

**ATAKULOV J.O.  
YUSUPOV SH.A.  
RAXIMOV F.E.  
BAYMURADOV N.S.**

# **BOLALARDA TUG'MA VA ORTTIRILGAN XIRURGIK KASALLIKLAR**

---

**O'QUV QO'LLANMA**

DIU ~~~  
B83D

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA  
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI  
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI  
1-SON BOLALAR XIRURGIYASI KAFEDRASI

Atakulov Jamshed Ostanakulovich, Yusupov Shuxrat Abdurasulovich, Raximov  
Faxridin Eshmamatovich, Baymuradov Nemat Sadirdenovich



Bilim sohasi: 500 000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"

Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash»

Pediatriya yunalishi -(5510200)

**"BOLALAR XIRURGIYASI"  
FANIDAN**

**"BOLALARDA TUG'MA VA ORTTIRILGAN XIRURGIK  
KASALLIKLAR"**

Tibbiy oliv ta'lif muassasalarini Pediatriya fakulteti kurs bakalavr ta'abalarini

uchun

**axborot-resurs markazi**

318320

SAMARQAND

2022

UO'K 617-053.2(075.8)

KBK 54.5ya73

B 83

J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov, F.E. Raximov, N.S. Baymuradov

"Bolalar xirurgiyasi" sanidan "Bolalarda tug'ma va ortirilgan xirurgik kasalliklar" Tibbiy oliv ta'lum muassasalari pediatriya yo'nalishi (5510200) V kurs bakalavr talabalar uchun [Matn] : o'quv qo'llanma / J.O. Atakulov [va boshq.] .- Toshkent: Samarqand, 2022.- 208 b.

### Tuzuvchilar:

*J.O. Atakulov* - Samarqand davlat tibbiyot Universiteti 1son bolalar xirurgiyasi kafedrasi professori, t. f. d.

*Sh.A. Yusupov* - Samarqand davlat tibbiyot Universitetining 1-bolalar xirurgiyasi kafedra mudiri, t. f. d.

*F.E. Raximov* - Samarqand davlat tibbiyot Universiteti 1son bolalar xirurgiyasi kafedrasi katta o'qituvchisi.

*N.S. Baymuradov* - Samarqand davlat tibbiyot Universiteti 1son bolalar xirurgiyasi kafedrasi dotsenti, t. f. n.

### Taqrizchilar:

*Sh.T. Salimov* - Toshkent Tibbiyot Akademiyasi 1-son umumiylar jarroqligi kafedrasi professori t.f.d.

*M.Q. Azizov* - Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrasi professori, t.f.d.

Bolalar jarrohligi fanini o'qitishni takomillashtirishga zamonaviy tizimli yondashuv "bolalarda tug'ma va ortirilgan xirurgik kasalliklar" darsligida bayon etilgan. Zamonaviy qo'llanma mualliflari beshinchı kursda o'qitishga soydalanishga yo'naltirilgan ishning innovatsion usullari, diagnostika algoritmlarini joriy etishmoqda. Ushbu davr mobaynida talaba nafaqa tibbiy ma'lumotni olish usulini, balki yagona to'g'ri tashxisni shakllantirish uchun, uni etarli darajada qayta ishlash usullarini ham o'zlashtirishi kerak. Mualliflar ikki asosiv yondashuvdan soydalangan holda tibbiy diagnostika bo'yicha qarorlarni ishlab chiqish jarayonini bosqichma-bosqich tasvirlab berishadi.

ISBN 978-9943-8265-8-8

© J.O. Atakulov, Sh.A. Yusupov,  
F.E. Raximov, N.S. Baymuradov  
© Samarqand, 2022

## **Qisqartirilgan so'zlar ro'yxati**

AT	-anti-refluks to'siq
UASH	-umumiy amaliyot shifokori
KQVD	-ko'krak qafasining voronkasimon deformatsiyasi
OIT	-oshqozon-ichak trakti
GI	-I. Gizitskiy indeksi
QQS	-quyi qizilo'ngach sfinkteri
PG	-Portal gipertenziya
UZI	-Ultratovush tekshiruvi
EKG	-elektrokardiografiya
ExoKG	-ekokardiyografi
SWOT	-Strengths (kuchli tomon), Weakness (zaif tomon); Opportunities (imqoniyatlar); Threats (kasallikning bezovta qiluvchi tomonlari)

**MUNDARIJA**

Kirish.

5

Bolalarda o'tkir appendisit. Operasiya oldi va operasiyadan keyingi 6 asoratlari diagnostikasi va differensial diagnostikasi. Erta yoshdag'i bolalarda o'tkir appendisitning kechishi. Appendisitning atipik turlari. Bolalarda peritonit. Birlamchi va ikkilamchi peritonitlar. Peritonit asoratlari.

Bolalarda oshqozon va 12-barmoqli ichak yarasining xirurgik 21 Asoratlari diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davosi. Bolalarda qizilo'ngachning termik va kiyoviy qo'yishi.

Bolalarda orttirilgan ichak tutilishi. Mexaniq ichak tutilishlari. 35 Dinamik va Chandiqli ichak tutilishi. Diagnostika va differensial diagnostika. Klinikasi va davosi.

Bolalarda ko'krak qafasi a'zolarini, qorin bo'shlig'i, qorin 49 bo'shlig'i kovak a'zolarini va qorin parda ortidagi parenximatoz a'zolarini jaroxatlanishi, klinik kechishi, diagnostikasi, differensial tashxisi. Birinchi yordam ko'rsatish. Zudlik bilan yordam ko'rsatish, bolalar shifoqorining taktikasi.

Bolalarda yumshoq tuqimalarining yiringli septic kasalliklari. 72

Bolalarda O'tkir gematogen osteomiyelit

Oshqozon ichak trakti yuqori va pastki soxalaridan qon ketishi bilan 112 kechuvchi kasalliklar. Klinikasi, diagnostikasi, differensial diagnostikasi va birinchi yordam.

Bolalarda o'pka va plevranin yiringli yallig lanish kasalliklari. 129

Turli lokalizasiyalı asoratlangan churralar (kindik, chov, son, qoruning oq chizig'i) tashxis quyish va bolalar shifoqorining taktikasi. Bolalarda yorg'oq-shish sindromi. 156

Adabiyotlar 207

## KIRISH

Bolalar jarroxlidi respublikadagi sogliqni saqlash tizimida o'tkazilayotgan isloxbatlar kesimida muxim axamiyatga ega. Har bir sohadagi bolalar shifokori (pediatr, bolalar jarrohi, bolalar asab kasalliklari shifokori va b.q.) o'z ish faoliyatida o'sib borayotgan yosh organizmning o'ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatlarini inobatga olmog'i lozim. Shuning uchun xam, bolalar jarroxligi mutaxassisligining ajralib chiqishi bejiz emas. Bolalar jarrohligi kasalliklarini davolashda o'sayotgan yosh organizmning anatomo-fiziologik xususiyatlarini o'rghanish bolalar jarrohi hamda anesteziologi uchun eng zarur hisoblanadi. Inson tug'ilganidan to 14—18 yoshgacha ma'lum bir o'ziga xos anatomo-fiziologik o'zgarishlarni bosib o'tadi. Ayniqsa bunday anatomo-fiziologik xususiyatlar yangi tug'ilgan chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalarda yaqqol namoyon bo'ladi. Shu bilan birga bu xususiyatlar bola ulg'aygunicha ozmi-ko'pmi shunday, yoshiga mos xususiyatlar bilan farq qilib turadi. Kichik yoshdagi bolalarda me'dadagi ovqatni ingichka ichak tomon so'rinish muddati bir muncha uzoqroq kechadi.

Bolalar jarrohligi fanini o'qitishni takomillashtirishga zamonaviy tizimli yondashuv "bolalarda tug'ma va ortirilgan xirurgik kasalliklar" darsligida bayon etilgan. Zamonaviy qo'llanma mualliflari beshinchı kursda o'qitishga foydalanishga yo'naltirilgan ishning innovatsion usullari, diagnostika algoritmlarini joriy etishmoqda. Ushbu davr mobaynida talaba nafaqat tibbiy ma'lumotni olish usulini, balki yagona to'g'ri tashxisni shakllantirish uchun, uni etarli darajada qayta ishlash usullarini ham o'zlashtirishi kerak. Mualliflar ikki asosiy yondashuvdan foydalangan holda tibbiy diagnostika bo'yicha qarorlarni ishlab chiqish jarayonini bosqichma-bosqich tasvirlab berishadi. Bolalar jarrohligi fanining asosiy xususiyatlaridan bittasi, bu orttirilgan kasalliklarni mavjudli va o'ziga xos kechishigidir. So'nggi yillarda orttirilgan kasalliklarni uchrashi ko'paymokda degan fikr mavjud, lekin ko'pgina statistik ma'lumotlar buni isbotlamaydi.

Orttirilgan kasalliklarning erta diagnostikasi bemorlarda kuzatiladigan asoratlar va o'lim xolatlarini kamayishiga olib keladi. Orttirilgan kasalliklarning tashxisi va jarrohlik davo usulini tanlash uchun uning kelib chiqish mexanizmini tushunish zarur.

Mavzu 1. "Bolalarda o'tkir appendisit. Operasiyalardan operasiyadan keyingi asoratlari diagnostikasi va differensial diagnostikasi. Era yoshdag'i bolalarda o'tkir appendisitning kechuvchi Appendisitning nipi kurlari. Bolalarda peritonit. Bölgametni va ikkilanchi peritonitlar. Peritonit asoratlari.

**MAVZU DOLZARBLIGI:** Bolalarning jarroxlik kasallikkari - bu qishloq vrachlik punktida ishlovchi umumiy amaliyot vrachlarining, amaliyot faoliyatida asosiy bo'lib jarroxlik kasallikkari bor bolalarga ambulator jarroxlik yordam ko'rsatish hususiyatlarini o'rganish bu kasallikklar ko'p uchrashi hisobiga aktual masaladir.

**MASHG'ULOT MAQSADI:** Umumiy amaliyot (pediatr) vrachini sog'liqni saqlashining birlamchi bo'g'inida malakaviy davo profilaktik ishini mustaqil yuritishga tayyorlash. Tez va shoshilinch yordam bo'yicha shoshilinch holatlarda diagnostig va davolovchi yordamni ko'rsatish, kunduz gi stasionarda poliklinikada, bolalarda jarroxlik kasalliklarining har-xil etaplarida diagnostik va davolovchi yordam ko'rsatish, sanitargigiyenik, davo—profilaktik chora-tadbirlarni, stasionardan chiqarilgach reabilitasiya savollarini amalga oshirish:

### **O'QITISH MASALARI:**

- 1) Bolalarda jarroxlik patologiyaning klinik belgilarining xususiyatlarini klinik va differensiyal-diagnostikani o'rganish
- 2) Yoshga va premorbid foniga bog'liq holda asoratsiz kechuvchi jarroxlik kasalliklarini klinik kasalliklarini o'rganish
- 3) Bolalarda jarroxlik patalogiyani davolashni umumiy prinsiplarini o'rganib olish.
- 4) Sog'liqni saqlashning birinchi bo'g'inida bolalarga jarroxlik yordamni tashkillashtirishning prinsiplarini o'rganib olish
- 5) Kichik jarroxlik muolajalarini va operasiyalarni o'rganib olish

**MASHG'ULOTNING O'TKAZISH JOYI:** Bolalar yiringli xirurgiya bo'limi, poliklinikaning jarroxlik kabineti kompyuter markazi, o'quv xonasi, funksional diagnostik bo'limi.

### **DARSNING MAZMUNI.**

**O'tkir appendisit hamma yoshdag'i bolalarda uchrab, bolalar o'rtasida eng ko'p tarqalgan hirurgik kasallik hisoblanadi.** U ekstrenli operasiyalarning 75 % ni tashkil qiladi. Bolalarda kasallik diagnostikasi katta qiyinchiliklar tug'diradi. Kasallik simptomlari faqatgina

appendisitga hos bo'lmagan simptomlardir. Bolalarda o'tkir appendisitning etiopatogenezida o'zining asosiy rivojlanish qonunlari bor. Biroq, chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishi ileosekal sohaning, qorin bo'shilg'i a'zolarining rivojlanish anatomo-fiziologik holatiga chambarchas bog'liq va har hil yoshda o'ziga hosdir.

O'tkir appendisitning tipik klinik kechishi quyidagi klinik belgilarni o'z ichiga olib, diagnoz qo'yish uchun ko'p qiyinchiliklar tug'dirmaydi, Ular qorindagi og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, quish va ba'zan ichak faoliyatining bo'z ilishidir. O'tkir appendisitning keyingi asosiy simptomni o'ng yonbosh sohasidagi qorin mushaklarining taranglashuvidir. Bemor bolani har tomonlama tekshirib bo'lgach, eng ohirida Shyotkin - Blyumberg siptomni tekshirib ko'rildi.

Har doim bemor bolani tekshirib ko'nishda bimanal rektal tekshirish usulini o'tkazish lozim. Bu usul bilan quyidagi asoratlar va kasalliklar aniqlanadi: appendikulyar infiltrat, follikulyar va lyutein kistalar, tuumdon kistasining buralib qolishi va boshqalar. (1-rasm)

Bolalarda o'tkir appendisit diagnostikasida leykositlar miqdorining o'zgarishi kattalarniki kabi ahamiyatga ega emas, ammo boshqa siptomlar bilan birga tekshirilsa diagnoz qo'yishga yordam berishi mumkin. Ko'p holatlarda (deyarli 65 %) leykositlar miqdori oshadi ( $15 - 17 \text{ h } 10^6 \text{ g/l}$ ) va leykositar formula chapga siljigan bo'ladi.

Yosh bolalarda umumiyl simptomlar mahalliy simptomlardan ustun turadi va shu yoshdagagi bolalarda uchraydigan ko'p kasalliklar klinikasiga hos ko'rinish kasb etadi: tana haroratining yuqori darajaga ko'tarilishi, ko'p marta quish, ichak faoliyatining bo'z ilishi, bolaning injiq, kamharakatchan bo'lib qolishi, uyqusining bo'z ilishi, og'riqning kuchayib borishi bilan, bolaning bezovtalanishi ham oshib boradi. Tana haroratining oshishi deyarli hamma holatlarda (95 %) ko'z atiladi va ko'pincha  $38 - 39^\circ \text{S}$  ga yetadi. Quish simptomni 80 % xollarda uchrab, ko'p marotabalik bo'ladi, kun davomida 3 - 5 martagacha ko'z atilishi mumkin. Ahlatining suyuq bo'lishi asosan destruktiv appendisitlarda ko'p uchraydi. Leykositlar miqdori  $25 - 30 \text{ h } 10^6 \text{ g/l}$  gacha oshadi va leykositar formula chapga siljigan bo'ladi.



1-rasm. Rektal tekshirish usuli

Bemor bolani uyqusida tekshirib ko'rish keng tarqalgan bo'lib, ammo fiziologik uyquni kutish ko'p vaqt talab etadi. Yosh bolalarning qormidagi o'tkir prosesslar tez destruktiv tus olishini hisobga olgan holda, ko'p vaqtini yo'qotish maqsadga muvofiq emas. Bunday holatlarda bolalarni medikamentoz uyqu paytida ko'rish tavsiya etiladi.

O'tkir appendisit diagnostikasi katta qiyinchiliklar tug'diradi. Klinik simptomlar ichida aynan o'tkir appendisitga hos bo'lgan uchramaydi. Qo'shimcha tekshirish usullari orasida ham O'tkir appendisit diagozini tasdiqlovchi usul yo'q. Xirurg kasallik anamneziga, obyektiv tekshirish natijalariga tayanib diagnoz qo'yishiga to'g'ri keladi.

**Differensial diagnostika.** O'tkir appendisitning kechishi hatto katta yoshdagи bolalarda ham kattalardan tubdan farq qiladi. Bolalarda o'tkir appendisit (ayniqsa, atipik appendisit) ko'pgina kasalliklarga o'hshab ketadi. Ko'p holatlarda somatik kasalliklar o'tkir appendisit klinikasini eslatgani uchun, noo'rin operasiya qilinishiga sabab bo'ladi.

Katta yoshdagи bolalarda o'tkir appendisit ko'pincha oshqozon ichak trakti kasalliklari, qabziyat, o't haltasi va o't yo'llari, siydiq ajratish kasalliklari, o'tkir respirator virusli kasalliklar, zotiljam, bolalar infeksiyon kasalliklari, gemorragik vaskulit (Sheylen-Genoha kasalligi), qiz bolalarda jinsiy a'zolarning kasalliklariga o'xshab ketadi.

Kichik yoshdagи (ayniqsa 3 yoshgacha) bolalarda differensial diagnostika o'tkir respirator virusli kasalliklar, qabziyat, zotiljam, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, otit, bolalar infeksiyon kasalliklari bilan o'tkaziladi.

**O'tkir respirator virusli infeksiyalar (O'RFI).** O'tkir virusli respirator infeksiyalarning abdominal og'riq bilan kechishi bemorlarning xirurgik shifoxonaga yuborishga sabab bo'ladi. Bu kasalliklarga hos bo'lgan uchlik simptomlari quyidagilardir: og'riq, quşish va tana haroratinining ko'tarilishi. Diagnostik xatolar ko'pincha kichik yoshdagи bolalarda yo'l qo'yiladi. O'tkir appendisitdan farqli o'laroq, O'RFI ning dastlabki soatlaridan tana haroratinining ko'tarilishi ko'z atiladi, yo'tal paydo bo'lib, bo'midan shilimshiq ajraladi, yonoqlari, tomog'i qizaradi.

O'RFIda qorindagi og'riq ayrim o'ziga hos belgilar bilan kechadi, masalan, O'RFI da og'riq biroz kechroq paydo bo'ladi va ko'pincha kindik atrofida yoki epigastral sohada bo'ladi. O'ng yonbosh sohasidagi og'riq ko'p davom etmaydi va unchalik kuchli bo'lmaydi. Shu sohada mushaklarning passiv taranglashuvi hamda qorinpardaning yallig'lanish simptomlari manfiy bo'ladi.

**Oshqozon-ichak trakti kasalliklari.** Oshqozon-ichak trakti kasalliklarida o'tqir appendisitdan farqli o'laroq ichak faoliyatining bo'z ilish simptomlari birinchi o'rinda turadi va shu bilan birga og'riq ham ko'z atilishi mumkin. Ko'p ich ketishi va quisish natijasida eksikoz va toksikoz belgilari yaqqiqol namoyon bo'ladi. Bemor ahvolining og'irligiga qaramasdan qorin tomonidan abdominal simptomlar ko'zga unchalik tashlanmaydi: qormi yumshoqligicha qoladi, og'riq unchalik kuchli emas va asosan ingichka ichak tutqichi proyeksiyasida bo'ladi, o'ng yonbosh sohasidagi mushaklar tarangligi sezilmaydi.

**Siydik ajratish sistemasi.** O'tkir appendisit kasalligini ayrim holatlarda bu guruh kasalliklari bilan differensial diagnoz qilishga to'g'ri keladi. Bu juda ham murakkab bo'lib, ancha qiyinchiliklar tug'diradi, ayniqsa kichik yoshdag'i bolalarda. Og'riq urologiq kasallar uchun ko'p holatlarda yagona klinik simptom bo'lib sanaladi. Qorindagi og'riq appendisitdan farqli ravishda o'zining xususiyatlariga ega. Og'riq xurujsimon bo'lib, ko'p davom etmaydi, ayrim hollarda juda kuchli va chov sohasiga hamda jinsiy a'zolarga irradiasiyalanadi.

To'g'ri diagnoz qo'yishda kasallik anamnezi, siydikdagi o'zgarishlar, oilaviy anamnez (rsiy uro- va nefropatiyalar) muhim rol o'ynaydi. Siydik yo'llari kasalliklarida shubha bo'lganda ikki o'lchamli ultratovush skanerlash aniqlik kiritadi. Ultratovushli tekshirish yordamida sanoqli daqiqalarda diagnozni aniqlashga erishiladi va bu bemomi oldindan hyech qanday mahsus tayyorlashni talab qilmaydi, ayniqsa, buyraklar strukturasini, undagi toshlarni aniqlashda bebahoh usul bo'lib hisoblanadi. Ekskretor urografiyanı qo'llash ham maqsadga muvofiqdir.

**Bolalar infektion kasalliklari.** Bu kasalliklardan qizamiq, skarlatina, suvchechak, qizilcha va infektion gepatit qorinda og'riq bilan kechishi mumkin. Shuning uchun bu kasalliklarni o'tkir appendisit bilan differensiallashga to'g'ri keladi. Diagnostik hatoga yo'l qo'ymaslik uchun bemor bolaning teri qoplamlarini va og'iz bo'shlig'ini obdon tekshiriladi. Shuni esda tutish lozimki, infektion kasalliklarda og'riq kindik atrofida bo'ladi va qorin oldingi devorining mushaklar tarangligi ko'z atilmaydi.

**Appendikulyar infiltrat.** Bolalarda kattalarga nisbatan kam uchraydi (2-rasm). Bu asorat ko'pincha katta yoshdag'i bolalarda (10 – 14 yosh) uchraydi va O'tkir appendisitning kech aniqlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Appendikulyar infiltrat odatda juda tez appendikulyar assesssga aylanishi mumkin. Deyarli hamma holatlarda yuqori harorat,

giperleykositoz va EChT (SOE) tezlashishi bilan kechadi. Qorinni palpasiya qilib ko'rganda, mushaklar tarangligi bilinar bilinmas va o'ng yonbosh sohada yumaloq og'riqli hosila borligi aniqlanadi. Diagnozni to'g'ri ichak orqali barmoq bilan tekshirib tasdiqlash mumkin.

Kichik yoshdag'i bolalarda appendikulyar infiltratni qonservativ davolash havfli hisoblanadi, chunki infiltrat har soatda o'zgarib assessga aylanishi va bolaning hayotiga havf solishi mumkin. Buni hisobga olgan holda appendikulyar infiltrat kichik yoshdag'i bolalarda operativ davolanadi. Operasiyadan asosiy maqsad yirningni chiqarib, bo'shlqnini drenajlashdan iborat.

**Diafragma osti assessi.** Yirningli assessning bevosita diafragma gumbazi ostida joylashishi diafragma osti assessi hisoblanadi. Bolalarda deyarli hamma holatlarda diafragma osti assesslari qorin bo'shlig'i tomonidan joylashgan bo'ladi. Diafragma osti assesslari ko'pincha appendektomiya operasiyasidan so'ng uning asoratlangan holatlarida uchraydi. Diafragma osti assessining o'ziga hos belgilari yo'q. Odatda kuchli intoksikasiya, yuqori tana harorati, kamquvvatlik, ko'ngil aynishi va quşish bilan kechadi. Nafas olishi va pulsi tezlashgan. Og'riqni his qilish bolalarda noaniq. Ayrim holatlarda katta yoshdag'i bolalar qovurg'a yoyi ostida og'riq borligiga shikoyat qilishadi. Bu holatda frenikus simptom musbat bo'lishi mumkin. Chuqur nafas olganda og'riq hissi kuchayadi.

Asosiy davosi operativ. Yiring qanchalik tez ochilib drenajlansa, shuncha yaxshi natijaga erishish mumkin.

**Peritonit.** Bolalarda appendisitning eng havfli asoratlaridan biri bo'lib sanaladi. Peritonit kichik yoshdag'i (3 yoshgacha) bolalarda katta yoshdag'i bolalarga qaraganda 4 – 5 marta ko'proq uchraydi. Bu holat kichik yoshdag'i bolalarda o'tkir appendisitning kech aniqlanishi, umumiy symptomlarning mahalliy symptomlardan ustun turishi, antibiotiklarning qo'llanilishi bilan izohlanadi. (2-rasm)



2-rasm. Kichik yoshdag'i bolalarda charvining kaltaligi.

Peritonitning kechishida o'chta faza tafovut qilinadi: reaktiv, toksik va terminal.

1. Reaktiv faza (birinchi 24 soat). Mahalliy simptomlar yaqqol namoyon bo'ladi: og'riq, mushaklar tarangligining yaqqol namoyon bo'lishi, quisish, bezovtalanishi, tahikardiya, tana haroratining ko'tarilishi, qonda leykositar formulaning chapga siljishi.

2. Toksik faza (24 – 72 soat). Intoksikasiya belgilarining yaqqol namoyon bo'lishi: teri qoplamlarining oqarishi, uning "marmarli" tus olishi, lanjlik, adinamiya, tahikardiya, gipotoniya, tana haroratining yuqori bo'lishi. Mahalliy simptomlar so'nib boradi, og'riq kamayadi, hatto yo'qoladi, ichaklardaerez kuchayib boradi, ayniqsa kichik yoshdag'i bolalarda.

3. Terminal faza (72 soatdan ortiq). Juda og'ir intoksikasiya, hayotiy zarur a'zolar faoliyatining bo'z ilishi va septik shok alomatlari namoyon bo'ladi.

Peritonitni davolash uchta asosiy: operasiya oldi tayyorgarligi, operativ davo va operasiyadan qyeyingi bosqichlardan iborat.

Operasiya oldi tayyorgarligi gipovolemiyaga va degidratasiyaga qarshi o'tkaziladi. Infuzion terapiya asosini dezintoksikasiyalovchi va gemodinamikani yahshilovchi dori-darmonlar (gemodez, reopoliglyukin, poliglyukin, albumin, Ringer suyuqligi, plazma va qon) tashkil qiladi. (3 rasm)

Operasiya oldidan va operasiyadan keyin albatta keng qamrovli antibiotiklar qo'llaniladi.

Operasiyadan maqsad infeqsiya o'chog'i bo'lmish chuvalchangsimon o'simtani olib tashlash va qorin bo'shlig'ini yahshilab sanasiya qilishdan iboratdir.

Chegaralangan, mahalliy peritonitda va appendikulyar infiltratning yiringlashi natijasida qorin bo'shlig'ida yiringli bo'shliq paydo bo'ladi. Bu qorinda og'riq, tana haroratining geftik darajaga ko'tarilishi, qorin parda yallig'lanish simptomlarining musbat bo'lishi bilan harakterlanib, ba'zan to'liq yoki qisman ichak o'tmasligi bilan kechishi mumkin. Paypaslab ko'rilmaga qorinda og'riqli hosila seziladi.



3-rasm  
Chuvalchangsimon  
o'simtaning joylashish  
turlari.

Chuvalchangsimon o'simta *atipik* joylashganida (15 % holatda) kasallikning' klinik ko'rinishi boshqacha tus oladi. Qorin bo'shlig'ining boshqa organlari kasalliklariga xos klinik belgilar paydo bo'ladi.

Chuvalchangsimon o'simtaning pastga (chanoq) va retrosekal joylashuvi amaliy ahamiyatga ega. (3-rasm) Chuvalchangsimon pastga qarab joylashganda, bolalarda siyidik qopi yuqori joylashganligi sababli o'tkir sistit manzarasi namoyon bo'lishi mumkin. Bunda siyish paytida og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Agar chuvalchangsimon o'simta ko'r ichakning orqasiga retrosekal joylashgan bo'lsa, u holda o'tkir appendisit buyrak kasalliklari klinikasiga o'xshab ketadi. Bunda Pasternaskiy simptomi musbat bo'lib, siyidikda o'zgarishlar ko'z atiladi. Agarda jigarning tagiga qarab joylashgan bo'lsa, mushak tarangligi qorinning yuqori qismida, jigar sohasida seziladi.

Chuvalchangsimon o'simta medial joylashganda, qorinda kuchli xurujsimon og'riqlar, ko'p marta quşish, ich ketishi ko'z atiladi.

Chuvalchangsimon o'simta atipik joylashgan hollarda bemorga xato diagnoz qo'yish hollari ko'z atiladi. Buning oldini olish maqsadida kasalxona sharoitida kasallik dinamikasini ko'z atib borish tavsiya etiladi.



4-rasm Laparoskopik appendektomiya

Davolash faqat shifoxona sharoitida amalga oshiriladi. Davolash o'tkir appendisitning hamma ko'rinishlarida va kasallikning qachon boshlanishidan qat'iy nazar qisqa muddat ichida operasiya qilishga asoslangan.

Hozirgi vaqtida bolalar yoshidagi xususiyatlarni xisobga olgan holda keng qo'llanilayotgan laparoskopik appendektomiya prinsipial yangicha yondoshish bo'lib sanaladi. (4-rasm)

Kichik yoshdagagi bolalarda ligaturali usulda appendektomiya o'tkazish o'zining havfsizligi va operasiya muddatining qisqa bo'lganligi, hamda kiset choc qo'yilganda ko'richak devorining qurilishini oldini olishi bilan qulay hisoblanadi.

## OSHQOZONNI ZONDLASH

- zarur bo'ladigan asboblar va dori moddalarni tayerligi tekshiriladi:  
affektivlar, shariklar, spirt, oshqozon zondi,

- qo'llar oqar suvdasovun bilan yuviladi, sachoq bilan artilib, spirit bilan surtiladi;

- bemor ko'riv stoliga yelkasiga yetqiziladi;

- oshqozon zondini zaruriy o'z unligi o'lchanadiburundan to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasigacha bo'lgan masofa;

- bolani boshini chap qo'l bilan ushlanadi, o'ng qo'l bilan ohista kateter bolani chap burun katagi orqali kiritiladi;

- kateter uchi burun, og'iz, halqum va qizilo'ngach orqali o'tib, oldindan belgilangan o'z unlikda oshqozonga tushadi;

- kateter orqali oshqozon mahsuloti chiqa boshlaydi;

- zaruriy muolaja bajarilgach kateter sekinlik bilan chiqarib olinadi

## **OSHQOZONNI YUVISH**

### **Ko'rsatma:**

1. Davolash maqsadida.

2. Diagnostika maqsadida.

3. Oshqozondan sifatsiz ovqatlarni yuvib tashlash.

4. Organizmaga zaxarli ximikatlar og'iz orqali oshqozonga tushganda.

5. Dori vositalari bilan zaxarlanganda.

6. Bakteriya toksinlari bilan zaxarlanganda.

7. Zaxarli o'simliklar bilan zaxarlanganda (qo'ziqorin v.b.q.).

### **Tayyorlash:**

- bemor bolani ota onasiga bo'ladigan muolaja haqida tushuntirish.

### **Kerakli sharoit va instrumentlar va dori vositalari:**

1. Muolaja xonasi.

2. Kushetka yoki chaqoloq yo'rg'aqlaydigan stol.

3. Oshqozonni yuvish uchun kerakli suyuqliklar (suv, 2 % bikorbanat natriy eritmasi yoki permangant kaliyning och pushti rang eritmasi va ko'rsatmaga asosan antidot eritmalar).

4. Qalin zondlar har xil razmerdagi va har xil diametradi (katta yoshdagi bolalar uchun 70-100 sm. li diametri 10-12 mm., ko'krak yoshdagi bolalar uchun 3-5 mm. li zondlar).

5. Shishali shpris (20 gr.)

6. Voronka.

7. Tog'ora.

8. Vazelin malhami.

9. Oshqozonga yetarli bo'lishi kerak bo'lgan zondni aniqlash uchun taxminiy o'lchamlardan foydalanish mumkin bu burun uchidan to'kindik

chuqurchasigacha bo'lgan masofani olish mumkin yoki aniqroq o'lchash uchun quydag'i formula orqali hisoblanadi:  $20/- p, p$ - bola yoshi.

### **O'tkazish texnikasi (aseptika qoidalariiga rioya qilgan holda).**

1. Bemoming holati kichik yoshdagi bolalarni yotqizib yonbosh holatda boshini ozroq yonboshga burilgan holatda, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarni hamshira tamonidan tizzasiga o'tirg'izdirib bemorni oldini pelyonka bilan yopib oyoqlarini o'zining ikki oyog'i orasiga olgan holda boshini yelkasiga keltirib o'tkaziladi.

2. Zondni o'tkazuvchanligini tekshirish kerak.

3. Zond uchini vazelin yog'i bilan moylash kerak.

4. Zondni o'ng qo'lga olib bemor boladan og'zini ochishni aqs holda shpatel orqali til asosini bosib tamog'i tamon yuborib tez harakat bilan zond yo'naltiriladi.

5. Bemor boladan yutush harakatini qilish tavsiya etiladi va ohista harakat bilan zond qizilo'ngachdan o'tkaziladi (bu muolaja maktabgacha va maktab yoshidagi bemor bolalarga o'tkaziladi).

6. Oshqozonda zondning turganligini bilish uchun quyidagi sinama o'tkaziladi ya'ni fonendoskop oshqozon proyeksiyasiga qo'yilib shpris orqali havo yuboriladi shunda havo puflangani eshitiladi, shuningdek quşish refleksi to'xtaydi.

7. Katta yoshdagi bolalarni oshqozonini yuvish uchun bolani stulga o'tirqizdirib oldini fartuk yoki choyshab bilan yopiladi. (5-rasm)

8. Zond yuborilgandan so'ng tashqi teshigi varonkaga ulanadi va sifon prinsipi bo'yicha yuviladi.

9. Kichik yoshdagi bolalarni oshqozonini yuviishda shishali 20 gr. li shprisdan foydalaniladi.

10. Oshqozon yuvilgandan keyin zond asta sekin tortib olib tashalanadi.

### **INTERAKTIV O'YIN «DAVRA STOLL»**

Stol atrofida o'tirgan bir guruh talabalarga varaqda yozilgan savol o'rta ga qo'yiladi, va shu savolga javobni har bir talaba o'zining varag'iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. O'yin tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi ko'rilib, baholanadi: noto'g'ri javoblar o'chiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o'yinni ham yozma, ham og'zaki tarzda o'tkazish mumkin.

### **«QOPDAGI MUSHUK» KONKURSI**

Interaktiv ko'rnishdagi yangi texnologik usullardan biri – «qopdag'i

mushuk» qonkursidir.

Bu usul talabaning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informasiyalarni mustahkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlami tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab qo'yadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talabani e'lon qiladi.

### **«STOL O'RTASIDAGI RUCHKA» KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «qopdagi mushuk» qonkursidir.

Bu usul talabaning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informasiyalarni mestahkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlami tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab qo'yadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talabani e'lon qiladi.

### **«UCH POG'ONALI SUHBAT» USULIDA**

„Uch pog'onali suhbat” uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'yicha ishlash uchun 3 kishilik guruhlar to'z ish, bir-biriga ishonchni o'matish, ochiq muhomaga to'sqinlik bo'layotgan psixologik bosimni yengish, vaqtini belgilash shart.

Har bir guruhda „vrach”, „bemor”, „ekspert-UASH” rollari taqsimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yeki talaba „ekspert-UASH” rolida bo'lishi mumkin. „Bemorga” xirurgik kasallik nomi aytildi va talaba og'zaki yoki yozma ravishda malumot berishi kerak. „Vrach” berilgan malumotlarga qarab to'g'ri diagnoz qo'yishi kerak, „ekspert-

**UASH**" – ishning to'g'riliqini baholaydi. Guruh ishtiroqchilarini ishini baholanishi uch bo'limda yoziladi:

1. nima to'g'ri qilindi;
2. nima noto'g'ri qilindi;
3. qanday qilish kerak edi.

Hamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida har bir guruh o'z qonsultasiyasini ekspert xulosasi bilan namoyish etadi. Boshqa variant – talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xaqqoniy qonsultasiyasida butun guruh va pedagog muxokama qiladilar.

### **«ZAIF BO`G`IM » USULNING UMUMIY HOLATI**

«Slaboye zveno» interaktiv o'yini quyidagi usulda o'tkaziladi. Ma'sul assistent har bir mavzu bo'yicha 30-50 savollarni oldindan tayyorlab qo'yadi. Savollar qisqa, qonkret bo'lishi lozim, va ularga kutilayotgan javob 5-15 sekundni talab qilish kerak. Bir guruh talabalari yarim doira bo'yicha saf tortadi, ularning yoniga, ballarni ro'yxatga olish uchun guruh assistenti joylashadi. Ma'sul assistent studentlarni o'yin qoidalari bilan tanishtirib chiqadi. Savol berilgandan so'ng, student uni qaytarmasdan 3 sekund ichida javob berishni boshlash lozim. Agar student savolga javob berishni boshlamasa, yoki noto'g'ri javob berishni boshlasa keyingi savol boshqa studentga beriladi. Shunday qilib bir mavzuga tegishli savollarni berib bo'lgach, keyingi mavzu savollariga o'tiladi. Har bir savolga berilgan javob 3 ballik sistema bilan baholanadi. To'liq to'g'ri javob – 3 ball, to'g'ri, lekin noto'liq javob uchun – 2 ball, noto'g'ri javob, yoki javob bermasa – 0 ball. O'yin oxirida ballar yig'ilib, ularning o'rtachasi sanalib studentlarga e'lon qilinadi.

#### **Interaktiv o'yinlar savollari:**

Beriladigan topshiriqlar namunasi:

1.O'tkir appendisitning 3 asosiy simptomlarini ko'rsating:

javob:

Og'riq, quşish, subfebril temperatura

2. Atipik joylashgan appendiks to'rlarini ko'rsating:

javob:

Retrograd,

jigarosti,

retroperitoneal, .

kichik chanoqda

chap yon bosh sohada

3. Chap yon bosh sohani bosganda o'ng yon bosh sohada og'riqning paydo bo'lishi bu:

Javob:

Rovzing simptomi

4. Yallig'lanish o'chog'i ustida perkussiyada og'riq paydo bo'lishi bu:

Javob:

Razdolskiy simptomi

5. Bemor chalqancha yotib, buklanmagan o'ng oyog'ini ko'targanda o'ng yon bosh sohani palpasiya qilganda og'riqning kuchayishi bu:

Javob:

Obrazsov simptomi

6. Chaqaloqlarda o'tkir appendisitning xususiyatlari

Javob:

Kam uchraydi, tez kechadi

7. Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari, tuxumdon kistasi yorilishi, va siydiq chiqarish yo'llari kasalliklari qaysi kasallik bilan taqqoslanadi?

Javob:

O'tkir appendisit bilan

8. O'tkir appendisit asoratlarini ko'rsating:

Javob:

Appendikulyar absess, qorin bo'shlig'inining lokal absesslari, tarqalgan yiringli peritonit, darvoza venasi va tarmoqlarining septik tromboflebiti (pileflebit)

9. Appendektomiyadan keyingi asoratlami ko'rsating:

Javob:

Peritonit, qorin bo'shlig'i absesslari, ichak oqmalari, qorin bo'shlig'idagi qon ketishlar, o'tkir ichak tutilishlari va yara asoratlari

10. 3 yoshgacha bolalarda appendiksning anatomik xususiyatlarini ko'rsating:

Javob:

Kalta va keng asosli

## VAZIYATLI MASALALAR.

1.10 yoshli qiz bolada o'tkir appendisitga shuhha qilib operasiya o'tkazildi. Operasiya paytida o'ng tuxumdon kistasi buralishi aniqlandi. O'simta o'zgarishsiz. Kista olib Samotu 'simtaga munosabatingiz qanday bo'ladi?

2 Bolaning qomidagi og'riqlar 6 kundan buyon bezovta qiladi. Ko'rik paytida qomi yumshoq, peritonial belgilar yo'q, siyishi tezlashgan, tana harorati  $38^{\circ}\text{S}$ . Qonda leyqositlar soni – 17000. to'g'ri ichak orqali ko'rildi qattiq o'smasimon hosila bor. Sizning tashxisingiz va taktikangiz?

3. Gangrenoz appendisit bo'yicha operasiyadan 2 hafta o'tgach bemorning ahvoli birdan yomonlashdi, quşish, tahikardiya, terining oqarishi va gemoglobinning pasayishi ko'z atildi. Arterial qon bosim  $110/70 \text{ mm.sim.ust}$ . Ushbu holatda sizning taktikangiz?

4. Bolada operasiya vaqtida perforativ appendisit va periappendikulyar abscess aniqlandi, abscessning devorlari puchaygan. Appendektomiya bajarilgan. Keyingi to'g'ri taktika qanday bo'ladi?

5. Qabulxona bo'limiga 12 yoshli bola murojaat qildi. Qomidagi og'riqlar 5 kundan buyon bezovta qilmoqda, tana harorati  $38,5^{\circ}\text{S}$ . Qomini paypaslab ko'rildi o'ng yonbosh chuqurchasida uncha katta bo'limgan yumaloq, og'riqli hosila bor. Sizning tashxisingiz va taktikangiz?

6. Operasiya vaqtida perforativ appendisit aniqlandi. Qorin bo'shlig'i suyuqligi tiniq, chuvalchangsimon o'simta yonida kam miqdorda yiringli fibroz qoplamali to'qimalar infiltrasiyasi bor. Appendektomiyadan keyingi to'g'ri harakat nimadan iborat?

7. Qabulxona bo'limiga 3 oylig bola yashash joyi poliklinikasidan o'tkir appendisit diagnozi bilan yuborildi. Ko'rik paytida o'tkir appendisit belgilari aniqlanmadi. Sizning taktikangiz?

8. O'ng yonbosh sohasida "sovuz" infiltrat bo'yicha qonservativ usulda davolanayotgan bemorda bir haftadan keyin ko'rik paytida infiltrat aniqlanmaydi, umumiyligi ahvoli qoniqarli, og'riq yo'q, tana harorati  $36,8^{\circ}\text{S}$ . Sizning keyingi to'g'ri taktikangiz?

9. Bemor "sovuz" appendikulyar infiltrat bo'yicha qonservativ davolish vaqtida qomida og'riq paydo bo'ldi, tana harorati  $38,7^{\circ}\text{S}$ , peritonial belgilari paydo bo'ldi. Sizning taktikangiz?

10. Qabulxona bo'limiga 4 yoshli bola keltirildi. Onasining so'ziga qaraganda 2 kun oldin bolada qorinda og'riq, quşish va  $37,8^{\circ}\text{S}$  tana harorati ko'z atilgan. Onasi og'riqni qoldiruvchi dorilar bergen. Shundan so'ng bola bezovtalanmagan. Ko'rik paytida bolaning umumiyligi og'ir, tana temperaturasi  $38,5^{\circ}\text{S}$ , qorinda kuchli og'riq, SHyotkin - Blyumberg simtomi musbat. Sizning taktikangiz?

## O‘Z – O‘ZINI NAZORAT QILISH TESTLARI.

1. O‘tkir appendisit kelib chiqishini qaysi nazariya ko‘proq tushuntirib bera oladi?
  1. dimlanish nazariyasi
  2. yopiq zanjir nazariyasi
  3. nerv-qon tomirlari nazariyasi
  4. infekcion nazariya
  5. gematogen nazariyasi
2. Chuvalchangsimon o‘simta qanday joylashmaydi?
  1. pastga qarab yo‘nalishi
  2. oldindan yuqoriga qarab yo‘nalishi
  3. retrosekal joylashishi
  4. retrovezikal joylashishi
  5. medial joylashishi
3. Appendisitning qaysi to‘ri destruksiyali hisoblanmaydi?
  1. flegmanoz
  2. gangrenoz-perforativ
  3. gangrenoz
  4. kataral
  5. o‘samtaning empiyemasi
4. O‘tkir appendisitga xos bo‘lgan og’riq?
  1. tutqanoqsimon
  2. doimiy va kuchayuvchi og’riq
  3. xanjar sanchganda ko‘z atiladigan og’riq
  4. og’riqning bo’lmasligi
  5. to’mtoq og’riq
5. O‘tkir appendisitni 3-yoshgacha bo‘lgan bolalarda kam uchrashiga sabab bo’lmaydigan holat:
  1. bolada qabziyatning yo‘qligi
  2. asosan sutli ovqatlar istemol qilinishi
  3. o‘sintada follikulalarmingkamligi
  4. appendiksningqonussimon shakli
  5. tez-tez shamollah kasalligi

6. Quyidagi belgilardan qaysi biri uch yoshgacha boʼlgan bolalardagi oʼtkir appendisit klinikasiga hos emas?

1. bola xatti-harakatiningoʼzgarishi
2. bola uyqusining boʼz ilishi
3. quşish va kindik atrofida ogʼniq
4. tana haroratiningkoʼtarilishi
5. giperleykositoz (30-40 ming)

7. Appendisitda qaysi holatda vaqtinchalik qonservativ davolash oʼtkaziladi?

1. appendikulyar infiltrat
2. appendikulyar sanchiq
3. kataral appendisit
4. flegmonoz appendisit
5. perforativ appendisit

8. Appendikulyar infiltratda qorinda nimani paypaslash mumkin?

1. taxtaga monand qorin
2. koʼrichak sohasida hosila
3. oʼng yonbosh sohasida hosila yoki zichlanma
4. chap yonbosh sohasida hosila yoki zichlanma
5. oʼng yonbosh sohasida flyuktuasiya belgisi

9. Appendikulyar infiltratda vrachning taktikasi:

1. appendektomiya va qorin boʼshligʼini drenajlash
2. appendektomiya va antibiotikoterapiya
3. antibiotikoterapiya-appendektomiya va mahalliy davolash
4. qonservativ davolash, soʼng appendektomiya
5. shoshilinch appendektomiya

10. Appendikulyar absessda vrachning taktikasi:

1. ekstrenli appendektomiya va qorin boʼshligʼini drenajlash
2. dastlab mahalliy davolab, soʼng appendektomiya
3. shoshilinch appendektomiya, qorin boʼshligʼini drenajlash, antibiotikoterapiya
4. appendikulyar absessni ochib drenajlash, soʼng rejali ravishda appendektomiya qilish
5. antibiotikoterapiya, mahalliy davolash, appendektomiya

**MAVZU №2: Bolalarda oshqozon va 12-burmoq ichak yarashini  
xirurgik asoslari diagnostikasi va differensial diagnostikasi, davom  
Bolalarda qizilnangaehning termik va kimyoviy qo'yishi**

**MAVZU DOLZARBLIGI:** Bolalarning jarroxlik kasalliklari - bu qishloq vrachlik punktida ishlovchi umumiy amaliyot vrachlarining amaliyot faoliyatida asosiy bo'lib jarroxlik kasalliklari bor bolalarga ambulator jarroxlik yordam ko'rsatish xususiyatlarini o'rganish bu kasalliklar ko'p uchrashi hisobiga aktual masaladir.

**MASHG'ULOT MAQSADI:** Umumiy pediatr vrachini sog'liqni saqlashining birlamchi bo'g'unida malakaviy davo profilaktik ishini mustaqil yuritishga tayyorlash. Tez va shoshilinch yordam bo'yicha shoshilinch holatlarda diagnostik va davolovchi yordamni ko'rsatish, kunduz gi stasionarda poliklinikada, bolalarda jarrohlik kasalliklarning har-xil etaplarida diagnostik va davolovchi yordam ko'rsatish, sanitargigiyenik,davo-profilaktik chora-tadbirlarni,stasionardan chiqarilgach reabilitasiya savollarini amalga oshirish:

**O'QITISH MASALALARI:** 1.Bolalarda quşish sindromi bilan kechadigan xirurgik kasalliklar va tug'ma nuqsonlarining klinikasi va diagnostikasi xakidagi bilimlarini takomillashtirish.

2.Talabalarda quşish bilan kechadigan xirurgik kasalliklami va tug'ma nuqsonlarini tekshirish usullari buyicha amaliy kunikmalar xosil qilish.

3. Talabalmi quşish sindromi bilan kechuvchi kasalliklar va anomaliyalami davolash usullari bilan tanishtirish.

4. Talabalarga quşish sindromi bilan kechadigan xirurgik kasalliklar va anomaliyalarda operasiyadan keyingi davrda profilaktik davolash, dispanserizasiya va reabilitasiya usullarini urgatish.

**MASHG'ULOTNI O'TKAZISH JOYI:** Bolalar jarroxligi Ilmiy Markazi shoshilinch va rejali xirurgiyasi bulimlari, funksional diagnostika markazi, chaqaloqlar xirurgiyasi bulimi, poliklinikaning jarroxlik kabineti, kompyuter markazi, o'quv xonasi.

**Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalliklari ko'p davom etadigan va osonlikcha to'z almaydigan kasallik bo'lib hisoblanadi.**

Oshqozon yara kasalliklari kichik yoshdagi bolalarda kamdan-kam hollarda uchraydi. 7 – 14 yoshdagi bolalarda 0,08 % hollarda uchrashi

mumkin. O'g'il bolalar qiz bolalarga nisbatan kasallikka qo'proq chalinadilar (5 : 1 nisbatda).

O'n ikki barmoqli ichakda yaralar ko'proq uchraydi. Xuddi kattalarmiki kabi, bolalarda ham, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining kelib chiqishida quyidagi faktorlar sabab bo'ladi: alimentar, psixoemosional faktorlar, infektion kasalliklar bilan og'rish, visseral faktorlar (qorin bo'shlig'i a'zolarining kasalliklari) va irsiyat.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining asosiy va doimiy simptomi bo'lib og'riq sanaladi (98 % holatda). Ayniqsa, kasallikning boshlanish vaqtida og'riq noaniq harakterga ega bo'ladi. Bolaning yosh jihatdan kattalashganı sari og'riq muayyan davriylik kasb etadi: ochlik – og'riq – ovqatlanish – yengillikni his qilish – ochlik – og'riq va h.q.

Ko'p hollarda bolalar og'riqning zo'rayib ketishi natijasida ko'ngil aynishi va quşishga shikoyat qiladilar. Tana massasining kamayib borishi, zarda qaynashi, ich qotish kabi belgilar ham shu kasallikka xos belgilar hisoblanadi. Kasallik erta bahorda va ko'z faslida avj oladi.

Kasallikka diagnoz qo'yishda klinik simptomlarni aniqlash bilan birgalikda, rentgenologik va endoskopik tekshirishlar o'tkazish lozim. Oshqozon shirasidagi kislota miqdorini aniqlash yara kasalligini aniqlashda yordam beradi. Odatta, yara kasalligida kislota miqdori oshgan bo'ladi. Qaytalanuvchi yara kasalliklarida oshqozonni tekshirish rentgenologik tekshirish usulidan boshlanadi. Bu usul yordamida oshqozon gipersekresiyasi, oshqozon qismlarining peristaltikasi, duodenal reflyuks, oshqozon piyozcha qismining harakatchanligi, o'n ikki barmoqli ichakda qisilgan qismining borligi, qontrast moddaning ushlanib qolishi aniqlanadi. Agarda o'n ikki barmoqli ichakda yara bo'lsa, qontrast modda shu qismdan tez o'tadi (shpris simptomi). "Tokcha" simptomi rentgenologik usul yordamida 86 % hollarda aniqlanadi. Yara aksariyat holatlarda piyozcha qismining orqa devorida va oshqozonning katta egriligida uchraydi.

Gastroduodenosqopiyaga usuli kasallik diagnostikasiga yanada aniqlik kiritadi. Uning yordamida yaraning joylashuvini, o'chamlarini, tubining holatini, yallig'lanish jarayonining chegaralarini, gastrit va duodenit darajasini aniqlash mumkin.

Talabalarga shuni ta'kidlab o'tish joizki, bolalarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining asoratlari kam hollarda uchraydi. Agarda asoratlansa, anamnezida ko'pdan beri kasalligini aniqlash qiyin

bo'lmaydi. Kasallik asoratlari bemor bolaning yoshiga, etiologik faktorlarga bog'liqligini inobatga olish maqsadga muvofiqdir.

Yara kasalligining asoratlari bolalarda 15 – 22 % hollarda uchraydi. *Qon ketish* oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining eng ko'p uchraydigan asoratlandan biri bo'lib sanaladi. Oshqozonga nisbatan o'n ikki barmoqli ichak yaralari ko'proq qonaydi. Qon ketish aqsariyat holatlarda kasallik xuruj qilganda namoyon bo'ladi (och qolgandagi og'riq, zarda qaynashi va b.), ayrim hollarda esa kasallikning birlamchi ko'rinishi sifatida namoyon bo'ladi. Yashirin qon ketishlar ko'p holatlarda bilinmasada, yara kasalligining xurujlanish davriga to'g'ri keladi. Agarda qon ketish ko'p miqdorda bo'lsa, qon quшив, ichidan melenasimon (qora) ahlatning chiqishi bo'lsa, bemor darhol shifokorga murojaat qilishi lozim. Agarda, qon oshqozondan ketayotgan bo'lsa, quшив qon aralash (kofe quyqasi) bo'ladi, o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketganda quшив harakterli bo'lmasada, ahlati melena ko'rinishida bo'ladi.

Klinik ko'rinishi qon ketish miqdoriga va uning intensivligiga bog'liq. Qon ketish miqdori 350 – 400 ml bo'lsa, bemor o'zini yomon his qiladi, yengil ko'ngil aynishi, og'iz qurishi, kuchsizlik, kam miqdorda, tez-tez ahlat qilishi ko'z atiladi.

Qon ketishi ko'p miqdorda bo'lsa, yoki tez-tez qaytalansa, bemor to'satdan o'zini yomon his qiladi, ko'ngli ayniydi, teri qoplamlari oqarib, sovuq ter bilan qoplanadi, ko'z oldi qorayib, qulqolarida shovqin paydo bo'ladi, ba'zan hushidan ham ketishi mumkin. Pulsi tezlashadi, arterial qon bosimi tushib ketadi.

Harakatdagi qon hajmi, gemoglobin va gematokrit ko'rsatkichlari obyektiv kriteriy hisoblanadi. Ba'zan qon ketishning hamma belgilari namoyon bo'lsada, qon aralash quшив va ahlatning qorayishi 2 – 3 kun o'tib paydo bo'ladi.

Hozirgi vaqtida endoskopik tekshirish usulini hatto qon qyetayotgan vaqtida ham qo'llash mumkin. Bu usul faqatgina diagnostika maqsadida emas, balki, davolash maqsadida ham ishlataladi. Tajribali endoskopist zamонавиу endoskopik apparat yordamida qizilo'ngachdan, oshqozondan va hatto o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishini aniqlashi mumkin. Tekshirishni o'tkazishdan oldin oshqozon sovuq suv bilan yaxshilab yuviladi. Endoskopiya yordamida yara sohasida qonayotgan qon tomirining o'lchamini, qon ketish intensivligini baholash mumkin. Bu esa davolash taktikasini aniqlashga yordam beradi.

Davosi umumiy va mahalliy muolajalarni o'z ichiga oladi bemorning o'mida yotishi, diyetasi katta ahamiyatga ega. Vikasol, aminokapron kislotasi yuborish, yangi tayyorlangan qon, to'g'ridan-to g'ri qon quyish, kalsiy xlorid yuborish qonservativ davo chora-tadbirlari hisoblanadi.

Qonservativ davo 6 – 12 soat davomida natija bermaganda, xirurgik davo qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Operasiyani o'tkazish muddati bemorning umumiy ahvoli va anemiya darajasiga bog'liq bo'ladi. Agar qon yo'qotish qon umumiy hajmining 30 % ga teng bo'lsa, bemomi klinikaga tushganidan 6 soat ichida operasiya qilish kerak.

Qon ketishida uch xil operasiyani qo'llash mumkin:

1. qonayotgan oshqozon tomirlarini bog'lash, yarani tikish;
2. oshqozon rezeksiyasi;
3. vagotomiya, drenajlanadigan operasiya bilan birgalikda.

Bolalarda xirurgik jarayonni tanlashda bemorning ahvoli, yaraning joylashishi, davolanayotgan muassasaning tajribasi kabi holatlar hisobga olinadi. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining yana bir asoratlaridan biri *teshilish* va qo'shni organlarga o'tishi (*penetrasiya*)dir. Bolalarda yara kasalligida teshilish kattalarga qaraganda kamroq uchraydi va hamma asoratlarning 5 – 15 % ni tashkil etadi. Asosan 8 yoshdan katta bo'lgan bolalarda uchraydi.

Penetrasiya bir nechta darajadan iborat: oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak devorining hamma qatlamlaridan o'tishi, qo'shni organlar bilan chambarchas fibroz birikma hosil qilishi va teshilishning tobora chuqurlashib qo'shni organning ichiga ochilishi. Penetrasiya jarayonida kuchli yallig'lanish fibroz chandiqlarning bo'lishi va ba'zan kattagina maydonni egallashi mumkin. Kasallik klinikasi tobora og'irlashib, jarayonga jalb qilingan qo'shni organ kasalliklari simptomlari namoyon bo'ladi, ular: o'tkir pankreatit, o'tkir xolesistit, xolangit, gastrit, duodenit va b. Og'riq doimiy tus oladi va intensivligi oshib boradi, ovqat qabul qilishga bog'liqligi o'zgaradi. Oshqozon kislotaligini qamaytiruvchi dori darmonlar qo'llanilganda ham og'riq kamaymaydi. Ko'ng'il aynishi, quşish, leykositoz, tana haroratinining oshishi, EChT tezlashishi ko'z atiladi. Yallig'lanish o'chog'i sohasida hosila paypaslanadi va paypaslash paytida og'riq kuchayadi. Rentgenologik tekshirilganda odatda, chuqur "tokcha" simtomi, yara sohasida organning kam harakatchanligi va davolash jarayoni kutilgan natija bermaganligi ko'z atiladi.

Endosqopik tekshirganda agar yara penetrasiyaga uchragan bo'lsa, u holda, yara yumaloq, chuqur, qratersimon, chetlari baland, valsimon ko'rinishda bo'lib, atrofdagi shilliq qavatdan aniq ajralib turadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining perforasiyasi uning o'ta havfli asoratlardan hisoblanadi. Teshilish ko'pincha kasallikning xurujlanish davriga to'g'ri keladi (bahor va ko'z fasllarida). Stress, to'yib ovqatlanish, parxezni bo'z ish, jismoniy zo'riqishlar perforasiyaga olib kelishi mumkin. Yara teshilganda o'ziga hos belgi – epigastral sohada "xanjarsimon", kuchli og'riqning paydo bo'lishidir. Qorinning oldingi devori "taxtasimon" taranglashgan, SHyotkin-Blyumberg simptomini keskin musbat bo'ladi. Jigar sohasida to'mtoqlik yo'qoladi. Yurak urishi sekinlashadi (bradikardiya), teri qoplamlari oqaradi. Kasallik boshlanganidan 6 – 8 soat o'tganidan so'ng o'tkir peritonit belgilari avj oladi. Agarda qorin bo'shlig'ining obzor tasvirida diafragma gumbazi ostida erkin gaz bo'lsa, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining teshilganligiga hyech qanday shubha qolmaydi. (6-rasm)

Yaraning teshilish asorati bu yuqori laparatomiya o'tkazishga ko'rsatmadir. Teshilish 75% hollarda qorinning' oldingi devorida uchraydi. Operasiyadan oldin oshqozonga albatta zond quyiladi, operasiya oldi tayyorgarligi o'tkaziladi. Uning davomiyligi bemorning ahvoliga, organizmda suv-to'z muvozanatining bo'z ilishiga bog'liqdir. Odatda 1 – 2 soat mobaynida o'tkazilgan infuzion terapiya (plazma, qon, poliglyukin, to'z eritmali, glyukoza) yetarli bo'ladi. Yosh bolalarda operasiya teshilgan yarani tikish bilan cheklanadi. Odatda yara kapron yoki shoyi iplar bilan yara ustini charvi bilan berkitib tiqiladi. Agar bemor yara kasalligi bilan ko'p vaqtdan beri kasallangan bo'lsa va bemor operasiyaga 6 – 8 soatdan so'ng olinsa, u holda yarani tikish bilan birga vagotomiya va piloroplastika qo'llaniladi. Qorin bo'shlig'ini obdon yaxshilab tozalashga katta ahamiyat berish kerak, yuqori qavatiga antibiotiklar yuborish uchun drenaj naychalar quyiladi.

Oshqozon piyozcha qismining *chandiqli torayishi* juda kam uchraydigan asoratlardan bo'lib hisoblanadi. Torayish yara bitganda yoki yaraning chandiqlar bilan tortilishi hisobiga qo'z atiladi. Torayishning



6-rasm. Diafragma ostida  
erkin xavo

ikkita bosqichi tafovut qilinadi: kompensator va dekompensator, bin sekin asta ikkinchisiga o'tadi. Agar torayish yaraning chandiqlanishi o'miga paydo bo'lsa u holda, bemorning yaxshilanib borayotgan axvoli qorinning damlashi, ayniqsa ovqatlangandan so'ng, xurujsimon og'riqlar (qusgandan so'ng yengillik his qiladi) bilan almashinadi. Torayishning rivojlanishida "och" og'riqlardan tashqari, oshqozonning kengayib ketishi, kekirish, tez-tez va ko'p qusish kabi simptomlar qo'z atiladi. Qusuq massalarida o't bo'lmaydi. Ovqatlangandan keyin ham yengillik his qilmaydi. Kichik yoshdagi bolalarda aspirasion pnevmoniya ko'z atilishi mumkin. Ahlat kam ajraladi, bolaning oriqlashi ko'z atiladi, hamma vaqt ochlik hissini sezib turadi.

Ko'z atuv vaqtida ovqatlangandan so'ng oshqozon peristaltikasini ko'rish mumkin, ayniqsa ovqatlangandan so'ng. Paypaslaganda og'riqli. Obzor rentgenogrammada suyuqlik bilan to'lgan kattalashgan oshqozonni ko'rish mumkin. Bariy bo'tqasi ichirilib tekshirganda oshqozon peristaltikasining kuchayishi, qontrast moddaning pilorik qismidan oz miqdorda o'tishi ko'z atiladi, o'n ikki barmoqli ichakning piyozcha qismi o'zgargan va deformasiyalangan. Oshqozonda bariy bo'tqasining ushlanib qolishi torayish darajasiga va oshqozonning kompensator imqoniyatiga bog'liqdir.

Endosqopiyada oshqozon pilorik qismining chandiqli torayishini, uning deformasiyasini va yara lokalizasiyasini aniqlash mumkin.

Stenozni davolash faqat xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladi.

## BOLARDA QIZILO'NGACH KUYISHLARI

Bolarda qizilo'ngach qo'yishlari tasodifan kislota va ishqor eritmalarini ichib qo'yishi tufayli yuzaga keladi. Ko'pincha 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Kattalardan farqli ravishda bolalar kuydiruvchi moddani katta hajmini ichmaydi. Shuning uchun zaxarlanish nisbattan kam kuzatiladi. Eng muhim muaommo zaxarlanish va qo'yishlar emas. Ulaming oqibatlari qizilo'ngachni chandiqli torayishidir.

Oshqozon ichak traktini yuqorigi qismlari qo'yishlari bir qator moddalar tomonidan yuzaga kelishi mumkin. Ammo ularidan ayrimlari stenozga olib keladi.

Xozirgi kunga kelib qizilo'ngach og'ir qo'yishlarini katta qismini qonsentrangan sirkal kislotasi ichish bilan bog'liq bo'lib qolmokda. Uchrashiga ko'ra birinchi o'rinda sirkal kislotadan, ikkinchi o'rinda texnik kislotalardan qo'yish turadi. Agar bola qaynok suvdan kuysa faqat

og'izda lokalasiyalanadi. Qizilo'ngach qo'yishlarini klinik manzarasi, diagnostikasi va davolash ishlari qizilo'ngach shikastlanishida kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlar ularning chuqurligi va davomiyligi bilan bog'liq. Qizilo'ngach qo'yishini 3 ta darajasini ajratish mumkin.

Yengil daraja — shilliq qavatni kataral yallig'lanish bilan kuzatilib, shish giperimiya bilan xarakterlanadi. Shish 3-4 sutkalarda qaytadi. Kuyish yuzasini epitelizasiyasi esa 7-8 kundan keyin yakunlanadi. O'rta og'ir daraja shilliq qavatni bir munkha chuqurrok shikastlanishi epithelial qavatni nekrozi bilan xarakterlanadi. Tuzalish 1,5-3 hafta o'tib kuzatiladi.

Og'ir daraja — shilliq, shilliq osti qavat nekrozi, ko'pol uzoq vaqt ko'chmaydigan fibrinoz qoplamlar yuzaga kelishi bilan xarakterlanadi. Bu qoplamlar ko'chgan yaralar hosil bo'lib, 6ulami o'mida 3-4 o'aftalarda chandiq to'qimasi yuzaga keladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Travmadan keyingi dastlabki soatlarda klinik kartina og'riq va o'tkir yallig'lanish jarayoni bilan bog'liq bo'ladi. Bemorda tana harorati ko'tarilgan, bezovtalik, kuchli sg'lak ajralishi kuzatilib, xatto so'lagini yutgandan ham og'nqli bo'ladi. Bu holatlarda stridor nafas va aralash hansirash kuzatiladi. O'tkir davrida yurak qon tomir yetishmovchiligi, es xushi xiralashuvi, gematuriya va o'tkir buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi. O'tkir davmi asoratlariga aspirasion pnevmoniyani kiritish mumkin. 5-6 kunlarga kelib hatto qizilo'ngachni og'ir qo'yishlari kuzatilgan bemorlarda ham axvol yaxshilanadi: harorat tushadi, so'lak ajralishi to'xtaydi, og'iz orqali oziqlantirish imqoniyati tug'iladi. 1-2 darajali qo'yishlarda klinik tuzalish kuzatiladi. Davolanmajak 3 darajali qo'yishlarda ahvoli yaxshilanishi vaqtinchalik bemorlarda 4-6 haftalarda chandiqlanish boshlanishi kuzatiladi. Dastlab qattik, keyinchalik esa yarim suyuq ovqatlar qabul qilinganda ham ovqat o'tkazuvchanligini buzilishi kuzatiladi. Kechiktirilgan holatlarda hatto so'lakni ham yuta olmaydi. Sulfat yoki nitrat kislota bilan chuqur qo'yishlarda yuqori harorat uzoq saqlanadi.

Diagnostika. Fibroezofagogastroduodenosqopiyasi. Manipulyasiyani havfsiz bo'lishini zamонавиегилувчан endosqoplar ta'minlaydi. Faqat klinik simptomlarga asoslanib qizilo'ngach qo'yishini taxmin qilish mumkin emas. Hyech qachon bola kuydiruvchi modda ichgan yoki ichmaganligini ta'kitlash kerak emas. Diagnostik FEGDS qizilo'ngach qo'yishiga shubha qilingan barcha bemorlarda o'tkazish zarur. Uni o'tkazish muhitlari klinik belgilar yakqoligiga qarab belgilanadi. Birinchi

FEGDSni qo'yishdan keyingi birinchi sutkada o'tkazish mumkin. Bu tekshiruv qizilo'ngach va oshqozon qo'yishi bor yo'qligini aniqlash yoki birinchi darajaligi qo'yish borligini aniqlash imqoniyatini beradi. Qizilo'ngach qo'yishini klinik belgilari bo'lganda birinchi diagnostik FEGDS kuydiruvchi modda qabul qilgandan keyin birinchi hafta oxirida amalga oshiriladi. Bu tekshiruv shilliq qavat giperemiyasi va shishi bilan xarakterlanuvchi birinchi darajali qo'yishni 2-3 darajali qo'yishlardan farqlash imqoniyatini beradi. Bu davrlarda: endoskopik yul bilan 2 darajani 3 darajadan aniq ajratib bo'lmaydi. 3 darajali qo'yishni 3 hafta o'tib amalga oshiriladigan 2 diagnostik FEGDSda farqlash mumkin. Bu vaqtga kelib 2 darajali qo'yishlarda qo'yish yuzasini chandiqli epitelizasiyasi kuzatiladi. 3 darajali qo'yishlarda esa bu davrga kelib FEGDSda qo'pol fibrinoz qoplamlar saqlangan yarali yuzalarni ko'rish mumkin. Bunday zararlanishlar profilaktik bujlash o'tkazilmasligiga olib keladi.

Davolash: 1 yordam sifatida bolaga ko'p miqdorda suv yoki sut ichirish va qayt qildirish kerak. Tez yordam vrachi oshqozonni zond orqali ko'p miqdordagi suv bilan yuvishi kerak. Oshqozonni yuvish qancha erta tez amalga oshirilsa medani og'ir qo'yishi yoki zaxarlanishi kuzatilishi kamayadi. Travmadan keyingi dastlabki soatlarda ayniqsa disfagiya yakqol bo'lsa bolalarga norkotik analgetiklar buyuriladi. Zaxarlanish kuzatilganda infuzion terapiya o'tkazilishi, xiqildok shishi tufayli nafas yetishmovchiligi kuzatilganda novokayinli blokada o'tkaziladi, tomir ichiga gidrokortizon 10% li kalsiy xlorid, 20-40%li glyukoza yeritmalari kiritiladi. Uzoq vaqt davom etgan isitma va pnevmoniya rivojlanganda antibakterial preparatlar parenteral buyuriladi. Travmadan 5-6 kun o'tgach disfagiya yakkol bo'lganda suyuqliklarni parenteral kiritish yoki bola faqat suyuq ovqatlarni qabul qilishi mumkin. Og'riqlarni kamaytirish uchun bolalarga o'simlik moyi beriladi. 5-chi sutkalarida disfagiya kamayadi va bolani normal yoshiga mos keladigan stolga o'tkazish mumkin. Shuni aytish kerakki hozirgi vaqtgacha ham qizilo'ngach qo'yish prosessi to'g'ridan to'g'ri effektiv ta'sir qiladigan va chandiqli torayishni oldini oladigan biror usul yoki don moddalari mavjud emas. To'g'ri o'tkazilgan bujlash natijasida bolalar yoshida chandiqli torayish juda kam hollarda kuzatiladi. Agar diagnostik FEGDSda qizilo'ngachda fibrinoz qoplamlar aniqlansa

qizilo'ngach qo'yishidan keyingi 1 hafta oxirida profilaktik bujlash boshlanadi. Bujlash uchun plastmassadan tayyoriangan bujlardan foydalilanadi. Bunday bujlar issiq suvga solinganda o'zini nagruzka o'qi va qattiqligini saqlab turgan holda yumshoq va egiluvchan bo'ladi bujlar qizilo'ngachni yoshga bog'liq o'lchamiga qarab tanlanadi. Kichik o'lchamdag'i bujlar bilan bujlash maqsadga mufoviq emas, chunki bu qizilo'ngach torayishiga olib kelishi mumkin. Kuyishda turli yoshdagi bolalarmi bujlash uchun qo'llaniladigan bujlar keltirilgan.

Yosh	Sharyer shkalasi bo'yicha buj №
6 yoshgacha	28-30
6 oydan-1 yoshgacha	30-32
1 -2 yosh	32-36
2 - 5 yosh	36-38
5-8yosh	38-40
8 yoshdan katta	40-42

Bolani o'tirgan holatida tajribali yordamchi qo'llari bilan ushlab turadi. Bujlarni antiseptik eritmada yuvib, issiq suvga botirib olinadi va qizilo'ngachga kiritiladi. Buj oshqozonga o'tsa tugiladi. Bujlash stasionarda haftasiga uch marta o'tkaziladi. Buj bilan davolashning davomiyligi qo'yishdan uch hafta keyin o'tkaziladigan FEGDSda belgilanadi. Chuqur qo'yishda 3 hafta davomida haftasiga 3 marta davom ettiriladi. Keyin qontrol FEGDS o'tkaziladi va bemor keyingi 2-3 oyda haftasiga 1 marta keyingi 2-3 oyda esa oyiga ikki marta va keyingi oy davomida oyiga bir marta bujlash amalga oshiriladi.

## **QIZILO'NGACHNI CHANDIQLI TORA YISHI**

Qizilo'ngachni chandiqli torayishi profilaktik bujlash vaqtida notug'ri o'tkazilganda vujudga keladi. Qizilo'ngach o'tkazuvchanligini buzilishini klinik manzarasi kelib chiqadi. Bola hatto so'lagini yuta olmaydi. Bola tezda oriqlab ketadi. Qizilo'ngach stenozi diagnostikasi qizilo'ngachni bariy bilan rengenosqopiyada asoslanadi.( Rasmilar 7-10)



Rasm 7. Qizilungach pasru uchligida torayish



Rasm 8. Qontrastini o'tishi qiyinlashgan



Rasm 9. Yon tomondan rentgen tasvir



Rasm 10. O'tkazuvchanlik yuqolishi

Davolash: qizilo'ngach stenozlarini katta qismini bujlash yordamida likvidasiya qilish mumkin. Buni bir necha usullari bor: ko'r-ko'rona, endoskop orqali, o'tkazgich orqali va hokazo.(Rasm 11) Keltirilgan ushbu metodlardan birortasi ham ip bilan bujlashdek bo'lmaydi. Bunday bujlash

uchun bemorga gastrostoma o'matish kerak. Bujlash to'xtatilgandan keyin bola har qaysi ovqatni iste'mol qilishi mumkin. Bujlash noefektivligi. Agar stenozni bujlar bilan kengatirish imqoni bo'lmasa, erta muddatlarda to'xtatilganda, stenoz residivlansa bir muncha kech muddatlarda namoyon bo'ladi. Hozirgi vaqtda bolalar amaliyotida yug'on ichak transplantasiyasi qizilo'ngach total plastikasi keng ko'llaniladi. Bu uchun yug'on ichak to'sh ortidan bo'yinga o'tkaziladi. Bu yerda qizilo'ngach bilan ulanadi. Yugon ichak transplantati pastki qismi ulanadi. Plastika yaxshi tugatilganda deyarli to'liq tuzalish kuzatiladi. Amma xozircha bu metod qo'llanilishi cheklangan.



Rasm 11. Qizilungachdan nazogastral ip o'tkazish. Ip orqali bujlash usuli.

1. 12 yoshli bola har bahor va ko'z fasllarida qorinda og'riqlar paydo bo'lib, ahlat rangining qorayishidan shikoyat qilib keldi. Sizning diagnozingiz va taktikangiz?

## VAZIYATLI MASALALAR.

1. 12 yoshli bola har bahor va ko'z fasllarida qorinda og'riqlar paydo bo'lib, ahlat rangining qorayishidan shikoyat qilib keldi. Sizning diagnozingiz va taktikangiz?

2. Qabulxona boʼlimiga 10 yoshli bola epigastral sohada kuchli ogʼriqqa shikoyat qilib keldi. Anamnezidan aniqlanishicha 2 yildan beri oshqozon yarasi bilan ogʼriydi. Koʼrik paytida: qorni taranglashgan, nafas olishda ishtirok etmaydi, paypaslash kuchli ogʼriqni chaqiradi. Sizning taktikangiz?

3. Oshqozon yara kasalligi boʼlgan bolada qon aralash qusish va ahlat rangining qorayishi koʼz atildi. Koʼz atuv paytida teri rangi oqargan, sovuq ter bilan qoplangan, pulsi tezlashgan. Sizning taktikangiz?

4. Klinikaga 4 yoshli bola keltirildi. Onasining aytishicha, bola doimo ovqat yeyishga harakat qilib, tez-tez qusadi. Lekin qusishiga qaramasdan bola yana ovqat yeyishga harakat qiladi, doimo ochlik sezadi. Qusuq massasi oshqozon shirasi bilan aralashmagan, har xil chaynalgan ovqat massalari bor. Ovqatlangandan keyin toʼsh ortida ogʼriq sezadi. Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz, davolash taktikangiz?

5. Qabul boʼlimiga 14 yoshli bemorni kuchli koʼngil aynishi, tez-tez qusish, epigastral sohada ogʼriq simptomlari bilan keltirildi. Bemorda nimjonlik, bosh aylanishi, kollaptoid holatlar koʼz atilmoqda. Bemor ovqatlangandan bir necha

soat oʼtgandan soʼng dastlab koʼp-koʼp miqdorda, soʼng kam-kam miqdorda qusgan. Qusuq massasi achchiq reaksiyali, qabul qilingan mahsulotlar, soʼng shilliq va oʼtdan iborat. Bemoming ahvoli qusishdan soʼng yengillashadi.

Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz, davolash taktikangiz?

6. Qabul boʼlimiga 10 yoshli bola ishtaxasining’ pasayishi, qusish shikoyatlari bilan murojaat qildi. Qusish tez-tez boʼlmay, koʼngil aynishi koʼz atilmaydi. Bemor tez ochlik sezganligi tufayli tez-tez ovqatlanishni hohlaydi va ovqat yeyish vaqtida qusmoqda. Qusuq massasi koʼp miqdorda boʼlmay, ishqoriy reaksiyadagi chaynalgan mahsulotlardan iborat. Bemor qusgandan soʼng oʼzini yaxshi sezadi. Bemorda toʼsh ortida ogʼriq bor.

Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz va davolash taktikangiz?

7. Qabul boʼlimiga 8 yoshli bolani koʼngil aynishi, qorinda xurujsimon ogʼriq shikoyatlari bilan keltirildi. Qusish ovqat qabul

qilingandan 1,5 – 2 soat keyin bo'lib, ko'p miqdorda va o't aralashgan Qusish bemor ahvolini yengillashtirmaydi. Ko'zdan kechirganda epigastral sohada shish ko'z atiladi, qorinning pastki qismi puchaygan Kasallik boshlanganiga 12 soat bo'lgan, ahlat qilgan. Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz, davolash taktikangiz?

8.7 yoshli bemomi ko'zdan kechirganda anemiya belgilari, ko'ngil aynimasdan tez-tez quisish ko'z atilmoqda. Qusuq massasi kam miqdorda bo'lib, tashlash va regurgitasiya harakterida, quisish oshqozon maxsuloti bilan bo'lib, achchiq reaksiyali va hidlidir. Qusishdan keyin bemoming ahvoli yaxshilanmaydi. Bemorda to'sh orqasida og'riq, zarda qaynashi va melena ko'rinishidagi qora ahlat bor. Sizning tashxisingiz, diagnostik chora-tadbirlar va davolash taktikangiz?

9.Uch kunlik chaqaloqda ko'p miqdorda qonli quisish ko'z atildi, bola rangi juda ham oq, ko'krak emishdan bosh tortadi, keyingi kunda qora rangdagi ahlat keldi, qon tahlillarida gemoglobin past, qon ivish vaqtি cho'zilgan. Sizning tashhisingiz va davolash taktikangiz?

10.10 yoshli bolaning oshqozon yarasi perforasiya bergan. Ushbu holatda sizning taktikangiz nimadan iborat?

## O'Z – O'ZINI SINASH TESTLARI.

1. Ovqat hazm qilish a'zolaridan profo'z qon ketganda jarroxonning eng dastlabki vazifasi:

1. qon ketish manbasini aniqlash
2. qaysi kasallik ekanligini aniqlash
3. qon ketish boshlangan vaqtini aniqlash
4. qancha qon ketganligini aniqlash
5. qon oqishini to'xtatish choralarini ko'rish

2. Oshqozondan qon ketayotganligini tasdiqlovchi usul:

1. ezofagosqopiy
2. qorin bo'shlig'inining umumiy rentgen tasviri
3. qontrastli gastroenterografiya
4. gastroduodenofibrosqopiy
5. kolonosqopiy

3. Oshqozon-ichaklardan qon ketish bilan kechuvchi qaysi kasallikda qorinda og'riq bo'lmaydi:

1. oshqozon yarasi
2. 12 barmoqli ichak yarasi
3. stressli yaralar
4. ichak invaginatsiyasi
5. Mekkel divertikuli

4. Oshqozon-ichaklardan qon ketishlarda nima sababdan dastlabki daqiqalarda gemoglobin va gematokrit miqdori o'zgarmaydi:

1. depo qonning umumiyoq oqimga o'tishi sababli
2. qonning quyuqlashishi sababli
3. Tomirlar qisqarishi sababli
4. perifirik tomirlarda qon miqdorining ko'payganligi uchun
5. Tomirlarda qon oqimi tezlashganligi sababli

5. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari qayerda ko'p uchraydi:

1. oshqozonning kardial qismi
2. oshqozon katta egriligi
3. oshqozon antral qismi
4. oshqozon kichik egriligi
5. 12 barmoqli ichak.

6: Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi rivojlanishida asab tizimidagi qaysi o'zgarishning o'mi katta:

1. parasimpatik asab tizimi ishining faollashishi
2. simpatik asab tizimi ishining faollashishi
3. parasimpatik asab tizimi ishining susayishi
4. simpatik asab tizimi ishining susayishi
5. ikkala tizim ishining ham faollashishi.

7. Qaysi asorat oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xos emas:

1. perforasiya
2. qon ketish
3. oshqozon kardial qismi stenozi
4. penetrasiya
5. malignizasiya

8. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi asoratlaridan qaysi biri ko'p uchraydi:

1. perforasiya

2. qon ketish
3. penetrasiya
4. malignizasiya
5. stenozlar

9. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligining rentgenologik belgisi:

1. To'lishish defekti
2. "tokcha" belgisi
3. Kloyber kosachaları
4. erqin havo bo'lishi
5. oshqozondan evakuasiyaning bo'z ilishi

10. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligining rentgenologik diagnostikasida qaysi qontrast modda qo'llaniladi:

1. yodolipol
2. bariy sulfat
3. bilignost
4. Triombrast
5. verografin

## Mavzu 3 Bolalarda orttirilgan ichak tutilishi. Mexaniq ichak tutilishlari dinamik su Chizozli ichak tutilishi. Diagnostika va differensial diagnostika. Kliniki davosi

### ORTTIRILGAN ICHAK TUTILISHI

Orttirilgan ichak tutilishi kattalarga oʼxshab bolalarda ham ikki turga boʼlinadi: mexaniq va dinamik. Mexaniq ichak tutilishi obturasion, strangulyasion va invaginasion guruhlarga boʼlinadi. Obturasion ichak tutilishiga toʼgʼri ichak tugʼma stenozida koprostaz, Girshprung kasalligi, megakolon yoki toʼgʼri ichak atreziyasining oqmalı turi sabab boʼladi. Strangulyasion ichak tutilishi sariqlik yoʼlining aks rivojlanishi natijasida yoki boshqa nuqsonlar sababli rivojlanadi. Bolalar jarrohligi amaliyotida bitishmali ichak tutilishi, ichak ingvaginasiyasi va dinamik ichak tutilishi uchraydi.

#### Bitishmali ichak tutilishi.

Oʼtkir bitishmali ichak tutilishi bolalar abdominal jarrohligida eng ogʼir va keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Oxirgi vaqtarda bitishmali ichak tutilishining solishtirma ogʼirligi oshib bormoqda. Yodda tutish kerak: agar bolaning qornida ogʼriq paydo boʼlsa va anamnezida qorin boʼshligʼi aʼzolarida jarrohlik operasiyasi oʼtkazilgan boʼlsa birinchi oʼrinda oʼtkir bitishmali ichak tutilishi haqida oʼylash kerak. (12-rasm)

Koʼpincha (80 % holatda) oʼtkir appendisit sababli va ayrim hollarda ichak tugʼma nuqsonlari, ichak ingvaginasiyasi, qorin boʼshligʼi aʼzolarining travmatik shikastlanishlari natijasida oʼtkazilgan laparotomiyalardan soʼng bitishmali ichak tutilishi kelib chiqadi. Umumiy kabul qilingan oʼtkir ichak tutilishining tasnifiga (erta va kech, oʼtkir va oʼtkirosti koʼrinishi), kechki bitishmali ichak tutilishi va oʼtkir usti koʼrinishlami kirishtish tavsiya etiladi. Bunday boʼlinish oʼtkir klinik belgilarga asoslangan boʼlib, diagnostik va davolash taktikasini belgilab beradi. Jarrohlik koʼrsatma kasallikning nafaqat davri (erta va kech), balkim uning oʼtkir kechishi bilan belgilanadi.

**Klinikasi va diagnostikasi.** Bitishmali ichak tutilishining oʼtkir usti formasi klinik koʼrinishi shok holatiga oʼxhash kechadi. Ertalarda



12-rasm. Bitishmali ichak tutilishi.

toksikoz, eksikoz belgilarini tez avj olishi, qorinda kuchli tulg'oqsimon og'riq bo'lishi, to'xtovsiz quish, peristaltikaning kuchayish belgilari ko'z atiladi. Agar bemor shifoxonaga kech murojaat qilganda intoksikasiya, quish, dimlangan ko'p miqdorda axlatli quish, «peritonitli» qorin, ichak peristaltikasi yo'q, yoki kuchsiz. Bu belgilar strangulyasion ichak tutilishiga ko'proq xarakterli.

Rentgenologik tekshirishda aniq gorizontal kosachalar (Kloyberg kosachalari), juda taranglashgan ingichka ichak qovo'zloqlarida «arka» ko'rindi. (13-rasm) O'tkir va o'tkir osti formalarida kasallikning kechishi bir muncha sust, lekin bolalar qorindagi pristupli og'riqka, qayt qilishga shikoyat qilishadi, ichak peristaltikasi kuchaygan bo'ladi. Kasallikning belgilari kasallik boshlanganligiga bog'lik bo'ladi. Kasallikning kechki bosqichlarida eksikoz, ko'p marotaba dimlangan qayt qilish, qorining kuchsiz damlashi, assimetriya, peristaltikaning qisqa kuchayishi xarakterlidir. Rentgenologik tekshirishda kengaygan ichaklarda ko'p miqdorda gorizontal satxlar va gaz pufakchalar aniqlanadi. O'tkir bitishmali ichak tutilishi diagnostikasida rentgenologik usul o'rtacha 8-9 soat ichida mexaniq ichak tutilishining bor va yo'qligini aniqlab beradi. Bunday holatlarda diagnostik xatolar behuda operativ taktikaga sabab bo'ladi. Eng yuqori ma'lumotli usullardan laparosqopiyaga hisoblanadi.



13-rasm. Bitishmali ichak tutilishining kontrasli rentgenologik ko'rinishi.

**Davolash.** O'tkir usti bitishmali ichak tutilishi bilan bemorlarni qisqa muddatli tayyorgarlikdan so'ng shoshilinch operativ davo tavsiya etiladi. O'tkir va o'tkir osti formalarida davolash qonservativ choralar bilan boshlanadi: 1) har 2-3 soatda me'dani doimiy zond orqali yuvish, 2) ganglionar blokadalar, 3) ichak stimulyasiyasi:a) 10% natriy xlor 2 ml.dan har bir yoshiga, b) 0,05% prozerin eritmasi 0,1 ml.dan har yoshiga, 4) stimulyasiyadan so'ng har 30-40 minutda sifonli huqna o'tkazish. Shu bilan birgalikda bariy sulfat eritmasi bilan ichak passaj rentgenologik nazorat qilinib turiladi. Bu choralar gemostazning, gemodinamikaning va mikrosirkulyasiyaning tiklanishiga sabab bo'ladi. Qilingan qonservativ muolajalar natijasida 50% bemorlarda bitishmali ichak tutilishining o'tkir va o'tkir osti turlari bartaraf etiladi. Qonservativ davolash choralar natijasiz bo'lganda operativ davo tavsiya etiladi (bitishmalar kesiladi). Bunga bitishmali

jarayonning tarqalganligi, ichaklar pareziva kasallik qaytalanishi inobatga olinadi. Total bitishmali kasallikda o'tkir davrida ham to'lik visseroliz va gorizontal intestinoplifikasiya (Nobel operasiyasi), ya'ni chok qo'yilmasdan tibbiy yehimlar qo'llaniladi. Bolalarda ichak devorining yupqaligi va perforasiya extimoli sababli intestinoplifikasiya, ya'ni ichaklarga choklar qo'yilmaydi. Qisman intestinoplifikasiya qilish maqsadga muvofik emas, chunki u ko'p hollarda residivga sabab bo'ladi. Oxirgi vaqtarda o'tkir bitishmali ichak tutilishi diagnostikasi va davolashda laparosqopiyaga keng qo'llanilmokda. Kiritilgan punksion laparosqopiyaga usuli maksimal qisqa vaqt ichida aniqlik bilan bitishmali ichak tutilishi tashhisini tasdiqlash yoki inkor qilishi mumkin. Laparosqopik operasiyalarni endovidiyeo sistemasi yordamida qo'llash 90% holatlarda bitishmali ichak tutilishini laparotomiyasiz bartaraf etish mumkin.

### **Invaginatsiya**

Invaginatsiya deb, ichak qovo'z log'i bir qismining ikkinchisi ichiga kirib qolishiga aytildi. Ichak invaginatsiyasi bolalarda juda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, orttirilgan ichak tutilishi guruhiga kiradi.

Ko'p mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra bolalarda ichak invaginatsiyasi ichak tutilishlarining 40-52%ini tashkil qiladi. (S.D.Tornovskiy, N.Ye.So'r'in, 1955, M.A.Aliyev, 1965, 1968, K.X.Toxirov, I.I.Iskanjonov, 1971). XVIII asming oxirlarida rus shifokori N.M.Ambodik (1881) birinchi marta invaginatsiya kasalligi ustida ma'lumot berdi va uning belgilarini ancha mukammal yozib qoldirdi.

O'zbekistonda esa kasallikni har taraflama o'rganishda o'zining barakali hissasini qo'shgan olimlar qatoriga K.X.Toxirov, B.A.Oxunjonov, R.I.Danilova, I.I.Iskanjonov va boshqalami kiritish mumkin.

Invaginatsiya asosan 4 oydan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. O'g'il bolalar qizlarga qaraganda bu kasallikka 2 marta ko'proq chalinadi.

**Etiologiyasi.** Ichak invaginatsiyasi asosan ichak peristaltikasining bo'z ilishi sababli paydo bo'ladi. Bunda ichakning ayrim qismlari toraysa (spazm), uning yonidagi qismi kengayadi, natijada ichakning bir qovo'z log'i ikkinchisining ichiga kirib qoladi.

Invaginatsiyani paydo qilgan sabablarni faqat 10-40% kasallarda aniqlash mumkin, ularning ichida me'da-ichak kasalliklari birinchi

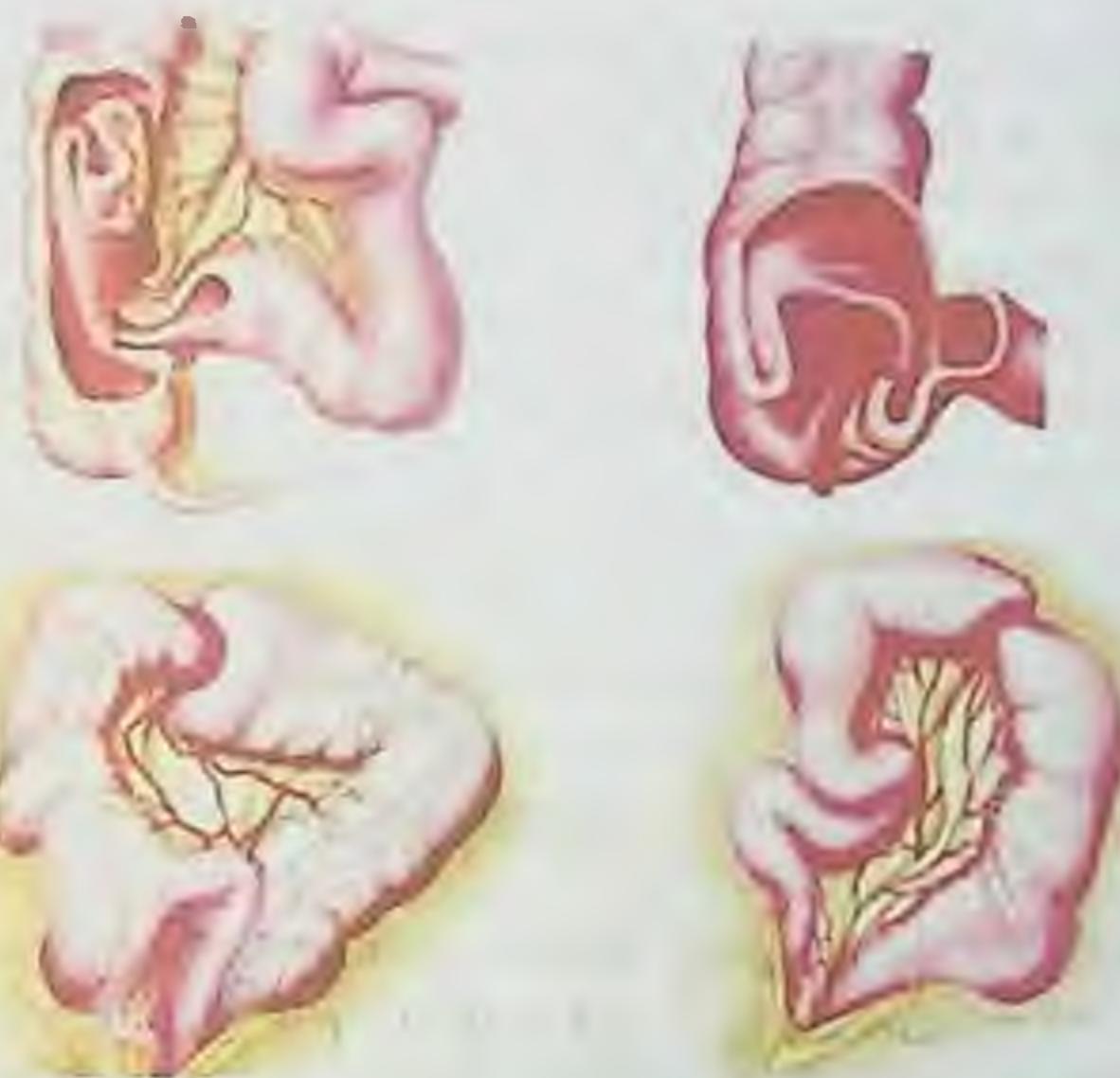
oʼrinda turadi. Ayrim paytlarda invaginatsiya kasalligiga sabab deb birinchi marta berilgan qoʼshimcha ovqat yoki bola rasioniga qoʼshilgan yangi ovqat moddalari hisoblanadi. Invaginatsiyaga sabab boʼladigan mexaniq omillarga Mekkel divertikuli, ichak polipi va ichak devoridan chiqqan oʼsmalar kiradi.

Bolalarda invaginatsiya kasalligining yil fasllariga bogʼlik ekanligi hozircha oʼzil-kesil hal qilinmagan. Masalan, ayrim mualliflar (A.L.Hipsley, 1926, R.B.Zachazy, 1955, V.M.Portnoy, 1965, A.G.Pugachev, 1972) bolalarda invaginatsiya kasalligini koʼproq yilning sovuq fasllarida koʼz atishgan boʼlsa, boshqa guruh olimlar (T.G.Kochkachashvili, 1953, A.S.Sidorenko, 1957, D.P.Chuxriyenko, 1958, A.P.Lebedev, 1969) bu hastalikning kuchayishi yoz oylariga toʼgʼri keladi, deb hisoblashadi. Bizning sharoitda bolalarda meʼda-ichak kasalliklari ularning kelib chiqishidan qatiy nazar invaginatsiyani paydo qiladigan asosiy omillardan sanaladi. Koʼz atuvlarimizga qaraganda yilning bahor va yoz fasllarida bolalarda meʼda-ichak kasalliklarining koʼpayishi invaginatsiya kasalligiga sabab boʼladi.

Klinik koʼz atuvlar shuni koʼrsatadiki, 60-90% foiz invaginatsiya bilan ogʼrigan bemorlarni emizikli bolalar tashkil qiladi. Hamma sabablarni umumlashtirib shunday xulosaga kelish mumkinki, ichak devori reseptorlarini qoʼzgʼatuvchi har qanday etiologik omil uning ritmik peristaltikasi harakatini oʼzgartiradi va ichak qovoʼz loqlarining bir qismi ikkinchi qismiga kirib qolishiga, yaʼni invaginatsiyaga olib keladi. Invaginatsiya oʼzining rivojlanishiga qarab oʼtkir, surunkali va qaytalanuvchi (residiv) boʼladi. (14-rasm)

Bizning klinika oʼzining ish faoliyatida quyidagi tasnifni maʼqul koʼradi:

1. Ingichka ichak invaginatsiyasi.
2. Ingichka va yugʼon ichak invaginatsiyasi:
  - a) oddiy shakli,
  - b) murakkab shakli.
3. Koʼrichak-yugʼon ichak invaginatsiyasi:
  - a) oddiy shakli,
  - b) murakkab shakli.
4. Yugʼon ichak invaginatsiyasi.
5. Chuvalchangsimon oʼsimta invaginatsiyasi.
6. Koʼp sonli invaginatsiya.
7. Retrograd invaginatsiya.



14-rasm. Invaginatsion ichak tutilish turlari.

**Kasallikning klinik ko'rinishi.** Invaginatsiya asosan sog'lom, qzini oldirmagan bolalarda uchraydi. Bola uyquda yotganda yoki ovqatlanayotganda qomida paydo bo'lgan og'riqdan qichqirib yuboradi, oyoqlarini qimirlatib bezovtalanadi, ovqat yemaydi. Qorin og'riganda bemorning rangi oqarib ketadi, badanini sovuq ter bosadi. Keyingi paydo bo'lgan og'riqlar 3 minutdan 10 minutgacha, ayrim bemorlarda 30 minut yoki bir necha soat davom etishi mumkin. Uktin-uktin og'riq to'xtashi bilan bemor tinchlanadi, atrofga qiziqish bilan qaraydi, ko'zidan qo'rquv alomatlari ketadi. Bemorni shu holatda ko'rgan shifokorda og'ir kasallik boshlanayotganligini tahmin qilish ham qiyin bo'lib qoladi. Qorinda paydo bo'lgan og'riq bilan bir paytda bemor quсади, bu quşish kasallik boshlanayotgan paytda reflektor bo'lsa, keyin esa ichak tutilishi hisobiga bo'ladi. Kasallik rivojlanib borgan sari yangi belgilar paydo bo'la boshlaydi. Ularning ichida ko'proq uchraydigan va katta ahamiyatga ega bo'lgani anal teshik orqali qon chiqishidir. Qon axlat yoki shilimshiq moddalar yoki huqna suvi bilan aralashgan bo'ladi. Bu belgi ancha kech ko'z atiladi, chunki 70% bemorda bu belgi 1-sutkada, 30% bemorda 2-sutkada paydo bo'ladi. Kasallik boshlanishida qorin oval ko'rinishda yumshoq og'riq sezilmaydi, so'ngra qorin shisha boshlaydi, og'riq paydo

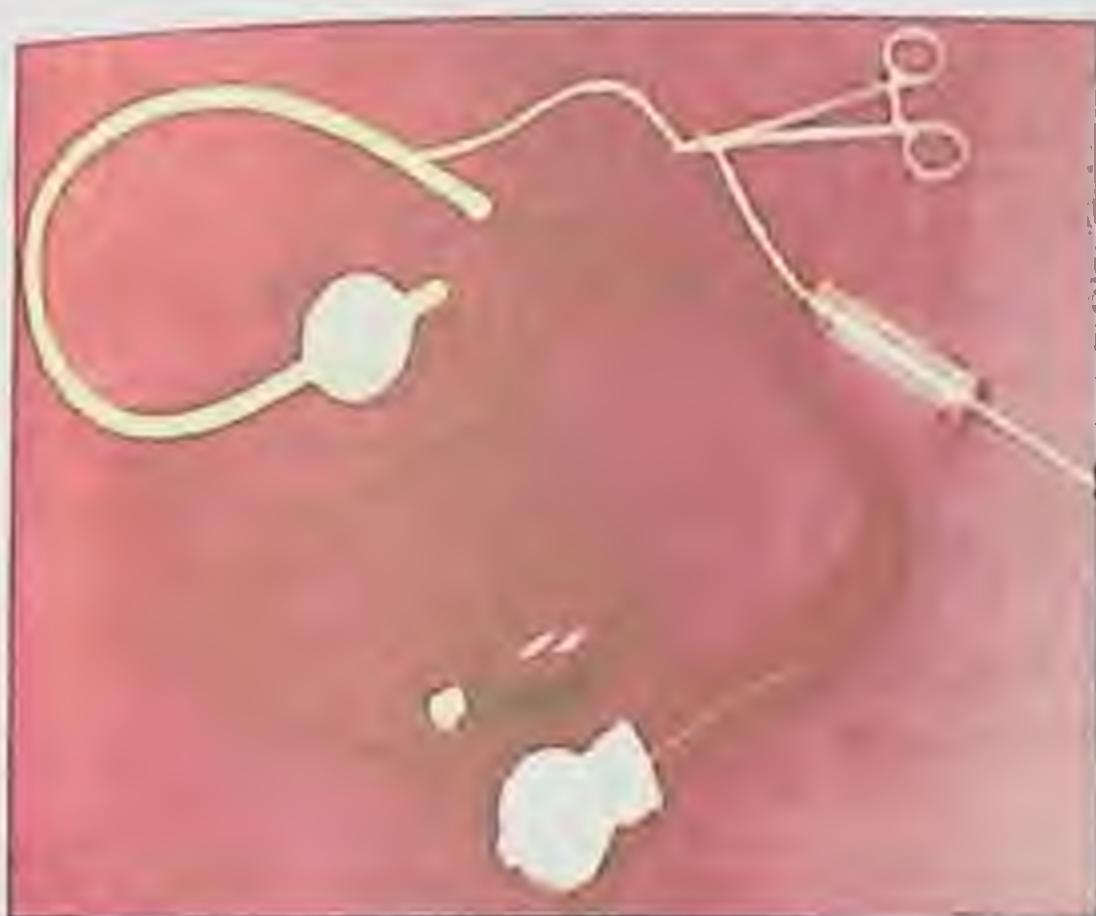
bo'ladi va qorinni paypaslab ko'rganda yumshoq elastik holatdagi silind ko'rinishidagi xar xil kattalikka ega bo'lgan, ancha og'riq sezuvchi hosila kulga ilinadi. Ayrim bemorlarda bu hosila kindik atrofida, boshqalarda ko'proq ung biqinda jigar ostida va qolaversa chap biqinda aniqlanishi mumkin. Shunday paytda o'ng biqin paypaslab ko'rilmaga bo'shab qolganini sezamiz (Dansa simptomi).

40% bemorlarda tashhis qo'yish ancha qiyin bo'ladi, shunday kasalliklarga qo'shimcha tekshiruv muolajalarini o'tkazish, ya'ni tozalovchi huqna, bimannual tekshirish usuli, miorelaksant yuborib qomini paypaslab tekshirish, yug'on ichakka qontrast yoki havo yuborib rentgen tasvirida ko'rish, bemomi qisqa vaqt uxlatib qomini paypaslash zarur. Biz o'z ish faoliyatimizda hyech qachon invaginatsiyani aniqlash uchun miorelaksant ishlatganimiz yo'q.

Invaginatsiya kasalligiga taxmin qilingan bemorlar tekshiruvida (vertikal holatda) ayrim belgilar, ya'ni qorinning o'ng yarmida gomogen, jigar qattiqligiga yaqin ko'rinishdagi hosila, ichak qovo'z loqlarining chap tomonga so'riganligi yoki ichak qovo'z loqlarida gaz va sath borligi aniqlanadi. Yug'on ichak invaginatsiyasiga taxmin qilinganda yug'on ichakka qontrast modda yoki havo yuborib rentgen qilish samaralidir (S.S.Yudin, 1928, S.D.Ternovskiy, 1950, K.X.Toxirov, 1971).

O'tkir invaginatsiyaning asosiy belgilariga kuyidagilarni kiritish mumkin: qorin bo'shlig'ida bo'ladi uktin-uktin og'riq va undan keyingi osoyishtalik quшив, qorin bo'shlig'ida aniqlanadigan o'smasimon hosila (invaginat), orqa chiqaruv teshigidan qon chiqishi va nixoyat axlat va yel chiqishining to'xtashi. Yuqorida tilga olingan belgilar asosan invaginatsiya turiga va kasallikning bosqichiga bog'lik bo'ladi. Tajriba shuni ko'rsatadiki, bolalarda invaginatsiya tashhisini qo'yishda uni quyidagi kasalliklardan farqlash lozim, ya'ni dizenteriya, dispepsiya, o'tkir appendisit, Shenleyn-Genox kasalligining qorin turi, ichakdagi gijja kasalliklari va hokazo.

Ingichka ichak va yug'on ichak invaginatsiyalari juda og'ir o'tadi. Uktin-uktin og'riq to'tganda bemor kollaps yoki shok holatiga tushishi mumkin, ularda organizmdan suv yo'qotish va zaharlanish alomatları juda erta paydo bo'ladi. Strangulyasion ichak tutilishining belgilari yo'z aki bo'ladi, bunga ichak devorining, ichak tutqichi tarkibidagi qon tomir va nerv tolalarining qisilishi sabab bo'ladi.



15-rasm. Babrov asbobi  
Pnevmoimigrafija



16 Rasm.  
Pnevmoimigrafija



Rasm 17. UTT.

Ko'richak-yug'on ichak invaginatsiyasini davolashda ikki xil davolash usulidan foydalaniladi, ya'ni qonserativ va operativ davolash, bular alohida-alohida usul bo'l shidan tashqari, bir-birini to'ldiradi ham. Rus shifokori G.Ya.Doron (1927) birinchi bo'lib bolalarda invaginatsiya kasalligini davolash uchun ichakka havo yuborish va rentgen tasvirida ko'z atish yo'lini taklif qiladi. (15-rasm) (Rasm 16) (Rasm 17.)

Bunda Yug'on ichak ampulasi obturasiya qilinmaydi, ya'ni bemor ochiq usul yordamida davolanadi. Bemorlarni qonserativ usulda

davolash uchun yug'on ichakka ingichka rezina nay qo'yiladi, so'ngra Richardson balloni yordamida havo yuboriladi. Bu jarayon rentgen ekraniga tasvirida ko'rib turiladi. Invaginatning boshlanish qismi ko'rinishi bilan ichakdagi bosim yanada oshiriladi va invaginatning to'g'rilanishi ko'z atiladi. Invaginatni qonservativ to'g'rilash uchun ichakdagi havo bosimi 40—70 mm simob ustuniga to'g'ri kelsa yetarli bo'ladi. Ichakdagi ortikcha havo bemalol tashqariga chiqib turaveradi. Ayrim paytlarda yug'on ichakka havo yuborish bilan bir paytda qorin devorlarini yengil paypaslash invaginatning to'g'rilanishiga yordam beradi. Ochik qonservativ usul bilan davolaganda 50-60% bemorlarda ijobiy natija ko'z atiladi.

Biz o'z tajribamizda qonservativ usulni 104 ta bemorda sinab ko'rdik shulardan 50-48% kasalda invaginat to'g'rilanib ketdi. Bolalarda invaginatsiyani qonservativ yo'l bilan davolash bemorlarni operasiya paytidagi va operasiyadan keyingi asoratlardan xoli qiladi. Biz qonservativ davolash bilan bog'lik bo'lgan asoratlarni ko'rmadik.



16-rasm. Invaginatsion ichak tutilishida sog'ish usuli.

axlat va yel kela boshlaydi. Qonservativ yo'l bilan davolangan bemorlar 2-3 kundan keyin shifoxonadan chiqariladi va mahalliy shifokorlar tomonidan ko'z atiladi. Qonservativ davolash usuli ijobiy natija bermasa, bemor operasiya qilib davolanadi.

Operativ davo: laparotomiya qilish va qo'l bilan dezinvaginatsiya qilishdan iborat. Bunda ichak tortilmay, «siqib» chiqariladi. Agar dezinvaginatsiya qilinolmasa, yoki ichak nekrozi ko'z atilsa unda sog'lom to'qima doirasida rezeksiya qilinib anastomoz qo'yiladi. (16-rasm)

Qonservativ yo'l bilan invaginat to'g'rilanganda rentgen tasvirida yug'on ichak va ko'r ichakning hamma qonturlari yaxshi ko'rindi va yuborilgan havoning bir qismi ingichka ichakdan ko'rindi, bemorning ahvoli yaxshilanadi, qorindagi uktin-uktin og'riq to'xtaydi, quşish bo'lmaydi, paypaslaganda qorinda invaginat aniqlanmaydi. Bir necha soat ichida bemordan

Bizga ma'lumki, invaginatsiya kasalligi o'tkir ichak tutilishiga olib keladi. Ko'p martalab quşish va qonning suyuq qismi qorin bo'shlig'iga va ichak ichiga tushishi (sekvestrasiya) natijasida organizm juda ko'p suyuqlik oqsil moddalari, fermentlar, mikroelementlami yo'qotadi. Bemor shifoxonaga organizmning ancha «ko'rishi» va zaharlanishi belgilari bilan tushadi. Shuning uchun qilinadigan operasiyaning natijasi operasiyadan oldin o'tkazilgan sifatli tayyorgarlikka va bemorlarning qanchalik erta shifoxonaga murojaat qilganligiga bog'liq.

## **ICHAK TUTILISHLARIDAGI RENTGENOGRAMMALARINI O'QISH**

### **Ko'rsatma:**

1. Peritonitga shubha bo'lganda;
2. Ichak tutilishiga shubha bo'lganda.

### **Kerakli sharoit va instrumentlar:**

1. Rentgenogramma;
2. Negatoskop.

### **O'tkazish texnikasi:**

1. Rengenogrammani to'g'ri ushlab negatoskopga qo'yish.
2. Qorin bo'shlig'in obzor rentgenogrammasida gidroperitoneum hisobiga ichaklarda gaz hosil bo'lishining kamayganligi ko'rindi. (rasm A).
3. Agar ichaklar teshilishi ko'z atilsa qorin bo'shlig'ida diafragma osti sohasida erkin gaz soyasi ko'rindi (rasm B).



Rasm A.  
Yugori ichak tutulishi



Rasm B.  
Giafragma ostida erkin xavo.

4. Ichak tutilishida rengenologik tasvirida qorin bo'shlig'ida kengaygan ingichka ichak qavo'z loqlarida «arka» chegaralari aniq bo'lgan gorizontal sathlar ko'rindi (Kloyber kosachaları) ko'rindi (rasm S).

5. Ichak ivaginasiyasida rentgenologik tasviri yug'on ichak havo bilan to'ldirilgandan (Richerdson baloni bilan) so'ng invaginsiya boshchasi ko'rindi bu asasan jigar osti sohasida ko'pincha uchraydi (Rasm D).



Rasm S.  
Ichak invaginasiyasi



Rasm D  
Ko'p sonli Kloyber kosachaları

## VAZIYATLI MASALAR

1. 8 oylik bolada to'satdan qomida uktin-uktin og'riq va quşish paydo bo'ldi. Qomi shishmagan. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda 5x6 sm elastik, og'riq sezuvchi hosila qo'lga ilinadi. Huqna qilgandan keyin axlat kelmadi. Kasallik boshlanganiga 5 soat bo'lgan. Sizning tashhisingiz.

2. 20 kun oldin ichak invaginatsiyasini qonservativ to'g'irlangan 8 oylik bolada yana ichak invaginatsiyasi aniqlandi. Sizning taktikangiz.

3. 6 oylik bolada qomida uktin-uktin og'riq va quşish paydo bo'ldi. Axlat qilmagan. To'g'ri ichakni manual tekshirganda qon va shilliq aniqlanadi. Taxminiy tashhis.

4. 10 yoshar bolada qorin bo'shlig'ida bajarilgan operasiyadan so'ng 4 kun o'tgach chandiqli ichak tutilishi belgilari paydo buldi. Sizning taktikangiz.

5. 7 yeshli bolada kechki chandiqli ichak tutilishi. Venoz bosim – 0. Sizning taktikangiz.

6. 6 yeshar bolada ingichka ichak invaginatsiyasi tashhisi qo'yildi. Sizning taktikangiz.

7. Invaginatni qonservativ to'g'irlashga o'rinish ko'rganda (kasallik davomi-18 soat) invaginat ileosekal burchakka kelibdiyu, leykin ingichka ichakka o'tmadi. Sizning taktikangiz.

8. 8 oylik bolada ichak invaginatsiyasi. Kasallik davomi – 10 soat. Sizning taktikangiz.

9. 7 oylik bolada ichak invaginatsiyasi. Kasallik davomi 30 soat. Sizning taktikangiz.

### O'Z-O'ZINI SINASH UCHUN TESTLAR:

1. Dinamik ichak tutilishida o'tkaziladi:

- a. operativ davolash
- b. qonserativ davolash
- v. birinchi operativ, keyin qonserativ davolash
- g. birinchi qonserativ, keyinchalik operativ davolash
- d. davolash choralar individual tanlanadi

2. 10-oylik bolada ichak invaginatsiyasini qonserativ to'g'irlash uchun ko'rsatma:

- a. kasallik boshlanganiga 12 soat bo'lmanan
- b. kasallik boshlanganiga 12 soatdan ko'p bo'lgan
- v. kasallik boshlanganiga 24 soatdan ko'p bo'lgan
- g. kasallik boshlanganiga 2 sutkadan ko'p bo'lgan
- d. qonserativ to'g'irlash qarshi ko'rsatilgan

3. Qorin bo'shlig'ida bitishmalar paydo bo'lishini profilaktika qilish boshlanadi:

- a. birdaniga operasidan keyin
- b. operasiya boshlanish momentidan
- v. operasiyadan keyingi birinchi sutkada
- g. operasiyadan keyingi 2-3 sutkalarda
- d. operasiyadan keyingi 1- oydan

4. Dinamik ichak tutilishini tashhislashda eng informativ usul bu:

- a. oshqozon-ichak traktini qontrast bilan tekshirish

- b. qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyası  
v. qorin bo'shlig'i a'zolarini ultratovush tekshirishi  
g. qontrast irrigografiya  
d. kolonofibrosqopiyasi va gastrofibrosqopiyasi
5. Strangulyasion ichak tutilishida ko'z atiladi:
- a. qorindagi kuchli uktin-uktin og'riq kollaps ko'rinishlari bilan
  - b. kuchsiz, doimiy og'riq
  - v. butun qorinda kuchsiz og'riq
  - g. kindik arofidagi lokal og'riq
  - d. qorinni go'yo chap, go'yo ung tomonidagi kuchli sanchiqli og'riq
6. Obturasion ichak tutilishini sabablari:
- a. koprostaz, ichak o'smalari, askaridalar
  - b. ichakni buralib qolishi
  - v. ichakni aylanishining bo'z ilishi
  - g. qorin ichki churralari
  - d. ichak invaginatsiyasi
7. Bitishmali ichak tutilishida taktika:
- a. qonservativ davo
  - b. operativ davo
  - v. qonservativ davolash samaradorlik bermasa, operativ davolash
  - g. davolanmaydi
  - d. fizioterapiya, antibiotiklar bilan davolash
8. Ichak tutilishini rentgenologik belgilari:
- a. qorin bo'shlig'ida erkin havo
  - b. «arka» simptomi
  - v. Kloyber kosachalari
  - g. «nisha» simptomi
  - d. ichaklar pnevmatozi
9. Ichak invaginatsiyasiga xos bo'limgan simptomlar:
- a. quşish
  - b. hurujsimon og'riq
  - v. majbur holat
  - g. axlat va yel kemaslik
  - d. izjoga, kekirish
10. Dinamik ichak tutilishida o'tkazilinadi:
- a. operativ davo
  - b. qonservativ davo
  - v. qonservativ davolash samaradorlik bermasa, operativ davolash

g. operativ davo, keyin qonservativ

d. ko'z atish taktikasi

11. Chandikli-paretik ichak tutilishida qonservativ davo o'tkazish uchun tavsiya qilinadigan vaqt:

a. 3-6 soatgacha

b. 6-12 soatgacha

v. 12-24 soatgacha

g. 1-2 sutka

d. 3-4 sutka

12. Erta bitishmali ichak tutilishining muddatini ko'rsating:

a. 1-oygacha

b. 2 oy

v. 3 oy

g. 6 oy

d. 1-yilgacha

13. Erta bitishmali ichak tutilishining qonservativ davolash qancha davom etadi:

a. 1-3 soatgacha

b. 3-6 soat

v. 12-24 soat

g. 2 sutka

d. 3 sutka

14. Kechki bitishmali ichak tutilishining qonservativ davolash qancha davom etadi:

a. 1-3 soatgacha

b. 3-6 soat

v. 12 soat

g. 24 soat

d. 48 soat

15. O'tkir ichak tutilishi gumoni bilan kelgan bemomi rentgenologik tekshirishdan oldin qaysi chora-tadbirlar o'tkazilmaydi:

a. oshqozonga zond qo'yish

b. simptomatik davo

v. tozalovchi huqna

g. suv-to'z almashuvini tiklash

d. eksikozga qarshi kurash

16. Ichak invaginatsiyasininig kasallik boshlangandan keyin qonservativ davolash qaysi mutdat ichida bajarish mumkin:

- a. 6 soat
- b. 8-10 soat
- v. 12 soatgacha
- g. 18-20 soatgacha
- d. 24 soatgacha

17. 12-yoshli bolada appendektomiyadan keyingi 7 sutkada strangulyasion ichak tutilishi klinikasi. Markaziy venoz bosim - 0 Sizning taktikangiz:

- a. qonservativ terapiya
- b. shoshilinch operasiya
- v. qonservativ davolash samaradorlik bermasa, operativ davolash
- g. operasiya oldi tayerlash o'tkazilgandan so'ng operasiya
- d. ko'z atuv

18. Orttirilgan ichak tutilishiga kiradi:

- a. ichak invaginatsiyasi, koprostaz, Girshprung kasalligi
- b. ichak bitishmali kasalligi, sigmasimon ichakni buralib qolishi, «o'rta ichakni» buralib qolishi
- v. gjijali ichak tutilishi, Irasek-Zulser-Vilson kasalligi, ichak invaginatsiyasi
- g. ichaklar buralib qolishi, embrional bitishmalar, bitishmali tutilishi
- d. *tug'ma chov-yorgok churrasini qisilishi, sariqlik yo'lini obliterasiyasini bo'z ilishi natijasida strangulyasion ichak tutilishi, koprostaz*

19. Qorin bo'shlig'i obzor rentgenogrammasida strangulyasion ichak tutilishiga xos bo'lgan belgi:

- a. ichaklar pnevmatozi
  - b. ichaklarda havo bo'lmaslik
  - v. qorinning o'ng tomonida korayish
  - g. qorinning chap tomonida korayish
  - d. satxlar borligi, ularning ustida gaz to'planib turgani
20. To'g'ri ichakdan ichak invaginatisiyasida nima ajraladi:
- a. axlat, qon, shilliq
  - b. axlat, shilliq
  - v. suyuq axlat
  - g. shilliq arlashgan qon axlat massalarisiz
  - d. axlat, shilliq

*Mavzunlik: Bolalarda qorin orti bo'shlig'i, qorin bo'shlig'i koval va  
pavensimai o'z qorining jarohati, differential diagnostikasi.  
Shoshilinch yordam va vrach-pediatr taktikasi.*

**Mavzuning dolzarbliji:** Bolalarda qorinning yopik shikastlanishlari bemor hayoti uchun jiddiy xavf to'g'dirishi mumkin. Bolalarda qorinning yopik shikastlanishlarini o'z vaqtida to'g'ri tashxislash va optimal davolash taktikasini qo'llash vrachlandan chuqur bilimni talab qiladi.

Davolash va tibbiy pedagogika fakultetlarining 6-kursida bolalar xirurgiyasidan dars o'tishning asosiy prinsipi: Bolalarda qorinning yopik shikastlanishlari diagnostikasi umumiylar yordamini ko'rsatish va operasiyadan keyin reabilitasiyasini o'tkazishga bog'liqdir.

### **Mashg'ulot vazifalari:**

1. Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi haqida bilim olish.
2. Tug'ma nuqsonlar va anomaliyalar bilan tug'ilgan bolalarni klinik ko'rik va tekshiruvdan o'tkazishni o'rGANISH.
3. Bola hayotiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o'rGANISH.
4. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash prinsiplari bilan tanishish.
5. Umumiylar yordamini usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operasiyadan keyingi reabilitasiyasini protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chikish.

**Mashg'ulot o'tkazish joyi:** rejali va shoshilinch xirurgiya bo'limi, operasiya va kompyuter xonalari.

## **BOLALARDA QORINNING YOPIQ SHIKASTLANISHLARI**

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishlari bolalarda hamma shikastlanishlar orasida 3% tashkil qiladi va qorin, orqa sohalariga qattiq zarba bo'lganda, avtomobil travmasida, balandlikdan yiqilganda, czilganda kuzatiladi. Abdominal travma 5 – 6 yoshdan 12 – 13 yoshgacha bolalar o'rtasida ko'proq uchraydi. Ichki a'zolarining deyarli har qanday shikastlanishi ham bola hayoti uchun xavf tug'diradi, shuning uchun qorin

bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi bo'lgan bemorlar doimiy kuzatuv va davolash uchun xirurgik stasionarga yotqizilishi shart. Parenximatoz a'zolarning shikastlanishi (jigar, taloq) qorin bo'shlig'iga qon ketish bilan kechadi, kovak organlarning shikastlanishi esa peritonitga olib keladi, shuning uchun bu patologiyani o'z vaqtida diagnostika qilish va samarali davolash usullarini tanlash juda muhim. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi tashqi tomondan berilgan kuch ta'siri ostida yuzaga keladi. Bunga ko'pincha avtohaloqai sabab bo'lishi mumkin. Ichki a'zoning uzoq vaqt kuchayib boruvchi bosilishi natijasida ichki a'zoning yorilishi kuzatiladi. Qorinning old devoriga berilgan zarba natijasida yuza joylashgan a'zolar yoriladi. A'zolarining shikastlanishining darajasi va turi ularning travma vaqtidagi ahvoliga bog'liq. Qorin devorining mushaklarini aktiv taranglashishi ichki a'zolarni saqlaydi. Patologik o'zgarishlar bo'lgan organda yengil travmalar ham og'ir shikastlanishlarga olib keladi.

Ichki organlarning har qanday shikastlanishi, deyarli hamma hollarda bola hayoti uchun xavf tug'dirib, shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiladi. Shuning uchun bu bemorlar xirurgik stasionar sharoitida doimiy kuzatuv va davoga muhtojdirlar.

**Klinika va diagnostika.** Ichki a'zolar shikastlanishining doimiy simptomlaridan biri bu og'riq, uning lokalizasiyasi ko'p hollarda shikastlangan o'choqni ko'rsatib beradi. Kovak organning shikastlanishida bolalar qorinning hamma sohalaridagi kuchli og'riqqa shikoyat qiladi, bunda aniq og'riq lokalizasiyasi yo'q. Parenximatoz organlarning shikastlanishida unchalik kuchli bo'limgan, chap (taloq) yoki o'ng (jigar) qovurg'a ostidagi og'riq kuzatiladi. Qon qorin bo'shlig'inining ichiga tarqalganda og'riq ham tarqalgan bo'ladi, ammo zararlangan organning sohasida kuchliroq bo'ladi. Bolalar og'riq yelka yoki ko'rak sohalariga irradiasiya qilishiga ham tez-tez shikoyat qiladi (Frenikus-simptom). Og'riq va uning irradiasiyasi chuqur nafas olganda va harakatlanganda kuchayadi.

Kusish va o'g'jish parenximatoz organlar jaroxatlanganda doimiy simptom hisoblanadi, ular travmadan bevosita keyin yoki bir necha soat o'tib kuzatilishi mumkin.

Parenximatoz organi shikastlangan bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplamlarining oqimtir bo'lishi, tilning quruqligi, qorin oldingi devorining nafas olishda sust ishtirok etishi kuzatiladi. Odatda bemor to shakda majburiy holatni egallaydi. Travma olgan bola kamharakat

bo'lib qoladi. o'ziga qulay joylashib, bemor o'z holatini o'zgartirishni xoxlamaydi va shikastlangan organi tomoniga yotishga harakat qiladi ("vanka-vstanka" simptom).

Arterial qon bosimining dinamikada kuzatish ichki qon ketishning darajasini aniqlashda to'liq ma'lumot berolmaydi, chunki bolalarda uzoq vaqt davomida arterial bosim bir meyorda ushlanib turishi mumkin. Dinamikada puls tezligini oshishi ko'proq aniqlik kiritadi.

Jigar, taloqning alohidagi shikastlanishida qorin oldingi devori mushaklarining taranglashishi kuchsiz bo'lib o'ng yoki chap epigastral sohalarida kuzatilishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida to'kilgan qonning tarqalishi bilan mushaklar taranglashishi ham tarqalgan bo'ladi. Shyotkin-Blyumberg simptomi parenximatoz organlarning shikastlanishida juda sust bo'ladi va bu holat qorin pardasining qonga bo'lgan reaksiyası oqibatida kelib chiqadi. Organning kapsulasi butunligi buzilmaganda yoki gematoma organning ichida joylashganda Shyotkin-Blyumberg simptomi aniqlanmaydi. Qorin bo'shlig'iga qon ketganda, qorinni paypaslaganda kuchli og'riq va shu vaqt ni o'zida kuchsiz mushaklar taranglashishi kuzatilishi mumkin – Kulenkamfa simptom.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi bilan kelgan bemorlarda UTT va rentgenologik tekshirish o'tkazilishi shart. Kovak organ shikastlanganda qorin bo'shlig'i obzor rentgenogrammasida diafragma ostida erkin gaz aniqlanadi.

Taloqning shikastlanishi bolalar o'rtasida eng ko'p uchraydigan patologiya hisoblanadi. U qorin bo'shlig'i organlari shikastlanishining 50 % ni tashkil qiladi. Taloqning shikastlanishi jigar, buyrak va ichaklarning jarohatlanishi bilan birligida kechishi mumkin. Taloq yorilganda ichki qon ketish belgilari asosiy o'rinda turadi. Bemor oqarib ketadi, pulsi tezlashadi va sustlashadi. Qon bosimi va gemoglobin miqdori tushib ketadi. Esnash (kislород yetishmasligi), qorin hajmining kattalashib ketishi kuzatiladi. Umumi simptomlar bilan birligida mahalliy simptomlar ham kuzatiladi. Agar bemor xushida bolsa, qorining chap tomonida og'riqqa shikoyat qiladi. Og'riq chap kurak sohasiga irradiasiya beradi. Ba'zan qorinning oldingi devori mushaklari taranglashadi. Teridagi timalgan, ezilgan, qon quyilgan yaralar va ularning joylashuvi diagnoz qo'yishda katta axamiyatga ega.

Bemoming to'shakdagi holati majburiy bo'lib, u shikastlangan tomonga qarab yotadi. Ichki qon oqishida og'riqning qorin oldingi

devorining taranglashuvi bilan nomutanosibligi kuzatiladi. Bu Kulenkampf simptomining musbatligidan dalolat beradi.

Veynert belgisini tekshirish uchun xirurg bola bel sohasining yuqori qismini 4 ta barmog'ini umurtqa pog'onasiga qaratgan holda bosh barmoqlari bilan qorinni qisadi, bunda chap tomonlama qorin mushaklarining qarshiligi seziladi. Bu belgi taloq shikastlanganda musbat bo'ladi.

Laborator tekshirish usullari diagnozni aniqlashga imqon beradi. Taloq shikastlanganda leykositoz xarakterli hisoblanadi. Travmadan 8 – 12 soat o'tib leykositoz o'sib boradi. Taloq shikastlanganda va qorin bo'shlig'iga qon oqqanda obzor rentgenografiyada va rentgenosqopiyada qorin bo'shlig'inинг gomogen qorayishi kuzatiladi.

Jigarning shikastlanishi qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishining 5 – 25 % ni tashkil qiladi. Bu holat 6 – 12 yoshli bolalar o'rtasida ko'proq uchraydi.

Jigar shikastlanishi turli xil bo'lib, ular kapsula osti gematomasi, kapsulaning yorilishi, yuzaki yoriqlardan to chuqr yoriqlargacha bo'lishi mumkin. Ko'pincha jigarning o'ng bo'lagi shikastlanadi. Undan so'ng o'ng bulagi oldingi qismi va chap bo'lagi shikastlanadi. Jigar o'ng bo'lagining pastki qismi kamdan – kam hollarda shikastlanadi. Agarda shikastlanish shu sohada uchrasa, u yerda qon tomirlari ko'pligi sababli juda ko'p qon ketishi mumkin.

Jigarning shikastlanishi uchta guruhga bo'linadi:

1. jigar shikastlanishi kapsula ostida;
2. jigarning ham, kapsulaning ham shikastlanishi;
3. jigarning markaziy shikastlanishi;

Klinik belgilarning namoyon bo'lishi jigar shikastlanishining og'irlik darajasiga bog'liq. Jigar shikastlanganda og'rik, qon ketish, shok holatiga (teri va shilliq qavatlarning oqarib ketishi, sovuq teri bilan qoplanishi, nafas olishning tezlashuvi va og'irlashuvi, pulsning tezlashuvi, arterial qon bosimining tushib ketishi, bemoming hushidan ketishi) tushishi kuzatiladi.

Kapsula osti yorilishlarida yoki chuqr gematomalarda kasallikning klinik kechishi ba'zan ikki bosqichli bo'ladi. Jarohat olgan vaqtida bemor jigar sohasida kuchli og'riq his qiladi. Vaqt o'tishi bilan og'riq kamayib, hatto yo'kolib boradi. Keyinchalik, kutilmaganda qorindagi og'riq kuchayib, bemor hushidan ketishi mumkin. Ichki qon ketish belgilari yuzaga chiqadi.

Agarda jigarning yakka o'zi shikastlansa bemor bola o'ng qovurg'a yoyi ostida va qorinning o'ng tomonidagi og'riqqa shikoyat qiladi. Nafas olganda va harakatlanib tana holatini o'zgartirganda og'rik kuchayadi. Kichik yoshdagi bolalarda og'rik tarqalgan bo'ladi, katta yoshdagi bolalarda ko'proq jigar sohasida bo'ladi. Bemorning tushakdagi holati majburiy bo'ladi: oyoqlari bukkan va qorniga tortgan holatda, "Vanka - vstanka" simptomi musbat bo'ladi.

Jigar shikastlanganda "kindik simptomi" xarakterli hisoblanadi: kindikni bosib ko'rganda, jigarning yumaloq boylami tortilishi natijasida kuchli og'riq kuzatiladi.

Laborator tekshirish usullari diagnozni aniqlashga imqon beradi. Jigar shikastlanganda transaminazalarning ko'payishi xarakterli.

*Kovak organi* shikastlangan bolani ko'zdan kechirganda: yuz ifodasi o'tkirlashgan, rangi biroz uchgan, tili quruq va qalin karash bilan qoplangan. Qorin nafas aktida qatnashmaydi, qorin oldingi devori muskullarining tarangligi oshgan, qorin parda yallig'lanish simptomi yaqqol aniqlanadi. Peritonit, toksikoz va eksikoz belgilari kuchayib borishi bilan bemorning ahvoli juda ham yomonlashadi. Tana harorati  $37,5 - 38^{\circ}\text{S}$  gacha oshadi. Uncha yuqori bo'limgan temperaturada puls 1 minutda 20 – 30 gacha tezlashadi.

Obzor rentgenosqopiyada kovak organ yirtilganda qorin bo'shlig'ida jigar va diafragma gumbazi o'rtasida erkin havo (o'roqsimon shaklda) borligi aniqlanadi (Rasm 15).

Kovak organ jaroxatlanishi qorin parda yallig'lanishi bilan kechganda qonnning oq formulasida o'zgarishlar kuzatiladi (chap tomonga siljish, leykositoz, EChT balandligi). Bioximik tahlillar, kislotaishqor holati, suv-tuz almashinuvini aniqlash jarohatlangan bolada metabolik buzilishlar korreksiysi va suv-tuz balansini tiklashni to'g'ri va nazorat ostida o'tkazishga imqon beradi.

Qorin bo'shlig'i organlari jarohati operativ davo o'tkazishni talab qiladi, vrach-pediatrning taktikasi bemor ahvoliga to'g'ri baho berib, unga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish va o'z vaqtida xirurgik stasionarga gospitalizasiya qilishdan iborat. Bemorga to'liq tinchlik holati yaratilib beriladi. Jarohat sohasiga muz qo'yiladi. Ichki qon ketishga



Rasm 15.  
Diafragma ostida  
erkin xavo.

shubha bo'lganda vena ichiga 3 – 5 ml 10 % li kalsiy xlor eritmasi, 10 – 12 ml 40 % li glyukoza eritmasi, mushaklar orasiga vikasol eritmasi yuboriladi. Og'riqsizlantirish maqsadida narkotik moddalar yuborish mumkin emas. Suv va ovqat berish man etiladi.

**Davo.** Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi diagnozi qo'yilganda xirurgik davolash o'tkaziladi. Diagnozni aniqlash zaruriyat tug'ilganda qonservativ usullar qo'llanadi: mahalliy gipotermiya, shokka qarshi muolajalar, to'shak holati va doimiy kuzatuv. Agar o'tkazilayotgan tekshirishlar diagnoz qo'yishda aniqlik kiritmasa unda diagnostik laparosqopiyaga yoki laparosentez qo'llanadi.

## BUYRAK SHIKASTLANISHLARI

Bolalarning buyrak va siydik chiqarish yo'llari shikastlanishi nisbatan tez-tez uchraydi. Bular orasida birinchi o'rinni buyrakning yopiq shikastlanishi egallaydi. Ular avtohaloqatga uchraganda, yuqorida tushib ketganda va bel sohasiga olingan travmalar natijasida kelib chiqadi. Ikkinchi o'rinda siydik chiqarish kanali va yorg'oq a'zolari turadi. Nisbatan kam shikastlanish qovuqda, siydik naylarida esa onda-sonda kuzatiladi. Maktab yoshidagi o'g'il bolalar nisbatan ko'proq shikastlanadilar. Ko'chada shikastlanish birinchi o'rinda tursa, ikkinchi o'rinda esa kundalik turmushdagi va sport natijasida shikastlanishlar turadi. Keyingi yillarda avtomobil transporti harakatlari ko'paygani tufayli bu turdagagi shikastlanishlar ham ancha ko'paydi.

Bolalarda ko'pincha buyraklarning yopiq shikastlanishi kuzatiladi. Yopiq shikastlanishlar ko'krak, qorin va biqin soxalari shikastlangan bemorlarning 15—23% ini tashkil qiladi. Buyrakning yopiq shikastlanishi shikastlantiruvchi kuchning bel sohasiga bevosita ta'siri hamda yiqliganda yoki sakraganda keskin ravishda buyrak holatining o'zgarishidan kelib chiqadi. Buyrak shikastlanishi mexanizmida gidrodinamik ta'sirming ahamiyati bor. Ma'lumki, buyrak qon tomirlar bilan yaxshi ta'minlangan a'zolar qatoriga kiradi. Uning kosachalarida va jomida doimo siydik bo'ladi. To'satdan bo'lgan urilish, chayqalish natijasida suyuqlik ta'siridan radial yorilishlar yoki parchalanishlar yuzaga keladi.

Buyrak shikastlanishida urilishning kuchi, uning qaysi qismiga tegishi, buyrak atrofi biriktiruvchi to'qimasi, muskullarining rivoji katta ahamiyatga ega. Buyrakda avvaldan patologik o'zgarishlar bo'lsa (gidronefroz, pionefroz, o'sma, distopiya, taqasimon buyrak va h.k.),

kuchsiz urilishdan ham katta shikastlanish kelib chiqishi mumkin. Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar quyidagi guruhlarga bo'linadi:

- Buyrak pardasi va atrof to'qimasining shikastlanishi.
- Kosachalar va jomiga yetmagan parda osti yorilishi.
- Kosachalar va jomga yetgan parda va parenximasining yorilishi.
- Buyrakning majaqlanishi.
- Buyrakning uzilishi.

**Klinikasi.** Buyraklar shikastlanishi uchta simptom bilan xarakterlanadi: og'riq, gematuriya va bel sohasida shish bo'lishi. Ko'pincha og'riq, peritoneal belgilar va gematuriya kuzatiladi. Og'riq simillagan tusda bo'lib, yo'talganda, qimirlaganda, shikastlangan joy paypaslanganida kuchayadi. Ayrim hollarda o'tkir bo'lib, xuddi sanchiqli og'riqdek chov kanaliga, tashqi jinsiy a'zolarga berilishi ham mumkin. Bu hol ko'pincha siy dik yollariga ivigan qon laxtalari tiqilib qolganida aniqlanadi. Bemor shok holatiga ham tushib qolishi mumkin. Teri qoplamlari oqargan,sovuk ter bilan qoplangan, pulsi tezlashgan va kuchsiz to'liqlikka ega. Arterial qon bosimi pasaygan. Bemor bezovta, chanqagan bo'ladi. To'mtoq travmalarda shikastlanishning tashqi alomatlari ko'rinxmaydi. Qorin va bel sohasidagi og'riq harakat vaqtida va chuqur nafas olganda kuchayishi mumkin. Paypaslaganda bel sohasi og'riqli va ba'zan bo'rtib turadi.

Og'riq ko'pincha muskullar taranglashuvi va qorin pardaning ta'sirlanishi tufayli ro'y beradi. Shikastlanishning 2-3 kunlarida muskullar bo'shashadi va buyrak sohasi bel tomondan bo'rtib chiqishi mumkin. Bu paranefral to'qimada gematoma to'planganining oqibatidir. Kichik yoshdagi bolalarda qon va ba'zan siy dik buyrak atrof to'qimasida to'planib, paranefrit belgisini berishi yoki qorin bo'shlig'iga o'tib, peritonitga sabab bo'lishi ham mumkin. Ko'pgina hollarda urogematoma biriktiruvchi to'qimani fibrozga aylantirib, piyelouretral zonaning deformasiya bo'lishiga va urodinamikaning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bemorlarda ikkilamchi piyelonefrit boshlanib, ularning ahvoli ancha og'irlashadi.

Gematuriya asosiy simptomlardan bo'lib, u har xil intensivlikda (mikroge-maturiyadan to ko'p qon oqishigacha) namoyon bo'ladi. Bu buyrak shikastlanishining og'irligidan darak bermaydi. Buyrak majaqlanganda va uzilganda gematuriya juda arzumas yoki ivigan qon evaziga siy dik yulining obturasiyalanishidan umuman bo'lmasligi ham

mumkin. Bunga buyrakda shikastlanish oqibatida reflektor oligoanuriya va shok natijasida diurezning pasayishi ham asosiy sabab bo'lishi mumkin.

Buyrak shikastlanishiga shubha tug'ilganda shoshilinch tarzda ekskretor urografiya o'tkaziladi. Uning yordamida shikastlanish darajasi va xarakteri aniqlanadi. Urogrammada buyraklar qontrasti bo'lmasa buyraklar angiografiyasi o'tkaziladi. U buyrak arteriyasi trombozin aniqlashga imqon beradi.

UTT yordamida organning joylashishi, uning razmeri, mikrostrukturasi, buyrak atrofida gematoma borligi aniqlanadi.

Buyraklarning funksional holatiga va patologik prosessning rivojlanish dinamikasiga baho berishda radioizotop renografiyadan foydalilaniladi.

*Siydik pufagining* qorin pardan tashqarida yirtilishi farqlanadi. Siydik qopi to'lgan holda shikastlangan bo'lsa, u holda siydik qorin bo'shlig'iga to'qiladi va buni qorin pardan ichi yorilishi deb aytiladi. Bu holat qorinning pastki qavatining qisilishi, unlishi yoki yuqorida tushib ketishi natijasida yuzaga keladi. Qorin pardan ichi yirtilishida bemorning tili quruq, qorin taranglashgan, og'riq seziladi, Щyetkin-Blyumberg simptomini musbat. Eksikoz va toksikoz symptomlari tez rivojlanadi. Siydikning qorin bo'shlig'iga to'planishi natijasida siyish kuzatilmaydi. Qorin pardan tashqarida yirtilganda qov ustida kuchli og'riq va shish kuzatiladi. Siydik qon aralash bo'lib, kam-kam ajraladi va siyganda og'riq seziladi.

Diagnoz quyishda sistografiyadan foydalilaniladi. Bu tekshirish usuli bevosita operasiya oldidan o'tkazilishi kerak.

Davosi. Shoshilinch tarzda xirurgik davo o'tkaziladi.

## OSHQOZONNI ZONDLASH

- zarur bo'ladigan asboblar va dori moddalarni tayyorligi tekshiriladi: salfetkalar, shariklar, spirt, oshqozon zondi;
- qullar oqar suvda sovun bilan yuviladi, sochiq bilan artilib, spirt bilan surtiladi;
- bemor ko'ruv stoliga yelkasiga yotqiziladi;
- oshqozon zondini zaruriy uzunligi o'lchanadi burundan to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasigacha bo'lgan masofa;

- bolani boshini chap qo'l bilan ushlanadi, o'ng qo'l bilan ohista kateter bolani chap burun katagi orqali kiritiladi;
- kateter uchi burun, og'iz, halqum va qizilo'ngach orqali o'tib, oldindan belgilangan uzunlikda oshqozonga tushadi,
- - kateter orqali oshqozon maxsuloti chiga boshlaydi;
- - zaruriy muolaja bajarilgach kateter sekinlik bilan chiqarib olinadi.

## **OSHQOZONNI YUVISH**

Ko'rsatma:

1. Davolash maqsadida.
2. Diagnostika maqsadida.
3. Oshqozondan sifatsiz ovqatlami yuvib tashlash.
4. Organizmga zaxarli ximikatlar og'iz orqali oshqozonga tushganda.
5. Dori vositalari bilan zaxarlanganda.
6. Bakteriya toksinlari bilan zaxarlanganda.
7. Zaxarli o'simliklar bilan zaxarlanganda (qo'ziqorin v.b.q.).

Tayorlash:

- bemor bolaning ota onasiga bo'ladigan muolaja hakida tushuntirish.

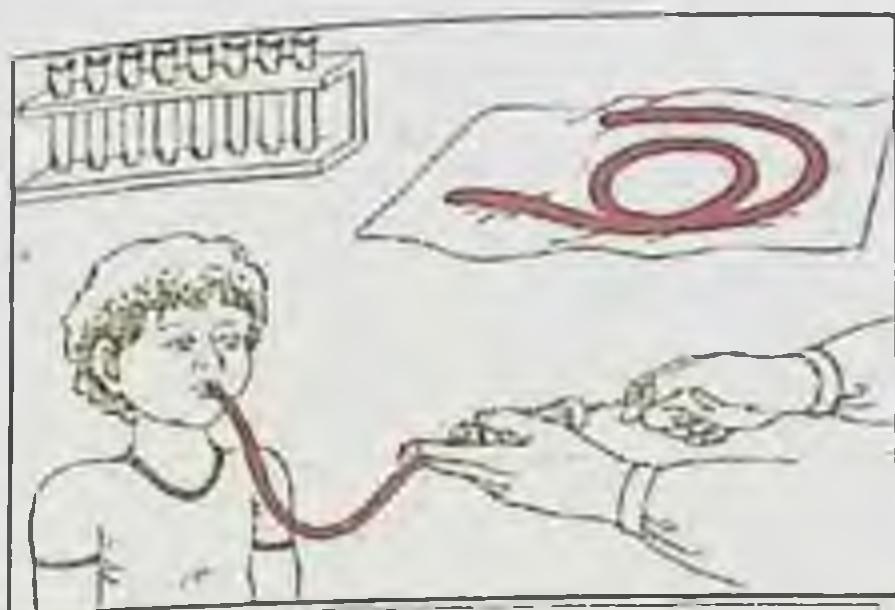
Kerakli sharoit va instrumentlar va dori vositalari:

1. Muolaja xonasi.
2. Kushetka yoki chaqolok yo'rgaklaydigan stol.
3. Oshqozonni yuvish uchun kerakli suyuqliklar (suv, 2 % bikorbanat natriy eritmasi yoki permanganat kaliyning och pushti rang eritmasi va ko'rsatmaga asosan antidot eritmalar).
4. Qalin zondlar har xil o'lchamdag'i va har xil diametr dag'i (katta yoshdag'i bolalar uchun 70-100 sm. li diametri 10-12 mm., ko'krak yoshdag'i bolalar uchun 3-5 mm. li zondlar).
5. Shishali shpris (20 gr.)
6. Voronka.
7. Tog'ora.
8. Vazelin malhami.
9. Oshqozonga yetarli bo'lishi kerak bo'lgan zondni aniqlash uchun taxminiy o'lchamlardan foydalanish mumkin bu burun uchidan to kindik

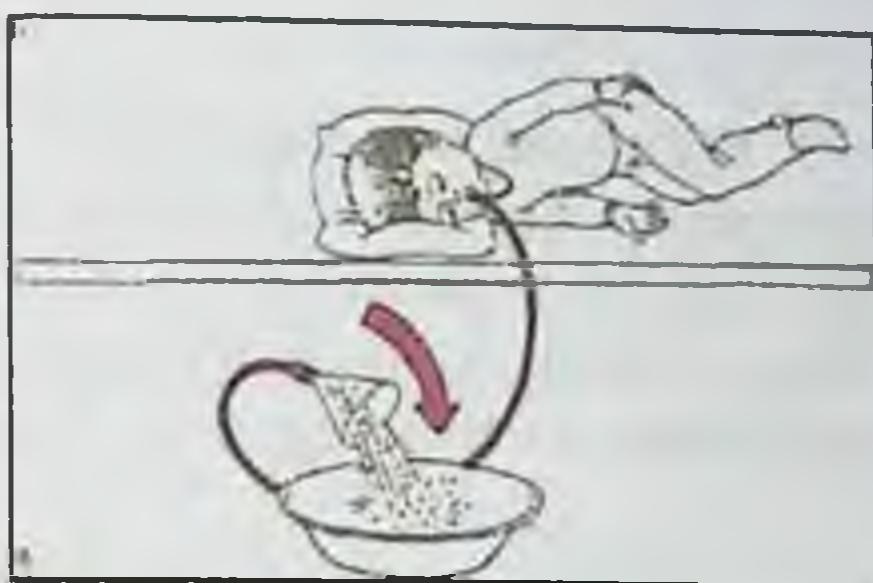
chuqurchasigacha bo'lgan masofani olish mumkin yoki aniqroq o'lchash uchun quyidagi formula orqali hisoblanadi : 20-/ - p, p- bola yoshi

**O'tkazish texnikasi (aseptika qoidalariga rioya qilgan xolda).**

1. Bemoring holati kichik yoshdagi bolalarni yotqizib yonbosh holatda boshini ozroq yonboshga burilgan holatda, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarni hamshira tamonidan tizzasiga o'tqizib bemorni oldini plyonka bilan yopib oyoqlarini o'zining ikki oyog'i orasiga olgan holda boshini yelkasiga keltirib o'tqaziladi.
2. Zondni o'tkazuvchanligini tekshirish kerak.
3. Zond uchini vazelin yog'i bilan moylash kerak.
4. Zondni o'ng qo'lga olib bemor boladan og'zini ochishni aks holda shpatel orqali til asosini bosib tamog'i tamon yuborib tez harakat bilan zond yo'naltiriladi.
5. Bemor boladan yutish harakatini qilish tavsiya etiladi va ohista harakat bilan zond qizilo'ngachdan o'tkaziladi (bu muolaja maktabgacha va maktab yoshidagi bemor bolalarga o'tkaziladi).
6. Oshqozonda zondning turganligin bilish uchun kuyidagi sinama o'tkaziladi ya'ni fonendoskop oshqozon proyeksiyasiga qo'yilib shpris orqali havo yuboriladi shunda havo puflangani eshitiladi, shuningdek quşish refleksi to'xtaydi.
7. Katta yoshdagi bolalarni oshqozonini yuvish uchun bolani stulga o'tirg'izdirib oldini fartuk yoki choyshab bilan yopiladi.
8. Zond yuborilgandan so'ng tashqi teshigi varonkaga ulanadi va sifon prinsipi bo'yicha yuviladi.
9. Kichik yoshdagi bolalarni oshqozonini yuvishda shishali 20 gr. li shprisdan foydalaniladi.
10. Oshqozon yuvilgandan keyin zond asta sekin tortib olib tashlanadi.



Rasm 17, a.  
O'tirgan xolatda oshqozonni yuvish.



Rasm 17 b.  
O'tirgaan xolatda oshqozonni yuvish.

## VAZIYATLI MASALALAR.

1.

Bolada operasiya vaqtida taloqning katta jaroxati va uni taloq darvozasi sohasiga o'tganligi holda aktiv qon ketish aniqlandi. Sizning taktikangiz?

2.

Bola to'g'ri ichak va sfinkter apparatining travmatik shikastlanishi bilan kelgan. Qorinda og'riq va peritoneal belgilar bor. Umumiyl rentgenogrammada qorin bo'shlig'ida erkin gaz bor. Sizning taktikangiz?

3.

Bola balandlikdan yiqilgan, ahvoli o'rta og'irlilikda, shikoyatlari qorinda og'riq. perkussiya qilganda og'riq seziladi, mushaklar taranglashishi doimiy emas. Sizning diagnozingiz va taktikangiz?

4.

Bemorda ichki qon ketish belgilari mavjud, taloq yorilishiga shubxa bor, umumiyl ahvoli og'ir, gemodinamikasi nostabil. Sizning taktikangiz?

5.

Bemor 10 yoshda. To'shakda qo'l – oyoqlari bukilgan, majburiy holatda yotibdi. Oyoq – qo'llari to'g'rilansa, yana o'z holatiga qaytadi. "Vanka-vstanka" simptomi musbat. Puls ipsimon, teri qoplamlari sovuq ter bilan qoplangan. Sizning taktikangiz va tashhisingiz?

6.

Qabulxona bo'limiga transport travmasiga uchragan 9 yoshli bolan keltirishdi. Bolaning shikoyati qorinning chap tomonida og'riqqa Ko'zdan kechirganda: umumiylahvoli og'ir, terisi oqorgan, sovuq ter bilan qoplangan, puls tezlashgan, qon bosimi pasaygan. Sizning tashhisingiz va taktikangiz?

7.

Klinikaga travmaga uchragan bola keltirildi. Shikoyatlari: qorin sohasida og'riq va siydikning ajralmasligi. Qovuq kateterizasiya qilinganda siydik chiqmadi. Sistografiyada qovuq chegaralari noaniq, qontrast modda qorin bo'shlig'iga tarqalgan. Sizning diagnozingiz va taktikangiz?

8.

Bola 11 yoshda. Balandlikdan yiqilgan. Shikoyatlari: epigastral sohada og'riq, qorinning damlashi. Bolani tekshirganda Щуэткин-Бlyumberg simptomi musbat. Rentgenogrammada diafragma gumbazi ostida muallaq havo joylashgan. Sizning diagnozingiz va taktikangiz?

### Mavzu 3

1. Splenektomiya. 2. Loparotomiya. 3. Gospitalizasiya, stasionar tekshirish va davolash. 4. Gospitalizasiya, stasionar tekshirish va davolash kovak a zo shikastlanishi. 5. Gospitalizasiya, stasionar tekshirish va davolash. 6. Gospitalizasiya, stasionar tekshirish va davolash kovak a zo shikastlanishi. 7. Gospitalizasiya, stasionar tekshirish va davolash, siydik pufagi yorilishi. 8. Gospitalizasiya, stasionar tekshirish va davolash. Kovak a zo yorilishi.

## O'Z-O'ZINI NAZORAT QILISH TESTLARI.

1. Qorin bo'shlig'i yopiq shikastlanishining turi:

1. kovak va parenximatoz a'zolar shikastlanishi
2. qovurg'a shikastlanishi
3. qorin arteriyasining shikastlanishi
4. bel umurtqasining shikastlanishi
5. uretraningo z ilishi

2. Qorin bo'shlig'i parenximatoz azolari shikastlanishiga hos bo'limgan simptom:

1. qorinda mahalliy va tarqalgan og'riq, musbat frenikus simptomi
2. chuqr nafas olganda va haraqat qilganda og'riqni kuchayishi

3. ko'ngil aynish, qusish, teri qatlamlarining oqarishi, „Vankavstanka“ va Kulenkampf symptomining musbatligi

4. qorin bo'shlig'i rentgenogrammasida erkin gaz

5. rentgenda gomogen soya, gemoglobin miqdorining kamayishi, kindik symptomi musbat (kindik bosilganda og'riq paydo bo'lishi)

3. Buyrak shikastlanishiga hos belgilar:

1. belda og'riq, gematuriya, bel sohasida shish

2. qorin ustida og'riq va shishib chiqish

3. siydiq tutilib qolishi, uretroragiya

4. qusish, uyqusizlik, suyuq ahlat

5. tana haroratiningko'tarilishi, favvoradek qusish

4. Qaysi tekshirish usulini buyrak shikastlanishida o'tkazish shart emas?

1. obzor urografiya

2. ekskretor urografiya

3. buyrak angiografiysi

4. ultratovushli tekshirish

5. ezofagogastrosqopiya

5. Talog'i yirtilgan bemor qanday holatda yotadi?

1. o'ng yonboshda

2. yota olmaydi

3. chap yonboshda

4. oyoqlarini osiltirib o'tiradi

5. oyoqlarini bukip chalqancha yotadi

6. Taloq yirtilganda perkussiya paytida nima aniqlanadi?

1. qorinning hamma sohasida timpanit

2. chap qovurg'a ostida perkutor tovushning qisqarishi

3. o'ng' qovurg'a ostida perkutor tovushning qisqarishi

4. ko'krak qafasining chap tomonida o'tmas tovush

5. qorin pastida timpanit

7. Jigar yirtilganda bemor qanday holatni egallaydi?

1. o'ng yonboshida ham, chap yonboshida ham yota olmaydi

2. chap yonboshida oyoqlari qomiga tomon bukilgan

3. o'ng yonboshda oyoqlari bukilgan holda

4. oyoqlarini bukip chalqancha yotadi

5. oyoqlarini osiltirib o'tiradi

8. Jigar yirtilganda qaysi tekshirish usuli qo'llaniladi?

1. ezofagosqopiyasi
2. gastrosqopiyasi
3. o'ng tomondan torakosentez
4. laporosentez
5. Elefant sinamasi

9. Kovak organ yirtilganda qaysi rentgenologik tekshirish usuli o'tkazish lozim?

1. qorin bo'shlig'inining obzor rentgenografiyasi
2. ekskretor urografiya
3. irrigografiya
4. angiografiya
5. tomografiya

10. Qaysi organ jarohatlanganda diafragma gumbazi ostida muallaq havo aniqlanadi?

1. buyraklar yirtilganda
2. taloq yirtilganda
3. jigar yirtilganda
4. me'da osti bezi yirtilganda
5. me'da va ichak yirtilganda

11. Qorin bo'shlig'i parenximatoz a'zolari shikastlanishiga hos bo'limgan simptom:

1. qorinda mahalliy va tarqalgan og'riq, musbat frenikus simptomasi
2. ko'ngil aynishi, quşish, teri qoplamlarini oqarishi,  
Vanka-vstanka hamda Kulenkampf symptomining musbatligi
3. qorin bo'shlig'i rentgenogrammasida erkin gaz
4. rentgenda gomogen soya, gemoglobin miqdorining kamayishi,  
kindik simptomasi musbat (kindik bosilganda og'riq paydo bo'lishi)
5. chuqur nafas olganda va harakat qilganda og'riqning kuchayishi

12. Buyrak shikastlanishiga hos belgilar:

1. belda og'riq, gematuriya, bel sohasida shish
2. qov sohasida og'riq va shishib chiqishi, ich ketishi
3. siydirik tutilib qolishi, uretroragiya
4. quşish, uyqusizlik, suyuq ahlat
5. tana haroratininingko'tarilishi, favvoradek quşish

13. Kovak organ yirtilganda qaysi rentgenologik tekshirish usuli o'tkazish lozim?

1. qorin bo'shilig'ining obzor rentgenografiyası
2. ekskretor urografiya
3. irrigografiya
4. angiografiya
5. tomografiya

14. Parenximatoz organlardan qaysi biri ko'proq shikastlanishga uchraydi?

1. jigar shikastlanishi
2. Taloq shikastlanishi
3. oshqozon osti bezi shikastlanishi
4. buyrak shikastlanishi
5. ko'plab va hamkorlikdagi shikastlanishlar

15. Parengimatoz a'zolarning shikastlanishi diagnostikasida quyidagi tekshiruv usuli ma'lumoti hal qiluvchi rol o'ynaydi:

1. kliniko-rentgenologik tekshiruv
2. kliniko-laborator va asbobli tekshiruv
3. endoskopik usullar
4. angiografik usul
5. ultratovush bilan tekshirish usuli

16. Kovak a'zoning teshilib shikastlanganligi diagnostikasida quyidagi tekshiruv usulining ma'lumoti hal qiluvchi rol o'ynaydi:

1. kliniko-rentgenologik tekshiruv
2. kliniko-laborator tekshiruvi
3. asbobli tekshiruv usuli
4. endoskopik usullar
5. angiografik usul

17. Bolalarda ko'proq hayotga havf soluvchi shikast (travma)

1. ichki a'zolarning qattiq lat yeyishi
2. a'zoning qonashi bilan kechadigan shikastlanishi
3. qorinning oldingi devorining lat yeyishi
4. bosh miya chayqalishi, boldir suyaklarining sinishi
5. bosh miya chayqalishi, chanoq suyaklarining sinishi

18. Kovak a'zo yorilgandan keyin bir kun o'tgach bemordagi quisishning xususiyati

1. fontandek quisish
2. o't aralash quisish
3. bir marta quisish
4. qon aralash quisish
5. hazm bo'limgan ovqat aralash quisish

19. Qorin bo'shlig'i a'zolari yorilishi guman qilinganda rentgen tekshirish davrida bemor qanday holatda bo'lishi kerak

1. yotgan holda (gorizontal)
2. Trendelenburg holatida
3. Vangenstin holatida
4. Turgan holda (vertikal)
5. yonbosh holatda

20. Splenektomiyaga ko'rsatmalar

1. Taloqning lat yeishi
2. mayda yirtilishlar (nadrъiv)
3. Taloqning majaqlanib ketishi (razmojeniye)
4. subkapsulyar yorilib gematoma hosil bo'lishi
5. Taloq kapsulasining yorilishi

21. Qaysi kovak a'zo jarohatlanganda og'ir va o'ziga xos kechadi, hamda uning diagnozini qo'yish murakkabroq

1. 12-barmoqli ichakning qorin pardasidan tashqarigi qismi jaroxatlansa
2. yonbosh ichakning jaroxati
3. sigmasimon ichakning jaroxati
4. ko'r ichakning jaroxati
5. och ichakning jaroxati

22. Qovuqning qorin bo'shlig'iga yorilgandagi davolash taktikasi

1. qovuqqa kateter qo'yish
2. shoshilinch sistosqopiyasi
3. shoshilinch laparotomiya
4. shoshilinch lyumbotomiya
5. ko'z atish taktikasi

23 Taloq shikastlanishiga xos belgi:

1. Gippokrat belgisi
2. «Vanka-vstanka» belgisi
3. Щуэткин-Блюмберг belgisi
4. «loy» belgisi
5. «Qum soati» belgisi

24. Ingichka ichak yorilishiga xos og'riq:

1. xurujsimon (pristupoobraznaya)
2. pichoq sanchigandek(kinjalnaya)
3. To'mtoq (tupaya)
4. g'ijimlab og'rish (sxvatkoobraznaya)
5. sanchiqsimon (kolyushchaya)

25. Jigar va taloq shikastlanishining eng optimal diagnostik usuli

1. kolonosqopiyasi
2. laparosqopiyasi
3. qorin bo'shlig'i R-grafiyasi
4. laparotomiya
5. qorin bo'shligining punksiyasi

26. Qovuq qorin bo'shlig'iga yorilganda eng ishonchli diagnostik usul:

1. umumi urografiya
2. pnevmosistografiya
3. qovuqqa kateter qo'yish
4. ultratovushli tekshirish
5. sistosqopiyasi

### Interaktiv o'yinlarni o'tkazish texnologiyalari:

#### **1. «Stol ustidagi ro`chka» o'quv o`yin**

Butun guruxga masala taklif etiladi. (masalan kandli diabet simptomlarini sanab uting, v-blokatorlar guruxiga kiruvchi dorilar, ) xar bir talaba varakka javobni bir variantini yozib, kushnisiga uzatadi, uzini ruchkasini stol urtasiga surib kuyadi.

Pedagok gurux ishini va xar bir ishtirokchini ishtirokini nazorat qiladi.

Bu usul bilan ishlaganda talabaning javobini tezligi va to'liqligi inobatga olinadi.Ushbu usulda urgatuvchi va nazorat etuvchi dastur masalalarini qo'llash mumkin.

## 2. «Uch pog'onali suxbat» o'quv o'yin

«Uch pog'onali suxbat» uslubi - kichik guruxdarda talabalarни aktiv urgatish uslubiga ta'lukli. Ushbu uslub bo'yicha ishlash uchun 3 kishilik guruxdar tuzish, bir-biriga ishonchni o'matish, ochiq muxrkamaga to'skyanlik kilayotgan psixologik bosimni yengish, vaqtini belgilash shart.

Xar bir guruxda «vrach», «bemor», «ekspert-UASh» rollari taqsimlanadi. Baholay oladigan o'kituvchi yoki talaba «ekspert-UASh» rolida bo'lishi mumkin. «Bemorga» xirurgik kasallik nomi aytiladi va talaba opaki yoki yozma ravishda ma'lumot berishi kerak. «Vrach» berilgan ma'lumotlarga karab to'g'ri diagnoz ko'yishi kerak, «ekspert-UASh» ishning to'g'riliгини baxrlaydi. Guruh ishtirokchilari ishini baqolanishi uch boskichda yoziladi:

- 1.nima to'g'ri kilindi;
- 2.nima noto'g'ri kilindi;
- 3.kanday qilish kerak edi.

Xamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida xar bir guruh o'z qonsultasiyasini ekspert xulosasi bilan namoyish etadi. Boshqa variant - talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xakkniy qonsultasiyasini butun guruh va pedagog muhokama qiladilar.

Ushbu uslub o'quv jarayonini tezlashtiradi. Uning muhimligi o'tgan va yangi o'quv ma'lumotlarini mustaqamlashdan iborat.

## 3. «Davra stoli» o'quv uyin

Stol atrofida utirgan bir gurux talabalarga varakda yozilgan savol urtaga kuyiladi, vash u savolga javobni xar bir talaba uzining varagiga yozadi. Xar bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. Uyin tugagandan keyin xar bitta talabaning ushbu ishi kurnilib, baxolanadi: noto'gri javoblar uchiriladi, tufi javoblar soniga karab, baxolanadi.

Bu uyinni xam yozma, xam ogzaki tarzda o'tkazish mumkin.

## 4. «Slaboye zveno» o'quv uyin

«Slaboye zveno» interaktiv uyini kuydagи usulda o'tkaziladi. Ma'sul assistent xar bir mavzu buyicha 30-50 savollarni oldindan tayerlab kuyadi. Savollar kiska, qonkret bo'lishi lozim, va ularga kutilayetgak javob 5-15 sekundni talab qilish kerak. Bir gurux talabalari yarim doyra

buyicha saf tortadi, ularning yeniga, ballarni ruyxatga olish uchun gurux assistenti joylashadi. Ma’sul assistant studentlarni uyin koidalari bilan tanishtirib chiqadi. Savol berilgandan sung, student uni kaytarmasdan 3 sekund ichida jvob berishni boshlash lozim. Agar student savolga javob berishni boshlamasa, yeki noto‘gri javob berishni boshlasa keyingi savol boshqa studentga beriladi. Shunday kilib bir mavzuga tegishli savollarni berib bulgach, keyingi mavzu savollariga utiladi. Xar bir savolga berilgan javob 3 ballik sistema bilan baxolanadi. Tulik to‘gri javob - 3 ball, tugri, leykin noto‘liq javob uchun - 2 ball, noto‘gri javob, yeki javob bermasa - 0 ball. Uyin oxirida ballar yigilib, ularning urtachasi sanalib studentlarga e’lon kilinadi.

### 5. «Qopdagi mushuk» o’quv uyin:

Usulning uziga xosligi o’qituvchi bu usulda guruxdagi barcha talabalar bilan ishlaydi. Bu usulni oralik nazorat yoki bir mavzu buyicha bilimlarni tekshirish sifatida qo’llash mumkin. Bu usulda talabaning bilimiga bir emas bir nechta o’qituvchilar birgalikda baxo berishi mumkin (professorlar, dotsentlar, assistantlar). «Qonkurs» usuli talabaning nutkini rivojlantirib uz fikrini ximoya qilishga xamda boshqa talabalarning fikrini analiz qilishga urgatadi. «Qonkurslar» usuli barcha klinik va teoretik kafedralarda talabalarni bilimini tekshirish uchun kullanilishi mumkin.

### 6. «Qor tuplash usuli»:

«Qor tuplash usuli» uslubi kichik guruxlarda talabalarni aktiv urgarish uslubiga ta'lukli. Ushbu uslub buyicha ikki gurux talabalari bitta savol yoki masalani yechadi, to‘gri va to‘liq javobbergan talabaga Qor tuplash usulida ball kuyiladi. Kup ball tuplagan talabaga «a’lo» baxo kuyiladi.

Ushbu uslub o’quv jarayonini tezlashtiradi, uning muximligi utgan va yangi o’quv informasiyasini mustaxkamlashdan iborat.

## Guruhlar uchun topshiriqlar (masalan qizilo’ngach kasalliklari mavzusi uchun topshiriq).

1. Bolalarda qizilo’ngach atreziyasining 5 turini kursating? Kusish suziga klaster, SWOT jadvalini, Venn diagrammasini tuzing. Qizilungach atreziyasi buyicha «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

2. Qizilungach atreziyasining klinik belgilarini kursating. Kukanish terminiga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Qizilungach axalaziyasi buyicha «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

3. Qizilunganch axalaziyasining asosiy klinik simptomlarini kursating. Disfagiya suziga klaster SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Qizilungach xalaziyasi buyicha «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing..

4. Bolalarda kalta qizilo'ngachda kaysi operasiya usuli qo'llaniladi “habitus” suziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Kalta qizilo'ngach buyicha «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

5. Bolalarda qizilo'ngach axalaziyasining 2 asosiy simptomlarini kursating? Regurgitasiya suziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Qizilungach-traxeya okmalari buyicha «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

## Klaster

(Klaster - tutam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot xaritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitusiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'yplash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assosiasiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

Kalit so'zlar bilan assosiasiya bo'yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga “yo'ldoshlar” yoziladi – ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan “bosh” so'zga bog'laniladi.

Ushbu “yo'ldoshlar”da “kichik yo'ldoshlar” ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.

## **Muammoni aniqlash, uni hal etish, taxlil qilish va ryejalashtirish usullari va vositalari** (Patogyenyezni tushuntirish uchun makbul.)

«Nima uchun» sxyemasi «Nima uchun» sxyemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

«Nima uchun» sxyemasini tuzish koidalari.

1. qanday piktogrammadan: aylana yoki to'qri turtburchakdan foydalanishingizni izingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxyema - zanjiri turini: chizikli, nochizikli, spiralsimon bo'lislighini (dastlabki xolatni markazga yoki chyetga joylashtirishni) izingiz tanlaysiz.

3. Stryelka sizning qidiruv yunalishingizni byelgilaydi: dastlabki xolatdan okibatgacha.

Kiziilungach atryeziyasi kasalligidagi nima uchun ulim kursatgichi ko'payyadi

**«Qanday» diagrammasini qurish koidalari:**

**(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Kup xollarda sizga muammolami xal etishda «Nima qilish kyerak» xaqida uylashga xojat bulmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kyerak» qabilida bo'ladi. «qanday» - muammoni qal etishda asosiy savol qisoblanadi.

«qanday» iyerarxiya diagrammasi muammo xaqida butunligicha umumiy tasavvurga ega bulishga imqon byeradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Kyetma-kyet ravishda qanday» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imqoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini xam urganasiz.

Diagramma stratyegik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (quyi) darjasini birinchi navbatdagi xarakatlar ruyxatiga mos kyeladi.

2. Uylamay, baxolamay va ularni uzaro solishtirmay tyezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

3. Diagramma xyech qachon tugallanmaydi: unga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxyemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, dyemak u nisbatan muximdir. U muammoni xal etishning muxim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni uzingiz xal eting daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan unga Eng muximi esda tuting:

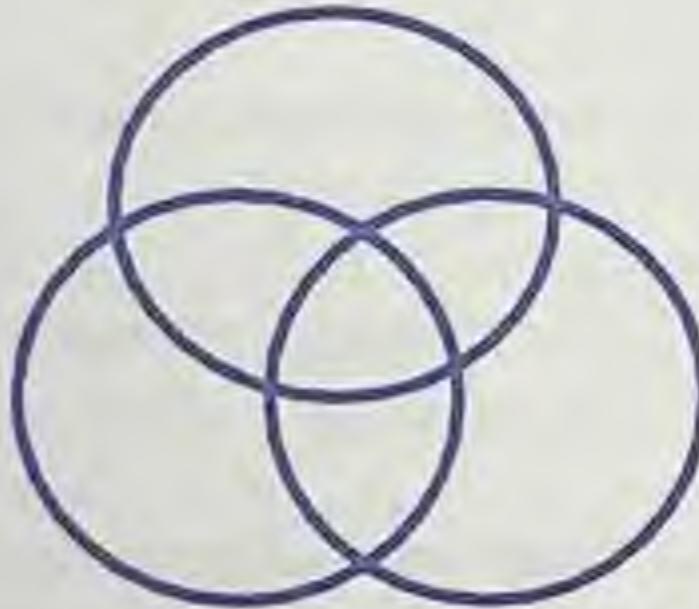
nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo yechimlarini topishga imqon byeradigan usul eng maqbul usul xisoblanadi.

6. Agarda siz to'gri savol byersangiz va optimistik bulsangiz, u xolda diagramma (tyexnika) xar qanday muammo yechimini topib byerishni kafolatlaydi.

### **«Venn diagrammasi» yechimi :**

**Mazkur xolatda uchallasiga uxshashlik - ....;**

**2- tasiga uxshashlik : .... yoki ....  
va hakozo.**



### **«Baliq skyelyeti»**

(Uy vazifasi yoki TMI: masaladagi barcha muammolarni jamlashga qaratilgan) «Baliq skyelyeti» sxyemasi - muammoning butun doirasi (maydoni)ni ifoda etish va uning yechimini topishga imqoniyat byeradi. Tizimli, ijodiy, taqliliy mushoqada qilish kunikmalarini rivojlantiradi.

Sxyemani tuzish koidalari.

«Suyak» ning yuqori qismiga muammo ichidagi muammo yoziladi, pastki qismiga esa - ushbu muammo ichidagi muammolarni amalda mavjud ekanligini tasdiqlovchi faktlar yoziladi.

Muammo ichidagi muammo (nazariyotda)

## *Mozgi, 5 "Bolalarda yumshoq to'qimalning yirngli sepih kasalliklari O'tkir gematogen osteomielit"*

**MAVZUNING DOLZARBLIGI:** Bolalar xirurgiyasida yiringli infeksiya asosiy muammolardan biri hisoblanadi. Xirurgik kasalliklarni taxminan yammini yiringli jaroxatlar tashqil qiladi. Yiringli asoratlar natijasida o'limga olib keladigan holatlar 80% kuzatiladi. Xozirgi zamon tibbiyoti rivojlanganligiga qaramasdan, yiringli infeksiya dolzarb masala bo'lib kolayapti.

**DARSNING MAQSADI:** Umumiy amaliyet shifoqorini sog'liqni saqlashning birlamchi tizimida mustaqil ravishda bemorlarni olib borishga, shoshilinch xollarda tez va birlamchi yordamni ko'rsatishga, uy, poliklinika va kunduzgi shifoxona sharoitida bolalarda yumshoq to'qimalami yiringli yallig'lanish kasalliklarida diagnostika va davolash ishlarini amalga oshirishga, shuningdek sanitar-gigenik, antiepidimik, davolash-profilaktik va reabilitasiya ishlarini olib borishga o'rgatish.

### **DARSNING VAZIFALARI:**

1. Bolalarda yumshoq to'qimalami yiringli yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi bo'yicha bilimini shakllantirish.
2. Bolalarda yumshoq to'qimalami yiringli yallig'lanish kasalliklarida laborator, rentgenologik va instrumental tekshirish usullari yordamida studentlarda klinik jixatdan ko'nish va tekshirish qobiliyatini oshirish.
3. Bolalarda yumshoq to'qimalami yiringli yallig'lanish kasalliklarida bemor hayeti uchun xavf tug'diruvchi holatlarda studentga diagnostik algoritmi o'rgatish.
4. Bolalarda yumshoq to'qimalami yiringli yallig'lanish kasalliklarida xirurgik davolash prinsiplari bilan tanishish.
5. Bolalarda yumshoq to'qimalami yiringli yallig'lanish kasalliklarida davolash, diagnostik standartlarga va operasiyalardan keyingi reabilitasiya bayennomasiga asoslangan umumiyl vrachlik yordami kobiliyatini oshirish.

**MASHG'ULOT O'TKAZISH JOYI:** Yiringli xirurgiya bo'limi, operasiya xonasi, kompyuter xonasi va o'quv xonasi.

## CHAQALOQLAR FLEGMONASI

Chaqaloqlarda teri va teri osti kletchatkasining shunday yiringli kasalliklari uchraydiki, jarayon tez tarqalishi bilan xarakterlanadi. Flegmonaning rivojlanishi va uning tez tarqalishi chaqaloq terisi va ten osti kletchatkasining qo'yidagicha tuzilishi bilan bog'liq. Teri osti yog' kletchatkasi yaxshi rivojlanmaganligi, uning tomirlarga boyligi, xujayralararo suyuqlikning ko'p bo'lishi, bazal membrananing kuchsiz rivojlanganligi, epidermesning oson jaroxatlanishi.

Infeksiyaning teri orqali kirishiga chaqaloqni parvarish qilishdag'i gigiyenaga rioya qilmaslik natijasida teri butunligi buzilganda kuzatiladi.

Ko'zg'atuvchisi – stafilokkok bo'lib keyin Gr (-) va aralash forma qo'shiladi. Shikastlanishning tipik lokalizasiyasi bu – dumg'aza, dum, kurak sohasi, ko'krak qafasining old va yon yuzalari.

Patomorfologik tekshirganda uchoqda nekrotik jarayonlar ustun turishi aniqlangan. Yallig'lanish teri bezlari atrofida boshlanadi va tezda teri osti yog' qavatigacha boradi. (Rasm 17) Perifokal joylashgan qon tomirlarda tromb hosil qiladi. Tomirlar devorida endo va periarterit rivojlanadi. Tomirlar trombozi va shishning yaqin tezligida teri osti yog' qavatiga tarqalishi ularning oziqlanishini buzib nekroz chaqiradi. (Rasm 18.)

Chaqaloqlar terisining o'ziga hos tuzilishi tufayli jarayon chegaralanmaydi va qisqa vaqt ichida tananing kattagina qismiga tarqaladi.

**Klinika va diagnostika.** Kasallik ko'pincha umumiy simptomlardan boshlanadi. Bola xolsiz, injik, yaxshi uxlolmaydi, ko'krak emishdan voz kechadi. Tana harorati  $38-39^{\circ}\text{S}$  gacha ko'tariladi. Jaroxatlangan sohada qizil rangli dog' hosil bo'ladi va bir necha soat ichida kattalashib ketadi. Dastlab teri ko'kimtir, keyinchalig sianotik tus oladi.

Yumshoq to'qimalar shishi va kattalashishi kuzatiladi. (Rasm 18). Jarayon rivojlanaversa 2 sutkada jaroxat markazida flyuktuasiya aniqlanadi. Keyinchalik toksikoz rivojlanadi. (Rasm 18). Og'ir holatlarda teri ko'chib tushadi, nekrozlanadi va yumshoq to'kima deffekti hosil bo'ladi. Flegmonadan xira seroz suyuqlik yoki suyuq yiring ajraladi. Ba'zan kattagina soha kletchatkasi ko'chib tushadi. (Rasm 19-20).



Rasm 18. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi



Rasm 19. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi kesmalar qo'yush



Rasm 20. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi teridagi

**Differensial diagnoz:** Teri osti yog' kletchatkasining aseptik nekrozi va saramas bilan. Adiponekroz, tug'ruq patologik kechganda, yumshoq to'qimalarning tug'ruq yo'llarida bosilishi tufayli kelib chiqib, kliniko-labarator va mahalliy yallig'lanish belgilarsiz kechadi. Yumshoq to'qimalarning g'adir-budur infiltrasiyasi va zararlangan sohaning dog'simon giperemiyasi adiponekroz uchun xos. (Rasm21).

**Davolash:** O'z vaqtida kompleks o'tkazish kerak. Antibiotiklar bemor axvoli va mahalliy jarayon bosqichiga qarab buyuriladi. Umumiy simptomlar bo'lmasa, sepsis belgilari bo'lmasa mushak orasiga Oksasillin 200000 YeD/kg massada buyuriladi. Og'ir holatlarda aminoglikozidlar bilan kombinsiyalash yoki mikrob sezgirligini aniqlab sefalosporinlar buyuriladi. Bemorga immunoterapiya (antistafilokok, gammaglobo'lin, giperimmun plazma, qon qo'yish, ko'rsatmaga binoan T-aktivin, dekaris, vitamin S, Ye), dezintoksikasiya, sindrom bo'yicha davolash o'tkaziladi.



Rasm 21. Chaqaloqlar nekrotik

Mahalliy davolash zararlangan sohada sog'lom teri chegarasida kesim o'tkazish bilan aniqlanadi. (Rasm 22) Bu metod shishni kamaytirib jarayonni bir muncha chegaralaydi.

Operasiyadan keyin 6-8 soatda bog'lam qilinadi. Agar jarayon yana kattalashgan bo'lsa, zudlik bilan yana kichik kesmalar o'tkaziladi. (Rasm 23 a.b.). Kesilgan joylarga antiseptik (1% xloramin, dioksidin gipertonik eritmaga) shimdirilgan ho'l bog'lama qo'yiladi. Kesmalar flegmonada 0,25% novokainli antibiotik bilan ukol qilingach o'tkaziladi. Terida nekroz rivojlangan bo'lsa, nekrektomiya qilinadi. Agar jarayon orqaga qaytsa defekt sohasi granulyasiya bo'lib keyin epitelizasiya bo'ladi.



Rasm 23a .Terida o'tkaziladigan



Rasm 23b.. Terida o'tkaziladigan kesmalar

Buning uchun fizioterapevtik muolajalar, UTT, giperoksibaroterapiya o'tkazish kerak.

**Prognоз:** О'з ваqtida tashhis ko'yib adekvat davo o'tkazilsa yaxshi. Hatto nekroz bo'lganda qolgan chandiqlarda plastik operasiya o'tkazish talab qilinadi.

### ChAQALOQLAR MASTITI

Yiringli mastit infeksiya sut bezi yo'llari orqali kirganda yoki gemitogen yo'l bilan kirganda kelib chiqadi. Ko'zg'atuvchi stafilokkok. Chaqaloqlarda mastit ko'pincha sut bezi fiziologik burtish natijasida rivojlanadi. Bu jarayon 2 xaftagacha bo'lgan qiz va o'g'il bolalarda bir hil uchraydi. (Rasm 24)



Rasm 24

Bu plasenta orqali esterogenlarning tushishi bilan bog'lanadi. Bunda sut bezi kattalashishi va undan maloziyvani eslatadigan suyuqlik chiqadi. Sut beziga infeksiya kirganda sut bezi giperemiyalanadi, keyinchalik flyuktuasiya bo'ladi. (Rasm 25). Tana harorati ko'tariladi, bola umumiy ahvoli yomonlashadi. Infiltrasiya fazasida so'riluvchi davo muolajalari o'tkaziladi, antibiotikoterapiya, mazli kompresslar, UVCh o'tkaziladi.

Absesslanish fazasida radial kesma o'tkaziladi. Agar jarayon atrofga tarqalsa, ba'zan ko'krak kafasi flegmonasi rivojlanishi mumkin. Bu holatda kesmalar sog' to'qima chegarasida o'tkaziladi. (Rasm 26)



Rasm 25



Rasm 26

**Prognoz:** yaxshi davo qachonki muolajalari o'z vaqtida o'tkazilsa.

### **Omfalitning qonservativ davosi**

#### **Kataral shakli**

- yarani keltirib chiqargan sababini aniqlab, uning og'irlilik darajasini aniqlash;

- asbob uskunalar mavjudligini va ularni tayyorligini tekshirish;

- bemorni orqaga yotkizish;

- qo'llarni yuvish (10 minut davomida, oqar iliq suv ostida,sovun va shuotka bilan yuvish, 96 % spirt bilan qo'lga berish, tirnoq orasini yod nastoykasi bilan artish);

- steril perchatkalarni kiyish;

- operasiya maydonini 5% yod va 96 % spirt bilan 2 martadan ishlov berish;

- yara nektorik to'qimalardan tozalanadi;

- yara vodorod peroksidi va kaliy permanganat yoki "Betadin" bilan yuviladi;

- zararlangan yuzaga artish, antibiotiklarni novokainli eritmasi bilan kiritish (yoshiga mos dozirovkada), fizioterapiya qo'llanilishi;

- asseptik bog'lam qo'yiladi.

#### **Flegmonoz shakli**

- yarani keltirib chiqargan sababini aniqlab, uning og'irlilik darajasini aniqlash;

- anestetiklarga va antibiotiklarga javoban allergik reaksiyani rivojlanishini, yomon sifatli gipertermiya asoratlarini onasidan aniqlab bilish;

- asbob uskunalar mavjudligini va ularni tayyorligini tekshirish;

- bemorni orqaga yotkizish;

- qo'llarni yuvish (10 minut davomida, oqar illiq suv ostida,sovun va shuotka bilan yuvish, 96 % spirt bilan qo'lga berish, tirnoq orasini yod nastoykasi bilan artish);

- steril perchatkalarni kiyish;

- operasiya maydonini 5% yod va 96 % spirt bilan 2 martadan ishlov berish;

- yara atrofi steril materiallar bilan yopiladi va mahalliy anesteziya ostida reviziya qilinadi yarani nekrotik to'qimalardan tozalanadi;

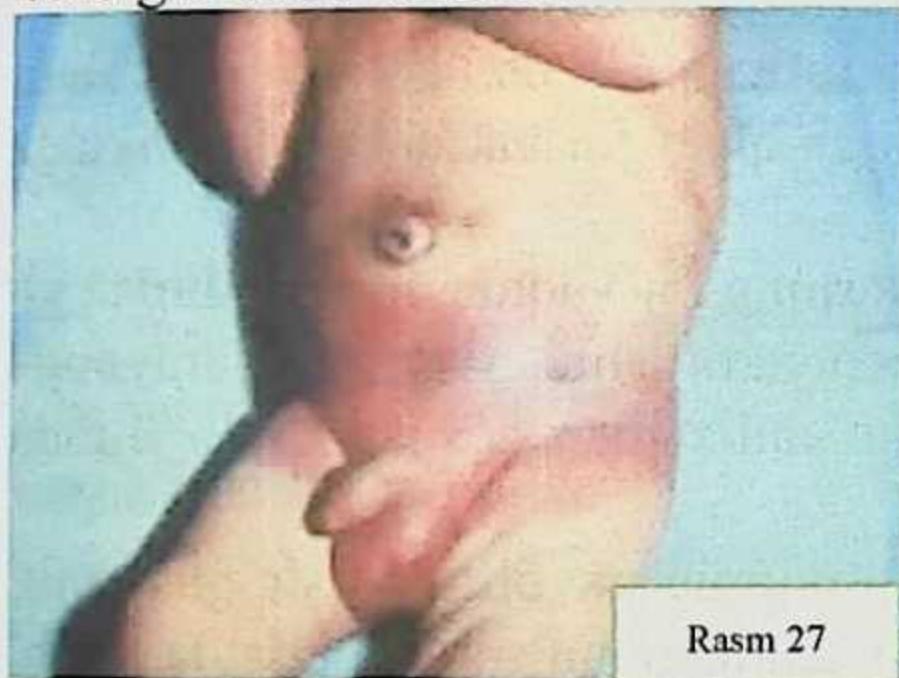
- yara vodorod peroksidi va kaliy permanganat yoki "Betadin" bilan yuviladi;

- zararlangan yuzaga artish antibiotiklarni novakainli eritmasi bilan kiritish (yoshiga mos dozirovkada), fizioterapiya qo'llanilishi;
- asseptik bog'lam qo'yish.

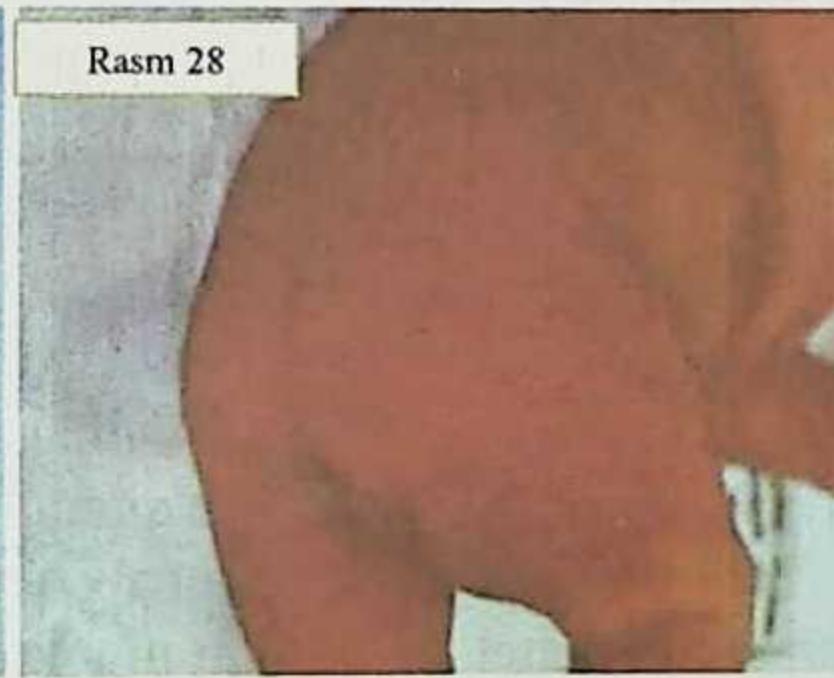
## SARAMAS

Saramas (roja) – teri va shilliq pardalaming o'tkir seroz yallig'lanishi hisoblanadi. Ko'zg'atuvchi ko'pincha streptokokk, ba'zan stafilokokk. Bolalarda bu kasallik ko'p uchraydi.(Rasm 27). Infeksiya kirish yo'li – butunligi buzilgan teri.

*Klinika va diagnostika:* kasallik terida, ko'pincha oyoklarda, yuzda, lablarda, shilliq pardalarda chegaralari aniq, qizil giperemiya sifatida namoyon bo'ladi. O'sha sohada mahalliy harorat ko'tarilishi, shish kuzatiladi.(Rasm 28). Bola umumiylahvoli yomonlashadi. Bola holsiz, varaja qiladi, ko'ngil aynib, qayt qiladi, bosh og'riydi, tana harorati 38-40°S gacha ko'tariladi.



Rasm 27



Rasm 28

Saramasda yuz zararlanishi havfli bo'lib, jarayon bosh miyaga, ko'z kosasiga ta'sir qilib, og'ir meningit, kavernoz sinus trombozi, ko'rur nervi atrofiyasiga olib kelishi mumkin.

*Tashhis qo'yish* kiyinchilik tug'dirmaydi. Chaqaloqlar flegmonasi bilan differensial tashhis o'tkaziladi.

Chaqaloqlarda saramas yallig'lanishi kirish darvozasi maserasiya bo'lgan, butunligi buzilgan teri hisoblanadi. Saramas ko'pincha kindik atrofidan yoki jinsiy a'zolar sohasida, ayniksa anus sohasidan boshlanadi.

Kasallikning patomorfologiyasi teri va teri osti yog' qavatini shishi va infiltrasiyasi bilan xarakterlanadi.

Saramas ham xuddi flegmonadek tez kattalashish xususiyatiga ega. Klinik jixatdan shish, infiltrasiya, mahalliy haroratning oshishi,

giperemiya kuzatiladi. Ba'zan «ok saramas» rivojlanadi. Bunda shish rivojlanib giperemiya kuzatilmaydi.

**Davolash:** massiv antibiotikoterapiya yoki mahalliy fizioterapevtik (UVCh, UFO) davo muolajalari yordam beradi.

## FURUNKUL. KARBUNKUL

Bolalarda teri bezlari soch xaltachasi va uning atrofidagi tomirlarning o'tkir yiringli nekrotik yallig'lanishi ko'pincha katta yoshlarda uchraydi. Qo'zg'atuvchisi ko'pincha stafilokokk hisoblanadi. Odatda o'chog' doimiy mikrotravmalar sohasida joylashadi: bo'yinda, belda, dumba sohalarida. Kasallikning kelib chiqishida asosiy rolni organizmning himoya kuchlarning zararlanishi o'ynaydi. Moyillik qiluvchi holatlar bo'lib gigiyena qoidalari buzilishi, yetarli oziqlanmaslik, avitaminozlar, surunkali infeksiyalar, qandli diabet xizmat qiladi. Zaralangan soch xaltacha bitta bo'lsa – furunkul deyiladi. Bunda nekrotik jarayonga tez nafaqat follikula balki artofdagi teri osti kletchatkasi ham, jalg etiladi. Tananing turli sohalarida chiqkan furunkullar – furunkulez deyiladi.

*Karbunkul* – bir necha furunkullarning bir vaqtida qo'shilishidan va yallig'lanishning bir follikuldan ikkinchiga o'tishidan, ba'zida jarayonga fassiya va yumshoq to'qimalarning qo'shilishidan hosil bo'ladi. Bunda nekrotik o'zgarishlar ustunlik qiladi.

**Klinika:** Furunkul odatda bola umumiya axvoliga ta'sir qilmaydi. Lekin subfibrilitet kuzatilishi mumkin. Zaralangan sohada odatda shish, giperemiya, og'riq, uning markazida kam miqdorda yiring yigilishi kuzatiladi. Yakkol ifodalangan mahalliy og'riq jarayonning burun va tashqi eshituv yo'li sohasida joylashganda kuzatiladi.

Karbunkul furunkuldan farqli ravishda juda tez ifodalanganadi. Umumiya axvoli og'irlashib, tana harorati 38-39°С gacha ko'tarilishi, varaja, bosh og'rishi, xushning buzilishlaridan to alahsirashgacha olib boradigan zararlanish kuzatiladi. Mahalliy ko'rganda ifodalangan va tarqalgan infiltrasiya, shish, kuchli og'riq, giperemiya kuzatiladi. Limfangoit va limfadenit ham kuzatiladi.

**Davolash:** furunkulda davolash yallig'lanish jarayonini bosqichiga bog'liq. Agar infiltrasiya va shish yiringlarsiz bosqichi ustun bo'lsa, ko'pincha mahalliy qonservativ davo o'tkaziladi. UFO, UVCh va spirtli kompresslar qo'yiladi. Mahalliy novakainli blokada antibiotiklar bilan ko'llanganda yaxshi effekt bo'ladi.

Yiring hosil bo'lganda nekrozlangan sterjen olib tashlanadi. Olib tashlashda kesmalar o'tkaziladi. Natriy xloming gipertonik eritmasi bog'lama qo'yiladi. Xirurgik davo yiring yuk, yallig'lanish ifodalangan, og'riq kuchli, shish, limfangit, harorat yuqori bo'lganda ham qo'llaniladi.

Furunkul qandli diabet bilan og'riganlarda og'ir o'tadi. Furunkul yuzda joylashsa infeksiya ko'z kosasiga va miyaga tarqalishi havfi katta.

Bolalar yuziga furunkul chiqkanda gospitalizasiya qilib kompleks davolash o'tkazilishi kerak.

Bolalar furunkulez bilan og'risa, tez-tez faytalanaversa, bolaning immunologik holatini tekshirish kerak. Agar immun holatida o'zgarishlar kelib chiqsa davo o'tkazish kerak.

Karbunkulning davosi faqat xirurgik. Yiring to sog'lom teri chegarasigacha kesiladi. Nekrozlangan to'qima olib tashlanadi va natriy xloming gipertonik eritmasiga botirilgan bog'lama qo'yiladi. Antibakterial terapiya o'tkaziladi.

Karbunkul qandli diabet va semizlik bilan qo'shilib kelsa, og'ir o'tadi.

## LIMFADENIT

Limfatik tugunlarning yallig'lanishi – limfadenit deyiladi. Limfadenit ko'pincha kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. Bu ularning limfatik apparati morfologik va funksional jixatdan rivojlanmagan. Ya'ni sinuslari keng, limfa tugunlari kapsulasi nozik, baryer funksiyasi past bo'ladi. Limfadenit ko'pincha 1-3 yoshli bolalarda jag ostidagi limfa tugunlari kattalashishi kuzatiladi.

Kam holatlarda qo'ltik ostidagi, tizza ostidagi, tirsak va chov sohasidagi limfa tugunlari kattalashadi.

Kasallikning patogenezida o'tkazilgan infeksiya va yiringli yallig'lanish kasalliklari natijasida organizmning sensibilizasiyasi yetadi.

Limfadenitning sabablari turlicha. Ko'pincha bolalarda jag' osti limfa tugunlari kattalashsa birlamchi emas. Bu ko'pincha yiringli kasalliklarning rivojlanishida organizmning javob reaksiyalaridir.

Odontogen limfadenit bolalarda kam uchraydi. Odontogen limfadenit sababchisi sut tishlari, kam holatlarda doimiy tishlar hisoblanadi. Noodontogen limfoadenitning sababchisi bolalarda O'RVI, gripp, angina, surunkali tonsillit, otit, eksudativ diatez, piodermiyadir.

**Klinika:** umumi simptomlar holsizlik, varaja, tana haroratining ko'tarilishi  $38-39^{\circ}\text{S}$  gacha, puls tezlashishi, ishtaha tushishi, bosh og'rishi, uyqu buzilishi kuzatiladi.

Zararlangan limfa tugun qattiq, paypaslaganda og'riqli. Agar davo muolajalari o'z vaqtida o'tkazilsa, jarayon barham topadi yoki aksincha seroz limfadenit yiringli limfadenitga o'tadi. Agar limfa tuguni yumshasa yoki yiring yig'ilsa flyuktuasiya kuzatiladi. Agarda bemor antibakterial davo muolajalarini olayotgan bo'lsa, tashhis quyishga qo'yidagi holatlar kiyinchilik tugdiradi: tana haroratining tushganligi, shish va og'riqning kamayganligi, lekin kattalashgan limfa tugunlari saqlanib qoladi. Kattalashgan limfa tuguni ba'zan absesslanishi mumkin.

**Differensial diagnoz:** differensial diagnoz spesifik jarayonlar bilan o'tkaziladi. Limfatik tugunlar spesifik kasallikkarda, leykozlarda, o'smalarda ham limfa tugunlari kattalashadi. Silli limfadenitda kasallik asta-sekin boshlanib uzoq vaqt tana haroratining ko'tarilishisiz utadi. Bundan tashqari silda bir guruh limfa tugunlari zaralanadi.

Kichik bolalarda chov sohasidan limfa tugunlarining kattalashishi xudi qisilgan chov churrasini eslatadi. Ich kelmasligi, qayt qilishi limfadenit bilan churroni farqlashda yordam beradi.

Son suyagining epifizar osteomiyeliti kuzatilganda chanoq sohasi chuqur limfa tugunlari zararlanishini limfadenitdan farqlash kerak. Epifizar osteomiyelitda tana harorati yuqori, son suyagi buqilmasligi kuzatiladi. Qiyin hollarda son suyagini rentgenologik tekshirish talab qilinadi.

**Davolash:** davolash birlamchi o'choqdan boshlanandi.

Qonservativ davolashda antibiotiklar, desensebilllovchilar, umumiy qullab quvatlovchi preparatlar, proteolitik fermentlar, fizioterapevtik muolajalar qilinadi.

Yiringli limfadenitda kesmalar kesiladi. Limfadenit toksikoz bilan kechsa, ayniksa yosh bolalarda infiltrat yumshashishi kutilmasdan kesim o'tkazish kerak. Kesmalar uchun 2-3 sm. qilinib, yiring to'la chiqib ketishi uchun sharoit yaratish kerak. Adenoflegmonada esa kesmalar keragicha katta o'tkaziladi.

## PANARISIY

Panarisiy – bu barmoqlarning yiringli yallig'lanishi. Jarayonning chuqurligiga ko'ra teri, teri osti, tirnoq (paronixiya), pay, suyak, bug'im turlari farqlanadi. Qo'zg'atuvchisi ko'pincha stafilokokk, ba'zan streptokokk hisoblanadi.

Yallig'lanish jarayoni ko'pincha kaft yuzasida kuzatiladi, shish esa dorzal yuzada kuzatiladi. Bu terining kaft yuzasida, qalinligi, zichligi, biriktiruvchi to'qimaning esa ustunchasimon holatda yuqoridan pastga

qarab joylashganligi bilan tushuntiriladi. Shunga asosan limfatik yoriqlar ham kaft yuzasidan dorzal yuzaga qarab yo'nalgan. Shish suyuqligi esa shu yo'nalishda harakat qilib, dorzal yuzada shish paydo bo'ladi. Shish odatda katta sohani egallaydi.

Yallig'lanish jarayoni payli formada toki pay qinlarigacha borishi mumkin. Agarda 1 va 5 barmoqlar zararlansa, jarayon «Pirogov bo'shlig'iga» o'tishi mumkin.

**Klinika va diagnostika:** Panarisiy barmoqning yakqol shishishi va og'rihi bilan xarakterlanadi. Og'riq ko'pincha jarayon yiringli bo'lgani uchun pulsasiyalanuvchi xarakterda bo'ladi. Barmoq, ba'zan timoqlar va bilak sohasining ham funksiyasi buzilishi mumkin. Jarayon qancha yuzaki bo'lsa, giperemiya shuncha yakqol namoyon bo'ladi. Shishning kattaligidan og'riqli nuqtani topish qiyinchilik tug'diradi. Bu og'riqli nuqtani topishda tugmachali zonddan foydalanish tavsiya etiladi. Barmoqning turli uchastkalarida zondni tegizganda og'riq bilinadi.

**Davolash:** kasallikning bosqichiga bog'liq. Infiltrasiya va shishli bosqichda UVCh, antibiotik – novokainli blokadada, kompresslar qo'yish tavsiya etiladi. Yiringli bosqichda yiring o'chog'i ochilib, drenajlanadi va antibiotiklar buyuriladi. Drenajlash yiringning to'liq chiqib ketishi uchun yetarli bo'lishi kerak. Agar jarayon boshqa falangalarga tarqalgan bo'lsa, albatta barmoqning ikki tomonidan kesim o'tkaziladi va drenajlanadi.

Pay panarisiyasida jarayon tendovaginit ko'rinishni olgan bo'lsa, yallig'lanish o'chog'i ochilib drenajlab, pay qini yuviladi. Suyak panarisiyasiga esa osteomiyelit sifatida karaladi.

Yiringli xirurgik infektsiya patogenezida uchta muxim omillar katnashadi: chakiruvchi, kasal organizmining mikroflorasi va uning reaktivligi. I.V. Davidovskiyning suzlariga karaganda yiringli infektsiya bu "sensibilizatsiyalashgan organizmining endogen autoinfektsiyasi". Yaliglanish jaraenini amalga oshishi uchun antigen ta'sirot organizmda immun sistemasining ximoya imqonlaridan yuqori bo'lishi kerak. Bu xolat chakiruvchining organizmdagi tabiiy rezervuarlaridan birontasida (qorin - ichak trakti, nafas olish yullari, ter) yuqori miqdorda ko'payganda va zararlangan a'zoga translokatsiyalanganda yuzaga keladi. Yiringli infektsianing spetsifik chakiruvchilari mavjud emas. Ularning xammasi ma'lum bir miqdorda va sifatda organizmning tabiiy rezervuarlarida mavjud. Lekin ma'lum sharoitlarda ularning patogenik darajasi uzgaradi. Yiringli jarroxlik infektsianing chakiruvchilarga kuyidagilar kiradi: tillorang stafilokokk, streptokokk va Gr - mikroorganizmlarning katta

guruxi (protey, ichak taekchasi, kuk yiring taekcha, klebsiela, tsitobakter). 60% xolatda zararlanish uchogida flora aralash bo'ladi. CHakiruvchilarning xar xil agressiya fermentlari ( gialuronidaza, fibrinolizin, koagulaza), endotoksinlar( gemolizin, leykotsidin, enterotoksin va boshk.) mavjudligi ularning tukima va a'zolarga kirishiga imqon beradi vash u bilan kasallikning xar xil turlari va kechish ogirliklarini olib keladi. Gr- mikroflora endotoksini organizmda kapillyar endoteliyiga va vegetativ nerv sistemasiga ta'sir qiladi. Mikroorganizmlarning xar xil turlariga differentsiallangan yaliglanish surati mos. Stafilokokk uchun ko'proq ter, ter osti eg qavati, suyaklar, o'pka va oshqozon- ichak trakti zararlanishi mos; Gr- flora chakiruvchilari uchun - ichaklar, bugimlar va siydiq yullari zararlanishi mos. Gr- flora operatsiyadan keyingi asoratlar xosil bo'l shida va postreanimatsion kasallikning patogenezida muxim rol uynaydi. Ayniksa u yangi tugilgan chakaloklar uchun xavfli , chunki ular tabiiy ximoya faktorlaridan maxrum. Nospetsifik immunitetning kator faktorlarini kata kursatkichlariga karamay (s- reaktiv oksil, lizotsim) komplement titri zaiflashadi, chakaloklarda ko'p antigenlarga fagotsitoz tugallanmagan. Bu xolat chakiruvchilarni xujayra ichida persistentsiyasiga va organizmda kuchib utishiga olib keladi. Immunitetnin gumoral fazasi yuqori darajada infektsiyalanishga moslashmagan: Yangi tugilgan chakaloklarda Ig M bulmaydi ( IgG va IgA bolaga onasidan utadi) 4 oylik eshgacha mustakil shakllana boshlaydi. Spetsifik immunitet va immunologik eslatmaning shakllanishi asta sekin rivojiana boshlaydi va ko'p faktorlarga bog'liq: xomila ichi davri patologiyasi, adaptatsiya davri, organizmning biotsenozi, immunitetning birlamchi zvenosini shakllanishi.

Kichkina yoshdagi bolalarda qonning ivish sistemasining xususiyatlari sababli yaliglanish protsessning chegaralash imqoniylari kamrok. Asosiy prokoagulyantlar etishmovchiligi, protrombin indeksi ikki marta kamayishi, fibrinogen darajasi 1,7 g/lgacha, proqonvertini 30-50%gacha kamayishi, antikoagulyant xolatlarga olib kelishi shikastlangan uchokda fibrin xosil qilishni va plazmokoagulyatsiyani chegaralantiradi. SHu bilan bu faktorning demarkatsiyada bulgan axamiyati kamayadi va yaliglanish protsessining tarkalishi uchun sharoitlar tuziladi. Yiringli xirurgik infektsiyaning ogir turlarining xarakterli sindromlari - gemodinamik buzilishlar sindromi, gipertermik sindrom, nafas buzilish sindromi, DVS-sindrom.

Kasalning organizmida bulaetgan ogir patogenetik mexanizmlar natijasida poliorgan etishmovchilik rivojlanadi. Patologik jaraenga qancha ko'p organ va sistemalar ishtirok etsa, shunchalik okibati jiddiyashadi. Yiringli jarroxlik infektsiyaning toksikoseptik, septiqopiemik va maxalliy turlarini ajratadi. Birinchi ikki turni xirurgik sepsisning variantlari deb xisoblasa bo'ladi - uzgargan reaktivlik sharoitida organizmnning ogir intoksikatsiyasi. Xirurgik infektsiyaning eng ogir ko'rinishi bu septik shok.

**Toksik-septik formasi** tez boshlanadi va progressivlanadi, neyrotoksikoz simptomlari, ogir toksikoz va kaltirash belgilari bilan namoen bo'ladi. Maxalliy simptomlar rivojlanishining boshlangich etapida bo'ladi, umumi simptomatika ustunlik qiladi. Gumoral antitelolar etishmovchiligi va sensibilizatsiya fonida rivojlanadi. CHakiruvchilar vazifasini ko'pincha Gr - flora, streptokokk va stafilokokk bilan assotsiatsiyasi uynaydi. Septik shok yiringli xirurgik infektsiyaning xar bir shaklida va davrida boshlanishi mumkin. Bu reaksiya qonga ko'p miqdorda mikrob endotoksinlari, proteazlar, gistaminsimon moddalar va kinin sistemasining aktivatsiyasi bilan ifodalanadi. Bu xolat ko'pincha Gr- mikroblarni kushilishi, maxalliy uchok demarkatsiyasini buzilishi, antitoksik immunitetning pasayishi bilan bog'liq va organizmnning biotsenozi buzilishlari bilan to'gri keladi. Kuchli yurak-qontomir buzilishlari xos - kollaps, taxiaritmiya, psixika buzilishlari, allergik reaksiyalar.

**Septik-piemik formada** yaliglanish reaksiyasi toksikoz belgilardan ustunlik qiladi. Maxalliy reaksiyalar erta paydo bo'ladi, uchoklar bir nechta bo'ladi, bir vaqtda eki navbat bilan rivojlanadi.

**Maxalliy forma** - maxalliy yaliglanish reaksiyalari umumi belgilardan ustunlik qiladi, normoergik reaksiya. Maxalliy jaraenning kechishi nekrozning tez boshlanishi, shish, maxalliy fagotsitar reaksiyaning buzilishi, infektsiyaning tez tarkalishi va yaliglanish maxsulotlarini maxalliy uchokdan qon va limfaga massiv rezorbsiyasi bilan xarakterlanadi. Ayniksa shishlar yangi tugilgan chakaloklarda kuchli namoen bo'ladi, bu tukimalarni gidrofilligi kuchligi bilan bog'liq. SHishlarning paydo bo'lishiga gipoksiya ta'siridagi tumorlarning utkazuvchanligi, gistamin, gistaminsimon moddalar, xamda endotoksinlar oshishi ta'sir qiladi. SHish va suyuqlik tuplangan sharoitlarda maxalliy tusiklar funksiysi buziladi. Bu faktorlar tomirlar trofikasini buzilishiga olib keladi, bu jaraen soglon soxalarga xam

tarqiladi. Infektsiyani generalizatsiyalanishiga regionar limfa tugunlarini sust tusik ximoyasi va qon bilan limfa kapillyarlarning yaxshi rivojlanganligi olib keladi.

**Surunkali bosqich** - makroorganizm va zararlangan uchok orasidagi vaqtinchalik dinamik tenglik xolati. Lekin bu tenglik doimiy emas va u infektsiyani kuchayishiga olib kelishi mumkin. Yaliglanish jaraenni surunkali boskichga utishiga diagnostikani bevaqtligi, kech boshlangan davolash, immunologik javob reaktsiyasini etishmovchiligi xamda kuchli zararlanish olib keladi. Kasallikni surunkali shaklida kuzgalish natijasida tukimalarni noto'liq parchalanish maxsulotlari xosil bo'ladi, ular antigen xususiyatlariga ega, autoimmun jaraenlar rivojlanishi mumkin.

Jaraenni surunkali shaklga utishiga steroid gormonlarni ishlatilishi olib keladi, ular immunokompetent xujayralarning supressiv aktivligini kuchaytiradi va xelperlami aktivligini pasaytiradi. Bu fonda xar xil stressorli vaziyat (giperkontaminatsiya, superinfektsiya, ayniksa virusli, jaroxat) infektsion jaraenni kuchayishiga olib keladi.

**Davosi.** Yiringli xirurgik infektsiyaning davosi kompleksli va uchta muxim komponentlardan iborat: makroorganizmga ta'sir, mikroorganizmga ta'sir va maxalliy uchokni davolash.

**Makroorganizmga ta'sir.** Yiringli infektsion jaraenni davolashda eng muxim vazifalaridan biri bu organizmning immunobiologik xususiyatlarini ushlab turish va stimulyatsiyalash. Bu xolat antitelo xosil bo'lishini va xujayralar immunitetini yaxshilovchi preparatlarni qo'llash bilan erishiladi. Passiv immunizatsiya qo'llaniladi, spetsifik giperimmun gammaglobulin (3 ml, 1-2 kun oraligi bilan) va qon plazmasi( 1 kg massaga 10 ml), xamda aktiv immunizatsiya antoksinlar va autovaqtsina kiritish yuli bilan.

Keyingi vazifa bu organizmni desensibilizatsiyalash, ayniksa bu stafilokokkli infektsiya sharoitlarida muxim. Sensibilizatsiyani antigistamin preparatlar va steroid gormonlar erdamida kamaytirish mumkin. Moddalar almashuvini susaygani sababli organizmga ko'p miqdorda vitaminlar zarur, ayniksa V guruxi. Kislotli- ishkorli xolatning buzilganida energetik preparatlar kiritiladi, Ko'rsatmalarga karab oksigenoterapiya utkaziladi.

**Mikroorganizmga ta'sir.** Antibiotikoterapiya bilan utkaziladi, kator printsiplar qo'llaniladi:

1. Antibiotiklarni ratsional ishlatish;

2. Antibiotiklarni katta dozalarda yuborish;
3. Qonda va maxalliy uchokda antibiotiklarni doimiy miqdorini ushlab turish;
4. Antibiotikoterapiya utkazilishi 5-7 kundan kam bulmasligi kerak;
5. Antibiotikogrammani doimiy kuzatish.

**Maxalliy uchokga ta'sir.** Kuyidagi printsiplar kullanilishi kerak:

1. Yiringli uchokda va uning atrofidagi tukimalarda xirurgik manipulyatsiyalarni asta-

2. Sekinlik bilan bajarish kerak, chunki limfatik tusikning sustligi va tarkalaetgan shish sababli infektsiyaning generalizatsiyasi xavfi bor;
3. Muolajalar vaqtida minimal miqdorda qon yukotish;
4. Uchokni maksimal drenajlash va nekrozlangan tukimalarni olib tashlash;

5. Uchokda antibiotiklar va antiseptiklar qontsentratsiyasini maksimal darajada doimiy ushlab turish;

6. Uchokga spetsifik antitelolar kiritish;
7. Kasallikning O'tkir boskichida shikastlangan a'zoning immobilizatsiyasini yaratish.

## CHIPQON

Chipqon (furunkul) - bu soch kopchasining yallig'lanishidir, yoki boshqacha kilib aytganda osteofollikulit de6 ataladi.

Nekrozli jarayon fakat follikulani emas, balki teri osti qavati chuqur katlamlarini xam kamrab oladi. Chipqonda infektsiyaning kuzatuvchisi ko'pincha stafilokokk xisoblanadi. Chipqon ko'proq terining doimiy mikrotravmaga moyil joylarida: buyin, elka va dumba soxalarida uchraydi.

Shaxsiy gigienaga rioya qilmaslik etarlicha tuyib ovqatlanmaslik avitaminozlar, ovqat xazm qilishdagi buzilishlar, surunkali infektsiya va kandli diabet kasalliklari ko'pincha chipqon kasalligiga chalinishga sabab bo'ladi.

**Klinikasi.** Bu kasallikda ko'pincha bolaning umumiyligi axvoli uzgarmaydi, lekin subferil xarorat kuzatiladi. Shish paydo bo'lib, giperemiya kayd etiladi, shu joyda og'riq, paydo bo'ladi, soch kopchasi shishgan joy markazida joylashgan va uzak deb ataladi.

**Davosi.** Yallig'lanish jarayonining boskichiga karab xar xil bo'ladi. Agar infil'tratsiya va shish bo'lib, yiringlash kuzatilmasa, bemor qonservativ usulda davolanadi. Bemorga antibiotiklar va sul'fanilamidlar, V guruxdagi vitaminlar beriladi, malxamli va yarimspirtli kompresslar

kuyiladi, UVCH terapiya, kaliy permanganat eritmasi bilan issik vannachalar kilib boriladi. Antibiotiklar bilan maxalliy blokada qilish yaxshi natija beradi.

Yiring xosil bulganda nekrozli uzak olib tashlanadi. CHipqonda jarayon chuqur joylashganligi uchun undan yiringni sikib chikarishga xarakat qilish fonda bermaydi. uzakni olib tashlash uchun uzunasiga yoki krestsimon (ikssimon) kilib kesiladi va gipertonik eritma bilan boglam kuyiladi.

Agar yadliglanish anchagina kattik og'riq berib shishib ketsa, limfangit va limfadenit alomatlari paydo bo'lib, isitma yuqori darajaga kutarilsa, bunday xrillarda xali yiring paydo bulmagan bulsa xam, jarroxlik muolajasi yuli bilan davolashga to'gri keladi. Ayniksa kandli diabetga chalingan bemorlarda chipqonning tuzalish jarayoni uzoq vaqt davom etadi. Yuzda joylashgan chipqon xavfli xisoblanadi, chunki bunda jarayonning kuz kosasiga va bosh ichiga tarkalish xavfi bo'ladi. Yuziga chipqon chiodan bemorlarni zudlik bilan kasalxonaga yotkizib, kompleks ravishda davolash zarur.

Kuplab chipqonlarning tarkalib joylashishi - furunkulyoz deyiladi, bunda chipqonlar tananing turli soxasiga birdaniga yoki birin-ketin chikishi mumkin. Ayrim paytlarda furunkulyoz remissiyalar bilan uzoq vaqt davom etishi xam mumkin.

## XUPPOZ

Bu birdaniga bir necha soch kopchalari va uning atrofidagi yumshoq tukimalar chuqur qavatlarining xam yallig'lanishidir. Karbunkul bir necha chipqonlar kushilishidan yoki bittasidan xosil bo'lishi mumkin.

Patomorfologik ko'rinishi. Bunda follikulalar va atrof tukimalarning yallig'lanishi yakkol kuzga tashlanadi. Bu jaraen chuqur tarkalib, ayrim xollarda fastsiya xam yallirlanadi, nekrozli uzgarishlar kuchayib boradi.

Klinikasi. Xuppoz chipqonga karaganda tez avj olib ketadi. Bunda maxalliy infil'tratsiya, shish, og'riq xamda giperemiyab belgilari yakkol bilinib turadi. SHu ko'rinish asosida yiringli kobiklarni kurish mumkin, uning tagidan yiringli qonsi-mon suyuqlik ajralib turadi. Bemorning umumiyl axvolida uzgarishlar kayd etiladi. Kaltirash paydo bo'lib, tana xarorati kutariladi, bosh ogriydi, alaxsirash va xushni yukotish darajasida intoksikatsiya yuzaga keladi. Xuppoz bolalarda nisbatan kam uchraydi.

Davosi. Fakat jarroxlik yuli bilan davolanadi. Yiringli uchok keng kilib kesib ochiladi, nekrozli tukimalar albatta olib tashlanadi va

drenajlanadi. Gipertonik eritma bilan boglam kuyiladi. Umumiy davolash va antibiotikoterapiya esa O'tkir jar-roxlik infektsiyasining davolash koidalari asosida amalga oshiriladi. Xuppoz, ayniksa kandli diabet va uta semirib ketish xollarida ogir utib, uzoqka chuziladi.

### **XASMOL**

Xasmol deganda barmoklarning yiringli kasalligi tushuniladi. Zararlangan joyning chuqurligiga karab: teri, teri osti, tirkok (paronixiya), pay, suyak va bugim xasmollari farklanadi. Stafilokokk ayrim paytlarda streptokokk yiringlanishni keltirib chikaruvchi omil xisoblanadi.

Yallig'lanish jarayoni asosan kul kafti yuzasida, lekin shish esa ko'proq uning orka yuzasida bilinadi. Bu terining kattikligi va biriktiruvchi tukimali devorlarning teridan ichkariga, chuqurga karab ketishi bilan tushuntiriladi. SHu xususiyatlar bulgan-ligi uchun shish suyuqliklari kaft soxasidan limfa yoriklari orqali barmokning orkasiga karab tarkalib chuqurlashib boradi. Odatda shish barmokning anchagina qismini egallaydi.

Yallig'lanish jarayoni pay kini buylab tarkaladi. Agar I va V barmoklar kasallansa, unda yallig'lanish bilakka, "Pirogov bushlikiga" karab tarkaladi.

Klinikasi. Xasmol kasalligida kattik og'riq va anchagina shish kuzatiladi. Kupinchcha jarayon yiringlashga utganda pul'satsiyalanuvchi og'riq, paydo bo'ladi. Fakatgina barmok emas, balki butun panja xamda bilak funktsiyasi buziladi.

Jarayon qanchalik yuza joylashsa, giperemiya shunchalik sezilarli darajada bo'ladi. Og'riq esa shuncha past bo'ladi. SHishi anchagina bulganligi uchun eng kattik og'riq nuktasini topish ancha kiyindir. Bunday paytlarda "tugmachali" zond orqali asta-sekinlik bilan barmok terisining xar xil joylariga tekkizib kuriladi.

Davosi. Jarayonning kaysi darajada ekanligiga bog'liq bo'ladi. Infil'tratsiya va shishi aniqlanganda, UVCH, novokainli blokada, kompresslar va issik vanna kilib turish tavsiya etiladi. Yiring paydo bulganda uchok kesib ochilib, drenajlab kuyiladi va antibiotiklar beriladi. Timok falangasi frontal yuza buyicha kesiladi, bu barmoklarning sezuvchi yuzasining jaroxatlash xavfini bartaraf etishga yordam beradi. Jarayon boshqa falangalarda bulsa, barmok ikki tomonidan tilib kesilib, buqiladi va drenajlanadi.

Pay panaritsiysida yallig'lanishni tezrok bartaraf etish uchun pay kini drenajlanib yuvib boriladi. Suyak xasmoliga barmok falangasi

osteomieliti deb karaladi.

## **O'TKIR GEMATOGEN OSTEOMIYELITNING ADINAMIK KO'RINISHI**

O'tkir gemetogen osteomiyelit ko'pincha chaqaloqlarda uchrab, ularda epifizar osteomiyelit bo'lganligi uchun oqmalar ko'zatilmaydi. Bemor 2 oygacha kam hollarda 4 oygacha bo'lgan vaqt ichida butunlay tuzalib ketadi va suyakda pato-anatomik o'zgarishlar ko'zatilmaydi.

Kasallikda adinamik shaklida bemorning ahvoli juda og'ir holda bo'lib, umumiy intoksikasiya belgilari kuchli bo'ladi. Bunda tana harorati  $40-41^{\circ}\text{S}$  gacha ko'tariladi, badan uvushadi, ong hiralashadi, alahsirashlar ko'zatiladi. Bemorning kungli aynib quşish holatlari ko'zatilib, yurak urishi uqtin-uqtin tuxtab sezilar-sezilmas darajada uradi. Terida dumaloq kqizil septik toshmalar aniqlanadi.

### **KASALLIKNING SEPTIKOPIEMIK SHAKLI**

Kasallikning bu ko'rinishida bola o'zini charchab qolayotganligidan, kuchsizligidan, boshi zirqirab og'rishidan shikoyat qiladi. Tana harorati  $38-39^{\circ}\text{S}$  ko'zatilib, ba'zan tushib turadi. Bemorda bir necha soat yoki kun utgandan keyin mahalliy o'zgarishlar ko'zatiladi.

Yiringli jarayon metastaz berishi ham mumkin. Bunda yurak zaralanishidan perikardit kelib chiqadi va kardiogen holatlar ham yuzaga keladi. O'pkada pnevmoniya belgilari yuzaga kelishi mumkin. Bu jarayonda mikroblarminig tarqalishi qon-tomirlar orqali yuzaga kelishi mumkin. Surunkali holatlar va asoratlar berishi ko'zatilmaydi.

**DIAGNOZ:** qon analizida leykositlarning kuchayishi, chapga siljishi ko'zatiladi. Kasallik boshlanishida gemoglobin va eritrositlar kamayadi. EChT  $40-60\text{ mm/s}$  gacha ko'tariladi. **Rentgenografiya:** bunda 3 xafadan keyin osteomiyelit belgilari ko'zatilishi mumkin. Bunda metafiz yoki diafizda nozik chiziqli plastinka shaklidagi **periostit** aniqlanadi, keyinchalik metafiz qismida osteoparoz shaklida ko'rindi.(Rasm 29).

**DAVOSI:** xirurgik yo'l bilan davoda yumshoq to'qimalar suyakgacha ochiladi va suyak usti pardasi ochilib, suyak osteoperforasiya qilinib, yiring chiqariladi. Suyak ichi antiseptik moddalar bilan yuvilib, suyak kumigi kanaliga kuchli antibiotiklar yubriladi.

### **SURUNKALI OSTEMIYELIT**

Kasallikni surunkali tus olishi uchun osteomiyelitning o'tkir davrining qaytalanishi va chuzilishi natijasida yuzaga keladi. 2-4 oydan utgandan keyin surunkali holatga utadi. Bunda suyakdagi o'zgarishlar

sekvestral qatlam va kapsulalar mutlaqo ishdan chiqadi. Ularning oralig'i yiring bilan qoplanadi. Kasallik kaytalanganda yaraning kuzi yorilib, yana kuzgalishi natijasida eski yara teshigidan yangi teshik paydo bo'lib okmasi vujudga keladi. Bu davrda bemor axvoli yana yomonlashadi, umumiy axvoli ogirlashadi (bezovtalik, tana haroratining kutarilishi, og'riq). Ba'zi xollarda oyoq muskullari o'smay, suyakning qalinlashib, kattalashishi kuzatiladi.

Rentgen tasvirda osteoparoz joyida osteoskleroz belgilari ko'rindi.(Rasm 30).



Rasm 30



Rasm 31

**DAVOSI:** surunkali osteomiyelitda suyakning yuzasi ochib qiriladi, yumshoq to'qimalardan va suyak trepanasiya qilish, sekvestrlarni chiqarish, yiring granulyasiyalarini kovlab qirib tashlanadi.(Rasm 31).

### CHAQALOQLAR EPIFIZAR OSTEOMIYELITI

Chaqaloqlarda epifizar osteomiyelit uchrab, u metafiz va diafiz qismlariga kam utishi mumkin. Bular asosan suyakning va chaqaloqning anatomo-fiziologik xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Bu asosan teri, kindik qoldigi va homilaning ifloslanishi, hamda yakka gemotogen va limfogen yo'llar orqali tushadi. Kasallik ko'pincha boldir, son, yelka suyaklarining proksimal qismida uchraydi. Chaqaloqning vazni qancha kam bo'lsa, osteomiyelit shuncha og'ir utadi.

Chaqaloqlarda osteomiyelit kechishiga qarab qo'yidagi turlarga bo'linadi:

1. Toksiko-septik;
2. Septiko-piyemik;
3. O'tkir mahalliy

### ABSTSESSNI OCHISH

- Ko'rsatmalar: turli joylashgan teri osti chegaralangan yiringli uchok - abstsess borligi;

- kerakli asbob va materiallar: maxalliy anesteziya uchun steril shprits va igna, 1%- novokain, skal'pel', kiskich, rezinali chikargich, antiseptik eritmalar, 10% xlorid-natriy eritmasi, steril shariklar, salfetkalar, 2% - yod va 70 gradusli spirt eritmasi;
- bemorning ota-onasiga operatsiya maksadi va moxiyatini tushuntirish;
  - kerakli instrument va materiallarning tayorligini tekshirish;
  - kullarga ishlov beriladi (kullar ilik suv okimi ostida sovun bilani yuviladi, steril salfetka bilan artilib 96% spirt bilan ishlov beriladi), steril perchatkalar kiyiladi;
  - operatsiya maydoni 2% yod va 70 gradusli spirt bilan ishlov beriladi;
  - 1% - novokain eritmasi bilan maxalliy anesteziya yoki kiska vaqtli umumi og'riqsizlantirish utkaziladi;
  - teri burmalari buylab yiringli uchok ustidan kesma kilinadi;
  - tumtok yul bilan abstsess ochiladiva yiring chikariladi;
  - bushlik antiseptiklar bilan sanatsiya kilinadi;
  - bushlikga rezinali drenaj-chikargich kuyiladi;
  - gipertonik eritmalar (10% xlorid natriy yoki 25% magneziya eritmasi) bilan aseptik boglam kuyiladi;
  - operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish uchun analgin tabletkasi va Ko'rsatmalar asosida antibiotiklar va xar kuni boglov utkazish tavsiya kilinadi.

## **KLASTER**

(Klaster - tutam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot xaritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitusiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'yplash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assosiasiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

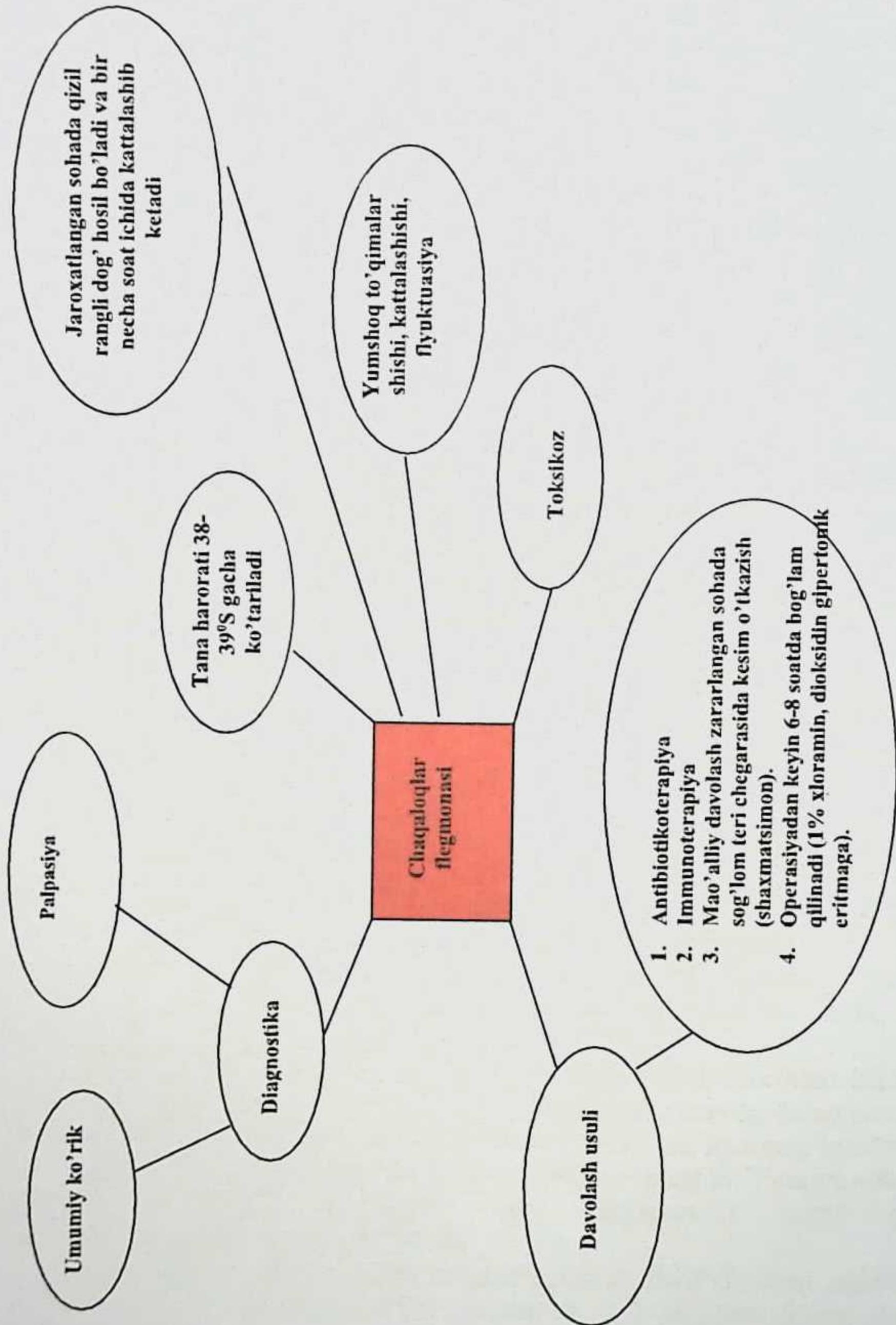
Kalit so'zlar bilan assosiasiya bo'yicha yon tomonidan kichkina hajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi – ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga bog'laniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.





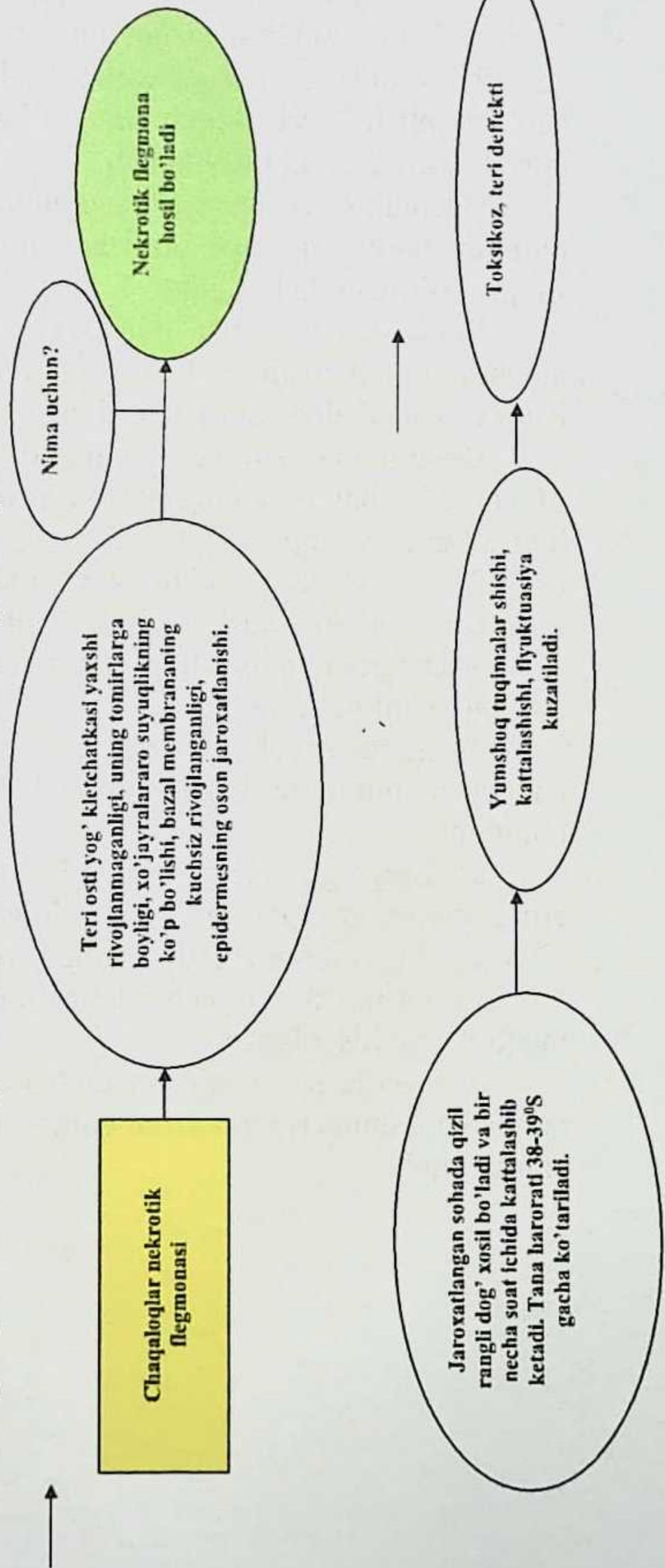
## MUAMMONI ANIQQLASH, UNI HAL ETISH, TAHLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALLARI

### (Patogenenzi tushuntirish uchun makbo'l.)

«Nima uchun?» sxemasi «Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi. Yakka tartibda (jusflikkda) muammo shakllantiriladi.

«Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari.

1. Qanday pikrogrammadan: aylana yoki to'g'ri tutburchakdan soydalanishingizni uzingiz hal etasiz.
2. Mulohazalar sxema – zanjiri turini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) o'zingiz tanlaysiz.
3. Strelka sizning qidiruv yunalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasida nima uchun o'lim ko'p uchraydi?



### «Qanday?» diagrammasini qurish qoidalari: (Aktiv talabalar uchun maqsadli).

1. Ko'p hollarda sizga muammolarni hal etishda «Nima qilish kerak?» xaqida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak?» qabilida bo'ladi. «Qanday?» - muammoni hal etishda asosiy savol hisoblanadi.

«Qanday?» iyerarxiya diagrammasi muammo haqida butunligicha umumiylashtirishga ega bo'lishga imkon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda “Qanday?” savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni hal etishning barcha imqoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham o'rganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni hal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ro'yxatiga mos keladi.

2. O'ylamay, baholamay va ulami o'zaro solishtirmay tezlikda barcha g'oyalarni yozish lozim bo'ladi.

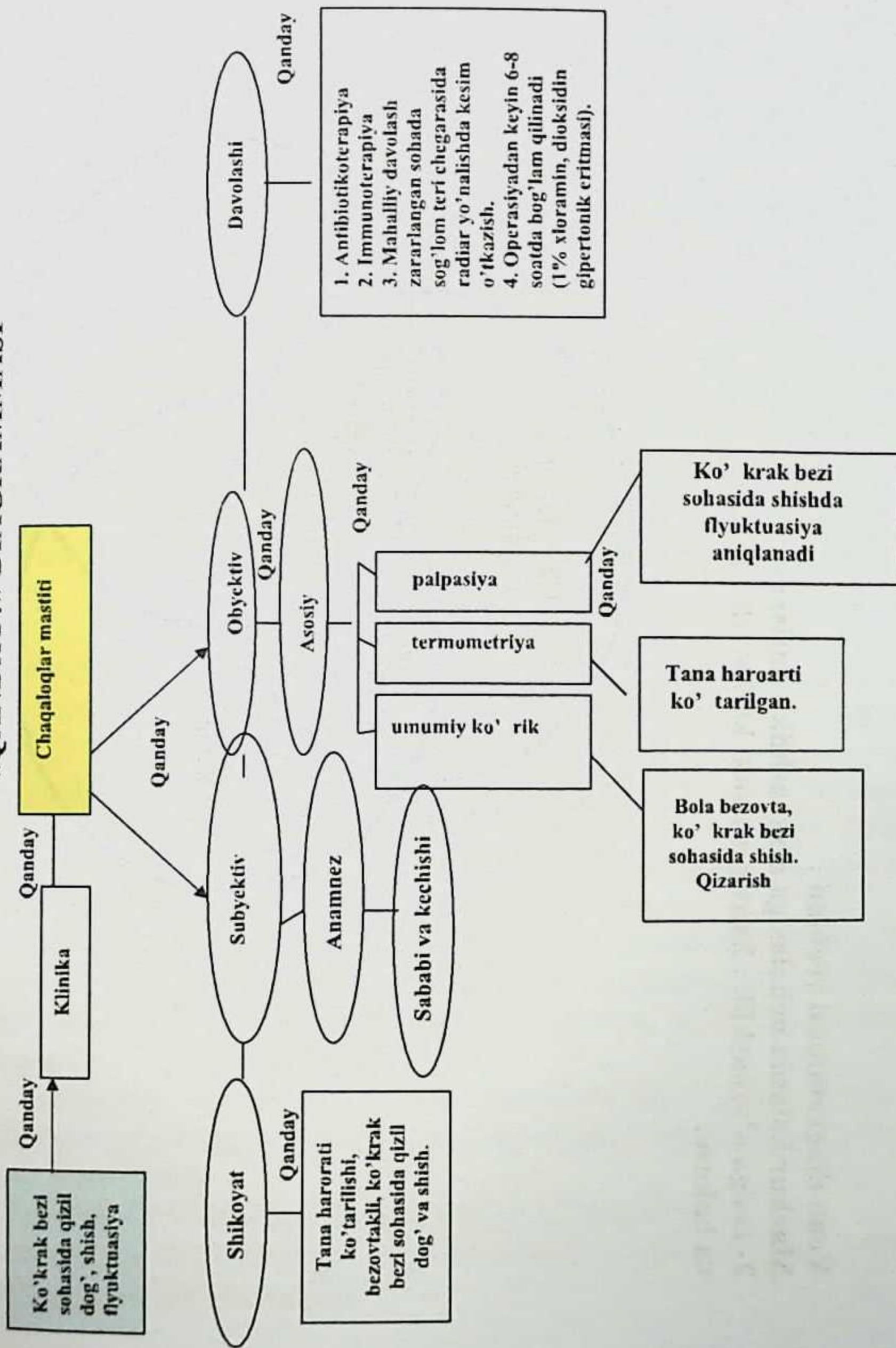
3. Diagramma hyech qachon tugallanmaydi: unga yangi g'oyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni hal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

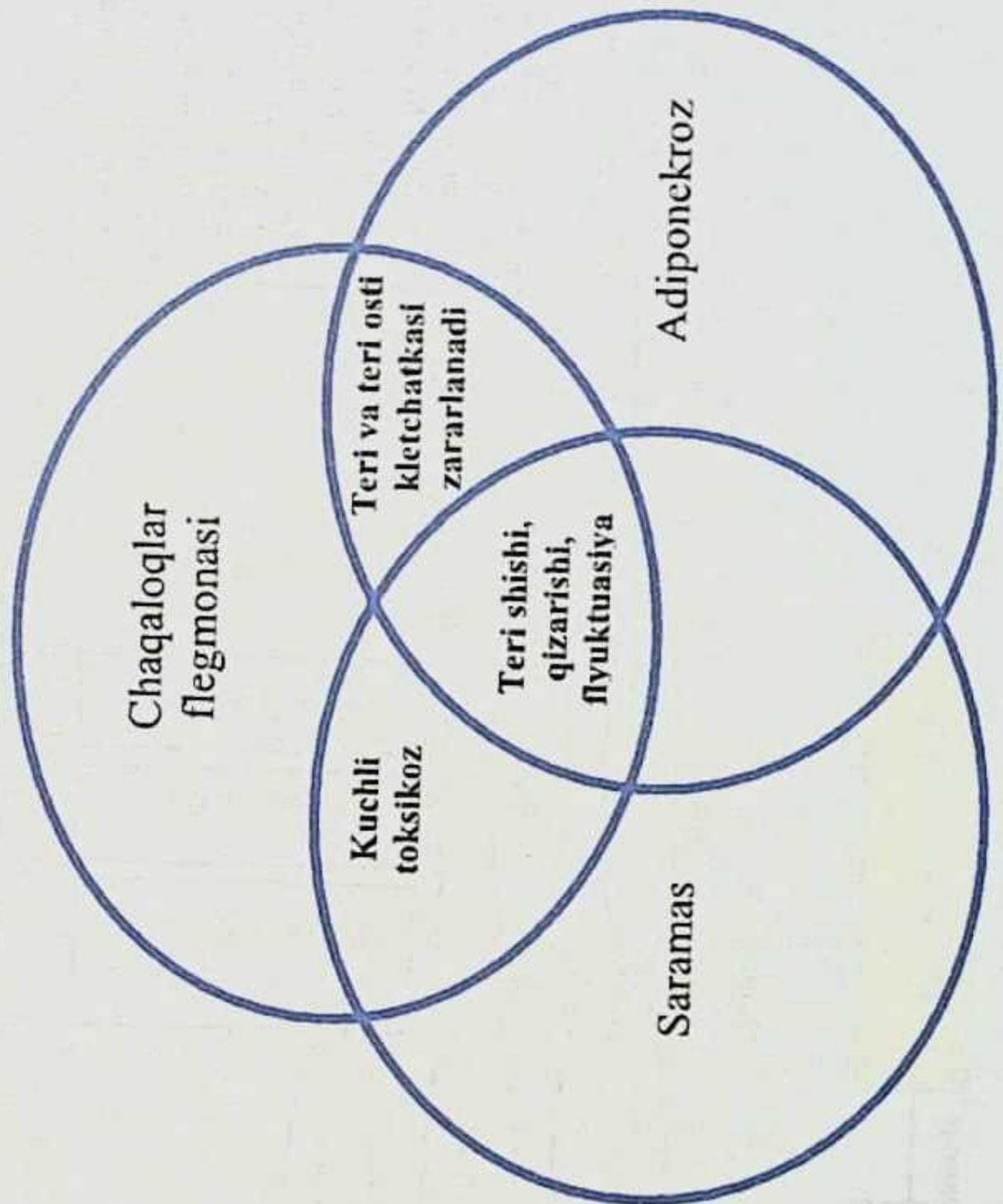
5. Yangi g'oyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni o'zingiz hal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqorida pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda tuting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali g'oyerlar va muammo yechimlarini topishga imkon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo yechimini topib berishni kafolatlaydi.

## «QANDAY?» DIAGRAMMASI



Venn diagrammasi yechimi :  
Mazkur holatda uchallasiga o'xshashlik - quisish;  
2- tasiga o'xshashlik : hansirash yoki ko'karish ...  
va hakozo.



## **“QOR TO’PLASH USULI” USLUBINING BOLALAR XIRURGIYaSIDA QO’LLANILISHI**

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta’lim muassasalarida 4 kurs pediatriya va 5 kurs davolash fakultetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiyligi simptomatikasini o’rganishidan boshlanadi. Differensial diagnostika, davolash, reabilitasiya va dispanser nazorat masalalari ko’rilishi, yuqori kurslarda o’rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o’quv jarayoniga interaktiv formada qo’llash - „Qor to’plash usuli” uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o’zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallash uchun zarur hisoblanadi.

### **INTERAKTIV O’YIN «DAVRA STOLI»**

Stol atrofida o’tirgan bir guruh talabalarga varakda yozilgan savol o’rtaga qo’yiladi, va shu savolga javobni har bir talaba o’zining varag’iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. O’yin tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi ko’rilib, baholanadi: noto’g’ri javoblar o’chiriladi, to’g’ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o’yinni ham yozma, ham og’zaki tarzda o’tkazish mumkin.

### **«QOPDAGI MUSHUK» KONKURSI**

Interaktiv ko’rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «Qopdagi mushuk» qonkursidir.

Bu usul talabaning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo’lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o’kitish intensevligini oshiradi, yangi informasiyalarni mustahkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo’yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo’llash mumkin.

O’kituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab quyadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg’ulotning sungida qonsultant tuplangan ballar va eng yaxshi kursatgichga erishgan talabari e’lon qiladi.

### **«STOL O’RTASIDAGI RUCHKA» KONKURSI**

Interaktiv ko’rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «Stol o’rtasidagi ruchka» qonkursidir.

Bu usul talabaning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informasiyalarni mustahkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida quo'lash mumkin.

### **«UCH POG'ONALI SUHBAT» USULIDA**

„Uch pog'onali suhbat” uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rnatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'yicha ishlash uchun 3 kishilik guruhlar tuzish, birbiriga ishonchni o'matish, ochiq muhokamaga to'sqinlik bo'layetgan psixologik bosimni yengish, vaqtini belgilash shart.

Har bir guruhda „vrach”, „bemor”, „ekspert-VOP” rollari taqsimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yoki talaba „ekspert-VOP” rolida bo'lishi mumkin. „Bemorga” xirurgik kasallik nomi aytildi va talaba og'zaki yoki yozma ravishda ma'lumot berishi kerak. „Vrach” berilgan malumotlarga qarab to'g'ri diagnoz ko'yishi kerak, „ekspert-VOP” – ishning tug'riligini baholaydi. Guruh ishtiroqchilarini ishini baholanishi uch bo'limda yeziladi:

4. nima to'g'ri qilindi;
5. nima noto'g'ri qilindi;
6. qanday qilish kerak edi.

Hamma mashg'ulot ishtiroqchilari oldida har bir guruh o'z qonsultasiyasini ekspert hulosasi bilan namoysh etadi. Boshqa variant – talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xakqoniy qonsultasiyasida butun guruh va pedagog muhokama qiladilar.

### **VAZIYATLI MASALAR**

1. 8 kunlik bolani umumiylah yomonlashib qoldi. Kuchli toksikoz, tana harorati  $37,8^{\circ}\text{S}$ , emishi sust, qorni biroz dam, ahlati suyuq. Bel sohasida  $8 \times 6$  sm. hajmidagi yumshoq to'qimalar giperemiyasi va infiltrasiyasi aniqlanmokda. Terisi issik, shishgan, og'riqli. Badanida yiringli o'choqlar aniqlanadi, kindik yarasi keng, fibrinoz qoplamlar bilan. Umumiylah qon tahlili: leykositoz  $12,5 \times 10^9 / \text{l}$ , tayoqchasimon neftrofillar 8%, neftrofillar 28%, eozinofillar 2 %, limfositlar 52%, monositlar 10 %, EKT 6 mm/s.

Sizning taxminiy diagnozingiz, tekshirish rejasi, differensial diagnostika, davolash taktikasi?

2. 5 kunlik bolani umumiylah voli yomonlashib qoldi. Kuchli toksikoz, tana harorati  $38,8^{\circ}\text{S}$ . Bola lanj. Qorinni pastki qismi va oraliq sohasida teri qizargan, issiq, taxtasimon taranglikda, og'riqli. Umumiylah qon taxlili: leykositoz  $16,3 \times 10^9 / \text{l}$ , tayoqchasimon neytrofillar 32%, neytrofillar 51%, eozinofillar 0 %, limfositlar 11%, monositlar 6 %, EKT 6 mm/s.

Sizning taxminiy diagnozingiz, tekshirish rejasi, differensial diagnostika, davolash taktikasi?

### O'Z-O'ZINI SINASH UChUN TESTLAR:

1. Bolalarda mahalliy yiringli infeksion jarayonning kechishida xarakterli emas:

- a. qon ketishi
- b. nekroz va shishning tez yuzaga kelishi
- c. mahalliy fagositar reaksiyaning pasayishi
- d. infeksiya tarqalishiga moyillik
- e. yallig'lanish maxsulotlarining mahalliy uchokdan qon va limfalarga rezorbsiyasi.

2. Omfalitda qaysi klassifikasiya qo'llaniladi?

- a. O'tkir, o'tkir osti, surunkali
- b. Klinik oldi, klinik, post klinik
- c. Oddiy, flegmonoz, nekrotik shakli
- d. Chegaralangan, tarqalgan,
- e. Asoratlangan, asoratlanmagan

3. Yiringli infeksion jarayonlarni davolashda asosiy masalalaridan biri bo'lib hisoblanadi:

- a. Diyetoterapiya
- b. Organizm himoya kuchlarini tiklash va stimullash
- c. Antibiotiklar bilan kompleks davolash
- d. Qoni ultrabinafsha nuri orqali nurlantirish, lazer davolash va immunizasiya
- e. Og'riqsizlantirish

4. Limfadenitning og'ir toksikoz va yuqori temperatura bilan kechishida qaysi davo choralari to'g'ri hisoblanadi?

- a. Qonservativ davo
- b. Zudlik bilan operasiya qilish
- c. O'tkir xirurgik infeksiyaga qarshi prinsip asosida
- d. Antibakterial terapiya

- e. Fizioterapeutik
- 5. 25 kunlik chaqaloq kasallik o'tkir tana haroratining yuqori bo'lishi bilan ( $39-40^{\circ}\text{S}$  gacha) yuz terisida chegarlari aniq giperemiyal paydo bo'lishi, og'riqni ayniqsa periferiya bo'ylab og'riqli, tez tarqaldi. O'choqda teri rangi tuk asal rangida. Sizning tashhisingiz.
  - a. Chaqaloqlar flegmonasi
  - b. Maserasiya
  - c. Saramas
  - d. Omfalitning nekrotik formasi
  - e. Tananing psevdofurunkulyozi
- 6. Yiringli yallig'lanish jarayonlarining bolalarda kechishida o'ziga xosligi
  - a. Tez tarqalish, nekroznинг hosil bo'lishi va jadal kechishi
  - b. Tez tarqalish, tana harorati ko'tarilishi, ich ketishi
  - c. Tana harorati ko'tarilishi, ich qotishi, tez-tez tutqanok tutishi
  - d. Sekin tarqalish, tana harorati ko'tarilishi, nekroz
  - e. Tana haroratining ko'tarilishi, yengil kechishi, nekroz
- 7. Chaqaloqlar flegmonasining asosiy qo'zgatuvchisini aytинг.
  - a. Virus
  - b. Soddaliylar
  - c. Stafilokokk
  - d. Chaqaloqlar saprofit florasi
  - e. Ichak tayoqchasi
- 8. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishida anatomik husussiyati
  - a. Ter bezlarining to'liq rivojlanmasligi
  - b. Infeksiya kirish yo'li kindik orqali
  - c. Derma muguz qavatining sust rivojlanganligi
  - d. Kichik qon aylanish doirasini qayta tiklanishi
  - e. Pishloqsimon massanining bo'lishi
- 9. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishda anatomik husussiyati.
  - a. Yaxshi funksiyalashgan ter bezlari
  - b. Teri osti yog' qavati bilan qon tomiralr o'rtasidagi anastamozlar bo'lmasligi
  - c. Tirmok plastinkasining sust rivojlanganligi
  - d. Teri tuklarining erta to'qilishi
  - e. Issiqlik boshqarish markazining rivojlanmaganligi
- 10. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasining birlamchi yallig'lanish jarayonining joylashish joyi.

- a. Teri
  - b. Teri osti yog' qavati
  - c. Shilliq pardalar
  - d. Teri limfa tomirlari
  - e. Periferik venoz turi
11. Chaqaloqlar flegmonasida mahalliy jarayon uchun tipik joylashish joyi.
- a. Kindik oldi soha
  - b. Oldingi ko'krak kafasi
  - c. Yuz
  - d. Tananing orqa qismi
  - e. Tananing ochiq qismi
12. Bolalarda tanasining qaysi qismida chaqaloqlar flegmonasi kuzatilmaydi?
- a. Qulok oldi sohasi
  - b. Bo'yin
  - c. Qo'l va oyoqning kaft qismi
  - d. Boshning sochli qismi
  - e. Jinsiy a'zolar
13. Chaqaloqlar flegmonasida mahalliy yallig'lanish jarayoni uchun xarakterli belgilarni ko'rsating.
- a. Qon qo'yilishi
  - b. Giperemiya
  - c. Og'riqsizligi
  - d. Terining ho'l bo'lishi
  - e. Qon ketishi
14. Chaqaloqlar flegmonasi qo'yidagi kaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinadi?
- a. Psevdofurunkulez
  - b. Epifizar osteomiyelit
  - c. Saramas
  - d. Gemangioma
  - e. Terining dermoidli hosilasi
15. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi bilan og'rigan bemorda uchoqda manipulyasiya to'g'ri o'tkazish qoidasini kursating.
- a. Jaroxatni rezin chiqargich bilan drenajlash
  - b. Keyinchalik antibiotik kirgizish maksadida mikroirrigator bilan drenajlash

- c. Gipertonik eritmali bog'lam
  - d. Teri osti yog' qavatidagi kur chuntaklarni asbob orqali ochish
  - e. Jaroxatni kesgandan keyin tipiklashtarish
16. Chaqaloqlar flegmonasida optimal kesim davomiyligi qanaqa?
- a. To 0,5 sm
  - b. 0,5 – 1,0 sm
  - c. 1,0-1,5 sm
  - d. 1,5-2,0 sm
  - e. 2,0 smdan yuqori
17. Bemorda chaqaloqlar nekrotik flegmonasida operasiyadan keyingi davrining asosiy choralar nima hisoblanadi?
- a. Jaroxatga bir sutkadan keyin bog'lam qo'yish
  - b. 1 sutkadan so'ng har kungi yuvish
  - c. 6-8 soatdan keyin bog'lam qo'yish
  - d. Drenaj holati
  - e. Gemodinamik qo'rsatkichlarni har soatda kuzatuv
18. Chaqaloqlar flegmonasi asoratini ko'rsating.
- a. Oldingi o'choq urmada yakqol tasvirlangan qon tomir surati
  - b. Terining depigmentasiyasi
  - c. Yakqol tasvirlangan chandiqli deformasiyasi
  - d. Teri osti yog' qavatining bo'limganligi tufayli uni cho'kishi
  - e. Teri va teri osti yog' qavatining tez-tez yiringlashishi
19. Chaqaloqlar omfaliti uchun nima xarakkerli?
- a. Kindik qoldig'ining infesirlashishi
  - b. Bakteriyalarga moyillik, kindik tomirlarining bitmasligi
  - c. Kattalashgan kindik tomirlarining paypaslanishi
  - d. Krasnabayev simptomining musbat bo'lishi
  - e. Yukoridagilarning hammasi
20. Nospesifik yiringli yallig'lanish jarayonlarini chaqiruvchi mikroorganizmlar guruhi
- a. Stafilokokk, streptokokk, oqish treponema
  - b. Streptokokk, ichak tayoqchasi, Kox tayoqchasi
  - c. Ichak tayoqchasi, streptokokk, rekketsiya,
  - d. Stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, protey
  - e. Protey, shigella, stafilokokk, streptokokk
21. Nekrotik flegmona bolalarda ko'pincha uchraydi
- a. Hayotining 1 kunida
  - b. Chaqaloqlik davrida

- c. To 1 yoshgacha
  - d. Maktabgacha bo'lgan yoshda
  - e. Maktab yoshida
22. Nekrotik flegmonaning klinik formalarini ko'rsating
- a. Oddiy, toksikoseptik
  - b. Oddiy, nekrotik
  - c. Nekrotik, flegmonoz
  - d. Mahalliy, gangrenoz
  - e. Flegmonoz, gangrenoz
23. Nekrotik flegmonada operativ uslubni ko'rsating
- a. Yarim oysimon kesim
  - b. Keng lampas kesim
  - c. Radial kesim
  - d. Ko'p sonli kesimlar
  - e. Qontrapetur kesimlar
24. Nekrotik flegmonalarni bog'lamida qo'llaniladigan eritmalar
- a. 40 % glyukoza
  - b. 40% sergozin
  - c. 10% kalsiy xlor
  - d. 25 magneziy sulfat
  - e. 40% urotropin
25. Qaysi barmoqlar yiringli jarayonida Pirogov bo'shlig'iga o'tish havfi bo'ladi?
- a. 2-3 barmoqlar
  - b. 2-3-4 barmoqlar
  - c. 3-4 barmoqlar
  - d. 2-4 barmoqlar
  - e. 1-5 barmoqlar
26. 5 yoshli bolada qosh usti sohasida abszedirlanuvchi furunkul. Sizning taktikangiz
- a. Malhamli bog'lam
  - b. Yiringni punksiyalash, so'rib olish
  - c. Operasiya, antibiotiklar
  - d. Kuzatuv
  - e. QuruQ bog'lam
27. Adenoflegmona bu... yallig'linashi
- a. Terini yallig'lanishi
  - b. Teri osti yog' qatlami

- c. Teri va yog' bezlari
  - d. Limfa tugunlari
  - e. Limfa tugunlar atrof to'qimalar bilan birligida
28. Psevdofurunkulyoz bu... yallig'lanishi
- a. Soch xaltasining
  - b. Teri osti yog' qavatining
  - c. Limfa tugunlarining
  - d. Teri va yog' bezlarining
  - e. Bir vaqt ni uzida bir nechta soch xaltasining

## **“QOR TO’PLASH USULI” USLUBINING BOLALAR XIRURGIYASIDA QO’LLANILISHI**

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot oliy ta'lif muassasalarida 4 ko'rs pediatriya va 5 ko'rs davolash fakultetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumi simptomatikasini o'rghanishidan boshlanadi. Differensial diagnostika, davolash, reabilitasiya va dispanser nazorat masalalari ko'riliши, yuqori ko'rlarda o'rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o'quv jarayoniga interaktiv formada qo'llash - „qor to'plash usuli” uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o'zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallash uchun zarur xisoblanadi.

### **INTERAKTIV UYIN «DAVRA STOLI»**

Stol atrofida utirgan bir guruh talabalarga varaqda yozilgan savol o'rtaga qo'yiladi, va shu savolga javobni har bir talaba o'zining varag'iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. Uyin tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi ko'rilib, baholanadi: noto'g'ri javoblar uchiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baxholanadi. Bu uyinni ham yozma, ham ogzaki tarzda utkazish mumkin.

### **«QOPDAGI MUSHUK» KONKO'RSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «qopdag'i mushuk» qonko'rsidir.

Bu usul talabaning fikirlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informasiyalarni mustaxkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu buyicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

## «QOPDAGI MUSHUK» qonkursning uslubi.

O'kituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab quyadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talabari e'lon qiladi.

## «STOL URTASIDAGI RUCHKA» KONKURSI

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «kopdag'i mushuk» qonkursidir.

Bu usul talabaning fikirlash doirasini kengaytiradi, mavjud bulgan cheklanishlardan ozod qiladi, ukitish intensevligini oshiradi, yangi informasiyalarni mustaxkamlaydi, oralik nazorati yoki bir mavzu buyicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

## «STOL URTASIDAGI RUCHKA» qonkursning uslubi.

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus kopchaga solib oldindan tayyorlab ko'yadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talabari e'lon qiladi.

## «UCH POG'ONALI SUHBAT» USULIDA

„Uch pog'onali suhbat” uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv urgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub buyicha ishlash uchun 3 kishilik guruhlar tuzish, birbiriga ishonchni urmatish, ochiq muhomaga tusqinlik bulayotgan psixologik bosimni yengish, vaqtini belgilash shart.

Har bir guruhda „vrach”, „bemor”, „ekspert-VOP” rollari taqsimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yoki talaba „ekspert-VOP” rolida bo'lishi mumkin. „Bemorga” xirurgik kasallik nomi aytildi va talaba og'zaki yoki yozma ravishda malumot berishi kerak. „Vrach” berilgan malumotlarga qarab to'g'ri diagnoz qo'yishi kerak, „ekspert-VOP” – ishning to'g'riliгини baholaydi. Guruh ishtirokchilarini ishini baholanishi uch bo'limda yoziladi:

1. nima to'g'ri qilindi;

2. nima noto'g'ri qilindi;
3. qanday qilish kerak edi.

Hamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida har bir guruh o'z qonsultasiyasini ekspert xo'losasi bilan namaysh etadi. Boshqa variant - talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xaqqoniy qonsultasiyasida butun guruh va pedagog muxokoma qiladilar.

### Vaziyatli masalalar

Bemor bola 10 oylik, ahvoli og'ir. Bezovalta, tana harorati 38,5. Chap chanoq - son bug'imida harakat cheklanishi ko'zatilmokda. Shish, og'riq. Sizning tashxisingiz?

Bemor 7 yoshda, kasallik boshlanganidan keyin 2 kunda tushdi. «Ung katta boldir suyagining o'tkir gematogen osteomieliti» tashhisi qo'yildi. Davolashning qaysi usulini qullah mumkin?

5 yoshli bola stasionarga son suyagining o'tkir osteomiyeliti bilan kasallikning 3 kunida tushdi. Ahvoli og'ir, yaqqol intoksikasiya belgilari, pnevmoniya. Sizning taktikangiz?

O'tkir gematogen osteomiyelit gumon qilingan bemorda diagnostik osteoperforasiyada yiring topilgan. Sizning keyingi harakatingiz.

'tkir gematogen osteomiyelit gumon qilingan bemorda diagnostik osteoperforasiyada qon topilgan. Sizning keyingi harakatingiz.

7 yoshli bola stasionarga chap son o'tkir osteomiyeliti bilan kasallikni 3-chi kuniga tushdi. Ahvoli og'ir yaqqol intoksikasiya. Sizning taktikangiz.

Katta boldir suyagining yuqori uchligidagi birlamchi surunkali osteomiyelit uchogi. Har zamonda kaytalanish kuzatiladi: og'riq (ko'pincha kechasi) tana haroratni kutarilishi. Sizning taktikangiz?

Katta boldir suyagi yuqori uchligida birlamchi surunkali osteomiyelit rentgenologik aniqlandi. Shikoyatlari yo'q, qon analizi normada. Sizning taktikangiz.

Son suyagi buyin qismining o'tkir osteomiyeliti mavjud. Sizning taktikangiz?

Kasallikning 6-7 kunida son suyagi pastki uchligining o'tkir osteomiyeliti topilgan. Yumshof to'qima punksiyasida yiring topilgan. Sizning taktikangiz?

8 yoshli bola chap boldir sohasidagi qattiq og'riqqa shikoyat qiladi, ko'rik paytida boldir sohasida shish, qattiqog'riq,  $39,6^{\circ}\text{S}$  tana harorati

ko'tarilgan. Punksiyada yiring topilmagan. Shu xolatdagi sizning taktikangiz?

## O'Z O'ZINI SINASH TESTLARI

**O'tkir gematogen osteomiyelitni qaysi kunida rentgenologik o'zgarishlar ko'zatiladi?**

1. 1-7 kunda
2. 7-14 kunda
3. 14-21kunda
4. 21-25 kunda
5. 25 va undan yuqori kunda

**Surunkali osteomiyelit bilan bemorni dispanser ko'zatishda ambulator sharoitda qaysi tekshirish usulini utkazish mumkin emas.**

1. suyak rentgenografiyasi
2. qon bioximik analizi
3. suyak ichi bosimini ulchash
4. Tomografiya
5. UZI

**Osteomiyelitning suyak ichi boskichining asosiy simptomlari:**

1. zaralangan sohada yumshoq to'qimalar shishi, umumiy temperatura, suyakda og'riq, harakat bo'zilishi
2. harakat bo'zilishi, qizarish, yumshoq to'qima shishi.
3. qizarish, mahalli temperatura ko'tarilishi, qontraktura
4. flyuktuasiya, og'riq, temperatura
5. sukda og'riq, harakat builishi

**2 yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkir osteomiyelit:**

1. epifizlar zararlanadi, oslojnyayetsya artrit bilan asoratlanadi, surunkali formaga utmaydi, psevdoparez bilan kechadi.
2. artrit va sepsis bilan asoratlanadi, ko'pincha surunkali formaga utadi, suyakning total zararlanishi
3. yengil kechishi, bilan asoratlanishi, surunkali formaga kam xollarda utadi
4. asosan diafiz zararlanadi, surunkali formaga utmaydi

5. ko'p hollarda surunkali formaga utadi, suyakning diafiz qismi zararlanadi

**Surunkali osteomiyelitni hosil qiladigan qismlar:**

1. sekvestr, sekvestral kuticha, sekvestral bo'shliq
2. sekvestr, sekvestral bo'shliq, osteoporoz
3. osteoporoz, sekvestr, patologik sinish
4. ankiroz, razryajennost kosti, oqma
5. sekvestr, osteoporoz, eriyotgan qor simptomi

**O'tkir gemitogen osteomiyelitning erta simptomlariga kiradi:**

1. shish, og'riq, qizarish
2. qizarish, mahalliy temperatura, shish
3. og'riq, umumiy temperatura, harakat buzilishi
4. flyuktuasiya, qizarish, shish
5. harakat bo'zilishi. Flyuktuasiya, og'riq,

**O'tkir osteomiyelitga gumon qilinganda suyak ichi bosimini ulchash vaqtiga qancha**

- 1.2-3 min.
- 2.10-15 min.
- 3.20-25 min.
- 4.30-40 min.
- 5.60 min.

**O'tkir osteomiyelitda o'tkir davrning kechish davri 1.do 0,5-1 mes.**

- 2.do 2-3 mes.
- 3.do 4-8 mes.
- 4.do 8-10 mes.
- 5.do 12 mes.

**O'tkir osteomiyelitning erta davrida eng ishonchli diagnostik usulni ko'rsating.**

- 1.yumshoq to'qimalarining punksiyasi
- 2.flebografiya
- 3.elektronrentgenografiya
- 4.suyak ichi bosimini ulchash
- 5.osteoperforasiya

**O'tkir gematogen osteomiyelitda yiringli yallig'lanish prosessi tarqaladi**

- 1.suyak ko'migi kanalida
- 2.suyak devorida
- 3.suyak to'qimasi va suyak pardasi o'rtasida
- 4.mushaklar bo'shliqda
- 5.suyak ko'migi kanalida, suyak devorida, otrofdagi yumshoq to'qimalarida

**O'tkir osteomiyelitning hamma etiopatogenetik teoriyalari to'g'ri, ko'yidagidan tashqari**

- 1.nervno-reflektor
- 2.travmatik
- 3.tramboembolitik
- 4.tomirdan tashqari shish
- 5.gipersensibilizasiya

**O'tkir osteomiyelitning klinik formalari ko'rsating**

- 1.mahalliy - uchoqli,septiqopiyemik,nekrotik
- 2.mahalliy - uchoqli,flegmonoz,bullyoz
- 3.toksik,oddiy,kataral
- 4.mahalliy - uchoqli,septiqopiyemik,toksik
- 5.shishli,septik,toksik

**O'tkir osteomiyelitning erta va ishonchli belgisi bo'lib hisoblanadi**

- 1.suyak ichi bosimining oshishi
- 2.mushaklararo bo'shliqda yiring bo'lishi
- 3.suyakda rentgenologik o'zgarishlar
- 4.ogoleniye kosti
- 5.teri qizarishi

**2 yoshgacha buo'lgan bolalarda o'tkir osteomiyelitda ko'pincha zararlanadi**

- 1.metafiz
- 2.epifiz

- 3.diafiz
- 4.diafiz i metafiz
- 5.suyakning hamma qismi

**O'tkir osteomiyelitning rentgenologik belgilari paydo bo'ladi**

- 1.kasallik boshlanishida
- 2.kasallikning 3-5 kunida
- 3.kasallikning 8-10 kunida
- 4.kasallikning 14-21 kunida
- 5.1 oy oxirida

**Katta bolalarda o'tkir osteomiyelitning rentgenologik belgilari paydo bo'ladi**

- 1.kasallik boshlanishida
- 2.kasallikning 3-5 kunida
- 3.kasallikning 8-10 kunida
- 4.kasallikning 14-21 kunida
- 5.1 oy oxirida

**O'tkir osteomiyelitning rentgenologik belgisini ko'rsating**

- 1.osteoskleroz
- 2.yolg'on bo'g'in
- 3.sekvestr
- 4.se kvestral kuticha
- 5.periostit

**O'tkir osteomiyelitda katta bolalarda imobilizasiya turini ko'rsating**

- 1.to'g'ri shinalar yordamida
- 2.orqa gipsli langeta
- 3.sirkulyar gipsli langeta
- 4.qo'l ostidagi materiallardan
- 5.imobilizasiya shart emas

**Surunkali osteomiyelitga xos bo'lмаган о'згаришни ко'rsating:**

- 1.patologik sinish
- 2.patologik chiqish

- 3.suyak deformasiyasi
- 4.suyak kaltalanishi
- 5.septik uchog'i

**Surunkali osteomiyelitni davolashda qo'yidagi tur operasiya  
utkazilmaydi**

- 1.sekvestrektomiya
- 2.suyak qoldiq bo'shligini plombirlash
- 3.osteoperforasiya, suyak ichi bosimini ulchash
- 4.oqmalarni olib tashlash
- 5.suyak bo'shligini qoshiq bilan tozalash

**Qaysi forma birlamchi surunkali osteomiyelitlarga ta'luqli  
emas**

- 1.absess Brodi
- 2.absess Folkmana
- 3.osteomiyelit Garre
- 4.osteomiyelit Olye
5. Popkirovning antibiotik osteomiyeliti

## MAVZU 6: «BOLALARDA OSHKOZON-ICHAK TRAKTIDAN KON KETISH BILAN KECHADIGAN KASALLIKLAR»

**MAVZU DOLZARBLIGI:** Bolalarning jarroxlik kasalliklari - bu qishloq vrachlik punktida ishlovchi umumiyligi amaliyot vrachlarining, amaliyot faoliyatida asosiy bo'lib jarroxlik kasalliklari bor bolalarga ambulator jarroxlik yordam ko'rsatish hususiyatlarini o'rganish bu kasalliklar ko'p uchrashi hisobiga aktual masaladir.

**MASHG'ULOT MAQSADI:** Umumiyligi pediatr vrachini sog'liqni saqlashining birlamchi bo'g'inida malakaviy davo profilaktik ishini mustaqil yuritishga tayyorlash. Tez va shoshilinch yordam bo'yicha shoshilinch holatlarda diagnostig va davolovchi yordamni ko'rsatish, kunduzgi stasionarda poliklinikada, bolalarda jarroxlik kasalliklarining har-xil etaplarida diagnostik va davolovchi yordam ko'rsatish, sanitargigiyenik, davo-profilaktik chora-tadbirlami, stasionardan chiqarilgach reabilitasiya savollarini amalga oshirish:

**MASHG'ULOTNING O'TKAZISH JOYI:** Bolalar yiringli xirurgiya bo'limi, poliklinikaning jarroxlik kabineti kompyuter markazi, o'quv xonasi, funksional diagnostik bo'limi.

**Qizilungach varikoz-kengaygan venalaridan qon ketishi** portal gipertenziyaning nisbatan xavfli ko'rinishi xisoblanadi. O'tkir rivojlanuvchi qon ketishining diagnostikasi va xirurgik taktikasi urgent xirurgiyada dolzarb muammo xisoblanadi. Varikoz venalar yorilishi va qon ketishining sabablari sifatida:

1. Gipertonik kriz
2. Qon aylanishining buzilishi bilan eroziya va yara ko'rinishida (bunda kislota – peptik faktor rol uynaydi) oshqozon va qizilo'ngach shilliq pardalarining uzgarishi.
3. Qonning ivish tizimining buzilishi.

**Klinik manzarasi:** Qon ketishning aniq belgilari paydo bo'lishidan 1-2 kun oldin bolalarning umumiyligi axvoli birdan ogirlashadi. Darmonsizlik tez charchash, epigastral soxada tez-tez og'riq bo'lishi,

kungil aynishi yoki ich ketishi, tana xaroratining 39-40 °S gacha kutarilishi kuzatiladi. Keyinchalik bemorning umumiyligi axvoli yanada ogirlashadi: xolsizlik kuchayadi, shilliq pardalar va terining sezilarli oqarishi, chanqoq va og'iz qurishi xissi paydo bo'ladi. Sirroz bulgan bemorlarda (ba'zan portal gipertenziyaning jigardan tashqari shaklida) skleralarda ikterik-sariqlik rivojlanadi. Taxikardiya, puls bosimi kamayishi va AKB tushishi davriy usib boradi. Gemorragik shok klinik manzarasi davriy rivojlanadi. Qizil qon bilan yoki «kofe kuykasi» bilan qayt qilish kuzatiladi.

**Diagnostika:** oldingi qorin devorida kengaygan venalar turi va talokning kattalashishining bo'lishi. Diagnostikada eng yaxshi uslub bu - ezofagogastrosqopiyadir. Rentgen qontrastli metodlardan splenoportografiya, mezenterikoportografiyalar utkaziladi.

**Davolash:** Davolash metodi qon ketishning davomiyligi va intensivligiga, qon ketishi epizodlar soniga, umumiyligi, asosiy va kushimcha kasalliklar xarakteriga karab belgilanadi. Peristaltika va sekretor xususiyatni kamaytirish maksadida og'iz orqali ovqatlantirish ta'kiklanadi. Yukotilgan qon xajmini qon va qon urnini bosuvchi suyuqliklar qo'yish bilan tuldirish birinchi vazifa xisoblanadi. Patologik fibrinoliz profilaktikasiga aloxida e'tibor karatiladi. Fibrinolizingibitorlari (b - aminokapron kislota, trasilol va b.k) va qon preparatlarini (fibrinogen, nativ plazma) infuziyasi davolashning birinchi etapida bajariladi. Endogen intoksikasiya profilaktikasi sifatida xar 4 soatda 2% li natriy xlorid eritmasi bilan sifonli klizma, keng spektrli antibiotiklardan (neomisin, kanamisin) 1000 000 TB dan kushimcha tavsiya etiladi.

Agar qonservativ davo ta'sirida qon ketishi tuxtasa, og'iz orqali ovqatlanishga 48-72 soatdan keyin ruxsat beriladi. Shikastlanishning oldini oluvchi parvez: mevali jele, 5%li manniy butkasi, guruch kaynatmasi, suyuq tvorog, xom tuxum ko'rinishida tavsiya etiladi. Qon ketishda gemodinamikani stabillashtirishning iloji bulmasa 6-8 soat kuzatilib, keyin operasiya kilinadi. Gastrotomiya operasiyasi qon ketayotgan venalarni boglash bilan bajariladi. Kupgina xirurglarning fikricha qonservativ davolash natijasiz bulsa, qon ketish vaqtidan 2 sutka utguncha bulgan vaqtida operasiya qilish kerak.

**Gemorragik gastrit.** Oshqozon shilliq pardasidagi nuqsonli qon ketishlar, O'tkir eroziyalar yoki yuzaki yaralar bo'lishi bilan xarakterlanadi. Gemorragik va erroziv gastrit farklanadi. Qon ketish

vaqtida doim xam makroskopik jixatdan mayda eroziyalarni nuktali qon kuyulishdan, O'tkir yaralarni esa yirik eroziyalardan farklashning iloji bulmaydi. Shuning uchun gemorragik gastritlarga guruxli stress-yaralar sifatida karaladi. Nisbatan ko'p xollarda gemorragik gastrit sistemali kasalliklarning natijasi (endokrinologik, toksik, septik) sifatida yoki maxalliy omillarinig (dori moddalari, tomirli yoki alimentar buzilishlar) ta'siri va bundan tashqari mexaniq shikastlanish oqibatida rivojlanadi.

**Klinik manzarasi** tipik emas. Kupgina bemorlarda kasallikning birinchi simptomi qon ketish bo'lib namoyon bo'ladi. Ba'zan kata yoshli bolalarda epigastral soxada aniq bulmagan og'riq xissining bo'lishi kuzatiladi. Yagona ishonarli diagnostika uslubi bu fibroendosqopiyaga xisoblanadi. Oshqozon – ichak traktidan qon ketganda patologik prosess xakida aniq ma'lumot olish uchun endosqopiyani qon ketishning yuqori nuktasida utkazish kerak. Bolalarda yuzaki eroziyalarni 1-2 kun davomida likvidasiya qilish mumkin.

**Davolash:** Qonservativ davolash usuli – asosiy davolash usuli xisoblanadi. Gemorragik gastritni chakiruvchi sababni bartaraf kiluvchi gemostatik davo va chora tadbirlar utkazish kerak. Oshqozonni sovutilgan suv (5-8S) bilan yuviladi. 0,5%li kumush nitrat, epsilonaminokapron kislota, tomirlarni toraytiruvchi- kalsiy xlorid, fibrinogen, lidaton, noradrenalin yaxshi gemostatik natija beradi. Qonservativ davolash foyda bermasa, operativ usulda davolanadi. Kattalarda subtotal yoki total oshqozon rezeksiyasi utkaziladi. Bu operasiyada bolalarda proksimal vagotomiya kilinib, oshqozonning seretor qismi xam olib tashlanadi. (Antral qism rezeksiyasi yoki piloroplastika).

**Mellori – Veys sindromi** qon ketishning yarasiz turi bo'lib, bu sindrom spontan ravishda oshqozon shilliq pardasi va undan chuqur joylashgan qavatlar yirtilishidan rivojlanadi. Mellori –Veys sindromi bolalarda juda kam uchraydi, lekin ba'zan kuzatishlarda mualliflarning fikricha usmirlilik davrida uchrab turadi.

Ushbu sindrom patogenezida oshqozon kardial qismining ochilishining yetishmovchiligi natjasida, oshqozonning shu qismida bosimning oshishi asosiy axamiyatga ega. Kardial qismining spastik kisilishi oshqozonda bosimning oshishiga olib kelib, shu soxada shilliq qavatning yorilishiga sabab bo'ladi. Bu xolat ko'psonli qayt qilish bilan davom etadi.

Shilliq qavatning yorilishi, bundan tashqari, qorin oldingi devorining keskin taranglashishi, xalqum va diafragmaning spazmiga xam olib kelishi mumkin.

**Xarakterli klinikasi yuk.** «Kofe kuyukasi» ba'zan qizil qon bilan qayt qilish asosiy simptomi xisoblanadi. Bu xolat oshqozon suyuqligi bilan, patologik aralashmalsiz ko'psonli qayt qilish bilan davom etadi. Sindromni aniqlash uchun eng ishonchli metod bu endosqopiyadir.

**Davolash:** Davolashni doim qonservativ gemostatik terapiya bilan boshlash talab etiladi. Gemostaz uchun endoskop orqali qon ketishini vaqtinchalik yoki butunlay tuxtatish uchun tadbirlar utkaziladi. Vaqtinchalik uslubda: oshqozonni muzli suv bilan yuvish, tomir toraytiruvchi moddalar (adrokson, adrenalin), navokainni oshqozon shilliq pardalariga injektor yordamida infiltrasiyasi, 96% li spirt, xloretil, epsilonaminakopron kislota bilan shilliq pardaga maxalliy ishlov berish tadbirlari qo'llaniladi. Chuqur yorilishlar 10-14 kunda bitib ketadi. Yuzaki yorilishlar izsiz bitsa, chuqur yorilishidan keyin chandiqlar qoladi.

Kompleks qonservativ davolashning effektsizligi endoskop orqali diatermik va elektrokoagulyasiya qilishni talab etadi, ba'zan operativ yuqori gastrotomiya xam bajarilishi mumkin. Operasiya oshqozonni chuqur reviziysi, yorilishlarni tikish bilan yakunlanadi. Arterial qon ketishda, chap oshqozon arteriyasi boglanadi.

**Yara kasalligida qon ketishi.** Profuz qon ketishi Oshqozon yara kasalligining nisbatan ko'p uchraydigan asorati bo'lib xisoblanadi. «Kofe kuykasi» va dektesimon -kora rangli axlat kasallikning asosiy klinik belgilari xisoblanadi. Bemorming umumiyligi axvoli keskin yomonlashadi, kurkish, teri kopamlari oqarishi, kollaps belgilari yuzaga keladi. Kusuk massasida qon laxtalari, axlatda esa uzgargan qon ketishi profuz qon ketishining davom etayotganidan darak beradi va bu umumiyligi qon aylanish xajmi kursatkichlaridan kura obyektivrok belgi xisoblanadi. Gemoglobin va gemotokrit kursatkichlari uzgarishi doim xam qon ketishi bilan bog'liq bulavermaydi. Bu davrda bemorga gemotransfuziya utkazish talab etiladi. Ba'zi xollarda qon ketishning belgilari: qayt qilish va axlatda qon bo'lishi ichaklarning sigimi bilan bog'liq xolda 2-3 va undan ko'p vaqtdan keyin namoyon bo'lishi mumkin. Bunday xolatlarda diagnostik tozalovchi klizma utkazish tavsiya etiladi. Ba'zan esa qon ketishi kasallikning birinchi simptomlari bilan yuzaga chikib, bungacha bulgan qorindagi og'riq, kekirish va boshqa simptomlar gastroduodenit yoki xolisistopatiya bilan bog'liqligi aniqlangan. Endosqopiyada yara

soxasidagi qon ketayotgan qon tomirni ko'rib keyingi davo taktikasini belgilash mumkin.

Agar yara tubiga qon laxtalari zich tuplangan bulsa qonservativ tadbirlar qo'llash mumkin. Qonservativ davo bemor axvoli yomonlashmasa va anemiya rivojlanmasa davom ettiriladi.

**Davolash:** (qonservativ) Kompleks gemostatik terapiya umumiyl va maxalliy tadbirlar asosida, yotok rejimida, Meylengraxt parxezi bilan, vikasol, vitaminlarni, qonni gemostatik dozada (yaxshisi yangi tayyorlangan) plazmani qo'yish bilan davom ettiriladi. Ba'zan to'g'ridan-to'gri qon quyish va SaSl kiritish yaxshi natija beradi. Trasitol, qontrikal antifibrinolitik sifatida yaxshi ta'sir kursatadi. Odatda 8-10S gacha sovutilgan suv bilan zond orqali oshqozon yuviladi. Bir qancha mualliflar maxalliy gemostaz o'tkazish uchun 0,25-0,5% li epsilonaminokopron kislota, proteinaza ingibitorlari, antifonsilin va boshqa birikmalarni qo'llash kerak deb xisoblaydi. Oxirgi vaqtarda endovaskulyar metod sifatida kuchli tomir toraytiruvchi birikma vazopressin qo'llaniladi. Konservativ terapiya 6-12 soat davomida effekt bermasa xirurgik yordam kursatiladi. Operasiya muddati 1-navbatda bemorning umumiyl axvoliga va anemizasiya darajasiga bog'liq. Yarali qon ketishlarda 3 xil operasiyalar utkazish mumkin:

1) Oshqozon qon tomirlarini boglash, yarani tikish. 2) Oshqozon rezeksiyasi 3) Drenajlovchi operasiya bilan kushma vagotomiya. Bolalarda xirurgik operasiya taktikasi axvol ogirligi, yara ko'rinishi va klinik muassasaning gastroenterologik operasiyalardagi malakasiga kura tanlanadi.

**Mekkel divertikuli** yonbosh ichakning tutkichga karshi tomonga burtib chikishidan paydo bo'ladi. Divertikul erkin yoki sariqlik qopi yuli orqali kindik bilan birikkan bo'lishi mumkin. Birikkan divertikul ko'pincha ichak tutilishiga sabab bo'ladi. Odatda u ichak bushligi bilan keng aloqa qiladi. Bunday xolatda divertikul asosi boshqa qismlariga nisbatan tor bo'lib, bu qismda ichak birikmalari, yot tanalar yoki parazitlar tikilib kolishi tufayli divertikulit kelib chiqadi. Mekkel divertikuli klinik jixatdan bezovta qilmasligi mumkin, va uni boshqa kasalliklar, ko'pincha o'tkir appendisitda laparatomiya kilinganda, tasodifan aniqlanadi. Divertikuldagi peptik yaradan qon ketishi ko'pincha erta yoshli bolalarda kuzatiladi. Qon ketishi profuz yoki residivlanuvchi xarakterda bo'ladi. Qon odatda tuk -olcha rangda bo'lib, laxtali qo'shilmalar mavjud bo'ladi. Axlatda suyuq qon ketishi kuzatilmaydi

(Dezenteriyadan farkli ravishda ba'zan axlat massasida qon kushilmalari bo'lishi mumkin).

Qon ketish ko'pincha to'liq tuzaladi. Tez kollaps rivojlanishini va qorindagi og'riq kushilishini tuplangan qonning ichak devorini shikastlanish ta'siri bilan tushuntiriladi.

Tekshirishda gemoglobin miqdori pasayganligini, teri koplamalarining oqarishini, taxikardiyani aniqlash mumkin. Qorin to'gri shaklda bo'lib, palpasiyada yumshoq, qorinparda shikastlanish belgilari kuzatilmaydi. to'gri ichakda kora qon laxtalarining surilishi aniqlanadi. **Ichak polipi** bilan differensial diagnostika utkaziladi. Ichak polipida qon qizil rangda bo'lib odatda defekasiyadan sung kuzatiladi. **Kapillyaratoktsikoz** uchun xam ichakdan qon ketishi xarakterli, lekin bu kasallikda qorinda og'riq bo'lishi va terida toshmalar kuzatiladi.

**Angiomatoz va oshqozon osti bezi shilliq qavati ingichka ichak ektopiyasida** xam Mekkel divertikuli asoratidagidek manzara bo'lishi mumkin. Agar bemorning axvoli yaxshi bulsa radioizotop tekshirish utkazish kerak bo'ladi. RFP qon orqali surilib, qon ketayotgan tomir orqali ajraladi va uning lokalizasiyasini aniqlab beradi. Littre churasi sifatida Mekkel divertikulining churra xaltasida chov soxasida ko'pinchacha ung tomonda kisilishi xakida xam ayrim adabiyotlarda yozilgan. Bu xolat bolalarda juda kam uchraydi.

**Davolash:** Xamma Mekkel divertikullari asoratlari operasion – rezeksiya kilinib davolanadi.

**Xazm naychasing ikkilanishi. (duplikasiya)** ichak devorining noto'gri rivojlanishidan ikki bushliqli nay xosil bo'ladi. Bu rivojlanish nuqsoni shilliq qavat shakllanishi va rekanalizasiya davrida kelib chiqadi. Nisbatan ko'p xollarda ingichka ichak (60%) ikkilanishi uchraydi. Klassifikasiya buyicha kistoz, tubulyar va divertikulyar ikkilanish shakllari farklanadi. Ikkilanish simptomlari uning shakliga, lokalizasiyasiga va o'lchamiga bog'liq. Ba'zi xollarda duplikatura massiv qon ketishlarda aniqlanadi. Qon ketishning sababi bo'lib, qon tomirlaming bosilishi va qon aylanishning ektopiya bulgan shilliq pardalarda buzilib, ikkilanish bushligida yara xosil bo'lishi xisoblanadi. Qon ketishi O'tkir osti, surunkali, kam xollarda O'tkir bo'lishi mumkin.

**To'gri ichak poliplari.** Yakka-yaxshi sifatli poliplar –bolalarda to'gri ichak o'smalarining nisbatan ko'p uchraydigan ko'rinishidir. Bu kasallik odatda 3 yoshdan 6 yoshgacha aniqlanadi. Ugil va kiz bolalar

kasallik bilan bir xil nisbatda ogriydi. Bolalarda defekasiyadan sung qizil, bir necha tomchi qon kelishi xarakterlidir.

**Diagnozi** ko'p kiyinchilik tugdirmaydi. Tekshirish tashki chikaruv teshigida gemorroy va yoriklar bor yukligini aniqlash bilan boshlanadi. Rektal barmokli tekshirishda, polip (chikarish teshigidan 6-8 sm dan yuqori bulmagan xolatda, tozalovchi klizma bilan) aniqlanadi. Yukori joylashgan poliplarni rektoramanosqopiyaga bilan diagnostika kilinadi.

**Davolash.** Poliplar rektal kuzgu yoki rektoskop bilan olib tashlanadi. Polip oyokchasi boglanadi yoki elektrokoagulyasiya kilinadi. Total polipozda subtotal yoki total kolektomiya qilish talab kilinadi.

**Orqa chikaruv teshigining yorilishi** bolalarda kam uchrovchi kasallik xisoblanadi va ich kotishida kattik axlat travmasi natijasida, klizma naychasingning yoki zondni noto'gri kiritish natijasida kelib chiqadi. Defekasiyada kuchli og'riq bo'lishi kasallikning asosiy simptomi xisoblanadi. Bola og'riqdan qurqib xojat qilmaydi. Uzoq vaqt gorshoqda o'tirib, xojat qilmasligi xolatlari kuzatiladi.

Axlat massalari zichlashadi bu esa axvolni yana ogirlashtiradi. Kuchli rivojlangan ich kotish natijasida og'riqli sfinktorni yopilishi rivojlanadi.

Defikasiyadan sung xam og'riq uzoq vaqt saklanadi. Axlatining yuza qismida qon tomchilari yoki laxtalari aniqlanadi. Tashki chikaruv teshigini ko'zdan kechirganda yorilish yoki yallig'langan kirgokli jaroxat aniqlanadi. Bu jaroxat anusning orka yarim aylanasida radial shilliq qavatlar burmalari orasida joylashadi. to'gri ichakni barmok bilan tekshirish bemorning keskin karshiligiga sabab bo'ladi. anus spastik kiskargan xolatda bo'ladi. Kasallik uzoq davom etadi. Yorilish kam xolatlarda uzi tuzalib ketishi mumkun. Rasiona parvez, tozalovchi klizmalarni sistemali kullanilishi va issik muolajalar 10% lyapis eritmasi bilan yorilishni kuidirish va bitishni tezlashtirish maksadida mazlar surtish yaxshi effekt beradi.

Vishnevskiy mazi, Shostokovskiy balzami maxalliy ishlatish jaroxatlar granulyasiyasi va bitishini tezlashtiradi. Agar bu davo tadbirlar natija bermasa Aminev buyicha spirit – novokainli blokada utkaziladi: yorilishning tashki kirgogiga yakin joyda, jaroxatning ostiga ingichka igna bilan 0.25% 1-3ml. novokain yuboriladi. Bir qancha vaqtdan keyin shu igna orqali jaroxatning ostiga 1 sm chuqurlikda 1ml 70% li etil spiriti yuboriladi. Boshqa qonservativ usullar bilan spirit – novokainli blokada 1-2 in'ksiya bajarilsa to'liq sog'ayish kuzatiladi.

Gemorroy katta odomlarda uchrovchi uziga xos klinik xaraktaristikaga ega kasallik bo'lib, bolalarda uchramaydi. Bu yerda «gemorroy» so'zi shartli qo'llanib, aslida patologiya gemmoroidal venalarning kengayshinatijasi bilan xarakterlanadi. Bemorni odatda tugunlar bezovta qilmaydi. Ba'zan kattik axlat shikast yetkazsa sezilarsiz qon ketishi kuzatiladi. Og'riq odatda kuzatilmaydi. Qonservativ usulda davolanadi. Uzoq vaqt goshokda utirish takiklanadi. Xirurgik metodlarga Ko'rsatma yuk.

### **O'quv topshiriqlar**

#### **Guruh bilan ishlash qoidalari**

#### **Guruh a'zolarining xar biri**

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshirikdar buyicha faol, hamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda so'rashlari mumkin;
- yordam so'raganlarga kumak berishlari lozim;
- guruhnini baxolash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- “Biz bir kemadamiz, birga chukamiz yoki birga kutilamiz” qoidasini yaxshi bilishlari lozim.

Savolga javobni shakllantiring.

1. Subyektiv tekshirishlarga nimalar kiradi?
2. Laborator va instrumental tekshirishlar.

Ushbu tushunchalarning mazmunini yoriting: Gipotrofiya, qayt qilish, kukarish, xansirash, regurgitasiya, og'riq, qon ketish tushunchalar bering

#### **Guruhsiz uchun topshiriqlar.**

- a. Bir yil oldin peritonit bo'yicha operasiya bo'lgan bolada qorinda og'riq, quşish va ich kelmasligi ko'zatildi. Shu bemorga tekshirish usuli va dastlabki diagnozni ayting. Quşish so'ziga klaster tuzing.
- b. Orttirilgan ichak tutilishining asosiy diagnostik usullarini o'tkazing. Og'riq so'ziga klaster tuzing.
- c. Orttirilgan ichak tutilishining tasfini tuzing va sabablarini ayting. Ich kelmasligi so'ziga klaster tuzing.
- d. Obuxovskiy shifoxonasi belgisi nima va u qaysi kasallikda kuzatiladi? To'g'ri ichakdan qon ketish so'ziga klaster tuzing.
- e. Invaginatsiyaning klinikasini ayting. Qorinda og'riq so'ziga klaster tuzing.

- f. Paralitik orttirilgan ichak tutilishi qaysi kasallikdan keyin kelib chiqadi. Og'riq so'ziga klaster tuzing.
- g. Orttirilgan ichak tutilishining rentgenologik belgisini ayting. Kloyberg kosachasi so'ziga klaster tuzing.
- h. Obturasion ichak tutilishini sabablarini ayting. Qabziyat so'ziga klaster tuzing.
- i. Ichak invaginatsiyasi turlarini ayting. Qorin dam bo'lismi so'ziga klaster tuzing.

## **KLASTER**

(Klaster - tutam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot xaritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitusiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'yish va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assosiasiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

Kalit so'zlar bilan assosiasiya bo'yicha yon tomonidan kichkina hajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi – ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga bog'laniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klastermi tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.

## **MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL QILISH VA**

### **REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI**

**(Patogenezni tushuntirish uchun magbul.)**

«Nima uchun?» sxemasi «Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

**«Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari.**

1. Qanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turburchakdan foydalanishingizni uzingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxema – zanjiri turini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) uzingiz tayinlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yunalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha.

4. Bolalardagi orttirilgan ichak tutilishida nima uchun o'lim ko'rsatgichi ko'payadi?

### «Qanday?» diagrammasini qurish qoidalari:

#### (Aktiv talabalar uchun maqsadli).

1. Ko'p xollarda sizga muammolarni hal etishda «Nima qilish kerak?» xaqida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak?» qabilida bo'ladi. «Qanday?» - muammoni hal etishda asosiy savol hisoblanadi.

«Qanday?» iyerarxiya diagrammasi muammo haqida butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imqon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda Qanday?» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imqoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham o'rganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni hal etishning pastki (quyi) darjasini birinchi navbatdagi xarakatlar ruyxatiga mos keladi.

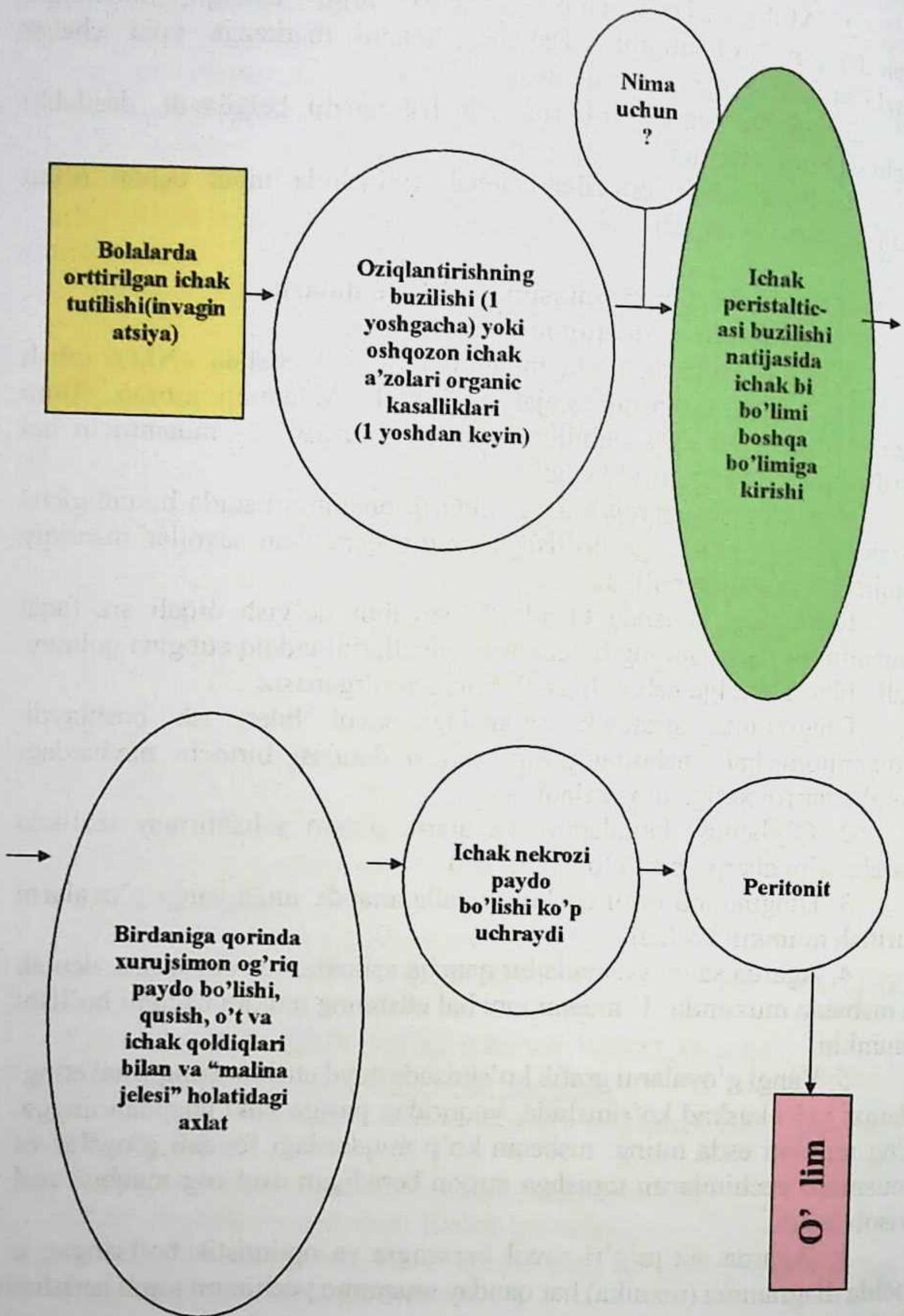
2. O'ylamay, baxolamay va ularni o'zaro solishtirmay tezlikda barcha g'oyalarni yozish lozim bo'ladi.

3. Diagramma hech qachon tugallanmaydi: unga yangi g'oyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

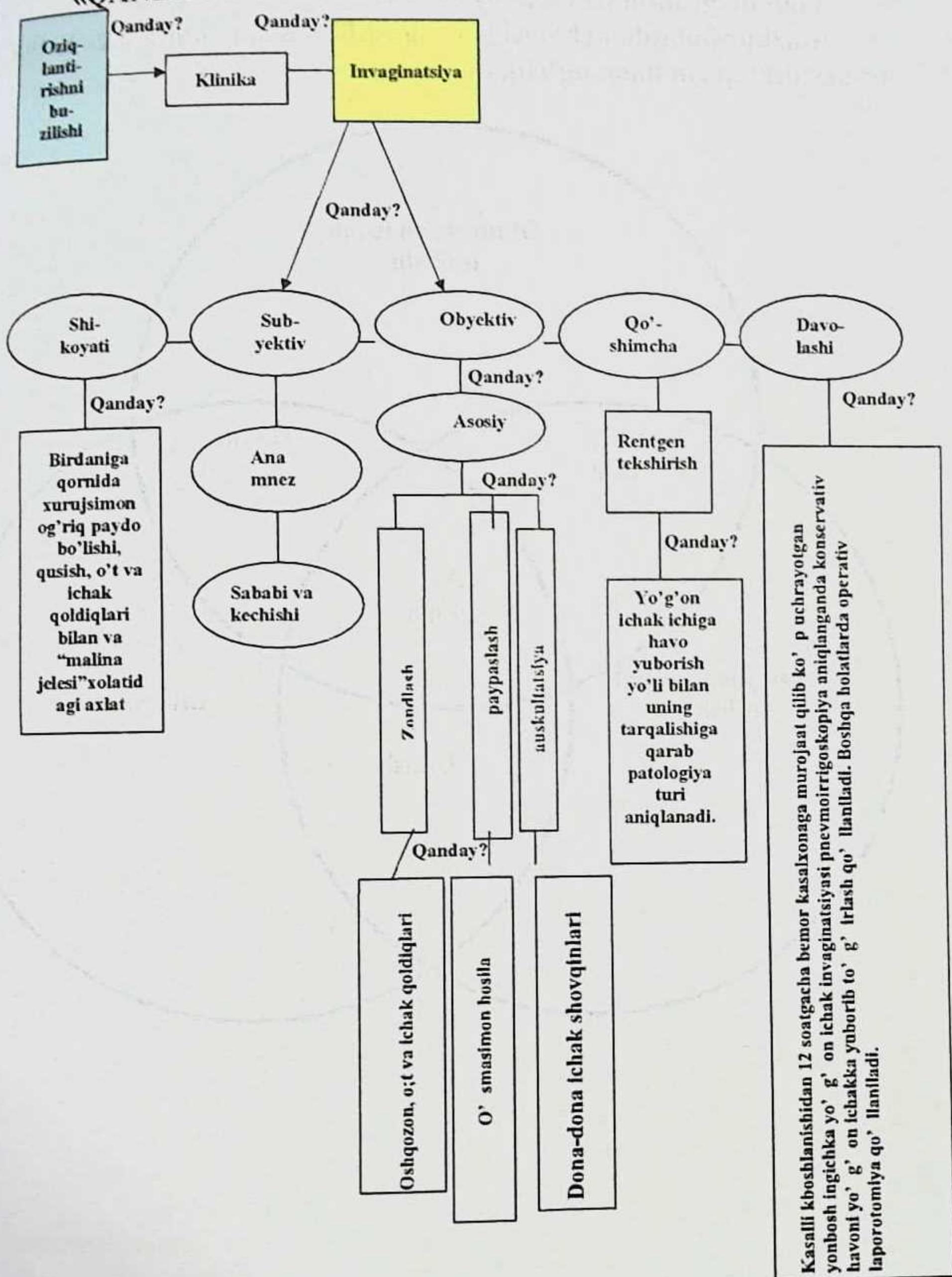
4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muximdir. U muammoni hal etishning muxim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi g'oyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni uzingiz hal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan unga. Eng muximi esda tuting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali g'oyalarni va muammo yechimlarini topishga imqon beradigan usul eng maqbul usul xisoblanadi.

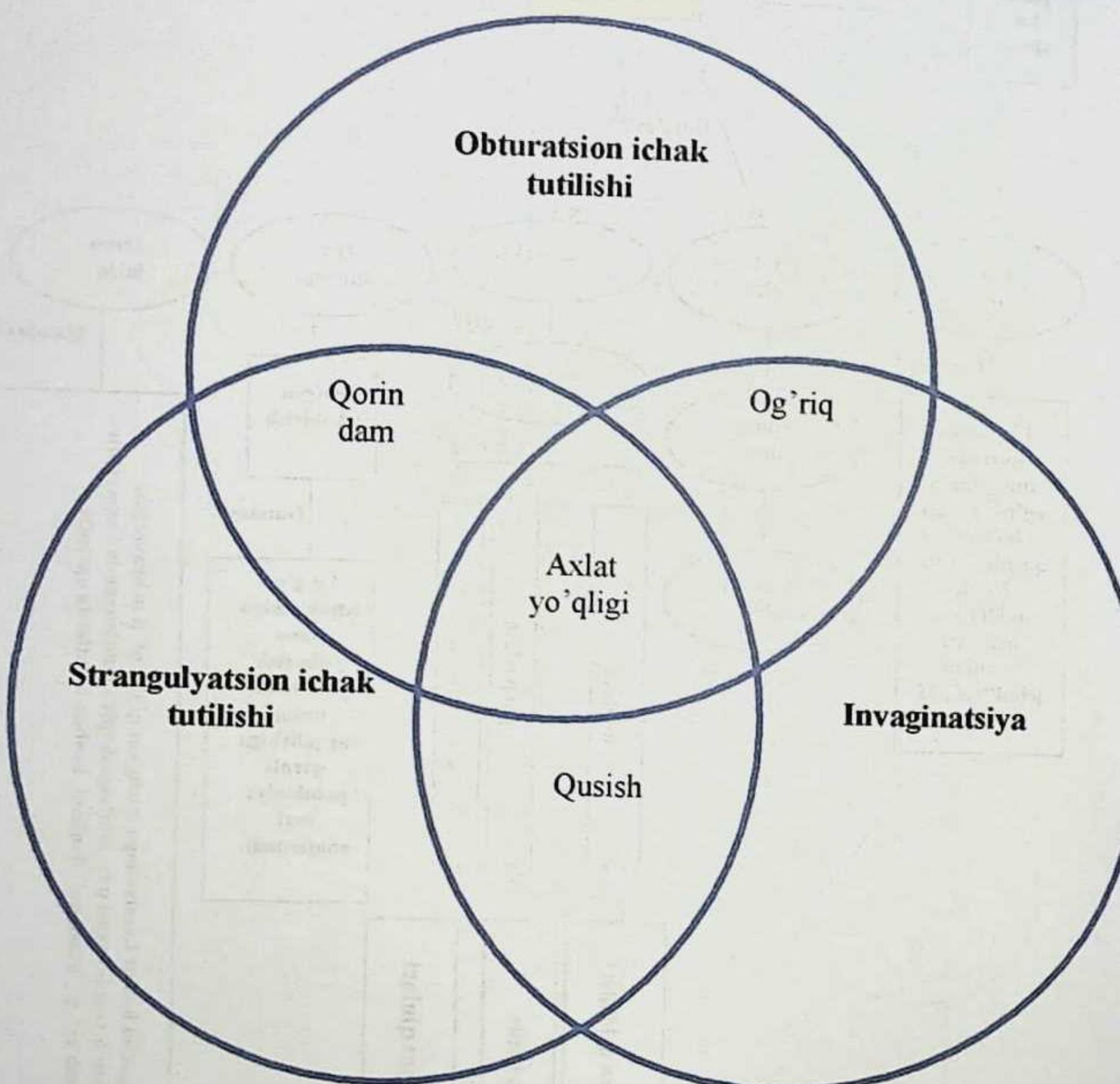
b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo yechimini topib berishni kafolatlaydi.



## «QANDAY?» DIAGRAMMASI



Vinn diagrammasi yechimi  
Mazkur holatda uchallasiga uxshashlik - axlat yo'qligi; 2- tasiga  
uxshashlik: qorin dam, og'riq, quшив



**Mavzu 7: BOLALARDADA O'PKA VA PLEVRANING YIRINGLI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI**

**MAVZUNING DOLZARBLIGI.** Bolalarda opka plevraning kasalligi va ularning bolalarda juda ko'p uchraydi. Bu asoratlar, ya'ni yot jismlarning tiqilib qolishi, teshib chiqishi va x.k. bola xayoti uchun xavf tug'dirib, vrach – pediatrdan o'z vaqtida kasallikni aniqlab, shoshilinch yordam ko'rsatishni talab etadi.

Bugungi kunda bu termin o'z ichiga turli etiologiyali bakterial pnevmoniylar sababli yuzaga keluvchi ko'plab o'pka va plevraning xirurgik yiringli yallig'lanish kasaliklarini birlashtiradi. O'tgan asming 60-yillarida aniqlangan asosiy qo'zg'atuvchi stafilokokk bo'lgani uchun «o'pka stafilokokli destruksiyasi» termini kiritilgan. Bu o'tkir pnevmoniylar ichidan og'ir, o'pkada abscess va plevral asoratlar bilan kechuvchi o'lim ko'rsatkichi yuqori bo'lgan kasallikni ajratib qolishga sabab buldi. Kasallikga erta diagnoz qo'yilishi davolash effektivligini oshirdi. Oxirgi 10 yilliklarda yiringli destruktiv pnevmoniylar ko'zg'atuvchilari asosan grammanfiy flora va ularning stafilokokk bilan assosasiyalari ekanligi aniqlanmoqda. Shuning uchun «o'pka bakterial destruksiyasi» termini to'g'riroqdir. Pnevmoniya ko'pincha virusli infeksiya fonida rivojlanadi.

O'pka bakterial destruksiyalarining juda ko'p klassifikasiyasi mavjud. eng qulayi quyidagidir.

1. O'tkir bakterial destruksiya.

Geneziga ko'ra – birlamchi (aerobronxogen), ikkilamchi (gematogen)

Klinik-rentgenologik shakliga ko'ra.

- o'pka ichi destruksiyalar

. absesslar

. bullalar

- plevral asoratli destruksiyalar

. piotoraks- plawsimon, total, chegaralangan

. piopnevmotoraks va pnevmotoraks- taranglashgan,

taranlashmagan, chegaralangan.

Kechishiga ko'ra- o'tkir, cho'zilgan, septik

2. Xronik shakllari (o'tkir destruksiya oqibatlari)

- . xronik absesslar
- . plevra xronik empiyemasi
- . o'pka ortirilgan kistalari

80% hollarda o'pkaning birlamchi zararlanishi kuzatiladi. Gematogen zararlanish, yiringli omfalit, piodermiya, osteomiyelit kasalliklari natijasida yuzaga keladi. O'pka o'tkir bakterial destruksiyalar asosan 3 yoshgacha bo'lган bolalarda uchraydi.

Destruktiv pnevmoniylar boshlang'ich bosqichida o'pka parenximasi infiltrat hosil bo'ladi. Kasallikning bu davrida og'ir intoksikasiya natijasida bemorda yuqori harorat umumiy ahvol yomolashishi kuzatiladi. Periferik qonda neytrofilli leykositoz, SOE oshishi bo'ladi. Ba'zan abdominal, neyrotoksiq yoki astmoid sindromlar ko'shilishi mumkin.

Bu davrda fizikal ma'lumotlar kam bo'lib, mayda o'choqli pnevmoniaga xos xirilashlar eshitilmaydi. Agar infiltrat katta bo'lsagina, perkutor tovush to'mtoqlashishi aniqlanishi mumkin.

Kasallik boshlang'ich belgilari nospesifikligi, umumiy simptomlar ustun turishi diagnostikani qiyinlashtiradi. Shuning uchun rentgenologik tekshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Kasallik erta davridanoq to'g'ri davolash destruksiya og'ir shakllari rivojlanishi to'xtatadi.

**Absesslanish.** Diagnoz kech qo'yilganda yoki infiltrat bosqichida noeffektiv davolash natijasida yuzaga keladi. To'g'ri o'lchamli bo'lib har 2 o'pkada ham joylashishi mumkin. O'pka destruksiyasining bu shakli yiring bilan to'lgan assess (bronx bilan aloqa qilmaydigan), suyuqlik sathi bo'lgan assess (assess bo'shlig'i bronxga drenirlanganda) shakllarida bo'lishi mumkin.

Birinchi holatda rentgenogrammaga qarab, assess va infiltratni farqlash mushkul, lekin yumaloq shakillilik markazda intensiv qorayish bo'lishi absessdan darak beradi. Suyuqlik sadhi bo'lgan assessning yirinlangan kistadan farqi assessda yaqqol ifodalangan perifokal infiltrasiya bo'ladi, yiringlagan kistani yupqa aniq ko'rinvchi qobigi bo'ladi. Bundan taqari yiringlagan kista klinik jihatdan yengil kechishi bilan harakterlanadi.

Infiltrat absesslanishi natijasidagi o'pka parenximasi destruksiyasi kasallikni og'ir klinik belgilari yuzaga chiqishiga olib keladi. Bemor umumiy ahvoli progressiv yomonlashadi. Gektik temperatura, kuchayib boruvchi intoksikasiya, nafas yetishmovchilik belgilari paydo bo'ladi.

Yiringli bo'shliq bronxga yorilishi natijasida bola yo'talganda ko'p miqdorda yiring chiqishi mumkin.

O'pka destruksiyasini bu shaklida davolashda antibakterial, dezintoksikacion va simptomatik terapiyadan tashqari, yiringdan tozalash uchun bronxosqopiyasi, abscess kateterizasiyalari qilinib, bo'shliq antiseptiklar bilan yuvilishi maqsadga muvofik. Zararlangan sohadagi bronx devori yallig'langan, toraygan yiringli bo'lib ko'rindi. Ba'zi holatlarda davo foyda bermasa (1-yoshgacha bolalarda) operativ davo o'tkazish mumkin. Katta yoshli bolalarda plevra bo'shligida bitishma jarayoni paydo bo'lsa, abscess ko'krak devori orqali Monaldi bo'yicha drenirlanishi mumkin.

Destruksiyaning bullyoz shakli, destruktiv pnevmoniyaning birmuncha yaxshi oqibitidir. Infiltrat tezkari rivojlanishida mikroabssesslar paydo bo'lib, yoriladi va bo'shliqlari havo bilan to'ladi. Rentgenologik jixatdan bulla turli o'lcham va lokalizasiyadagi havoli bo'shliq bo'lib ko'rindi. Ularning boshqa patologiyalardan farqi devori bo'lmaslidir. Bu bo'shliqlarda yiring bo'limgani uchun yaxshi oqibatlidir. Bemorda bulla hosil bo'lsa, isitma yo'qoladi, ishtaxa yaxshilanadi, periferik qon kartinasi normallashadi. Nafas bo'zilishlari kuzatilmaydi. Ko'p hollarda bullalar o'zi yo'qolib ketadi. Shunga qaramasdan bola to'lik to'zalib ketgancha rentgenologik-dispanser nazorat qilib turish kerak.

Jarayon plevraga o'tishi natijasida plevral asoratlar yuzaga chiqadi. Destruksiyaning turli etaplarida visseral plevra jarayonga qo'shilishi mumkin. Odatda absseslanish paytida ham plevra tamonidan reaksiya kuzatiladi. Bu turli darajada ifodalanishi mumkin. Birinchi plawsimon plevrit bo'ladi. Bu 2-3 sutkada plevra empiyemasiga (piotoraks) o'tishi mumkin. Mikroflora kamayishi natijasida plevra bo'shligida fibrin miqdori ortib boradi. Kech yoki noto'gri davolash natijasida, zararlangan tomonda ko'krak qafasi hajmi kichrayib, fibrinotoraks shakillanishi mumkin. Bunda qovurg'alar orasi qisqarib, skolioz va o'pkaning turg'un kollapsi yuzaga keladi.

Abscess natijasida visseral plevra yorilib, plevra bo'shligiga yiring oqib tushadi va tezda empiyema rivojlanadi. Odatda abscess bo'shlig'i mayda bronxlar bilan aloqada bo'ladi. Natijada plevra bo'shligiga havo ham tushadi va piopnevmotoraks hosil bo'ladi. Ko'pincha bu klapan mexanizmi mavjudligi uchun taranglashgan bo'ladi, taranglashmagan

shakli kam uchraydi. O'tkir davrida patofiziologik xususiyatlarga ko'ra pnevmotoraks yakka holatda deyarli uchramaydi.

Plevra bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonini yuzaga kelishi plevra pardalari orasida chandiq hosil bolishiga olib keladi. Bu plevra bo'shlig'ida patologik o'choqni chegaralanishiga olib keladi. Bu holatlarda chegaralangan piotoraks, piopnevmotoraks, yoki pnevmotoraks haqida fikr yuritamiz. Bu holatlar ham plawsimon fibrinotoraks kabi yallig'lanish jarayonining yakuniy bosqichi belgisi bo'lib hisoblanadi. Bu vaqtga kelib bolaning umumiy ahvoli me'yorlashadi, isitmasi tushadi, qondagi o'zgarishlar normallashadi (lekin EChK yuqoriligidcha qoladi). Fakat ba'zi holatlarda plevra punksiyalarni o'tkazish zarurati yuzaga kelishi mumkin.

Yiringli plawsimon plevrit deb, plevra bo'shlig'ida oz miqdorda suyuqlik bo'lgan empiyemaga aytiladi. Kasallikning bu bosqichdagi klinik kartinasni zararlangan o'pka parenximasi va plevra hajmiga bog'liq. Bunda umumiy ahvolning yomonlashishi intoksikasiya kuchayishi va nafas yetishmovchiligi oshishi bilan bog'liq.

Bu davringning asosiy fizikal belgilari qovurg'alar oralig'i tekislashishi, ko'krak qafasi aylanasi kasal tomonida kattalashishi, nafas assimetriyasi, auskutativ nafas susayishi, ko'krak qafasi pastki bo'limlarida perkutor tovush tumtoqlashishidir. Bu davrda yiringni olish, ekish, antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun plevral punksiya o'tkazish kerak. Punksiya ko'rak chizig'i bo'yicha mahalliy og'riqsizlantirish ostida 6-7 qovurg'a oralig'idan o'tkaziladi.

**Total piotoraks (empiyema)** – plevra bo'shlig'ida ko'p miqdorda yiring to'planishi bilan harakterlanuvchi holatdir. Plevra empiyemasi bo'lgan bolalar umumiy ahvoli yomonlashishi nafaqat intoksikasiya balki nafas yetishmovchiligi bilan ham bog'liqidir.

Nafas yetishmovchilik darajasi ekssudat miqdori bilan bog'liq. Quyidagi fizikal belgilar xosdir. Perkutor tovush tumtoqlashishi, nafas susayishi. Rentgenologik belgisi ko'krak qafasi zararlangan tomonida total qorayish, ko'ks oralig'i organlari qarshi tomonga siljishidir. Qovurg'alar orasi kengaygan. Empiyemada plevra bo'shlig'idan yiringni yo'qotish uchun takror punksiyalar o'tkazish kerak.

O'tkazib yuborilgan hollarda plevra bo'shlig'ida fibrin to'planadi, ular igna teshigini yopib punksiya effektini kamaytiradi. Bunda plevra bo'shlig'i Byulau bo'yicha drenirlanadi. Empiyema davolash oqibati fibrin miqdoriga bog'liq.

Piopnevmotoraks-destruktiv pnevmoniya eng ko'p va yomon oqibatidir. Yiring hosil bo'lishida parenxima yemirilib ko'p miqdorda yiring plevra bo'shlig'iga tushishi mumkin. Mayda bronxlardan havo ham to'planadi. Taranglashgan piopnevmotoraks yuzaga keladi. Taranglashmagan piopnevmotoraks kam uchraydi.

Taranglashgan piopnevmotoraksda ahvol og'irligi intoksikasiya, nafas va yurak yetishmovchiligi bilan bog'liq. Intoksikasiya kuchayishi yiring ko'payishi natijasidir. Ko'ks organlari siljishi ham ahvolni juda yomonlashtiradi. Bu qon aylanishini buzadi. Natijada kardiopulmonal shok yuzaga kelishi mumkin.

Bu asoratning ko'rinishi juda harakterlidir: bezovtalik, kuchli xansirash, taxikardiya, sianoz. Bolani ko'zdan kechirganda ko'krak qafasi assimeriyasi kuzatiladi. Perkutor tovush yuqorida qutichasimon, pastda tumtoqlashish bo'ladi, yana perkussiyada ko'ks a'zolari qarshi tomoniga siljigani aniqlanadi. Ausko'ltasiyada sog' tomonida dag'al nafas eshitiladi, kasal tomonida nafas eshitilaydi. Kichik yoshdagilarda qorin dam bo'lishi ichak falaji bilan bog'liqdir.

Piopnevmotoraksning asosiy rentgenologik belgisi plevra bo'shlig'ida suyuqlik sathi bo'lishidir. Uning o'lchamlari havo va suyuqlik miqdoriga bog'liq. Bu holatda o'pka ko'pincha kollabirlangan holda bo'ladi.

Taranglashmagan piopnevmotoraksning ko'rinishi ham xuddi yuqoridagidek, lekin ko'krak ichi taranglashgan simptom bo'lmaydi.

**Davolash.** Taranglashgan piopnevmotoraks asorati yuz bergen bemorlar ahvoli og'irligi kerakli davo choralarining tez ko'rsatilishiga bog'liq. Birinchi darajali vazifa nafas va yurak yetishmovchiligini bartaraf etish uchun ko'krak ichi bosimini kamaytirishdan iborat. Agar bu asorat ixtisoslashmagan stasionar sharoitida yuz bersa, bemorni transportirovka qilishda yopiq taranglashgan piopnevmotoraksni, ochiq taranglashmagan piopnevmotoraksga aylantirish zarur. Buning uchun katta diametrli igna drenajdan foydalanish mumkin. Punksiya oldingi qo'lting oldi chizigi bo'ylab 3-4 qovurg'alar oraligidan qilinadi. Ixtisoslashtirilgan stasionardagi asosiy vazifa o'pkani to'g'irlashdan iborat. Aktiv aspirasiya natijasida plevra bo'shlig'ida manfiy bosim hosil bo'lib, o'pkaning tugirlanishini yengillashtiradi. Ba'zan aktiv aspirasiyadan keyin ham havo kelishi kamaymay bolani ahvoli og'irlashishi mumkin. Bunday hollarda yaxshisi passiv drenaj qo'llagan maql.

Oxirgi yillarda o'pkani tez to'g'irlash uchun vaqtincha bronxlar okklyuziyasi usuli ishlatilmokda. Bunda bronxoskop orqa-li zararlangan kpka sohasidagi bronxga kerakli hajimdagi parolon sharikcha qo'yiladi. Bu 7-10 sutkadan keyin olib tashlanadi.

Piopnevmotoraksda plevra bo'shlig'ini sanasiya qilishini ko'plab usullari mavjud. Ba'zi klinisistlar qo'shimcha drenajdan foydalilanildi. Torakosentez qilib sanasiyadan so'ng plevra bo'shlig'ini UT va proteolitk fermentlar eritmasi bilan ishlov berish usuli ahamiyatlidir.

Davo effektivligi mikroflora harakteri va bemor immun statusiga bog'liq. O'z vaqtida diagnoz qo'yish, rasional antibakterial terapiya va to'g'ri tanglangan xirurgik usulning ahamiyati juda kattadir. Aks holda kasallik xronik shaklga o'tishi mumkin. Yiring o'z vaqtida chiqarib yuborilmasa, plevra varaqlari kalin fibrin bilan qoplanadi, fibrin chandiqa aylanib qovurg'alar orasi yaqinlashadi. Skolioz kelib chiqadi. Bunday o'pka to'g'irlanmaydi.

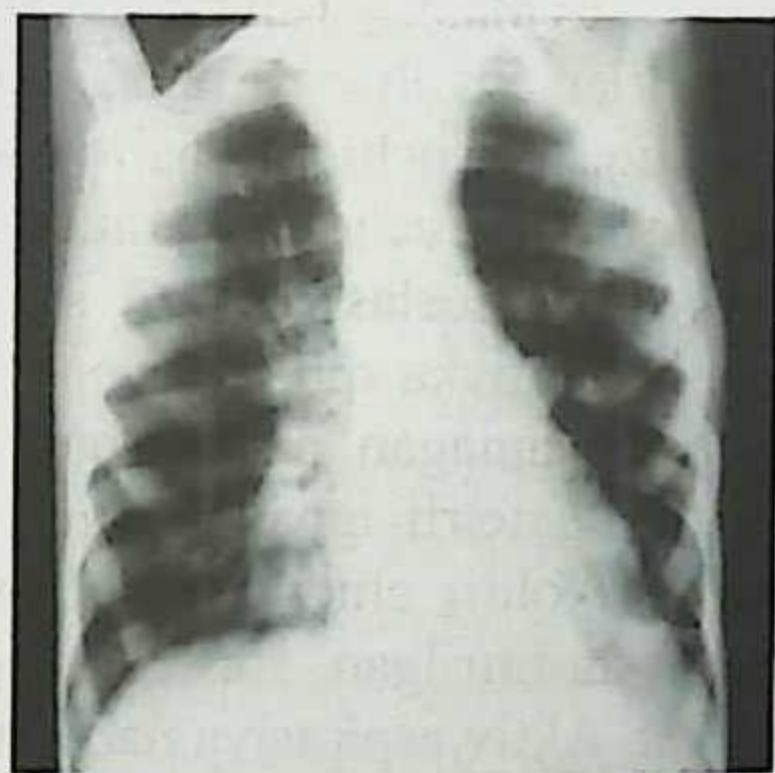
Destruktiv pnevmoniylar xronik shakillarini davolash asorat harakteriga bog'liq. Xirurgik davo asosida o'pka dekortikasiyasi, fibrinoz haltani yo'qotish (plevrektomiya), bronxial okimalari tikish yoki o'pkani zararlangan sohasi rezeksiyasi yotadi.

Xozirgi paytda destruktiv pnevmoniylar xronik shakillari kam uchramokda. Bo'nga erta diagnostika qo'yish, rasional kompleks qonserativ va xirurgiuk davo choralar o'tkazish orqa-li erishilmokda.

## BRONXOEKTAZ KASALLIGI

### Bronxoektaz kasalligi -

bronxlarning patologik kengayishi bilan kechadigan surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, o'pka parenximasini pnevmosklerozga olib keladi. U har hil darajada, kam silindrik deformasiyadan tarkalgan dag'al haltasimon (kopsimon) ektaziyagacha bo'ladi. Patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi infeksiyalangan balg'amning turib qolishiga sharoit yaratadi. Yiringli jarayon asosan zararlangan bronxlarda ifodalangan bo'ladi. Bronxitlar esa tarqoq ravishda deformasiyalangan bronxlarga ham tarqalishi mumkin. (Rasm 32)



Rasm 32

31). O'pka to'qimasida ham o'zgarishlar bo'ladi, bu keyinchalik sklerozga va shu zararlangan soxaning gaz almashinuvida ishtirok etmasligiga olib keladi.

Bronxoektaziyaning uchrashi 0,5—1,7 % gacha tashkil etadi. U ko'proq yosh bolalarda, jumladan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda - 50%, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda - 70—75% - ni (hamma kasallar sonidan), 20 yoshdan oshganlarda - 8% ni tashkil qiladi.

Kasallikning asosiy qismini orttirilgan bronxoektaziya tashkil qilib, ko'proq ular yoshlikda o'tkazilgan surunkali zotiljam natijasi hisoblanadi. O'tkir zotiljamning surunkali zotiljamga o'tishiga quyidagi omillar moyillik qiladi: kech boshlangan yoki tugallanmagan davolash; antibiotiklami to'g'ri qabul qilmaslik; yomon ovqatlanish; qo'shimcha yo'ldosh kasalliklar (bronxit, gipotrofiya) va ba'zan qizamiq, ko'kyo'tal va gripp bilan bog'liqlik. Bunday virusli zotiljam ko'proq o'pkaning atelektazi bilan kechib, surunkali yallig'lanishning kelib chiqishida ma'lum o'rinni egallaydi. Buni N. F. Filatov ham ko'rsatib o'tgan.

Bronxoektaziya bilan kasallangan ko'pgina bolalarda burunning yondosh bo'shliqlarida (gaymorit, frontit, etmoidit) yoki burun-halqumda (tonzillit, adenoid) kasalliklar aniqlanadi. Bu infeksiya uchoqlari kasallikni uzoq, va surunkali davom etishida va bronx-o'pka to'qimasida surunkali jarayonning kelib chiqishida muhim o'rinni egallaydi. Ba'zi hollarda bronxoektaziyalar paydo bo'lishining dastlabki bosqichi surunkali bronxit hisoblanadi. U bronxlarda deformasiya, peribronzial va interstisial to'qimalarda yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi hollarda o'pka to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni skleroz va bronxlarda ikkilamchi deformasiyaga sabab bo'ladi. Orttirilgan bronektaziya bronxlarning yot tanachalari hisobiga bo'lishi mumkin (ayniska, olib tashlanmagan organiq yot jism bo'lsa). Bundan tashqari orttirilgan bronxoektaziya o'pka sili va spesifik limfadenit bilan bog'liq bo'ladi.

So'nggi paytlarda bronxoektaziyaning kelib chiqishida me'da osti bezining kistozli fibrozi (mukovissidoz) katta o'rin tutadi deb hisoblanadi. Bunda nasliy kasallik natijasida ovqat xazm qilish, nafas yo'llari bezlarining sekresiyasi bo'ziladi. Bezlar shilliq ishlab chikaradi. Bu shilliq bezlari chikaruv yo'lini berkitib kolmasdan, balki a'zolar bo'shlig'ini tuldirib kuyadi (ichak, bronx). Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi va infeksiyalanishi atelektaz va bronxoektaziyaga olib keladi. Ba'zi hollarda kasallik bronx-o'pka to'qimasining Tug'ma nuqsonlari natijasida ham kelib chiqadi.

Bronxoektaziyaga olib keluvchi rivojlanish nuqsonlarining 2 ta turi farqlanadi:

1) bronxlamning distal va respirator qismi ageneziyasi, birlamchi bronxlar tutami amputasiyasi, embriogenezning dastlabki bosqichlarida shoxlanishdan tuxtab kolishi;

2) bronxiolalar katta bronxlardan ajralgan, o'rta bronxlar generasiyasining katta qismi bo'lmaydi: alveolyar parenxima miqdori reduksiyalangan, bunday rivojlanish nuqsoni quyi tabaqali umurtqalilar o'pkasini eslatadi (amfibiya, kushlar).

Tug'ma bronxoektaziyalari ko'proq dag'al haltasimon yoki kistasimon kengaygan turda bo'ladi (o'pka polikistozi). Tug'ma rivojlanish nuqsoniga Kartogener sindromi ham kiradi, u uchlik simptomi bilan harakterlanadi: bronxoektaziya, surunkali sinusit va a'zolarning noto'g'ri joylashishi. Postnatal rivojlanish nuqsoni natijasida yoki dizontogenetik kelib chiquvchi bronxoektaziyalari farqlanadi. Dizontogenetik bronxoektazlar ko'pincha Tug'ma atelektaz natijasida kelib chiqadi.

O'pka to'qimasi atelektaz sohasida differensiyalashmaydi, kattiklashadi, hamma jarayonlar to'xtaydi. Bronxlar naysimon bez shaklida o'sa boshlaydi va dizontogenetik bronxoektaz ko'rini-shida yuzaga keladi. I. K. Yesipov va I. G. Klimovich klinikmorfologik tekshirishlariga ko'ra, bolalarda orttirilgan bronxoektaziyalari 58%, dezontogenetik — 18%, Tug'ma — 24% uchraydi. Bolalarda bronxoektaziyaning patogenezida uning kelib chiqishiga borliq bo'limgan xolda quyidagi u mumiy holatlarni ko'rsatish mumkin:

Tug'ma nuqson yoki orttirilgan o'zgarishlar natijasida patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, balg'am yig'ilib qolishi, bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi. Doimiy infeksnyalanish bronx-o'pka to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni yanada chuqurlashishiga olib keladi.

Bolalarda ko'proq uchraydigan turi atelektazik bronxoektaziya bo'lib, u 30—50% ni tashkil qiladi. Bunda makroskopik kurganda o'pka yoki uning bo'laklari kichraygan, ushlab kurganda kattik, havosiz, nafas olganda kengaymaydi, kumir pigmenti yo'q, kesilganda atelaktazlashgan va fibrozlashgan to'qima orasidagi joyda kista, g'alvirsimon o'pka turidagi bronxoektazlar aniqlanadi.

Tug'ma bronxoektazlarda bo'shliq biroz kattarok bo'ladi. Bunday hollarda morfologik tomondan dezembriogenez belgilarini aniqlash

mumkin. Ba'zi hollarda makrosqopik bo'lak normal ko'rinishi mumkin, lekin ko'proq pigment kamaygan, nafas olganda kengayishi chegaralangan bo'ladi. Ko'l bilan kurganda emfizemalangan sohalar bilan almashinuvchi, qattiqlashgan va keng deformasiyalangan bronxlar aniqlanadi. Ba'zan butun bo'lak emfizema holida bo'lib ko'rindi. Segmentar, subsegmentar va bo'lak bronxlarini kesib kurganda silindrik, kopsimon yoki shoxsimon bronxoektazlar borligini va bronx devorida o'pka to'qimasida surunkali yiringli yallig'lanish belgilari aniqlanadi. Zararlangan o'pka sohasining nerv to'qimalarida, qon va limfatik tomirlarda ham patologik o'zgarishlar bo'ladi.

## Bronxoektaziyaning tasnifi:

- 1) kelib chiqishiga qarab — orttirilgan, dezontogenetik, Tug'ma;
  - 2) forma turiga qarab — silindrsimon, haltasimon, kistasimon;
  - 3) tarkalishi bo'yicha — bir tomonlama, ikki tomonlama, keng (9—10 segmentdan ko'p), kamroq — bo'lak va segmentni ko'rsatgan holda;
  - 4) jarayonning fazasiga qarab — zurayish, remissiya.

Tashhisda albatta yurak va nafas yetishmovchiligi borligi, darajasi, qo'shimcha kasalliklar va asorati ko'rsatilishi kerak.

## Klinikasi.

Bolalarda

bronxoektaz kasalligining klinikasi  
birinchi navbatda zararlanish  
kengligi va yurak qontomir  
sistemasi, nafas funksiyasining  
buzilishi, kompensasiya darajasi  
bilan aniqlanadi. Agar bronxit  
zararlangan soxddan tashqariga  
chiqlasa, u mahalliy, o'pkaning  
kushni bo'laklar bronxlariga

tarkalgan bo'lsa, diffo'z hisoblanadi. Diffuz bronxit ma'lum darajada kasallik kechishini og'irlashtiradi. Ko'pgina bolalar anemnezida emizikli yoki ilk yoshida boshlangan zotiljamning qaytalanishi qayd qilinadi.

Bogcha yoshidagi bolalar ko'proq yuqori nafas yo'llarinig kataral yallig'lanishi, bronxit, zotiljam bilan ko'p kasallananadilar. (Rasm 32). Ba'zi bemorlarda esa ishtaxa pasayishi, tez charchash, terlash, jismoniy ish qilganda xansirash belgilari namoyon bo'ladi. Bolalarda ajralayotgan balg'am miqdoriga qarab o'pkadagi jarayonning og'irlashishini aniqlab bo'lmaydi, chunki bolalar balg'amni yutadi. Remissiya davrida tana harorati normal yoki subfebril, ba'zi hollarda birdan kutarilishi mumkin.



Zo'rayish davrida harorat reaksiyasi kuchli ifodalangan bo'ladi. Bolalarda xozirgi paytda og'ir asoratlangan turlari: qon tuflash, qon ketishi, sassiq balg'am ajralishi kam uchraydi. Agar jarayon bitta yoki ba'zan ikkita bo'lakda joylashgan bo'lsa, bolalarning jismoniy rivojlanishiga qarab surunkali yiringli jarayon borligini gumon qilish kiyin, ammo bunda fakat teri koplamlari bir oz oqorganligini aniqdash mumkin. Ikki tomonlama o'pkaning surunkali yallig'lanishi og'ir kechadi va bu 25—30% ni tashkil qiladi. Kasallikning keng zararlanish turi bo'lsa, bemor jismoniy rivojlanishdan ancha orqada qoladi, ishtaxasi pasayadi. Timoq falangalari deformasiyalangan, «nog'ora tayoqchalari» ko'rinishida, timoq yuzasi «soat oynasiga» o'xshab qoladi. Kasallik qancha o'zokdavom etsa, ko'rsatilgan belgilar shuncha ifodalangan bo'ladi. Ularning rivojlaiishi surunkali gipoksiya bilan bog'liq. Bitta o'pkaning total zararlanishi hisobiga shu tomoni nafas olishdan orqada kolishi va ko'krak qafasining assimmetriyasi kuzatiladi. Bronxoekgaziyaga xos *perkussiya* natijaları ko'pincha o'pkaning zararlangan sohasi pnevmoskleroz va atelektaz holatda bo'lganida, o'pkaning orqa pastki qismlarida esa perkutor tovushning tumtoqlanishida aniqlanadi. *AusKo'ltasion* tekshirish orqali o'pkaning zararlangan qismlarida har hil kalibrli quruq va nam xirillashlar, ayniqsa yutal paytida kuchli eshitiladi.

Bronxoektaziyaning to'g'ri va ishonchli *rentgenologik belgilari* kengaygan bronxlarga to'g'ri keluvchi atelektaz yoki yacheysimon oqarish va halkali-galvirsimon soya hisoblanadi. Bronxoektaziyada bunday rentgenologiya o'zgarishlar 1/3 bemorlarda aniqlanib, ko'proq, o'pkaning pastki, kamrok o'rta bo'laklari va tilsimon segmentlar zararlanadi. Odatda atelektazlar bir tomoni ko'ks oraligiga qaragan uchburchaksimon soya sifatida ko'rindi. O'pkaning total kasallanishida ko'krak qafasining shu qismi kichrayishi qovurg'alar oraligining torayishi, shu o'pka maydonining ko'p yoki kam qorongilashishi, ko'ks oraligining zararlangan tomonga surilishi kuzatiladi. Rentgenografiyada boshqa belgilar bronxoektaziya uchun ham axmiyatli.

Ularga o'pka ildizining kengayishi, zararlangan soxaada o'pka tasvirmning deformasiyasi, bo'laklararo plevraning kalinlashishi, sinuslar obliterasiyasi kiradi.



Rasm 33

Bronxosqopiyadan oldin bronxlar shakllanishini yaxshiblish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orkdli aspirasiyaning oldini olish uchun ham o'tkaziladi. (Rasm 33).



Rasm 34

Bronxosqopiyadan oldin bronxlar shakllanishini yaxshiblish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orkdli aspirasiyaning oldini olish uchun ham o'tkaziladi. (Rasm 33). Miorelaksantlar vena ichiga yoki venasi yaxshi ifodalanmagan yangi tugilgan chaqaloqlarda til ostiga yuboriladi. Bola orqasi bilan yotqiziladi. Bronxosqopiyadan o'tkazishning asosiy sharti –to'liq relaksasiyaga erishib, oldindan sun'iy ventilyasiya o'tkazishdan iborat. Bolalarda bronxosqopiyalar laringoskop yordamida o'tkaziladi. Traxeyaga bronxosqopiyada tubusi kiritilgandan boshlab, u orqali kislorod narkotik aralashma bilan kuchli ventilyasiya o'tkazish boshlanadi. (Rasm 34). Tubus mustaqil nafas olish tiklangandan keyin tortib olinadi. Bronxosqopiyadan keyin 6—12 soat davomida ovoz boglami ostida bo'shliq shishi asorati bo'lishi mumkinligini hisobga olib, muolajadan keyin bemorni ko'zatib turish kerak. Bronxial daraxtning shoxlanishini vizual tekshirish, balg'amni bakteriologik tekshirish zarur. Bronxosqopiyada ma'lum bronxlardan yiringli ajralmalar ko'p miqdorda ajraladi va ular elektrosurgich bilan tortib olinib, bronxlar antiseptik eritmalar, antibiotik va mukolitik vositalar bilan yuviladi.

Bolalarda bronxoektaziya tashhisini qo'yishda **bronxografiya** asosiy usul hisoblanadi. Bronxografiya narkoz ostida bajariladi. Muolaja oldidan 1—2 xafta davomida bemordagi yallig'lanish jarayoni jadal davolanadi. Traxeobronxial daraxtni maksimal sanasiya ko'rsat. Ba'zi hollarda yiringli ajralma miqdori ko'p bo'lganligi uchun bronxografiya oldidan maqsadga muvofiq, bronxosqopiyadan o'tkaziladi, balg'am

Diagnostikada qontrast usul bilan tekshirish muhim axdmiyatga ega (bronxografiya).

### Diagnostik bronxosqopiyasi

yordamida bronxografik tekshirish o'tkazishga ko'rsatma aniqlanadi. Bolalarda bronxosqopiyaning qisqa ta'sirli miorelaksant usuli qo'llanib, narkoz ostida o'tkaziladi. Bronxosqopiyada qilishda bola yoshiga qarab tubusni to'g'ri tanlash zarur. Yoshiga qarab nay diametri aniqlanadi. Bundan tashqari, tubus tanlashda o'ziga xos har hil ovoz yorigi va patologik jarayenlar xususiyatini hisobga olish lozim.

Bronxosqopiyadan oldin bronxlar shakllanishini yaxshiblish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orkdli aspirasiyaning oldini olish uchun ham o'tkaziladi. (Rasm 33).

Miorelaksantlar vena ichiga yoki venasi yaxshi ifodalanmagan yangi tugilgan chaqaloqlarda til ostiga yuboriladi. Bola orqasi bilan yotqiziladi. Bronxosqopiyadan o'tkazishning asosiy sharti –to'liq relaksasiyaga erishib, oldindan sun'iy ventilyasiya o'tkazishdan iborat. Bolalarda bronxosqopiyalar laringoskop yordamida o'tkaziladi. Traxeyaga bronxosqopiyada tubusi kiritilgandan boshlab, u orqali kislorod narkotik aralashma bilan kuchli ventilyasiya o'tkazish boshlanadi. (Rasm 34). Tubus mustaqil nafas olish tiklangandan keyin tortib olinadi. Bronxosqopiyadan keyin 6—12 soat davomida ovoz boglami ostida bo'shliq shishi asorati bo'lishi mumkinligini hisobga olib, muolajadan keyin bemorni ko'zatib turish kerak. Bronxial daraxtning shoxlanishini vizual tekshirish, balg'amni bakteriologik tekshirish zarur. Bronxosqopiyada ma'lum bronxlardan yiringli ajralmalar ko'p miqdorda ajraladi va ular elektrosurgich bilan tortib olinib, bronxlar antiseptik eritmalar, antibiotik va mukolitik vositalar bilan yuviladi.

Bolalarda bronxoektaziya tashhisini qo'yishda **bronxografiya** asosiy usul hisoblanadi. Bronxografiya narkoz ostida bajariladi. Muolaja oldidan 1—2 xafta davomida bemordagi yallig'lanish jarayoni jadal davolanadi. Traxeobronxial daraxtni maksimal sanasiya ko'rsat. Ba'zi hollarda yiringli ajralma miqdori ko'p bo'lganligi uchun bronxografiya oldidan maqsadga muvofiq, bronxosqopiyadan o'tkaziladi, balg'am

bronxlardan tortib olinadi. Bolalarda bronxografiya suvda eruvchi qontrast modda yordamida o'tkaziladi. Masalan, propilyodol tez so'rildi va tez organizidan chiqariladi. Yogli qontrast moddalar (yodolipol) o'pka to'qimasida o'zok, ushlanadi, faqat zararlangan o'pkada emas, balki sog'lom o'pka sohasida ham. Rentgenosqopik qontrolsiz narkoz ostida bronxografiya usulida vena ichiga relaksant yuborilgandan so'ng 1—1,5 daqiqa davomida niqob orqali giperventilyasiya o'tkaziladi, keyin bemor intubasiyalanadi. Apnoe vaqtida intubasion nay orqali traxeyaga kateter yuboriladi. Kateterni o'ng yoki chap bronxda ekanligini aniqlash uchun kateterga Richardson balloni biriktiriladi va havo yuboriladi. Apnoe paytida fonendoskop bilan o'pka eshitiladi va yuborilayotgan havo shovqini ko'krak qafasining o'ng yoki chap qismida eshitiladi. Kateterga shpris biriktirilib qontrast modda yuborila boshlanadi. To'ldirish pastki bo'laklardan boshlanadi, keyin kateter orqaga tortiladi, qontrast modda yuborish davom ettiriladi. Bu modda yuborilayotgan vaqtida bemorni tekshirilayotgan tomoni bilan yotqiziladi va shu holatda birinchi rentgenogramma ko'rsat. Ikkinchı rentgenogramma yotgan holatda olinadi. Apnoe vaqtida narkoz apparatining haltasiga ko'p miqdorda kislород yuboriladi. Diffo'zion nafas olish apnoeni 3—5 minutga o'zaytirishga imqon beradi. Bunda esa bir o'pkani tekshirish uchun 2—3 daqiqa vaqt ketadi. qontrast modda so'rib olingandan so'ng, ventilyasiya o'tkazilib, keyin normal o'pkani tekshirishga o'tiladi. Qontrast moddaning miqdorini hisoblash uchun quyidagi sxemadan foydalaniladi: yoshiga — 4 ml. Bu miqdorning yarmi pastki bo'lakka, ikkinchi yarmi kateterni ozgina tortib yuboriladi. Kateterni tortish masofasi: 1 yoshdan kichiklar uchun — 1,5 sm, 2—3 yoshga 2 sm, 4—7 yoshga 3—4 sm, 8—12 yoshga 5—7 sm, 13—15 yoshga 10-12 sm.

Bronxogrammada bronx daraxtining har hil turdag'i deformasiyasi, bronxial stvolning silindrsimon va haltasimon kengayishlari aniqlanadi.

Bronxografiya o'tkazishdagi asoratlar narkozning noto'g'ri borishi, uzoq apnoe davom etishi va yuborilgan qontrast moddaning to'liq surib olmaganligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Buning natijasi kam yoki ko'proq ifodalangan gipoksiya bo'ladi. Teri koplamalari rangining o'zgarishi, bradikardiya kelib chiqishi yomon belgi hisoblanadi.

O'pkaning keng zararlanishida ***angiopulmonografiya*** va kichik qonaylanish doirasida qon bosimini ulchash, o'pka sohalarining funksional holatini aniqlash va operasiya qilish mumkin yoki yo'qligini bilish uchun kerak. Bundan tashqari, deformasiyalangan bronxitda va

bronxoektaziyaning aralash shakllarida o'pkaning gumon kilingan sohalari funksional holatini aniqlash uchun ham angiopulmonografiya qo'llanadi.

Bunda o'pka qon tomirlarining qontrastlanishiga asoslanib qon aylanish tezligi u yoki bu bo'lak zararlangani xaqida fikr yuritiladi. O'pkaning sog'lom sohalarida qon tomirlari qontrast modda bilan tulishining 3 holatini kuzatish mumkin: arterial, kapillyar va venoz, ma'lum vaqtdan keyin to'lib boradi. Zararlangan sohalardagi jarayonning chuqurligi va qanchalik ifodalanganligi bilan bog'liq ravishda har hil o'zgarishlar kuzatiladi (qontrastlashning hamma fazasi saklangan xolda arterial tomirlarning ko'shilishi, segmentar arteriyalarning torayishi va deformasiyasi, venoz turlar va kapillyar faza to'liq yo'qligigacha).

O'pkada qon aylanishini baxolash uchun *radioizotop skanirlash* ham qo'llanadi (ssintipnev-mografiya). Bunda zararlangan o'choq sohasida radioaktiv modda kam yig'iladi.

Ko'proq chap o'pkaning pastki bo'lagi zararlanadi. Bu pastki bo'lak bronxlarning drenaj va ventilyasiya sharoiti yomonligi bilan tushuntiriladi. Boshqa ko'rinishlarda o'rta bo'laklari pastki bo'laklari bilan birga o'ng tomonda yoki pastki bo'lakning tilsimon segmenti bilan birga chap tomonda zararlanishlar uchraydi. Eng ko'p uchraydigan ko'rinishida pastki bo'lakning basal segmentlari zararlanishi hisoblanadi. Bunda 6 segment sog'lom qoladi. Bronxoektaziyaning ikki tomonlama jarayoni ko'pincha izolyasiyalangan pastki bo'lakda yoki 4—6 segmentlarda joylashishi mumkin. Bitta o'pkaning total zararlanishi, ikkinchi o'pkaning basal segmenti yoki pastki bo'lak bronxoektaziysi bilan birga uchrashi mumkin. Yotjismlar natijasida kelib chiqqan bronxoektaziya ham ko'proq, o'ng tomonning pastki bo'laklarida kuzatiladi. Bu o'ng bronxning kichkina burchak ostida ajralishi bilan bog'liq. Shuning uchun yot jismlar oson basal segmentlarga tushadi va shu sohalarda patologik jarayonning rivojlanishi kuzatiladi. Yot jismlar o'z umini o'zgartirishi hisobiga o'pkaning boshqa sohalari, xatto ikkinchi tomoni ham zararlanishi mumkin.

**Davosi.** Haltasimon, kistasimon va silindrik bronxoektazlar bilan og'rigan bemorlarni xirurgik usul bilan davolash samaralidir. Bu operasiya zararlangan sohalarni rezeksiya qilishga asoslangan. Operativ davolashga ko'rsatmani aniqlash bilan birga yurak qontomir sistemasi va tashki nafas faoliyatiga ham ahamiyat berish kerak.

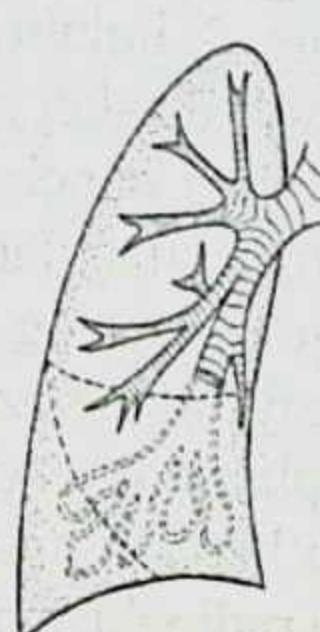
Operasiya oldi tayyorgarligining xajmi va xususiyati zararlanishning tarkalganligi, intoksikasiyaning ifodalanganligi, bronxit hamda boshqa a'zo va sistemalar tomonidan O'zgarishlar borligiga bog'liq bo'ladi. (Rasm 35) Bunda organizmning umumiy ximoya kuchini oshirish katta ahamiyatga ega. Bemorlarga vitaminlar majmuasida



Rasm 35



Rasm 36



ko'rsatmaga qarab plazma qo'yish, gammaglobulin yuborish buyuriladi. Operasiya oldi tayyorgarligida traxeobronxial daraxtni tozalash va yiringli intoksikasiyani kamaytirish asosiy o'rinni tutadi. (Rasm 36). Postural drenaj ham yaxshi yordam beradi: kuniga bir necha marta bola tanasining yuqori qismi karavotdan pastga qarab yotqiziladi. Bunday holatda balg'am yutal bilan ajralishi osonlashadi. Bronx mikroflorasiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilish uchun ishkor eritmalar va antibiotiklar bilan ingalyasiya muola-jasi qo'llanadi. Sanasiyaning eng samarali usuli qayta davolash uchun o'tkazilgan bronxosqopiyadir. Bronxosqopiyada kateter bilan bronx daraxtini tozalash mumkin, shoxlari aspirasiya ko'rsat. Bronxlarni furasillin, mukolitik vositalar (ximopsin, ximotripsin) va ishqor eritmalarini bilan yuviladi. Mikroflora sezgirligiga qarab antibiotik yuboriladi. Bronxosqopiyasi soni zararlanish xajmi, mahalliy yoki diffuz broyxit borligi, o'tkazilgan bronxosqopiyasi natijasi bilan aniqlanadi. Operasiya oldi tayyorgarlik muolajalari kompleksida teri orqali traxeyani kateterlash ham qo'llanadi. Uning usuli quyidagicha: diagnostik bronxosqopiyasi paytida bo'iinturuq chuqurchasi o'zuksimon togay orasidan Dyufo ignasi bilan traxeyani punksiya ko'rsat. Ko'z bilan ignani nazorat ostida traxeya bo'shlig'iga va pastga yuboriladi. Igna bo'shlig'idan ingichka polietilen kateter o'tkaziladi. Uni bifurkasyaya ustida to'xtatiladi. Igna tortib olinadi, kateterni ipak ipi va leykoplastir bilan bo'yinga mahkamlanadi. Traxeyada kateterning borligi, doimiy ravishda

o'nga bir necha millilitr fiziologik eritma yuborish yo'talni kuchaytiradi. Mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan xilda antibiotiklar, mukolitiklar va ishqoriy eritmalar yuboriladi. Kateterni qo'yish muddati 1 — 3 xaftagacha. Kateterni olib tashlagandan keyin traxeyalagi jaroxat tez bitib ketadi.

Bronxoektaziyanı qonserativ davolash operasiyadan oldin o'tkazilgan muolajalarni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari sanatoriyda davolanish tavsiya etiladi. Bronx-o'pka to'qimasida qaytmas o'zgarishlar bo'lsa, qonserativ davo tadbirlari vaqtincha yordam beradi.

Bolalarda o'pka rezeksiyasi radikal, lekin tejamli bo'lishi kerak. Rezeksiya xajmi birinchi navbatda bronxografiya natijalariga asoslanadi. Keyingi paytlarda bolalarda pulmonektomiya kamayib, shu bilan birga segmentar rezeksiya qilish ko'paymokda. Ikki tomonlama zararlanishda xirurg taktikasi o'ziga xos e'tiborni jalg qiladi. Bunday bemorlarda radikal operasiya ikki bosqichda o'tkaziladi. Ular orasidagi tanaffus 6—8 oy. Birinchi operasiya ko'proq zararlangan tomonda ko'rsat. Bitta o'pkasi total zararlangan va ikkinchisida chegaralangan bronxoektaz mavjud bemorlarda bir tomonlama pulmonektomiya qilish maqsadga muvofis.

Bolalar bronxoektaziyasida operasiya nafasni boshqarish usuli bilan intubasion narkoz ostida o'tkaziladi. Olib tashlanadigan o'pka ildiziga ishlov berib, qon tomirlar birin-ketin bog'lanadi va kesiladi. Bronx apparat vositasida yoki Ko'lda ayrim tugunli chok bilan tiqiladi. Zararlangan bronx sohasidagi o'pka parenximasini olib tashlamasdan va qon-tomirlami boglamasdan ekstirpasiya yoki rezeksiya qilish zarur. Bronxoektaziyada yiringli jarayon asosan bronxlarni zararlaydi. Undagi o'zgarishlar ikkilamchi hildagn pnevmoskleroz hisoblanadi. Shuning uchun bronxlarni ekstirpasiya qilish ope-rasiyasi patologenetik asoslangan va bronxoektazning holtasimon turlarida qo'llanadi. Bronxlardagi o'zgarishlar xdm rivojlangan bo'lsa, kichik xajmdagi operasiya o'tkaziladi. Zararlangan o'pkani bronxial sistemadan ajratib, bronxning proksimal sohasini 1,5—2 sm masofada rezeksiya ko'rsat. O'pkaning ajratilgan sohasida yallig'lanish jarayoni sekin-asta yo'qoladi.

Ko'rsatilgan operasiyalarning o'pka rezeksiyasiga qaraganda afzalliklari bor. Asosiy afzalligi qon-tomirlami saklash hisoblanadi. Qon aylanishida zo'rayish bo'lmasa, ajratilgan o'pkada qon aylanishi minimal, agar o'pka arteriyasida qon bosimi oshsa, yengillashtiruvchi shunt mexanizmi hosil bo'ladi. Bu yurak-o'pka yetishmovchiligi va

gipertenziya rivojlanishining oldini oladi. Bu ayniksa ikki tomonlama keng zararlanishlarda muhim ahamiyatga ega.

Bronxoektaziya uchun o'tkazilgan operasiyaning muvaffasiyatli kechishi operasiyadan keyingi davrga bog'liq. Bemorlar ko'zatib boriladi va bo'lisi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun kompleks muolajalar qo'llanadi. Bir tomonlama zararlanishda qisman rezeksiyadan keyin operasiya bo'lgan o'pkaga yaxshi sharoit bo'lisi uchun bemor sog'lom tomonga yotqiziladi. O'pkaning to'g'irlangan holda bo'lisi katta ahamiyatga ega. Buning uchun qisman rezeksiyadan keyin aktiv aspirasiya uchun drenaj quyiladi. 2—3 kundan keyin havo va gemortagik suyuqlik to'xtashi bilan drenaj olib tashlanadi.

Operasiyadan keyin bemor yo'talolmaydi (og'riq hisobiga). Nafas ekskursiyasi ham chegaralanadi, gipoventilyasiya kelib chiqadi. Operasiya bo'lgan o'pka bronxlarida balg'am yig'ilib qoladi va atelektaz rivojlanishi uchun sharoit yaratiladi. Shuning uchun operasiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish muhim ahamiyatga ega. Bemorga yana oksigenoterapiya ham o'tkaziladi. Maxsus nikob yordamida yoki kateter orkdli havo beriladi. Antibiotiklar, mukolitiklar va ingalyasiyalar qo'llanadi. Bemorga bimchi kunidan karavotda harakat qilish buyuriladi. Jismoniy davolash mashklari 3-kundan boshlab o'tkaziladi. 5—6 kundan keyin yurishga ruhsat etiladi. Bu ko'rsatgan muolajalarning hammasi asoratlar, birinchi navbatda atelektaz rivojlanishining oldini oladi.

Bolalarda atelektaz rivojlanishining asosiy sabablaridan biri, bronxlarining drenaj funksiyasi buzilishi hisobiga obturasiya bo'lib qolishidir. O'pkadagi jaroxat nafas ekskursiyasini chegaralaydi. Bolalarda atelektaz sekin-asta rivojlanadi, ya'ni bunda ahvoli og'irlashishi kuzatilmaydi.

Tashhis ko'yilqda fizikal tekshirish usullari asosiy o'rinni egallaydi. Auskultasiyada operasiya o'tkazilgan tomonda nafas olishning susayishi yoki yo'qolishi, perkussiyada o'pka tovushining qisqarishi kuzatiladi. Agar plevral bo'shilqda suyuqlik va havo borligi inkor qilinsa, unda atelektaz yaki bronxlar okklyuziyasi haqida o'ylash kerak. Tashhis rentgenologik tekshirish bilan tasdiklanishi mumkin. Kelib chikkan asoratlarga karshi ko'rashish kerak. Oldin traxeyani kateterlab, balg'amni



Rasm 37

olish va yo'talni kuchaytirish kerak. Agar bu natija bermasa, bronxosqopiyalik kilinib, shu orqa-li bronx tozalanadi. Ko'rsatilgan muolajalar simpatik blokada bilai to'ldiriladi. O'z vaqtida aniqlangan atelektaz va erta boshlangan davolash samaralidir. Boshqa asoratlarga operasiyadan keyingi pnevmoniya, plevraniнg chegaralangan empiyemasi va bronxial okmalar kiradi. Bolalarda bronxoektaziyanı xirurgik usul bilan davolash 70—75% hollarda yaxshi natija beradi.

Bronxoektaziya bilan operasiya bo'lган bemorlar o'zok vaqt dispanser ko'zatuvida bo'lishlari va sanatoriylarda davolanishlari kerak.

## PLEVRA BO'SHLIG'I PUNKTSIYASI

**Ko'rsatma:** bolalarda o'pkaning o'tkir yiringli xastaliklarida punksion davolash, drenaj usuli va radikal operasiyalar o'tkazilishi mumkin.

Xirurgik davoning maqsadi bo'lib o'chok infeksiyasiga, bo'shliqdagi suyuqlikni vaqtida va butunlay olib tashlash, yallig'lanish o'chog'ini sanasiyasini, o'pkaning tiklanishini va tiklangan o'pkani ta'minlash.

Bir yosdan katta bolalarda ekssudativ plevritlarida, piotoraksda va chegaralangan piopnevmotoraksda plevra bo'shlig'i punksiyasi ko'rsatilgan.

**Bajarish texnikasi.** Plevra bo'shlig'ini punksiya qilishdan oldin ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi o'tkazilib va kliniko-rentgenologik ma'lumotlarga asoslanib punksiya uchun ma'qul joy tanlanadi.

- puknsiya o'tirgan holatda o'tkazilib, bolaning shu tomondagi quli kutargan holda bo'ladi;

- punksiya uchun mo'ljallangan operasion joy 5 % yod va spirt bilan ishlov beriladi;

- punksiya joyi 5 % novakain yordamida mahalliy anesteziya qilinadi;

- vrach chap quli bilan terini tortib, o'ng quli bilan qovurg'aning yuqori qirrasidan punksiya qiladi. Bunda igna ichki diametri 1 mm dan kam bo'lmasligi kerak, ma'lum miqdor novokain bilan to'ldirilgan rezin trubkali shpris bo'lishi kerak. Qovurgaaro tomir-nerv tutamini shikastlamasdan igna 3-4 sm ichkariga o'tkaziladi. Ignan suyuqlik ustidan o'tib turib o'pka to'qimasiga o'tadi yoki qovurga-diafragma sinusi orqali

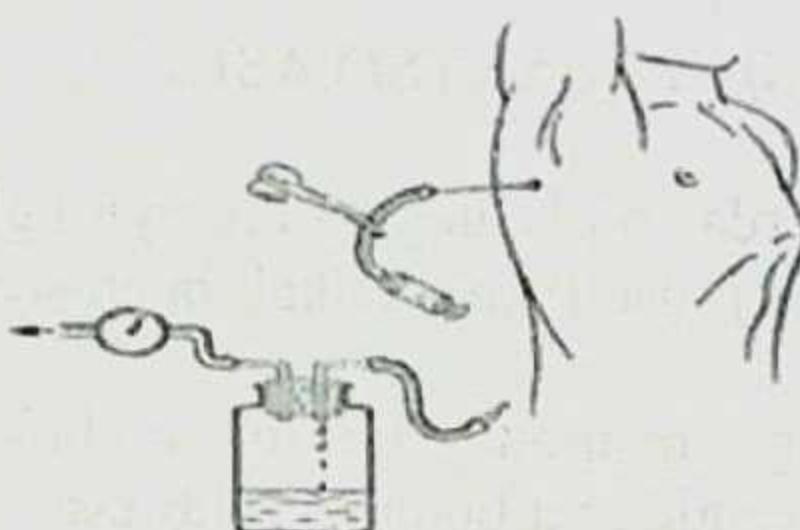
qorin bo'shlig'iga o'tadi. Plevra bo'shlig'iga tushishda ignaning tushib ketishi sezilib, shprisda yiring paydo bo'ladi;

- yiring bakteril tekshirish va mikroblarning antibiotiklarga sezgirlingini aniqlash uchun steril probirkaga o'tkaziladi;

- plevra bo'shlig'idan yiring shoshilmasdan 1 l miqdorida so'rib olinadi, bu bilan ko'ks oralig'i a'zolarining tez siljishi oldi olinadi;

- bo'shliq "toza suv" gacha antiseptik suyuqligi bilan yuviladi.

Пункция грудной клетки открытой системой со шприцом или аспиратором для отсасывания



## TORAKOSENTEZ VA DRENAJLASH

**Ko'rsatma:** taranlashgan pnemotoraks agar punksion davo kor bermasa; intubasiya va IVL o'tkazishda pnevmotoraks bo'lsa; ko'ks oralig'inining oshib boruvchi emfizemasida; ko'krak qafasining oshib borvchi emfizemasida, o'rta va tarqalgan gemotoraksda; plevraning posttravmatik empiyemasida; torakosqopiyada va torakotomiyadan keyingi holatlarda.

Pnevmotoraksda plevra bo'shlig'ini dekompressiya va sanasiya qilish maqsadida drenajlash qo'ltiq osti o'rta chizig'i bo'ylab II qovurg'aaro o'tkaziladi, gemotoraksda va ekssudativ prosesslarda VII-VIII qovurg'aaro. Gemopnemotoraksda ikki drenaj bilan drenajlash o'tkaziladi.

**Bajarish texnikasi.** Torakosentezda operasiyani troakar bilan va troakarsiz bajarish mumkin.

Troakar ishlatmasdan torakosentez o'tkazish. Operasion joy ishlov berilib, teri va teri osti yog' qavati mahalliy anestiya qilinadi. Mo'ljalangan qovurg'aaro soxada yumshoq to'qima 1 sm o'zunlikda kesiladi. Keyin Bilrot qisqichi yoki komsang bilan qisilgan drenaj trubka

plevra bo'shlig'iga kiriladi va trubka ichkariga kiritilgandan keyin asbob olinadi.

Drenaj trubkaning uzunligi qarib 40 sm, diametri to 1-1.5 sm va trubka oxiridagi bir-biridan 1.5 sm o'zoqlikda bo'lgan yon teshiklardan iborat. Trubkaning teshiklari plevra bo'shlig'ida bo'lishi kerak.

Troakar ishlatib torakosentez o'tkazish. Teri va teri osti yog' kletchatkasi kesilgandan keyin, fassiya, mushak va pariyetal plevra 0.6-0.8 sm diametrli troakar bilan teshilib, "mantren" olinib, troakar orqali drenaj trubka o'tkaziladi, keyin u chiqariladi.

Drenaj bo'yicha suyuqlik va havoning erkin kelishi, uning to'g'ri qo'yilganligidan dalolat beradi. Drenaj trubka atrofida aylana chok qo'yilib, teriga qo'shimcha chok bilan maxkamlanadi. Drenaj trubkalar vakuum-aspiratorga ulanadi yoki trubkaga rezin perchatkaning barmog'i kiygizilib, bo'ulamasiga kesilib, o'pkadan 50 sm pastda bo'lgan dezrastvor bo'lgan idishga qo'yiladi.

Har kuni drenaj orqali plevra bo'shlig'iga keng spektrli antibiotik va 10 ml 0.25% novokain yuborilib, ajralayotgan ajralma miqdori bilan uning morfologik xususiyati aniqlanadi.

Drenajni olib tashlashga ko'rsatma bo'lib o'pkaning tiklanishi va 2-3 kun mobaynida ekssudat chiqmasligi bo'ladi. Drenajni olib tashlashdan bir necha soat oldin maxkamlab, rentgenografik tekshirish o'tkaziladi. Agar hyech qanday patologik o'zgarishlar bo'lmasa, drenaj aspirasiya paytida olib tashlanib, teshik qirralari tezda qo'l bilan biriktirilib, aseptik bog'lam qo'yiladi.

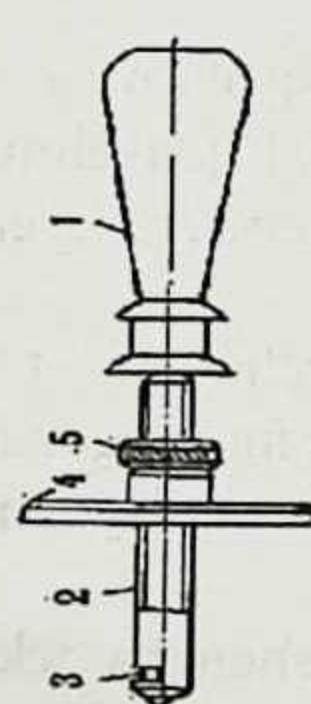
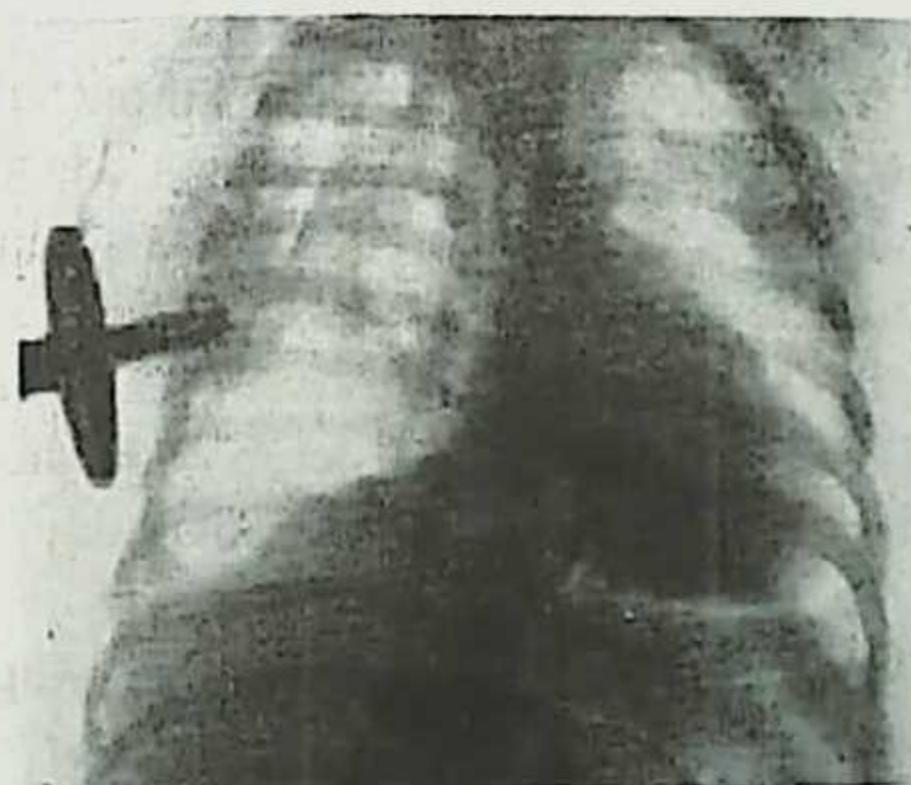


Схема троакар-дренажа нашей конструкции



## O'QUV TOPSHIRIQLAR

### Guruh bilan ishlash qoidalari

#### Guruh a'zolarining har biri

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshirikdar bo'yicha faol, hamkorlikda va mas'uliyat bilan ishlashlari lozim;
- o'zlariga yordam kerak bo'lganda surashlari mumkin;
- yordam so'raganlarga ko'mak berishlari lozim;
- guruhni baxolash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- "Biz bir kemadamiz, birga chukamiz yoki birga kutilamiz" qoidasini yaxshi bilishlari lozim.

Savolga javobni shakllantiring.

1. Subyektiv tekshirishlarga nimalar kiradi?
3. Laborator va instrumental tekshirishlar.

Ushbu tushunchalarning mazmunini yoriting: xansirash, ko'karish, yutal, balg'am tashlash, nafas yetishmochiligi tushuncha bering

#### Guruhsiz uchun topshiriqlar.

1. Ko'krak qafasi girdopsimon deformasiyalarning formasiga ko'ra kanday turlarga bo'linadi? Xansirash so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Venn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

2. Ko'krak qafasi girdopsimon deformasiyalarning darajasiga ko'ra turlari bo'linadi. Deformasiya terminiga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

3. Ko'krak qafasi girdopsimon deformasiyalarning klinik belgiraning ko'rsating. Og'riq so'ziga klaster SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing..

4. Ko'krak qafasi kayiksimon deformasiyalarning turlariga bo'linadi. "habitus" so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

5. O'pka anomaliyalarida o'tkaziladigan qo'shimcha tekshirish usullari. Bronxosqopiyaga so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

6. Bronxoektaziyan kelib chiqishiga ko'ra bo'linadi: Bronxografiya so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

7. Diafragma churrasining kelib chiqishga ko'ra turlari. Churra so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

8. O'pka sekvestrasiyasining asorati. Qon ketish so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

9. O'pka lobar emfizemasi asosiy sabablari va uning klinkasi. Pnevmatoraks so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

10. Diafragma churrasida "ASFİKSİYALI KİSİLİK KOLİSHİNG" klinik belgilari. Ko'karish so'ziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. «Nima uchun?» sxemasini, «Kanday?» iyerarxiya diagrammasini tuzing.

## KLASTER

(Klaster - tutam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot haritasini to'zish vositasi - barcha fikr qonstitusiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'yash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assosiasiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

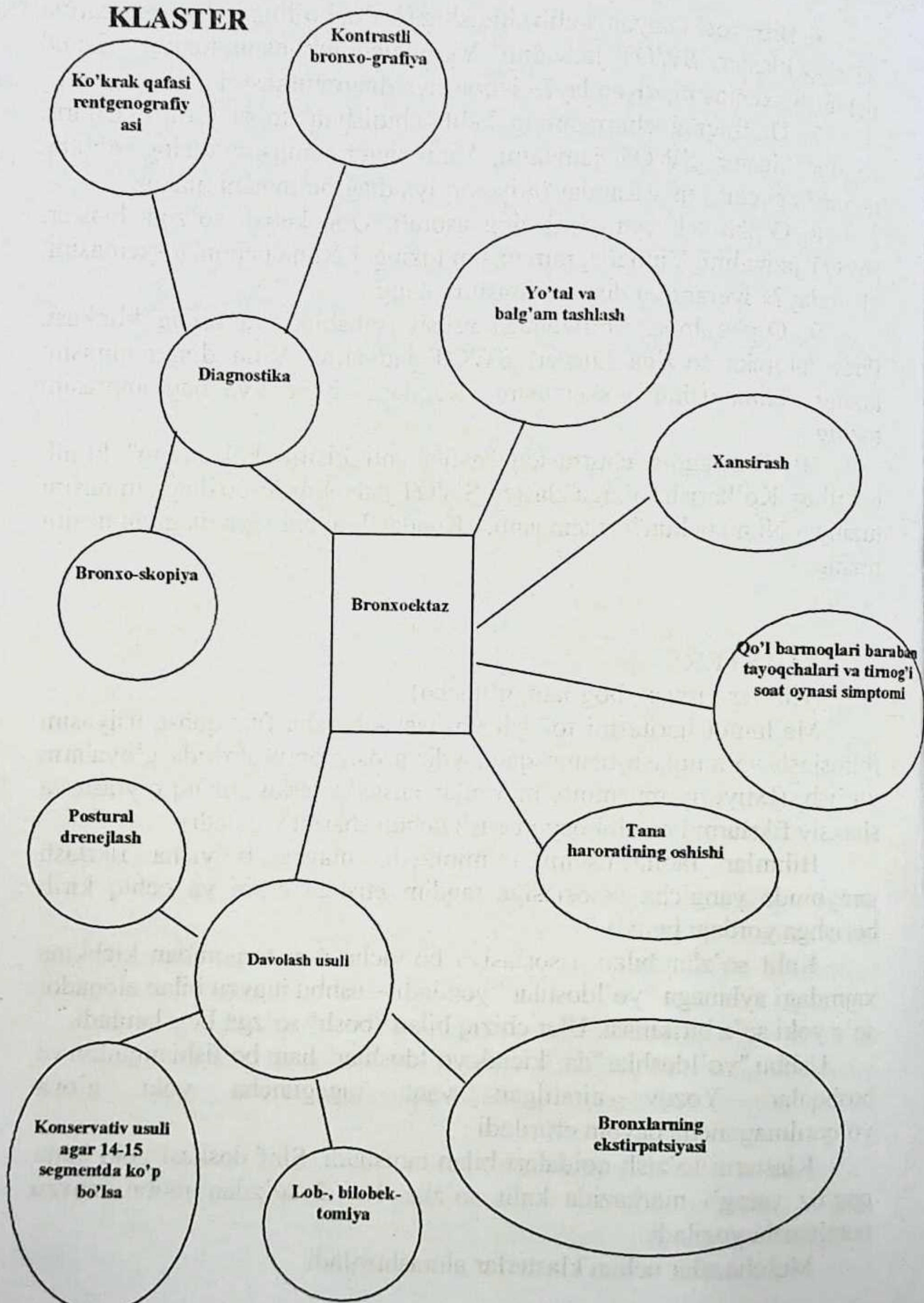
Kalit so'zlar bilan assosiasiya bo'yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi – ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga bog'laniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni to'zish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta qog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.

## KLASTER



## MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI *(Patogenezni tushuntirish uchun makbul.)*

«Nima uchun?» sxemasi «Nima uchun?» sxemasini to'zish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

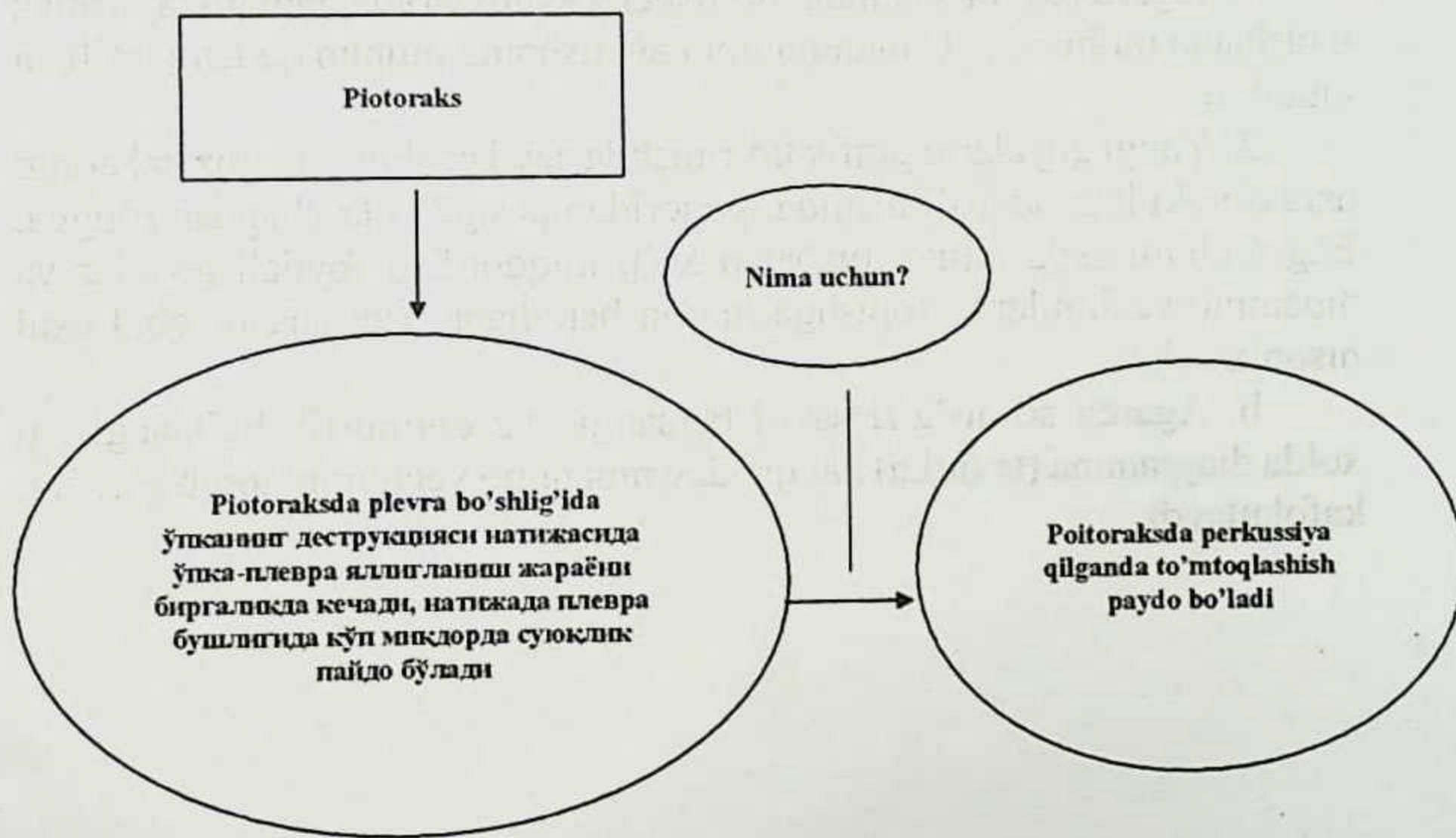
**«Nima uchun?» sxemasini tuzish koidalari.**

1. Qanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turtburchakdan foydalanishingizni o'zingiz hal etasiz.

2. Muloxazalar sxema – zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) o'zingiz tailaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yunalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha.

Nima uchun piotoraksda perkussiyada to'mtoqlashishi paydo bo'ladi.



**«Qanday?» diagrammasini qurish koidalari:  
(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Ko'p hollarda sizga muammolarni hal etishda «Nima qilish kerak?» xaqida uylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak?» qabilida bo'ladi. «Qanday?» - muammoni hal etishda asosiy savol hisoblanadi.

«Qanday?» iyerarxiya diagrammasi muammo xaqida butunligicha umumiyl tasavvurga ega bo'lishga imqon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda Qanday?» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni hal etishning barcha imqoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ulami amalga oshirish usullarini ham o'rganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni hal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ruyxatiga mos keladi.

2. O'ylamay, baxolamay va ulami o'zaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

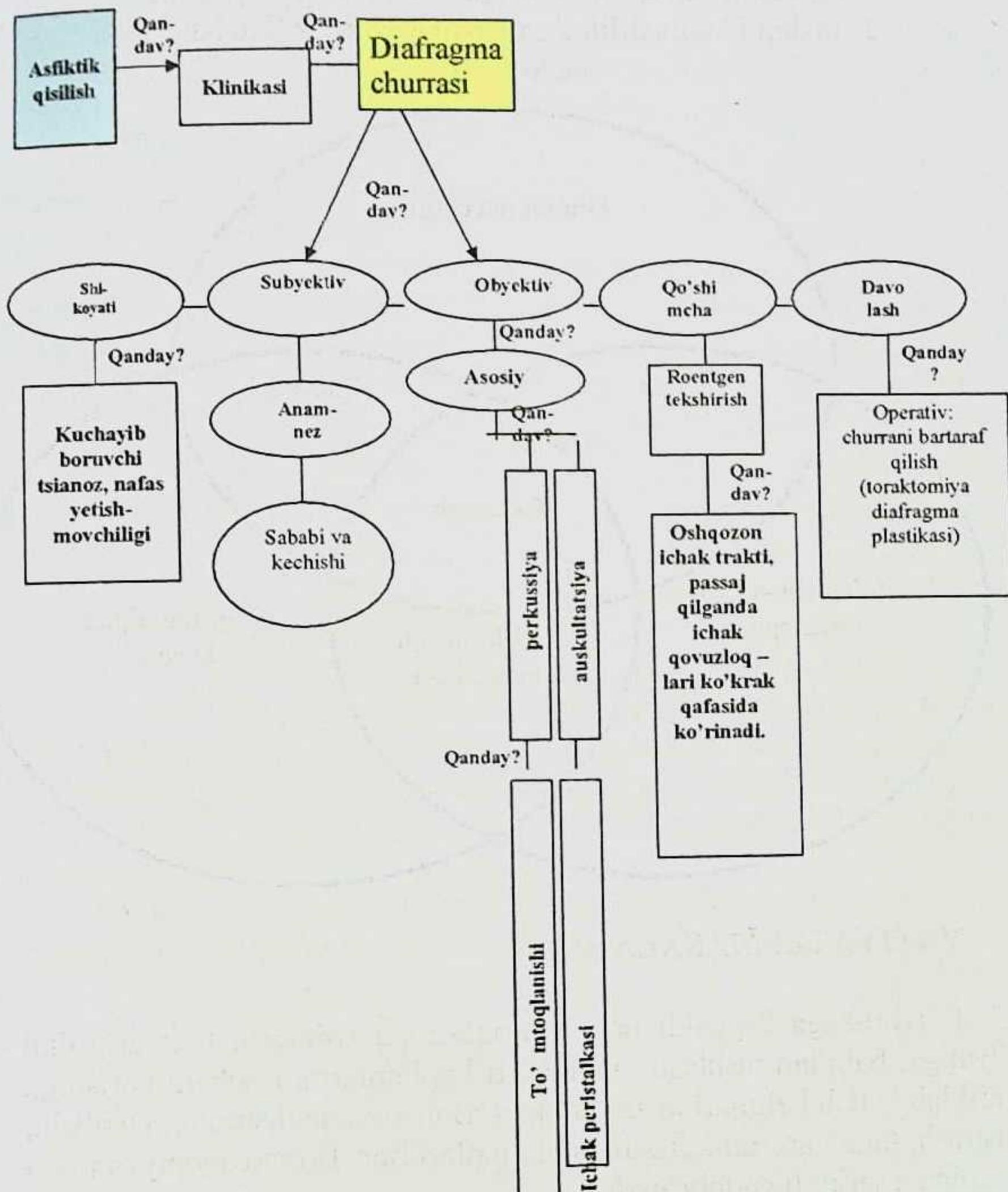
3. Diagramma xech qachon tugallanmaydi: o'nga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni hal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

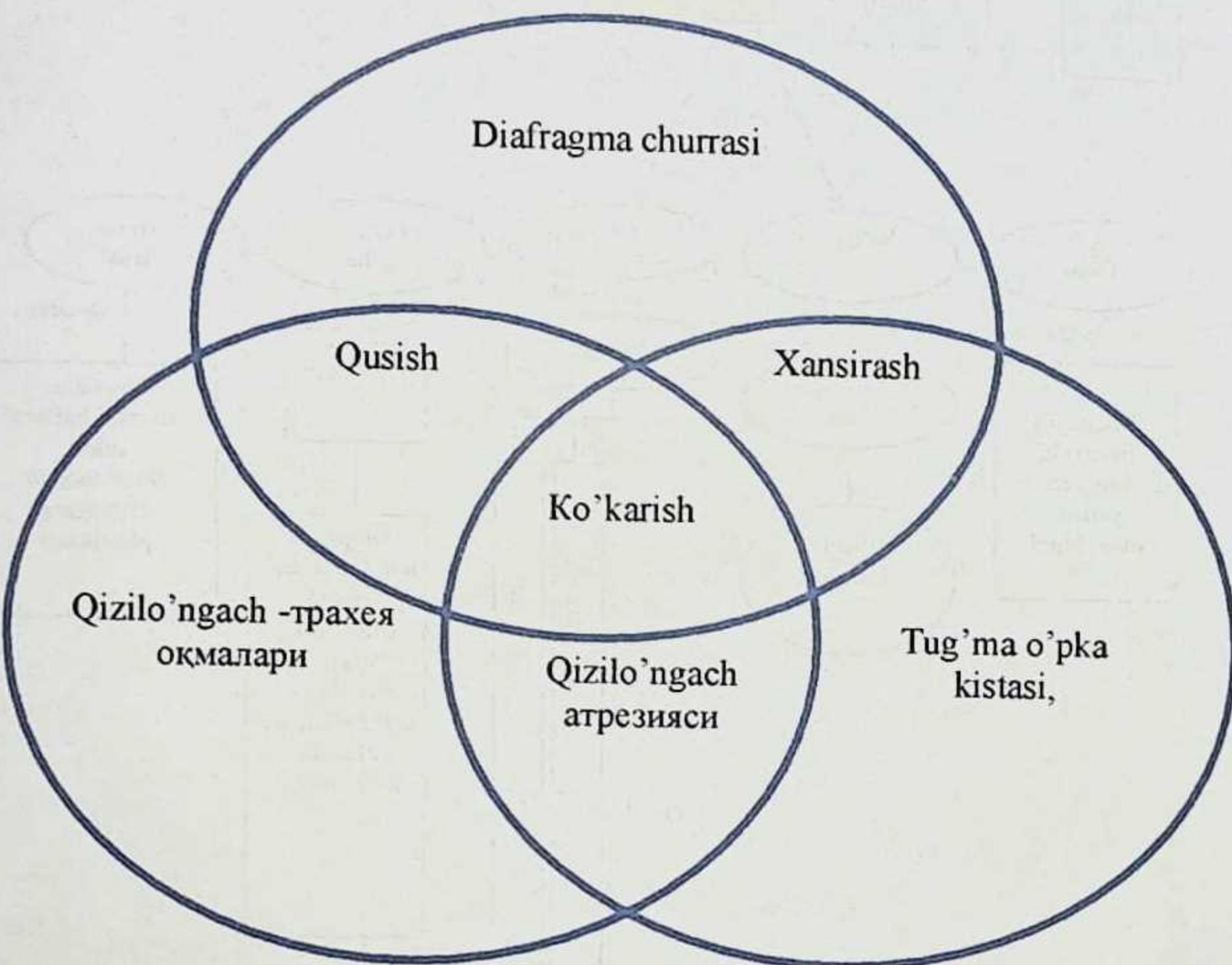
5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni o'zingiz hal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqorida pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda tuting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo yechimlarini topishga imqon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u xolda diagramma (texnika) har qanday muammo yechimini topib berishni kafolatlaydi.

## «QANDAY?» DIAGRAMMASI



Venn diagrammasi yechimi :  
Mazkur holatda uchallasiga o'xshashlik - quşish;  
2- tasiga o'xshashlik : xansirash yoki ko'karish ...  
va xakozo.



## VAZIYATLI MASALALAR

1. Klinikaga 8 yoshli bola ota-onasining so'zicha, bolada yo'tal bo'lishiga, balg'am tashlash, bolani teri koplamalarining okara borishiga va ariklab ketish belgilari kuzatilmokda. Bola ovqatlanishining buzilishi, xansirash, tana harorati kutarilishi alomatlari bor. Bronxosqopiyada ikki tomonlama yiringli endobronxit.
  - 1) Sizning diagnozingiz
  - 2) Kaysi qo'shimcha tekshirishlar o'tkazishkerak
  - 3) Davolash taktikangiz
2. Bir yeshli bolani tekshirganda o'ng tomonda nafasning yo'qligi, perkusiyada tumtoqlik, ko'ks oraligi organlarining to'liq o'ng tomonga siljishi aniqlandi. Bronxosqopiyada o'ng asosiy bronx ko'r tugagan.

1) Sizning diagnozingiz

2) Kaysi kasallikdan farqlash kerak

3) Davolash taktikasi

3. 8 oylik bolada xinsirash, quish paydo buldi. Teri rangi juda ok, ovqat yeganda burun uchburchagi kukarib ketadi, emishi susaygan.

1) Sizning diagnozingiz

2) Kaysi kasallik bilan faqlash kerak

3) Davolash taktikasi

4. 5- oylik bola pnevomniya bilan yetgan edi. Ahvoli birdaniga yomonlashib, yo'tal, xansirash paydo buldi. Nafasi kisadi, teri katlamida ko'karish paydo buldi. Perkussiya kilganda yurak o'ng tomonga siljigan. O'pkaning chap yuqori qismida pastki qismida perkussiyada timpanit, o'sha tomonda nafas eshitilmaydi, ichak peristaltikasi eshitiladi.

1) Sizning diagnozingiz

2) Tekshirish usuli

3) Davolash taktikasi

## USLUBNING UMUMIY HOLATI

„**QOR TUO'LASH USULI**” uslubi - kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga taalukli. Ushbu uslub bo'yicha ikki gurux talabari bitta savol yoki masalani yechadi, to'g'ri va to'liq javob bergen talabaga qor to'plash usulida ball qo'yiladi. Ko'p ball to'plagan talabaga a'lo baxo quyiladi.

Ushbu uslub o'quv jarayonini tezlashtiradi, uning muhimligi o'tgan va yangi o'quv informasiyasini mustahkamlashdan iborat.

## “**QOR TO'PLASH USULI**” USLUBINING BOLALAR XIRURGIYaSIDA QO'LLANILISHI

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta'lim muassasalarida 6 kurs pediatriya va davolash fakultetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiyl simptomatikasini o'rganishidan boshlanadi. Differensial diagnostika, davolash, reabilitasiya va dispanser nazorat masalalari ko'riliishi, yuqori kurslarda o'rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o'quv jarayoniga interaktiv formada qo'llash - „qor to'plash usuli” uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o'zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallah uchun zarur hisoblanadi.

## INTERAKTIV O'YIN «DAVRA STOLI»

Stol atrofida o'tirgan bir gurux talabalarga varaqda yozilgan savol o'rta ga qo'yiladi, va har bir talaba savolga javobni o'zining varag'iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. O'yin tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi ko'rilib, baxolanadi: noto'g'ri javoblar uchiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o'yinni ham yozma, ham og'zaki tarzda o'tkazish mumkin.

**Bolalarda ko'krak ichi bosim oshishi sindromi. (O'pkaning bakterial dest bronxoyentaz, mediastonit,diafrag churralarini asfiktik qisilishi, mediastenit, qizilo'ngachning termin va klinik kutilishi qizilo'ngachda yot qism.)**

- 1) O'pka bakterial destrukiyasini kechishi bo'yicha klassifikasiyasini ko'rsating
- 2) O'pka bakterial destruksiya genezi bo'yicha bo'linadi.
- 3) O'tkir bakterial destruksiya klinik-rentgenologik shakli bo'yicha bo'ladi.
- 4) O'pkaning absessi bronxga yorilganda rentgenologik belgi
- 6) Bullani rentgenologik belgisini yoriting.
- 7) Total piopnevmotoraksni rentgenologik belgisi.
- 8) Piopnevmotoraks rentgenologik belgisi
- 9) Bronxoektaz nima.
- 10)Bronxoektazning rivojlanishiga ta'sir kiluvchi faktorlar.
- 11)Bronxoektaziya genezi bo'yicha klassifikasiyasi.
- 12) Bronxoektaziya shakli bo'yicha bo'ladi.
- 13)Bronxoektaziya tarkalishi bo'yicha bo'ladi.
- 14)Bronxoektaziyada auskultasiya va perkussiyadagi o'zgarlar.
- 15)Bronxoektaziya rentgenologik belgilari.
- 16)Qizilo'ngach I-darajali qo'yishini aniqlang.
- 17) Qizilo'ngach II-darajali qo'yishini aniqlang.
- 18) Qizilo'ngach III-darajali qo'yishini aniqlang.
- 19) Qizilo'ngach qo'yishida klinikasida triada belgisi
- 20)FEGDS 1-chi marta qachon o'tkaziladi
- 21) 2-chi FEGDS qachon o'tkaziladi.
- 22) Qizilo'ngach profilaktik bujlash qachon o'tkaziladi.
- 23) Qizilo'ngachning kaysi qismida yot jism tiqilib qoladi.
- 24) Qizilo'ngach yot jismida aosiy klinik simptomi.

## TESTLAR

- 1) Bronxoektaziya kasalligida eshitiladigan ausKo'ltativ belgilar:
  - a) nafas qattiqlashadi, bir-ikki joyda namlangan va quruq xirillashlar
  - b) Krepitasiyali, qisirlovchi xirillashlar ("pulemet ovozini" eslatuvchi)
  - v) plevrani ishkalanish shovkini
  - g) nafasni susayishi
  - d) amforik nafas
- 2) Yelgon diafragmal churraga kaysi biri kirmaydi?
  - a) bog'dalek churrasi
  - b) parazzofagial churra
  - v) diafragma relaksasiyasi
  - g) parasternal churra
  - d) yuqorida ko'rsatilganlarning barchasi
- 3) Xususiy diafragmadagi yelgon churralarni rentgen suratadagi belgilari?
  - a) yurak soyasi fonidagi uyasimon bo'shliqlarni halkasimon yerishib turishi
  - b) plevra bo'shlig'ini gomogen korongilashuvi, ko'ks oraligini sog'lom tomonga siljishi
  - v) uyasimon bo'shliqlarni halkasimon yerishib ko'rinishi, ko'ks oraligini sog'lom tomonga siljishi
  - g) plevra bo'shlig'ini to'liq yorishib turishi, ko'ks oraligini sog'lom tomonga siljishi
  - d) satxli, ko'plab bo'shliqlar
- 4) Diafragma churrasida "ASFIXIYALI KISILIB KOLISHNING" klinik belgilari:
  - a) kuchayib boruvchi sianoz va hansirash belgilar
  - b) ichak tutilishi belgilar
  - v) yurak qon-tomir yetishmovchiliginib belgilar
  - g) gemorragiyali sindrom belgilar
  - d) toksikoz va eksikoz belgilar
- 5) Bronxoektaziya surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, quyidagi belgilar bilan tariflanadi:
  - a) bronxlarning torayishi
  - b) bronxlarning kay bir joyining Tug'ma bo'lmasligi
  - v) bronxlarning kistoz kengayishi
  - g) o'pkada chegaralangan havo kovagining hosil bo'lishi

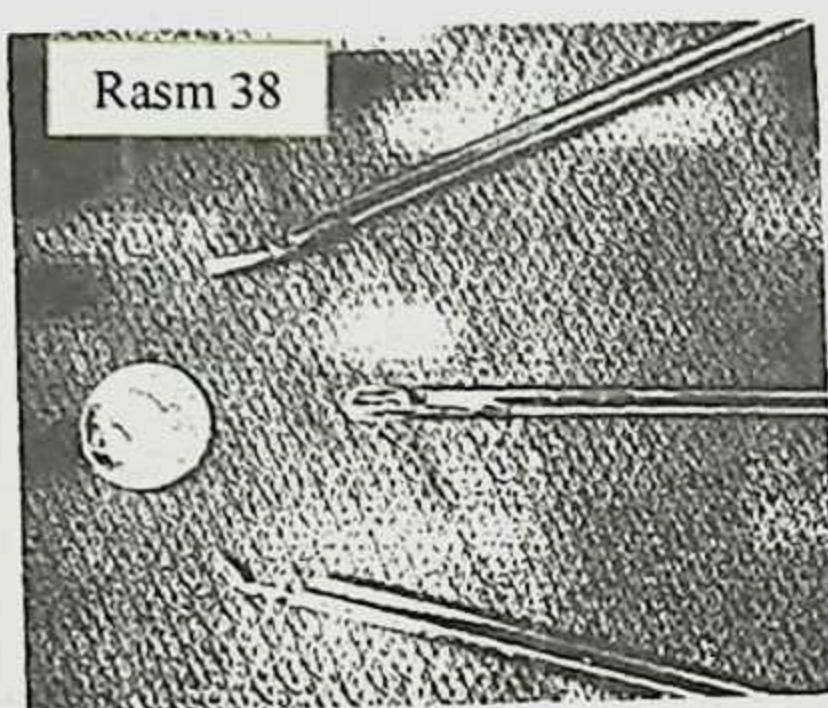
- d) bronxlarning kengayishi va pnevmoskleroz o'zgarishlari
- 6) Bronxoektaz tasnifida kuydagilardan kay biri bo'lmaydi?
- a) silindrik
  - b) haltasimon
  - v) qonussimon
  - g) pufaksimon
  - d) xech kaysi biri
- 7) Barmoklar uchining "nog'ora tayekchalari" hamda tirkok joylarining "soat oynasi" ko'rinishda deformasiyalanishi kaysi kasallik uchun harakterli?
- a) o'pka exinokokkozi
  - b) o'pka emfezemasi
  - v) bronxoektaz kasalligi
  - g) plevra empiyemasi
  - d) o'pkaning o'tkir destruktiv pnevmoniyasi
- 8) Bronxoektaz kasalligini tashhislashda hal kiluvchi tekshirish:
- a) tasviriy renten
  - b) bronxosqopiyasi
  - v) radioizotop skannirlash
  - g) ultratovush diagnostikasi
  - d) bronxografiya
- 9) Bronxoektaz kasalligida quyidagilardan qay biri sanasiya uchun qo'llanilmaydi
- a) davolash badan tarbiyasi
  - b) davolash bronxosqopiyasi
  - v) balg'am yumshatuvchilarni belgilash
  - g) Byulau bo'yicha aktiv aspirasiya
  - d) bronxolitiklar belgilash
- 10) Bronxoektaz kasalligining etiologiyasi va o'nga olib kelmovchi sabab:
- a) zotiljam kasalligining tez-tez qaytalanishi
  - b) nafas yo'llaridan olib tashlanmagan yet jismlar
  - v) mukovissedoz kasalligi
  - g) bronxlarning tug'ma nuqsonlari, tug'ma o'pka atelektazi
  - d) o'tkir zotiljam

**Mayzu 8 Bolalarda turli lokalizasiyali yot jismlar. Bolalar shifogorming taktikasi.**

**MAVZUNING DOLZARBLIGI.** Bolalarda teri, yumshoq to'qimalar va qon tomirlari shishlari kasalligi va ularning bolalarda xududida juda ko'p uchraydi. Bu asoratlar, ya'ni yot jismlarning tiqilib qolishi, teshib chiqishi va x.k. bola xayoti uchun xavf tug'dirib, vrach – pediatrdan o'z vaqtida kasallikni aniqlab, shoshilinch yordam ko'rsatishni talab etadi.

Et jismlar taxta yoki daraxtning shoxi bo'lisi, oyna, metall v ax.k. tabiiy kirish teshiklari orqali tushishish mumkin: burunga, kulokka yoki teri butunligini buzib yumshoq tukimalarga Kirishi mumkin.

Rasm 38



**Yumshoq to'qimalar yot jismlari.**

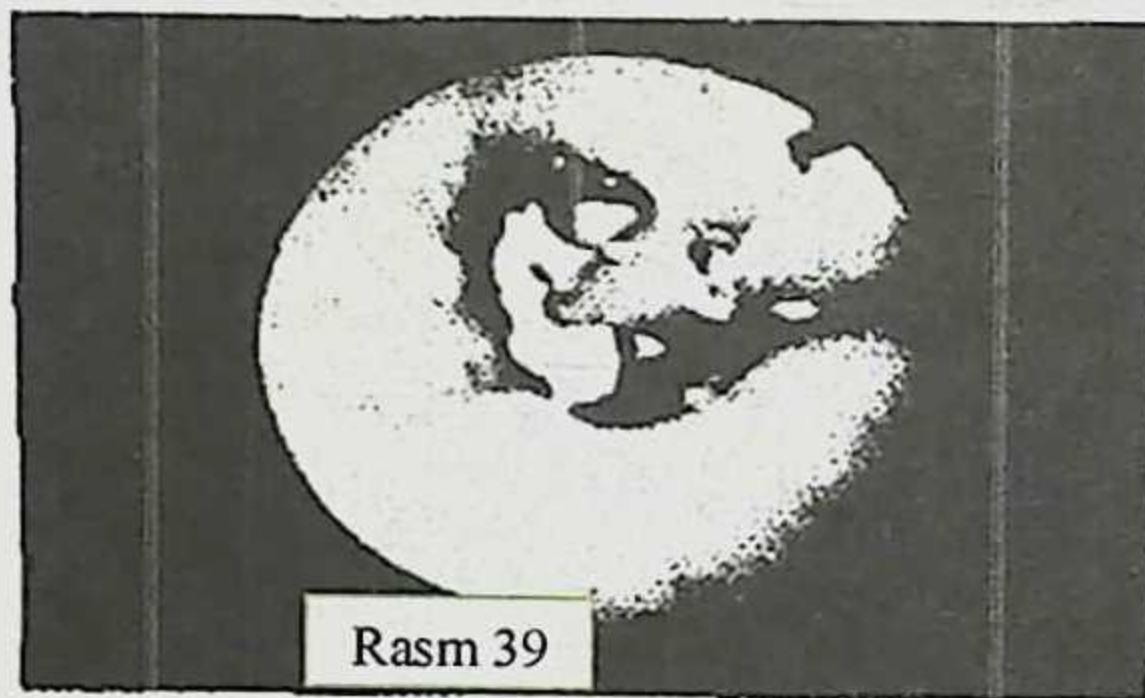
YOt jismlar shakllangan yoki shakllanmagan bo'lisi, tukimalar butunligini buzib kirishi mumkin. (Rasm 38). Bunda aseptik yallig'lanish kuzatib, yot jism chandiqlanib chegaralanishi mumkin. Bu xolat metall et jismlarga xosdir. Infektsiya uchogi bulmish iflos et jismlar atrofida yallig'lanig protsessi bo'lib abstsesslar paydo bo'lisi mumkin. Et jismlami zudlik bilan olib tashlash kerak bo'ladi. Agarda shifokor malakasi etishmasa, kurksa, uziga ishonmasa va et jism o'lchami jukda kichik bulsa, u xolda shoshilmaslik kerak. Rentgen nurlari et jismning joylashishini, o'lchamini fa formasini aniq kursatib beradi. Maxsus ekran orqali rentgen nurlari erdamida et jismlarni olib tashalash maksadga muvofikdir. Et jismni olib tashlashdan oldin og'riqsizlantirishning u eki bu usuli tanlanadi, antibiotiklar yuboriladi, koksholga karshi zardob xam yuborish maksadga muvofikdir. Agarda jaroxatdan ko'p qon ketaetgan

bulsa, u xolda kul yoki oekka jgut boglanib ko'p qon ketishining oldini olinadi.

### Oshqozon-ichak yullari et jismlari.

Bunda shuni ta'kidlash lozimki, bolalar, ayniksa 1-3 eshgacha kollariga tushgan narsani og'izlariga soladilar. SHuning uchun xam aynan mana shu eshdagi bolalar urtasida oshqozon-ichak yullari et jismlari ko'proq uchraydi.

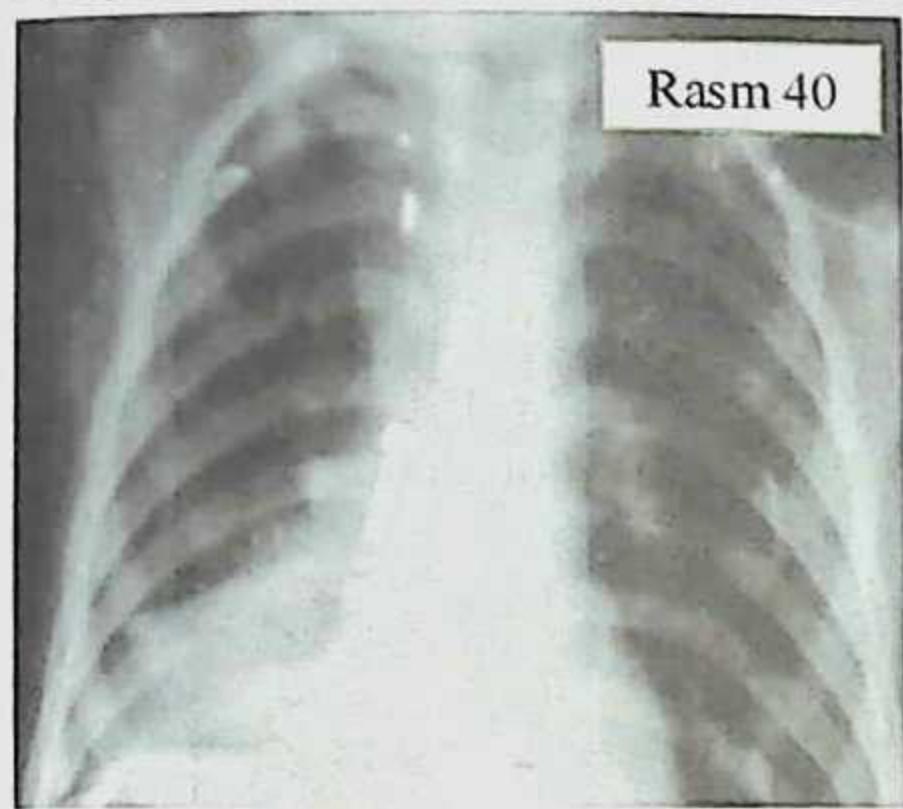
Xalkumda ko'pincha balik suyaklari takalib qoladi. Et jismlar xalqumga og'iz xamda burun orqali tushib kolishi mumkin. Et jismlar noturgi ovqatlanish natijasida eki shoshilib ovqatlanish chogida tushadi. (Rasm 39).



Zuluklar tabiiy suv xavzalaridan suv ichganda xalqumga tushishi mumkin.

Askaridalar oshkozzon urmalab chikishi mumkin. Et ximslarining eng ko'p uchrash joylari: tilning ildizida, noksimon chuqurchada, bodomda bezlar pastija xisoblanadi. Kata o'lchamli et ximslarning xikildokda joylashuvi xavflidir. Zuluklarining xalqumda urnashib kolishi simptomlari uning joylashishiga bog'liq. Kupincha Kuk yutalni eslatuvchi xurujsimon yutal bo'ladi. Tilni xarakatlantirganda og'riq bo'lishi eki paydr bo'lishi xam mumkin. Zuluklar uz joyini uzgartirib turishi xam mumkin. Traxeya et jismlari anamnez orqali va ob'ektiv tekshirishlar orqali aniqlanadi. Rentgen qontrastli et jismlarni rentgenga tushirib aniqlash juda oson. Et jismlarni olib tashlashga absoluyut Ko'rsatma bo'lib, bular yirik qon tomiriga va nerv-qon tomir tutamiga yakinligidir. Et jismlarni yaxshisi umumiyl og'riqsizlantirish ostida olish

maksadga muvofikdir. Qizilungach et jismlari ko'pincha 1-3 eshli bolalarda uchraydi.. Qizil ungachdagi et jism uchta fiziologik torayishning bittasida joylashishi mumkin.



Rasm 40

Kasallik belgilari et jismning joylashishiga, uning kata kichikligiga va bolaning eshiga bog'liqdir. Agar et jism birinchi fiziologik torayishi joyiga joylashgan bulsa, yutal, nafas olishinng kiyinlashuvi, ko'p sulak ajralishi kuzatiladi. Agar et jism ikkinchi fiziologik torayishda joylashsa, sulak ajralishi kuchayadi, kam xolda kusish, yutininshning buzilishi kuzatiladi. (Rasm 40).

Tashxis anemnezli surashdan, simptomlarning yigindisidan kushimcha tekshirishlar natijasini jamlash orqali aniqlanadi. Rentgen qontrastli et jismlarni aniqlashda xal kiluvchi teshkrish usuli – bu rentgenografiyadir.

Et jismlarni olib tashlash uchun umumiy og'riqsizlantirish qo'llaniladi. Et jismlarini olib tashlash uchun eng ko'p qo'llaniladigan usul – ezofagosqopiyva gipofaringosqopiyva xisoblanadi.

Et jismlar olib tashlangach bemorga parxez buyuriladi, 1-2 kun davomida ximik-mexaniq ximoya kiluvchi taomlar beriladi. Tana xaroratini xam kuzatib turish lozim bo'ladi.

### Nafas yullari et jismlari.

Xiqildok, bronxlar va traxeyada turli xil et jismlar uchraydi: kungabokar, tarbuz, kovok danaklari, engok, meva danaklari, makkajuxorni doni, nuxat, balik suyaklari, igna, mix, tanga va boshqalar bo'lishi mumkin.

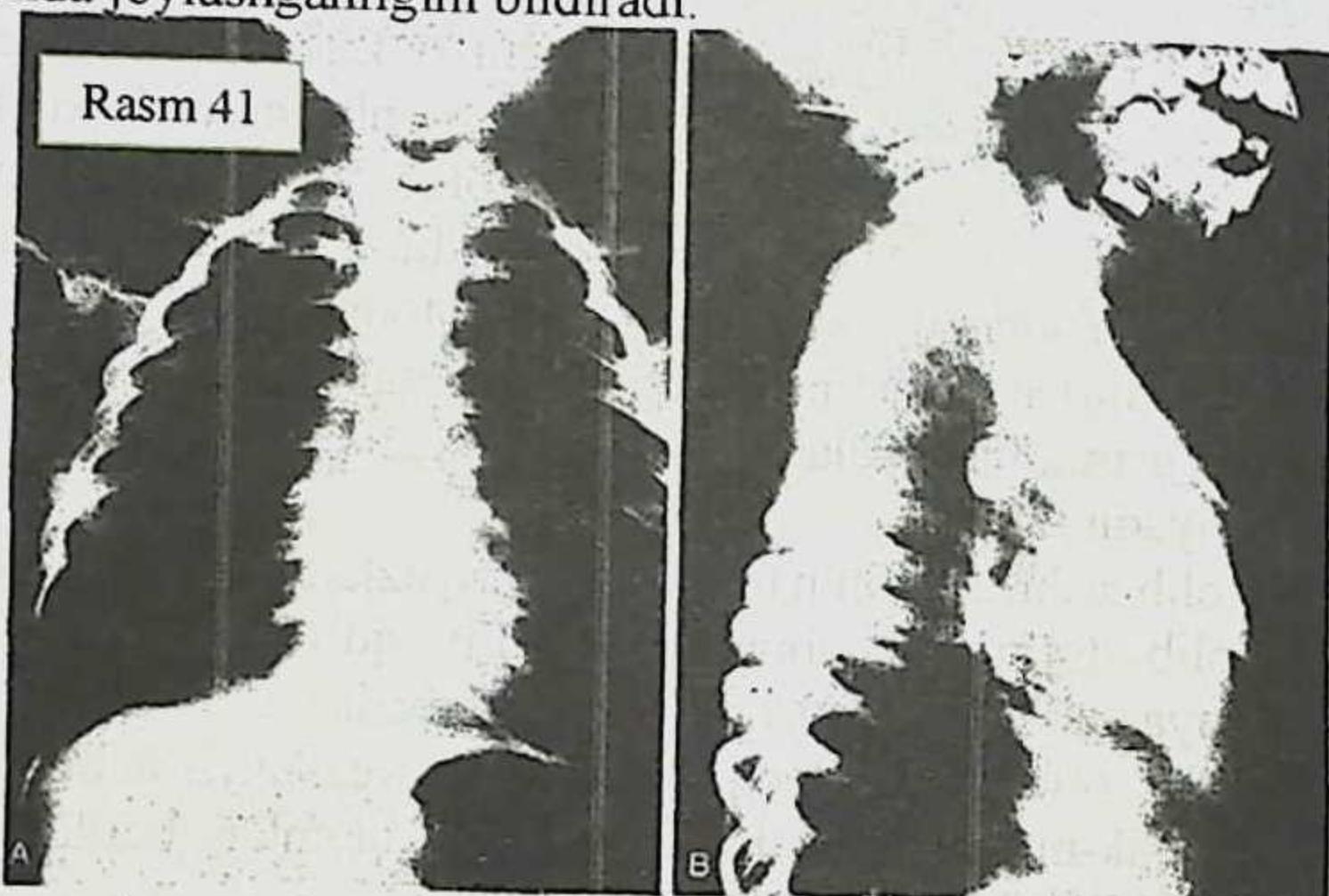
Danaklardan eng ko'p tarbuz va kungabokar (26-80%) traxeya va bronxlarda uchraydi. Et jismlarning joylashuvi uning kattaligiga, shakliga, massasiga, suv tekkanda shishib burtishigi va organizmning individual xususiyatlariga bog'liqdir.

SHuni aytib utish lozimki, et jismlarinng 80% ung bronxga tushadi, chunki u keng va traxeyaning davomiga uxshaydi.

Et jsm bronx eki traxeyaga tushsa, u uzluksiz xurujsimon yutal chakiradi. Og'riq va nafas yetishmovchiligi kuzatiladi. Suv tekkanda

shishadigan et jismlar (nuxat, lobiya) kattalashadi av bronx yullarini to'liq epib kolishi mumkin va buning natijasida bugilish yuz berishi mumkin. Aytish joizki, traxeya va bronxlar et jismlari kator asoratlarni keltirib chikarishi mumkin: bugilish, travmatik shish va parixondrit kabilarki, bular nafas olish aktinii buzadilar. Yiringli proyess kushilgaya, yiringli endobronxitlar, o'pka asbtsesslari, bronxoektaziya, zotiljam, mediastinit, perikardit va x.k. kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Et jism qancha chuqur kirib borsa, bemor shuncha uzini emon xis qiladi.

**Diagnostika.** Agar et jism traxeyada joylashgan bulsa bemorning axvoli ogir bo'ladi. Bugilish funktsiyasining buzilish et jismning xikildokda joylashganligini bildiradi.



Ovozning maxkam bushilib kolishi, et jismning ovoz naylari ostida joylashganlidan dalolat beradi. (Rasm 41). Traxeyadagi et jism xurujsimon kuchli yutal chakiradi. Et jismning bronxda bo'lishida yutal kamrok bo'ladi, bola biroz tinchlanadi. Agar bronxda ko'p turib kolsa,

balgam ajralishi kuzatiladi, sifatli va miqdori ikkilamchi uzgarishlarga bog'liq.

**Davolash.** Vrachning taktikasi bolaning axvoliga bog'liq. Agar nafas etishmovchiligi kuchli bo'lib, bola xayotiga xavf tugrisa, u xolda et xismni zudlik bilan tashlashga to'g'ri keladi.. Kerak bo'lsa traxeostomiya



operatsiyasini qo'llash lozim bo'ladi. Et jismlarni olib tashlash bevositalari gosqopiyasi va bronxosqopiyasi usuli bilan o'tkaziladi. (rasm 42).

Profilaktikasi ota-onalar urtasida, bolalar muassasalarda tushuntirish ishlarini olib borishdan iborat.

## AMALIY KUNIKMA

### TO'GRI ICHAKNI BARMOK BILAN TEKSHIRISH

Ko'rsatma:

1. to'gri ichak poliplari;
2. to'gri ichak stenozi;
3. to'gri ichak chandiqli deformatsiyasi;
4. to'gri ichak yot jismlari;
5. Presakral o'sma yoki kista;
6. to'gri ichak ikkilanishi;
7. Girshprung kasalligi;
8. O'tkir appenditsitga gumon kilganda bimanual tekshirish.

Tayyorlash:

- bola otog'onasiga muolajani tushuntiring va ular rozilagini oling.

**Kerakli sharoit va instrumentlar:**

1. Rezina qo'lqop;
2. Vazelin moyi;
3. Marlyali salfetkalar;
4. Yumshok rezina naychalar;
5. Gaz chikaruvchi naychalar;
6. Tugmachali zond.

**O'tkazish texnikasi:**

- bemor beliga yotqizilib, tizzada buklangan va ikki tomonga ochilgan oyoklar xolatida ushlab turiladi;

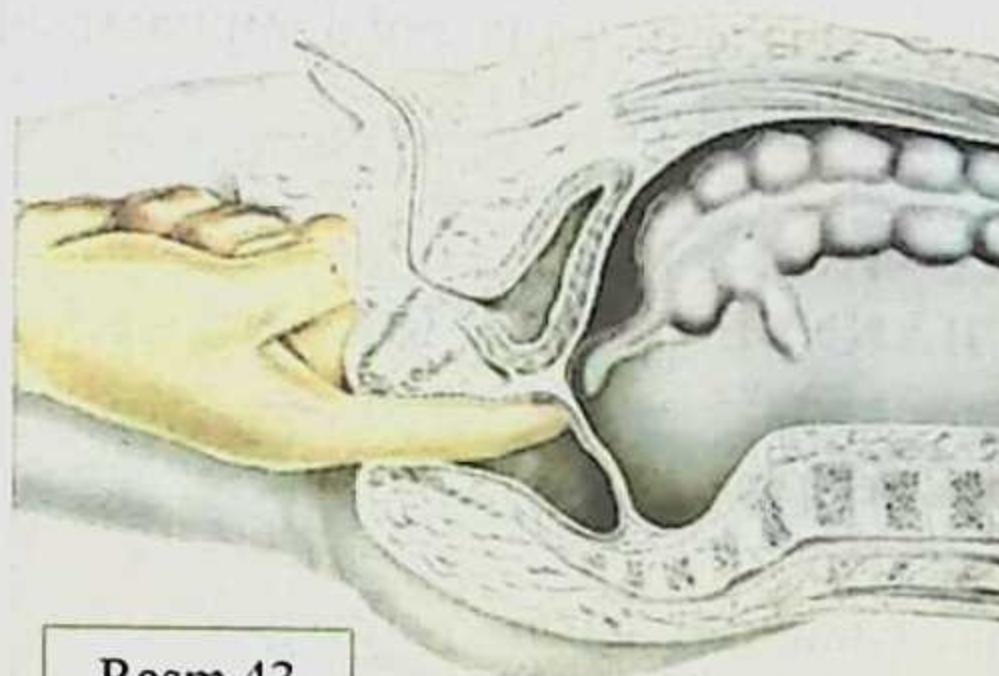
- kursatkich barmokka vazelin moyi surtiladi; (Rasm 43).

- ikkala qo'lning barmoklari bilan dumbalar ochiladi va orka chikaruv teshigi soxasi ko'rildi;

- bemor kuchanganda vrach kursatgich barmokni orka chikaruv teshigi soxasiga kuyadi va anus sfinkteri kisilish kuchini baxolaydi;

- sfinkter bushashganda barmokni orka chikaruv teshigi orqali yuqori va oldinga, barmokni asosigacha, va soat strelkasi buylab aylantirib to'gri ichak ung va chap devorlari paypaslanadi.

Umumiy amaliyot vrachini taylorlashda yangi pedagogik texnologiyalar metodlaridan foydalanish maksadga muvofiqdir

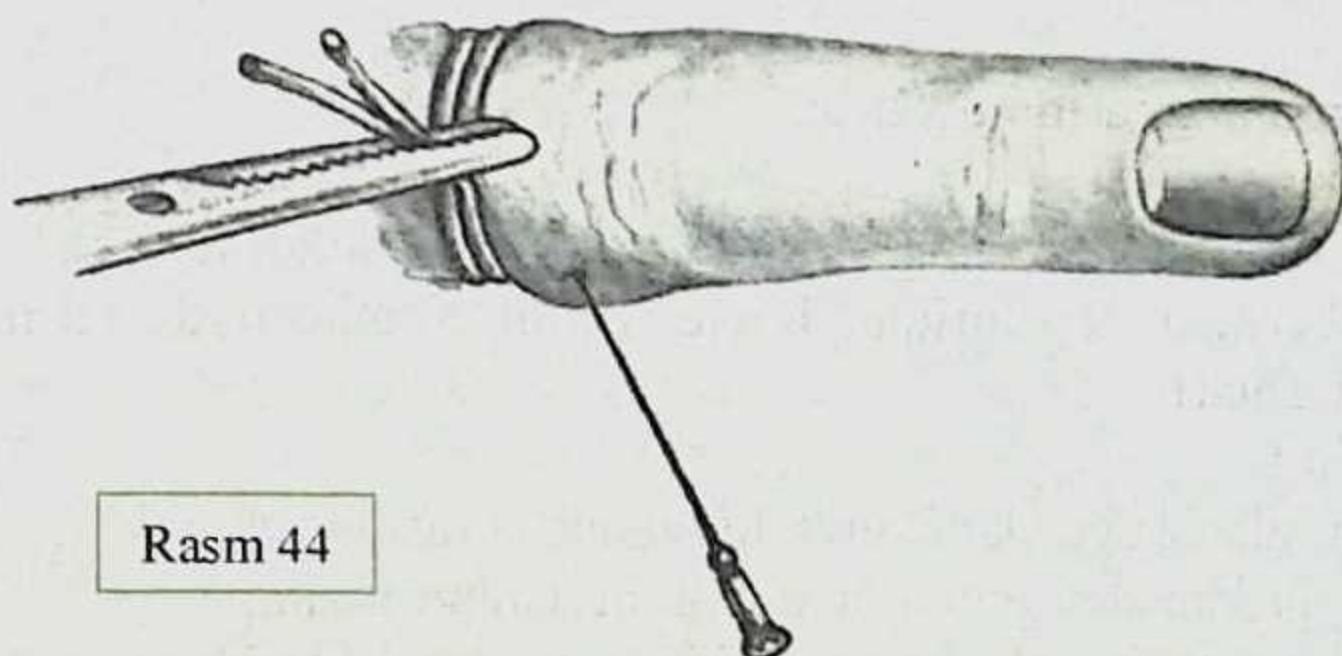


Rasm 43

### LUKASHEVICH-OBERST USULIDA UTKAZUVCHAN ANESTEZIYA

- Ko'rsatmalar: barmoklarda utkaziladigan turli operatsiyalar panaritsiyalar, jarojatlar, yod jismlar borligi;
- kerakli asbob va materiallar: maxalliy anesteziya uchun steril shprits va igna, 1% novokain, steril shariklar, salfetkalar, 2% yod va 70 gradusli spirt eritmasi;
- bemorming otag'onasiga operatsiya maksadi va moxiyatini tushuntirish;
- kerakli instrument va materiallarning taylorligini tekshirish;
- kullarga ishlov beriladi (kullar ilik suv okimi ostida sovun bilani yuviladi, steril salfetka bilan artilib 96% spirt bilan ishlov beriladi), steril perchatkalar kiyiladi;
- operatsiya maydoni 2% yod va 70 gradusli spirt bilan ishlov beriladi;
- barmok asosiga jgut kuyiladi;
- jgutdan distal qismda barmokning tashkig'medial yuzasiga igna va shprits yordamida 1% novokain eritmasi kaft tamonga karatib sekinlik bilan yuboriladi (5 - rasm);
- xudi shunday usulda barmokning tashkig'lateral tamonidan xam anesteziya utkaziladi;
- 3-5 minutdan sung to'liq anesteziya bo'ladi;

- kerakli operatsiyalar utkaziladi;
- tugatilgach g'jut echiladi.



Rasm 44

Lukashevich-Oberst usulida anesteziya.

- asoratlar: qong'tomir va nervlarni shikastlanishi, anestetik moddani qonga kuyilishi, anestetik moddaga anafilaktik reaksiya.

## O'quv topshiriqlar Guruhi bilan ishlash koidalari

Guruhi a'zolarining xar biri

- o'z sheriklarining fikrlarini xurmat qilishlari lozim;
- berilgan topshiriqlar buyicha faol, xamkorlikda va mas'uliyat

bilan ishlashlari

lozim;

- o'zlariga yordam kerak bulganda surashlari mumkin;
- yordam suraganlarga kumak berishlari lozim;
- guruhni baxolash jarayonida ishtirok etishlari lozim;
- "Biz bir kemadamiz, birga chukamiz yoki birga kutilamiz"

Koidasini yaxshi bilishlari lozim.

Savolga javobni shakllantiring.

1. Sub'ektiv tekshirishlarga nimalar kiradi?
2. Laborator va instrumental tekshirishlar.

Ushbu tushunchalarning mazmunini yoriting: gematuriya, og'riq, shish, siyidik loykalanishi kusish, tushunchalar bering.

### Guruhi uchun topshiriqlar.

1. Nafas yullaridagi yot jismlarni olib tashlash usuli? Yutal suziga klaster, SWOT jadvalini, Venn diagrammasini tuzing. Nafas yulidagi yot jismlari buyicha "Nima uchun?" sxemasini, "Kanday?" ierarxiya diagrammasini tuzing.

2. Nafas yullari eki jismlari kaysi kasalliklarni olib keladi? Yutal terminiga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Nafas yulidagi yot jismlari buyicha "Nima uchun?" sxemasini, "Kanday?" ierarxiya diagrammasini tuzing.

3. Qizilungachning katta va uchi O'tkir et jisimlari ko'pincha kaerda tikilib qoladi? Yutal suziga klaster SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Yutal buyicha "Nima uchun?" sxemasini, "Kanday?" ierarxiya diagrammasini tuzing..

4. Nafas yullari yot jism klinik ko'rinishi kuyidagilarga bog'liq "habitus" suziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Yutal buyicha "Nima uchun?" sxemasini, "Kanday?" ierarxiya diagrammasini tuzing.

5. Ventil mexanizmida kanday asorat kuzatiladi? Yutal suziga klaster, SWOT jadvalini, Vinn diagrammasini tuzing. Yutal buyicha "Nima uchun?" sxemasini, "Kanday?" ierarxiya diagrammasini tuzing.

## **KLASTER**

(Klaster - tutam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot xaritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitutsiyasini fokuslash va aniqlash uchun kandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochik o'ylash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assotsiatsiya takdim etishga erkin va ochik kirib borishga yordam beradi.

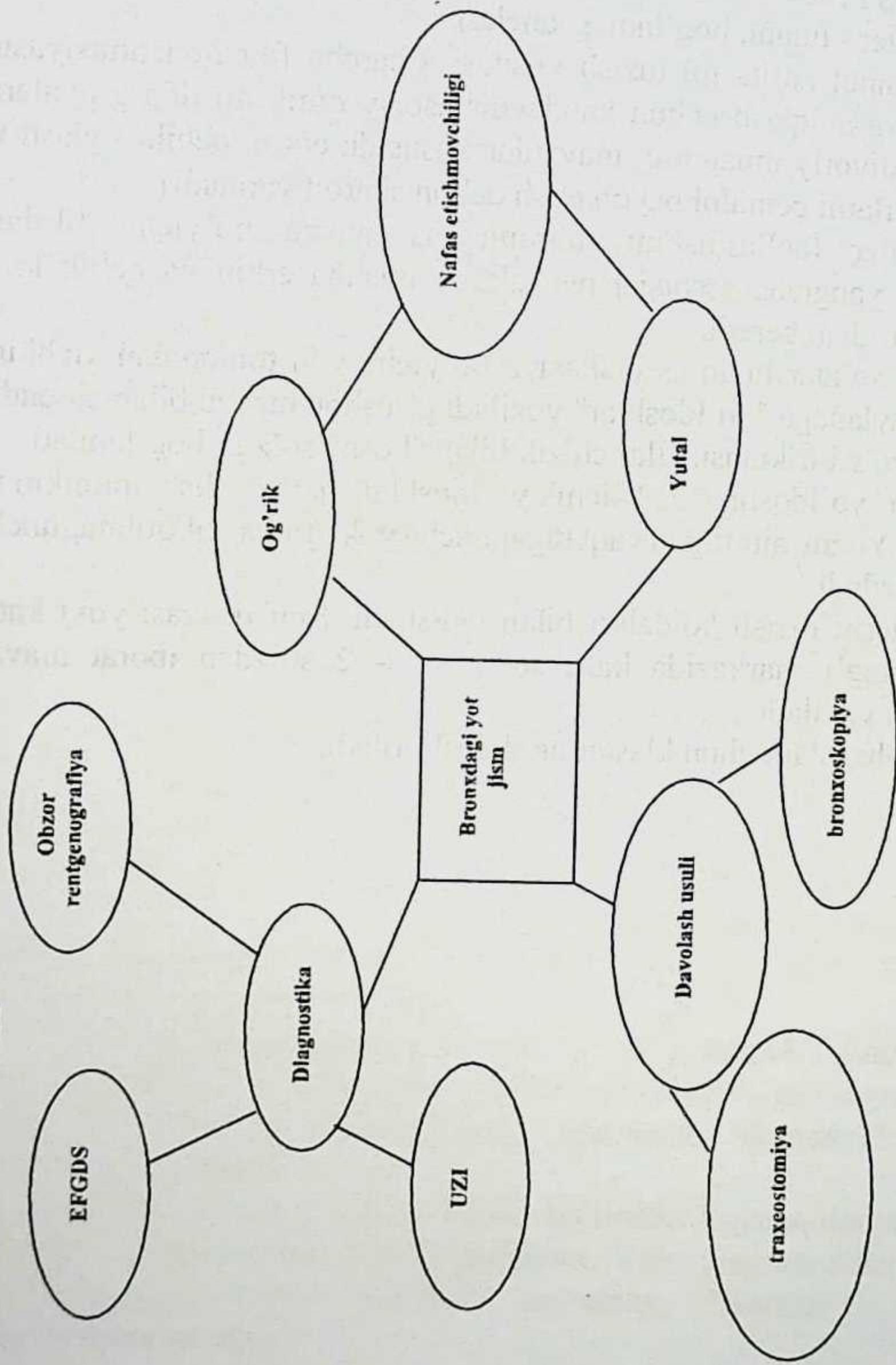
Kalit so'zlar bilan assotsiatsiya bo'yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi g'ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chizik bilan "bosh" so'zga bog'laniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yukotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish koidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.

## KLASTER NAMUNASI



## MUAMMONI ANIG'LASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL KILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI

(Patogenezni tushuntirish uchun makbul.)

"Nima uchun?" sxemasi "Nima uchun?" sxemasini tuzish koidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

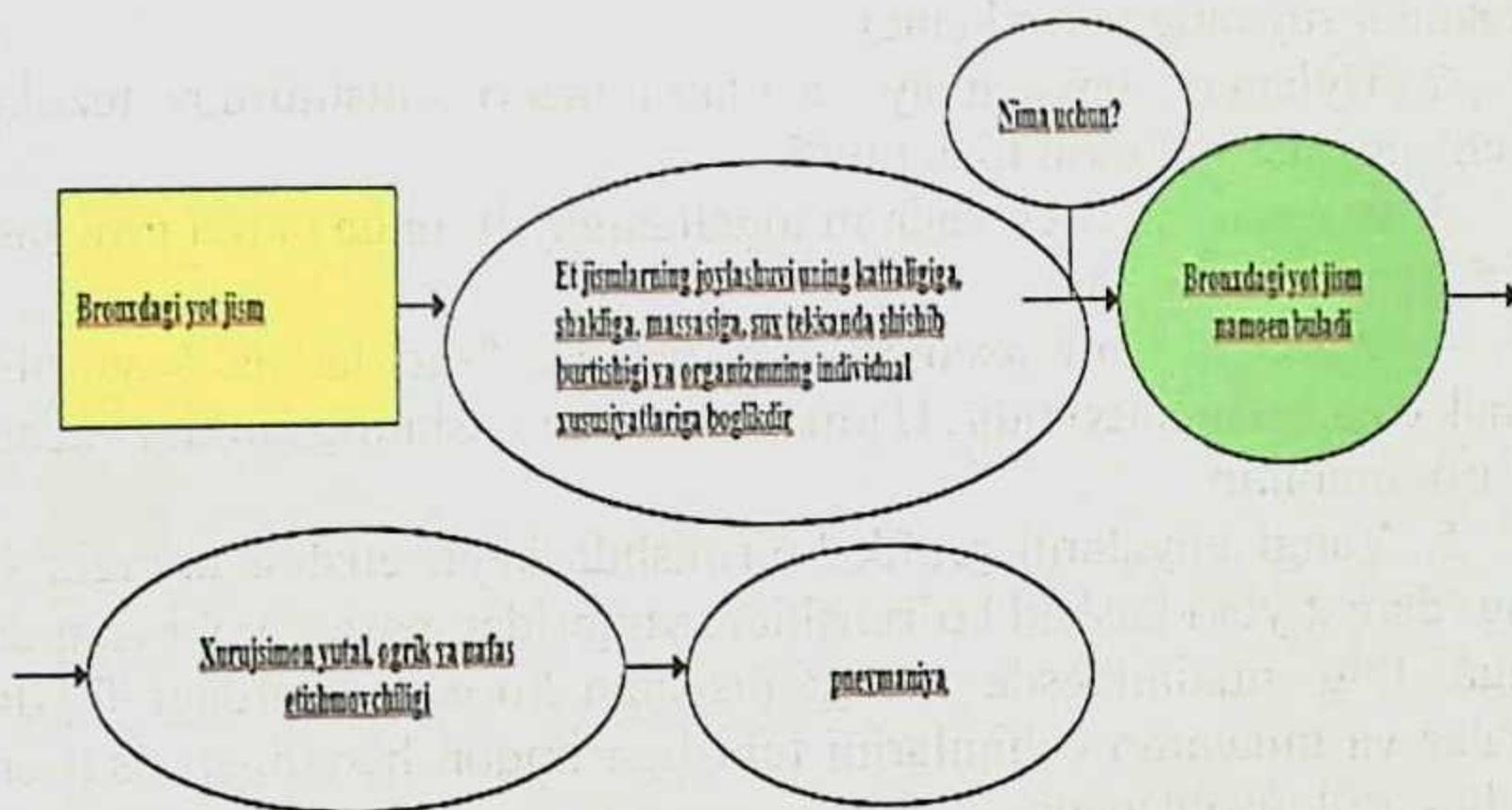
"Nima uchun?" sxemasini tuzish koidalari.

1. Kanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turtburchakdan foydalanishingizni uzingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxema - zanjiri turini: chizikli, nochizikli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki xolatni markazga yoki chetga joylashtirishni) uzingiz tailaysiz.

3. Strelka sizning kidiruv yunalishingizni belgilaydi: dastlabki xolatdan okibatgacha.

Buyrak toshida nima uchun leykotsitlar paydo bo'ladi?



## "Qanday?" diagrammasini kurish qoidalari: (Aktiv talabalar uchun maksadli).

1. Kup xollarda sizga muammolarni xal etishda "Nima qilish kerak?" xakida uylashga xojat bulmaydi. Muammo asosan "Buni Kanday qilish kerak?" kabilida bo'ladi. "Kanday?" - muammoni xal etishda asosiy savol hisoblanadi.

"Kanday?" ierarxiya diagrammasi muammo xakida butunligicha umumiyl tasavvurga ega bulishga imqon beradigan savollar mantikiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda Kanday?" savolini ko'yish orqali siz fakat muammoni xal etishning barcha imqoniyatlarini tadkik etibgina kolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini xam urganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (kuyi) darajasi birinchi navbatdagi xarakatlar ruyxatiga mos keladi.

2. Uylamay, baxolamay va ularni uzaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

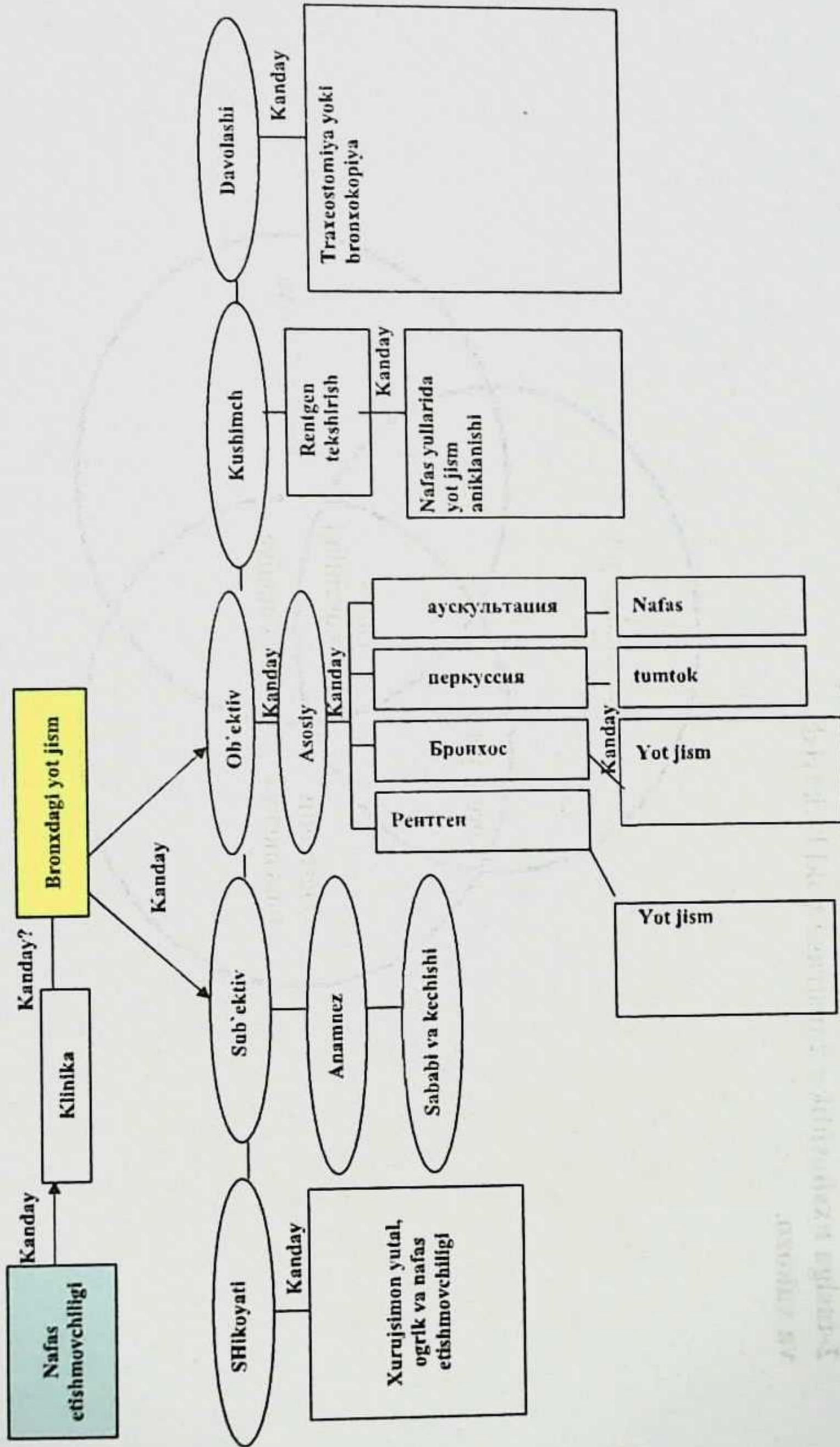
3. Diagramma xech kachon tugallanmaydi: unga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxemada bir qancha "shoxlar"da kaytarilsa, demak u nisbatan muximdir. U muammoni xal etishning muxim kadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda kayd etishni uzingiz xal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan unga. Eng muximi esda tuting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo echimlarini topishga imqon beradigan usul eng makbul usul xisoblanadi.

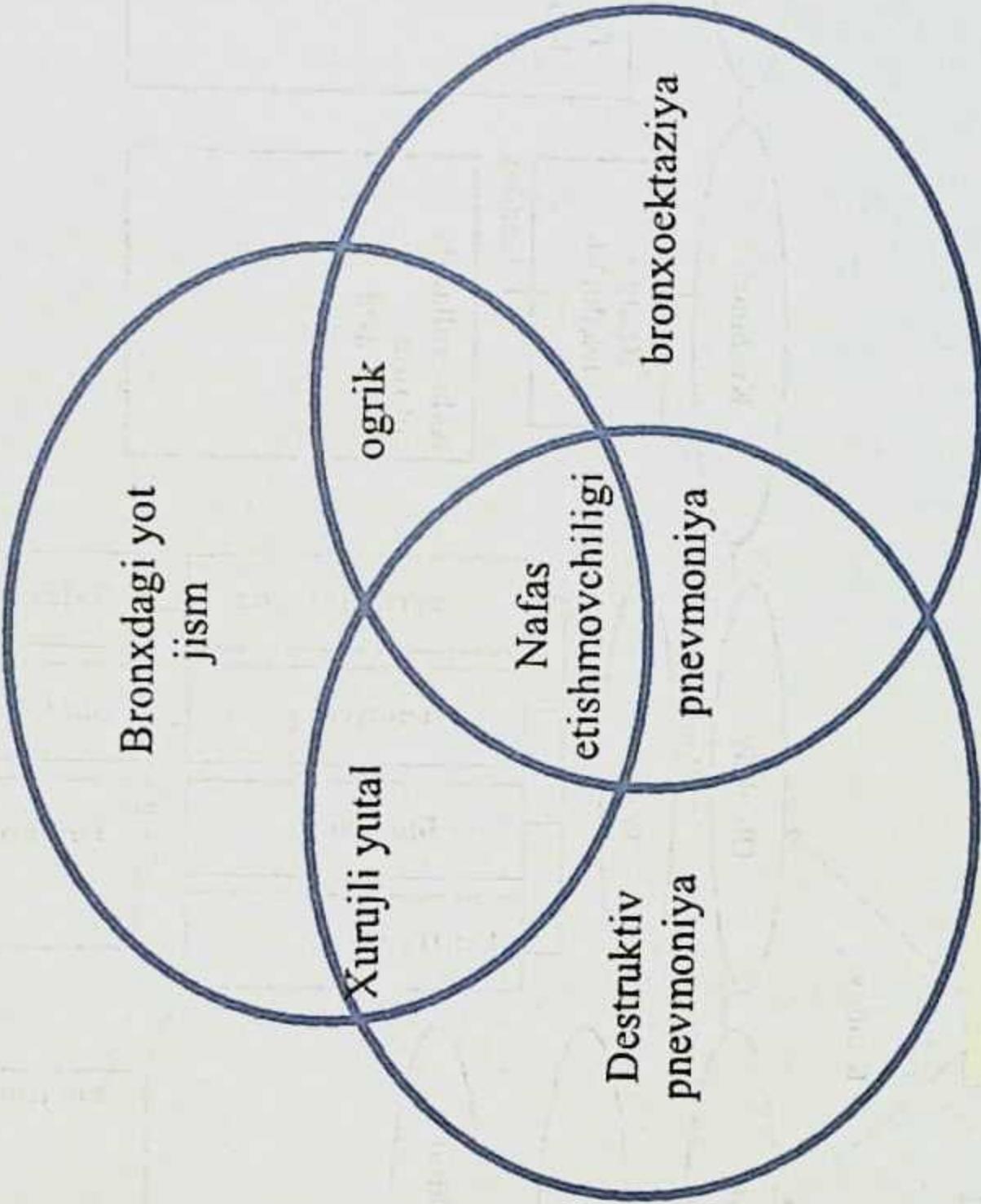
b. Agarda siz to'gri savol bersangiz va optimistik bulsangiz, u xolda diagramma (texnika) xar kanday muammo echimini topib berishni kafolatlaydi.

## "KANDAY?" DIAGRAMMASI



Venn diagrammasi echimi :

Mazkur xolatda uchallasiga uxshashlik - kusish;  
2-tasiga uxshashlik : xansirash yoki kukarish ...  
va xakozo.





## "QOR TO'PLASH USULI" USLUBINING BOLALAR XIRURGIYASIDA QO'LLANILISHI

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta'lim muassasalarida 4 kurs pediatriya va 5 kurs davolash fakul'tetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiy simptomatikasini o'r ganishidan boshlanadi. Differentsial diagnostika, davolash, reabilitatsiya va dispanser nazorat masalalari ko'rilihi, yuqori kurslarda o'rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalami o'quv jarayoniga interaktiv formada qo'llash - "qor tuplash usuli" uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o'zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallah uchun zarur xisoblanadi.

### **INTERAKTIV O'YIN "DAVRA STOLI"**

Stol atrofida o'tirgan bir gurux talabalarga varaqda yozilgan savol o'rta ga qo'yiladi, va shu savolga javobni xar bir talaba o'zining varag'iga yozadi. Xar bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. O'yin tugagandan keyin xar bitta talabaning ushbu ishi ko'rilib, baxolanadi: notug'ri javoblar o'chiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baxolanadi. Bu o'yinni xam yozma, xam og'zaki tarzda o'tkazish mumkin.

### **"QOPDAGI MUSHUK" KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri - "Qopdagi mushuk" qonkursidir.

Bu usul talabaning fikirlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lган cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informatsiyalarni mustaxkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

138

### **"QOPDAGI MUSHUK" konkursning uslubi.**

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab qo'yadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishini qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talaba e'lon qiladi.

### **"STOL O'RTASIDAGI RUCHKA" KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri - "stol o'rtasidagi ruchka" qonkursidir. Bu usul talabaning fikirlash doirasini

kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informatsiyalarni mustaxkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

### "STOL O'RTASIDAGI RUCHKA" qonkursning uslubi.

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab qo'yadi. Qonkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabanining ishini qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talaba e'lon qiladi.

### "UCH POG'ONALI SUXBAT" USULIDA

"Uch pog'onali suxbat" uslubi kichik guruxlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'icha ishlash uchun 3 kishilik guruxlar tuzish, birbiriga ishonchni o'matish, ochiq muxomaga tuskinlik bo'layotgan psixologik bosimni engish, vaqtini belgilash shart.

Xar bir guruxda "vrach", "bemor", "ekspert-VOP" rollari taqsimlanadi. Baxolay oladigan o'qituvchi yoki talaba "ekspert-VOP" rolida bo'lishi mumkin. "Bemorga" xirurgik kasallik nomi aytildi va talaba og'zaki yoki yozma ravishda ma'lumot berishi kerak. "Vrach" berilgan ma'lumotlarga qarab tug'ri diagnoz qo'yishi kerak, "ekspert-VOP" - ishning to'g'riliгини baxolaydi. Gurux ishtirokchilarini ishini baxolanishi uch bo'limda yoziladi:

1. nima to'g'ri qilindi;
2. nima noto'g'ri qilindi;
3. qanday qilish kerak edi.

Xamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida xar bir gurux o'z qonsul'tatsiyasini ekspert xulosasi bilan namoish etadi. Boshqa variant - talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xaqqoniy qonsul'tatsiyasida butun gurux va pedagog muxokama qiladilar.

### VAZIYATLI MASALAR

Bemorni doimiy reflektor yutal va yutinganda og'riq bezota qiladi. Nafas olishi kiyinlashmagan. Anamnezeda ovqatlanish vaqtida tuyulib kolgan. Ed jism joylashishini kursating. Sizning taktikangiz.

Bomorda nafas olish kiyinlashuvi va vaqt-vaqt bilan bugilish kuzatiladi. Xamda ovoz dagalashuvi, vaqt-vaqt bilan afoniya kuzatiladi. Yot jism joylashini kursating. Sizning taktikangiz.

Bemor ogir axvolda, yakkol nafas etishmovchiligi. Vakt-vaqtida karsak simptomi ishitiladi. Yot jism joylashini kursating. Sizning taktikangiz.

Bemor qonikarli axvolda, nafas olish erkin, doimiy yutal. Rentgenogrammada pastki bulak atelektazi va simptom Gol'tsknextra-yakobsona. Yot jism joylashini kursating. Sizning taktikangiz.

Bemorning nafas yullaridan ko'p vaqt davomida turgan yot jism olib tashlandi. Bronxografiyada bronxoektaz alomatlari aniqlandi. Sizning diagnozingiz va davolash chora tadbirlari.

### **O'Z-O'ZINI SINASH TESTLARI**

Bulak bronxlaridan yot jismni ratsional olib tashlash usuli.

- a. Torokotomiya va o'pka tukimasi reviziysi
- b. yutal refleksini ko'paytirish
- c. Bronxosqopiya
- d. Torokotomiya
- e. mediastinum orqali olib tashlash

Nafas yullaridagi yot jismlarni olib tashlash usuli

- a. Torokotomiya va o'pka tukimasi reviziysi

b. yutalni ko'paytiruvchi dori erdamida et jisimni uzi chikib ketishiga kumaklashadi

- c. bronxosqopiya erdamida olib tashlash
- d. Torokotomiya erdamida olib tashlash
- e. olib tashlash usuli et jism turiga bog'liq.

Nafas yullari eki jismlari kaysi kasalliklami olib keladi.

- a. Atelektaz
- b. Ageneziya
- c. Bronxoektaziya
- d. Piotoraks
- e. Bulla

Oshqozon ichak yullari et jismida operaotsiya kurstama kuyiladi:

- a. Oshqozon ichak yollarida et jismning erkin xarakatidan
- b. O'tkir metall et jismlarning tez xarakatida
- c. Et jismining ichakdan tashqariga karab bulgan xarakatida
- d. Et jisimning 12-24 soat xarakatsiz turganida
- e. Oshqozon soxasida og'riqning paydo bulganida

Qizilungachning katta va uchi-O'tkir et jismlari ko'pincha kaerda tikilib qoladi.

- a. Xikildokda

- b. Traxeyabifurkatsiyasining ustida
- c. Kordial qismida
- d. Qizilungachning kukrak qismida
- e. Qizilungachning buyin qismida

Et jismlarda xavsiz diagnostik usulni kursating

a UZI

b eFGDS

c Rentgenologik tekshirish

d to`gri laringosqopiyasi

Qizilungach yot jismlari asoratlarini kursating

- a. Ezofagit, qon ketish
- b. Teshilish, ezofagit
- c. Ezofagit, yotok yara, teshilish
- d. YOtok yara, teshilish

e. Ezofagit, teshilish, yotok yara, qon ketish

Nafas yullari yot jismlarini klasifikatsiyasini kursating

a. Joylashgan joyi buyicha, klinik kechishi buyicha, xarakteri buyicha

b. Ushlanib kolish darajasi buyicha, joylashgan joyi buyicha

c. Xarakter buyicha, rentgen nurlariga nisbatan, klinik kechishi buyicha

d. Joylashgan joyi buyicha, xarakteri buyicha, rentgen nurlariga nisbatan, ushlanib kolish darajasi buyicha, klinik kechishi buyicha

e. Joylashgan joyi buyicha, xarakteri buyicha, ushlanib kolish darajasi buyicha, klinik kechishi buyicha

Nafas yullari yot jism klinik ko`rinishi kuyidagilarga bog`liq

a. YOtki jism katta - kichikligiga

b. YOtki jism joylashgan joyiga

c. YOtki jism formasiga

d. YOtki jism aoratlariga

e. YOtki jism ushlanib kolishiga

Xikildok yot jismi klinikasi kursating

a. Xurujsimon yutal, inspirator nafas

b. Layushiy kashel', nafasning O'tkir buzilishi

c. Kam va kuruk yutal

d. Nafas kisilishi

e. Tush orkasidagi og'riq

Asosiy bronxning to'liq obturatsiyasi natijasidagi asoratni kursating

- a. Atelektaz
- b. Piotoraks
- c. Ageneziya
- d. Emfizema
- e. Pnevmotoraks

Ventil mexanizmida kanday asorat kuzatiladi

- a. Emfizema
- b. Piotoraks
- c. Ageneziya
- d. Atelektaz
- e. Pnevmotoraks

Nafas yulining kaysi joyida joylashgan yot jismida xushtaksimon ovoz eshtiladi

- a. Asosiy bronxning ventil mexanizmida
- b. Asosiy bronxlarning to'liq berqilishida
- c. Xikildok yot jismida
- d. Traxeyaning yot jismida
- e. Segmentar bronxlarning yot jismida

Ventil'nom mexanizmida perkurtor tovush bo'ladi

- a. Kutichasimon tovush
- b. Kiskargan tovush
- c. Kutichasimon keyin kiskargan
- d. Kiskargan keyin kutichasimon
- e. Timpaniq tovush

*Mavzu 9. "Turli lokalizasiyalu asoratlangan churralar  
(kmdik, chov, son, qorm oq chizig'i) tashxis qo'yish va bolalar  
shifogorming taknikasi. Bolalarda yorg'oguning shish sindromi"*

**Mavzuning dolzarbliji:** Bolalar xirurgiyasining fakultet kursi xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tugma nuqson va rivojlanish anomaliyasining kelib chikishi, diagnostikasi va davolashini uz ichiga olgan distsiplinaning bir qismidir.

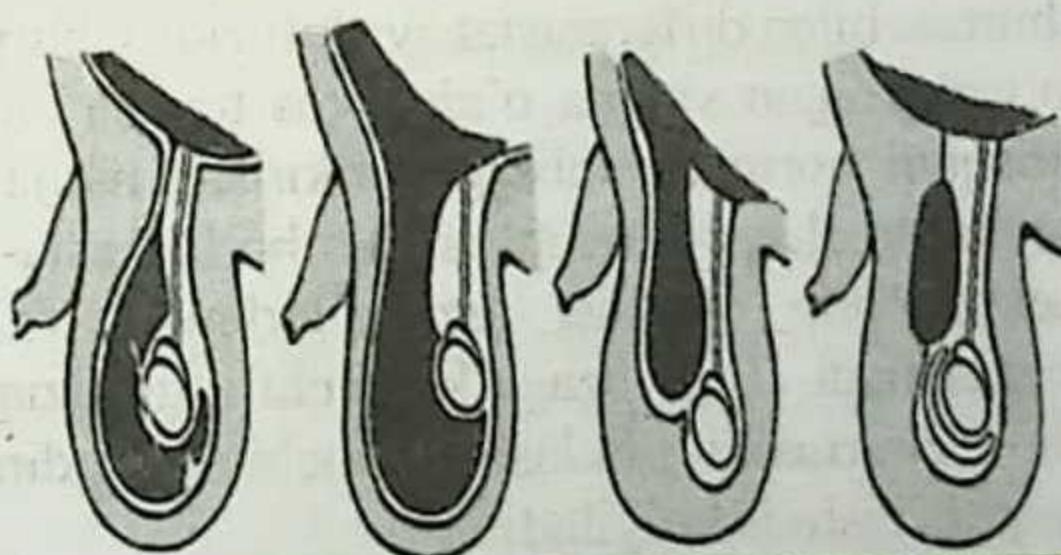
Davolash va tibbiy pedagogika fakultetlarining 5-kursida bolalar xirurgiyasidan dars utishning asosiy printsipi: tugma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining nozologik diagnostikasi umumiylar yordamini kursatish va operatsiyadan keyin reabilitatsiyasini utkazishga bog'liqdir.

**Mashgulot vazifalari:**

Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, atogenezi va klinikasi xakida bilim olish. Tugma nuqsonlar va anomaliyalar bilan tugilgan bolalarni klinik kurik va tekshiruvdan utkazishni urganish. Bola xaetiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini urganish. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish. Umumiylar yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi reabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chikish.

**Mashgulot utkazish joyi:** Torakal xirurgiya va chakaloklar xirurgiya bulimi, operatsiya va kompyuter xonalari.

Gidrotselle va funikulotselle-bu bolalar kasalliklari orasida juda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, uning yuzaga kelishiga sabab vaginal o'simtaning to'lik etilmaganligidir. Shu sababli o'simta orasida suyuqlik yigilib qoladi. Agarda vaginal o'simtaning



Rasm 44 Moyak istisqosining turlari

distal qismi obliteratedsiyaga uchramasa, unda moyak istiskosi yuzaga keladi. Agar distal qismi obliteratedsiyaga uchrab, proksimal qismi ochik kolsa va u qorin bo'shligi bilan aloqasi bo'lsa, gap aloqa kiluvchi urug tizimchasi istiskosi xakida ketadi. Vaginal o'simtaning xamma qismi obliteratedsiyaga uchramasa, u xolda urug tizimchasi va moyakning aloqa kiluvchi istiskosi bo'ladi. Vaginal o'simtaning proksimal qismi va distal qismi bliteratedsiyaga uchrab, o'rta qismi uchramasa va u erda suyuqlik yigilsa, u xolda aloqa qilmaydigan urug tizimchasi istiskosi deyiladi yoki urug tizimchasi kistasi deyiladi. (Rasm 44).

### **Istisko paydo bo'lishiga sabab:**

- a) vaginal o'simta devorining absorbtion funktsiyasini buzilishi;
- b) chov soxasi limfatik apparatining yotilmaganligidir.

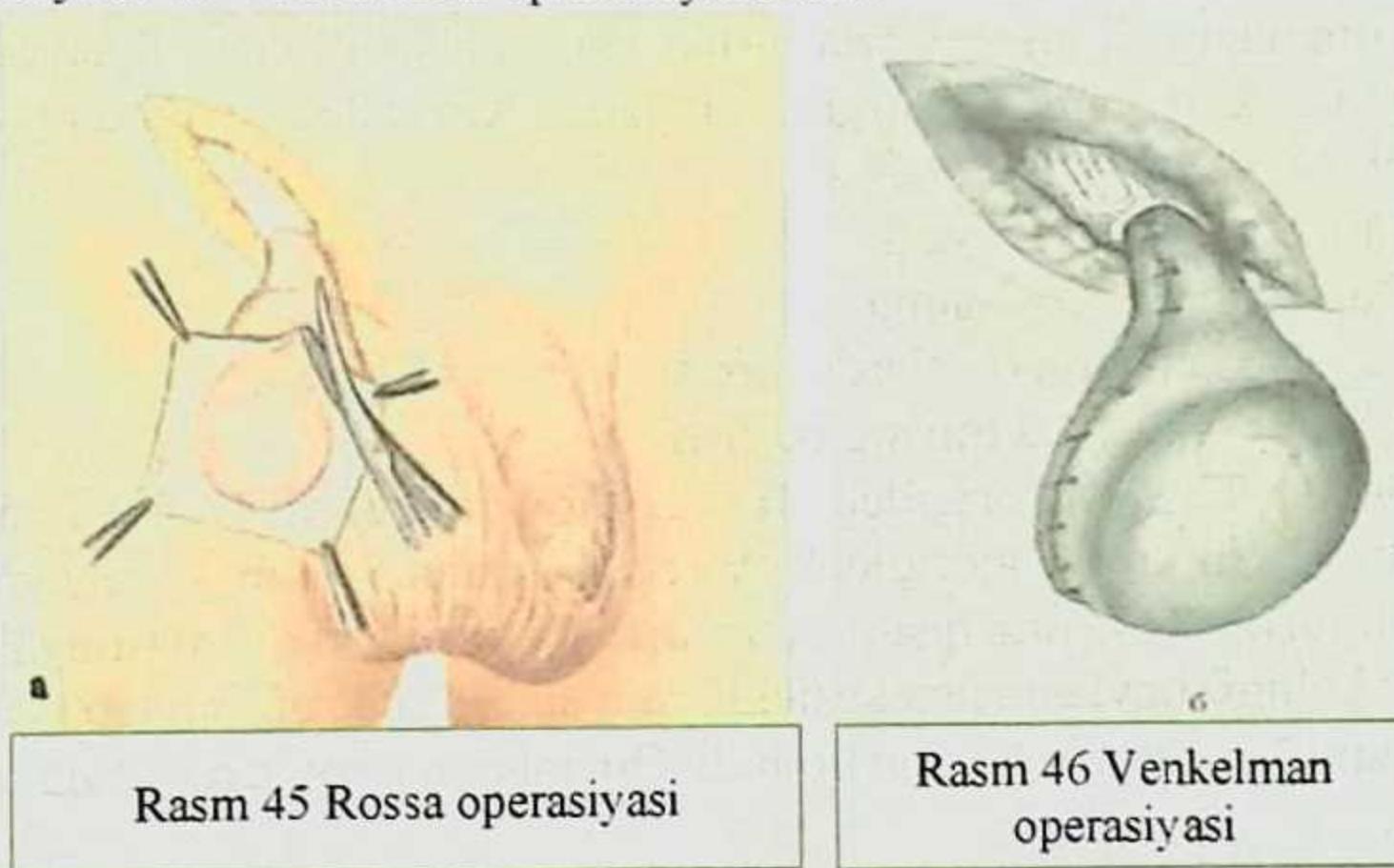
Bolalarda yosh o'tishi bilan istisko kamayib borib yoki yo'olib ketishi mumkin. Katta yoshli bolalarda va kattalarda istisqoninng sababi travma va yallig'lanish bo'ladi. Chov soxasini va urug tizimchasi soxalariga shikast etganda u erda suyuqlik to'planib, uzoq vaqt so'rimasligi mumkin. Bu xolga tez yuzaga keluvchi urug tizimchasi istiskosi deyiladi.

**Klinikasi.** Istisko bir tomonlama bo'lsa, yorgokning bir tomoni, ikki tomonlama bo'lsa, yorgokning ikki tomoni kattalashadi. Chegaralangan moyak istiskosida yorgok yumalok shaklda bo'ladi va uning pastki qismida moyak paypaslanadi. Aloka kiluvchi istisko uzunchok shakldagi, qonsistentsiyasi yumshoq-elastik xosila bo'ladi. Bu xosilani sikganda kattalashib, taranglashadi. Paypaslaganda xosila og'riqsiz, diafanosqopiyada yoruglanish musbat bo'ladi. Agar klapan shaklidagi istisko bo'lsa, bolani bezovta qilishi mumkin. Urug tizimchasi kistasi-chegaralari aniq bo'lib, yumalok yoki ovalsimon shaklda bo'ladi. Uning yuqori va pastgi qismlari yaxshi aniqlanadi. Istischqoni ko'pincha chov churrasi bilan differentsiatsiya kilinadi. Churrada xarakterli belgi churran ni to'g'irlaydigan vaqtida o'ziga xos tovush chikaradi. Aloka qilmaydigan istisqoni qorin bo'shlikiga to'kirlash natija bermaydi. Bola gorizontal yotganda aloqa kiluvchi istisko bo'lsa, asta-sekin to'g'irlanishi mumkin. Lekin chov churrasi tez to'g'irlanadi va o'ziga xos tovush bilan to'g'irlanadi. Tez yuzaga keluvchi urug tizimchasi kistasi bilan kisilgan chov churrasini farklash kiyinchilik tugdiradi. Bu xolatga operatsiya vaqtida tashxis ko'yiladi.

**Davosi.** Bolalarda istiskolar bolalar 2-3 yoshligida tuzalishini xisobga olib, peratsiyani shu yoshdan keyin o'tkazish maksadga muvofik

bo'ladi. Chegaralangan va ortirilgan moyak istiskolarida ko'llaniladigan operatsiya bu Vinkelma operatsiyasidir. Bu operatsiya istisko xaltasini kesib, to'nnkarib tikish bilan xarakterlanadi. Aloka kiluvchi istiskoda Rossa operatsiyasi ko'llaniladi. Uning asosiy mazmuni qorin bo'shligi bilan aloqani uzib va istisko suyuqligi chikishi uchun sharoit yasashdir. Vaginal o'simta tashki chov xalkasi soxasidan boglanib kesiladi va qisman moyakning xususiy kobigini ochik koldiriladi. Shu erdan istisko suyuqligi chikib ketadi va atrof to'kimaga so'rildi. Bu operatsiya Vinkelma operatsiyasidan osonrokdir. Kisman travmatik bo'lsa xam, effekti yuqoridir. Agar bola yoshi ikki yoshdan kichik bo'lsa, taranglashgan istisko bezovta kilsa, istisqoni punktsiya qilish mumkin. Istisko suyuqligi olingandan keyin bolaga suspenzoriy kiygiziladi. Agar suyuqlik yana yigilsa, takror punktsiya kilinadi. So'rilgan suyuqlik moyakni siqilishdan saklaydi va operatsiya vaqtini uzaytirishga yordam beradi.

Operatsiya turlaridan eng ko'p qo'llaniladigani bu Rossa operatsiyasi va Vinkelma operatsiyalaridir.



Rasm 45 Rossa operasiyasi

Rasm 46 Venkelman operasiyasi

**Vinkelma operatsiyasi.**

**Rossa operatsiyasiga Ko'rsatma:**

1. Urug tizimchasi va moyakning aloqa kiluvchi istiskosidir.
2. Bolaning yoshi 2 yoshdan to 10 yoshgacha bulsa operatsiyaga Ko'rsatma bo'ladi.

## Rossa operatsiyasi.

1. Bemor xolati-bemor orkasi bilan yotqiziladi. Chov soxasi terisi 3-6 sm uzunlikda kesiladi. Yara markazidan kaychi bilan teri osti kletchatkasi kengaytiriladi, kichik qon tomirlari jaroxatga kundalang turgan bulsa, ular zajim bilan ushlanib boglanadi. Yuzaki fastsiya kesiladi. Tumtok yul bilan anatomik pintset va tupfer bilan qorinning kiyshik mushagi apanevrozi va chov boylami suriladi. Shunday kilib vaginal usimta tashki chov teshigida topilib, u urug tizimchasi elementlaridan ajratiladi. Buyinchesidan ketgut bilan tiqiladi va ikki tomonidan boglanadi. Urug tizimchasi istiskosida istisko bushligi obliteratsiyaga uchramagan vaginal usimtadan iborat bo'lib, u urug tizimchasi elementlaridan ajratilib, bor buyiga kesib olib tashlanadi. Moyak istiskosida esa, vaginal usimta

mokning fakatgina yuqori qismidagina mobilizatsiya kilinadi. Kolgan qismi (tirkish) ko'rinishida ochik koldiriladi. (Rossa usuli). Gemostaz kilingandan keyin jaroxatni ketgut va ipak bilan qavatma-qavat tiqiladi. Kupincha chov kanali plastika

kilinmaydi. Kam xollarda tashki chov xalkasi kata bulganda yoki istisko bilan chov churrsasi birga uchraganda Krasnabaev usulida plastika kilinadi.

## Vinkel'man operatsiyasi.

### Operatsiyaga Ko'rsatma:

10 yoshdan katta bolalarda moyak istiskosi bo'lishi.

2. Yallig'lanish va travma bo'lishi.

Bemor xolati yuqorigidek. Tashki chov xalkasiga kirish va vaginal usimtani topish xam yuqorigidek. Vaginal usimta topilib, boglangandan keyin buyin qismi va urta qismi kesib tashlanadi. Distal qismi (moyakning xususiy kobigi) buylamasiga kesiladi, moyak ortigi atrofi buylab kaytarib 2-3 tugunli ketgutli choc bilan tiqiladi. Operatsion jaroxat qavatma-qavat tiqiladi.

## CHURRA

Churra - bu organ yoki uning qismlarining teshiklar orqali qorin pardaga uralib, teri ostiga chikishidir.

### Churra komponentlari.

1. Churra darvozasi-tabiyy yoki patologik (jaroxatdan keyin yuzaga keladi) bo'ladi. Teshik kalla kutisida, qorin devorining mushak-aponevrotik qavatida yoki fastsial futlyarda bo'lib, shulardan churra xosilasi chiqadi.

2. Churra xaltasi-qorin pardal parietal soxasining bir qismi.
3. Churra xosilasi-organ yoki tukima bo'lib, ular churra xaltasi ichida joylashadi.

### **Churralarning tasnifi.**

1. Joylashish joyiga karab:
  - qorin churralari
  - ventral churra
  - son churralari-qorin churrasi bo'lib, ammo son kanalidan chiqadi.

#### **- chov churralari:**

a) kovuk usti chov churrasi -churra kovuk usti soxasi chuqurchasidan chiqadi.

b) noto'liq (kanalli) chov churrasi-kiyshik chov churrasining avj olish davri bo'lib, churra xaltasining tubi tashki chov xalkasiga chikmaydi.

v) to'liq (tizimchali) chov churrasi-kiyshik chov churrasining rivojlanish davri bo'lib, churra xaltasi tashki chov xalkasidan tashqarida, urug tizimchasi soxasida bo'ladi.

g) oralik (promejutochnaya) chov churrasi-churra xaltasi chov kanali soxasida bo'lib, tashki chov xalkasigacha etib bormaydi.

#### **- churralari va boshqa tur churralar uchraydi.**

#### **2. Paydo bulish vaqtiga kura:**

- tugma chov churralari-yangi tugilgan chakaloklarda yoki tugilgandan keyin darxol uchrasa;

#### **- ortirilgan churralar.**

#### **3. Tugirlanishiga kura:**

##### **- tugirlanuvchi churralar;**

##### **- tugirlanmaydigan churralar.**

#### **4. Boshqa tur churralar:**

##### **- qorinning operatsiyadan keyingi churrasi.**

- siljuvchi churralar-bu churralarda churra xaltasi devorini bir tomonini organlar tashkil etadi (siydir pufagi, kutariluvchi yoki pastga tushuvchi chambar ichak, ba'zan kur ichak xam).

### **Tugma chov churralari**

Bolalarda ko'pincha chov churralari kiyshik chov churralari bo'ladi. Lateral chov burmasidan utib, chov kanaliga tashqaridan kiradi. Chov kanalidan kiyshik aylanib ichkariga kiradi.

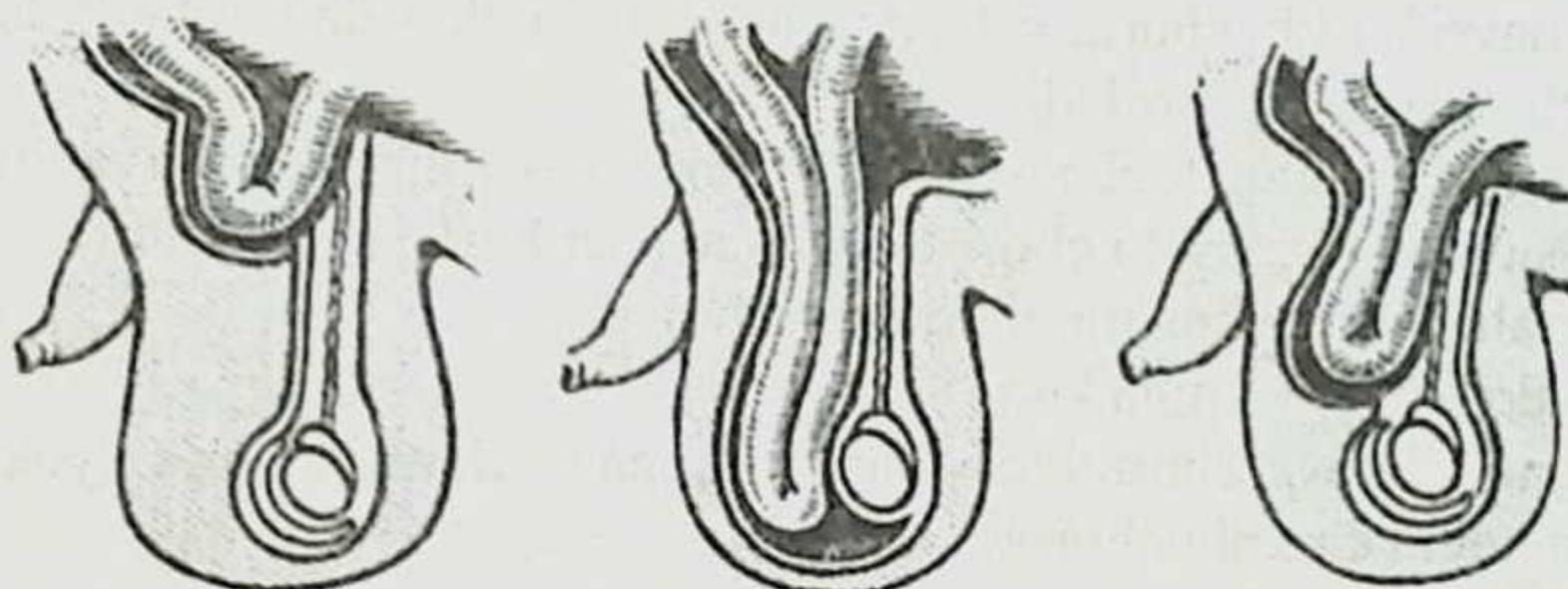
## Uchrashi.

1-3% bolalarda uchraydi. 35% bolalarga diagnoz bola 6 oyligida kuyiladi. Ung tomondan uchrashi 60%. Chap tomonlama esa 30% uchraydi. 10-15% ikki tomonlama bo'ladi. Ugil bolalarda kiz bolalardan kura 6 marta ko'p uchraydi. Chala tugilgan bolalarda esa kasallanish 1,5-2 barobar ko'p uchraydi.

**Etiologiyasi.** Ichki organlar tashqariga obliteratsiyaga uchramagan vaginal usimta orqali chiqadi. (bolalar tugilish vaqtida 75%zida vaginal usimta obliteratsiyaga uchragan bo'ladi).

1) qorin pardaning vaginal usimtasi-bu qorin pardaning davomi bo'lib, kur tugagan xaltaga uxshaydi. U pastga yorgokkacha moyakni urab pastga tushadi.

2) xuddi shunga uxshash kiz bolalarda xam tuxumdrn normada kichik chanakka joylashgan bo'ladi. Chov kanalida bachadonningyunalok boylami xam rivojlangan bo'ladi. Burtib turgan



vaginal usimta yopib turgan bo'ladi. Bola tugilganidan keyin u ochik kolishi mumkin.

Rasm 47 Churra turlari

## CHOV CHURRASI

Chov churrasi bolalar kasalliklari orasida eng keng tarkalgan kasallikdir. Ko'pincha bir tomonlama chov churrasi uchraydi. O'ng tomonlama 2-3 marta ko'p uchraydi. Chov churralari o'gil bolalarda ko'p uchraydi, sababi moyakni yorgokga tushishi bilan bog'liqdir. Ortirilgan churralar juda xam kam uchraydi. Ular bola 10 yoshdan jismoniy zo'rikishidan keyin paydo bo'ladi. Bu xolat qorinning oldingi devori kuchsiz bo'lsa paydo bo'ladi. Shu bilan bog'liq xolda asosan tugma chov churralari chov kanalidan aylanib o'tib, ichki xalkadan o'tib, pastga

tushsa, kiyshik chov churralasi deyiladi. to'gri chov churralasi bolalarda kam uchraydi. Rasm 47.

Ikki tur churralar farklanadi.

1) Chov churralari

2) Chov-yorgok churralari.

Chov-yorgok churralari: -a) tizimcha, va b) moyak bilan bog'liq turi bo'ladi. Ko'pincha 90% tizimchali churra uchraydi. Unda kin o'simtasi yuqori va o'rta qismi ochik bo'ladi, lekin u moyakning xususiy kobigidan paydo bo'lувchi pastki qismidan ajralib turadi. Moyakli churra 10% uchrab, unda qorin parda o'simtasi xamma qismi ochik qoladi. Shu sababli ko'pincha moyakni churra xaltasi deb adashishadi. Aslida esa u seroz parda bilan ajralib turgan bo'ladi. Bolalarda ko'pincha churra xosilasi ingichka ichak xovuzloklari, katta yoshda esa charvi bo'lishi mumkin. Kiz bolalarda churra xaltasida tuxumdon xam, ba'zan esa bachadon nayi bilan birga bo'lishi mumkin. Agarda yo'gon ichak tutkichi uzun bo'lsa va churra xaltasida ko'r ichak bo'lsa, bu xolda churra xaltasini orka devori bo'lmaydi va bu churra siljuvchi churra deyiladi. Klinikasi. Yangi tugilgan chakalok bo'lsa, chov soxasida shishsimon xosila bo'lib, bola kichkirganda va bezovtalanganda kattalashadi. Bola tinch yotganda xosila kichrayadi yoki yo'qoladi. Xosila yumalok shaklli bo'lib, og'riqsiz bo'ladi. Chov-yorgok churrasida xosila yorgokkacha bo'lib, yorgokni assimetriyasiga olib keladi. Qonsistensiyasi elastik bo'ladi. Gorizontal xolda yotganda qorin bo'shligiga oson to'girlandi. Churra to'girlangandan keyin tashki chov xalkasi oson aniqlanadi. Bola yo'talganda churra bo'rtib chikishi musbat bo'ladi. Kiz bolalarda chov churralari yumalok shaklda bo'ladi va tashki chov xalkasi soxasida aniqlanadi.

### Differentsial diagnostikasi.

Chov churralarini birinchi navbatda moyak istiskosi bilan farklash kerak. Oddiy istiskoda xosila elastik qonsistensiyada bo'ladi. Kistoz xarakterda bo'ladi va yoruglanish musbat bo'ladi. Ertalab ular kichik xajmda, kechga borib kattalashadi va taranglashadi.

**Davosi.** Yagona radikal davolash usuli operativ davolashdir. Xozirgi vaqtida og'riqsizlantirish yuqori darajada bo'lishi sababli operatsini yangi tugilgan chakaloklarda xam o'tkazish mumkin. Churralarni bola 6-12 oyligida operatsiya qilish optimal kisoblanadi. Churralarni qorin bo'shligi bilan aloqasini xisobga olgan xolda operatsiyani maksadi-churra xaltasini olib tashlab, qorinni oldingi

devorini mustaxkamlashdir. Bolalarda operatsiyani oddiy usullaridan foydalaniladi. Umumiy og'riqsizlantirish ostida chov soxasi terisidan kesim o'tkaziladi. Tashki kiyshik mushakni appanevrozini, tashki chov xalkasidan o'tib va pupart boglami apanevrozidan o'tib, keyin ikkita anatomik pintset bilan fastsiya qavatlari urug tizimchasi ustidan ajratiladi va churra xaltasi ajratiladi. Ajratilgandan so'ng xalta qon to'xtatuvchi zajim bilan ushlanadi. Atrof to'kimalardan ajratilib, tekshirib ko'rish uchun kesib ochib ko'riladi va bo'yinchasidan tikib boglanadi. Distal qismi xam boglanadi. Jaroxat yuzasi qavatma-qavat tiqiladi.

### Kisilgan chov churralari

Chov churralarining asorati bu churraning kisilishidir. Bunda churra xaltasidagi ichak kovuzlogi yoki ichak tutkichi churra darvozasida kisiladi, uning qon aylanishi va oziklanishi buziladi. Kisilishning asosiy sabablari kuyidagilardir:

- 1)qorin ichi bosimi oshishi;
- 2)ichak funktsiyasi buzilishi;
- 3)meteorizm.

Klinikasi. Bola kachon bezovtalangan, yiglagan va churra soxasida og'riq bulgan vaqtini ota - onalar aniq ayta oladi. Churra taranglashgan bo'ladi. Paypaslaganda kuchli og'riq bo'ladi. Qorin bushligiga churroni tugirlash befoyda bo'ladi. Keyinchalik og'riq kamayadi. Bola lanj bo'lib qoladi, kungil aynish va kusish kuzatiladi, bola axlati ushlanishi mumkin. Kisilgan churralarni differentsiatsiya qilish anamnez va umumiy kurikka asoslanadi. Agar anamnezidan chov churrasi borligini aytsa, tashxis qo'yish unchalik kiyin bulmaydi. Bir oylik bolalarda kisilgan churra bilan tez yuzaga keluvchi urug tizimchasi kistasini va chov limfadenitini farklash kiyinchilik tugdiradi. Shubxa bulganda vrach kisilgan chov churrasi tashxisi tomonga yon bosadi. Fakatgina operatsiya jarayonigina shubxani yukotishi mumkin. Kiz bolalarda kisilgan chov churrasini tuxumdon kisilishidan farklash kiyindir. Tuxumdon va uning ortigi nekroz bo'lib, bemorni pushtsizlikka olib kelishini xisobga olgan xolda bunday vaqtda darxol operatsiya qilish zarurdir. Kisilgan chov churralarini bolalarda uziga xos tomonlari kuyidagilardir:

1. Ichak kovuzloklarining yaxshi qon bilan taminlanganligi;
2. Tomirlar elastiklik xususiyati yuqori bo'lishi;
3. Kisuvchi churra xaltasining kuchsizligi.

Shularga karamasdan churroni uz-uzidan tugirlanishi kuzatilishi mumkin. Kisilgan churroni albatta darxol operatsiya qilish kerakdir.

**Davosi.** Kuchsiz va chala tugilgan chakaloklarda, churroni kisilish vaqt 12 soatgacha bulsa, qonserativ tugirlashga Ko'rsatma bula boladi. Bu bemorlarga churroni to'gri bo'lishi uchun sharoit yaratish kerak. Shu maksadda kuyidagi muolajalar qo'llaniladi. 0,1% atropin eritmasi va 1% promedol eritmasi (0,1 ml yoshiga xisobidan) 15-20 min issik vanna va bolani dumba qismi (taz) kutarilgan bo'ladi. Kisilgan churroni kul bilan tugirlash kat'yan man kilinadi. Chunki bu vaqtda kisilgan organga shikast etishi mumkin. Agarda qonserativ davo 1,5-2 soatgacha effekt bermasa darxol operatsiya chorasi kurish kerak. Operatsiya texnikasi kisilgan churronda uziga xoslik tomoni shuki, churra tugirlanmasdan oldin churra xaltasi ichidagi xosila nimaligini kurish zarurdir. Kurikdan keyin kisuvchi xalka va tashki kiyshik mushakning apanevrozi kesiladi, kisilgan ichak tortib olinib, tekshiriladi (retrograd kisilish borligi) va tugirlanadi. Agarda ichakda qon aylanish buzilgan bulsa, ichak tutkichiga 0,25% novokain eritmasi yuborilib, issik fiziologik eritmaga botirilgan salfetka bilan isitiladi. Agarda ichakning funktsiyasi buzilganligiga shubxa bulsa, ichakning usha qismi rezektsiya kilinadi. Churra xaltasi olib tashlangandan keyin chov kanalini Martinov usulida plastika kilinadi. Operativ davoning effektivligi operatsiyani churra kislordan qancha vaqtdan keyin boshlanganiga bog'liq. Kisilgan churralarda ulim kursatkichi 0,5 % ga teng.

### Kiyshik chov churralari

Kiyshik chov churralari chov kanaliga chuqur chov xalkasidan utadi. Ba'zi xollarda yorgokkacha tushadi (to'liq churra, chov-yorgok churras). Tugma chov churralarida qorin pardaning vaginal usimtasi obliteratsiyaga uchramasdan, qorin bushligi bilan chov kanali va yorgok bilan aloqa qiladi. Shu churra erkaklarning 5% da uchraydi. Yosh bolalarda ko'pincha kisilishga olib keladi. 75% ung tomonlama uchraydi. Ba'zi

xollarda pastga tushmagan moyak bilan birga yoki istisko bilan birga uchrashi mumkin. Ikki tomonlama vaginal usimtaning obliteratsiyaga uchramasligi 10% kiyshik chov churras bilan ogrigan bemorlarda uchraydi. to'gri chov churralari qorin bushligidan tashqariga lateral kindik burmasi ichkari qismidan chiqadi. Chov kanalining tub soxasiga Xesselbak uchburchagidan chiqadi. to'gri chov churras - tugridan-to'gri organlarning chikishi chov kanalining orka devoridan orka

tomondan va oldidan esa urug tizimchasi soxasidan utadi. Churra urug tizimchasi ichida bulmaydi. Shuning uchun kiyshik chov churrasidan farkli ularok yorgokkacha tushmaydi va churra darvozasi kam xollarda tor bo'ladi shu tufayli churra kam kisiladi. Churra xech kachon tugma bulmaydi. Churra ko'pincha katta yoshli kishilarda uchraydi. Katta yoshli kishilarda ikki tomnlama uchraydi. Retsidiv churralar to'gri churralarda kiyshik chov churralaridan kura ko'proq uchraydi. Xirurgik davo chov kanalining orka devorini mustaxkamlashga karatilgan. Kombinirlangan chov churralari. Chov churralarining eng ogir turiga kiradi. Bemorming bir tomonida 2 yoki 3 ta aloxida-aloxida churra xaltasi bo'ladi. Ular bir-biri bilan aloqa qilmaydi va xar biri aloxida churra darvozasidan chiqadi.

### Son churrasi

Son churrasi son kanalidan utib, son fastsiyasiga uralib utadi. Qorin churralarining 5-8%ini tashkil etadi. Kupincha ayollar kasallanadi 30-60 yoshgacha bulgan ayollar (80%). Kam xollarda katta bo'ladi. Kisilishga moyil bo'ladi. Churra xosilasi ko'pincha ingichka ichak kovuzlogi va charvi bo'ladi. Churrani paydo bo'lishi jismoniy zurikish va xomiladorlik, surunkali ich kotish.

Moyakning rivojlanish nuqsonlari 2 guruxga bulinadi.

1. Rivojlanish nuqsoni.
  2. Joylashish nuqsoni.

Rivojlanish nuqsoniga - moyak gipoplaziysi, monorxizm, anorxizm va poliorxizm kiradi. Joylashish nuqsoniga esa kriptorxizm va moyak ektopiyasi kiradi.

## Moyakning rivojlanish nuqsonlari

## Moyak gipoplaziyasi

Bu nuqson moyakda qon aylanish buzilishi sababli paydo bo'ladi va ko'pincha kriptorxizmda uchraydi. Ikki tomonlama gipoplaziya bo'lsa, endokrin buzilishga sabab bo'ladi. Bolalarda adipozogenital semirish va jinsiy rivojlanish orkada qoladi. Bu nuqson ko'pincha mikropeniya eki yashirin jinsiy xolat bilan birga uchraydi.

Davosi. Moyak gipoplaziyasida endokrinologik davo erdam beradi.

### **Monorxizm**

Tugma nuqson bo`lib, fakatgina yagona moyak bo`lishi bilan xarakterlanadi. Bu nuqsonga sabab embriogenezning buyrak joylanishidan oldin buzilishi va jinsiy bezlarning buzilishidir. Shu sababli monorxizm va solitar buyrak birga uchraydi. Monorxizmda buyrak bo`lmasligi sababli moyak ortigi va urug tashuvchi yo`llar bo`lmaydi.

Shu tomonda ergok aplaziyaga uchragan bo'ladi. Agarda bir tomonda tugma moyak bo'lmasa, lekin ikkinchi tomonda normal rivojlangan bo'lsa, bolada endokrin buzilish bo'lmaydi va pushtsizlikka olib kelmaydi. Agarda yagona moyak kriptorxizmga uchragan bo'lsa, bu xolda gipogonadizmning u eki bu shakli uchraydi.

**Davosi.** Agar xakikiy monorxizm bo'lsa, ergokga siliqondan moyak protezi implantatsiya kilinadi. Bu operatsiya kosmetikaga axamiyat berib, 12-14 eshli o'smirlarda amalga oshiriladi. Yagona moyakning gipoplaziyasi garmonal davolanadi.

### **ANORXIZM**

Moyakning tugma bo'lmasligi. Bu nuqson ko'pincha ikki tomonlama buyrak ageneziyasini yoki aplaziyasi bilan birga uchraydi. Ikki tomonlama buyrak ageneziyasini va aplaziyasida bolalar yashamaydi. Anorxizmni o'zi uchraganda kam xollarda evnuxiodizm, tashki jinsiy a'zolar rivojlanmasligi, prostata bezi va urug pufakchasi bo'lmasligi bilan uchraydi. Ikilamchi jinsiy belgilar bo'lmaydi.

**Davosi.** Garmonal terapiya.

### **POLIORXIZM**

Bu tugma nuqson, ko'shimcha uchinchi moyak bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha u kichik va gipoplaziyalangan ergokda asosiy moyakdan yuqorirok joylashadi. Kam xollarda ko'shimcha moyakning ektopiyasi -son terisida, bel soxasida, bo'yinda uchraydi.

**Davosi.** ko'shimcha moyakni operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi, chunki u emon sifatli o'smaga aylanishi mumkin.

### **Moyakning joylashish nuqsoni.**

Moyakning joylashish nuqsoni moyakning yorgokga tushish protsessii buzilishi bilan bog'liqdir. Xomilada moyak qorin parda ortida turib, qorinning orka devorida joylashadi. Xomiladorlshikning 6-oyiga kelib moyak Gunterev yo'li bo'ylab pastga tusha boshlaydi. Chov kanalidan o'tib, ular yorgok tubiga tushadi va shu erda bola tugilish vaqtida fiksatsiya bo'ladi. Kuyidagi sabablarga ko'ra:

a) moyak tomirlarining kalta bo'lishi

b) chov kanalini to'lik etilmaganligi

v) chov kanali yo'lida biriktiruvchi to'kimali to'sik bo'lishi

g) shunday to'siklar ergokga kirish joyida bo'lishi sababli moyakni yorgokga tushishi to'xtaydi eki o'zgaradi. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra tekshirish natijasida ma'lum bo'ldiki kriptorxizmga mezinximal to'kima differentsiatsiyasini ushlanib kolishi sabab bo'larkan. Moyak tomirlari

kalta bo'lishi yoki chov kanalida to'sik bo'lishi tufayli moyak chov kanalining kirish qismida yoki uning bo'shligida ushlanib qoladi. Bu xol xakikiy

- kriptorxizm deyiladi. Boshqa so'z bilan aytganda kriptorxizm - moyakni ergokga tushish yo'lida ushlanib kolishidir (retentsiya). Agar moyak chov kanalida kirishda, qorin bo'shligida kolib ketsa, bu retentsiya abdominal xisoblanadi. Chov kanalida ushlanib kolsa, ingvinal xisoblanadi. Agar moyak ergokga tushish vaqtida ergokga kirish qismida to'sik bo'lsa, (biriktiruvchi to'kima) moyak yo'li va u bo'ylab moyak chov soxasida, son soxasida yoki oralik soxasida joylashadi. Shu soxalarda moyakning joylashishi-moyak ektopiyasi deyiladi. Boshqacha so'z bilan aytganda ektopiya bu-moyakning

ergokga tushish yo'lidan adashishidir. Ektopiyaning shakllari ularning joylashishiga ko'ra:

- 1)chov
- 2)kov
- 3)son
- 4)oralik shakllari bo'ladi.

Kam xollarda kesishmali ektopiya turi uchraydi. Bunda moyak ergokning karama-karshi tomoniga tushib qoladi. Moyakning nuqsonli joylashishi kuyidagi asoratlar paydo bo'lishi uchun zamin yaratadi.

a) spermatogen funktsiyaning buzilishi,  
b) buralib kolish tufayli nekroz bo'lishi,  
v) travmatik nekroz bo'lishi,  
g) malignizatsiya. Spematogen funktsiyaning buzilishi atrof to'kimada maxalliy tana xarorati yuqori bo'lishidir (ergokdan 1,5-6° S gacha baland bo'lishi). Xarorat baland bo'lishi moyakning parenximasida sklerotik o'zgarishlar keltirib chikarib, germinativ epiteliyni differentsiatsiyasini tormozlaydi. Bu o'zgarishlar 10-11 eshli o'smirlar uchun kaytmasdир. Chov kanalida turgan moyak buralib kolishi tufayli nekroz yuzaga keladi. Kechikib operatsiya qilish esa, moyakni olib tashlash bilan tugallanadi.

## KRIPTORXIZM

Yorgokda birgina yoki ikala moyakning bulmasligi kriptorxizm deyiladi. Asosan moyaklar xomiladorlikning 9-oyiga kelib yorgokka tushadi. Moyaklarning noto'liq tusha boshlashi xomiladorlikning birinchi xaftalaridan boshlanadi. Oxirgi ma'lumotlarga kura kriptorxizm bilan tugilgan chakaloklarning 70% da bir yoshgacha moyak yorgokka tushishi

mumkin ekan. Ba'zi xollarda bola balogatga etguncha moyak yorgokka tushishi mumkin. Kriptorxizmning uchrash nisbati 10-20 %-chakaloklarda, 2-3 % bir yoshgacha bulgan bolalarda, 1% pubertat yoshda va 0,2-0,3 % katta yoshli kishilarda uchraydi.

### Etiologiyasi va patogenezi.

#### 1. Endokrin faktor.

Xomilador ayolda gormonal disbalans, moyaklarning, kalqonsimon bezning, gipofizning inkretor funktsiyasining buzilishi moyaklarning yorgokka tushishiga tuskinlik qiladi (ayniksa ikki tomonlama kriptorxizmda).

#### 2. Mexaniq faktorlar.

Chov kanalining kaltaligi, yorgokda kirish qismida yul (tunnel) bulmasligi, urug tizimchasining, vaginal usimtaning, moyakni oziklantiruvchi tomirlarning kaltaligi, boshlab boruvchi boglamning etilmaganligi, chov kanalining ichki xalkasida peritoneal burmalar bo'lishi.

#### 3. Genetik aspektlar.

### Tasnifi

Kriptorxizm bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin:

#### 1. Kriptorxizm, ya'ni retentsiya-xakkikiy kriptorxizm.

a) qorin, b) chov, v) aralash bo'lishi mumkin.

2. Yolgon kriptorxizm. (migratsiyalanuvchi moyak). Moyak sovukda, jismoniy zurikishdan keyin chov soxasiga yoki qorin bushligigacha kirib ketishi mumkin. Issik tutganda va mushaklar bushashganda moyaklar yana uz joyiga tushadi.

#### 3. Ortirilgan kriptorxizm.

Kupincha moyaklar jaroxat olgandan keyin yorgokka sigmay chov soxasiga yoki qorin bushligiga ketadi. Qorin bushligiga kolib ketgan moyak atrofiyaga uchrashi mumkin.

### Klinikasi.

Yorgokning assimetriyasi, etilmaganligi, yorgokda birgina yoki ikkala moyakning bulmasligi. Qorin soxasida yoki chov soxasida og'riq bo'lishi. Agar moyak qorin bushligida kolgan bulsa, og'riq bola jinsiy etilish vaqtida bo'ladi. Og'riq jismoniy zurikishda, jinsiy kuzgalishda, ich kotganda kuchayadi. Umumiy kuzdan kechirish bola gorizontal xolda yotganda, bola tik turganda va qorinni taranglashtirganda utkaziladi. Bola kuchanganda chov soxasidan churra xaltasi bilan birga moyak xam tushishi mumkin. Agarda moyakni chov soxasidan paypaslab topib

bulmasa, moyakni ektoxiya uchrashi mumkin bulgan joydan axtarish kerak. Agarda moyakni shu soxalardan topilmasagina qorin retentsiyasiga shubxa qilish mumkin.

**Diagnostikasi.** Kriptorxizm va ektoxiyani aniqlash umumiyo ko'rik va paypaslash orqali amalga oshiriladi. Ektopyada moyak elastik bo'lib, og'riqsiz bo'ladi va teri osti kletchatkasida paypaslanadi. Uning xarakati chegaralangan bo'ladi. Kesishmali distopiyada bitta yorgokda ikkita moyak bo'ladi.

### Tekshirish usullari.

1. MRT, UZI, Moyaklarni stsintigrafiyasi-bular fakatgina moyalarni joylashgan joyinigina emas, balki uning o'lchamini, funksional xolatini aniqlab beradi.

2. Angiografiya-moyak arteriyasini topish uchun aortaga dori modda yuborilib yoki superselektiv usulda ichki moyak venasini punktsiya kilinadi rentgen ostida tekshiriladi.

3. Shubxali xollarda chov soxasini operativ reviziya kilinadi.

Kriptorxizmda moyakni yo paypaslab bo'lmaydi (abdominal retentsiyada) yoki uni chov kanalida paypaslanadi. Tekshirishni bola gorizontal yotgan xolda o'tkaziladi. Vrach pastdan bir ko'li bilan yorgokni ushlaydi. Ikkinci ko'li barmoklarini kaft qismi bilan chov kanali bo'ylab pastga karab yuritadi. Chov retentsiyasida moyak xarakatchan ammo pastga ya'ni yorgokga tushmaydi. Xakikiy chov kriptorxizmini yolgon kriptorxizmdan fark qilish, bunda yuqori kremaster refleksi bo'ladi va moyak yorgokga tushishi mumkin.

Ikki tomonlama chin kriptorxizmda ba'zi xollarda jinsiy infantilizm va garmonal disfunktsiya yuzaga keladi. Shunday kilib kriptorxizmda qorin pardaning vaginal o'simtasi doimo obliteratsiyaga uchramagan bo'ladi. 1G'4 bolalarda chov churrasi bilan birga uchraydi.

### Davosi.

Qonservativ davo.

1. Tokoferol atsetat moyak tukimalarini gistobioximik protsessini boshqaradi.

2. Me'yori. Emizikli ayollarga 200-300mgg'sut, 1 oydan katta bolalarga 5-10mgg'sut 1,5-2 oy davomida berish kerak.

3. Vitaminlar A, V, S va R gurux.

4. Xorion gonadotropin (moyakning interstitsial xujayralarini stimulyatsiya maksadida). 250,500 yoki 1000 ED yoshiga mos ravishda xafkasiga 1-3 marta umumiyo 16-18 marta.

4. Testosteron 10 mg kun ora mg' o agarda gipogonadizmnning klinik belgilari yakkol bulsa (15-20ta inektsiya). Operativ davo. 10% xollarda moyak bolalarda jinsiy rivojlanish vaqtida yorgokga tushishini xisobga olgan xolda, uni operatsiya yo'li bilan yorgokga tushirishga shoshmaslik kerak. Ba'zi asoratlarni xisobga olgan xolda operatsiyani erta boshlash mumkin. Bolalarda operatsiyani 4-6 yoshda o'tkazish maksadga muvofikdir. Ektopiyada moyak atrof to'kimalardan tozalanib yorgokga tushiriladi va tunika dartosga fiksatsiya kilinadi. (Hyuller operatsiyasi). Kriptorxizmda agarda qon tomirlar kalta bo'lsa, moyakni fiksatsiya kilib bo'lmaydi. Kriptorxizmda keng tarkalgan operatsiya turi

Toraka-Gertsen operatsiyasi, u ikki etapda o'tkaziladi. Chov burmasi soxasidan teri kesmasi o'tkaziladi. Chov kanali ochiladi. Moyak kobigi bilan ajratiladi. Urug tizimchasi maksimal yuqoriga mobilizatsiya kilinadi. Embrional tortmalar bo'shashtiriladi. Kremaster mushagi kesiladi. Vagingal o'simta ajratiladi. Bo'yinchasidan boglanib, kesib tashlanadi. Ikki barmok bilan yorgokga yo'l yasaladi, yorgok tubi kesiladi. Moyak yorgokga tushirilib sonni ichki yuzasi terisi kesilib, shu erga fiksatsiya kilinadi. Yorgok-son anastomozi xosil kilinadi. Yorgok va son terilari tiqiladi. Keyin chov kanalini Martinov usulida plastika kilinadi. Doimo moyakni traktsiyasi arteriya venalari uzayishiga olib keladi. 2-3 oy o'tgandan keyin 2- etap operatsiyasi boshlanadi. Yorgok-son anastomozi kesiladi. Ikki tomonlama kriptorxizmda ikkinchi moyak operatsiyani ikkinchi etapida pastga yorgokga tushiriladi. Chunki bu vaqtgacha garmonal o'zgarishlar tufayli moyakni o'zi xam yorgokga tushishi mumkin.

Okibati. Ektopiyada okibati yaxshi bo'lishi mumkin. Kriptorxizmda esa moyakning etilmaganlik darajasiga bog'liq. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra operatsiya kilinmagan 1 tomonlama kriptorxizmda sperma 20% xollarda xayotchan bo'larkan. Operatsiyadan keyin esa 80% xollarda xayot bo'larkan. Ikki tomonlama kriptorxizmda esa bu ko'rsatkich 10 va 40 % ga teng.

## VARIKOTSELE

Varikotsele - moyak va moyak ortigi venalarini varikoz kengayishi bo'lib, asosan 9-10 yoshdan katta ugil bolalarda kuzatilib, 15%-gacha uchraydi. Ideopatik va simptomatik varikotselelar farklanadi. Ikkilamchi varikotsele rivojlanishiga qorin orti soxasidagi biron ta xosila bilan moyak venasi bosilishi sabab bo'ladi. Birlamchi varikotsele chap tamonlama bo'lib, murakkab geneziga ega. Ma'lumki moyakdan qon moyak,

kremaster va urug tizimcha venalar orqali ketadi. Bulardan oxirgi ikkitasi yonbosh venasi sistemasiga kuyiladi. Ung moyak venasi pastki kovak venaga, chap moyak venasi esa buyrak venasiga kuyiladi. Chap buyrak venasi pastki kovak venaga kushilayatganda aorta mezenterial pintsetdan utadi. Shu erda u kisilishi mumkin, bu bosim oshishiga sabab bo'lib, moyak venasida qon okishini kiyinlashtiradi. Ba'zan buyrak venasi anomal joylashgan moyak arteriyasi bilan bosilishi mumkin.

Klinika va diagnostikasi. Kamdan kam xolatlarda yosh bolalarda varikotsele kuzatiladi. Bunday bolalarda moyakda qon aylanishi buzilishiga sabab faktor aniqlanadi. Rasm 48. Ba'zan varikoz ikki tamonlama bo'ladi. Ung tamonlama vrikotsele moyak venasi buyrak venasiga anomal kushilishi bilan bog'liq. Ikki tamonlama varikotsele moyaklar urtasida anastamoz okibatidir, chap tamonlama varikotselle davolangach odatda ung taraftadagisi xam yuqoladi.

Varikotsele bulgan bolalar odatda xech narsaga shikoyat qilmaydi. Kasallik profilaktik kuriklar paytida aniqlanadi. Fakatgina kata yoshli bolalarda ogirlilik xisi va og'riq sezilishi mumkin.



Rasm 48 Konthastli tekshirish

Klinik jixatdan varikotsele 3 darajaga bulinadi.

I - kengaygan venalar vertikal xolatda kuchanganda paypaslanib aniqlanadi.

II - kengaygan va buralgan venalar yorgok orqali kurinib turadi, gorizontal xolatda kichrayadi.

III - moyak kichiklashgani va xamirsimonligi aniqlanadi.

Gorizontal xolatda varikotsele kichraymasa, qorin orti soxasidan xajimli xosila izlanishi zarur.

Davolash. Ideopatik varikotseleda operatsiya kilinadi, bunda moyak venasi boglanadi yoki angiografik tekshirishda uni tromblast klinadi. Bu kaytgan qonning moyakka kelishini tuxtatadi va varikoz venalar kichrayadi. Noananaviy, aktiv, adekvat maksad va vazifalarga asoslangan metodika orqali ukitib umum amaliyot vrachini kerakli bilim va kunikmalar bilan kurorlantirib, uning bemor va ota-onasi bilan ratsional taktikada ishlash, tibbiy va ijtimoiy muammolarni echishga urgatish mumkin.

5. Mavzu buyicha kasallarni kuratsiya qilish - 15 minut
6. Operatsiya va boglovlar xonasida ishlash - 20 minut;
7. Amaliy klinikmalar bajarishi - 15 minut:

## **SIYDIK QOPI PUNKTSIYASI**

Ko'rsatma:

- O'tkir siydiq tutilishida kateter bilan siydiq qopiga tusholmagan qolatda (chaqaloqlardagi uretraning tuqma nuqsonlari, uretra jaroqatlari).

Tayyorlash:

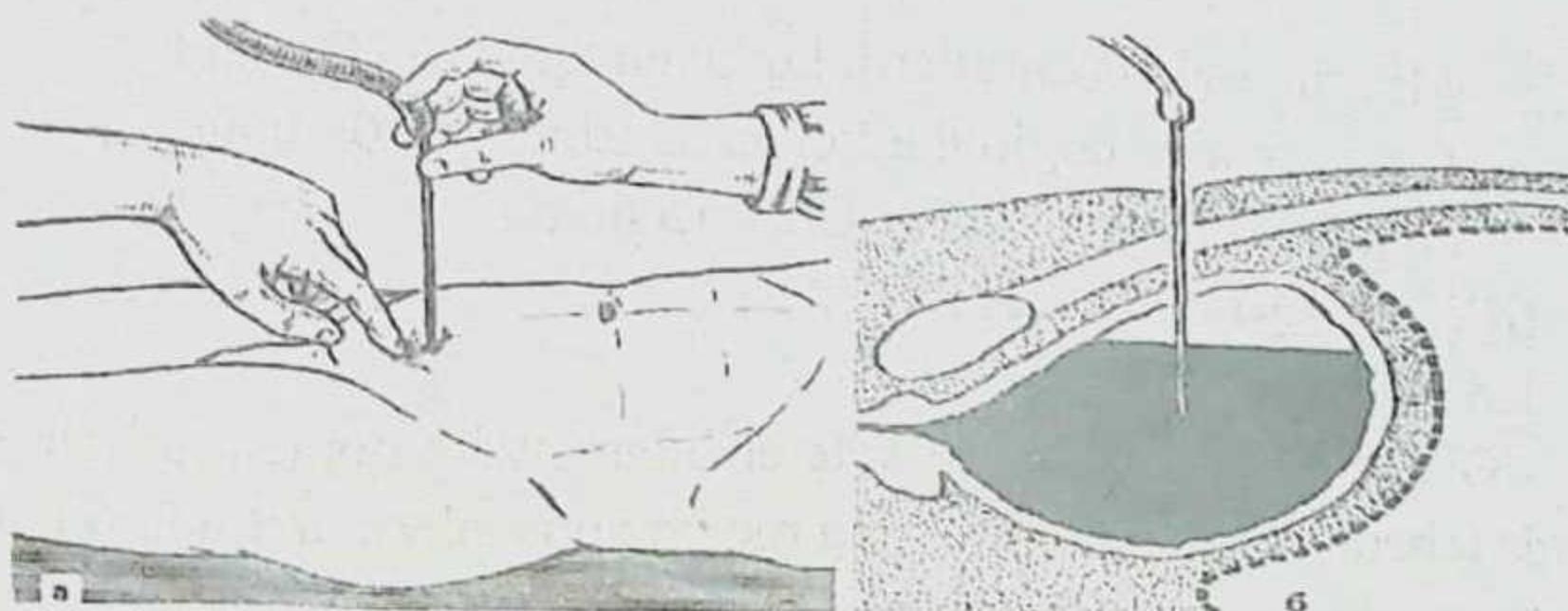
1. Bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya qaqida tushinchada bering;
2. Perkussiya yo'li bilan siydiq qopini to'lganligini aniqlash.

Zarur shart-sharoitlar, instrumentlar va medikamentlar:

1. Boqlamlar qonasi;
2. Shpirts bir martalik 2,0;
3. Meditsina spirti 76%;
4. Yodning spirtli 2% eritmasi;
5. Punktsion igna;
6. Pintset;
7. Steril sharik va salfetkalar;
8. Yopishqoq plastir;
9. Lotok.

Bajarish texnikasi (aseptika koidalariga rioya qilgan qolda):

1. Bemor yotgan qolatda;
2. qov usti soqasini yod va spirt bilan artiladi;
3. O'rta chiziq bo'yicha simfizdan 0,5 - 1 sm yuqorida punktsiya nuqtasi topiladi;
4. Ignani yuzaga perpendikulyar qolatda tutib tushib ketish xususiyatini sezgangacha sanchiladi;
5. Oqib chiqayotgan siydiqga lotok qo'yiladi;
6. Siydiq kamayib tomchilab qolganda qov ustiga qo'l bilan bosiladi (shunda siydiq qopi to'liq bo'shaydi);
7. Ignaning uchi germetik yopilgan qolda suqurib olinadi;
8. Ignan o'mi yod bilan ishlov beriladi va yopishqoq plastir qo'yiladi.



Rasm 48. igna sanchish texnikasi; Rasm 49. punktsiya sxemasi.

## SIYDIK QOPINI YUMSHOQ KATETER BILAN KATETERLASH

Ko'rsatma:

1. O'tkir siylik tutilishi;
2. Uretraning o'tuvchanligini aniqlash;
3. Siylikni analiz uchun olish zaruriyati bo'lganda;
4. Siylik qopini yuvish uchun;
5. Siylik qopiga dori-vositalar yuborish uchun.

Tayyorlash:

- bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya qaqida tushincha bering.

Zarur shart-sharoitlar, instrumentlar va medikamentlar:

1. Boqlamlar qonasi;
2. Kerakli diametrli yumshoq steril siylik kateterlari (bolalar uchun ko'pincha 10-14 nomerli kateterlar qo'llaniladi);
3. 1:5000 furatsillin eritmasi;
4. Lotok;
5. Steril sharik va salfetkalar;
6. Vazelin yoqi;
7. Pintset.

Bajarish texnikasi (aseptika koidalariga rioxaliga qilgan qolda):

1. Bemor orqaga yotgan qolatda, boshi qismat ko'tarilgan, oyoqlari chanoq-son va tizza bo'qimlari qisman bukilib va ochilib sirtga qayirilgan qolda;
2. Bemordan chap tomonda unga orqa bilan turish;
3. Uretra tashqi teshigi atrofi furatsillin eritmasi bilan yuviladi;
4. Kateter o'tkazuvchanligi furatsillin eritmasi bilan tekshirib ko'rildi;

5. Kateter uchiga vazelin yogi surtiladi;
6. Sonlar orasiga lotok qo'yiladi;
7. Olat boshchasi chap qo'l bilan ushlanadi;
8. Pintset yordamida siyrik chiqqanicha kateter sekinlik bilan yuboriladi;
9. Oqib chiqayotgan siyrikga lotok qo'yiladi;
10. Siyrik qopi bo'shangandan so'ng kateter olinadi.

### **SIYDIK QOPINI METALL KATESTER BILAN KATETERLASH**

Ko'rsatma:

1. O'tkir siyrik tutilishi;
2. Yumshoq kateterni qo'yish imqoniyati bo'lmaganda;
3. Uretraning o'tuvchanligini aniqlash;
4. Siyrikni analiz uchun olish zaruriyati bo'lganda;
5. Siyrik qopini yuvish uchun;
6. Siyrik qopiga dori-vositalar yuborish uchun.

Tayyorlash:

-bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya qaqida tushincha bering;

Zarur shart-sharoitlar, instrumentlar va medikamentlar:

1. Boqlamlar qonasi;
2. Kerakli diametrli metall steril siyrik kateterlari (bolalar uchun ko'pincha 10-14 nomerli kateterlar qo'llaniladi);
3. 1:5000 furatsillin eritmasi;
4. Lotok;
5. Steril sharik va salfetkalar;
6. Vazelin yoqi;
7. Pintset.

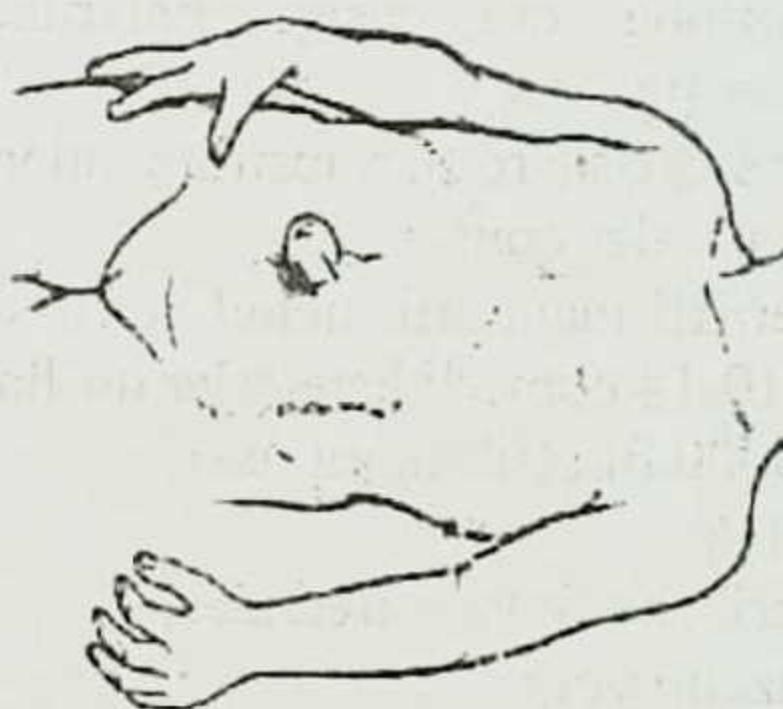
Bajarish texnikasi (aseptika koidalariga rioya qilgan qolda):

1. Bemor orqaga yotgan qolatda, boshi qismat ko'tarilgan, oyoqlari chanoq-son va tizza bo'qimlari qisman bukilib va ochilib sirtga qayirilgan qolda;
2. Bemordan chap tomonda unga orqa bilan turish;
3. Uretra tashqi teshigi atrofi furatsillin eritmasi bilan yuviladi;
4. Kateter o'tkazuvchanligi furatsillin eritmasi bilan tekshirib ko'riladi;
5. Kateter uchiga vazelin yogi surtiladi;

6. Sonlar orasiga lotok qo'yiladi;
7. Kateterni o'ng qo'lga olish;
8. Kateterni pupart boqlamiga parallel ushlab tumshuqini uretra tashqi teshigiga kiritiladi, olat boshchasini kateterga qarab yo'naltiriladi kateter tumshuqi simfizga etib kelganicha (kateter zo'rلamasdan kiritiladi!);
9. Chap qo'l bilan kateterning tumshuqi aniqlanib qov suyaklarining burchagiga yuboriladi;
10. Pintset yordamida siydik chiqqanicha kateter sekinlik bilan yuboriladi;
11. O'ng qo'l bilan kateterni sagital yo'nalishda 1800 pastga olib borib siydik qopiga tushiladi;
12. Oqib chiqayotgan siydikga lotok qo'yiladi;
13. Siydik qopi bo'shangandan so'ng kateter 11 dan 8 punktlarda ko'rsatilgan manipulyatsiyalarni amalga oshirish bilan olinadi. Rasm 49.



Rasm 49 Uretra kateterizasiyası



Rasm 50 Kindik churrası

## KINDIK CHURRASINI KONSERVATIV DAVOLASH

- kindik churrasini qonservativ davolash moxiyatini ota-anasiga tushuntirish;
- churrani chikishiga moiylig tugdirgan sababni bartaraf etish;
- umumiyl davolash tavsiyalarini berish (raxit, gipotrofiya va boshqalar);

- bolani yurgaklash;
- bolani 2-3 dakika davomida qoringa yotkizish (bu xolat qorin presini chinikishiga va kindik churra xalkasini kichrayishiga sabab bo'ladi.);
  - soat strelkasi buylab, to`gri mushaklar soxasida sekinlik bilan qorinning oldingi devoriga engil massaj utkaziladi;
  - yopishib turuvchi plastirli boglam qo'yish;
  - churrani kindikning ikki tomonidan kiritiladi;
  - terini burma xosil kilib yigadi;
  - shunday xolatda yopishib turuvchi plastr bilan fiksatsiya kilinadi;
  - plastr 7-10 kunda bir marta almashtiriladi;
  - parallel ravishda davo gimnastikasi olib boriladi;
  - bolani xar kuni chumiltiriladi. Rasm 50-51.

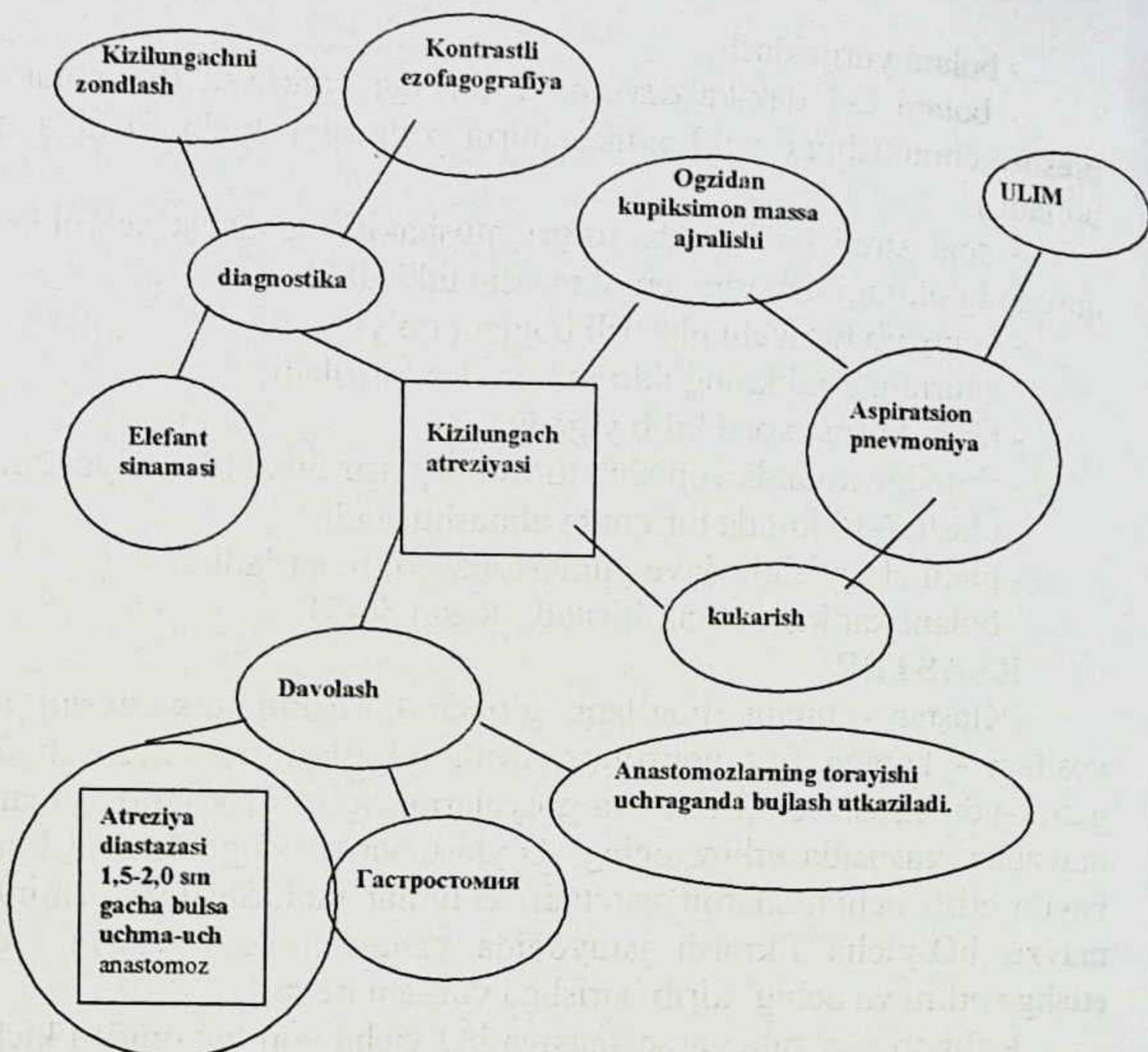
## KLASTER

(Klaster - tutam, bog`lam, g`uncha) Ma'lumot xaritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitutsiyasini fokuslash va anig`lash uchun g`andaydir asosiy omil atrofida g`oyalarni yig`ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochig` O`ylash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi) Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bO`yicha fikrlash jarayonida yangicha assotsiatsiya tag`dim etishga erkin va ochig` kirib borishga yordam beradi.

Kalit so`zlar bilan assotsiatsiya bO`yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo`ldoshlar" yoziladi - ushbu mavzu bilan alog`ador so`z yoki so`z birikmasi. Ular chizig` bilan "bosh" so`zga bog`laniladi. Ushbu "yo`ldoshlar" da "kichik yo`ldoshlar" g`am bO`lishi mumkin va boshg`alar. Yozuv ajratilgan vag`t tugaguncha yoki g`oya yO`g`otilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish g`oidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog`oz varag`i markazida kalit so`zlar 1 - 2 so`zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Muloxazalar uchun klasterlar almashtiriladi.



## MUAMMONI ANIQLASH, UNI XAL ETISH, TAXLIL KILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI

(Patogenezni tushuntirish uchun makbul.)

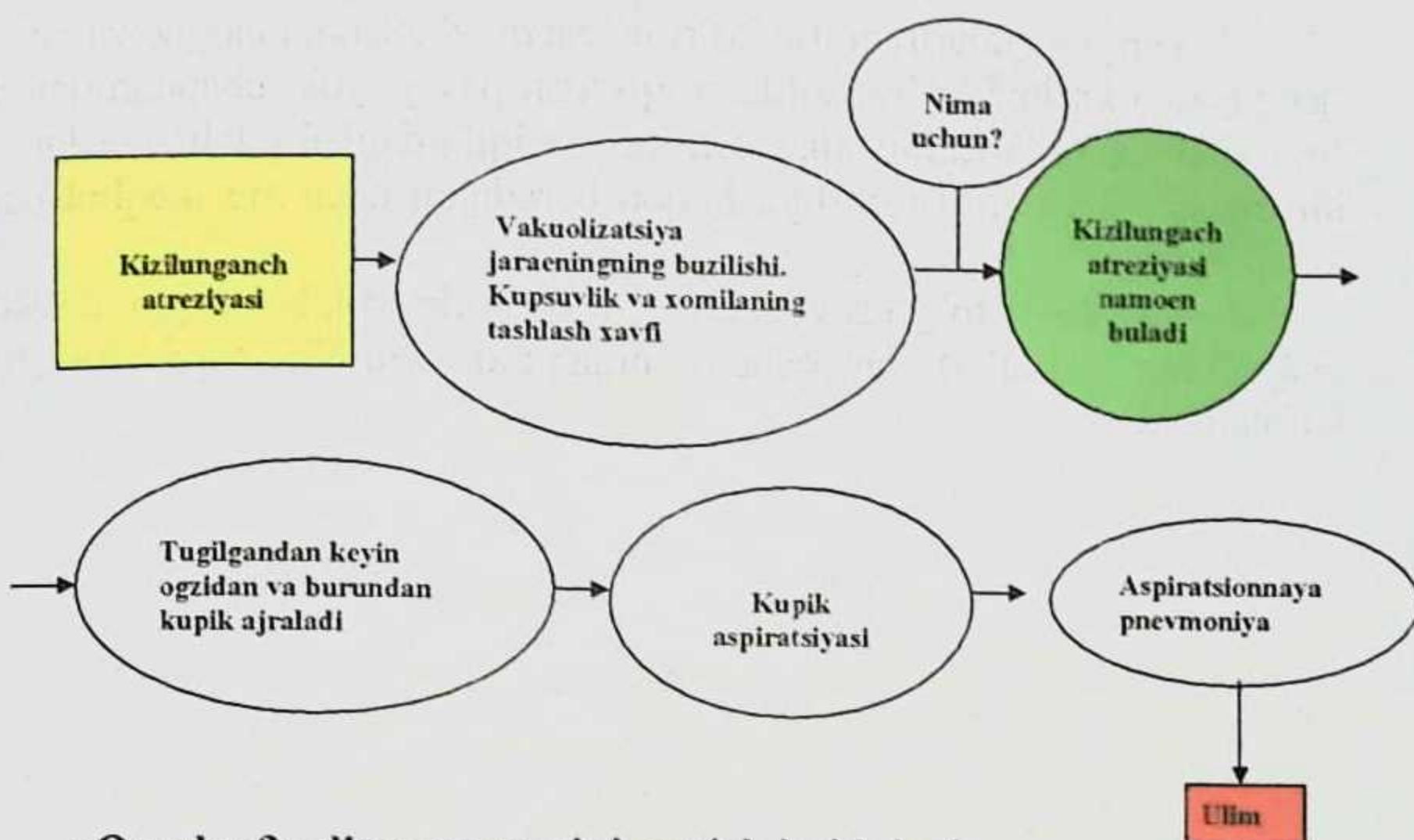
«Nima uchunq» sxemasi «Nima uchunq» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi. Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

«Nima uchunq» sxemasini tuzish koidalari.

1. qanday piktogrammadan: aylana yoki to'qri turburchakdan foydalanishingizni uzingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxema - zanjiri turini: chizikli, nochizikli, spiralsimon bo'lislighini (dastlabki xolatni markazga yoki chetga joylashtirishni) uzingiz tanlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yunalishingizni belgilaydi: dastlabki xolatdan okibatgacha. Kiziilungach atreziysi kasalligidagi nima uchun ulim kursatgichi ko'payyadiq



**«Qanday?» diagrammasini qurish koidalari:**  
(Aktiv talabalar uchun maksadli).

1. Kup xollarda sizga muammolarni xal etishda «Nima qilish kerakq» xaqida uylashga xojat bulmaydi. Muammo

asosan «Buni qanday qilish kerakq» qabilida bo'ladi. «qanday?» - muammoni qal etishda asosiy savol qisoblanadi.

«qanday?» ierarxiya diagrammasi muammo xaqida butunligicha umumi tasavvurga ega bulishga imqon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda qanday?» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imqoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini xam urganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi xarakatlar ruyxatiga mos keladi.

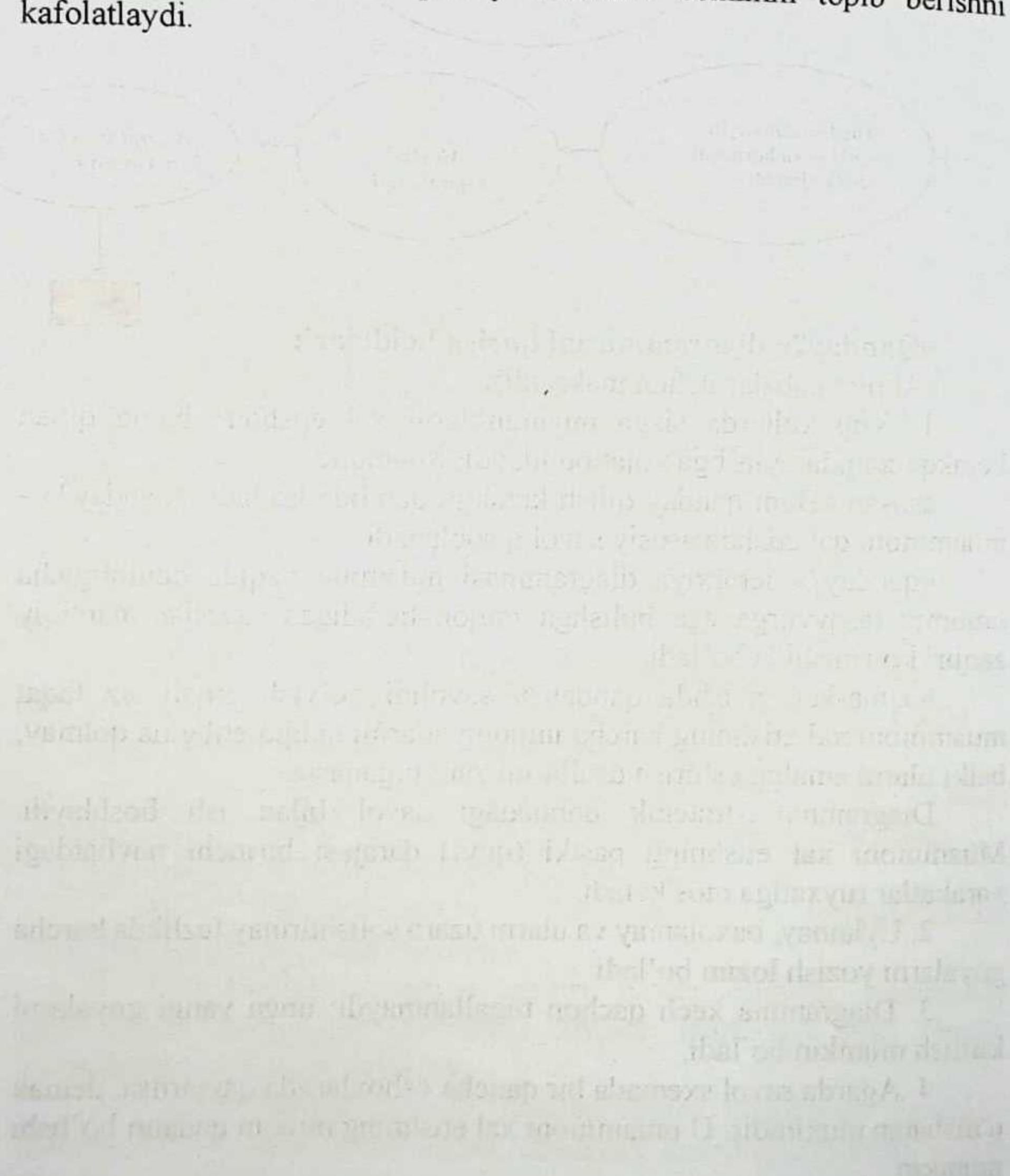
2. Uylamay, baxolamay va ularni uzaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

3. Diagramma xech qachon tugallanmaydi: unga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

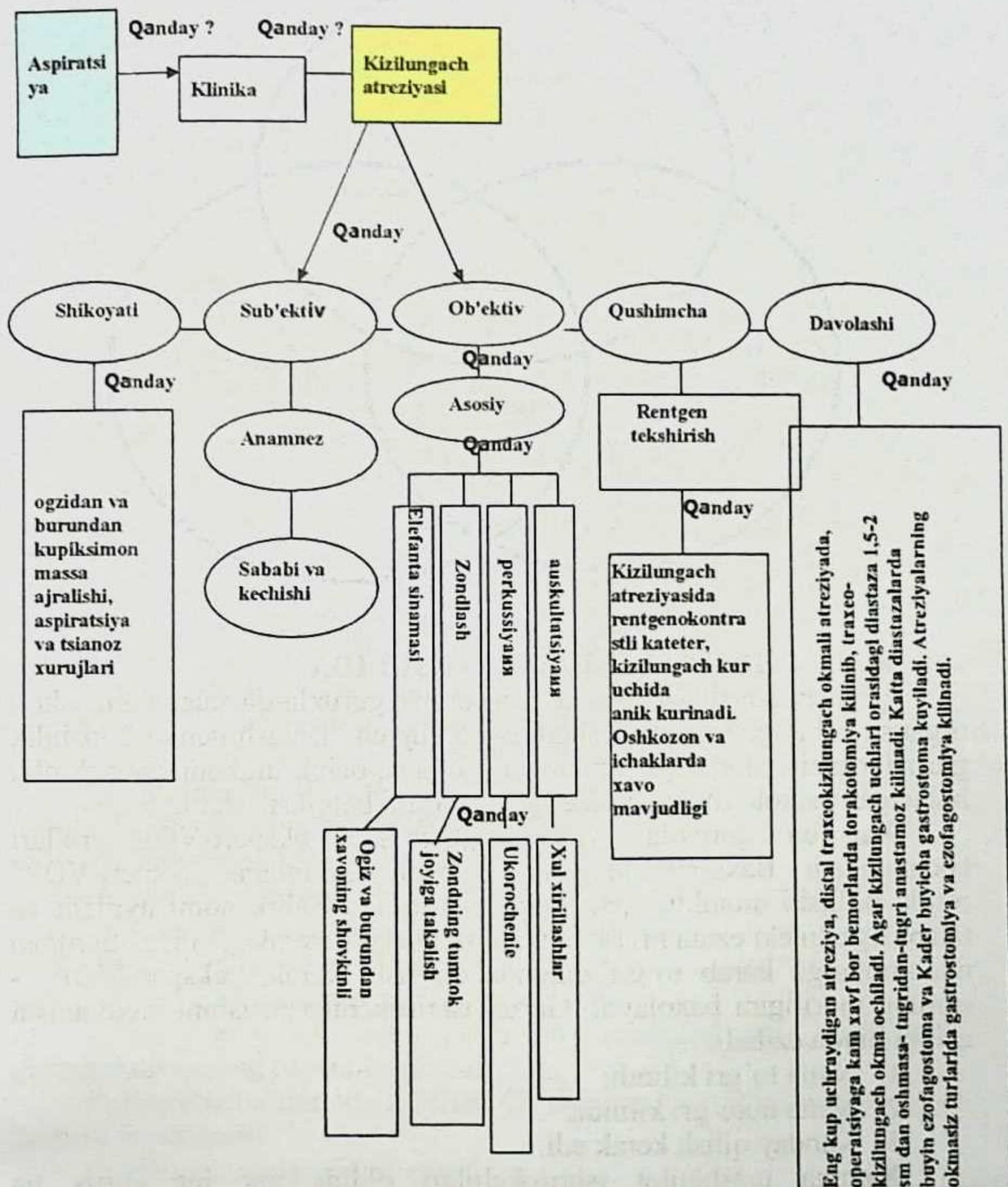
4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muximdir. U muammoni xal etishning muxim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni uzingiz xal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan unga. Eng muximi esda tuting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo echimlarini topishga imqon beradigan usul eng maqbul usul xisoblanadi.

6. Agarda siz to'gri savol bersangiz va optimistik bulsangiz, u xolda diagramma (texnika) xar qanday muammo echimini topib berishni kafolatlaydi.



## «Qanday?» DIAGRAMMASI



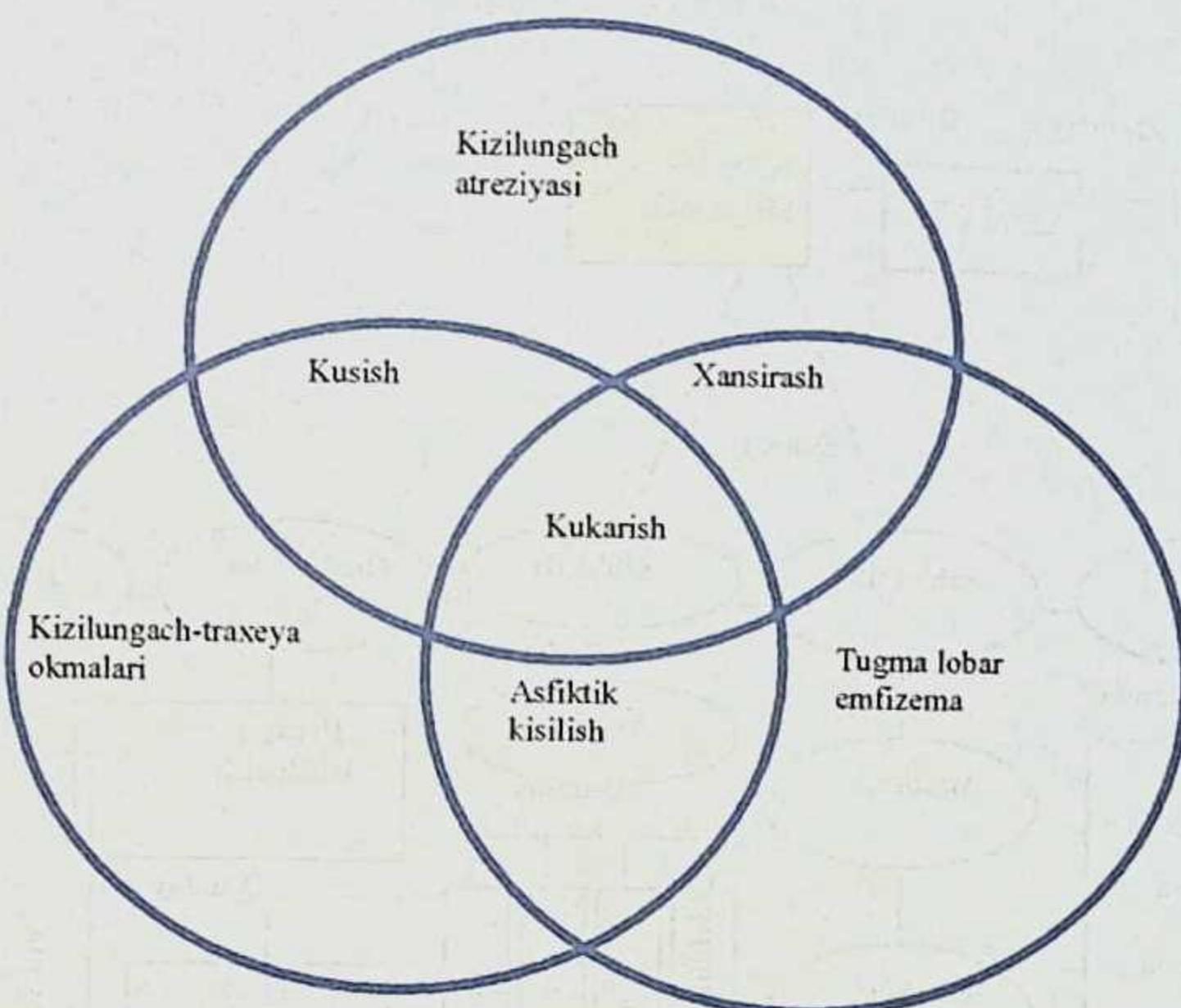
Eng kup uchravvildigan atreziya, distal traxecokizilungach o'mall atreziyada, kizilungach orqin oshumasi - turgid dan ostrostoma va Kader buyichha gastrostomasi va ezofagostomya klinidi. Kader diazazalardan okmashtur turalariga operatsiyasiga ham xavfer bor bermorlarda torakotomiya klinidi, traxecoperkussiyadan-tungi amastomoz klinidi. Kader diazazalardan kizilungach atreziyada gastrostomasi va ezofagostomya klinidi. Agar kizilungach uchilari orasidagi illastaza 1-5-2

perkussiya

Venn diagrammasi yechimi:

Mazkur xolatda uchlasiga uxshashlik - kusish;

2- tasiga o'xshashlik: xansirash yoki kukarish ...va xakozo.



### «UCH POGONALI SUXBAT» USULIDA

„Uch pogonali suxbat” uslubi kichik guruxlarda talabalarni aktiv urgatish uslubiga ta'lukli. Ushbu uslub buyicha ishlash uchun 3 kishilik guruxlar tuzish, birbiriga ishonchni urmatish, ochik muxomaga tuskunlik bulaetgan psixologik bosimni engish, vaqtini belgilash shart.

Xar bir guruxda „vrach”, „bemor”, „ekspert-VOP” rollari taksimlanadi. Baxolay oladigan ukituvchi eki talaba „ekspert-VOP” rolida bo’lishi mumkin. „Bemorga” xirurgik kasallik nomi aytiladi va talaba ogzaki eki ezma ravishda malumot berishi kerak. „Vrach” berilgan malumotlarga karab to’gri diagnoz qo’yishi kerak, „ekspert-VOP” - ishning tugriligini baxolaydi. Gurux ishtirokchilarini ishini baxolanishi uch bulimda eziladi:

1. Nima to’gri kilindi;
2. Nima noto’gri kilindi;
3. Kanday qilish kerak edi.

Xamma mashkulot ishtirokchilari oldida xar bir gurux uz qonsultatsiyasini ekspert xulosasi bilan namaysh etadi. Boshqa variant -

talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xakqoniy qonsultatsiyasida butun gurux va pedagog muqonama qiladilar.

Ushbu uslub ukuv jaraenini tezlashtiradi. Uning muximligi ushgan va yangi ukuv informatsiyasini mustaxkamlashdan iborat.

**O'z-o'zini sinash uchun testlar:**

1) Bolalar chov churralarini vujudga keltiruvchi sabablar

a) tashki chov teshigining kengayishi

b) oldingi qorin devorini rivojlanmasligi

v) qorin parda kin usimtasining bekilmaganligi

g) fizik (jismoniy) zurikish

d) nerv sistemasining moyilligi

2) Bolalarda chov churralari kaysi yoshdan boshlab operatsiya kilinadi?

a) chaqaloqlik davridan

b) 6 oylikdan

v) 1 yoshdan keyin

g) 3 yoshdan keyin

d) 5 yoshdan sung

3) Bolalarda chov churasi operatsiyasidan maksad nima?

a) chov kanalini mustaxkamlash

b) oldingi qorin devorini mustaxkamlash

v) chov kanali tashki xalkasini toraytirish

g) chov xaltasi (qorin parda kin usimtasini) olib tashlash

d) chov xaltasini qorin bushligiga tugrilash

4) Varikotselli nima?

a) urug yulidagi venalarning varikoz kengayishi

b) moyakvenalarining kengayishi

v) tuxum xaltasining venalarining kengayishi

g) tuxum xaltasining kizarishi va shish paydo bo'lishi

d) urug yuli venalarining torayishi

5) Girshprung kasalligining sababi:

a) yo'g'on ichak mushak qavatining tugma rivojlanmasligi

b) yo'g'on ichak shilliq qavatida burmalaming borligi

v) uzun sigmasimon ichakning bukulishi

g) yo'g'on ichakning tugma atoniysi

d) yo'g'on ichak malum kimsida intramural nerv apparatning gistosukturasining tugma uzgarishi

6) Kuyidagilardan kaysi birida Girshpurung kasalligining etiologik zvenosi joylashadi?

a) oshqozonning pilorik qismi

b) 12- barmokli ichak

v) ingichka ichak

- g) yonbosh ichak  
d) yo'g'on ichakning pastki qismi  
7) Girshprung kasalligining asosiy rentgenodiagnostik usuli:  
a) ekskreter urografiya  
b) irrogografiya (qontrastli)  
v) qorinni obzor tasviri  
g) retropnevmoperitonium  
d) kolonosqopiyasi  
8) Vangensten usulida tekshirish kaysi kasallikda utkaziladi?  
a) Girshprung kasalligi  
b) tugma ichak va anal teshigi atreziyasi  
v) oqmali atreziyalarda  
g) anal teshigi ektopiyasida  
d) retrovezikal okmali atreziyada  
9) Girshprung kasalligining rentgenologik ko'rinishi  
a) qontrast moddaning utmasligi  
b) ichak devorining bir xilda kengayishi  
v) ichak devorining bir xilda torayishi  
g) ichak toraygan qismini soglom qismiga "voronka" shaklida utishi  
d) qontrast moddaning yo'g'on ichakda bulmasligi  
10) to'gri ichak atreziyasida Vangensten usulida rentgen qilish kachon utkaziladi?  
a) tug'ilgandan 2-soat keyin  
b) tug'ilgandan 2-4 soat keyin  
v) tuig'lgandan 4-6 soat keyin  
g) tug'ilgandan 18-24 soat keyin  
d) tug'ilgandan 15-16 soat keyin

Mavzular testlari javoblari:

Mavzu 1.

1: 1- 1, 2- 1, 3- 4, 4- 2, 5- 1, 6- 3, 7- 3, 8- 3, 9-1, 10- 4, 11- 3, 12- 2, 13-  
2, 14- 4, 15- 3, 16-1, 17-3, 18- 1, 19- 3, 20- 5, 21- 5, 22- 1, 23- 3, 24- 1, 25- ?,  
26- ?, 27- 3, 28- 2, 29- ?, 30- 5, 31- 1, 32- 1, 33- 1, 34- 1, 35- 5, 36- 1, 37- ?,  
38- ?, 39- 1, 40- ?, 41- 1, 42- 2, 43- 5, 44- 5, 46-5, 47- 1, 48- 1, 49-, 50-

Mavzi 2

1-5, 2-4, 3-5, 4-4, 5-5, 6-1, 7-3, 8-1, 9-2, 10-2, 11-3, 12-5, 13-4, 14-4,  
15-3, 16-4, 17-1, 18-1, 19-4, 20-4, 21-3, 22-4, 23-2, 24-5, 25-1, 26-2, 27-1, 28-  
4, 29-, 30-1

Mavzu 3

1-1, 2-3, 3-1, 4-5, 5-3, 6-2, 7-3, 8-4, 9-1, 10-5, 11-1, 12-1, 13-1, 14-2,  
15-2, 16-1, 17-2, 18-2, 19-4, 20-3, 21-1, 22-3, 23- 24- 25-1, 26-2,

Mavzu 4

1-3, 2-5, 3-1, 4-1, 5-1, 6-2, 7- 4, 8-2, 9-1, 10-2, 11-1, 12-2, 13-2, 14-5,  
15-2, 16-5, 17-2, 18-3, 19-1, 20-4, 21-2, 22-3, 23-3, 24-1, 25-3, 26-4, 27-2, 28-  
4, 29-1, 30- 31- 32- 33 34-4 35-1, 36-2, 37- 38-4, 39-4, 40-3,

Mavzu 5.

- 3, 2-1, 3- 3, 4- ?, 5- 2, 6- 4, 7- 3, 8- 2, 9- 2, 10-2, 11-2, 12-4, 13-2, 14-  
5, 15-1, 16-4

Mavzu 6

1-3, 2-2, 3-2, 4-2, 5-5, 6-1, 7-5, 8-3, 9-4, 10-4, 11-2, 12-1, 13-1, 14-4,  
15-1, 16- 17-1, 18-1 , 19-1, 20-1

Mavzu 7

8: 1- ye, 2- s, 3- a, 4- d, 5- d, 6- ye, 7- ye, 8- a, 9- s, 10- ye

Мавзы 8

1-s 2-v 3-v 4-a 5-v 6-s 7-s 8-s 9-v 10-d 11-s 12-d 13 a 14-a 15-s 16-d 17-  
s 18- d 19-d 20- y

Mavzu 9

1-3 2- 3 3-5 4-3 5-3 6-1 7-2 8-4 9-1 10-5 11-1 12- 4 13-2 14-5 15-2 16-  
2 17-4 18-3  
19- 4 20-2 21-3 22-1 23-3 24-3 25- 3 26-3 27-1 28—4 29-3 30-2 31 -4

**Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari**

**Asosiy adabiyotlar:**

1. Aliyev M.M. Bolalar xirurgiyasi. 1-2 том. Darslik. Toshkent. Yangi nashr. 2018 y.

3. Aliyev M.M. Detskaya xirurgiya. 1-2 том. Uchebnik. Toshkent. Yangi nashr.

2018 y.

4. Yu.F. Isakov, A.Yu. Razumovskiy. Detskaya xirurgiya. Uchebnik. Moskva.

«GEOTAR-Media», 2016 g.

**Qo'shimcha adabiyotlar:**

1. Razumovskiy A.Yu. Detskaya xirurgiya. Nasionalnoye rukovodstvo.

Kratkaya versiya. Rukovodstvo. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.

2. George W. Holcomb III. Ashcraft's Pediatric Surgery 6 th Edition. Textbook.

NY. 2014.

3. Bairov G.A., Roshal L.M. Gnoynaya xirurgiya detskogo vozrasta. Monografiya. Sankt-Peterburg. 1991 g.

4. A.S. Sulaymanov va b. Bolalar jarroxligi. Darslik. Toshkent, Shark.

2000 y.

5. A.I. Lenyushkin. Rukovodstvo po detskoj poliklinicheskoy xirurgii.

Rukovodstvo. Linengrad. Medisina. 1986g.

6. Detskaya xirurgiya. Nauchno-prakticheskiy журнал. M.

7 . A.M. Shamsiev, D.O. Ataqulov, A.I. Lyonyushkin "Xirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta", Tashkent. "Ibn-Sino" 2001.

**Internet saytlari:**

1. [www.laparoscopy.ru](http://www.laparoscopy.ru)
2. <http://xvviw.medicalstud.ru/med-ge>
3. <http://www.mediasphera.aha.ru/surgerv/surg-mn.htm>
4. <http://www.medobook.com/>
5. <http://www.velib.ru/book/1000284686>
6. <http://zivonet.uz/ru/> Uzbekistan ta'lim portalı.
7. <http://www.med-edu.ru/> Shifokorlar uchun ta'lim portalı.
8. <http://www.childsurgerv.ru/> Yevropeyskoye obshyestvo detskix xirurgov.
9. <http://eduportal.uz/rus/info/information/schoolinfo/uzbekistan> informasion ta'lim portalı.
10. [www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)

## **“SAMARQAND” nashriyoti**

*Mas’ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Zarina NUSRATULLAYEVA*

*Dizayner — Davron NURULLAYEV*

**“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.**

**Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.**

**Samarqand shahar, Mirzo Ulug’bek ko‘chasi, 3-uy.**

Bosishga 25.05.2022 ruxsat etildi. Bayonnomma raqami: 10

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturası. 11,86 bosma taboq.

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 61/2022

Tel/faks: +998 93 199-82-72, e-mail:[sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)



9

789943

826588