

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Nazarov Feruz Yusufovich

**HAZM A'ZOLARI ICHAK  
KASALLIKLARI BOR BEMORLARNI  
TEKSHIRISH USULLARI**

O'quv uslubiy qo'llanma

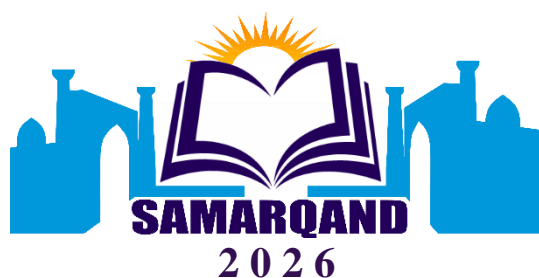


**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI  
SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**NAZAROV F.Y**



**HAZM A'ZOLARI ICHAK KASALLIKLARI BOR BEMORLARNI  
TEKSHIRISH USULLARI  
O'quv-uslubiy qo'llanma**



**Mualliflar:**

**Nazarov Feruz Yusufovich** - Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ichki kasalliklar rpopedevtikasi kafedrası katta o'qituvchisi, PhD.;

**Taqrizchilar:**

**Islamova K.A.** – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Dotsent N.A. Abdullayev nomidagi 1-son Ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, PhD;

**Sapayeva Z.A.** – **Urganch** davlat tibbiyot instituti, Ichki kasalliklar va dermatovenerologiya kafedrası katta o'qituvchisi, PhD;

*O'quv uslubiy qo'llanmada sog'liqni saqlashda kasallikni tekshirish va tog'ri tashxislash to'g'risida zamonaviy ma'lumotlar mavjud. Sog'liqni saqlashni boshqarish tizimini rivojlantirishning asosiy yo'nalishlari ko'rib chiqilgan va tibbiy tekshirish bo'yicha ishlar natijalarini baholash taklif etilgan. Tibbiy tekshirish sifati standartlarini ishlab chiqish, ularni o'lchash va yaxshilashga qaratilgan o'zgarishlarni boshqarish bo'yicha ma'lumotlar taqdim etilgan. Sifatni oshirish vositalari va sifatni oshirish faoliyatida keng tarqalgan muammolarni tahlil qilishga alohida e'tibor qaratilgan.*

*O'quv uslubiy qo'llanma 2-3 kurs pediatriya fakulteti talabalari uchun mo'ljallangan.*

O'quv uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Markaziy o'quv-uslubiy Kengashi yig'ilishida ko'rib chiqildi.

2026 yil " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Bayonnoma raqami \_\_\_\_

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan

2026 yil "25" "mart" Bayonnoma raqami 8

Ilmiy Kengash kotibi \_\_\_\_\_



U.U. Ochilov



## MUNDARIJA

ANNOTATSIYA .....	5
MUQADDIMA .....	6
ICHAKLARNI TEKSHIRISH USULLARI.....	7
SO‘RAB SURUSHTIRISH .....	7
FIZIKAL TEKSHIRISH USULLARI .....	12
LABORATORIYA VA ASBOBLAR BILAN TEKSHIRISH USULLARI .....	22
ICHAKNI RENTGENOLOGIK TEKSHIRISH .....	30
ENDOSKOPIK TEKSHIRUV .....	31
TEKSHIRISHNING FUNKSIONAL USULLARI.....	33
ASOSIY KLINIK SINDROMLAR OVQAT HAZM QILISH ETISHMOVCHILIGI SINDROMI .....	34
ICHAK SO‘RILISHINING ETISHMOVCHILIGI SINDROMI .....	37
O‘TKIR QORIN.....	39
HAZM YO‘LIDAN O‘TKIR QON KETISHI .....	41
XUSUSIY PATOLOGIYA.....	44
SURUNKALI ENTERIT .....	45
YO‘G‘ON ICHAK DISKINEZIYALARI .....	47
NOSPESIFIK YARALI KOLIT .....	48
YO‘G‘ON VA TO‘G‘RI ICHAK RAKI .....	50
XULOSA.....	53
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR .....	54

---

## Annotatsiya

Ichak kasalliklari oshqozon-ichak trakti (O'IT) organlarining muhim patologiyalari guruhiga kiradi va inson salomatligi hamda hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Ular ingichka va yo'g'on ichakni zararlovchi yallig'lanish, infeksiyon, funksional va o'smali jarayonlarni o'z ichiga oladi. Eng ko'p uchraydigan kasalliklarga gastroenterit, kolit, iritab ichak sindromi, Kron kasalligi va yarali kolit kiradi.

Ichak kasalliklarining asosiy sabablari sifatida bakterial, virusli va parazitarni infeksiyalar, noto'g'ri ovqatlanish, stress, ichak mikroflorasining buzilishi, shuningdek irsiy va immun omillar ko'rsatiladi. Klinik belgilarga qorin og'rig'i, diareya yoki qabziyat, meteorizm (qorin dam bo'lishi), ko'ngil aynishi va umumiy holsizlik kiradi. Ba'zi hollarda suvsizlanish, qon ketish va ozuqa moddalari so'rilishining buzilishi kabi asoratlar kuzatiladi.

Ichak kasalliklarini tashxislash klinik ko'rik, laborator tahlillar, endoskopik va instrumental tekshiruvlarga asoslanadi. Davolash kasallikning sababi va turiga bog'liq bo'lib, dori vositalari, parhez terapiyasi hamda turmush tarzini o'zgartirishni o'z ichiga oladi.

Shunday qilib, ichak kasalliklari o'z vaqtida aniqlanishi va kompleks yondashuv asosida davolanishi zarur bo'lib, bu asoratlar xavfini kamaytirish va bemorlar prognozini yaxshilashga yordam beradi.

### **Аннотация**

Кишечные заболевания представляют собой важную группу патологий органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), оказывающих значительное влияние на здоровье и качество жизни человека. К ним относятся воспалительные, инфекционные, функциональные и опухолевые процессы, поражающие тонкий и толстый кишечник. Наиболее распространёнными заболеваниями являются гастроэнтерит, колит, синдром раздражённого кишечника, болезнь Крона и язвенный колит.

Основными причинами кишечных заболеваний выступают инфекции (бактериальные, вирусные, паразитарные), неправильное питание, стресс, нарушение микрофлоры кишечника, а также наследственные и иммунные факторы. Клинические проявления могут включать боли в животе, диарею или запоры, вздутие, тошноту и общую слабость. В некоторых случаях наблюдаются осложнения, такие как обезвоживание, кровотечения и нарушение всасывания питательных веществ.

Диагностика кишечных заболеваний основывается на клиническом обследовании, лабораторных анализах, эндоскопических методах и инструментальных исследованиях. Лечение зависит от причины и формы заболевания и может включать медикаментозную терапию, диетотерапию и изменение образа жизни.

Таким образом, кишечные заболевания требуют своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению, что позволяет снизить риск осложнений и улучшить прогноз для пациентов.

### **Abstract**

Intestinal diseases are an important group of pathologies affecting the organs of the gastrointestinal tract (GIT) and have a significant impact on human health and quality of life. They include inflammatory, infectious, functional, and neoplastic processes that affect the small and large intestines. The most common diseases include gastroenteritis, colitis, irritable bowel syndrome, Crohn's disease, and ulcerative colitis.

The main causes of intestinal diseases are bacterial, viral, and parasitic infections, poor nutrition, stress, disturbances of the intestinal microflora, as well as genetic and immune factors. Clinical manifestations may include abdominal pain, diarrhea or constipation, bloating, nausea, and general weakness. In some cases, complications such as dehydration, bleeding, and impaired nutrient absorption may occur.

Diagnosis of intestinal diseases is based on clinical examination, laboratory tests, endoscopic procedures, and instrumental studies. Treatment depends on the cause and type of the disease and may include medication, dietary therapy, and lifestyle changes.

Thus, intestinal diseases require timely diagnosis and a comprehensive approach to treatment, which helps reduce the risk of complications and improve patient outcomes.

Soʻnggi yillarda Oʻzbekistonda Prezidenti Shavkat Mirziyoyev tashabbusi bilan sogʻliqni saqlash tizimini tubdan yaxshilash, tibbiy xizmatlar sifati va ulardan foydalanish imkoniyatlarini oshirish, shuningdek, samarali tibbiy yordam koʻrsatish uchun shart-sharoitlar yaratishga qaratilgan keng koʻlamli sogʻliqni saqlash islohotlari amalga oshirilmoqda. Ushbu islohotlarning eng muhim jihatlaridan biri reproduktiv yoshdagi ayollar, homilador ayollar va bolalarga tibbiy xizmat koʻrsatish sifatini oshirishdir. 2019 yilda Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 08.11.2019 yildagi PP-4513-son qarori qabul qilindi. Mazkur qarorga muvofiq, ayollar va bolalarni tibbiy yordam bilan qamrab olishni yanada kengaytirish konsepsiyasi ishlab chiqilib, amalga oshirildi va bu aholi salomatligini yaxshilash boʻyicha davlat dasturining muhim qismiga aylandi. Sogʻliqni saqlash tizimidagi tizimli oʻzgarishlar butun sogʻliqni saqlash tizimini modernizatsiya qilish, tibbiy xizmatlar sifatini yaxshilash, tibbiyot kadrlari tayyorlashni yaxshilash hamda diagnostika va davolashning innovatsion usullarini joriy etishni maqsad qilgan 2019-2025 yillarga moʻljallangan Oʻzbekiston Respublikasi sogʻliqni saqlash tizimini rivojlantirish konsepsiyasida ham oʻz ifodasini topgan. Ushbu konsepsiya doirasida fuqarolarning hayot sifatini oshirish boʻyicha milliy strategiyaning ajralmas qismi boʻlgan zamonaviy texnologiyalarni yanada joriy etish va profilaktika dasturlarini kuchaytirish rejalashtirilgan.

Mamlakatimizning bir necha viloyatlarida boshlanib, kelajakda butun Oʻzbekiston hududini qamrab oladigan davlat tibbiy sugʻurtasi tizimini joriy etish eng muhim qadamlardan biridir. Bu islohot sogʻliqni saqlash tizimining moliyaviy barqarorligini yaxshilash va aholining keng qatlami uchun tibbiy xizmatlardan foydalanish imkoniyatini oshirishga qaratilgan. Shuningdek, «Elektron poliklinika», «Elektron shifoxona» va boshqa axborot tizimlari joriy etilgani bemorlarning tibbiy xizmatlardan foydalanishini sezilarli darajada tezlashtiradi va soddalashtiradi, ularning sifatini oshiradi. Lekin islohotlar shu bilan tugamaydi. Ilgʻor oʻzgarishlar infratuzilmani doimiy takomillashtirishni, yangi malakali kadrlar tayyorlashni, telemeditsina kabi zamonaviy texnologiyalarni joriy etishni, shuningdek, farmatsevtika nazorati tizimini yaxshilashni taqozo etmoqda. Mazkur oʻquv qoʻllanmasi ushbu islohotlar sharoitida tibbiy yordam sifatini oshirishning asosiy jihatlarini qamrab oladi. Biz nafaqat sogʻliqni saqlash sifatini yaxshilashning nazariy asoslarini, balki ushbu oʻzgarishlarni amalga oshirishda qoʻllaniladigan amaliy vositalarni ham koʻrib chiqmoqdamiz.

O'quv uslubiy qo'llanma 2-3 kurs pediatriya fakulteti talabalariga foydali bo'ladi. Ishonchimiz komilki, ushbu islohotlarni amalga oshirishga tizimli yondashuv, shuningdek, sifatni oshirishga qaratilgan faoliyatni doimiy takomillashtirish aholi ehtiyojlarini qondiradigan va har bir O'zbekiston fuqarosi uchun munosib hayot sifatini ta'minlaydigan barqaror va samarali sog'liqni saqlash tizimini yaratishga yordam beradi.

### ICHAKLARNI TEKSHIRISH USULLARI

#### SO'RAB SURUSHTIRISH

**Shikoyatlar.** Ichak kasalliklari bilan og'riغان bemorlar birinchi navbatda qorin og'rig'idan, ich kelishining buzilishi (ich ketishi yoki qabziyat), meteorizm (qorin dam bo'lishi), qorin quldirashi, ichakdan qon ketishidan shikoyat qiladilar.

Agar og'riqlar bo'lsa, ularning lokalizatsiyasi, irradiatsiyasi, tabiati, intensivligi, ularning paydo bo'lishi va yo'qolishining ma'lum sharoitlar bilan bog'liqligi aniqlanadi.

Ichak kasalliklarida og'riqlarning o'ziga xos xususiyati ularning ovqat bilan emas, balki ichak faoliyati bilan bog'liqligidir. Bunda og'riqlar ko'pincha defekatsiya aktidan oldin kuchayadi va aksincha, ichak bo'shatilgandan keyin kamayadi. Kamroq hollarda og'riqlar defekatsiya paytida yoki undan keyin paydo bo'ladi. Faqat ko'ndalang chamber ichak zararlanganda (transverzit) og'riqlar ovqatdan keyin paydo bo'lishi mumkin, bu ovqatdan keyin ko'ndalang chamber ichak peristaltikasining reflektor kuchayishi bilan bog'liq.

Ichak kasalliklarida og'riqlarning paydo bo'lish mexanizmi ko'pincha uning motorikasining buzilishi bilan bog'liq. Spastik og'riqlar ichak silliq mushaklarining keskin qisqarishi (spazmi) natijasida paydo bo'ladi va ichak sanchig'i deb ataladi. Bunday og'riqlar ichakning yallig'lanish kasalliklarida (enterit, kolit), nikotin, margimush, qo'rg'oshin (qo'rg'oshin sanchig'i) bilan zaharlanishlarda, gijja invaziyasida, kechki neyrozaxm orqa miya qurg'oqchiligida, nevrozlarda, ba'zan ko'p miqdordagi sovuq suyuqlikni tez ichgandan keyin kuzatiladi. Spastik ichak og'riqlari to'lg'oqsimon xarakterga ega bo'lib, qorinning turli sohalarida (asosan kindik atrofi sohasida) joylashadi, bunda ko'pincha joyini tez o'zgartiradi. Ichak sanchig'i paytida bemor ko'pincha bezovtalanadi va ahvolini yengillashtirish uchun qo'llari bilan qorinni ushlab, siqishi mumkin. Spazmolitik vositalarni qabul qilish, issiqlikni qo'llash ham spastik og'riqlarni kamaytirishga yordam beradi.

Ichak qovuzloqlarining ichidagi narsalar (avvalo gazlar) ta'sirida cho'zilishi natijasida paydo bo'ladigan og'riqlar distension og'riqlar deb ataladi. Bunday og'riqlar ifodalangan meteorizmida, kelib chiqishi turlicha bo'lgan ichak tutilishida (o'smalar, ichak buralib qolishi va tugun hosil bo'lishi va hokazo) kuzatilishi mumkin. Distenzion og'riqlar spastik og'riqlardan farq qilib, birmuncha doimiy bo'ladi va simillovchi xarakterda bo'ladi. Ichak tutilishida distension og'riqlarga ko'pincha to'siqdan yuqorida ichak peristaltikasining kuchayishi bilan bog'liq bo'lgan kuchli to'lg'oqsimon og'riqlar ham qo'shiladi.

Ichak kasalliklarida og'riqlar ichak qovuzloqlari, ichak va charvi o'rtasida bitishma jarayoni rivojlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bunday og'riqlar odatda tana holatiga aniq bog'liq bo'lib, og'ir yuk ko'tarilganda kuchayadi. Ularning paydo bo'lishiga klizma ham sabab bo'ladi. Gangrenoz (perforativ) appenditsidagi og'riqlar yallig'lanish jarayonining qorin pardasiga o'tishi bilan bog'liq.

Ichak kasalliklarida og'riqlarning joylashishi turlicha bo'lishi mumkin. Ingichka ichakning shikastlanishi tufayli og'riqlar ko'pincha kindik atrofida seziladi. O'ng yonbosh sohasidagi og'riqlar o'tkir appenditsitda (bunda og'riqlar dastlab epigastral sohada paydo bo'lishi va faqat bir necha soatdan keyin pastga tushishi mumkin), ko'richak va ko'tariluvchi ichak saratoni, ichak sili, Kron kasalligida kuzatiladi. O'tkir appenditsit bilan og'rikan bemorlarda o'simtaning retrotsekal joylashuvida og'riqlar o'ng songa, chanoq joylashuvida esa dumg'aza va oraliq sohasiga tarqalishi mumkin.

Chap yonbosh sohasidagi og'riqlar proktosigmoiditda (masalan, dizenteriya bilan og'rikan bemorlarda), nospesifik yarali kolitda, sigmasimon va tushuvchi ichak saratonida qayd etiladi. Yo'g'on ichak chap bo'limlarining zararlanishi og'riqlarning dumg'aza sohasiga tarqalishi bilan birga kechishi mumkin. Yo'g'on ichak jigar burchagi sohasida zararlanganda og'riqlar o'ng qovurg'a ostida, taloq burchagi zararlanganda esa chap qovurg'a ostida joylashadi. Oxirgi holatda og'riqlar ko'krak qafasining chap yarmiga tarqalishi mumkin. Asosan ko'ndalang chamber ichak yallig'langanda (transverzit) og'riqlar qorinning butun yuqori yarmiga tarqalishi mumkin.

Sigmasimon va to'g'ri ichakning shikastlanishi bilan bog'liq og'riqlar (dizenteriya, saraton, orqa yo'lning yorilishi, bavoasil va boshqalar) ko'pincha oraliq sohasida joylashadi. Bu og'riqlar defekatsiya paytida kuchayadi va ko'pincha tenezmlar (yunoncha "teino" - zo'riqtirmoq,

cho'zmoq) bilan birga keladi. Bu og'riqli yolg'on chaqiriqlar ba'zan to'g'ri ichakdan shilliq bo'lakchalarining ajralishi bilan birga keladi.

**Meteorizm** (qorin dam bo'lishi, shishishi) ichak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning shikoyatlariga tez-tez sabab bo'ladi. Meteorizm tarkibida ko'p miqdorda kletchatka va kraxmal bo'lgan mahsulotlar (dukkaklilar, karam, kartoshka, qora non) iste'mol qilinganda ichakda gaz hosil bo'lishining kuchayishi, havoni ko'p yutish (aerofagiya), ichakdan gazlar ajralishining buzilishi (atoniya, ichak tutilishi), fermentlar yetishmovchiligi natijasida ichakda ovqat hazm bo'lishining buzilishi, ichak mikroflorasi tarkibining buzilishi (disbakterioz), isteriya (psixogen meteorizm) natijasida yuzaga keladi. Bunda aksariyat hollarda qorin bir tekisda dam bo'ladi.

Yo'g'on ichak tutilishida qorinning yon bo'limlaridan birida shish paydo bo'lishi mumkin.

**Ich ketishi** (diarrhoea) ichakning tez-tez (sutkasiga 2 martadan ko'p) bo'shishi va suyuq yoki bo'tqasimon axlat ajralishidir. Ba'zan ich ketish sutkasiga 1-2 martadan oshmaydigan hollarda ham kuzatiladi. Ich ketishi ko'plab ichki a'zolar kasalliklarining tez-tez uchraydigan belgisidir. U turli ichak infeksiyalarida (dizenteriya, vabo), ichakning yallig'lanish kasalliklarida (enterit, kolit), boshqa hazm a'zolari kasalliklarida (sekretor funksiyasi pasaygan surunkali gastrit, surunkali pankreatit, gepatitlar va jigar sirrozlari, o't ajratish tizimi kasalliklari), gijja invazyalarida, og'ir metallar tuzlari (simob, qo'rg'oshin va boshqalar) bilan zaharlanishda, endogen intoksikatsiyalarda (masalan, surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda oqsil almashinuvi mahsulotlarining ichak orqali chiqarilishida), endokrin kasalliklarda (tireotoksikoz, buyrak usti bezi funksiyasining yetishmovchiligi), avitaminozlarda, oziq-ovqat allergiyasida uchraydi. Funksional kelib chiqishga ega bo'lgan ich ketishi (odatda ertalab) nevroz bilan og'rikan odamlarda kuzatilishi mumkin (ayniqsa hayajonlanganda, qo'rqanda).

Ich ketishining kelib chiqish mexanizmi murakkab bo'lib, bir necha patogenetik bo'g'inlarni o'z ichiga oladi. Bularga ichak tarkibidagi moddalar osmolyarligining oshishi (masalan, surgi dorilar qabul qilinganda), ingichka ichak epiteliy hujayralari tomonidan suv va elektrolitlar sekresiyasining oshishi (vabo kasalligida), ichakda ovqat hazm qilish va so'rilish jarayonlarining buzilishi (ingichka ichakning keng rezeksiyasidan keyin), ichak tarkibidagi moddalar passajining tezlashishi bilan ichak harakat funksiyasining buzilishi, ichak shilliq qavatining yallig'lanish o'zgarishlari kiradi.

Shuningdek, yolg'on (qabziyatli) ich ketishlar ham ajratiladi, ular qabziyatda uchraydi va yo'g'on ichak shilliq qavatiga zich axlat massalarining qo'zg'atuvchi ta'siri bilan bog'liq bo'ladi. O'tkir (masalan, o'tkir ichak infeksiyalarida) va surunkali ich ketishlar, shuningdek, ingichka (enteral) yoki yo'g'on (kolitik) ichakning shikastlanishi bilan bog'liq ich ketishlar farqlanadi.

**Enteral ich ketishlar**, odatda, kamdan-kam (sutkasiga 2-3 marta) bo'lishi, axlat massalarining ko'p bo'lishi bilan ajralib turadi va ichki organlarning turli kasalliklarida uchraydigan malabsorbsiya sindromi (so'rilishning buzilishi) ning yetakchi ko'rinishi bo'lib xizmat qiladi. Yog'larning hazm bo'lishi va so'rilishi buzilganda ularning najas bilan faol ajralishi (steatoreya) sodir bo'ladi, bu ilgari yog'li dispepsiya deb atalgan. Oqsillarning hazm bo'lishi va so'rilishi buzilganda to'q rangli ishqoriy reaksiyali (ammiak hosil bo'lishi hisobiga) suyuq najas paydo bo'ladi, unda chirigan hidli hazm bo'lmagan ovqat bo'lakchalari, ko'ndalang va bo'ylama chiziqlari saqlangan mushak tolalari (kreatoreya) va mikroskopik tekshiruvda aniqlanadigan biriktiruvchi to'qima bo'ladi. Ilgari bunday holat chirish dispepsiyasi deb atalgan. Uglevodlarning hazm bo'lishi va so'rilishi buzilganda va ichakning bijg'ituvchi mikroflorasi faollashganda ko'p miqdorda kraxmal donachalari va yodofil mikroflorani o'z ichiga olgan kislotali reaksiyali ko'pikli bo'tqasimon najas paydo bo'ladi (eski nomi - bijg'ituvchi dispepsiya).

Malabsorbsiya sindromida kuzatiladigan hazm qilish va so'rilish jarayonlarining turli xil buzilishlari og'ir hollarda bemorlarning holdan toyishiga, turli xil trofik buzilishlarga (soch to'kilishi, tirnoqlarning mo'rtlashishi), temir va V12 tanqisligi anemiyasining rivojlanishiga, vitamin yetishmovchiligiga, elektrolit buzilishlariga, endokrin tizimining buzilishiga olib kelishi mumkin.

**Yo'g'on ichak zararlanganda paydo bo'ladigan ich ketishlar** ko'pincha uning yallig'lanish kasalliklari yoki diskinetik buzilishlari bilan bog'liq bo'ladi. Ingichka ichakning shikastlanishi bilan bog'liq ich ketishlardan farqli o'laroq, yo'g'on ichak ich ketishi ko'proq chastotada (kuniga 10 martagacha va undan ko'proq), oz miqdorda axlat massalari (ko'pincha shilliq va qon aralash) ajralishi bilan tavsiflanadi va odatda qorinning pastki qismida to'lg'oqsimon og'riqlar va tenezmlar bilan birga keladi. Enteral ich ketishlardan farqli o'laroq, yo'g'on ichak (kolitik) ich ketishi, odatda, bemorlarning umumiy holatiga unchalik salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.

**Qabziyat** (obstipatio) deganda ichak bo'shalishining 48 soatgacha va undan ko'proq ushlanib qolishi tushuniladi. Bunda og'ir holatlarda defekatsiya aktlari orasidagi tanaffuslar 5-7 kungacha yetishi mumkin. Qabziyatda axlat tarkibidagi suv miqdori kamayadi, u qattiqroq bo'lib qoladi, qiyinchilik bilan, ko'pincha mayda "yong'oqchalar" ("qo'y qumalog'i" ko'rinishida) ko'rinishida ajraladi.

Qabziyat turli sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin. Ovqat ratsionida o'simlik kletchatkasining yetishmasligi, suyuqlik iste'molining kamayishi, shuningdek, ochlik tufayli kelib chiqadigan alimantar qabziyatlar yetarlicha keng tarqalgan. Defekatsiya refleksining susayishi bilan bog'liq bo'lgan odatdagi qabziyatlar ham tez-tez uchrab turadi. Bunday qabziyatlar turli vaziyatlarda yuzaga keladi, bunda odam ba'zi sabablarga ko'ra (mos bo'lmagan sharoit, shoshilish va h.k.) defekatsiyaga bo'lgan chaqiriqlarni bostirishga majbur bo'ladi. So'ngra ichni surgilari yordamida bo'shatishga urinish ichakning mustaqil bo'shalishini yanada qiyinlashtiradi. Qabziyat ko'pincha kam harakatli turmush tarzida, uzoq vaqt davomida yotoq rejimiga rioya qilish zarurati bo'lganda, qorin pressi mushaklari zaiflashganda (keksa va semiz odamlarda) qayd etiladi.

Ko'pincha ichak harakat funksiyasining nerv boshqarilishining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan neyrogen qabziyatlar ham uchraydi. Bularga, xususan, yo'g'on ichakning spastik qisqarishlarida (giperkinetik yoki spastik ich qotishi) yoki uning motorikasi pasayganda (gipokinetik yoki atonik ich qotishi) yuzaga keladigan diskinetik ich qotishi kiradi. Qabziyat boshqa hazm a'zolari kasalliklarida (masalan, yara kasalligida) reflektor ravishda paydo bo'lishi mumkin.

Turg'un qabziyatlar (ko'pincha siydik chiqarish aktining buzilishi bilan birga) markaziy asab tizimining og'ir shikastlanishlarida (bosh va orqa miya o'smalari va jarohatlarida, miyada qon aylanishining buzilishida) kuzatiladi. Ichak motorikasining ikkilamchi buzilishi bilan bog'liq qabziyatlar ko'pincha ichakning yallig'lanish kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda kuzatiladi. Gemorroy, orqa chiqaruv teshigi yorilishi, to'g'ri ichak tushishi bilan og'rikan bemorlarda yuzaga keladigan proktogen qabziyatlar alohida ajratiladi. Bunday hollarda qabziyatning paydo bo'lishiga ko'pincha bemorning defekatsiya aktidan qo'rqishi ham sabab bo'ladi. Qabziyat qo'rg'oshin va simobdan zaharlanganda, ba'zi dori-darmonlarni qabul qilganda (xususan, antatsid, tarkibida kalsiy karbonat va alyuminiy gidroksid bo'lgan), endokrin kasalliklarda (miksedemada) ham kuzatiladi.

*Ichakning organik shikastlanishi bilan bog‘liq qabziyatlar* alohida guruhga ajratiladi. Ichak harakat funksiyasining buzilishiga uning rivojlanish anomaliyalari (dolixosigma, megakolon, yo‘g‘on ichak o‘smalari, divertikullar, bitishma jarayoni tufayli ichak tutilishi va boshqalar) olib kelishi mumkin.

Ichakdan qon ketishi har xil kasalliklar diagnostikasida muhim simptom bo‘lib xizmat qiladi va ichak o‘smalari, bavoasil, nospesifik yarali kolit, dizenteriya, qorin tifi, ichak divertikullari, ichak tutqich arteriyalari trombozida uchraydi. Ingichka ichak zararlanganda qon ketishi odatda qora qatron shaklidagi najas (melena) bilan namoyon bo‘ladi. Qon ketish manbai yo‘g‘on ichakda bo‘lgan hollarda najasda, odatda, o‘zgarmagan qon aralashmasi aniqlanadi. Shunisi xarakterliki, dizenteriya, sigmasimon ichak rakida qon odatda shilimshiq va axlat bilan ozmi-ko‘pmi bir tekis aralashgan bo‘ladi. Bavoasilda defekatsiya aktining oxirida yangi qon tomchilari ajralishi kuzatiladi.

**Anamnez.** Bemordan so‘rab-surishtirishda keyinchalik ichakning zararlanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan kasalliklarga (ichburug‘, qorin tifi, sil, qorin bo‘shlig‘i a‘zolaridagi operatsiyalar, gelmintozlar, nur ta‘siri va boshqalar) e‘tibor beriladi. Bemorning ovqatlanish va turmush tarzi xususiyatlari aniqlanadi, kasbiy intoksikatsiyalar (qo‘rg‘oshin, margimush, simob), ayrim oziq-ovqat mahsulotlarini ko‘tara olmaslik (ba‘zi ichak fermentlarining tug‘ma yetishmovchiligida), ovqat hazm qilish tizimining boshqa kasalliklari mavjudligi aniqlanadi.

## FIZIKAL TEKSHIRISH USULLARI

### **Ko‘zdan kechirish**

Umumiy ko‘rikda eng yaqqol o‘zgarishlar ingichka ichakda hazm qilish va so‘rilish jarayonlarining uzoq muddatli buzilishida (malabsorbsiya sindromida) qayd etiladi. Bunday bemorlarda vitaminlar va temir yetishmovchiligi tufayli tana vaznining yo‘qolishi, kaxeziya rivojlanishi, teri qoplamlarida turli o‘zgarishlar (oqarish, quruqlik, qipiqanish, og‘iz burchaklarida yoriqlar va boshqalar) kuzatiladi. Og‘iz bo‘shlig‘i ko‘zdan kechirilganda shilliq qavatda yallig‘lanish o‘zgarishlari (angulyar stomatit), milklarning yallig‘lanishi, shishishi va bo‘shashishi (parodontoz) aniqlanadi, til yorqin qizaradi, uning so‘rg‘ichlari tekislanadi.

Qorin tekshiruvi bemorning gorizontal va vertikal holatida o‘tkaziladi. Qorin o‘lchamlari va shakliga, uning simmetrikligiga e‘tibor beriladi, qorin aylanasi kindik darajasida o‘lchanadi.

Qorinning kattalashishi semizlikda, meteorizmida, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik to'planganda (assit) kuzatiladi. Ichki organlar osilib qolganida (splanxnoptozda), shuningdek mahali assitda qorinning pastki qismi bo'rtib turishi mumkin. Qorin assimetriyasi qorin bo'shlig'i a'zolari (jigar, taloq) sezilarli darajada kattalashganda, katta kistalarda (masalan, tuxumdon), ichak tutilishida ichak qovuzloqlari shishganda paydo bo'ladi.

Qorinni ko'zdan kechirishda operatsiyadan keyingi chandiqlarni (ayniqsa, ko'pincha appendektomiyadan keyin), kindik churralarini, ichak peristaltikasini (ichak tutilishida) ko'rish mumkin. Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarrohlik kasalliklarida (masalan, o'tkir appenditsitda o'ng yonbosh sohasida) tegishli sohalarda cheklangan bo'lishi mumkin bo'lgan nafas olish jarayonida qorin old devorining ishtirokini diqqat bilan kuzatish muhimdir.

Palpatsiya Bemorni bevosita tekshirishning barcha usullari orasida qorinni palpatsiya qilish turli ichak kasalliklarini aniqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Qorin bo'shlig'i a'zolarini paypaslashning asosiy qoidalari va usullarini ishlab chiqishda buyuk terapevtlari V. P. Obrazsov, N. D. Strajesko, V. X. Vasilenko katta hissa qo'shdilar.

Qorinni paypaslash texnik jihatdan ancha murakkab tekshirish usuli hisoblanadi. Uni o'tkazish bir qator majburiy shartlarga qat'iy rioya qilishni nazarda tutadi. Qorin palpatsiyasida qimmatli ma'lumotlarni bemorning qorin pressi mushaklari maksimal darajada bo'shashgan bo'lsagina olish mumkin. Buning uchun bemorning nafas olishi diafragmal bo'lishi kerak va shifokor bemorni palpatsiya qilish imkonini beradigan bunday nafas olish texnikasiga o'rgatishi kerak. Shifokor bemorning qo'lini qorniga qo'yadi va shunday nafas olishni so'raydiki, qo'l nafas olish harakatlariga mos ravishda ko'tarilib tushsin.

Qorinni paypaslaganda bemor kushetkada yoki karavotda boshi past qilib, qo'llarini ko'kragiga qo'yib yoki tanasi bo'ylab cho'zib yotadi. Ba'zi shifokorlar qorinni paypaslaganda bemorlardan oyoqlarini tizzadan bukishni so'rashadi, bu qorin pressi mushaklarining yaxshiroq bo'shashishiga olib keladi deb o'ylashadi. Bu usul esa deyarli befoyda bo'lib, bemorning diqqatini qandaydir suhbat bilan chalg'itish ancha samaraliroqdir.

Shifokor bemorning o'ng tomoniga shunday o'tiradiki, stulning o'rindig'i taxminan karavot bilan bir xil darajada bo'lishi kerak. Shifokorning qo'llari albatta issiq bo'lishi kerak, aks holda qorin pressi mushaklarining reflektor qisqarishi sodir bo'ladi. Tavsiflangan usulni bemor tik turgan holatda qorinni paypaslash bilan to'ldirish maqsadga

muvofigdir. Bunday hollarda qorin bo'shlig'idagi ba'zi a'zolar (jumladan, ko'richak) paypaslab ko'rish uchun qulayroq bo'lib qoladi. Semizlik, meteorizm, assit bilan og'rikan bemorlarda qorinni paypaslash qiyin bo'ladi. Bunday hollarda qorin dam bo'lishi va qorin bo'shlig'idan suyuqlik so'rilishi kamayganda dinamikada o'tkazilgan tekshirish katta ahamiyatga ega. Qorin pressi mushaklari yaxshi rivojlangan sportchilarda qorinni palpatsiya qilish oson emas.

Har bir bemorda qorinni paypaslashning ikki turi ketma-ket qo'llaniladi: yuzaki taxminiy va chuqur (uslubiy, sirpanuvchi), Obrazsov - Strajesko usuli bo'yicha o'tkaziladi.

Qorinning yuzaki taxminiy palpatsiyasi quyidagicha amalga oshiriladi. Shifokor o'ng qo'lini bemorning qorniga tekis qo'yadi va u bilan qorinning simmetrik qismlariga yengil, ehtiyotkorlik bilan bosadi. Avvalo, og'riq bor-yo'qligiga, shuningdek qorin devori muskullarining rezistentligiga (yengil taranglashuviga) e'tibor beriladi. Bemorda qorin og'rig'idan shikoyat bo'lmasa, tekshiruvni chap yonbosh sohasidan boshlab, keyin o'ng yonbosh sohasiga, keyin esa undan yuqoriroqqa o'tiladi va yuzaki palpatsiyani epigastral sohani tekshirish bilan yakunlanadi. Agar bemorda chap yonbosh sohasida og'riq bo'lsa, yuzaki paypaslashni qorinning eng kam og'riydigan qismidan (masalan, epigastriydan) boshlab, aksincha, chap yonbosh sohasini tekshirish bilan tugatiladi.

Rezistentlik, shuningdek qorin oldingi devori muskullarining birmuncha yaqqolroq taranglashuvi (muskul himoyasi simptomi) topilishi qorin pardasining reaksiyasi borligidan va uning yallig'lanish jarayoniga qo'shilib ketgan bo'lishi mumkinligidan darak beradi. Chunonchi, o'tkir appenditsitda yuzaki paypaslab ko'rilganida o'ng yonbosh sohasida, o'tkir xolesistitda o'ng qovurg'a osti sohasida mahalliy og'riq borligi va qorin devori muskullari tarang tortilganligi qayd qilinadi. Peritonitning rivojlanishidan Shchetkin-Blyumbergning musbat simptomi paydo bo'lishi dalolat beradi, bu palpatsiyalovchi qo'l qorindan to'satdan olinganda og'riqlarning keskin kuchayishidan iborat. Qator hollarda (Shchetkin-Blyumberg simptomi keskin musbat) bemorlar qo'lini tortib olish paytida baqirib yuborishi ham mumkin.

Yuzaki taxminiy palpatsiyada, bundan tashqari, qorinning teri qoplamlari va teri osti kletchatkasi, shuningdek qorin old devorining "zaif joylari" holatiga e'tibor beriladi. Bularga, xususan, epigastral sohadagi qorin oq chizig'ining aponevrozi, kindik halqasi, chov kanalining tashqi teshigi kiradi. Shu bilan birga, churra bo'rtmalarining mavjudligi bemorni zo'riqtirganda eng yaxshi aniqlanadi. Chunonchi, qorin to'g'ri

muskullarining oq chiziq sohasidagi diastazini (ajralishini) aniqlash uchun qorinning o'rta chizig'i bo'ylab sal bukilgan barmoqlar xanjarsimon o'simtadan pastroqqa qo'yiladi va bemordan qo'llar yordamisiz boshini yostiقدan ko'tarish so'raladi. Qorinning to'g'ri muskullari bir-biridan uzoqlashgan bo'lsa, paypaslovchi barmoqlar qorinning to'g'ri muskullari orasida hosil bo'lgan "ariqcha" ga bemalol kirib boradi. Yuzaki paypaslab ko'rilganida ba'zan qorin bo'shlig'idagi ba'zi organlar (jigar, taloq) ancha kattalashib ketganini, o'smalar va katta-katta kistalar borligini topish mumkin. Biroq, ularni batafsilroq baholash uchun maxsus uslubiy usullar mavjud.

**Obrazsov-Strajesko bo'yicha chuqur palpatsiya** yuzaki palpatsiyadan shu bilan farq qiladiki, bunda palpatsiyalovchi qo'l qorin bo'shlig'ining ichkarisiga kirib boradi. Palpatsiyaning bu turi sirg'anuvchi deb ham ataladi, chunki uning yordamida organlar yuzasida barmoqlar bilan sirg'anib, ularning xususiyatlari baholanadi va u qat'iy reja bo'yicha va ma'lum ketma-ketlikda o'tkazilgani uchun uslubiy hisoblanadi. Odatda bunda N. D. Strajesko taklif etgan tartibda palpatsiya qilinadi: sigmasimon ichak, ko'richak va chuvalchangsimon o'simta, yonbosh ichakning oxirgi qismi, chambar ichakning ko'tariluvchi va tushuvchi qismlari, ko'ndalang chambar ichak, me'da, jigar, taloq, me'da osti bezi va buyraklar.

Chuqur palpatsiyani o'tkazish to'rt bosqichni o'z ichiga oladi. Ulardan birinchisi qo'llarni to'g'ri qo'yishdir. O'ng qo'l barmoqlari biroz bukilgan holda bemorning qorin old devoriga shunday qo'yiladiki, bunda bukilgan barmoqlar ichakning paypaslanayotgan qismiga parallel joylashsin. Palpatsiyaning bu momenti qorin bo'shlig'i a'zolari topografiyasini yaxshi bilishni nazarda tutadi. Ikkinchi bosqich terining biroz siljishi va teri burmasining hosil bo'lishini o'z ichiga oladi, bu esa keyinchalik qo'lni harakatlantirganda terining taranglashishiga yo'l qo'ymaydi. Chuqur paypaslashning uchinchi bosqichi o'ng qo'l barmoqlarini qorin bo'shlig'iga botirishdir, bu bemor nafas chiqarganda amalga oshiriladi, bu qorin old devori mushaklarining bo'shshishiga yordam beradi. Nihoyat, chuqur paypaslashning to'rtinchi bosqichi o'ng qo'l barmoqlarini qorinning orqa devoriga bosilgan ichak yuzasi bo'ylab siljitishdir. Bunda qo'l go'yo ichak orqali "dumalab o'tadi," yo'l-yo'lakay uning xususiyatlarini baholaydi: yo'g'on ichak tegishli qismining joylashuvi va palpatsiya qilinadigan qismning uzunligi, shakli, diametri (sm hisobida), konsistensiyasi (yumshoq, zich), yuzasining tabiati (silliq, g'adir-budur), harakatchanligi (siljishi), palpatsiya paytida og'riq va quldirashning mavjudligi.

**Sigmasimon ichak palpatsiyasi.** Sigmasimon ichak odatda sal bukilgan toʻrtta barmoq bilan yoki oʻng qoʻl jimjilogʻining tirsak qirrasini bilan paypaslab koʻriladi (4-rasm). Oʻng qoʻl barmoqlari chap yonbosh sohasida kindikni yonbosh suyagining oldingi yuqori oʻsigʻi bilan bogʻlaydigan chap chiziqning oʻrta va tashqi uchdan bir qismi chegarasida sigmasimon ichakning qiyshiq (yuqoridan va chapdan - pastga va oʻngga) joylashuviga parallel ravishda joylashtiriladi. Soʻngra terini kindik tomonga surib, teri burmasini hosil qiladi, nafas chiqarganda qorin boʻshligʻining ichkarisiga kirib boradi va barmoqlar bilan sigmasimon ichakni "dumalatib," uning yuzasi boʻylab sirpanadi. Bunda barmoqlar yuqoridan, oʻngdan va ichkaridan pastga, chapga va tashqariga qarab harakatlanadi. Odatda, sigmasimon ichak yoʻgʻon ichakning boshqa qismlariga qaraganda tez-tez palpatsiya qilinadi (91-95% hollarda) va chap yonbosh sohasida 20-25 sm uzunlikda ogʻriqsiz, zich, silliq yuzali, diametri 2-3 sm boʻlgan silindr shaklida aniqlanadi, 3-5 sm ga siljiydi, gʻuldiramaydi va kamdan-kam hollarda harakatlanadi. Sigmasimon ichakning harakatchanligi haddan tashqari uzun ichak tutqichi tufayli oshishi mumkin. Bunda u odatdagi joyda emas, balki koʻproq medial yoki lateral tomonda paypaslanadi.



**Rasm 4**

Sigmasimon ichakning diametri unda axlat massalari toʻplanib qolganida, oʻsma zararlangan mahallarda kattalashadi. Sigmasimon ichakning spastik qisqarishida (oʻtkir sigmoiditda) uning diametri, aksincha, kichrayishi mumkin. Xavfli oʻsmalarda sigmasimon ichak konsistensiyasi ancha zich boʻlib qoladi, uning yuzasi esa notekis va gʻadir-budur boʻlib qoladi, ichakning oʻzi kam harakatchan boʻlib qolishi mumkin. Yalligʻlanish kasalliklarida (masalan, dizenteriyada) sigmasimon ichak paypaslanganda ogʻriqli boʻladi, uning peristaltikasi kuchayganligi qayd

etiladi, bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligi esa uning quldirashiga sabab bo'ladi.

**Ko'richak palpatsiyasi.** Ko'r ichak kindikni yonbosh suyagining oldingi yuqori o'sig'i bilan birlashtiruvchi o'ng chiziqning o'rta va tashqi uchdan bir qismi chegarasida o'ng yonbosh sohasida paypaslanadi, bunda paypaslovchi qo'l barmoqlari ham ko'r ichak uzunligiga parallel ravishda qiyshiq yo'nalishda joylashtiriladi (5-rasm). Teri burmasi kindik tomon yo'nalishda shakllantiriladi, paypaslovchi barmoqlar qorin bo'shlig'iga botirilgandan so'ng sirpanishi yuqoridan, ichkaridan va chapdan - pastga, tashqariga va o'ngga yo'nalishda amalga oshiriladi. Qorin oldingi devori muskullari o'ng yonbosh sohasida taranglashganda, uni kamaytirish maqsadida V. P. Obrazsov ko'richakni paypaslash bilan bir vaqtda qo'lning bilak qirradi bilan kindik sohasini bosishni tavsiya etgan. Ko'richak 79-85% hollarda elastik, o'rtacha zich silindr ko'rinishida paypaslanadi, diametri 3-4 sm pastga qarab noksimon kengaygan, og'riqsiz, 2-3 sm oralig'ida siljiydi, paypaslaganda quldiraydi.



**Rasm-5**

Ko'r ichakning yuqorida bayon etilgan palpator xususiyatlari turli kasalliklarda o'zgarishi mumkin. Chunonchi, ichak qorin orqa devoriga yetarlicha fiksatsiyalanmagan, cho'zilgan bo'lsa, shuningdek yonbosh ichakning bir qismi bilan umumiy ichak tutqichi bo'lsa, ko'richakning ortiqcha harakatchanligi (coecum mobile) paydo bo'ladi. Aksincha, ko'richak sohasida bitishma jarayoni rivojlanganda (appenditsitda, tuxumdonlar, bachadon naylari yallig'lanishida) ko'richakning harakatchanligi pasayadi. Sil yoki rak kasalliklarida ko'richak konsistensiyasi zichlashadi, yuzasi notekis va g'adir-budur bo'lib qoladi.

**Yonbosh ichak palpatsiyasi.** Yonbosh ichakning oxirgi qismi palpatsiya qilish mumkin bo'lgan ingichka ichakning yagona qismidir; uni odatda 75-85% hollarda paypaslab topish mumkin. Bunda o'ng qo'l barmoqlari kindikni yonbosh ichakning oldingi yuqori o'sig'i bilan birlashtiruvchi o'ng chiziqdan biroz pastroqda, o'ng yonbosh sohasida joylashadi. Yonbosh ichakning oxirgi qismi pastdan va chapdan yuqoriga va o'ngga yo'nalganligi sababli, barmoqlar yuqoridan va chapdan pastga va o'ngga yo'nalishi kerak. Me'yorda yonbosh ichakning oxirgi qismi 10-12 sm uzunlikda, diametri 1-1,5 sm bo'lgan yumshoq yupqa devorli silindr shaklida, og'riqsiz, faol harakatlanuvchi va paypaslaganda g'uldirovchi bo'lib seziladi. Ko'richak bo'shlig'i torayganda yonbosh ichakning oxirgi qismi zichlashadi, diametri kattalashadi va peristaltikasi kuchayadi. Sil bilan zararlanganda ichakning bu qismi yuzasi notekis va g'adir-budur bo'lib qoladi.

**Chuvalchangsimon o'simtani paypaslash.** Chuvalchangsimon o'simtani (appendix) asosan uning o'lchamlari kattalashgan va u ancha zich konsistensiyaga ega bo'lgan hollarda paypaslab topish mumkin. Ko'pchilik odamlarda chuvalchangsimon o'simtani paypaslash uning kichik diametri ("g'oz pati bilan," N. D. Strajesko bo'yicha), shuningdek, holatning o'zgaruvchanligi tufayli qiyinlashadi. Bundan tashqari, palpatsiyada chuvalchangsimon o'simtani qorin parda dublikaturasi bilan osongina adashtirish mumkin.

**Yo'g'on ichak palpatsiyasi.** Yo'g'on ichakning ko'tariluvchi va tushuvchi qismlarini paypaslash uchun V. X. Vasilenko taklif etgan usul qo'llaniladi. O'ziga xos qattiq astar hosil qilish maqsadida chap qo'l panjasi mos ravishda bel sohasining o'ng yarmi ostiga (yuqoriga ko'tariluvchi qismini paypaslaganda) va chap yarmi ostiga (pastga tushuvchi qismini paypaslaganda) joylashtiriladi. O'ng qo'l barmoqlari yo'g'on ichakning aytib o'tilgan bo'limlari uzunligiga parallel qilib qo'yiladi, burma hosil bo'lishida teri kindik tomonga suriladi, qorin bo'shlig'iga botirilgan barmoqlar esa ichak bo'ylab dumalab, keyin sirg'alib tashqariga chiqadi.

**Ko'ndalang chamber ichak** taxminan 70% hollarda palpatsiya qilinadi. Ko'ndalang chamber ichakning holati o'zgaruvchan bo'lganligi sababli, uni paypaslashni boshlashdan oldin me'daning pastki chegarasi aniqlanadi, shundan so'ng barmoqlar topilgan me'da chegarasidan 2-3 sm pastga qo'yiladi.

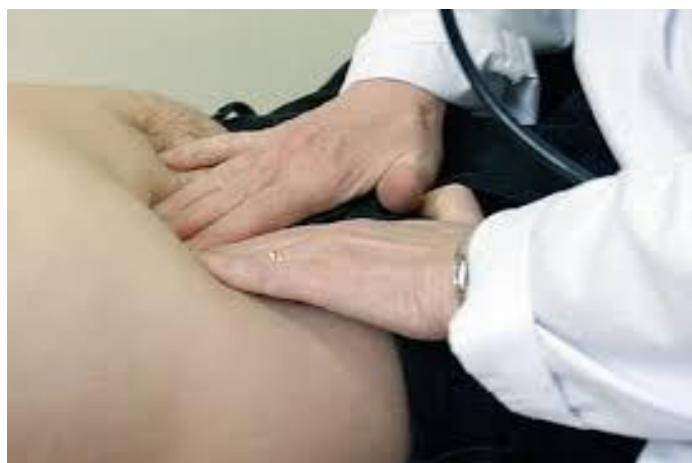
**Yo'g'on ichak palpatsiyasini** o'ng qo'l bilan ham, bir vaqtning o'zida ikki qo'l bilan ham o'tkazish mumkin (bimanual palpatsiya). Bir o'ng qo'l bilan paypaslab ko'rilganida barmoqlar dastlab o'rta chiziqdan 4-5 sm o'ng

## O'quv uslubiy qo'llanma

---

tomonga qo'yiladi, ichakning shu qismi tekshirib ko'rilganidan keyin qo'l ichakdan 4-5 sm chap tomonga o'tkaziladi. Bimanual palpatsiyadan foydalanganda ikkala qo'lning bukilgan barmoqlari bir vaqtning o'zida o'rta chiziqning o'ng va chap tomoniga qo'yiladi (7-rasm). Burma hosil qilishda teri yuqoriga suriladi, barmoqlar qorin bo'shlig'iga kirgandan keyin esa yuqoridan pastga qarab suriladi. Agar ko'ndalang chamber ichakni darhol paypaslab topishning iloji bo'lmasa, u holda barmoqlar dastlabki sathdan yuqoriroq yoki pastroq qo'yib ko'chiriladi. Me'yorda ko'ndalang chamber ichak ko'ndalang joylashgan (pastga tushganida esa yoysimon) silindr ko'rinishida, o'rtacha zich konsistensiyada, diametri 3-4 sm, harakatchan, og'riqsiz, quldiramaydi.

Ko'ndalang chamber ichakning paypaslash xususiyatlari ko'p jihatdan undagi tarkibning konsistensiyasiga va uning motorikasi holatiga bog'liq. Yo'g'on ichakning pastda joylashgan bo'limlari torayib qolganida (masalan, o'smada) ko'ndalang chamber ichak hajmi kattalashib, peristaltikasi zo'rayadi, bu narsa odatda qattiq g'uldirash bilan birga davom etib boradi.



**Rasm-7**

**To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish** (rektal tekshirish). Bunday tekshirish to'g'ri ichakning o'zida ham, uning atrofidagi organ va to'qimalarda ham turli kasalliklarni aniqlash imkonini beradi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish ko'pincha tizza-tirsak holatida yoki bemor yonboshlab, oyoqlarini qorniga tortgan holatda o'tkaziladi.

Bir qator o'zgarishlarni (gemorroidal tugunlar yoki to'g'ri ichakning tushishi, orqa chiqaruv teshigi sohasidagi yoriqlar) aniqlashga yordam beradigan anal teshik sohasini dastlabki tekshirishdan so'ng, steril rezina qo'lqopdagi o'ng qo'lning ko'rsatkich barmog'i vazelin bilan moylangan holda ehtiyotkorlik bilan orqa chiqaruv teshigiga kiritiladi. Bunda orqa chiqaruv teshigi tashqi sfinkterining holati baholanadi. Uning keskin

qisqarishi va og'riqli bo'lganda, tekshirishni davom ettirishdan oldin ba'zan ushbu sohada mahalliy og'riqsizlantirish o'tkazishga to'g'ri keladi. Rektal tekshiruvda barmoq kuch ishlatmasdan yengil aylanma harakatlar bilan to'g'ri ichak bo'shlig'i yo'nalishiga qat'iy mos ravishda iloji boricha chuqurroq kiritiladi.

Sfinkterdan o'tib, barmoq dumg'aza chuqurchasi tomon buriladi, shundan so'ng u to'g'ri ichak ampulasiga tushadi. To'g'ri ichak ampulyar qismi bo'shlig'i va uning oldingi, orqa va yon devorlari shilliq qavatining holatini baholab, oldinda joylashgan prostata bezi (erkaklarda), to'g'ri ichak-qin to'sig'i va bachadon bo'yni (ayollarda) tekshiriladi, shuningdek pararektal kletchatka, dumg'aza va dum suyagining ichki yuzasi holati aniqlanadi. Barmoq olingach, qo'lqopda qolgan ichak suyuqligi izlarining xarakteriga e'tibor beriladi (shilimshiq, yiring, o'zgarmagan qon, qatronli najas izlari). Rektal barmoq bilan tekshirish to'g'ri ichakning ko'pgina kasalliklari (gemorroj, yallig'lanish o'zgarishlari, xavfsiz va xavfli o'smalar va b.), to'g'ri ichak atrofi kletchatkasi (paraproktit), prostata bezi (prostatit, adenoma, rak), Duglas bo'shlig'i (yiringli ekssudat to'planishi, o'sma metastazlari) diagnostikasida yordam beradi.

Qorin bo'shlig'i o'smalarini paypaslash. Palpatsiya usuli qorin bo'shlig'idagi turli o'smalarni aniqlashda muhim ahamiyatga ega. Qorin paypaslab ko'rilganida qanday bo'lmasin biror o'smasimon tuzilma topiladigan bo'lsa, u faqat haqiqiy o'smadan iborat bo'lib qolmay, balki qorin bo'shlig'idagi o'zgargan organlar (jigarning kattalashgan chap bo'lagi, adashgan buyrak va boshqalar), kattalashgan limfa tugunlari, yallig'lanish infiltratlari va absesslari, churra bo'rtmalari ham bo'lishi mumkinligini nazarda tutish kerak. Qorin bo'shlig'i a'zolari va qorin parda orti bo'shlig'ining topografik xususiyatlarini aniqlash, qorin devorining "zaif joylarini" sinchkovlik bilan o'rganish, asosiy kasallikni (limfoleykoz, limfogranulematoz) o'z vaqtida aniqlash bunday hollarda tashxis qo'yishda xatolarga yo'l qo'ymaslik imkonini beradi.

O'smalarning o'ziga kelsak, ular qorin bo'shlig'ida, qorin devorida ham, qorin pardasi orqasida ham joylashishi mumkin. Qorin devori o'smalari ko'pincha ko'zdan kechirib ko'rilgan mahalning o'zidayoq oson topiladi. Ular odatda yuzaki joylashadi, ko'pincha qorin pressi mushaklari taranglashganda ham paypaslanadi, shuningdek, qorin devorining nafas olish harakatlarida aniq kuzatiladi (tortiladi yoki bo'rtib chiqadi). Qorin bo'shlig'i ichida joylashgan o'smalar (agar ular atrofdagi to'qimalarga o'sib kirmasa) nafas olishda yaxshi harakatchanligi, chuqur nafas olish fazasiga tushishi, shuningdek, palpatsiya paytida yetarli darajada passiv

harakatchanligi (siljishi) bilan ajralib turadi. Qorin pardasi ortidagi o'smalarning (buyrak va me'da osti bezi dumining mayda o'smalaridan tashqari) harakatchanligi ancha chegaralangan bo'ladi; bu o'smalar qorin bo'shlig'ining orqa devoriga zich taqalib turadi va hamisha me'da hamda ichak qovuzloqlari bilan bekilib turadi.

O'sma topilganida uning harakatchanligi va suriluvchanligidan tashqari, shakli, katta-kichikligi, konsistensiyasi (yumshoq, zich, bir jinsli emasligi), yuzasining xarakteri (tekis, g'adir-budurligi), paypaslab ko'rilganida og'riq bor-yo'qligi aniqlanadi, o'smaning qorin bo'shlig'idagi u yoki bu organga mansub bo'lishi mumkinligi aniqlanadi. Biroq, shuni esda tutish kerakki, o'smalar yoki kistalar katta bo'lgan mahallarda qorin bo'shlig'i organlari o'rtasidagi normal topografik nisbatlar o'zgarib qolishi mumkin.

**Perkussiya** Qorin perkussiyasida qorin bo'shlig'i ustida har xil to'ntoqlashgan timpanik tovush eshitiladi, bu ichakda gazzimon, suyuq va zich moddalar borligiga bog'liq. Perkutor tovushning o'zgarishi qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik to'planganda, suyuqlik bilan to'lgan katta kistalarda, qorin dam bo'lganda (meteorizm) kuzatiladi. Meteorizm tufayli qorin kattalashganda perkussiyada olinadigan timpanik tovush balandroq bo'ladi. Aksincha, qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planganda perkutor to'ntoq tovush paydo bo'lishi aniqlanadi. Ba'zi metodik usullar bunday hollarda qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlikni katta kistalardagi, masalan, tuxumdondagi suyuqlikdan farq qilishga yordam beradi.

Qorin bo'shlig'ida suyuqlik topilganda perkussiyani bemorning turli holatlarida (gorizontal, vertikal, yonboshda) o'tkazish kerak. Chunonchi, bemor chalqancha yotganida erkin suyuqlik avvalo qorinning yon bo'limlarida (yonboshlarida) to'planib boradi, shu joyda perkussiya qilinganda bo'g'iq tovush eshitiladi. Bunda kindik atrofi sohasida perkutor tovushning timpanik tusi saqlanib qoladi. Agar bemor o'ng yoki chap yonboshiga ag'darilsa, shunga mos ravishda erkin suyuqlik qorinning pastroq joylashgan yon bo'limlariga o'tadi, u yerda tabiiy ravishda to'ntoq tovush zonasi kattalashadi. Aksincha, qorinning yuqorida joylashgan yon qismida timpanik tovush paydo bo'ladi. Bemorning vertikal holatida perkussiya qilinganda, assit holatlarida bo'g'iq tovush birinchi navbatda qov usti va yonbosh sohalarida aniqlanadi, qorinning yuqoriroq joylashgan qismlari perkussiyasida esa tovush timpanik bo'lib qoladi. Shuni ta'kidlash kerakki, bunday qonuniyat faqat qorin bo'shlig'ida o'rtacha miqdorda erkin suyuqlik to'planganda kuzatiladi. Erkin suyuqlik miqdori juda ko'p bo'lganda ko'rsatilgan metodik usullar o'z qimmatini yo'qotadi.

Qorin bo'shlig'ida joylashgan va suyuqlik bilan to'lgan kistalar ham perkussiyada to'mtoq tovush beradi. Biroq, kistalar qorin bo'shlig'ida, odatda, o'rta holatni egallab, ichak qovuzloqlarini yon bo'limlarga surib qo'yadi. Shuning uchun bemorni gorizontal holatda (chalqancha) o'tkazilgan qorin perkussiyasida to'mtoq tovush aynan kindik atrofi sohasida yaqqol namoyon bo'ladi, yon qismlarda esa perkutor tovush timpanikligicha qoladi. Kistalar fiksatsiyalangan bo'lgani uchun bemor holatining o'zgarishi perkutor tovush chegaralarining assitdagidek aniq qayta taqsimlanishiga olib kelmaydi. Juda kamdan-kam hollarda qorin bo'shlig'ida juda ko'p miqdorda suyuqlik (10-12 l va undan ko'proq) sig'adigan juda katta o'lchamdagi kistalar uchraydi.

Bunday kistalarni maxsus tekshirish usullarisiz (xususan, ultratovush yordamisiz) assitdan farqlash juda qiyin.

Assitni aniqlash uchun flyuktuatsiya usulidan ham foydalaniladi. Chap qo'lining kaftini bemor qorning yon yuzasiga qo'yib, ikkinchi qo'lining barmoqlari bilan vrach qorning qarama-qarshi yon yuzasiga yengil turtki beradi. Bunda hosil bo'lgan to'lqinlar (tebranish) chap qo'l bilan ushlab olinadi. Qorin devorining mumkin bo'lgan tebranishlarini istisno qilish uchun yordamchi (yoki bemorning o'zi) kaftining qirrasi bilan qorning o'rta chizig'ini biroz bosadi. Bunday hollarda qorin devorining tebranishlari deyarli butunlay so'nadi, suyuqlikning chayqalishi bilan bog'liq bo'lgan to'lqinlar esa saqlanib qoladi va aniq seziladi.

**Auskultatsiya** Qorin auskultatsiyasida odatda ichak peristaltikasi bilan bog'liq bo'lgan vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan ichak shovqinlari eshitiladi. Ichak shilliq pardasining yallig'lanishida (enterit, kolit), ichak funksional buzilishlarida (diskineziyalar), nevrozlarning ba'zi formalarida ichak peristaltikasi birmuncha sezilarli bo'ladi. Peristaltikaning keskin kuchayishi (to'siqdan yuqorida) mexanik ichak tutilishida paydo bo'ladi. Aksincha, paralitik ichak tutilishida, shuningdek tarqoq peritonitda ichak parezi tufayli ichak peristaltikasining yo'qolishi kuzatiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolarini (ko'pincha jigar va taloqni) qoplab turuvchi qorin parda varag'ining fibrinoz yallig'lanishida nafas harakatlariga mos ravishda bu a'zolar ustida qorin pardasining ishqalanish shovqini eshitilishi mumkin.

## **LABORATORIYA VA ASBOBLAR BILAN TEKSHIRISH USULLARI**

**Najasni tekshirish** Najas tahlili ovqat hazm qilish a'zolari kasalligi bilan og'rigan bemorni tekshirishning muhim qismidir.

Sog'lom odamda najas taxminan bir xil hajmdagi hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari, hazm a'zolari va mikroorganizmlardan (asosan o'lik) iborat bo'ladi. Axlat yashirin qon, gelmint tuxumlari va boshqalarni aniqlash maqsadida tekshiriladi. *Umumiy klinik tahlil* ovqatning hazm bo'lish darajasini baholash, o't ajralishining buzilishini, yashirin qon ketishini, yallig'lanish o'zgarishlarini, parazitlarning mavjudligini va boshqalarni aniqlash imkonini beradi. Bu tahlil makroskopik va oddiy kimyoviy tekshirishni o'z ichiga oladi. *Najasning mikrobiologik tekshiruvi* yuqumli ichak kasalligiga shubha qilinganda o'tkaziladi.

Najas quruq toza idishga yig'iladi va iloji boricha yangiligida, ajralgandan keyin 8-12 soatdan kechiktirmay va sovuqda saqlanganda tekshiriladi. Sodda hayvonlar yangi, hali iliq axlatdan qidiriladi. Ovqatning hazm bo'lishini o'rganishda bemor umumiy stol oladi yoki uni tekshirishdan bir necha kun oldin maxsus sinov parheziga o'tkaziladi.

**Axlatni makroskopik tekshirish.** Uning miqdori (sutkalik), rangi, konsistensiyasi, shakli, hidi, hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari, shilliq, qon, yiring, parazitlar borligi qayd etiladi.

Aralash ovqat bilan ovqatlanganda *axlatning me'yoriy miqdori* kuniga 100-200 g ni tashkil etadi. Uning miqdori o'simlik mahsulotlari ko'p bo'lganda, yaxshi o'zlashtirilmaganda (masalan, me'da osti bezi kasalliklarida), peristaltika tezlashganda ortadi. U asosan oqsilli ovqatlar, qabziyat, och qolishda kamayadi. Najasning shakli ko'p jihatdan uning konsistensiyasiga bog'liq. Normal axlat kolbasasimon shaklda, yumshoq konsistensiyada bo'ladi. Qabziyatda axlat zich bo'ladi, spastik kolitda u to'p-to'p bo'ladi ("qo'y qumalog'i"). Najasning konsistensiyasi asosan suvning so'rilish darajasiga qarab aniqlanadi. Yog' miqdori ko'p bo'lsa, najas konsistensiyasi mazsimon bo'ladi.

Axlatning normal qo'ng'ir rangda bo'lishi unda bilirubin-sterkobilin va mezobilifussin unumlari borligiga bog'liq. Ich ketganda va ba'zi antibiotiklar ichilganda najasning rangi tillarang-sariq bo'ladi. O't ajralishi buzilganda axlat kulrang-oq, loy yoki qum rangida bo'ladi (axolik axlat). Axolisiz yog'li najasda (spru, ichak amiloidozi va boshqalar) najas ham kulrang bo'ladi, lekin yorug'likda qorayadi va sterkobilinga ijobiy reaksiya beradi. Axlatning qora rangda bo'lishiga hazm yo'lining yuqori bo'limlaridan qon ketishi (temirning oltingugurtli birikmalari hosil bo'lishi), vismut, temir, karbolen preparatlarini qabul qilish, chernika, qora smorodina, kofe va boshqalarni iste'mol qilish sabab bo'lishi mumkin. Axlatning rangiga boshqa dori-darmonlar va o'simlik pigmentlari ham ta'sir qiladi.

Axlatning hidi bijg'ish kuchayganda (organik kislotalarning nordon hidi) yoki chirishda, ayniqsa yo'g'on ichak o'smasi parchalanganda o'zgaradi.

Hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlarini qorong'i fonga qo'yilgan Petri kosachasidagi najas emulsiyasida aniqlash osonroq. Ko'pincha o'simlik oziq-ovqat qoldiqlari: rezavor mevalarning po'stlog'i va donalari, no'xat donlari va boshqalar topiladi. Oshqozon va pankreatik hazm yetishmovchiligida yoki tishlar bo'lmaganda odatda yaxshi hazm bo'ladigan ovqat bo'lakchalari (lienteriya) topiladi.

Me'da axiliyasida tolali tuzilishga ega bo'lgan oqish kesakchalar ko'rinishidagi biriktiruvchi to'qima saqlanib qoladi. Yog'ning ko'pligi (steatoreya) axlat yuzasida qotib qolgan yog' qatlamining paydo bo'lishiga olib keladi.

Shilliq, qon va yiring yo'g'on ichakdan ajralsa, oddiy ko'z bilan ko'rinadi. Ingichka ichakdan ajralgan shilimshiq axlat bilan aralashib, leykotsitlar va eritrotsitlar parchalanadi. Axlat yuzasida bo'lakchalar yoki tasmalar shaklida joylashgan shilliq yo'g'on ichakning yallig'lanish o'zgarishlaridan dalolat beradi. Membranoz kolitda shilimshiq tasmasimon zich tortmalar ko'rinishida ajralib chiqadi va ko'pincha bemorlar ularni gijja deb o'ylaydilar. Dizenteriya va yarali kolit uchun qon bilan bo'yalgan shilimshiqning yorilib ketishi xarakterlidir. Gemorroidal qon ketishlarda najas yuzasida o'zgarmagan qon ko'zga tashlanadi. Yo'g'on ichakning yarali shikastlanishlarida (dizenteriya, sil, o'sma parchalanishi) yoki paraproktal abscess yorilganda axlat bilan yiring ajraladi. Axlatda toshlar (o't, pankreatik, axlat) uchrashi mumkin.

Parazitlardan askaridalar, ostritsalar, lentasimon gijjalarning bo'g'imlarini uchratish mumkin. Ularni bir-biridan farq qilish uchun bir necha tomchi glitserinli ikkita buyum oynasi orasiga qo'yiladi. Qurollanmagan tasmasimon chuvalchangning bo'g'imlari bachadonining ingichka va ko'p (15-35) shoxlanganligi bilan ajralib turadi; qurollangan tasmasimon chuvalchangda ular kamroq (7-12). Keng tasmasimon chuvalchang bo'g'iminin eni uzunligidan kattaroq, bachadoni rozetka shaklida. Askarida yomg'ir chuvalchangiga o'xshash, pushti-oq rangda bo'lib, urg'ochisining uzunligi 15-45 sm, erkagining uzunligi 15-25 sm.

**Axlatni mikroskopik tekshirish.** Ovqat qoldiqlari, hujayralar, ichak devoridan ajralib chiqadigan shilimshiq, gelmintlar tuxumlari, sodda hayvonlarni aniqlash uchun ishlab chiqariladi. Aksariyat najas elementlarini oz miqdordagi suv bilan najas emulsiyasidan tayyorlangan nativ preparatda topish mumkin. Qoplagich oyna bilan qoplangan preparat

## O'quv uslubiy qo'llanma

qorong'ilashtirilgan maydonda kichik va katta ob'ektivda ko'riladi. Odatdagi najasda ko'proq detrit, ya'ni tanib bo'lmaydigan mayda-mayda ovqat zarralari, hujayralar parchalanishi va mikroblar bo'ladi. Oqsilli ovqat qoldiqlaridan faqat mushak tolalari va biriktiruvchi to'qimalarni aniqlash mumkin. Muskel tolalari (8-rasm) silindrsimon shakli, sariq rangi va ko'ndalang chiziqliligi bilan ajralib turadi, bu chiziqlar go'shtga pazandalik ishlovi berilganda saqlanib qoladi, lekin hazm fermentlari ta'sirida yo'qolib ketadi. Sog'lom odam go'shtli ovqat iste'mol qilgandan keyin axlatida chiziqliligini yo'qotgan tolalarning ayrim bo'laklari topiladi.



**Rasm-8**

Biriktiruvchi to'qimaning mavjudligi oshqozon hazm qilishining yetishmasligidan dalolat beradi. Biriktiruvchi to'qima noaniq konturli yarim tiniq tolali tasmalar ko'rinishida uchraydi.

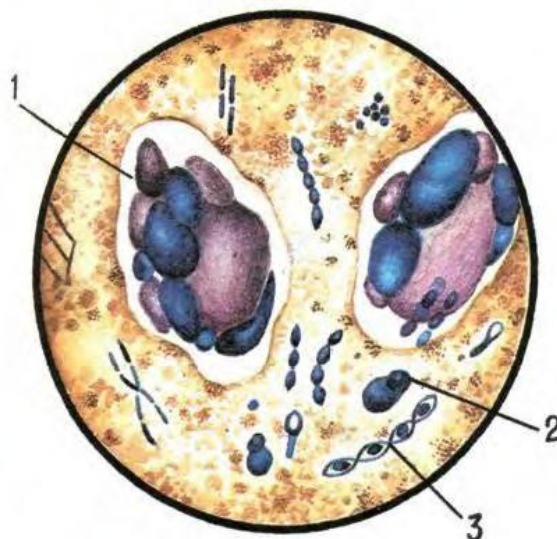
Axlat tarkibidagi uglevodli ovqat qoldiqlaridan kraxmal va o'simlik kletchatkasini aniqlash mumkin. O'simlik hujayralari nativ preparatda qalin po'stidan, o'simlik to'qimasi esa qalin hujayralararo to'siqlaridan oson bilinadi (9-rasm). Kletchatkaning miqdori ovqatning xarakteriga va axlatning yo'g'on ichakdan o'tish vaqtiga bog'liq bo'lib, bu yerda kletchatka qisman mikroblar ta'sirida parchalanadi. Kraxmalni aniqlash uchun najas emulsiyasiga bir tomchi Lyugol eritmasi qo'shiladi. Kraxmal donachalari ko'k yoki binafsha rangga bo'yaladi (10-rasm). Kraxmal yaxshi so'riladi, normal axlatda u butunlay yoki deyarli bo'lmaydi. Kraxmal miqdorining ko'payishi (amiloreya) ko'pincha ingichka ichak kasalligi bilan bog'liq bo'lib, peristaltikaning tezlashishi natijasida u parchalanishga ulgurmaydi.



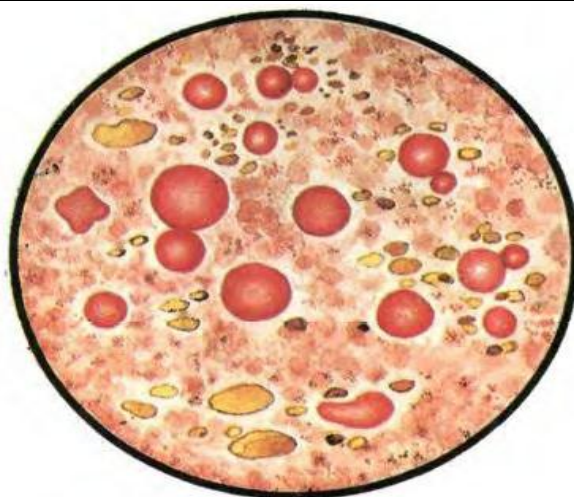
**9-Rasm**

Neytral yogʻ va uning parchalanish mahsulotlari ham nativ, ham Sudan tomonidan qizil rangga boʻyalgan preparatlarda topiladi. Neytral yogʻ meʼyorida hazm boʻlganda 90-98% oʻzlashtiriladi. Yogʻning oʻzlashtirilmagan qismi asosan sovunlar koʻrinishida ajralib chiqadi. Lipazalar yetishmaganda najasda koʻp miqdorda neytral yogʻ (steatoreya), oʻt yetishmaganda yogʻ kislotalari paydo boʻladi. Neytral yogʻ Sudan qizil bilan yorqin toʻq sariq-qizil rangga boʻyaladi. Yogʻ kislotalarining kristallari uchlari oʻtkirlashgan rangsiz ignalar (11-rasm) yoki Sudan bilan boʻyaladigan tomchi va boʻlakchalar koʻrinishida uchraydi. Sovunlar Sudanni qabul qilmaydigan mayda rombik kristallar va boʻlaklarni hosil qiladi.

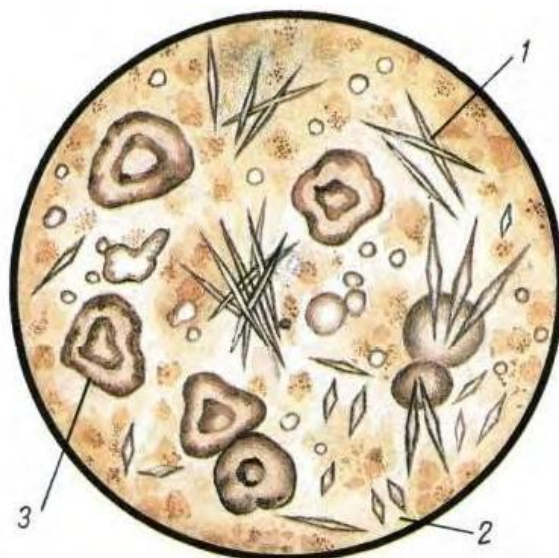
Ichak devori ajratadigan elementlarga shilimshiqdan tashqari leykotsitlar, eritrotsitlar, makrofaglar, ichak epiteliysi hujayralari va xavfli oʻsmalar kiradi.



**10-Rasm**



**Rasm-11**



**Rasm-12**

Me'yorda najasda yakka-yakka leykotsitlar uchraydi, ularning katta-katta to'plamlari, aksari shilimshiq va eritrotsitlar bilan birga yo'g'on ichakning yarali kasalliklarida (dizenteriya, sil, yarali kolit, rak) topiladi. Ular orasida neytrofillar ustunlik qiladi, amyobali dizenteriya va ba'zi gelmintozlarda eozinofillar paydo bo'ladi. Eritrotsitlar yo'g'on ichakning yarali zararlanishlarida, orqa chiqaruv teshigi yoriqlarida, bavo-silda topiladi. Shikastlanishlar yuqoriroq joylashganda eritrotsitlar parchalanishga ulguradi va qon bor-yo'qligi kimyoviy reaksiya yordamida hal qilinadi. Yallig'lanish jarayonlarida, ayniqsa bakterial dizenteriyada makrofaglar paydo bo'ladi. Ular leykotsitlardan yirikroq bo'lib, sitoplazmasida fagotsitoz mahsulotlari - kiritmalar ko'p bo'ladi. silindrsimon ichak epiteliysining yakka-yakka hujayralari normal axlatda uchrashi mumkin; ularning odatda shilimshiqda joylashgan katta to'plamlari kolit belgilari hisoblanadi. Ular ko'pincha hazm bo'la boshlaganligi va sovunlar bilan to'yinganligi tufayli deformatsiyalangan

bo'ladi. Xavfli o'sma hujayralari o'sma yo'g'on ichakning distal bo'limida joylashganidagina aniqlanishi mumkin.

Axlatda kristall tuzilmalardan sodda hayvonlar va gelmintlar tuxumining tripelfosfatlari uchraydi. Oxirgilarini nativ preparatlarda ham topish mumkin (tuxumlar ko'p bo'lganda); biroq yanada muvaffaqiyatli qidiruvlar uchun najasni katta solishtirma og'irlikdagi suyuqlik (natriy xlorid yoki sulfatning to'yingan eritmasi) bilan ishqalashda suzib chiqish paytida ularning konsentratsiyasiga murojaat qilinadi. Suyuqlikka qaraganda yengilroq bo'lgan tuxumlar emulsiya yuzasiga qalqib chiqadi, u yerdan metall sirtmoq bilan sirtqi parda bilan birga olinadi va buyum oynasiga o'tkaziladi.

Cho'ktirish usuli qo'llanilganda najasning suvli emulsiyasi yirik zarrachalardan tozalash uchun elakdan o'tkaziladi, suyuqlik tindiriladi, filtrlanadi, suv bilan qayta chayqatiladi va filtrlanadi. Cho'kmadan mikroskopiya uchun preparatlar tayyorlanadi. Teleman usuli ancha samarali bo'lib, bunda xuddi shunday ishlov berish uchun suv xlorid kislotasi va efir bilan almashtiriladi, bunda ovqat qoldiqlarining ko'p qismi eriydi. Tuxumlar sentrifugalash yo'li bilan cho'ktiriladi. Ostritsa tuxumlarini qidirish uchun material olish uchun shpatel yoki glitserin bilan namlangan paxta tampon bilan perianal burmalardan qirib olinadi.

Har xil turdagi gelmintlarning tuxumlari kattaligi, qobig'ining tuzilishi, tarkibining tabiati bilan farq qiladi. Askarida tuxumlari g'adirbudur qobig'i bilan boshqa hamma tuxumlardan farq qiladi. Ular oval shaklda, donador bo'lib, urug'langan tuxumlarda qobiqdan orqada qoladi. Ostritsa tuxumlari silliq konturli, assimetrik oval shaklga ega, tarkibi rangsiz. Tasmaimon chuvalchangning (qurollangan va qurollanmagan) tuxumlari bir xil bo'ladi. Ular yumaloq, qobig'i radial chiziqli keng, ichida uch juft ilgaklar ko'rinib turadi. Keng tasmaimon chuvalchangning tuxumlari ovalsimon, qobig'i yupqa, bir qutbida uning qopqoq segmenti, qarama-qarshi qutbida esa do'mboqchasi joylashgan. Qilboshning tuxumlari cho'zilgan bochka shaklida, qalin jigarrang qobiqqa ega, qutblarida och rangli probkalar mavjud.

Sodda hayvonlarni topish uchun yangi, hali sovib ulgurmagan najasdan tayyorlangan nativ preparatlarni ko'zdan kechirish ko'proq samara beradi. Bo'yash usullari murakkab. Sodda hayvonlarning sistalari Lyugol eritmasi bilan bo'yalganda yaxshi farqlanadi. Odam patologiyasida amyobalar, lyambliyalar, balantidiyalar hammadan katta ahamiyatga ega.

**Axlatni kimyoviy tekshirish.** Odatdagi umum klinik najas tahlilida faqat bir nechta oddiy sifatli namunalarni olinadi. Moddalar almashinuvi

patologiyasini aniqlashda yoki ovqat hazm qilish sistemasi u yoki bu bo'limlarining funksiyalarini o'rganishda ancha murakkab ximiyaviy tekshirishlardan foydalaniladi.

Najas reaksiyasi namlangan lakmus qog'ozi yordamida aniqlanadi, agar najas zich bo'lsa. Me'yorda reaksiya kuchsiz ishqoriy yoki neytral bo'ladi. U ichak florasi (bajg'ituvchi va chirituvchi) hayot faoliyati bilan bog'liq. Uglevodlar yetarlicha o'zlashtirilmaganda bajg'ituvchi flora faollashadi, najas nordon bo'lib qoladi (bajg'ituvchi dispepsiya). Oqsillar yomon o'zlashtirilganda (oshqozon va pankreatik axiliya), shuningdek, yo'g'on ichakda oqsil ekssudatsiyasi bilan yallig'lanish o'zgarishlarida chirituvchi floraning hayotiy faoliyati faollashadi (chirituvchi dispepsiya), ammiak hosil bo'lishi tufayli najas keskin ishqoriy bo'ladi.

Axlat rangsizlanganda o'tning ichakka tushishi butunlay to'xtaganmi yoki faqat kamayganmi, shuni aniqlash kerak. Buning uchun ichakda bilirubin o'zgarishining oxirgi mahsuloti sterkobilinga reaksiya qo'yiladi. Oz miqdordagi najas 7% li sulema eritmasi solingan chinni kosachada maydalanadi.

Natija bir sutkadan keyin aniqlanadi: sterkobilin bo'lsa, aralashma pushti rangga kiradi.

Oshqozon-ichak traktining qon ketadigan yaralari va neoplazmalarida najasda qonni aniqlash katta diagnostik ahamiyatga ega. Axlatning rangi faqat ko'p qon ketganda o'zgaradi: qonning kichik, yashirin aralashmalari kimyoviy sinamalar bilan aniqlanadi. Qonning ajralishi oshqozon-ichak traktidan kelib chiqadi deb hisoblash uchun boshqa mumkin bo'lgan qon ketish manbalarini (burun, milk, qizilo'ngach, gemorroidal tugunlar va boshqalar), shuningdek, tarkibida qon bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlarini (go'sht va baliq mahsulotlari) istisno qilish kerak. Ular tekshiruvdan 3 kun oldin parhezdan chiqariladi.

Najasdagi qonni aniqlash uchun temir sinamaları yaramaydi, chunki u oziq-ovqat yoki dorivor bo'lishi mumkin. Buning uchun qo'llaniladigan usullar gemoglobin oksidlanish-qaytarilish reaksiyalarining katalizatori xususiyatiga ega ekanligiga asoslangan. Oksidlovchilar bilan qaytaruvchilarning shunday juftlari tanlab olinadiki, ular orasidagi reaksiya faqat katalizator (ya'ni gemoglobin) ishtirokida boradi. Gregersen reaksiyasida oksidlovchi vodorod yoki bariy peroksid, qaytaruvchi benzidin bo'lib, u oksidlanganda rangini o'zgartiradi. Bu sezgir reaksiyaning eng oddiy modifikatsiyasida suyultirilmagan najas yupqa qatlam qilib buyum oynasiga tomiziladi, oq fonda turgan Petri kosachasiga surtma qo'yiladi va unga Gregersen reaktivi (benzidinning 50% li sirka kislotadagi 1% li

eritmasi bilan vodorod peroksiddan teng miqdorda tayyorlangan aralashma) tomiziladi. Qon aralashganida yashil yoki ko‘k rang paydo bo‘ladi, qon aralashmasi qancha ko‘p bo‘lsa, bu rang shuncha ravshan va tez paydo bo‘ladi.

Veberning gvyayak sinamasi benzidin sinamasiga qaraganda kamroq sezgir bo‘lib, ko‘p qon ketganda ijobiy natija beradi.

Uni o‘tkazishda 3-5 g najas kuchli sirka kislota bilan yarim suyuq bo‘tqa hosil qilish uchun yetarli miqdorda maydalanadi va probirkaga quyiladi. Ustiga teng miqdorda efir qo‘shib, probirkaning og‘zini tiqin bilan berkitib, yaxshilab aralastiriladi va efir ekstrakti olinadi. 30 minutdan keyin efir qatlami boshqa probirkaga quyiladi; unga 1-2 ml vodorod peroksid va tomchilab (15-20) gvyayak smolasining yangi tayyorlangan spirtli nastoykasi qo‘shiladi. Qon ishtirokida ko‘k yoki binafsha rang paydo bo‘ladi.

Oziq-ovqat oqsillari tezlashgan peristaltika bo‘lmaganda fermentlar tomonidan deyarli to‘liq parchalanadi. Shuning uchun najasda eruvchan oqsilning topilishi ichak devori yallig‘langanda, hujayralar parchalanishi bilan kechadigan yaralar va qon ketishlarda uning ajralishi kuchayishidan dalolat beradi.

Eruvchan oqsilni aniqlash uchun Tribule-Vishnyakov usuli qo‘llaniladi: najasning 3% li suvli emulsiyasi uchta probirkaga teng miqdorda quyiladi. Ulardan biriga 2 ml 20% li trixlorosirka kislota eritmasi (yoki 7% li HgCl<sub>2</sub> sulema eritmasi), ikkinchisiga 2 ml 20% li sirka kislota eritmasi, uchinchisiga (kontrol) 2 ml suv qo‘shiladi. Bir kundan keyin natijalar aniqlanadi. Agar najasda eruvchan oqsil bo‘lsa, u sulema yoki trixlorosirka kislota ishtirokida ivib, cho‘kmaga tushadi, bakteriya va detritni qamrab oladi, probirkadagi suyuqlik tiniqlashadi. Shilimshiq miqdori ko‘payganda emulsiyaning bunday tiniqlashishi sirka kislotali probirkada sodir bo‘ladi.

## **ICHAKNI RENTGENOLOGIK TEKSHIRISH**

Ingichka ichakning rentgenologik tekshiruvi bemorlar 200 ml bariy sulfatning suvli suspenziyasini qabul qilgandan so‘ng, xuddi shuncha miqdordagi suvga 100 g bariy sulfat hisobidan tayyorlanadi. Qabul qilingandan 10-15 daqiqa o‘tgach, kontrast modda och ichakka kira boshlaydi, 1-1,5-2 soatdan keyin esa bariy suspenziyasi ingichka ichakning barcha qismlarini to‘ldiradi. Tadqiqot jarayonida bemorlar bariy sulfat qabul qilgandan keyin ma’lum vaqt oralig‘ida (15, 30 daqiqa, 1, 2 va 3 soat) bir qator rentgen tasvirlari olinadi. Rentgenogrammlar tahlili ingichka

ichak shilliq qavati reliefi va uning motor funksiyasi holatini baholash imkonini beradi. Ingichka ichakni rentgenologik tekshirish bir qator kamchiliklarga ega, bular bariy suspenziyasining ingichka ichak qovuzloqlari bo'ylab o'tish davomiyligi, ingichka ichak qovuzloqlarining bir-birining ustiga proeksion qo'yilishi, sezilarli nurlanish yuklamasi bilan bog'liq.

*Yo'g'on ichakning rentgenologik tekshiruvi* bariy sulfat suspenziyasini og'iz orqali qabul qilgandan keyin ham o'tkazilishi mumkin. Shu bilan birga, kontrast moddani qabul qilgandan 4-5 soat o'tgach, uning ko'richakka tushishi kuzatiladi va 24 soatdan keyin butun yo'g'on ichakning to'lishi sodir bo'ladi. Tadqiqot jarayonida yo'g'on ichakning holati va o'lchamlari, uning motorikasi holati haqida taxminiy tasavvurlarga ega bo'lish mumkin. Hozirgi vaqtda yo'g'on ichakni peroral tekshirish usuli kam qo'llaniladi, chunki u yo'g'on ichak shilliq qavatining reliefini o'rganishga imkon bermaydi. Bundan tashqari, ushbu usuldan foydalanganda olinadigan natijalar ko'p jihatdan ingichka ichak peristaltikasi holatiga ham bog'liq.

Hozirgi vaqtda yo'g'on ichakni rentgenologik tekshirishning asosiy usuli irrigoskopiya bo'lib, bunda 1,5 l suvga 350-400 g quruq modda hisobidan tayyorlangan bariy sulfatning suvli suspenziyasi huqna yordamida yo'g'on ichakka yuboriladi. Irrigoskopiya usuli yo'g'on ichakning holati, shakli va siljishi, uning bo'shlig'ining holati va gastralarning ifodalanganligi, shilliq qavatning reliefini yetarli darajada baholashga imkon beradi va yo'g'on ichakning turli kasalliklarini (shilliq qavatning yallig'lanish o'zgarishlari, divertikullar, xavfsiz va xavfli o'smalar va boshqalar) tashxislashda yordam beradi.

Ayrim hollarda (ko'rsatmalar bo'yicha) ichak kasalliklari diagnostikasida boshqa rentgenologik tekshirish usullari ham qo'llaniladi: rentgenokinematografiya, rentgentelevidenie, selektiv angiografiya va boshqalar.

## ENDOSKOPIK TEKSHIRUV

Endoskopik tekshirish usullaridan ichak kasalliklari diagnostikasida rektoromanoskopiya va kolonoskopiya eng ko'p qo'llaniladi.

*Rektoromanoskopiya* to'g'ri ichakning shilliq qavatini va sigmasimon ichakning distal qismlarini tekshirish imkonini beradi. Tadqiqot maxsus asbob - rektoromanoskop (rektoskop) yordamida o'tkaziladi, uning tarkibiga turli uzunlik va diametrdagi ichi bo'sh metall naychalar (tubuslar) to'plami, tadqiqot boshlanishidan oldin tubuslar bo'shlig'ini yopib

qo'yadigan va u yerga ichak tarkibining kirishiga to'sqinlik qiladigan obtyuratorlar (mandrenlar), tolali yorug'lik o'tkazgich, yorug'lik manbai, shuningdek bir qator qo'shimcha asboblari va moslamalar (teleskopik lupa, tubusni ushlab turish uchun tutqich, havo yuborish uchun ballon, biopsiya qisqichlari to'plami va boshqalar) kiradi.

Rektoromanoskopiyaga tayyorgarlik bemorga tekshirishdan bir kun oldin kechqurun, shuningdek, tekshirish kuni ertalab, uni o'tkazishdan 1-2 soat oldin tozalovchi huqna qilishni o'z ichiga oladi. Rektoromanoskopiya odatda bemorning tizza-tirsak holatida amalga oshiriladi.

Anal sohani dastlabki ko'zdan kechirish va to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishdan so'ng, to'g'ri ichakka 5-6 sm chuqurlikda vazelin bilan moylangan va obtyurator bilan yopilgan rektoskop tubus kiritiladi. Shundan keyin obtyurator olinadi, yoritish sistemasi ishga tushiriladi, tubusning tashqi teshigi okulyar yoki lupa bilan berkitiladi. Rektoskopning keyingi siljishi to'g'ri ichak bo'shlig'ining yo'nalishiga qat'iy muvofiq ravishda ko'rish nazorati ostida amalga oshiriladi. Rektoskopni sigmasimon ichakka kiritish alohida ehtiyotkorlikni talab qiladi. Odatda, yuborishni osonlashtirish uchun shilliq pardaning bitib ketgan burmalarini to'g'rilaydigan havo kuchsiz insufflyatsiya qilinadi (puflanadi). Rektoskop tubusini maksimal chuqurlikka (odatda anal teshigidan 30-35 sm) kiritgandan so'ng, u shilliq qavatni tekshirishni davom ettirgan holda asta-sekin chiqariladi.

Rektoromanoskopiya to'g'ri va sigmasimon ichak shilliq qavatidagi yallig'lanish o'zgarishlari, eroziyalar, yaralar, bavo-sil, divertikullar, xavfsiz va xavfli o'smalar va boshqa kasalliklarni aniqlashga yordam beradigan qimmatli tekshirish usuli hisoblanadi. Bundan tashqari, rektoromanoskopiya biopsiya olish, shuningdek, olingan materialni keyinchalik morfologik, sitologik va bakteriologik tekshirishlar uchun shilliq qavatdan qirindi va surtmalar olish imkonini beradi.

Yo'g'on ichak, ko'richak va yonbosh ichak zararlanishlari diagnostikasida hozirgi vaqtda uzunligi 190 sm gacha bo'lgan maxsus egiluvchan kolonoskop yordamida o'tkaziladigan *kolonoskopiya* keng qo'llanilmoqda. Bu tekshirish texnik jihatdan rektoromanoskopiyaga nisbatan ancha murakkabdir. Uni maxsus tayyorgarlikdan o'tgan shifokor va unga yordam beruvchi hamshira olib boradi. Zamonaviy kolonoskoplar nafaqat yo'g'on ichakning barcha qismlarini ko'zdan kechirish va bir vaqtning o'zida foto yoki kinotasvirga olish, balki shubhali joylardan biopstat olish, shuningdek, ba'zi jarrohlik manipulyatsiyalarini (masalan, endoskopik polipektomiya) amalga oshirish imkonini beradi. Yo'g'on

ichakning proksimal qismlarini tekshirish uchun egiluvchan sigmoidoskoplar qo'llaniladi.

### TEKSHIRISHNING FUNKSIONAL USULLARI

Ichak kasalliklari diagnostikasida hozirgi vaqtda ichakning turli funksiyalari holatini baholashga imkon beradigan turli usullar qo'llanilmoqda.

Chunonchi, ichakning hazm funksiyasini o'rganish uchun hozirgi vaqtda ichak shirasidagi bir qancha hazm fermentlari (enterokinaza, ishqoriy fosfataza) faolligini bevosita aniqlashdan foydalaniladi. Biopsiya yordamida olingan shilliq qavatdagi ba'zi fermentlar (disaxaridazalar, peptidazalar va boshqalar) faolligini o'rganish membrana hazm qilish holatini yetarli darajada baholashga imkon beradi.

Organizmning turli muhitlarida (qon, siydik va hokazolarda) ichakning so'rish funksiyasini o'rganishda ichakka oldindan yuborilgan moddalar miqdori aniqlanadi. Masalan, uglevodlarning so'rilishini tekshirish uchun D-ksiloza sinamasi qo'llaniladi (5 g D-ksiloza qabul qilib, keyin uning siydikdagi konsentratsiyasi aniqlanadi). Yog'larning so'rilishini o'rganish uchun yog'lar bilan oldindan ovqat yuklamasidan keyin giperlipemiya darajasi aniqlanadi. Oqsillarning so'rilishini tekshirish uchun nishonlangan radioaktiv izotop albumin bilan maxsus sinamalar qo'yiladi va hokazo. Ingichka ichakka ballonli maxsus ko'p kanalli zondni kiritishga va uni shishirishda yopiq ichak bo'shlig'ini hosil qilishga asoslangan noperfuziya usuli bu borada ancha mukammal hisoblanadi. Hosil bo'lgan bo'shliq turli eritmalar bilan perfuziyalanadi va ulardagi u yoki bu moddalarning eritmalar yuborilishidan oldin va keyin konsentratsiyasi aniqlanadi. Moddalar konsentratsiyasining farqiga qarab ingichka ichakning so'rish qobiliyati to'g'risida fikr yuritiladi.

Ichakning harakat funksiyasi (tonusi va peristaltikasi) ni tekshirishda maxsus tenzodatchiklar qo'llaniladi, ular qayd qiluvchi apparatlarga ulanadi, shuningdek, maxsus radiokapsula yordamida radiotelemetrik tekshirish o'tkaziladi. Ichak ichi bosimining o'zgarishi, peristaltik to'lqinlar soni va amplitudasi aniqlanadi.

Ichakning u yoki bu funksiyalarini (hazm qilish, so'rish, ajratish, motor-evakuator va b.) o'rganish uchun so'nggi yillarda turli radioizotop tekshirish usullari (skanerlash, ssintigrafiya va b.) qo'llanilmoqda.

---

## ASOSIY KLINIK SINDROMLAR OVQAT HAZM QILISH ETISHMOVCHILIGI SINDROMI

Ovqat hazm qilish yetishmovchiligi (buzilishi) sindromi (sin.: maldigestili sindromi) - ovqat hazm qilish traktida ovqat hazm qilishning buzilishi bilan tavsiflangan simptomlar majmuasi. Ovqat hazmi buzilishining quyidagi shakllari tafovut qilinadi: 1) asosan bo'shliq hazmi buzilishlari, bular ko'pincha keng ma'nodagi dispepsiya deb yuritiladi (grekcha dyspepsia so'zidan olingan bo'lib, dys old qo'shimchasi funksiyaning buzilishi, "qiyinlashish," pepsia - ovqat hazm qilish degan ma'noni bildiradi); 2) ichak devori yonida ovqat hazm bo'lishining buzilishi; 3) aralash shakllar. Ovqat hazm qilish buzilishining (dispepsiya) o'tkir, o'tkir osti va surunkali shakllari ham tafovut qilinadi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Ovqat hazm qilish buzilishlarining sabablarini shartli ravishda 6 ta asosiy guruhga bo'lish mumkin.

1. U yoki bu hazm fermentlarining irsiy yetishmovchiligi. Masalan, tug'ma laktaza yetishmovchiligida sut qandining ichakda yomon parchalanishi yoki butunlay parchalanmasligi kuzatiladi. Bunday patologiyaga ega bo'lgan odamlar sutni yomon qabul qiladilar. Sut yoki sut mahsulotlari ratsiondan chiqarib tashlanganda ovqat hazm qilishning buzilishi yo'qoladi.

2. Alimentar dispepsiyaga sabab bo'luvchi turli ovqatlanish buzilishlari. Chunonchi, ovqatda uglevodli mahsulotlar, yangi pishirilgan non mahsulotlari ko'p bo'lsa, bijg'ituvchi ichimliklar (kvas va boshqalar) ko'p iste'mol qilinsa, bijg'ituvchi dispepsiya (dyspepsia fermentativa- lat. fermentatio - bijg'ish) paydo bo'ladi. Ovqatda oqsil mahsulotlari keskin ustunlik qilganda chirish dispepsiyasi - dyspepsia putrida; yog'lar miqdori ko'payganda yog'li yoki "sovunli" dispepsiya paydo bo'ladi.

3. Ekzogen (masalan, yeb bo'lmaydigan qo'ziqorinlar, ba'zi zaharli (sanoat) moddalar, dori preparatlari, masalan, yurak glikozidlari, surgi dorilar va boshqalar bilan zaharlanganda) va endogen (masalan, buyrak yetishmovchiligi va uremiya, jigar yetishmovchiligi paytida dispepsiya) dispepsiyalarni keltirib chiqaradigan turli xil intoksikatsiyalar (dyspepsia toxica).

4. Neyrogen dispepsiyaga (dyspepsia nervosa) olib keladigan ichak funksiyasining asab regulyatsiyasining buzilishi (masalan, stressli vaziyatlarda, kuchli hayajonlanishda).

5. O'tkir yoki surunkali ichak infeksiyalari, parazitlar invaziyalar va boshqalar (infeksion kasalliklar kursida batafsil ko'rib chiqiladi).

6. Asosan hazm shiralari ajralishining buzilishi yoki ulardagi u yoki bu hazm fermentlari miqdorining kamayishi. Odatda ovqat hazm qilish organlarining surunkali kasalliklarida yoki katta operatsiyalarda (masalan, me'da, ichakning bir qismini rezeksiya qilishda) kuzatiladi. Bu belgiga ko'ra dispepsiyaning bir necha turlari farqlanadi: me'da yoki gastrogen dispepsiya (dyspepsia gastrogenica) atrofik gastritlarda, axiliya holatlarida kuzatiladi; pankreatogen dispepsiya (dyspepsia pancreatica) me'da osti bezining tashqi sekretor funksiyasi buzilishi bilan kechadigan surunkali kasalliklarida yuzaga keladi [Me'da osti bezining "yetishmovchiligi" (tashqi sekretor) qarang], jigar dispepsiyasi (dyspepsia hepatica, dyspepsia acholica) o'tning ichakka tushishining yetishmovchiligi va shu tufayli yog'larning hazm bo'lishining buzilishi bilan bog'liq.

Ichak dispepsiyasi (dyspepsia intestinalis) ichak kasalligi va uning sekresiyasi va peristaltikasining buzilishidan kelib chiqadi.

Terapevtik amaliyotda kuzatiladigan hazm buzilishlari ko'pincha hazm a'zolarining surunkali kasalliklari oqibati bo'ladi. Ko'pincha ularning kelib chiqishi bir nechta omillarga bog'liq: noto'g'ri ovqatlanish, ovqat hazm qilish shiralari yetarli darajada ajralmasligi va ulardagi fermentlarning past miqdori, ichak bo'ylab tarkibning o'tishining tezlashishi. Ichakda ovqat moddalarining o'z hazm fermentlari ta'sirida chala parchalanishi natijasida ko'pincha ikkilamchi tartibda ichak disbakteriozi (disbioz) boshlanadi. Shu bilan birga, anomal ichak florasida oziq-ovqat moddalarining fermentativ parchalanishida faol ishtirok etib, bir qator zaharli mahsulotlarni (ammiak, indol, skatol, past molekulyar yog' kislotalari va boshqalar) hosil qiladi, bu esa ichak shilliq qavatining qo'shimcha ta'sirlanishiga, uning peristaltikasining kuchayishiga va organizmning zaharlanishiga olib keladi. Uzoq vaqt davom etgan hazm buzilishlarida, ularni keltirib chiqargan sababdan qat'i nazar, ichak devorida yallig'lanish va yallig'lanish-sklerotik jarayonlar asta-sekin paydo bo'ladi yoki kuchayadi (agar ilgari sodir bo'lgan bo'lsa). Devor yonidagi hazm yetishmovchiligi tabiatan tug'ma bo'ladi (ingichka ichak shilliq pardasidan ishlanib chiqadigan u yoki bu fermentlarning yetarlicha ishlanib chiqmasligi), lekin ko'pincha orttirilgan bo'ladi va uzoq davom etadigan yallig'lanish jarayoni ustiga boshlanadi.

**Klinik manzarasi.** Kelib chiqishi turlicha bo'lgan hazm buzilishlarining asosiy simptomlari dispeptik buzilishlar deb ataladigan buzilishlardir: epigastral sohada (me'da dispepsiyasida) yoki butun qorin bo'ylab bosim, og'irlik hissi, ko'pincha yoqimsiz hidli kekirish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ishtahaning pasayishi, quldirash hissi, qorinda qon

quyilishi, qorinning dam bo'lishi, ko'p miqdorda gaz hosil bo'lishi, ich ketishining buzilishi (og'ir diareyagacha).

Bijg'ish dispepsiyasida najas nordon hidli, ko'p, tez-tez bo'ladi. Chirish dispepsiyasida ham axlat kuniga 3-4-5 martagacha tezlashadi, ayniqsa yoqimsiz chirigan hidga ega bo'ladi. Yog'li dispepsiyada najas massalari ko'p miqdorda, ko'pincha yarim suyuq konsistensiyali, yog'simon yaltiroq va achigan yog' hidiga ega, hojatxona tubidan najas izlari yaxshi yuvilmaydi. Yog' miqdori ko'p, mo'l-ko'l axol najas ichakka o't tushmaganda kuzatiladi. Umumiy o't yo'lining strikturasi (torayishi) yoki uning qisilishi, masalan, o'sma, yallig'lanish jarayoni yoki shu sohadagi jarrohlik aralashuvidan keyin hosil bo'lgan bitishmalar sabab bo'lishi mumkin.

Ovqat hazm qilishning buzilishi koprologik tekshiruvlar bilan tasdiqlanadi: mikroskopik tekshiruvda yetarlicha hazm bo'lmagan ovqat mikroqoldiqlari aniqlanadi, amiloreya, kreatoreya, steatoreya aniqlanadi. Steatoreyaning ustunligi oshqozon osti bezining tashqi sekretor yetishmovchiligi bilan og'ir kasalligini ko'rsatadi [ovqatning asosiy tarkibiy qismlari orasida yog'lar va deyarli faqat pankreatik ferment lipaza (gidrolaza sinfi fermenti) eng qiyin hazm bo'ladi]. Hazmning og'ir buzilishlarida najasda ko'pincha makroskopik jihatdan hazm bo'lmagan ovqat bo'laklari topiladi.

Tashxisni aniqlash uchun oshqozon shirasida xlorid kislotasi, pepsin miqdori tekshiriladi, pH-metriya o'tkaziladi. Maxsus zond va me'da osti bezi sekresiyasining zamonaviy stimulyatorlari (sekretin, pankreozimin, serulein) yordamida me'da osti bezi shirasi olinadi va undagi pankreatik fermentlar miqdori aniqlanadi. O'n ikki barmoqli ichak tarkibida safro boryo'qligi aniqlanadi. Kontrast rentgenografiya yordamida kontrast suspenziya (bariy sulfat) ning ichakdan o'tish vaqti ("passaj") tekshiriladi; ovqat hazm qilish buzilganda u odatda tezlashadi. Ichak mikroflorasi muvozanatining buzilishini aniqlash maqsadida bakteriologik tekshiruv ham o'tkaziladi.

Ovqat hazm qilish buzilishining sababi bo'lgan a'zo patologiyasini (oshqozon, oshqozon osti bezi, ichak, jigar kasalliklari) aniqlash uchun zarur laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari to'plami qo'llaniladi.

Devor oldi hazm holatini aniqlash uchun ingichka ichak shilliq qavati (och ichakning proksimal bo'limlari) aspiratsion biopsiya usulidan foydalaniladi, gistologik tekshiruv o'tkaziladi va ketma-ket desorbsiyada bioptat gomogenatlarida ichak fermentlari faolligi tekshiriladi. Poli-, di- va monosaxaridlar bilan peroral yuklamalardan so'ng (turli kunlarda) glikemik

egri chiziqni o'rganish usuli bo'shliq, devor oldi hazm buzilishlarini va ingichka ichak shilliq qavatining so'rish qobiliyati buzilishlarini farqlashga yordam beradi.

**Davolash.** Birinchi navbatda ovqat hazm qilishning buzilishiga sabab bo'lgan asosiy kasallik (pankreatit, enterit va boshqalar) davolanadi. Turli kasalliklarda u yoki bu mahsulotlarni ko'tara olish va ko'tara olmaslikni hisobga olgan holda har bir bemor uchun alohida tanlanadigan parhez katta ahamiyatga ega. Barcha holatlarda tez-tez ovqatlanish tavsiya etiladi. Simptomatik vosita sifatida ovqat hazm qilish fermentlari preparatlari (panzinorm-forte, pankreatin, pansitrat, kreon, festal, digestal va boshqalar) buyuriladi, ularni ovqat bilan birga qabul qilish tavsiya etiladi.

Bakteriologik tekshirish bilan tasdiqlangan ichak disbakteriozining yaqqol belgilarida ichak florasini normallashtiruvchi maxsus preparatlar: bifikol, bifidobakterin, laktobakterin va boshqalar buyuriladi.

Ovqat hazm qilish buzilishining *profilaktikasi* ratsional ovqatlanish, ovqat hazm qilish buzilishi bilan kechadigan kasalliklarning oldini olish va o'z vaqtida davolashdan iborat.

### ICHAK SO'RILISHINING YETISHMOVCHILIGI SINDROMI

Ichakdagi so'rilish yetishmovchiligi sindromi (malabsorbsiya sindromi) - ingichka ichakda so'rilish jarayonlarining buzilishi natijasida yuzaga keladigan simptomlar majmuasi. Ko'pincha ovqat hazm qilish yetishmovchiligi sindromi bilan birga keladi.

**Etiologiyasi va patogenezini.** Birlamchi va ikkilamchi so'rilish yetishmovchiligi sindromlari farqlanadi.

Birlamchi so'rilish yetishmovchiligi sindromi ichak devori shilliq qavatining nozik tuzilishining irsiy buzilishi va genetik jihatdan bog'liq bo'lgan ichak fermentopatiyasi natijasida rivojlanadi.

Ikkilamchi so'rilish yetishmovchiligi sindromi ingichka ichak shilliq qavatining orttirilgan strukturaviy o'zgarishlari (o'tkir va surunkali enterit, ingichka ichak tarkibining keskin tezlashgan passaji, ingichka ichak rezeksiyasi va boshqalar) natijasida rivojlanadi. O'tkir va o'tkir osti holatlarda ovqat mahsulotlarining ichakda hazm bo'lishining buzilishi va ichak bo'ylab tarkibning tez o'tishi asosiy ahamiyatga ega bo'lib, buning natijasida oshqozondan tushgan tarkibning ichakning so'rish yuzasi bilan aloqa qilish vaqti qisqaradi; surunkali-distrofik, atrofik va sklerotik ichak devori shilliq qavatining epiteliysi va xususiy qavatida o'zgarishlar, vorsinkalar va kriptalarning qisqarishi va tekislanishi, prizmatik (so'rish qobiliyatiga ega) ichak epiteliysining sekresiya qiluvchi shilliqqa

metaplaziyasi, mikrovorsinkalar sonining keskin qisqarishi, ichak devorida qon va limfa oqimi va devor oldi hazm qilish jarayonlarining buzilishi bilan fibroz to'qimalarning rivojlanishi.

Sanab o'tilgan o'zgarishlar ichak devori orqali oqsillar, yog'lar, uglevodlar, shuningdek, mineral tuzlar va vitaminlar gidrolizi mahsulotlarining organizmga yetarlicha tushmasligiga va alimantar distrofiya rivojlanishiga olib keladi. Ovqat moddalari so'rilishining buzilishi ingichka ichakda mikrofloraning ko'p miqdorda tarqalishiga (ichak disbakteriozi) yordam beradi, bu esa o'z navbatida ichakda ovqat hazm qilish va so'rilishning buzilishini kuchaytiradi, ichak peristaltikasini buzadi.

**Klinik manzarasi.** Bemorning asta-sekin holdan toyishi xarakterlidir. Moddalar almashinuvining buzilishi (oqsil, yog', vitaminlar, suv-tuz almashinuvi) alomatlari, ichki a'zolarida distrofik o'zgarishlar, ular faoliyatining asta-sekin buzilishi, diareya, steatoreya, kreatoreya, amiloreya kuzatiladi. Asosan qon zardobida albuminlar miqdorining kamayishi hisobiga gipoproteinemiya, gipoxolesterinemiya, gipokalsiemiya, o'rtacha gipoglikemiya rivojlanadi. Gipoproteinemiya 4-5g% dan past bo'lsa, gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi. Poligipovitaminoz simptomlari; osteoporoz, anemiya (gipoxrom - asosan temir so'rilishi buzilganda va giperxrom - V12 vitamini so'rilishi buzilganda), teri, tirnoqlardagi trofik o'zgarishlar, mushaklarning progressiv atrofiyasi, ichki sekresiya bezlari yetishmovchiligi hodisalari, umumiy holsizlik, og'ir hollarda atsidoz, kaxeksiya xarakterlidir.

Laboratoriya usullari gipoproteinemiya, gipoxolesterinemiya va ichakda so'rilishning yetishmovchiligi natijasida yuzaga keladigan boshqa buzilishlarni aniqlashga imkon beradi. Koprologik tekshiruvda hazm bo'lmagan oziq moddalari, shuningdek, ularning fermentativ parchalanish mahsulotlari ko'p miqdorda ajralib chiqishi aniqlanadi.

Enterobiopsiya ingichka ichakning proksimal qismlari shilliq qavatidagi atrofik o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi. So'rilish jarayonlarini tekshirish uchun xilma-xil maxsus usullardan foydalaniladi: yod-kaliy sinamasi, D-ksiloza, galaktoza, folat kislota bilan sinama, temirni so'rish sinamasi va boshqalar.

Keyingi vaqtlarda radioaktiv izotoplar bilan nishonlangan albumin, olein kislota, metionin, vitamin V12, folat kislota va boshqa moddalar ishlatiladigan usullar qo'llanilmoqda. Tamoyil ularning konsentratsiyasini, qonda paydo bo'lish vaqtini, ba'zilarining siydik bilan chiqarilishini aniqlashga, shuningdek, najas massasining qoldiq radioaktivligini

o'rganishga asoslangan bo'lib, unga ko'ra so'rilmagan moddalar miqdori haqida xulosa qilinadi. Yeyunoperfuziya usuli ham qo'llaniladi.

*Kechishi* asosiy kasallikning xarakteriga va uni davolash imkoniyatiga bog'liq. Davolab bo'lmaydigan og'ir holatlarda prognoz yomon.

**Davolash.** 1. Asosiy kasallikni davolash. 2. O'rin bosuvchi terapiya (ovqat moddalarining fermentativ ichakda parchalanish mahsulotlari, shuningdek, vitaminlar, ionlar va mikroelementlarning so'rilish jarayonlarining buzilishini qoplash maqsadida) parenteral oziqlantirish: vitaminlar, plazma, oqsil gidrolizatlari, glyukoza eritmasini yuborish, elektrolitlar almashinuvi buzilishlarini tuzatish.

*Kasallikning oldini olish* yetarli darajada so'rilmalik sindromi bilan kechadigan ichak kasalliklarining oldini olish va o'z vaqtida davolashdan iborat.

## O'TKIR QORIN

**O'tkir qorin** (abdomen acutum) - shoshilinch jarrohlik aralashuviga hayotiy ko'rsatmalar mavjud bo'lgan yoki yaqin vaqtda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'p sonli o'tkir kasalliklari va ularning asoratlarini birlashtiruvchi shartli atama.

"O'tkir qorin" klinik ko'rinishi bilan kechishi mumkin bo'lgan kasalliklar yoki asoratlarni shartli ravishda 4 guruhga bo'lish mumkin:

1. Ichki kovak a'zolar perforatsiyasi. Oshqozon yoki ichak devorining teshilishi natijasida ularning tarkibi qorin bo'shlig'iga tushadi; qorin pardasining ta'sirlanishidan qorinda to'satdan, juda kuchli, "xanjarsimon" og'riqlar, kollaptoid holat paydo bo'ladi, keyinchalik o'tkir peritonit rivojlanadi.

2. O'tkir yallig'lanish kasalliklari (o'tkir appenditsit, o'tkir xolesistit, o'tkir pankreatit va b.). Jarayon zo'rayib borganida katta-katta yiringlash boshlanishi, organ (me'da osti bezi) yoki uning devori (chuvalchangsimon o'simta, o't pufagi va boshqalar) nekrozga uchrashi, yiring qorin bo'shlig'iga o'tishi, chegaralangan yoki tarqoq o'tkir peritonit boshlanishi mumkin. Klinik manzarasi dastlabki davrda qorinda og'riq turishi, yallig'lanish simptomlari, umumiy intoksikatsiya bo'lishi bilan ta'riflanadi.

3. Strangulyatsion yoki obturatsion ichak tutilishi, ichki yoki tashqi churralarning qisilishi. Yuqorida aytib o'tilgan hollarning hammasida (obturatsion tutilib qolishdan tashqari) ichak devori nekrozga uchrab, peritonit boshlanishi mumkin. Qorinda keskin og'riq turishi, ko'pincha axlat hidi kelib turadigan qusish, meteorizm xarakterlidir.

4. Erkin qorin bo'shlig'iga ichki qon ketishi (bachadondan tashqari homiladorlikda bachadon nayining yorilishi natijasida, tuxumdon apopleksiyasida, qorin jarohati natijasida taloq yoki jigar yorilganda va boshqalar). Asosiy belgilari - qorinda to'satdan kuchli og'riq va tomir kollapsi.

**Klinik manzarasi.** "O'tkir qorin" klinik simptomatikasining xilma-xilligiga qaramay, barcha holatlarda ba'zi alomatlar mavjud bo'lib, ularning mavjudligi ushbu (shartli) tashxisni qo'yish imkonini beradi.

Kasallikning asosiy belgisi qorinda kuchli og'riq xurujidir.

Qorin pardasi ta'sirlanish simptomlari qorin bo'shlig'idagi kovak organlar teshilganida, qorin organlarining o'tkir yallig'lanishida ayniqsa sezilarli va doimiy bo'lishi bilan ajralib turadi. Og'riqlardan tashqari, qorin old devori mushaklarining cheklangan yoki tarqalgan taranglashuvi [defense musculaire-"mushak himoyasi"] juda kuchligacha (peptik yara teshilganda "taxtasimon qorin"), uning nafas ekskursiyalarining cheklanishi va yo'qolishi, Shetkin-Blyumbergning musbat belgisi aniqlanadi.

Ovqat hazm qilish traktining motor funksiyasining keskin buzilishini aks ettiruvchi alomatlar: ko'ngil aynishi, qusish, sezilarli meteorizm, ich kelishi va gaz ajralishi.

Qorinning notekis shishishi (kuchli og'riq bilan birgalikda) va ko'rinadigan bo'rtish va cho'kish zonalarining peristaltikasida "valsimon" almashinuvi (Val simptomi). Bu belgi, ayniqsa, obturatsion yoki strangulyatsion ichak tutilishida yaqqol namoyon bo'ladi. Ichak tutilishi qusish bilan kechadi, ichak invaginatsiyasida qon aralash ich ketish (ozozdan) va tenezmlar kuzatilishi mumkin. Perkussiyada qorin dam bo'lgan joy ustida timpanik tovush aniqlanadi, rentgenologik tekshiruvda suyuqlikning aniq gorizontol sathlari ustida joylashgan ko'plab gaz pufakchalari (Kloyber kosachalari) aniqlanadi. Qorinni paypaslash ko'pincha ko'rinadigan peristaltikani kuchaytiradi.

Qon tomir kollapsi hodisalari: rangparlik, hushdan ketish, sovuq ter, tez-tez kichik puls, qon bosimining pasayishi, yuzning o'tkirlashishi (facies Hippocratika va boshqalar) - yoki ko'p qon yo'qotish bilan birga keladi yoki teshilganda, qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lanishida, o'tkir ichak tutilishida, peritonitda reflektor ravishda paydo bo'ladi.

Yallig'lanishning umumiy, tez o'sib boruvchi belgilari: isitma, neytrofil leykotsitoz, qorinda keskin og'riq, qorin pardasining ta'sirlanish belgilari bilan birga kechuvchi EChTning oshishi.

Tipik hollarda "o'tkir qorin" klinik simptomatikasi shunchalik xarakterliki, bemorni so'rab-surishtirish, qorinni ko'zdan kechirish,

paypaslash va perkussiya qilish ma'lumotlari asosida bu diagnozni qo'yish mumkin, garchi bu simptomokompleksning paydo bo'lish sababini aniqlash (ya'ni kasallikning aniq diagnozini aniqlash) ko'pincha oson bo'lmaydi. "O'tkir qorin"ning bitta, ayniqsa bir nechta belgilarining mavjudligi bemorni shoshilinch ravishda kasalxonaning jarrohlik bo'limiga yotqizishni talab qiladi, u yerda shoshilinch ravishda zarur tekshiruvlar o'tkaziladi, aniq tashxis qo'yiladi va shunga muvofiq davolash taktikasi belgilanadi.

Biroq, amaliy vrachlik ishida simptomlari bilinmaydigan, yaqqol ifodalanmagan atipik hollar ham uchrab turadi. Bunday manzara keksa va zaiflashgan bemorlarda kortikosteroid gormonlar va boshqalar bilan davolash fonida kuzatiladi. Bunday hollarda ham shifokor bemorda "o'tkir qorin" simptomokompleksi borligiga to'liq ishonch hosil qilmagan bo'lsada, kutish taktikasiga yo'l qo'yib bo'lmaydi, bemorni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish kerak.

Shuni yodda tutish kerakki, ba'zi hollarda "o'tkir qorin" bilan bog'liq klinik ko'rinishga juda o'xshash, ammo jarrohlik davolashni talab qilmaydigan ko'plab kasalliklar mavjud. Bularga miokard infarkti, pastki bo'lak krupoz pnevmoniyasi, quruq plevrit, buyrak sanchig'i xuruji, ba'zi zaharlanishlar va boshqa ko'pgina kasalliklar kiradi.

**Davolash.** Bemor statsionarga yotqizilgunga qadar og'riqlarni yengillashtirish uchun spazmolitik preparatlar, yurak-qon tomir vositalarini qo'llashga ko'rsatma bo'lganda baralginni parenteral yuborish mumkin. Narkotik analgetiklarni bemorlarni statsionarga transportirovka qilishda og'riq shokiga barham berish uchun favqulodda hollardagina qo'llash mumkin (chunki ular qorin pardasi ta'sirlanish belgilarini "so'ndirishi" va shu bilan tashxis qo'yishni juda qiyinlashtirishi mumkin). Surgi vositalarini qo'llash qat'iy man etiladi.

## HAZM YO'LIDAN O'TKIR QON KETISHI

Hazm yo'lidan o'tkir qon ketishining sabablari xilma-xil. Bunday qon ketishlarning eng ko'p uchraydigan sabablari oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi, oshqozon saraton o'simtasining parchalanishi, portal gipertenziya sindromida kuzatiladigan qizilo'ngach va oshqozon venalarining varikoz kengayishi, qizilo'ngach shilliq qavatining o'z-o'zidan yirtilishi (Mallori-Veyss sindromi) va boshqalardir. Ichakdan profuz qon ketishi xavfli yoki xavfsiz o'smaning parchalanishi, Kron kasalligi, nospesifik yarali kolit, ichak devori sohasining nekrozi, yot jismning mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ular ba'zi gelmintozlarda ham rivojlanishi mumkin. Yo'g'on ichak distal bo'limlaridan kuchli qon ketishi

ko'pincha to'g'ri ichak rak o'smasi parchalanganda, bavoasil, orqa chiqaruv teshigi yorilganda kuzatiladi.

**Klinik manzarasi.** Ovqat hazm qilish traktidan o'tkir qon ketishining namoyon bo'lishi ko'pincha yetarlicha xarakterlidir. Simptomlarning ikki xili hammadan ko'ra ko'proq ko'zga tashlanadi: 1) qon oqishi (yangi yoki o'zgargan, qusish yoki axlat aralash qon oqishi) va 2) tomirlar kollapsi. Ko'pchilik hollarda o'tkir qon ketishi allaqachon diagnozi aniqlangan bemorlarda boshlanadi: qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi, yara kasalligi, bavoasil va boshqalar shular jumlasidandir; lekin shuni nazarda tutish kerakki, ba'zi hollarda o'tkir qon ketishiga ovqat hazm qilish yo'lining ilgari bo'lishi taxmin qilinmagan boshqa kasalligi ham sabab bo'lishi mumkin.

Me'da shirasi sekresiyasi saqlangan bemorlarda me'dadan qon ketishida qusuq massalarida qon rangi o'zgaradi: gemoglobin xlorid kislotasi bilan o'zaro ta'siri natijasida qo'ng'ir rangga ega bo'lgan xlorid kislotasi gematin hosil bo'ladi. Qizilo'ngachdan qon ketganda qusuq massalaridagi qon ko'pincha qizil, arterial yoki to'q olcha rangda bo'ladi (varikoz kengaygan venalardan qon ketganda).

Ichakning yuqori qismlaridan qon ketishi qora, qatron shaklidagi najas melena (yunoncha melanos - qorong'i, qora) paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Najas qoramtir rangga kiradi, chunki qon ichak bo'ylab harakatlenganda hazm fermentlari ta'sirida gemoglobindan qora rangli temir sulfid hosil bo'ladi.

Yo'g'on ichakning distal qismlaridan qon ketganda qon o'zgarmagan holda ajraladi va ko'pincha venoz xarakterga ega bo'ladi.

O'tkir massiv qon ketishining ikkinchi ko'rinishi qon tomir kollapsi hisoblanadi: qon bosimining pasayishi, umumiy holsizlik, ipsimon puls, teri qoplamlarining oqarishi va boshqalar. Bemorlar to'satdan paydo bo'lgan holsizlikni, bosh aylanishini his qiladilar, ko'z oldilarida "chivinlar" paydo bo'lishini, quloqlarida shovqin, yurak urishi, ko'ngil aynishini sezadilar.

Ko'zdan kechirilganda bemorning xarakterli keskin, ba'zi hollarda "o'lik" rangparligi aniqlanadi. Teri sovuq yopishqoq ter bilan qoplangan. Taxikardiya, taxipnoe aniqlanadi.

Bemorning umumiy ahvoli nafaqat qon yo'qotish darajasi, balki uning tezligi bilan ham belgilanadi. Chunonchi, umumiy qon hajmining 1/3-1/2 qismi yo'qotilishi bilan tez avj olib boradigan qon ketishi bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Nisbatan sekinlik bilan qon ketishi, hatto umumiy qon hajmining 3/4 qismi yo'qotilganda ham, agar qon ketishi to'xtatilsa, eson-omon tugashi mumkin.

Qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoq ichak va yo'g'on ichakdan o'tkir qon ketish manbasini aniqlash uchun keyingi vaqtlarda rentgenologik va endoskopik tekshirish usullari keng qo'llanilmoqda. Qon ketish balandligida o'tkaziladigan endoskopik tekshiruv nafaqat diagnostik, balki davolash maqsadlarini ham ko'zlaydi, qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalariga sklerozlovchi moddalar in'eksiyasi, shilliq qavatning qon ketayotgan qismiga gemostatik va koagulyatsiyalovchi moddalar applikatsiyasi, yaralar va boshqalar yordamida uni to'xtatish.

Shoshilinch angiografiya ham tashxisni tasdiqlash va qon ketish manbasini aniqlash imkonini beradi (shikastlangan tomirdan oqib chiqayotgan kontrast "depo"sining mavjudligi va joylashuvi bo'yicha).

Ovqat hazm qilish traktidan o'tkir qon ketishi tashxisi bunday qon ketishining tashqi belgilari (qonli qusish, melena, axlat bilan ko'p miqdorda o'zgarmagan qon ajralishi) va tomir kollapsi belgilari asosida qo'yiladi. Gematokritni, aylanib yuruvchi qon hajmini tekshirish bu diagnozni tasdiqlashga imkon beradi. Qondagi gemoglobin va eritrotsitlar miqdori, gematokrit soni dastlabki soatlarda o'zgarmaydi, keyin esa pasayadi.

Shuni esda tutish kerakki, qusuq massalari va axlatning to'q rangda bo'lishi oshqozon-ichakdan qon ketishidan darak bermaydi, balki bemorning ba'zi ovqatlarni (qora kofe, lavlagi, qora smorodina va boshqalar) va dori preparatlarini (karbolen, asosiy vismut nitrat va boshqalar) oldindan qabul qilganiga bog'liq bo'lishi mumkin. Anamnez (bemor bir kun oldin nima yegan yoki ichganini aniqlash) va qusuq massalari va najasning qon tarkibini aniqlash uchun laboratoriya tekshiruvlari tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi. Melena ba'zan faqat ingichka ichakdan emas, balki qizilo'ngach va me'dadan qon ketganda, qusish bo'lmaganda yoki qusuq massalari bilan birga qonning hammasi tashqariga chiqmay, balki uning bir qismi ichakka tushishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Ichakning yuqori qismidan juda ko'p, ko'p qon ketganda, qon tez harakatlanib, axlat bilan va o'zgarmagan holda chiqishi mumkin. Axlat bilan qip-qizil qon ajralishi esa ko'pincha yo'g'on ichakning distal bo'limlaridan qon ketganda kuzatiladi.

Shuni esda tutish kerakki, o'tkir me'da ichi va ichakdan qon ketishida qonning qusish va axlat bilan ajralishi odatda darhol emas, balki qon ketish boshlanganidan keyin ma'lum vaqt o'tgach kuzatiladi.

**Davolash.** Ovqat hazm qilish traktidan o'tkir qon ketishi (yoki bunga shubha bo'lgan) bilan og'rigan bemorni zudlik bilan jarrohlik statsionariga yotqizish kerak. Davolash qon ketish sabablariga bog'liq, ammo uning asosiy tamoyillari quyidagilardan iborat: 1) qon ketish manbaini bartaraf

etish - jarrohlik yo‘li bilan yoki endoskoplar yordamida. Chunonchi, me‘dadan qon ketishini to‘xtatish uchun so‘nggi vaqtlarda endoskop orqali shilliq pardaning qonayotgan qismini elektrokoagulyatsiya qilish va lazerli fotokoagulyatsiya qilish qo‘llanilmoqda; 2) qon to‘xtatuvchi vositalar yordamida qon ketishini to‘xtatish; 3) yo‘qotilgan qonning o‘rnini qoplash: bir guruhli qon va qon o‘rnini bosuvchi suyuqliklar quyish; 4) tomirlar tonusini oshiradigan, yurak faoliyatini yaxshilaydigan vositalar yuborish yo‘li bilan shok va kollapsqa qarshi kurashish va hokazo.

Ovqat hazm qilish yo‘llaridan o‘tkir qon ketishining oldini olish bunday qon ketishi bilan asoratlanishi mumkin bo‘lgan kasalliklarni o‘z vaqtida davolashdan iborat.

### XUSUSIY PATOLOGIYA

Klinik amaliyotda turli xil ichak kasalliklari orasida yallig‘lanish tabiatiga ega bo‘lgan kasalliklar (duodenit, enterit, kolit), yo‘g‘on ichakning funksional o‘zgarishlari (diskineziyalar), xavfsiz va xavfli o‘smalar eng ko‘p uchraydi.

**DUODENIT** Duodenit (duodenitis) deganda o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining yallig‘lanishi va strukturaviy qayta tuzilishi kuzatiladigan o‘tkir yoki surunkali (ko‘pincha) kasallik tushuniladi.

**Etiologiyasi va patogenezini.** Birlamchi duodenit ovqatlanish rejimi va xarakterining buzilishi, spirtli ichimliklarni suiiste‘mol qilish, chekish natijasida kelib chiqadi. Ikkilamchi duodenit boshqa kasalliklar: surunkali gastrit, pankreatit, o‘t ajratish tizimi kasalliklari, gijja va parazitar invaziyalar (masalan, lyamblioz) oqibati hisoblanadi. Xlorid kislotaning kuchli gipersekresiyasi, duodenal suyuqlik evakuatsiyasining buzilishi (duodenostaz), pankreatik bikarbonatlar ishlab chiqarilishining kamayishi gastroduodenit rivojlanishiga moyillik tug‘diradi.

**Patologoanatomik manzarasi.** Struktura o‘zgarishlarining xarakteri va ifodalanganligiga qarab duodenitning yuza, diffuz, eroziv va atrofik shakllari tafovut qilinadi.

**Klinik manzarasi.** O‘tkir duodenit ovqat toksikoinfeksiyasi tipida kechadi: epigastral sohada og‘riq, ovqat qusish, tana haroratining ko‘tarilishi bilan kechadi.

Surunkali duodenitning klinik ko‘rinishi turlicha bo‘lishi mumkin. Yaraga o‘xshash xilida yara kasalligiga xarakterli og‘riqlar yetakchi simptom bo‘lib qoladi. Gastrit-simon variantda birinchi navbatda dispeptik hodisalar kuzatiladi. Xoletsistoz va pankreatga o‘xshash variantlarda surunkali xolesistit yoki pankreatit ko‘rinishlariga o‘xshash manzara qayd

etiladi (o'ng qovurg'a ostidagi og'riqlar yoki qorinning yuqori yarmidagi belbog'simon og'riqlar, ovqatdan keyin kuchayadi). Surunkali duodenitning nerv-vegetativ xilida darmonsizlik, tez charchab qolish, qo'zg'aluvchanlikning kuchayishi va boshqalar birinchi o'rinda turadi. Kasallikning mutlaqo simptomsiz o'tishi ham kam uchramaydi.

Surunkali duodenit bilan og'rigan bemorlarni ob'ektiv tekshirishda piloroduodenal sohada palpatsiyada og'riq kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvda shilliq qavat relefining o'zgarishi va o'n ikki barmoqli ichak harakat funksiyasining turli buzilishlari aniqlanadi. Gastroduodenoskopiyada o'n ikki barmoq ichak shilliq qavatida giperemiya, shish, eroziya, ba'zan atrofik o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

**Kechishi va asoratlari.** Surunkali duodenitning kechishi ko'pincha ancha yaxshi bo'ladi. Asoratlari (me'da-ichakdan qon ketishi) eroziv duodenitda paydo bo'lishi mumkin. Duodenit uzoq davom etganida hazm sistemasining boshqa kasalliklari: surunkali xolesistit, surunkali pankreatit, yara kasalligi qo'shiladi. Ba'zi hollarda (yara kasalligining qayta qo'zishida, divertikulitlarda) yallig'lanish jarayoni o'n ikki barmoq ichakning seroz pardasiga o'tishi mumkin (periduodenit).

**Davolash.** Surunkali duodenit bilan og'rigan bemorlarni davolashda ovqatlanish tartibini me'yorlashtirish, antatsid, o'rab oluvchi va spazmolitik preparatlar, prokinetiklar (motilium) qabul qilish, sanatoriy-kurortda davolanish kabi tadbirlar amalga oshiriladi. **Duodenitning oldini olish** to'g'ri ovqatlanish tartibiga rioya qilish, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga qarshi kurashish, ovqat hazm qilish tizimining boshqa kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolashdan iborat.

## SURUNKALI ENTERIT

Surunkali enterit (enteritis chronica) uzoq davom etadigan kasallik bo'lib, bunda ingichka ichak shilliq pardasida yallig'lanish va distrofik o'zgarishlar kuzatiladi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Surunkali enterit boshdan kechirilgan o'tkir infeksiyon kasalliklar (vabo, salmonellyoz va boshqalar), bakteriyalarning haddan tashqari ko'payib ketish sindromi, uzoq vaqt ichkilik ichib yurish, ovqat allergiyasi, ionlashtiruvchi nur ta'siridan keyin, irsiy enzimopatiyalar (glyutenli enteropatiya, laktaza yetishmovchiligi), ba'zi boshqa kasalliklar (tireotoksikoz, kollagenozlar, me'da, jigar va me'da osti bezi kasalliklari) da boshlanishi mumkin.

**Patologoanatomik manzarasi.** Surunkali enteritda morfologik o'zgarishlarga ingichka ichak shilliq qavatining yallig'lanish belgilari

(shish, giperemiya), epiteliy hujayralari regeneratsiyasining buzilishi, kasallik uzoq davom etganda vorsinkalar atrofiyasi kiradi. Yallig‘lanish o‘zgarishlarining asosan qaerda joylashganiga qarab surunkali eyunit, ileit yoki tarqoq enterit tafovut qilinadi.

**Klinik manzarasi.** Surunkali enteritning yetakchi klinik ko‘rinishlari ich kelishining buzilishidir. Odatda bemorlarda ich ketishi kuzatiladi (sutkasiga 4-6 martagacha), bunda najas miqdori ko‘payadi va hazm bo‘lmagan ovqat qoldiqlarini o‘z ichiga olgan suyuq najas yashil sarg‘ish rangga ega bo‘ladi. Kamroq hollarda qabziyat yoki ich qotishi va ich ketishi bilan kechuvchi beqaror ich kelishi qayd etiladi. Boshqa shikoyatlar kindik atrofidagi og‘riqlar, qorin quldirashi, ozish, holsizlik va charchoqdir.

Ob‘ektiv ravishda oqsillar, yog‘lar, uglevodlar, mikroelementlar, vitaminlar so‘rilishining buzilishi belgilari aniqlanadi (malabsorbsiya sindromi). Terining quruqligi, tirnoqlarning mo‘rtligi, soch to‘kilishi, og‘iz burchaklarida yoriqlar, glossit hodisalari va boshqalar kuzatiladi. Ichakning turli qismlari paypaslab ko‘rilganida sezilarli g‘uldirash aniqlanadi. Qon analizlarida anemiya, gipoalbuminemiya, gipoxolesterinemiya qayd qilinadi. Axlat analizida neytral yog‘ va yog‘ kislotalari, mushak tolalari, hazm bo‘lmagan kletchatka topiladi. *Rentgenologik tekshiruvda* ingichka ichakning bariy suspenziyasi bilan notekis to‘lishi, shilliq qavat relefining o‘zgarishi, shuningdek ingichka ichak motorikasining buzilishi aniqlanadi. Tashxis ingichka ichak shilliq qavati bioptatlarining morfologik tekshiruvi bilan endoskopik tekshiruvda (intestinoskopiya) tasdiqlanadi.

**Kechishi va asoratlari.** Surunkali enteritning kechishi ko‘pincha qaytalanib, qo‘zish va remissiya davrlari almashinib turadi. Kasallikning oqibati ko‘pchilik hollarda ancha xayrli bo‘lib qoladi. Kasallik og‘ir o‘tgan taqdirdagina ovqat hazm bo‘lishi va oziq moddalar so‘rilishining sezilarli darajada izdan chiqishi natijasida odam ozib-to‘zib, kamqon bo‘lib qoladi, gipovitaminoz alomatlari kuchayadi.

**Davolash.** Surunkali enterit bilan og‘rigan bemorlarni davolash parhez ovqatlanish (parhez stoli № 4), ferment preparatlari (festal, panzinorm va boshqalar), vitaminlar, ko‘rsatmalarga ko‘ra esa antibakterial vositalar qabul qilishni, ichak mikroflorasining normal tarkibini tiklashni (bifikol, kolibakterin va boshqalar yordamida), sanatoriy-kurortda davolanishni o‘z ichiga oladi.

**Surunkali enterit profilaktikasi** avvalo o‘tkir enteritlarni (birinchi navbatda infeksiyon etiologiyali) o‘z vaqtida va to‘laqonli davolash, ratsional ovqatlanish, spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishga qarshi kurashish, ovqat

hazm qilish a'zolarining boshqa kasalliklarini tizimli davolashni nazarda tutadi.

### YO'G'ON ICHAK DISKINEZIYALARI

**Yo'g'on ichak diskineziyalari** (ta'sirlangan ichak sindromi) funksional kasalliklar guruhiga kiradi. Ular yo'g'on ichakning motor funksiyasi regulyatsiyasining buzilishi bilan bog'liq. Yo'g'on ichak diskineziyalari tez-tez uchraydi, garchi hanuzgacha bunday bemorlarga ko'pincha surunkali kolit noto'g'ri tashxisi qo'yiladi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Yo'g'on ichakning birlamchi diskineziyalari asosan psixogen omillar bilan bog'liq bo'lib, asosan hissiy o'zgaruvchanligi yuqori bo'lgan odamlarda paydo bo'ladi. Yana bir tez-tez uchraydigan sabab oziqlanishning noto'g'ri tabiati bo'lib, o'simlik kletchatkasining yetarli miqdorda iste'mol qilinmasligi, shuningdek, kam harakatli turmush tarzi hisoblanadi. Yo'g'on ichakning ikkilamchi diskineziyalari boshqa hazm a'zolari kasalliklarida (masalan, yara kasalligida, surunkali xolesistitda), siydik ajratish va endokrin tizim kasalliklarida uchraydi. Diskineziyalarda yo'g'on ichakning harakat funksiyasi buziladi va uning turli bo'limlari motorikasida spastik yoki atonik o'zgarishlar paydo bo'ladi.

**Klinik manzarasi.** Surunkali kolit bilan og'rigan bemorlarning eng ko'p uchraydigan shikoyatlari yo'g'on ichak bo'ylab og'riqlar bo'lib, odatda defekatsiya va gazlardan keyin kamayadi, ich kelishining buzilishi (qabziyat, ich ketishi yoki ularning almashinuvi), meteorizm, qorin quldirashi, tenezmlar (jarayonga to'g'ri ichak shilliq qavati jalb qilinganda), umumiy tartibdagi shikoyatlar (yuqori asabiylashish, kayfiyatning yomonlashishi va boshqalar). Surunkali kolitda bemorlarning umumiy ahvoli sezilarli darajada o'zgarmaydi va odatda tana vaznining sezilarli darajada yo'qolishi kuzatilmaydi (surunkali enteritdagi holatdan farqli o'laroq). Qorinni paypaslaganda yo'g'on ichak turli bo'limlarining og'riqli va spastik qisqarishini, shuningdek, quldirashni qayd etish mumkin. Koprologik tekshiruvda shilliq, eritrotsitlar, leykotsitlar, ba'zan gijja tuxumlari va sodda hayvonlar sistalari aniqlanadi. Ichak tarkibi maxsus ozuqa muhitlariga ekilganda, ko'pincha disbakterioz manzarasi aniqlanadi. Irrigoskopiya surunkali kolit bilan og'rigan bemorlarda shilliq parda relefining o'zgarishi, gaustratsiyaning asimmetrik xarakteri, turli harakat buzilishlari qayd etiladi. Surunkali kolitning yanada aniq tashxisi (yo'g'on ichak shilliq qavatining shishi va giperemiyasini, nuqtali gemorragiyalarni,

atrofik o'zgarishlarni va boshqalarni aniqlash) endoskopik tekshiruvda (rektomanoskopiya va kolonoskopiya) mumkin.

**Kechishi va asoratlari.** Surunkali kolitning o'tishi, odatda, birmuncha xayrli bo'lib, kasallikning qo'zish va remissiya davrlari odatda almashinib turishi bilan ta'riflanadi. Surunkali kolitning asoratlari ovqat hazm qilish tizimining boshqa a'zolarining hamroh shikastlanishlari qo'shilishi, qorin bo'shlig'ida uzoq muddatli bitishma jarayonining paydo bo'lishi (perikolit), yarali shikastlanish shakllarida qon ketishi va ichak devorining teshilishi bilan bog'liq.

**Davolash.** Kompleks bo'lishi kerak. Unga parhez ovqatlanish, burishtiruvchi va o'rab oluvchi dorilar, yo'g'on ichak faoliyatini me'yorlashtiruvchi dori vositalari, fizioterapevtik muolajalar kiradi. Ko'rsatma bo'yicha antibakterial va parazitlarga qarshi preparatlar. Kasallikning zo'rayish davridan tashqarida sanatoriy-kurortda davolanish tavsiya etiladi.

**Surunkali kolitning oldini olish** o'tkir ichak infeksiyalarining oldini olish va o'z vaqtida davolash, gelmint tashuvchanlikni aniqlash va bartaraf etish, ratsional ovqatlanishni o'z ichiga oladi.

## NOSPESIFIK YARALI KOLIT

**Nospesifik yarali kolit** (colitis ulcerosa non specifica) surunkali qaytalanib turadigan kasallik bo'lib, yo'g'on ichak shilliq pardasida yallig'lanish o'zgarishlari paydo bo'lishi va yiringli qonab turadigan yaralar hosil bo'lishi xarakterli belgi bo'lib xizmat qiladi. Bu kasallik ko'pincha 30-40 yoshlarda uchraydi.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Nospesifik yarali kolitning sabablari va rivojlanish mexanizmlari hali yetarlicha aniqlanmagan. Hozirgi vaqtda ushbu kasallikning paydo bo'lish mexanizmlarida immunitet buzilishlari muhim rol o'ynaydi. Oziq-ovqat allergenlari, masalan, sut, apelsin, tuxum va boshqa mahsulotlar, bakterial antigenlar yo'g'on ichak shilliq qavatini sensibilizatsiya qiladi. Bemorlarning immunologik reaktivligi o'zgargan sharoitlarda bu antigenlar ularda o'z shilliq pardasiga qarshi antitelolar ishlanib chiqishiga va keyinchalik ularda patologik o'zgarishlar boshlanishiga olib kelishi mumkin. Moyillik omillari sifatida asab-ruhiy stresslar, autoimmun tabiatli kasalliklarga irsiy moyillik, antibiotiklarni uzoq vaqt qabul qilish natijasida organizmning sensibilizatsiyasi bo'lishi mumkin. Nospesifik yarali kolit bilan og'rikan bemorlarda ichakdagi o'zgarishlarning ko'pincha bo'g'imlarning shikastlanishi va tugunli eritema

bilan birga kelishi ba'zi mualliflarga bu kasallikni kollagenozlar guruhiga kiritish uchun asos bo'ladi.

**Patologoanatomik manzarasi.** Shilliq pardadagi yallig'lanish va destruktiv o'zgarishlar odatda dastlab to'g'ri ichakda paydo bo'ladi, keyinchalik sigmasimon ichakka tarqaladi (chap tomonlama kolit) va og'ir hollarda butun yo'g'on ichakni qamrab oladi (total kolit), ba'zan yonbosh ichakning terminal qismiga o'tadi. Yo'g'on ichak shilliq pardasi shishib, qonga to'lib turadi, yiringli ekssudat va fibrin qoplamlari bilan qoplanadi. Turli kattalikdagi ko'p sonli yaralar hosil bo'ladi. Ular shilliq osti asosiga, ba'zan esa ichak devorini teshib o'tadi. Yaralarning chandiqlanishi yo'g'on ichakning qisqarishi va uning bo'shlig'ining torayishi bilan kechadi. Bunda shilliq pardaning zararlangan joylaridagi epiteliy regeneratsiyasi to'la-to'kis bo'lmaydi, shu munosabat bilan unda vaqt o'tishi bilan atrofik, ba'zan esa displastik o'zgarishlar avj olib boradi.

**Klinik manzarasi.** Kasallik ko'pincha sekin va asta-sekin rivojlanadi, kamroq o'tkir, to'satdan, to'liq sog'liq orasida paydo bo'ladi. Nospesifik yarali kolitning yetakchi belgilari ichakdan qon ketishi, qorinning pastki yarmida og'riq, ich ketishining buzilishi (ich ketishi yoki kamdan-kam hollarda ich qotishi), shilimshiq va qon aralash axlat ajralishi, tenezm, isitma, bo'g'imlarda og'riq, ishtahaning pasayishi, vazn yo'qotishdir. Qorinni paypaslaganda, asosan, yo'g'on ichakning chap bo'limlarida og'riq va spastik qisqarishlar aniqlanadi. Qon analizlarida ichakdan takror-takror qon ketishiga aloqador anemiya, eritrotsitlar cho'kish tezligining ortishi, neytrofil leykotsitoz, sezilarli disproteinemiya qayd qilinadi.

Endoskopik tekshiruvda (rektomano- va kolonoskopiya) nospesifik yarali kolit bilan og'rigan bemorlarda o'ziga xos o'zgarishlar aniqlanadi: yo'g'on ichak shilliq qavatining shishi va giperemiyasi, uning yengil kontakt qonashi, ko'p miqdorda shilliq-yiringli ekssudat, ko'plab yaralar va psevdopoliplar. Irrigoskopiyada yo'g'on ichak konturlarining notekisligi, gaustratsiyaning kamroq ifodalanishi va hatto butunlay yo'qolishi, shilliq qavat relefining o'zgarishi, bir nechta bo'shliqlar va psevdopoliplar va granulyatsion o'simtalar bilan almashinuvchi yaralar mavjudligi tufayli kichik to'ldirish nuqsonlari aniqlanadi.

**Kechishi va asoratlari.** Nospesifik yarali kolitning kechishi turlicha bo'lishi mumkin. Kasallikning uzluksiz kechish varianti (tez yoki sekin rivojlanuvchi) eng noqulay bo'lib, u butun yo'g'on ichakning bir vaqtning o'zida yoki ketma-ket shikastlanishi, turli xil asoratlar rivojlanishiga moyilligi bilan tavsiflanadi. Biroq, nospesifik yarali kolitning surunkali qaytalanib turadigan davri ko'proq uchraydi, bunda kasallikning qo'zish

davrlari bir qadar uzoq davom etadigan (haftalar, oylar, goho yillar) remissiyalar bilan almashinadi. Residivlarning paydo bo'lishiga jismoniy yoki hissiy zo'riqishlar, o'tkazilgan yuqumli kasalliklar, jarohatlar va jarrohlik aralashuvlari sabab bo'lishi mumkin.

**Nospesifik yarali kolitning asoratlari** turlicha bo'ladi. Ulardan eng xavfli ichakdan ko'p qon ketishi, yaralar teshilib, peritonit boshlanishi, yo'g'on ichak raki paydo bo'lishidir. Pararektal oqmalar paydo bo'ladigan paraproktit, orqa chiqaruv teshigi yorilib, yo'g'on ichak strikturasi bo'lishi ham mumkin. Nospesifik yarali kolitning umumiy asoratlariga gepatobiliar tizim (gepatit, xolangit), teri (piodermiya, tugunli eritema), bo'g'imlar (artritlar), yarali stomatit, ko'zning zararlanishi (konyuktivit), shuningdek, ichki a'zolarining amiloidozi va boshqalar kiradi.

**Nospesifik yarali kolitning oqibati** hamisha juda jiddiy bo'ladi, chunki o'lim hollari (ayniqsa kasallik uzluksiz davom etadigan bo'lsa) hamon yuqoriligicha qolaveradi. Nospesifik yarali kolit bilan og'rikan bemorlar kasallikning qaytalanishiga qarshi davo kurslari o'tkazilib, dispanser kuzatuviga olinadi.

**Davolash.** Kasallikning kechish shakliga bog'liq va qat'iy individual bo'lishi kerak. Bemorlarga yetarli miqdorda oqsil saqlovchi parhez (sutkasiga 150 g gacha) tavsiya etiladi, turli vitaminlar kompleksi, gemotransfuziyalar, ko'rsatmalarga ko'ra keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklar buyuriladi. Kasallikning nisbatan yengil kechishida salazosulfapiridin yoki sulfasalazin (kuniga 4-6 g) yoki salazopiridazin (kuniga 1,5-2,0 g) qabul qilish samarali hisoblanadi. Birmuncha og'ir hollarda yallig'lanish va immun reaksiyalarni kamaytirish uchun kortikosteroid gormonlar (sutkasiga 40-60 mg prednizolon) buyuriladi, bu gormonlar ba'zan immunodepressantlar (azatioprin) bilan birga ishlatiladi. Turli asoratlar paydo bo'lganda (yara teshilishi, ko'p qon ketishi va b.), shuningdek, konservativ terapiya muvaffaqiyatsiz bo'lganda jarrohlik yo'li bilan davolash qo'llaniladi.

## **YO'G'ON VA TO'G'RI ICHAK RAKI**

**Yo'g'on va to'g'ri ichak raki** (kolorektal rak) hozirgi vaqtda me'da-ichak yo'lining barcha xavfli o'smalari orasida uchinchi o'rinda turadi. O'sma aksari (34-39% gacha hollarda) sigmasimon ichakda, birmuncha kamroq hollarda (24-30% gacha) ko'richakda joylashadi. Yo'g'on ichakning boshqa qismlari (yuqoriga ko'tariluvchi va pastga tushuvchi qismlari, ko'ndalang chamber ichak, jigar va taloq burchagi) kamroq

zararlanadi. Yo'g'on va to'g'ri ichak raki asosan o'rta yashar va keksa yoshidagi odamlarda uchraydi.

**Etiologiyasi va patogenezini.** Hozirgacha yo'g'on va to'g'ri ichak rakining kelib chiqish sabablari noma'lum bo'lib qolmoqda. Uning rivojlanishida ovqatlanishning o'ziga xos xususiyatlari, xususan, o'simlik kletchatkasining yetarli darajada iste'mol qilinmasligi ma'lum rol o'ynashi mumkin. Boshqa tomondan, ratsionda qiyin eriydigan yog'larning ustunligi keyinchalik o't kislotalarining ishlab chiqarilishini kuchaytiradi va ularning ichak tarkibidagi konsentratsiyasining oshishiga olib keladi. Ichakda o't kislotalari metabolizmining mahsulotlari o'z navbatida (ayniqsa, ba'zi bakteriyalar ishtirokida) kanserogen ta'sir ko'rsatishi mumkin. Yo'g'on va to'g'ri ichak saratoni rivojlanishining yuqori xavfi adenomatoz poliplar va yo'g'on ichak divertikulezi, nospesifik yarali kolit bilan og'rikan bemorlarda kuzatiladi.

**Patologoanatomik manzarasi.** O'smaning asosan yo'g'on ichakning o'ng bo'limlari zararlanganda kuzatiladigan ekzofit o'suvchi shakllari va ichak devorini infiltrlaydigan hamda yo'g'on ichakning chap bo'limlari (pastga tushuvchi qismi, sigmasimon ichak) rakida ko'proq aniqlanadigan endofit shakllari tafovut qilinadi. O'smaning morfologik xili 60-70 foiz hollarda adenokarsinomadan iborat bo'ladi, goho solid va shilimshiq (kolloid) rak topiladi.

**Klinik manzarasi.** Kasallikning dastlabki bosqichlarida juda kam bo'lishi mumkin. Shu bilan birga, bemorlar yo'g'on ichak bo'ylab yengil og'riqlar, qorin dam bo'lishi, vaqti-vaqti bilan ich ketishining buzilishidan shikoyat qilishlari mumkin. Yo'g'on ichak va to'g'ri ichak rakining birmuncha avj olgan davrida uning simptomlari ko'p jihatdan o'sma qaerda joylashganiga bog'liq bo'ladi. Yo'g'on ichak o'ng yarmining rakida odatda umumiy simptomlar (holsizlik, charchash, ishtahaning pasayishi), isitma, ichakdan takror-takror qon ketishi bilan bog'liq bo'lgan anemiya, qoramtir rangli (ba'zan melena tipida) axlat ajralishi kuzatiladi. Yo'g'on ichakning chap yarmidagi xavfli o'smalar yo'g'on ichak bo'shlig'i kattalashib borgan sain sirkulyar ravishda torayib boradi, bular avvalambor doimiy qabziyat, meteorizm, qorinda to'lg'oqsimon og'riqlar paydo bo'lishiga, keyinchalik esa ichak tutilishi belgilari paydo bo'lishiga olib keladi.

Yo'g'on va to'g'ri ichak raki diagnostikasida qorinni paypaslab ko'rish katta ahamiyatga ega, bunda (afsuski, endi erta bosqichda emas) yo'g'on ichakning u yoki bu bo'limida yuzasi g'adir-budur bo'ladigan zich o'smasimon tuzilmani paypaslab topish mumkin bo'ladi. Yo'g'on ichak rakidan zararlangan hollarda irrigoskopiyada zararlangan joyda ichak

konturlarining notekisligi, uning shilliq pardasi relefining qayta qurilishi, o'sma o'rnida to'lish nuqsoni, bariy suspenziyasi passajining buzilishi aniqlanadi. Tashxis endoskopik tekshiruvda tasdiqlanadi, u biopsiya olish va olingan materialni keyinchalik gistologik tekshirish bilan to'ldiriladi.

**Kechishi va asoratlari.** Yo'g'on va to'g'ri ichak rakining o'tishi, masalan, me'da rakiga qaraganda birmuncha qulayroq bo'ladi, bu o'smaning nisbatan sekin o'sishi va uning kech metastaz berishiga bog'liq. Ayni vaqtda kasallik profuz ichakdan qon ketishi, ichak devorining teshilib, axlatli peritonit boshlanishi, ichak tutilishi bilan asoratlanishi mumkin.

**Davolash.** Xirurgik. Uning muvaffaqiyati o'smaning o'z vaqtida aniqlanishiga bog'liq. Operatsiya qilib bo'lmaydigan holatlarda kimyoterapiya qo'llaniladi.

Yo'g'on ichak saratonining oldini olish ovqat ratsionida o'simlik kletchatkasi yetarli miqdorda bo'lgan ratsional ovqatlanish, qabziyatga qarshi kurashish, yo'g'on ichakning adenomatoz poliplari va divertikulyozi bilan og'rigan bemorlarni o'z vaqtida aniqlash va davolash, keyinchalik bunday bemorlarni dispanser nazoratiga olishni o'z ichiga oladi.

### XULOSA

Hazm qilish tizimi, xususan ichak kasalliklari zamonaviy tibbiyotda dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Ushbu kasalliklar inson organizmida oziqa moddalarning hazm bo'lishi va so'rilish jarayonlarini buzib, umumiy salomatlikka salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ichak kasalliklarining kelib chiqishida infeksiyalar, noto'g'ri ovqatlanish, stress, ekologik omillar hamda irsiy moyillik muhim rol o'ynaydi.

O'quv-uslubiy qo'llanma doirasida ichak kasalliklarining asosiy turlari, ularning etiologiyasi, patogenezi, klinik belgilari, diagnostikasi va davolash usullari yoritib berildi. Shuningdek, profilaktika choralari, sog'lom turmush tarzini shakllantirish va to'g'ri ovqatlanish tamoyillariga alohida e'tibor qaratildi.

Xulosa qilib aytganda, ichak kasalliklarini erta aniqlash, to'g'ri tashxis qo'yish va kompleks davolash yondashuvi kasallik asoratlarini oldini olishda muhim ahamiyatga ega. Shu bilan birga, aholining tibbiy savodxonligini oshirish va profilaktik choralarni keng joriy etish ichak kasalliklari tarqalishini kamaytirishga xizmat qiladi.

---

**FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR**

1. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik/Гадаев А., - Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2018y..
2. Ichki kasalliklar propedevtikasi. O`quv qo`llanma/Гадаев А., Т., 2012+2014y.
3. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik/A.G. Gadayev, M.Sh. Karimov, X.S. Axmedov. – Toshkent: Muharrir, 2023y.
4. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik/A.G. Gadayev, M.Sh. Karimov, X.S. Axmedov. – Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2022y.
5. Ichki kasalliklar propedevtikasida bemorni umumiy obyektiv tekshiruv usullari: o'quv qo'llanma / D.K. Ishankulova, A.A. Ruziyeva. O'zbek tilida
6. Introduction to propaedeutics of internal diseases and the basics of physical examination methods: textbook / D.K. Ishankulova, A.A. Ruziyeva. Ingliz tilida
7. S.X. Yarmuxamedova, N.A. Vafoyeva. F.Yu. Nazarov, M.S. Bekmurodova «Методы клинического исследования больного и общая симптоматология заболеваний внутренних органов» Samarqand-2021. Rus tilida
8. S.X. Yarmuxamedova, X.X. Gaffarov, X.D. Maxmudova, M.A. Xusainova «Ichki a`zolar kasalliklarida asosiy tekshirish usullari» Samarqand-2021. O`zbek tilida
9. Практикум по пропедевтике внутренних болезней / Кабалова Ж.Д. М., 2008г.
10. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / А. Гадаев, М.Ш. Каримов, А.Г. Кучер, Х.С. Ахмедов. – Ташкент : Muharrir, 2024г.
11. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / Мухин Н. - М., 2005г
12. Пропедевтика внутренних болезней: учебник/А.Н. Мухин, В.С. Моисеев. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012г.

**Internet saytlar**

1. <https://mt.sammu.uz>
2. <http://www.ziyonet.uz>
3. <http://www.edu.uz>
4. <http://www.pedagog.uz>
5. [www.lex.uz](http://www.lex.uz)
6. <https://www.unipi.it/>

7. <https://www.stanford.edu/>
8. <https://www.harvard.edu/>
9. <https://www.ox.ac.uk/>
10. <https://www.cam.ac.uk/>
11. <https://www.imperial.ac.uk/>
12. <https://www.uchicago.edu/>
13. <https://www.ucl.ac.uk/>
14. <https://www.princeton.edu/>
15. <https://www.u-tokyo.ac.jp/ja/index.html>
16. <https://www.kyoto-u.ac.jp/ja>
17. <https://www.gla.ac.uk/>
18. <https://english.nsu.ru/>
19. <https://www.ualberta.ca/en/index.html>
20. <https://usc.edu/>

**NAZAROV F.Y**

**HAZM A'ZOLARI ICHAK KASALLIKLARI BOR BEMORLARNI  
TEKSHIRISH USULLARI  
O'quv-uslubiy qo'llanma**

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

**“SAMARQAND”** nashriyoti

*Mas’ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA*

*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 25.03.2026 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8

Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 3.26 bosma taboq.

Adadi: 90 nusxa. Buyurtma raqami: 8

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)