

**МУСТАФАҚУЛОВ И.Б. МИЗАМОВ Ф.О.
КУРБОНОВ Н.А. УМЕДОВ Х.А.**



**ҚЎШМА ШИКАСТЛАНИШЛАРДА
ТОРАКОАБДОМИНАЛ ЖАРОҲАТЛАР**

Қўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатлар

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

**МУСТАФАКУЛОВ И.Б., МИЗАМОВ Ф.О.,
КУРБОНОВ Н.А., УМЕДОВ Х.А.**



**ҚЎШМА ШИКАСТЛАНИШЛАРДА
ТОРАКОАБДОМИНАЛ ЖАРОҲАТЛАР**

Монография.

САМАРҚАНД - 2022

УЎК 617
КБК 54.5
Қ 98

Мустафакулов И.Б., Мизамов Ф.О., Курбонов Н.А., Умедов Х.А.

Қўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатлар [Матн]:
Монография / И.Б. Мустафакулов, Ф.О. Мизамов, Н.А. Курбонов,
Х.А. Умедов - Самарқанд 2022. - 124 б.

Тузувчилар:

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

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

Курбонов Н.А. - СамМУ ДКТФ хирургия, эндоскопия ва анестезиология-реаниматология кафедраси ассистенти

Умедов Х.А. - СамМУ даволаш факультети 2-хирургик касалликлар кафедраси ассистенти

Рецензентлар:

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

Хакимов М.Ш. - ТМА факультет ва госпитал хирургия кафедраси мудири, т.ф.д.

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

ISBN 978-9943-8262-9-8

© И.Б. Мустафакулов, Ф.О. Мизамов,
Н.А. Курбонов, Х.А. Умедов. 2022 й.

© Самарқанд 2022 й.

МУНДАРИЖА

ШАРТЛИ КИСҚАРТМАЛАР.....	6
СЎЗ БОШИ.....	8
КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ.....	12
ПНЕВМОТОРАКС.....	14
СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС.....	15
ОЧИҚ ПНЕВМОТОРАКС.....	20
КЛАПАНЛИ ПНЕВМОТОРАКС.....	23
ПИОПНЕВМОТОРАКС.....	26
ТРАВМАТИК ГЕМОТОРАКС.....	33
ҚОРИННИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ.....	36
КЛИНИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ.....	37
ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ.....	42
ҚОРИН ДЕВОРИ НИ ШИКАСТЛАНИШИ.....	48
ЖИГАР ВА БИЛИАР ТРАКТНИ ШИКАСТЛАНИШИ.....	50
ТАЛОҚНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.....	60
ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИНИ ШИКАСТЛАНИШИ.....	64
ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ.....	67
ИНГИЧКА ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ.....	69
ЙЎҒОН ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ.....	73
ҚОРИН БЎШЛИҒИ ВА ҚОРИН ПАРДА ОРТИБЎШЛИҒИ ҚОН ТОМИРЛАРИ ШИКАСТЛАНИШИ.....	76
БУЙРАКЛАР ШИКАСТЛАНИШИ.....	78
СИЙДИК ҚОПИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.....	79
ОПЕРАЦИЯДАН СЎНГИ АСОРАТЛАР.....	81
ҚЎШМА ТРАВМАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.....	85
ФАРМАКО-ИҚТИСОДИЙ АСОСЛАШ.....	100
ИЛОВАЛАР.....	102
КЎКРАК ҚАФАСИ ТРАВМАСИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ.....	109
ОЧИҚ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ЁРДАМ КЎРСАТИШ.....	110
ЁПИҚ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ТИББИЙ ЁРДАМ.....	110
КЛАПАНЛИ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ТИББИЙ ЁРДАМ.....	111
ПАРАВЕРТЕБРАЛ НОВОКАИНЛИ БЛОКАДА.....	111
ВАГОСИМПАТИК БЛОКАДА.....	112
А.В. ВИШНЕВСКИЙ БЎЙИЧА БЎЙИН ВАГОСИМПАТИКБЛОКАДАСИ.....	113
ҚОВУРҒАЛАРАРО БЛОКАДА.....	115
ҚОРИН ПАРЕНХИМАТОЗ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШБЕЛГИЛАРИНИ АНИҚЛАШ.....	122
ҚОРИН КОВАК АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШ БЕЛГИЛАРИНИ АНИҚЛАШ.....	122

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ 123

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	- фиброэзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	- электрокардиография
ЭхоКГ	- Эхокардиография
ЮЎТ	- юрак уриш тезлиги
ҚОП	- қишлоқ оилавий поликлиникаси
ЙТХ	- йўл транспорт ҳодисаси

Аннотация

Монографияда кўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатлар патологияларининг клиник жиҳатдан 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.

Аннотация

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.

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

Шавкат Миромонович Мирзиёев
Ўзбекистон Республикаси Президенти

Сўз боши

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

Кўкрак қафаси 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 фалоқатлари вақтида ёпиқ жароҳатланишининг оқибати ҳисобланади.

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

Қорин бўшлиғида ҳаёт учун муҳим кўплаб аъзоларининг мавжудлиги, уларнинг анатомик тузилишининг спецификаси, қон томирлар билан таъминланиши ва иннервациясининг ўзига хослиги, ичак ичидаги патоген флорага бой маҳсулотнинг бевосита яқинлиги, ҳаддан 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 аҳволининг оғирлиги, ички қон кетиш, шокнинг вужудга келиши, даволаш натижасини оператив аралашув вақти билан яққол боғлиқлиги, операция жараёнининг мураккаблиги,

операциядан сўнгги даврда эса беморни даволаш сермаққатлилиги 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 чора- тадбирларни 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 катъий 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, ҳали 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 ҳарактерли томонларидан бири беморларда шикастланишнинг кўплиги ва оғирлиги, ўнда гомеостазни қўпол бузилиши ва организмда ҳаёт учун муҳим аъзоларни фўнкцияларини бузилиши билан кўзатилиши натижасида ўлимнинг юқорилиги 25-65% ва леталликни пасайиши кўзатилмаётганлиги ва шу билан бир қаторда операциядан сўнги 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 ечишда 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 ниҳоятда долзарб ҳисобланади.

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

КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Машғулот шакли: Клиника, ҚОП шаротида 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 мақсади:

- мўтахассисликка қизиқиш, инсонпарварлик, маъсулият ҳиссиётларини шакллантириш;

- ўз билим даражасини кенгайтиришга қизиқишни тарбиялаш.

3. Ривожлантирувчи мақсади:

- талабаларни фикрлаш қобилиятини, мантиқий фикрлашини ривожлантириш;

- мавзуни 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 куникмаларини ҳосил қилиш;

- янги ахборотларни таҳлил қилиш куникмаларини ривожлантириш. Ўқув фаолиятининг натижалари: Талаба:

- кўкракдаги оғриқлар, гемоторакс ва пневмоторакснинг келиб чиқиш сабаблари ҳақида тушўнчага 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 бўшлиғини 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, ҳавонинг плевра бўшлиғига тўпланишига айтилади. Пневмоторакс кўпинча бир томонлама бўлиб, кўкрак қафасининг ёпиқ ва очиқ шикастланишларида, ўпка ва плевранинг бўтўнлиги бузилганда аниқланади. Ўпканинг буллёз касаллигида, ҳаволи кисталарда спонтан пневмоторакс кузатилади.

Пневмоторакс очиқ, ёпиқ ва клапанли турларга бўлинади. Плевра бўшлиғида ҳаво билан бирга тўпланган суюқлик ҳарактерига қараб пиопневмоторакс ва гемопневмоторакс тафовут қилинади.

Плевра бўшлиғида йиғилган ҳаво кўкрак қафасининг жароҳати ёки йирик бронх орқали атмосфера ҳавоси билан тўташган бўлса, очиқ пневмоторакс дейилади.

Ёпиқ пневмотораксда плевра бўшлиғига йиғилган ҳаво ташқи муҳит билан алоқада бўлмайди. Бу кўпинча кўкрак қафасининг санчилган-кесилган жароҳатланишида ёки ўпка тўқимасининг ҳаволи кисталари ёрилганда спонтан ҳолда, шикастланганда қайд этилади. Санчилган-кесилган шикастланишларда тешик орқали плевра бўшлиғига ташқаридан ёки ўпка жароҳатидан ҳаво киради. Кейинчалик жароҳатланган жой қон лахтаси, мушак тўқимаси билан беқилиб қолади. Натижада нафас олганда ва чиқарганда ҳаво плевра бўшлиғига бошқа кирмайди. Плевра бўшлиғидаги ҳаво миқдори эса кўпаймайди. Бунинг натижасида ўпка коллапси клиникаси ва юрак-қон томир, нафас олиш фаолияти бошқа турдаги пневмотораксларга нисбатан кам ифодаланган бўлади.

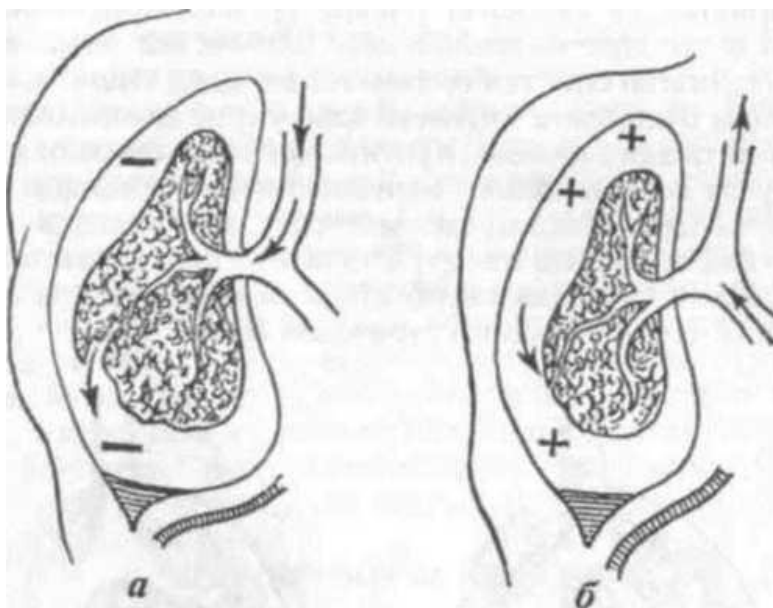
Бундай ҳолларда оз миқдорида тўпланган ҳаво 5-7 кунда сурилиб кетади.

СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС

Плевра бўшлиғига бирор-бир аниқ сабабсиз ҳавонинг тўпланишига спонтан *пневмоторакс* деб айтилади. Бу ёпиқ пневмоторакс турига кириб, кўпинча ўзига хос белгилар билан бошланишига ва клиник белгилар билан ифодаланишига қарамасдан Бундай касаллик билан оғриган беморларга умумий амалиёт ёки тез ёрдам врачлари камдан-кам ҳолларда аниқ ташхис қўяди. Бундай беморлар кўпинча ўткир пневмония, плевропневмония, бронхиал астма, плеврит, меъда 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.

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.



Расм 1. Ўпка кистаси ёки абсцесси плевра бўшлиғига ёрилгандаспонтан пневмотораксингривожланиш механизми: а - нафас олиш фазаси, б - нафас чиқариш фазаси.

Бемор жисмоний зўриққанда кучли қуруқ йўтал хуружи тўтганда, оғир юк кўтариши натижасида кучанганда ўпка ичи босими бир неча марта ошиши оқибатида юпқа 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 қандай ҳолатда пайдо бўлганини бемордан сўраб - суриштириш умумий амалиёт шифокорига тўғри ташхис қўйишда 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 спонтан пневмотораксининг клиник белгилари аниқ ифодаланмайди, бунда ўпканинг қисман коллапси кўпинча рентгенографияда аниқланиши мумкин.

Париетал ва висцерал плевра ўртасида битишмалар бўлган ҳолатларда чегараланган ва клиник белгилари аниқ

ифодаланмаган 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 бўтунлай қисиб қўяди ва кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга сурилиши кузатилади.

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

Беморда оғриқ санчувчи, босувчи ёки қисувчи тусда бўлади, таранглашган пневмоторакс ривожланганда оғриқ ва ўпканинг ҳаво туфайли коллапси натижасида ҳансираш кучайиб боради. Беморлар оғриқ ва ўпканинг ҳаво билан қисилиши натижасида чуқур нафас ололмайдилар, натижада тез- тез юзаки нафас олиб, саволларга ҳансираб жавоб

берадилар ёки шикоят қиладилар. Агар врач беморни шу ҳолатда биринчи марта кўраётган бўлса, кўпинча қовурға оралиғи невралгияси ёки юрак ишемияси касаллигининг ҳар хил кўринишлари, деб нотўғри ташхис қўйиши мумкин.

Қуруқ 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 бўтунлай 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 клапанли спонтан пневмоторакс ривожланганда ўткир нафас етишмовчилиги, юрак ва қон-томир етишмовчилиги белгилари: ҳансираш, 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 куркаётганлик ҳиссёитидан шикоят қиладилар. **Умумий амалиёт врачлари тактикаси.** Спонтан пневмоторакс ташхисини аниқлашда бемор шикояти, касаллик анамнезини сўраб суриштириш каттааҳамиятга 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

мконият бўлганда поликлиника шароитида кўкрак аъзоларининг рентгенографияси ёки рентгеноскопияси беморга тўғри диагноз қўйишга ва уни бошқа касалликлардан фарқлашга ёрдам беради.

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

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

2. Таранглашган пневмотораксда плевра бўшлиғидаги босимни шошилиш равишида камайтириш мақсадида зарарланган 2-қовурға соҳасига 70°C спирт ёки 3 фоизли йод билан ишлов бергандан сўнг, ўмров чизиғидан

2- қовурға оралиғи тўқималарига 0,25-0,5 фоизли новокаин эритмасидан 1520 мл юбориб маҳаллий анестезия қилинади ва йўғон 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 ишлатиладиган катетер ёрдамида плевра бўшлиғини дренажлаши мумкин. Бу усулда катетер учига венага суюқликларни томчи усулида юборадиган системани улаб, иккинчи учини ичида 200-300 мл суюқлик (сув, фурацилин ва бошқ.) бўлган флаконга туширилади. Бемор чуқур нафас олганда ёки йўталганда суюқликдан 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 эримасидан 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.

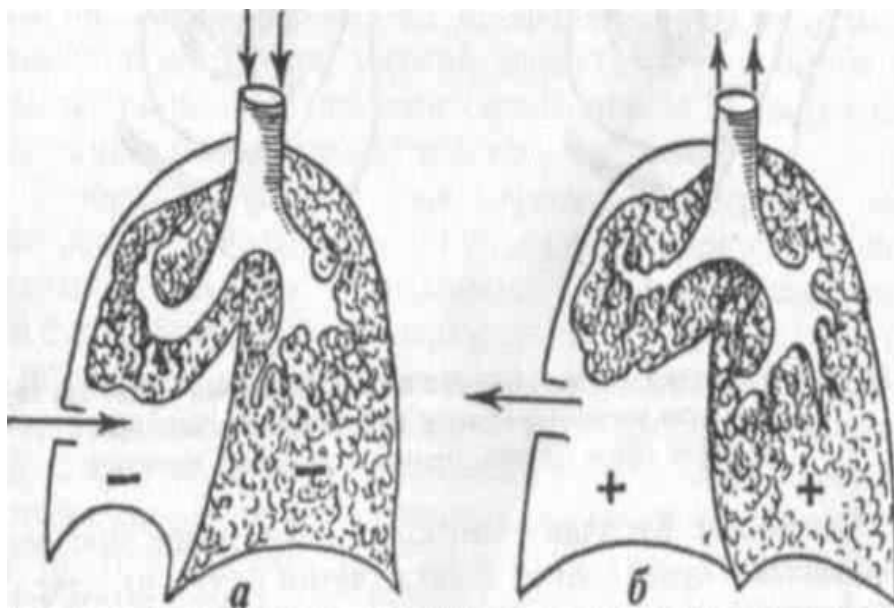
4. Беморга амбулатор карта (Ф-25) ёзилади ва йўлланма тўлдирилиб, уни санитар транспорти ёрдамида торакал жарроҳлик бўлимига, Бундай бўлим бўлмаганда умумий жарроҳлик бўлимига врач, имконият бўлмаганда тажрибали фельдшер кузатувида юборилади. Транспортировка вақтида бемор ярим ўтирган ёки замбилда ётган ҳолатда бош томони кўтарилиб қўйилган бўлиб, системага уланган флақон 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 жарроҳлик бўлимига олиб борилади.

Чегараланган ёпиқ пневмотораксда ташхис аниқ қўйилганда кўкрак қафаси иккинчи қовурға оралиғида ўрта ўмров чизиғидан пункция қилиниб, плевра бўшлиғидан ҳаво тортиб олинади ва бемор жарроҳлик бўлимига ёткизилади.

ОЧИҚ ПНЕВМОТОРАКС

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

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



Расм 2. Очиқ пневмотораксхемаси: а - нафас олиш ҳолати, б - нафас чиқариш ҳолати.

Беморларда тери қопламаларининг кўкариши (цианоз), тез-тез юза нафас олиш кузатилади. Бу белгилар бир оз жисмоний зўриққанда кучаяди. Кўрганда кўкрак қафасидаги жароҳат орқали ҳавонинг нафас олганда ва чиқарганда шовқинли товуши эшитилади. Пальпацияда товуш дириллашлари эшитилмайди. Перкуссияда юқори тимпаниқ «қўтича» овози эшитилади.

Аускультацияда нафас жуда сусайган ёки бўтунлай эшитилмайди. Очиқ пневмотораксда 60 фоиздан кўп беморларда плевропульмонал шок кузатилади.

Даволаш. Беморларга кўрсатиладиган биринчи ёрдам: кўкрак қафасининг очиқ жароҳати атрофига 70° спирт, 3 фоизли 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 ҳаво ўтказмайдиган мато қўйилади ва лейкопластир хоч ёки черепица шаклида ёпиштирилади. Ҳаво ўтказмайдиган матонинг стерил боғлам четидан анча чиқиб туришига

эътибор бериш зарур. Агар жароҳат кичик бўлса, унинг чеккаларини бир-бирига яқинлаштириб лейкопластир ёрдамида ёпиштирилади. Беморларга оғриқсизлантириш мақсадида 1-2 мл, 1-2 фоизли промедол ёки омпон 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 қодаларига риоя қилган ҳолда, худди жарроҳлик операциясидагидек тайёргарлик кўрилади. Беморни операция столига чалқанча ёткизиб, унинг бўйни остига болиш ёстик кўйилади, боши қарама-қарши томонга қараб ўгирилади ва кўли пастга туширилади. Агар ўнг томондан блокада қилиш лозим бўлса, жарроҳ ўнг томонга туриб олиб, бўйин терисини икки марта спирт билан қайта-қайта артади ва игна санчиладиган жойни аниқлайди. Бунинг учун туш-ўмров-сурғичсимон мушакнинг ташқи қирраси билан ташқи бўйинтуруқ венасининг кесишган жойи топилиб, шундан бир оз юқорироқда 0,25% ли 2 мл новокаин эритмаси билан «лимон пўсти» ҳосил қилинади. Шундан кейин чап кўлнинг кўрсаткич бармоғи билан ўша мушкулни ва қон томирларни ичкари (медиал) томонга қараб силжитилади ва бўйин умуртқаларини олд сатҳи пайпаслаб топилади, шу сатҳга бармоқнинг учи томонига мўлжаллаб игнани олдига қараб 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 шиллиқ қаватлари қизарса, 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.

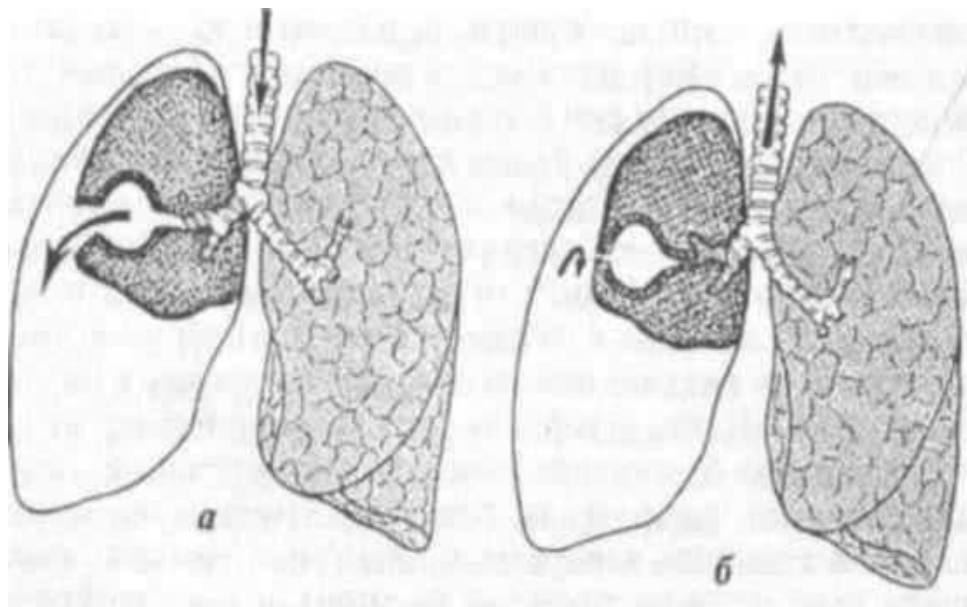
Беморга зарурият бўлганда юрак ва ўпка фаолиятини яхшиловчи аналептиклар қилинади ва поликлиникада имконият бўлганда кўкрак қафаси рентгенографияси қилинади. Бемор санитар транспортида врач кузатувида, ўтирган ҳолатда азот (1)-оксид ва кислород берилиб, касалхонага олиб борилади.

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 жароҳат йўлини бекитади, натижада плевра бўшлиғида ҳаво босимининг ошишига олиб келади. У ташқи клапанли пневмоторакс дейилади. Ўпка касалликларида (абсцесс, сил кавернаси, 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 веналарининг юракнинг қисилиши ва сурилиши оқибатида оғир нафас етишмовчилиги,

юрак ритми бузилишига ва юқори ковак венанинг қисилиши бошда, бўйинда веноз димланишга олиб келади.



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

Клиникаси ва диагностикаси. Беморларда кўрқув, безовталаниш аломатлари кузатилиб, улар оғриқ, хансираш ва нафас етишмовчилигидан шикаят қиладилар. Хасталик бўйин веналарининг буртиб чиққанлиги, юз ва бўйин териси цианози, шишинқираши, баъзан тери ости эмфиземаси, тез-тез ва юзаки нафас олиш билан кечади. Зарарланган томонда қовурға оралиғи кенгайган, кўкрак қафаси бочкасимон шаклда бўлиб, зарарланган томон нафас олишда суст иштирок этиши кузатилади. Пальпацияда товуш дириллашлари аниқланмайди. Перкуссияда «қўтича» 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, қовурға

оралиғи кенгайиши, диафрагма- манинг пастга тушиши қайд этилади.

Даволаш. Умумий амалиёт врачлари амбулатория шароитида беморларда таранглашган пневмоторакс белгиларини аниқлаганда зудлик билан очиқ пневмотораксга айлантириши, яъни плевра бўшлиғида босимни пасайтириш мақсадида йўғон игна (Дюфо игнаси) ёки троакар ёрдамида ўрта-ўмров чизиғи 2-қовурға оралиғидан новокаин эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантириб, плевра бўшлиғини пункция қилади ва чоклар ёки лейкопластир ёрдамида терига тикади ёки ёпиштиради. Игнага жарроҳлик кўлқопи бармоғидан клапан сифатида кесиб боғланади. Беморга 1 фоиз промедол ёки омнопон 1-2 мл, 50 фоизли анальгин ёки 5 мл баралгин мушак орасига инъекция қилинади. Агар беморда ташқи клапанли пневмоторакс бўлса, тезда жароҳатга окклюзион боғлам қўйилади ва бемор стационарга юборилади. Агар беморда кўкс оралиғи 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 қилинади ва олдинги кўкс оралиғи 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 (1)- оксид ва кислород, полиглюкин, кофеин, мезатон, дофамин ва бошқ.) даво чоралари қилинади. Беморда икки томонлама очиқ 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 қафаси жароҳати бўлимига, агар бундай бўлим бўлмаса, умумий хирургия бўлимига ётқизилади.

ПНОПНЕВМОТОРАКС

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 абсцессда 11 фоизгача, ўпка гангренада эса 18,7- 89% гача учрайди.

Хасталикнинг кўп учрашига, биринчидан, беморларнинг ўпканинг йирингли ўткир касалликлари билан стационарга кеч ётқизилиши 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 гангрена оқибатида кузатилади. Ўпканинг пастки бўлакларда жойлашган йирингли - деструктив касалликлар кўпроқ пиопневмоторакс билан асоратланади. Хасталикка яна пастки бўлаклардаги йирингли бўшлиқларнинг бронхлар орқали чиқишининг қийинлиги ва ўпка пастки бўлакларининг 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 эхинококкозоси билан оғриган ўрта ёшдаги беморларда кўп қайд этилади. Плевра бўшлиғига ҳаво йиринг билан бирга эхинококкоз суюқлигининг тушиши натижасида беморларда юқори ҳарорат, йўтал, ҳансираш, анафилактик шок, терида тошмалар тошиши кўпинча умумий амалиёт врачининг беморга кўпроқ пневмония, қизамиқ, аллергик 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 фарқ қилинади.

Тарқалишига қараб:

1. Чегараланган пиопневмоторакс.

2. Тотал (тарқалган) пиопневмотораксга бўлинади.

Чегараланган пиопневмотораксда патологик жараён плевранинг 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. Бўш-лиқнинг орқа қонтури кўкрак қафаси билан бирлашган.

Чегараланган пиопневмоторакс жойлашувига кўра:

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

Пиопневмоторакс клиникаси ва диагностикаси.

Касалликнинг клиник симптомлари уларнинг ифодаланиш даражасига, пиопневмоторакстарқалишига, ўпка тўқимасидаги йирингли - деструктив жараённинг ўткир ёки сурункали кечаётганлигига, плеврада бронхиал оқма бор-йўқлигига, беморёшига, касалликнинг бошланган вақти 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 тарқалганлигига, ўпка йирингли деструкциясининг оғирлигига ва бронхо- плеврал оқмалар борлигига боғлиқ. Клиник белгилар оғир-енгиллигига, кечишига қараб

С.И.Спасокукоцкий (1938) пиопневмоторакснинг 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 қафаси томонида кучли оғриқ сезади. Беморда кучли ҳансираш пайдо бўлиб, тери ва шиллик қаватлар оқариб, совуқ тер билан қопланади. Терида цианоз кузатилади. Артериал қон босими симоб устуни ҳисобида 50-70 мм га тушиб, томир уриши тез ва ипсимон бўлади.

Беморда тарқалган пиопневмоторакс бронхоплеврал оқма бўлганда таранглашган пиопневмоторакс билан кечади. Кучайиб борувчи ҳансираш оқибатида бемор мажбурий, яъни иккала қўли билан кроват четини ушлаб ўтирган ҳолатни эгаллайди. Пиопневмоторакс кузатилган томонда кўкрак қафаси нафас олишдан орқада қолиб, қовурғалар оралиғи кенгаяди. Пальпацияда товуш дириллашлари сусайган ёки бўтунлай аниқланмайди. Перкуссияда ҳаво тўпланган жойда юқори тимпанит “қўтича” товуши аниқланса, кўкрак қафасининг суюқлик тўпланган пастки қисмларида перкўтор товушнинг қисқариши аниқланади. 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 суюқлик қўйилгандай бўлиши, хушни йўқотиш, артериал босимнинг кескин тушиб кетиши, совуқ тер босиши, тери цианози, терида қичишиш ва тошмалар пайдо

бўлиши мумкин. Баъзан Квинке шиши, анафилактик шок аниқ ифодаланган бўлади.

Беморни физикал текшириш маълумотлари ўткир пиопневмотораксдан фарқ қилмайди. Ўткир пиопневмотораксда беморлар ҳаракат қилганларида баъзан чайқалиш шовқини аниқ эшитилади. Плевра бўшлиғида босимнинг ошиб бориши ўпка коллапси ва кўкс оралиғи 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 камаёди.

Пиопневмоторакс ўпка перифериясида жойлашган кичик абсцесс ёрилганда енгил кечади. Беморда ўткир абсцесс клиник белгилари заминида, кўкрак қафасида бирданига оғриқнинг кучайиши, ҳансираш ва йўталнинг зўрайиши кузатилади. Катта калибрдаги бронхиал оқма йўқлиги учун плевра бўшлиғида ҳаво кам тўпланади. Кўпинча чегараланган пиопневмоторакс ривожланади.

Аниқ ифодаланмаган 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, оғриқ интенсивлиги, унинг давомийлиги, кучли йўтал хуружидан кейин бирданига оғриқ бошланганлиги, ҳансираш пайдо бўлгани, бемор ҳолати, унинг ташқи кўриниши, 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, гангренази, 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 бунини ўткир эмпиемадан, спонтан пиопневмотораксдан, юрак касалликларидан қиёсий 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 ётқизилгунга қадар шифокор қуйидаги шошилинич ёрдамни кўрсатиши керак.

Беморда тарқалган ва таранглашган пиопневмоторакс бўлганда энг аввало ўткир нафас, юрак, қон-томир етишмовчилигини камайтириш мақсадида у стулга ёки каравотга ўтқазилади 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 бўшлиғидаги босимни камайтириш мақсадида зарарланган томон 2 - қовурға соҳаси 70° ли спирт, 3 фоизли йод эритмаси билан ишлов берилгандан сўнг 2 - қовурға оралиғи, ўрта-ўмров чизиғидан 0,25-0,5 фоизли новокаиннинг 30-50 мл эритмаси билан маҳаллий оғриқсизлантирилиб, диаметри кенг игна (Дюфо игнаси) ёки ўмров ости венасини Сельдингер усулида қўлланиладиган игна ёрдамида плевра бўшлиғи 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 бўшлиғи

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 найи 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 доимий 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 реополиглюкин 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 10мл, 5 фоизли глюкоза ёки физиологик эритма билан қўшиб юборилади.

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

ТРАВМАТИК ГЕМОТОРАКС

Кўкрак қафасига тешиб ўтмаган ва тешиб кирган жароҳатлари оқибатида пайдо бўлади. Қон кетиш манбалари: қовурғалараро қон томирлари, жароҳатланган ўпка, йиртилган чандиқлар, йирик қон томирлар ва юрак жароҳатлари бўлиши мумкин.

Касалликнинг 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 акс этади. Рентгенограммада ўзгаришлар деярли кўринмайди.

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

Катта гемоторакс - плеврал бўшлиғида 1000 мл дан кўпроқ қон йиғилиши, рентгентасвирда ўпканинг шу тарафи (гемоторакс ҳисобига) тўлиқ қоронғилашган, 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 шошилишч торакотомия ўтказиш талаб этилади. Кичик гемотораксда - плевра бўшлиғи пункцияси ўтказилиб, йиғилган қон алоҳида тадбирлар билан аспирация килиниб, аўтогемотрансфузия (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 чизиғи бўйлаб VI қовурғалар орасидан дренажланади, ўпка тўқимаси

жароҳатланганда эса, ўрта ўмров чизиғи буйлаб II қовурғалар орасидан дренажланиб, узлуксиз актив аспирацияга уланади. Муолажа: йўқотилган қон ўрнини тўлдиришга қаратилган бўлиб, шокка қарши қўлланиладиган чора-тадбирларни 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 шошилиш «типик» олдинги-ён томонлама торакотомия қилиниб, кўкрак қафаси аъзолари тафтиш (ревизия) қилинади 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 чизиғи бўйича VI қовурғалар орасидан, жароҳат бўлганда эса ўрта ўмров чизиғи буйлаб II қовурғалар орасидан дренажланиши керак бўлади. Диафрагма жароҳати аниқланганда лапаротомия ва қорин бўшлиғи аъзолари тафтиши ўтказилиши керак.

ҚОРИННИНГ ЁПИҚ ВА ОЧИҚШИКАСТЛАНИШЛАРИ

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

II. Машғулотнинг вазифалари:

Темани ўргангунча таълим олувчи қўйидагиларни 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 қўйидагиларни билиши ва қилиши лозим:

- Қориннинг ёпиқ травмаси ва шикастланишлари билан беморларнитекшириш алгоритминини тузиш.

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

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

- Қориннинг ёпиқ травмаси ва шикастланишларида даволаштактикасини аниқлаш.

Теманинг мазмун моҳияти.

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 коди10:

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

536 Қорин бўшлиғи аъзолари травмаси 537 Тос аъзолари травмаси

538 Қорин пастки қисми, орқанинг пастки қисми ва тоснинг мажақланиши ва травматик ампутацияси

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

КЛИНИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Умум маъқул яхлит классификацияни яратишга уринишлар ўзини оқламаган. Таклиф этилган шунга ўхшаш классификациялар эса кундалик амалий қўллаш учун жуда қўпол ва ноқўлайлик келтирган.

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

Шикастлантирувчи агентнинг характери бўйича классификацияси:

- механик травма - механик энергия таъсири натижасида вужудга келади. Асосан айнан механик травма натижасида шикастланган беморлар хирурглар фаолиятининг диққатида

бўлади (ҳар хил турдаги жароҳатлар, автомобилдан авария туфайли олинган травмалар, юқоридан йиқилганлар ва б.);

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

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

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

- нурли травма - нурли энергия таъсирида ҳосил бўлади;
- комбинациялашган травма - икки ва ундан ортиқ энергияни бирикиши натижасида инсон организмига шикастланиш етказилиши.

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

Травмани тарқалганлиги бўйича классификацияси (масштаблиги):

- қориннинг изоляцияланган травмаси - агарда жабрланганда қорин травмасидан бошқа шикастланишлар бўлмаса. Бу вақтда ўлим 5-20% ташкил этади. Битта ва кўп миқдоридидаги травма (кўплаб санчиб кесилган жароҳатлар) тафовут қилинади;

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

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

Шикастланишларни характери бўйича классификацияси:

Қориннинг барча шикастланишлари икки катта гуруҳга бўлинади: ёпиқ (қориннинг қисқариши травмаси) ва очиқ (қорин травмаси).

Ёпиқ травма (қориннинг қисқариши травмаси):

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

Қорин ёпиқ травмаси қоринга предмет билан урилганда, қоринни 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 шикасталаниши билан;

- *паренхиматоз аъзоларни шикастланиши билан;*
- *қорин парда орти бўшлиғини шикастланиши билан:*
- *ковак аъзоларни шикасталаниши билан;*
- *паренхиматоз аъзоларни шикастланиши билан;*
- *қон томирлар 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 суяклари ва умуртқа поғонасини шикастланиши натижасида қорин парда орти гематомаси вужудга келади.

Очиқ травма (қорин жароҳати):

Очиқ травмани абсолют белгиси жароҳатнинг мавжудлигидир. Очиқ шикастланишлар совуқ, ўқ отар қуроллар ва иккиламчи снарядлар билан етказилади. Барча қорин травмаларнинг 20 дан 45% гача улуши очиқ 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 қаттиқ зарб ейиш натижасида вужудга келади.

- суқилган жароҳатлар - уч қисми ўткир бўлган асбобни танага тиралган пайти терига кириб, юмшок тўқималарни

икки томонга сурадиган таъсири натижасида содир бўлади. Теридаги ўлчами кичик бўлсада жароҳат каналини анчагина чуқурлиги билан характерланади.

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

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

- тишланган ва арчилган жароҳатлар - уй шароитида, кўпинча модага айланган уришқоқ зотли итларни ҳамда катта мушук вакиллари (пантера, ягуар, йўлбарс, шерлар) боқиш билан боғлиқ ҳолда учрайди. Агарда жароҳат қорин олдинги деворида жойлашган бўлса қорин олдинги деворида анчагина катта дефект ва ички аъзолар ўрнини қоплаб 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 ифлосланган 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 миқдорлиги, 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 томирлар 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.

ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ

Лаборатор текширишлар:

Қон умумий таҳлилида қон кетишда энг аҳамиятлилиги 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 кўрсатгичи меъёрида бўлиши мумкин. Буйрак травмасида сийдик умумий таҳлилида гематурия, меъда ости беши шикастланишида амилазурия кузатилади. Қоннинг биохимик таҳлили абдоминал травмада специфик эмас.

Инструментал текширишлар:

Инструментал ноинвазив диагностик энг оддий усул бу ошқозонга зонд ўрнатиш ва сийдик қопини катетиризация қилишдир.

Ультратовушли диагностикада қорин бўшлиғида эркин суюқликни мавжудлигини, паренхиматоз аъзолар ёрилишини (талоқ, жигар, буйраклар, ошқозон ости беши), қорин парда орти гематомасини аниқлаш мумкин. Айрим ҳолларда эркин газни ҳам аниқлаш мумкин.

Фиброгастроуденоскопияда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак шикастланганлигини аниқлаши мумкин. Текшириш жарёнида ошқозонни пуфлаб шиширишни имкони бўлмаслиги ёки қоринда тўсатдан оғриқни 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 ҳаракатини, 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 (фақат 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 ҳарактери, жойлашуви 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 *кўтарилувчи 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 қопага катетер қўйилиб суюқлик юборилади, юборилган суюқликдан кўпроқ миқдорида сийдикни ажралиб чиқиши сийдик қопини қорин парда ичи қисмини ёрилганлигидан дарак беради (Зельдович пробасини мусбат феномини). Агарда сийдик қопага 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 *экскретор урография* бажарилади. Бу вақтда вена ичига 60-80 мл урографин юборилади ва схема бўйича қорин бўшлиғи суратга

туширилади. Артериал қон босими 90/60 симоб устунидан паст бўлганда экскретор урография вақти етарлича маълумот олиб бўлмайди.

Жароҳатни қорин бўшлиғига тешиб кирилганлигига шубҳа қилинганда жароҳат каналини текшириш мақсадида *вульнерография* усулини қўллаш мумкин. Бу вақтда маҳаллий оғриқсизлантириш 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 кирувчи бўлса контраст қорин бўшлиғига оқиб киради.

Йирик даволаш муассасаларида паренхиматоз аъзоларни шикастланганлигини инкор этиш мақсадида шошилиш *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* киради.

Лапароцентез ички аъзолар шикастланиши клиник картинаси ноаниқ бўлиб инкор этиб бўлмайдиган ҳолатларда бажарилади, айниқса краниоцеребрал травма ва алкоғолдан кучли мастлик ҳолатларида. Лапароцентез ва «қидирадиган» катетер усули қуйидагича бажарилади. Маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўрта линия бўйича киндикдан пастдан кундаланг йўналишда тери 0,5-1 см кесилади.

Теридаги жароҳатнинг юқориги 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. Стиллет суғириб 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 учқисмидан 3-4мм гача бир нечта тешик қилинган қон қўйиш учун системанинг трубкаси киритилади.

Катетер жигар, талоқ, чап ёнбош канал, кичик чаноқ бўшлиғи, ўнг ёнбош канал қараб йўналтирилади. Агарда ушбу манипуляцияда ҳеч нарса олинмаса, у ҳолда перитонеал лаваж бажарилади. Бунинг учун қорин бўшлиғига 1 л изотоник эритма юборилади ва унинг қайтиб чиқиши бўйича визуал баҳо берилади. Динамик кузатув мақсадида қорин бўшлиғида дренаж колдирилади ва 4-6 соатдан сўнг кайта лаваж ўтказилади.

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

Методика қўйидагидан иборат. Киндикдан юқоридан ёки худди лапароцентездагидек, Вереш игнаси ёрдамида пневмоперитонеум ҳосил қилинади (10-12 мм сим. уст. босимда), D10 троакор киритилади. Стиллет чиқариб олингач лапароскоп киритилади ва қорин бўшлиғидаги суюқликка, қорин парда реакциясига, ингичка ичак қовузлоқлари ҳолатига баҳо берилади. Қорин бўшлиғи кўриб бўлингач

видеолапароскопик манипуляцияни давом эттириш мақсадга мувофиқлиги ёки лапаротомияга ўтиш ҳал этилади. Конверсияга ўтишга кўрсатма бўлмаса қўшимча D5 троакорлар киритилади.

Троакорларни оптимал жойлашиш схемаси

Лапароскопия.

Қорин бўшлиғи аъзоларини ревизия қилиш париетал қорин парда жароҳатини (қоринни очиқ жароҳатида) ва жароҳатга яқин турган қорин бўшлиғи аъзоларини кўришдан бошланади. Кейин бирин кетин жигар, талоқ, ошқозон, ингичка ичакнинг барча қисми, кундаланг чамбар ичак, қорин парда орти гематомасини мавжудлиги, жойлашуви, ҳажмига баҳо берилади. Ошқозонни кўриш кардиядан 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 ҳисобланади. Шубҳа пайдо бўлганда ФЭГДС қилиш мумкин ёки ошқозонга назогастрал зонд орқали бўёк (метил кўки) юбориш мумкин.

Ингичка ичакни ревизия қилиш усули.

Эндоқисқич орқали ичакни ушлаб олиш усули.

Ингичка ичакни ревизия қилиш илеоцекал бурчакдан бошланади, чунки видеолапароскопия 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 шуни ўзи кўр ичак гумбази билан ёнбош ичакни бошланишини кўриш учун етарли бўлади. Ингичка ичак ушлаш юзаси кенг бўлган юмшок иккита қисқичлар ёрдамида (ичак деворига шикаст етказиш эҳтимолини камайтириш учун) кетма-кетликда чўзилади ва барча томонлари қийшиқ оптика

ёрдамида кўздан кечиради. Сўнгра кўтарилувчи ичак ва кундаланг чамбар ичакни олдинги қисми, катта чарви юқорига олингач кундаланг чамбар ичакни орқа қисмини кўришга имконият туғилади. Чамбар ичакнинг чап эгик жойи талоқнинг пастки қирраси билан боғланганлиги ва тракция қилишни иложи йўқлиги (талоқни травмаси юзага келиши мумкин) сабабли уни ревизия қилиш мураккаб. Шунини таъкидлаш лозимки, ҳаттоки «очиқ» операция вақти ҳам чамбар ичакнинг чап эгик жойи ревизияси муайян қийинчилик туғдиради. Чамбар ичакни кўриш унинг пастга тушувчи ва сигмасимон ичакни кўриш билан яқунланади. Албатта, (ҳаттоки шикастланиш бўлмасада) қорин бўшлиғи ревизиядан сўнг дренажланиши шарт: кичик чаноқ бўшлиғи, очиқ травмаларда кўшимча 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 бўшлиқли №6 силикон трубкалар ишлатилганлиги мақсадга мувофиқ. Агарда қорин бўшлиғи аъзолари шикастлаганлиги аниқланса у ҳолда кўшимча равишда лозим соҳалар ҳам дренажланади (жигар ва чап диафрагма остисоҳалари).

Диагностик (пробали, эксплоратив) лапаротомия энг маълумотли ҳисобланади, аммо бир вақтда энг травматик усул ҳам ҳисобланади, шунинг учун ҳам бу усул, қачонким бошқа бирор текшириш усули орқали диагноз аниқлашни иложи бўлмаган тақдирдагина қўлланилиши лозим.

ҚОРИН ДЕВОРИНИ ШИКАСТЛАНИШИ

Қорин олдинги деворини очиқ ва ёпиқ шикастланишлари тафовут қилинади. Жароҳатларнинг барча турлари юқорида келтирилган эди. Ёпиқ шикастланишлар 30% гачани ташкил

қилади ва кўпинча тўғридан тўғри зарба бериш, қорин мушакларини тўсатдан пресси ҳамда оғир юкларни кўтариш натижасида вужудга келади. Қорин олдинги деворини лат ейиши, гематомалари, 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 пайлариниулаш билан чегараланган қобиғини 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 оғриқ, 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 оғриқлар камаяди, аммо тана ҳолати ўзгартирилса оғриқлар яна зўрайиши мумкин. Агарда мушакларнинг узилиши кенгроқ 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. Кичикроқ 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 режализиравийда операция қилинади.

ЖИГАР ВА БИЛИАР ТРАКТНИ ШИКАСТЛАНИШИ

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

Жигарнинг очиқ ва ёпиқ шикастланишлари, албатта хирургик йўл орқали даволанади. Операцияга кўрсатма қорин бўшлиғида давом этувчи қон кетиш ёки 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, ammo пациент касаллик динамикасида кузатилиши лозим. Жигар травмасида операция 3 мақсадни кўзлаб қилинади: жигарга яхши ва бемалол кириш йўлини танлаш, қонни тўхтатиш билан биргаликда жароҳатга тўлиқ ишлов бериш ва асоратлар профилактикаси, масалан, кечки қайта қон кетиш ва ўт оқиши натижасида перитонит ривожланишларини олдини олиш. Оператив аралашув усули жигар шикастланишининг характери, ҳажми ва жароҳатнинг жойлашувига боғлиқ ҳолда танланади. Кичик чўзинчоқ (линейли) ёрилишларда гемостаз учун қон томирлар ва ўт йўлларида нисбатан кундаланг йўналишда П-симон чоклар қўлланилади. Уларни қўйиш учун атравматик игнали № 4 кетгутларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Игнани жароҳат қирғоғидан 1,5-2 см узоқликда киритиш лозим. Ип жароҳатнинг остидан қарама қарши томонга ўтказилади.

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

Шикаст ланиш даражаси	Шикаст ланиш тури	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкаласи бўйича баллар
I	Гематома	Капсула ости гематомаси 10%дан кам юзасида	2
	Жароҳат	Капсулани 1 см гача бўлган ёриғи	2
II	Гематома	Капсула ости гематомаси 10-50%гача юзасида, аъзоичи гематомаси 2 см дан кичик бўлган	2
	Жароҳат	диаметрда. Капсулани 1-3 см гача бўлган чуқурликдаги ёриғи, узунлиги 10смгача	2
III	Гематома	Капсула ости гематомаси 50% дан кўп юзасида	3
	Жароҳат	ёки аъзоичи гематомаси, жигаричи гематомаси 2 см дан ортиқ диаметрда ёки катталашиб борувчи Чуқурлиги 3 смгача ёрилиш	3
IV	Жароҳат	Жигар бўлагини 25-75% паренхимасини ёки 1-3 сегментларини бир бўлак доирасида ёрилиши	4
V	Жароҳат. Қон томирлар жароҳати	Жигар бўлагини 75%дан ортиқ паренхимасини ёки 3 дан ортиқ сегментларини бир бўлак доирасида ёрилиши	5
		Жигар ёнидаги веналарни шикастланиши	5
VI	Қон томирлар жароҳати	Жигарнинг узилиши	6

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. Қон 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 5. Жигар чап бўлагини тешиб ўтувчи жароҳати.



Расм 6. Жигар жароҳати тикилган, тўлиқ гемостаз.

Гемостатик чокларни кесилиб кетилиши кузатилса уларнинг остига синтетик сурилиб кетувчи плёнкалар ёки париетал қорин 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.

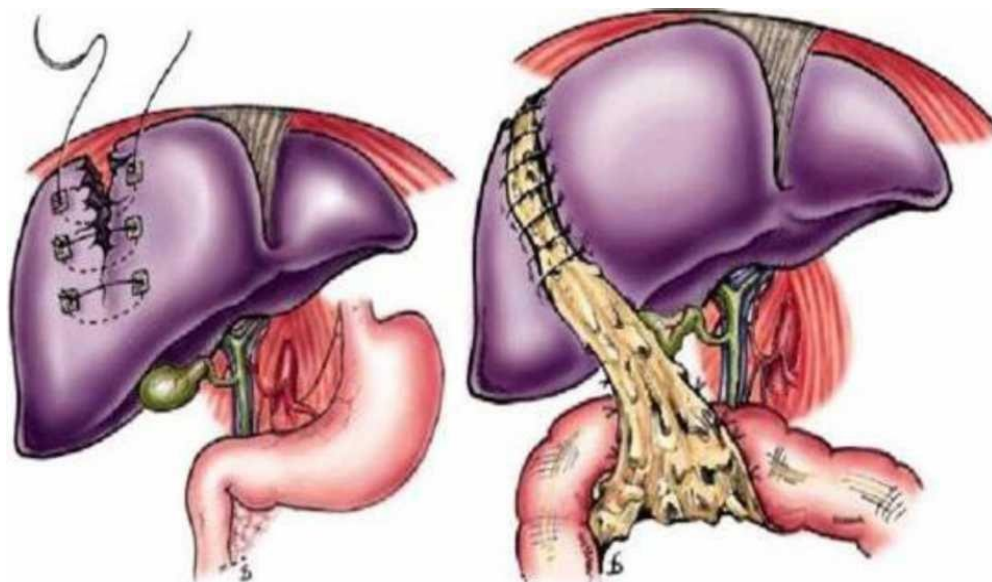


Расм 7. Жигар ўнг бўлагини тешиб ўтувчи жароҳати.

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

Бунақа гепатопексия жигарнинг диафрагмал ва пастки дорсал юзаларини ёрилишларида ҳам қўл келади. Операция жигарни юмалоқ 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 тирқишли бўшлиқ пайдо бўлади, шу сабаб чоклар линиясига диафрагма ва жигар ости бўшлиқларига икки бўшлиқни дренажлар жароҳатдан ажраладиган суюқликларни чиқиши учун қўйилади.



Расм 8. Жигардаги жароҳатни тикишда синтетик плёнкаларни қўллаш вақатта чарви бир қисмидан фойдаланиш орқали жароҳатни тикиш.

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 рангни пайдо бўлиши қон билан таъминланиши бузилганлигидан ва лозим сегментини олиб ташлашдан дарак беради. Жигар

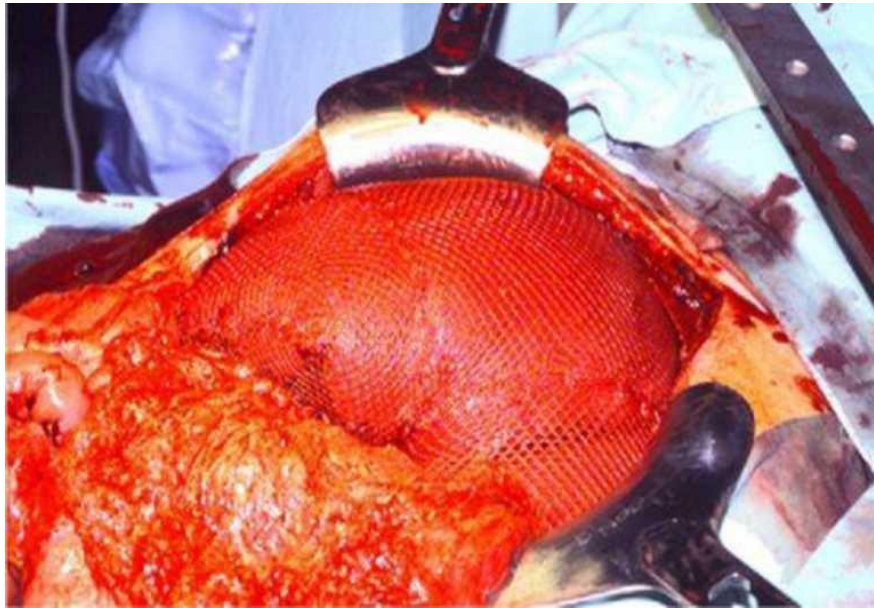
паренхимасини кенг кўламли бўлакчи фрагмент кўринишидаги ёрилишлари бир бири билан фақатгина қон томир ва секретор оёқчалари билан тўташиб турган пайти бу фрагментларни қон томир ва ўт йўллари алоҳида алоҳида боғлаб олиб ташлаш қийинчилик туғдирмайди. Жигарнинг жароҳатланган юзаси катта чарвининг бир бўлаги билан ёпилади ва жигар капсуласига алоҳида чоклар ёрдамида фиксация қилинади.

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 тортилиб 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.



Расм 9. Жигарни титилиб йиртилган жароҳати.



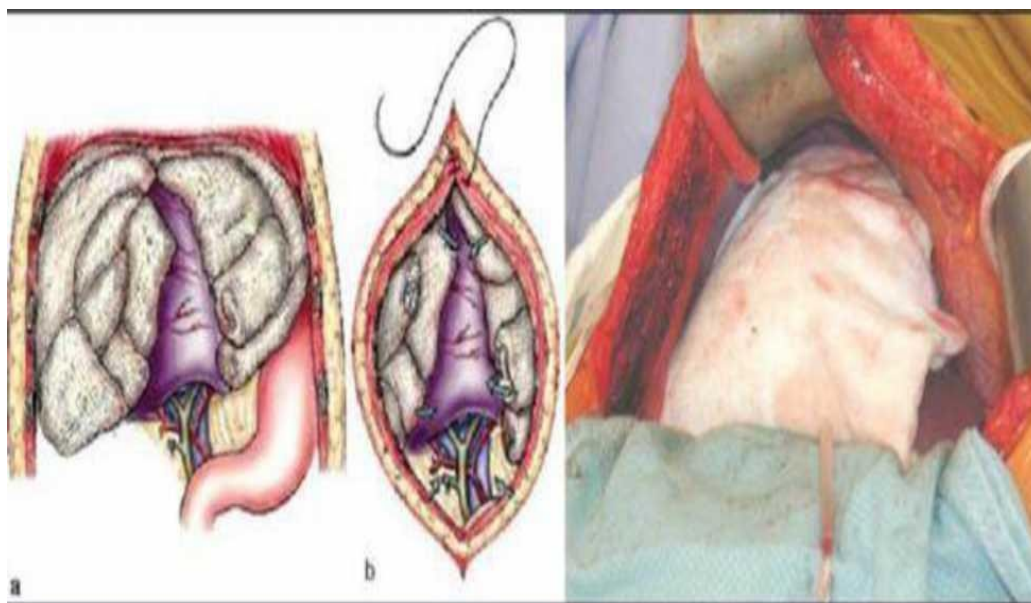
Расм 10. Жигарни титилиб йиртилган жароҳатларида гемостаздан сўнгполипропилен сетка билан ураш.

Шуни ёдда тутиш лозимки, бу операцияларни бажаришда ўлим анча юқори бўлади (60-80 %гача). Ушбу пациентларда ўтган асрнинг 90-чи йилларидан чет эл адабиётларида келтирилган босқичли тактика "damage control" қўлланилган. Мос равишда унга асосан биринчи босқич зудлик билан оператив аралашув қон тўхтатиш ва қорин бўшлиғини санация қилиш мақсадини ўз ичига олган. Гемостаз жигарни зич қилиб тампонлаш ёки уни пакетлаш (ўраш) ва қорин бўшлиғини ёпиш билан тугатилган.

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.

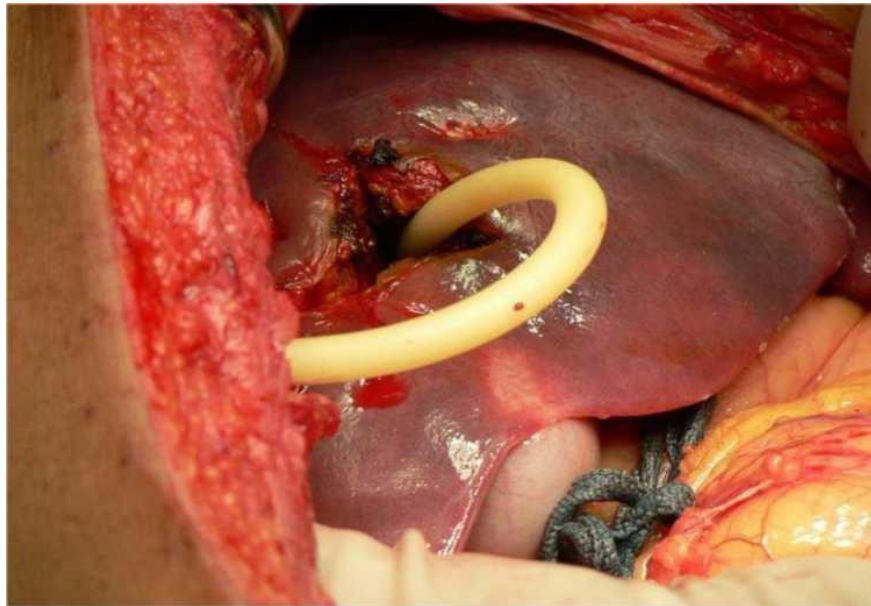


Расм 11. Жигарни тампонада қилиш.



Расм 12. Жигарни тампонадасини КТ кўриниши.

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 чиқарилиб 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 силиқон трубкалар билан дренажланади ва албатта жигар ташқи ўт йўллари умумий ўт йўлида декомпрессия мақсадида Кер бўйича ёки хеч бўлмаганда холецистостомия бажарилиши лозим. Операциядан сўнги даврда шокга қарши даво муолажалари давом эттирилади, қон компонентлари ва қон ўрнини босувчи суюқликлар, антибактериал терапиялар ўтказилади. Жигарнинг оғир формадаги шикастланишлари, одатда жигар ичи ва ташқи ўт йўллариининг шикастланиши билан кузатилади (2 жадвал).

2 жадвал

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

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкаласи бўйича баллар
I	Ўт ҳалта контузияси (гематома), портал триадасинилат ейиши	2
II	Ўт халтани ётоғидан қисман узилиши <i>d Cysticusnu</i> шикастланишисиз.	2
	Ўт халтани ёрилиши ва узилиши	2
III	Ўт халтани бутунлай узилиши.	3
	<i>d. cysticus</i> ни узилиши	3
IV	Қисман ёки бутунлай ўнг ва чап жигар йўллари узилиши	3
	Жигар ва ўт ҳалта йўлини қисман узилиши (периметрияси бўйича 50% дан кам)	3
V	Жигар ва ўт халта йўлини узилиши (периметрияси бўйича 50% дан юқори)	3-4
	Шикастланиши	3-4
	Билиар трактини интрадуоденал ва интрапанкреатик қисмларини шикастланиши	3-4

Ўт ҳалтанинг кичик жароҳатлари тикилади. Кенг жароҳатлари ҳамда қонкрементларнинг мавжудлиги холецистэктомияга кўрсатма ҳисобланади. Жигар ташқи ўт йўллари жароҳатлари атравматик игнада тикилади ва холедохни ташқи дренажлаш бажарилади.

Жигар ичи ўт йўллари шикастланганда ўт йиғилиши натижасида жигар ичи ва ташқарисида суюқлик йиғилгани каби тўпланади. Ҳозирги адабиётлар- да травмадан сўнг жигар ичи ва ташқарисида йиғилган суюқликни “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 шикоят билдирмайди. Билом, билиогематомалар йиринглаганда юқори иситмава қалтираш пайдо бўлади. Илгари, албатта, замонавий текшириш усулларини йўқлиги сабабли жигар ичида пайдо бўлган суюқликларини аниқлаш анча мушкул бўлган ва кам миқдорида 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, энбилиар стентлаш, ретроград панкреатохолангио-графия кабилар ривожланди.

Миниинвазив усуллар самара бермаган вақтда «очиқ» 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.

ТАЛОҚНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Қорин травмаси билан 20-30% шикастланганларда талоқнинг шикастланиши (3 жадвал) учрайди. Талоқнинг ёпиқ травмаси тўғридан тўғри зарба бериш, қисилиш ва аъзони тўсатдан жойидан кучишида вужудга келади. Талоқни жароҳати синган қовурғаларнинг таъсири натижасида ҳам ривожланиши мумкин.

Вақт бўйича талоқни бирмоментли ва иккимоментли ёрилиши тафовут қилинади. Кўпинча талоқни бирмоментли ёрилиши учрайди (85% гача).

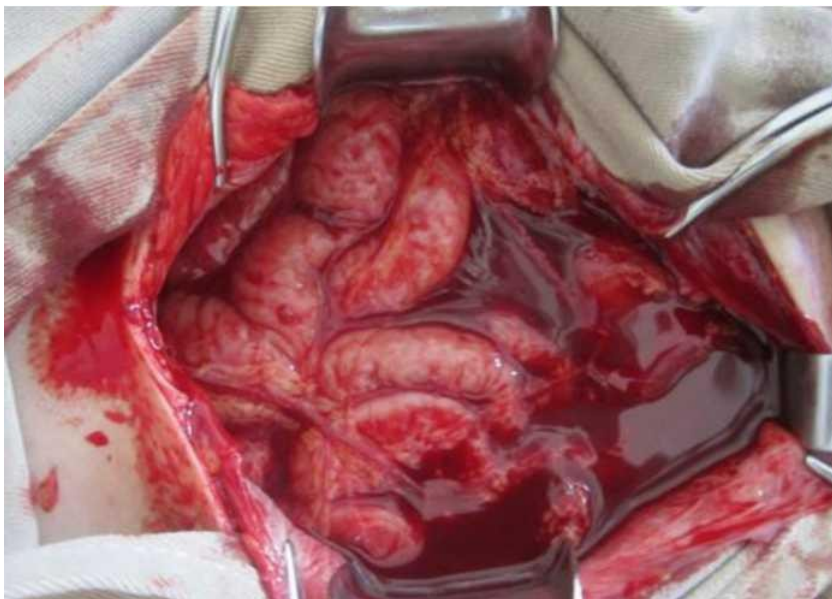
Иккимоментли ёрилиши (капсулаости гематомани ёрилиши) одатда 3-7суткада рўй беради.

Агарда қоринни кирувчи жароҳатларида талоқни даволаш фақат операция орқали амалга оширилса, ёпиқ травмаларида эса айрим ҳолларда беморлар консерватив усулда орқали ҳам даволанади.

3 жадвал

Талоқнинг шикастланиш шкаласи (Е. Moore et al., бўйича 1994)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш тури	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкаласи бўйича баллар
I	Гематома	Капсула ости гематомаси 10%дан кам юзасида	2
II	Гематома Жароҳат	Капсула ости гематомаси 10-50%гача юзасида, аъзоици гематомаси 5 смдан кичик бўлган диаметрда	2
		Капсулани 1-3 смгача бўлган чуқурликдаги ёриғи, трабекуляр қон томирларни шикастланишисиз	2
III	Гематома Жароҳат	Капсула ости ёки ўсиб борувчи, аъзони 50% дан ортиқ юзасини эгаллаган гематома. Капсулаости ёрилиши ёки аъзо ичида жойлашган гематома диаметри 5 смдан ортиқ	3 3
IV	Жароҳат	Талоқни 25% сегментар қон томирларни ёрилиши, шикастланиши билан ва деваскулири-зацияси	4
V	Жароҳат. Қон томирлар жароҳати	Аъзони бутунлай эзилиши. Талоқ дарвозасини қон билан таъминланишини бузилиши билан шикастланиши	5
			5



Расм 14. Талоқ травмаси.

Талоқ шикастланишида консерватив даволаш ўтказиш критериялари: бу уни КТ ва УТТ кўрсатмалари асосида тасдиқланганлиги, минимал инфузион терапиядан сўнг стабил гемодинамика, қорин бўшлиғининг бошқа аъзоларида шикастланиш йўқлиги ва беморнинг ҳушини бузилмаганлиги ҳамда беморёшини 55 ёшдан юқори бўлмаслигидир. Талоқдаги кичик жароҳатлар коагуляция қилинади. Талоқ жароҳатини тикиш кўпинча қон кетишни янада кучайишига сабаб бўлади.



Расм 15. Талоқни ёрилиши.

Талоқ 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 (талоқни эзилиши, уни қон томир оёкчасидан узилиши);
2. Реконструктив операцияни бажариш учун бемор ҳолатининг оғирлигисабабли имкониятни чекланганлиги;
3. Гемостазни ишончсизлиги сабабли реконструкциясини имконийўқлиги.

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

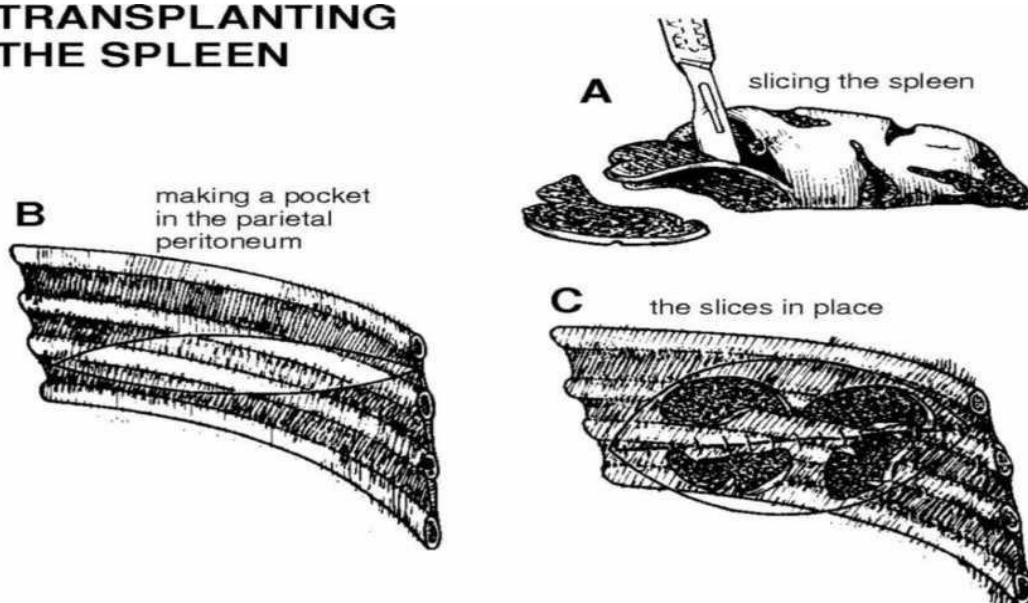


Расм 16. Спленэктомия - макропрепарат.

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. Талоқ шикастланишида ўлим 15-25% ни ташкил қилади.

TRANSPLANTING THE SPLEEN



Расм 17. Аутоспленоимплантацияни бир тури.

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИНИ ШИКАСТЛАНИШИ

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

Безнинг юзаки жароҳатлари атравматик игна ёрдамида тикилади. Тана ва дум қисмининг эзилиши безни чап томонлама резекция қилишга кўрсатма ҳисобланади. Бош қисмининг кенг травмасида ўт йўллари декомпрессияси бажарилади (холецистостомия). Панкреатодуоденал резекция бажарилмайди, касалликни оқибати ёмонлашади ва ўлим ошади. Ошқозон ости безининг барча жароҳатларида кичик чарви ҳалтаси ва қорин бўшлиғи дренажланади, кенг кўламли травмаларида эса кичик чарви ҳалтаси марсупиализацияси бажарилади. Операциядан сўнгги даврдаги муолажалар худди деструктив панкреатитни даволашдек даволаш тадбирларидан

фарқ килмайди. Ошқозон ости безининг очик шикастланишларида ўлим 25%, ёпиқ шикастланишларида эса 5-60% ни ташкил этади. Ошқозон ости беши ва ўн икки бармоқ ичакнинг қўшма шикастланишлари 60-80% ҳолатларда ўлим сабаби бўлади.

4 жадвал

Ошқозон ости беши шикастланиши шкаласи (Е. Moore et al., бўйича 1990)

Шикаст ланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	AIS шкаласи бўйича баллар
I	Юзаки лат ейиши ёки йўллари шикастланишсиз юзакилат ейиши	2
II	Кўпрок лат ейиши ёки йўллари шикастланишсиз ёкитўқимасини узилиши сиз ёрилиши	3
III	Дистал қисмини узилиши ёки паренхимасини ёрилиши йўллари шикастланиши билан	4
IV	Проксимал ёрилиши ёки паренхимасини ёрилиши дуоденал сўрғич ампуласини шикастланиши билан	5
V	Массив эзилиши бош қисмини шикастланиши билан	6

ОШҚОЗОН ШИКАСТЛАНИШИ

Ошқозонни ёпиқ 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 ейиш/гематома. Деворини нотўлиқ ёрилиши	2 2
II даража	Қизилўнгач-ошқозон ўтиш жойи ёки привратникни 2 смдан кам ёрилиши	3
	Ошқозон юқори учлигини 5 смдан кам ёрилиши	3
	Дистал 2/3 қисмини 10смдан кам ёрилиши	3
III даража	Қизилўнгач-ошқозон ўтиш жойи ёки привратникни 2 смдан кам ёрилиши	3
	Ошқозон юқори учлигини 5 смдан ортиқ ёрилиши	3
	Дистал 2/3 қисмини 10 см дан ортиқ ёрилиши	3
IV даража	Ошқозон 2/3 қисмидан кам тўқимасини дефекти ёки деваскуляризацияси	4
V даража	Ошқозон 2/3 қисмидан ортиқ тўқимасини дефекти ёки деваскуляризацияси	4

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, ошқозон ости беши ҳамда ўн икки бармоқ ичак ревизия қилинади. Ҳаётлийлигига шубҳа ўйотган тўқималар кесиб олинади, шиллиқ ости қон томирлари боғланади, шундан сўнг икки қаторли чок қўйилади. Ёрилишларда жароҳат четлари тежалган равишда кесиб олинади ва яна икки қаторли чоклар ёрдамида тикилади. Кам ҳолларда учрайдиган кенг қўламли ошқозон тўқимасини эзилишида резекция қилишга кўрсатма бўлади. Ошқозонни очиқ шикастланиши ва ёпиқ девори ёрилишисиз травмаларида

ўлим 0,5-3% дан ошмайди, ёпиқ ёрилишларида эса 10-40 % га етади ва перитонитнинг босқичига боғлиқ бўлади.



Расм 18. Ошқозон пилорик қисми жароҳати.

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ

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

Ичакни қорин парда ичи қисми шикастланганда жароҳат икки қаторли чоклар ёрдамида тикилади, шу соҳа

дренажланади ва назодуоденал интубация қилинади. Тикишни иложи бўлмаган ҳолатларда эса резекция қилиниб ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи тикилади, калта гастроеюностомия ёки Ру бўйича ҳалкани ёпиш бажарилади.

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 гематомаси	2
	Деворини нотўлиқ ёрилиши	3
II даража	Ичак битта шохидан кўпроқ қисми гематомаси. Периметрасини 50% дан кам қисмини ёрилиши	2 4
	Тушувчи қисми периметрасини 50 - 75% қисмини ёрилиши Юқори, горизонтал, чиқувчи қисмлари периметрасини 50-100% ёрилиши	4 4
IV даража	Тушувчи қисмини 75% периметрасини ёрилиши	5 5
	Катта дуоденал сўрғич ампуласи ва холедохнинг шикастланиши билан	
V даража	Панкреатодуоденал комплексни массив ёрилиши	5

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, илвираган 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 чарвини бир қисми билан ураб қўйиш мумкин. Лозим топилган ҳолатларда озиқлантириш мақсадида Майдл бўйича еюностома қўйилади. Кенг кўламли шикастланишларда ўн икки бармоқ ичакни овқат пассажидан узиб қўйиш

лозим. Ичак ошқозондан кесиб олинади, иккала чўлтоқ ва ичакни жароҳати тикилади, ошқозон оч ичак билан Ру бўйича ҳалкани ёпиш орқали анастомоз қўйилади. Агарда ичак девори дефектини тикишни иложи бўлмаса, унда шу ҳажмда операция ўтказилади ва ўн икки бармоқ ичак ичига трубка фиксация қилиниб дуоденостома ва холецистостома бажарилади. Бу вақтда шикастланган соҳа катта чарви билан ураб олинади ва қорин бўшлиғидан астойдил марлили тампонлар ёрдамида изоляция қилинади. Тампонлар ва дуоденостомик трубка ўнг қовурға соҳасидан қилинган контрапертура орқали чиқарилади. Қорин парда орти соҳасини дренажлаш албатта люмботом кесим орқали бажарилиши шарт. Ўн икки бармоқ ичак шикастланишларида ўлим 50-80% гача етади.

ИНГИЧКА ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ

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

Ингичка ичакни очиқ шикастланишида жароҳатлари одатда кўп бўлади ва ёпиқда эса кам, битта-иккита. Ёнбош ичак

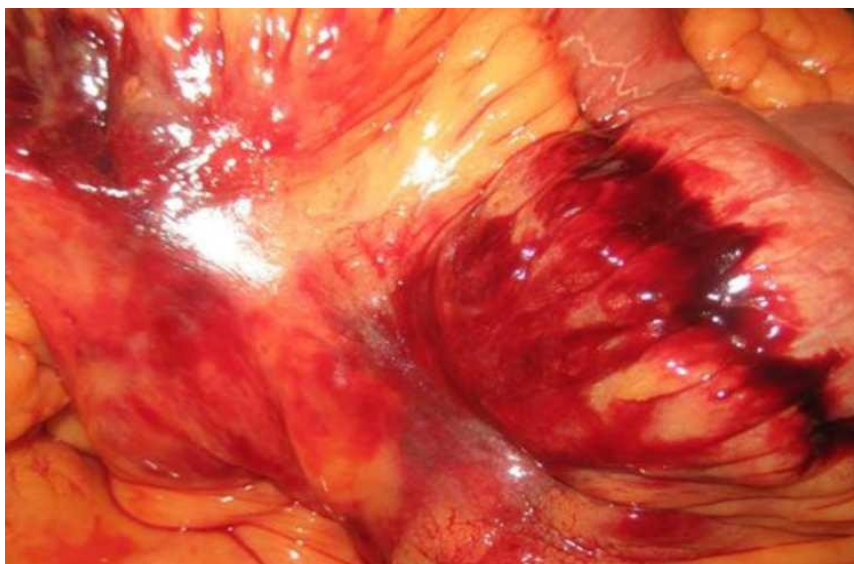
оч ичакга нисбатан кўп шикастланади. Ингичка ичакнинг кўплаб шикастланишлари 10% ҳолатларда учрайди. Ингичка ичакни шикастланишида қорин бўшлиғидаги битишмалар ҳам ўрни мавжуд.

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

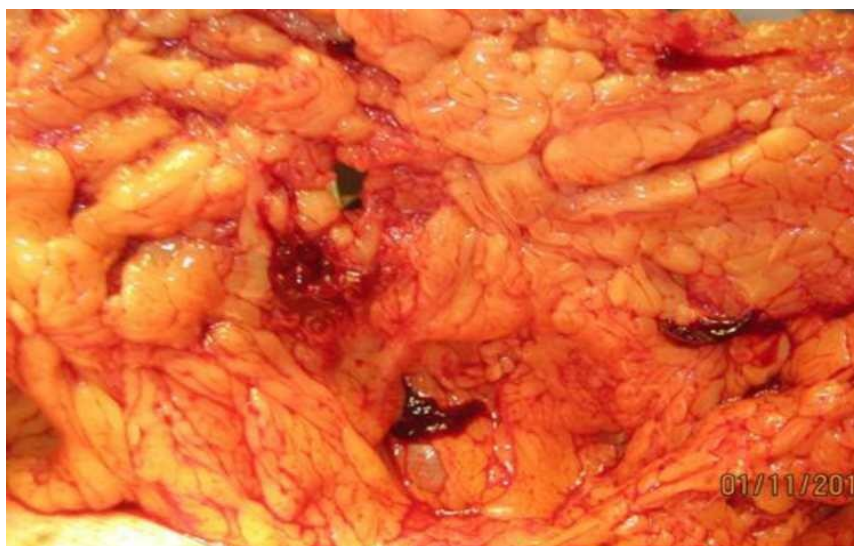
7 жадвал

Ингичка ичак шикастланишини шкаласи (Е. Мооге et al., бўйича 1990)

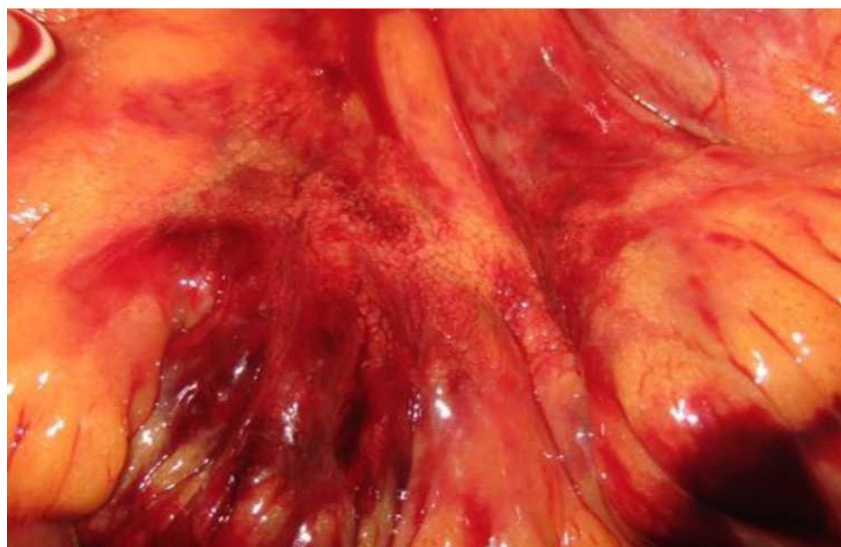
Шикастланиш Даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АКшкаласи бўйича баллар
I даража	Қон билан таъминланишига таъсир	2
	этмайдинан гематома ва контузия	
	Деворини нотўлиқ ёрилиши	2
II даража	Периметриясини 50% ёрилиши	3
III даража	Ичакни узилишисиз периметриясини 50%ёрилиши	3
IV даража	Ингичка ичакни узилиши	4
V даража	Узилган ичак сегментини деваскуляризацияси билан	4



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 тутқичидан тотал узилиши.

Агарда ичак тутқичи ичак деворидан 5 см масофада узилган бўлибузил-ган соҳани ҳаётйилигига гумон бўлса, унда ичак резекция қилиниб учма-уч анастомоз шакллантиришга кўрсатма бўлади. Ичакни резекция қилиш бир бирига 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.

ЙЎҒОН ИЧАК ШИКАСТЛАНИШИ

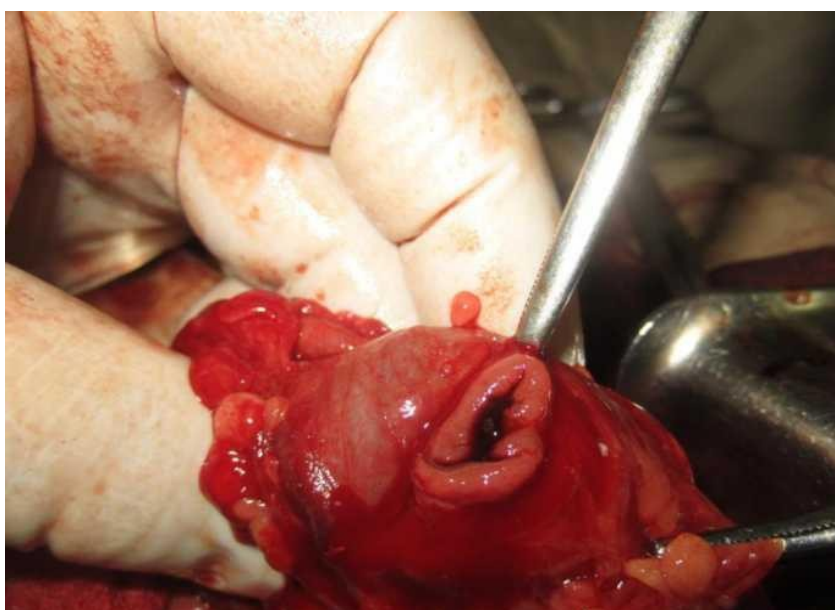
Йўғон ичак шикастланиши 6,2-9,7% ни ташкил этади. Йўғон ичак (8 жадвал) травмасида очиқ ва ёпиқ, қорин парда ичи ва қорин парда ортишикастланишлари тафовут қилинади.

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

8 жадвал

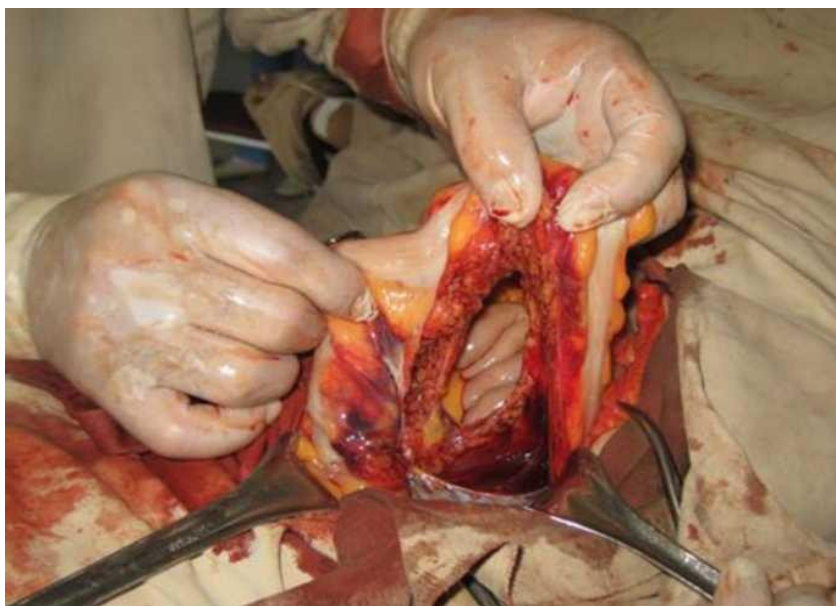
Йўғон ичак шикастланиши шкаласи (E. Moore et al., бўйича 1990)

Шикастланиш даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	АК шкаласи бўйича баллар
I даража	Қон билан таъминланишига таъсир этмайдиган гематома ва контузия 2 Деворини нотўлиқ ёрилиши	2 2
II даража	Периметриясини 50% ёрилиши	3
III даража	Ичакни узилишисиз периметриясини 50% ёрилиши	3
IV даража	Йўғон ичакни узилиши	4
V даража	Узилган ичак сегментини деваскуляризацияси билан	4



Расм 26. Йўғон ичакни кесилган жароҳати.

Кенг кўламли ва кўплаб жароҳатларида ичак мобилизация қилинади вarezекция бажарилади.



Расм 27. Йўғон ичак тутқичини травматик узилиши.

Анастомозни экстраперитонизация ҳам қилиш мумкин (анастомозни тери 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 ифлосланганда йўғон ичакнинг ўнг ярмида қўллаш мумкин. Бошқа ҳолатларда йўғон ичакнинг шикастланган қисми резекция қилинади ва стома шакллантириш билан тугатилади. Гартман типига операцияни қўллаш ҳам мумкин. Шикастланган соҳани 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. Оралиқ томондан параректал соҳа албатта дренажланиши лозим.

Йўғон ичак шикастланишида ўлим 15-40%, тўғри ичакда эса 50-70% ниташкил қилади.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ ВА ҚОРИН ПАРДА ОРТИБЎШЛИҒИ ҚОН ТОМИРЛАРИ ШИКАСТЛАНИШИ

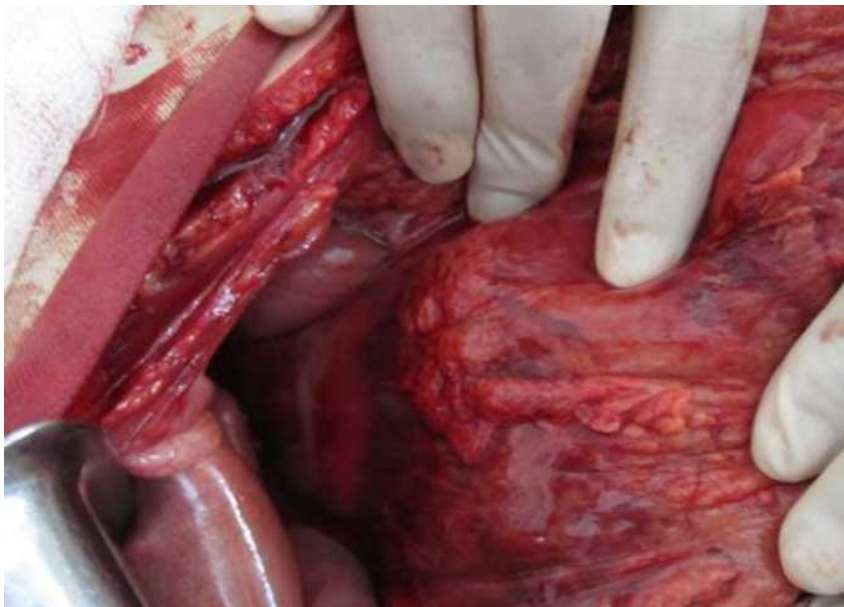
Қорин бўшлиғига қон кетишда манба қорин бўшлиғидаги қон томир ва қорин девори қон томири ҳам бўлиши мумкин (ўткир тихли жисм билан жароҳат етказилганда қоринни тўғри мушаки артериясини кесилиши ва б.қ.). Кўпинча қон кетиш катта чарви қон томирларидан кузатилади. Бу вақтда қон кетиш фатал ҳисобланмайди. 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 ейиши (кичик қон томирларни шикастланиши билан), ёрилиши ва бутунлай узилиши тафовут қилинади.

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

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 қон қўйилиши мумкин. Гематома ҳажмини унинг жойлашиш чегарасини қараб тахминий қуйидагича бўлиш қабул қилинган:

- 500 мл. Гематома кичик чаноқ соҳасида.
- 1000 мл. Гематома ёнбош суяклар қиррасигача.
- 1500 мл. Гематома буйракларнинг пастки қутбигача.

- 2000 мл. Гематома буйрақларнинг юқори пастки қутбигача.
- 3000 мл ва ундан кўпроқ. Гематома қорин парда орти соҳасини эгаллаб диафрагмагача боради.



Расм 28. Қорин парда орти гематомаси.



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

Унчалик таранглашмаган қорин парда орти гематомасини очиш шартэмас.

Шуни эсда тутиш лозимки, кенг қорин парда орти гематомаси ўн икки бармоқ ичак, кўтарилувчи ва тушувчи чамбар ичак, буйракларни шикастланганлигини яшириб туриши мумкин, шунинг учун уни очиш лозим, қонаётган 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 ёпиқ шикастланиш пайти учрайди. Буйракларни лат ейиши одатда консерватив усул орқали даволанади. Буйраклар ёрилишида тўқимани ҳаётлийлигига гумон бўлганда понасимон кўринишда резекция қилинади ва дефект кетгут чоклари ёрдамида тўқимани барча қатлами орқали тикилади. Чокларни кесилиб кетилишини олдини олиш мақсадида катта чарвини бир қисми ёки мушак тўқимаси протектор сифатида ишлатилиши мумкин. Буйрак тўқимасини эзилиб кетганлиги ва қон томир оёқчасидан узилиши нефрэктомия қилишга кўрсатма ҳисобланади. Нефрэктомиядан сўнг париетал қорин парда тикилади ва буйрак атрофи бўшлиғи люмботом кесим орқали дренажланади.

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 кузатилса иложи

борича нефростома қўйилади ва паранефрал соҳа дренажланади. Буйрак травмасини алоҳида учрашида ўлим 15-25%, қўшма травмада эса 40% гача етиши мумкин.

9 жадвал

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

Шикастланиш Даражаси	Шикастланиш ҳажми AIS-90, баллар	AISшкаласи бўйича баллар
I	Лат ейиши, микро- ёки макрогематурия билан. Катталашмайдиган субкапсуляр гематома	2
	паренхима шикастланишисиз	2
II	Катталашмайдиган буйрак атрофи гематомаси.	2
	Ёрилиш 1 смдан кам чуқурликда сийдикни оқиб киришисиз	2
III	Ёрилиш 1 смдан чуқур буйрак жомига бормаган ва сийдикни оқиб киришисиз	3
IV	Ёрилишни буйрак қобиғи, мия моддаси ва жомигача тарқалиши	4
	Буйрак артерия ва веналарини узилиши	4
V	Буйракни эзилиши	5
	Буйракни қон томирлар оёқчасидан узилиши	5

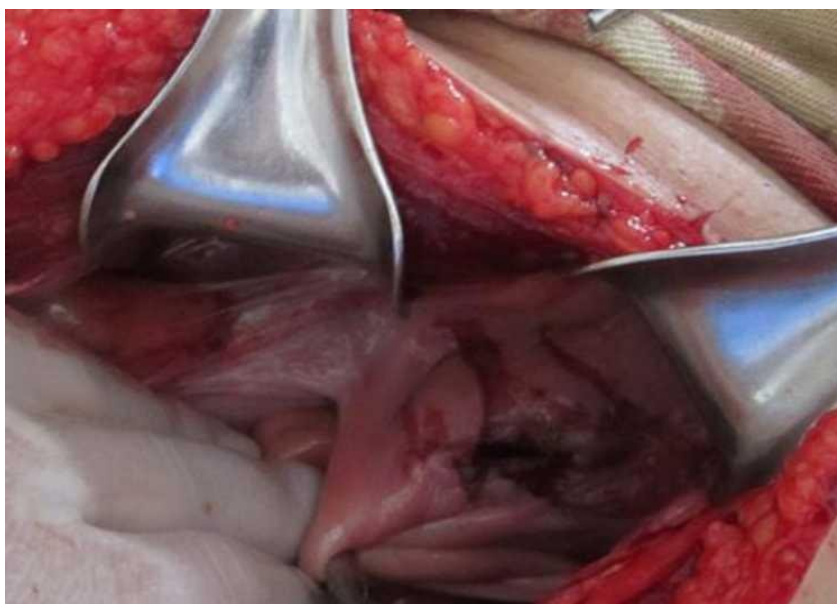
СИЙДИК ҚОПИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Сийдик қопини очик ва ёпиқ, қорин парда ичи ва қорин парда орти шикастланишлари тафовут қилинади. Очик жароҳатлари унчалик кўп учрамайди, асосан ўткир тифли жисм билан жароҳат етказилганда учрайди.

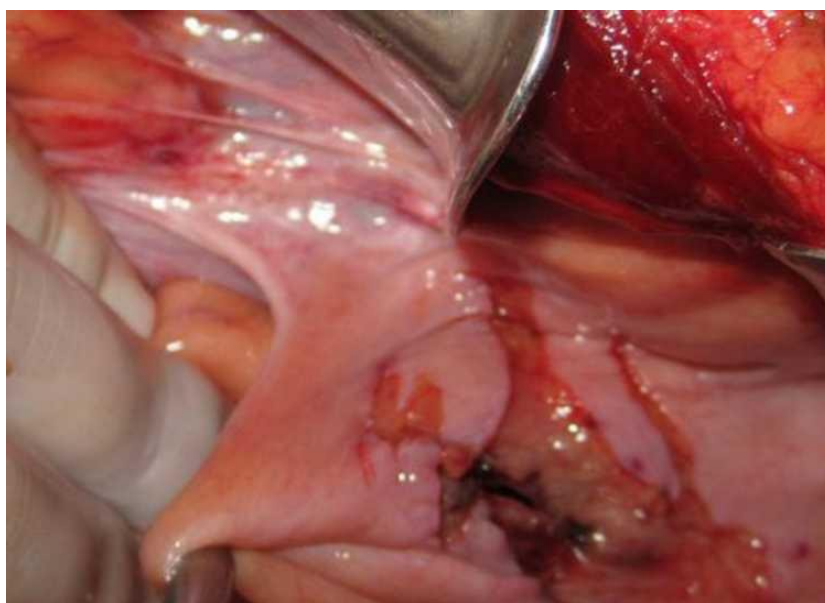
Ёпиқ шикастланишлари 5-10% ҳолатларда учрайди. Қорин пардадан ташқи шикастланишлари тос суяқларини синишида синиқ учларини силжиши ёки уларни сийдик қопига кириб қолиши натижасида вужудга келади.

Қов суякларини 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 оралиқ соҳаларига ўтиши мумкин.

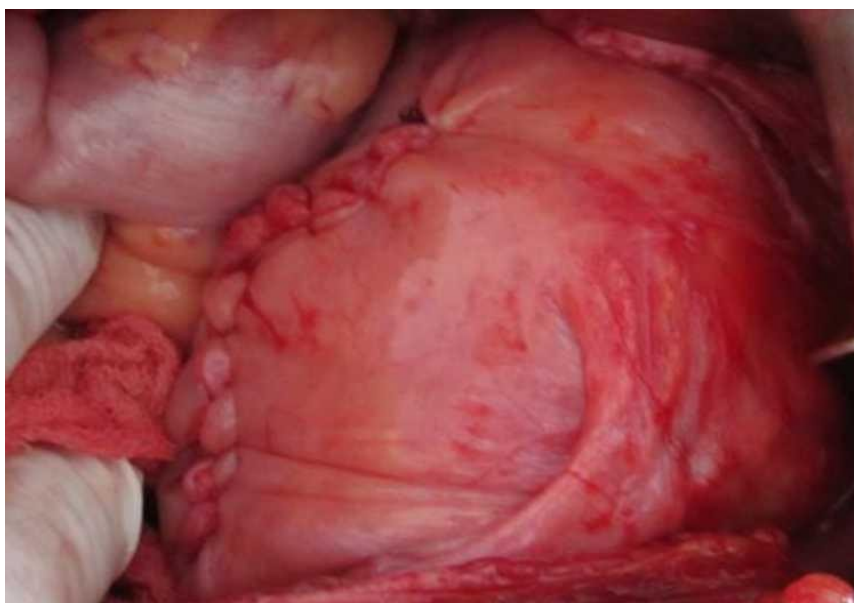


Расм 30. Сийдик қопи травмаси.



Расм 31. Сийдик қопини қорин ичи травмаси.

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



Расм 32. Сийдик қопини травматик ёрилган қисми тикилган сўнги ҳолат.

Сўнгра эпицистостома қўйилади ва паравезикал соҳа қорин олдинги деворидан қилинган контрапертура ва foramen obturatorium орқали Мак- Уортер - Буяльский бўйича дренажланади. Сийдик қопининг фақат ўзини травмасида ўлим 5% ни ташкил этади, қўшма жароҳатларда эса 25% гача етиши мумкин.

ОПЕРАЦИЯДАН СЎНГИ АСОРАТЛАР

Маҳаллий (операция ўтказилган жойда) ва умумий (операция ўтказилган жойга боғлиқ бўлмаган) асоратлар фарқ

қилинади. Ташқи 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 совуқ ишлатиш орқали гемостазга эришилади. Агарда бу самара бермаса, унда маҳаллий оғриқсизлантириш остида жароҳатдан чоклар олинади, ревизия қилиниб ва қон кетиш манбаи тикилиб 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 қон кетишлар жароҳатда йиринглаш натижасида қон томирлар деворини аррозияси ҳисобига ривожланади. Жароҳатдаги қон томир деворини тикиш паллиатив чора-тадбир ҳисобланади. Бунда бир неча стукадан сўнг қон кетиши яна қайтарилиши мумкин. Ушбу ҳолатда радикал усул томирни масофада тикиш ҳисобланади.

Операциядан сўнгги жароҳатда инфилтратни пайдо бўлиши жароҳатда қаттиқлашган 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 оғриқ кучаяди, шиш ва гиперемия пайдо бўлади, пальпацияда кучли оғриқли 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 озғин беморларда гипопротеинемия 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 миқдорида сероз-геморрагик суюқлик билан хўл бўлишидир. Агарда теридаги чоклар олинган ёки улар кесилган бўлса унда ички аъзоларни теридан ташқарига чиқиши билан тўлиқ ҳолда эвентрация кузатилади. Агарда тери ости эвентрацияси вужудга келса даволаш қатъий ётиш тартиби тавсия этилган ҳолда консерватив даволанади. Тўлиқ эвентрация зудлик билан операцияга кўрсатма ҳисобланади. Протекторли чокларни ишлатиш орқали эвентрация бартараф этилади. Ички қон кетишда (қорин бўшлиғига) қон йўқотишни клиник белгиларини вужудга келади, қориннинг пастки соҳаларида перкутор товушнинг қисқариши ёки камайиши, перистальтикани сусайиши, Куленкампфа симптоми аниқланади. УТТда эркин суюқлик аниқланади. Қорин бўшлиғига қон кетиши зудлик билан релапаротомияга кўрсатма ҳисобланади.

Меъда-ичакдан қон кетиши ўткир (стресс) яра, сурункали ярани қўзғалиши туфайли вужудга келиши мумкин. Айрим ҳолларда сабаби анастомоз қўйиш вақти ичак шиллиқ ости қаватидаги қон томиридан гемостазни етарли даражада бўлмаганлиги ҳамда операция вақти шиллиқ ости қаватидаги шикастланишни аниқланмай қолиши ҳам бўлиши мумкин. Клиникада қон кетиш «кофе қўйқасисимон» ва мелена кўринишида бўлиши мумкин.

Даволаш консерватив чора-тадбирларни қўллашдан бошланади. Агарда қон кетиш манбаи меъда-ичак трактининг

юқори соҳаларида жойлашган бўлса эндоскопик гемостаз бажарилади. Давом этувчи қон кетиш ҳамда рецидив қон кетиш зудлик билан реллапаротомияга кўрсатма бўлади.

Анастомоздаги чоклар етишмовчилиги одатда операциядан сўнгги 6-8 суткада вужудга келади. Кўпинча бунинг сабаби суст ривожланадиган перитонит ҳисобланади. Чоклар етишмовчилиги зудлик билан операцияга кўрсатма ҳисобланади. Операция чоклар етишмовчилигини бартараф қилиш, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлашдан иборат. Агарда чоклар етишмовчилигини бартараф қилишни иложи бўлмаса, у ҳолда шу соҳа қорин олдинги деворига чиқариб қўйилади ёки қорин 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 касалликлари профилактикасида энг асосий йўналиш адекват оғриқсизлантириш ва беморларни эрта активлаштиришдир.

Оёқлардаги тромбофлебит ҳаёт учун хавф туғдирувчи 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 қўйилиш жойидан боғлаш ҳисобланади (Тренделенбург операцияси). Бошқа ҳолларда оёқга Белер шинасида кўтарилувчи ҳолат берилади, антикоагулянтлар, антиагрегантлар, антибиотиклар, яллиғланишга қарши препаратлар тавсия этилади. Маҳаллий соҳага гепарин мази билан компресс қўлланилади. Тромбофлебит ривожланишини

профилактикаси мақсадида оёқлар 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 думғоза, товон, курак, сон соҳасини катта бўртигида бўлади. Ётоқ яраларини профилактикаси мақсадида ётоқдаги бемор ҳолатини тез тез ўзгартириб туриш, айлана кўринишидаги тагликни қўллаш лозим. Терига камфор спирти билан ишлов бериш лозим. Ётоқ яраси пайдо бўлганда калий перманганатни тўйинган эритмаси билан ишлов бериб қуруқ некроз ҳолатигача олиб бориш керак.

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

ҚЎШМА ТРАВМАЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

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

Европа давлатлари ва ўтган асрнинг охирларида Республикамизда ташкил этилган шикастланган беморларга янги прогрессив тиббий ёрдам кўрсатиш системасини жорий қилиш ўзининг катта таъсирини кўрсатди. Аҳамиятли даражага эга бўлган ҳозирги замон Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, унинг вилоятлардаги филиаллари, вилоятларда эса унинг субфилиаллари фаолият кўрсатмоқда. Буларнинг натижасида стационаргача бўлган даврда бирламчи тиббий врачлик ёрдам кўрсатиш звеносини

юқори малакали мутахассислар билан таъминланиши, коммуникация ва техника системалари таъминотини ривожланиши ҳамда травмаларни даволашда янги принцип ва технологияларни тадбиқ қилиниши юқори аҳамиятга эга бўлган омиллардан ҳисобланади. Мамлакатимизда соғлиқни сақлашни ушбу соҳаси биринчи даражали аҳамиятга эга бўлиб бормоқда, унинг вазифаларига бугунги кунда травма натижасида ўлимни камайтириш чораларини ишлаб чиқиш ва бунинг натижасида меҳнатга лаёқатли аҳоли қатламини ўлимдан сақлаб қолиш натижасида улкан иқтисодий йўқотишни олдини олишдир.

Тинчлик ва уруш даврларида оғир кўшма 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 кўшма абдоминал шикастланишларда фаол ҳолда синовдан ўтказилиб ушбу тактикани асосий босқичлари амалиётга тадбиқ қилинди, булар қисқартирилган 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. Шунака таърифландики, "damage control" - бу қисқа 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-қайта 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 бугунги кунда ҳаётга қайтаришга умид бағишлаган усул сифатида қаралади.

Ҳарбий дала хирургиясида бу аввалом бор кўплаб санчиб 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 чоратадбирларни ўз ичига олади. Ушбу травмаларнинг ҳақиқий моделлари қуйидагилар: 1) қорин бўшлиғи магистрал қон томирлари шикастланишини кўплаб висцерал травмалар билан қўшилиб келиши; 2) қорин бўшлиғи аъзолари ишемиясини қўшимча висцерал шикастланишлар билан бирга келиши; 3) қорин бўшлиғи аъзолари кўплаб 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, тахипноэ ва беморнинг беҳушлиги кўринишидаги гемодинамик ностабилликнинг мавжудлиги шикастланишнинг барча асоратларини бир лаҳзада бартараф этишдек анъанавий тахтикадан воз кечишга ундайди. Бу вақтда режалаштирилган кўп босқичли хирургик даволашни қўллашга кўрсатмалар чегара (ўрта оғир) ва ностабил (оғир) ҳолатдаги шикастланган гуруҳи учун ҳам кенгайди.

Режалаштирилган кўп босқичли хирургик даволашни қўллашдаги асосий кўрсатмалар қуйидагилар ҳисобланади: 1) қон кетишни тўғридан тўғри усуллар ёрдамида тўхтатиб бўлмаслик, айникса қон кетишни кўп ўчоғли ва кўп бўшлиқли манбалари мавжуд бўлганда (жигар, пастки ковак вена, кичик чаноқ бўшлиғи веналари шикастланганда ва б.қ.); 2) оғирлиги ва муҳимлиги бўйича тенг аҳамиятга эга бир нечта анатомик соҳалардаги 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 ($AD < 70$ мм.сим.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 массадан 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 "қисқартирилган" 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 шароит туғилади (қорин травмасида реллапаротомия, тампонлар олинади, вақтинчалик қон томир шунтлари қайта тикланади ва б.қ.), қайта ревизия қилиниб лозим операциялар бажарилади. Ундан ташқари, РИТБ даволаш натижасида аниқланган травмадан сўнгги бошқа оқибатларни ҳам хирургик коррекция қилиш зарурияти туғилиши мумкин.

Шикастланганларда травманинг ҳарактери 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 қатъий 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, қатъий критерия ва критик омиллар аниқлаб олинган. Шулардан қуйидагилар шарт:

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

Ушбу ёндашув ҳаёт учун хавф туғдирадиган магистрал қон 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 таҳлил 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), Нб (гемоглобин) г\л, К (ммоль\л), На (ммоль\л), мочевино (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 (ҳаёт учун ижобий прогноз)

II- 29 - субкомпенсацияланган статус (чегарадаги ҳолат)

30-44 - декомпенсацияланган статус (ҳаёт учун номувофиқ прогноз)

Қорин бўшлиғи травмаларида пациентнинг физиологик статусларига асосланган ҳолда оператив риск ва касаллик прогнози программасини аниқлаш учун шкала

Параметрлар (ҳар бир параметр 1 балл га эга)	Параметрларни баҳолаш (баллар 1 дан 4 гача)		
	Компенсацияланган статус (1-10 балл гача) - ҳаёт учун ижобий прогноз	Субкомпенсацияланган статус (11-29 балл гача) - чегарадаги ҳолат	Компенсацияланган статус (30-44 балл гача) - ҳаёт учун номувофиқ прогноз
Пациент ёши	55	65	>70
Артериал босим (мм сим. уст)	100 мм сим. уст	<90 мм сим. уст	< 70 мм сим. уст
Юрак қисқариши тезлиги (мин/уриши),	96 мин/уриши	>110 мин/уриши	>130 мин/уриши
Нб (гемоглобин) г\л	100 г/л	80 г/л	<60 г/л
К (ммоль\л)	3,8-5,5 ммоль/л	<3,33 ммоль/л	<2,5 ммоль/л
На (ммоль\л)	137-148 ммоль/л	<137 ммоль/л	<110 ммоль/л
мочевина (ммоль\л),	8,32 -10 ммоль/л	>10-12 ммоль/л	>12-15 ммоль/л
лейкоцитлар	10 -10 ⁹ /л	до 15 -10 ⁹ /л	>15 -10 ⁹ /л
ЭКГ	Ритм синусли, синуслия тахикардия	Ритм синусли, синусли тахикардия, қоринчалар миокардида ўртача гипоксия	Ритм синусли, яққол ривожланган синусли тахикардия, қоринчалар миокардида яққол ривожланган гипоксия
Юрак-қон томир ванафас олиш системалари ҳолати	компенсацияланган	субкомпенсацияланган	Декомпенсацияланган
Температура ва рН	t - норма, рН 7,377,45	t - норма, рН 7,3	t - >36°C, рН 7,25

<p>Даволаш</p>	<p>1. Шкала оператив хавф ва касалликни прогнозини аниқлаш мақсадида қўлланилади. 2. «Damage control» стратегиясини қўлланилиши абдоминал травмада ўлимни 16% га камайтириб, ушбу усулни самарали эканлиги стандарт тактик-техник усулларга нисбатан қарши қилиб қўяди. 3. Оператив хавф ва касаллик прогнозини аниқлашда ушбу шкалани қўлланилиши ҳар хил категориядаги пациентларни кейинги лозим текширишларни ўтказиш учун саралаш ва касаллик оқибатини олдиндан аниқлаш имкониятини беради. 5. Бемор ҳолатини инobatга олган ҳолда оператив даволашни босқичма-босқич олиб борилиши ҳозирги замон интенсив равишда синдромлар бўйича терапия ва системали яллиғланиш</p>	<p>1. Шкала оператив хавф ва касалликни прогнозини аниқлаш мақсадида қўлланилади. 2. Жигарнинг изоляцияланган ва кўшма оғир шикастланишларида ностабил коагулопатия ва полиорган етишмовчилиги ривожланиш хавфи юқори бўлган пациентларда «Damage control» кўп босқичли хирургик тактикаси қўлланилди. 3. «Damage control» стратегиясини қўлланилиши абдоминал травмада ўлимни 16% га камайтириб, ушбу усулни самарали эканлиги стандарт тактик-техник усулларга нисбатан қарши қилиб қўяди. 4. Оператив хавф ва касаллик прогнозини аниқлашда ушбу шкалани қўлланилиши ҳар хил категориядаги пациентларни кейинги лозим текширишларни ўтказиш учун саралаш ва касаллик оқибатини олдиндан аниқлаш имкониятини беради. 5. Бемор ҳолатини инobatга олган ҳолда оператив даволашни босқичма-босқич олиб борилиши ҳозирги замон интенсив</p>	<p>1. Шкала оператив хавф ва касалликни прогнозини аниқлаш мақсадида қўлланилади. 2. Жигарнинг изоляцияланган ва кўшма оғир шикастланишларида ностабил коагулопатия ва полиорган етишмовчилиги ривожланиш хавфи юқори бўлган пациентларда «Damage control» кўп босқичли хирургик тактикаси қўлланилди. 3. «Damage control» стратегиясини қўлланилиши абдоминал травмада ўлимни 16% га камайтириб, ушбу усулни самарали эканлиги стандарт тактик-техник усулларга нисбатан қарши қилиб қўяди. 4. Оператив хавф ва касаллик прогнозини аниқлашда ушбу шкалани қўлланилиши ҳар хил категориядаги пациентларни кейинги лозим текширишларни ўтказиш учун саралаш ва касаллик оқибатини олдиндан аниқлаш</p>
	<p>4.</p>	<p>6.</p>	<p>5.</p>

Реакцияси олдини олиш бўйича аъзолар бўзилган фўнкциясини ва медикаментоз ва физиологик терапевтик стимуляциялар орқали бартараф бўлмайдиган ичаклар парезига қарши курашиш. Ушбу алгоритмни қўллаш орқали ўлимни 53,3% дан 19,5 % гача камайтиришга эришилди равишда синдромлар бўйича терапия ва системали яллиғланиш реакцияси олдини олиш бўйича аъзолар бўзилган фўнкциясини ва медикаментоз ва физиологик терапевтик стимуляциялар орқали бартараф бўлмайдиган ичаклар парезига қарши курашиш. Ушбу алгоритмни қўллаш орқали ўлимни 53,3% дан 19,5 % гача камайтиришга эришилди. имкониятини беради.

5. Бемор ҳолатини инобатга олган ҳолда оператив даволашни боскичма-боскич олиб борилиши ҳозирги замон

интенсив равишда синдромлар бўйича терапия ва системали яллиғланиш реакцияси олдини олиш бўйича аъзолар бўзилган фўнкциясини ва медикаментоз ва физиологик терапевтик стимуляциялар орқали бартараф бўлмайдиган ичаклар парезига қарши курашиш. Ушбу алгоритмни қўллаш орқали ўлимни 53,3% дан 19,5 % гача камайтиришга эришилди.

Эслатма:

I- 10 балгача - компенсацияланган статус (ҳаёт учун ижобий прогноз);

II- 29 балл - субкомпенсацияланган статус (чегарадаги ҳолат);

30-44 балл - декомпенсацияланган статус (ҳаёт учун номувофиқпрогноз).

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

Ушбу омилларга киради:

- 1) оғир метаболик 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 вужудга келадиган механик характерга эга бўлмаган қон кетишдан дарак берувчи коагулопатия;
- 4) шикастланган пациентни жонлантириш ҳамда операцияда вомийлигини 90 минутдан ортиқ давомийлиги.

I фаза. Бирламчи шошилиш операция. Биринчи босқичда максимал қисқа вақтда ҳаётий зарурияти бўлган қон кетишни тўхтатиш ва шикастланган ковак аъзолар ичидаги маҳсулотдан қорин бўшлиғи ифлосланишини бартараф қиладиган «қисқартирилган» лапаротомия операциясини бажариш керак бўлади.

Қон кетишни тўхтатиш политравмада хирургнинг асосий вазифаси бўлган шошилиш 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) кабиларни 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 талоқ артериясини (чап ошқозон-қоринёғи 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 трункаси асосий соҳасини ҳам боғлаш мумкин. Чап ва ўнг жигар артерияларини, юқори тутқич артериясини (ўндан ҳеч бўлмаганда битта ичакшохи 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, талоқ, буйраклар).

Бу вақтда оддий чора тадбирлар ўтказилади (резекция, тампонада, тромбин ва гелларни қўллаш). Талоқ 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, гепаторафия қилиш тавсия этилмайди.

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

Жароҳатни бактериял ифлосланишини тўхтатиш
хирургик вазифалар ичида муҳимлиги жиҳатидан иккинчи ҳисобланади. Қисқа муддат ичида бажариладиган лапаротомия жараёнида қорин бўшлиғини ичак маҳсулоти, сийдик, ўт билан давом этаётган ифлосланиши бартараф этилади, шу билан биргаликда кўп вақт талаб этиладиган ковак аъзо шикастланишини мақсадли реқонструкция 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 кўринишида шакллантирилади ёки оддий равишда дренажланади. Ошқозон ости беши жароҳатида оддий резекцияни бажариш мумкин, аммо панкреатик секретни назорат қилишдаҳал қилувчи кенг ёпиқ аспирацион дренажни шакллантириш ҳисобланади.

Қорин бўшлиғини вақтинча ёпиш. Лапаротом жароҳатни қаватма қават тикиш кўп вақтни талаб этади, юқори қорин ичи босими эса апоневроз некрози ривожланишига олиб келиши мумкин, бу эса ўз навбатида ички аъзоларни эвентрациясига сабаб бўлади. Қорин бўшлиғини тезда ёпиш учун бир қанча усуллар қўлланилади. Кўпинча фақат терини узлуксиз сўрилмайдиган материалдан тайёрланган чоклар билан тикиш афзалроқ. Айрим ҳолларда, қачонким массив висцерал шишларда буни бажаришни иложи бўлмай қолади, бу вақтларда қорин олдинги деворига кўп қаватли елимли боғламлар, йодопирон сингдирилган юпқа адгезив пластик плёнкалардан фойланиш мумкин ёки тери четларига Gore-tex, Marlexтипидаги 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 Svan-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 суюқликлар 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 чақирувчи омиллар маълум: гипотермия, метаболик ацидоз, кристаллоид эритмалар ёки эритроцитар массани қўйишда гемодилюцияни вужудга келиши, тромбоцитлар агрегацияси, қонни фибринолитик фаоллигини ўзгариши. Коагулопатияни стандарт коррекцияси гипотермияни бартараф қилиш ва V ва VIII омилларга бой янги музлатилган плазма қўйиш, лозим бўлган ҳолларда криопреципитат қўйилади.

4. Demage control тартибида 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 шунака 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. сим. устунидан юқори бўлиши қорин бўшлиғи аъзоларида перфузияни бузилишига ва ишемияни ривожланишига олиб келади. Нормал кўрсаткичларга эришилгач ва мос клиник картинани мавжудлиги релапаротомияни бажаришга имкон туғдиради, 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 олдида 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 қонсултациялари 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

зарурияти туғилганда 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, қон томирларга қўйилган вақтинчалик шунтлар ўрнига циркуляр равишда чоклар қўйилади. Колостома шакллантириш йўғон ичкага анастомоз қўйишдан кўра афзалроқ ҳисобланади, чунки анастомоз етишмовлиги хавфи жуда юқори 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 миқдорида янги музлатилган плазмани тайёрлаш зарурият ҳисобланади.

Операциядан сўнгги даврда асоратларни учраш сурати 35% гача етиши мумкин. Қорин ичи абсцесслари, оқмалар, жигар некрози, анастомозлар етишмовчилиги, панкреатик оқма, қорин олдинги девори некрози ривожланиши мумкин ҳамда анъанавий умумий асоратлар: сепсис, пневмония, буйрақлар ўткир етишмовчилиги, ДВС-синдром, катталарда респиратор дистресс-синдром, аъзоларни кўплаб дисфункцияси ва полиорганетишмовчилиги.

Кўпчилик етакчи ихтисослаштирилган марказларда қўшма жароҳатларни даволашда амалиётга "damage control" программасини киритиш энг оғир гуруҳдаги шикастланганларни, илгари "умид узилган" деб ҳисобланган пациентларда ўлимни камайтиришга имқон яратди. Бунақа шикастланган пациентларни тирик қолиши 50% ва ҳаттоки 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 шошилиш қон томирлар хирургиясида шикастланган магистрал қон 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 тутди.

ФАРМАКО-ИҚТИСОДИЙ АСОСЛАШ

Ушбу категориядаги пациентларда адекват даволаш тактикасини қўллаш натижасида бюджет сарф ҳаражатлари тежашга муваффақбулинади.

1. Қон препаратларини тежашга эришилади: 5 ва 10% альбумин, янги мўзлатилган плазма: минимал эқономия 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 киммат 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 камаяди, бу ҳолат 110 000-150 000 сумни тежалишини ташкил этади.

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

ИЛОВАЛАР

Кўкрак қафасининг ёпиқ ва очиқ шикастланишлари мавзуси бўйича тест саволлари

1. Травматик асфикация синдроми қуйидаги ҳолатда руй беради:

1. буйраклар лат ейишида
2. кўкрак қафаси томирларидан қон кетишда
3. кўкрак қафаси сиқилишида
4. кўкрак қафаси аъзолари гипоксияда2!

2. Травматик асфикация синдроми билан биринчи навбатда нимага асосланган:

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

3. Кўкрак қафаси очиқ 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, жароҳаттикилади

4. умумий оғриқсизлантириш остида шоцилинч операция

4. Кўкрак қафаси олд девори травмасида кўзатилмайди:

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

5. Қовурғаларнинг кўплаб синишида бирламчи навбат қилиш лозим:

1. бир томонлама лейқопластерли боғлама куйиш
2. паравертебрал спирт-новокаин блокада қилиш
3. «уч жой» блокадаси (синган жой, вагосимпатик ва паравертебрал)
4. вагосимпатик блокада қилиш
5. кўкрак қафасига цирқўляр боғлама куйиш
6. Ўпка ёрилишининг ҳарактерли белгиси:
 1. гемо-пневмоторакс
 2. гемоторакс
 3. пневмоторакс
 4. рентген текширганда ўпкада сояланиш
 5. қон туфлаш
7. Кўкрак қафаси травмасида энг аввалги шошилинич чоратадбирлар қилинади:
 1. ўмров суяги синганда
 2. туш суяги синганда
 3. курак суяги синганда
 4. зўриқиш пневмотораксида
 5. қовурғалар синганда
8. Оғир аҳволда тушган беморда қовурғалар синиши (чапдан 5 та, ўнгдан 4 та) ҳамда тери ости ва кўкс оралиғи эмфиземаси, икки томонлама пневмоторакс аниқланди. Ёрдамни 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 бўшлиғини дренажлаш
9. Кўкрак қафаси ёпиқ травмаси механизми бўйича фарқланади (нотўғрижавобни 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 қафасичайкалиши

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 қафасисукуссияси

11. Туш суяги синиши барча саналган симптомлар билан кечади (нотўғрижавобни курсатинг!):

1. ҳансираш, бугилиш

2. тери қопламаси оқариши, шиллиқ қаватлар цианози

3. туш суяги синган жойда кучли оғриқ, чап елка ва чап куракка иррадиациябилан

4. юракда ишемия

5. туш соҳасида зинапоясимон деформациябўлиши

12. Кўкрак қафаси травмаларида "сурилиш" механизмида кўпроқ қайси қовурғалар синади:

1. 1-2

2. 3-4

3. 5-7

4. 7-9

5. 8-12

13. Кўкрак қафаси оғир жароҳатида травматик шок ривожланишида муҳим урин тўтадиган омиллар (нотўғрижавобни курсатинг!):

1. қонтўзион пневмонит

2. клапанли ёки зўриқиш пневмоторакси

3. юрак тампонадаси

4. массив гемоторакс

5. $PaCO_2 = 60$ мм с.ус.

14. Перикард бўшлиғига канча миқдори қон 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 ейиши деб ташхис куйишдаги текеширув маълумотларининг нотўғриси курсатинг:

1. PO_2 ва PCO_2 венозқонда

2. ЭКГ маълумотлари

3. қон плазмаси ферментлари (АСТ, ЛЛГ, ЛДГ)

4. юрак чегаралари ўзгариши

5. инфўзион ва медикаментоз терапияга карамай тургўн бўлмаган гемодинамика

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

1. ўрта-куйик ости чизиғи буйлаб туртинчи қовурға оралиғи

2. орқа-куйик ости чизиғи буйлаб олтинчи қовурға оралиғи

3. курак чизиғи буйлаб саккизинчи қовурға оралиғи

4. ўрта-ўмров чизиғи буйлаб иккинчи қовурға оралиғи

5. қовурға юқори кирраси буйлаб пункция

17. Гемотраксда плевра бўшлиғи дренажланади:

1. олдинги қўлтик ости чизиғи бўйича бешинчи қовурға оралиғи

2. ўрта-қўлтик ости чизиғи бўйича олтинчи қовурға оралиғи

3. ўрта-ўмров чизиғи бўйича учинчи қовурға оралиғи
4. олдинги қўлтик ости чизиғи бўйича еттинчи қовурға оралиғи

5. курак чизиғи бўйича саккизинчи қовурға оралиғи

18. Кўкрак қафаси оғир травмаларида торакотомияга кўрсатмалар (нотўғрижавоб!):

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

19. Кўкрак қафаси ёпиқ травмасида торакотомияга кўрсатмаларнинг нотўғрисини топинг:

1. ўпка обтурацион ателектази бартараф бўлмаслиги
2. дренажлашга қарамасдан плевра бўшлиғига доимий ҳаво келиб туриши
3. ивиган гемоторқас
4. 3-қовурға сатхигача гидроторакс
5. плевра бўшлиғига давом этувчи қон кетиш

20. Кўкрак қафасига кесувчи ва санчувчи предметлар билан очик жароҳат етказилганда ҳарактерли бўлган белгилар (нотўғри жавобни курсатинг!):

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

Қўшма шикастланишларда торакоабдоминал жароҳатлари мавзуси бўйича ОСКЕ саволлари

№ 1

Ёш эркак киши автоҳалоқат вақтида кўкрак қафаси ўнг томони билан урилган. Беморни нафас олганда лат еган жойидаги кучли оғриқ безовта қилади. Курик вақтида 5-7 қовурғаларнинг олдинги қўлтик ости линиясида оғриқ ва тери ости эмфиземаси аниқланади. Аускультациясида ўнг томонда сусайган нафас эшитилади. Перкуссияда тимпанит, беморнинг умумий аҳволи қоникарли, ҳансираш ва тахикардия йўқ.

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

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлиқ	Нотўлиқ	Жавоб
1	Ўнгдан 5-7 қовурғаларнинг синиши,	2	1	0
2	Кўкрак қафаси R-сқопия ва -графияси	1,5	0,75	0
3	Плевра пункцияси, Вагнер бўйича блокада	1,5	0,75	0

№ 2

Беморни автоҳалоқат натижасида оғир аҳволда клиникага олиб келинган.

Шикоятлари нафас қисилишига, қон туфлашга, кўкрак қафасига чап томонидаги оғриққа. Об'ектив кўрганда: чап томонда тери ости эмфиземаси аниқланади. Аускультацияда чап томонда нафас эшитилмайди. Перкуссияда тимпанит аниқланади. Ўнг томонда везиқўляр нафас эшитилади. АКБ 80/60 мм.сим.уст. тенг. Пульси минутига 120 та.

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

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлиқ	Нотўлиқ	Жавоб
1	Кўкрак қафаси ёпиқ шикастланиши.	2	1	0
2	Кўкрак қафаси R-сқопия 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. Шикояти кўкрак қафасидаги оғриққа, йўталга, нафас қисилишига шикоят қилади. Тери ва кўзга куринадиган шиллиқ қаватлари оқимтир. Аускултациясида ўнг томонда нафас шовқини сусайган, перкуссияда шикастланган томонида қисқаришиланиш аниқланади. АКБ 100 мм.сим.уст. тенг. Пульси минутига 100та. Рентгенологик текширувида курак суюғи бурчагигача суюқлик сатхи аниқланади. Пункцияда 7-8чи қовурға оралиғидан килинди ва қон олинди.

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

ЖАВОБ (максимал 5 балл)

№	Тўғри жавоб	Тўлиқ	Нотўлиқ	Жавоб
1	Кўкрак қафаси ёпиқ жароҳати, ўрта	2	1	0
2	Кўкрак қафаси R-сқопия, -графияси, плеврал	1,5	0,75	0
3	Плевра бўшлиғига дренаж куйиш, динамик кўзатиш, Грегуар-Рувилуа синамасини	1,5	0,75	0

Кўкрак қафасининг ёпиқ ва очик шикастланишлари мавзуси бўйича амалий куникмалар

КЎКРАК ҚАФАСИ ТРАВМАСИДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Мақсад: кўкрак қафаси жароҳатларида биринчи ёрдам кўрсатиш. Кўрсатма: пневмоторакс ва гемоторакс.

Жихозлар: пўнктион игна, спирт, фонендоскоп, рентген-кабинет, дренажлитрубка, игнатутқич, скальпель.

Бажарилиш боскичлари	55-70	71-85	85
1.Текширувчи касалнинг ўнг томонида туради.			
2.Куриқда касал ҳолати мажбурий (касал жароҳатланган томонини эҳтиёт қилади айникса			
3.Перкуссияда: пневмотораксда-кўтичасимон товуш,			
4.Аускультацияда жароҳатланган томонда нафас			
5.Кўкрак қафаси рентгеноскопиясида кўкс оралиғининг соғлом томонга силжиши, пневмотораксда ўпка коллапси аниқланади. Гемотораксда рентгенологик текширишда плевра бўшлиғи пастки қисмида суюқлик тупланиши ва			
6. Пневмотораксда плевра бўшлиғи пункцияси ўрта ўмров чизиғи бўйича 2-қовурға оралиғидан			
7. Гемотораксда плевра бўшлиғи пункцияси орқа қўлтик ости чизиғи бўйича 7- қовурға оралиғидан			
8. Катта пневмотораксда плевра бўшлиғини дренажлаш орқа қўлтик ости чизиғи бўйича 7-			
9. Пневмотораксда плевра бўшлиғини дренажлаш ўрта ўмров чизиғи бўйича 2-қовурға оралиғидан			
Жами максимал баҳо 100 балл			

ОЧИҚ ПНЕВМОТОРАКСДА АМБУЛАТОР ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Кўрсатма: Турли хил пневмоторакс.

Жихозлар: 50%-ли анальгин эритмаси, антисептик, лейкопластир, боғламматериали, мўзли ҳалтача.

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 биланишлов бериш, индивидуал боғламли пакетни стерил			
4.Жароҳат жойи устидан мўзли ҳалта куйиш.			
5.Оксигенотерапия ўтказиш.			
6.Ярим ўтирган ҳолда хирургия бўлимига			
7.Қон босими, пульс, нафас сони кузатилади.			
8.Кокшол профилактикаси масаласини ҳал қилиш.			
Жами максимал баҳо 100 балл			

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 ҳалтача.

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 куйиш.			
4.Жароҳат соҳасига мўзли ҳалтаси куйиш.			
5. Нафас етишмовчилиги белгилари бўлганда 2-қовурға оралиғидан 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 пневмотораксда плевра бўшлиғида босимнинг ошиши.

Жихозлар: 50% ли анальгин, полиглюкин, боғлам материали, мўзли ҳалтача, 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 ҳалтача куйиш .			
5.Жароҳатланган соҳадан 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. Кокшол профилактикаси масаласини ҳал қилиш.			
Жами максимал баҳо 100 балл			

ПАРАВЕРТЕБРАЛ НОВОКАИНЛИ БЛОКАДА

Мақсад: оғриқсизлантириш.

Кўрсатма: қовурға синиши, кучли илдиз оғриқди синдром.

Жихозлар: спирт, шприц, 0,5%-новокаин эритмаси.

- Бажарилиш боскичлари
1. Бемор чалканча ётқизилади.
 2. Врач беморнинг ўнг томонида туради.
 3. Игна санчиладиган жой 70%ли спирт билан артилади.
 4. Ўнг қўлга 20 мл 0,5%-ли новокаинли шприц олинади.
 5. Ўткир усиклар чизиғидан 5см ўзодикда игна киритилади, тери ичига анестетик киритилади.
 6. Игнани ичкарига киритиш жараёнида токи кундаланг усикга тиралгўнча новокаин эритмаси юборилади.
 7. Игна учини юқорига силжитиб яна 0,5см ичкарига киритилади.
 8. Яна 5-10 мл 0,5%ли новокаин эритмаси юборилади.
 9. Игна чиқарилади, игна санчилган жой спирт билан ишлов берилади.

ВАГОСИМПАТИК БЛОКАДА

Мақсад: оғриқсизлантириш.

Кўрсатма: кўкрак соҳасидаги травмалари, қовурғалар синиши плевропульмонал шок, торакотомия, давом этувчи хикцчок синдроми,. Жих,озлар: 96%-ли спирт, 0,5%-ли новокаин эритмаси, шприц.

Бажарилиш боскичлари

1. Касал чалканча ётқизилиб курак орасига ёстикча куйилади.
2. Беморнинг бошини орқага ташлаб карама-қарши томонга бурилади.
3. Туш-ўмров-сурғич мушагининг орқа кирраси пальпатор топилади.
4. 70% спирт билан ишлов берилади.
5. 20 мл 0,5%ли новокаин шприцга олинади.
6. Туш-ўмров-сурғичсимон мушагини орқа кирраси ўртасидан лимон пустлоги ҳосил булгўнча тери анестезия қилинади.

7. Игна бўйин умрткаси танасига тиралгўнча новокаин эритмаси юборилиб борилади. 8. Игна орқага 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: оғриқсизлантириш.

Кўрсатма: кўкрак қафаси травмалари ва плевропульмонал шокни келтириб чиқарадиган кўкрак қафаси травмалари ва жароҳатлари, кўкрак қафаси аъзоларидаги операциядан кейинги кучли хикичокда.

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

Бажарилиш боскичлари

1. Бемор чалканча ёткизилиб бўйин тагига ёстикча куйилади.

2. Агар блокада чап томонда килинса бемор боши ўнг томонга бурилади, чап қўл осилиб туради ва тескариси. 3. Бўйин териси спирт, йод билан артилиб стерил салфетка куйилади.

4. Хи рург қўлини операцияга ювгандай ювиб, қўлқоп кийилади.

5. Туш-ўмров-сургичсимон мушаги ўрта учлиги орқа кирраси буйлаб тери ичига 20мл 0,5%ли новокаин юборилади.

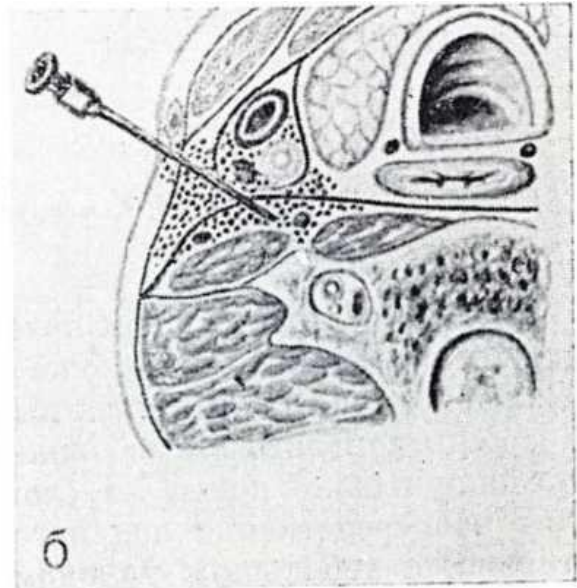
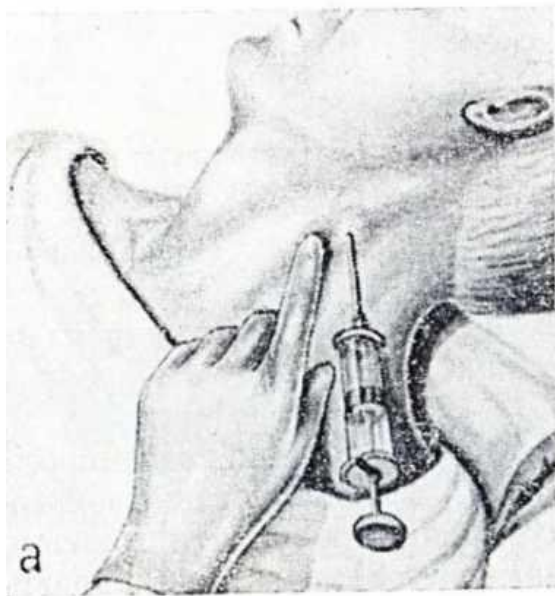
6. Бармоқ билан мушак босилади, шу бармоқнинг йўналиши бўйича игна бўйин умрткаларнинг олдинги юзаси

йўналиши буйлаб санчилади, игна поршени тортиб курилади, игна қон томирда эмаслигини текширилади, игна умртка танасига тиралгач озрок тортилиб сўнг 30-60 мл новокаин эритмаси юборилади.

7. Игна олинлиб, шу соҳага спиртга ботирилган шарик куйилади.

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

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



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

ҚОВУРҒАЛАРАРО БЛОКАДА

Мақсад: қовурға синганда адекват оғриқсизлантириш.

Кўрсатма: қовурға оралиғи блокадаси қовурға синганда қўлланилади. Жих,озлар: 1%-ли йодонат эритмаси, 70%-ли спирт эритмаси, пинцет, боглов материали, 10,0 шприц, 1-2%-ли новокаин эритмаси, лейқопластир.

Бажарилиш боскичлари

1. Пальпатор йўл билан энг кучли оғриқли жой топилади, бу жой қовурғасинган соҳага тўғри келади.

2. Ушбу соҳани йодонат ва спирт билан тозалаш.

3. Куйи жойлашган қовурға юқори киррасини топилиб новокаинли шприцигнаси киритилади.

4. Новокаин киритила туриб игнани куйи жойлашган ковўрганинг юқорикиррасига тиралгўнча киритилади.

5. Игнани озрок орқага тортиб унинг йунилишини 45⁰ бурчак остида юқоригаўзгартирамиз.

6. Игнани кирита туриб жароҳатланган ковўрганинг пастки кирраси остига киритамиз ва 3-5,0мл новокаин эритмаси юборилади.

7. Игнани олиб ташлаш, санчилган жойига асептик лейқопластирли боғламкуйиш.

Қориннинг ёпиқ ва очиқ 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 корнининг юқори қисми билан станокга йиқилиб тушган). Кечаси билан заводнинг тиббий пўнктида ётган. Ўнг қовурға ости соҳасида бироз оғриқ безовта қилган ва баралгин инъекциясидан сўнг бу оғриқлар камайган. Кабул бўлимидаги

курикда корни ичига тортилган, қорин девори нафас актида катнашмайди. Щеткин- Блюмберг симптоми мусбат. Бемор зудлик билан операцияга олинган ва қорин бўшлиғида кам миқдорида ўт борлиги аниқланган, кундаланг-чамбар ичак тутқичи ўзаги ўт билан имбибицияланган, ўн икки бармоқ ичак соҳасида қорин парда орқали куришиб турибди.

1. Диагноз?
2. Г оспиталгача бўлган даврда канака 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 окимтир, танасида кўплаб 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. Канака 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 окир, тери қопламаси окимтир, кусган, кунгил айниш бор, тили қуруқ, корни нафас актида катнашмайди, пальпацияда дефанс, Щеткин-Блюмберг симптоми қориннинг барча соҳаларида мусбат. Перистальтика

эшитилади, газ чиккан, катта тахоратга чикмаган. АБ - 110/70 мм.сим.уст., ЮЎТ - 110 марта 1 минутда., НЬ

140 г/л, Нt - 47%. Status localis: чап бел соҳасида 2,5 x 1,5 см улчамдаги суқилиб-кесилган жароҳат мавжуд. БХИ пайти жароҳат канали оргадан- олдинга, пастдан юқорига қараб йўналишда, пальпацияда охирига етиббўлмайди.

1. Канака 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 корнига травма олган ва бемор кабул бўлимига мурожат қилиб келди. Умумий аҳволи келганда ўрта оғирликда, тери қопламаси окимтир-кизгиш. Корни юмшок, киндик атрофидаги улчамлари 3,5 x 2,0 смли ичидан катта чарвининг бир қисми чиқиб турган жароҳат атрофида оғриқ сезади. Щёткин-Блумберг симптоми манфий. А/Д 120/80 мм.сим. уст. тенг. ЮЎТ 90 марта 1 минутда.

1. Диагноз?

2. Канака қўшимча диагностик текширишларни бажариш лозим?

3. Сизнинг даволаш тактикангиз?

5 **масала.**

П., исмли бемор 18 ёшда, травма олгач 24 соатдан сўнг мурожат қилган (физқўлтура машғулотида югуриш пайти бордюр тошига чап ён томони билан йиқилган). Инститўтнинг тиббий пўнктига келтирилган ва куриқдан сўнг «Чап қовурға ости соҳаси юмшок тўқималари лати» диагнози билан жавоб берилган. ЎТТ ва рентгенография килинмаган. Бир сўтка давомида беморни чап қовурға 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 аҳволи оғир, тери қоплами окимтир рангда. АБ 90/50 мм.сим.уст.тенг, ЮЎТ 100 марта 1 минутда., НБ - 78 г/л, Нt - 26%. Корни таранглашган, чап ярми оғриқди, Щёткин-Блумберг симптоми шубҳали.

1. Диагноз?
2. Стационаргача бўлган даврда канака хатоликларга йўл қўйилган?

3. Сизнинг даволаш тактикангиз?

Масалаларнинг эталон жавоблари:

1 масала

1. Диагноз: Қориннинг ёпиқ травмаси.
2. Бемор вақтида шифохонага келтирилмаган. Беморга қилинган анальгетиклар касалликнинг клиник симптомлари кўринишини пасайтирган.

3. Операция вақтида аниқланган белгилар бўйича (ўн икки бармоқ ичак соҳасида қорин пардадан ўтти сизиб туриши, кундаланг-чамбар ичак тутқичи илдизини ўт билан имбибицияланганлиги) ўн икки бармоқ ичак шикастланганлигига шубҳа қилиш мумкин.

2 масала

1. Лапароцентез куйиш лозим.
2. Қон ёки ичак маҳсулотини борлиги -қориннинг ёпиқ травмаси.

3. Қон ёки ичак маҳсулотини борлиги - шошилинич лапаротомия.

Қорин бўшлиғида 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 шошиличлапаротомия.

4 масала

1. Қорин бўшлиғига санчиб-тешиб кирувчи жароҳат. Катта чарви бир қисминиэвентерацияси.

2. Диагностика учун қўшимча текширишлар талаб этилмайди.

3. Шошилич лапаротомия пайти катта чарвининг эвентрация бўлган қисми резекция килиниб қорин бўшлиғи ревизия қилинади.

5 масала

1. Қориннинг ёпиқ травмаси. Талоқни икки лахзали ёрилиши. Қоринбўшлиғига қон кетиш.

2. Бемор хирургга курсатилмаган ва қорин бўшлиғи аъзолариниультратовушли текшириш ўтказилмаган.

3. Шошилич лапаротомия. Спленэктомия.79

Қориннинг ёпиқ ва очиқ шикастланишлари мавзуси бўйича тестсаволлари

1. Механик шикастланишларда цушма травма деб цуйидагилартушунилади:

а) сон ва болдир суякларини бир ва икки томонлама синиши

б) қўл-оёк, умуртқа погонаси ва тос суякларини синишини бир вақтда ичкиаъзолар шикастланиши билан кўзатилиши

в) қўл ва оёкларни синиши (масалан, елка ва сон, билак ва болдир ва б.к.)

г) қоринни ёпиқ травмасида ковак ва паренхиматоз азоларни шикастланиши д) бир анатомик соҳада магистрал қон томирлар ва нервларни шикастланиши

2. **Политравмада юцори ўлим суратининг асосий сабаби цуйидагилар:** а) очиқ синикларда жароҳатни йиринглаши сабабли остеомиелит ва сепсисни ривожланиши

б) травматик шок ва қон йўқотиш

в) сийдик ажратиш системасини кўтарилувчи инфекцияси

г) ёток яралари

д) димланган пневмония

3. **Сийдик цопи ва уретрани шикастланиши кўпинча цуйидагилардакузатилади:**

а) сонни марказий чиқишида

б) ёнбош суяклар канотини синишида

в) ўтиргич ва ков суякларини икки томонлама синишида ("капалак" типиди)

г) кустлараро синишда

д) думгоза ва дум суяги синишида

4. **Травматик шокнинг эректел фазаси цуйидагича характерланади:**

а) артериал босимни ошиши

б) пульсни тезлашиши

в) тери қопламаларини оқариши

г) нафас олишни тезлашиши

д) қайд этилган барча симптомлар

5. **Травматик шокнинг торпид фазаси учун характерли эмас:**

а) артериал босимни пасайиши

б) пульсни тезлашиши

в) нафас олишни тезлашиши

г) тери қопламаларини гиперемияси

д) кўриш қобилиятини йўқолиши

6. **Кўшма жароҳатда ёлгон-абдоминал синдромининг сабаби:**

а) туш суягини синиши ва кўкс оралиғи аъзоларини
травмасиб) сон-тос бугимини чиқиши

в) кўкрак қафасини ўрта-пастки зоналардаги
қовурғаларни синишинатижасида травмаси

г) умуртқа погонасини бўйин-кўкрак қисмини лат ейиши
д) сон суягини кустлараро синиши

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

а) терини шикастланиши

б) апоневрозни шикастланиши

в) висцерал қорин пардани шикастланиши г) париетал
қорин пардани шикастланиши

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

а) талоқ

б) ошқозон

в) ингичка ичакг) йўғон ичак

**9. Йўғон ичак жароуатини тикишда қуйидаги
тактика қулланилишилозим:**

а) икки қаторли чок

б) уч қаторли чок

в) ичаклараро анастомоз

г) стома чиқариш

10. Талоқни чуқур жароуатида 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.

Қорин бушлғи аъзоларининг ёпиқ ва очик шикастланишлари мавзуси бўйича амалий куникмалар

Қорин паренхиматоз аъзоларининг шикастланиш белгиларини аниқлаш

Талаба учун топширик: ушбу беморда паренхиматоз аъзоларшикастланишига хос белгиларни аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима килаётганингизни ва қандай			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба куникмаларини қуйидаги бандлар			
Текшириш боскичлари	Мх	Мин	Жавоб
1. Беморга ўнгдан ёндашилади.	10	5	0
2. Бемор курилганда мажбурий ҳолатда бўлади	10	5	0
3. Бемор курилганда тери ва шиллиқ қаватлари	10	5	0
4. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади (жароҳат излари баҳоланади, оғриқ ва қорин	15	7,5	0
5. Тукиллатиб курилганда ён каналлар	10	5	0
6. Томир уриш сони ва А/Б улчанади (А/Б	15	7,5	0
7. Қонда Нв, Нт ва эритроцитлар миқдори	10	5	0
8. УТТ эркин қорин бўшлиғидаги суюқлик	10	5	0
9. Френикус белгиси мусбат (диафрагманинг қон	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

ҚОРИН 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 килаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш. Имтихон олиш учун маълумот: талаба куникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.

Текшириш боскичлари	Мах	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 караш билан	10	5	0
4. Қоринни кўзатув, қорин ичига ботиб	10	5	0
5. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ соҳалари ва	10	5	0
6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш	10	5	0
7. Тукиллатганда жигар бугиклигининг йўқолиши (Спизарский 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. Абакумов М.М., Богопольский П.М. Damage control: что нового? // Хирургия. – 2009. – № 11. – С. 59 – 62.
2. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями // Вестн. хир. – 2001. – Т.160, №6. – С. 42-45.
3. Абакумов М.М., Татарина Е.В., Вильк А.П. и др. Особенности диагностики и хирургической тактики при повреждениях груди и живота вследствие суицидальных и аутоагрессивных действий // Хирургия, 2017.- №10.-С.13-17
4. Агаджанян В.В. Организация медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (политравме). Клинические рекомендации (протокол лечения) (проект) // Политравма. – 2015. – № 4. – С. 6–14.
5. Азизов М.Ж. Состояние и пути профилактики дорожно-транспортного травматизма в Республике Узбекистан // Вестник экстренной медицины. – 2010. - №2. – с. 7.
6. Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н. и др. Значение лапароскопической диагностики в определении тактики лечения при травмах брюшной полости // Вестник экстренной медицины. – 2013. - №3. – с. 45
7. Акилов Х.А., Аминов У.С. Диагностика и лечение тупых травм живота у детей // Вестник экстренной медицины. – Ташкент. – 2012. – №3. – С.12-14.

8. Александров В.В., Маскин С.С., Иголкина Л.А. и др. Перспективы использования локального криогемостаза при травмах печени и селезенки // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - № 7. -С. 45-51.
9. Алексеев В.С., Иванов В.А., Алексеев С.В., Ванюков В.П. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с повреждениями селезенки // Вестник хирургии. – СПб. – 2013. – №1. – С. 50-54.
10. Алимов А.Н., Исаев Э.П., Сафронов и др. Хирургическая тактика и перспективы эндохирургии закрытых повреждений живота при тяжелой сочетанной травме // Хирургия. – М.- 2006.- №1. – С.34-37.
11. Қонден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия. Москва. Практика 1998г.
 4. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник - пўтеводитель практикующего врача. Москва, 2000 г.
 5. Петровский Б.В. Руководство по хирургии. В 12 томах. Москва «Медицина» 1959 - 1966 гг.
 6. Хирургические болезни. Под редакцией Черноусова А.Ф. Москва ГЭОТАР - Медиа. 2012 г.
 7. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А. Хирургические болезни. В 2-х томах. Москва ГЭОТАР - Медиа, 2012 г.
 8. Абакумов М. М. Повреждения живота при сочетанной травме / М. М. Абакумов, Н. В. Лебедев, В. И. Малярчук. - М.: Медицина, 2005. - С. 176.
 9. Алтыев Б.К., Жабборов Ж.И. Диагностика и лечение больных с синдромом внутривнутрибрюшной гипертензии в ургентной хирургии // Хирургия Ўзбекистана. 2018. 3. - с. 5-6.

10. Бойко В.В. Перитонит: классификация, патогенез, диагностика, лечение /В.В. Бойко, Иванова Ю.В.// Здоровье Украины. - 2011. - №1(4). - с. 47-49.

11. Интенсивная терапия. Под ред. акад. РАН Б.Р. Гельфанда, проф. И.Б. Заболотских. 2^е издание, переработанное и дополненное. Изд. Группа «ГЭОТАР - Медиа», 2019. - с. 643-650.

12. 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.

13. Гуманенко Е. К. Военно-полевая хирургия / Е. К. Гуманенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 763 с.

14. Соколов В.А. Damage control - современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой // Вестник травматологии и ортопедии 2005; 1: 81-84.

15. Хаджибаев 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.

16. Хаджибаев 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.

17. Хаджибаев А.М., Мустафакулов И.Б., Мавлянов Ф.Ш. Наш опыт хирургического лечения повреждений желудка при сочетанн 2015.- С. 46-52.

18. Хирургик касалликлар. Каримов Ш.И. - Ташкент, 2011 г.

19. Хирургические болезни. Учебная литература для студентов мед. ВУЗов. Под редакцией М.И. Кўзина. Москва «Медицина» 1986 г., 2006 г.

20. Хирургические болезни. Учебник с компакт - диском в 2-х томах. Том

21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.

*Масъул муҳаррир — Дилдора ТУРДИЕВА
Мусаҳҳиҳ — Анвар УМРЗОҚОВ
Техник муҳаррир — Акмал КЕЛДИЯРОВ
Дизайнер ва саҳифаловчи — Зарина НУСРАТУЛЛАЕВА*

“ SARVAR MEXROJ BARAKA” босмахонасида чоп этилди.

Почта индекси 140100. Самарқанд шаҳар,

Мирзо Улуғбек кўчаси, 3-уй.

Босишга 27.10.2021 рухсат этилди. Баённома рақами: 3

Бичими 60x84^{1/16}. “ Cambria (Заголовки)” гарнитураси. 7.21 босма табоқ.

Адади: 200 нусха. Буюртма рақами: 10/2022

Тел/факс: +998(93)1998272, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com



МУСТАФАКУЛОВ ИШНАЗАР БОЙНАЗАРОВИЧ
САМДТУ 1-СОН ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ
2-СОН ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ
МУДИРИ,ДОЦЕНТ



МИЗАМОВ ФУРКАТ ОЧИЛОВИЧ
САМДТУ ДКТФ ХИРУРГИЯ, ЭНДОСКОПИЯ
ВА АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ АССИСТЕНТИ



КУРБОНОВ НИЗОМ АЗИЗИЗОВИЧ
САМДТУ ДКТФ ХИРУРГИЯ, ЭНДОСКОПИЯ
ВА АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ АССИСТЕНТИ



УМЕДОВ ХУШВАҚТ АЛИШЕРОВИЧ
САМДТУ 1-СОН ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ
2-СОН ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ
АССИСТЕНТИ.

