

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

**Atakulov J.O., Yusupov Sh.A., Boyjigitov N.I., Qodirov N.D.,  
Raxmatov B.N., Raximov A.K.**

**Bilim sohasi: 500 000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"  
Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"**

**"BOLALAR XIRURGIYASI" FANIDAN**

*Tibbiy oliy ta'lim muassasalari magistratura rezidentlari,  
klinik ordinatorlar va yuqori kurs talabalari uchun*

**BOLALARDA ASORATLANGAN KINDIK  
CHUQURCHASI KASALLIKLARI (OMFALIT,  
KINDIK OQMALARI) DIAGNOSTIKASI  
VA VRACH-PEDIATR TAKTIKASI MAVZUSIDA**

***O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA***



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

**Atakulov Jamshed Ostonoqulovich, Yusupov Shuxrat Abdurasulovich,  
Boyjigitov Nusratillo Isrofilovich, Qodirov Nizomiddin Daminovich  
Raxmatov Bekzod Nasretdinovich, Raximov Anvar Kamolovich**

**Bilim sohasi: 500 000 - " Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"  
Ta'lim sohasi: 510 000 - " Sog'liqni saqlash»**

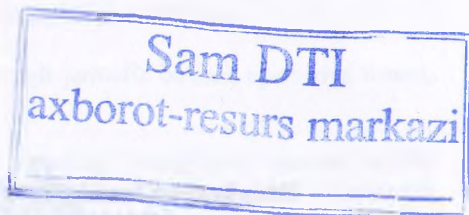
**"BOLALAR XIRURGIYASI"**

**FANIDAN**

***Tibbiy oliy ta'lim muassasalari magistratura rezidentlari, klinik  
ordinatorlar va yuqori kurs talabalari uchun***

**BOLALARDA ASORATLANGAN KINDIK CHUQURCHASI  
KASALLIKLARI (OMFALIT, KINDIK OQMALARI)  
DIAGNOSTIKASI VA VRACH-PEDIATR TAKTIKASI  
MAVZUSIDA**

**O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA**



**Samarqand – 2022**

**Tuzuvchilar:**

Atakulov J. O. - Samarqand davlat tibbiyot institutining 1-bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, t. f. d.

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

Boyyigitov N.I - Samarqand davlat tibbiyot institutining 1-bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti.

Raxmatov B.N - Samarqand davlat tibbiyot institutining 1-bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti.

Raximov A.K - Samarqand davlat tibbiyot institutining 1-bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti.

Qodirov N.D - Samarqand davlat tibbiyot institutining 1-bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti.

**Taqrizchilar:**

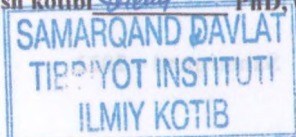
I.A.Axmedjanov SamMI 2-sonli bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, tibbiyot fanlari doktori

N.SH.Ergashov ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri,tibbiyot fanlari doktori

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

"23" fevral 2022 yil. Protokol № 7

Ilmiy kengash kotibi  PhD, Ochilov U.U.



**IZOH:** Bolalarda asoratlangan kindik chuqurchasi kasalliklari (omfalit, kindik oqmalari) oid asosiy nazariy savollar aks ettirilgan. Bolalarda asoratlangan kindik chuqurchasi kasalliklari (omfalit, kindik oqmalari) etiologiyasi, patogenezi, patologiyasi va klinik ko'rinishi va uning asoratlari yoritilgan. Diagnostika va davolashning zamonaviy usullari keltirilgan. Oxirida mavzu bo'yicha test savollari, vaziyatli vazifalar va amaliy ko'nikmalar mavjud.

Uslubiy tavsiyalar magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar va tibbiyot oliy o'quv yurtlarining yuqori kurs talabalari uchun mo'ljallangan.

## **MAVZUN:5: BOLALARDA ASORATLANGAN KINDIK CHUQURCHASI KASALLIKLARI (OMFALIT, KINDIK OQMALARI) DIAGNOSTIKASI VA VRACH-PEDIATR TAKTIKASI.**

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

**O'QUV MAQSADLARI:** Umumiy pediatr vrachini sog'liqni saqlashining birlamchi bug'unida malakaviy davo profilaktik ishini mustaqil yuritishga tayyorlash. Tez va shoshilinch yordam bo'yicha shoshilinch holatlarda diagnostik va davolovchi yordamni ko'rsatish, kunduzgi stasionarda poliklinikada, bolalarda jarrohlik kasalliklarining har-xil etaplarida diagnostik va davolovchi yordam ko'rsatish, sanitar-gigiyenik, davo-profilaktik chora-tadbirlarni, stasionardan chiqarilgach rehabilitasiya savollarini amalga oshirish:

### **O'QISH VAZIFALARI:**

1. Bolalarda asoratlangan kindik chuqurchasi kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi bo'yicha bilimlarni shakllantirish.
2. Talabalarga asoratlangan kindik chuqurchasi bilan kasallangan bolalarni klinik tekshirish va tekshirish ko'nikmalarini rivojlantirish.
3. Talabalarga bolalarda asoratlangan kindik chuqurchasini diagnostikasi algoritmini o'zlashtirish.
4. Bolalarda asoratlangan kindik chuqurchasi kasalliklarini jarrohlik davolash tamoyillari va uning asoratlari bilan tanishtirish.

**Dars o'tish joyi:** shoshilinch va yiringli jarrohlik bo'limi, operatsiya xonasi, bog'lov xonasi, o'quv xonasi.

**Omfalit** – bu kindik chuqurchasi sohasidagi yallig'lanish prosessi bo'lib, kindik tushgandan keyin kindik yarachasi bitish davrida unga kasallik chaqiruvchi mikroblarning tushishi natijasida kelib chiqadi.

Omfalitning 3 ta formasi farq qilinadi: oddiy, flegmanoz, nekrotik.



Oddiy formasida kindik yarachasining bitishi asta-sekin kechadi. Yallig'lanish belgilari uncha ko'p bo'lmaydi va ajralma seroz xarakterda bo'ladi. Bolaning umumiy ahvoli o'zgarmaydi.

Flegmanoz formasida yallig'lanish prosessi kindik chuqurchasi atrofidagi to'qimalarga ham tarqalishi mumkin. Kindik chuqurchasida fibrinoz-yiringli yara bo'lib, atrofi qalinlashgan teri yostiqchasi bilan o'ralgan. Kindik atrofidagi teri qizargan va shishgan. Bolaning umumiy ahvoli yomonlashadi: u bezovtalanib, ovqat yemaydi, tana harorati ko'tariladi. Kasallikning bu formasida yallig'lanish prosessi qorin devori tomon tarqalib flegmona hosil qiladi.

Nekrotik forma kasallikning keyingi stadiyasi bo'lib, u nafaqat atrofga, balki to'qimalar ichiga ham, hatto qorin devoriga ham tarqalishi mumkin.

Omfalitning flegmanoz va nekrotik formasida yallig'lanish prosessi kindik tomirlariga ham o'tib, yiringli flebit, hatto kindik sepsisini keltirib chiqarishi mumkin. Omfalit peritonit, jigar absessi va periflebitning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

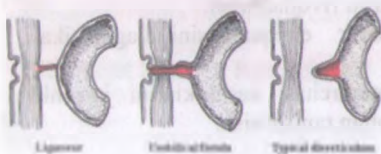
Omfalitning oddiy formasida mahalliy davo o'tkaziladi. Kindik yarachasi har kuni peroksid vodorod eritmasi bilan yuvilib, kumush nitratning 10 % eritmasi bilan kuydiriladi.

Flegmanoz formasida mahalliy davo bilan birgalikda umumiy davolash ham olib boriladi. Davolash muolajalari stasionar sharoitida olib borilishi lozim, chunki, umumiy antibakterial terapiyadan tashqari qon, plazma quyish, organizm immunitetini kuchaytirish maqsadida turli zardob va eritmalar yuboriladi.

Kasallikning boshlanishida, yiringlash aniqlanguncha, kindik sohasiga 2 – 3 nuqtadan antibiotik yuboriladi. Flyuktuasiya paydo bo'lganda 2 – 3 joydan kesilib, rezina naycha yordamida drenaj qilinadi va gipertonik eritmali bog'lam quyiladi. Fizioterapevtik muolajalar (UVCH, UFO) o'tkaziladi.

Nekrotik flegmonada umumiy intensiv terapiyadan tashqari xirurgik davo ham o'tkaziladi.

## SARIQLIK YO'LI VA URAXUSNING RIVOJLANISH NUQSONLARI



15-rasm. Sariqlik yo'lining nuqson turlari.

Sariqlik yo'li (Ductus omphaloentericus) va siydik yo'li (Ductus urachus) ning obliterasiya jarayoni buzilishi natijasida kindik oqmasi va kistasi hosil bo'ladi. (15-rasm)

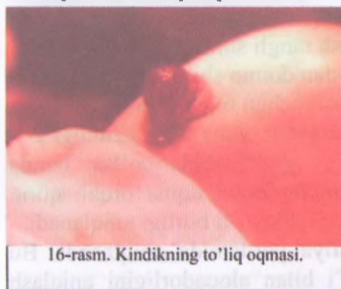
Embrional davr rivojlanishining birinchi haftalarida sariqlik yo'li ichak va sariqlik qopiga bog'liq bo'ladi, siydik yo'li (d. urachus)

esa allantois bo'shligini kloaka bilan birlashtirib turadi, bo'lingandan keyin esa siydik-tanosil sinusi bilan bog'lanib turadi.

Oltinchi—sakkizinchi haftadan homila paytida yo'llarning qayta rivojlanishi kuzatiladi: sariqlik yo'li butunlay atrofiyaga uchrab, ichak bilan kindik o'rtasidagi bog'liqlik yo'qoladi.

Siydik yo'li distal qismidan obliterasiyaga uchraydi, proksimal qismi esa siydik

pufagi hosil bo'lishida qatnashadi. Shu bilan birga bolada siydik yo'li o'mida, kindik bilan siydik pufagini birlashtirib turuvchi biriktiruvchi to'qimali boylam bo'ladi (B. M. Petten, 1959). Shu yo'llarning obliterasiyaga uchramasligi natijasida to'liq va noto'liq. oqmalar, enterogen hamda siydik-tanosil kistalari hosil bo'ladi.



16-rasm. Kindikning to'liq oqmasi.

Kindikning to'liq oqmasi. (16-rasm) Kindik tubida och qizg'ish rangli shilliq, parda xaltasini ko'rish mumkin. Markazida har xil diametrli oqma yo'li, ya'ni nuqtasimon oqmalar borligi sababli tugmachali zondni kiritish ham qiyin bo'ladi. Katta diametrli oqmalar ko'proq, sariqlik yo'li bitmay qolishi tufayli bo'lib, bunda oqmadan ichak tarkibi ajraladi, ba'zida ingichka ichakning shilliq pardasini ko'rish mumkin. Kuchangan paytda ichak invaginasiyasi paydo bo'ladi, shunda tashqariga chiqqan shilliq. parda ikki o'zak ko'rinishida bo'ladi. Oqma yo'li orqali invaginasiya bo'lgan ichak qovo'z log'i, kindik halqasida qisilib qolishi mumkin. Shilliq. parda kukarib, qon bilan ta'minlanishi buzilib, oson qonaydi. Invaginasiya ichak tutilishi ko'rinishida o'tadi. Siydik yo'li to'liq, oqmasida siydik tomchilab oqadi, kuchanganda esa tez oqadi. Ichak va siydik yo'li oqmasi tor bo'lib, ajralmasi noma'lum bo'lsa, differensiyalash qiyin bo'ladi. Oqmaning qandayligini fistulografiya yo'li bilan aniqlash mumkin. Buning uchun oqмага yoki qovuzloqqa metilene ko'ki eritmasidan yuboriladi va siydik rangining o'zgarishi kuzatiladi. Rentgenogrammada oqma yo'lini ko'rish uchun uni kateterizatsiya qilish yoki kontrast modda (sergozin, urografin) yuborish mumkin. Bitmay qolgan uraxus borligiga shubha tug'ilsa, albatta sistografik usul qo'llaniladi va buning yordamida oqmaning diametri va uzunligi aniqlanadi. Bunda kindik oqmalari operativ yo'l bilan davolanadi.

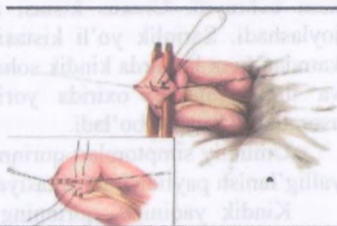
To'liq, oqmadan ko'p miqdorda ajralma chiqsa yoki invaginasiyaga asoratlansa, bolaning yoshidan qat'i nazar operatsiya qilinadi. Tor oqmada bolaning ahvoli yaxshi bo'lib, kindik oqmasidan 3—4 hafta davomida siydik oqishi to'xtamasa, tezda operatsiya qilish lozim.

Umuman rejali operatsiya bola 6 oydan oshgandan keyin qilingani ma'qul. To'liq, siydik yo'li kindik oqmasida esa operatsiya qilishga shoshilmaslik kerak. Kindikdan siydik oz miqdorda kelib tursa, uning o'z i bitib qolishi mumkin. (G. A. Bairov, 1968).

Agar qovuq bilan bog'liq, bo'lgan oqma keng o'lchamli bo'lsa, siydik yo'llariga infeksiya tushmasligi uchun operatsiyani zudlik bilan qilish zarur.

Bitmay qolgan sariqlik yo'lida qorinning o'rta chizig'i bo'ylab laparotomiya qilinadi, oqma yo'lining hammasini ajratib ichakni ponasimon rezeksiya qilib, 3/4 qismiga anastomoz qo'yiladi.

Siydik yo'li operatsiyasida kindikdan qov sohasigacha kesiladi, yo'lni qovuq, shilliq



17-rasm. Mikkel divertikulining ponasimon bartaraf etilishi.

pardasigacha, qorin pardadan tashqari holda ajratib olinadi, oqma yo'li ketgut bilan bog'lanadi va olib tashlanadi. Qovuqning mushak qavati ketgut bilan tikiladi. Kindikning ichki tomonidan ketgutli choklar quyiladi, kindikni aponevrozga tikib, keyin esa teri tikiladi. (17-rasm).

Kindikning noto'liq oqmasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi va bunda kindik har doim ham bo'lib, kindikning tubida qizg'ish rangli shilliq, parda ko'rinadi. Pinset bilan kindikni kengaytirib ko'rganda, bu oqmadan doimo shilliq-yiringli sekret ajralib turadi. Oqma yo'lini, uning yo'nalishini aniqlash uchun tugmachali zond bilan sekin qarshilikka uchraguncha zondlash kerak. Odatdagidek oqma yo'li uzunligi 2—3 sm dan oshmasligi lozim. Agar oqma yo'li qov yo'nalishida bo'lsa, bunda uraxusning noto'liq oqmasi to'g'risida o'ylash mumkin. Zond oqma orqali qorin bo'shligi yo'nalishida chuqur kirsada, bunda bitmagan sariqlik yo'li borligi aniqlanadi.

Oqmaning yo'nalishi va qandayligi fistulografiya yordamida aniqlanadi. Bu usulda oqma yo'lining to'liqligi va kista bo'shlig'i bilan aloqadorligini aniqlash mumkin.

Ba'zan noto'liq oqmani zamburug'simon granulyasiya o'sib ketgan kindik fungusi bilan differensiasiya qilishga to'g'ri keladi. Bunda kindik oqmasini yaqqol aniqlash qiyinroq bo'lib, ya'ni kindik yarasi lyapis bilan kuydirilganda 1—2 hafta mobaynida yara bitib qoladi, oqma bo'lganda esa bitmaydi.

Noto'liq oqmalarni chaqaloqlik davrida konservativ yo'l bilan davolash kerak. E. A. Suslaynikovaning ma'lumotlariga ko'ra, kindikdan chiqayotgan sekret doimo tozalanib va bola tez-tez cho'miltirib turilsa, oqma yo'li o'zi obliterasiyaga uchrashi mumkin.

Obliterasiya jarayoni tezlashishi uchun oqmaning ichiga kuydiruvchi yoki dezinfeksiyalovchi moddalar yuborib turiladi. To'mtoq ignani oqмага kiritib, 5% li yod eritmasi yoki 10% li kumush nitrat (0,5 ml gacha) 7—10 kunda 1 marta yuboriladi. (A. I. Lyonyushkin, M. Ya. Lixten, 1967). Bu muolaja takrorlanishi mumkin. Buning natijasida oqma sekinlik bilan bekiyadi. Oqmadan shilliq-yiring ajralishining kamayishi, jarayon yaxshi kechayotganini bildiradi. Agar 6 oylik konservativ davo yordam bermasa, operativ usulni qo'llash kerak. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, bunda qorin bo'shlig'i ochilmasdan, oqma uzunasi bo'yab ajratilib, kindikning tuynuq xosil kiluvchi tuqimalari bilan birga olib tashlanadi, keyin jarohatning ichki qismi ketgut bilan tikiladi.

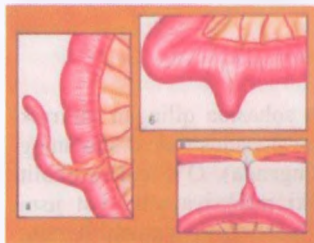
Sariqlik yo'li va uraxus kistasi. Bu buzilishlar sariqlik yo'li va siydik yo'li to'liq obliterasiyaga uchramasligi natijasida paydo bo'ladi, bu kindik oqmasiga nisbatan kam uchraydi. Uraxus kistasi asosan qorindevorida kindik bilan qov o'rtasida joylashadi. Sariqlik yo'li kistasi (enterokistoma) esa qorin bo'shligida joylashib, kamdan-kam hollarda kindik sohasida bo'ladi. Kista sekin-asta suyuqlik bilan to'ladi va infeksiyalanib, oxirida yorilib ketadi. Kasallik manzarasi xosil bo'luvchi asoratlarga bog'liq bo'ladi.

Umumiy simptomlar: qorinning pastki yarmida og'riq, tana harorati ko'tarilishi, yallig'lanish paytida intoksikasiya alomatlari kuzatiladi.

Kindik yaqinida, qorinning o'ng yarmida palpasiya qilib ko'rilganda shish borligi aniqlanadi, bu shish qorin devoriga tegib turadi. Uraxus kistasida qorin devorida kindik bilan qov o'rtasida og'riqli infiltrat borligi aniqlanadi. Kindik oqmasi



bo'lganda, bola kuchanganda yoki palpasiya qilganda undan ajralma chiqadi. Bu faqat xirurgik yo'l bilan davolanadi.



18-rasm. Meckel divertikuli ko'rinishlari.

Enterokistoma operatsiyasida qorin bo'shlig'i ochilib, kista tashqi pardasi ochilmasdan olib tashlanadi. Uraxus kistasida esa qorin bo'shlig'i ochilmasdan, qorin devori to'qimasidan ajratib olinadi.

#### Sariqlik yo'li tug'ma nuqsonlari.

Uraxus kistasi absessga aylanib, atrofidagi to'qima infiltrasiyalansa, bunda absess ochilib drenaj qo'yiladi. 3—5 oydan keyin yallig'lanish jarayoni tugagach, radikal operatsiya qilinadi, ya'ni kista va uning pardasi olib tashlanadi.

**Meckel divertikuli.** 1809 yilda nemis anatomi J.

F. Mekkell birinchi bo'lib ingichka ichak divertikuli va uning sariq tizmasi bilan bog'liqligini o'rgangan va aniqlagan. (18-rasm)

1904 yilga kelib M. I. Rostovsev 634 taga yaqin bemorda divertikul kasalligini aniqlagan, ular orasida ichak tutilishi va Littre churralari bo'lgan.

Meckel divertikuliti yonbosh ichakning tutqichiga qarama-qarshi tomonga dumpayib chiqishi bilan ifodalanaadi. Divertikulning ichak tutqichi qirrasiga, hatto tutqich ichida joylashgan hollari ham kuzatilgan. Divertikul bilan Baugin to'sig'i orasidagi masofa 10 sm dan 90 sm gacha bo'ladi (N. Ya. Kush, 1961). Bola qanchalik kichik bo'lsa, bu masofa ham shunchalik kichikdir. Divertikulning uzunligi ham har xil, zo'pga bilinib turadigan do'mboqlikdan 11—15 sm ga, diametri esa 0,5 dan 15 sm gacha bo'lishi mumkin (M. I. Rostovsev, 1907). Divertikul ba'zan chuvalchangsimon o'simtani yoki asosi keng bo'lib ichakka yopishgan konusni eslatadi. Divertikul ichakdan chiqib erkin yotishi ham mumkin, ba'zan sariq tizmasiga qo'shilganicha kindikka yopishib turadi, bu esa ichak tutilishiga olib keladi. Ba'zan bu keng ichak bo'shlig'iga aloqador yo'l bilan tugaydi. Divertikulning boshlanish qismida ichakning shilliq qavatidan burmalar hosil bo'lgan bo'lsa, ichak luqmasining divertikulga kirib to'xtab qolishi oson bo'ladi, ichak luqmasi bilan birgalikda har xil yot jismlar va viruslar kirib, divertikulit, ya'ni divertikulning yallig'lanishiga olib keladi.

Meckel divertikuliti kasalligining eng qulay tasnifi quyidagidir.

#### I. Divertikulit:

##### 1. Surunkali

##### 2. O'tkir:

a) kataral,

b) flegmonozli,

v) gangrenozli.

P. Ichak tutilishi;

1. Strangulyasiya.

2. Invaginasiya.



### 3. Churrada siqilishi.

Sh.Peptik yara.

IV. O'smalar:

1. Xavfsiz.

2. Xavfli.

Divertikul ba'zan sezilmasligi yoki aksincha qorin sohasida qilingan xirurgik muolajalarda to'satdan aniqlanishi mumkin (masalan, chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi bilan og'rigan bemor operatsiya qilinganda). O'tkir divertikulit nisbatan kam uchraydi. Divertikul yallig'lanishiga ichki infeksiya yoki yot jism ta'sirida divertikul devorining teshilishi sabab bo'ladi. Ko'p mualliflarning ko'rsatishicha, o'tkir divertikulit o'tkir appendisitga nisbatan kam uchraydi. Bunga sabab esa uning ichak bilan keng aloqasi, divertikul devorida limfoid to'qimalarning va Gerlax so'rg'ichlarining yo'qligi va ko'pincha uning devorida anomal holda oshqozon osti bezi qoldig'i borligidir. Divertikul mushaklarining kam rivojlanganligi, qon bilan yetarlicha ta'minlanmasligi va qoldiq bezdan ajralib chiqadigan fermentlar hisobiga doimo divertikul devorida og'ir eroziv yallig'lanishga va ba'zan profo'z qon ketishga sabab bo'ladi. (Borisov A. B., 1961, Bairov GA., 1962).

A.B.Babayan va G. P. Sosnin (1967) fikriga qaraganda divertikuldagi yallig'lanish, qorin pardaga tarqalib ikkilamchi o'tkir appendisitni paydo qilishi mumkin.

Operasiyagacha bo'lgan davrda divertikulit tashhisini aniqlash qiyin bo'lib, bu kasallik (divertikul, chuvalchangsimon o'simtaga anatomik jihatdan yaqin joylashganligi sababli) ko'pincha o'tkir appendisit kasalligining klinikasini eslatadi.

Divertikulit o'tkir boshlanib, qorin sohasining hamma qismida og'riq paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi, bemor qusa boshlaydi. Paypaslab ko'rilganda qorin sohasining hamma qismi, kindik o'ng yonbosh sohasi va qorinning pastki qismlarida og'riq seziladi.

Qorin parda yallig'lanishi belgilari ham aniq, bir chegaraga ega emas. Bemorning tomir urishi tezlashadi qonda leykositlar miqdori ko'payadi. Kuzatuvlar shuni kursatadiki 50% bemor kasalxonaga, peritonit, ya'ni qorinparda yallig'lanishi tashxisi bilan yotqiziladi. Divertikulitni o'tkir appendisitdan farqlash qiyin. Bunday hollarda Volkovich—Dyakonov usuli bilan kesma qilinsa, divertikulni ham chuvalchangsimon o'simtani ham olib tashlash mumkin. Agar qorin bo'shligi ochilib chuvalchangsimon o'simtada o'zgarish ko'rinmasa, divertikulitni aniklash uchun yonbosh ichakning terminal qismini ko'zdan kechirish shart. Bunda boshqa turdagi og'ir xatolar va asoratlarning oldini olish mumkin.

Qorin og'rig'i bilan tushgan bemorning kindik sohasida og'riq saqlanib turishi unda divertikul borligini bildiradi.

Divertikulning surunkali yallig'lanishi kamdan-kam uchraydigan hol. Mekkel divertikuli keltirib chiqaradigan ichak tutilishi ikki guruhga bo'linadi: 1) divertikulning ichakka yoki qorin bo'shlig'ining u yoki bu qismiga yopishishi natijasida va 2) divertikulning erkin yotishidagi ichak tutilishi.

## Mekkel divertikulining asoratlari

Birinchi guruhga yopishgan divertikul atrofida ichakning o'ralib qolishi natijasida kelib chikadigan - strangulyasiya; ikkinchi guruhga esa invaginasiya yoki ichakning churrada siqilishi kiradi. Ichak tutilishiga divertikulning tuzilishi ham sabab bo'ladi. Divertikulning asosi keng va o'zi kalta bo'lsa, invaginasiyaga olib keladi, asosi qisqa, o'zi uzun bo'lsa, strangulyasiyaga olib keladi. Ichak tutilishining strangulyasiyaligi turida; kasallik o'tkir boshlanadi, qorinda kuchli o'ktin-o'ktin og'riq, bemorning reflektor qusishi, najas kelmasligi, kasallik boshlanganidan bir necha soat keyin qorin shishi, ichak peristaltikasining kuchayishi kuzatiladi. Invaginasiyada esa bemorning najasida qon paydo buladi. Rentgen belgilar pastki ichak tutilishi belgilariga mos kelib, o'ng yonbosh sohasida tutilish belgilari: invaginat yoki Kloyber kosachalari ko'rinadi. Ba'zi hollarda divertikulit va ichak tutilish belgilari qushaloq keladi. Bunday hollarda ichak tutilishi belgilariga, qorin parda yallig'lanishi belgilari ham qo'shiladi va bemorning ahvoli tezda yomonlasha borib, tana harorati ko'tariladi, qon tahlillari salbiy jihatdan o'zgaradi. Mekkel divertikuli bir yoshdan oshgan bolalarda ko'pincha invaginasiyaga sabab bo'ladi. Peptik yara va ichakdan qon ketishi asoratlarning kelib chiqishida Mekkel divertikuli ichak tutilishidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Yaraning hosil bo'lishiga divertikulning qon bilan yomon ta'minlanishi va bosh arteriya biror bir shoxchasining trombozi ham sabab bo'lishi mumkin. Peptik yaradan qon ketish esa bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq, uchraydi. Qon ketish ko'p miqdorda yoki to'xtab-to'xtab bo'lib, bunda dizenteriyadan farqli o'laroq najas bilan aralashmagan holda chiqadi. Qon ketishi bolaning o'ta sog'lom davriga to'g'ri kelishi mumkin, ba'zan esa oqib chiqayotgan qon ichak shilli qavatini qitqlab og'riq, paydo qilishi mumkin. Qon tekshirib ko'rilganda gemoglobin miqdori kamayib bemorning rangi oqarganligi va taxikardiya aniklanadi. Paypaslab ko'rilganda qorin yumshoq bo'lib, unda yallig'lanish belgilari sezilmaydi. To'g'ri ichakda qon to'planib qoladi. Ichak polipida ham qon ketish kuzatiladi, lekin qon najasdan keyin keladi va aralashmagan bo'ladi. Ichakdan qon ketishi bilan davom etadigan kapillyarotoksikozlarda qorin sohasida kuchli og'rik

bilan birga terida toshmalar yuzaga keladi. Divertikulitda kuzatilganidek, qon ketishi ingichka ichak ektopiyasida ham bo'ladi va u bir-biriga juda o'xshash belgilar bilan kechadi. Bunday hollarda ektopiyani aniqlash maqsadida bolaning ahvoli yaxshi bo'lsa, radioizotop usuli qo'llanadi.

Mekkel divertikulining juda kam uchraydigan patologiyasi Littre churrasi bo'lib, unda divertikulning churra xaltasiga tushib qolish hollari kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'pincha o'ng tomonlama siqilgan chov churrasiga tushib qolishi ham mumkin. Bolalarda bu turdagi asoratli kasalliklar juda kam



19-rasm. Mekkel divertikulining asoratlari.

uchraydi. (19-rasm)

**Davosi.** Mekkell divertikuli kasalligining davosi xirurgik yo'l bilan kesib olib tashlashdir. Ko'p mualliflarning fikricha (E.I.Popp, 1948, A.T.Zemlyanoy, 1959) divertikul aniqlangan zahotiy oq olib tashlanishi kerak. Boshqa mualliflar esa, aksincha qorin sohasida boshqa kasallik bo'lib, divertikul devorida o'zgarish bo'lmasa, uni olib tashlash mutlaqo mumkin emas, deb hisoblaydilar.

Peptik yaradan qon ketishning konservativ yo'l bilan to'xtatishning iloji bo'lmaganda divertikulni olib tashlash kerak.

Kesib tashlash usuli divertikul asosining keng-qisqaligiga qarab tanlanadi, agar asosi keng bo'lsa, ponasimon shaklda kesilib, ichak devoriga ko'ndalang qilib ikki qator chok qo'yiladi. Agar aksincha, divertikulning asosi qisqa bo'lsa, appendektomiyadagi singari kisetli chokka cho'ktirish yo'li bilan divertikulni olib tashlash mumkin. Operatsiyadan keyingi asoratlardan biri, qo'yilgan choklarning so'kilishi hisobiga peritonitning kelib chiqishidir.

### VAZIYATLI MASALALAR.

1. 10 kunlik chakaloqda kindik yarachasi sohasida qizarish va shish paydo bo'ldi. Ko'rik paytida kindik yarachasi tubida fibroz qavat bilan qoplangan yara bo'lib, bosib ko'rganda undan yiring ajralib chiqadi. Sizing diagnozingiz va taktikangiz?
2. Qabulxona bo'limiga 20 kunlik chaqaloq keltirildi. Onasining so'ziga qaraganda bolada kindik yarachasining bitishi susaygan bo'lib, u doim ho'l bo'lib turadi. Ko'rik paytida: umumiy ahvoli qoniqli, kindik yarachasi qizargan, seroz ajralma bor. Sizing diagnozingiz va taktikangiz?
3. Klinikaga 28 kunlik chaqaloq bola keltirildi. Onasining shikoyatlari: bezovtalik, bolaning emmasligi, tana haroratining ko'tarilishi, kindik sohasida qizarish. Ko'rik paytida: kindik chuqurchasida fibrinoz-yiring qoplamali yara bo'lib, kindik atrofidagi teri qizargan va shishgan. Sizing diagnozingiz va taktikangiz?
4. 1,5 oylik chaqaloqda omfalitning nekrotik formasi aniqlandi. Bu holatda sizning taktikangiz?
5. Qabulxona bo'limiga 2 oylik bola keltirildi. Ko'rik paytida kindik tubida och qizg'ish rangli shilliq parda xaltasi ko'rinadi. Markazida esa oqma yo'li bor. Sizing taktikangiz?
6. Chaqaloq bolada kindikning doimiy ho'l bo'lib turishi kuzatiladi. Ko'rik paytida kindik tubida qizil rangli shilliq parda ko'rinib, pinset bilan kengaytirib ko'rilganda oqma yo'li ko'rinib, undan shilliq-yiringli ajralma chiqib turadi. Sizing diagnozingiz va taktikangiz?
7. 3 yoshli bolada kindikning to'liq oqmasi aniqlandi. Sizing taktikangiz?

8. Klinikaga 6 oylik chaqaloq keltirildi. Onasining so'ziga qaraganda bola kindigidan siydik tomchilab ajralib turadi, kuchanganda esa tez oqadi. Sizing diagnosingiz va taktikangiz?

### **O'Z – O'ZINI SINASH UCHUN TESTLAR.**

#### **1. Omfalitning qaysi formasi og'ir kechadi?**

1. oddiy formasi (kataral)
2. flegmanoz formasi
3. nekrotik formasi
4. subfassial formasi
5. epifassial

#### **2. Omfalitning differensial diagnozi o'tkaziladi...?**

1. tug'ma kindik oqmasi bilan
2. qorin oldingi devorining absessi
3. saramas yallig'lanishi
4. uraxusning bitmasligi
5. kindik fungusi

#### **3. Omfalitning qaysi formasi ambulatoriya sharoitida davolanadi:**

1. flegmanoz
2. nekrotik
3. oddiy
4. flegmanoz, oddiy
5. nekrotik, flegmanoz

#### **4. Chaqaloqlar sepsisida ko'p uchraydigan septik uchoq:**

1. yarali-enterokolit asorati
2. chaqaloqlar mastiti
3. uzun naysimon suyaklar ostemiyeliti
4. chaqaloqlar flegmonasi
5. yiringli omfalit

#### **5. Kindikning to'liq oqmasini davolash usuli:**

1. konservativ
2. operativ
3. oldin konservativ, keyin operativ
4. oqma yo'liga kuydiruvchi moddalar yuborish
5. lazeroterapiya

#### **6. Qaysi kasallikda kindikdan ajralma chiqmaydi:**

1. fungus
2. to'liq kindik oqmasi



3. to'liq bulmagan kindik oqmasi
4. Mekkel divertikuli
5. uraxusning bitmasligi

**7. 1,5 yoshli bolada kindikning to'liq oqmasi aniqlandi. Davo usulini aniqlang:**

1. kuzatish
2. lyapis bilan kuydirish
3. operatsiya qilish
4. leykoplastir bilan mustahkamlash
5. krioterapiya

**8. Kindikning to'liq oqmasini aniqlashda qimmatli usullardan biri:**

1. vizual ko'rik
2. fistulografiya
3. laboratorik tahlillar
4. qorin bo'shligining umumiy rentgen tasviri
5. ultratovushli tekshirish

**9. Kindikning to'liq oqmasi qachon operatsiya qilinadi:**

1. tug'ilganidan keyin tezlik bilan
2. diagnostik qo'yilgach tezda
3. asoratlar bo'lganda
4. rejali ravishda 5 yoshdan keyin
5. ota-onaning xohishi bo'yicha

**10. 3 yoshli bolada kindikning to'liq oqmasi aniqlandi. Operativ uslubni tanlang:**

1. laparotomiya, korin bo'shligini taftish qilish, oqmani kesish
2. oqmani kesish, laparotomiya, qorin bo'shligini taftish qilish
3. oqmani oddiy usulda kesish
4. diagnostik laparotomiya
5. laparotomiya vaqtida krioterapiya o'tkazish, qorinni taftish qilish

**11. Kindikdan siydik chiqishining sabablaridan biri:**

1. siydik pufagi ekstrofiyasi
2. uraxusning to'liq oqmasi
3. epispadiya
4. uretra orqa qismining klapani
5. siydik pufagi divertikuli

**12. Qaysi paytlarda to'liq kindik oqmasi paydo bo'ladi:**

1. sariqlik va siydik yo'li to'liq obliteratsiyaga uchraganda

2. sariqlik va siydik yullarini faqat distal qismida obliterasiya sodir bo'lsa
3. sariqlik va siydik yo'llarini faqat proksimal qismida obliterasiya sodir bo'lsa
4. sariqlik va siydik yo'llarida umuman obliterasiya bo'lmasa
5. sariqlik va siydik yo'llarining faqat o'rtta qismida bo'lmasa

**13. Qaysi paytlarda kindikning to'lliqsiz oqmasi paydo bo'ladi:**

1. sariqlik va siydik yo'lining to'lliq obliterasiyasida
2. bu yo'llarning faqat distal qismida obliterasiya bo'lsa
3. bu yo'llarning faqat proksimal qismida obliterasiya bo'lsa
4. bu yo'llar umuman obliterasiyaga uchramaganda
5. bu yo'llarning o'rtta qismi obliterasiyaga uchramaganda

**14. Kindikning to'lliqsiz oqmasida qaysi usulda davolash optimal:**

1. medikamentoz
2. diagnoz qo'yilgach operasiya
3. lazeroterapiya
4. oqma yo'lga kuydiruvchi dori-darmonlar yuborish
5. avval konservativ, foyda bo'lmasa, operativ

**15. Kindik yarasi uzoq vaqt bitmaganda qanday chora ko'riladi:**

1. kindikni zondlash va fistulografiya
2. oshqozon-ichak traktini kontrast usulda tekshirish
3. qorin bo'shlig'ini obzor rentgenografiyasi va UTT
4. qovuqni kontrast usulda tekshirish va fistulografiya
5. kindikni zondlash

**16. 2 yoshli bolada kindik chuqurchasidan ajralma keladi. Qaysi kasallik uchun bu holat xos emas:**

1. fungus
2. siydik yo'lining bitmasligi
3. Mekkel divertikuli
4. sariqlik yo'lining bitmasligi.
5. ichak oqmasi

1- 3, 2-1, 3- 3, 4- 2, 5- 2, 6- 4, 7- 3, 8- 2, 9- 2, 10-2, 11-2, 12-4, 13-2, 14-5, 15-1, 16-4

## ADABIYOTLAR.

- А.И.Лёнюшкин., “Детская колопроктология”. 1990, М.
- Ашкрафт.К.У, Холдер.Т.Н., “Детская хирургия” 1997, в 3-х томах, перевод.
- Баиров.Г.А., “Срочная хирургия детей”. 1997, Санкт-Петербург.
- Баиров.Г.А., “Хирургия пороков развития у детей”. 1988, Л.
- В.Г.Акопян., “Хирургическая гепатология”. 1988, М.
- Исаков Ю. Ф., Разумовский А. Ю. Детская хирургия: учебник/под ред. ЮФ Исакова, АЮ Разумовского; отв. ред. АФ Дронов //М.: ГЭОТАР-Медиа,–2015. – 2015. – С. 1008.
- Исаков.Ю.Ф., “Хирургические болезни детского возраста”., 2004, М.
- Исаков.Ю.Ф. и соавт., “Руководство по торакальной хирургии детей”..1978, М.
- Исакова.Ю.Ф., Разумовского.А.Ю.. Детская хирургия: учебник/ под ред. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1040 с.
- Кудрявцев.В.А., “Детская хирургия в лекциях”. 2000, Архангельск.
- Лопаткин.Н.А., Пугачев.А.Г., “Детская урология”. 1986, М.
- Разин М. П. и др. Детская хирургия: учебник //Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – С. 688.
- Разумовский, А. Ю., Дронов, А. Ф., & Кобзырева, Т. Н. (2016). Детская хирургия. С.670.
- Сулаймонов.А.С, Шамсиев.А.М, М.М.Алиев., “Болалар хирургияси”. 2000, Т.
- Шамсиев.А.М., Атакулов.Д.О, Лёнюшкин.В.И., «Хирургические болезни детского возраста», 2001, Т.
- А. Ж. Хамраев, Д.О. Атакулов "Болалар колоректал хирургияси" 2015-й. Б 383