унга духобага ухшаш куриниш беради. Ворсинкалар оралиғида ичак безларининг найлари очилади.

Ингичка ичак шиллик пардасида куп сонли (15.000 якин) якка холдаги лимфатик фоликуллар ва (20-30 та) лимфатик фолликуллар тўплами жойлашган.

2. Шиллик ости кават нисбатан калин булиб, юмшок толали бириктирувчи тукимадан ташкил топган булиб кон ва лимфа томирлар, нервлар жойлашган.

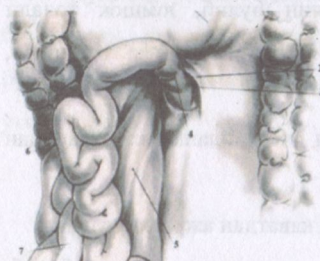
3. Мушак кават икки ташки буйлама ва ички айланма каватларидан иборат.

4. Сероз ости кават мушак каватни сероз каватдан ажратиб туради.

5. Сероз кават жорин парданинг вицсерал варағидан хосил булиб, ингичка ичак деворини хамма томондан ураб ичак туткич хосил килади. Янги туғилган чакалок ингичка ичаги узунлиги 150-300 см булиб, оч ичак ковузлоклари горизонтал, ёнбош ичакники эса вертикал холатда жойлашган.

Угил болаларнинг ичаги киз болаларга нисбатан узун. Ингичка ичакнинг кенглиги 1 ёшда 16 мм, 3 ёшда 2,3 см. Ёш болаларда ингичка ичак девори шиллик пардаси юпка, кон томирларга бой булиб, бурмалари ворсинкалари ва безлари яхши тараккий этмаган. Ичак безлари катталарга нисбатан йирик булиб бир ёшга бориб сони купаяди. Эмизикли даврда ингичка ичак ковузлоклари корин деворига тегиб туради.

Ун икки бармокли ичакни ингичка ичакка утиш жойида *flexurae duodenojejunalis* хосил булади - (2-расм). Одатда у ii бел умурткаси танасини олдида кундаланг чамбар ичакни ичак туткичини илдизини тагида жойлашган булади. Ун икки бармок - оч ичакни ковузлогикни чап томонида *resessus duodenojejunalis* жойлашган булади. Бу чунтак унгдан ун икки бармокли ичакни кутарилувчи кисмини охирги кисми ва ун икки бармок - оч ичакни ковузлогини, юкоридан кундаланг чамбар ичакни ичак туткичи ва чапдан - корин пардасини бурмаси - *plica duodenojejunalis* билан чегараланган. Баъзида париетал корин парда ва ун икки бармок ичакнинг кутарилувчи кисми орасида корин парданинг яна битта бурмаси жойлашган булади, у чунтакни пастан чегаралаб туради. Баъзи холатларда *resessus duodenojejunalis* аниқ билиниб туради унинг чуқурлиги 2-3 см га етади, баъзида эса у билинмайди ёки умуман йук булади.



Расм 3. *Flexura duodenojejunalis*. 1 - mesosolon; 2 - plica duodenojejunalis; 3 - resessus duodenojejunalis; 4 - flexura duodenojejunalis; 5 - solon dessendens; 6 - mesenterium; 7 - ингичка ичак ковузлогу; 8 - solon assendens.

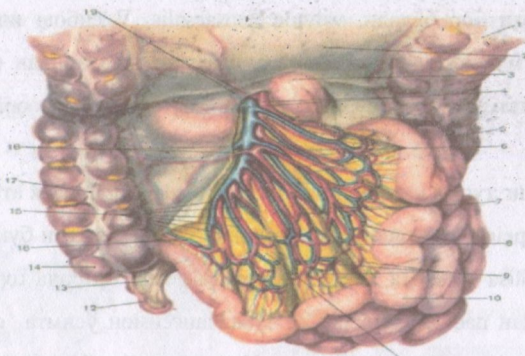
Клиник амалиётда *flexurae et plica duodenojejunalis* жуда мухим ахамиятта эга, операция вақтида ундан ингичка ичакнинг бошлангич кисмини топишда фойдаланилади (гастроентероскопия; ошкозон резекцияси, кизилунгачни ичакни пластикасида). Уларни топиш учун

катта чарвини, кундаланг чамбар ичакни ва унинг ичак туткичини юкорига кутариброк туриш керак, ингичка ичакнинг ковузлокларини эса чапга ва пастга суриб туриш керак - шунда *flexurae et plisa duodenojejunalis* аниқ топилади, ингичка ичакнинг бошланғич петияси хам. Баъзи холатларда *flexurae duodenojejunalis* атрофида ички чурралар кузатилади (трею чурралари). Улар орқа корин бушлиғи ёғ туқимасига утиб, узларига *resessus duodenojejunalis* орқали йул хосил қилишади. Бундай холатларда чунтак улчамлари катталашади ва чурра қопчасига айланади. Ингичка ичакни йўғон ичакка утиш жойида илеоцекал бурчак хосил бўлади. Унинг томонлари булиб ингичка ичакни тугаш қисми ва қуричак хизмат қилади. Бурчак тугри, ўтқир ёки тмас бўлиши мумкин, бу ингичка ичакни тугаш қисмини йўғон ичакни бошланғич қисмига нисбатан жойлашишига боғлиқ бўлади. Кўп холатларда ингичка ичакнинг тўғаш қисми қўтариливи холатда бўлади ва йўғон ичакни медиал девори билан ўтмас бурчак остида бирикади. Ёнбош ичакни тугаш қисмини шиллик пардаси тарафидан, унинг чамбар ичакка ўтиш қисмида ёнбош-қуричак бурчаги бор бўлади, *valvula ilsosaesalis*. У ёнбош ичакнинг шиллик пардаси ва (мускулларини) циркуляр қават мускулларидан иборат. Унда юкори ва пастки лаблар. Қўринади, улар йўғон ичакни оралиғига йуналган бўлади.

Ёнбош ичакнинг тугаш қисмининг тепасида имосекал бурчак атрофида *resessus ilsosaesalis superior* жойлашган, у юкоридан корин пардаси букламаси билан чегараланган, *plisa ilsosolisa*, *ileum* ва *colon assendens* орасида тортилган бўлади. Ёнбош ичакдан пастда, қуричак ва чувалчангсимон ўсимта орасида *resessus ilsosaesalis inferior* жойлашган бўлади. У пастдан *plisa ileosonalis* билан чегараланган. Илиосекал бурчак атрофидаги корин пардалари чўнтақлари баъзида ички чурралар пайдо бўладиган жойлар бўлиши мумкин.

Кон билан таъминланиши. Ингичка ичакнинг кон билан таъминланиши ичак тутқич артериясини юкориги шохлари орқали амалга оширилади, *a.mesenterisa superior*, у корин аортасидан, и бел умурткаси жойидан ўтади (расм 3). Юкори ичак тутқич артериясини бошланғич қисми

ошкозон ости безининг орка томонида жойлашади, бундан сўнг артерия безининг пастки кисмидан чикиб ун икки бармоқлининг олди томонини пастки кисмига ётади. У пастга йуналиб, ингичка ичакнинг ичак туткичини илдизига ўтади. Юкори ичак туткич артериясидан ингичка ичакка оч ичак ва ёнбош артериялар келади, аа jejunaes et аа iliaae. Бу артерияларни сони доимий эмас, 7 тадан 20 тага бўлиши мумкин, кўпрок 12-15 та артерия учрайди. Оч ичак артерияларини ёнбош ичак артерияларига караганда диаметрлари катта бўлади. Хар бир оч ичак артерияси ичакка йўналиб 2 шохга бўлинади, улар кўшни артерияларни шохлари билан бирлашишади, ва бирламчи катор ёйларини (оркадагиларини) хосил қилишади. Бу артериал ёйлардан шохлар чиқади, улар бир бирлари билан анастомозлар хосил қилишиб иккинчи катор оркадаларини хосил қилишади, шундай қилиб 3 чи катор аркадалари хам хосил бўлади. Артериал ёйларнинг микдори ичак бўйлаб ўзгариб туради. Ичакнинг бошланғич кисмида унинг ўрта кисмига караганда ёйлар хам бўлади.



Расм 4. Ингичка ичак артерия ва веналаруи. 1 - solon transversum; 2 - mesosolon; 3 - flexura duodenojejunalis; 4 - a. Et v. Mesenterisa superior; 5 - solon dessendens; 6 - aa. Et vv. Jejunaes; 7 - биригичи катор артериал шохлари; 8 - иккинчи катор артериал шохлари; 9 - учинчи катор артериал шохлари; 10 -ичак ковузлоклари; 11 - mesenterium; 12 - appendix vermiformis; 13 - mesenteriolum appendisis vermiformis; 14 - saesum; 15 - aa. Et vv. Ilei; 16 - a. Ileocolisa; 17 - colon assendens; 18 - a. Et v. Colisa dextra; 19 - a. Et v. Colisa media

Артериал ёйларнинг узилмас занжири, ичак деворига якин жойлашган бўлиб, параллел томир деб номланади. Охирги оркадалардан ичак томонга кўп сонли тўғри артериялар йуналади, улар ичак деворигача кўпгина шохларга бўлинади. Ингичка ичакнинг веналари шу номли артерияларни кузатиб боради ва юкори ичак туткич венасига тушади.

Юкори ичак туткич венаси пастки ичак туткич ва талок веналари билан бирикиб, копка томирни хосил килади.

Лимфа окими. Лимфани окими ингичка ичакдан периферик лимфа тугунларига (ўртача 30 тугун периферик артериал ёйларда утади), ва ўрта ичак туткич (180-200 тугун, ингичка ичак ичак туткичини ичида бир неча катор бўлиб жойлашган) ларга амалга ошади. Ўрта лимфа тугунлари бир-бири билан кўп сонли лимфа томирлари оркали бириккан, улар ингичка ичакни ичак туткичида мураккаб лимфатик чигал хосил килади, улардан лимфатик устунлар хосил бўлади.

Ўрта ичак туткични ва марказий тугунларни чиқарувчи томирлари бирга йуналади, бир-бирлари билан анастомозлар хосил килинади. Бунинг натижасида хосил бўладиган лимфа устунлари куйидаги ёъналишларга эга: 1) орка ошкозон ости тугунларига 2) аорта олди 3) орка ошкозон ости - 12 бармок тугунларига 4) юкори ошкозон ости 5) чап латероортал 6)интераортокавол 7) ретрокавол тугунларга ва 8) кукрак йулига.

Иннервация. Ингичак ичакнинг иннервацияси юкори ичак туткич чигалини шохлари оркали амалга ошади, бу чигал юкори ичак туткич артериясини ва унинг шохларини кузатиб боради.юкори ичак туткич чигалининг тузилиши доимий эмас. Баъзи холатларда юкори ичак туткич артериясининг бошланғич кисмидан олдинда 45 та катта булмаган тугунлар жойлашган, улар бир-бири билан бириккан, аортал чигали билан ҳам бириккан. Бошка холатларда эса юкори ичак туткич артериясини олди

юзасида жойлашган 1 та йирик тугун мавжуд, бу нерв шохлари шохлари plexus soeliasus va plexus abdominalis билан бириккан.

Симпатик тугунлардан ошкозон ости безига, ингичка ичакка, ва кўр ичакка, кўтарилувчи ва пастга тушувчи чамбар ичакларга шохлар ўтади. Ингичка ичак физиологияси ингичка ичак жуда ҳам мухим орган хисобланади, унда куйидагилар амалга ошади: 1) ошкозондаги хазм бўлишни ичак хазм бўлишига ўтиши 2) учта асосий хазм бўлиш турлари (бушликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сўрилиш ва ажратиб чиқариш (секреция) 4) секрецияни бир неча турларини бириктириши (ташки ва ички) 5) ишлаб чиқариш - ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, 6) организмни ички мухитига кирувчи хар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тўсқинлик, химоя.

Овкат хазм килиш овкат хазм килиш деганда мураккаб моддаларни соддаларга ферментлар ёрдамида кайта ишланишига айтилади. Бу жараён аниқ кетма-кетликда, овкатни ошкозон-ичак тракти бўйлаб харакатланишида содир бўлади. Ферментатив парчаланиш натижасида овкат парчалари ташки кўриниш спесификасини юкотади, лекин энергетик ва пластик кийматини ва сўрилиш хусусиятини саклаб қолади. Мономерлар холатида улар конга ва лимфага ўтишади ва организм улардан энергетик ва пластик материал сифатида фойдаланилади.

Замонавий овкат хазм килиш теорияси а.м. Уголев томонидан яратилган. У учта этапдан иборат: бушликдан хазм бўлиш - мембраналардаги хазм бўлиш сўрилиш.

Ичакдаги хазм бўлиш жараёнидан олдин хазм бўлиш оғиз бўшлигида ва ошкозонда содир бўлади.

Оғиз бўшлигидаги хазм бўлиш. Кабул килинган овкат оғиз бўшлигида номланади сўлак ёрдамида ва механик таъсир оркали кайта ишланади. Кимёвий кайта ишланишда: углеводларни сулак амилазаси билан гидролизи содир бўлади, бунинг натижасида крахмал декстринларга ва малтозага парчаланани.

Ошқозондаги хазм бўлиш. Ошқозонни хазм бўлишдаги ахамияти шундан иборатки, у овқатни парчаланишида ва эритишида, сулак ферментлари билан гидрализи: меъда шираси билан қайта ишланишини таъминлайди. Ошқозонда овқат парчалари ўртача 3,5-4 соат давомида туради ва унчалик катта бўлмаган қисмлар билан ичакка ўтади. Бу вақтнинг ичида ошқозон ичида оксиллар денатурасияси хлорид кислота таъсирида содир бўлади. Гидролизга тахминан 10% пептид боғлар учрайди. Бунинг натижасида оксиллар халта занжирли бўлиб қолади ва сувда осон эрийди. Ошқозон липазаси таъсирида сут ва тухум сариғи таркибидаги ўрта ва халта занжирли ёғлар қисман парчаланаяди.

Ингичка ичакдаги хазм бўлиш. Асосий гидролитик жараёнлар ингичка ичакда содир бўлади. Ичакдаги мухит нейтралга яқин бўлади. Бу нейтраллик ичакка тушаётган ўт ва панкреотик суюқликлари, натрий, калий ионларини, бикарбонат ва сувнинг актив секрецияси ва абсорбцияси ёрдамида таъминланади. Овқат таркибида оксиллар, ёғлар, углевод ва нуклеин кислоталар бўлади. Уларнинг ҳар бири учун ферментлар йигими бўлади, улар полимер макромолекулаларни мономерларгача парчалайди улар сўрилиши мумкин.

Бушликдаги хазм бўлиш. Ошқозон ости бези ишлаб чиқарадиган ферментлар ҳисобига амалга ошади. Пептидлар трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза ва эластаза билан гидролизланишади. Бу ферментларнинг кетма-кет таъсири натижасида пастиолекуляр пептидлар ва оз микдордаги аминокислоталар ҳосил бўлади. Углеводлар (крахмал ва гликоген) панкреатик амилаза таъсирида диохаридлар ва кўп микдорда бўлмаган глюкозага гидролизланади.

Бушликдаги хазм бўлиш жараёни сув мухитида содир бўлади, бу мухитда ферментлар эриган бўлади. Улар ҳар қандай полимер боғларни парчалаш хусусиятига эга.

Мембраналардаги хазм бўлиш. Бушликдаги гидролиз жараёнида ҳосил бўладиган олигомерлар энтероситларни зонасига қиради, у ерда улар

мембрана гидролизига учрайди, ҳосил бўладиган мономерлар эса плазматик мембранани юзасига чиқади ва сўрилади.

Мембраналардаги хазм бўлиш энтероситларни а пикал мембранасини ташки юзасида содир бўлади. Мембраналардаги хазм бўлишда иштирок этадиган ферментлар микроворсинкаларни юзасида жойлашган. Ферментларни актив

Марказлари сув мухитига каратилган. Ферментатив гидролизга факат майда молекулалар учрайди, олигомерлар, чунки йирик молекулалар зонасига кира олишмайди. Шунинг учун мембран хазм бўлиш ёрдамида

Гидролизни якуний боскичлари амалга оширилади. Адсорбсияланган ферментлар асосан биополимерлар гидролизини оралик боскичларини амалга оширади, ичак ферментлари асосан - оксил, углевод ва ёғларни охириги парчаланиш боскичларини амалга оширади. Гидролизнинг бошлангич боскичлари ичак ичига секрецияланадиган панкреатик ферментлар ёрдамида амалга ошади. Тугалланмаган гидролиз натижасида ҳосил бўлган моддалар ичак шиллиққаватидаги шеткасимон ораликларга бирикиб, у ерда адсорбсияланган панкреатик ва мембрана ферментлари таъсирида мономерларга гидролизланади ва сўрилади.

Сўрилиш. Сўрилиш овкат хазм бўлишининг якуний боскичи ҳисобланади, унда мураккаб биологик жараёнлар, яъни моддаларни ичакдан кон ва лимфага сўрилиши содир бўлади. Эпителиоситлар оркали нутриентлар биринчи хужайрани апикал мембранасига келиш организмни ички мухитига базал ва базолатерал мембрана оркали ўтади. Сўрилиш жараёнида трансмембран ўтказиш (актив ва пассив транспорт) эндоситоз, персорбсия катнашади. Ингичка ичакда углеводларни, аминокислоталарни, ўт кислоталарини ёғларни, витамин, натрий ва сув, кальций ва темирни сўрилиши содир бўлади.

Эндокрин система. Ингичка ичак нафакат овкат парчаларини оккумуляция жараёнлари содир бўладиган орган балки ички секреция

органи ҳам ҳисобланади. Бу вазифани арид - системасини эндокриноситлари бажаради, улар ичакни шиллик пардасини эпителиал пласти орасида сочилган бўлади. Ичак фаолиятини бошқарувчи гормонларни хусусиятлари

Секретин эпителиоситлар пролихласиясини тезлигига ингибирловчи таъсирга эга, ичакни шиллик пардасидаги инвертаза ва малтозани активлигини оширади.

Холесистокинин ичакни ҳаракатланиш фаолиятини бошқаради, ёнбош ва аччик ичакдан сув ва ионлар сўрилишини секинлаштиради.

Гастрин физиологик дозаларда сўрилишни тормозлайди. Ингичка ичакни ион, фермент, сув секрециясини бошқаради.

Ичакни кон билан таъминланишини, моторикасини бошқаради. Фармакологик дозаларда ичак эпителийсини пролиперасиясига таъсир килади.

Мотилик ингичка ичакдаги тукчаларни кискаришини бошқаради, бу билан эса ичакдаги хазм бўлишни ва сўрилишни оширади.

Гастроингибирловчи полипептид ёнбош ва аччик ичакдаги секрецияни бошқаради.

Вазоактив пептид сув ва электролитлар секрециясини бошқаради. Бу таъсир панкреатик холларда, гормонал актив усмалар бу полипептидин (хенореа) ишлаб чиқканда содир бўлади.

Энкефалинлар энкефалинергик турдаги спесифик ресепторларга таъсир килади, шундай қилиб секреция жараёнларини (бошқаради), ҳаракатланиш функциясини, шу билан бирга ичакни ҳар хил кўп сонли антигенларга нисбатан иммун жавобини бошқаради. Энкефалинларни ресепторлари организмни ҳар бир қисмида бўлади, айниқса улар бош миёда ва овқат хазм қилиш органларида кўп бўлади. Ресепторлар нерв чигалларида кўп бўлади.

Иммун система. Овқат хазм қилиш системаси организмни антигенлардан, вирус, бактерия, токсин ва дори препаратлардан иммун химояловчи органлардан бири ҳисобланади. Ингичка ичакнинг шиллик

пардасида 400 минг/мм² плазматик хужайралар ва 1 млн/см² атрофида лимфоситлар мавжуд. Бу кучли лейкоцитар кават эпителиал кават билан энтерал ва

Гуморал мухитларни ажратиб туради. Ингичка ичакнинг хужайралари кўпгина иммуноглобулинлар ишлаб чикаради, унга ичак шиллик каватига адсорбцияланишади. Гиоламикс атрофида кўшимча химоя каватини барпо килади. Секретор иммуноглобулинлар ишлаб чиқарган махсулотлар шиллик каватнинг маҳаллий иммунитетини таъминловчи асосий воситалар хисобланади. Секретор иммуноглобулинни асосий функциялари шундан иборатки, улар шиллик кават оркали кирувчи ҳар хил антигенлардан химоя килади, эпителий колонизациясини бактерия ва вируслар билан ингибируют килади ва бушлик протеолизидан химоя килади.

Моторика. Овқат хазм қилиш системасини мотор фаолияти асосида силлик мускуллар хужайраларини қисқариши ва таъсирга қисқариш билан жавоб бериши ётади. Силлик мускулларни спонтан активлиги уларни мембрана хужайраларини пермодик деполяризацияси билан тушунтирилади циклик жараён кўринишида. Циклик ион силжишлар ва мембран потенциалининг

даражасини ўзгариши мускуллар қисқаришга олиб келади. Суст тулқинлар базал электрик ритми деб ҳам аталади. Перисталтик қисқаришларни частотаси, тезлиги ва ёъналиши суст электрик тулқин билан аникланади. Перисталтик қисқариш суст тулқиндан кичик келади, лекин унинг пайдо бўлиш сабаби бўлиб потенсиал таъсир хисобланади. Суст тулқин силлик мускулларни қисқариш фаолиятида интегртив ёки синхронлашган вазифани бажаради. Харакатланиш компонентлари 90-минутли цикллarda 20-30 мин давом этадиган қисқариш даврларидан таркиб топган. Тинчлик нисбатини давомийлик даври 60-70 мин.ни ташкил килади. Қисқариши ва тинч даврларни умумлашуви қайталанувчи сиклларни ҳосил килади - периодик фаолиятни ритми.

Силлик мускулларни кискариш жараёнларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин: сегментловчи ритмик ва перисталтик кискаришлар.

Сегментловчи ритмик кискаришлар. Улар айланма мускул каватини кискариши ҳисобига содир бўлади, бунинг натижасида ичак навбат билан лата бўлмаган сегментларга бўлинади. Бунинг натижасида ичак ичидаги массани аралашуви ва гомогенизасияси содир бўлади. Хар бир кискариш, химусни моятниксимон ҳаракатлантириб, уни ичак бўйлаб силжитади.

Перисталтик кискаришлар. Перисталтик тулкинлар ингичка ичакнинг хар бир қисмида содир бўлиши мумкин.

Улар ичак таркибидаги массани дистал йуналишда силжитади. Бундан ташқари, бу перисталтика тури буйдама мускул толаларини ритмик кискариши тарзида ҳам намоён бўлади, улар айланма мускул каватини кискариши билан бирикади ва моятниксимон ҳаракатни ҳосил қилишади. Кискарувчи тулкинлар биринчи дистал сўнг проксимал ёъналишда пайдо бўлади.

Бундай кискаришлар туфайли ичак ичидаги масса биринчи бир тарафга, кейин бошка томонга силжийди, бунинг натижасида бу масса хар сафар шиллик парданинг янги қисмларига тегиб ўтади. Бу ритмик моятниксимон ҳаракатларнинг частотаси 1 мин. 10-12 мартани ташқил қилади. Бу кискаришлар оддий, монофаз, амплитудаси 8 дан 40 мм сим.уст. Ва давомийлиги 12-60 с. Бўлган формада регистрацияланади. Улар учун ҳос бўлган босим 60-80 мм сим.уст ва кискариш давомийлиги 15-20 с ни ташқил қилади.

Пропулсив ҳаракатлар перисталтик тулкинларни келтириб чиқаради, улар химусни ичак бўйлаб силжитади. Бу ҳаракатлар ичак конунига асосланади. Бу конун в.м.боулисс ва э.х.старлинг (1899, 1901) томонидан аниқланган локал ичак реакциясида (ички интенционал рефлекс) у шиллик мускуллар билан чегараланган. Перисталтик рефлекс изоляцияланган ичак сегментида содир бўлади ва денирвасияланган ичак (сегментида) ковузлогиди қолади.

Ичакдаги асосий (базис) босим мускул деворини тонуси а корин девори босими билан аникланади. Одамда у 8-9 см сув.уст. Ташкил килади. Деворларни кискариши ичак ичидаги босимни тебранишига олиб келади.

Базис ритми. Базис кискаришлар, очикдаги периадик фаолиятга хос бўлади, уларни 3 та асосий гуруҳга бўлиш мумкин (ритмга нисбатан): секундлик, минутлик ва 1 соатлик.

Шу нарса аникландики, уларнинг орасида перорхик муносабатлар мавжуд. Секундлик ритм ўзининг катта стабиллиги ва

Доимийлиги билан ажралиб туради ва ингичка ичакнинг ҳамма қисмларида очлик фаолияти активлашган даврда кузатилади. Минутлик ритм факат аччик ичакнинг проксимал қисмида кўзатилади, соатлик бутун овкат хазм қилиш системаси учун хос у мотор функциясини доимийлигини таъминлайди, тинчлик ва активлик фазаларини алмашиши билан кузатилади.

Хазм бўлиш жараёнидаги фаолият. Хазм бўлиш жараёнидаги ингичка ичакнинг моторлик фаолияти овкатнинг хусусиятларига боглик. Нон ва гўшт ейилгандан сўнг кучли кискаришлар пайдо бўлади, тонус ошади, бу жараён аччик ичакда 1-2 соат давом этади. Кейинги фазадан бошлаб моторли тулкинсимон сусайиши давом этади. Хазм бўлиш жараёни тугагунча. Ёгли овкат қилгандан кейин 2-3 соат давомида кўп фазали моторика содир бўлади.

Юқори амплитуда ва тонусли кискаришлар 3-8 мин утгандан сўнг 4-7 мин давом этадиган тормозланиш билан алмашинади.

Кейинчалик мотор активлигини қайта тикланиш содир бўлади, бушлик давлениясини амплитуда тебранишлари 1,4 мартага ошади. Кичик тинчлик даври келади: бушлик босимини параметри пасаяди. Актив хазм бўлиш тугаши билан 30-50 минут давом этадиган давр бошланади, у ката бўлмаган амплитудага эга бўлган кискаришлар билан характерланади.

Ворсинкалар ва шиллик каватнинг харакатчанлиги, ворсинкалар харакатчанлиги тебранувчи харакатлар д-кискаришлардан хосил бўлади. Ворсинка харакатчанлиги воликинин таъсирида содир бўлади. Традикинин,

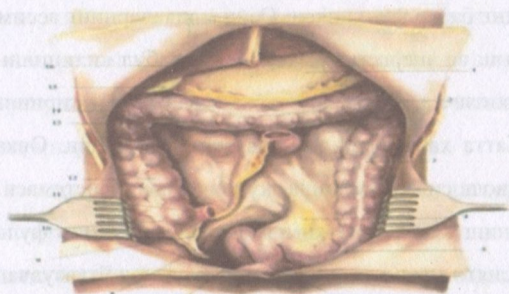
Каллидин ва элеоидин каби полипептидлар кискариш частотасини камайтиради.

Ингичка ичакнинг барер функцияси. Озик моддаларнинг ассимиляциясига жараёни нафакат пластик ва энергетик материаллар қабул қилиниши билан, яна организм ички мухитига антиген ва токсик моддаларни кириши билан ҳам хавфли бўлади. Катта хавфни ёт оксиллар ҳам кўрсатади. Овқат хазм қилиш системасида эволюциясига жараёнида кучли химоя системаси пайдо бўлган. Ингичка ичакнинг барер ёки химоя функцияси унинг фуликтатив активлиги иммун хусусияти макро ва микро структуралари ўтказувчанлигига боғлиқ бўлади. Ингичка ичакнинг нормал борер функцияси овқат хазм қилиш системасидан оксил молекулаларини утишини чегароловчи мухит фолтал хисобланади. Бу вазифа амалга оширилади: 1) оксил антигенларини сўрилишини чегароловчи, химоя борер системаси орқали 2) организм ички мухитига ўтувчи йуллар орқали 3) оксилларни

Хар-хил иммунокомпотент органлари билан таъсирланиш 4) организмни иммун жавоби орқали. Патоген микроорганизмларни оксилли токсинларни елган барерларини утиш хусусиятига эга. Нормада ингичка ва йугон ичакнинг борери микроорганизмлар учун ўтиб бўлмас хисобланади. Лекин ёмон овқатланиш натижасида, совук ўтиб кетганда, чиак ишемиясида, шиллик кавати жарохатланиши натижасида, узок тўлик парентерал ва элементлар энтерал овқатланиш натижасида кўпгина бактериялар ичак бореридан ўта олади ва жигар, талок, лимфа тугунларига ўтади. Ичак борерининг бўзилиши оксидан факторлар таъсирида, ичакнинг механик ишемиясида ва микросиркуляцияни бузилишида, томирлар спазмида, пайдо бўлади.

Йугон ичак (intestinum crassum) ингичка ичакнинг бевосита давоми бўлиб, орқа чиқарув тешиги билан тугайди. Йугон ичак қорин ва чанок бўшлиғида жойлашиб узунлиги 1-1,5 м, кенлиги 5-8 см, охириги қисмида 4 см га яқин. Йугон ичакда қуйидаги қисмлар: кўричак чувалчангсимон ўсимта билан, кўтарилувчи, қўндаланг, тушувчи

Чамбар ичак, сигмасимон ичак ва тўғри ичак тафовут қилинади.



Расм 5. Ёғгон ичак умумий кўриниши. 1 — *ventrisulus*; 2 — *flexura coli sinistra*; 3 — *solon descendens*; 4 — *mesosolon sigmoideum*; 5 — *solon sigmoideum*; 6 — *vesica urinaria*; 7 — *restum*; 8 — *appendix vermiformis*; 9 — *mesenteriolum appendicis vermiformis*; 10 — *saesum*; 11 — *ileum (otsechena)*; 12 — *solon ascendens*; 13 — *solon transversum*; 14 — *flexura coli dextra*; 15 — *vesica fellea*; 16 — *hepar*.

Ёғгон ичак тузилиши жиҳатидан ингичка ичакдан бир нечта белгилари билан фарқ қилади.

1. Ёғгон ичакнинг бўйлама мушак қавати ташқи юзасида кенглиги 1 см бўлган учта: эркин тасма, тутқич тасмаси, чарви тасмасини ҳосил қилади.

2. Ёғгон ичакнинг ташқи юзаси текис бўлмай, мушак тасмалари ўртасида ташқарига бўртиб чиққан пуфаксимон кенгаймалари бор. Улар мушак тасмалари ва ичак қисмлари узунлигининг мос келмаслигидан ҳосил бўлади.

3. Ёғгон ичакнинг ташқи юзасида эркин ва чарви тасмалари бўйлаб узунлиги 4-5 см бўлган ёғ ўсимта лари бор.

4. Ёғгон ичакнинг кенглиги ингичка ичакка караганда икки мартагача катта.

Ёғгон ичак девори қаватларининг тузилиши ҳам ўзига хос бўлади:

1. шиллик қават яхши ривожланган, ворсинкалари бўлмайди. Унда яримойсимон бурмалар бўлиб, улар уч қатор мушак тасмалари ўртасида, гаустралар оралиғида жойлашади. Шунингдек яққа ҳолдаги фоликуллар ва

Йугон ичак безлари бор.

2. шиллик ости кават яхши ривожланган бўлиб, шиллик пардада бурмалар хосил бўлишда ахамияти катта.

3. мушак кават икки каватдан иборат. Бўйлама кават учта лентга шаклида жойлашган. Айланма кават яримойсимон бурмалар остида бироз калинлашади.

4. сероз ости тана йугон ичакнинг корин парда билан ўралган кисмида учрайди.

5. сероз кават унинг ҳамма кисмини бир хил ўрамайди.

Янги туғилган чакалок йугон ичаги узунлиги ўрта ҳисобда 63 см. Унинг мушак ленталари кам тараккий этган, кабариклиги ва ёғ ўсимта лари йук. Йугон ичакнинг пуфаксимон кенгаймалари бола 6 ойлик бўлганида, ёғ ўсимта лари эса икки ёшда пайдо бўлади. Йугон ичакнинг узунлиги 1 ёшда 83 см, 10 ёшда 118 см га етади. 6-7 ёшларда йугон ичакнинг мушак тасмалари, пуфаксимн кенгаймалари ва ёғ ўсимта лари тўлик шаклланиб бўлади. Кўричак (*saesum*) йугон ичакнинг бошлангич кенгайган кисми бўлиб, ўнг ёнбош чуқурчасида жойлашган. У ёнбош ичакнинг йугон ичакка тушиш жойидан пастда бўлиб узунлиги 6-8 см, кенглиги 7-7,5 см. Коринпарда билан ҳар томондан ўралган. Кўричак нинг орка медиал юзасида мушак тасмалари ўзаро бириккан жойдан чувалчангсимон ўсимта (*appendix vermiformis*) бошланади. Унинг узунлиги 2-20 см кенглиги 0,5-1,0 см. У коринпарда билан ҳамма томондан ўралиб туткич хосил қилади. Бу ўсимта нинг жойлашиши турлича: юкори, паст, кўричак нинг оркасида бўлиши мумкин. Унинг шиллик пардасида жуда кўп гуруҳ шаклидаги лимфоид тугунлар жойлашган. Ёнбош ичакни кўр ичакка ўтиш жойида яхши тараккий этган бурма шаклидаги илеосекал копкок бор. У воронка шаклида, тор кисми кўр ичак бўшлиғига карагани учун овкат массасини бир томонга караб ўтказди. Илеосекал копкокдан бироз пастроқда кўр ичакнинг ички юзасида чувалчангсимон ўсимта тешиги жойлашган. Янги туғилган чакалок кўричаги киска ва кенг бўлиб, конуссимон шаклга эга. Унинг узунлиги 1,5

См, кенглиги 1,7 см. 7 ёшда унинг шакли катталарникига ўхшаб қолади. Янги туғилган чакалоқда кўр ичак ёнбош суяги канотидан юкорирок

жойлашган бўлиб, 14 ёшда у ўнг ёнбош чуқурчасига тушади. Янги туғилган чакалоқда чувалчангсимон ўсимга узунлиги 2-8см.

Кўтарилувчи чамбар ичак (*colon ascendens*) кўричак нинг юкори томонга давоми бўлиб, корин бўшлиғининг ўнг ён томонида ётади. Унинг узунлиги 15-20 см. Жигарнинг виссерал юзасига борганида ўнг чамбар ичак бурилиш бурчагини хосил килиб, кўндаланг чамбар ичакка ўтиб кетади. Коринпарда билан олд ва икки ён томонидан ўралган. Янги туғилган чакалоқда у яхши тараккий этмаган, узунлиги 7 см. Эмизикли даврда у ўзига хос букилмалар хосил килади. Эмизикли даврда кўтарилувчи чамбар ичак тез ўсиб узунлиги 9,6 см, 10 ёшда эса 13 см. Балоғат ёшида тузилиши катталарниқига ўхшайди.

Кўндаланг чамбар ичак (*colon transversum*) ўнг чамбар ичак бурилиш бурчагидан бошланиб кўндаланг жойлашади. Унинг узунлиги 30-83 см (ўртача 50 см) бўлиб, чап чамбар ичак бўрилиш бурчагини хосил килиб пастга тушувчи чамбар ичакка ўтиб кетади. Кўндаланг чамбар ичакнинг узунлиги унинг бошланиш ва охириг нукталари, оралиғидан узун бўлгани учун одатда у пастга караган равок шаклида жойлашади. Кўндаланг чамбар

Ичак коринпарда билан хар томондан ўралган бўлиб, ичактуткич хосил килади. Бола хаётининг биринчи йилида кўндаланг чамбар ичакнинг узунлиги 26-28 см бўлса, 10 ёшда 35 см. Янги туғилган чакалоқ ва эмизикли

Болаларда кўндаланг чамбар ичак туткичи киска бўлгани учун у кам харакатли. Ичак туткич узайган сари кўндаланг чамбар ичак харакати эркин бўлади ва бўйига ўсади.

Пастга тушувчи чамбар ичак (*colon descendens*) чап чамбар ичак бурилиш бурчагидан бошланиб пастга томон чап ёнбош чуқурчасига тушиб с-симон ичакка ўтиб кетади. У корин бўшлиғининг чап ён томонида ётади. Пастга тушувчи чамбар ичакнинг узунлиги 10-15 см. Уни коринпарда уч томондан ўраган. Янги туғилган чакалоқда пастга тушувчи чамбар ичак узунлиги 5 см. Бола хаётининг биринчи йилида унинг узунлиги икки барабар ўсиб 10 см га етса, 5 ёшда 13 см, 10 ёшда эса 16 см бўлади. Унинг ўсиши билан бирга йугон ичакнинг талок букилмаси пайдо бўлади.

С-симон ичак (colon sigmoideum) чап ёнбош чуқурчасида ётади. У юкорида ёнбош суяги кирраси сохасидан бошланиб, думгаза-ёнбош бўғими сохасида тўғри ичакка ўтиб кетади. Сигмасимон ичакнинг узунлиги 15-67 см бўлиб, одатда иккита ковузлок хосил қилиб жойлашади. У коринпарда билан хар томондан ўралган, ичактуткичи бор бўлгани учун харакатчан. Янги туғилган чакалоқда сигмасимон ичакнинг ичак туткичи узун бўлгани учун корин бўшлиғининг юкори қисмида жойлашади. Янги туғилган чакалоқда унинг узунлиги 20 см бўлса, 5 ёшда 30 см, 10 ёшда эса 38 см бўлади. Тўғри ичак (рестум) хазм каналининг охириги қисми бўлиб, кичик чанок бўшлиғида жойлашади. Унинг узунлиги катта одамда ўртача 15 см, кенглиги 2,5-7,5 см. Тўғри ичакнинг орқасида думгаза ва дум суяклари турса, олд томонида эркақларда ковок, протата беzi, уруғ пуфакчалари ва уруғ олиб кетувчи най ампуласи, аёлларда эса бачадон ва кин жойлашади. Тўғри ичак одатда тўғри турмай сагиттал сатҳда иккита буқилма: думгаза суяги ботиклигига мос думгаза буқилмаси ва оралиқда олдинга йуналган оралик буқилмаси хосил қилади. Тўғри ичакнинг юкори қисми кенгайиб ампула қисмини хосил қилса,

Пастки торайган қисми орқа чиқарув каналини хосил қилади. Бу канал пастда ташки тешиқ (анус) бўлиб тугайди. Тўғри ичакнинг бўйлама мушак толалари уни деворини тўлиқ ўраб, пастда орқа тешиқни кўтарувчи мушак

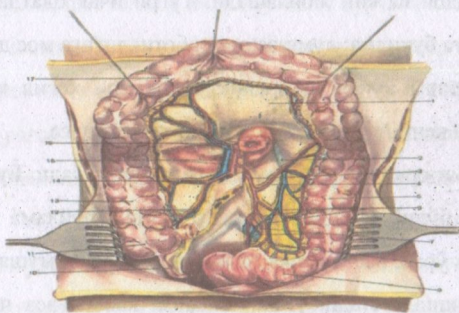
Толалари билан чатишиб кетади. Ички айланма кавати эса чиқарув канали сохасида ташки тешиқнинг ички (ихтиёрдан ташқари) қисувчи мушагини (m. Sphincter ani internus) хосил қилади. Ташки тешиқни ташки (ихтиёрий) қисувчи мушаги бевосита тери остида жойлашиб, чанок диафрагмаси мушаклари таркибига қиради. Тўғри ичакнинг шиллик пардасида ичак безлари, яққа холдаги фоликуллалар, кўндаланг ва бўйлама бурмалар бор. Тўғри ичакнинг ампула қисми шиллик пардасида 2-3 та тўғри ичакнинг кўндаланг бурмалари бор. Орқа чиқарув каналида эса 6-10 та бўйлама бурмалари бўлиб, уларнинг ўрталарида орқа тешиқ синуслар бор. Тўғри ичак қисмлари коринпарда билан турлича ўралади. Унинг юкори қисми интраперитонеал, ўрта қисми мезоперитонеал ва пастки қисми

экстраперитонеал ўралади. Янги туғилган чакалок тўғри ичаги цилиндр шаклида бўлиб, узунлиги 5-6 см. Унинг ампула қисми ажралмаган ва букилмалари йук. Биринчи болалик даврида ампула қисми, 8 ёшдан сўнг эса букилмалари пайдо бўлади. Бу даврда орка тешик синуслари ва устунлари яхши такомиллашади. Балоғат даврида тўғри ичак узунлиги 15-18 см, кенглиги 3,2-5,4 см бўлади.

Кон таъминоти. Йўгон ичак кон таъминланиши бир неча артериялар орқали амалга оширилади. Йўгон ичак унг ярми юқори ичак

Тутқич атрерияси а. Mesenterisa superior орқали, чап ярми пастки ичак тутқич артерияси а. Mesenterisa inferior орқали амалга оширилади. Йўгон ичак охириги қисмини-тўғри ичак пастки ичак тутқич, ички енбош ва ички уятли

Артериялар орқали кон балан таъминланади.



Расм 6. Йўгон ичак кон таъминоти. 1 — mesosolon transversum; 2 — v. Mesenterisa inferior; 3 — a. Mesenterisa inferior; 4 — a. Solisa sinistra; 5 — solon dessendens; 6 — aa. Et vv. Sigmoideae; 7 — a. Et v. Iliasa sommunis; 8 — a. Et v. Restalis superior; 9 — solon sigmoideum; 10 — appendix vermiformis; 11 — saesum; 12 — a. Et v. Ileosolisa; 13 — solon ascendens; 14 — a. Et v. Solisa dextra; 15 — a. Et v. Mesenterisa superior; 16 — a. Et v. Solisa media; 17 — solon transversum.



Рис. 7. Кундаланг чамбар ичакни кон билан таъминланиш вариантлари. 1 — *solon transversum*; 2 — *a. Solisa media*; 3 — *a. Mesenterisa superior*; 4 — *solon dessendens*; 5 — *a. Solisa sinistra*; 6 — *a. Mesenterisa inferior*; 7 — *a. Pleosolisa*; 8 — *solon assendens*; 9 — *a. Solisa dextra*.

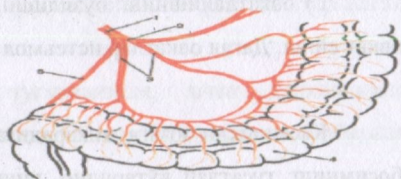
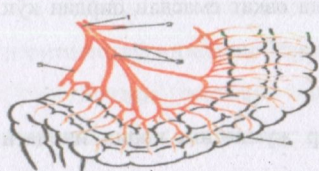


Рис. 8. Сигмасимон ичак кон таъминоти вариантлари. 1 — *a. Mesenterisa inferior*; 2 — *a. Solisa sinistra*; 3 — *aa. Sigmoideae*; 4 — *solon sigmoideum*; 5 — *a. Restalis superior*.

Ўткир ичак тутилишининг этиологиясида икки хил омил: шу касалликка мойиллик турдирадиган ва уни юзага чиқарадиган омиллар фарк қилинади.

Мойиллик турдирадиган омиллар жумласига корин бўшлигининг ривожланиш нуксонлари (турма етишмовчиликлари) ва турмушда орттирилган камчиликлари ёки аномалиялари киради:

А) куричак билан ёнбош ичак туткичининг битта, умумий бўлиши; долихосигма (сигмасимон ичакнинг узун бўлиши); корин бўшлигида хар хил халкумлар бўлиши.

Б) бўлиб утган яллиғланиш жараёнлари ёки шикастлар натижасида ичак ковузлокларининг бир-бирига ёпишиб, битишиб колгани, чандик тортмалари; ўсмалар; ёт жисмлар, ут ва ахлат тошлари борлиги.

В) ичак деворидан чиккан ўсмалар, чандиклар, гематомалар ёки кўшни аъзолардаги ўсмалар, боғламларнинг узунлиги сабабли аъзоларнинг хаддан ташкари харакатчанлиги, кур ичакнинг ўз туткичи бўлганлиги сабабли кўзгатувчанлиги.

Г) овкатланишнинг бўзилиши, ўз вактида овкат емасдан бирдан кўп овкат ейиш. Дагал овкатлар истеъмол килиш.

Касалликни юзага чикарадиган омиллар жумласига корин ичидаги босимнинг тусатдан кўтарилиб, унинг натижасида ичак ковузлокларининг жойидан сўрилиши (тугун бўлиб колиши, инвагинацияланиши ва хоказо) киради.

Шундай килиб, ичак тутилишининг хамма хиллари куйдагиларга бўлинади:

1) келиб чикишига кура, туғма ва турмушда орттирилган хиллари (турма ичак тутилишига ривожланиш нуксонлари - ингичка ва йугон ичак битуви, орка тешик битуви, яъни атрезияси киради);

2) авж олиб бориш механизмига кўра; механик ичак тутилиши - динамик ичак тутилиши.

Ичак тутилишининг механик хили обтурацион (ичак туткич томирлари босилиб колмаган), странгуляцион (ичак туткич томирлари

босилиб-кисилиб колган) ва аралаш тарзда (обтурация билан странгуляциянинг бирга кўшилиши-инвагинация тарзда) бўлиши мумкин.

Динамик ичак тутилиши ичак харакати функцияси бузилиб, унинг фалажланиб қолиши натижасида юзага келади (спастик ва паралитик ичак тутилиши).

3) тутилиб колган жой сатхига кўра - юкори (ингичка ичак) ва пастки (йугон ичак) ичак тутилиши бўлади.

4) клиник утишига кўра - ўткир ва сурункали, чала ва тўла ичак тутилиши бўлиши мумкин.

Олиб келувчи сабаблар: ичакнинг буралиб қолиши- ичак ўз ўқи атрофида 180 с буралса кон айланишининг бўзилиши хам миқдорда бўлади. Лекин ичак ўз ўқи атрофида 360 с буралса ичак деворида патологик узгаришлар тез вақт

Ичида ва шиддатли равишда ривожланиб некроз ва таркалган перитонит кўринишини беради.

Бундан ташқари ичакнинг тугунланиши, ичак халқисининг битишмаларига кисилиши, чурра дарвозасида ичакнинг кисилиши оқибатида странгуляция ичак тутилиш келиб чиқади.

Бундан ташқари корин (бўлинмаларидаги) бўшлигидаги операциядан сўнг патологик жараён оқибатида кўшни аъзоларини яллиғланиши сабабли хосил бўлган фибрин ишлар ёрдамида ёпишиб, битишма касаллигига олиб келиши

Мумкин.

Механик ичак тутилишига олиб келувчи сабаблардан яна бири ичак-инвагинациясидир. Унинг механизм-ичакнинг бир бўлими иккинчи бўлимининг ичкарасига кириши-қул қопни ечганда, бармоқларнинг ичкари томонига букланиб, қайтарилиб қоладиган холатни эслатади. Бу ерда ичак цилиндрлари пайдо бўлади ва унга найчадан ташқил топган. Бундан ташқари 5-7 каватли инвагинация хам бўлиши мумкин. Ингичка ичакка кириб, сўнг қур ичакка кирса мураккаб инвагинация, ичак перисталтика йуналиши бўйлаб

кирса - пастга кетувчи инвагинация, ичак перисталтика йуналишига карши кирса ретроград инвагинация дейилади.

Динамик ичак тугилиши-ичакдаги нерв толаларининг органик ёки функционал шикастланиш натижасида ичак мушак пардасининг тонуси бузилади.

Бу икки хил бўлади:

А) спастик илеус келиб чикишида куйидагилар мухим рол уйнайди: ичакнинг ўт тошлари билан таъсирланиши, корин деворининг лат ейиши, корин бўшлигидаги гематомалар, марказий нерв системасининг органик ва функционал бузилиши (кризлар, мия инсулти, функционал неврозлар), ичак кон томирлари ишемияси.

Б) паралитик илеус- энг кўп учраганлиги сабабли-перитонит. Корин парданинг лат ейиши, кон, сийдик, панкреас шираси ёки утнинг тушиши ичакнинг парез, кейин паралитик холатига олиб келади. Бундан ташкари деворлари чўзилиб, унинг деворларидаги вена капиллярларида стаз, цианоз, ичак шиши пайдо бўлиб, капиллярлар деворининг ўтказувчанлиги кучайиб, энг сўнгида корин бўшлигида экссудат тўпланади. Паралитик ичак тугилишининг клиник кўриниши бор ўтиб, гемодинамик ва модда алмашинувининг чукур бузилишлари кузатилади.

Беморнинг ёши. Бирдан ичак тугилиши хамма ёшдаги одамларда курилаверади, лекин 30 ёшдан 60 ёшгача бўлган одамларда кўпрок учрайди. Болалик чорида ичакнинг ривожланиш нуксонлари туфайли бошланган ичак

Инвагинациялари ва тугилиш холлари кўпрок учраб туради. Ичак буралиши асосан ёши 40 дан ошган ва кекса одамларда кўрилади.

Битишма туфайли ичак тугилиб колиши асосан ёш ва навкирон одамларда учрайди (к. С. Симонян, 1966).

Таркалиши. Бирдан ичак тугилиши ер юзидаги хамма халклар орасида кўрилади. Чунончи, ичак буралиши ва тугун бўлиб колиши шаркий европа ва болкон мамлакатларида (асосан овкатланиш усимлик махсулотларидан иборат бўлади) кузатилса, гарбий европа билан шимолий америкада ичак

инвагинацияси кўпрок ва ичак буралиши камрок учрайди (бу ерларда гўштли овкат кўпрок ейилади).

Бирдан ичак тутилиши касаллигининг учраши хар 100 минг киши ахоли хисобидан олганда 4 тадан то 20 тагача боради.

С. А. Масумов (1961) маълумотларига караганда жумхуриятимизда жаррохлик касалликлари билан оғриган беморларнинг 20 фоизи ўткир жаррохлик касалликлари билан касалхонага келган беморларнинг 11,6-12,1 фоизиди ичак тутилиши ходисаси бўлади. Лекин шошилич тарзда операция керак бўлган беморлар орасида бу касаллик сўнгги йилларда, хар холда

Камрок учрамоқда.

Патогенези. Ичак тутилишлари патогенезини тушунтиришда бир канча назариялар мавжуд:

А) кон айланишининг бузилиши назарияси-ичакнинг тутилган кисмида, айникса ичак туткич кон томирлари билан бирга кисилган бўлса, кисилиш натижасида артериялардан кон келиши ва вена кон томирларидан коннинг кайтиб кетиши сусаяди. Ичак деворида, шиллик пардада гипоксия бўлиб, дегенератив ўзгаришлар чакиради. Ичакнинг кисилган жойида ва келадиган кисмида ичак халкаларида газ тўпланиб, дуппайиб, олдин парез, кейин параличга олиб келади.

Б) аутоинтоксикацион назария- 1838 йил амюсса тўғри ичак ўсмаси билан касалланган беморнинг охирги даврини кузатиб, ичакка тўпланиб колган моддаларнинг сўрилиши натижасида организм ўзини-ўзи захарлайди деган фикрни айтган.

В) овкат хазм қилиш йулларидаги шира алмашинувининг бузилиши назарияси.

Хар куни сулак безлари, ошқозон ва 12 бармокли ичак. Ичаклар уртача 8000-8500 мл шира ферментларини ишлаб, ошқозон - ичак трактига чиқаради, шулардан 7900-8400 мл мода алмашинувида катнашади, колган 100 мл чамаси нафас билан ташқарига чиқарилади. Н.п. Самарин, в.п. Петровларнинг фикрича, ўткир ичак тутилишида организмга зарур шира-

ферментлар қусиш билан ташқарига чиқариб ташланиб, мода алмашинувининг ҳамма турлари

Бузилиб, тўла парчаланган оралик махсуслотлар пайдо бўлиб, организмни захарлайди.

Г) асаб рефлектор назаяси. Бортуа ва браунларнинг фикрича, ичак тутилиши билан шу жойда тинимсиз патологик импульс оқими вегатив асаб тизимига ва сероброспинал марказларига кетади. Бунинг оқибатида ичак харакати, кон томирларининг харакати бузилиб, паралич бўлиб колганлиги туфайли сўнгра умумий кон айланишига ўтади. Ичакнинг тутилган жойидан

Марказга кетаётган импульслар гемодинамикани бутунлай бўзиб, мия марказларининг кашшоқланишига олиб келади. Ичакнинг тутилиши сатхи канча юқорида, яъни кизилунгач ва ошқозонга яқин бўлса, клиник кўриниши шунча оғир ўтади. Бунинг сабаби патологик афферент импульслар тизимига адашган нерв толалари кўшилиб рефлектор холатда гемодинамика ва нафас олиш тизимларини бўзиб, нормал холатда ишлайди.

Хозрги вақтда энг етакловчи карашлардан бири-шоҳ холатининг пайдо бўлишидир. Бунда ичак тутилиши жойида ва унинг олиб келувчи қисми дуппайиб, ичида суюклик пайдо бўлади. Бу суюкликнинг таркибида ҳам ширалари, сасиб чириб бошлаган овкатнинг бутқасимон қисми, трансудат бўлади. Бу суюкликка микроблар, экзотоксинлар, эндотоксинлар кўшилиб, лимфа томирлар томонидан сўрилиб, кўкрак лимфа йулига кўшилиб буйин веналари учбурчагида умумий кон айланиш тизимга кўшилади. Нормал холатда хазм аъзоларидан чиккан вена кон томирлари портал венага куйилиб, жигар хужайраларида зарарсизлантириб, сўнг умумий кон айланиши тизимига тушади. Ичак тутилишида эса зарарли моддаси бўлган кон жигарнинг умумий артериясига келиб, жигар хужайраларининг барча функцияларини бузилишига олиб келади.

Бундан ташқари, кўп ва узок муддат қусиш дуоденум ичидаги босимнинг ошиб, панкреас ширасининг окмасдан тургун бўлиб қолишига

олиб келади. Бу ўз навбатида интерсициал панкреатитни чакириб, конда амилаза микдори

Кўпаяди. Бундан сўнг панкреас ферментлари дуоденум деворларидан бемалол корин бўшлигига тушиб, конга сўрилади. Бу эса юрак ишини бузиб, токсик миокардит чакиради. Бундан ташқари, буйрак ости безида кон айланиши бузилиб, хромафин моддаси камайиб, буб иш фаолиятини пасайтиради. Мия ва пустлок кинларида диффуз некробиотик ўзгаришлар содир бўлади.

Шу сабабли ҳам, яъни шок ҳолати, буб иш фаолиятнинг бузилиши, организмнинг умумий зарарланиши сабабли беморнинг кон босими паст бўлиб, ахволи соат сайин оғирлашиб боради. Ичак тугилишида организмда биохимик ўзгаришлар келиб чиқади, оксил камаяди. Сув-туз алмашинуви бўзилиб, конда хлоридлар, калий ва натрий элементларининг камайиши дегидратация кузатилади.

Ўткир ичак тугилиши классификацияси

Ичак тугилишининг биринчи-таснифини 1899 йилда вал берган ва у ичак утилишларини 2 гуруҳга бўлган:

1. Странгуляцияон ичак тугилиши
2. Обтурацион ичак тугилиши

Ундан кейин 1906 йилда вилямс э.вал таснифига кўшимча киритди. Бундан ташқари в.а.опшел, а.б.чухриенко, а.с.соловев ва бошқалар таклиф қилган таснифлар ҳам мавжуд.

Хамма ичак тугилишлари куйидаги асосий гуруҳларга бўлинади:

1. Келиб чиқишга кура:

- А) тўғри ичак тугилиши-ингичка, йўгон ичак ва орка тешик атрезияси;
- Б) орттирилган

2. Келиб чиқиш механизмига кура:

1. Механик тутилиши;

1. Обтурацион тутилиш;

А) ичак девори билан боғлиқ бўлмаган обтурация;

Б) ичак деворидан келиб чиққан обтурация

В) ичак девори ташқарисидан обтурация

2. Странгуляцион тутилиш:

А) буралишлар

Б) ичакнинг тугун ҳосил қилиши

3. Аралаш ичак тутилиши:

А) инвагинация

Б) битишма сабабли ичак тутилиши

В) ичак чурраларнинг қисилиши

2. Динамик тутилиши:

1. Паралитик ичак тутилиши

2. Спастик ичак тутилиши

3. Ичак тутилишининг сатҳига қараб:

А) юкори (ингичка) ичак тутилиши

Б) пастки (йўгон) ичак тутилиши

4. Клиник кечилишига қараб:

А) қисман ёки тўлиқ

Б) ўткир ва сурункали

Ўткир ичак тутилиши касаллигининг ҳамма хилларини а. Г. Соловев (1948) иккита асосий гуруҳга бўлади:

Динамик ва механик ичак тутилиши; механик ичак тутилиши эса, ўз навбатида, обтурацион, странгуляцион ва битишма туфайли бошланган ичак тутилишига бўлинади.

А. В. Норенберг-чарквиани (1969) ўз классификациясида ичак тутилишининг а. Г. Соловев классификациясидаги битишма туфайли пайдо бўладиган хили ўрнига бу касалликнинг аралаш (хам обтурация, хам странгуляция аломатлари бўладиган) хилларини қўяди. Ичак инвагинацияси, туғма ривожланиш нуксонлари туфайли бошланган ичак тутилишини, корин ичида кисилиб қолган чурраларни хам бу олим шу тоифага киритади.

Шундай қилиб, а. Г. Норенберг-чарквиани классификациясининг умумий ҳолдаги кўриниши мана бундай:

I. Механик ичак тутилиши:

II. Обтурацион ичак тутилиши (ичак туткич иштирокисиз ўтадиган хили):

1. Ичак ичида унинг девори билан боғланмай турган тўсик (обтурация). Бундай ҳолатга:

А) ўт тошлари;

Б) ахлат тошлари;

В) ёғ жисмлар;

Г) гижжалар сабаб бўлиши мумкин.

2. Ичак деворидан чиқиб, унинг йулини ичкаридан беркитиб қуйган тўсик (обтурация):

А) ўсмалар;

Б) чандикли стенозлар.

3. Ичакдан ташқаридаги тўсик (обтурация): ўсмалар, кисталар билан ичакнинг босилиб қолиши.

4. Ўн икки бармоқ ичак обтурацияси:

А) артериомезентериал ичак тутилиши;

Б) гематома билан босилиб қолиши.

5. Тўғри ичак обтурацияси: ахлат йиғилиб қотиб қолиши (колостаз).

II. Странгуляцион ичак тутилиши (ичак туткич иштироки билан бошланадиган хили):

1. Меъда-ичак буралиши:

А) меъда буралиши;

Б) ингичка ичак буралиши;

В) қуричак буралиши;

Г) қундаланг-чамбар ичак буралиши;

Д) сигмасимон ичак буралиши.

2. Ичакда тугун ҳосил бўлиши.

3. Йўгон ичак чарвисининг буралиши.

4. Катта чарвининг буралиши.

III. Аралаш хиллари:

1. Ривожланиш нуксонлари туфайли бирдан ичак тутилиб қолиши (катта ёшли одамларда):

А) малротация;

Б) меққел дивертикули катнашувида;

В) дубликация.

2. Инвагинация.

3. Битишмалар туфайли ичак тутилиши.

4. Чурранинг ичкарида қисилиб қолиши.

Б. Динамик ичак тутилиши:

1. Паралитик ичак тутилиши (меъданинг бирдан қенгайиб қетиши; ингичка ичакнинг фалаж бўлиши).

2. Спастик ичак тутилиши:

А) спазм туфайли бошланадиган хили;

Б) кургошиндан захарланиш туфайли бошланадиган ичак санчиғи.

Клиник манзараси. Бирдан ичак тутилишининг асосий аломатлари қоринда оғриқ туриб, ич ва газлар юришмай қолиши, қориннинг дам бўлиб, шишиб қетиши, ичак перисталтикаси қучайиб (вақтидан утган ҳолларда ичак бутунлай "жимиб қолади") қайт қилиш, томир уриши (пулснинг) тезлашиб қетишидир. Қасаллик аксари қутилмаганда, тусатдан бошланади. Қасалликнинг энг бошидаёқ беморда қучли оғриқ туфайли кўпинча шок ҳолати юзага келади: унинг эси оғиб, ранги оппоқ оқариб кетади, пулси сусайиб, аъзойибадангани муздек тер босади. Ичакда эшитилиб турадиган шовқинлар йуқолиб кетади. Организм ана шундай одатдан ташқари янгиша шароитларга бир қадар мослашиб олиши муносабати билан шок ҳодисалари бирмунча вақтдан кейин қамайиб, бемор сал ўзига қелиб қолади, пулси тезлашиб, ичак перисталтикаси яна пайдо бўлади, бемордан ҳол сураб қўрилганида эса у яхши бўлиб қолдим, деб жавоб беради. Ичак тутилишининг айрим хиллари бирдан

бошланмасдан, балки зимдан бошланиб, аста-секин зўрайиб боради. Анамнез маълумотларини тўплашда касалликнинг қандай бошланганига, "охирги марта ич қачон келгани ва ахлат қандай бўлиб тушганига, авваллари шундай ходисалар бўлган-бўлмаганига, корин операция қилинганми, шикастланганми-йўқлигига" ахамият берилади. Беморни текис жойга, ёстиксиз ётқизиб қуйиб текширилади, у чалқанча тушиб, тушпа-тўғри бўлиб ётиши керак. Аввало қисилиб қолган чурра ёққлигига ишонч ҳосил қилиш керак (типик чурра дарвозалари кўздан кечирилиб, текшириб кўрилади). Корин терисини кўздан кечириб, унда қандай бўлмасин бирор хил чандиклар бор-йўқлигига ахамият берилади. Коринни текшириб кўриш бирдан ичак тугилишига ҳос бўлган бир қанча қимматли аломатларни кўрсатиб бериши мумкин: кориннинг дам бўлиб тургани энг характерли аломатларнинг бири ҳисобланади, лекин ичакнинг қайси жойи тугилиб қолгани ва касалликнинг муддатларига қараб корин ҳар хил даражада дам бўлиб туриши мумкин. Чунончи, ичакнинг юқори қисмлари тугилганида корин жуда арзимас даражада дам бўлиши ёки мутлақо дам бўлмаслиги ҳам мумкин. Ичакнинг тугилиб, тикилиб қолган жойи қанчалик пастда бўлса, корин шунча кўп дам булаверади (йўғон ичак тугилиб қолганида корин айниқса жуда дам бўлиб, шишиб кетади). Қасаллик муддати ўтиб борган сайин ел тўпланиши (метеоризм) ҳам зўрайиб боради.

Корин деворининг нафас ҳаракатларидаги иштироки коринда ел тўпланиб, метеоризм авжига чиқмагунча унча ўзгармайди. Кориннинг нотўғри шаклга кириб, асимметрик бўлиб қолиши бирдан ичак тугилишининг характерли аломатидир. Чўзилиб кетган, аниқ чегараланиб турган ичак қовузлигининг корин девори орқали билиниб туриши- вал симптоми бирдан ичак тугилишининг барвақт пайдо бўладиган аломатидир. Кориннинг шу жойи туқуллашиб уриб кўрилганида баланд тимпаник овоз (перкуссия) эшитилади. Бундай ичак қовузлиқларининг сони тез орада кўпайиб қолади, бу

нарса кориннинг, уша жойи думбайиб чикиб туришига, асимметрик шаклга киришига олиб боради.

Енбош ичак тутилганида вал симптоми киндик сохаси (мезогастриум) да аникланади; йўгон ичакнинг дистал бўлимлари тутилиб колганида эса метеоризм кориннинг ён томонларини эгаллайди.

Сигмасимон ичак буралиб колганида корин гуё "кийшайиб колгандек" бўлиб кўринади. Корин шаклининг бузилишига хос бўлган мана шу симптомларнинг хаммаси касалликнинг биринчи кунда яхшироқ билиниб туради; кейинчалик метеоризм кучайиб бориши туфайли улар унча билинмай қолади-да, бутун корин жуда дам бўлиб, шишиб кетади.

Ичак перисталтикасининг кўриниб туриши ичак тутилишининг жуда мухим аломати хисобланади (бу нарса касалликнинг бошида, шок босилиб колганидан кейин айниқса руйи-рост билиниб туради). Бу и. И. Греков симптоми бўлиб, "устма-уст келаётган тулкилар ёки бирдан пайдо бўлиб, бирдан йуколиб кетадиган думбаймалар" манзарасини беради. Уни корин деворини салгина уриб кўриш ёки силкитиб кўриш йули билан юзага келтириш мумкин (греков симптоми хроник ичак тутилишида анча аник ифодаланган бўлади, чунки бунда ичакнинг тутилиб колган жойидан ююқирокдаги мускуллари гипертрофияга учрайди).

Греков симптоми обтурацион ичак тутилишида кўпроқ, странгуляцияон ичак тутилишида эса камроқ маълум бўлади. Перисталтиканинг кайси жойдан бошланиб, кайси жойда тугалланиши кузатиб борилар экан, ичакнинг тутилиб, тикилиб колган жойини билиб олса бўлади. Кўринадиган перисталтика пайдо бўлганида, одатда, оғриклар зўрайиб, одамга жуда азоб беради ("санчикка ўхшаб турадиган оғриклар"). Лекин корин девори тери ости ёр катламидан махрум бўлиб, анча илвиллаб колган холларда ва кўп тугиб, кориннинг тўғри мускуллари ораси анча очилиб колган аёлларда ҳам.

Перисталтика билиниб туришини унутмаслик керак. Бундай шароитларда ичакнинг одатдаги, нормал перисталтикаси кўриниб турадиган бўлади.

Коринни пайпаслаб кўриш (палпация). Бирдан ичак тутилишида корин пресси мускулларининг химояланиб, таранг тортиб қолишига сабаб бўлмаслик учун коринни авайлаб, майин харакатлар билан пайпаслаб кўриш керак. Чукур пальпацияда безиллаб турган жойни, "текшираётган бармоқларга каттиккина бўлиб уннайдиган ичак ковузлокларини" (и.и. Греков, 1928) ёки хали фалаж холига тушмаган ичакларнинг "худди пружинага ўхшаб, каршилик кўрсатаётганини" (м. В. Парташников, 1955) сезиш мумкин.

Ичаклар анча дам бўлиб, олдинги корин девори бир мунча чўзилиб турган махалда текшираётган одам корин деворининг бир қадар таранг тортиб, каршилиқ кўрсатаётганини пайкайди (Мондор симптоми).

Корин пайпаслаб кўрилганида баъзан "ўсмадек" бўлиб турган инвагинация танаси, яллиғланиш инфилтрати ва бошқаларни топиш мумкин бўлади.

Корин девори сал силкитиб кўрилганида эшитиладиган "чайкалиш шовкини" - И. П. Скляров (аслида бу Гиппократ) симптоми ичак ковузлогининг суюклик ва газга тўлиб, чўзилиб кетганидан дарак беради (ичак парези боскичида бўлади). Корин тукуллатиб уриб кўрилганида баландлиги, тембри жихатидан нотекис бўлган тимпаник овоз чиқади, бу овоз баъзи жойларда бўғиқрок бўлиб эшитилади.

Корин плессиметр билан перкуссия килиниб, айти вақтда стетоскоп орқали эшитиб кўрилганида баъзан металлга хос аниқ жарангли овоз эшитилади, бу - ичак газлар билан тўлиб-тошиб, худди баллондек жуда шишиб кетган махалда аникланадиган кивулл симптоми бўлиб, сигмасимон ичак буралишига хос деб ҳисобланади.

Странгуляцион ичак тутилишида корин бўшлиғида анча барвақт эксудат тўпланади - перкуссияда кориннинг паст жойларидан чиқадиган товуш

бўғикрок бўлиб эшитилади (обтурацион ичак тутилишида эса экссудат одатда кейинрок тўпланади).

Ичак шовкинлари (перисталтикасини) бор-йуқлигини аниқлаш учун аускультация - эшитиб кўриш усулидан фойдаланилади.

Обтурацион ичак тутилишида касалликнинг бошлангич даврида, ичакнинг ҳаракат функцияси ҳали бўзилмаган маҳалда "бир талай чўзик шовкинлар эшитилади, булар анча бир текис, жарангдор, ичак қовузолқларида акс садо берадиган, тони баланд ва тембри деярли бир хил бўлади. Странгуляция ичак тутилишида шовкинлар фақат касалликнинг энг бошида эшитилади ва тез орада йуқолиб кетади. Баъзан "чакиллаб томаётган томчи шовкинни" эшитиш мумкинки, бу ҳол овознинг берк бўшлиқда акс садо беришига боғлиқ.

Шундай қилиб, ичак тутилишида қорин аускультациясидан олинган маълумотлар касаллик бошланганидан бери қанча вақт утганига боғлиқ бўлади:

А) илк муддатларида (касаллик шоксиз утаётган маҳалларда) гулдирайдиган, шитирлайдиган, қучи билан узук-чўзиклигини ўзгартириб турадиган жуда хилма-хил шовкинлар эшитилади;

Б) шок энди бошланиб келаётган пайтда бу шовкинлар йуқолиб кетади, бемор шу ҳолатдан чиққанидан кейин улар яна пайдо бўлади;

В) оралик даврда, ичакнинг дам бўлиши зўрайиб бораётган пайтда шовкинлар қамайиб боради-ю, лекин улар қисқарок ва жаранглирок бўлиб қолади;

Г) касалликнинг кечки даврида, ичак парези бошланганида перисталтика қучайиши муносабати билан эшитиладиган овозларнинг ҳаммаси, шунингдек перисталтиканинг ўзи ҳам аста-секин йуқолиб кетади, қорин тинчиб, "сув қуйгандек жим-жит" бўлиб қолади, бу - касалликнинг дахшатли аломати

бўлиб, ичак фалажланиб бўлганидан, ичак деворининг ўзи эса башарти хали некрозга учрамаган бўлса ҳам, лекин шунга яқинлашиб колганидан дарак беради.

Корин жуда ҳам дам бўлиб, шишиб турган мана шу пайтда лотхеиссен симптомини аниклаш - нормада корин оркали эшитилмайдиган нафас шовкинлари ва юрак тонларини эшитиш мумкин. Бу улим яқинлашиб колганидан дарак берадиган ёмон аломатдир (л. А. Кирснер, 1936). Тўғри ичакни бармок билан текшириб кўриш диагностика учун шарт деб хисобланадиган усулдир. Бирдан ичак тутилишида тўғри ичак ампуласи, одатда, бум-буш турган бўлиб чиқади, олдинги девори думалок эластик тўзилма кўринишида думбайиб туради (и. И. Греков томонидан тасвирланган обухов касалхонаси симптоми). И. И. Греков: "илеус бошланганини билиб олиш учун биргина шу аломатнинг ўзи кифоя" деган эди. Тўғри ичакни текшириш билан бир вақтнинг ўзида корин бимануал йул билан пальпация қилиб кўрилганида дам бўлиб турган ичак ковузлокларини, инвагинат танаси ёки ичакка тикилиб колган ёт жисм (ут ёки ахлат тоши) ни бирмунча аник пайпаслаб топса бўлади. Вагинал текшириш бачадон ва ортикларидagi ўсмалар, яллиғланиш инфилтратларини аниклаб олишга имкон берадики, булар ҳам хар хил турдаги ичак тутилиши холлари билан бирга давом этиб бораётган бўлиши мумкин.

Рентгенологик текшириш. Корин бўшлиғи органларининг обзор рентгеноскопиясида сатхи горизонтал (суюклик) бўлиб, тепаси гумбазсимон ёришиб турган жой борлигини топиш мумкин, "клойбер косаси" деб шунга айтилади, у тункариб қуйилган косага ўхшайди ва беморнинг олган вазиятига қараб ўзгариб туради. Странгуляцион ичак тутилишида клойбер косалари бир соатдан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин, обтурацион ичак тутилишида эса 3-6 соатдан кейин пайдо бўлади. Ичак деворида деструктив ўзгаришлар зўрайиб, ичак тонуси пасайиб борган сайин газ пуфакларининг баландлиги қамайиб, сатхининг узунлиги ортиб боради (а. П. Хомутова, 1962). Бундай

косалар сони биттадан 12-15 тагача бориши ва бундам кўра кўпрок бўлиши мумкин.

Ингичка ичакларда клойбер косалари хар хил баландликдан жой олади, лекин асосан корин бўшлиғининг марказий бўлимларида кўпрок бўлади (бунда косалар пастак, сатхи эса узун бўлади). Ингичка ичак юкори бўлимларидан тутилиб колганида косалар сони кўп бўлмай, борлари хам кориннинг чап томондаги устки квадрантидан жой олади. Ингичка ичакнинг пастки бўлимлари тутилиб колганида бу косалар аксари унг томондаги пастки квадрантда бўлади. Йўгон ичак тутилганида косалар камрок топилади ва асосан йўгон ичак йули бўйлаб ён томонлардан жой олади (коса сатхи киска, лекин ёришиб турадиган кисми баланд бўлади). Кахексия пайтида одам ўрнидан турмай узок ётиб колганида, шунингдек клизмадан кейин хам коса симптоми топилиши мумкин.

Кориннинг "ёруг" бўлиши йўгон ичак тутилишига, тутилганида хам газлар билан тўлиб, шишиб кетган йўгон ичак бутун коринни эгаллаб оладиган холларига характерлидир. Беморга суюк барий ичириб туриб меъда-ичак йулини текшириш ичакнинг кайси кисми тутилиб колганини аниқлаб олишга имкон беради (асосан касалликнинг илк даврида).

Утиши. Бу касалликнинг бутун манзараси гохо фожиона бўлиб, шиддат билан утса, гохида кам-камдан зўрайиб бориб, секинлик билан ўтади. Унинг кай тарика ўтиб бориши ичак тутилишининг хили ва табиатига, ичак найининг кайси кисми зарарланганига, ичак ковузлори ва туткичининг нечоглик кисилиб колганига богликдир.

Касалликнинг утишида шартли равишда учта даврни тафовут килиш мумкин:

Биринчи даври - дастлабки боскичи - 1 соатдан 12 соатгача давом этади. Кўпчилик холларда шок холатига олиб борадиган оғрик бу даврда касал-

ликнинг устун турган асосий аломати бўлиб ҳисобланади. Клойбер косалари хали бўлмади. Ичак перисталтикаси зўрайган бўлади.

Иккинчи даври - оралик босқичи - 12 соатдан 36 соатгача давом этиб бориши мумкин. Гемодинамик ўзгаришлар, айниқса томир уриши тезлашиб, артериал босим пасайиши характерлидир. Оғрик анча доимий бўлиб қолади.

Одамнинг ичи юришмай, ел тўпланиб, корни жуда шишиб кетади, аксари асимметрик шаклга киради. Ичак перисталтикаси сусайиб қолади, "чакиллаб томиб турадиган томчи шовкини" эшитилади. Организмнинг сувсивланаётганидан дарак берадиган аломатлар (эритроцитоз, гипергемоглобинемия) пайдо бўлади. Рентгенологик текширишда клойбер косалари борлиги топилади.

Учинчи даври касалликнинг сўнгги ёки терминал даври бўлиб, бошидан ҳисоблаганда 36 соат ва бундан кўра кўпроқ вақтдан кейин бошланади. Гемодинамикада туррун ўзгаришлар юзага келиши, бемор кўзларининг ичичига ботиб, юзининг чакак-чакак бўлиб туриши ("гиппократ юзи"), тилнинг куриб, ёрилиб кетиши, ахлат аралаш кайт килиш, сийдик камайиб кетиши (олигурия) касалликнинг бу даври учун характерлидир.

Корин дам бўлиб, шишиб кетади, ичак перисталтикаси йуқолиб, худди "сув куйгандек жим-жит" бўлиб қолади, корин бўшлиғида эркин экссудат тўпланиб боради. Кон клиник анализидида олинадиган маълумотлар. Бирдан ичак тутилишининг дастлабки даврида периферик қонда қандай бўлмасин бирор тарздаги ўзгаришлар топилмайди. Лекин касаллик зўрайиб борган сайин қоннинг аста-секин қуюқ тортиб бораётганига хос аломатлар пайдо бўлади.

Сийдик текшириб кўрилганида олигурия (организмнинг тобора кўпроқ сувсизланиб бориши натижасида), индиканурия бошлангани, калий билан натрий зур бериб чиқиб тургани маълум бўлади.

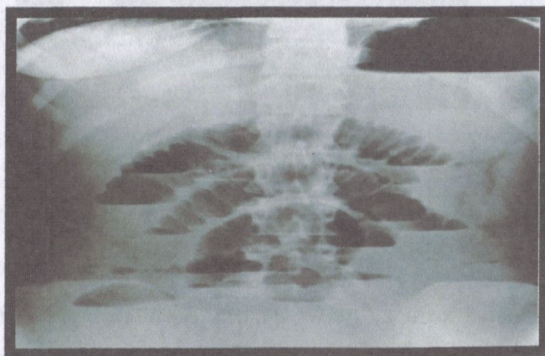
Касаллик диагнози. Анамнез ва клиник текширишлардан олинган маълумотларни тахлил қилиб чиқишга асосланади. Бирдан ичак тугилишини эрта муддатларда, барвақт аниқлаб олиш ана шу дахшатли касалликнинг давосида муваффақият қозонишнинг хал қилувчи шартларидан биридир.

Касалликнинг бирдан-бир аломати фақат оғриқдан иборат бўладиган, бошқа аломатлари эса хали маълум бермай турадиган дастлабки даври диагностика учун ҳаммадан қийин бўлади. Бирок бирдан ичак тутилган маҳалларда оғриқлар тутиб-тутиб турадиган, перисталтика қучайган пайтда зурайдиган бўлишини эсда тутиш керак.

Касалликнинг иккинчи даврида уни аниқлаб олишга ёрдам берадиган асосий аломати - қлойбер қосалари бўлишидир.

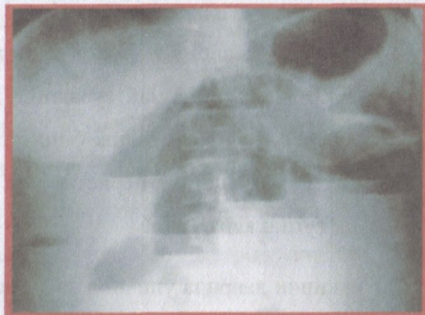
Текшириш усуллари . Рентгенологик текширув ўит вақтида асосий инструментал текширув усули бўлиб қолмоқда. Ўит га биров бўлсада гумон бўлганда ҳам бу текширув усулини бажаришимиз керак. Дастлаб қорин бўшлиғи обзор рентгенскопияси ва лозим бўлса рентгенография бажарилади. Бунда қуйидаги аломатлар топилади:

1. Ичак арқаси ингичка ичак газлар туфайли қенгайиб қетганда юқорида газ, пастда эса суюқлик сатҳи аниқланади.



Расм 9 .қорин бўшлиғи обзор рентгенограммаси.ичак арқалари.

2. Клойбер косачалари - горизонтал суюклик сатхи гумбазсимон еру-
гланиш (газ) билан.агар суюклик сатхи эни кенгрок бўлса бу ингичка ичак
тутилишидан дарак беради.



Расм 10. .корин бўшлиғи обзор рентгенограммаси. Клойбер косачалари.

3. Симптом перистости (тортилган пуржинани эслатади) юкори ичак
тутилишида кўп учрайди .



Расм 11. Симптом кейси еки "балик скелети".

Рентгеноконтрастг текширув корин бўшлиғи обзор ретгенограммаси
наф бермаганда бажарилади.

Колоноскопия хозирда йўгон ичак обтурацион тутилишларида жуда
самарали текширув усулидир. Колоноскопия тегишли ичак тайергарлигидан
сўнг йўгон ичак тикининг аник жойлашувини аникаб, лозим бўлса шу соха

интубасия килиниб ўткир жараен камайтирилиб, "сокин" даврда оператив да-во амалга оширилади

Ультратовуш тешируви корин бўшлиғидаги эркин суякликни, ичак ковузлоги кенглигини, ўсма жараен борлиғни ва яллиғлиниш инфильтрати жойлашув ўрнини аниқлаб буради .

Дифференциал-диагностикаси. Бирдан ичак тугилишининг дифференциал диагностикасини ўтказишда бу касалликни корин органларининг куйидаги жаррохлик касалликларидан фарк қилиб, ажратиб олиш керак:

Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицит билан бирдан ичак тугилишининг бир канча умумий аломатлари бор; коринда оғрик туриши, ич юришмай қолиб, ел тўпланиб бориши, қайт қилиш шулар жумласидандир. Лекин аппендицитда оғриқлар аста-секин бошланади ва ичак тугилишидагидек қучли бўлмайди. Ўткир аппендицитда оғриқлар унғ ёнбош соҳасида сезилади, шу жойнинг ўзида корин девори таранг тортиб туради ҳам, щеткин - блюмберг симптоми мусбат бўлиб чиқади. Беморнинг ўзини тугиши ҳам бошқача бўлади - бирдан ичак тугилишида бемор безовталаниб, ўзини хар ёкка ташлайди, оғрик тўтиб қолиши билан ўз вазиятини хар сафар ўзгартираверади. Ниҳоят, бирдан ичак тугилиши учун ичак перисталтикаси қучайиб, қлойбер қосалари пайдо бўлиши характерлидирки, ўткир аппендицитда бундай қодисалар қузатилмайди.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг тешилишида ҳам бирдан ичак тугилишига қос аломатлар бўлади: бу қасаллик тусатдан бошланиб, коринда жуда қаттиқ оғриқлар бўлиши билан ажралиб туради. Лекин яра тешилганида корин девори пайқаслаб қўриладиган бўлса, энг бошданок у безиллаб туради ва нафас ақтида иштирок этмайди, корин қрессининг таранг тортиб туриши ("кориннинг тахтадек бўлиб туриши" дан иборат симптом) сезиларли бўлади, қолбуқи, бирдан ичак тугилганида корин юмшоқ бўлиб, нафас ақтида иштирок этиб қоради. Меъда яраси тешилган вақтда бемор

мажбурий холатга тушади (оёқларини корнига тортиб, икки букилиб олади), перкуссия килиб кўрилганида жигар тепасидан ичак тутилишидагидек бўғик овоз чикмасдан, балки тимпаник овоз чиқади. Яра тешилган бўлса, рентгеноскопияда, беморда диафрагма гумбази тагида эркин газ турганлиги, ичак тутилишида эса клойбер косалари борлиги топилади.

Ўткир холецистит. Бу касалликка ҳам хос бўлган умумий симптомлар коринда каттик оғрик пайдо бўлиши, кайт килиш, кориннинг дам бўлиб туришидир; шуниси ҳам борки, ўткир холециститда одам кайт килгани билан кунгли равшан тортиб, ахволи яхшиланмайди. Лекин оғриклар доимий бўлади, одамнинг унг елкасига, курагига ўтиб туради. Пальпация махалида ут пуфаги турадиган жой сохаси ҳаммадан кўп безиллайдиган бўлади. Шу жойда корин мускуллари ҳам таранг тортиб туради. Щеткин-блумберг симптоми мусбат бўлиб чиқади. Баъзи-баъзида катталашиб, безилаб турган ут пуфаги кулга уннайди. Тана харорати одатда кўтарилган бўлади.

Коринда тусатдан жуда каттик оғриклар туриб, беморнинг умуман оғир ахволга тушиши, тез-тез кайт килиб туриши, баъзида корни дам бўлиб кетиши ўткир панкреатитга ҳам характерлидир. Лекин ўткир панкреатитда оғриклар одамнинг оркаси билан чап курагига ўтиб туради. Мё-робсон, морган симптомлари ва бошқалар характерли бўлади. Кон ва сийдикда - амилаза кўпайган бўлиб чиқади. Бирдан ичак тутилишида эса обухов касалхонаси, вал, гиппократ, скляров симптомлари мусбат бўлади, клойбер косалари борлиги топилади.

Тухумдон кистаси буралиб колганида ҳам тусатдан каттик оғрик бошланиб, одам кайт килади, корни юмшок бўлиб тураверади. Лекин тухумдоннинг кистаси буралишида оғриклар ичак тутилишидагидек тутиб-тутиб турадиган бўлмай, балки доимий бўлади, орка тешик атрофига, думгазага ўтиб уради. Бимануал йул билан текшириб кўрилганида "ўсма" нинг жинсий органлар билан богликлиги маълум бўлади, тўгри ичак ампуласи бушаб кол-

ган, очилиб колган холда бўлмайди, ичак перисталтикаси кучаймайди. Рентгенологик текшириш натижалари ҳам бошқача бўлиб чиқади.

Мезентериал томирлар тромбози ва эмболияси ўз симптомитикаси жихатидан бирдан ичак тутилиши ходисасига кўп ўхшайди: касалликнинг биринчи ва иккинчи даврларида коринда каттик оғриклар пайдо бўлиб, одам оғир ахволга тушади, кайт килаверади, корни юмшок бўлиб, нафас актида иштирок килиб туради, ичи юришмай, корнида ел тўпланиб бораверади, тез орада шок бошланади. Лекин ичак девори инфарктида энг бошиданок перисталтика йуколиб кетади, корин асимметрияси, обухов касалхонасининг симптоми бўлмайди (баъзида ахлат кон аралаш бўлиб тушади).

Диагностикада рентгенологик текшириш ёрдам беради (ичак тутилишида клойбер косалари топилади).

Обтурацион ичак тутилиши ичак йули бутунлай тикилиб колган, лекин ичак туткичда кон айланиши издан чикмай турган холлар касалликнинг шу хилига киради. Ичак йули ўт тоши (0,5 фоиздан 2 фоизгача бўлган холларда), ёт жисмлар, ўсмалар, гижжалар ва бошқалар билан тикилиб қолиши мумкин. Умуман ичак тутилиши муносабати билан килинадиган хамма операцияларнинг 4-5 фоизида ичак тутилиши обтурацион хилда бўлиб чиқади. Обтурацион ичак тутилиши странгуляцион ичак тутилишига караганда бирмунча секин ўтиб бориши билан фарк килади.

Организмда интоксикация ходисаси анча кеч бошланади, шок одатда кузатилмайди. Ўт тошлари ичакка кўпинча ут пуфаги билан ичак уртасида (аксари кундаланг-чамбар ёки ўн икки бармок ичак уртасида) хосил бўлган йуллар (окма яралар) оркали тушиб қолади. Ичакка тош тушган махалдан то ичак тутилиши ходисалари авж олгунча орадан ўтадиган вақт хар хил. Баъзи холларда касаллик анча тез авж олиб боради, бошқа холларда эса орадан неча кунлар, хафталар ва хатто ойлар утиши мумкин. Касаллар аксари анча ёшга бориб колган, кекса бўлади, чунки ичак тутилишининг бундай хиллари ут-

тош касаллигининг кечки асоратлари бўлиб хисобланади (с. П. Федоров, 1936; а. И. Корнеев, 1961; у. О. Орипов, 1987 ва бошқалар).

Клиник манзараси. Ичагига ўт тоши тикилиб колган касаллар аксари ортикча эт куйган бўлади. Анамнезда кўпинча ут-тош касаллиги хуруж қилган бўлиб чиқади. Ичак йулига тош тикилиб колган маҳалда вақт оралаб тўтиб турадиган оғриқлар пайдо бўлади. Тош кўпинча ёнбош ичакнинг охириги бўлимига тикилиб қолади. одам қайт қилиб, ичи юришмайди ва корнида ел тўшланиб боради, оғриқ тутиб колган маҳалда ичак перисталтикаси кўриниб туради, рентгенологик йул билан текшириб кўрилганида қлойбер қосалари топилади, ичақда тош сояси кўриниб туриши мумкин. Обтурация узок давом этганида ичак девори чақаланиб ёрилиши, перитонит бошланиши мумкин.

Касалликни тўғри аниқлаб олишга куйидагилар ёрдам бера олади:

- 1) бу касаллик кўпроқ ёши қайтиб колган аёлларда учрайди;
- 2) анамнезда жиғар санчиклари бўлиб утганига ишора қилинади;
- 3) тусатдан бошланиб, тутиб-тутиб турадиган оғриқлар аввалига бутун қоринда сезилади, кейинчалик эса унг ёнбош соҳаси билан чекланиб қолади (ўт тоши кўпинча ингичка ичакнинг йўгон ичақка утар қисмида тикилиб қолади);
- 4) одам қайт қилиб, тез орада "ахлат аралаш" қуса бошлайди;
- 5) меъда-ичак йули рентгенда текшириб кўрилганида тегишли маълумотлар олинади.

Давоси - операция, энтеротомия қилиниб, тош олиб ташланади (тош одатда ичакнинг пучайиб турган қовузуқлари билан дам бўлиб қетган қовузуқлари қегарасида топилади). Ичак деворида морфологик ўзгаришлар юзага қелган бўлса, ичак резекция қилинади. Ичакнинг ахлат тошлари билан тикилиб қолиши ҳам шунга ўхшаш клиника билан ўтади, бундай қодиса

кўпдан бери ичи котиб юрган касалларда руй беради. Касалликнинг бу хили олатда йўгон ичак пастга тушувчи кисмининг тикилиб қолиши билан таърифланади ва шу сабабдан клиникаси секинлик билан авж олиб боради.

Ахлат тошлари ва ўт тошлари (копролитлар ва энтеролитлар) хар хил катталиқда бўлади. Б. Н. Назаров (1954) 2,5 кг оғирликдаги, а. Е. Норенберг - чарквиани эса (1969) чакалок бола бошидек катталиқдаги копролитни тасвирлаб утишган. Ичакда ривожланиш аномалиялари (мегаколон) борлиги ахамиятга эга.

Давоси - операция.

Ичакнинг ўсма билан тикилиб қолиши 1,6-9,3 фоиз холларда учрайди, шу билан бирга хавфли ўсмалар ҳам, хавфсиз ўсмалар ҳам ичак найида тикилиб қолиши мумкин. Ингичка ичакда хавфсиз ўсмалардан липомалар, миома-лар, фибромалар, аденомалар, полипплар, ангиомалар, леёмиомалар учрайди. Йўгон ичакда кўпрок хавфли ўсмалар: рак, саркома бўлади. Ингичка ичакда рак камдан-кам учрайдиган касалликдир. Унинг икки хили учраши мумкин:

- 1) халкасимон каттик рак;
- 2) инфильтрацияланадиган таркок рак.

Бундай аденокарцинома аксари ёнбош ичакда бўлади. У бирламчи (кўпрок) бўлиши ёки метастаз тарикасида юзага келиши мумкин.

Йўгон ичакнинг чап ярмида пайдо бўладиган рак унг ярмидаги ракка караганда ичак тикилиб қолишига кўпрок сабаб бўладики, бу - йўгон ичак дистал кисмининг проксимал кисмидан кўра торрок бўлишига, ўсманинг

Халкага ўхшаб усиши ичакнинг чап ярмидаги суоукликни унг ярмида бўладиган каттик ахлатга караганда камрок тўтиб қолишига боғлиқ.

Ўсма ичак йулига тикилиб, уни беркитиб куйишидан ташқари, ичакнинг буралиб қолишига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Ичакка ўсмалар тикилиб қолишининг характерли хусусиятларидан куйидагиларни кўрсатиб ўтса бўлади:

А) анамнезда дефекация акти (ич келишининг) тобора кийинлашиб бораётганига ишора қилиниши мумкин;

Б) ахлатга қон, йиринг аралашиб тушиши, ахлат шакли эса баъзан тасмасимон бўлиши мумкин;

В) саратонга чалинган касалларнинг тахминан 40 фоизда ичакнинг тутилиб қолишига сабаб бўлган ўсма қулга уннайди;

Г) қорин уртача даражада дам бўлиб туради.

Рентгенологик текширишда ичакнинг тутилиб қолган жойидан юқориси кенгайиб тургани ва тулишув қамомати борлиги топилади. Қон текшириб кўрилганда анемиядан дарак берадиган маълумотлар олинади.

Давоси - операция. Бунда ичак тутилишини бартараф этишдан ташқари, ўсмани олиб ташлаш ҳам қўзда тутилади (лекин ҳамма нарса метастазлар бор-ёқлигига борлиқ бўлади).

Ўн икки бармоқ ичакнинг бирдан тутилиб қолиши қамдан-қам учрайдиган касалликлар. Бу касалликка турма ривожланиш аномалиялари, ичакнинг ўсмалар, тортмалар, ингичка ичак тутқичи билан ташқаридан босилиб қолиши, шунингдек унга ёт жисмлар (тошлар) тикилиб қолиши сабаб бўлади.

Клиникаси. Беморнинг умумий ахволи жуда оғир бўладики, бу нарса умуман ичак йулининг юқори қисмидан тикилиб қолиши учун характерлидир. Қоллапс барвақт бошланиши мумкин.

Оғриклар асосан туш ости соҳасида бўлиб, одамнинг орқасига ҳам ўтади, улар тўтиб-тўтиб турадиган бўлади.

Касалликнинг энг бошданок одам варак-варак кусаверади, кусуги меъда ва ўн икки бармок ичкадаги суюқлик ва истеъмол қилинган овқатдан иборат бўлади, буларга сафро аралашиб тушади-ку, лекин ичак суюқлиги аралашмаган бўлади.

Туш ости соҳаси шишиб туради, шу ернинг ўзида перисталтика қучайган бўлиб, "чакиллаб томиб турган томчи" овози эшитилади, меъда устидан баланд тонли тимпаник овоз чикади. Касалликнинг бошида ўз-ўзидан ич келиши мумкин.

Ўн икки бармок ичак бирдан тутилиб қолганида рентгенологик йул билан текшириш анча характерли аломатларни кўрсатиб беради: кориннинг устки бўлимида иккита катта горизонтал сатх, кўзга ташланади, уларнинг бири меъдада, иккинчиси пастроқда - ўн икки бармок ичкада бўлади. Ичак тутилган жойдан пастда - ингичка ичкада бўлсин, йўгон ичкада бўлсин газ борлиги топилмайди.

Бир оз микдор (1-2 кулгум) барий эмулсияси ичириб кўрилганида контраст масса ўн икки бармок ичкада туриб қолади, айна вақтда бу ичакнинг проксимал бўлими кенгайган бўлади.

Ўн икки бармок ичакнинг артерио-мезентериал тутилиши пастки горизонтал тиззасининг ингичка ичак туткичи билан босилиб қолишининг натижасидир. Икки хили: бирламчи ва иккиламчи хили кўзатилади.

Бирламчи хилида ингичка ичак туткичи ўз томирлари билан биргаликда шу ичакнинг тазъийки билан пастга тортилиб, ўн икки бармок ичак горизонтал қисмининг қисилиб қолишига сабаб бўлади. Касалликнинг бу хили учун меъда тонуси ва перисталтикасининг сақланиб қолиши характерлидир. Жуда камдан-кам учрайди. Ўн икки бармок ичкадаги артерио-мезентериал

тутилишнинг иккиламчи хили нисбатан олганда кўпроқ учрайди ва меъда бирдан кенгайиб кетган холларда кўзатилади, бунда меъда ўзининг бутун зарвари билан ичак туткич илдизига босади, натижада ингичка ичак ковуз-локлари кичик чанок бўшлиғига сўрилиб, унинг туткичи таранглашадида, ўн икки бармок ичакни умуртка поронасига томон босиб қўяди. Бу холда олдин меъда парезга учрайди, ичак тутилиши ходисаси ундан кейин, иккиламчи тартибда бошланади.

Симптомитикаси. Одам тез-тез ва кўп кусади, кориннинг ёнбош сохалари ичига тортиб тургани холда устки кисмлари дам бўлиб кетади, зонд солиб кўриладиган бўлса, ундан сафро аралаш бир талай суюклик чиқади.

Давоси. Касалликнинг бирламчи хилида энтероанастомоз килинади, иккиламчи хилида консерватив даво килиб борилади беморни шнислер усулча корни билан ёткизиб қуйиб, меъдасига суюклик чикиб туриши учун доимии зонд солинади, организмдан ёрколаётган сув, электролитлар ва оксил ўрнини тулдириб бориш чоралари кўрилиб, вегетатив нерв системасига таъсир ўтказадиган дори-дармонлар (диколиин ва бошкалар) буюрилади.

Странгуляцион ичак тутилиши.

Странгуляцион ичак тутилиши деганда биз ичакнинг ўзигагина эмас, балки ичак туткичи ва ундаги қон

Томирлари билан нерв толалари ҳам босилиб, кисилиб қоладиган касалликни тушунамиз. Бунда кисилиб қолган органнинг қон билан таъминланиши кескин издан чикиб, кўпинча гангрена бошланиб кетади. Куйидаги доллар странгуляцион ичак тутилиши жумласига киради:

- 1) меъда, ингичка ичак, кундаланг-чамбар ичак ва сигмасимон ичакнинг буралиши;
- 2) тугун хосил бўлиши;

3) йўгон ичак чарвисининг буралиши;

4) катта чарвининг буралиши.

Меъда буралиши (*volvulus ventrisuli*).

Меъда буралишининг икки хили: кундаланг ўки бўйлаб буралиши ва узунасига кетган ўк бўйлаб буралиши тафовут қилинади.

Меъданинг кундаланг ўки бўйлаб буралиши (*vol. Vertrisuli mesenterico — axialis*) га унинг соат стрелкаси йуналиши бўйлаб айланиб қолиши сабаб бўлади, *volvulus isoperistalticus* деб шуни айтилади. Бунда меъданинг пилорик қисми унган чапга ва юқорига-олдинга қараб, кардиал бўлими эса орқага ва уннга-қараб пастга томон сирғалади. Меъда буралганида орқа томондаги юқори қисми пастга тушиб, катта эгрилиги юқори қўтарилади.

Меъда бунда тесқари ёъналишда - соат стрелкаси йуналишининг аксига қараб буралиши ҳам мумкин - *volvulus antiperistalticus* деб шуни айтилади, бу ҳалда пилорик қисми орқага томон бурилиб, меъда туби кориннинг олдинги девори бўйлаб сирралиб боради-да, пастга ва чапга бурилиб қолади. Меъда билан бирга *ligamentum gastrosolisum* орқали унга боғланган кундаланг-чамбар ичак ҳам ўз вазиятини ўзгартиради. Меъда буралганида чамбар ичак сўрилиб, кўпинча унинг устига чиқиб қолади-да, меъдани олдиндан тусиб туради (*volvulus ventrisuli infrasolisus*), гоҳида эса меъда тагида туриб қолади (*vol. Ventrisuli suprasolisus*).

Меъданинг узунасига кетган ўки бўйлаб буралиши - *volvulus ventrisuli organo-axialis* - икки хил кўринишда учрайди. Биринчи хилида меъданинг катта эгрилиги олдинги юзасига бурилиб, кейин кориннинг олдинги девори бўйлаб сирғалади-да, кичик чарвига қараб боради. Кейин меъда кичик чарвининг юпка туқимасини ёриб, унинг халтаси (*bursa omentalis*) га тушиб қолади. Шу тарика сўрилиб борганида меъданинг катта эгрилиги кундаланг чам-

бар ичакни хам ўзи билан эргаштириб кетади - *volvulus ventrisuli anterior infrasolisis* хосил бўлади.

Иккинчи хилида меъданинг катта эгрилиги орка девори бўйлаб тескари томонга ҳаракат қилади, чарви халтасига тушиб, юкори ва уннга караб боради-да, кичик чарви тагида туриб қолади, уни ёриб юбориши хам мумкин. Кундаланг-чамбар ичак хам катта чарви билан биргаликда оркага ва юкорига караб эргашиб боради, *vol. Ventrisuli posterior infrasolisis* хосил бўлади.

Меъда ўзининг узунасига кетган ўки бўйлаб шу тарика буралиши натижасида меъдага кириш йули хам, ундан чиқиш йули хам буралиб қолади. Меъда 180° га буралганида унинг кириш ва чиқиш йуллари батамом беркилиб қолади (тўла меъда буралиши), агар буралиш бурчаги бундан кўра камроқ бўлса, у холда чала буралиш хосил бўлади.

Меъда буралишининг этиологияси нуктаи назаридан олганда бунга мойиллик турдирадиган ва уни келтириб чиқарадиган омиллар тафовут қилинади. Мойиллик гурдирадиган омилларга куйидагилар қиради:

А) меъда бойлам аппаратининг туғма ёки турмушда орттирилган сабабларга кўра заиф бўлиб қолгани, бу нарса меъданинг паст тушиб, кардиал бўлими хам, пилорик бўлими хам бирмунча ҳаракатчан бўлиб қолишига, шунингдек

Уларнинг бир-бирига яқинлашувига сабаб бўлади, шу тарика бу органнинг бирор томонга караб буралиши учун қулай шароитлар юзага келади;

Б) пилорус стенозида меъда тонусининг ўзгариб қолиши;

В) чандикланган яралар туфайли меъда шакли ўзгариб, пилоруси билан кардиясининг бир-бирига яқинлашиб қолгани (меъданинг кум соат кўринишига кириши);

Г) кундаланг - чамбар ичакнинг хаддан ташқари узунлиги;

- Д) диафрагманинг бушашиб туриши ва диафрагма чурралари бўлиши;
- Е) талокнинг ҳаракатчан бўлиб, меъда устига тушиб қоладиган даражада узун оёғи борлиги.

Келтириб чиқарувчи омилларга қуйидагилар қиради:

- А) меъданинг овкат билан тўлиб-тошиб кетиши;
- Б) меъда перисталтикасининг хаддан ташқари кучли бўлиши;
- В) меъдани бошқа орган, чунончи дам бўлиб кетган ичак ковузлори, талок ва бошқалар суриб қуйиши;

Г) бирор шикает етиши, жисмоний жихатдан кўп зур бериш ёки бошқа сабабларга кўра корин ички босимининг бирдан ортиб кетиши.

Клиникаси. Бу касаллик урта яшар эркакларда кўпроқ учрайди. Касаллик баъзи ҳолларда тусатдан бошланиб, бир неча соат давомида ўзининг авжи, юкори нуктасига етади - оғир шок ҳолатига олиб боради. Бошқа ҳолларда бу касаллик бирмунча секинлик билан 1-2 кун ва бундан кўра кўпроқ вақт ичида авж олиб боради. Бемор кориннинг юкори кисми, асосан чап томони чидаб бўлмас даражада оғриётганидан, бу оғриқлар кўкрак қафасининг чап томонига ўтиб турганидан, туш ости соҳаси тўлиб кетгандек сезилиб, нафасни кийинлаштириб куяр даражада тикилиб турганидан нолийди.

Касалликнинг энг бошиданок одам варак-варак кусаверади, лекин кушиш тез орада тухтаб қолади, аммо кунгил айнаиши давом этаверади. Кусук массалари олдинига ейилган овкатдан, кейин сулак билан шилимшиқдан иборат бўлади, лекин уларга сафро аралашиб тушмайди, чунки пилорус босилиб турганлигидан меъдага ут тушиши мумкин эмас;

Худди шу сабабдан "ахлаг аралаш" қусиш ходисаси ҳам беморда ҳеч қачон бўлмайди. Чанкоклик хисси беморни жон-ҳолига қуймайди, лекин одам бирор нарса ичмокчи бўлиб қилган уринишлари беҳуда кетади:

суяклик меъдага утмаиди ва уша захоти кайтиб тушиб, оғрикни янада зўрайтиради. Бемор ортик даражада безовталаниб, кўп азоб чекади, ўзини хар ёнга ташлаб, бакириб-чакиради. Мажбурий холатга киради - утириб олади ёки тиззалари билан тирсакларини, ё бўлмаса, оёкларини корнига тортиб, ён-бошлаб ётиб олади. Томир уриши тезлашган, артериал босими пасайган, нафаси тезлашган, юза бўлади. Кўздан кечириб каралганида рангги бирмунча оқариб тургани ёки кўпинча кукариб кетгани хам маълум бўлади. Корнида бир кадар асимметрия бўлади - устки кисми дам бўлиб, пастки кисми ичига тортилиб туради (борхардт симптоми). Баъзан дам бўлиб шишиб кетган меъда четлари аник билиниб туради.

Пайпаслаб кўрилганида туш ости соҳаси безиллаб, девори кулга тараф бўлиб уннайди, "чайкалиш шовкини" эшитилади.

Меъдага зондни ўтказиб бўлмайди!

Диагностикаси. Меъда буралишининг диагностикаси учун куйидаги уч симптомдан иборат борхардт триадаси хозир хам ўз ахамиятини ёқотган эмас:

- 1) меъдага зонд ўтказиб бўлмайди;
- 2) кориннинг устки кисми жуда дам бўлиб пастки кисми ичига тортилиб туради;
- 3) бемор қусмокчи бўлиб, беҳуда харакатлар килаверади.

Беморни тик турғазиб кўйиб, рентгенда текширилса, меъдаси жуда дам бўлиб, умуртка погонасидан чап томонда каттакон горизонтал сатх борлиги, диафрагма гумбазини анча кўтарилиб тургани кўзга ташланади. Ингичка ичак билан йўгон ичакнинг бошидан охиригача газ бўлмайди.

Дифференциал диагностикасида бу касалликни меъданинг бирдан кенгайиб кетишидан (меъда буралишида борхардт триадаси мавжуд); киси-

либ колган диафрагма чуррасидан (кориннинг устки кисми дам бўлиб турмайди, рентгеноскопияда меъданинг бир кисми кўкрак бўшлиғида турган бўлади), ўткир панкреатитдан ажратиб олиш керак.

Ўткир панкреатитда ҳам, худди меъда буралишидагидек туш остида чидаб бўлмас даражада оғриklar пайдо бўлиб, одам кусаверади, тезгина шок холатига тушиб қолади. Лекин панкреонекрозда одам нукул меъда, ўн икки бармок ичак суюклиги, сафро аралаш варак-варак кусади. Мейо-робсон, мондор симптомлари, амилаземия, амилазурия кўзатилади. Ичак йули юкори кисмларининг тугилиб қолиши ҳам каттик оғриklar, корин устки ярмининг дам бўлиб туриши, кайт қилиш, умумий ахволнинг оғир бўлиши билан бирга давом этиб боради. Лекин бунда оғриklar тайинли бир жойда сезилмасдан, таркок бўлади, корин девори таранг тортиб турмайди. Одам сафро аралаш тез-тез кусиб туради-да, кейин кусугига ахлат ҳам аралашиб тушади. Меъдага зонд солиш осон бўлади, меъда буралиб колганида эса бундай ходисаларнинг ҳеч бири бўлмайди.

Давосини меъдага зонд солишга уриниб кўриш дан бошлаш керак, бунинг диагностик ахамияти билан бир каторда шифо бўладиган томони ҳам бор. Операцияси меъдани троакар ёрдамида пункция қилиш йули билан уни бушатишдир, бунда меъда бушаганидан кейин жаррохнинг кулларидан сиргалиб тушиб кетмаслиги учун уни тутғичлар билан ушлаб туриш керак. Меъда бушатилиб, пункция қилинган жойи турвача чок билан чатилганидан кейин керакли томонига осонгина бурилиб, ростланиб олади, сўнгра битишмалари бўлса, булар кесиб ташланади, диафрагма чурраси бор-йуклиги текшириб кўрилади (агар бўлса, жаррохлик йули билан баргараф этилади).

Операциядан кейин беморнинг бўрнидан меъдасига най ўтказиб, меъда суюклигини тинмай чиқариб туриш керак бўлади (узок муддатли дренаж).

Кўричак буралиши. Куричак харакатчан бўлган холларда (ривожланиш аномалияси жараёнида куричак ёнбош ичак билан битта ичак туткичга эга бўлган махалларда), одамнинг мудом ичи котиб, кабзият бўлганидан сурункали колитда бир талай газлар хосил бўлиб туриши; йўгон ичакнинг юкорига кўтарилиб борадиган кисми кенгайиб кетиши натижасида куричак

Буралиши мумкин. Куричакнинг буралиб қолишига мускул аппарати-нинг гипоплазиясига алоқадор турма атофияси ҳам сабаб була олади.

Куричак буралишининг асосан уч хили кўзатилади:

1) куричакнинг ёнбош ичак билан бирга бўлган умумий ичак туткичи атрофида буралиши. Бунда ичакларнинг иккаласи ҳам мезогастриумга сўри-либ қолади. Некроз бўлиши мумкин;

2) кур ичакнинг узунасига кетган ўки атрофида буралиб қолиши (бу-нис куричакнинг ўз ичак туткичи бўлган холларда учрайди, айни вақтда ку-ричак соат стрелкаси юрайдиган томонга қараб ҳам, бунинг аксига қараб ҳам буралиши мумкин);

3) куричакнинг кундаланг ўки атрофида буралиб, букилиб қолиши. Бунда куричак корин олдинги девори бўйлаб сирғалиб бориб, жигар тагида туриб қолади, ичак буралишининг олдинги икки хилига караганда томирлар тури камрок зарарланади.

Шундай қилиб, куричак буралиб қолганида у кўпинча ўзининг одат-даги жойидан (ёнбош чуқурчасидан) қучиб, мезогастриум ёки ковургалар та-гидаги сохага ўтиб қолади.

Клиник манзараси. Анамнезда кўпинча авваллари кориннинг унг ярми санчиб-санчиб оғриб юргани, кабзият бўлиб, корин вақт-вақтида дамланиб тургани, корин бўшлиғида яллиғланиш касалликлари (аппендицит ва бошка-лар) бўлиб утганига ишора қилинади.

Касаллик тусатдан бошланади. Лекин беморнинг умумий ахволи ин-гичка ичак буралишидагидек унчалик тез оғирлашмайди. Томир уриши ва тана харорати айтарли даражада ўзгармайди. Оғриклар зур, тўтиб-тўтиб турадиган бўлади, кориннинг унг ярмида, пастиди ёки киндик атрофида сезилади. Касаллик бошланишида одам кусади, кейинчалик эса кусиш озрок ёки кўпроқ вақт оралатиб такрорланиб туради, бориб-бориб кусукка ахлат ара-лашиб тушади, лекин бу касаллик одамни кустирмасдан утиши ҳам мумкин. Ич юришмай, ел тўпланиб бориши хамиша кайд килинадиган ходисадир, ле-кин касаллик бошида йўгон ичак дистал бўлими перисталтикасининг кучай-иши натижаси уларок ич юришиб, одам ўз холича хожатга бориши ёки клиз-мадан кейин ичи келиши мумкин.

Корин кўздан кечириб каралганида гуж бўлиб уралаб турган ичаклар дуппайиб чикиши натижасида кўпинча корин асимметрик шаклга кириб кол-ган (устки кисми ёки киндик атрофида), вал симптоми мусбат бўлиб чикади.

Пайпаслаб кўрилганида корин юмшок бўлиб кулга уннайди, дуппайиб турган жой атрофи эса безиллаб, худди "волейбол коптогидек" таранг тортиб туради, баъзан илеосекал соха, куричак сўрилиб колган-лигидан, "буш" бўла-ди (шиман - данс симптоми).

Перкуссия килиб кўрилганида дам бўлиб турган куричак тепасидан паст тонли "ногора" овози эшитилади. Мана шу перкутор товуш баъзан жа-рангдоррок тусга киради (кивулл симптоми), лекин куричак суюкликка тўлиб-тошиб кетган махалда атрофдаги ичаклар тимпанити орасида бир ка-дар бўғикрок эшитилади. Корин аускультация килиб кўрилганида бирдан ичак тугилишига хос бўлган характерли ичак шовкинлари эшитилади; кўпинча "чайкалиш шовкини" кулокка чалинади (скляров симптоми) ва обу-хов касалхонаси симптоми мусбат бўлиб чикади.

Дифференциал диагностикаси. Бу касаллик кўпинча ўткир аппендицит билан адаштирилади. Лекин куричак буралишида, айниқса касалликнинг дастлабки вақтида, яллиғланиш ходисалари одатда бўлмайди.

Куричак буралишини сигмасимон ичак буралишидан ажратиш учун в. Г. Цеге-мантейфел одатдагича клизма килиб кўриш ни таклиф этади. Куричак буралган бўлса, клизма суви бемалол, сигмасимон ичак буралганида кийинлик билан (кўп деганда 500 мл) ўтади. Ирригография диагнозни аниқ килиб беради.

Давоси - операция. Куричакни айлантриб, ростлаб олингандан кейин унинг нечоглик зарарланганлиги аникланади (анча дам бўлиб турган бўлса "турвача" чоки солиб туриб, пўнксиа килиш йули билан бушатилади). Агар унда

Гангрена бошланган бўлса, омон тукумалар чегарасигача резекция килиниб, энтероколостомия ясалади.

Куричак зарарланмай, омон турган бўлса, профилактик мулохазаларидан келиб чиқиб, аппендектомия ўтказиш уринлидир.

Сигмасимон ичак буралиши.

Сигмасимон ичак анча харакатчан ва ичак туткичи узун бўлади, ана шу нарса унинг буралиб қолишига олиб келиши мумкин. Сигма нечоглик узун бўлса, унинг буралиб қолиш эҳтимоли шунча кўп бўлади.

Буралиш механизми: сигмасимон ичак дам бўлиб кетганида винтсимон ёки спиралсимон буралиб, урнашиб олишга харакат килади, шу нарса унинг физиологик буралишига олиб келади. Лекин баъзи шароитларда мана шу физиологик буралиш патологик буралишга айланиб кетиши мумкин.

Ахлат массалари ва газлар йўгон ичакда бир-бирига аралашмайди ва олдинма-кейин юришиб боради, айни вақтда сигманинг газ билан тулган

кисми юкоғирок кўтарилишга ҳаракат қилади, ахлат билан тулган кисми эса пастга тушади, шунинг натижасида ичакнинг буралишига олиб борадиган икки куч юзага келади - сигманинг иккала тиззаси бир-бири билан кесишиб, узунасига кетган ўқи атрофида буралади. Буралиш аксари унча катта бўлмайди - 180°-270°-360° га етади, камдан-кам холларда ичак жуда кўп- 540° ва хатто 720° гача буралади, яъни ўзи ўқи атрофида бир-икки марта айланиб қолади. Сигмасимон ичак камрок- 270° гача буралганида мустақил равишда, шунингдек консерватив даво таъсири билан ҳам ўз холига келиб, ростланиб олиши мумкин. Ичакнинг ўз атрофида неча марта буралганлиги касалликнинг оғир-енгиллигини кўрсатадиган мезон эмас, хали. Агар ичак туткич каттик қисилиб қолган бўлса, ичак 180° га бурилганида ҳам у некрозга учраши мумкин. Ичак туткичида чандиклар борлиги ҳам ахамиятга эга бўлади: ичак туткич каттик бўлиб қолган бўлса, томирлари камрок босилади. Сигмасимон ичакнинг буралиб қолишига бевосита сабаб бўладиган омиллар жумласига қуйидагилар қиради: овқатланиш мароми бўзилиб, кейин меъда-ичак йули ишининг айниши, ичакда хаддан ташқари кўп ел тўпланиши, корин пресси муқкулларининг бирдан қисқариб, кескин таранг тортиши ва бошқалар. Сигмасимон ичак буралиши эркакларда кўпроқ учрайди. Унга аксари ёши қайтиб қолган одамлар гирифтор бўлади, болаларда эса бундай ичак буралиши гиришпунг касаллигига алоқадор бўлади.

Клиник манзараси. Одамнинг ҳожат вақтида оғрик ёки ортикча босим сезадиган бўлиб қолгани, анчадан бери ичи қотиб, қабзият бўлиб юргани, кўпинча "ичи юришмай", кейин ўзича барҳам топиб кетгани анамнезидан маълум бўлади. Бу касалликнинг утишида асосан икки қили тафовут қилинади:

1) кўпинча шиддат билан, "яшиндек тез" ўтиб, оғир бўладиган ва шокка олиб борадиган қили;

2) секинлик билан, нисбатан эсон-омон ўтадиган хили (бирок, чораси кўрилмаса, бу хили ҳам, бир неча кундан кейин бир канча оғир ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин).

Сигмасимон ичакнинг буралиши баъзи ҳолларда қутилмаганда, тусатдан бошланса, бошқа ҳолларда аста-секинлик

Билан зимдан бошланиб боради (аввалдан давом этиб келаётган кабият гуё ичак тутилишига айланади).

Беморнинг умумий аҳоли касаллик хилига қараб ўзгаради: "яшиндек тез" хилида бемор оғир аҳволга тушиб, юзи чақак-чақак бўлиб кетади, томир уриши тезлашиб, артериал босими пасаяди, тана ҳарорати ҳам пасаяди ёки

Одатдагича бўлиб тураверади, тили қурук бўлади. Каттик оғрик тўтиб қолган маҳалда бемор ўзини қуйгани жой топмай, аксари тиззалари билан тирсақларига таяниб олади.

Касаллик нисбатан эсон-омон утаётган маҳалда беморнинг умумий аҳоли каноатланарли даражада қолиб, бадан терисининг турғори унча ўзгармайди, тили нам бўлиб тураверади, томир уриши билан артериал босими норма атрофида бўлади.

Бемор ўзини осойишта тўтади. Қорни шишиб, каттақон бўлиб кетгани кўзга ташланиб туради. Бундай ҳолат 4-5 кун давом этиши мумкин, лекин интоксикасия аста-секин зўрайиб боради.

Оғриқлар қориннинг кўпроқ пастки қисмида сезилади, лекин тарқок бўлиши ва аксари думгазага ҳам ўтиб туриши мумкин.

Ич юришмай, ел тўпланиб бориши, қориннинг "бир томонга тортиб, қийшиқ бўлиб тургани" - асимметрик шаклга қиргани касалликнинг етакчи аломатлари бўлиб ҳисобланади. Дамланиб, катта бўлиб кетган ичак қовузлогли, айниқса касалликнинг бошида, бир кўтарма кўринишида қорин девори

оркали билиниб туриши мумкин. Касалликнинг кейинги муддатларида ичак парези бошла-ниб, корин хар хил даражада дам бўлиб туради. Пальпация килиб кўрилса, корин девори юмшок бўлиб кулга уннайди, оғримайди. Баъзан кориннинг кисилиб қолган сигма оёқчасига тўғри келадиган кисми сал безиллаб туради, холос. Корин деворини салгина силкитиб кўриш "чайкалиш шовкини"га сабаб бўлади, (скляров симптоми, касалликнинг илк босқичида маълум беради). Перкуссия килиб кўрилганида дам бўлиб, чўзилиб кетган сигма устидан "буш кутича" овози аралаш жарангдор тимпанит эшитилади; шу ерда баъзан кивулл симптоми мусбат бўлиб чиқади. Ичак перисталтикаси сакланиб турган бўлса, аускультацияда баралла сезиладиган хар хил ичак шовкинлари, шунингдек "чакиллаб томиб турган томчи шовкини" эшитиладди. Ичак парезида шовкинлар йуқолиб кетади, лекин юрак уриши ва нафас шовкинлари руйи-рост эшитиладди, буларни шишиб кетган ичакдаги газлар уступи бемалол ўтказиб туради (лоттейсен симптоми).

Обухов касалхонаси ва цеге-мантейфел симптомлари мусбат бўлиб чиқади (кўпи билан 500 мл сув ўтади). Рентгеноскопияда суюклик билан газ сатхи кўриниб турадиган "ёруг корин" ёки "кўштир милтик" манзараси кўзга ташланади.

Ирригоскопияда контраст модда факат тўғри ичакни ва сигманинг дистал кисмини шаклан "тумшук" кўринишида тулдиради, холос.

Давоси - касалликнинг "яшиндек тез" хилида операция килиш. Ичак резекцияси, йули тикланади. Бу ишларнинг хаммаси буралиб қолган сигмани асл ҳолатига келтириб, бушатиб олинганидан кейин бажарилади (орка тешик оркали йўгон зонд солиб ёки пункция йули билан сигмани мумкин қадар юқорирогигача бушатиб олгандан ва ичакнинг омон қолганлигини текшириб қургандан кейин бажарилади. Лекин сигма узун бўлса, у омон бўлиб чиққан тақдирда ҳам яна буралиб қолишига йул қуймаслик учун уни резекция қилган маъқул).

Тугун хосил бўлиши.

Ичакда тугун хосил бўлиши (nodus intestinalis) деб ичак тутилишининг шундай хилига айтиладики, бунда ичак буралишида унинг камида икки бўлими иштирок этади. Сигмасимон ичак билан ингичка ичак уртасида тугун хосил бўлиши ҳаммадан кўра кўпроқ учраса, ингичка ичакнинг айрим ковузлоклари уртасида тугун хосил бўлиши камроқ, куричак билан ингичка ичак уртасида тугун хосил бўлиши эса янада кам учрайди.

Ичакда тугун хосил бўлиши тўғрисидаги таълимотнинг хар томонлама эътироф этадиган асосчиси в.л. Грубердир (1814-1890). У ўзининг 1863-1881 йилларда босилиб чиккан асарларида ёнбош ичак билан сигмасимон ичак иштирокида хосил бўлган тугунларни батафсил тасвирлаб утди ва булар ичак тутилишининг алохида бир хили эканлигини, уларнинг ичак тўзилишидаги анатомик хусусиятларга боғлиқ бўлиб, факат ўзига хос клиник манзара билан ўтиб боришини кўрсатиб берди.

Ичак тугунининг хосил бўлиш механизми. Ичак тугуни хосил бўлишида бунга мойиллик турдирадиган (анатомик) ва шу ходисани келтириб чиқарадиган омиллар иштирок этади.

Мойиллик турдирадиган омиллар жумласига куйидагилар киради:

А) корин бўшлиғида анчагина сўрилиб турадиган узун ва харакатчан ингичка ичак ковузлоклари бўлиши;

Б) сигма учларининг асоси ёнида бир-бирига яқинлашиб келиши;

В) сигма оёқчасининг ичак туткичида чандиклари бўлиши;

Г) куричак билан ёнбош ичак туткичининг битта, умумий бўлиши;

Д) ичакларнинг буралиши, айланишига ёрдам берадиган битишмалар, тортмалар, битувлар бўлиши.

Ичак тугуни хосил бўлиши ходисасини келтириб чиқарадиган омиллар жумласига қуйидагиларни киритиш керак:

А) ичак ковузлокларининг бир-бирини қисиб қуйиши осон бўладиган тахлитда жойлашганини;

Б) ичак перисталтикаси кучайишини;

В) ичак ковузлокларининг буралишгача бориб етадиган даражада айланишини;

Г) ичак ковузлокларининг газ ва ахлат массалари билан нотекис тулишувини.

Д) корин ички босими кўтарилиб кетишига олиб борадиган ҳар хил омилларни.

Ичак ковузлоклари орасида тугун хосил бўлганида ичакнинг икки буқланган узун ковузлокларидан бири (аксари сигма шу ролни уйнайди) асосий уқ хизматини утайди, бошқа бир узун ичак ковузлори (кўпинча ингичка ичак) бояги асосий уқ атрофида уралиб, ўзини ҳам, ураб олаётган ичакни ҳам тортиб, қисиб кўяди. Ичакнинг юришмай қуйиши ва қаршилиқ пайдо бўлганлиги туфайли перисталтиканинг кучайиши тугуннинг янада кўпроқ тортилишига ва бунга қўшилган ичак туткичининг қаттиқроқ қисилиб қолишига олиб боради.

Ингичка ичак билан сигмасимон ичак уртасида хосил бўладиган тугунларнинг ҳаммасини wilms (1909) икки хилга бўлади: сигма ковузлоги юқорига қараб турадиган тугун ва сигма ковузлоги пастга қараб турадиган тугун.

Сигма билан ингичка ичак уртасида тугун хосил бўлганида қисиб кўядиган халқа одатда ингичка ичак ковузлоридан иборат бўлади. Тугун хосил бўлиши устига баъзан сигманинг қундалангига кетган ўз уқи, атрофида

айланиб, буралиб қолиши ҳам кўшилади. Тугун ҳосил бўлиши жараёнида ичакнинг катта-катта бўлимлари иштирок этадиган бўлганидан, тез орада оғир шок бошланиб, ичакнинг анчагина жойи некрозга учрайди, бунинг устига перитонит бошланиб, ахволни оғирлаштириб кўяди (ингичка ичак некрози сигма некрозига караганда эртарок бошланади).

Клиник манзараси. *Peus* ёки *nodus intestinalis*, одатда, ҳеч бир даракчиларсиз, одам соппа-соғ юрган вақтда, аксари кечаси тусатдан бошланади. Бемор жуда ҳам безовталаниб, ўзини ҳар ёнга ташлайди, мажбурий ҳолат олади:

Оёқларини корнига тортиб, ёнбошлаб ётади. Беморнинг юзи чақак-чақак бўлиб, ранги кукариб кетади. Томир уриши тезлашиб, пулси сезилар-сезилмас бўлиб қолади. Артериал босим пасаяди, тил куриб туради. Олигурия бошланади. Тез орада (касалликнинг дастлабки соатларида) шок бошланади. Оғриқлар энг бошиданок чидаб бўлмас даражага етади ва доимий бўлиб, бутун қоринда сезилиб туради.

Қайт қилиш ҳам дарров бошланади ва кўп марта такрорланади, аynи вақтда одам ҳар сафар кўп-кўп кусади. Одатда ич юришмай, ел тўпланиб боради. Ичак перисталтикаси аксари кўзга кўринмайди. Касалликнинг бошида қорин

Юмшқок бўлиб, чап ярми сал безиллаб туради. Лекин ичаклар некрози ва перитонит тез авж олиб бориши муносабати билан қорин пардасининг таъсириланишига ҳос аломатлар пайдо бўлади. Обухов касалхонаси симптоми, цеге-мантейфел симптоми мусбат бўлиб чиқади, рентгеноскопияда йўғон ичакнинг дам бўлиб кетгани кўриниб туради. Бу касаллик жуда шиддат билан ўтади.

Диагностикаси. Симптоматикаси характерли бўлади - касаллик тусатдан бошланиб, қоринга алоқадор аломатлар нисбатан кам бўлгани ҳолда шок

тез авж олиб боради. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши, ўткир панкреатит ва алиментар интоксикация билан дифференциал диагноз ўтказиш керак бўлади.

Давоси - факат операция.

Ичак тугилишининг аралаш хили.

Ичак тугилишининг бу хилида обтурацияга хос ходисалар ҳам, странгуляцияга хос ходисалар ҳам бўлади. Ичак тугилишининг шу хилига куйидагиларни киритиш мумкин:

1) ичакнинг ривожланишидаги нуксонлар туфайли бирдан ичак тугилиб қолиши;

2) инвагинация;

3) чурранинг ичкарида қисилиб қолиши.

Буларнинг биринчисига:

А) ингичка ва йўгон ичак малротацияси;

Б) меъда-ичак йулининг иккига бўлиниб қолгани (дубликацияси);

В) меккел дивертикули ва бошқалар туфайли ичак тугилиши қиради.

Малротация. Малротация меъда-ичак йулининг нормал эмбриологик ривожланиши издан чиқишига алоқадордир. Шунинг учун ҳам она қорнидаги хомиллада бу ходисанинг қай тарика руй беришини қисқача эслатиб утамыз.

Меъда-ичак йули ўз тараккиётининг энг бошида умуртка ногонаси бўйлаб оғиз бўшлиғидан то анусгача чўзилиб борадиган пайдан иборат бўлади. Она қорнидаги ҳаётнинг 5-6 ҳафтасидан бошлаб бу ичак найи тез ушиб боради ва қиндик қовузлогини ҳосил қилиб букила бошлайди (тизза ҳосил қилади). Қиндик қовузлоги қиндик тешиги орқали қорин бўшлиғидан ташқарига чиқади ва қиндик тизимчасидан жой олади. Хомиланинг 10-11-

хафтасида ичак ковузлори корин бўшлигига кайтиб тушади ва айни вақтда устки ичак туткич артерияси атрофида соат стрелкаси йуналиши бўйлаб 270° га буралади. Ичак ковузлогининг буралиши куричак унг ёнбош сохасида ўз холатини эгаллаганидан кейин поёнига етган бўлиб хисобланади.

Она корнидаги хомила хаётининг 4-5-ойида ингичка ичак туткичи умуртка погонасининг олдинги юзасида кориннинг орка девори билан кийшик ёъналишда - устки ичак туткич артериясидан то куричаккача бўлган жойда битишиб кетади - ичак туткич илдизи - радих месентерии пайдо бўлади.

Мана шу жараён бола туриладиган вақтга келгунча хамиша ҳам поёнига етавермайди, бунда кейинчалик хар хил ўзгаришлар руй бериши мумкин. Ичак найининг нормал ротасияси издан чикканида катта ёшли одамларда уч хил аномалия бўлиши мумкин:

1) нонротация - урта ичак дастлаб 90° с га буралганидан кейин ортик буралмай кўяди - бутун ичак битта ичак

Туткичга эга бўлиб колади, бунда ўн икки бармок ичакнинг дистал кисми ва бутун ингичка ичак унг томонда,

Йўгон ичакнинг бошлангич кисми эса чап томонда бўлади;

2) малротация - чала буралиш (чала ротация, энг кўп учрайдиган хили) ингичка ичакнинг урта бўлими 180° га

Буралади, ўн икки бармок ичакнинг пастки кисми ичак туткич илдизи тагида, куричак эса туш ости сохасидан унг томонда ётади. Бунда ичак тутилишининг хар турли хиллари учраши мумкин. Диагностикаси синчиклаб рентгенологик текшириш ўтказишни талаб килади.

3) дубликация - меъда-ичак йулининг икки букилиб туришидир, " ileum duplex ", "каттакон дивертикул" деб шуни айтилади.

Хазм йулининг бор буйида учраши мумкин, лекин ёнбош ичак соҳасида кўпроқ учрайди.

Бундай тўзималарнинг ичидаги суюқлик кўпинча шилимшиқ парда секретидан иборат бўлади ("интрамурал киста" ёки "эндоген киста" деган номи шундан олинган). Агар бу тўзилма ичак йули билан туташган бўлса, унда ичак суюқлири ҳам бўлиши мумкин. Бундай тўзималарнинг шакли ва катта-кичиклиги хар хил бўлади, баъзида улар ичак деворидан чикиб келган, узунлиги 40-50 см га борадиган дивертикул шаклига киради. Дубликациялар асосий ичакни босиб куйиб, обтурацияга (ичак йулининг беркилиб қолишига) сабаб була олади, лекин ичак тугилишининг бошқа турлари ҳам учраши мумкин.

Диагностикаси кийин. Рентгенологик, лапароскопик текшириш усуллари кулланилади. Корин бўшлиғи кислоталари ва ўсмалари билан дифференциал диагностика ўтказилади.

Давоси - операция.

Меккел дивертикули туфайли бирдан ичак тугилиши. Турли олимларнинг маълумотларига караганда, барча ичак тугилиш холларининг 0,9-5 фоизига меккел дивертикули сабаб бўлади. Меккел дивертикули турма аномалияларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, тахминан одамларнинг 2 % да топилади. У она корнидаги хомила ҳаётининг 6-8-хафтасига келиб одатда баътамом беркилиб кетадиган ва боланинг тугилиш чоғига келган-да бутунлай битиб қоладиган бирламчи ичак найчасини киндик билан боғловчи рудимент орган - *dustus omphaloenterisus* - дир.

Лекин инволюция кечикиб қоладиган бўлса, баугин тусигидан 25-60 см масофада меккел дивертикули шаклланиб боради (ичакнинг кабарик юзасидан, яъни ичак туткичининг рупарасидан чикиб келади). Дивертикул узунлиги 2 см дан 30 см гача бориши мумкин. Унинг девори ичак билан бир хил-

даги тўзилишга эга бўлади. Дивертикулнинг учи киндик билан боғланган бўлиши мумкин (йули гохо сакланиб қолади), баъзан учига тортма бўлиб, у корин пардаси варагига, лекин аксари ичак туткичига бириккан бўлади, ниҳоят, у корин бўшлиғида эркин холда ётиши мумкин.

Дивертикул нечорлик узун бўлса, унинг ичак ковузлоги кисилиб қолишига сабаб була олиш эҳтимоли шунча кўп бўлади. Дивертикул корин бўшлиғида эркин ётган бўлса, унинг ўзи кисилиб қолиши мумкин.

Клиникаси. Меккел дивертикули туфайли ичаги тугилиб қолган касаллар анамнезида оғрик хуружлари, кунгил айниши, қайт қилиш ҳолларининг қайта-қайта такрорланиб турганини айтиб ўтиш мумкин. Баъзан киндик соҳасида рудиментар ичакнинг битмай қолганидан дарак берадиган тешик яра бўлиши мумкин.

Дивертикулда ичак ковузлоги кисилиб қолиши туфайли бирдан бошланган касаллик вақтида ингичка ичак тугилиб қолишига ҳос манзара яққол намоён бўлади. Баъзида бошқа ривожланиш аномалиялари (тиртик лаб, олти бармоқлик ва бошқалар) бўлиши мумкин.

Меккел дивертикули кисилиб қолиб, некрозга учраганида кўпинча ўткир аппендицитга ўхшаш бир хил касаллик белгилари бўлади.

Давоси операция (меккел дивертикули олиб ташланади ёки ингичка ичак дивертикул билан биргаликда резекция қилинади).

Инвагинация.

Ичак бир қисмининг иккинчи қисми ичига кириб қолиши. Бунда учта ичак найидан - битта ташки ва ағдарилиб қолган иккита ичак найидан иборат цилиндр ҳосил бўлади. Уч цилиндрли оддий инвагинация деб шуни айтади. Унда қабул қилиб олувчи ташки цилиндр (*intussuspiens* ёки инвагинат кини) ва кириб оладиган ички цилиндр (*invaginatium seu intussusseptum*) "инвагинат" тафовут қилинади.

Инвагинатнинг ички учи - ички цилиндрнинг урта цилиндрга ўтадиган жойи - "бошчаси" деб унинг асоси, ташки цилиндрнинг урта цилиндрга айланадиган жойи эса "буйинчаси", "ёқаси" деб аталади.

Ичак қисмлари одатда перисталтика йуналиши бўйлаб бир-бирининг ичига кириб қолади (пастга тушиб боровчи инвагинация), лекин юқорига қўтарилиб борадиган ёки ретроград инвагинация ҳам бўлиши мумкин (камдан-кам ҳолларда).

Некрознинг қанчалик авж олиши инвагинат ичида ичак туткичининг нечорлик қисилиб қолганига боғлиқ бўлади. Лекин инвагинатнинг ташки цилиндри некротик ўзгаришга учраган ички цилиндрни инвагинат буйинчасидаги битишма жараёни ҳисобига алохидалаб, яққалаб қўяди, некрозга учраган ички цилиндр эса қучиб тушиб, табиий йул билан ташқарига чиқиб кетиши мумкин. Аммо бундай ҳодиса қамдан-қам учрайди.

Этиологияси. Ичаклар инвагинацияси (*invaginatio intestini*) механизмини тушунтириб берадиган бир нечта назария бор:

- 1) механик;
- 2) спастик;
- 3) паралитик назариялар шулар жумласидандир.

Кириб қоладиган ичак деворида қандай бўлмасин бирор хил патология ўзгаришлар (оёқчали ўсма, яллиғланиш инфилтрати ва бошқалар) борлиги ахамиятга эга бўлади, булар перисталтика ҳаракатлари натижасида ичак йулидан дистал томонга қараб сўрилиб бориб, ичак деворини ўзига эргаштириб қетади. Шунингдек ичак деворининг мудом спазм ҳолатида бўлишининг ҳам ахамияти бор, чунки ичакнинг спазмга учраган булагига ўздан юқоридоғи булақларининг перисталтик ҳаракатлари натижасида ичакнинг парез ҳолатида бўлган бошқа булагига кириб қолади, яъни ичак деворида гир айлана бўлиб ва зунасига жойлашган мускуллар қисқаришининг уйрунлиги

бўзилганида, нервлар билан идора этилиши издан чикканида шундай бўлади. Инвагинациянинг бу хили кўпинча ингичка ичак қуричакка кириб колганида кўзатилади.

Инвагинация ходисаси болалар ва усмирларда кўпрок, катта ёшли одамларда камрок учрайди (Л. М. Ровал, Д. П. Чухриенко, М. И. Кузин).

Инвагинациялар классификацияси:

А. Ўткир хиллари.

1. Ингичка ичак билан йўгон ичак соҳасида учрайдиган инвагинациялар:

А) ингичка ичакнинг ингичка ичакка қириб қолиши (хам пастга тушиб борувчи, хам ретроград хили);

Б) илеосекал бурчак соҳасидаги ингичка ичак билан йўгон ичак инвагинацияси;

В) йўгон ичакнинг йўгон ичакка кириб қолиши (хам пастга тушиб борувчи, хам ретроград хили);

Г) чувалчангсимон усимтанинг қуричакка кириб қолиши.

2. Меъда ва ўн икки бармок ичак соҳасида учрайдиган инвагинациялар.

Б. Инвагинацияларнинг хроник хиллари.

Клиникаси ва диагностикаси. Болаларда бу касаллик кўпинча ўткир холда ўтади, катта ёшли одамларда ярим ўткир ва хроник хиллари кўпрок учрайди.

Ўткир хилида касаллик тусатдан, баъзида энтерит устига ёки сурги ичилганидан кейин бошланади. Асосий аломати тўтиб-тўтиб турадиган каттик оғриқлар бошланишидир, бу оғриқлар перисталтика кучайиши билан баравар зўрайиб бориб, чидаб бўлмас даражага етади ва сўнгра секин-секин камайиб қолади. Вакт утган сайин оғриқлар тўтиб туриши уртасидаги ора-

ликлар кискариб боради. Оғриклар вақтида одам қайта-қайта кусади. Хожат вақтида ахлатига кон аралашиб тушади, тенезмлар бўлиб туради. Кон аралаш ич келганида ахлат кўпинча "малина желеси" кўринишида бўлади.

Корин кўздан кечириб каралганида перисталтика кўриниб туради. Чуқур пальпацияда унг ёнбош соҳасида кам ҳаракат киладиган, безиллаб турган колбасимон тўзилма кулга уннаши мумкин (ингичка ичак йўгон ичакка кириб колганида). Тўғри ичак бармок билан текшириб кўрилганида ахлатга кон аралашиб колгани маълум бўлади.

Баъзан инвагинатнинг бошчаси кулга уннаши мумкин.

Диагностикаси характерли симптомлар триадасига:

- тутиб-тутиб турадиган оғриклар борлиги,

- кориннинг унг ярида колбачасимон тўзилма кулга уннаши,

- тўғри ичакдан кон аралаш суюклик келиб туришига асосланади.

Аппендикуляр инфилтрат билан дифференциал диагностика ўтказилади (инфилтратга яллиғланиш жараёни характерли бўлса, инвагинацияда симптомлар триадаси бўлади).

Рентгенологик текширишда горизонтал сатх (кюйбер косалари), ингичка ичак йўгон ичакка кириб колган маҳалда эса ирригоскопияда "иштишли айри" ёки "шокила" манзараси кўзга ташланади (суюк барийнинг инвагинатни четлаб ўтиши ҳисобига).

Давоси - операция. Касалликнинг илк боскичларида инвагинатни осойишта ва авайлаб туриб, босиб чиқариш (дезинвагинация қилиш), ичак терминал бўлимини ичак туткичга тугун чоклар билан чаতিб қуйиш мумкин бўлади.

Дезинвагинациянинг иложи бўлмаса ёки ичак ковузлоги (инвагинат) иришга бошлаган бўлса, омон колган кисмигача резекция килиниб, ичак найи бўлганади ва йули тикланади.

Динамик ичак тутилиши. Ичак харакат функциясининг нерв-гуморал йул билан идора этилиши бўзилганида кўрилади. Паралитик ичак тутилиши перисталтиканинг батамом йуколиб кетиши, ичак девори мускул кавати тонуси сусайиб колишига алоқадордир. Ичак газ ва суюклик билан тўлиб-тошиб кетади.

Этиологияси. Корин бўшлиғи органлари турли касалликлари ва шикастларининг асорати тарикасида бошланади. Перитонитда ичак туткич томиларининг тромбози ва эмболияси вақтида айникса ёркин ифодаланган бўлади.

Клиникаси ва диагностикаси. Динамик ичак тутилишининг асосий аломатлари коринда оғрик туриб, "ахлат аралаш" кайт килиш, ич юришмай колиб, ел тўпланиб бориши ва шунинг натижасида кориннинг шишиб кетишидир. Оғриклар босиб тургандек, ёриб юбораётгандек бўлиб сезилади ва одатда доимий бўлади. Кунгил айниб, одам кайта-кайта кусаверади, кусукка туриб колган, куланса хидли бир талай суюклик аралашиб тушади. Перисталтика йуколиб кетганлигидан коринда "сув куйгандек жимлик" бўлади (Лойтейссен симптоми).

Давоси. Меъда-ичак йулини тинмай дренажлаб туриш йули билан перисталтикани тиклаш чоралари кўрилади (бурундан ичакка зонд солиш ва йўгон ичакни дренажлаш йули билан). Паралитик ичак тутилиши перитонитга борлик бўлса, уни келтириб чиқарган сабабни баргараф этиш керак.

Перисталтикани жонлантириш учун аминазин (симпатик нерв системасининг перисталтикани сусайтирувчи таъсирини кесади) ва прозерин, убретид ишлатилади (булар парасимпатик нерв системаси функцияларини ку-

чайтиради, беморга аминазин берилганидан кейин 45-50 минут ўтказиб туриб юборилади).

Умумий коидаларга амал қилиб, гомеостазни ўрнига келтириш чоралари кўрилади.

Бирдан меъда кенгайиши кўпинча лапароскопиядан кейин, хаддан ташқари кўп овқат ейилгани, сода ичилганидан кейин пилоруснинг деноменсацияланган стенозида ва атоник меъда чўзилиб кетган маҳалларда учрайди.

Бу касалликнинг невропатик конституцияли кишиларда, озиб-тўзиб кетган одамларда кўпроқ бўлиши пайкалган.

Патогенези етарлича урганилган эмас. Меъданинг харакатлантирувчи периферик апарати адашган ва симпатик нервлардан келиб турадиган импульслар таъсирида рефлектор йул билан тормозланиб қолади деб ҳисобланади.

Меъда девори тонусини йукотиб, бушашиб қолади, бу - унинг хаддан ташқари кенгайиб кетишига олиб келади. Меъда ниҳоят даражада катталашиб, ингичка ичакни пастга, кичик чанок бўшлиғига суриб кўяди-да, деярли бутун корин бўшлиғини эгаллаб олади. Айни вақтда ингичка ичак тугкичи жуда таранг тортилиб, ўн икки бармок ичакнинг горизонтал тиззасини босиб кўяди, бу - меъданинг бушалиб туриши учун, ўз навбатида, кўшимча кийинчиликларни турдиради. Шундай қилиб, ўн икки бармок ичакнинг артерио-мезентериал тугилиши деб аталадиган касаллик вужудга келади.

Клиник манзараси. Касаллик туш ости соҳасининг босилиб тургандек оғир бўлиб сезилиши билан бирдан бошланади, уртача даражада оғрик бўлиб туради.

Бирдан меъда кенгайишида одам олдинига кўп-кўп кусади, кусукча сафро аралашиб тушади, кейинроқ айниб бораётган кон кўшилганидан кусук

жигарранг-корамтир тусга кириб, куланса хидли бўлиб қолади, лекин унга "ахлат аралашган" бўлмайди, чунки ингичка ичак суюқлири меъдага утмайди. Бирок меъда девори жуда тез фалаж бўлиб қолганида одам қайт қилмаслиги ҳам мумкин (борхардт симптоми).

Туш ости сохаси қўп утмай дам бўлиб, шишади, кориннинг шу тарика дам бўлиши аста-секин чап ковургалар тагига тарқалади, сўнгра киндикдан пастга ҳам тушиб, иккала ёнбош чуқурчаларини айтмаганда кориннинг деярли ҳамма томонига ёйилади.

Корин пайпаслаб кўрилганида девори каттиккина таранглашиб тургани - "футбол коптоғи" симптоми (Шварц симптоми) аниқланади, меъда перисталтикаси бўлмайди. Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб турган меъда устидан тимпаник овоз эшитилса, бирмунча паст жойлардан бўғик овоз эшитилади. Кўпинча "чайкалиш шовкин" ни ҳам эшитиш мумкин бўлади. Тез орада коллапс бошланади, у касалликнинг бошидан ҳисоблаганда 2-3 соатдан кейинрок маълум бериб қолиши мумкин. Бемор ҳадеб қусаверганидан кўзлари қиргайиб, юзи чақак-чақак бўлиб кетади. Томир уриши тезлашади, пулси сезилар-сезилмас бўлади, артериал босим пасайиб, беморнинг кул-оёқлари муздек бўлиб туради, тана ҳарорати пасайган бўлади. Нафас тезлашиб, юза бўлиб қолади (диафрагма юқорига кўтарилиб туради).

Шундай ҳоллар ҳам бўладики, меъда бирдан кенгайиб кетганида хлоридлар қўп ёқотилганлиги туфайли бунга "меъда тетанияси" ҳам қўшилади. Клиник жиҳатдан олганда бу ҳолат одамнинг умуман талвасага тушиб, оёқ бармоқларининг пёс эгуина варус кўринишида буқилиб туриши, энса мускуллари таранг тортиб, тризм бўлиши ва бошқалар билан ифодаланади. Беморга венасидан калсий хлорид эритмаси қуйиш ва бошқа суюқликларни мул-кул юбориб туриш йули билан бу ходисалар бартараф этилади. Рентгеноскопияда меъданинг жуда қатта бўлиб кетгани маълум бўлади.

Касаллик диагностикасида унинг учта асосий симптоми:

- хадеб кусавериш,
- кориннинг характерли тарзда дам бўлиб туриши,
- барвакт коллапс бошланиши ахамиятга эга.

Зонд солиб кўрилса, у бемалол меъдага ўтади, зонддан сафро аралаш бир талай меъда суюклири келади (меъда кенгайиши шу билан меъда буралишидан фарк килади, меъда буралиб колганида унга зонд утмайди).

Давоси. Консерватив йул билан даво килинади - йўгон зонд солиб, меъда ювилади, кейин бурундан меъдага доимий зонд солиб куйилади. Бемор унг ёнбошини босиб ёки чалканча тушиб ётгани маъкул, шунда ўн икки бармок ичак камрок босиладиган бўлади. Гомеостазни ростлаб, ўрнига келтириш чоралари кўрилади.

Даволаш.

Ўтқир ичак тутилишини даволаш мураккаб масаладир. Аввало кабул килиш бўлимида ичакнинг ўтқир тутилиши деб гумон килинган бемор келтирилса, куйидагиларни бажариш шартдир:

1. Анамнез йиғиш-оғрик бошланишининг тури, канча вақт утди ва х.к.з.
2. Экспресс лаборатория текширишлари: кон гурухи, резус-фактор ва х.к.з.

Бемор шок холда бўлса, налгетиклар, кўрсатмага караб юрак препаратлари берилади (наркотиклар мумкин эмас) ва корин бўшлиғи рентгенография килинади. Рентгенологик текширишдан олдин клизма куйиш мумкин эмас (соғлом одамга ҳам тозаловчи клизма куйилиб, рентген килинганда касачалар кўринади).

Ўткир ичак тугилиши консерватив ва оператив усулда даволанади. Ичак тугилишининг қайси тури бўлишидан катъий назар даволаш консерватив усулдан бошланади.

Консерватив даволашга кўрсатмалар:

1. Динамик ичак тугилишининг ҳамма турлари.
2. Буйрак ва жигар санчиғи вақтида рефлектор ҳолатида ичак тугилиши.
3. Кўпол овкатлар ичак бўшлиғини тулдириб, обтурасияга олиб келганда.
4. Ичакда гижжалар урами тикилиб қолса.
5. Битишма сабабли ичак тугилишининг бошлангич даврида.

Карши кўрсатмалар:

Механик ичак тугилиши, қон босими паст, сианоз, тахикардия, тили қуруқ, дегидратасия ҳолати бўлса, "ахлатли кусук".

Қоринда перитонит белгилари бўлиши.

Консерватив даволаш куйидагилардан иборат:

1. Назогастрал зонд ёрдамида суюқлини ошқозон-ичакдан суриб олиш.
2. Вишневский усулида 0,25% новокоин билан паранефрал блокада.

Агар консерватив даво яхши натижа бермаса, оператив даволанади.

Кўрсатмалар: ингичка йўғон ичакларнинг буралиб қолиши, тугун ҳосил қилиши, сигмасимон ичак буралиши, қисилиши, обтурация ва х.к.

Операцияда энг яхши оғрикислантириш усули мушак релаксантларини қуллаган ҳолда комбинацияланган эндотрахеал наркоз. Урта-урта лапаротомия қилинади, қесим қиндикнинг чап томонидан айланиб ўтиб, 20 см дан кам бўлмаслиги керак. Лапаротомиядан кейин рефлексоген зоналарни

блокада килиш максадида ингичка ва йўгон ичак туткичи ва куёш чигали со-
ҳасига 0,25% 100-150 мл новокаин юборилади (шокнинг олдини олиш учун).

Ичак тутилиши бўлган жой ичак чокларининг холатига караб аниқла-
нади.

Ичак тутилган жойдан юкориси шишган, пастки бушашган бўлади.

Оператив даволаш принциплари:

1. Механик тўсикни йукотиш. Ингичка ичак тутилишларида тўсик ба-
тамом йукотилади, хатто ичак резекцияси килиниб, ичаклараро анастомоз
куйилади, бу конда йўгон ичак тутилишларига таълуқли эмас, бунда анасто-
моз куйилганда чоклар етишмовчилиги ва перитонит олиб келиши мумкин.
Факат чамбар ичак обтурациясига сабаб бўлган, унг томонлама ичак ўсмаси
бўлганлигида гемиколектомия килиниб, гемотрансверзоанастомоз куйила-
ди. бошқа холларда 2 ёки 3 этапли операциялар ўтказилади.

2. Этапли операция 1- ўсма бор ичакни резекция килиб, олиб келувчи
ичак чокига гайритабий орка тешик куйиш 2- олиб келувчи ва олиб кетувчи
ичаклар чикига анастомоз куйиш.

3. Этапли операцияда обтурациядан куйиш устамаси бор ичак кисми-
ни резекция килиб, ичаклараро анастомоз куйиш, секостомани ёпиш.

2. Ичакнинг некрозга учраган ёки эхтимоли бўлган кисмини олиб
ташлаш. Кунун буйича ичакнинг келувчи кисмидан 30-35 см, кетувчи кисми-
дан 20-25 см кўшиб резекция килинади. Операция тугагач, корин бўшлиғи
илик антисептик билан ювилиб, суюкликлар электросургич ёрдамида суриб
олинади.

Ичакларни корин булигига куйиб, контрапертуралардан найчалар
колдирилиб, корин деворини тикиш керак, лекин шишиб буртган ичак халка-

ларини ўз ўрнига куйиш осонликча бўлмайди. Шунинг учун ичакларнинг ичидаги газлар ва суюқликлардан бушатиш лозим.

- "соғиб чикариш" усули газ ва суюқликлар ингичка ичакдан йўгон ичакка силжитилиб, сўнг тўғри ичакдан зонд юборилиб, ташкарига чикарилади.

- Ичакларни суриш трубкаси бор аппаратлар найчаси (актив сургич) ёрдамида бушатиш.

- Ингичка узун резина най операция вақтида гастростом ёки энтеростом йули билан ичак ичидаги газ ва суюқликлардан бушатилади.

Корин парданинг яллиғланиши-перитонит бўлса, ичакнинг ўзгарган қисмини резекция қилишга қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Тартибни бузмасдан, ошқозондан тўғри ичакка ва кетма-кет ичакнинг ҳар бир қисмини синчиклаб

Текшириш зарур. Корин пардасининг йиртилган жойи бўлса, чоклар ёрдамида перитонизасия қилинади. Ичак туткичида дарчалар бўлса, тикилиб, корин пардасидан ичакларга кетган битишмалар тикилиб, ўрни перитонизасия қилинади. Перитонит бўлган тақдирда ичакнинг некрозли қисми резекция қилинса, унг ва чап ёнбошдан дренаж найчалар қолдирилади.

Энг охирида операция қилган жаррох тўғри ичак сфинктерин дивулсия қилиб, сўнг йўгон резина зондни тўғри ичакка киритиши керак.

Йўгон ичак буралиб қолган бўлса уни жаррохлик усули билан даволашда айрим ўзгаришлари бор: клизма билан юборилганда сув илеосекал бурчакка боришини билганимиз ҳолда, йўгон ичакнинг буралиб қолишини айрим вақтларда клизма билан тугирлашимиз мумкин. Бу яхши натижа бермаса операция қилинади.

Текширилганда илеоцекал бурчакдаги некроз бўлса ва уни резекция қилиш зарур бўлса, биринчи ингичка ичакни йўгон ичакнинг қундаланг қисмига анастомоз ёнма-ён қилиниб, сўнг некрозга учраган қисм олинади.

Сигмасимон ичак некрози бўлса-уша қисмини олиб ташлаш ва яна улаш хавфлидир. Шунинг учун бу ерда нотабий орка чиқарув тешиги чап ёнбошдан қилинади.

Операция қилинганда қорин бўшлиғи очилгандан кейин агар ўсма бўлиб, операция йули билан олиб ташлаш иложи бўлса, шу қисми резекция қилиниб, анастомоз қўйилади. Агар ичаклар шишиб кетган, перитонит ҳолати бўлса, вақтинчалик қур ичакдан окма ҳосил қилинади. Йўгон ичакдаги ўсмани олиб ташлашни иложи бўлмаса, уни айланиб ўтадиган анастомоз қилиниб, поллиатив операция бажарилади.

Ичак обтурацияси каттик ёт жисмлар ёки гижжалар тугуни натижасида ҳосил бўлса, ичак узунасига кесилиб, ёт жисм олиб ташланиб, ичак қундаланига тикилади.

Инвагинация бошланганига кўп вақт утмаган бўлса, клизма ёрдамида дезинвагинация қилишга ҳаракат қилиш керак, иложи бўлмаса операция қилинади. Операция вақтида инвагинати тортиб олиш мумкин эмас, уни итариб чиқариш керак. Чиқарилган ичак текширилиб кўрилади, некрозга учраган бўлса резекция қилинади. Дезинвагинация қилишнинг иложи бўлмаса ичакнинг инвагинация қилинган қисмини инвагинат билан биргалиқда резекция қилинади. Битишмалар сабабли ичак тутилишида қорин бўшлиғи очилгандан сўнг кесилиб, ичаклар эркин ҳолатга келтирилади. Ичакнинг қучган сероз қавати бўлса перитонизасия қилинади. Ичакда морфологик ўзгаришлар бўлса, шу қисм резекция қилинади. Оғир битишма касаллиги бўлиб, қорин бўшлиғининг кўп қисмини эгалланган бўлса, нобел операцияси тавсия этилади. Ичак иплари ёрдамида сероз-мушак қочқар билан, ичак тутқичининг анатомик узгачалигини ҳисобга олиб, ичак қовузуқларининг энг

кулай холатини кўзатиб, горизонтал, вертикал ёки аралаш холда бир-бири билан тикилиб, фиксация қилинади.

Операциядан кейинги патогенетик даво.

Ошқозон ва ичакларнинг мотор функциясини тиклаш мақсадида назогастрал зонд ёрдамида суюқлик аспирация қилинади. Антихоленестераз препаратлар берилади, ичакни электростимуляция сеанслари ўтказилади. Дезинтоксикация мақсадида нормал диурез тикланади. Синтетик плазма ўрнини босувчи суюқликлар (реополиглюкин, гемодез) токсин адсорбентлари бўлиб, буйрақлар оркали чиқарилишига ёрдам беради.

5.. Предметлараро ва предмет ичи боғлиқлиги:

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекцион касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.

6. Машгулот тартиби:

6.1. Назарий қисми;

Аналитик қисм.

Бемор 35 ёшда, булимга қоридаги тулғоксимон оғриққа, қунгил айнишга, қорин дам бўлишига, ич келмаслигига, газ чиқмаслигига, умумий ҳолсизликка шикоят қилиб келди. Сузидан охириги 12 соатдан буён хаста. Анамнезидан 2003 йил кесарча-кесиш амалиёти бажарилган. Бемор умумий ахволи урта оғирликда. Тери қопламлари рангпар. Упкасида везикуляр нафас, 1 минутда 22 марта. Юрак тонлари бугиклашган, ритмик 1 минутда 96 марта. Ақб 100/60 мм см уст. Тили нам, оқ қарашли. Умумий ахволи урта оғирликда. Тери ва шиллик қаватлари рангпар. Упкасида везикуляр нафас,

нафас олиш сони 22 та. Юрак тонлари бугиклашган, акб 100/60 мм. Сим. Уст., пульс 96та. Корин дам, нафас актида иштирок этмайди. Пайпаслаганда коринда таркок огрикли, мушаклар таранглашган. Ичаклар перистальтикаси эшитилмайди. Ич ва ел келмаган. Охирги марта 2 кун олдин келган. Валь, кивуль, шеткаина блюмберг, лотейссон, скляров белгилари мусбат. Корин бушлиги умумий рентгеноскопиясида якка клойбер косачалари, ичакларда пневматоз аникланди. Лейкоцитоз 15 минг.

Сизнинг тахминий ташхисингиз?

Беморни олиб бориш тактикаси?

Беморда ўтқир ичак тутилиши(чандикли). Буни бемор шикоятлари, ич ва ел келмагани, валь, кивуль, шеткаина блюмберг, лотейссон, скляров белгилари мусбатлиги, корин бушлиги умумий рентгеноскопиясида якка клойбер косачалари, ичакларда пневматоз борлиги тасдиқлайди. Беморга киска муддатли тайёргарликдан сунг шошилишч оператив даво утказиш керак.

Тест саволлари.

1.ичак тутилишида ичаклар харакати бузилишининг асосий сабаблари?

- А) ичак автоматизимининг бузилиши
- Б) корин бушлигининг чандиклари
- В) узун ичак
- Г) калта ичак
- Д) ичак тугкичининг калталиги

2. Ичак тутилишининг энг огир кечадиган турини курсатинг?

- А) обтурация тури
- Б) спастик-сикилиш тури
- В) странгуляция
- Г) механик
- Д) паралитик тури

3. Механик ичак тутилиши бошлангич даврида огрикнинг характери?

- А) доимий огрик

Б) симилловчи огрик

В) кучли булмаган

Г) дардсимон

Д) кучайиб кетадиган

4. Механик ичак тутилишининг биринчи 24 соатда кузатиладиган асосий уч белгиси?

А) корин дамлаш, огрик ел булмаслиги

Б) огрик кунгил айнаши, ел булмаслиги

В) огрик кусиш ел булмаслиги

Г) огрик кусиш

Амалий қисм. №1. Ўткир ичак тутилиши белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир ичак тутилишининг симптомларини аниқланг. Беморни қўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.

Текшириш босқичлари	Мх Балл	Мин Балл	Жавоб Йўқ
1. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади.	10	5	0
2. Қорин кўздан кечириш: асимметрия, шиш борлиги, нафас актида ишгирок этиши.	10	5	0
3. Қоринни пайпаслаш, мушаклар таранглашувини, катталашган ичак қовузлокларини аниқлаш.	15	7,5	0
4. Склярлов белгисини («чайқалиш шовқини белгиси») аниқлаш.	25	12,5	0
5. Аускултацияда ичак перистальтикасининг	10	5	0

Ўзгарганлигини аниқлайди.

6. Шеткин-блومберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш). 10 5 0

7. Вал белгисини аниқлаш: колбасасимон катталашган ичак қовузлоғини аниқланиши, унинг устида тимпаник товуш эшитилиш ва ичак перисталтикасининг кўриниб туриши. 10 5 0

8. Обухов шифохонаси белгисини аниқлаш: ректил текширувда бўш ва кенг ампула аниқланади. 10 5 0

Станция бўйича максимал балл 100 50

Билим, кўникма ва ўзлаштиришни назорат қилиш формалари;

- оғзаки
- ёзма
- ситуацион масалаларини ечиш
- эгалланган ва амалий кўникмаларни намойиш қилиш

Назорат саволлари.

Мустақил тайерланиш учун саволлар:

- Ўтқир ичак тутилиши этиопатогенез;
- Ўтқир ичак тутилиши классификация.
- Ўтқир ичак тутилиши клиникаси;
- Ўтқир ичак тутилиши диагностика ва диф. Диагностикаси.
- Ўтқир ичак тутилишини даволаш;
- Ўтқир ичак тутилиши асоратлари.

Тавсия қилинадиган адабиётлар:

Асосий:

1. Ашурова М.Р. Амалиёт шифокорининг кутубхонаси. Ўз.ССВ, 2005й.
2. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004г.

3. Минтер Р.М., Дозрти Дж.М. Современные операции в хирургии. Москва 2017.
4. Ситуацион масалалар.
5. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Под редакцией Усманова Р.И. Т. 2003г.
6. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Под редакцией акад. Каримова Ш.И. Т. 2003г.

Кўшимча:

1. Семейная медицина. Под редакцией проф. Краснова А.Ф. Самара, 1996.
2. Хирургия кишечника. Ш. Дробни 1983. Будапешт.
3. Воробьев Г.И. (редактор). Основы колопроктологии, Ростов-на-дону, «Феникс», 2001, 414с.
4. Ерёхин И.А.; Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. Санкт-петербург, питер, 1999,443 с.
5. Мондор Г. Неотложная диагностика. Острый живот. М., Медгиз,1940, том II.
6. Ощацкий Я. Патофизиология хирургических заболеваний. Варшава, 1968, с.234-253.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Объем – 3.2 уч. изд. л. Тираж –50 . Формат 60x84. 1/16.

Гарнитура «Times New Roman»

Заказ № 0200 -2019. Отпечатано РИО ТМА

100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-

tma@mail.ru

