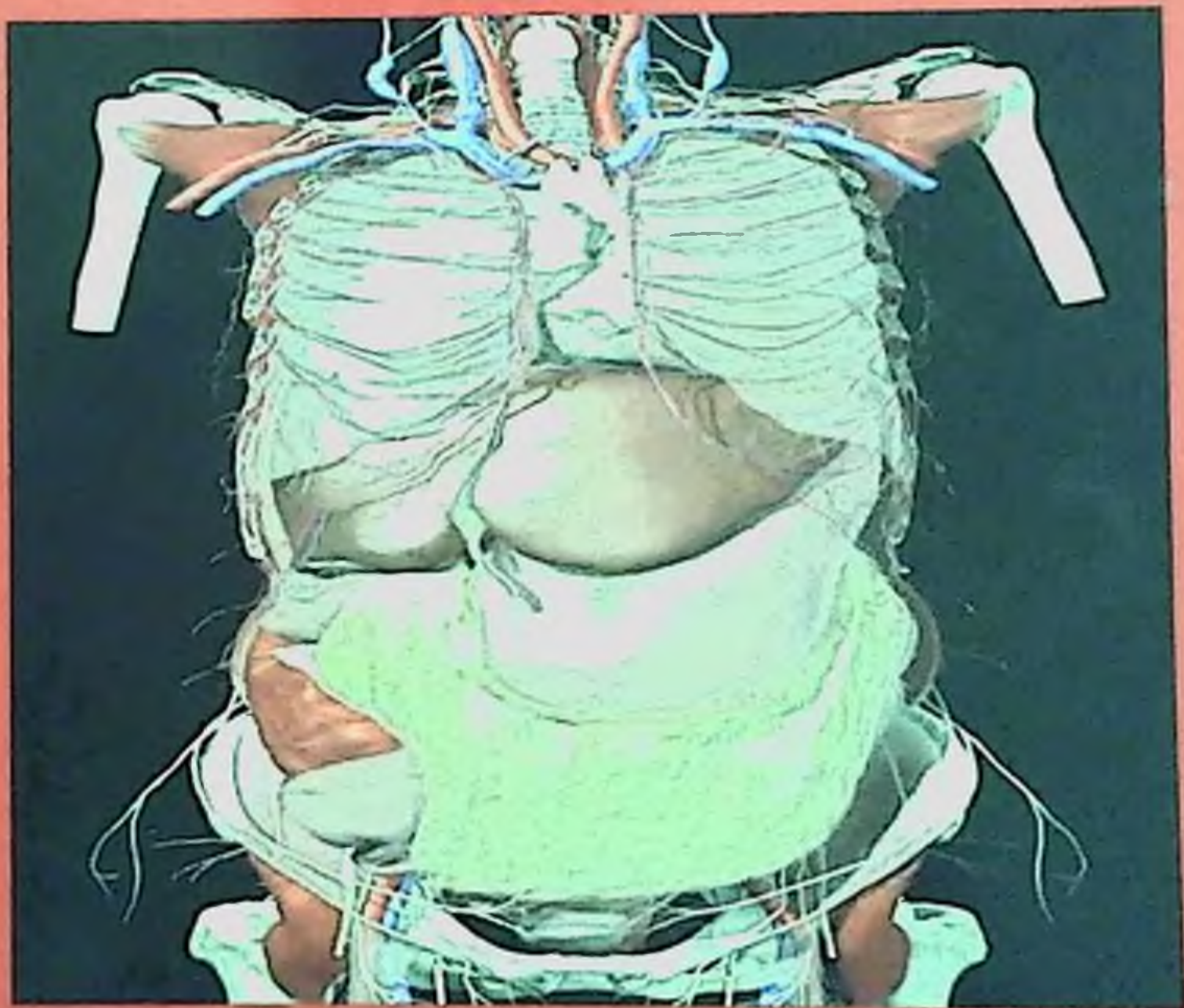


**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ**

**Мустафақулов И.Б., Мизамов Ф.О., Курбонов Н.А.**

**Қўшма шикастланишларда торакоабдоминал  
жароҳатлар**

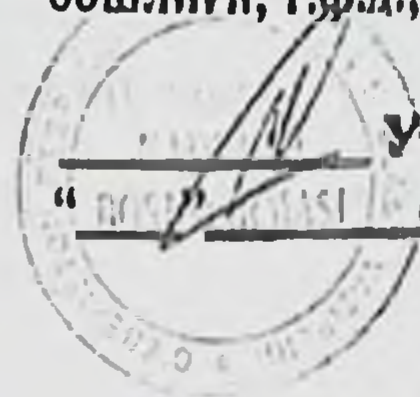


Самарқанд-2022



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**“ТАСДИҚЛАЙМАН”**  
Фан ва таълим бошқармаси  
бошлиғи, т.ф.д., профессор



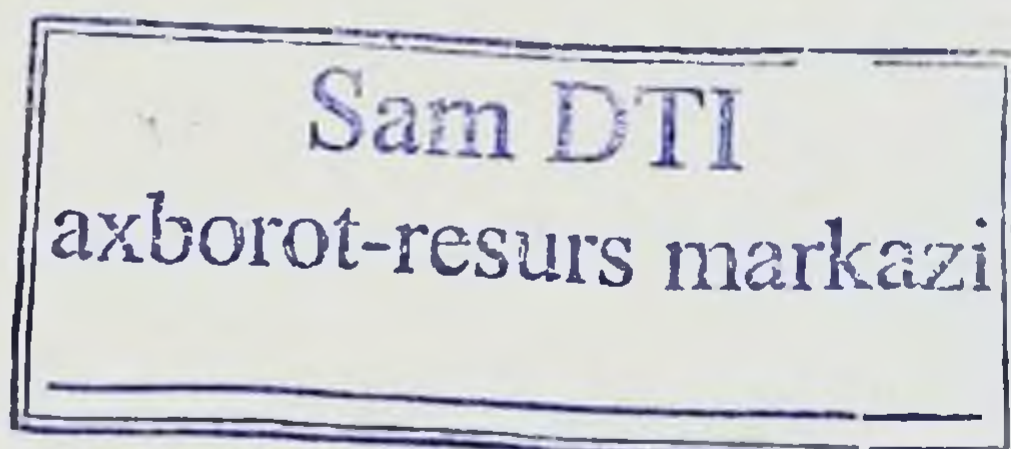
У.С.Исмаилов

2022 й.

Мустафаккулов И.Б., Мизамов Ф.О., Курбонов Н.А.

**Қўшма шикастланишларда торакоабдоминал  
жароҳатлар**

(монография)



Sam DTI

axborot-resurs markazi

11 02 22  
Б-4-21/185

Тошкент – 2022 й.

Қўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатлар . - Монография 2022 й.,  
132 бет.

**Тузувчилар:**

Мустафакулов И.Б. - СамМИ даволаш факультети 2-хирургик касалликлар кафедраси мудири, т.ф.н., доцент.

Мизамов Ф.О. - СамМИ ДКТФ хирургия, эндоскопия ва анестезиология-реаниматология кафедраси ассистенти

Курбанов Н.А. - СамМИ ДКТФ хирургия, эндоскопия ва анестезиология-реаниматология кафедраси ассистенти

**Рецензентлар:**

Қарабаев Х.К. – СамДМИ даволаш факультетининг 2-сон хирургик касалликлар кафедраси профессори, т.ф.д.

Ҳакимов М.Ш. – ТМА факультет ва госпитал хирургия кафедраси мудири, т.ф.д.

Монография шошилини хирургиянинг энг долзарб муаммоси бўлган кўкрак кафедраси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишлари диагностикаси ва даволаш тактикасига бағишланган. Ушбу монография хирурглар, магистратура резидентлари, клиник ординаторлар, ёш мутахассислар ва тиббиёт институтининг юқори курс талабалари учун мўлжалланган.



## МУНДАРИЖА

Шартли кискартмалар .....	4
Сўз боши .....	6
Кўкрак кафасининг ёпик ва очик шикастланишлари .....	8
Пневмоторакс .....	9
Спонтан пневмоторакс, этиопатогенези, УАШ тактикаси, даволаш ...	10
Очик пневмоторакс, клиникаси, ташхиси, даволаш .....	12
Вишневский бўйича вагосимпатик блокада техникаси .....	13
Клапанли пневмоторакс, клиникаси, ташхиси, даволаш .....	13
Пиопневмоторакс, этиопатогенези, таснифи, клиникаси, даволаш .....	17
Травматик гемоторакс, касаллик кечиши, даволаш .....	21
Қориннинг ёпик травмаси ва жароҳатлари: машгулотнинг вазифалари, мавзунинг мазмун моҳияти .....	22
Клиник классификация .....	23
Қорин очик травмаси .....	23
Диагностика усуллари .....	25
Қорин деворини шикастланиши .....	30
Жигар ва билнар тракти шикастланиши .....	31
Талокни шикастланиши .....	39
Ошқозон ости бёзи шикастланиши .....	42
Ошқозон шикастланиши .....	43
Ўн икки бармоқ ичак шикастланиши .....	44
Ингичка ичак шикастланиши .....	45
Йўғон ичак шикастланиши .....	50

Қорин бўшлиғи қон томирлари ва қорин парда орти шикастланиши ..	51
Буйраклар шикастланиши .....	53
Сийдик қопи шикастланиши .....	54
Операциядан сўнгги асоратлар .....	56
Қўшма травмада даволашнинг ўзига хос хусусиятлари .....	58
Фармако-иқтисодий асослаш .....	68
Иловалар .....	70
Мавзуга доир тестлар .....	70
Ситуацион масалалар Амалий вникмалар .....	81
Фойдаланилган адабиётлар .....	88

## ШАРТЛИ КИСҚАРТМАЛАР

- АБ - артериал босим
- БХИ - бирламчи хирургик ишлов
- КТ - компьютер томография
- РИТБ - реанимация ва интенсив терапия бўлими
- СУВ - сўнъий ўпка вентиляцияси
- УАШ - умумий амалиёт шифокори
- ЎТТ - ультратовушли текшириш
- ФЭГДС - фиброзофагогастродуоденоскопия
- ЭКГ - электрокардиография
- ЭхоКГ - Эхокардиография
- ЮЎТ - юрак уриш тезлиги
- ҚОП - кишлок оилавий поликлиникаси
- ЙТХ - йўл транспорт ҳодисаси



## АННОТАЦІЯ

Монографіяда кўшма шикастланишларда торакоабдоминал жарохатлар патологияларининг клиник жихатдан кечишининг ўзига хос хусусиятларини назарий масалалари (Республикамизда хирургия фани тараққиётининг устувор йўналишлари, ўқитишдаги ахборот ва илғор хорижий тажрибалар, муаллифлик ҳуқуқлари), ушбу патологияларни аниқлашда ҳозирги замон диагностика ва даволаш тактикалари, мавзулар бўйича матн, куникмалар ҳамда мустақил таълим юзасидан кўрсатмалар, тақдимотлар шахсий тажрибалардан олинган иллюстрацион материаллар билан бойитилган.

## АННОТАЦІЯ

В монографии приведены теоретические задачи особенностей клинического течения торакоабдоминальных повреждений при сочетанных травмах, (приоритетные направления развития хирургической науки в нашей Республике, ведущие зарубежные опыты, информационные технологии в преподавании, авторские права), современные методы в диагностике данной патологии и тактики лечения, тексты по теме, рекомендации и презентации по самообразованию и навыкам, приведенные данные обогащены иллюстрационными материалами из личного опыта авторов.

## ANNOTATION

The monograph contains theoretical problems of the features of the clinical course of thoracoabdominal injuries in concomitant injuries (priority directions of the development of surgical science in our Republic, leading foreign experiments, information technologies in teaching, copyright), modern methods in the diagnosis of this pathology and treatment tactics, texts on the topic, recommendations and presentations on self-education and skills, the given data is enriched with illustrative materials from the personal experience of the authors.



*Билими авлод – буюк келажакнинг,  
тадбиркор халқ – фаровон ҳаётнинг,  
дўстона ҳамкорлик эса – тараққиётнинг  
кафолатидир!*

**Шавкат Миромонович Мирзиёев**  
Ўзбекистон Республикаси Президенти

### Сўз боши

Кўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатлар ҳамма вақт ҳам хирургиянинг ҳозирги кунгача мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Кўкрак қифаси ва унинг аъзолари шикастланишлари ўта оғир жароҳатлар сафига киради, чунки улар аксарият ҳолларда нафас олиш аъзолари фаолиятини ва қон айланишининг бузилишларини келтириб чиқариб, беморларни ўлимга гирифтор қилиши мумкин.

Трахеянинг кўкрак бўлими ва йирик бронхлар жароҳатлари аксарият кўкракнинг йўл-транспорт фалокатлари вақтида ёпик жароҳатланишининг оқибати ҳисобланади.

Ўзига хос белгилари: нафас олишнинг бузилиши, пневмоторакс, кўкс оралиғи эмфиземаси, тери ости эмфиземаси, гемоторакс ва қон туфлаш шулар жумласига киради. Ўзил-васил диагноз рентгенологик текширувлар ва бронхоскопия ва графиялар натижасининг таҳлили асосида қўйилади.

Қорин бўшлиғида ҳаёт учун муҳим кўглаб аъзоларининг мавжудлиги, уларнинг анатомик тузилишининг спецификаси, қон томирлар билан таъминланиши ва иннервациясининг ўзига хослиги, ичак ичидаги патоген флорага бой маҳсулотнинг бевосита яқинлиги, хаддан ташқари фаол ферментлар ишлаб чиқарувчи аъзоларнинг мавжудлиги - буларнинг ҳаммаси травма пайти массив ички қон кетишга, перитонитни тез ривожланишига ва аъзолар ва тўқималарда қайтариб бўлмайдиган ўзгаришларни вужудга



келишига олиб келади (Абакумов М.М. ва ҳамм., 2005).

Қорин травмаси, одатдагидек, бемор умумий ахволининг оғирлиги, ички қон кетиш, шокнинг вужудга келиши, даволаш натижасини оператив аралашув вақти билан яққол боғлиқлиги, операция жараёнининг мураккаблиги, операциядан сўнгги даврда эса беморни даволаш сермаккатлилиги билан фарқ қилиб туради (Алтыев Б.К., Жабборов Ж.И., 2019).

Ўз вақтида 1939 йилда Г. Мондор шўндай деб ёзган эди: «Шикастланган беморни кўриш учун келган биринчи врач шуни билиши керакки, унинг олдида бажарилиши лозим бўлган учта вазифа мавжуд: 1) шокга қарши чоратadbирларни ўтказиш; 2) шикастланган ички аъзони - ички қон кетиш сабабини аниқлаши; 3) ковак аъзони шикастланганлигини, яъни бўнчалик тез ривожланган перитонитнинг сабабини аниқлаши лозим бўлган. У яна қандай шикастланиш мавжудлигидан қатъий назар, барчаси фақатгина хирург компетенциясига тегишли эканлиги ва зудлик билан кечиктириб бўлмайдиган ёрдам талаб этилишини, перитонитми ёки ички қон кетиш - барчаси бемор ҳаёти учун ўлим билан хавф солинаётганлигини ва ҳар бир дақиқа бемор тақдирини ҳал қилишини билиши лозим».

Биз томондан ушбу монографияни тақдим этишдан мақсад - ёш, хали тажрибасида етарли даражадаги куникмалар кам бўлган хирургларда зарур бўлган аниқ диагностика, адекват хирургик тактика ва қориндаги паренхиматоз ва меъда-ичак тракти аъзоларида вужудга келадиган патологик ўзгаришлар динамикасини башорат қилишни ўргатишдан иборат.

Ушбу монография асосида абдоминал травмада ҳозирги замон диагностик критериялар ҳақидаги маълумотлар, шикастланишларнинг формаларига боғлиқ ҳолда оптимал хирургик тактикани танлаш алгоритмлари киритилган.

Абдоминал травма регионга боғлиқ ҳолда тинч замон травмасида 1,5-36,5% ни ташкил этади ва айни замонда унинг учраш сурати ҳамда оғирлиги шиддат билан ўсиб бормоқда. Шикастланганларнинг асосий қисмини

меҳнатга лаёқатли ёшдаги эркаклар ташкил қилиб, бу ҳолат муаммони янада долзарблигини оширади (Хаджибаев А.М., Мустафақўлов И.Б., 2012).

Кейинги 20 йил ичида абдоминал травма структурасида йўл-транспорт ҳодисалари, юқоридан йиқилиб тушиш, техноген катастрофа ва табиат катаклизмаларининг доимий ортиб бориши ҳисобига жиддий ўзгаришлар вужудга келди.

Ҳозирги замонда абдоминал травманинг характерли томонларидан бири беморларда шикастланишнинг кўплиги ва оғирлиги, ўнда гомеостазни кўпол бузилиши ва организмда ҳаёт учун муҳим аъзоларни фўнқцияларини бузилиши билан кўзатилиши натижасида ўлимнинг юқорилиги 25-65% ва леталликни пасайиши кўзатилмаётганлиги ва шу билан бир қаторда операциядан сўнгги даврда асоратларнинг кўплигидир - 35-83%. Шу билан биргаликда кўпчилик шикастланган беморлар умумхирургик профилдаги бўлимларга ётқизилади, ушбу бўлимдаги врачлар эса бу категориядаги беморларга ҳар доим ҳам етарли даражада тиббий ёрдам кўрсатиш тажрибасига эга эмаслар. Бунинг натижасида эса муаммони энг муҳим масалаларини очишда яхлит тактик кўрсатманинг йўқлиги, албатта беморларда диагностик ва даволаш жараёнларида хато камчиликлар келиб чиқишига сабаб бўлади.

Ҳозирги даврда кенг спектрга эга классик ва ҳозирги замон даволаш-диагностик, реанимацион-анестезиологик ёрдамларнинг мавжудлигига қарамасдан қорин бўшлиғи аъзоларининг травмаларида хирургик тактикани кўплаб масалалари ҳозиргача ўз ечимини охиригача топмасдан қолмоқда (Гельфанд Б.Р., проф. Заболотских И.Б., 2019).

Бўнақа салбий омилларга қўшма жароҳат билан шикастланган беморларда йўл қўйилган диагностик хатолик туфайли амалга оширилган асоссиз юқори травматик операцияларни киритиш мумкин.

Шўндай қилиб, юқорида келтирилган далиллар шундан дарак берадики, ҳозирги замон диагностик ва даволашдаги ёндашувлар абдоминал травмалар муаммоларига нисбатан нихоятда долзарб ҳисобланади.



Ушбу монография максимал амалий йўналишга эга бўлиб, ёш мутахассисларга қорин бўшлиғи аъзоларининг у ёки бу травмасига дуч келганда ушбу муаммони тўғри ҳал қилишга яқиндан ёрдам беради.

## Мавзу 1: КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Машғулот шакли: Клиника, ҚОП шартларида амалий машғулотлар шаклида ўтказилади. Беморлар курацияси ташкил этилади, клиник аудит ўтказилади ва амалий куникмалар таҳлил этилади.

Амалий машғулот режаси:

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмоторакснинг келиб чиқиш сабаблари ҳақида тушўнчага эга бўлиш;

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмоторакс диагностикасини ўрганиш;

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмотораксда дифференциал диагностика ўтказишни ўрганиш;

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмотораксда текшириш усуллари: ЭКГ, ЭхоКГ, спирография ва -метрия, рентгенография ва -скопия, торакоскопия, торакоцентез, компьютер томография, плевра бўшлиғини пункция қилиш ва дренажлаш, лаборатор текширувлар билан танишиш ва ўрганиш;

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмотораксда УАШнинг даволашдаги вазифалари билан ташишиш ва ўрганиш.

Ўқув машғулотининг мақсади:

1. Таълимий мақсадлари:

- назарий билимларни эгаллаш ва ўзлаштириш;

- амалий куникмаларни ўзлаштириш;

- ўзлаштирган билим ва куникмаларни амалий фаолиятда қўллаш;

- амалиётдаги коммуникация ва маънавий жавобгарлик ҳиссини

тарбиялаш ва ҳ.к.

## 2. Тарбиявий мақсад:

- мўтахлесликка қизиқиш, инсонпарварлик, маъсулият ҳиссиётларини шакллантириш;

- ўз билим даражасини кенгайтиришга қизиқишни тарбиялаш.

## 3. Ривожлантирувчи мақсад:

- талабаларни фикрлаш қобилиятини, мантикий фикрлашини ривожлантириш;

- мавзунини ўрганиш борасида талабаларни ижодий ёндошишга йўлантириш;

- талабаларда мустақил фикрлашни ва мустақил мулоҳаза юритишни шакллантириш;

- тизимий (клиник, гигиеник) фикрлашни шакллантириш.

## Педагогик вазифалар:

- мавзу бўйича билимларни тизимлаштириш, мустаҳкамлаш.

- дарслик билан ишлаш қуникмаларини ҳосил қилиш;

- янги ахборотларни таҳлил қилиш қуникмаларини ривожлантириш.

## Ўқув фаоллигининг натижалари: Талаба:

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмоторакснинг келиб чиқиш сабаблари ҳақида тушунчага эга бўлади; кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмоторакс диагностикасини ўрганади;

- кўкракдаги оғриқлар, гемотракс ва пневмотораксда дифференциал диагностика ўтказишни ўрганиб олади;

- кўкракдаги оғриқлар, гемотракс ва пневмотораксда текшириш усуллари: ЭКГ, ЭхоКГ, спирография ва -метрия, рентгенография ва -скопия, торакоскопия, торакоцентез, компьютер томография, плевра бўшлигини пункция қилиш ва дренажлаш, лаборатор текширувлар билан танишади ва ўрганади;

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмотораксда УАШнинг даволашдаги вазифалари билан танишади ва ўрганади.



## ПНЕВМОТОРАКС

Пневмоторакс деб, хавонинг плевра бўшлиғига тўпланишига айтилади. Пневмоторакс кўпинча бир томонлама бўлиб, кўкрак кафасининг ёпик ва очик шикастланишларида, ўпка ва плевранинг бўтўниги бузилганда аниқланади. Ўпканинг буллёз касаллигида, хаволи кисталарда спонтан пневмоторакс кузатилади.

Пневмоторакс очик, ёпик ва клапанли турларга бўлинади. Плевра бўшлиғида хаво билан бирга тўпланган суюқлик характериға қараб пнопневмоторакс ва гемопневмоторакс тафовут қилинади.

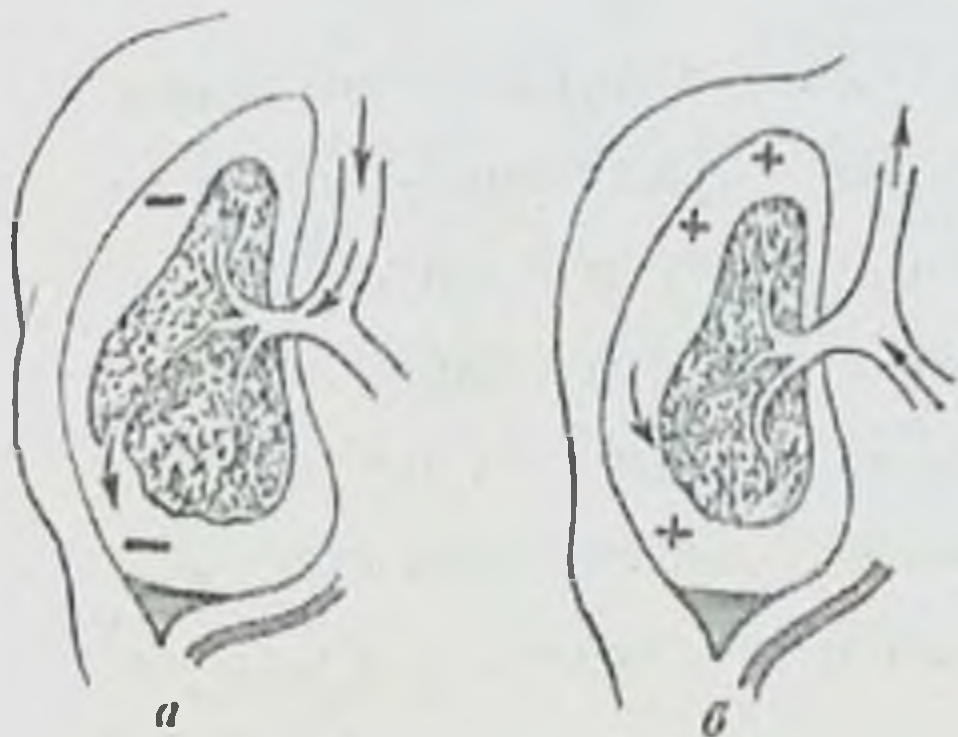
Плевра бўшлиғида йиғилган хаво кўкрак кафасининг жароҳати ёки йирик бронх орқали атмосфера хавоси билан тўташган бўлса, очик пневмоторакс дейилади.

Ёпик пневмотораксда плевра бўшлиғига йиғилган хаво ташқи муҳит билан алоқада бўлмайди. Бу кўпинча кўкрак кафасининг санчилган-кесилган жароҳатланишида ёки ўпка тўқимасининг хаволи кисталари ёрилганда спонтан ҳолда, шикастланганда қайд этилади. Санчилган-кесилган шикастланишларда тешик орқали плевра бўшлиғига ташқаридан ёки ўпка жароҳатидан хаво киради. Кейинчалик жароҳатланган жой қон лахтаси, мушак тўқимаси билан бекилиб қолади. Натижада нафас олганда ва чиқарганда хаво плевра бўшлиғига бошқа кирмайди. Плевра бўшлиғидаги хаво миқдори эса кўпаймайди. Бунинг натижасида ўпка қолланси клиникаси ва юрак-қон томир, нафас олиш фаолияти бошқа турдаги пневмотораксларга нисбатан кам ифодаланган бўлади. Бундай ҳолларда оз миқдорда тўпланган хаво 5-7 кунда сурилиб кетади.

## СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС

Плевра бўшлиғига бирор-бир аниқ сабабсиз хавонинг тўпланишига спонтан *пневмоторакс* деб айтилади. Бу ёпик пневмоторакс туриға кириб, кўпинча ўзига хос белгилар билан бошланишиға ва клиник белгилар билан ифодаланишиға қарамасдан Бундай касаллик билан оғриган беморларға

умумий амалиёт ёки тез ёрдам врачлари камдан-кам ҳолларда аниқ ташхис қўяди. Бундай беморлар кўпинча ўткир пневмония, плевропневмония, бронхиал астма, плеврит, моёда ёки ўн икки бармоқ ичак ярасининг тешилиши каби нотўғри ташхис билан стационарга юборилади. Бу эса беморга ўз вақтида тўғри биринчи ёрдам кўрсатишда хатоликларга ва беморни стационарга кеч ётқизишга сабаб бўлади. Спонтан пневмоторакс эркакларда, аёлларга нисбатан ўн марта кўп ва асосан 20-40 ёшда учрайди.



Расм 1. Ўпка кистаси ёки абсцесси плевра бўшлиғига ёрилганда спонтан пневмоторакснинг ривожланиш механизми: а - нафас олиш фазаси, б - нафас чиқариш фазаси.

Этиологияси ва патогенези. Касалликнинг этиологик омилларини билиш умумий амалиёт шифокорининг ўз вақтида тўғри ташхис қўйиш ва керакли ёрдам беришида катта аҳамиятга эга. Касалликнинг кўп учрайдиган асосий сабаби, ўпкада субплеврал жойлашган ҳаволи кисталар ёки буллалар бўлиши мумкин.

Ўпканинг ҳаволи кисталари ва эмфизематоз буллалари беморни деярли безовта қилмайди, яъни улар клиник белгиларсиз кечади. Киста ва буллалар кўпинча ўпка ичи босимининг ошишига олиб келувчи омиллар бўлганда ёрилади. Бемор жисмоний зўриққанда кучли қуруқ йўтал хуружи тўтганда, оғир юк кўтариши натижасида кучланганда ўпка ичи босими бир неча марта ошиши оқибатида юпка деворли ҳаволи киста ёки булланинг ёрилиши кузатилади. Тўғри диагноз қўйишда ўзини соппа-соғ ҳисоблаб юрган одамларда жисмоний зўриқишлар натижасида спонтан пневмоторакс клиник белгиларининг пайдо бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун



пневмоторакс белгилари кандай ҳолатда пайдо бўлганини бемордан сўраб - сурштириш умумий амалиёт шифокорига тўғри ташхис кўйишда ёрдам беради. Киста ёки булла ёрилганда беморлар нафас олганда плевра бўшлиғига ҳаво тўплана бошлайди, натижада ўпканинг зарарланган томонида коллапс аниқланади. Баъзи ҳолларда ҳаво кам тўпланганда ёрилган киста орқали ҳаво тушиши тўхтайдиган ва спонтан пневмоторакснинг клиник белгилари аниқ инфодаланмайди, бунда ўпканинг қисман коллапси кўпинча рентгенографияда аниқланиши мумкин.

Париетал ва висцерал плевра ўртасида битишмалар бўлган ҳолатларда чегараланган ва клиник белгилари аниқ инфодаланмаган спонтан пневмоторакс қайд этилади. Бунда плевра бўшлиғига йиғилган ҳаво унинг ҳажмининг 5-15% ини ташкил қилади. Кўпгина ҳолларда ёрилган киста ёки булла девори клапан вазифасини ўтаб, беморда тарқалган ва таранглашган пневмоторакс ривожланади. Бунда ҳар нафас олганда плевра бўшлиғига ҳаво тўпланиб бориб, ўпкани бўтунилай қисиб қўяди ва кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга сурилиши кузатилади.

**Клиникаси.** Касалликнинг клиник белгилари ўпка вентилляцияси бузилиши ва бошқа ҳаётий муҳим аъзоларда айниқса юрак кон-томир системасида ўзгаришлар билан идмоён бўлади. Одатда спонтан пневмоторакс белгилари соппа-соғ одамларда бўлмаганда, ўпка ичи босими бир неча марта ошишига олиб келувчи омиллар пайдо бўлади. Беморлар зарарланган кўкрак кафаси томонида бирданига кучли оғрик пайдо бўлганидан шикоят қиладилар. Оғрик плеврал бўшлиғига тушган ҳавонинг плеврадаги рецепторларни таъсирлантириши ва плеврадаги битишмаларнинг таранглашуви оқибатида пайдо бўлади. Бемор кўпинча кўкрак кафасининг ўрта, олдинги ёки ёнбош юзаси ёки кураклар соҳасидаги оғриқдан, бу оғриқнинг бўйинга, олкага, қўлга берилишидан шикоят қилади. Касалликнинг дастлабки пайтларида бемор ранги оқарган, нафас олиши юза, у орқича ҳаракатлар қилмасдан, зарарланган томонда ётади. Ҳаракатланганда оғриқдар зўрайиши ва нафас олишнинг тезлашиши характерли белги ҳисобланади.

Беморда оғрик санчувчи, босувчи ёки қисувчи тусда бўлади, таранглашган пневмоторакс ривожланганда оғрик ва ўпканинг ҳаво туфайли

коллапси натижасида хансираш кучайиб боради. Беморлар оғриқ ва ўпканинг ҳаво билан қисилиши натижасида чуқур нафас ололмайдилар, натижада тез-тез юзаки нафас олиб, саволларга хансираб жавоб берадилар ёки шикоят қиладилар. Агар врач беморни шу ҳолатда биринчи марта кўраётган бўлса, кўпинча қовурга оралиғи невралгияси ёки юрак ишемияси касаллигининг ҳар хил кўринишлари, деб нотўғри ташхис қўйиши мумкин.

Куруқ ва калта-калта йўтал плеврал рецепторларнинг таъсирланиши ёки асосий касаллик билан боғлиқ бўлиши мумкин. Тана ҳароратининг кўтарилиши, қон туфлаш, юракнинг тез уриши, умумий ҳолсизлик, бош оғриши, бош айланиши касалликнинг бошланишида ва дастлабки кунларида спонтан пневмотораксга хос эмас.

Беморни кўрганда кўкрак қафаси асимметрияси, зарарланган томоннинг кенгайиши ва нафас олишда орқада қолиши аниқланади. Пальпацияда ўпка товушнинг пасайиши ёки бўтуңлай бўлмаслиги, перкуссияда зарарланган томонда ифодаланган тимпанит ва юрак чегараларининг соғлом томонга силжиши кузатилади. Аускультацияда везикуляр нафас жуда ҳам сусайган, тарқалган ва таранглашган пневмотораксда эса умуман эшитилмайди. Беморларда қиқпанли спонтан пневмоторакс ривожланганда ўткир нафас етишмовчилиги, юрак ва қон-томир етишмовчилиги белгилари: хансираш, тери цианози, акроцианоз, артериал босимнинг пасайиши, веноз босимнинг ошганлиги, пульснинг тезлашганлиги қайд этилади. Бунда беморлар кўриниши изтиробли бўлиб, улар ўтирган ҳолатда нафас етишмаётганлиги ва ўлиб қолишдан қурқётганлик ҳиссётидан шикоят қиладилар. Умумий амалиёт врачни тактикаси. Спонтан пневмоторакс ташхисни аниқлашда бемор шикояти, касаллик анамнезини сўраб суриштириш катта аҳамиятга эга. Жисмонан зўриқишдан кейин кўкрак қафасида тўсатдан оғриқнинг пайдо бўлиши, беморда объектив ва субъектив текшириш маълумотлари, клиник белгиларнинг таранглашган ва тарқалган спонтан пневмотораксда ифодаланганлиги ва мқоният бўлганда поликлинника шароитида кўкрак аъзоларининг рентгенографияси ёки рентгеноскопияси беморга тўғри диагноз қўйишга ва уни бошқа касалликлардан фарқлашга ёрдам беради.



Даволаш. Спонтан пневмотораксда врач беморга куйидагича биринчи ёрдам кўрсатиши керак:

1. Энг аввало нафас, юрак, қон-томир етишмовчилигини камайтириш мақсадида беморни ярим ўтирган ҳолатга ўтказди ёки замбилга ётқизиб, уни бош томонини кўтариб кўйиш лозим. Хона деразаларини очиб тоза ҳаво киришига имконият яратилади ва кўкрак кафаси ҳамда диафрагма экскурсиясини яхшилаш мақсадида кийимлар тугмаси, белбоғи ечилади.

2. Таранглашган пневмотораксда плевра бўшлиғидаги босимни шошилиш равишида камайтириш мақсадида зарарланган 2-ковурга соҳасига 70°C спирт ёки 3 фоизли йод билан ишлов бергандан сўнг, ўмров чизиғидан 2-ковурга оралиги тўқималарига 0.25-0.5 фоизли новоканн эритмасидан 1520 мл юбориб маҳаллий анестезия қилинади ва йўгон игна (Дюфо) ёрдамида плевра бўшлиғи пункция қилиниб ундан 500-600 мл ҳаво тортиб олинади. Врач плевра бўшлиғини пункция қилганда ўмров ости венасини Сельдингер усулида катетеризация қилиш учун шилатиладиган катетер ёрдамида плевра бўшлиғини дренажлаши мумкин. Бу усулда катетер учига венага суюкликларни томчи усулида юборадиган системани улаб, иккинчи учини ичида 200-300 мл суюклик (сув, фурацилин ва бошқ.) бўлган флаконга туширилади. Бемор чуқур нафас олганда ёки йўталганда суюкликдан ҳаво пуфакчаларининг чиқиши, катетернинг плевра бўшлиғида турганлигидан далолат беради. Шундан сўнг катетер тушиб кетмаслиги учун лейкопластир ёки 1 та чок ёрдамида терига тикиб, боғланади.

3. Оғриқни қолдириш мақсадида беморга 1-2 фоизли промедол ёки омнопон эритмасидан 1-2 мл мушак орасига ёки бошқа анальгетиклар қилинади. Имконият бўлганда вагосимпатик блокада қилиш яхши натижа беради.

Йўтални камайтириш мақсадида беморга йўталга қарши препаратлар (кодеин, тусупрекс, либексин ва бошқ.) берилади.

4. Беморга амбулатор карта (Ф-25) ёзилади ва йўлланма тўлдирилиб, уни санитар транспорти ёрдамида торакал жарроҳлик бўлимига, бундай бўлим бўлмаганда умумий жарроҳлик бўлимига врач, имконият бўлмаганда тажрибали фельдшер кузатувида юборилади. Транспортировка вақтида бемор

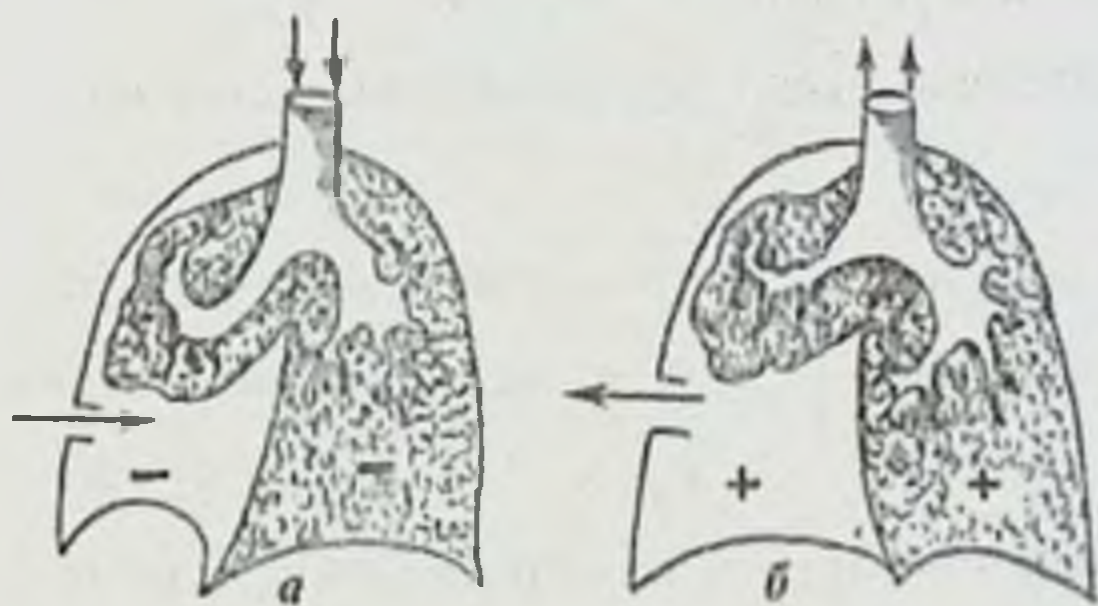


ярим ўтирган ёки замбилда ётган ҳолатда бош томони кўтарилиб қўйилган бўлиб, системага уланган флакон унинг белига ип ёрдамида боғлаб қўйилади. Беморга тоза ҳаво ёки кислород ингаляция қилинади. Агар беморнинг умумий аҳволи оғир бўлса, уни қабулхона бўлимига олиб бормасдан, тўғридан-тўғри торакал ёки умумий жаррохлик бўлимига олиб борилади.

Чегараланган ёпик пневмотораксда таъхис аниқ қўйилганда кўкрак кафаси иккинчи когурга ораллигида ўрта ўмров чизигидан пункция қилиниб, плевра бўшлиғидан ҳаво тортиб олинади ва бемор жаррохлик бўлимига ётқизилади.

## ОЧИҚ ПНЕВМОТОРАКС

Бу турдаги пневмотораксда плевра бўшлиғидаги босим мусбат бўлиши оқибатида ўпка коллапси, парадоксал нафас олиш ва кўкс ораллиги аъзоларининг «флотация» си натижасида беморда гипоксия, шок, юрак фаолиятини бузилиши ёки ўлим юз бериши мумкин.



Расм 2. Очик пневмоторакс схемаси:

а - нафас олиш ҳолати,

б - нафас чиқариш ҳолати.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Беморлар зарарланган ўпка томондаги кучли оғрик, ҳансираш, йўталдан шикоят қиладилар.

Беморларда тери копламаларининг кўкариши (цианоз), тез-тез юза нафас олиш кузатилади. Бу белгилар бир оз жисмоний зўрикқанда кучаяди. Кўрганда кўкрак кафасидаги жароҳат орқали ҳавонинг нафас олганда ва чиқарганда шовқинли товуши эшитилади. Пальпацияда товуш дивергенциялари эшитилмайди. Перкуссияда юқори тимпаник «кўтича» овози эшитилади.



Аускультацияда нафас жуда сусайган ёки бўтунлай эшитилмайди. Очик пневмотораксда 60 фонздан кўп беморларда плевропульмонал шок кузатилади.

**Даволаш.** Беморларга кўрсатиладиган биринчи ёрдам: кўкрак кафасининг очик жароҳати атрофига 70° спирт, 3 фонзли йод эритмаси билан ишлов бергандан сўнг, жароҳатга герметик ёпиб турувчи окклюзияловчи стерил боғлам қўйилади. Окклюзияловчи боғлам пахта докали стерил боғлам бўлиб, бунда жароҳат устидан стерил клеёнка, целлофан ёки хаво ўтказмайдиган мато қўйилади ва лейкопластир хоч ёки черепица шаклида ёпиштирилади. Хаво ўтказмайдиган матонинг стерил боғлам четидан анча чиқиб туришига эътибор бериш зарур. Агар жароҳат кичик бўлса, унинг чеккаларини бир-бирига яқинлаштириб лейкопластир ёрдамида ёпиштирилади. Беморларга оксигенизлантириш мақсадида 1-2 мл, 1-2 фонзли промедол ёки омнопон эритмасидан мушак орасига инъекция қилинади. Морфий эритмаси нафас марказига нонуя таъсир кўрсатишини ҳисобга олиб, тавсия қилинмайди. Агар бемор поликлиникага мурожаат қилса, унга плевропульмонал шокка қарши А.В.Вишневский усулида вагосимпатик но-вокаин блокадаси қилинади.

**Вишневский бўйича вагосимпатик блокада техникаси.** Бу блокадани бажаришда асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилган ҳолда, худди жарроҳлик операциясидагидек тайёргарлик кўрилади. Беморни операция столига чалқанча ётқизиб, унинг бўйни остига болиш ёстик қўйилади, боши карама-қарши томонга қараб ўгирилади ва қўли дастга туширилади. Агар ўнг томондан блокада қилиш лозим бўлса, жарроҳ ўнг томонга туриб олиб, бўйин терисини икки марта спирт билан қайта-қайта цртади ва игна санчиладиган жойни аниқлайди. Бунинг учун туш-ўмров-сургичсимон мушакнинг ташки қирраси билан ташки бўйинтурук венасининг кесишган жойи топилиб, шундан бир оз юқорида 0,25% ли 2 мл новокаин эритмаси билан «лимон пўсти» ҳосил қилинади. Шундан кейин чап қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан ўша мускулни ва қон томирларни ичкари (медия) томонга қараб силжитилади ва бўйин умурткаларини олд сатхи пайпаслаб топилади, шу

сатҳга бармоқнинг учи томонига мўлжаллаб игнани олдига караб сура бориш билан бирга 2-3 мл новокаин эритмаси юборилади. Шундан кейин шприц поршени орқага тортилади, шприцга қон келмаса (қон томирлари тешилмаган бўлса), қолган 30-60 мл 0,25% новокаин эритмаси юборилади ва игнани тортиб олиб, терининг инъекция қилинган жойи (1-2 мин) стерилланган дока салфетка билан босиб турилади. Натижада симпатик ва парасимпатик нервларни новокаин эритмаси блокада қилади. Агар шундан кейин бемор юзи ва кўзларининг шиллик қаватлари кизарса, блокада тўлиқ таъсир этган бўлади. Вагосимпатик блокада артериал қон босимини кўтаради. Икки томонлама вагосимпатик блокада қилиш мумкин эмас. Ёш болаларга бу хил блокадани қўллаш тавсия қилинмайди.

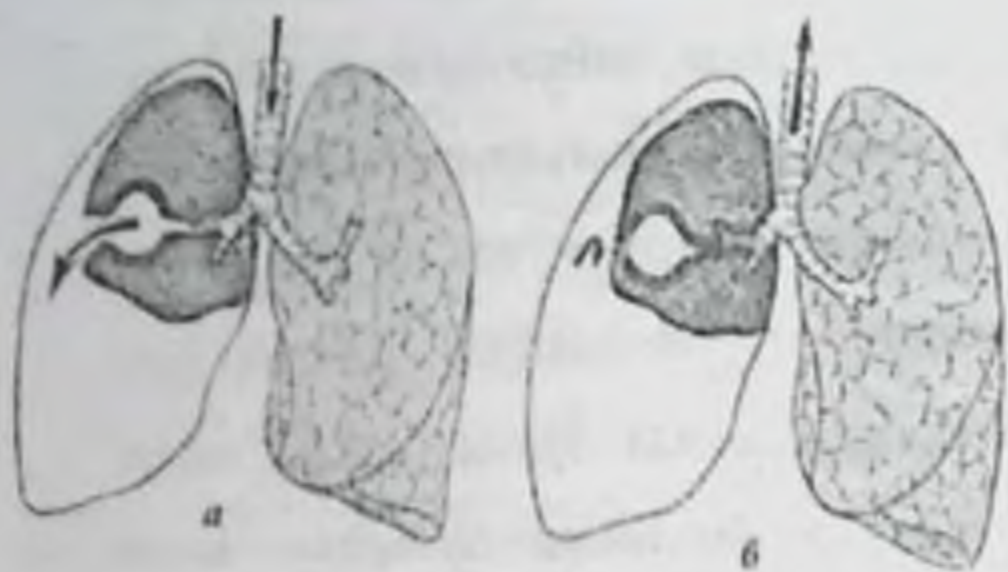
Беморга зарурият бўлганда юрак ва ўпка фаолиятини яхшиловчи аналептиклар қилинади ва поликлиникада имконият бўлганда кўкрак қафаси рентгенографияси қилинади. Бемор санитар транспортида врач кузатувида, ўтирган ҳолатда азот (I)-оксид ва кислород берилиб, касалхонага олиб борилади.

## КЛАПАНЛИ ПНЕВМОТОРАКС

Пневмоторакснинг бу тури ўпканинг тешиб кирувчи шикастланишларида ва ўпка касалликларида кузатилади. Кўкрак қафасининг тешиб кирувчи шикастланишида кўкрак қафаси тўқималари нафас олганда очилиб, нафас чиқарганда жарохат йўлини бекитади, натижада плевра бўшлиғида ҳаво босимининг ошишига олиб келади. У ташқи клапанли пневмоторакс дейилади. Ўпка касалликларида (абсцесс, сил қавернаси, ўпка раки парчаланишида) ёки унинг ёпиқ шикастланишида ўпка лахтаги зарарланган жойда клапан вазифасини бажаради. Бу ички клапанли пневмоторакс дейилади. Бунда таранглашган пневмоторакс қайд этилади.

Клапанли пневмотораксда таранглашган пневмоторакс тез ривожланиши сабабли шу томондаги ўпканинг тотал коллапси соғлом ўпка ва кўкс оралиғи





Расм 3. Клапанли пневмотораксининг ривожланиш механизми: а - нафас олиш боскичи; б - нафас чиқариш боскичи.

веналарининг юракнинг қисилиши ва сурилиши оқибатида оғир нафас етишмовчилиги, юрак ритми бузилишига ва юқори ковак венанинг қисилиши бошда, бўйинда веноз димланишга олиб келади.

**Клиникаси ва диагностикаси.** Беморларда кўрқув, безовталаниш аломатлари кузатилиб, улар оғрик, хансираш ва нафас етишмовчилигидан шикоят қиладилар. Хасталик бўйин веналарининг буртиб чиққанилиги, юз ва бўйин териси цианози, шишинкираши, баъзан тери ости эмфиземаси, тез-тез ва юзаки нафас олиш билан кечади. Зарарланган томонда ковурга оралиги кенгайган, кўкрак кафаси бочкасимон шаклда бўлиб, зарарланган томон нафас олишда суст иштирок этиши кузатилади. Пальпацияда товуш дириллашлари аниқланмайди. Перкуссияда «кўтича» товуш ва юрак чегараларининг соғ томонга силжиши кузатилади. Беморларда артериал қон босимининг пасайиши, тахикардия, аритмия аниқланади. Аускультацияда нафас бўтунлай эшитилмайди. Беморлар поликлиникага мурожаат қилганларида зудлик билан рентгенологик текширув ўтказилади. Бунда ўпканинг тотал коллапси, кўкс аъзоларининг соғ томонга сурилиши, ковурга оралиги кенгайиши, диафрагманинг пастга тушиши кайд этилади.

**Дяволаш.** Умумий амалиёт ва радиология шариоатида беморларда таранглашган пневмоторакс белгиларини аниқлаганда зудлик билан очик пневмотораксга айлантириши, яъни плевра бўшлигида босимни пасайтириш мақсадида йўгон игна (Дюфо игнаси) ёки троакар ёрдамида ўрта-ўмров чизиги

2-ковурга оралигидан новокаин эритмаси билан маҳаллий огриксизлантириб, плевра бўшлигини пункция қилади ва чоклар ёки лейкопластир ёрдамида терига тикади ёки ёпиштиради. Игнага жарроҳлик кўлкопи бармоғидан клапан сифатида кесиб боғланади. Беморга 1 фоиз промедол ёки омнопон 1-2 мл, 50 фоизли анальгин ёки 5 мл баралгин мушак орасига инъекция қилнади. Агар беморда ташқи клапанли пневмоторакс бўлса, тезда жароҳатга окклюзион боғлам қўйилади ва бемор стационарга юборилади. Агар беморда кўксоралиги эмфиземаси натижасида жарроҳлик асфиксияси кузатилса, юракнинг экстраперикард тампонадасининг олдини олиш мақсадида (стационарга тезда олиб бориш имконияти бўлмаганда) поликлиникада ёки амбулатор жарроҳлик марказида зудлик билан Коллард усули бўйича бўйин медиастинотомияси қилнади ва олдинги кўкс оралиги дренажланади. Бошқа ҳолатларда бемор санитар транспортида врач кузатувида ўтирган ҳолатда кислород берилиб касалхонага олиб борилади. Беморда шок белгилари бўлганда тез ёрдам станциясидан реанимацион бригада чақирилиб, унга шокка қарши (азот (I)-оксид ва кислород, полиглюкин, кофеин, мезатон, дофамин ва бошқ.) даво чоралари қилнади. Беморда икки томонлама очик пневмоторакс бўлганда жароҳат герметик бекитилиб, тез ёрдам машинасида интубация қилиниб, унга портатив аппарат ёрдамида нафас берилади ва шокка қарши даво чоралари қўрилиб, зудлик билан стационарга олиб борилади. Бемор кўкрак кафаси жароҳати бўлимига, агар бундай бўлим бўлмаса, умумий хирургия бўлимига ётқизилади.

## ПИОПНЕВМОТОРАКС

Пиопневмоторакс деб плевра бўшлиғига ҳаво ва йирингнинг бирга тўпланишига айтилади.

**Этиологияси ва патогенези.** Касаллик кўпинча ўпканинг ўткир йирингли - деструктив касалликлари - абсцесс ва гангрена, сурункали йирингли касалликлари асорати ҳисобланади. Муаллифларнинг (Колесников И.С., Литкин М.И. ва бошқ., 1983) маълум қилишича, пиопневмоторакс ўткир ўпка абсцессидан 11 фоизгача, ўпка гангренадан эса 18,7- 89% гача учрайди.



Хасталикнинг кўп учрашига, биринчидан, беморларнинг ўпканинг йирингли ўткир касалликлари билан стационарга кеч ёткизилиши бўлса, иккинчидан, стационарда тўлиқ патогенетик даво тадбирларини (bronхлар ўтказувчанлигини тиклаш, йирингли бўшлиқларни дренажлаш ва бошқ.) ўз вақтида ўтказмаслик сабаб бўлади. Пиопневмоторакс эркакларда аёлларга нисбатан бир неча марта кўпроқ учрайди. Ўткир абсцесс асорати сифатида ёшларда, ўрта ёшда кўпроқ аниқланади. Катта ёшдаги одамларда хасталик кўпроқ ўпка гангренаси оқибатида кузатилади. Ўпканинг пастки бўлақларида жойлашган йирингли - деструктив касалликлар кўпроқ пиопневмоторакс билан асоратланади. Хасталикка яна пастки бўлақлардаги йирингли бўшлиқларнинг бронхлар орқали чиқишининг қийинлиги ва ўпка пастки бўлақларининг экскурсияси ва бу ерда битишмаларнинг кам кузатилиши ҳамда синуслар борлиги сабаб бўлади.

Кейинги йилларда ўпка перифериясида жойлашган эхинококкоз кистасининг йиринглаши ва унинг плевра бўшлиғига ёрилиши натижасида пиопневмоторакс асорати кўпроқ учраши аниқланмоқда. Бу асорат ўпка эхинококкозозини билан оғриган ўрта ёшдаги беморларда кўп кайд этилади. Плевра бўшлиғига хаво йиринг билан бирга эхинококкоз суюқлигининг тушиши натижасида беморларда юкори ҳарорат, йўтал, хансираш, анафилактик шок, терида тошмалар тошиши кўпинча умумий амалиёт врачининг беморга кўпроқ пневмония, кизамик, аллергияк реакциялар каби нотўғри ташхис қўйишга ва нотўғри даволаш усулини қўллашга сабаб бўлади.

**Таснифи.** И.С.Колесников бўйича пиопневмоторакс сабабига кўра:

1. Ўткир ўпка абсцессининг ёрилиши натижасида пайдо бўладиган пиопневмоторакс.
2. Ўпка гангренаси оқибатида келиб чиқадиган пиопневмоторакс.
3. Абсцессланувчи бронхоэктаз касаллигидан келиб чиқувчи пиопневмоторакс фарк қилинади.

Тарқалишига қараб:

1. Чегараланган пиопневмоторакс.
2. Тотал (тарқалган) пиопневмотораксга бўлинади.

Чегараланган пиопневмотораксда патологик жараён плеврининг бир қисмида кузатилади ва шу соҳада ўпка коллапси кузатилади.

Тотал пиопневмоторакс ўпканинг барча бўлақларида кузатилиб, зарарланган томонда ўпка коллапси аниқланади. Пиопневмоторакснинг тарқалган ёки чегараланган турлари плевра бўшлиғида битишмалар бор - йўқлигига боғлиқ бўлади.



Расм 4. Чегараланган пиопневмоторакс. Бўшликнинг орқа контури кўкрак кафаси билан бирлашган.

Чегараланган пиопневмоторакс жойлашувига кўра:

- 1) девор олди;
- 2) апикал;
- 3) базал;
- 4) парамедиастинал;
- 5) бўлақларро ҳамда бир ёки кўп камерали бўлади.

**Пиопневмоторакс клиникаси ва диагностикаси.** Касалликнинг клиник симптомлари уларнинг ифодаланиш даражасига, пиопневмоторакс тарқалишига, ўпка тўқимасидаги йирингли - деструктив жараённинг ўткир ёки сурункали кечаётганлигига, плеврада бронхиал оқма бор-йўқлигига, бемор ёшига, касалликнинг бошланган ваки ва бошқа кўпгина омилларга боғлиқ бўлиб, ҳар хил кўринишда бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда пневмоторакс клиникаси аниқ ифодаланган бўлса, айрим ҳолларда аниқ ифодаланган бўлмайди. Бу кўпинча пиопневмоторакснинг чегараланган ёки



таркалганлигига, ўпка йирингли деструкциясининг оғирлигига ва бронхо-плеврал окмалар борлигига боғлиқ. Клиник белгилар оғир-енгиллигига, кечишига қараб С.И.Спасокукоцкий (1938) пиопневмотораксининг 3 кўринишини тафовут қилади: 1. Ўткир 2. Енгил 3. Клиник белгилар ифодаланмаган кўриниши.

Ўткир пиопневмоторакс - ўпканинг йирингли-деструктив касаллиги билан оғриган беморларда кўпинча кучли йўтал хуружи вақтида йирингли бўшлиқ плевра бўшлиғига ёрилади ва шу вақтда бемор зарарланган кўкрак кафаси томонида кучли оғриқ сезади. Беморда кучли хансираш пайдо бўлиб, тери ва шиллиқ каватлар оқариб, совук тер билан қопланади. Терида цианоз кузатилади. Артериал қон босими симоб устуни ҳисобида 50-70 мм га тушиб, томир уриши тез ва ипсимон бўлади.

Беморда таркалган пиопневмоторакс бронхоплеврал окма бўлганда таранглашган пиопневмоторакс билан кечади. Кучайиб борувчи хансираш оқибатида бемор мажбурий, яъни иккала қўли билан қорват четини ушлаб ўтирган ҳолатни эгаллайди. Пиопневмоторакс кузатилган томонда кўкрак кафаси нафас олишдан орқада қолиб, қовурғалар оралиғи кенгаяди. Пальпацияда товуш дириллашлари сусайган ёки бўтунлай аникланмайди. Перкуссияда ҳаво тўпланган жойда юқори тимпанит "кўтичи" товуши аникланса, кўкрак кафасининг суюклик тўпланган пастки қисмларида перкутор товушнинг қисқариши аникланади. Аускультацияда - амфорик бронхиал нафас эшитилади. Бу белгилар асосий касалликнинг клиник белгилари заминида қисқа вақт ичида тез ривожланади.

Эхинококкоз кистасининг йиринглаши дастлаб ўткир абсцессга ўхшаса, кучли йўтал хуружи ёки зўриқиш сабабли ёрилиши натижасида ривожланган пиопневмотораксда плевра бўшлиғига иссик суюклик қўйилгандай бўлиши, ҳушни йўқотиш, артериал босимнинг кескин тушиб кетиши, совук тер босиши, тери цианози, терида қичишиш ва тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Баъзан Квинке шиши, анафилактик шок аник ифодаланган бўлади.

Беморни физикал текшириш маълумотлари ўткир пиопневмотораксдан



фарк қилмайди. Ўткир пиопневмотораксда беморлар ҳаракат қилганларида баъзан чайқалиш шовқини аниқ эшитилади. Плевра бўшлиғида босимнинг ошиб бориши ўпка коллапси ва кўкс оралиги аъзоларининг соғлом томонга сурилишига олиб келади. Беморда ўткир нафас ва юрак қон-томир етишмовчилиги кучайиб боради ва тезда ёрдам кўрсатилмаганида ўлим хавфи туғилади.

Агар беморда таранглашган пиопневмоторакс кузатилмаса, яъни клапан механизми бўлмаса, унинг умумий аҳволи аста-секин яхшиланади. Ўткир нафас етишмовчилиги ва гемодинамик бузилишлар камаяди.

Пиопневмоторакс ўпка перифериясида жойлашган кичик абсцесс ёрилганда енгил кечади. Беморда ўткир абсцесс клиник белгилари заминида, кўкрак қафасида бирданига оғрикнинг кучайиши, хансираш ва йўталнинг зўрайиши кузатилади. Катта калибрдаги бронхиал окма йўклиги учун плевра бўшлиғида ҳаво кам тупланadi. Кўпинча чегараланган пиопневмоторакс ривожланади.

Аниқ инфодаланмаган пиопневмоторакс, кўпроқ сурункали кичик йирингли бўшлиқ битишмалар билан яхши чегараланган плевра бўшлиғига ёрилганда кузатилади ва бўшлиқ ёрилганда клиник белгилар аниқ билинмайди. Беморларда перкўтор ва аускультатив маълумотлар ва рентгенологик текширувлар тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Бир неча проекцияда бажарилган рентгеноскопия ва рентгенография плевра бўшлиғида горизонтал сатҳли суюқлик ва ҳаво борлигини кўрсатади.

Умумий амалиёт шифокори ўпканинг ўткир йирингли-деструктив касалликлари билан оғриган беморлардан уларнинг шикоятлари, касаллик анамнезини батафсил сўраб суриштириши: касалликнинг бошланган вақти, оғрик интенсивлиги, унинг давомийлиги, кучли йўтал хуружидан кейин бирданига оғрик бошланганлиги, хансираш пайдо бўлгани, бемор ҳолати, унинг ташқи кўрениши, умумий йирингли интоксикация белгилари борлиги ва физикал текширув натижалари ўткир пиопневмоторакс ташхисини аниқлашга ёрдам беради. Беморнинг дастлаб қон ва сийдиги таҳлил қилиниши, ўнга аниқ ташхис қўйиш ёки тасдиқлаш учун рентгенологик текширув



ўтказиш зарур.

Кўпгина ҳолларда ўткир ўпка абсцесси, гангренаси, ўпка эхинококкозининг йиринглаши ёки ўпканинг сурункали йирингли касалликлари хуружи пайтида шу касалликларга хос бўлган клиник белгиларнинг бўлиши, касаллик анамнезида беморга пиопневмоторакс ташхисини қўйишда ёрдам беради ва буни ўткир эмпиемадан, спонтан пиопневмотораксдан, юрак касалликларидан киёсий ташхис қўйишда қийинчилик тўғдирмайди. Касалликнинг чегараланган турларида клиник белгилар аниқ ифодаланган бўлмаслиги, амбулатория шароитида текширув натижалари аниқ ташхис қўйиш имконини бермайди. Бундай ҳолларда бемор маслаҳат ва текшириш учун мўтахассис (торакал жарроҳ, пульмонолог)га юборилади.

**Даволаш.** Пиопневмотораксда бемор стационарга ётқизишгунга қадар шифокор қўйидаги шошилиш ёрдамни кўрсатиши керак.

Беморда тарқалган ва таранглашган пиопневмоторакс бўлганда энг аввало ўткир нафас, юрак, қон-томир етишмовчилигини камайтириш мақсадида у стулга ёки каравотга ўтказилади ва хона деразалари очилиб тоза ҳаво киритилади. Имконият бўлганда амбулатория шароитида уйда кислород берилади ва диафрагма экскурсиясини яхшилаш мақсадида бўйинбоғ, кийимлар тугмаси, бел камари ечилади.

Амбулатория шароитида плевра бўшлигидаги босимни камайтириш мақсадида зарарланган томон 2 - ковурга соҳаси 70° ли спирт, 3 фоизли йод эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг 2 - ковурга ораллиги, ўрта-ўмров чизигидан 0,25-0,5 фоизли новокаиннинг 30-50 мл эритмаси билан маҳаллий огриксизлантирилиб, диаметри кенг игна (Дюфо игнаси) ёки ўмров ости венасини Сельдингер усулида қўлланиладиган игна ёрдамида плевра бўшлиги пункция қилинади ва 500-800 мл ҳаво, йиринг шприц ёрдамида тортиб олинади. Имконият бўлганда катта диаметрдаги ўмров ости венасини катетеризация қилишда уланадиган катетер ёрдамида плевра бўшлиги

Сельдингер усулида дренажланади ёки троакар ёрдамида пункция қилинади. Дренаж ва троакар терига чоклар ёрдамида мустаҳкамланиб қўйилади. Игна учига, катетерга ёки троакар охирига қон қўйиш учун қўлланиладиган система ёки резина найн уланиб, ичига 200-300 мл суюқлик солинган флаконга унинг иккинчи учи тушириб қўйилади.

Беморда оғриқни камайтириш мақсадида 1-2 фоизли промедол, омнопон ёки фентанил, баралгин мушак орасига юборилади. Тана ҳарорати юқори бўлганда ҳароратни туширувчи дорилар мушак орасига ёки вена ичига юборилади.

Эхинококкоз кистаси йиринглаб, плевра бўшлиғига ёрилганда пиопневмоторакс белгилари билан бирга ўткир аллергик реакциялар (анафилактик шок, Квинке шиши) кузатилса, қон босимини кўтариш учун 1-2 мл 0,1 фоизли адреналин эритмасини, 100-200 мл физиологик эритмага қўшиб вена ичига томчи усулида юбориш ва донмий артериал қон босимини назорат қилиб туриш, ундан кейин тезда 2,5 фоизли пипольфен ёки 2 фоизли супрастин эритмасидан 2 мл вена ичига юбориш зарур.

Артериал қон босимини кўтариш учун 5 мл 0,2 фоизли норадреналинни 400 мл 5 фоизли глюкоза эритмаси ёки реополиглюкнин билан венага томчи усулида юборилади. Бир вақтнинг ўзида вена ичига 90-180 мг преднизолон ёки 450-800 мг гидрокортизон киритилади, агар беморда бронхоспазм белгилари кузатилса, нафас етишмовчилигида ўтказиладиган чоралар билан бир қаторда аэрозоль шаклидаги бронхолитиклар (алуплент, беротек ва бошқ.) қўлланади. Шундан кейин вена ичига 2,4 фоизли эуфиллин эритмасидан 10 мл, 5 фоизли глюкоза ёки физиологик эритма билан қўшиб юборилади.

Албатта, бу чора-тадбирлар пиопневмотораксда кўрсатиладиган ёрдам билан биргаликда олиб борилади. Бунда бемор иложи бориша замбилда бош томонини бир оз кўтариш ҳолатда реанимация бўлимига врач кузатувида олиб борилади ва реаниматолог, жарроҳ ёрдамида керакли муолажаларни давом эттирилади.



## ТРАВМАТИК ГЕМОТОРАКС

Кўкрак кафасига тешиб ўтмаган ва тешиб кирган жароҳатлари оқибатида пайдо бўлади. Қон кетиш манбалари: ковурагалараро қон томирлари, жароҳатланган ўпка, йиртилган чандиклар, йирик қон томирлар ва юрак жароҳатлари бўлишимумкин.

**Қасалликнинг кечиши.** Қон йўқотишнинг умумий белгилари билан бирга анемия ва гипоксия ҳолатига хос бўлган лаборатор кўрсаткичларнинг таҳлили. Гемоторакснинг рентген манзараси унинг турига қараб бўлади.

Гемоторакс плевра бўшлиғига йиғилган қон миқдорига қараб 3 хил турда бўлади: кичик гемоторакс, ўртача ва катта гемоторакс.

Кичик гемоторакс - плеврал бўшлиқда 500 мл гача қон йиғилиши. Бу ҳолат беморнинг ташқи кўринишига ва физикал текширув маълумотларида кам ақс этади. Рентгенограммада ўзгаришлар деярли кўринмайди.

Ўртача гемоторакс - плеврал бўшлиқда 500 дан 1000 мл гача қоннинг йиғилиши. Рентгентавирда кўкрак кафасининг қисман қоронгулашган қисми яхши кўриниб туради. Одатда беморнинг ранги оқариб кетган, анемия белгилари яққол кўринади, совуқ тер босган, артериал қон босими пасайган, пульс ва нафис олиши тезлашган бўлади.

Катта гемоторакс - плеврал бўшлиғида 1000 мл дан кўпроқ қон йиғилиши, рентгентавирда ўпканинг шу тарафи (гемоторакс ҳисобига) тўлиқ қоронгулашган, кўкс оралиғи қарама-қарши томонга силжиган. Геморрагик шок белгилари ҳам яққол намоён бўлади.

**Даволаш.** Қон плеврал бўшлиғида 1000 мл дан кўпроқ бўлганда қон кетиш манбаини топиш ва қон кетишни тўхтатиш, яъни шошилинич торакотомия ўтказиш талаб этилади. Кичик гемотораксда - плевра бўшлиғи пункцияси ўтказилиб, йиғилган қон алоҳида тадбирлар билан аспирация қилиниб, аутогемотрансфузия (ўзига қайта қўйиш) амалга оширилади. Бу орада торакоскопия ўтказилиб, қон кетиш манбаини топиш, уни кўздан кечириб қон йўқотиш тезлигига баҳо бериш ва электрокоагуляция йўли билан уни тўхтатиш лозим бўлади. Йирик қон томирлар жароҳатланганда, ўпка

тўқимасидаги катта жароҳатлар зудлик билан жарроҳлик усулида амалиёт ўтказилишини талаб қилади. Қолган ҳолларда, плеврал бўшлиғи орқа қўлтик чизиги бўйлаб VI ковурғалар орасидан дренажланади, ўпка тўқимаси жароҳатланганда эса, ўрта ўмров чизиги бўйлаб II ковурғалар орасидан дренажланиб, узлуксиз актив аспирацияга уланади. Муолажа: йўқотилган қон ўрнини тўлдиришга қаратилган бўлиб, шокка қарши қўлланиладиган чоратадбирларни ўз ичига олади. Агар дренажлар бўйича қон йўқотиш 1 соат мобайнида 200 мл дан ошса ёки 3 соат ичида соатига 300 мл дан ошадиган бўлса, торакотомия амалиёти бажарилиши шарт бўлади.

Кўкрак қафасининг санчилган ва ўқ теккан жароҳатланишлари. Бемор кўп қон йўқотиб оғир аҳволда келтирилганда, жароҳат юрак ёки йирик қон томирлар соҳасида жойлашганда шошилинич «типик» олдинги-ён томонлама торакотомия қилиниб, кўкрак қафаси аъзолари тафтиш (ревизия) қилинадан ва қон кетиш манбаини топиб, уни тўхтатиш чоралари кўрилади. Агар бемор аҳволи барқарор бўлса, аввало рентгенологик текширув ўтказиш лозим бўлади. Плевра бўшлиғига тешиб кирган жароҳатларда (пневмоторакс, гемоторакс) - торакоскопия амалиёти қилинади. Торакоскопия ёрдамида кўкрак қафасининг қайси аъзоси жароҳатланганлигини аниқлаш мумкин бўлади. Йирик қон томирлар, ўпка тўқимаси жароҳатланиб, йирик бронхлардан қон оқиши давом этаётганда жарроҳлик амалиёти ўтказишга тўғри келади.

Агар актив қон оқиши ва массив ҳаво кирганлигининг аломатлари бўлмаган тақдирда плевра бўшлиғи дренажланади. Ўпка тўқимасида жароҳатланиш бўлмаганда орқа қўлтик чизиги бўйича VI ковурғалар орасидан, жароҳат бўлганда эса ўрта ўмров чизиги бўйлаб II ковурғалар орасидан дренажланиши керак бўлади. Диафрагма жароҳати аниқланганда лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзолари тафтиши ўтказилиши керак.



## **Мавзу 2: ҚОРИННИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ**

**I. Машгулотнинг мақсади:** Таълим олувчи қориннинг ёпиқ травмаси ва жароҳатлари бўйича назарий ва амалий билим савиясини ҳозирги замон даражасида чуқурлаштиради.

### **II. Машгулотнинг вазифалари:**

Темани ўргангунча таълим олувчи қуйидагиларни билиши лозим:

- қорин девори, қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда орти соҳаси хирургик анатомияси (нормал анатомия, топографик анатомия ва оператив хирургия, умумий хирургия кафедраларида).

- Қорин парданинг патофизиологияси (биохимия, патологик анатомия, патологик физиология кафедралари).

- Қорин травмаси ва айрим аъзолар травмаси классификацияси (факультет хирургия кафедраси).

- Қориннинг ёпиқ травмаси диагностикаси ва клиникаси (факультет хирургия кафедраси).

- Қориннинг ёпиқ травмаси даволаш принципларини (умумий хирургия, факультет хирургия, фармакология кафедралари).

Мавзу ўзлаштирилгандан сўнг таълим олувчи қуйидагиларни билиши ва қилиши лозим:

- Қориннинг ёпиқ травмаси ва шикастланишлари билан беморларни текшириш алгоритмини тузиш.

- Қорин травмасининг ҳар хил шикастланишларида дифференциал диагностика ўтқизиш ва диагнозни тўғри ифодалаш.

- Лаборатор ва инструментал текшириш усуллари маълумотларини касалликнинг клиник картинасига мос ҳолда тўғри изохлаш.

- Қориннинг ёпиқ травмаси ва шикастланишларида даволаш тактикасини аниқлаш.

### **III. Теманинг мазмун моҳияти.**

## **1. ТАЪРИФ:**

Абдоминал травма ёки қорин травмаси - бу ташқи таъсир натижасида анатомик яхлитликни ёки қорин бўшлиғи, қорин парда орти ва тос аъзолари ва тўқималарини функционал ҳолатини бузилишидир.

### **КХТ бўйича коди I0:**

535 Қорин сатҳи даражасида қон томирлар, оқани пастки қисми ва тос травмаси

536 Қорин бўшлиғи аъзолари травмаси

537 Тос аъзолари травмаси

538 Қорин пастки қисми, оқанинг пастки қисми ва тоснинг мажакланиши ва травматик ампутацияси

539 Қориннинг, оқанинг пастки қисми ва тоснинг бошқа ва ноаниқ травмалари

## **2. КЛИНИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ:**

Умум маъқул яхлит классификацияни яратишга урinishлар ўзини оқламаган. Таклиф этилган шунга ўхшаш классификациялар эса қундалик амалий қўллиш учун жуда қўпол ва ноқўлайлик келтирган.

Ҳозирги вақтда бир нечта классификациялар қўлланилиб, улардан биргаликда қўшиб фойдаланиш травманинг характери хақида объектив тасаввур қилишга ёрдам беради.

### **Шикастлантирувчи агентнинг характери бўйича классификацияси:**

- механик травма - механик энергия таъсир натижасида вужудга келади. Асосан айнан механик травма натижасида шикастланган беморлар хирурглар фаолиятининг диққатида бўлади (хар хил турдаги жароҳатлар, автомобилдан авария туфайли олинган травмалар, юқоридан йиқилганлар ва б.);

- термик травма - юқори (қуйишлар) ва паст (совук уриш) температуранинг таъсир этиши натижасида ҳосил бўлади. Шикастланишнинг ушбу қўринишларида тиббий ёрдам комбустиологлар томонидан кўрсатилади;

- химик травма - қўплаб химик бирикмалар билан контакт содир бўлганда юзага келади. Жиддий равишда мулоҳаза қилинганда, химик препаратлар билан захарланиш (жумладан дори-дармонлар билан ҳам) химик травма ҳисобланади.



Аммо хирурглар куйдирувчи суюкликлар (кислота ва ишқорлар) таъсири оқибатлари, хазм тракти аъзолари некрози ва ушбу аъзоларнинг чандикли ўзгаришлари билан ҳам ишлашга тўғри келиши мумкин;

- нурли травма - нурли энергия таъсирида ҳосил бўлади;

- комбинациялашган травма - икки ва ундан ортиқ энергияни бирикшиши натижасида инсон организмига шикастланиш ётказилиши.

Ушбу тушунчани тўғри талқин қилишини тавсия этамиз, чунки кўпчилик қўлланмаларда бу термин «қўшма травма» синоними кўринишида нотўғри ишлатилади. Сабаби хирурглар асосан механик травмалар билан шугулланишади. Бундан буён биз фақат механик травмани классификациясini кўриб чиқамиз.

**Травмани тарқалганлиги бўйича классификацияси (масштаблиги):**

- кориннинг изоляцияланган травмаси - игарда жабрланганда корин травмасидан бошқа шикастланишлар бўлмаса. Бу вақтда ўлим 5-20% ташкил этади. Битта ва кўп микдордаги травма (кўплаб санчиб кесилган жароҳатлар) тафовут қилнади;

- қўшма травма - корин травмаси билан жабр кўрган беморда бошқа шикастланишларнинг ҳам мавжудлиги. Кўпинча краниоцеребрал ҳамда корин травмаси биргаликда учрайди, кам ҳолатларда корин травмаси ва таянч-суяниш аппарата травмалари, корин ва кўкрак кафаси травмалари учрайди. Бу ҳолларда ўлим 50-90% гача этади. Бир вақтда кўкрак кафаси ва кориннинг травмаси энг оғир травма ҳисобланади.

- торакоабдоминал травма - ҳамма вақт диафрагмани шикастланиши мавжуд бўлади. Торакоабдоминал шикастланишларда бир вақтда кўкрак кафаси ва коринни шикастланишида диафрагмани ушбу жараёнга қўшилмаганлигини аниқлаш лозим.

**Шикастланишларни хариктери бўйича классификацияси:**

Қориннинг барча шикастланишлари икки катта гуруҳга бўлинади: ёпик (кориннинг қисқариши травмаси) ва очик (корин травмаси).

Ёпиқ травма (кориннинг қисқариши травмаси):

Қориннинг ёпиқ шикастланишида корин олдинги деворида тери қопламасининг ёки ташқи шиллиқ қаватларини бўтунлиги (жарохат) бузилмаган бўлади. Бу вақтда терида шилинишлар ва тери остига қон кўйилишлар бўлиши мумкин.

Қорин ёпиқ травмаси коринга предмет билан урилганда, коринни қисилишида, юқоридан тушиб кетишда ривожланади (кататравма). Шикастланишнинг қуйидаги турлари тафовут қилинади:

- қорин бўшлиғи аъзоларини шикастланишсиз (мушаклар лати ва қорин олдинги девори гематомаси);

- қорин бўшлиғи аъзоларини шикастланиши билан:

- *ковак аъзоларни шикастланиши билан;*

- *паренхиматоз аъзоларни шикастланиши билан;*

- қорин парда орти бўшлиғини шикастланиши билан:

- *ковак аъзоларни шикастланиши билан;*

- *паренхиматоз аъзоларни шикастланиши билан;*

- *қон томурлар шикастланиши билан.*

Ковак аъзолар шикастланишлари ўртасида лат ейиш, йиртилишлар, бўтунлай узилиш, эзилишлар тафовут қилинади.

Паренхиматоз аъзолар шикастланишлари капсуласининг яхлитлиги бузилмасдан (капсула ости ва марказий гематомалар) ва бўтунлигини бузилиши билан ҳам бўлиши мумкин (йиртилишлар, узилишлар, аъзони бир қисмини узилиши ва эзилиши). Капсула ости гематомалар аъзони икки босқичли ёрилишига олиб келиши мумкин. Айрим ҳолларда оғир травмалар пайти аъзони оёқчасидан ва боғлаб турувчи аппаратидан узилиши кузатилади.



Тос суякларин ва умуртка погонасини шикастланиши натижасида корин парда ортин гематомасини вужудга келади.

Очик травма (корин жароҳати):

Очик травмани абсолют белгиси жароҳатнинг мавжудлигидир. Очик шикастланишлар совук, ўқ отар қуроллар ва иккиламчи снарядлар билан етказилади. Барча корин травмаларнинг 20 дан 45% гача улуши очик травмаларга тўғри келади. Келиб чиқиш механизми, жароҳат етказувчи предметни характери ва тўқималарнинг шикастланишига қараб жароҳатлар лат ейиш, суқилган, кесилган, чопилган, тишланган, арчилган, йиртилган, ўқ отар қуролдан шикастланиш ва уларнинг бирга қўшилиб келишларига бўлинади.

- лат еган жароҳатлар - қисқариши предметдан каттик зарб ейиш натижасида вужудга келади.

- суқилган жароҳатлар - уч қисми ўткир бўлган асбобни танага тиралган пайти терига кириб, юмшок тўқималарни икки томонга сурядиган таъсири натижасида содир бўлади. Теридаги ўлчамини кичик бўлсада жароҳат каналинини анчагина чуқурлиги билан характерланади.

- кесилган жароҳатлар - тана юзасида кесувчи предметни илгарилаб ҳаракатланиши натижасида ҳосил бўлади. Улар катта қўламли, чўзиқли ва чизикли йўналишларда бўлади. Жароҳат четлари аксарият ҳолатларда текис.

- чопилган жароҳатлар - ўткир тигли оғир қурол билан ва катта таъсир йўли билан ҳосил қилинган жароҳат, кесилган жароҳатлардан фарқли уларок, асбобнинг ҳаракати пичокка нисбатан перпендикуляр бўлади. Жароҳатни катта қуч билан етказилганлиги сабабли тўқималарни кенг миқёсда шикастланиши билан характерланади.

- тишланган ва арчилган жароҳатлар - уй шароитида, кўпинча модага айланган уришқок зотли итларни ҳамда катта мушук вакилларини (пантера, ягуар, йўлбарс, шерлар) боқиш билан боғлиқ ҳолда учрайди. Агарда жароҳат корин олдинги деворида жойлашган бўлса корин олдинги деворида анчагина

катта дефект ва ички аъзолар ўрнини коплаб бўлмайдиган шикастланиши билан кузатилиши мумкин.

- йиртилган жароҳатлар - кўпинча ишлаб чиқариш жараёнида олинган ёки ЙТХ, оқибатида вужудга келадиган травма. Бунақа жароҳатлар кўпчилик ҳолатларда жуда травматик ва инфлосланган бўлади.

- ўқ отар қуролдан шикастланишлар орасида қуйидагилар тафовут қилинади: сочма ўқли, ўқ ва снаряд парчаси орқали етказиладиган жароҳатлар. Улар тешиб ўтувчи, бир томони ёпиқ ва тегиб ўтган бўлиши мумкин. Аъзо ва тўқималар шикастланишини оғирлиги, кўп миқдорилиги, кенг кўламлиги билан характерланади. Ўқ отар қуролдан олинган жароҳатларда шикастланиш ўқнинг чиқиш тешиги томон ҳажмини ортиб бориши билан ажралиб туради. Снаряд парчасини таъсири натижасида энг катта шикастланиш кириш тешиги томонда кузатилади.

**Қорин бўшлиғига кирмайдиган ва кирадиган жароҳатлар:**

Қорин бўшлиғининг барча жароҳатлари қорин пардани шикастланганлигига боғлиқ ҳолда қуйидагиларга бўлинади:

- қорин бўшлиғига кирмайдиган;

- қорин бўшлиғига кирадиган.

Кирадиган жароҳатлар ўз навбатида қуйидагиларга бўлинади:

- қорин бўшлиғи аъзолари шикастланмаган жароҳат;

- қорин бўшлиғи аъзолари шикастланиши билан жароҳат:

- ковак аъзолар шикастланиши билан;

- паренхиматоз аъзолар шикастланиши билан.

- қорин парда орти бўшлиғи шикастланиши билан жароҳат:

- ковак аъзолар шикастланиши билан;

- паренхиматоз аъзолар шикастланиши билан;

- қон тамирлар шикастланиши билан.

Қорин бўшлиғи аъзоларини *якка ва кўплаб* шикастланишлари тафовут қилинади. Агарда аъзода битта жароҳат бўлса, шикастланиш монофокал дейилади, агарда бир нечта бўлса, полифокал. Терминологик жиҳатдан



полифокал шикастланиш кўплаб шикастланиш билан бир хил аҳамиятли.

### **3. ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ**

#### ***Лаборатор текширишлар:***

Қон умумий таҳлилида қон кетишда энг аҳамиятлининг эритроцитлар, гемоглобин ва гематокритни пасайиши, лейкоцитоз эса яллиғланиш жараёни пайти кузатилади. Шунингдек тутиш лозимки, барча ўзгаришлар травмадан кейин бир неча соатдан сўнг келиб чиқади. Ҳаттоки, оғир қон йўқотишнинг бошида қоннинг қизил таначалари кўрсаткичи меъёрида бўлиши мумкин. Буйрак травмасида сийдик умумий таҳлилида гематурия, меъда ости беги шикастланишида амилазурия кузатилади. Қоннинг биохимик таҳлили абдоминал травмада специфик эмас.

#### ***Инструментал текширишлар:***

*Инструментал* *поинвазив* *диагностик* *энг* *оддий* *усул* бу ошқозонга зонд ўрнатиш ва сийдик қопини катетеризация қилишдир.

*Ультратовушли* *диагностикада* қорин бўшлиғида эркин суюқликни мавжудлигини, паренхиматоз лъзолар ёрилишини (талок, жигар, буйраклар, ошқозон ости беги), қорин парда орти гематомасини аниқлаш мумкин. Айрим ҳолларда эркин газни ҳам аниқлаш мумкин.

*Фиброгастроудоденоскопияда* ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шикастланганлигини аниқлаш мумкин. Текшириш жараёнида ошқозонни пуфлаб шиширишни имкони бўлмаслиги ёки қоринда тўсатдан оғрикни пайдо бўлиши перфорация мавжудлигидан дарак беради. Эндоскопиядан сўнг диагнозни тасдиқлаш учун эркин газни аниқлаш мақсадида обзор рентгенография ўтказиш мумкин.

*Қорин бўшлиғини обзор рентгенография ва рентгеноскопияси* диафрагма гумбазлари остида эркин газни, плевра бўшлиғида суюқлик мавжудлигини, диафрагма ҳаркати, қорин бўшлиғидаги суюқликни (агарда 500-700 мл атрофида бўлса) аниқлаш имониятларини беради. Ичакнинг қорин парда орти қисми шикастланганида қорин парда ортида газнинг кичик пуфакчалари кўринади. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни перфорациясини аниқлаш мақсадида контрастли текшириш усуллари ҳам қўлланилади (факат сувда

эрийдиган контрастлар қўлланилади). Бу вақтда контрастни эркин қорин бўшлиғига ёки қорин парда орти соҳасига оқиши кузатилади.

*Компьютер томография* энг информатив диагностика усули бўлиб, қорин шикастланишини характери, жойлашувни ва ҳажмини аниқлаш имконини беради ҳамда шу орқали рационал даволаш тактикасини танлашда муҳим ҳисобланади.

Аммо, гемодинамикани ностабиллиги, давом этувчи қон кетишда шикастланганларда КТ ўтказишни иложи бўлмайди. Шунинг учун ушбу текшириш усулини қўллашда асосий критерия унинг информативлиги ва тез бажарилиши сабабли организм фаолиятидаги тез ўзгарадидан параметрлар уни шикастланган беморларда қўллашни чегаралаб қўйиши мумкин.

Сийдик қопи ва уретрани ёрилишига гумон қилинганда *цистография ва кўтарилаувчи уретрография* ўтказилади. Бу вақтда сувда эрийдиган 15%ли контраст ҳам қўлланилади. Рентгенограмма 2 проекцияда қилинади: тўғри ва қиялама. Диагноз контраст моддани қорин бўшлиғига ва сийдик қопи атрофига оқиб чиқишига қараб аниқланади. Ундан ташқари сийдик қопи шикастланганлигини аниқлаш мақсадида Зельдович пробаси ҳам қўлланилади. Бунинг учун сийдик қопига катетер қўйилиб суюқлик юборилади, юборилган суюқликдан кўпроқ миқдорда сийдикни ажралиб чиқиши сийдик қопини қорин парда ичи қисмини ёрилганлигидан дарак беради (Зельдович пробасини мусбат феномини). Агарда сийдик қопига суюқлик юбора туриб ЎТТ қилинганда суюқликни қорин бўшлиғига ўтиб кетиши кузатилса унда сийдик қопини қорин парда ташқари қисми шикастланганлигидан дарак беради. Буйраклар ва сийдик йўли шикастланганлигига гумон қилинганда *эскретор урография* бажарилади. Бу вақтда вена ичига 60-80 мл урографин юборилади ва схема бўйича қорин бўшлиғи суратга туширилади. Артериал қон босими 90/60 ммHg устунидан паст бўлганда эскретор урография вақти етарлича маълумот олиб бўлмайди.

Жароҳатни қорин бўшлиғига тешиб қирилганлигига шубҳа қилинганда жароҳат каналини текшириш мақсадида *вультнерография* усулини қўллаш



мумкин. Бу вақтда маҳаллий огриксизлантириш остида жароҳатнинг чеккасига кисет чок қўйилиб жароҳатга катетер киритилади ва чок катетер атрофидан боғланади. Катетер орқали сувда эрийдиган контраст модда юборилиб, икки проекцияда рентгенография қилинади. Агарда жароҳат кўрувчи бўлса контраст қорин бўшлиғига оқиб киради.

Йирик даволаш муассасаларида паренхиматоз аъзоларни шикастланганлигини инкор этиш мақсадида шошилинч *ангиография амалга* оширилади. Ангиография буйраклар шикастланишида кўпроқ информатив-лидир. Қорин парда орти гематомасида қон кетиш манбасини аниқлаш мақсадида интероперацион ангиографияни бажариш мумкин.

Инвазив инструментал диагностика усулига *лапароцентез, лапароскопия, диагностик лапаротомиялар* киряди.

*Лапароцентез* ички аъзолар шикастланиши клиник картинаси ноаниқ бўлиб инкор этиб бўлмайдиган ҳолатларда бажарилади, айниқса кранноцеребрал травма ва алкоғолдан кучли маълик ҳолатларида. Лапароцентез ва «қидирадиган» катетер усули қуйидагича бажарилади. Маҳаллий огриксизлантириш остида ўрта линия бўйича қиндикдан пастдан қундаланг йўналишда тери 0,5-1 см кесилади.

Теридаги жароҳатнинг юқори қисми қалин синтетик ип билан тикилади ёки цапкага олинади, бу ҳолат апоневрозни кўтарилишига имкон туғдиради. Сўнгра троакорни юқори ва чапга йўналтирилиб айланувчи ҳаракат ёрдамида қорин олдинги девори тешилади. Стилёт сугириб олинади. Агарда троакор трубкаси орқали қон, ўт ёки ичак маҳсулоти келса қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланганлиги муқаррар эканлиги ўз исботини топади. Агарда троакор трубкаси орқали ҳеч нарса чиқмаса, у ҳолда у орқали уч қисмидан 3-4мм гача бир нечта тешик қилинган қон қўйиш учун системанинг трубкаси киритилади.

Катетер жигар, талок, чап ёнбош канал, кичик чанок бўшлиғи, ўнг ёнбош канал қараб йўналтирилади. Агарда ушбу манипуляцияда ҳеч нарса олинмаса,



у ҳолда перитонеал лаваж бажарилади. Бунинг учун корин бўшлигига I л изотоник эритма юборилади ва унинг қайтиб чиқиши бўйича визуал баҳо берилади. Динамик кузатув мақсадида корин бўшлигида дренаж қолдирилади ва 4-6 соатдан сўнг қайта лаваж ўтказилади.

*Диагностик лапароскопия* 95-99% ҳолатларда диагнозни тўғри аниқлашда ёрдам беради, аммо уни бажаришни ҳамма вақт ҳам имкони бўлмайди. Қарши кўрсатмаларга қуйидагиларни киритиш мумкин: коринни кучли дамлиги, корин олдинги деворида кўпилаб чандикларнинг мавжудлиги, беморнинг шок билан боғлиқ бўлган ўта оғир ҳолати, кўкрак кафасини, бош мияни шикастланганлиги ҳамда диафрагмани шикастланганлигига гумон қилинган ҳолатларда (пневмоперитонеум зарурияти мавжудлиги сабабли).

Методика қуйидагидан иборат. Киндикдан юқоридан ёки худди лапароцентездегидек, Вереш игнаси ёрдамида пневмоперитонеум ҳосил қилинади (10-12 мм сим. уст. босимда), D10 троакор киритилади. Стилет чиқариб олинганч лапароскоп киритилади ва корин бўшлигидаги суюқликка, корин парда реакциясига, ингичка ичак қовузлуклари ҳолатига баҳо берилади. Қорин бўшлиги кўриб бўлинганч видеолапароскопик манипуляцияни давом эттириш мақсадга мувофиқлиги ёки лапаротомияга ўтиш ҳал этилади. Конверсияга ўтишга кўрсатма бўлмаса қўшимча D5 троакорлар киритилади.

## **Троакорларни оптимал жойлаштиш схемаси.**

### **Лапароскопия.**

Қорин бўшлиги аъзоларини ревизия қилиш паритетал корин парда жароҳатини (қоринни очик жароҳатида) ва жароҳатга яқин турган корин бўшлиги аъзоларини кўришдан бошланади. Кейин бирин кетин жигар, талок, ошқозон, ингичка ичакнинг барча қисми, кундаланг чамбар ичак, корин парда орти гематомасини мавжудлиги, жойлашуви, ҳажмига баҳо берилади. Ошқозонни кўриш қардндан 12 бармоқ ичак томон давом эттирилади. Бунда 12 бармоқ ичак соҳасини эътибор билан кўриш муҳим ҳисобланади. Гематома, эмфизема, шу соҳадаги ўтли бўялиши конверсияга ўтишга кўрсатма



хисобланади. Шубха пайдо бўлганда ФЭГДС қилиш мумкин ёки ошқозонга назогастрал зонд орқали бўёк (метил кўки) юбориш мумкин.

### **Ингичка ичакни ревизия қилиш усули.**

#### **Эндокискич орқали ичакни ушлаб олиш усули.**

Ингичка ичакни ревизия қилиш илеоцекал бурчакдан бошланади, чунки видеолпароскопия пайти Трейц боғламини топишдан кўра ёнбош ичакни аниқлаш осонроқ амалга оширилади. Илеоцекал ўтиш жойини кўриш учун беморга ўнг ёнини юқорига буриб Фовлер ҳолати берилади. Кўпчилик ҳолатларда шунини ўзи кўр ичак гумбазин билан ёнбош ичакни бошлангишнинг кўриш учун етарли бўлади. Ингичка ичак ушлаш юзаси кенг бўлган юмшоқ иккита қискичлар ёрдамида (ичак деворига шикаст етказиш эҳтимолини камайтириш учун) кетма-кетликда чўзилади ва барча томонлари кийшик оптика ёрдамида кўздан кечирилади. Сўнгра кўтарилувчи ичак ва кундаланг чамбар ичакни олдинги қисми, катта қарви юқорига олинган кундаланг чамбар ичакни орқа қисмини кўришга имконият туғилади. Чамбар ичакнинг чап эгик жойи талокнинг пастки қирраси билан боғланганлиги ва тракция қилишни иложи йўқлиги (талокни травмаси юзага келиши мумкин) сабабли уни ревизия қилиш мураккаб. Шунини таъкидлаш лозимки, ҳаттоки «очик» операция вақти ҳам чамбар ичакнинг чап эгик жойи ревизияси муайян кийинчилик туғдиради. Чамбар ичакни кўриш унинг пастга тушувчи ва сигмасимон ичакни кўриш билан яқунланади. Албатта, (ҳаттоки шикастланиш бўлмасда) қорин бўшлиғи ревизиядан сўнг дренажланиши шарт: кичик чанок бўшлиғи, очик травмаларда қўшимча равишда париетал қорин парда жароҳати соҳасига дренаж най қўйилиши лозим. Дренаж трубка учун тешик сифатида троакор учун ўнг ёнбош соҳадан қилинган тешик ишлатилади ва зарурият туғилганда чап ёнбош соҳадан қўйилади. Дренажлаш учун икки бўшликли №6 силикон трубкалар ишлатилганининг мақсадга мувофиқ. Агарда қорин бўшлиғи аъзолари шикастлаганлиги аниқланса у ҳолда қўшимча равишда лозим соҳалар ҳам дренажланади (жигар ва чап диафрагма остисоҳалари).

*Диагностик (пробани, эксплоратив) лапаротомия энг маълумотли*



хисобланади, аммо бир вақтда энг травматик усул ҳам хисобланади, шунинг учун ҳам бу усул, қачонким бошқа бирор текшириш усули орқали диагноз аниқлашни иложи бўлмаган тақдирдагина қўлланилиши лозим.

#### **4. ҚОРИН ДЕВОРИ НИ ШИКАСТЛАНИШИ**

Қорин олдинги деворини очик ва ёпик шикастланишлари тафовут қилинади. Жароҳатларнинг барча турлари юқорида келтирилган эди. Ёпик шикастланишлар 30% гачани ташкил қилади ва кўпинча тўғридан тўғри зарба бериш, қорин мушакларини тўсатдан пресси ҳамда огир юкларни кўтариш натижасида вужудга келади. Қорин олдинги деворини лат ейиши, гематомаларни, мушакларни йиртилиши ва узилиши кабилар учрайди. Гематомалар тери ости, мушаклараро ва қорин парда олдида бўлиши мумкин. Агарда тўғри мушак юқори ва ўрта учлигидан узилса унинг иккита пайларини улаш билан чегараланган қобигини гематомаси кузатилади, агарда гематома пастки учлигида вужудга келса, унда кўпинча етарли даражадаги катта инфилтрат кўринишида пайдо бўлади. Қорин олдинги деворининг шикастланиши клиник жиҳатдан яққол бўлган огрик, мушакларнинг таранглашуви (одатда локал кўринишда) билан намоён бўлади. Бемор чалқанчасига ёки ён томонга оёқларини тиззасидан ва сон тос бўғимидан букиб олган ҳолда ётиб олади. Қорин девори нафас актида қатнашмаслиги мумкин. Айрим ҳолларда қорин пардасини шубҳа туғдирадиган даражадаги яллиғланиш симптоми кузатилади, айниқса қорин парда олди гематомасида. Травма олингандан сўнг бир неча соатдан сўнг огриклар камаяди, аммо тана холати ўзгартирилса огриклар яна зўрайиши мумкин. Агарда мушакларнинг узилиши кенгрок бўлса «травматик чурра» ҳосил бўлиши мумкин. Бу вақтда тери остида ичак қовузлоқлари пайпасланади. Шундай қилиб, қорин олдинги девори шикастланганида ички аъзоларнинг ҳам шикастланганлиги симптоматикаси кузатилиши мумкин, бу ҳолат эса ўз навбатида ниҳоятда диагностикани қийинлаштириб кўпинча асоссиз лапаротомия қилишга ҳам олиб келиши мумкин. Кичикрок гематомалар консерватив даволанади, чунки улар кўпинча сурилиб кетади. Пункция орқали даволаш ҳам мумкин. Катта, кенг гематомалар эса очилади ва дренажланади. Агарда посттравматик чурра



пайдо бўлган бўлса, қисилиш белгилари инкор этилса, бу ўз навбатида режали равишда операция қилинадн.

## 5. ЖИГАР ВА БИЛИАР ТРАКТНИ ШИКАСТЛАНИШИ

Қорин травмаси билан (1 жадвал) 13,6-54% ҳолатларда жигарнинг шикастланлиши кузатилади. Жигарнинг ёпик травмаси тўғридан тўғри зарба бериш, қарама қарши зарба (қовурға ва умуртка погонасидан) ва қисилишдан вужудга келади.

1 жадвал

### Жигарнинг шикастланиш шкаласи (E. Moore et al. бўйича, 1996)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш тури	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкаласи бўйича баллар
I	Гематома	Капсула ости гематомаси 10%дан кам юзасида	2
	Жароҳат	Капсулани 1 смгача бўлган ёриги	2
II	Гематома	Капсула ости гематомаси 10-50%гача юзасида, яъни гематомаси 2 смдан кичик бўлган диаметрида. Капсулани 1-3 смгача бўлган чуқурлиқтаги ёриги, узунлиги 10смгача	2
	Жароҳат	Капсулани 1-3 смгача бўлган чуқурлиқтаги ёриги, узунлиги 10смгача	2
III	Гематома	Капсула ости гематомаси 50%дан қўи юзасида	3
	Жароҳат	Эки аъзончи гематомаси, жигаричи гематомаси 2 смдан ортиқ диаметри эки катталаниб боруни чуқурлиги 3 смгача ёрилиши	3
IV	Жароҳат	Жигар бўлагини 25-75% паренхимасини эки 1-3 сегментларини бир бўлак доирасида ёрилиши	4
V	Жароҳат. Қўи томирлар жароҳати	Жигар бўлагини 75%дан ортиқ паренхимасини эки 3 дан ортиқ сегментларини бир бўлак доирасида ёрилиши	5
		Жигар ёнидаги веналарни шикастланиши	5
VI	Қўи томирлар жароҳати	Жигарнинг узилиши	6

Жигарнинг очик ва ёпик шикастланишлари, албатта хирургик йўл оркали даволанади. Операцияга кўрсатма қорин бўшлиғида давом этувчи қон кетиш эки перитонит ҳисобланади. Операция бемор аҳволининг оғирлик ҳолатига боғлиқ бўлмаган ҳолда зудлик билан, бир вақтнинг ўзида шокга қарши ва реанимацион чора-тадбирларни ўтказиш билан бажарилади. Стабил жигар ичи



гематомаларида консерватив даволаш чора-тадбирларини ўтказиш мумкин, аммо пациент касаллик динамикасида кузатилиши лозим. Жигар травмасида операция 3 мақсадни кўзлаб қилинади: жигарга яхши ва бемалол кириш йўлини таълаш, конни тўхтатиш билан биргаликда жароҳатга тўлиқ ишлов бериш ва асоратлар профилактикаси, масалан, кечки қайта кон кетиш ва ўт олиши натижасида перитонит ривожланишларини олдини олиш. Оператив аралашув усули жигар шикастланишининг характери, ҳажми ва жароҳатнинг жойлашувига боғлиқ ҳолда таъланади. Кичик чўзинчок (линейли) ёрилишларда гемостаз учун кон томирлар ва ўт йўлларига нисбатан кундаланг йўналишда П-симон чоклар қўлланилади. Уларни қўйиш учун атравматик игнали № 4 кетгутларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Игнани жароҳат киргоғидан 1,5-2 см узокликда киритиш лозим. Ип жароҳатнинг остидан карама қарши томонга ўтказилади.



Расм 5. Жигар чап бўлагини тешиб ўтувчи жароҳати.

Жигарнинг йиртилган жароҳатлари билан шикастланганларда жароҳатнинг четлари кесиб олинади, сўнгра дефектнинг икки чеккасига жароҳат четидан ҳеч бўлмаганда 0,5 смдан жой қолдирилиб гемостатик П-симон чоклар қўйилади. Кон ва ўт кетиши тўхтатилгач дефект четлари узлуксиз ёки П-симон тугунли чоклар ёрдамида, гемостатик линия орқасидан (жароҳат чеккасидаги масофа - 1 смдан кам бўлмаслиги керак) ўтиб



яқинлаштирилади; улар жигарнинг юмшок тўқимасига оғирлик тушишини камайтириш мақсадида қўлланилади.



Расм 6. Жигар жароҳати тикилган, тўлиқ гемостаз.

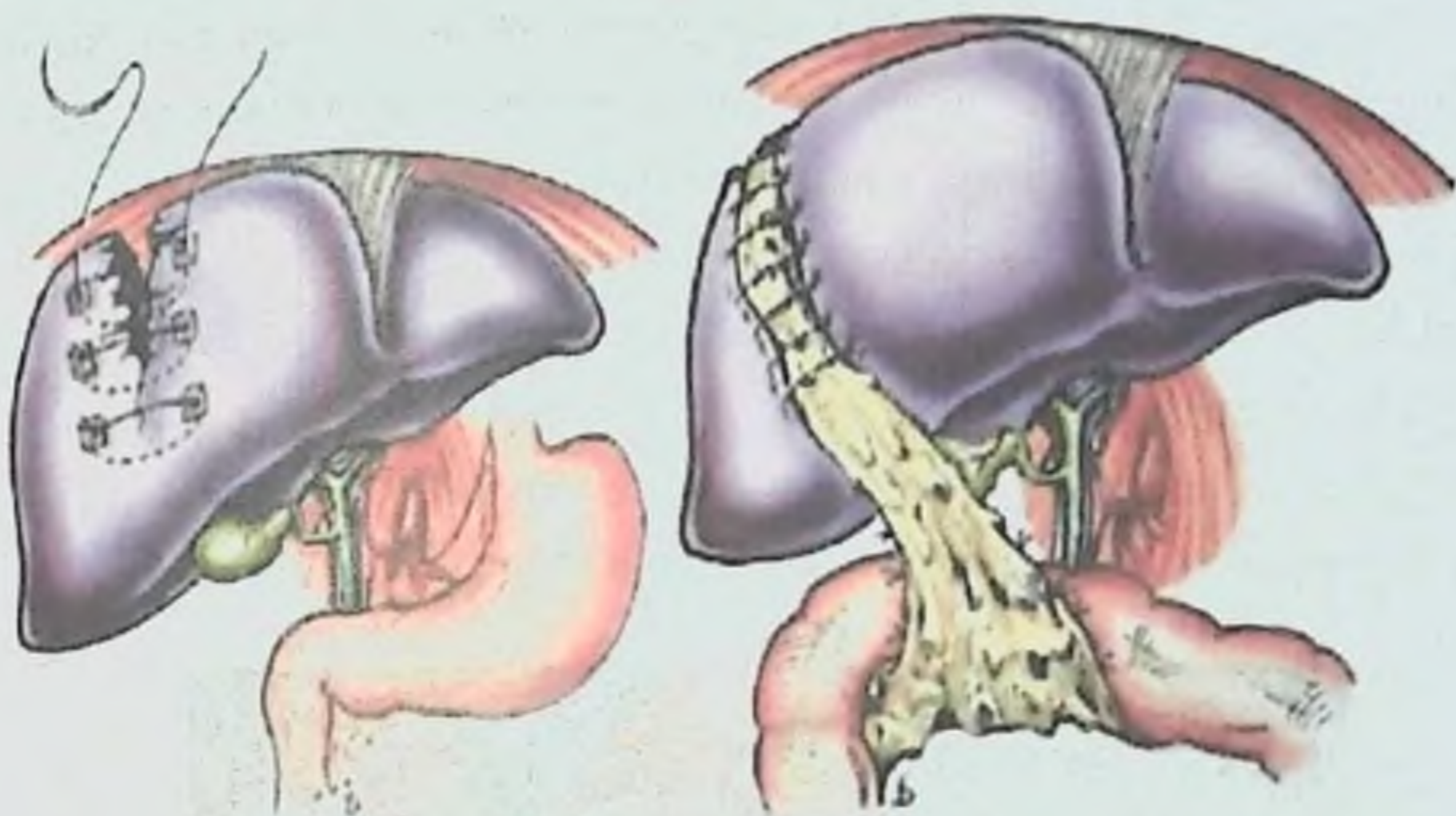
Гемостатик чокларни кесилиб кетишини кузатишса уларнинг остига синтетик суртилиб кетувчи плёнкалар ёки парнетал корин пардани ажратиб олинган қисми қўйилиб тикилади. Агарда жароҳат четларини бир бирига яқинлаштиришни иложи бўлмаса ёки чоклари кесилиб кетиши кузатилса дефект катта чарвининг бўлаги билан тампонада қилинади ва устидан чоклар қўйилиб боғланади.



Расм 7. Жигар ўнг бўлагини тешиб ўтувчи жароҳати.



Жигар жароҳатида тамомила гемостазга эришиш учун аргоноплазмали коагуляцияни қўллаш мумкин. Жигарнинг йирик қон томирлари шикастланмасдан катта ва чуқур ёриқларида алоҳида ёпиқ бўшлиқни ҳосил қилиш мақсадида Хиар-Алфёров-Николаев бўйича гепатопексияни қўллаш мумкин.



Расм 8. Жигардаги жароҳатни тикишда синтетик плёнкаларни қўллаш ва катта қарви бир қисмидан фойдаланиш орқали жароҳатни тикиш.

Бунақа гепатопексия жигарнинг диафрагмал ва пастки дорсал юзаларини ёрилишларида ҳам қўл келадн. Операция жигарни юмалок ва уч бурчакли боғламигача эркин қиррасини диафрагмага уни кўкрак деворига ёпишган линияси (жигарни диафрагмал юзасини ёрилишларида) бўйлаб ёки париетал қорин пардани орқа қаватига (пастки юзасини травмасида) фиксация қилишдан иборат. Бу операциядан сўнг сунъий равишда ёпиқ тиркишли бўшлиқ пайдо бўлади, шу сабаб чоклар линиясига диафрагма ва жигар ости бўшлиқларига икки бўшлиқни дренажлар жароҳатдан ажраладиган суюқликларни чиқиши учун қўйилади.

Жигар ёрилишида шикастланганларда профуз қон кетиши кузатилади, бу пайтларда вақтинча гемостаз мақсадида Прингел усулини қўллаш мумкин: турникет ёрдамида 10-30 минутга жигар ўн икки бармоқ ичак бойлами



(таркибида жигар артерияси ва дарвоза венаси) қисиб турилади. Прингл усули: турникетни жигар ўн икки бармоқ ичак бойламига қўйиш.

Қон кетиши тўлиқ тўхтатилгач жигар ўн икки бармоқ ичак бойламига қўйилган турникет секинлик билан қўйиб юборилади, 10-15 минут мобайнида жигар рангининг ўзгариши кузатилади.

Қорамтир-тўққизғиш ёки қўл ранг рангини пайдо бўлиши қон билан таъминланиши бузилганлигидан ва лозим сегментини олиб ташлашдан дарак беради. Жигар паренхимасини кенг қўламли бўлакли фрагмент кўрinishидаги ёрилишлари бир бири билан факатгина қон томир ва секретор оёқчалари билан туташиб турган пайти бу фрагментларни қон томир ва ўт йўллари алоҳида алоҳида боғлаб олиб ташлаш қийинчилик туғдирмайди. Жигарнинг жарохатланган юзаси катта чарвининг бир бўлаги билан ёпилади ва жигар капсуласига алоҳида чоклар ёрдамида фиксация қилинади.



Расм 9. Жигарни титилиб йиртилган жарохати.





Расм 10. Жигарни титилиб йиртилган жароҳатларида гемостаздан сўнг полипропилен сетка билан ураш.

Жигарнинг жароҳатланган қисмини ҳаётийлигига гумон қилинганда уларни жароҳатнинг тубидан бошлаб олиб ташлаш лозим. Бу вақтда бармоқ ёрдамида тўқималар қисқариши йўл билан қон томир ва ўт йўллари тортilib турганлиги сеза туриб ажратилади (бу усул дигитоклазия дейилади), сўнгра қон томир ва ўт йўллари тикилиб боғланади.

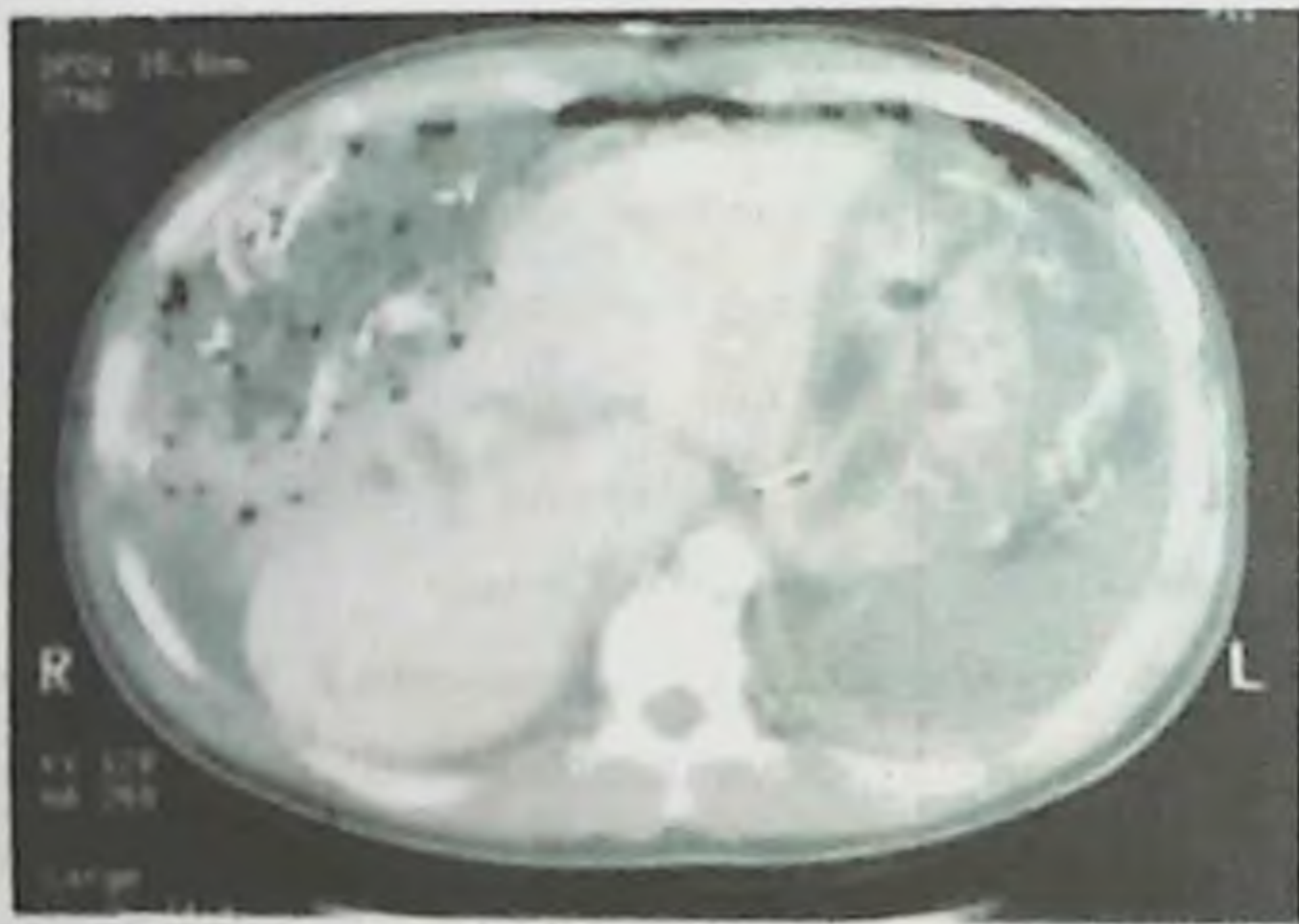
Жигар травмасида унинг анатомик резекциясига Е. Моорге бўйича IV-VI даражали шикастланишлари кўрсатма ҳисобланади. Шу билан биргаликда кўп қон йўқотилганда, ностабил гемодинамикада ушбу мураккаб ва травматик операцияларни 2-3 кунга кечиктириб, бемор аҳволини стабиллаштириш ёки ихтисослаштирилган стационарга ўтказиб амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Шунинг ёдда тутиш лозимки, бу операцияларни бажаришда ўлим анча юқори бўлади (60-80 %гача). Ушбу пациентларда ўтган асрнинг 90-чи йилларидан ҳоғ эл адабиётларида келтирилган босқичли тактика "damage control" қўлланилган. Мос равишда унга асосан биринчи босқич зудлик билан оператив аралашув қон тўхтатиш ва қорин бўшлиғини санақия қилиш мақсадини ўз ичига олган. Гемостаз жигарни зич қилиб тампонлаш ёки уни



пакетлаш (ўраш) ва қорин бўшлиғини ёпиш билан тугатилган.



Расм 11. Жигарни тампонада қилиш.



Расм 12. Жигарни тампонадасини КТ кўриниши.

Жигарни зич қилиб тампонада қилиш учун 6-12 метр марлили тампонлар қўлланилган ва улар қорин бўшлиғида қолдирилган (улар режалаштирилган релапаротомия пайти олиб ташланган) ёки контрапертура орқали жигар ости соҳасидан ташқарига чиқариб қўйилган.

Жигар травмаси пайти пакетлаш вақтинчалик гемостаз учун самарали усул ҳисобланади. Ушбу усулни қўллаш усул асосий шароит жигарни



боғловчи аппаратларини бутунлай мобилизация қилиш, жигар веналаридан қон айланишини таъминлаш, фиксациясини ўзгартириш ва аъзони олд-орқа йўналишда салфетка ёки пленкалар ёрдамида ўраб олишдир.

Жигарни чуқур жароҳатидан қонни тўхтатиш қийин бўлган ҳолатларда, гемостаз учун пакетлаш етарли бўлмаганда баллонли тампонада мақсадида катетер Фолье ёки Сенгстакен-Блэкмор зондини ишлатиш мумкин. Қорин олдинги деворидан чиқаришиб қўйилган дренажлар қон тўхтагандан 3-4 кундан сўнг олиб ташланади.



Расм 13. Жигарнинг чуқур жароҳатида катетер Фолье орқали гемостаз.

*Иккинчи босқичда* интенсив терапия ёрдамида гемодинамикани тиклаш амалга оширилади ва ушбу жараён бемор аҳволини стабиллашувига мос равишда 12 соатдан 72 соатгача давом этиши мумкин. Организмда кўрсаткичлар стабиллашгач, *учинчи босқич* - релапаротомия тампонлар олиниб тўлиқ гемостазга эришилади, агарда анатомик резекция лозим топилса у амалга оширилади. Жигарнинг барча оғир травмаларида, жумладан зич равишда бажарилган тампонада қилинганда ҳам диафрагма ва жигар ости соҳалари икки бўшлиқли силикон трубкalar билан дренажланади ва албатта жигар ташқи ўт йўллари умумий ўт йўлида декомпрессия мақсадида Кер бўйича ёки ҳеч бўлмаганда холецистостомия бажарилиши лозим.



Операциядан сўнгги даврда шокга қаршидаво муолажалари давом эттирилади, кўн компонентлари ва кўн ўрнини босувчи суюкликлар, антибактериал терапиялар ўтказилади. Жигарнинг оғир формадаги шикастланишлари, одатда жигар ичи ва ташки ўт йўлларининг шикастланиши билан кузатилади (2 жадвал).

2 жадвал

Билиар тракти шикастланишини шкालаси (E. Moore et al., бўйича 1992)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкालаси бўйича баллар
I	Ўт халта контузияси (гематома), поргал триадасини лат елини	2
II	Ўт халтани ётоғидан қисман узилиши <i>d. Cysticus</i> ни шикастланиши. Ўт халтани ёрилиши ва узилиши	2 2
III	Ўт халтани бутунлай узилиши. <i>d. cysticus</i> ни узилиши	3 3
IV	Қисман ски бутунлай ўнг ва чап жигар йўлларини узилиши Жигар ва ўт халта йўлини қисман узилиши (периметрияси бўйича 50% дан кам)	3 3
V	Жигар ва ўт халта йўлини узилиши (периметрияси бўйича 50% дан юкори) Шикастланиш Билиар трактини интрадуоденал ва интрапанкреатик қисмларини шикастланиши	3-4 3-4 3-4

Ўт халтанинг кичик жароҳатлари тикилади. Кенг жароҳатлари ҳамда конкрементларнинг мавжудлиги холецистэктомияга кўрсатма ҳисобланади. Жигар ташки ўт йўлларини жароҳатлари атравматик игнада тикилади ва холедохни ташки дренажлаш бажарилади.

Жигар ичи ўт йўллари шикастланганда ўт йиғилиши натижасида жигар ичи ва ташқарисида суюклик йиғилгани каби тўпланади. Ҳозирги адабиётларда травмадан сўнг жигар ичи ва ташқарисида йиғилган суюкликни “билома”, “билиогематома” деган тушунча қўлланилади. Травмадан сўнгги даврда билома ва билиогематомани вужудга келиши специфик кўринишдаги клиник картинага эга бўлмайди. Пациент асоратлар ривожланганича ҳеч бир қанақа шикаят билдирмайди. Билом, билиогематомалар йиринглаганда юқори иситма ва қалтираш пайдо бўлади. Илгари, албатта, замонавий текшириш усулларини йўқлиги сабабли жигар ичида пайдо бўлган суюкликларини аниқлаш анча мушкул бўлган ва кам миқдорда аниқланган. Уларни аниқлаш учун дренажлаш, посттравматик киста деворини кесиш, тампонада, марсупиализация қилинган. Агарда йиринглаган бўлса қорин пардадан ташқари ёки қорин парда орқали дренажланган.

Ультратовуш, нурли ва эндоскопик технологияларни ривожланиши билан даволашнинг миниинвазив усуллари, тери орқали дренажлаш, эндоскопик папиллосфинктеротомия, энбиллар стентлаш, ретроград панкреатохолангиография кабилар ривожланди.

Миниинвазив усуллар самара бермаган вақтда «очик» усуллардан фойдаланилади: жигар ичи бўлакчалари ўт йўллари травмасида - жигар орқали дренажлаш туфайли ўт йўллари бутунлиги (дефект тикилади) тикланади, сегментар ўт йўллари шикастланганда - ўт йўли боғланади ва жигар сегменти резекция қилинади.

## **6. ТАЛОҚНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ**

Қорин травмаси билан 20-30% шикастланганларда талокнинг шикастланиши (3 жадвал) учрайди. Талокнинг ёпиқ травмаси тўғридан тўғри зарба бериш, қисилиш ва лъзони тўсатдан жойидан қучишида вужудга келади. Талокни жароҳати сўнгги қовурғаларнинг таъсири натижасида ҳам ривожланиши мумкин.



## Талокнинг шикастланиш шкаласи (E. Moore et al., бўйича 1994)

Шикастла ниш даражаси	Шикастлани ш тури	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкала си бўйича баллар
I	Гематома	Капсула ости гематомаси 10%дан кам юзасида	2
II	Гематома	Капсула ости гематомаси 10-50%гача юзасида	2
	Жароҳат	аъзоичи гематомаси 5 смдан кичик бўлган диаметрида Капсулани 1-3 смгача бўлган чуқурликдаги ёриги, трабекуляр қон томирларни шикастланишсиз	2
III	Гематома	Капсула ости ёки ўсиб борувчи, аъзони 50% дан ортиқ юзасини эгаллаган гематома.	3
	Жароҳат	Капсула ости ёригини ёки аъзо ичиде жойлашган гематома диаметри 5 смдан ортиқ	3
IV	Жароҳат	Талокни 25% сегментлар қон томирларни ёришини, шикастланиши билан ш денаскуларизацияси	4
V	Жароҳат. Қон томирлар жароҳати	Аъзони бутунлай эзилиши. Талок дарвозасини	5
		қон билан таъминланишини бузилиши билан шикастланиши	5

Вакт бўйича талокни бирмоментли ва иккимоментли ёрилиши тафовут қилинади. Кўпинча талокни бирмоментли ёрилиши учрайди (85% гача).

Иккимоментли ёрилиши (капсулаости гематомани ёрилиши) одатда 3-7 суткада рўй беради.

Агарда қоринни кирувчи жароҳатларида талокни даволаш фақат операция орқали амалга оширилса, ёпик травмаларида эса айрим ҳолларда беморлар консерватив усулда орқали ҳам даволанади. Талок шикастланишида консерватив даволаш ўтказиш критериялари: бу уни КТ ва УТТ кўрсатмалари асосида тасдиқланганлиги, минимал инфузион терапиядан

сўнг стабил гемодинамика, корин бўшлигининг бошка аъзоларида шикастланиш йўқлиги ва беморнинг ҳушини бузилмаганлиги ҳамда бемор ёшнинг 55 ёшдан юқори бўлмаслигидир. Талокдаги кичик жароҳатлар коагуляция қилнади. Талок жароҳатини тикиш кўпинча қон кетишни янада кучайишига сабаб бўлади.



Расм 14. Талок травмаси.



Расм 15. Талокни ёрилиши.





Расм 16. Спленэктомия - макропрепарат.

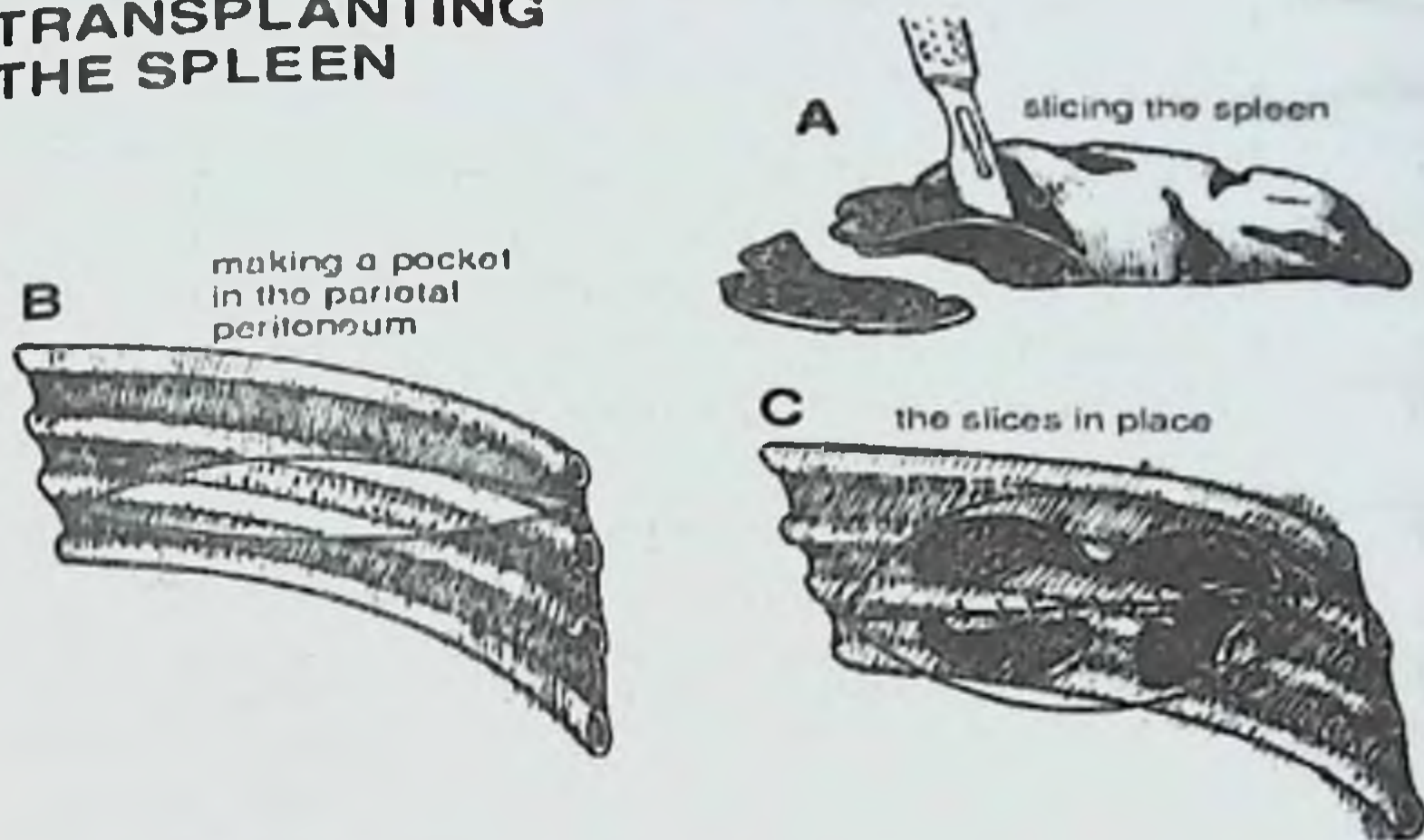
Талок шикастланганда давом этувчи қон кетиш белгилари, албатта зудлик билан операция қилишга кўрсатма ҳисобланади ва бу вақтда спленэктомияга кўрсатма бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

1. Кенг кўламли жароҳатлар (талокни ўзилиши, уни қон томир оёқчасидан ўзилиши);

2. Реконструктив операцияни бажариш учун бемор ҳолатининг оғирлиги сабабли имкониятни чекланганлиги;

3. Гемостазни ишончсизлиги сабабли реконструкциясини имкони йўқлиги.

## TRANSPLANTING THE SPLEEN



Расм 17. Аутоспленоимплантацияни бир тури.

Талокни ёки унинг бир қисмини сақлаб қолиш учун ва генерализацияланган постспленэктомик инфекцияси ривожланиши хавфини камайтириш мақсадида бошқа барча ҳолатларда ҳар хил йўл, усуллар, ҳар хил маъқул материалларни қўллаш лозим.

Унинг тўқимасини муртлиги ва чоклар енгилгина кесиб кетишини ҳисобга олган ҳолда уларни мустаҳкамлигини ошириш учун катта чарвининг бир қисмини қўллаш мумкин. Операция якунида эса чап диафрагма остини ишонарли равишда дренажлаш лозим. Талок шикастланишида ўлим 15-25% ни ташкил қилади.

### 7. ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ НИ ШИКАСТЛАНИШИ

Ошқозон ости безини шикастланиши 1-4% ҳолатларда учрайди. Кўпинча унинг сабаби автоавария ҳисобланади (рул халқасига урилиш). Деярли ҳамма вақт ошқозон ости бези травмаси жигар, талок, ўн икки бармок ичак шикастланишлари билан биргаликда бўлиши мумкин.

4-жадвал

Ошқозон ости бези шикастланиши шқаласи (E. Moore et al., бўйича 1990)



Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	AIS шикастланиш бўлиги баллар
I	Юзак лат ёйиши ёки йўллари шикастланиши ёки юзак лат ёйиши	2
II	Кўпроқ лат ёйиши ёки йўллари шикастланиши ёки тўқимасини узилтириши	3
III	Дистал қисмини узилтириши ёки паренхимасини ёришиши йўллари шикастланиши билан	4
IV	Проксимал ёришиши ёки паренхимасини ёришиши дуоденал сўртчи ампуласини шикастланиши билан	5
V	Массив ёрилиши бош қисмини шикастланиши билан	6

Безнинг юзак жароҳатлари атравматик иғни ёрдамида тикилди. Тана ва дум қисмининг эзилиши безни чап томонлама резекция қилишга кўрсатма ҳисобланади. Бош қисмининг кенг травмасида ўт йўллари декомпрессияси бажарилди (холецистостомия). Панкреатодуоденал резекция бажарилмайди, касалликни оқибати ёмонлашди ва ўлим ошди. Ошқозон ости безининг барча жароҳатларида кичик чарви халтаси ва қорин бўшлиғи дренажланади, кенг кўламли травмаларида эса кичик чарви халтаси марсупиализацияси бажарилди. Операциядан сўнги даврдаги муолажалар худди деструктив панкреатитни даволашдек даволаш тadbирларидан фарк қилмайди. Ошқозон ости безининг очик шикастланишларида ўлим 25%, ёпик шикастланишларида эса 5-60% ни ташкил этади. Ошқозон ости бези ва ўн икки бармоқ ичакнинг кўшма шикастланишлари 60-80% ҳолатларда ўлим сабаби бўлади.

## 8. ОШҚОЗОН ШИКАСТЛАНИШИ

Ошқозонни ёпик шикастланиши (5 жадвал) эпигастрал соҳага зарбада, юқоридан тушиб кетилганда ва кўпинча ошқозон тўлганда (гидродинамик зарба) юзага келади. Ошқозонни очик шикастланишлари кўпинча торакоабдоминал травмаларда учрайди. Ошқозонни шикастланиши 0,9-5,1% ташкил қилади.

## Ошқозонни шикастланиш шкаласи (E. Moore et al., бўйича 1992)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳаҷми AIS-90, баллар	AISшкаласи бўйича
I даража	Лат ейни/гематома.	2
	Деворини потўлик ёрилиши	2
II даража	Кичиқунгач-ошқозон Утин жойи ёки привратникни 2 смдан кам ёрилиши	3
	Ошқозон юқори учинигини 5 смдан кам ёрилиши	3
	Дистни 2/3 қисмини 10 смдан кам ёрилиши	3
III даража	Кичиқунгач-ошқозон Утин жойи ёки привратникни 2 смдан кам ёрилиши	3
	Ошқозон юқори учинигини 5 смдан ортиқ ёрилиши	3
	Дистни 2/3 қисмини 10 см дан ортиқ ёрилиши	3
IV даража	Ошқозон 2/3 қисмидан кам тўқимасини дефекти ёки деваекулярнизацияси	4
V даража	Ошқозон 2/3 қисмидан ортиқ тўқимасини дефекти ёки деваекулярнизацияси	4



Расм 18. Ошқозон пилорик қисми жароҳати.

Ошқозонни кесилган жароҳатлари икки қаторли қилиб тикилади. Агарда ошқозонни олдинги деворида кесилган жароҳат бўлса, албатта ошқозон - кундаланг чамбар ичак боғлами кесилади ва унинг орқа девори, ошқозоннинг



бези ҳамда ўн икки бармоқ ичак ревизия қилинади. Ҳаётлийлигига шубҳа ўйотган тўқималар кесиб олинади, шиллик ости қон томирлари боғланади, шундан сўнг икки каторли чок қўйилади. Ёрилишларда жароҳат четлари тежалган равишда кесиб олинади ва яна икки каторли чоклар ёрдамида тикилади. Кам ҳолларда учрайдиган кенг кўламли ошқозон тўқимасини эзилишида резекция қилишга кўрсатма бўлади. Ошқозонни очик шикастланиши ва ёпик девори ёрилишисиз травмаларида ўлим 0,5-3% дан ошмайди, ёпик ёрилишларида эса 10-40 % га етади ва перитонитнинг босқичига боғлиқ бўлади.

### 9. ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ

Ўн икки бармоқ ичакнинг шикастланиш сурати абдоминал травма умумий сонининг 1,7% - 5% гача бўлган киемини ташкил этади. Аъзо шикастланишининг кам учраши унинг чуқур жойлашганлиги, мушаклар ва қўшни аъзолар ҳамда орқадан умуртқа поғонаси таналари ёрдамида химояланганлигидир. Шу билан биргаликда ичак жойлашган жойда асосини калинлиги, кам ҳаракатланишини таъминланганлиги ҳам уни шикастланишлардан химоя қилади. Ўн икки бармоқ ичакнинг холис травмаси жуда кам учрайди. Ўн икки бармоқ ичакнинг травмаси (6 жадвал), одатда бир вақтнинг ўзида қорин бўшлигининг қўшни аъзолари билан биргаликда, айниқса чамбар ичак билан биргаликда учрайди. Ўн икки бармоқ ичакнинг қорин парда орти қисмлари жуда кам ҳаракатчанлиги туфайли кўпроқ травмага учрайди.

6-жадвал

Ўн икки бармоқ ичак шикастланишини шкаласи ( E. Moore et al.,  
бўйича 1990)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АКшкаласи бўйича
I даража	Ичакни битта шохини гемштомаси Деворини потўлик ёрилиши	2 3
II даража	Ичак битта шохидан кўпроқ қисми	



III даража	гематомаси. Периметрасини 50% дан кам қисмини ёриштири	2 4
	Тушувчи қисми периметрасини 50 -75% қисмини ёриштири	4
	Юқори, горизонтал, чиқувчи қисмлари периметрасини 50-100% ёриштири	4
IV даража	Тушувчи қисмини 75% периметрасини ёриштири	5
	Катта дуоденал сўргич ампуласи ва холедохтупп шикастлангани билан	5
V даража	Панкреато-дуоденал комплетида шикаст ёриштири	5

Ичакни қорин парда ичи қисми шикастланганда жароҳат икки қаторли чоклар ёрдамида тикилади, шу соҳа дренажланади ва назодуоденал интубация қилинади. Тикнишни иложи бўлмаган ҳолатларда эса резекция қилиниб ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи тикилади, қалта гастростомия ёки Ру бўйича ҳалқани ёпиш бажарилади.

Ўн икки бармоқ ичакни қорин парда орти қисмларини шикастланишлари тезда қорин парда орти флегмонасини ривожланишига олиб келади, 8-16 соатдан сўнг эса перитонит белгилари пайдо бўлади. Лапаротомия қилинганда ўн икки бармоқ ичакнинг қорин парда орти қисми шикастланишининг белгилари сарғиш рангдаги суюқлик, қорин парда орти гематомаси, қорин парда орти эмфиземаси, илвирраган шиш ва шу соҳада тўқималарни сарғиш-яшилтоп рангга бўялганлигидир.

Ичак Кохер бўйича мобилизация қилинади. Ичак жароҳати икки қаторли қилиб тикилади, назодуоденал интубация қилиниб қорин парда орти қисми люмботом кесим орқали дренажланади. Чоклар соҳасини катта қарвини бир қисми билан уриб қўйиш мумкин. Лозим топилган ҳолатларда озиклантириш мақсадида Майдл бўйича еюностома қўйилади. Кенг қўламли шикастланишларда ўн икки бармоқ ичакни овқат пассажиждан узиб қўйиш лозим. Ичак ошқозондан кесиб олинади, иккала чўлтоқ ва ичакни жароҳати



тиклилади, ошкозон оч ичак билан Ру бўйича халкани ёпиш оркали анастомоз қўйилади. Агарда ичак девори дефектини тикишни иложи бўлмаса, унда шу хажмда операция ўтказилади ва ўн икки бармоқ ичак ичига трубка фиксация қилиниб дуоденостома ва холецистостома бажарилади. Бу вақтда шикастланган соха катта чарви билан ураб олинади ва қорин бўшлиғидан астойдил марлили тампонлар ёрдамида изоляция қилинади. Тампонлар ва дуоденостомик трубка ўнг когурга сохасидан қилинган контрапертура оркали чиқарилади. Қорин парда орти сохасини дренажлаш албатта люмботом кесим оркали бажарилиши шарт. Ўн икки бармоқ ичак шикастланишларида ўлим 50-80% гача етади.

### ***10. ИНГИЧКА ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ***

Ингичка ичак қорин травмаларида энг кўп шикастланади (24-26%). Ошкозон шикастланишидаги каби гидродинамик зарба (7 жадвал) роли ингичка ичак шикастланишида ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Ингичка ичакни очик шикастланишида жароҳатлари одатда кўп бўлади ва ёпикда эса кам, битта-иккита. Ёнбош ичак оч ичакга нисбатан кўп шикастланади. Ингичка ичакнинг кўплаб шикастланишлари 10% ҳолатларда учрайди. Ингичка ичакни шикастланишида қорин бўшлиғидаги битишмалар ҳам ўрни мавжуд.

7-жадвал

**Ингичка ичак шикастланишини шкаласи (E. Moore et al., бўйича 1990)**

Шикастланган Дарража	Шикастланган ҳажми AIS-90, баллар	АКШ қалис ибўйича баллар
I даража	Қон билан таъминланганга таъсир олинадиган гематома ни қоптузия Деворини потулик ёрилиши	2
II даража	Периметриясини 50% ёрилиши	3
III даража	Ичакни узилтишига периметриясини 50% ёрилиши	3
IV даража	Ичакка ичакни узилтиши	4
V даража	Узилган ичак сегментини деваскуляризацияси бўлиши	4

Десерозация соҳалари сероз-мушакли чоклар ёрдамида кундаланг йўналишда чуқтирилади. Чегараланган субсероз гематомаларни ёчиш шарт эмас. Кенг субсероз ва шиллик ости гематомалар ревизия қилиниши лозим, чунки улар ичак девори ёрилишини бутунлай ёпиб турган бўлиши мумкин. Ичакни кесилган жароҳатлари икки каторли чоклар ёрдамида кундаланг йўналишда тикилади. Йиртилган жароҳатларнинг четлари тежамли равишда кесиб олиндиб тикилади.





Расм 19. Ингичка ичак тутқичи гематомаси.



Расм 20. Катта чарвининг кўплаб жароҳатлари.



Расм 21. Ингичка ичак тутқичининг постравматик ёрилиши.





Расм 22. Ингичка ичак жароҳати.



Расм 23. Ингичка ичак жароҳати икки қаторли тикилди.





Расм 24. Ингичка ичакни тешиб ўтувчи жароҳати.



Расм 25. Ингичка ичакни туткичидан тотал узилиши.

Агарда ичак туткичи ичак деворидан 5 см масофада узилган бўлиб узилган соҳани ҳаётлийлигига гумон бўлса, унда ичак резекция қилиниб учма-уч анастомоз шакллантиришга кўрсатма бўлади. Ичакни резекция қилиш бир

бирнга жуда яқин масофада жойлашган жароҳатлар ва тикиш жараёнида жароҳатнинг катталиги сабабли стеноз вужудга келтирадиган жароҳатлар ҳам ичак резекциясига кўрсатма ҳисобланади. Тарқалган йирингли перитонит вақтида ичакнинг шикастланган қисми қорин бўшлиғидан чегаралаш, яъни энтеростома кўринишида чиқариш лозим. Ингичка ичак шикастланишида ўлим 6,5-24,5% ни ташкил этади.

## II. ЙЎҒОН ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ

Йўғон ичак шикастланиши 6,2-9,7% ни ташкил этади. Йўғон ичак (8 жадвал) травмасида очик ва ёпик, қорин парда ичи ва қорин парда орти шикастланишлари тафовут килинади.

8-жадвал

Йўғон ичак шикастланиши шкаласи (E. Moore et al., бўйича 1990)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкаласи бўйича баллар
I даража	Қон билан таъминланишига таъсир этмайдиган гематома ва контузия 2 Деворияш нотўлиқ еришиши	2
II даража	Периметриясими 50% еришиши	3
III даража	Ичакни узилтишига периметриясими 50% еришиши	3
IV даража	Йўғон ичакни узилтиши	4
V даража	Узилган ичак сегментини десакуляризацияси билан	4

Десероляция соҳалари ва жароҳатлари худди ингичка ичакдаги каби тикилади. Уч қаторли чок қўйиш мақсадга мувофиқ эмас.





Расм 26. Йўгон ичакни кесилган жароҳати.

Кенг кўламли ва кўплаб жароҳатларида ичак мобилизация қилинади ва резекция бажарилади.



Расм 27. Йўгон ичак туткичини травматик узилиши.

Анастомози экстраперитонизация ҳам қилиш мумкин (анастомознитери остига чиқариш). Ичакни тикиш ва бирламчи анастомоз қўйиш чоклар етишмовчилиги рўй бериши мумкинлиги билан ниҳоятда хавфли ҳисобланади, шунинг учун фақатгина травма содир бўлганлигига 6 соатдан ортиқ вақт ўтмаган ва қорин бўшлиғи кам ифлосланганганда йўгон ичакнинг

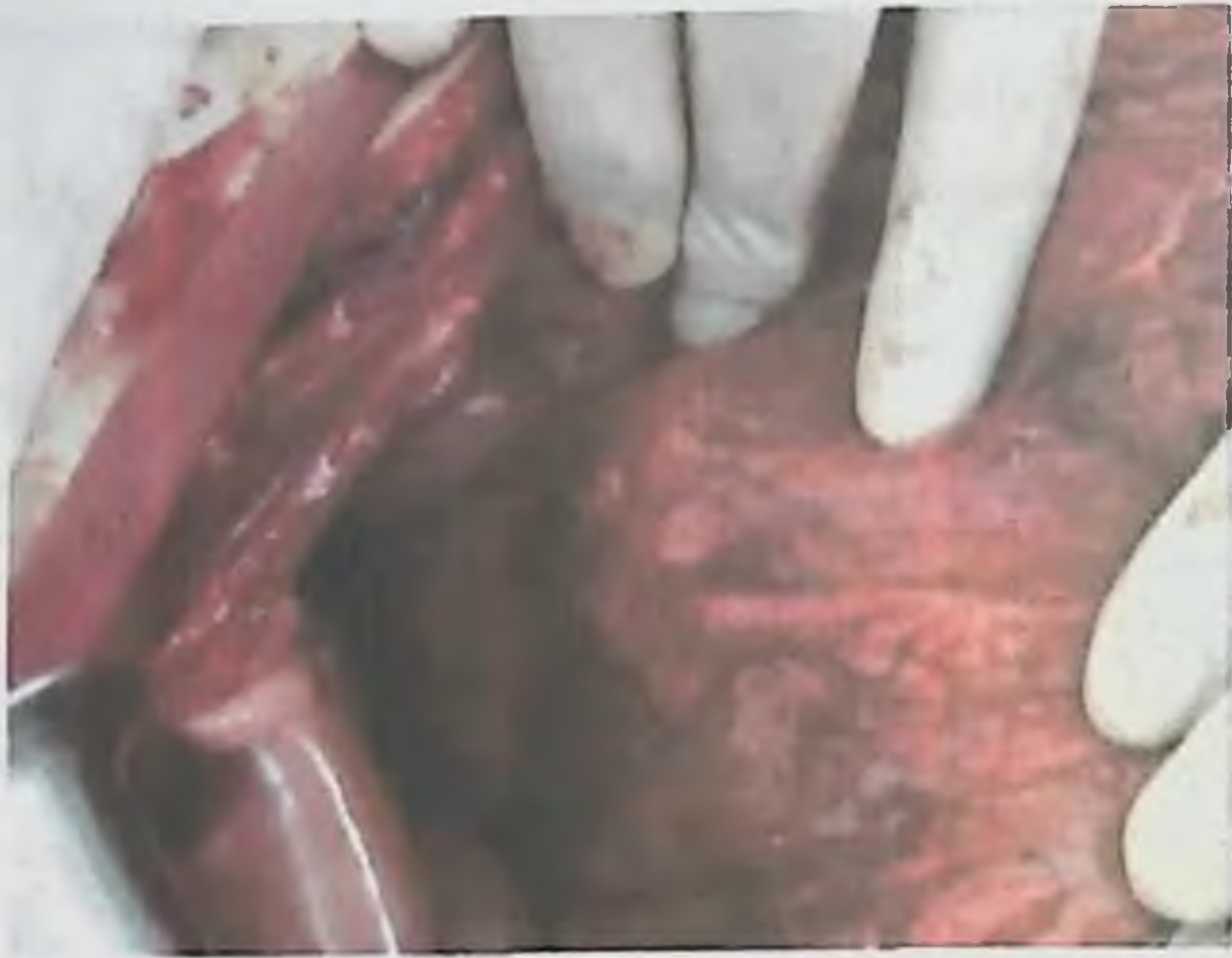
ўнг ярмида қўллаш мумкин. Бошқа ҳолатларда йўгон ичакнинг шикастланган қисми резекция қилинади ва стома шакллантириши билан тугатилади. Гартман типигаги операцияни қўллаш ҳам мумкин. Шикастланган сохани жароҳатга чиқаришни иложи бўлмаса ушбу соҳа тампонлар ёрдамида чегараланади ва шикастланган соҳасининг проксимал қисми стома шаклида чиқарилади. Тўғри ичак шикастланганида жароҳат тикилади, шикастланган соҳа тампонлар билан чегараланади, сигмасимон ичак кесилади, дистал қисми мустаҳкам қилиб тикилади, проксимал қисми эса стома кўринишида чиқарилади. Орalik томондан параректал соҳа албатта дренажланиши лозим.

Йўгон ичак шикастланишида ўлим 15-40%, тўғри ичакда эса 50-70% ни ташкил қилади.

## ***12. ҚОРИН БЎШЛИҒИ ВА ҚОРИН ПАРДА ОРТИБЎШЛИҒИ ҚОН ТОМИРЛАРИ ШИКАСТЛАНИШИ***

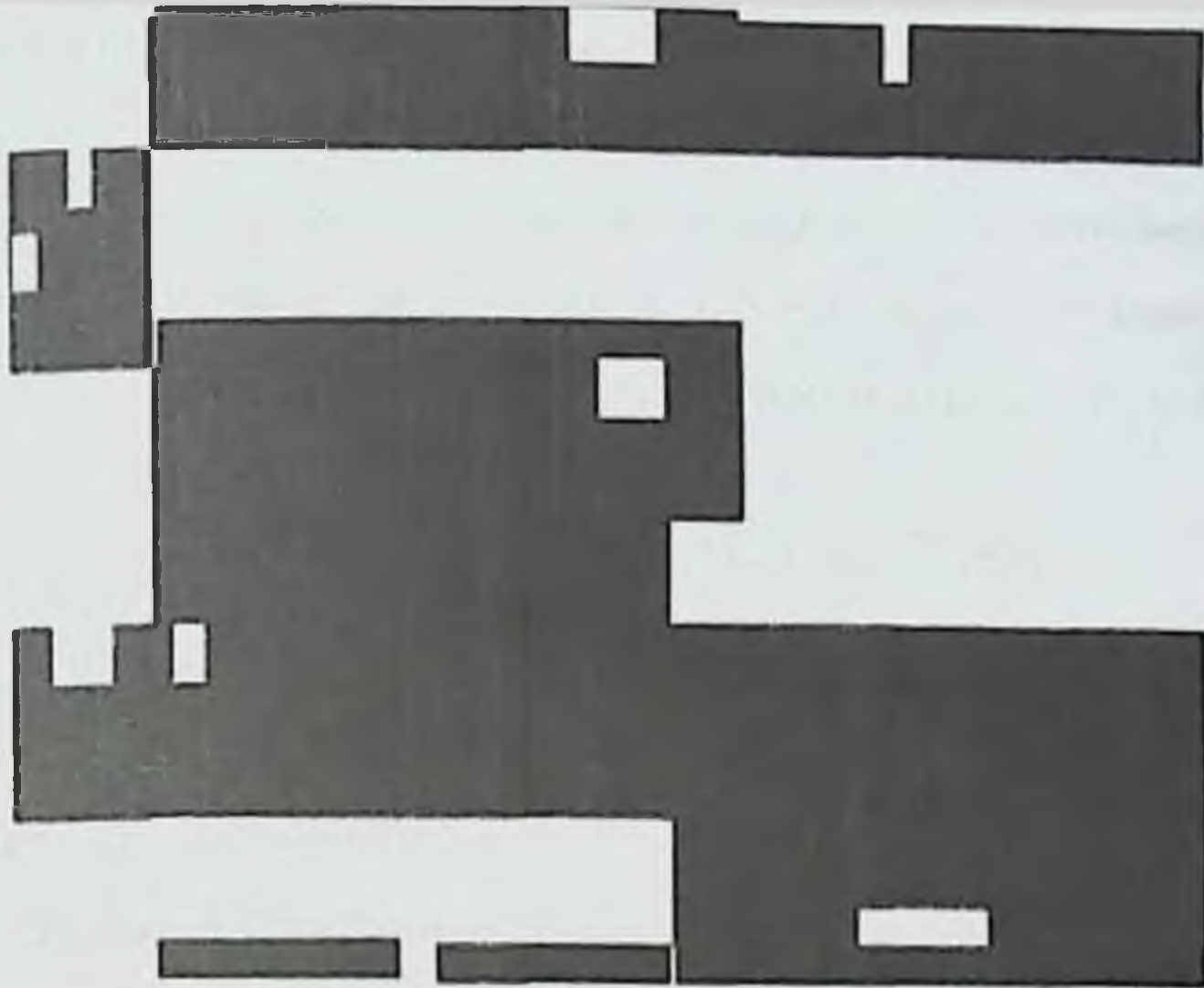
Қорин бўшлиғига қон кетишда манба қорин бўшлиғидаги қон томир ва қорин девори қон томири ҳам бўлиши мумкин (ўткир тижли жисм билан жароҳат етказилганда қоринни тўғри мушаки артериясини кесилиши ва б.к.). Кўпинча қон кетиш катта қарин қон томирларидан кузатилади. Бу вақтда қон кетиш фатал ҳисобланмайди. Тутқич қон томирларини шикастланиши қорин бўшлиғига кўп қон кетишига олиб келади ва айрим ҳолларда ичакни некрозига ҳам сабаб бўлиши мумкин (кўпинча тутқични кундаланг узилишларида). Тутқични лат ейтиши (кичик қон томирларни шикастланиши билан), ёрилиши ва бутунлай узилиши тафовут қилинади.





Расм 28. Қорин парда орти гематомаси.

Таранглашган гематома аниқланганда уни ревизия қилиш лозим, чунки қон томирларни қисилиши ва иккиламчи тромбоз сабабли кейинроқ ичак некрози ривожланиши мумкин. Гематома очилади, шикастланган қон томирлар боғланиб тутқичдаги дефект тикилади. Ичак ҳаётинингига гумон пайдо бўлса, шу соҳа резекция қилинади. Қорин парда орти лъзолари ва қорин парда орти қон томирлари шикастланиши, умуртқа поғонаси ва тос суякларини синишида қорин парда орти гематомаси ривожланади.



Расм 29. Ревизия пайти қорин парда орти гематомаси ҳажми катталашмаяпти ва пульсация аниқланмаган.

Бу вақтда оғир анемия ва паралитик ичак тутилиши кузатилади. Паралитик ичак тутилиши травмадан сўнг 1,5-2 соатдан сўнг ҳам ривожланиши мумкин. Қорин парда орти бўшлиғига бу вақтда 3 ва ундан ортиқ литргача кон қўйилиши мумкин. Гематома ҳажмини унинг жойлашиш чегарасини қараб тахминий қўйидагича бўлиш қабул қилинган:

- 500 мл. Гематома кичик чанок соҳасида.
- 1000 мл. Гематома ёнбош суяклар қиррасигача.
- 1500 мл. Гематома буйракларнинг пастки қутбигача.
- 2000 мл. Гематома буйракларнинг юқори пастки қутбигача.
- 3000 мл ва ундан кўпроқ. Гематома қорин парда орти соҳасини

эгаллаб диафрагмагача боради.

Унчалик таранглашмаган қорин парда орти гематомасини очиш шарт эмас.

Шуни эсда тутиш лозимки, кенг қорин парда орти гематомаси ўн икки бармок ичак, кўтарилувчи ва тушувчи чамбар ичак, буйракларни



шикастланганлигини яшириб туриши мумкин, шунинг учун уни очиш лозим, кондётган қон томирларини боғлаш, ревизия қилиш ва қорин парда орти соҳасини люмботом кесим орқали дренажлаш лозим. Магистрал қон томирлар травмаси жуда кам учрайди ва кўпинча тиббий ёрдам кўрсатилгунича ўлим билан тугаши мумкин.

## **БУЙРАКЛАР ШИКАСТЛАНИШИ**

Буйраклар шикастланиши (9 жадвал) 10-15% травма олганларда учрайди ва кўпинча ёпик шикастланиш пайти учрайди. Буйракларни лат ейиши одатда консерватив усул орқали даволанади. Буйраклар ёрилишида тўқимани ҳаётлийлигига гумон бўлганда понасимон кўринишида резекция қилинади ва дефект кетгуд чоклари ёрдамида тўқимани барча катлами орқали тикилади. Чокларни кесишиб кетилишини олдини олиш мақсадида катта қарвини бир қисми ёки мушак тўқимаси протектор сифатида ишлатилиши мумкин. Буйрак тўқимасини эзилиб кетганлиги ва қон томир оёқчасидан узилиши нефрэктомия қилишга кўрсатма ҳисобланади. Нефрэктомиядан сўнг паритетал қорин парда тикилади ва буйрак атрофи бўшлиги люмботом кесим орқали дренажланади.

9-жадвал

### **Буйрак шикастланишининг шкаласи (E. Moore et al., бўйича 1989)**

Шикастланиш Даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-9), билиш	AISшкаласи бўйича билиш
I	Лат ейиши, микро- ёки макрогематурия билан. Катталанимайди ан субкапсуляр гематоми паренхим шикастланиши	2 2
II	Катталанимайди ан буйрак атрофи гематомаси. Ёридан 1 смдан кам чуқурликда сийдикни оқиб кириши	2 2
III	Ёридан 1 смдан чуқур буйрак жомиги бормаган ва сийдикни оқиб кириши	3
IV	Ёридан буйрак қобиги, мия моддаси ни жомигача тарқалиши Буйрак артерия ва веналарини узилиши	4 4

V	Буйракни эзиллиши	5
	Буйракни қон томирлар оёқчасидан урилиши	5

Нефрэктомиядан олдин, албатта иккинчи буйракни ишлаётганлигига ишонч ҳосил қилиш зарур. Бунинг учун шикастланган буйракнинг қон томирлар оёқчаси қисилади ва вена ичига 5 мл индигокармин эритмаси юборилади. Шундан сўнг сийдик катетери орқали бўялган сийдикни чиқиши иккинчи буйрак функциясини сақланганлигидан дарак беради. Агарда ягона буйракни шикастланганлиги кузатилаётган бўлса ёки нефростома қўйилган ва паранефрал соха дренажланади. Буйрак травмасини алоҳида учрашида ўлим 15-25%, қўшма травмада эса 40% гача етиши мумкин.

### **13. СИЙДИК ҚОПИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ**

Сийдик қопини очик ва ёпик, қорин парда ичи ва қорин парда орти шикастланишлари тафовут қилинади. Очик жароҳатлари унчалик кўп учрамайди, асосан ўткир тигли жисм билан жароҳат етказилганда учрайди. Ёпик шикастланишлари 5-10% ҳолатларда учрайди. Қорин пардадан ташқи шикастланишлари тос суяқларининг синишида синик учларини силжиши ёки уларни сийдик қопига кириб қолиши натижасида вужудга келади.





Расм 30. Сийдик қопи травмаси.



Расм 31. Сийдик қопини қорин ичи травмаси.

Қов суяқларини синишида сийдик қопи бўйинчасини узилиши кузатилиши мумкин. Қорин парда ичи ёрилишлари сийдик қопи тўла бўлган пайтларда содир бўлади.

Сийдикни қорин бўшлиғига тушиши перитонит ривожланишига олиб келади, тос атрофи бўшлиғига тушиши эса урофлегмонани ривожланишига сабаб бўлади. Сийдик оқиб сон, дўмба ва оралик соҳаларига ўтиши мумкин.

Сийдик қопи жароҳатида деворларини бошқа соҳалари ҳам шикастланганлиги унинг бўшлиғини пальпация қилиш орқили аниқлаш лозим. Сийдик қопини қорин парда орти қисми шикастланганда уни чўққиси соҳасидан очиш керак. Ичкаридан бошлаб ревизия қилинади. Кейин эса паравезикал бўшлик очилади. Сийдик қопи дефекти ташқаридан икки қатор чок ёрдамида шиллик пардаси чокга олинмасдан тикилади. Агарда бунинг иложи бўлмаса жароҳат ичкаридан ҳам тикилиши мумкин.



Расм 32. Сийдик копини травматик ёрилган киёми тикилган сўнгги ҳолат.

Сўнгга эпизиостостома кўйилади ва паравезикал соҳа қорин олдинги деворидан қилинган контрапертура ва foramen obturatorium орқали Мак-Уортер - Буяльскый бўйича дренажланади. Сийдик копининг факат ўзини травмасида ўлим 5% ни ташкил этади, қўшма жароҳатларда эса 25% гача етиши мумкин.

#### **14. ОПЕРАЦИЯДАН СЎНГИ АСОРАТЛАР**

Маҳаллий (операция ўтказилган жойда) ва умумий (операция ўтказилган жойга боғлиқ бўлмаган) асоратлар фарқ қилинади. Ташки қон кетиш (операцион жароҳатдан) лигатурани чиқиб кетганлигидан ёки етарли даражада гемостаз бўлмаганлигидан дарак беради. Айрим ҳолларда қон кетиш артериал қон босимни кўтарилиб кетишидан сўнг вужудга келиши мумкин (қон томир ичидан тромбни «ювилиб» кетишидан). Жароҳатдаги кучсизроқ қон кетишларда маҳаллий совук ишлатиш орқали гемостазга эришилади. Агарда бу самара бермаса, унда маҳаллий окриксизлантириш остида жароҳатдан чоклар олинадил, ревизия қилиниб ва қон кетиш манбаи



тиклиб боғланади. Жароҳат соҳасида таранглашган гематома аниқланганда ҳам юқорида кўрсатилган манипуляция бажарилади. Кичик гематомачалар терига қўйилган чоклар орасидан киритилган тарновсимон зонд орқали чиқариб юборилиши мумкин.

Иккиламчи кон кетишлар жароҳатда йиринглаш натижасида кон томирлар деворини аррозияси ҳисобига ривожланади. Жароҳатдаги кон томир деворини тикиш паллиатив чора-тадбир ҳисобланади. Бунда бир неча стукадан сўнг кон кетиши яна қайтарилиши мумкин. Ушбу ҳолатда радикал усул томирни масофада тикиш ҳисобланади.

Операциядан сўнги жароҳатда инфилтратни пайдо бўлиши жароҳатда каттиклашган жойнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпинча унинг сабаби гематома ҳисобланади. Уни даволаш консерватив (инфилтратни зондлаш, спиртли боғламлар қўйиш, кенг таъсир доирали антибиотикларни қўллаш). Инфилтрат йиринглаганда оғрик кучаяди, шиш ва гиперемия пайдо бўлади, пальпацияда кучли оғрикли бўлади, тана ҳарорати ошади. Бу вақтда, албатта жароҳатдан чокларнинг бир қисми ёки барчаси олинади, жароҳат антисептик эритмалар билан туалет қилиниб дренажланади. Кейин жароҳатни даволаш очик усулда йирингли жароҳатларни даволаш принципи бўйича олиб борилади. Апоневроздаги чокларни кесилиб кетиши ва жароҳат четларини очилиши озгин беморларда гипопротенемия натижасида вужудга келади. Бунинг ривожланишига ичаклар парези ва сув-электролит алмашинувининг бузилиши сабаб бўлади. Агарда апоневрозни очилиб кетиши теридаги чокларни олгунга қадар кузатилса, унда тери ости эвентрацияси рўй берган бўлади. Бунинг энг асосий белгиси боғламни кўп миқдорда сероз-геморрагик суюқлик билан ҳўл бўлишидир. Агарда теридаги чоклар олинган ёки улар кесилган бўлса унда ички възоларни теридан ташқарига чиқиши билан тўлиқ ҳолда эвентрация кузатилади. Агарда тери ости эвентрацияси вужудга келса даволаш қатъий ўтиш тартиби тавсия этилган ҳолда консерватив даволанади. Тўлиқ эвентрация зудлик билан операцияга кўрсатма ҳисобланади. Протекторли чокларни ишлатиш

орқали эвентрация бартараф этилади. Ички кон кетишда (корин бўшлиғига) кон йўқотишни клиник белгиларини вужудга келади, кориннинг пастки соҳаларида перкутор товушнинг кисқариши ёки камайиши, перистальтикани сусайиши, Куленкампафа симптоми аникланади. УТТда эркин суюқлик аникланади. Қорин бўшлиғига кон кетиши зудлик билан релапаротомияга кўрсатма ҳисобланади.

Меъда-ичакдан кон кетиши ўткир (стресс) яра, сурункали ярани кўзғалиши туфайли вужудга қолиши мумкин. Айрим холларда сабаби анастомоз кўйиш вақти ичак шиллик ости қаватидаги кон томиридан гемостазни етарли даражада бўлмаганлиги ҳамда операция вақти шиллик ости қаватидаги шикастланишни аникланмай қолиши ҳам бўлиши мумкин. Клиникада кон кетиш «кофе кўйкасисимон» ва мелена кўринишида бўлиши мумкин.

Даволаш консерватив чора-тадбирларни қўллашдан бошланади. Агарда кон кетиш манбаи меъда-ичак трактининг юқори соҳаларида жойлашган бўлса эндоскопик гемостаз бажарилади. Давом этувчи кон кетиш ҳамда рецидив кон кетиш зудлик билан релапаротомияга кўрсатма бўлади.

Анастомоздаги чоклар етишмовчилиги одатда операциядан сўнгги 6-8 суткада вужудга келади. Кўпинча бунинг сабаби суст ривожланган перитонит ҳисобланади. Чоклар етишмовчилиги зудлик билан операцияга кўрсатма ҳисобланади. Операция чоклар етишмовчилигини бартараф қилиш, корин бўшлиғи санацияси ва дренажлашдан иборат. Агарда чоклар етишмовчилигини бартараф қилишни иложи бўлмаса, у ҳолда шу соҳа корин олдинги деворига чиқариб қўйилади ёки корин бўшлиғидан тампонлар ёрдамида яхшилаб чегараланади.

Операциядан сўнгги пневмония 3-4 суткада вужудга келиб кўпинча гипостатик ҳарактерга эга бўлади ва оғир беморларда ривожланади. Шикастланган кекса ёшдаги кишиларда пневмония оғир кечади, кўпинча абсцессга айланиб ва ўлим сабаби бўлиши ҳам мумкин. Ўпкани яллиғланиш касалликларни профилактикасида энг асосий йўналиш адекват оғриксизлантириш ва беморларни эрта активлаштиришдир.



Оёклардаги тромбофлебит ҳаёт учун хавф тугдирувчи омил ҳисобланади.

Тромбофлебитни ривожланишига варикоз кенгайган веналар сабаб бўлиб, кўпинча унинг ривожланишига узок давом этувчи пассив ҳаёт тарзи олиб келади. Кўтарилувчи тромбофлебитда тан олинган операция катта тери ости венасини кўйилиш жойидан боғлаш ҳисобланади (Тренделенбург операцияси). Бошқа ҳолларда оёкга Белер шинасида кўтарилувчи ҳолат берилади, антикоагулянтлар, антиагрегантлар, антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар тавсия этилади. Маҳаллий соҳага гепарин мази билан компресс қўлланилади. Тромбофлебит ривожланишини профилактикаси мақсадида оёклар эластик бинт билан ўралади, операциядан олдинги ва кейинги даврларда гепарин, фраксипарин, клексан қўлланилади. Ётоқ яралари кўпинча узок вақт тушакда бир томонда ётган озиб кетган оғир беморларда ривожланади. Ётоқ яраларини жойлашуви ҳар хил, кўпинча думгоза, топон, курак, сон соҳасини катта бўртигида бўлади. Ётоқ яраларини профилактикаси мақсадида ётоқдаги бемор ҳолатини тез тез ўзгартириб туриш, айлана кўринишидаги тағликни қўллаш лозим. Терига камфор спирти билан ишлов бериш лозим. Ётоқ яраси пайдо бўлганда калий перманганатни тўйинган эритмаси билан ишлов бериб курук некроз ҳолатигача олиб бориш керак.

Бемор ахволи стабиллашиб активлашгандан сўнг некрэктомия бажарилади. Теридаги катта дефектларда ҳар хил пластик операциялар бажарилиши мумкин.

## ***16. ҚЎШМА ТРАВМАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ***

Оғир қўшма травма олган беморларни ҳаётга қайтишида, даволаш натижасида ижобий ютуқларга эришиш охирги ўн йилликларда шошилиш иختисослаштирилган тиббий ёрдам системаларини ривожланиши билан боғлиқдир. Бунга ўтган асрнинг 80-чи йилларида АҚШ, кейинчилик Фарбий

Европа давлатлари ва ўтган асрнинг охирларида Республикамизда ташкил этилган шикастланган беморларга янги прогрессив тиббий ёрдам кўрсатиш системасини жорий қилиш ўзининг катта таъсирини кўрсатди. Ахамиятли даражага эга бўлган ҳозирги замон Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, унинг вилоятлардаги филиаллари, вилоятларда эса унинг субфилиаллари фаолият кўрсатмоқда. Буларнинг натижасида стационаргача бўлган даврда бирламчи тиббий врачлик ёрдам кўрсатиш звеносини юкори малакали мутахассислар билан таъминланиши, коммуникация ва техника системалари таъминотини ривожланиши ҳамда травмаларни даволашда янги принцип ва технологияларни тадбиқ қилиниши юкори ахамиятга эга бўлган омиллардан ҳисобланади. Мамлакатимизда соғлиқни сақлашни ушбу соҳаси биринчи даражали ахамиятга эга бўлиб бормоқда, унинг вазифаларига бутунги кунда травма натижасида ўлимни камаййтириш чораларини ишлаб чиқиш ва бунинг натижасида меҳнатга лаёқатли аҳоли қатламини ўлимдан сақлаб қолиш натижасида улкан иқтисодий йўқотишни олдини олишдир.

Тинчлик ва уруш давриларида оғир қўшма травмаларни ҳозирги замон доктринасини амалиётга тадбиқ қилишда ҳозирги кун хирургик шикастланишларда кенг равишда қўлланилиб бораётган хирургик даволашни режалаштирилган кўп босқичли тактикаси билан тўлдириб борилмоқда. Унинг юзага келиши ва ривожланиши шикастланишларнинг ўсиб бораётган оғирлиги, шикастланган беморларни шифохоналарга тезроқ олиб келиниши ҳамда хирургия, анестезиология ва янги тиббий технологияларни интенсив равишда ривожланиши билан боғлиқдир. Ушбу тактика ўтган асрнинг 80-чи йилларида оғир қўшма абдоминал шикастланишларда фаол ҳолда синовдан ўтказилиб ушбу тактикани асосий босқичлари амалиётга тадбиқ қилинди, булар қисқартirilган лапаротомия, кейинчалик режалаштирилган лапаротомия ва лапаросанация кабилардир. Бу янгича ёндашув "damage control" ("шикастланишларни назорат қилиш") деб ном олди. Ҳозирги вақтда ушбу термин остида шикастланганларни режалаштирилган кўп босқичли хирургик даволаш тушунилади.



Хирургларнинг 1997 йилдаги Бутунжаҳон 37 конгрессида даволашдаги бунақа ёндашув ҳар томонлама қўллаб қувватланди. Шунақа таърифландики, "damage control" - бу киска муддатда лапаротомияни бажариш ва критик ҳолатда бўлган шикастланган бемор ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида вақтинчалик интраабдоминал тампонадани амалга ошириш, кейинчалик қўшма оғир травма оқибатларини бартараф этиш мақсадида махсус реконструктив-кайта тиклаш операциясини амалга оширишдир.

Хирургияда "шикастланишларни назорат қилиш" оғир травмаларни даволашда анъанавий усулларга нисбатан альтернатив сифатида тавсия этилади. Шундай бўлсада, барча давлатларда шикастланишлар хирургиясининг мутахассислари, катастрофа медицинаси, ҳарбий-дала хирургияси тажрибаси ушбу программага нисбатан шундай хулоса бердики, қачондир жароҳатланган ва шикастланган беморларнинг кўпчилики «умид қилиб бўлмайдиган» қисмини бутунги кунда ҳаётга қайтаришга умид бағишлаган усул сифатида қаралади.

Ҳарбий дала хирургиясида бу аввалом бор қўллаб санииб тешиб кировчи жароҳат, портлаш натижасида олинган травма, кўп қон йўқотилишига олиб келувчи массив травма, кенг ифлосланган жароҳат ва узок давом этган гипотонияларга тегишлидир.

Хирургик тактикада "damage control" бирламчи қорин бўшлиғи аъзолари ва магистрал қон томирларнинг оғир жароҳатлари бўйича зудлик билан кўриладиган чора-тадбирларни ўз ичига олади. Ушбу травмаларнинг ҳақиқий моделлари қуйидагилар: 1) қорин бўшлиғи магистрал қон томирлари шикастланишини қўллаб висцерал травмалар билан қўшилиб келиши; 2) қорин бўшлиғи аъзолари ишемиясини қўшимча висцерал шикастланишлар билан бирга келиши; 3) қорин бўшлиғи аъзолари қўллаб шикастланишларини оғирлиги бўйича муҳим травмалар билан рақобатлашуви (масалан, бош, кўкс оралиғи аъзоларини оғир ёпиқ травмаси, тос суякларини синиши).

Энг асосий муаммо қачон кўп босқичли хирургик тактикани танлаш хулосасини қабул қилишдадир. Муаммо шу вақти келиб чиқадики, қачонким барча шикастланишларни радикал равишда бартараф этиш мумкин, лекин бунинг учун жуда кўп вақт талаб этилади. Тахикардия, гипотензия, тахипноз

ва беморнинг беҳушлиги кўринишидаги гемодинамик ностабилликнинг мавжудлиги шикастланишнинг барча асоратларини бир лаҳзада бартараф этишдек анъанавий тахтикадан воз кечиншга ундайди. Бу вақтда режалаштирилган кўп боскичли хирургик даволашни қўллашга кўрсатмалар чегара (ўрта оғир) ва ностабил (оғир) ҳолатдаги шикастланган гуруҳи учун ҳам кенгайди.

Режалаштирилган кўп боскичли хирургик даволашни қўллашдаги асосий кўрсатмалар куйидагилар ҳисобланади: 1) қон кетишни тўғридан тўғри усуллар ёрдамида тўхтатиб бўлмаслик, айниқса қон кетишни кўп ўчоғли ва кўп бўшликли манбалари мавжуд бўлганда (жигар, пастки ковак вена, кичик чанок бўшлиги веналари шикастланганда ва б.к.); 2) оғирлиги ва муҳимлиги бўйича тенг аҳамиятга эга бир нечта анатомик сохалардаги қўшма ва кўплаб шикастланишлар; 3) мураккаб реконструктив аралашувни талаб этувчи шикастланишлар (панкреатодуоденал резекция, қон томирлардаги мураккаб операциялар); 4) ички аъзоларни катта ҳажмдаги травмасини радикал коррекция қилиш шикастланган беморни физиологик меъёрларидан ошиб кетиши; 5) ностабил гемодинамика ( $АД < 70$  мм.смм.уст.), миокардни электрик ностабиллиги; 6) массив ўткир қон йўқотиш (2 - 4 л); 7) гомеостазни оғир бузилиши гипотермияни ривожланиши билан (тана ҳарорати  $< 35^{\circ}C$ ), оғир метаболик ацидоза ( $pH < 7,3$ ), яққол ривожланган коагулопатия; 8) критик ҳолатдаги пациентда қўшимча оғирлаштирувчи факторларнинг мавжудлиги: оператив аралашувни 90 минутдан ортиқ давомийлиги, ўтказилган гемотрансфузия ҳажмини 10 доза эритроцитар массададан ортиқлиги.

"Шикастланишларни назорат қилиш"да даволаш тактикаси уч фазага бўлинади:

- *Биринчи фаза* - жуда оғир шикастланишларда қон кетишни тўхтатиш учун энг оддий усуллардан фойдаланиш ва ҳозирги замон технологиялар ёрдамида шикастланишни бартараф қилиш мақсадида "қискартирилган" операция усулини қўллашдан иборат. Бу вақтда тўлиқ реконструкцияга эришишни кейинги босқичга қолдириш мақсадга мувофиқдир.



- *Иккинчи фаза* - реаниматологлар томонидан максимал тезликда гемодинамикани стабиллаштириш мақсадида интенсив терапия чора-тадбирларини давом эттириш, тана ҳарорати назорати, коагулопатия коррекцияси, СЎВ давом эттириш; буларнинг барчаси билан биргаликда динамикада шикастланишларни идентификация қилинишни ўз ичига олади.

- *Учинчи фаза* - организмнинг физиологик кўрсаткичлари стабил даражага етганлиги билан ҳарактерланиб, қайта операция қилиш учун шарт шарт тугилади (корин травмасида релапаротомия, тампонлар олинадн, вақтинчалик кон томир шунтлари қайта тикланади ва б.к.), қайта ревизия қилиниб лозим операциялар бажарилади. Ундан ташқари, РИТБ даволаш натижасида аниқланган травмадан сўнгги бошқа оқибатларни ҳам хирургик коррекция қилиш зарурияти тугилиши мумкин.

Шикастланганларда травманинг характери ва унинг натижасида вужудга келган асоартларига қараб танлаш, организмни критик патофизиологик кўрсаткичларини тўғри баҳолаш ҳамда хирургик гемостазни зудлик билан талаб қиладиган ва жароҳатдаги инфекцияни тарқалиб кетишини олдини олиш каби барча ёндашувларни аниқ белгилаб олиш лозим. Мутахассисларнинг ҳар бир ҳаракатидаги ушбу катъий регламентация тактик ва техник жараёнларда йўл қўйилиши мумкин бўлган тузатиб бўлмайдиган хатоларни максимал равишда камайтиришга қаратилаган. Ушбу тактикани ютуғи шикастланганларда чуқур гипоперфузия оқибатида вужудга келадиган патофизиологик бузилишларни баҳолашга асосланган тўғри танлашга боғлиқ.

Ушбу тадқиқот жараёнида танлаш ўтказишда бир қанча муҳим омиллар идентификация қилинган, катъий критерия ва критик омиллар аниқлаб олинган. Шулардан қуйидагилар шарт:

- 1) жароҳат ёки травма характери аниқлаш;
- 2) вужудга келган асоартлар оғирлигини аниқлаш;
- 3) организмда содир бўлган патофизиологик критик кўрсаткичларни баҳолаш.

Ушбу ёндашув ҳаёт учун хавф тугдирадиган магистрал кон томирлар ва

паренхиматоз аъзолардан қон кетишда техник эҳтиёжни ҳамда жароҳатдаги инфекцияни тарқалиб кетишини олдини олиш каби барча ёндашувларни ўз ичига олади.

Ушбу стратегия бўйича бирламчи босқичлар ва олинган натижаларни тахлил қила туриб пациентни физиологик статусларини баҳолаш асосида оператив риск ва касаллик прогнозини аниқлашда ўзимизни ХММК деб номланган шкаламизни ишлаб чиқдик. Ушбу шкалада қуйидагилар назарда тутилди: пациент ёши, артериал босим (мм сим. уст), юрак қисқариши тезлиги (мин/уриши), Нb (гемоглобин) г/л, К (ммоль/л), Na (ммоль/л), мочевина (ммоль/л), лейкоцит, ЭКГ, юрак-қон томир ва нафас олиш системалари, температура ва рН. Барча параметрлар балл кўринишида баҳоланади ( 1 дан то 4 гача нормадан ўзгариш даражасига қараб):

- I- 10 - компенсацияланган статус (хато учун ижобий прогноз)
- II- 29 - субкомпенсацияланган статус (чегарадаги ҳолат)
- 30-44 - декомпенсацияланган статус (хато учун номувофик прогноз)



# ҚОРИН БЎШЛИГИ ТРАВМАЛАРИДА ПАЦИЕНТНИНГ ФИЗИОЛОГИК СТАТУСЛАРИГА АСОСЛАНГАН ҲОЛДА ОПЕРАТИВ РИСК ВА КАСАЛЛИК ПРОГНОЗИ ПРОГРАММАСИНИ АНИҚЛАШ УЧУН ШКАЛА

Параметрлар (харбир параметр 1 балл га тега)	Параметрларни баҳолаш (баллар 1 дан 4 гача)		
	Компенсацияланган статус (1- 10 балл гача) - ҳаёт учун яқин прогноз	Субкомпенсацияланган статус (11- 29 балл гача) - четаратиғи ҳаёт	Компенсацияланган статус (30- 44 балл гача) - ҳаёт учун номунофиқ прогноз
Пациент ёши	≤ 55	65	≥ 70
Артериал босим (мм с.с.г. уст)	100 мм с.с.г. уст	< 90 мм с.с.г. уст	< 70 мм с.с.г. уст
Юрак юракнинг тезлиги (мин уриши)	96 мин уриши	> 110 мин уриши	> 130 мин уриши
Hb (гемоглобин) г/л	100 г/л	80 г/л	< 60 г/л
K (ммоль/л)	3,8-5,5 ммоль/л	< 3,3 ммоль/л	< 2,5 ммоль/л
Na (ммоль/л)	137-148 ммоль/л	< 137 ммоль/л	< 110 ммоль/л
Кальций (ммоль/л)	8,32-10 ммоль/л	> 10,12 ммоль/л	> 12,15 ммоль/л
Лейкоцитлар	10-10 <sup>9</sup> /л	до 15-10 <sup>9</sup> /л	> 15-10 <sup>9</sup> /л
ЭКГ	Ритм синусли, синусли тахикардия	Ритм синусли, синусли тахикардия, короналар миёнариғи ўртача гипоксия	Ритм синусли, яқин ривожланган синусли тахикардия, короналар миёнариғи яқин ривожланган гипоксия
Юрак-қон томир ва нафас олиш системалари коғити	Компенсацияланган	Субкомпенсацияланган	Декомпенсацияланган
Температура ва pH	Т - норма, pH 7,377,45	Т - норма, pH 7,3	Т - > 36 С, pH 7,25

1. Шкала оператив хавф ва касалликни профилактика мақсадида қўллашдан.

2. «Damage control» стратегиясини қўллашнинг асосий асослари ўзидан 16<sup>га</sup> та камайтириб, ушбу усулни самарали жамияти саноат-техник уюмларга шикоят қилиш қилиб қўяди.

3. Оператив хавф ва касаллик профилактика асослари ушбу шкалани қўллашнинг ҳар ҳис қатъиярқалиги шикоятларни кейинги лозим текширишларни ўтказиш учун сарфлаш ва касаллик сўябларни сўйишдан шикоятли имкониятини берилади.

4. Бемор ҳолатини шикоятли олган ҳолда оператив даволашни босқичма-босқич олиб берилиши ҳоқираи ҳамон шикоятли рақибда шикоятлар бўлиши тарқалиши ва шикоятли шикоятли

1. Шкала оператив хавф ва касалликни профилактика мақсадида қўллашдан.

Жамияти шикоятли ва қўлим. Оператив шикоятли ва касалликни профилактика мақсадида қўллашдан.

«Damage control» стратегиясини қўллашнинг асосий асослари ўзидан 16<sup>га</sup> та камайтириб, ушбу усулни самарали жамияти саноат-техник уюмларга шикоят қилиш қилиб қўяди.

4. Оператив хавф ва касаллик профилактика асослари ушбу шкалани қўллашнинг ҳар ҳис қатъиярқалиги шикоятларни кейинги лозим текширишларни ўтказиш учун сарфлаш ва касаллик сўябларни сўйишдан шикоятли имкониятини берилади.

5. Бемор ҳолатини шикоятли олган ҳолда оператив даволашни босқичма-босқич олиб берилиши ҳоқираи ҳамон шикоятли

1. Шкала оператив хавф ва касалликни профилактика мақсадида қўллашдан.

Жамияти шикоятли ва қўлим. Оператив шикоятли ва касалликни профилактика мақсадида қўллашдан.

«Damage control» стратегиясини қўллашнинг асосий асослари ўзидан 16<sup>га</sup> та камайтириб, ушбу усулни самарали жамияти саноат-техник уюмларга шикоят қилиш қилиб қўяди.

3. «Damage control» стратегиясини қўллашнинг асосий асослари ўзидан 16<sup>га</sup> та камайтириб, ушбу усулни самарали жамияти саноат-техник уюмларга шикоят қилиш қилиб қўяди.

4. Оператив хавф ва касаллик профилактика асослари ушбу шкалани қўллашнинг ҳар ҳис қатъиярқалиги шикоятларни кейинги лозим текширишларни ўтказиш учун сарфлаш ва касаллик сўябларни сўйишдан шикоятли имкониятини берилади.



реакцияси олдин олган бўлиши	аъзолар	юппесида равишда синдромлар
бўлиши	бўлишидан фўнгицион ва	бўлиши тарихия ва системали
аъзолар бўлиши	механикалик ва физиологик	кўлиниши реакцияси олдин
фўнгицион ва метаболитик	термалик стимуляциялар орқали	олган бўлиши пазилар бўлиши
ва физиологик тармалик	бартираф бўлишидан ичаклар	фўнгицион ва метаболитик
стимуляциялар орқали	паренча қорини қураниши. Ушбу	ва физиологик тармалик
бартираф бўлишидан	алгоритми қўлиши орқали ўлими	стимуляциялар орқали бартираф
ичаклар паренча қорин	53,3% дан 19,5 % гача	бўлишидан ичаклар паренча
қураниши. Ушбу ал алгоритми	камийтириши ҳалики	қорини қураниши. Ушбу
қўлиши орқали ўлими 53,3%	ноҳаюратини берили.	алгоритми қўлиши орқали
дан 19,5 % гача камийтириши	5. Бонор қорини	ўлими 53,3% дан 19,5 % гача
ҳалики	ноҳаюратини олган қорини	камийтириши ҳалики
юппесида синдромлар бўлиши	давлатини босқичма-босқич олиб	
тарихия ва системали	бартираф қорини қорини	
кўлиниши реакцияси олган	замон	
олиши		

### Эслатма:

- I- 10 балгача - компенсацияланган статус (хаёт учун ижобий прогноз);
- II- 29 балл - субкомпенсацияланган статус (чегарадаги ҳолат);
- 30-44 балл - декомпенсацияланган статус (хаёт учун номувофик прогноз).

Башорат қилинганда шикастланганларни ҳаёти учун хавф тугдирадиган қуйидаги критик патофизиологик омиллар қайд этилади.

Ушбу омилларга қиради:

- 1) оғир метаболитик ацидоз ( $pH < 7,3$ );
- 2) гипотермия (температура  $< 35^{\circ}C$ );
- 3) массив гемотрансфузия ўтказиш ( 10 дозадан ортиқ эритроцитар масса), тромбоцитопенияни ривожланиши, протромбин вақтини ошиши ва тромбопластин вақтини қисман ошишида иужудга келадиган механик характерга эга бўлмаган қон кетишдан дарак берувчи коагулопатия;
- 4) шикастланган пациентни жонлантириш ҳамда операция давомийлигини 90 минутдан ортиқ давомийлиги.

I фаза. Бирламчи шошилинич операция. Биринчи босқичда максимал қиска вақтда ҳаётини зарурийати бўлган қон кетишни тўхтатиш ва шикастланган қовак аъзолар ичидаги маҳсулотдан қорин бўшлиги ифлосланишини бартираф қиладиган «қискартирилган» лапаротомия



операциясини бажариш керак бўлади.

*Қон кетишни тўхтатиш* политравмада хирургнинг асосий вазифаси бўлган шошилгинч операциядир. Асосий диққат ички бўшлиқдан қон кетишни тўхтатишга қаратилади ва қон кетмайдиган шикастланишларга ишлов беришга эса максимал кам вақт ажратилади.

Қуйидаги ёндашувлар ишлатилади:

а) шикастланган қон томирларни дастлабки назорат қилиш қонаётган томирни боғлаш, қисқичга олиш, чок қўйиш ҳамда вақтинчалик шунтлаш (стентлаш) қабиларни ўз ичига олади. Ушбу босқичда одатда қон томирлардаги шикастланишларни мураккаб реконструкциясини бажариш тавсия этилмайди.

Фақатгина аъзоларни ишемияга олиб келмайдиган қон томирларни боғлаш мумкин. Шундай қилиб, яққол функционал бузилишларга сабаб бўлмайдиган талок артериясини (чап ошқозон-коринёғи артерияси билан анастомози мавжуд), чап ва ўнг ошқозон артериялари, юқори ва пастки ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак артериялари, юқори тутқич артериясини ичак шохчалари (ўрта йўғон ичак артериясидан ташқари) ва ҳатто ошқозон трункси асосий соҳасини ҳам боғлаш мумкин. Чап ва ўнг жигар артерияларини, юқори тутқич артериясини (ўндан ҳеч бўлмаганда битта ичак шохи чиққандан сўнг ва уни ошқозон ости беги орқасидан бошланган қисмидан). Аммо релапаротомия пайти юқори тутқич артериясининг ўтувчанлиги албатта тикланиши лозим. Лекин, ҳар қандай вазиятда ҳам шикастланган қон томирларни вақтинча шунтлашни (стентлаш) қўллаш лозим.

б) шикастланган аъзодан қон кетишни тўхтатиш (жигар, талок, буйраклар).

Бу вақтда оддий чора тадбирлар ўтказилади (резекция, тампонада, тромбин ва гелларни қўллаш). Талок ва буйракларни шикастланиши тез бажариладиган резекция, жигарнинг оғир жароҳатлари - кўп қаватли докали тампон ёки ҳар хил махсус материалларни қўллаш орқали бартараф этилади. Жигарни анатомик резекция қилиш, жароҳатга комплекс хирургик ишлов



бериш, гепатография қилиш тавсия этилмайди.

в) кон кетиш манбаини аниқлашда инвазив радиология биринчи даражалик аҳамиятга эга: ангиография ҳамма вақт ҳам хирургик гемостазга қарамасдан давом этувчи кон кетишда бажарилиши лозим.

*Жароҳатини бактериал инфоқланишини тўхтатиши* хирургик вазибалар ичида муҳимлиги жиҳатидан иккинчи ҳисобланади. Қисқа муддат ичида бажариладиган лапаротомия жараёнида қорин бўшлигини ичак маҳсулоти, сийдик, ўт билан давом этаётган инфоқланиши бартараф этилади, шу билан биргаликда кўп вақт талаб этиладиган ковак аъзо шикастланишини мақсадли реконструкция қилишдан воз кечилади. Ковак аъзолар жароҳатини лигатура билан боғлаш, аппаратли резекция, степлер билан ёпилиши орқали бартараф этилади. Гастроинтестинал жароҳатларни тиклаш қолдирилади, стома шакллантириш кечиктирилади. Умумий ўт йўли жароҳати дренажланади ёки охирини холедохостома кўрнинишида шакллантирилади ёки оддий равишда дренажланади. Ошқозон ости беги жароҳатида оддий резекцияни бажариш мумкин, аммо панкреатик секретни назорат қилишда ҳал қилувчи кенг ёпик аспирацион дренажни шакллантириш ҳисобланади.

*Қорин бўшлигини вақтинча ёпиши.* Лапаротом жароҳатини қаватма қават тикиш кўп вақтни талаб этади, юқори қорин ичи босими эса ипневроз некрози ривожланишига олиб келиши мумкин, бу эса ўз навбатида ички аъзоларни эвентрациясига сабаб бўлади. Қорин бўшлигини тезда ёпиш учун бир қанча усуллар қўлланилади. Кўпинча фақат терини узлуксиз сўрилмайдиган материалдан тайёрланган чоклар билан тикиш ифзалроқ. Айрим ҳолларда, қачонким массив висцерал шишларда буни бажаришни иложи бўлмай қолади, бу вақтларда қорин олдинги деворига кўп қаватли елимли боғламлар, йодопирон сингдирилган юпка адгезив пластик плёнкалардан фойланиш мумкин ёки тери чокларига Gore-tex, Marlex типидаги сеткалар тикилади. Ичакни қимоя қилиш учун юмшоқ полиэтилен пакетлар кенг қўлланилади.



II фаза. Реаниматологик ёрдам - қуйидаги чора тадбирларни ўтказишни ўз ичига олади:

1. Тўқималарда адекват перфузияни тиклашга қаратилган гемодинамикани стабиллаштириш. Доимий равишда кислородни етказилиши ва истеъмол қилиниши ҳақидаги маълумотни мониторинг назорат қилиш учун ўпка артериясини катетеризация (оксиметрик катетер Swan-Ganz) қилинади. Ундан ташқари, шикастланган пациентни яшаб кетишини бевосита «башорат қилувчи» бўлган сут кислотаси клиренси аниқланади.

2 Тўқималарда перфузия ва коагулопатия кўринишини пасайтиришда муҳим ҳисобланган тана ички ҳароратини тиклаш. Бунинг учун ошқозонни илик суяқликлар билан лаваж қилиш, ўраб турган муҳит ҳароратини кўтариш, танани ташқаридан иситадиган қурилмаларни қўллаш, қўйиладиган эритмаларни иситиш кабилар қилинади. Шу нарса характерлики, шикастланган пациентни иситишни иложи йўқлиги ўлимнинг ўсиб бориши билан ўзаро боғлиқликда бўлади.

3. Коагулопатияни коррекция қилиш. Коагулопатияни чакирувчи омиллар маълум: гипотермия, метаболик ацидоз, кристаллоид эритмалар ёки эритроцитар массани қўйишда гемодилюцияни вужудга келиши, тромбоцитлар агрегацияси, қонни фибринолитик фаоллигини ўзгартириш. Коагулопатияни стандарт коррекцияси гипотермияни бартараф қилиш ва V ва VIII омилларга бой янги музлатилган плазма қўйиш, лозим бўлган ҳолларда криопреципитат қўйилади.

4. Л/С (assist/control) тартибда ўпкаларни сўнъий вентиляцияси - ёдамчи-мажбурий режим ёки VCV (volume control ventilation) - ҳажми назорати бўйича вентиляция билан. Шикастланган пациентни ҳаракатсизлантириш учун албатта седация қўллаш ва СЎВ аппарати билан бутунлай синхронизация қилиш лозим.

5. Травма ва жароҳатларни тўлиқ диагностикаси.

6. Шикастланган пациент ҳолатини оғирлаштирувчи шунақа типик хатоликларга йўл қўймаслик жиҳатларига эътибор қаратиш керак:



а) қориничи босими ошганлигини тўғри аниқлаш. У балки клиник маълумотларга асосланган ҳолда аниқланиши мумкин, аммо уни тўғри аниқлаш сийдик қопи босимини ўлчаш орқали баҳоланади, ушбу муолажа ҳар 6 соатда қайтарилиши лозим. Унинг 15 - 20 мм. с.и.м. устунидан юқори бўлиши қорин бўшлиғи аъзоларида перфузияни бузилишига ва ишемияни ривожланишига олиб келади. Нормал кўрсаткичларга эришилгач ва мос клиник картинани мавжудлиги релапаротомияни бажаришга имкон тугдиради, аммо бу вақтда реперфузион синдромни ўлимга сабаб бўлишини ёддан чиқармаслик лозим.

б) давом этувчи назорат қилиб бўлмайдиган қон кетишда релапаротомияга кўрсатмани ўз вақтида аниқлаш. Гемодинамик кўрсаткичларини ёмонлашуви, шикастланган пациент ҳолатини стабиллаштириш мақсадида 1 соат ичида эритроцитар массани 2 упаковка-сини қўйиш хирург ва реаниматолог олдига осон бўлмаган қайта операция бажариш масаласини қўяди.

III фаза. Тикловчи (иккинчи) операция. II фазанинг давомийлиги ўртача 36 соат бўлиб, бу вақтда организмнинг оптимал физиологик кўрсаткичлари тикланиши мумкин. Бу вақт бошқа мутахассисларни консултациялари ёрдамида барча шикастланишларни аниқлаш учун етарли. Ҳамма вақт ҳам иккиланиш бўлади: шикастланган пациентни барвақт иккинчи операцияни бажариш мақсадида (тикловчи) операцион столга олиш коагулопатия ва қон кетишни давом этишига сабаб бўлса, реоперацияни оптимал вақтини ўтказиб юбориш эса қорин ичи инфекциясини ривожланиш хавфини ва шикастланган аъзо ва системаларни ўз вақтида анатомик яхлитлигини тикланмаслигига олиб келади. Кўпчилик хирурглар биринчи операциядан сўнгги даврда тана ҳарорати ва гемостаз системаларини тикланиши билан 24 - 48 соатдан сўнг режалаштирилган релапаротомияни бажаришади. Аммо кислород транспорти кўрсаткичларини стабиллашуви зирурияти тугилганда қайта операцияни 48 - 96 соатгача кечиктириш мумкин. Релапаротомия қорин бўшлиғини диққат билан ревизия қилиш, қон томирларни реконструкция

қилиш (биринчи навбатда) ва ошқозон-ичак тракти кетма-кетлиги тиклашдан иборат. Тампонлар олиб ташланиб, кон томирларга қўйилган вақтинчалик шунтлар ўрнига циркуляр равишда чоклар қўйилади. Колостома шакллантириш йўғон ичакга анастомоз қўйишдан кўра афзалроқ ҳисобланади, чунки анастомоз етишмовлиги хавфи жуда юкори бўлади. Жигарни анатомик резекцияси бажарилади. Қорин олдинги деворини ёпиш айрим мураккабликларга эга ва операциядан сўнгги даврда чурра ҳосил бўлиши эҳтимоли катта бўлади. Иккинчи операция жараёнини ўтказиш учун 6-8 доза эритроцитар масса ва шунча миқдорда янги музлатилган плазмани тайёрлаш зарурият ҳисобланади.

*Операциядан сўнгги даврда* асоратларни учраш сурати 35% гача етиши мумкин. Қорин ичи абсцесслари, окмалар, жигар некрози, анастомозлар етишмовчилиги, панкреатик окма, қорин олдинги девори некрози ривожланиши мумкин ҳамда анъанавий умумий асоратлар: сепсис, пневмония, буйраклар ўткир етишмовчилиги, ДВС-синдром, катталарда респиратор дистресс-синдром, аъзоларни кўпиб дисфункцияси ва полиорган етишмовчилиги.

Кўпчилик етакчи ихтисослаштирилган марказларда кўшма жароҳатларни даволашда амалиётга "damage control" программасини киритиш энг оғир гуруҳдаги шикастланганларни, илгари "умид узилган" деб ҳисобланган пациентларда ўлимни камайтиришга имкон яратди. Бунақа шикастланган пациентларни тирик қолиши 50% ва хаттоки 70% ни ташкил қилмоқда. Хирург ва реаниматологларнинг организмдаги чуқур патофизиологик бузилишларни олдини олишга қаратилган "жуда тез ҳаракати" деган ёндашувни қўллаш қарорини қабул қилиниши принципиал бўлиб қолмоқда.

Ушбу тактикани нафақат абдоминал травмаларда режалаштирилган кўп босқичли аралашувларда қўлланилиши, балким, уни бошқа травмаларда ҳам оммалаштириш зарур. У травматологияда ҳам кенг қўлланилади ва



«orthopedic damage control» деган ибора билан юритилади, унинг элементлари анчадан буён шошилинч кон томирлар хирургиясида шикастланган магистрал кон томирларни вақтинчалик шунтлаш, торакоабдоминал травма ва жароҳатларда, умуртқа поғонаси хирургияси ва тананинг бошқа айрим соҳаларида ишлатилиб келинмоқда.

Шундан қилиб, "damage control" программаси стационарга критик ҳолатда келтирилган шикастланганларга режалаштирилган кўп босқичли хирургик даволашни амалга оширишни назарда тутади.

## ФАРМАКО-ИҚТИСОДИЙ АСОСЛАШ

Ушбу категориядаги пациентларда адекват даволаш тактикасини қўллаш натижасида бюджет сарф харажатлари тежашга муваффақ бўлинади.

1. Кон препаратларини тежашга эришилади: 5 ва 10% альбумин, янги мўзлатилган плазма: минимал экономия 200 мл 5% альбумин ва 2-3 доза криоплазма, тахминан 80 000 сум атрофида.

2. Инфекцион асоратларни аниқ пасайишига эришилади: нозокомиал инфекция пайти антибиотикотерапияни 1 курси ўртача 60 000-80 000 сумга тушади (бу қиммат турувчи цефалоспоринлар ва тиеномицинларни ҳисобга олмасдан туриб).

3. Пациентларни интенсив терапия ва реанимация бўлимларида бўлишини ўртача 2-3 кунга камайтиради, бу эса ўз навбатида 250-350 000 сумни тежалишини ташкил этади.

4. Пациентларни стационарда бўлишини ўртача 3-4 кунга камайтиради, бу ҳолат 110 000-150 000 сумни тежалишини ташкил этади.

5. Хрзирги кунда бир пациент ҳисобига таклиф этилган даволаш тактикасини қўллаш натижасида иқтисодни суммар тежалиши яна инфўзион-трансфўзион терапияни ҳисобга олган ҳолда 250-300 000 сумни ташкил этади.

## ИЛОВАЛАР

### Кўкрак қафасининг ёпик ва очик шикастланишлари мавзуси бўйича тест саволлари

11. Травматик асфикация синдроми куйидаги ҳолатда руй беради:

1. бўйраклар лат ейишида
2. кўкрак қафаси томирларидан қон кетишда
3. кўкрак қафаси сиқилишида
4. кўкрак қафаси аъзолари гипоксияда

21.

Травматик асфикация синдроми билан биринчи навбатда нимага асосланган:

1. оёқлар артериал қон томирлари спазми
2. ўпка қон томирлари рефлехтор спазми
3. кўкрак қафаси қон томирлари сиқилиши
4. юқори нафас йўллари ўтказувчанлиги бузилиши

131.

Кўкрак қафаси очик жароҳати туфайли шокда лозим:

1. аввал шокдан чиқариш, кейин жароҳати бирламчи хирургик ишлов бериш
2. бирламчи жарроҳлик ишлов бериш
3. жароҳат кенгайтирилиб, синган қовурғалар репозиция қилинади, жароҳат тикилади
4. умумий оғрикисизлантириш остида шошилини операция

141.

Кўкрак қафаси олд девори травмасида кўзатилмайди:

1. парадоксал эмболия
2. гемоторакс
3. вентриқўляр экстрасистолия
4. инфарктсимон ўзгаришлар
5. аорта ёрилиши



151.

Ковургаларнинг кўплаб синишида бирламчи навбат қилиш лозим:

1. бир томонлама лейкопластерли боғлама куйиш
2. паравертебрал спирт-новокаин блокада қилиш
3. «уч жой» блокадаси (синган жой, вагосимпатик ва паравертебрал)
4. вагосимпатик блокада қилиш
5. кўкрак қафасига циркуляр боғлама куйиш

161.

Ўпка ёрилишининг характерли белгиси:

1. гемо-пневмоторакс
2. гемоторакс
3. пневмоторакс
4. рентген текширганда ўпкада сояланиш
5. кон туфлаш

171.

Кўкрак қафаси травмасида энг аввалги шошилмиш чора-тадбирлар қилинади:

1. ўмров суяги синганда
2. туш суяги синганда
3. курак суяги синганда
4. зўриқиш пневмотораксида
5. ковургалар синганда

181.

Оғир ахволда тушган беморда ковургалар синиши (чапдан 5 та, ўнгдан 4 та) ҳамда тери ости ва кўкс оралиги эмфиземаси, икки томонлама пневмоторакс аникланди. Ёрдими нимадан бошлаш керак?

1. тери остига игналар санчиб куйиш
2. сўнъий нафас бериш, интубация қилиш
3. трахеостомия ва сўнъий нафас бериш
4. икки томонлама торакотомия
5. иккала плевра бўшлигини дренажлаш

!9!.

Кўкрак қафаси ёпик травмаси механизми бўйича фаркланади (нотўғри жавобни курсатинг!):

1. кўкрак қафаси олдинги-орқа йўналишида босилиши
2. кўкрак қафаси кийшик-кундаланг йўналиши кўкрак қафаси кундаланг йўналишида босилиши
3. кўкрак қафаси лат ейиши
4. кўкрак қафаси чайкалиши

!10!.

Кўкрак қафаси жароҳатларида қарши кўрсатма:

1. кўкрак қафаси жароҳатини зондлаш
2. марказий веноз босимни аниқлаш
3. кўкрак қафаси рентгенографияси
4. Бирнер симптомини аниқлаш
5. кўкрак қафаси сукуссияси

!11!.

Туш суяги синиши барча саналган симптомлар билан кечади (нотўғри жавобни курсатинг!):

1. хансираш, бугилиш
2. тери қопламаси оқариши, шиллик каватлар цианози
3. туш суяги синган жойда кучли оғриқ, чап елка ва чап куракка иррадиация билан
4. юракда ишемия
5. туш соҳасида зинапоясимон деформация бўлиши

!12!.

Кўкрак қафаси травмаларида "суртилиш" механизмида кўпроқ қайси



ковургалар синади:

1. 1-2
2. 3-4
3. 5-7
4. 7-9
5. 8-12

!13!

Кўкрак кафаси огир жароҳатида травматик шок ривожланишида муҳим урин тўтадиган омиллар (нотўғри жавобни курсатинг!):

1. контўзион пневмонит
2. клапанли ёки зўриқиш пневмоторакси
3. юрак тампонадаси
4. массив гемоторакс
5.  $PaCO_2 = 60$  мм с.ус.

!14!

Перикард бўшлигига канча миқдори кон қисқа вақт ичида куйилса юрак ишфаолияти тухташи мумкин

1. 100 мл
2. 150 мл
3. 200 мл
4. 250 мл
5. 300 мл

!15!

Юракнинг лат ёйиши деб ташхис куйишдаги текеширув маълумотларининг нотўғрисини курсатинг:

1.  $PO_2$  ва  $PCO_2$  венозконда
2. ЭКГ маълумотлари
3. кон плазмаси ферментлари (АСТ, ЛЛГ, ЛДГ)
4. юрак чегаралари ўзгариши
5. инфўзион ва медикаментоз терапияга карамай тургўн бўлмаган

116!

Плевра бўшлиғи пункциясини бажариш нуктаси (нотўғри жавобни курсатинг!):

1. ўрта-куйик ости чизиги буйлаб туртинчи ковурга оралиғи
2. орқа-куйик ости чизиги буйлаб олтинчи ковурга оралиғи
3. курак чизиги буйлаб саккизинчи ковурга оралиғи
4. ўрта-ўмров чизиги буйлаб иккинчи ковурга оралиғи
5. ковурга юқори кирраси буйлаб пункция

117!

Гемотраксада плевра бўшлиғи дренажланади:

1. олдинги қўлтик ости чизиги бўйича бешинчи ковурга оралиғи
2. ўрта-қўлтик ости чизиги бўйича олтинчи ковурга оралиғи
3. ўрта-ўмров чизиги бўйича учинчи ковурга оралиғи
4. олдинги қўлтик ости чизиги бўйича еттинчи ковурга оралиғи
5. курак чизиги бўйича саккизинчи ковурга оралиғи

118!

Кўкрак қафаси оғир травмаларида торакотомияга кўрсатмалар (нотўғри жавоб!):

1. азростатик кўрсатмалар
2. гипоксемик кўрсатмалар
3. гемостатик кўрсатмалар
4. қўшимча кўрсатмалар
5. кўрсатмалар йўқ

119!

Кўкрак қафаси ёпик травмасида торакотомияга кўрсатмаларнинг нотўғрисини топинг:

1. ўпка обтурацион ателектази баргараф бўлмаслиғи
2. дренажлашга карамасдан плевра бўшлиғига доимий хаво келиб туриши
3. ивиган гемоторкас



4. 3-ковурга сатхигача гидроторакс
5. плевра бўшлиғига давом этувчи кон кетиш

!20!

Кўкрак кафасига кесувчи ва санчувчи предметлар билан очик жароҳат етказилганда характерли бўлган белгилар (нотўғри жавобни курсатинг!):

1. жароҳат четларининг текис бўлиши
2. жароҳатнинг кўпинча чал томонда бўлиши
3. жароҳатдан фақат артериал типдаги кон кетиш
4. жароҳат канали учбурчаксимон бўлиб, ташқи томони тери жароҳати
5. жароҳат улчамларининг кичик бўлиши

Кўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатларни мавзуси бўйича

### ОСКЕ саволлари

#### № 1

Ёш эркак киши автохалокат вақтида кўкрак кафаси ўнг томони билан урилган. Беморни нафас олганда лат еган жойидаги кучли оғрик безовта килади. Курик вақтида 5-7 ковургаларнинг олдинги кўлтик ости линиясида оғрик ва тери ости эмфиземаси ваникланади. Аускультациясида ўнг томонда сусайган нафас эшитилади. Перкуссияда тимпанит, беморнинг умумий ахволи коникарли, ҳансираш ва тахикардия йўқ.

- 1) Сизнинг ташхисингиз.
- 2) Кўшимча текшириш усуллари.
- 3) Даволаш тактикаси.

#### ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлик	Нотўлик	Жавоб
1	Ўнгдан 5-7 ковургаларнинг синиши,	2	1	0
2	Кўкрак кафаси R-скопия ва -графияси	1,5	0,75	0
3	Плевра пункцияси, Вагнер бўйича блокада	1,5	0,75	0

## № 2

Беморни автоҳалокат натижасида оғир ахволда клиникага олиб келинган. Шикоятлари нафас қисқисига, қон туфлашга, кўкрак қафасига чап томонидаги оғриққа. Объектив кўрганда: чап томонда тери ости эмфиземаси аниқланади. Аускультацияда чап томонда нафас эшитилмайди. Перкуссияда тимпанит аниқланади. Ўнг томонда пезикуляр нафас эшитилади. АҚБ 80/60 мм.с.м.уст. тенг. Пульси минутига 120 та.

- 1) Сизнинг ташхисингиз.
- 2) Қўшимча текшириш усуллари.
- 3) Даволаш тактикаси

### ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлик	Нотўлик	Жавоб
1	Кўкрак қафаси ёпиқ шикастланиши.	2	1	0
2	Кўкрак қафаси R-скопия ва -графияси, чап	1,5	0,75	0
3	Оғриқни қолдириш, плевра бўшлиғининг адекват дренажлаш, бронхлар	1,5	0,75	0

## № 3

Бемор кўп қаватли уйнинг юқори қаватидан тушиб кетган. Шикоятлари кўкрак қафасидаги оғриққа, йўталга, нафас қисқисига шикоят қилади. Тери ва кўзга қуринадиган шиллик қаватлари оқимтир. Аускультациясида ўнг томонда нафас шовқини сусайган, перкуссияда шикастланган томонида қисқаришиланиш аниқланади. АҚБ 100 мм.с.м.уст. тенг. Пульси минутига 100та. Рентгенологик текширувида курак суяги бурчагигача суюқлик сатхи аниқланади. Пункцияда 7-8чи қовурга оралиғидан қилинди ва қон олинди.

- 1) Сизнинг ташхисингиз.



2) Қўшимча текшириш усуллари.

3) Даволаш тактикаси.

**ЖАВОБ (максимал 5 балл)**

№	Тўғри жавоб	Тўлик	Нотўлик	Жавоб
1	Кўкрак кафаси ёпик жароҳати, урта	2	1	0
2	Кўкрак кафаси R-скопия, -графияси, плеврал	1,5	0,75	0
3	Плевра бўшлиғига дренаж қуйиш, динамик кўзатиш. Грегуар-Рувилуа синамасини	1,5	0,75	0

### КЎКРАК ҚАФАСИ ТРАВМАСИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Мақсад: кўкрак қафаси жароҳатларида биринчи ёрдам кўрсатиш.

Кўрсатма: пневмоторакс ва гемоторакс.

Жихозлар: пўнкцион игна, спирт, фонендоскоп, рентген-кабинет, дренажли трубка, игнатуткич, скальпель.

Бажарилиш боскичлари	55-70	71-85	85
1.Текширувчи касалнинг ўнг томонида туради.			
2.Курикда касал ҳолати мажбурий (касал жароҳатланган томонини эҳтиёт қилади айниқса			
3.Перкуссияда: пневмотораксда-кўтичасимон товуш,			
4.Аускультацияда жароҳатланган томонда нафас			
5.Кўкрак қафаси рентгеноскопиясида кўкс оралигининг соғлом томонга силжиши, пневмотораксда ўпка коллапси аниқланди. Гемотораксда рентгенологик текширишда плевра бўшлиғи пастки қисмида суюқлик тупланиши ва			
6.Пневмотораксда плевра бўшлиғи пункцияси ўрта ўмров чизиги бўйича 2- ковурга оралигидан			
7.Гемотораксда плевра бўшлиғи пункцияси орқа кўлтик ости чизиги бўйича 7- ковурга оралигидан			
8.Катта пневмотраксда плевра бўшлиғини дренажлаш орқа кўлтик ости чизиги бўйича 7-			
9.Пневмотораксда плевра бўшлиғини дренажлаш ўрта ўмров чизиги бўйича 2-ковурга оралигидан			
Жами максимал баҳ,о 100 балл			



## ОЧИҚ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Кўрсатма: Турли хил пневмоторакс.

Жихозлар: 50%-ли анальгин эритмаси, антисептик, лейкопластир, боғлам материали, мўзли халтача.

Бажарилиш боскичлари	55-70	71-85	85
1. Мушак орасига 50%ли 2мл анальгин киритилиб			
2. Жароҳат атрофини антисептик билан ишлов			
3. Жароҳатга окклюзион боғлам куйиш (жароҳат тампонасидан кейин терини ёгли эритма билан ишлов бериш, индивидуал боғламли пакетни стерил			
4. Жароҳат жойи устидан мўзли халта куйиш.			
5. Оксигенотерапия ўтказиш.			
6. Ярим ўтирган ҳолда хирургия бўлимига			
7. Қон босими, пульс, нафас сони кузатилади.			
8. Қокшол профилактикаси масаласини ҳал қилиш.			
<b>Жами максимал баҳо 100 балл</b>			

## ЁПИҚ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ТИББИЙ ЁРДАМ

Ёпиқ пневмоторакс-жароҳат соҳасидан бир вақтнинг ўзида ҳавонинг плевра бўшлиғига ўтиши натижасида ривожланади.

Мақсад: Кўкрак қафаси жароҳати бўлиб пневмоторакс ривожланганда бирламчи ёрдам ўтказиш усуллари.

Кўрсатма: Ёпиқ пневмоторакс

Жихозлар: 50%-ли анальгин, антисептиклар, боғлов материали, мўзли халтача.

Бажарилиш боскичлари	55-70	71-85	85
1. 50% 2мл анальгин эритмаси юбориб			
2. Агар жароҳат бўлса атрофини антисептик билан			
3. Жароҳат соҳасига антисептик боғлам қуйиш.			
4. Жароҳат соҳасига мўзли халтаси қуйиш.			
5. Нафас ёпишмовчилиги белгилари бўлганда 2-			

ковурга оралнигидан плевра пункциясини ўтказиш			
5. Ярим ўтирган ҳолда хирургия бўлимига			
6. Кокшол профилактикаси масаласини ҳал қилиш.			
Жами максимал баҳо 100 балл			

## КЛАПАНЛИ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ТИББИЙ ЁРДАМ

Клапанли пневмоторакс -жароҳат соҳасидан ҳавонинг нафас олганда кириши ва нафас чиқарганда чикмаслиги. Ҳаво миқдори ошиши натижасида плевра бўшлиғи таранглашади.

Мақсад: Кўкрак қафаси жароҳати ва клапанли пневмотораксда биринчи ёрдам.

Кўрсатма: Клапанли пневмотраксда плевра бўшлиғида босимнинг ошиши.



Жихозлар: 50% ли аналгин, полиглюкин, боғлам материали, мўзли халтача, кордиамин.

Бажарилиш боскичлари	55-70	71-85	85
1. 50%ли 2мл аналгин 2%-1мл промедол эритмаси			
2. Жароҳат атрофини антисептик билан артиш.			
3. Ярага окклюзион боғлам куйиш (жароҳат тампонасидан кейин терини ёгли эритма билан ишлов бериш, индивидуал боғламли пакетни стерил			
4. Жароҳат жойи устидан мўзли халтача куйиш .			
5. Жароҳатланган сохадан плеврал пункция қилинади.			
6. Оксигенотерапия ўтказиш.			
7. Вена ичига 500мл полиглюкин, мушак ичига 2 мл			
8. Ярим ўтирган ҳолда хирургия бўлимига			
9. Қон босими, пулс, нафас сони кузатилади.			
10. Қокшол профилактикаси масаласини ҳал қилиш.			
Жами максимал баҳо 100 балл			

### ПАРАВЕРТЕБРАЛ НОВОКАИНЛИ БЛОКАДА

Мақсад: оғриқсизлантириш.

Кўрсатма: қовурға синиши, кучли илдиз оғриқди синдром. Жих,озлар: спирт, шприц, 0,5%-новокаин эритмаси.

#### Бажарилиш боскичлари

1. Бемор чалқанча ётқизилади.
2. Врач беморнинг ўнг томонида туради.
3. Игна санчилмадиган жой 70%ли спирт билан дўтилади.
4. Ўнг қўлга 20 мл 0,5%-ли новокаинли шприц олинади.
5. Ўткир усиклар чизиғидан 5см ўзюкдикда игна киритилади, тери ичига анестетик киритилади.

6. Игнани ичкарига киритиш жараёнида токи кундаланг усикга тиралгунча новокаин эритмаси юборилади.
7. Игна учини юқорига сижиштиб яна 0,5см ичкарига киритилади.
8. Яна 5-10 мл 0,5%ли новоканн эритмаси юборилади.
9. Игна чиқарилади, игна санчилган жой спирт билан ишлов берилади.

### ВАГОСИМПАТИК БЛОКАДА

Мақсад: огриксизлантириш.

Кўрсатма: кўкрак соҳасидаги травмалари, қовургалар синиши  
плевропульмонал шок, торакотомия, давом этувчи хикчок синдроми.

Жих,озлар: 96%-ли спирт, 0,5%-ли новоканн эритмаси, шприц.

#### Бажарилиш боскичлари

1. Касал чалқашча ёткизилиб кудак орасига ёстикча куйилади.
2. Беморнинг бошини оркага ташлаб карама-қарши томонга бурилади.
3. Туш-ўмров-сурғич мушагининг орка кирраси пальпатор топилади.
4. 70% спирт билан ишлов берилади.
5. 20 мл 0,5%ли новоканн шприцга олинади.
6. Туш-ўмров-сурғичсимон мушагини орка кирраси ўртасидан лимон  
пустлоги ҳосил булгунча тери анестезия қилинади.
7. Игна бўйин умрткаси танасига тиралгунча новоканн эритмаси юборилиб  
борилади.
8. Игна оркага тортилиб 60 мл 0,5%-новокаин эритмаси юборилади.
9. Агар блокада тўғри бажарилган бўлса, кўз ёригининг торайиши,  
корачикни кенгайиши, птоз кузатилади (Горнер триадаси).
10. Игна сугирилиб 70% ли спирт билан тери ишлов берилади.

### А.В. ВИШНЕВСКИЙ БЎЙИЧА БЎЙИН ВАГОСИМПАТИК БЛОКАДАСИ

Мақсад: огриксизлантириш.

Кўрсатма: кўкрак қафаси травмалари ва плевропульмонал шокни келтириб



чиқарадиган кўкрак кафаси травмалари ва жароҳатлари, кўкрак кафаси  
аъзоларидаги операциядан кейинги кучли хикичокда.

Жихозлар: йод, спирт, боғлам материали, новокаинли эритма, шприц.

### Бажарилиш боскичлари

1. Бемор чалканча ётқизилиб бўйин тагига ёстикча қўйилади. \_\_\_\_\_

2. Агар блокада чап томонда қилинса бемор боши ўнг томонга бурилади,  
чап кўл осилиб турлади ва тескариси. \_\_\_\_\_

3. Бўйин териси спирт, йод билан артилиб стерил салфетка қўйилади.

4. \_\_\_\_\_ Хи

рург кўлини операцияга ювгандай ювиб, кўлқоп қўйилади. \_\_\_\_\_

5 гр W W W W W

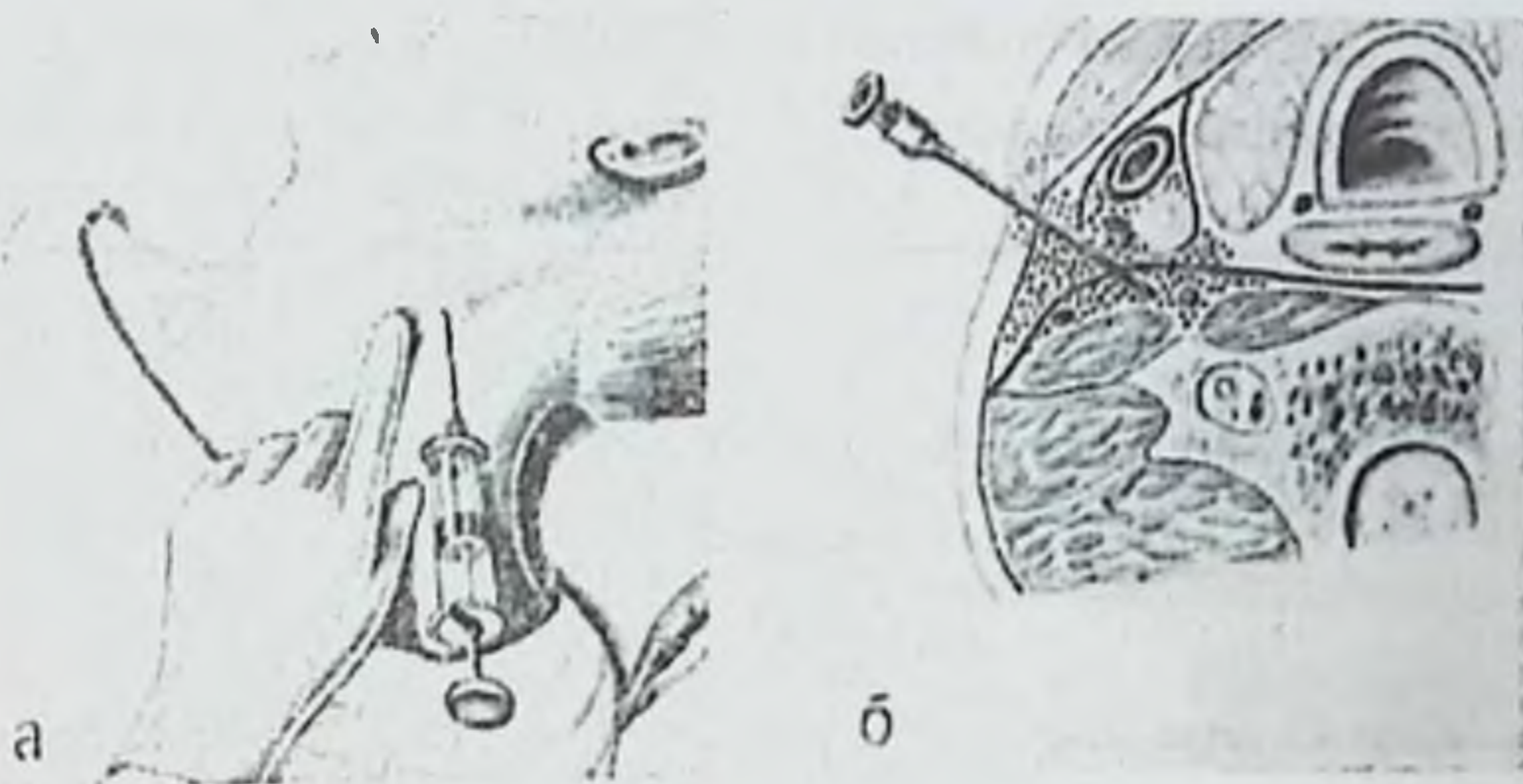
. Туш-ўмров-сурғичсимон мушаги ўрта учлиги орқа қирраси бўйлаб тери  
ичига 20мл 0.5%ли новокаин юборилади. \_\_\_\_\_

6. Бармоқ билан мушак босилади, шу бармоқнинг йўналиши бўйича игна  
бўйин умртқаларнинг олдинги юзаси йўналиши бўйлаб санчилади, игна  
поршени тортиб қурилади, игна кон томирда эмаслигини текширилади,  
игна умртқа танасига тиралгач озрок тортилиб сўнг 30-60 мл новокаин  
эритмаси юборилади. \_\_\_\_\_

7. Игна олинлиб, шу соҳага спиртга ботирилган шприк қўйилади. \_\_\_\_\_

8. Агар блокада тўғри бажарилган бўлса кўз ёригини торайиши,  
корачикнинг кенгайиши, птоз кузатилади (Г орнер триаласи). \_\_\_\_\_

9. Асоратлари - қон кетиш, трахея ва нервларнинг жароҳатланиши. \_\_\_\_\_



Расм. А.В. Вишнеvский бўйича бўйин вагосимпатик блокадаси: а - игнанинг кириш жойи; б - игнанинг 5-чи фасция тагида, ва новокаиннинг нерв чигаллари буйлаб таркалиши схемаси.

### ҚОВУРҒАЛАРАРО БЛОКАДА

Мақсад: коvурга синганда адекват оғрикензлантириш.

Кўрсатма: коvурга оралинги блокадаен коvурга синганда қўлланилади.

Жих,озлар: 1%-ли йодонат эритмаси, 70%-ли спирт эритмаси, пинцет, боғлов материали, 10,0 шприц, 1-2%-ли новокаин эритмаси, лейкопластир.

#### Бажарилиш боскичлари

1. Пальпатор йўл билан энг кучли оғрикли жой топилади, бу жой коvурга синган соҳага тўғри келади. \_\_\_\_\_
2. Ушбу соҳани йодонат ва спирт билан тозалаш. \_\_\_\_\_
3. Куйи жойлашган коvурга юқори киррасини топилиб новокаинли шприц игнаси киритилади. \_\_\_\_\_
4. Новокаин киритила туриб игнани куйи жойлашган коvўрганинг юқори киррасига тиралгўнча киритилади. \_\_\_\_\_
5. Игнани озрок орқага тортиб унинг йунилишини  $45^{\circ}$  бурчак остида юқорига ўзгартирамиз. \_\_\_\_\_
6. Игнани кирита туриб жароҳатланган коvўрганинг пастки кирраси остига \_\_\_\_\_



киригамиз ва 3-5.0мл новокаин эритмаси юборилади.

7. Игнани олиб ташлаш, санчилган жойинга асептик лейкопластирли боғлам куйиш.

Қориннинг ёпик ва очик шикастланишлари мавзуси бўйича вазиятли масалалар

### 1 масала

Д., исмли бемор 42 ёшда, хирургик бўлимга травма олгандан сўнг 12 соат ўтиб мурожат қилган (12 соат кечаси заводда қориннинг юқори қисми билан станокга йиқилиб тушган). Кечаси билан заводнинг тиббий пўнктида ётган. Ўнг когурга ости соҳасида биров оғрик безовта қилган ва баралгин инъекциясидан сўнг бу оғриклар камайган. Кабул бўлимидаги курикда қорин ичига тортилган, қорин девори нафас актида катнашмайди. Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Бемор зудлик билан операцияга олинган ва қорин бўшлигида кам микдорида ўт борлиги аниқланган, кундушланг-чамбар ичак туткичи ўзги ўт билан имбибицияланган, ўн икки бармоқ ичак соҳасида қорин парда орқали қуриниб турибди.

1. Диагноз?
2. Г оспиталгача бўлган даврда қанака хатоликларга йўл қўйилган?
3. Операция вақти аниқланган ҳолатга қараб нимани гумон қилиш мумкин?

### 2 масала

С., исмли бемор 42 ёшда, шифохонага тез ёрдам орқали травма олгандан 40 минутдан сўнг мурожат қилиб келган (4-чи қаватдан тушиб кетган). Умумий аҳволи оғир, хушсиз (кома 2), тери қопламалари оқимтир, танасида қўплаб терида сидирилган-шилинган жароҳатлар ва бошида кичикрок жароҳат мавжуд, ўнг сон ва чап билан соҳалари деформация аниқланади, АБ - 80/30 мм.сим.уст., ЮЎТ - 120 марта 1 минутда. Пальпацияда қорин юмшоқ, пальпацияга таъсирланиш йўқ.

1. Қанака диагностик чора-тадбирлар бажариш лозим?

2. Улар орқали нимага гумон қилиш мумкин?

3. Диагностика вақти аниқланган патологияга мувофиқ диагностик тактика?

### 3 масала.

К., исмли бемор 21 ёшда шифохонага уриш жанжалдан сўнг 24 соат ўтгач келтирилган (уриш жанжал пайти чап бел соҳасидан пичок билан етказилган жароҳат олган). Келтирилган пайти умумий аҳволи оқир, тери қопламаси оқимтир, қусган, қунгил айниш бор, тили қуруқ, қорни нафас ақтида қатнашмайди, пальпацияда дефанс, Щеткин-Блюмберг симптоми қориннинг барча соҳаларида мусбат. Перистальтика эшитилади, газ чиққан, қатта таҳоратга чиқмаган. АБ - 110/70 мм.с.м.уст., ЮЎТ - 110 марта 1 минутда., НБ 140 г/л, НГ - 47%. Status localis: чап бел соҳасида 2,5 x 1,5 см улчамдаги суқилиб-қесилган жароҳат мавжуд. БХИ пайти жароҳат канали орадан-олдинга, пастдан юқорига қарб йўналишда, пальпацияда охирига етиб бўлмайди.

1. Қанақа диагностик чора-тадбирлар ўтказилиши лозим?

2. Диагноз?

3. Сизнинг даволаш чора-тадбирларингиз?

### 4 масала.

У., исмли бемор 43 ёшда, 2 соат бурўн ўткир тигли жисм билан қорнига травма олган ва бемор қабул бўлимига мурожат қилиб келди. Умумий аҳволи қелганда ўрта оғирликда, тери қопламаси оқимтир-қизғиш. Қорни юмшққ, қиндик атрофидаги улчамлари 3,5 x 2,0 смли ичидан қатта қарвининг бир қисми чиқиб турган жароҳат атрофида оғрик сезади. Щеткин-Блюмберг симптоми манфий. А/Д 120/80 мм.с.м.уст. тенг. ЮЎТ 90 марта 1 минутда.

1. Диагноз?

2. Қанақа қўшимча диагностик текширишларни бажариш лозим?

3. Сизнинг даволаш тактикангиз?

### 5 масала.



П., исмли бемор 18 ёшда, травма олгач 24 соатдан сўнг мурожат қилган (физкультура машғулотида югуриш пайти бордюр тошига чап ён томони билан йиқилган). Инститўтнинг тиббий пўнктига келтирилган ва куриқдан сўнг «Чап когурға ости соҳаси юмшок тўқималари лати» диагнози билан жавоб берилган. ЎТГ ва рентгенография қилинмаган. Бир сўтка давомида беморни чап когурға ости соҳасида қисқариши оғриқ безовта қилган. Бир соат бурўн қориннинг чап ярмида тусатдан кучли оғриқ, мадорсизлик, бош айланиши, горизонтал ҳолатда нафас олишни қийинлашиши бошланган. Умумий ахволи оғир, тери қоплами оқимтир рангда. АБ 90/50 мм.смм.уст.тенг, ЮЎТ 100 марта 1 минутда., НБ - 78 г/л, Нс - 26%. Корни таранглашган, чап ярми оғриқди, Шёткин-Блюмберг симптоми шубҳали.

1. Диагноз?
2. Стационаргача бўлган даврда қанақа хатоликларга йўл қўйилган?
3. Сизнинг даволаш тактикангиз?

Масалаларнинг эталон жавоблари:

### 1 масала

1. Диагноз: Қориннинг ёпик травмаси.
2. Бемор вақтида шифохонага келтирилмаган. Беморга қилинган анальгетиклар касалликнинг клиник симптомлари кўринишини пасайтирган.
3. Операция вақтида аниқланган белгилар бўйича (ўн икки бармок ичак соҳасида қорин пардадан ўтти сизиб туриши, қундаланг-чамбар ичак тутқичи илдизини ўт билан имбибицияланганлиги) ўн икки бармок ичак шикастланганлигига шубҳа қилиш мумкин.

### 2 масала

1. Лапароцентез қуйиш лозим.
  2. Қон ёки ичак маҳсулотини борлиги - қориннинг ёпик травмаси.
  3. Қон ёки ичак маҳсулотини борлиги - шошилинич лапаротомия.
- Қорин бўшлигида патологик нарсалар бўлмаса - натрий хлориднинг 0,9%- 400

мл эритмаси билан лаваж қилиш ва 24-48 соат мобайнида кўзатиш.

### 3 масала

1. Қорин бўшлиғи аъзоларини ўТТ лозим.
2. Қорин бўшлиғига санчиб-тешиб кирувчи жароҳат. Ковак аъзо травмаси. Тарқалган перитонит.
3. 2 соат мобайнида операция олди тайёрлиги ва сўнгра шошилич лапаротомия.

### 4 масала

1. Қорин бўшлиғига санчиб-тешиб кирувчи жароҳат. Катта чарви бир қисмини эвентерацияси.
2. Диагностика учун қўшимча текширишлар талаб этилмайди.
3. Шошилич лапаротомия пайти катта чарвининг эвентрация бўлган қисми резекция қилиниб қорин бўшлиғи ревизия қилинади.

### 5 масала

1. Қориннинг ёпиқ травмаси. Талокни икки лаҳзали ёрилиши. Қорин бўшлиғига қон кетиш.
2. Бемор хирургга курсатилмаган ва қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовушли текшириш ўтказилмаган.
3. Шошилич лапаротомия. Спленэктомия.

79

Қориннинг ёпиқ ва очик шикастланишлари мавзуси бўйича тест саволлари

**1. Механик шикастланишларда қушма травма деб қуйидагилар тушунилади:**

- а) сон ва болдир суяқларини бир ва икки томонлама синиши
- б) қўл-оёқ, умуртка погонаси ва тос суяқларини синишини бир вақтда ички аъзолар шикастланиши билан кўзатилиши
- в) қўл ва оёқларни синиши (масалан, елка ва сон, билак ва болдир ва б.к.)



- г) қоринни ёшиқ травмасида ковак ва паренхиматоз азоларни шикастланиши
- д) бир анатомик сохада магистрал қон томирлар ва нервларни шикастланиши

**2. Политравмада юқори ўлим суратининг асосий сабаби қуйидагилар:**

- а) очик синикларда жароҳатни йиринглаши сабабли остеомиелит ва сепсисни ривожланиши
- б) травматик шок ва қон йўқотиш
- в) сийдик ажратиш системасини кўтарилувчи инфекцияси
- г) ётоқ яралари
- д) димланган пневмония

**3. Сийдик цопи ва уретрани шикастланиши кўпинча қуйидагиларда кузатилади:**

- а) сонни марказий чиқишида
- б) ёнбош суяклар қанотини синишида
- в) ўтиргич ва қон суякларини икки томонлама синишида ("қапалак" типиди)
- г) қустлараро синишда
- д) думгоза ва дум суяги синишида

**4. Травматик шокнинг эректел фазаси қуйидагича ҳарактерланади:**

- а) артериал босимни ошиши
- б) пульсни тезлашиши
- в) тери қопламаларини оқариши
- г) нафас олишни тезлашиши
- д) қайд этилган барча симптомлар

**5. Травматик шокнинг тортид фазаси учун ҳарактерли эмас:**

- а) артериал босимни пасайиши
- б) пульсни тезлашиши
- в) нафас олишни тезлашиши
- г) тери қопламаларини гиперемияси
- д) кўриш қобилиятини йўқолиши

**6. Қўшма жароҳатда ёлгон-абдоминал синдромнинг сабаби:**

- а) туш суягини синиши ва кўкс оралиғи аъзоларини травмаси
- б) сон-тоғ бугимини чиқиши
- в) кўкрак қафасини ўрта-пастки зоналардаги ковурғаларни синиши натижасида травмаси
- г) умуртка поғонасини бўйин-кўкрак қисмини лат ёйиши
- д) сон суягини кустлараро синиши

**7. Қорин бўшлиғига санчиб кирувчи жароҳат учун характерли:**

- а) терини шикастланиши
- б) апоневрозни шикастланиши
- в) висцерал қорин пардани шикастланиши
- г) париетал қорин пардани шикастланиши

**8. «Ваньки-встаньки» симптоми қайси шикастланиш учун характерли:**

- а) талок
- б) ошқозон
- в) ингичка ичак
- г) йўғон ичак

**9. Йўғон ичак жароҳатини тикнишда қуйидаги тактика қўлланилиши лозим:**

- а) икки каторли чок
- б) уч каторли чок
- в) ичаклараро пнастомоз
- г) стома чиқариши

**10. Талоқни чуқур жароҳатиди кўрсатма бўлади:**

- а) жароҳатни тикиш
- б) спленэктомия
- в) талоқни қорин парда ортига имплантация қилиш
- г) талоқни катта чарви билан ураш.



## ТЕСТЛАРГА ЭТАЛОН ЖАВОБЛАР:

1 - б, 2 - б, 3 - в, 4 - д, 5 - в, 6 - в, 7 - г, 8 - а, 9 - б, 10 - б.

Корин бушл<sup>н</sup>и аъзоларининг ёпик ва очик шикастланишлари мавзуси буйича амалий куникмалар

### КОРИН ПАРЕНХИМАТОЗ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШ БЕЛГИЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Талаба учун топширик: ушбу беморда паренхиматоз аъзолар шикастланишига хос белгиларни аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилдѳтганингизни ва қандай Имтихон олиш учун маълумот: талаба куникмаларини қуйидаги бандлар			
Текшириш босқичлари	Мх	Мин	Жавоб
1. Беморга ўнгдан ёндашилади.	10	5	0
2. Бемор қурилганда мажбурий ҳолатда бўлади	10	5	0
3. Бемор қурилганда тери ва шиллик қаватлари	10	5	0
4. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади (жароҳат излари баҳоланади, оғрик ва корин	15	7,5	0
5. Туқиллатиб қурилганда ён каналлар	10	5	0
6. Томир уриш сони ва А/Б улчанади (А/Б	15	7,5	0
7. Қонда Н <sub>в</sub> , Н <sub>т</sub> ва эритроцитлар миқдори	10	5	0
8. УТТ эркин корин бушлиғидаги суюқлик	10	5	0
9. Френикус белгиси мусбат (дивфрагманинг қон	10	5	0
Станция буйича максимал балл	100	50	

### КОРИН КОВАК АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШ БЕЛГИЛАРИНИ

## АНИҚЛАШ

Талаба учун топширик: ушбу беморда қорин бўшлиғи кавак аъзолари шикастланиш белгиларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилдетишингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изоҳлаб бериш.

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

Текшириш босқичлари	Мх	Мин	Жавоб
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморнинг ҳолати.	10	5	0
2. Беморни кўзатув: мажбурий ҳолат, ҳаракатсиз	10	5	0
3. Тилни текшириш: қуруқлик ва қараш билан	10	5	0
4. Қоринни кўзатув, қорин ичига ботиб	10	5	0
5. Юзаки пайпаслаш. Оғрик соҳалари ва	10	5	0
6. Щеткин-Влюмберг белгисини аниқлаш	10	5	0
7. Тукиллатганда жигар бугиклигининг йўқолиши (Спижарский белгиси) ва ён каналлар проекциясида бугиклик аниқлаши (техникаси,	10	5	0
8. Перистальтика эшитилмаслиги (Тобўт	10	5	0
9. Рентгенологик эркин ҳаво аниқланиши	10	5	0
10. Томир уришини аниқлаш (техникаси,	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



## Фойдаланилган адабиётлар руйхати

1. Хирургик касалликлар. Каримов Ш.И. - Ташкент, 2011 г.
2. Хирургические болезни. Учебная литература для студентов мед. ВУЗов. Под редакцией М.И. Кузина. Москва «Медицина» 1986 г., 2006 г.
3. Хирургические болезни. Учебник с компакт - диском в 2-х томах. Том  
1. Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М.: ГЭОТАР - Медиа. 2006 г.
4. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия. Москва. Практика 1998 г.
5. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник - путеводитель практикующего врача. Москва, 2000 г.
6. Петровский Б.В. Руководство по хирургии. В 12 томах. Москва «Медицина» 1959 - 1966 гг.
7. Хирургические болезни. Под редакцией Черноусова А.Ф. Москва ГЭОТАР - Медиа. 2012 г.
8. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А. Хирургические болезни. В 2-х томах. Москва ГЭОТАР - Медиа, 2012 г.

9. Абакумов М. М. Повреждения живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. В. Лебедев, В. И. Малярчук. - М.: Медицина, 2005. - С. 176.
10. Алтыев Б.К., Жабборов Ж.И. Диагностика и лечение больных с синдромом внутрибрюшной гипертензии в ургентной хирургии // Хирургия Узбекистана. 2018. 3. - с. 5-6.
11. Бойко В.В. Перитонит: классификация, патогенез, диагностика, лечение /В.В. Бойко, Иванова Ю.В.// Здоровье Украины. - 2011. - №1(4). - с. 47-49.
12. Интенсивная терапия. Под ред. акад. РАН Б.Р. Гельфанда, проф. И.Б. Заболотских. 2<sup>е</sup> издание, переработанное и дополненное. Изд. Группа «ГЭОТАР - Медиа», 2019. - с. 643-650.
13. Диагностика и хирургическое лечение изолированных и сочетанных травматических повреждений печени / А. Е. Борисов, К. Г. Кубачев, Н. Д. Мухуддинов [и др.] // Вестн. хирургии. - 2007. - № 4. - С. 35-39.
14. Гуманенко Е. К. Военно-полевая хирургия / Е. К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 763 с.
15. Соколов В.А. Damage control - современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой // Вестник травматологии и ортопедии 2005; 1: 81-84.
16. Хаджиблев А.М., Мустафакулов И.Б. Современное состояние и нерешенные проблемные вопросы диагностики и тактики лечения тяжелых повреждений живота при сочетанной травме // Журнал «Вестник экстренной медицины», 2011. - №4. - С. 77-81.
17. Хаджиблев А.М., Мустафакулов И.Б. Интегральные системы оценки тяжести состояния пострадавших с тяжелой сочетанной травмой живота // Журнал «Вестник экстренной медицины», 2012. - №2. - С. 73-78.
18. Хаджиблев А.М., Мустафакулов И.Б., Мавлянов Ф.Ш. Наш опыт хирургического лечения повреждений желудка при сочетанной травме // Клінічна анатомія та оперативна хірургія - Т. 15, № 1(55) - 2016. С. - 71-72.
19. Ярцев П.А. Видеолапароскопия в диагностике и лечении



пострадавших с травмой живота: автореф. дис. д-ра мед. наук / П.А. Ярцев.  
- М., 2008. - 45 с.

20. Improved outcome of adult blunt splenic injury: a cohort analysis / R.R. Rajani, J.A. Claridge, C.J. Yowler [et al.] // Surgery. - 2006. - №4 (140). - P. 625-631, discussion 631-632.

21. Results from the international conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. II. Recommendations. / Cheatham M.L., Malbrain M.L.N.G., Kirkpatrick A. // Intensive Care Med 2007, 33:951-62.

22. Temporary closure of the open abdomen: A systematic review on delayed primary fascial closure in patients with open abdomen / Hensbroek P.B., Wind J., Dijkgraaf M.G.W., Busch O.R.C., Goslings J.C. // World J Surg 2009 , 33:199207.

