

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

НИШАНОВ ФОЗИЛЖОН НИШОНОВИЧ, АБДУЛЛАЖАНОВ БАХРОМ
РУСТАМЖАНОВИЧ, ТУРСУНОВ БОТИРЖОН КОДИРОВИЧ, БОЗОРОВ
НУРИТДИН ЭРГАШЕВИЧ

ЖАРРОҲЛИК КАСАЛЛИКЛАРИ

фанидан

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ номли

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Даволаш иши – 5510100
Касб таълими (даволаш иши-5510100) -5111000
таълим йўналишлари учун

Андижон 2020 йил

Муаллифлар:

Ф.Н.Нишанов	т.ф.д., хирургия ва урология кафедраси мудири, профессор
Б.Р.Абдуллажанов	т.ф.д., хирургия ва урология кафедраси доценти
Н.Э.Бозоров	т.ф.н., хирургия ва урология кафедраси доценти
Б.К.Турсунов	т.ф.н., хирургия ва урология кафедраси доценти

Такризчилар:

М.Ш.Хакимов	Тошкент тиббиёт академияси №1 Факультет ва госпитал хирургия кафедраси мудири, профессор
Г.М.Ходжиматов	т.ф.д., профессор, Андижон давлат тиббиёт институти илмий ишлар бўйича проректори.

Ўқув қўлланмада йўгон ичак анатомияси, физиологиясидан бошлаб, ўтқир ичак тутилишини келиб чиқиш сабаблари, синфланиши, диагностикаси, қиёсий диагностикаси, касаллик келиб чиқишини олдини олиш чора-тадбирлари, консерватив ва жарроҳлик йўли билан замонавий даволаш усуллари кенг ёритилган.

ИШЛАТИЛГАН ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ГАК	— гистомоскелишни асосий комплекси
ГИП	— гастрингибирловчи пептид
ИФА	— иммунофермент анализ
КАХ	— кислота-асосли холат
КДС	— катта дуоденал сўргич
КИМ	— кислота-ишқорли муҳит
КТ	— компьютер томографияси
МНС	— марказий нерв системаси
МРТ	— магнитно-резонанс томография
НОЧ	— нафас олиш частотаси
ПОЕ	— полиорган етишмовчилик босқичи
ПЭГ	— полиэтиленгликол
ТГР	— тўғри гемагглютинация реакцияси
УВГГГ	— умумий вариабел гипогаммаглобулинемия
УТТ	— ультратовуш текшируви
ЭАЛ	— эпителийлараро лимфоцитлар
ЭАР	— энзимик антитаналар реакцияси
ЮҚС	— юрак қисқаришлари сони
ЎСВ	— ўпкани сунъий вентилляцияси

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КОЛОРЕКТАЛ ХИРУРГИЯНИНГ ТАШКИЛ ЭТИЛИШИ ВА РИВОЖЛАНИШИ ТАРИХИ

Колоректал хирургия умумий хирургиянинг бир қисми бўлганлиги сабабли тиббиётни бошқа қисмлари билан биргаликда ривожланган. Ўтган асрнинг 30-йилларидан бошлаб дунёнинг ривожланган давлатларида йўғон ичакнинг терапевтик ва хирургик касалликларини ўрганиш авж олган, Россияда бу йўналишни ривожланиши 50-йилларда бошланиб, бу соҳада А.М.Аминов ва А.Н.Рыжихларнинг хиссаси катта бўлган.

Ўзбекистонда колоректал хирургия 1968-йили Э.Ж.Жураев бошчилигида Наманган вилоятида ихтисослашган шифохона очилиши билан бошланган. Кейинчалик З.Низамов томонидан Тошкент шаҳрида 10-шаҳар шифохонаси қошида колоректал хирургик касалликларга ихтисослашган бўлимлар очилган.

Колопроктологияни хирургиянинг бир қисми сифатида ривожланиши т.ф.д., В.Д.Федоровнинг Россия федерацияси колопроктология клиникаси илмий текшириш лабораториясига раҳбарлик қила бошлаган пайтдан янада авж олган. В.Д.Федоровнинг биринчи вазифаларидан бири бу, кадрлар малакасини ошириш бўлган. Шу сабабли 1977-йили академик УА.Арипов хирургия кафедраси ходимлари Э.Э.Назаров ва С.Н.Наврузовлар Москва шаҳрига малака оширишга юборилганлар ва Тошкентга малакали мутахасис бўлиб қайтишган.

1980-йили Ўзбекистон ССР Соғлиқни сақлаш вазирлигини буйруғи остида №1 Республика клиник шифохонаси қошида проктология бўлими очилган ва унга ёш олим С.Н.Наврузов раҳбарлик қилган.

С.Н.Наврузов томонидан сурункали йўғон ичак стази, носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, йўғон ичак дивертикулёзи, Гиршпрунг касалликларида реконструктив-тикловчи абдоминал операциялари амалга оширилган.

Узоқ йиллар ичида йўғон ичак касалликларида илмий изланишлар олиб борилган ва амалиётга тадбиқ қилинган. Бир қатор профессор М.А.Ахмедов, профессор Ф.А.Даутов, т.ф.д. Ш.Б.Тогаев, т.ф.д. Д.А.Сапаев, т.ф.д. А.А.Юсуфбеков, т.ф.д. Б.С.Наврузов, т.ф.д. С.Б. Абдужаппаров каби ёш мутахасислар тайёрланган.

Колоректал хирургияда фаолият юритаётган ходимларнинг малакаси ва илмий потенциали ортиши ҳисобига 1988-йили замонавий диагностика ва даволаш талабларига мос келувчи республика колопроктология марказини очишга қарор қилинди.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг қарори билан ушбу марказга т.ф.д. С.Н.Наврузов директор қилиб тайинланган. Академик В.Д.Федоров шогирди, илмий изланишда катта малакага эга, бошқарувчилик ва ташкилотчилик сифатига эга бўлган С.Н.Наврузов колоректал хирургияни ривожлантириш мақсадида йўғон ичак касалликларини даволашда доимий илмий изланишлар олиб борди.

Шу вақтдан бошлаб 20 та номзодлик, 6 та докторлик диссертациялари химоя қилинган. 2500 дан ортиқ илмий мақола ва тезислар чоп этилди, 20 дан ортиқ методик тавсиялар ишлаб чиқилди.

Ўзбекистон колоректал хирургиясининг ривожланиши, кадрлар тайёргарлик ҳолатининг юқори савиядалиги, йўғон ичак касалликларининг замонавий, эрта диагностикасига ва профессионал даражада даволаш усуллари ривожлантириш ва такомиллаштиришга олиб келди.

Бу йўлда Ўзбекистон колоректал хирургиясини ривожланишига катта ҳисса қўшган профессор У.А.Арипов, профессор В.В.Вохидов, кейинчалик профессор Ш.И.Каримов, профессор Ф.Г.Назировлар яратган хирургия илмий мактаблари алоҳида аҳамиятга эга.

Бу реформалар натижасида Ўзбекистон колопроктология клиник амалиётига ярали колит, Крон касаллиги, сурункали йўғон ичак стази ва амёбิโอзи каби касалликларининг замонавий диагностикаси ва даволаш

усуллари тадбиқ қилинди. Бу йўналишда илмий изланишлар олиб борилди ва бир қатор номзодлик ва докторлик диссертациялари химоя қилинди.

Колопроктологик беморларни текшириш ва даволаш махсус клиникаларда олиб борилиши керак, аммо бундай беморларнинг сони кўплиги, улар орасида касаллик асоратларининг кўпайиб бораётганлиги малакали ёрдам кўрсатишни тақозо қилади. Шунинг учун бу китобни яратишда худди шу масала олдимизга мақсад қилиб қўйилган.

I БОБ. УМУМИЙ САВОЛЛАР

ЙЎҒОН ИЧАКНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ

Умумий характеристика

Йўғон ичак, *intestinum crassum*, ҳазм тракти найининг охириги қисми бўлиб, илеоцекал соҳадан бошланиб, тўғри ичакнинг анал канали билан якунланади. Кўричак ҳам ўзининг ривожланмаган анатомик ва функционал боғланиши туфайли илеоцекал соҳадаги ягона хосила ҳисобланади ва шунинг учун ҳам алоҳида ўрганилади.

Кўричак ва тўғри ичаккача жойлашган бутун йўғон ичак ўзининг характерли конфигурациясини кўрсатувчи қисми бир сўз билан – чамбар ичак, *colon* деб аталади. Чамбар ичак юқорига кўтарилувчи чамбар ичак, *colon ascendens*, кўндаланг чамбар ичак, *colon transversum*, пастга тушувчи чамбар ичак, *colon descendens* ва сигмасимон чамбар ичак, *colon sigmoideum* га ажратилади. Юқорига кўтарилувчи қисмининг кўндаланг қисмга ўтиш, кўндаланг соҳанинг пастга тушувчи соҳага ўтиш соҳаси алоҳида қаралади, унч чамбар ичак эгрилиги - *flexura coli dextra*, ёки жигар эгрилиги - *flexura hepatica* ва чап чамбар ичак эгрилиги - *flexura coli sinistra*, ёки талоқ эгрилиги - *flexura lienalis* деб аталади.

Жарроҳлик амалиётларидаги амалий тажрибалар ҳамда йўғон ичакнинг қон билан таъминланиши ва иннервацияси хусусиятларидан келиб чиқиб, йўғон ичак ўнч ва чап яримларга, ёки ўнч ва чап қанотларга ажратилади. Ўнч ярми илеоцекал бирлашмадан кўндаланг чамбар ичак ярмигача, чап ярми кўндаланг чамбар ичак ярмидан сигмасимон ва тўғри ичаккача соҳани эгаллайди.

Йўғон ичакнинг дистал қисмлари (пастга тушувчи ва айниқса сигмасимон) ахлат массаларини сақлашда асосий ўрин тутади ва бевосита транспорт-эвакуатор функциясини таъминлайди.

Йўғон ичакда жарроҳлик амалиётларини ўтказиш унинг васкуляризацияси ва иннервацияси, ҳамда бемор ёши, жинси, тана тузилиши, олдинги корин деворида ёғ клеткаси ва мушакларнинг ривожланиш даражасига боғлиқ йўғон ичакнинг индивидуал шакллари ва турли қисмларининг жойлашиши ҳақида тўлиқ билимга эга бўлишни талаб қилади.

Йўғон ичак ўзининг физиологик тармоқланишига қараб, бу ичак найининг юқорида ётувчи қисмлари билан умумийликка эга, улар билан бирга ягона ҳазм тизими сифатида фаолият кўрсатади. Йўғон ичакдаги бузилишлар ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, ингичка ичакда рефлектор ўзгаришлар чақиради.

Чамбар ичакнинг анатомик характеристикаси

Йўғон ичак, *intestinum crassum*, ташқи томондан ингичка ичакдан фарқ қилувчи бир қатор характерли хусусиятларга эга.

Йўғон ичак ингичка ичакдан катта диаметрга эгаллиги билан фарқланади, бошланғич қисмларда каттароқ ўлчамга эга, аборал йўналишда аста-секин камаяди. Саесум соҳада йўғон ичак диаметри 7-14 см ни ташкил қилади, пастга тушувчи ва сигмасимон ичак периферик қисмларида 4-6 см, сигмасимон ичакдан тўғри ичакка ўтиш жойида - 2-3 см га тенг. Ўзининг катта диаметри туфайли «йўғон» ичак номини олган.

Йўғон ичак ингичка ичакдан ранги билан фарқланади. Йўғон ичак учун кулранг, ингичка ичак учун эса – пушти, ялтироқлик хос. Йўғон ва ингичка ичак ранг тузилишидаги фарқ аъзо ичи томир тўрининг бир хилда ривожланмаганлиги билан боғлиқ, бу ингичка ичакда яққолроқ кўринади.

Йўғон ичак ингичка ичакдан кўндаланг мушак тутамлари жойлашиши билан ҳам фарқланади, улар ичак деворида ясси қаватни ҳосил қилади, учта мушак тортмалари ёки тасмалар кўринишида, *taeniae libera* жойлашади. *Taeniae coli* чамбар ичак учун характерли белги ҳисобланади.

Чамбар ичак бўйлаб 3 та кўндаланг мушак тортмалари ёки тасмалари мавжуд: эркин - *taenia libera*, тутқич - *taenia mesocolica* ва чарви тасмаси -

taenia omentalis. Чамбар ичак тасмалари бир-биридан тенг масофада жойлашади ва ҳар бири 3-4 мм кенгликка эга.

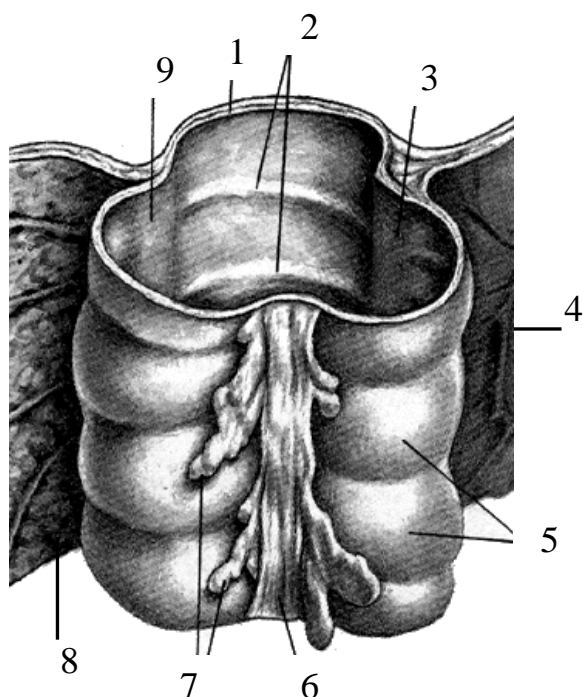
Кўричакда бу учала тасмалар бирлашади, бир-бирига яқинлашиб, чувалчангсимон ўсимта асосида ягона мушак қаватини ҳосил қилади. Ҳар бир тасма йўғон ичак сегментига боғлиқ ҳолда характерли жойлашишга эга. *Taenia libera* кўричакнинг олдинги юзаси ва чамбар ичак бўйлаб жойлашади. *Colon transversum* да эркин тасма ичакнинг орқа юзасига ўтиб кетади. *Colon descendens* да *taenia libera* яна ичакнинг олдинги юзасида бўлади.

Taenia mesocolica colon ascendens ва *colon descendens* орқа-медиал юзаси бўйлаб жойлашади. *Colon transversum* да тутқич тасмаси кўндаланг чамбар ичак тутқичи бириккан чизиғи бўйлаб, юқори қирғоғига ўтиб кетади.

Taenia omentalis юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи чамбар ичакларда орқа-латерал қирғоқлари бўйлаб тарқалади. Кўндаланг чамбар ичакда чарви тасмаси катта чарви бириккан чизиғи бўйлаб ичакнинг олдинги юзасига ўтади.

Йўғон ичак ингичка ичакдан ўзининг юзаси билан ҳам фарқланади. У ташқи томондан нотекис най кўринишида бўлиб, йиғилган бурмалар ва алоҳида ажратилган бўртмалар ҳосил қилади. Йўғон ичак бўртмалари, *haustreae coli*, ҳар бир ичак сатҳида учала кўндаланг тасмалар орасида жойлашади. *Haustreae coli* турли сатҳлари бир-бири билан ичакнинг бўйлама ўқи бўйлаб кўндаланг жойлашган эгатчалар билан ажратилган. Бу эгатчалар ичак бўшлиғидаги бўртмачалар бўлиб, йўғон ичакда ярим ойсимон бўртмалар ҳосил қилади - *plicae semilunares coli* (Расм 1.1.).

Йўғон ичакнинг алоҳида бурмаларга бўлиниши, *haustreae coli*, ичак узунлиги ва бўйлама тасмалар узунлиги орасидаги ўзаро номутаносиблик натижасида, ҳамда ичак деворидаги циркуляр мушак толаларининг нотекис қисқариши натижасида юзага келган. Ўртача 1,8 м йўғон ичакнинг умумий узунлигига 1,2 м бўйлама мушак тасмалари тўғри келади. Бу *colon* узунлиги ва бўйлама мушак тасмалари орасидаги диспропорция *haustreae coli* ҳосил бўлиши билан тушунтирилади.



Расм 1.1. Йўғон ичак. 1 – ичак девори; 2 – *plica semitunares colis*; 3 – *taenia mesocolica*; 4 – *mesacolon*; 5 – *haustreae coli*; 6 – *taenia libera*; 7 – *appendices epiploicae*; 8 – *omentum majus*; 9 – *taenia omentalis*

Меъёрда гаустра қирғоқлари силлиқ, текис, бутун ичак гаустрацияси бир текисда ва симметрик кўринишда бўлади.

Йўғон ичак ингичка ичакдан сероз қаватидаги ўсимталар ёки чарви ўсимталари, *appendices epiploicae* борлиги билан фарқланади. Улар 4-5 см узунликда бўлиб, ўзида кўп ёки кам миқдорда ёғ тутувчи висцерал қорин парда дубликатурасини намоён қилади.

Appendices epiploicae эркин ва чарви тасмалари бўйлаб жойлашади ва ичак қисмига қараб, турли тузилишга эга. Юқорига кўтарилувчи, пастга тушувчи ва сигмасимон ичакда *appendices epiploicae* кўпроқ икки қатор, кўндаланг чамбар ичакда эса бир қатор хосил қилади. Кўричакда улар одатда бўлмайди. Чарви ўсимталари кўндаланг ва сигмасимон чамбар ичакда ўта кучли ривожланган. *Colon* бошланғич қисмларида ёғ ўсимталари горизонтал йўналишда бўлиб, ясси, текис бўлади. Чамбар ичакнинг охири бўйлаб улар узунлашади ва шохланган бўлади. Сигмасимон ичакда улар икки ёки уч тармоқланган бўлади.

Чамбар ичак узунлиги одамнинг индивидуал ҳолати ва ёшига боғлиқ. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, йўғон ичак узунлиги кўричак-

дан то сигмасимон-тўғри ичаккача 150 дан 200 см, 100 дан 150 см, 100 дан 200 см, 126 дан 192 см ва х.к. тўғри келади.

Йўғон ичакнинг турли қисмлари узунлигида фарқлар мавжуд. Демак, кўричак узунлиги тахминан 3 дан 8-10 см; юқорига кўтарилувчи чамбар ичак узунлиги - 12-20 дан 22-25 см; кўндаланг чамбар ичак узунлиги - 25-30 дан 50-62 см; пастга тушувчи чамбар ичак узунлиги - 10 дан 23-30 см ва сигмасимон ичак узунлиги - 15 дан 67 см га тўғри келади.

Кўп ҳолатларда йўғон ичак узунлиги, тўғри ичакдан ташқари, ўртача 150см ҳисоблайдилар, ундан *caecum* га 7 см, *colon ascendens* - 20 см, *colon transversum* - 50 см, *colon descendens* - 23 см ва *colon sigmoideum* - 54 см тўғри келади. Йўғон ичак катта ўлчамларни ташкил қилган ҳолатлари кўндаланг ва сигмасимон чамбар ичакнинг одатий бўлмаган катта узунлиги билан тушунтирилади. Чамбар ичакнинг қолган қисмлари доимий ўз ўлчамларида бўлади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак чақалоқларда ва 4 ёшгача болаларда пастга тушувчи чамбар ичакка нисбатан қисқароқ бўлади. 4 ёшдан юқорига кўтарилувчи чамбар ичак, узунлиги бўйича пастга тушувчи чамбар ичакка тенглашади ва боланинг 7 ёшидан сўнг катта организми учун хос бўлган- юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи чамбар ичак узунлиги ўзаро тенг бўлади.

Кўндаланг чамбар ичак 1 ёшгача болаларда 26-28 см, 10 ёшда ўртача 35 см га тўғри келади. Ҳомиладорлик даврида кўндаланг чамбар ичак танага нисбатан тез ўсади, сўнгра 4 ёшга келганда, тана билан тенг ўсади, 4 ёшдан сўнг эса танага нисбатан қисқа бўлади.

Пастга тушувчи чамбар ичак чақалоқларда юқорига кўтарилувчи чамбар ичакка нисбатан узунроқ бўлади. Бола ҳаётининг биринчи йили давомида пастга тушувчи чамбар ичак икки баробар катталашади (ўртача 5 дан 10 см гача); 1 дан 5 ёшгача – $1/3$ (ўртача 10 дан 13 см); 5 дан 10 ёшгача – $1/4$ (13 дан 16 см). 10 ёшдан сўнг пастга тушувчи чамбар ичак узунлиги 18-20 см ни ташкил қилади.

Сигмасимон чамбар ичак чақалоқларда нисбатан узунроқ ва юқори харакатчанликка эга бўлади. Бола хаётининг биринчи йили сигмасимон ичак ўртача 20 дан 26-28 см, 1 дан 5 ёшгача - 28 дан 30 см, 5 дан 10 ёшгача - 30 дан 37 см ни ташкил қилади (Ф.И.Валкер). А.Ю.Созон-Ярошевич сигмасимон ичакни 50 та ўликда ўлчаб, қуйидаги маълумотларни олди: 10 ёшгача болаларда ўртача 31-55 см; 11 дан 20 ёшгача 36 см; 21 дан 30 ёшгача - 47,75 см; 31 дан 40 ёшгача - 51,66 см; 40 ва ундан юқори ёшда - 57,27 см га тенг.

Чамбар ичак шакли одамнинг тана тузилиши, ёши ва жинсига боғлиқ холда индивидуал фарқларни хосил қилади. Чамбар ичак шакли ичак фиксацияси, туткич ўлчами ва унинг илдизи йўналишига боғлиқ.

Кўндаланг чамбар ичак шакллари П.А.Куприянов томонидан қуйидаги гуруҳларга ажратилди.

Такасимон шакл, ҳеч қандай эгриликларсиз, юқорига, диафрагмага бўртиб турган равоқли. *Colon transversum* бундай шаклида жигар ва талоқ эгрилиги ривожланмаган. Равоқни хосил қилувчи юқорига кўтарилувчи чамбар ичак кўндаланг чамбар ичакка ўтади, ўз навбатида пастга тушувчи чамбар ичакка ўтиб кетади. *Colon transversum* бундай шакли болалар учун тегишлидир.

Кўндаланг шакл ичак пастдан текисда осилиб туради. Бу шакли деярли бир хилдаги бурчаклар, жигар ва талоқ эгриликларини хосил қилиш билан характерланади. Кўп учрайди.

U-симон шакли, жигар ва талоқ эгрилиги ўткир бўлади (45° ва ундан кичик). *Colon transversum* букилиш соҳасида гумбази билан симфизга қарган бурчак хосил қилади. Шунинг ҳисобига кўндаланг чамбар ичак икки эгрилик – пастга тушувчи, *flexura coli dextra* дан бурчак гумбазигача ва юқорига кўтарилувчи – гумбаздан *flexura coli sinistra* гача хосил қилади. Бундай шакл иккинчи ўринда туради. Баъзан ичакнинг осилиши кучли намоён бўлади, *colon transversum* учта букилма хосил қилади ва М-симон шакли олади.

Қийшиқ шақли, бунда *flexura hepatica* даги ўнг эгрилик тўмтоқ бурчак, *flexura lienalis* даги чап эгрилик эса ўткир бурчак хосил қилади. Бунда ўнг томондаги қийшиқлик пастда туриши билан фарқ қилади ва *colon transversum* ўнг ёнбош чуқурлигидан чап қовурғалараро сатҳга кўтарилади. Бундай шакл жуда кам учрайди. П.А.Куприянов томонидан *colon transversum* шакли қорин шакли ва кўкрак қафасининг пастки апертурасига қараб бўлишини аниқланган. Кенг *appert. thoracis inferior* га эга одамларда кўндаланг чамбар ичак шакли пастга осилишга нисбатан горизонтал ҳолатда бўлиб, гирляндлар кўринишида бўлади. Бундай шакл кўпроқ эркакларда кузатилади. Топ *appert. thoracis inferior angulus costalis* ва *symphysis pubica* орасидаги кенг масофада кўндаланг чамбар ичак V-симон шаклда бўлиб, пастга қараган буртма хосил қилади. Бу кўпроқ аёлларда учрайди. Осилиб турган *colon transversum* икки ва уч эгриликлари билан ичакдаги массасини димланиши ва ичак оғриқли ҳолатининг ривожланиши учун шароит яратади. Шу билан боғлиқ ҳолда, *colon transversum* катта ёшли аёлларда бундай жойлашуви кўп учрайди.

Кўндаланг чамбар ичак шакли ҳар қандай аниқ ҳолатларда жигар ва талоқ эгриликлари шаклланиши хусусияти билан боғлиқ.

Кўп ҳолатларда жигар эгрилиги ўзида пастга ва ички томонга қараган тўмтоқ бурчак намоён қилади. Талоқ эгрилиги эса ўткир бурчак хосил қилади. Бундай муносабат қориннинг овал ва ноксимон шакли учун тегишли бўлиб, юқорига қараганда кенг охирга эга бўлади. Ноксимон қориндаги кенг охирга эга кўндаланг чамбар ичак иккала эгрилиги ўткир бурчак хосил қилади.

Сигмасимон чамбар ичак шакли ҳам турлича. А.Ю.Созон-Ярошевич сигмасимон чамбар ичакнинг 4 та асосий шакллари аниқлади.

Биринчи шаклда сигмасимон ичак қисқа, кам букилган най кўринишида бўлиб, вертикал йўналишда ётади. Бундай ичак 3-4 ойлик эмбрион учун хос. А.Ю.Созон-Ярошевич фикрича, бундай ичак шакли катталарда эрта эмбрионал босқичда ичак ривожланишининг орқада қолиши деб қаралади.

Иккинчи шаклида сигмасимон чамбар ичак умуртқа поғонасидан чапда ётувчи қовузлоқ хосил қилади. Қовузлоқ гумбази юқорига қараган бўлиб, баъзан талоқнинг пастки сатҳигача етиб боради. Сигмасимон ичакнинг бундай шакли ривожланишнинг бузилиши билан намоён бўлади ва *colon sigmoideum* шакли она корнида ривожланишининг 6-7 ойларига тўғри келади.

Учинчи шаклида сигмасимон ичак қорин бўшлиғининг ўнг ярмига ўтиб кетувчи кенг қовузлоқ шаклида бўлиб, баъзан жигаргача етиб боради.

Тўртинчи шакли colon sigmoideum, кўп учрайди, сигмасимон ичак қовузлоғи узунроқ бўлади, кичик чанокдан ташқарига чиқмайди ва вертикал, горизонтал йўналишдаги эгриликлар хосил қилади.

Чамбар ичак шаклига қўшни аъзолар, уларнинг тўлиши таъсир кўрсатади. Масалан, ошқозон тўлганда, ошқозон ичак билан бирга пастга тушади. Ингичка ичак газ билан тўлганда эса *colon transversum* юқорига кўтарилади ва юқорига қараган равоқ хосил қилиши мумкин. Бундай ҳолатлар яна қорин парда бўшлиғининг суюқлик билан тўлиши натижасида ҳам кузатилади. Кичик чанок аъзоларининг катталашishi (ҳомиладорлик вақтида бачадоннинг катталашishi, бачадон ўсмалари ва х.к.) кўндаланг ва сигмасимон чамбар ичак ўрнининг ўзгариши ва шаклининг ўзгаришига олиб келади. Катталашган талоқ эгрилигининг ўзгариши ва кўндаланг чамбар ичак шаклини ўзгаришига таъсир қилади. Жигар эгрилигининг осилиб қолиши жигар катталашishi билан юзага келади.

Нихоят, чамбар ичак шаклининг ўзгариши йўғон ичак осилиб қолиши билан юзага келади, бунда қорин бўшлиғи бошқа аъзолари билан бирга келиши кузатилади: ошқозон, ўн икки бармоқли ичак, буйраклар ва х.к. Чамбар ичакнинг ўзига хос шаклини йўғон ичак эмбрионегези жараёни бузилиши билан боғлиқ турли аномалиялар хосил қилади.

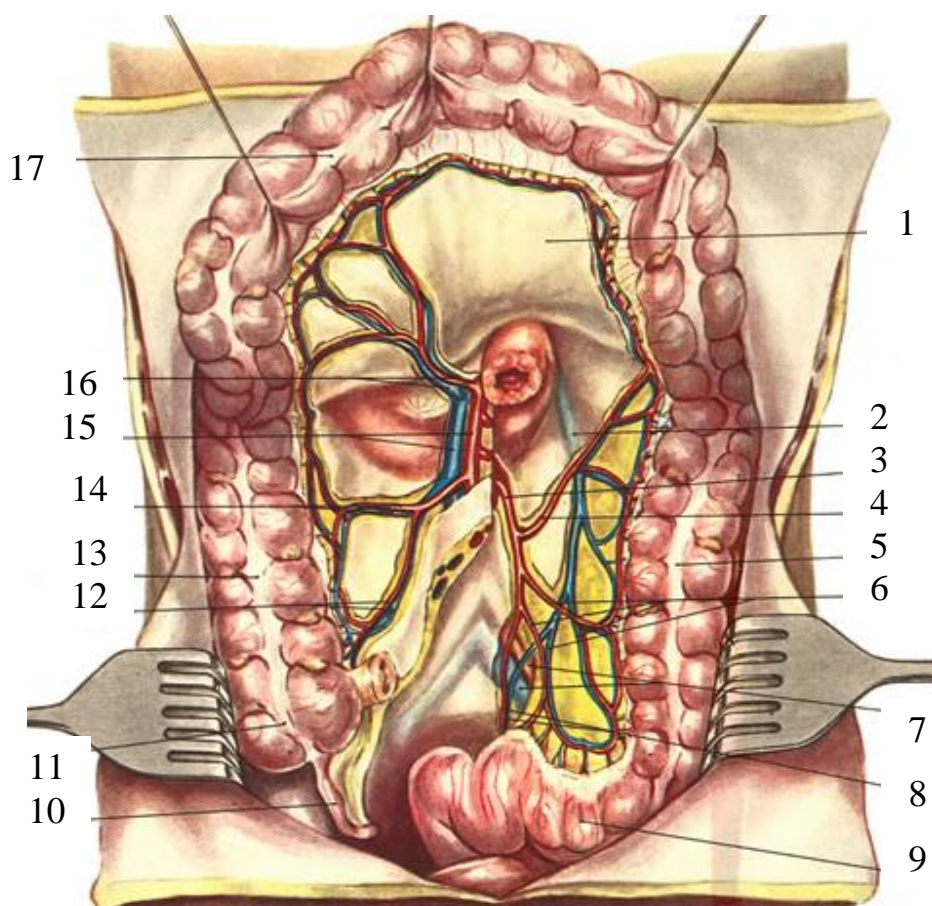
Чамбар ичак артериялари

Чамбар ичак иккита томирли магистраллардан – юқори тутқич артерияси, *a. mesenterica superior* ва пастки тутқич артерияси *a. mesenterica inferior*, артериал шохларини олади. (Расм 1.2.).

Юқори тутқич артерияси чамбар ичакка ёнбош-чамбар ичак артериясини, *a. ileocolica*, ўнг чамбар ичак артериясини, *a. colica dextra* ва ўрта чамбар ичак артериясини, *a. colica media* тармоқларини беради.

Пастки тутқич артерияси чамбар ичакка чап чамбар ичак артерияси, *a. colica sinistra* ва сигмасимон артериялар, *aa. Sigmoidae* тармоқларини беради. Пастки тутқич артерияси охириги шохи юқори тўғри ичак артерияси *a. rectalis superior* ёки *a. haemorrhoidalis superior* (ВНА) бўлиб, сигмасимон артерия билан анастомоз ҳосил қилади ва тўғри ичак ампуляр қисмини қон билан таъминлайди.

Юқори ва пастки тутқич артериялари орасидаги йирик анастомоз Риолан равоғи бўлиб, ўрта чамбар ичакнинг чап шохи (*a. mesenterica superior* дан) ва чап чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи шохидан (*a. mesenterica inferior* дан) ҳосил бўлади.



Расм 1.2. Йўғон ичакнинг қон билан таъминланиши. 1 - *mesocolon transversum*; 2 - *v. mesenterica inferior*; 3 - *a. mesenterica inferior*; 4 - *a. colica sinistra*; 5 - *colon descendens*; 6 - *aa. et vv. sigmoideae*; 7 - *a. et v. iliaca communis*; 8 - *a. et v. rectalis superior*; 9 - *colon sigmoideum*; 10 - *appendix vermiformis*; 11 - *caecum*; 12 - *a. et v. ileocolica*; 13 - *colon ascendens*; 14 - *a. et v. colica dextra*; 15 - *a. et v. mesenterica sup.*; 16 - *a. et v. colica media*; 17 - *colon transversum*.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак артериялари *a.colica dextra*, *a. ileocolica* ва *a. colica media* дан чиқувчи шохлар ҳисобланади.

A. colica dextra вариабел ва доимий эмас. У мустақил ҳолда юқори тутқич артериясидан ажралиши ёки *a. ileocolica* нинг шохи бўлиши ёхуд *a. colica media* дан чиқиши мумкин.

A. colica dextra мустақил ҳолда артериал ўзан бўлмаганда, юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг қон билан таъминланиши *a. colica media* ва *a. ileocolica* шохлари орасидаги анастомозлар ҳисобига амалга оширилади.

Агар ўнг чамбар ичак ўзани яхши ривожланган бўлса, у кўпроқ юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг ўрта ёки пастки қисмига йўналади, ичаккача 4-6 см етиб бормай, юқорига кўтарилувчи ва пастки тушувчи шохларга бўлинади. Улардан биринчиси *a. colica media* пастки тушувчи шохи билан, иккинчиси *a. ileocolica* юқорига кўтарилувчи шохи билан бирлашади. *A. colica dextra colon ascendens* йўналиши бўйлаб, париетал корин парда орқасига ёки юқорига кўтарилувчи чамбар ичак тутқичига ўтади.

Ўнг чамбар ичак артерияси узунлиги 3,2 дан 9 см, диаметри - 1,19 дан 3 мм га тенг. *A. colica dextra* юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг 2/3 қисми ва ўнг томондан кўндаланг чамбар ичакнинг унча катта бўлмаган қисмини қон билан таъминлайди.

A. ileocolica ўзининг доимий чамбар ичак шохлари билан бирга *r. ascendens a. ileocolicae* юқорига кўтарилувчи чамбар ичакни қон билан таъминлашда иштирок этади. Кўп ҳолатларда юқорига кўтарилувчи чамбар ичакка *a. ileocolica* дан бир эмас, балки 4 тагача кўшимча чамбар ичак шохлари

кўшилади. Улар ичакка бирин-кетин кўшилади, одатда асосий шохдан пастрокда жойлашади.

A. colica media юқорига ўзининг ўнг ёки *a. colica dextra* нинг юқорига кўтарилувчи шохи билан анастомоз ҳосил қилувчи ва паства тушувчи шохлари билан кўтарилувчи чамбар ичакни қон билан таъминлашда иштирок этади. А.Л.Лепехин маълумотига кўра, 34% *a. colica media* ва *a. colica dextra* орасида анастомоз бўлмайди. Бундай ҳолат қизилўнгач пластикаси учун йўғон ичакнинг ўнг ярмидан трансплантат ҳосил қилишда муҳим аҳамиятга эга. *A. colica media* ва *a. colica dextra* орасида анастомознинг бўлмаслиги баъзан трансплантатнинг некрозини келтириб чиқариши мумкин.

Кўндаланг чамбар ичак артериялари ўрта чамбар ичак бошланғич қисмидан, чап чамбар ичак артерияси, баъзан кўшимча ўрта чамбар ичак артериясидан тармоқ олади.

A.colica media бевосита ошқозон безининг пастки қирғоғи сатҳида юқори тутқич артериясидан ажралади. Жуда кам ҳолатларда, ўрта чамбар ичак артерияси ҳосил бўлишида талоқ артерияси, ёнбош-чамбар ёки пастки ошқозон ости-ўн икки бармоқли ичак артериялари иштирок этади. *A.colica media* баъзан ошқозон ости беи орқали ўтиб, ундан *mesocolon* га етиб боради.

A.colica media кўндаланг чамбар ичакнинг турли соҳаларига йўналишлар бериши мумкин. Кўп ҳолатларда, *a.colica media* кўндаланг чамбар ичакнинг ўнг 1/3 қисми ўрта қисмига ўтган жойига йўналади. *A.colica media* нисбатан камроқ жигар бурчагига йўналади ва жуда кам – кўндаланг чамбар ичакнинг ўрта 1/3 қисмига тарқалади. *A.colica media* узунлиги - 0,5 дан 12 см, диаметри 2,5-3,0 мм га тенг.

А.А.Травин ўрта чамбар ичак артерияси тузилишида 3 та асосий вариантни ажратди. Биринчисида, 55,5% ҳолатларда *a. colica media* ягона ўзан бўлиб, кейин 2-3 шохларга тармоқланади. Иккинчи вариантида, 35,7% ҳолатларда, бир-бирига параллел кетувчи 2 та ўрта чамбар ичак артериялари бўлади. Учинчи вариантида, 8,8% ҳолатларда, бир қанча (3-4) ўрта чамбар ичак

артериялари фарқланади. Баъзан *a. colica media* кузатилмаганда, чап эгрилик *a. colica sinistra* ҳисобига қон билан таъминланади.

A. colica media 3 та иккиламчи шохларга бўлинади: магистрал, тармоқланган ва аралаш. А.А.Бабаев (1964) 100 та ўрганилган препаратлар орқали 48 ҳолатда магистрал шаклини, 14- тармоқланган ва 38- аралаш вариантни кузатган. Магистрал вариантыда артериянинг асосий ўзани катта узунликка эгаллиги кузатилган, катта ёшли ўликларда 9-10см ни ташкил қилган. Ичакдан 5-7 см масофада *a. colica media* иккита шохга ажралган – ўнг, ёки пастга тушувчи ва чап, ёки юқорига кўтарилувчи. Ўнг шохи *a. colica dextra* билан, у бўлмаганда эса *a. ileocolica* билан анастомоз ҳосил қилган.

Чап шохи пастки тутқич артериясидан тармоқ олувчи *a.colica sinistra* нинг юқорига кўтарилувчи шохи билан анастомоз ҳосил қилган, у билан Риолан равоғини ҳосил қилган (*arcus Riolani*). Тармоқланган вариантыда қисқа ўзанли *a.colica media* (узунлиги 1,0-1,5 см) ўнг ва чапга тўғри бурчак ҳосил қилиб, дарахтсимон тармоқланади, иккиламчи шохлар яна бўлиниб, бутун тутқич майдони бўйлаб йўналади. Ўрта чамбар ичак артерияси диаметри яққолроқ ажралиб турган. Агар магистрал шакли ўртача 2 мм га тенг бўлмаганда, тармоқланган тури 4 мм га ётган бўлади. *A. colica media* шохланишининг аралаш турида магистрал шаклига нисбатан асосий ўзандан чиқувчи шохлар сони кўп бўлган (одатда 3-4 шохлар), аммо улар ҳам тармоқланган шакли каби бутун тутқич майдони бўйлаб тармоқланиб, тутқичнинг ўнг ярмига шохланган. *A. colica media* шохланиши тутқич ўлчамига боғлиқ бўлмаган.

Ўрта чамбар артериясининг магистрал шаклида шохланиш кўпроқ учрайди, бунда *a.colica media* нинг ўрта шохи *a. colica dextra* нинг юқорига кўтарилувчи шохи билан, *a. colica media* нинг чап шохи эса (ҳар доим ҳам эмас) *a. colica sinistra* нинг юқорига кўтарилувчи шохи билан анастомоз ҳосил қилади.

Шундай қилиб, кўндаланг чамбар ичакнинг қон билан таъминланишида ўрта чамбар ичак артерияси билан бирга чап чамбар ичак артериясининг юқорига кўтарилувчи шохи ҳам иштирок этади.

A. colica media colon transversum ни қон билан таъминловчи доимий томир ҳисобланади. И.Л.Иоффе кузатувларида, битта препаратда бирданига *a. colica media* ва ўнг чамбар ичак артерияси ҳам кузатилмаган (1,4%). Ўрта чамбар ичак артерияси бўлмаганда, кўндаланг чамбар ичакнинг қон билан таъминланишида пастки тутқич артерияси тизимидан *a. colica sinistra* ёки *a. colica sinistra* ва *a. colica dextra* дан чиқувчи шохлар ҳисобига амалга оширилади.

Пастка тушувчи чамбар ичак артериялари чап чамбар ичак артерияси, ҳамда биринчи сигмасимон ичак артериясининг юқорига кўтарилувчи шохидан тармоқ олади.

A. colica sinistra пастки тутқич артерияси шохи бўлиб, ундан 2,5-3 см наридан бошланади. Кам ҳолатларда чап чамбар ичак артерияси биринчи сигмасимон ичак артериясининг умумий қисқа ўзанидан чиқади. Чап чамбар ичак артерияси одатда талоқ бурчагига (57,4%), камроқ (34,7%) *colon transversum* нинг чап 1/3 қисмига ва 7,8% ҳолатларда пастки тушувчи чамбар ичакка йўналади. *A. colica sinistra* қорин парда ортида *sinus mesentericus sinister* да чап сийдик йўлидан олдинда жойлашади.

Аксарият ҳолатларда *a. colica sinistra* яққол кўринувчи ягона ўзак, баъзан *a. mezenterica superior* ни иккита алоҳида тармоғи ҳолатида намоён бўлади. Чап чамбар ичак артерияси узунлиги 5,5 дан 17,8 см, калибри - 2 дан 3 мм ни ташкил қилади. Талоқ бурчагида, ёки кам ҳолатларда пастга тушувчи чамбар ичакда *a. colica sinistra* икки шохга бўлинади: юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи. Юқорига кўтарилувчи шохи, *r. ascendens*, ўрта чамбар ичак артериясининг чап шохи билан (ҳар доим эмас) Риолан равогини ҳосил қилиб, анастомоз ҳосил қилади. Чап чамбар ичак артериясининг пастга тушувчи шохи сигмасимон артерия билан анастомоз ҳосил қилади.

Шундай қилиб, *a. colica sinistra* ўзининг юқорига кўтарилувчи шохи билан кўндаланг чамбар ичакнинг чап қисми ва талоқ эгрилигини, чап чамбар ичак артериясининг пастга тушувчи шохи ва сигмасимон артерия билан анастомози эса пастга тушувчи чамбар ичакни қон билан таъминлайди.

Сигмасимон ичак артериялари пастки тутқич артерияларидан чиқади ва ўз номи билан аталади («сигмасимон ичак артериялари»). Улар ўзлари билан, чап чамбар ичак артерияси ҳамда юқори тўғри ичак артерияси билан анастомоз хосил қилади.

Сигмасимон артериялари дастлаб қорин парда ортида, сўнгра тутқич варақлари орасида жойлашади. Сигмасимон ичак артериялари сони 1 дан 6 тагача, кўпроқ 2-3-4 та бўлиши мумкин (88,8% П. И. Дидковский бўйича). Биринчи сигмасимон артерия кучлироқ ҳисобланади, чунки у сигмасимон ичакнинг бошланиш қисмига йўналади ва алоҳида ўзан сифатида пастки тутқич артерияси ёки чап чамбар ичак артериясидан ажралиши мумкин. Агар чап чамбар ичак артериясининг ягона ўзани сифатида ажралиб чиқса, *a. sigmoidea* ўзининг тармоқланиш характериға кўра, *a. colica sinistra* нинг шохи ҳисобланади.

Юқориги тўғри ичак артерияси пастки сигмасимон артериялар анастомозлари билан боғланган ва сигмасимон чамбар ичакнинг периферик қисмини қон билан таъминлашда иштирок этади.

Сигмасимон ичак артерияларнинг сони ва тармоқланиш шакллари Hollinshead да кўрсатилган.

Йўғон ичакнинг васкуляризациясининг характерли хусусияти - *colon* ни қон билан таъминловчи ҳар бир артериал ўзанларнинг қўшни чамбар ичак артериялари анастомозлари билан боғланганлиги ва улар билан *параллел, ёки қирғоқли томир* хосил қилиб, ичакнинг тутқичли қирғоғигача боришидир. «Параллел томир» ичакнинг тутқичли қирғоғигача жойлашган ва бир-бирига параллел ётувчи анастомозларнинг узлуксиз занжиридан иборат (биринчи қаторнинг томирли равоғи). «Параллел томир» (синонимлари - «девор ёни томири», «маргинал томир», «қирғоқли томир») чамбар ичакни қон билан

таъминлашда асосий тармоқланувчи томирли магистрал ҳисобланади. Параллел томир функцияси, унинг шаклланиш характери ҳар аниқ ҳолатда чамбар ичакнинг турли қисмларини қон билан таъминлаш хусусияти билан белгиланади. Параллел томир юзасининг ичакка қараган бўртиши ичак деворига тармоқланади - «тўғри томирлар» ҳосил қилади, улар йўғон ичакни қон билан таъминлашда иштирок этади. Параллел томир билан бирга вена ҳам бўлиб, ўша соҳада тутқич тутамларидан чиқувчи нерв толалари равоғи ҳосил бўлади, лимфа томирларининг биринчи гуруҳи ҳам жойлашади. Буларнинг барчасини ичак найининг чин дарвозалари (гилюс) деб аталади.

Параллел томир алоҳида тармоқлардан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири томирли аркаданинг I тартибини ҳосил қилади. Қўшни чамбар ичак артериялари билан анастомоз ҳосил қилишдан шаклланган бу томирли аркадалар йўғон ичак томирлари архитектурасининг асосий элементи ҳисобланади.

Йўғон ичак томирларининг тармоқланиш шакллари ўзгарувчан. Бу йўғон ичакни таъминловчи асосий артериал ўзан – тутқич томирлари ва уларнинг алоҳида шохлари – чамбар ичак артерияларига ҳам таълуқли.

Шуни назарда тутиш керакки, сигмасимон ичакнинг охириги томирли аркадаси (*a. sigmoidea ima*) юқори тўғри ичак артерияси анастомози билан боғланган. *A. sigmoidea ima a. rectalis superior* га қуйиладиган жой «критик нуқта» деб аталади. «Критик нуқта» дан юқорироқда юқориги тўғри ичак артериясини боғлашда тўғри ичак зарарланмайди, тўғри ичакка қон келиши *a. sigmoidea ima* га унинг *a. rectalis superior* анастомози билан сақланади. «Критик нуқта»дан қуйироқда юқориги тўғри ичак артериясини боғлаш бу анастомозни самарасиз қилиб қўяди, чунки тўғри ичакка қон келиши бузилади.

Кўричак ва сигмасимон ичакларда қон айланиши учун қулай шароит яратилади, ўртача юқорига кўтарилувчи ва кўндаланг чамбар ичак сегментларида, энг ёмон шароит пастга тушувчи чамбар ичак ва талоқ эгрилигида мавжуд.

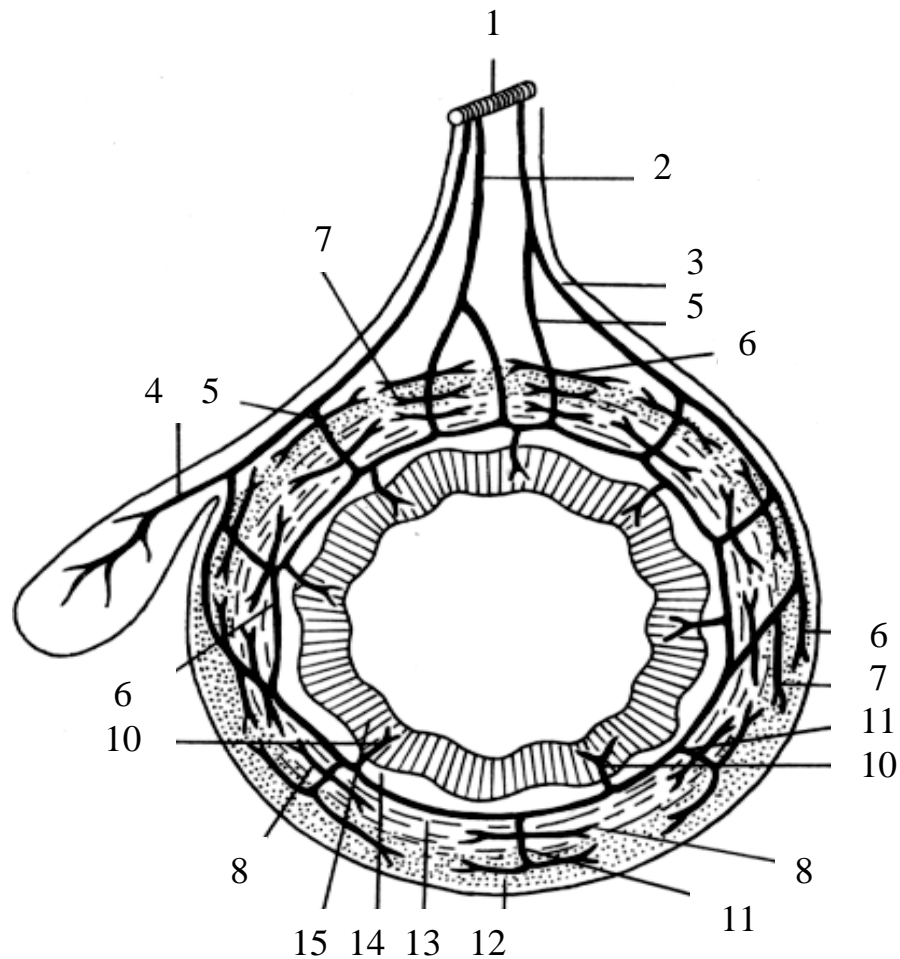
Жигар ва талоқ эгриликлари аркаданинг ўрта қисмлари бўлиб, шунинг учун бу соҳалар қон билан таъминлашда бошқаларига нисбатан ёмон шароит ҳисобланади. Шунинг учун резекция ёки ичакни пастга тушириш билан боғлиқ пластик ташрихларга ўнг ёки чап эгрилик эмас, балки *colon transversum* нинг ўрта қисмлари рационал танланади.

Йўғон ичакнинг аъзо ичи артериялари ингичка ичак аъзо ичи артерияларидан фарқ қилувчи бир қатор махсус хусусиятларга эга. Бу фарқлар параллел томирдан чиқувчи олдинги ва орқа тўғри артерияларнинг шохланиши характери ва ичак деворига тутқич қирғоғи бўйлаб кириши билан тушунтирилади. Йўғон ичак деворида ҳар бир тўғри артерия ўткир бурчак ҳосил қилиб, иккиламчи тармоқлар чиқаради ва қўшни тўғри артериялари билан кам тўрли анастомоз ҳосил қилади. Йўғон ичак деворида тўғри артерияларнинг томирли тармоқланиш чегараси қисқа асосли учбурчак шаклида бўлиб, гумбазли ва ўткир бурчакли бўлиши билан характерланади. Йўғон ичак деворида тўғри артерияларнинг шохланиши ичак деворини кўндаланг кесганда, девор ичи томирларига нисбатан асосийси кам травматик ҳисобланади

Тўғри артериялар қисқа ва узун артерияларга бўлинади. Қисқа тўғри артериялар шиллиқ остига кириб, тутқичли бўйлама тасма бўйлаб утади. Узун тўғри артериялар шиллиқ остига киришдан олдин, ичакнинг сероз ости қаватидан эркин ёки чарви тасмаларга ўтади. Сероз ости қавати текширилганда, узун тўғри артериялардан ёғли қолдиқларга 1-3 шохлар чиқаради ва 3-4 шохлар (уларга интестинал шохлар) чиқиб, тўғри артерияларнинг асосий ўзанлари билан бирга мушак қаватига кириб, шиллиқ ости тутамини ҳосил қилади (Расм 1.3).

Тўғри артериялар ва интестинал шохлар мушак қаватига киришдан олдин, ўзидан 2-4 мушак-сероз ости ва 1-2 мушаклараро шохлар беради. Уларнинг мушак қаватига кирганидан сўнг, юмалоқ мушак қавати ички юзасида жойлашувчи хусусий мушак шохларини беради. Асосий қисқа ва узун тўғри артериялар ва уларнинг асосан интестинал шохлари ичакнинг шиллиқ ости қаватига кириб, у ерда кучли томирли тутам ҳосил қилади.

Шиллик остида жойлашган томирли тутамдан икки йўналишда: ички – шиллик қаватга ва ташқи – мушак ҳамда сероз қаватларга шоҳлар чиқади. Мушак ва сероз қаватларга чиқувчи шиллик ости тутам шоҳлари қайтувчи артериялар номини олган.



Расм 1.4. Йўғон ичак деворида томирларнинг тармоқланиши умумий схемаси. 1 – параллел томир; 2,3 – қисқа ва узун тўғри артериялар; 4 – ёғли қолдиққа шоҳланиши; 5 – интестинал шоҳлар; 6 – мушак-сероз ости шоҳлар; 7 – мушаклараро шоҳлар; 8 – хусусий мушак шоҳлари; 9 – шиллик ости тутам; 10 – шиллик қаватга шоҳланиши; 11 – қайтувчи артериялар; 12 тпр – ташқи мушак қавати; 13 тпрі – ички мушак қавати; 14 ст – шиллик ости асоси; 15 тт – шиллик қават.

Кўричак ва юқорига кўтарилувчи чамбар ичакда I, II ва III қаторли шоҳларидан базал тўр шаклланган, улар кенг тармоқланиш бассейнига эгалиги ва бир-бирига қаттиқ ўралиши билан характерланади. Бошқа томондан олиб қараганда, сигмасимон ичакда базал артериал тўр I-II қаторли шоҳлардан хосил бўлган, артериолалар қисқа тармоқланиш бассейнига эга ва бир-бирига

деярли ўралмайди, шунинг учун томирли тўр бир қатор бўлиб кўринади. Кўндаланг ва пастга тушувчи чамбар ичакларда базал тўр чамбар ичакнинг бошланғич қисмларида *colon ascendens* ва якунида *colon sigmoideum* каби ўтувчан манзара ҳисобланади.

Ичак деворининг барча қаватларида томирли тутамлар бир-бири билан узвий боғлиқ ва ягона томирли тўр ҳосил қилади.

Девор ичи томирлари ривожланишида ёшнинг аҳамияти катта. Болаларда катталарга нибатан, ичакнинг интраорган томирлар тармоқланишнинг тор соҳасини ҳосил қилади. 2 дан 17 ёшгача одамда ичак девори бой томирли тўрга эга бўлади.

Чамбар ичак веналари

Йўғон ичак веналари юқориги ва пастки тутқич веналари тизимига киради. Ичак деворига кирувчи ҳар бир артериал ўзан ва улардан чиқувчи шохлар бир номдаги веналар билан бирга кечади. Жуда кам ҳолатларда айрим веноз ўзанлар ўз номидаги артериялардан ажралган бўлиши мумкин.

Йўғон ичакнинг веноз тизимининг тузилиши хусусияти – веноз ўзанларни боғлашда катта аҳамиятга эга. Тўрсимон шаклдаги тармоқланишда бир қанча веноз ўзанлари қон айланишдан маҳрум қилинса, йўғон ичакда веноз қон оқими бузилмайди. Ажратилган шаклида веноз томирларни боғлаш йўғон ичакда қон айланишнинг кескин бузилишларини чақиради, ҳатто ўлимга олиб боради.

Чамбар ичак веноз томирлари портокавал анастомозларда катта рол ўйнайди. Бунга пастга тушувчи чамбар ичакнинг каудал қисми веналарининг чап уруғ тизимчаси венаси ҳамда қорин парда орти клетчаткаси веналари (қуйи қовак вена тизимидан) билан анастомоз ҳосил қилиши киради. Портокавал анастомозларнинг ҳосил бўлиши веноз тизимининг тузилиш шаклига боғлиқ. Веноз тизимининг тўрсимон шаклида анастомозлар кўпроқ бўлади.

Йўғон ичакнинг лимфа тизими

Йўғон ичакдан лимфа олиб кетувчи лимфа томирлари ва тугунлари ичакни қон билан таъминловчи артериялар билан бирга жойлашади. Улар лимфани юқориги ва пастки тутқич артериялари билан ёнма-ён ётувчи лимфа тугунларининг марказий гуруҳларига олиб боради.

Кўричак ва чувалчангсимон ўсимтадан лимфа оқими ёнбош-чамбар ичак артериялари йўлидаги лимфа томирларида амалга ошади. Бу соҳада қуйи, юқори ва ўрта гуруҳдаги лимфа тугунлари фарқланади (М.С.Спиров). Тугунларнинг қуйи гуруҳи ёнбош-чамбар ичак артериясининг тармоқланиш соҳасида, яъни илеоцекал бурчакда, ўрта гуруҳи тахминан ёнбош-чамбар ичак артериялари йўли бўйлаб қуйи ва юқориги гуруҳ тугунлари орасида жойлашади. Бу тугунлардаги лимфа тутқич лимфа тугунларининг марказий гуруҳига берилади.

Илеоцекал бурчакнинг лимфа томирлари ва тугунлари буйраклар, жигар, ўт пуфаги, ўн икки бармоқли ичак, ошқозон ва бошқа аъзолар лимфа тугунлари билан кўплаб анастомозларга эга. Анастомозларнинг кенг тўри чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланишида бошқа аъзоларга инфекциянинг тарқалишига имкон яратади.

Чамбар ичакдан лимфа оқими чамбар ичак усти ва чамбар ичак атрофи тугунларда амалга оширилади. Чамбар ичак усти тугунлари кўричак ва чамбар ичаклардан алоҳида чиқувчи лимфа томирлари йўлида ётади, улар хатто ёғли қолдиқларда ҳам жойлашиши мумкин (М.С.Спиров). Бу тугунлардан чиқувчи томирлар чамбар ичак атрофи лимфа тугунларига боради (23-50 тугунлар). Улар периферик артериал равоқлар ва йўғон ичак девори орасида жойлашади. Юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи чамбар ичакнинг чамбар ичак атрофи лимфа тугунлари тутқич бўшлиқларида, кўндаланг ва сигмасимон чамбар ичак тугунлари эса ўзининг тутқичларида жойлашади. Бу тугунлардан чиқувчи томирлар тутқич лимфа тугунларининг марказий гуруҳларига ўз номидаги томирлар йўли бўйлаб йўналади (*a. ileocolica*, *a. colica dextra*, *a. colica media*, *a. colica sinistra*, *aa. sigmoideae*). Марказий лимфа тугун-

ларига лимфанг оқими йўлида оралик лимфа тугунлари бўлиб, улар асосий артерия ва ичакнинг бошланишида жойлашади.

Чамбар ичак лимфа тизимининг тузилиши, *colon* нинг турли қисмларида анастомозлардан лимфа томирларининг ажралиб чиқиши яллиғланиш, инфекцион жараёнларининг тарқалиши қонуниятларини аниқлашда, ҳамда йўғон ичакда ўсмаларнинг метастазланишини тушунишда катта аҳамиятга эга.

Чамбар ичак иннервацияси

Чамбар ичак иннервациясида вегетатив нерв тизимининг симпатик ва парасимпатик қисмлари иштирок этади.

Симпатик иннервация манбаи юқориги тутқич тутами, *plexus mesentericus superior*, пастки тутқич чигали, *plexus mesentericus inferior*, қорин аортал чигали, *plexus aorticus abdominalis*, юқори ошқозон ости чигали, *plexus hypogastricus superior (n. presacralis)* ва пастки ошқозон ости чигали, *plexus hypogastricus inferior*, ёки ошқозон ости чигали, *plexus hypogastricus* ва чаноқ чигали, *plexus pelvinus* киради.

Парасимпатик иннервация манбаи адашган нервнинг парасимпатик толалари ва ички думғаза нервлари, *nn. splanchnici sacrales*, ёки чаноқ нервлари киради.

Симпатик иннервация. Юқорига кўтарилувчи ва кўндаланг чамбар ичакнинг ўнг ярми симпатик иннервацияни юқориги тутқич чигалидан, *plexus mesentericus superior* олади. *Plexus mesentericus superior* юқориги тутқич артериясининг аортадан чиқиш жойида жойлашади ва унинг хосил бўлишида ошқозон ости чигаллари шохлари, *plexus coeliacus* ва қорин аортал чигали, *plexus aorticus abdominalis* иштирок этади.

Plexus mesentericus superior дан йўғон ичакнинг тутқич қирғоғигача нерв толалари, *rami colici* чиқади. Улар периваскуляр клетчаткада жойлашади ва юқориги тутқич артерияси шохлари бўйлаб йўналади - *a. ileocolica*, *a. colica dextra* и *a. colica media*.

Colon ascendens ва *colon transversum* нинг ўнг ярмига келувчи экстра-орган нерв толалари қалин нерв тўрини ҳосил қилади. Юқориги тутқич чигали таркибида ганглиоз масса концентрациясининг кескин ортишида йўғон ичак шохлари орасида биргина тугунча бўлиб, асосан кам сонли боғланишларга эга.

Кўндаланг чамбар ичакнинг чап ярми, пастга тушувчи ва сигмасимон чамбар ичак пастки тутқич чигалидан симпатик иннервация олади. Пастки тутқич чигалидан чиқувчи ва *colon* каудал қисмларига йўналувчи толаларга дастлаб қорин аортал, юқори ошқозон ости ва пастки ошқозон ости чигалидан чиқувчи толалар бирикади. *Colon* нинг чап ярми симпатик иннервацияси учун асосий манба бўлиб пастки тутқич чигали хизмат қилади.

Plexus mesentericus inferior пастки тутқич артерияси илдизи сатҳида жойлашган. Унинг юқориги тутқич чигали каби ташқи морфологик хусусиятлари индивидуал ўзгарувчан бўлиб, ганглиоз массанинг концентрациясига боғлиқ.

Plexus mesentericus inferior colon transversum нинг тутқичли қирғоғи, *colon descendens*, *colon sigmoideum* ва тўғри ичакнинг бошланиш қисмидан йўғон ичак нерв толалари *rr. colici* чиқади. Пастки тутқич чигали толаларининг асосий қисми ичаккача ўз номидаги артериялар бўйлаб боради: чап чамбар ичак артерияси, сигмасимон ичак артериялар ва юқориги тўғри ичак артерияси. *rr. colici* одатда пастки тутқич артерияларининг томирли шохлари йўли бўйлаб жойлашади ва ажратилган характерга эга бўлади. Ганглиоз масса тарқоқ бўлган ҳолатда, йўғон ичак нерв толалари *plexus mesentericus inferior* дан томирлардан мустақил ҳолда ажралади ва бир-бири билан бирикиб, периферик тўр ҳосил қилади.

Қорин бўшлиғи симпатик нерв чигалларига асосан орқа миyanинг тора-колюмбал қисми ён шохлари кулранг моддасидан симпатик ядролар олувчи преганглионар толалар киради. Бу преганглионар толалар узлуксиз равишда 6- дан 9-чи кўкрак симпатик тугунлар орқали ўтади, катта ички нерв, *n. splanchnicus major* ҳосил қилади. 10-11 чи ва баъзан 12-кўкрак симпатик ган-

глияларидан узлуксиз чиқувчи преганглионар толалар кичик ички нерв ҳосил қилади - *n. splanchnicus minor*. Катта ва кичик ички нерв таркибида кетувчи преганглионар толалар қуёш чигали - қорин аортал чигали ва юқориги тутқич чигали ганглийларнинг синаптик боғлари билан яқунланади.

Парасимпатик иннервация. *Юқорига кўтарилувчи, кўндаланг чамбар ичак ва пастга тушувчи чамбар ичакнинг бошланиш қисми* адашган нерв толаларидан парасимпатик иннервация олади.

Адашган нерв таркибида преганглионар парасимпатик толалар ўтади, улар адашган нервнинг вегетатив дорзал ядроси хужайралари нейронларидан иборат, *nucleus dorsalis n. vagi*, ромбсимон чуқурлик тубидаги узунчоқ мияда жойлашади. Адашган нерв преганглионар толалари ичак деворидаги интрамурал ганглий нейронларининг синаптик аппаратида яқунланади.

Пастга тушувчи ва сигмасимон чамбар ичак ички думғаза нервлари, *nn. splanchnici sacrales*, ёки чаноқ нервлари, *nn. pelvini* билан иннервацияланади.

Парасимпатик нерв тизими шу қисмининг маркази парасимпатик думғаза ядролари бўлиб, *nuclei parasymphici sacrales*, улар 2-3 ва 4-думғаза сегментлари сатҳидаги орқа миянинг кулранг моддаси ён соҳаларида жойлашган. Орқа миянинг бу сегментида жойлашган нерв хужайраларнинг парасимпатик ядроларидан преганглионар юмшоқ нерв толалари бошланади, улар орқа миядан думғаза нервларининг олдинги илдизлар таркиби бўлиб чиқади. Думғаза тешигидан ўтгач, улар II, III ва IV думғаза нервлари олдинги шохларидан ажралади, ички думғаза ёки чаноқ нервларини ҳосил қилади.

Девор ичи нервларининг шаклланиши. Ёўғон ичак деворида уч нерв чигаллари фарқланади: сероз ости, *plexus subserosus*, мушаклараро, ёки Ауэрбах, *plexus myentericus* ва шиллиқ ости, ёки Мейснер чигали, *plexus submucosus*. Улар бир-бири билан узвий боғланган ва ичак деворининг ягона интрамурал нерв чигалини ҳосил қилади.

Сероз ости нерв чигали юмшоқ бўлмаган толалар орасида ингичка тўр ҳосил қилишдан ҳосил бўлади. Ганглиоз масса бу тўрда кам учрайди. Энг

кўп ривожланган сероз ости чигали мушак тасмалари бўйлаб ва ичакка кон томирлари кирган жойда кузатилади.

Мушаклараро, ёки Ауэрбах, нерв чигали ҳалқасимон ва бўйлама мушак қаватлари орасида жойлашади. Улар ичакнинг бўйлама ва кўндаланг узунлиги бўйлаб кетувчи кўплаб нерв тутамларидан иборат бўлиб, ковузлоқлар ҳосил қилади. Нерв тутамлари кесишган жойда йирик тугунлар бўлиб, улар ўзида кўпгина нерв хужайраларини тутади. Тугунлар шакли ва сонига қараб, мушаклараро чигали чамбар ичак бўйлаб турли тузилишга эга.

Йўғон ичакнинг *Ауэрбах чигали* ингичка ичакка нисбатан бир қатор фарқ қилувчи хусусиятларга эга. Йўғон ичакда нерв тутамлари толаларга караганда йўғонроқ, ковузлоқлар йирикроқ, тугунлар эса тароқ жойлашади. Организм ўсган сари, йўғон ва ингичка ичак *Ауэрбах чигаллари* бир-биридан кескин фарқ қилади. Йўғон ичак мушаклараро чигалининг умумий структураси ингичка ичакка нисбатан мураккаброқ.

Йўғон ичакнинг *шиллик ости, ёки Мейснер чигали* шиллик ости қавати бўйлаб жойлашади ва нерв тутамларининг қалин тўрини ҳосил қилади ва бир-бирига бирикиш жойида нерв тугунчаларини ҳосил қилади. Тугунчаларда нерв хужайраларининг сони мушаклараро чигал тугунларига караганда камроқ бўлади. Йўғон ичакнинг шиллик ости чигали, Е.П.Мельман ва Н.В.Долишний маълумотларига кўра, тугунларнинг йирик полиморфизми билан фарқ қилади. Чигал мушаклараро нерв чигали билан кўп сонли нерв устунчалари ёрдамида боғланган.

2-БОБ. ЙЎҒОН ИЧАК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Йўғон ичакнинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат: сув ва тузларни сўриш, ахлатни шакллантириш ва ундан халос бўлиш.

2.1. Ионлар ва сувнинг сўрилиши

Йўғон ичакни сув ва минерал моддалар сўрилишида катта аҳамияти бор. Одатий овқатланиш шароитида одам йўғон ичагига ҳар куни 1500-2000 мл сув, 200 моль Na^+ , 10 моль K^+ , 100 мол Cl^- тушади. Суткалик ахлат массаси тахминан 150г бўлиб; 70% (100 мл га яқин) сувга тўғри келади. Йўғон ичак орқали 1400-1900 мл сув сўрилади.

Йўғон ичакдаги сўрилиш жараёнлари ингичка ичакка қараганда кам ўрганилган. Ингичка ичакдан тушувчи ва ахлат массаларидаги турли моддалар ва суюқликларнинг миқдорини ўлчаш натижасида ичакнинг бу қисми транспорт функцияси механизмлари ҳақида чекланган маълумотлар олиш мумкин. Шунинг учун 1962 г. R.Levitan, J.S.Fordtran ва В.А.Burrows кўп каналли зонд ёрдамида йўғон ичакнинг перорал ёки перназал перфузияси усулини таклиф этдилар. 1983 г. J.Rask-Madsen бу усулни модификациялаб, ошқозон-ичак тракти орқали перорал ёки перназал киритиладиган ўтказгич қўллади. 1986 г. S.Fukuda ўтказгичга илеоцекал каналга киритиладиган 4-каналли зондини улади (баугин клапани). Йўғон ичак турли қисмлари перфузияси билан ретроград колонофиброскоп ёрдамида 5-каналли зондни қўллашни таклиф этдилар. Шундай қилиб, йўғон ичакнинг турли сегментларида сўришни ўрганиш имкони пайдо бўлди. Юқорида санаб ўтилган усуллар ёрдамида шу аниқландики, сув ва ионларнинг катта миқдори йўғон ичакнинг проксимал қисмларида сўрилади. Йўғон ичак транспорт функциясининг регионал фарқларини тушунтириш учун 2 назария таклиф этилган. Биринчисига кўра, ичакнинг ўнг ярми чап қисмига кўра катта сўриш майдо-

нига эга. Иккинчи назарияга кўра, ичак массаси транзити тезлиги йўғон ичакнинг чап ярмида ўнг ярмига қараганда юқори ҳисобланади.

Перфузион усул ёрдамида R.Levitan Na^+ ва сув бевосита кўричак ва кўндаланг чамбар ичакда сўрилишини аниқладилар. Na^+ сўрилиш механизмларидаги аниқ фарқлар ҳам ўрганилган. Дистал йўналишда ҳаракатланиш натижасида Na^+ электроген транспортининг ортиши кузатилган. P.C.Hawker, J.S.McKay ва L.A.Turnberg лар (1980) аниқлашича, Na^+ сўрилиш электроген механизмига қўшимча равишда одам йўғон ичаги Na^+ - Cl^- занжирланган абсорбция хусусиятига эга. Олимлар ионлар ўрнини босувчи тажрибалар ёрдамида Cl^- тутмайдиган эритмаларда Na^+ сўрилишининг пасайишини кўрсатиб бердилар. Демак, одам йўғон ичагида Na^+ электронейтрал абсорбцияси мавжуд. Бу жараён механизми номаълумлигича қолмоқда. Шундай қилиб, одам йўғон ичагида Na^+ сўрилишининг 2 механизми мавжуд.

Колоноцитлар мембранаси орқали K^+ транспортининг фаол механизми мавжудлиги ҳақида маълумотлар олинган. Фаол абсорбция K^+ фаоллаштирувчи АТФ – билан амалга оширилади. P.L. Smith ва R.D. McCabe (1984) маълумотларига кўра, K^+ сўрилиши энергия талаб қиладиган жараён бўлиши мумкин. K^+ фаол абсорбцияси йўғон ичак дистал қисмларида аниқланган бўлса, проксимал қисмларида эса унинг секрецияси кузатилган. Йўғон ичакнинг дистал қисмларида K^+ абсорбцияси ва проксимал қисмларида K^+ фаол секрециясини таъминловчи махсус юқори фаолликка эга каналчалар борлиги аниқланган.

Одам йўғон ичагида Ca^{++} транспортини текшириш усуллари унчалик кўп эмас. Радионуклидди колоноскопияда Ca^{++} изотопларини киритиш натижасида йўғон ичакда абсорбцияланган Ca^{++} нинг миқдори организмдаги умумий миқдорига тўғри келиши аниқланган. Ca^{++} йўғон ичак проксимал қисмларида сўрилса, дистал қисмларида эса унинг секрецияси кузатилади.

Баъзан йўғон ичакни ич кетишларни пайдо бўлиш механизмида катта аҳамияти бор. Айрим моддалар (дигидроксидланган ўт кислоталари, гидроксидланган ёғ кислоталари) йўғон ичак шиллик қаватида электролитларнинг

фаол секрециясини чақиради (цАМФ механизми орқали). Холеретиклар ва холекинетик тутувчи турли фермент препаратлари ич кетишларини чақиради. Агар ёнбош ичакда ўт кислоталарининг етарлича тўлиқ сўрилиши кузатилмаса, улар йўғон ичакка тушиб, диарея чақиради. Бу хлоридорея (туғма алкалоз диарея билан) деб аталиб, ахлатда маълум миқдорда хлор йўқотилиши билан характерланади.

Шундай қилиб, одам йўғон ичагида ионларнинг фаол абсорбциясини таъминловчи транспорт механизмлар мавжуд. Бу жараёнларга кўплаб биологик фаол моддалар, хатто патологик жараёнлар ҳам таъсир кўрсатади.

2.2. Секреция

Юза эпителий ва крипталарда кўп миқдорда шиллик тутувчи кўп сонли кадахсимон ҳужайралар мавжуд. Суюқлик секрецияси жуда суст кечади. Йўғон ичак секрецияси изотоник, ишқорий реакцияга эга. Бикарбонатлар ва калий шиллик қаватдан концентрация градиентига қарши, яъни фаол транспорт тизимлари ёрдамида ажралади. Йўғон ичак секрецияси амилаза ва кўп бўлмаган лизоцимлардан ташқари, ичак ферментлари тутмайди.

Шиллик - колоноцитлар секрециясининг деярли 0,4% ни ташкил қилади. Шиллик концентрацияси суюқлик сўрилиши ҳисобига ортади. Ичак юзасини қўзғатувчи моддалар ёки механик омиллар иннервацияга боғлиқ бўлмаган холда шиллик секрециясини чақиради. Моторика, секреция ва шиллик қаватнинг қон билан таъминланиши бир йўналишда кечади. Симпатик толарнинг қўзғалиши йўғон ичак моторикасини тормозлайди, томирлар спазмини чақиради ва бир вақтда секрецияни камайтиради.

Чувалчангсимон ўсимта ҳар куни шилликка бой 2-3 мл суюқлик ишлаб чиқаради. Секретда кўп миқдорда IgA ва лизоцим мавжуд.

2.3. Ҳазм қилиш

Йўғон ичакда ҳазм жараёни деярли мавжуд эмас. Бу ерда глюкоза, микроблар ишлаб чиқарувчи айрим витаминлар ва аминокислоталар, 95% сув

ва электролитлар сўрилади. Йўғон ичакда кўп миқдорда микроорганизмлар бўлиб, улар қолдиқ хазм бўлмаган нутриентларни утилизациясида иштирок этади. Озиқ қолдиқларининг микробли метаболизми натижасида ҳосил бўлган органик кислоталар, ис гази, метан, водород сульфиди, токсик моддалар (индол, скатол, фенол) сўрилади ва жигарда зарарсизлантирилади.

2.4. Ичак бактериялари

Одам ичагида 400 дан 500 тагача микроблар мавжуд, уларнинг умумий миқдори 10^{14} ни ташкил қилади. Микроорганизмлар миқдори дистал йўналишда ортиб боради, йўғон ичакда 1 г ахлатда 10^{11} бактериялар бўлиб, бу ичак массасининг 1/3 қуруқ моддасига тўғри келади.

Соғлом одамларда оч ичакдаги 1 мл массада бактериялар миқдори 10^4 - 10^5 дан ошмайди. Унда стрептококклар, стафилококклар, ичак таёқчаси, бошқа граммусбат аэроб бактериялар ва замбуруғларни аниқлаш мумкин.

Ёнбош ичак дистал қисмида микроблар миқдори 10^7 - 10^8 гача, биринчи навбатда энтерококклар, ичак таёқчаси, бактероидлар ва анаэроб бактериялар ҳисобига ортади. Ичак бўшлиғида тез кўпаювчи микроблар – лактобациллар ва клостридиялар яшайди. Ворсинкалар юзасида бевосита грамманфий микроблар, крипталар тубида эса факультатив анаэроб микроблар тарқалган, йўғон ичакда микробларнинг 90-95% ини анаэроблар (бифидобактериялар ва бактероидлар) ва фақат 5-10% ини – турғун аэроб ва факультатив флора (сут тоёқчалари ва ичак тоёқчаси, энтерококклар, стафилококклар, замбуруғлар, протей) ташкил қилади.

Йўғон ичак микрофлорасининг кичик қисми кўпроқ ўрганилган бўлиб, улар кислородли муҳитда ўсиши (аэроблар) ва кислород бўлмаган шароитда ҳам яшай олади (факультатив анаэроблар). Факультатив анаэробларга эшерихиа коли киради. Хатто аэроб ва факультатив анаэроблар орасида микроорганизмларни ажратиш олишда қийинчиликлар туғилади, чунки улар жуда кам миқдорда бўлади.

Клиник амалиётда ичак микрофлорасини ўрганишда ҳозирги вақтгача серияларга ажратиш усули аниқ усуллардан ҳисобланади. Унинг ёрдамида аэроб микроблар, ҳазм каналининг анаэроб вакиллари (бифидобактериялар) сифат ва миқдор жиҳатдан ўрганиш имкони туғилади.

Йўғон ичакнинг барча микроблари 3 гуруҳга бўлинади: асосий (бифидобактериялар ва бактероидлар), ҳамроҳ (сут таёқчалари, эшерихиа коли, энтерококклар) ва қолдиқ (стафилококклар, замбуруғлар, протей). 1 - жадвалда соғлом одамлардаги йўғон ичак флораси кўрсатилган.

Узвий алоқада яшайдиган кўп миқдордаги микроорганизмларнинг яшаш хусусияти бир-бири билан, хатто макроорганизм билан ўзаро боғлиқлигидан дарак беради. Ичак флораси таркиби овқатланиш хусусиятларига боғлиқ. Оқсилни аминокислота аралашмаларига алмаштириш бифидобактериялар миқдорининг камайишига сабаб бўлади.

Йўғон ичак микробли флораси макроорганизм ҳаёти учун жуда муҳим саналади.

Йўғон ичак микробли флорасининг физиологик аҳамияти турли аспектларда ўрганилган. Айримлари микробсиз шароитларда хайвонларда ўстириш натижасида олинган.

Жадвал 1.

Соғлом одамларда йўғон ичакнинг микробли флораси

Микроорганизмлар	1 г ахлатдаги микроблар миқдори	М ± m
Барча микроблар, млрд	0,08-40	6,2 ± 0,5
Бифидобактериялар, млрд	0,01-18	3,6 ± 0,2
Чиритувчи микроблар, млн	7-8000	850 ± 98
Эшерихиа коли, млн	0,07-1000	101,4 ± 13,4
Энтерококклар, млн	0-650	32,3 ± 6,4
Ацидофил таёқчалар, млн	0,02-800	55,0 ± 8,9
Стафилококклар, млн	0-6,5	0,22 ± 0,068
Замбуруғлар, минг.	0-800	7,8 ± 2,0
Протей	21-13 400	570 ± 85

Йўғон ичак нормал микрофлорасининг кўплаб вакиллари (эшерихиа коли, энтерококклар, бифидобактериялар, ацидофил тоёқчалар ва бошқалар) яққол антагонистик хусусиятларга эга. Нормал фаолият кўрсатаётган ичак шароитида улар турли патоген ва нопатогенлар ўсишини секинлаштиради. Микробсиз хайвонлар инфекцияларга ўта сезувчан ҳисобланади.

Йўғон ичакнинг нормал микрофлораси иммунитет ишлаб чиқаришда иштирок этади. Эндотоксинларнинг кам миқдори – ҳужайра қобикларидаги липополисахаридлар барча грамманфий бактериялар – кўпинча макроорганизмнинг хусусий микроблари, бактериал зарарланишга ва бошқа антигенларга, иммун таначалари синтезига фойдали таъсир кўрсатиши мумкин.

Ингичка ичакда ҳазм бўлмаган озиқ моддаларнинг йўғон ичакда парчаланishi бактериялар ферментлари таъсирида амалга ошади, бунда турли кўринишдаги аминлар, феноллар, органик кислоталар ва бошқа бирикмалар ҳосил бўлади. Микробли метаболизм жараёнида ҳосил бўлган токсик моддалар (кадаверин, гистамин ва бошқа аминлар), сийдик орқали чиқарилади ва нормада организмга ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди.

Айрим аминлар, масалан гистамин ва серотонин, эволюция жараёнида регулятор тизимга кўшилади. Гистамин хлорид кислотаси секрециясини назорат қилади. Бактериал флорада гистамин гиперпродукцияси ошқозон яраси ҳосил бўлишида сабаб бўлиши мумкинлиги ҳақида тахминлар бор.

Ингичка ичакда абсорбцияланмаган экзо- ва эндоген липидлар ичак микрофлораси томонидан таъсирга учрайди. Ичакнинг дистал қисмларидаги микрофлоранинг ферментатив тизимлари ҳазм шираларидан ажраладиган биологик фаол моддалар инактивациясида иштирок этади (энтерокиназалар ва ишкорий фосфатазалар).

Ичак бактериялари ёғ кислоталари метаболизми, улардан узун занжирли углерод атомлари тугувчи гидрооксикислоталар, гидрооксистеарин ҳосил бўлишида иштирок этади. Бу кислота кимёвий жихатдан рипинолеин кислотасига – кастор мойининг бош компонентига ўхшаш. Ичак микрофлораси холестерин ва ўт кислоталари метаболизмининг охириги босқичларида асосий

рол ўйнайди. Холестериннинг йўғон ичакда сўрилмайдиган стеарин – копро-станолга айланаши – ичак бактериялар ҳисобига амалга ошади. Улар холе-стерин молекулаларининг чуқур гидролизини таъминлайди. Аммо холесте-рин катаболизмида ўт кислоталарига айланишида ичак микрофлорасининг аҳамияти катта.

Ўт кислоталари реабсорбцияси ингичка ичакнинг дистал қисмларида амалга ошади. Бу ерда микрофлоранинг ферментлари таъсирида ўт кислота-ларининг турли кўринишда ҳосил бўлиши кузатилади: деконъюгация, бир-ламчи ва иккиламчи ўт кислоталарининг пайдо бўлиши, кетон ҳосиллаи хо-лан кислота ва номаълум структурали ўт кислоталари. Бу турли кўринишлар турли микроорганизмлар томонидан амалга ошади.

Физиологик шароитларда 80 дан 95% гача ўт кислоталари реабсорбци-яланади. Қолганлари ахлат орқали бактериал метаболитлар кўринишида чиқарилади. Уларнинг йўғон ичакда бўлиши сувнинг сўрилишини тормоз-лайди ва ахлатнинг ортиқча гипогидратациясига қаршилиқ кўрсатади. Шунд-ай қилиб, микрофлоранинг ферментатив фаолияти ахлат массаларининг нор-мал шаклланишини таъминлайди.

Ичакнинг дистал қисмларидаги микрофлора билирубиннинг стеркоби-лин ва уробилинга трансформациясини таъминлайди. Аммо патологик шаро-итларда (микроорганизмларнинг ингичка ичакнинг юқори қисмларига тарқалиши ёки йўғон ичакка ортиқча ёғ ва ўт кислоталарининг тушиши) микрофлоранинг ферментатив фаолияти ингичка ичакда сўрилишнинг бузи-лиши ва диареянинг пайдо бўлишида патогенетик механизмлардан бирига айланади.

Демак, витаминларнинг айрим қисмлари ва алмашмайдиган аминокис-лоталар организмга бактериялар ҳисобига тушади.

Ичак микрофлораси витамин К ва В гуруҳидаги витаминларни син-тезлайди. Аммо кузатувлар шуни кўрсатдики, организмнинг витаминлар билан таъминланишида микрофлоранинг иштироки ҳозиргача ўрганилмаган.

Ингичка ичакнинг пастки қисмлари ва йўғон ичакнинг нормал микрофлораси – бу эубиоз, гомеостазни кўрсатувчи муҳим экотизим саналади.

Маълумки, йўғон ичак микробли флораси метаболизмида углеводлардан кўп миқдорда газлар, водород ҳосил бўлади. Бу далил кўпроқ водород тестининг очилишида асосий ҳисобланади – чиқарилаётган ҳавода водород миқдорини аниқлаш. Тест дисбактериоз ташҳисоти ва ингичка ичак бўйлаб пассаж вақтини аниқлашда қўлланилади.

Ичакда микробли флора беморга антибиотиклар тавсия этилганда маълум миқдорда камайиши мумкин. Бунга бошқа таъсир кўрсатувчи йўл ҳам мавжуд. У беморга элементли диета тавсия этиш билан характерланиб, унга моносакхаридлар, аминокислота, ёғ кислоталари, витаминлар, минерал тузлар ва микроэлементлар кирмайди. Бундай овқатланишни узоқ вақт қўллаш ичак ферментлари синтезининг камайишига олиб келади, чунки фермент тизимга юклама кескин камаяди. Элементли диетани қисқа вақт қўллаш амалиётда тўлиқ самара беришда исботини топган. Бу диетанинг барча компонентлари ингичка ичакнинг проксимал қисмларида сўрилади. Ичакдаги мавжуд микроблар озиқ муҳитидан махрум бўлгач, уларнинг миқдори тез камаяди. Ташриҳ олди тайёргарлигида бу диетани қўллаш амалда стерил йўғон ичакда ташриҳ ўтказиш имконини беради.

Шундай қилиб, микрофлора макроорганизм – микроорганизмлар ўрта-сидаги муҳим компонент ҳисобланади. Макроорганизм ва бактериал флоранинг ўзаро муносабати патологик шароитда ўзгаришини ҳисобга олиш зарур.

2.5. Моторика

Кўричак катталарда гастроилеал рефлекс воситаси бўлиб, ҳар куни ёнбош ичак терминал қисмидан 300-500 мл химус тушади, унда ҳазм бўлмаган (целлюлоза) ва резорбцияланмаган озиқ моддалари мавжуд. Одамлардаги ҳаракатлар пропульсив таъсир кўрсатмайди, йўғон ичакдаги масса аралашиб, сув сўрилиши секин-аста кузатилади. Уч-тўрт массив қисқаришлар бу масса-

нинг дистал йўналишини – пастга тушувчи чамбар ичакдан тўғри ичакка ўтишини таъминлайди.

Кўндаланг чамбар ичакда циркуляр қисқаришлар шаклидаги аралаштирувчи ҳаракатлар юзага келади. Циркуляр қисқаришлар одатда 5 мм см.ус. (айрим ҳолатларда 40 мм см.ус.) босимни юзага келтиради. Аралаштирувчи ҳаракатлар пропульсив таъсирга эга эмас. Улар ичак массасини қаттиқроқ бўлишини таъминлайди.

Сигмасимон чамбар ичакда секин кечувчи босувчи ҳаракатлар пайдо бўлади, уларнинг даврийлиги 20-30сек. ни ташкил қилади. Амплитудалар баландлиги 5 дан 100 мм см. ус. ташкил қилади. Қисқаришлар фазаси тинчлик фазаси билан алмашади. Юқорида кўрсатилган сегментар ҳаракатлар пропульсив таъсирга эга эмас. Сигмасимон чамбар ичакда ичак массасининг ҳаракати босим градиентига боғлиқ ҳолда 2 йўналишда бўлади.

G.Holzkecht ва S.Jonas (1909 й) ёзишларича, овқат билан боғлиқ йўғон ичакнинг катта ҳаракатлари «гастроцекал рефлекс» деб аталади. Тахминан овқат егандан сўнг 1-10 мин ўтгач, фаоллик даврий равишда ортади, шиллик қаватнинг интензив моторикаси, гиперемияси ва секрецияси кузатилади. Гастроцекал рефлекс бир вақтда гастроилеал рефлекс билан бирга пайдо бўлсада, химуснинг йўғон ичакка ўтиши йўғон ичак кўзғалиши учун шарт ҳисобланмайди. Бу рефлекс массив мотор фаолиятни чақиради, унда йўғон ичакнинг барча сегментлари бир вақтда қисқаради. Бу фаолият частотаси турли хил бўлиши мумкин.

Гастроцекал рефлекс ҳар бир кўп миқдордаги овқатдан сўнг пайдо бўлади (3-4 мах/сут). Йўғон ичакнинг массив ҳаракатлари билан ўта кўзғалувчи шахсларда ич кетишлар юзага келиши мумкин. Ярали колити бор беморларда кўзғалишлар даврида диарея ҳар 2-4 мин. сўнг йўғон ичакнинг катта сегментлари кучли қисқаришидан сўнг бошланади. Чамбар ичак катта ҳаракатларининг перистальтик тўлқинлари тўғри ичаккача бориши мумкин. Тўғри ичакнинг ахлат билан тўлиши унинг деворини тортилиши ва дефекацияга чақириқни келтириб чиқаради.

Дефекация вақтидаги зўриқишда қорин девори мушакларининг қисқариши ва диафрагманинг пастга тушиши натижасида қорин бўшлиғи босимининг ортишини таъминлайди. Бир вақтда ушлаб турувчи механизмлар «қўйиб юборилиши» кузатилади: «қарсилловчи» клапан очилади ва орқа чиқарув сфинктери бўшашади. Дефекация акти тугагач, ташқи сфинктер ва чанок туби фаоллиги ортади. Натижада чанок туби кўтарилади ва аноректал бурчак тикланади.

Агар шароит дефекация тугаши учун яхши бўлмаса, ташқи сфинктерининг ихтиёрий қисқаришлари чанок тубининг кўтарилишини келтириб чиқаради, аноректал бурчак катталашади ва фекал масса мажбуран тўғри ичак ампуласига қайтади. Нерв регуляциясининг марказий механизмлари дефекация вақтида номаълумлигича қолади. Ахлатни ушлаш олмаслик идиопатик, айниқса диареяларда, хатто тарқоқ склероз ва нерв тизимининг бошқа касалликларида ҳам кузатилиши мумкин.

Дефекацияни регуляр суний тўхтатиш интраректал босимнинг ортишида механорецепторларни мослаштириши мумкин. Натижада дефекацион рефлекс ва дефекацияга чақириқ фақатгина юқори бўлмаган интраректал босимда пайдо бўлади. Бу ҳол қабзият шаклланиш механизми асосида ҳам ётади.

2.6. Анал ушлаш ва дефекация

2.6.1. Анал ушлаш

Ичак массаси ушлаш функциясининг бузилишлари ижтимоий, ҳам тиббий характердаги муаммолар туғдиради.

Табиий ҳолатда орқа чиқарувнинг ички сфинктери юқори тонусга эга, яъни доимий қисқарган, тўғри ичак таранглашгандагина бўшашади.

Тўғри ичак таранглашгандан ва ички сфинктер бўшашгандан сўнг ректосфинктер бўшаштирувчи рефлекс пайдо бўлади. Бу тўғри ичакдаги механорецепторларнинг стимуляцияси натижасида пайдо бўлувчи невроген реак-

ция интероцептив ҳисобланади, чунки рецепторлар ичакнинг ички деворида жойлашади.

Ичак массасини ушлаш нормал ҳолат бўлиб, ҳам маҳаллий реффлектор, ҳам ихтиёрий ирода кучларига боғлиқ комплекс жараёнدير. Ушлаш бир қатор омилларга боғлиқ. Улардан асосийлари тўғри ва чамбар ичакдаги ахлатнинг консистенцияси, орқа чиқарув канали ва чаноқ тубидаги силлиқ ва кўндаланг-таргил мушакларнинг координациялашган фаоллиги, бу хосилаларнинг анатомик бутунлиги ҳисобланади. Орқа чиқарув канали ва тўғри ичак, хатто орқа чиқарувнинг ички сфинктери силлиқ мушаклари автоном нерв тизими орқали бериладиган маҳаллий кўзғалишларга ва бундан ташқари рефлексларга жавоб беради. Сфинктер аппаратининг ихтиёрий кўндаланг-таргил мушаклари орқа ва бош мия марказлари соматик марказига интилувчи ва марказдан кочувчи нерв толалари орқали назорат қилинади.

2.6.2. Орқа чиқарувнинг ички ва ташқи сфинктерлари

Орқа чиқарув каналида босим соҳаси биринчи навбатда ички сфинктер ҳисобига пайдо бўлади, унинг мушакларини кесилиши эса биров функционал бузилишларга, асосан газларни ушлай олмасликка олиб келади. Маълумки, ички сфинктер орқа чиқарув каналининг ёпик ҳолатда бўлишини таъминлайди ва тўсатдан газ ва суюқ ахлатнинг чиқишини олдини олади. Ташқи сфинктер ҳалқасининг кесилиши эса минимал функционал бузилишларга олиб келади. Орқа чиқарувнинг ташқи сфинктери ўзининг кучли қисқариши билан суюқ ахлат массаларининг қийинчилик билан ушлаб туришда ахлатнинг ихтиёрсиз чиқишини олдини олади.

Махсус текширувлар шуни кўрсатдики, ушлай олиш аноректал бурчакни таъминловчи ков-тўғри ичак мушаклари ҳолатига боғлиқ. Ушбу мушаклар шикастланганда, оғир ахлат ушлай олмаслик юзага келади.

3-БОБ. ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

3.1. КЛИНИК УСУЛЛАР

Клиник текширув усуллари (анамнез, кўрув ва объектив текшириш) замонавий клиник тиббиётда ўзининг аҳамиятини йўқотмайди.

Беморлар билан мақсадга йўналган суҳбат ўтказиш ва объектив текширишида касалликни тасдиқлаш, хатто патологик жараённинг жойлашишини аниқлаш имконини беради. Сўрилишнинг бузилиши синдроми ва яллиғланиш касалликлари ривожланган беморларда ичакдан ташқари симптомлар врач учун катта аҳамият касб этади.

Шикоятлар ва анамнез

Шикоятлар ҳар доим ҳам йўғон ичак касалликлари учун типик бўлмаслиги мумкин. Бундан ташқари, бемор сўраб-суриштирилганда тахминий суткалик ахлатнинг миқдорини аниқлаш зарур, чунки кўзғалиш даврининг энгил кечишида ҳам доимий, лекин кўп миқдорда ахлат келиши кузатилади. Сўрилишнинг оғир бузилиш синдроми бор беморларда кўпроқ кўп ахлат келиши кузатилади (полифекалия). Айниқса полифекалия яққол намоён бўлган стеаторея глютен энтеропатия, ичак лимфангиэктазия ва иммуноглобулинлар етишмовчилиги натижасида юзага келувчи вариабел гипогаммаглобулинемия билан кечувчи беморлар учун характерлидир.

Хаётий анамнездан сифатли овқатланмаслик даврларига аҳамият бериш зарур, айниқса кам оқсилли овқатланиш ичакнинг сурункали касалликларининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Глютен энтеропатия бор беморлар учун касалликнинг эрта болаликда бошланиши, кўпроқ аёллар касалланиши, ҳомиладорлик, туғруқдан ва абортдан сўнг кузғалиши хос.

Умумий вариабел гипогаммаглобулинемияси бор беморлар кўпроқ бронхит, зотилжам, синуситлар ва бошқа интеркуррент инфекциялар билан жабрланади.

Ичак патологияси беморлар учун йўғон ичакнинг сўриш функциясининг пасайиши билан кечувчи организмда озуқа моддаларининг етишмовчилиги, умумий холатнинг кўп ёки кам намоён бўлиши хос. Беморлар умумий холсизликка, қувватсизликка, сифатли овқатланиш шароитида прогрессив озиб кетишга шикоят қиладилар. Оғир беморларда дистрофик жараёнлардан дарак берувчи озикланишнинг сифат ва миқдорий бузилиши каби бошқа симптомлар - тилнинг қизиши, сочларнинг тўкилиши, тирноқларнинг синувчанлиги, болдир мушакларининг оғриши, товон, кафт ва болдирларнинг титраши, суякларда оғриқ, аёлларда менструал циклнинг бузилиши ва эркакларда жинсий заифлик кузатилиши мумкин

Кўп холларда ичакнинг яллиғланиши натижасида ривожланувчи (Крон касаллиги) ёки ўсмаларда сурункали қисман ичак тутилиши учун даврий сувли диарея ёки ич кетиш ва қабзият билан алмашилиши хос.

Йўғон ичак касалликларида ахлат доимий ва суюқ бўлиши, лекин ахлатнинг умумий миқдори ўзгармаслиги мумкин ва полифекалия кузатилмайди. Кўпроқ шиллик билан аралашган бўлади. Ичак кўзгалган синдроми бор беморларда шиллик кўп бўлиши мумкин. Бу касалликнинг энг кўп синонимларидан бири “шилликли колика” бўлиб, йўғон ичакнинг функционал касалликларида асосий клиник белгилар, қоринда тўлғоқсимон оғриқларнинг бўлиши ва дефекацияда шилликнинг лента ёки тугунчалар кўринишида ажралиши хос.

Ярали колит, дизентерия ва йўғон ичакнинг бошқа яллиғланиш хасталикларида касалликнинг яққол белгилари учун дефекацияда ёлғон оғриқли чақириқларда суюқ ахлатда йиринг ва қоннинг бўлиши (тенезмлар), умумий холсизлик ва тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Дизентерияда бир вақтнинг ўзида қоринда оғриқ кузатилади. Ярали колити бор беморларда патологик жараён шиллик қават билан чегаралангунга қадар

оғриқ кузатилмайди. Бу касалликда бирданига оғриқнинг пайдо бўлиши бу касалликнинг асорати - перфорациясидан дарак беради.

Объектив текширув

Беморни кўришда диққат билан ва навбат билан ичакдан ташқари ва кўп тизимли касалликларнинг белгиларини ҳисобга олган ҳолда ўтказиш зарур.

Йўғон ичак хасталикларида кўрув ва қорин бўшлиғи аъзоларини текшириш сўрилишнинг бузилиш синдроми оғирлигини белгиловчи моддалар алмашинуви бузилиши симптомларини аниқлашда ёрдам беради.

Бу ҳолатларда терининг қуруқлашуви ва кепакланиши, рангининг ўзига хос қир-қулранг тусга ўзгариши, нур тушган ва ишқаланиш жойларда, бундан ташқари кўкрак безлари сурғичлари, жинсий аъзолар ва қориннинг оқ чизиғи соҳасида тери гиперпигментациясини кўриш мумкин. Оғиз бурчаги, бурун қанотларида нам ёрилишлар пайдо бўлиши мумкин. Тирноқлар хира, юпқа, уларда кўндаланг чизиклар пайдо бўлади, кенгайган, соат ойнаси кўринишини олади. Дистал фалангалар йўғонлашган ва қўл бармоқлари барабан тоёқчаларига ўхшаб қолади.

Баъзан қон кетишнинг ортиши белгилари тери ости қон қуйилишлари кўринишида, кам ҳолларда қон кетишлар (бурундан, милклардан, ошқозон-ичакдан, бачадондан, гематуриялар) пайдо бўлади.

Ярали колити бор беморларда терининг зарарланиши оғир пиодермия ва тугунчали эритема, яраланиш ва орқа чиқарув йўлининг ёрилиши кўринишида, бўғим ва умуртқа поғонасининг зарарланиши (артритлар, сакроилеитлар), кўзда увеитлар ва кератитлар, хатто склерозланувчи холагит натижасида сариқлик кузатилиши мумкин.

Сўрилишнинг бузилиши синдроми ва экссудатив энтеропатияларда оқсилсиз шишлар пайдо бўлади. Оғир ҳолларда анасаркагача бориши мумкин.

Электролитлар алмашинувининг бузилиши натижасида кўп ҳолларда нерв-мушак кўзгалувчанлигининг ортиши кузатилади. У майда гуруҳли

мушакларда титрашлар билан характерланади. Унда одатда мушак валигининг мусбат симптоми – қитиқлаш ва игнада тирнаш билан кўзгатиладиганда, елканинг икки бошли мушакларининг қисқариши дарак беради.

Амалда барча беморларда тил ўзгаради, бу нафақат ошқозоннинг, балки ичакнинг ҳам ойнаси ҳисобланади. У нозик, оқарган, четларида тиш излари ва шиш бўлади. Бошқа ҳолларда малина рангида, сўрғичлари гипертрофияланган ва чуқур ёриқлар кузатилади. Сўрғичлар атрофиясида тил силлиқ бўлади.

Ичак касалликларида қоринни кўриш ташхис учун қимматли маълумотлар бериши мумкин. Тортилган қорин диареяда бўш ичакларида кузатилади. Қориннинг кафтсимон тортилиши менингитда ичакларнинг рефлектор спазмига хос. Қориннинг текис шиши метеоризмда кузатилади. Сўрилишнинг бузилишида киндик атрофида қориннинг чегараланган шишини аниқлаш мумкин (тўнтарилган тувак симптоми). Қориннинг шарсимон шиши ўткир перитонитда, захарланганда ва истерияларда кузатилиб, паралитик ичак тутилишига характерли бўлади (Алварец симптоми). Қорин ассиметрияси механик ичак тутилишида пайдо бўлади. Вал кўринишидаги кучли перисталтика шовқини билан кечувчи қорин деворининг даврий бўртиб қолиши кўпроқ сурункали ичак тутилишидан дарак беради.

Сўрилишнинг оғир бузилиши бор беморларда қорин ўлчамлари кўпроқ катталашган, шишган ва бақасимон кенгайган бўлади. Палпацияда қорин бўшлиғининг “нотўлиқлилиги” сезилади, плеск ва перисталтика шовқини нафақат йўғон ичакда, балки ингичка ичак қовузлоқларида осон чақирилади.

Чуқур сирпанувчи палпацияни сигмасимон чамбар ичакдан бошлаб, сўнг Стражеско усули бўйича кўричакка ва ёнбош ичакнинг охириги қисмларига ва чувалчангсимон ўсимтага ўтилади, сўнгра кўндаланг чамбар ичак текширилади.

Сигмасимон чамбар ичак нормал холатда катта бармоқ қалинлигидаги силлиқ зич цилиндр кўринишида осон аниқланади. Сигмасимон ичакда ўсма ривожланганда у нотекис, яллиғланишида оғриқли бўлиши мумкин. Ичакнинг функционал касалликларида сигмасимон чамбар ичак спазмга учраган ва оғриқли бўлади.

Кўричак нормал холатда силлиқ, икки бармоқ қалинлигидаги ҳаракатчан цилиндр шаклида сезилади. Ўнг ёнбош соҳада кўричакнинг йўқлиги ичакнинг ротацияси бузилиши натижасида бўлиши мумкин, аммо ҳаракатининг ортиши эса ичак тутқичининг туғма катталашувидан дарак беради (coesum mobile). Яллиғланиш ва функционал касалликларда ичак зич ва оғриқли бўлади, кўпроқ Образцов симптоми – палпацияда кучли перисталтика шовқини пайдо бўлади. Кўричакнинг сили ва ракида қаттиқ нотекис ҳосила кўриниши сезилади.

Кўндаланг чамбар ичак ҳаракатчан, пастга қайрилган цилиндр кўринишида ушланади. Яллиғланиш ва функционал касалликларида у оғриқли ва зич бўлади. Ичак торайишларида супрастенотик кенгайишлар ва шовқин аниқланиши мумкин.

Чамбар ичакнинг ўзгаришлари айниқса кўзгалган ичак синдроми бор беморлар учун характерли. Ичакларнинг спастик, айниқса унинг физиологик сфинктерларининг қисқаришлари санчиқлар характеридаги кучли оғриқ ҳисси ва холецистит, панкреатит, гастрит ва бошқа касалликларнинг нотўғри ташхиси манбаи бўлиши мумкин. Чамбар ичак турли қисмларининг спазмларида палпацияда оғриқ доимий бўлмаслиги ва турли кунларда локализациясини ўзгартириши мумкин.

Баъзи беморлар хат ёзганда ва кийиниш жараёнида қийинчилик ҳис этадилар. Баъзан дизартрия, дисфония ва диплопия пайдо бўлади. Целиакия бор беморларда хатти-ҳаракат ва кайфиятнинг бузилиши, қон зардобиди аминокислоталарнинг ноноормал концентрацияси кузатилиши мумкин. Катта ёшли беморларда бош мия атрофияси натижасида пресениал деменция бўлиши мумкин.

3.2. УМУМИЙ КЛИНИК ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Қоннинг умумий тахлили

Функционал характердаги ичак касалликлари қон тизимида ўзгаришлар чақирмайди. Ингичка ва йўғон ичакнинг бошқа барча хасталикларида турли кўринишдаги гематологик ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Камқонликнинг пайдо бўлиши ярали колитларда, ўсмаларда, бавосил ва тўғри ичакнинг ёрилишларида ўткир ва сурункали қон кетишлари билан боғлиқ. Бундай ҳолатларда темир танқислиги камқонлиги ривожланади.

Ярали колити бор, узоқ вақт сулфазалин қабул қилувчи беморларда баъзан фолат кислотаси етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади, бу препарат фолат кислотанинг сўрилишини секинлаштиради. Витамин В₁₂ ва фолат кислота етишмовчилигида умумий қон тахлили қон яратишнинг мегалобластик типини; гиперхром макроцитар камқонлик; эритроцитларнинг ўртача диаметрининг катталашуви; базофил ва оксифил мегалобластларнинг пайдо бўлиши ва бошқаларни кўрсатади.

Пернициоз камқонлик умумий вариабел гипогаммаглобулинемия (УВГГГ) бор беморларда ҳам ва айрим ҳолларда касалликнинг бошқа клиник белгилари юзага келишидан илгари кузатилади. Камқонликнинг сабаби ички омил етишмовчилиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Аммо ҳозиргача унга ёки париетал хужайраларга циркуляциядаги антитаналар аниқланмаган бўлса ҳам, УВГГГ бор беморларда тўлиқ ичак метаплазияси ва ахолияси билан гастритнинг оғир атрофик тури равожланиши аниқланган.

Яққол намоён бўлган секретор диареяси бор беморларда умумий қон тахлилида плазма ҳажмининг камайиши, яъни қон қуюқлашиши билан боғлиқ гемоглобин ортиши ва эритроцитлар миқдорининг кўпайиши кузатилиши мумкин.

Лейкоцитлар сонининг ўзгариши. Ичакнинг лимфома, бошқа ёмон сифатли ўсмалари ва яллиғланиш касалликларида лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан лейкоцитоз ва ЭЧТ ортиши пайдо бўлади. Экссудатив

энтеропатия синдроми бор беморларда лейкопения аниқланади ва бу ошқозон-ичак трактига маълум миқдорда лейкоцитларнинг пасайишини тушунтиради. Номмаълум генезли ичак патологияси бор беморларда турғун ва яққол эозинофилия, аллергик энтеропатия, эозинофил энтерит ёки эозинофил гранулема белгилари билан кузатилади.

Қоннинг биокимёвий таҳлиллари

Қоннинг биокимёвий спектрининг орқада қолиши сўрилишнинг бузилиши бор беморлар учун хос. Сўрилишнинг бузилиши синдромининг II-чи оғирлик даражасида сув-электролит, оксил ва липидлар алмашинувининг селектив бузилишлари пайдо бўлади. Улар учун қонда калий, натрий, кальций, триглицеридлар, холестерин концентрациясининг камайиши; гипоалбуминемия ҳисобига диспротеинемия хос. III - оғирлик даражасида гипопропротеинемия, гипохолестеринемия, гипокальциемия, гипокалиемия, гипомагниемия, гипоферриемия пайдо бўлади. Организмда электролитлар етишмовчилиги бор беморларда метаболик ацидоз ва алкалоз ривожланиши мумкин. Қонда у ёки бу модда концентрациясининг камайишида, озиқ моддалар тўқима етишмовчилигининг ривожланиши ҳам диагностик аҳамият касб этади. Гомеостаз қонга тўқималардан ёмон сўрилувчи моддаларнинг тушишининг ортиши ҳисобига нормал сатҳда сақланиши мумкин.

Сийдик таҳлили

Сўрилишнинг бузилиши оғир синдромида ва ичакнинг массив резекциясидан сўнг ахлат билан маълум миқдорда сувнинг йўқотилиши билан боғлиқ ҳолда сийдикнинг суткалик миқдори биров камаяди. Камдан-кам ҳолларда оксалатурия кузатилади. Унинг пайдо бўлиши сабаби нормада оксалатлар кальций билан боғланади ва ичакда эримайдиган тузлар ҳосил бўлади. Ёғлар сўрилишининг бузилишида охириги махсулотлар кальций билан осон бирикиб, абсорбцияланмайдиган совунларни ҳосил қилади. Ичакда қолган кўп миқдордаги оксалатлар сўрилади ва организмдан буйрақлар орқали чиқарилади. Бунинг натижасида кўпроқ сийдик-тош касаллиги ривожланади.

Копрологик текширувлар

Суткалик ахлат миқдорини, ошқозон-ичак тракти бўйлаб озик моддаларининг ҳаракатини аниқлаш (карболен синамаси ёки радионуклид усул натижаларига кўра), макроскопик ва микроскопик текширувлар катта диагностик аҳамиятга эга.

Нормада ахлатнинг суткалик порцияси миқдори 300 г дан ошмайди, ичакдан пассажи эса 24-72 соатни ташкил қилади.

Ахлатни кўриш ташхис учун ҳам етарлича аҳамият касб этади. Диареяда ахлатда сув миқдори ортади, у дастлаб бўтқасимон, сўнгра суюқ, умуман сувли бўлади, ахлатнинг тиниқ-сарик ёки яшил рангда бўлиши унда кўп миқдорда ўт кислоталари бўлишидадир, (хологен диарея учун хос). Оч ва хатто оқ (аҳолик) ахлат ўт ажралиши бузилган беморлар учун хос. Ҳажмий бўтқасимон ёки суюқ ахлат, ёғли (ялтироқ) ахлат унда кўп миқдорда ёғ борлигидан дарак беради (стеоторея). Суюқ, кўпиксимон оч-сарик рангдаги кислотали бижғиган хидли ахлат углеводларнинг сўрилиши бузилган беморлар учун характерлидир. Бадбўй хидли ахлат унинг таркибидаги оксилнинг ортиши, бактериялар кўпайиши учун етарли шароит бўлишидан дарак беради.

Қонли ахлат қон кетиш манбасининг локализациясига қараб турлича бўлади. Қанчалик қон кетаётган соҳа юқорида жойлашса, ахлат шунча тўқ рангда бўлади. Ахлатда шиллик ва айниқса йирингнинг бўлиши яллиғланиш жараёни белгиси ҳисобланади. Қора ахлат – ошқозон ёки ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиш белгиси ҳисобланади.

Ахлатнинг микроскопик ўрганиш, сўрилишнинг бузилиш синдроми борлигини тасдиқлашда ёрдам беради, бунда ахлатда кўп миқдорда ҳазм бўлмаган мушак толалари, крахмал ва ёғ бўлиши хос. Ичакда яллиғланиш жараёни белгилари – йиринг ва қон бўлиши билан аниқланади. Бу вақтда копрограмма ошқозон-ичак трактида ҳазм жараёнининг самарадорлигини тўлиқ аниқлаш имконини бермайди, кўзгалган ичак синдроми бор беморларда моторика бузилганда кузатилиши ҳам мумкин.

Гижжа ёки паразитар инвазияга шубҳа қилинганда, оддий патоген флора ва гижжа тухумлари учун қайта ахлат таҳлили (7-8 мартагача) ўтказиш зарур. Ахлатда амёба ва лямблияларни аниқлашда ахлат дефекациядан сўнг текширилади.

Яширин қон кетиш ташҳисининг қайта текширувида қон пигментининг пайдо бўлиши катта аҳамият касб этади. Ахлатда қон пигменти одатда гематин кўринишида бўлади. Баъзан ўзгармаган гемоглобин ҳам тутиши мумкин.

Қон пигментини аниқлаш учун қўлланиладиган барча биокимёвий реакциялар каталитик реакциялар ҳисобланади. Бу реакцияларда 1) кислородга осон берилувчи модда, 2) осон оксидланувчи модда, 3) катализатор иштирок этади. Кислородга осон берилувчи моддалар сифатида озонланувчи скипидар, водород пероксиди ёки барий пероксиди қўлланилади. Осон оксидланувчи моддалар жуда кўп: бензидин, фенолфталеин, пирамидон ва бошқаларни кўрсатиш мумкин.

Вебер реакцияси ва бензидин билан Грегерсен реакцияси кўпроқ талаб қилинади. Вебер реакцияси суткасига 30 мл гача қон ажралгандагина мусбат ҳисобланади. Грегерсен реакцияси суткасига 15 млдан ошувчи қон кетаётганда аниқланади. Бундан ташқари, гўшт таркибида гем бўлиши ҳисобига сохта мусбат натижа ҳам бериши мумкин.

Ошқозон-ичак трактидан қон кетиш даражаси ва ахлатда қон эритроцитлар бўлиши ҳақидаги тўлиқ маълумотни нишонланган ^{51}Cr қўллаш билан адионуклид усули беради. Беморнинг гепаринлашган қонига $\text{Na}_2^{51}\text{CrO}_4$ эритмасини 30-60 мин давомида қўшиш натижасида ^{51}Cr эритроцитларга кириб, гемоглобиннинг оқсил қисми - глобин билан боғланади. Бу вақтнинг охирида 70-80% хромнинг охирги фаоллигида эритроцитларга бирикади. Нишонланган ^{51}Cr билан эритроцитлар моддаси беморга киритилгандан сўнг 24 соат давомида ўз радиоактивлигини йўқотмайди. ^{51}Cr нинг ўлган ва тирик эритроцитлардан ажралиши нормада суткасига 5% ни ташкил қилади,

шунинг учун ^{51}Cr нинг қондаги концентрацияси нисбатан кам ўзгаради ва нишонланган эритроцитлар амалда ошқозон-ичак трактига тушмайди.

^{51}Cr нинг ахлат билан ажралиш миқдори қоннинг миллилитрлари эквивалентида аниқланади. Нормада ошқозон-ичак трактидан ўтувчи ^{51}Cr , миқдори 0-2 мл қон эквивалентини ташкил қилади. Радиоактив хром амалда ахлат билан бирга эритроцитлар таркибида ажралади, шунинг учун ахлатнинг радиоактивлигида қон кетишни тушуниш керак. Бу усулни қўллаш натижасида суткасига 100 мл қон кетишидагина ахлатда мелена кузатилиши мумкинлигини кўрсатади.

Маълум вақт давомида ахлатда ^{51}Cr миқдорини аниқлаш орқали, йўқотилган қоннинг суткалик миқдори, хатто қон кетишнинг ортиши ёки камайиши ҳақида фикрлаш мумкин.

3.3. ИММУНОЛОГИК УСУЛЛАР

Иммун бузилишлар ичакнинг кўп касалликларида ривожланади. Иммун статуснинг орқада қолиши кўпроқ иккиламчи характерда бўлади. Турли этиологияли экссудатив колопатияси бор беморларда қон плазмасида иммуноглобулинларнинг асосий гуруҳларини камайиши патологик ўзгарган йўғон ичак орқали қон оқсилларининг йўқотилишининг ортиши билан боғлиқ. Бу синдром ва унга боғлиқ иккиламчи иммун етишмовчилиги йўғон ичакнинг катта ҳажмли резекцияларидан сўнг қорин орти лимфатик тугунлари лимфопролифератив касалликларида, глютен энтеропатия ва айрим беморларда оғир алиментар дистрофияларда кузатилади. УВГГГ бор беморларда иммунологик етишмовчилик генетик детерминланган, яъни бирламчи характерда бўлади.

Шуни эсда тутиш керакки, сўрилишнинг бузилиши синдроми билан иммунотанқисликнинг бирга келиши кўпроқ УВГГГ учун хос. Шунинг учун сўрилиш бузилиши синдроми II ва III оғирлик даражаларида, беморларда зардоб иммуноглобулинларининг барча гуруҳлари концентрациясини

аниқлаш кўп холларда бирламчи иммунотанқисликни ташхислаш имконини беради.

Айниқса α - занжир касалликларини ташхислашда иммунологик текширувлар катта аҳамият касб этади. Бу касалликда енгил занжирдан озод бўлган ва интакт Fc-фрагмент тутувчи ва Fd-фрагментнинг асосий қисми йўқотилишидан хосил бўлган нотўлиқ иммуноглобулинлар ажралади. Зардоб оксилларининг иммунокимёвий тахлилида α_2 и β соҳасида одатий бўлмаган кенг жойлашган патологик оксиллар аниқланади. Патологик оксил оғир α -занжирларга антизардоб билан таъсир қилади, β ва λ -енгил занжирларга антизардоб билан таъсир қилмайди.

α -занжир касалликларида флюоресцентли моноспецифик антизардоб ёрдамида пролиферацияланувчи хужайралар, енгил к- ва λ -занжирлар билан секретланмайдиган иммуноглобулинлар аниқланади. Аномал хужайралар анти-IgA-зардоб сифатида турғун специфик бўялади, антизардоб к, γ -занжирлар, антизардоб к- ва λ -енгил занжирларга реакция қўллаганда кузатилмайди.

3.4. ҚОН ЗАРДОБИ ГОРМОНЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

Хайвонларда ўтказилган тажрибалар ва клиник текширувларда электролит эритмалари билан одам йўғон ичаги перфузиясини қўллаш натижасида барча гормонлар ва бошқа биологик актив моддалар таъсири натижасида ичакдан сув ва ионларнинг сўрилиши ва секрециясига таъсир қилиниши аниқланган. Улар ошқозон-ичак трактининг мотор функциясига маълум даражада таъсир кўрсатади. Бу текширувлар ёрдамида эндокрин касалликлар ва ўсмаларда ишлаб чиқувчи гормонлар таъсирида ичак функциясининг бузилиш механизми кашф этилган, замонавий радиоиммун усуллар одам биологик бўшлиқларида гормонларни текшириш бу касалликлар ташхисотида янги эра очди. Кўпроқ гормонал диареялар (эндокрин) ташхисотида ажойиб ютуқларга эришилди. Буларга сабаб ичак бўшлиғида сув ва ионлар секрециясини тезлаштирувчи ичак гормонлари

продукциясининг ўта кўплигидир. Скрининг-тест сифатида сурункали диареяли беморлар қонида ҳазм тракти гормонларини аниқлаш қўлланилади.

3.5. СЎРИЛИШНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Клиника амалиётида асосан йўғон ичакнинг сўриш функциясини бевосита (тўғридан-тўғри) аниқлаш усуллари қўлланилади, улар ёрдамида сўрилиш тезлиги ва ичганда ёки зонд орқали киритилган турли хил моддаларнинг қон, сўлак, сийдик ва ахлатда пайдо бўлиши миқдорини аниқлаш мумкин.

Абсорбцион тестларнинг методик хусусиятларига кўра зўриқишли, балласт ва тўғри усулларга бўлинади.

Зўриқишли синамалар ичиш учун белгиланган тест моддасининг қон ёки сийдикда аниқлаш учун тавсия этилган. Уларга шакар, витаминлар ва тузли эритмалар билан зўриқтириш синамалари киради.

Балласт усули ичишга берилган ва ахлат орқали ажралган модда миқдорлари орасидаги фарқни аниқлашга асосланган.

Тўғри усуллар перфузион эритма таркибида ичак сегментида киритилувчи моддаларнинг сўрилиш тезлигини аниқлашга асосланган.

Зўриқишли абсорбцион тестлар

1. Глюкоза ёки бошқа гексозалар билан синама ўтказиш (галактоза, фруктоза билан).

Эрталаб нахорда қон глюкозага текширилади ва беморга 50 г глюкоза 400 мл сув билан ичишга берилади (ёки бошқа моносакхарид). Сўрилиш функциясининг кўрсаткичи сифатида зўриқишдан сўнг 15 минут ўтгач, қонда глюкозанинг ўсиши белгиланади. Сўрилишнинг бузилишида қонда глюкоза 1 ммоль/л гача ўсиши кузатилади.

2. Дисахаридлар билан синама ўтказиш (лактоза, сахароза, мальтоза).

Бу текширув ҳам юқоридаги каби натижа беради. Қондаги глюкозанинг оз миқдордаги ўсиши (1 ммоль/л гача) дисахаридларнинг мембранали гидролизи бузилишидан дарак беради. Бу ҳолатда глюкоза билан синама

ўтказиш мақсадга мувофиқ. Қонда глюкозанинг кўп миқдордаги ошиши мембранали ҳазмнинг бузилиши, паст миқдорда бўлиши эса сўрилишнинг бузилишидан далолат беради.

3. Витамин В₁₂ билан синама ўтказиш.

Нахорда мушак орасига 0,25 мг карбаҳолин беморни ички омили - секрецияни стимуллаш мақсадида юборилади. 15 минутдан сўнг ичиш учун 20 мл сувга нишонланган ⁵⁸Со, 2 мкг витамин В₁₂ берилади. Нормада 24 соат давомида ахлат орқали киритилган дозадан 20% и ажралади. Бу кўрсаткичнинг пасайиши организмда витамин В₁₂ етишмовчилигини кўрсатади.

4. Витамин А билан синама ўтказиш.

Қонда витамин А миқдорини аниқлаш учун 6 соат давомида (1 соат интервал билан) зўриқишдан сўнг 500 000 МБ бу модданинг ёғли эритмаси юборилади. Ясси эгри чизиқ витамин А нинг ёмон сўрилишини кўрсатади.

5. Калий йодид билан синама ўтказиш.

Ичиш учун 0,25 г калий йодид 250 мл сув билан бирга берилади ва сўлакда йод пайдо бўлиш вақти аниқланади. Сўлак ҳар 2 мин давомида 10% крахмал эритмаси тутувчи пробиркаларга йиғилади. Нормада сўлакда йод 12 мин.дан сўнг пайдо бўлади. Йод мавжуд бўлса, крахмал эритмаси кўкаради.

6. Темир билан синама ўтказиш.

Ичиш учун фаолликдаги 5 мг ⁵⁹Fe ва 100 мл сувда эритилган 0,1 г аскорбин кислотаси берилади. Ахлат йиғилади ва унинг радиоактивлиги аниқланади. Нормада 80% гача радиоактив темир ажралади, қолганлари сўрилади.

7. d-ксилоза билан синама ўтказиш.

Ичиш учун 5 г d-ксилоза берилади ва сийдикнинг 2- ва 5-соатли порцияларда унинг экскрецияси аниқланади. Нормада 1,2 г 2 соат давомида ва 5 соатда 2,5 г ксилоза ажралади.

Балласт синамалари

1. Ван-Де-Камер усули

Усул суткалик ахлат таркибидаги нейтрал ёғ ва ёғ кислоталарини биокимёвий аниқлашга асосланган.

Ахлат 72 соат давомида йиғилади. Йиғиш давомида тўпланма совуқ ҳолатда сақланади. Сийдик билан ифлосланишига йўл қўйилмайди. Ахлат йиғишдан 2 кун олдин овқат билан суткасига 50-150 г ёғ қабул қилиш зарур.

Ёғнинг сўрилиши қуйидаги формула ёрдамида аниқланади:

$$\text{Ёғларни сўрилиши (\%)} = \frac{\text{Тушаётган ёғ} - \text{чиқаётган ёғ}}{\text{Тушаётган ёғ}} \times 100$$

Титрометрия усули билан ахлатда умумий ёғ ва ёғ кислоталарининг миқдори аниқланади, нормада ахлатда липидлар 60-80% ни ташкил қилади. Нормада умумий оқсил миқдори 5-6 г/сут.дан ортмайди. Ёғларнинг ҳазм қилиниши бузилган беморларда нейтрал ёғ ҳисобига стеаторея кузатилади. Сўрилишнинг бузилишларида стеаторея озод ёғ кислоталари билан характерланади.

2. Радионуклид усули.

Текширув нишонланган ёғ (^{131}I -олеин кислотаси ва ^{131}I -триолеатглицерин) қўллашга, ахлат ва қоннинг радиоактивлигини аниқлашга асосланган. Ёғ сўрилиши бузилганда ахлатнинг радиоактивлиги ортади, қонда эса нормал кўрсаткичларга нисбатан камаяди.

Бевосита абсорбцияланувчи тестларнинг диагностик аҳамияти деярли бир хил. Бу усулларнинг умумий камчилиги ошқозон, жигар, буйракларнинг эвакуатор функцияси, ошқозон ости безининг эндосекретор функциясининг ҳолати ҳисобланади. Улар фақат абсорбция бузилишининг II ва III оғирлик даражаларида аниқланади.

3.6. ИЧАКНИНГ МОТОР-ЭВАКУАТОР ФУНКЦИЯСИНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Ичакдаги масса проксимал ва дистал сегментларидаги босимлар фарқи ҳисобига каудал йўналишда ҳаракатланади. Ичак массасининг ҳаракат тезлиги ва ҳажми бу градиентнинг катталиги, ичак диаметри ва ичак

массасининг ёпишқоқлиги билан коррекцияланади. Бу кўрсаткичлар катта ўзгарувчанлиги билан фарқланади. Шундай қилиб, ичак диаметри унинг турли қисмларида турлича, консистенцияси проксимал қисмдан дистал қисмга ўтишда суюқдан каттиққа ўтади. Бу билан ичак моторикаси ҳақида тўлиқ маълумот олиш қийин.

Кўплаб ичак касалликлари асосида ҳаракат функциясининг бузилиши ётади, шунинг учун тўғри ташхис қўйиш ва самарали даволашда бу бузилишларнинг хусусиятлари тўғрисида маълумотга эга бўлиш керак. Тўлиқова (1997) бўйича йўғон ичак мотор фаолиятининг барча функционал бузилишлари 2 катта гуруҳга бўлинади:

1. Йўғон ичак ҳаракат фаолиятининг параметрлари ўзгаришини ўз ичига олувчи кологен бузилишлар:

- а) ичак девори тонусининг ўзгариши (гипо-, атония ёки гипертонус);
- б) ичак ичи босими градиентининг ўзгариши;
- в) ичак девори фаолиятининг умумий вақтдаги ўзгариши;
- г) амплитуда-вақтли характеристикаси ва мотор фаолиятининг тўлқинлар типининг нисбатининг ўзгариши;
- д) функционал тестларга реакцияларнинг бузилиши (озуқали, электрик, механик, фармакологик стимуляциялар).

2. Тўғри ичак ва унинг қисувчи аппаратининг функционал ҳолатининг турли патологик орқада қолишини ўз ичига олувчи проктоген бузилишлар:

- а) ректоанал рефлексининг бузилиши;
- б) тўғри ичак резервуар функциясининг ўзгариши;
- в) тўлганда тўғри ичак сезувчанлигининг бузилиши;
- г) орқа чиқарув ички сфинктерининг спазми;
- д) кучанишда ков-тўғри ичак мушаклари реакциясининг бузилиши.

Кўпгина экспериментал текширувларга қарамасдан, клиник амалиётда қисқарувчанлик ва электрик фаолликни рўйхатга олувчи етарли даражада техник усуллар борлигига қарамай, моториканинг асосий текширув усули сифатида рентгенологик усул бўлиб қолмоқда.

Ошқозон ва ичак мотор фаолиятини баҳолашда мавжуд усулларни 6 гуруҳга бирлаштириш мумкин:

1. Ичак ичи босимини регистрация қилишга асосланган усуллар.
2. Ошқозон ва ичак биопотенциалларини регистрация қилишга асосланган усуллар (электрофизиологик).
3. Фонография.
4. Радиотелеметрия.
5. Рентгенологик усуллар.
6. Бўялувчи, рентгеноконтраст ёки радионуклид белгиларни қўллашга асосланган усуллар.

1. Ичак ичи босимини рўйхатга олувчи

Бу гуруҳга ичак ҳаракат фаоллигини рўйхатга олувчи усуллар киради. Биринчи марта текширув 1902 йили W.Bayliss ва E.Starling томонидан операция қилинган хайвонларнинг чегераланган ичак қовузлокларида ва W. Cannon томонидан рентгенологик усул ёрдамида ўтказилган. Кейинчалик зондни қўллаш усуллари кенг қўлланила бошлади: баллонография, очик катетер усули, тензометрия, рентгеноэнтерография ва импедансография. Асосан ингичка ичакнинг маълум қисмлари ёки йўғон ичакнинг энг қулай дистал қисмлари моторикаси ўрганилган. Бу усуллар ичакларнинг турли нуқталарида бўшлиқ ичи босимини рўйхатга олиш ва перисталтик ҳаракатни кузатиш имконини беради. Бу усулларнинг умумий камчиликлари шундаки, олинган қийшиқ чизиқлар қорин ичи босими ва зонд ҳаракатининг ўзгаришида белги қолдиради.

Баллонографик усул

Ичак қисқаришларини рўйхатга олувчи баллонографик усул ўрганилаётган ошқозон-ичак тракти соҳаси бўшлиғига киритилган баллонда босимни ўлчашга ва кимографда олинган натижаларга асосланган.

Ичакка ингичка резинадан тайёрланган баллончик тутган зонд киритилади. Ингичка ёки йўғон ичакка баллончик ўрнатилгандан сўнг, унинг бўшлиғи ҳаво ёки сув билан система ёрдамида тўлдирилади, ичак деворлари

қисқаришлар чақирган системадаги босим ўзгариши график равишда рўйхатга олинади. Бу усул ошқозон-ичак тракти мотор фаолиятининг барча уч ритмини - базал, минутли ва соатли, ёки ультрадианли ритмларни рўйхатга олиш имконини беради. Ҳаракат фаоллигини баҳолаш айрим тўлқинлардан иборат ритмик ва тоник характеристикага; мотор индекси сарфи; ишлаш ва нисбатан тинчлик давлари давомийлигига асосланган. Бу усулни қўллаш давомийлигига қарамай, камчилиги шундаки, олинган натижаларнинг нофизиологиклигидир. Биринчидан, баллон ичак механорецепторларининг қўзғалишини чақиради, бу эса мотор функциясини ўзгартиради. Иккинчидан, ичак бўшлиғи обтурацияси, химуснинг оқими ва ўрганилаётган сегмент моторикаси бузилишига сабаб бўлади. Учинчидан, натижалар бутун ичак моторикаси ҳақида тўлиқ маълумот олиш имконини бермайди.

Очиқ катетер усули

Бу усулда ўрганилаётган ичак қисмига суюқлик билан тўлдирилган диаметри 1,5-2 мм ли катетер киритилади. Суюқлик сатҳи қабул қилинади ва системага ичак бўшлиғидаги босимнинг ўзгариши график ёзувлар кўринишида берилади. Бу усул юқоридаги усулга қараганда, физиологик ҳисобланади ва кўплаб кашфиётчилар томонидан қўлланилади. Аммо унда ҳам етарлича камчиликлар мавжуд, олинган маълумотлар нафақат бутун ичакка, балки битта сегментга тегишли бўлиб, аниқ чегарага эга эмас. Охириги вақтда бу камчиликларини камайтириш мақсадида ичакнинг бир қанча соҳаларида бир вақтнинг ўзида маълумот олиш имконини берувчи кўп тешикка эга катетерлар қўлланила бошлади.

Бўшлиқ ичи босими кўрсаткичлари тахлили турли усуллар билан ўтказилади. Бўшлиқ ичи босими даражаси асосида ичак тонуси, мотор индекси аниқланади, қисқаришлар шакли ва ритми, уларнинг частотаси ва амплитудаси баҳоланади, соат олди ритми давомийлиги, ишлаш ва тинчлик даври давомийлиги ўлчанади, қуйи ва юқори қисмлари перисталтикаси тўлқинларининг тарқалиш синхронлиги характерини беради.

Орқа чиқарув ички ва ташқи сфинктерларининг функциясини текшириш учун Шустер зонди қўлланилади [Schuster M.M. et al., 1965]. У икки баллонли металл цилиндр бўлиб, баллонлардан бири орқа чиқарув ички сфинктери, иккинчиси эса ташқи сфинктернинг қисқариш кучини ўлчаш учун қўлланилади. Тинчлик вақтида орқа чиқарув каналидаги босим секин ва жуда секин тўлқинлар кўринишида, амплитудаси нисбатан 50-250 мм сув.ус. ва 300-1000 мм сув.ус., қисқариш частотаси 10-20 ва 1-2/1 мин ёзиб олинади. Бавосил, идиопатик қабзият ва Гиршпрунг касаллиги билан оғриётган шахсларда босим кўрсаткичлари тинчлик вақтида бироз ошган. Гиршпрунг касаллигида бундан ташқари, тўғри ичак тортилиши натижасида орқа чиқарув каналининг релаксацияси кузатилмайди. Қабзиятда беморда стимулланган нажас чиқаришини, инерт йўғон ичак мажуд бўлган бемордан фарқлаш имконини беради.

Тензометрик усул

Тензометрия усули махсус операция ўтказилган ҳайвонларда, тажрибалар ўтказиш физиологиясида қўлланилади. У тензосезувчан элементларнинг деформацияларида электрик қаршилигини ўлчашга асосланган. Ингичка резинали найча кўринишидаги, кўмир кукуни билан тўлдирилган қаршилик датчиклар ёки ингичка металл ўтказгичлар, ичакларнинг мушак ва сероз қаватлари орасига имплантацияланади. Аъзо қийшиқлигининг ўзгариши, осциллографияда рўйхатга олинандиган тензоэлементлардаги қаршилиқни ўзгартиради.

Импедансография

Ичак моторикасини текшириш усуллари ишлаб чиқишдаги муваффақиятлар зондли импедансография қўллаш билан боғлиқ. [Попова Т.С. 1991]. Импедансография асосида ичак моторикасини аниқлашнинг 2 усули маълум, яъни ичакларнинг айрим қисмлари электрик занжирлари тўлиқ қаршилигини аниқлаш (импеданса). Тўғри импедансография усули ичак девори мушак қаватига киритилган икки халқали электродлар орасида юзага келувчи потенциалларнинг ўзгаришига асосланган. Бу усул тажриба

хайвонларида ичак силлиқ мушакларининг нисбатан узайиши ва унинг деворлари қисқариш жараёнини реал баҳолашда қўлланилади. Билвосита импедансография инсон ичаги бўшлиғига киритилган зондда жойлашган электродлар ёрдамида электрик импедансларнинг ўзгаришига асосланган. Бу усул ёрдамида ичакнинг кўндаланг кесилган соҳасидаги ўзгариш тўғрисида тўлиқ маълумот олиш ва унинг мотор фаоллигини объектив баҳолаш мумкин.

2. Ичак электр фаоллигини баҳолаш усуллари

Ичакнинг электрик фаоллиги ичак деворлари биопотенциалларини ёзиб олиш йўли билан ўлчанади. Бу мақсадда экспериментал шароитларда ичак деворига киритилган электродлар ёрдамида тўғри электромиография усули қўлланилади. Олинган электромиограмма миокардда аналогик кечувчи ичак силлиқ мушакларидаги электрик жараёнларни белгилайди ва экспериментал шароитларда кенг қўлланилади.

Ичак силлиқ қавати юзасида электроэнтерограмма ёзиб олишда кўпгина олимларнинг фикрича, фақат секин тўлқинларни ёзиб олиш мумкин, мушак қисқаришларини кўрсатувчи битишмалар бу усулда олинмайди. Бу ичак девори билан электродларнинг контактини яратиш имконини бермайди: электрод ичак деворига фақат фаол қисқариш вақтида зич бирикади. Шунинг учун бу турдаги текширув усули амалиётда қўлланилмайди.

Ошқозон-ичак тракти маълум қисмининг ритмини белгиловчи биопотенциалларни аниқлаш мақсадида ясси чизиқли фильтрация (0,02-0,03 Гц) қўлланилади. Ясси чизиқли филтрларни қўллаш билан қўл-оёқлардаги биопотенциаллар тармоқларидан олинган ёзувлар ошқозон ва ичакнинг турли қисмларидан келувчи потенциалларнинг ўзгариши характерини кузатиш мумкин. В.Г.Ребров томонидан бу ритмларни қайд қилиш ва ажратиш учун махсус восита ЭГС-4М асосида ЭВМ да спектрал тахлилларни кўрсатувчи ошқозон-ичак трактининг турли қисмлари фаолиятини рўйхатга олишда ишлатилади. Бунда доимий ток режимида 0-1 Гц чизиқларни юқори сезувчан кучайтиргичлар ёрдамида бошқа аъзоларнинг юқори частотали

потенциаллари электрограммаларига келувчи тўлқинларни чеклаш ва тўлқинни миқдорий тўғрилаш ўтказилади.

Ошқозон ва ичакнинг турли қисмларининг секин электрик фаоллигини характерловчи 5 типдаги доминантли биоритмлар фарқланади: ингичка ичакнинг проксимал қисми - 0,2 Гц, ингичка ичакнинг дистал қисми - 0,1 Гц, ошқозон - 0,05 Гц ва йўғон ичак - 0,017Гц.

Электроэнтерографияни клиника амалиётида қўллаш ошқозон - ичакнинг турли қисм касалликларида ва ўткир жарроҳлик патологияларида мотор фаоллигини баҳолашда ёрдам беради.

Кўплаб қулайликларга карамай, бемор учун даволаш чоратадбирларининг таъсири ва патологик жараённинг динамикасини кузатиш муҳим, яна шуни эсда тутиш керакки, бу усуллар ёрдамида олинган маълумотлар патологик жараён характери ва жойлашуви тўғрисида тўлиқ маълумот беролмайди.

Периферик полиэлектрография натижалари интеграл характерга эга бўлса-да, ошқозон-ичак тракти турли қисмларидаги локал ўзгаришлар ҳақида маълумот беролмайди, бу усулни ошқозон ва ичакнинг функционал бузилишлари характери ва даражаси ҳақида маълумот беришда, кўмак берувчи рентгенологик усул билан бирга олиб бориш зарур.

3. Фонография

Фонография асосида ҳазм трактининг пропульсив фаоллигини адекват кўрсатувчи ичак шовқинларининг интенсивлигини баҳолаш ва рўйхатга олиш ётади.

Усулнинг камчилиги патологик жараённинг жойлашувини эмас, балки пропульсив функция холати ҳақида тўлиқ маълумот беради.

4. Радиотелеметрия

В.В.Парин (1959) томонидан транзистор, кимирловчи контур ва батарейкадан иборат радиоизотоп кашф этилган. Аппарат инсон ички муҳити комплекс параметрлари тўғрисида тўлиқ маълумот бериш ва рўйхатга олиш хусусиятига эга. Бемор томонидан ютиладиган радиоизотоп ошқозон-ичак

тракти бўшлиғидаги рН, ҳарорат ва босим тўғрисида маълумот узатади. Унинг ёрдамида ичакда перисталтик қисқаришлар кучи ва тонуси ҳолатини ўлчаш, ичак бўйлаб пассаж тезлигини аниқлаш мумкин. Олинган маълумотлар имкониятларига қарамай, бу усул айрим сабабларга кўра тушунарсиз ҳисобланади ва клиник амалиётда кенг қўлланилмайди.

5. Бўялувчи белгиларни қўллашга асосланган усуллар

Ҳазм тракти бўйлаб ичак массасининг пассажи тезлиги тўғрисида тасаввурга эга бўлишда нонуштага қўшиладиган белгилар (маркерлар) қўлланилади. Маркерлар сифатида кўпроқ карболен ёки кармин 0,5 г дозада ишлатилади. Нормада 24-48 соатдан сўнг ахлат қизил (карминли) ёки қора (кўмир) рангда бўлади. Эвакуатор функциянинг ҳолатига қараб ахлатнинг бўялган порцияларини пайдо бўлиш вақти қисқаради ёки узунлашади.

Транзит тезлигини ўлчаш учун бундан ташқари, ^{99m}Tc нишонланган нонушта, ундан кейин сканерлаш қўлланилади.

А.Рогозин (1990) томонидан рентгеноконтраст маркерларни (капсулалар) қўллаш билан ичак эвакуатор функциясини текшириш таклиф этилган. Диаметри 3-3,5 мм ли капсулалар тиббий пластмассадан тайёрланади ва барий сульфат билан тўлдирилади, овқат химуси нисбий зичлигига яқин $1,2 \text{ г/см}^3$ зичликка эга бўлади.

Методикаси: Бемор 50-60 та синама капсулаларни нонушта билан қабул қилади. 24 соатдан сўнг қорин бўшлиғи рентгенографияси ўтказилади. 48 ва 72 соатда керак бўлса қайта рентгенография ўтказилади. Рентгенограммаларда ичакнинг турли қисмларида жойлашган капсулалар саналади. Нормада 24 соатдан сўнг йўғон ичакда 10-15% капсула қолади.

Қабзиятларда 24-48 соатдан сўнг бутун йўғон ичак бўйлаб қисман текис бўлиб капсулалар жойлашади. Колостазда 70-80% капсулалар ўнг ёки чап йўғон ичак қисмида тўпланади.

Шундай қилиб, бу усул йўғон ичакнинг мотор-эвакуатор фаолиятининг функционал ҳолатини объектив баҳолаш имконини беради.

6. Йўғон ичакнинг мотор фаолиятини радионуклидли текшириш

Йўғон ичак мотор фаолиятини текшириш учун РФ колопроктология Давлат илмий текшириш марказида (ГНЦК) МЗ РФ энтероколосцинтиграфия ва сцинтидефекография қўллаш йўлга қўйилган. Энтероколосцинтиграфия ёнбош ва чамбар ичаклар бўйлаб ичак массаси транзитини аниқлашда, сцинтидефекография эса тўғри ичакнинг эвакуатор функциясини текширишда қўлланилади.

Бу усулларни комплекс қўллаш йўғон ичакнинг мотор функцияси бузилишларини 3 гуруҳга бўлишга имкон яратади.

1. Сцинтидефекографияда чамбар ичак бўйлаб нормал транзит аниқланган тўғри ичак эвакуатор функциясининг проктоген бузилишлари.
2. Тўғри ичак нормал эвакуатор функциясида чамбар ичак бўйлаб транзитнинг кологен бузилишлари.
3. Аралаш бузилишлар.

Нормада эвакуациянинг умумий вақти $13,6 \pm 1,07$ с, ярим чиқиш вақти $6,8 \pm 0,58$ с, қолдиқ ҳажм катталиги - $5,1 \pm 0,9\%$ ни ташкил қилади. Бу кўрсаткичларнинг ортиши, тўғри ичак эвакуатор функциясининг бузилишидан дарак беради.

Энтероколосцинтиграфия сўрилмайдиган радиофармацевтик препарат тутувчи оддий овқатнинг ўтишини белгилловчи динамик эгри чизиқларнинг пайдо бўлишига асосланган.

Энтероколосцинтиграфия натижаларининг қиёсий тахлили йўғон ичак бўйлаб ичак массаси транзити секинлашувининг 3 даражага ажратади. Интервалларнинг ўртача 2-4 мартага ортиши транзит секинлашувининг энгил даражаси, бу диетага осон коррекцияланади. 5-6 марта катталашуви ўрта даражасини, ёки мотор бузилишларнинг субкомпенсациясини билдиради. Кўрсаткичнинг 6 ва ундан ортиши мотор функциясини бузилишини декомпенсацияси белгиси ҳисобланади, бунда консерватив даво самарасиз ҳисобланади.

И.Н.Кабанова (1997) томонидан чамбар ичак бўйлаб ичак массаси транзити бузилишларининг 3 варианты бўлинган.

1- тип: чамбар ичакнинг дистал қисмининг қисқариши проксимал қисми бўйлаб секинлашуви билан;

2- тип: йўғон ичакнинг 2 ва ундан ортиқ аралаш сегментларида транзит секинлашувининг енгил ва ўрта оғир даражаси;

3- тип: ичакнинг бир ёки бир қанча сегментларида транзитнинг секинлашуви ёки «стаз».

Энтероколосцинтиграмма 1- типни йўғон ичакнинг яллиғланиш касалликлари, дивертикулёз ва қўзғалган ичак синдромига тегишли.

Бузилишнинг 2- типни функционал қабзиятлар учун, 3- типни сурункали йўғон ичак колостази учун хос.

3.7. Рентгенологик текширув

Рентгенологик текширув кенг тарқалган текширув усули ҳисобланади. Бунда олдинига обзор рентген текшируви ўтказилади. Бу турдаги текширувда ичаклар ҳолатига, ичак таркибига эътибор бериш керак.

Ичак бўшлиғидаги газ ва суюқликни аниқлаш мақсадида қорин бўшлиғи аъзолари рентгенография қилинади (расм 3.1.).



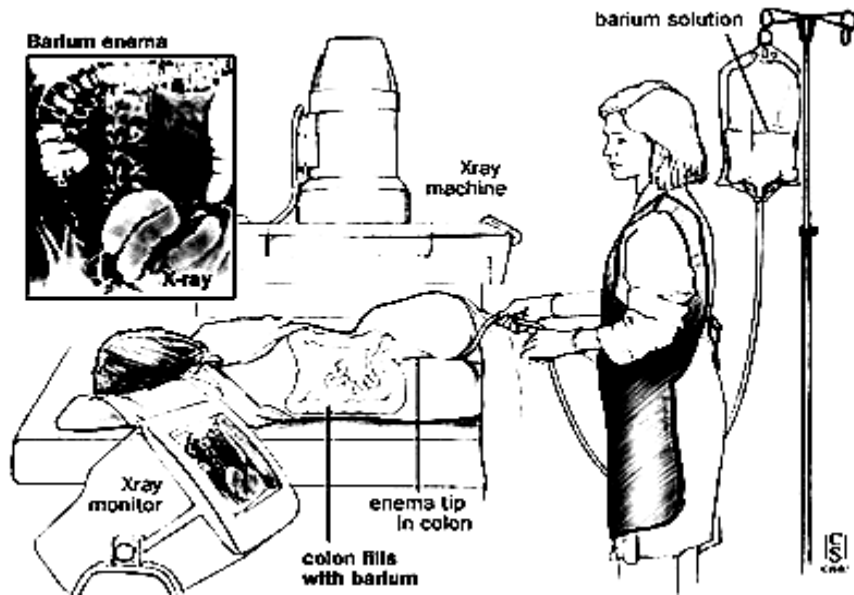
Расм 3.1. Обзор рентгеноскопик текширув. Ўткир ичак тутилишида ичак бўшлиғида кўплаб Клойбер косачалари кўриниб турибди.

Вақтида ва мақсадга йўналтирилган рентгенологик текширув ўтказиш мақсадида рентгенологик текширув босқичма-босқич амалга оширилади. Биринчи бўлиб кўкрак қафаси аъзолари, кейин қорин бўлим аъзолари текширилади.

Кўрсатма бўлган ҳолатларда беморларга контрастли рентген текшируви ўтказилади. Бунда беморларга ичиш учун барий сульфат эритмаси 1000-1500 мл миқдорда берилади ва контраст моддани ҳазм тракти давомида эвакуацияси кузатилади. Бу усул орқали ичак матор эвакуатор ҳолати ўрганилади.

Аномалиялар ва ривожланиш нуқсонлари

Ичак атрезияси, туғма торайишлар ёки кенгайишлар, калталашуви ва узунлашиши ҳамда иккиланиши фарқланади. Йўғон ичакнинг иккиланиши тўлиқ ёки қисман, бир ёки икки орқа чиқарув тешикли бўлиши мумкин. Иккиланиш ирригоскопия ёрдамида аниқланади (Расм 3.2.). Янги туғилган чақалоқларда кузатиладиган йўғон ичакнинг бундай бузилишлари ва фиксациялари педиатрлар амалиётида ҳам кузатилади. Гастроэнтеролог амалиётида кўпроқ чамбар ичакнинг туғма кенгайиши (мегаколон) ва узайиши (долихоколон) , дивертикуллар ва атипик жойлашуви кузатилади. Мегаколон исботи бўлиб ичакнинг бир ёки бир нечта сегментларининг ёки бутун ичакнинг кенгайиши ҳисобланади (Гиршпрунг касаллиги). Патологиянинг бундай кўриниши натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан контраст ҳуқна ёрдамида аниқланади. Ичакнинг торайган соҳаси тўғри ичакдан бироз юқорида жойлашади. Четлари текис бўлади.



Расм 3.2. Ирригоскопик текширув жараёни.

Туғма дивертикуллар йўғон ичакнинг ҳар қандай қисми, тўғри ичакдан мустасно холда, бевосита чап ярми деворининг юмалоқ якка ёки кўплаб шишини кўрсатади. Кўпроқ улар чарви бириккан томонда жойлашади, бу томирлар кирган жойларда мушак қаватининг туғма носозлиги билан боғлиқ. Дивертикуллар хукна ёрдамида контрастлашда, ҳамда барий эритмаси ичилгандан сўнг 24 соат ўтгач ичак кўрилганда аниқланади.

Йўғон ичакнинг атипик жойлашуви одатда чарвининг ривожланиш нуқсонлари билан боғлиқ (*mesenterium ileocolicum commune*). Бундай холларда оч ва ёнбош ичак тутқичлари ўнгда, йўғон ичак эса қорин бўшлиғининг чап томонида жойлашади.

Ҳаракатчан кўричак (*coecum mobile*) нинг ва юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг фиксацияси бузилишига тегишлидир. Ноодатий ҳаракатчан кўричак рентгенопалпацияда яхшироқ аниқланади. Клиник симптоматика ўнг ёнбош соҳада оғриқлар билан характерланади.

Хилайдити синдроми йўғон ичакнинг топографик аномалиясидир (кам холларда ингичка ичакда ҳам): чамбар ичакнинг ўнгга букилиши диафрагама ва жигар орасида жойлашади; клиник кундузи кучаювчи ва кечаси сусаювчи

кориннинг юқори қисмидаги ноаниқ оғриқлар, корин шиши ва қабзият билан кечади.

Функционал бузилишлар

Йўғон ичак мотор функциясининг бузилишини аниқлаш учун ичишга барий сульфат берилгандан сўнг 24, 48 ва 72 соат ўтгач, кўриш усули ўтказилади. Ичакнинг контраст билан тўлишиш ва ундан бўшашиш хусусиятига, пассаж давомийлигига, гаустрлар катталигига, ичак бўшлиғидаги спастик майдонларга, газлар ва суюқликнинг мавжудлигига эътибор берилади.

Бу усулнинг 2 та камчилиги мавжуд. Биринчидан, ирригоскопиядан фарқли унинг ёрдамида йўғон ичакнинг органик зарарланишлари, биринчи навбатда ўсмалардан фарқлаш мумкин эмас. Иккинчидан, барий эритмаси ошқозон-ичак тракти учун физиологик ҳисобланмайди, шунинг учун текшириш жараёнида кузатиладиган тонус ва перисталтиканинг ўзгариши нафақат функционал бузилишлар, балки ичак бўшлиғига тушган контраст моддага бўлган реакция ҳисобланади. Бундан ташқари, функционал қабзиятларда одатда бутун ичакнинг ёки унинг сегментлари мотор функциясининг пасайиши ва тонусининг ортиши ёки камайиши кузатилади. Қабзиятнинг спастик шаклида барийнинг секин пассажи ичакнинг у ёки бу қисмини торайиши ва тонусининг ортиши билан, ҳамда чуқур сегментланувчи гаустрация ҳисобига бўлиши мумкин. Қабзиятнинг атоник шакли ичак тонусининг камайиши, гаустрация бўшлиғи ва юзасининг кенгайиши билан характерланади.

Барий эритмаси қабзиятларда ичакда ушланиб қолади. 72 ва ундан ортиқ вақтдагача аниқланади. Барийнинг ушланиб қолиши сигмасимон ичакда унинг узайиши билан боғлиқ холда кузатилади. Ҳар бир колостаз холатида ўсма, битишмалар ёки яллиғланиш жараёни натижасида чандиқли ўзгаришларда ичак торайишини инкор этиш керак.

Йўғон ичак структур ўзгаришлари билан намоён бўлувчи касалликлар.

Йўғон ичакнинг структур ўзгаришлари диагностикаси учун барий эритмаси билан ретроград тўлдириш усули (ирригоскопия), икки марта контрастлаш мақсадида ичак бўшатиладигач, ҳаво юборилиб, ичак рельефини ўрганиш қўлланилади. Бир вақтнинг ўзида йўғон ичакни ва ёнбош ичакнинг дистал қисмини контраст модда билан тўлдириш зарур. Рельефнинг патологик ўзгариши кўринишини, йўғон ичакни медикаментоз бўшаштириш ёрдамида эришиш мумкин.

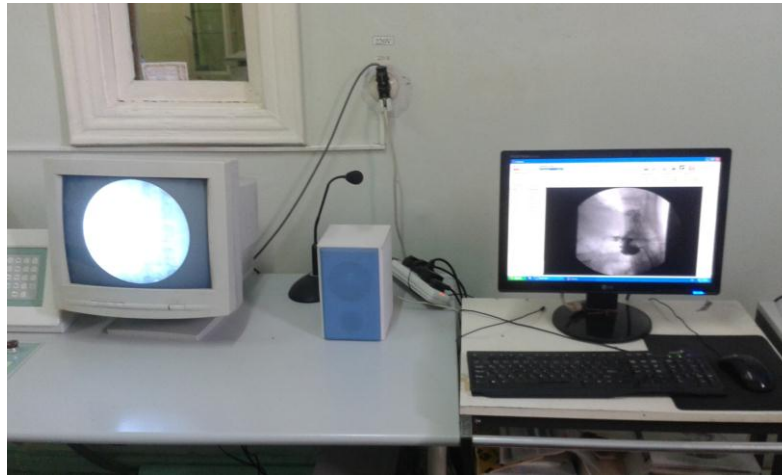
Ирригоскопия колоноскопия билан бирга ҳозирги вақтгача йўғон ичакнинг ўсмалари, Крон касаллиги, ярали колит, ичак сили ва бошқа касалликлари ташхисотида асосий усул бўлиб қолмоқда. Рентгенологик усулнинг бошқа қулайликлари тўғрисида айрим нозологик шаклларга бағишланган бўлимларда келтирилган.

Компьютер ёрдамида рентгенологик текширув.

Кўрсатма бўлган ҳолатларда ингичка ва йўғон ичак касалликларини компьютер ёрдамида рентгенологик текширувдан ўтказилади. Бу усулдаги текширув махсус «Рентген тасвирини олиш» дастури ёрдамида амалга оширилади (Патент №6085. 16.08.1999 й).

Бунинг учун беморга 100-150 мл барий сульфат эритмаси ичиш учун берилади. 15-20 диққадан сўнг текширув бошланади.

Текширув ўтказиш учун, махсус дастур ўрнатилган компьютердан чиққан ўтказгич рентген аппарати «Видеокониға» уланади. «Рентген тасвирини олиш» дастури ишга туширилгандан сўнг рентген аппарати монитори билан бир вақтда компьютер мониторида рентген тасвири кўринади (расм 3.3.).



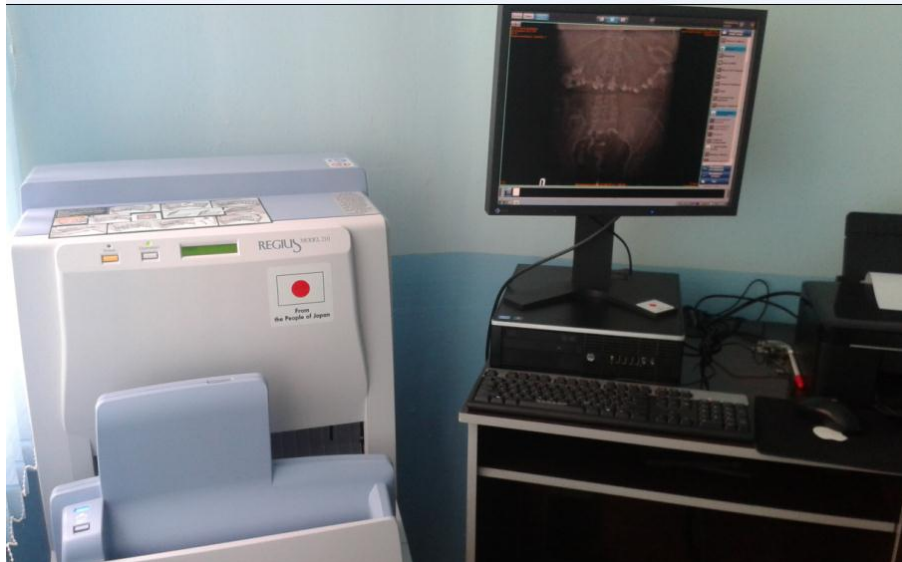
Расм 3.3. Рентген аппарати монитори билан бир вақтда компьютер мониторида рентген тасвирининг кўриниши.

Бу усулдаги текширув натижалари компьютер хотирасига «avi» форматдаги видеотасвир кўринишида автоматик тарзда сақланади.

Компьютер хотирасидаги рентген тасвирни керакли вақтда пухта ўрганиш, қайтариб, секинлаштириб, кичиклаштириб ва катталаштириб кўриш имконияти бўлади. Олинган маълумотларни принтер орқали чиқариш, интернет орқали жўнатиш, керак бўлса CD дискга ёзиш мумкин.

Рентгенографик маълумотларни дигитайзер REGIUS MODEL 210 аппарати ёрдамида ўқиш.

Дигитайзер REGIUS MODEL 210 аппарати ёрдамида барча турдаги беморларга ташхис қўйишда рентген, ультратовуш текшируви ва эндоскопик текширув натижаларини REGIS кассета ичидаги тасвирларини ўқиш, компьютерга ўтказиш вазифасини бажаради (расм 3.4.).



Расм 3.4. Дигитайзер REGIUS MODEL 210 аппарати.

Компьютер хотирасидаги рентген тасвирни керакли вақтда пуқта ўрганиш, кичиклаштириб ва катталаштириб кўриш имконияти бўлади. Олинган маълумотларни принтер орқали чиқариш, интернет орқали жўнатиш, керак бўлса CD дискга ёзиш мумкин (расм 3.5.).



Расм 3.5. Дигитайзер REGIUS MODEL 210 аппарати ёрдамида компьютер хотирасига ўтказилган ва оддий қоғозга принтер орқали чиқарилган рентген маълумоти.

3.8. Компьютер томографияси.

КТ қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари ташҳисотида кенг қўлланилади.

КТ принципи - бемор танаси бўйлаб ўтувчи рентген нурларининг кучсиз, қисқа коллимирланган тутамларини рўйхатга олишга асосланган. Олинган рақамли маълумот ЭВМ да махсус алгоритм бўйича қайта ишланади. Натижада монитор экранида кўндаланг кесим тасвири кўринишида намоён бўлади. Детекторларнинг юқори сезувчанлиги бир вақтнинг ўзида структураларнинг зичлиги бўйича турли тасвирлар олиш ва тўқималарни кичик зичликдаги тўқималар билан қиёслаш имконини беради.

КТ қуйидаги ичак касалликлари ташҳисотида фойдали бўлиши мумкин.

1) Ичакка аралашувчи ва шикастловчи аъзо ва тўқималарни аниқлаш ва характеристикаси (ўсмалар ҳам) учун;

2) Ошқозон-ичак тракти ўсмалари локализациясига аниқлик киритиш учун;

3) Ичакка таъсир қилувчи яллиғланиш жараёнларини баҳолаш учун.

КТ назорати остида қорин бўшлиғидаги патологик хосилаларнинг биопсияси ўтказиш мумкин. Унинг ёрдамида қорин орти клетчатканинг яллиғланиш инфилтратлари ва абсцесслари, аъзодан ташқари қоринпарда орти ўсмалари ташҳисоти учун қўшимча имкониятлар пайдо бўлди.

3.9. Магнит-резонанс томография

МРТ ички аъзолар касалликларида ноинвазив ташҳисот усуллардан етакчиси ҳисобланади.

Унинг асосида кимёвий моддаларнинг айрим ядролари магнит таркиби ётади. Магнит майдонидаги ядро унга нисбатан параллел тўғриланади ва энергия ютади, ўтаётганда эса бирламчи холати уни нурлаштириш ҳисобланади. Маълумот олиш учун қулай шароит доимий магнит майдонини яратиш ва унинг радиодатчиклари учун қатъий зўриқиш бўлиши керак.

Тиббиётда инсон организми учун умуман хавфсиз бўлган параметрлардаги магнит майдонлари қўлланилади. Магнит майдони

зўриқишига кўра МРТ ўта паст майдонли, паст майдонли, ўрта майдонли, юқори майдонли ва ўта юқори майдонлиларга бўлинади.

МРТ нинг асосий хусусияти организм тўқималарини ҳеч қандай махсус контраст моддаларисиз қиёслаш имконини яратиш ҳисобланади.

МРТ нинг бу хусусиятлари ичак ўсмалари бор беморларни текширишда қимматли ҳисобланади. МРТ ўсмаларнинг ўлчамлари, унинг локализацияси ва ўсма жараёнининг кўшни аъзо ва тўқималарга таъсир қилиши, регионар лимфатик тугунларга рак метастазлари ва алоҳидаланган метастазларни аниқлаш имконини беради. Ташрихдан кейинги даврда МРТ ичак анастомози соҳасида яллиғланиш инфильтратлари ва абсцессларини ўз вақтида аниқлашда кўмак беради.

3.10. Ультратовушли текшириш.

УТТ паренхиматоз аъзолар касалликлари ташҳисотида кенг қўлланилади. Охирги йилларда ковак аъзолар, шу жумладан, ичак касалликлари ташҳисоти учун УТТ имкониятлари ўрганилмоқда.

Ультратовуш қўллаш билан олинган маълумотлар турли акустик қаршилиқлар билан бўшлиқларда товушнинг пайдо бўлиши ва унинг тўқималардан ўтишига асосланган. Пезокристалл тутувчи эхозондда электрик тўлқинлар организмга чуқур тарқалувчи ультратовушли тўлқинларга айланади. Пайдо бўлган тўлқинлар эхозонд билан ушланади, электрик тўлқинларга айланади ва дисплейга узатилади. Дисплей экранида ўрганилаётган объектдан текширувчи томонидан бўшлиқлардан кесмалар тасвири пайдо бўлади. Бу тасвирлар инсон танаси ўқиға нисбатан: кўндаланг, бўйлама ва қийшиқ фарқланади.

УТТ ингичка ва йўғон ичак ўсмалари, ичак сили ва дивертикулёзи, Крон касаллиги, ярали колит, ўткир аппендицит, ичак инвагинацияси ва механик ичак тутилиш скрининг диагностикасида катта аҳамиятга эға.

Аниқ қўйилган ташҳисда УТТ ичак девори ҳолатини ўрганишда ёрдам беради. УТТ да кам ҳолларда ичакнинг ўзгармаган деворлари аниқланади.

Кесмада ўзгармаган ичакда, ичак деворида халқа ёки чамбар шаклидаги қисқа периферик соҳа ва ичак массаси ҳамда шиллик қават бурмаларини кўрсатувчи кенг марказий қисм фарқланади. Ультратовушли тасвирда ингичка ва йўғон ичакнинг деворлари қалинлиги уларда патологик ўзгаришлар бўлмаганда, турли муаллифлар бўйича 2-6 мм ни ташкил қилади. Ингичка ичак бўшлиғининг максимал диаметри 40 мм, йўғон ичак эса 60 мм дан ошмайди. Шиш, фиброз, қон қуйилиш, ўсмалар ва кўшни аъзоларга патологик жараёнларнинг ўтиши натижасида юзага келувчи ичак деворининг қалинлашувида юқоридаги пропорциялар бузилади. Периферик халқа маълум масофагача кенгаяди, марказий қисм эса нисбатан каттароқ бўлади. Бу адабий “нишон”, “буқа кўзи” ёки “зарарланган ковак аъзо симптоми” деб номланади.

3.11. Колоноскопия

Чамбар ичакнинг охириги қисмлари, умуман барча қисмларини кўришга уринишлар қадимдан маълум. Бунинг учун аввал турли ойналар, қадимий гравюралар ва ўрта асрнинг паритет ихтиролари L.Heister (1740), N.Bidloo (1710) ни мисол қилиш мумкин. Асбобларни мустаҳкамлаш мақсадида, электрик ёритиш имкони пайдо бўлиши натижасида амалиётга ректоскопия киритилди. Россияда биринчи ректоскоп С.П.Федоров томонидан 1897 й. ихтиро этилган. кейинчалик дағал асбоблар бутун тўғри ичак ва сигмасимон чамбар ичакнинг дистал қисмини кўриш имконини берди. Улар чамбар ичакнинг турли қисмларини кўришда ҳам қўлланила бошланди (жарроҳлик амалиёти давомида). Клиник амалиётга эгилувчан толали оптиканинг киритилиши чамбар ичак касалликларини ташхислашда ёрдам берди. Аста-секин чамбар ичакнинг бутун қисмлари, кўриш учун қулай бўлиб қолди. Чамбар ичак касалликлари, ўсмалар шулар жумласидан, ташхислашнинг замонавий шароитида колоноскопия қўлланилиши зарур бўлмоқда. R.Turell томонидан 1963 й. рентгенологик усул билан ташхисланмайдиган чамбар ичакдаги ўзгаришларни колоноскопия ёрдамида аниқлашнинг самарадорлиги ҳақида би-

ринчи мақола ва қўлланмалар ишлаб чиқилди. "Olimpus", "Machida" (Япония); "Karl Storz", "Richard Volf" (Германия) каби фирмалар томонидан колоноскопларнинг турли моделларини ишлаб чиқарилиши ҳамон ўсишда давом этмоқда. Полиплар ва чамбар ичакнинг бошқа яхши сифатли ўсмаларини колоноскопия ёрдамида ташхислаш натижасида олинган малакалар, нафақат юқори самара кўрсатибгина қолмай, балки рентгенологик ва эндоскопик усулларга қўшимча бўлиши зарур. Рентгенологларнинг замонавий, юқори малакали вакиллари чамбар ичак ўсмалари рентгенологик ташхисотида мураккаб ҳолатларни ҳал қилишда биринчи ўринда колоноскопияни тавсия этадилар.

Клиник ва рентгенологик текширувларга асосланиб, ёки тахмин қилиниб аниқланган полиплар ва чамбар ичакнинг бошқа яхши сифатли ўсмалари колоноскопия учун кўрсатма ҳисобланади. Асосий диққат беморни текширувга тайёрлашни талаб қилади. Унинг асосий вазифаси – чамбар ичакнинг ундаги массалардан тозалашдир. Ичакни тайёрлашда умумқабул қилинган усул - бир кун олдин кечаси 30-40 г кастор мойини ичиш тавсия этилади. Сўнгра кечасига иккита тозалов хуқналари (1-1,5 л иссиқ сув) ўтказилади. Текширув куни эрталаб яна иккита тозалов хуқналари, охириги текширувдан 1 соат олдин ўтказилади. Қабзиятга мойил беморлар узоқ муддат тайёрланиши керак: 2-3 кун давомида сурги, шлакисиз диета, хуқналар тавсия этилади.

Колоноскопия - бемор учун мураккаб ва машаққатли текширувлардан ҳисобланади. Кўпинча ичак девори таранглашиши ва тутқичларининг ҳаво билан инсуфляцияланиши натижасида қоринда интенсив оғриқлар юзага келади. Нохуш хислар яна колоноскопия вақтида техник қийинчиликлар туғилганда ҳам пайдо бўлади (букилмалар, деформациялар ва ичак спазми бўлган ҳолатларда). Буларнинг барчаси текширувгача 30-40 минут олдин промедикация кўринишида медикаментоз тайёргарликни талаб қилади.

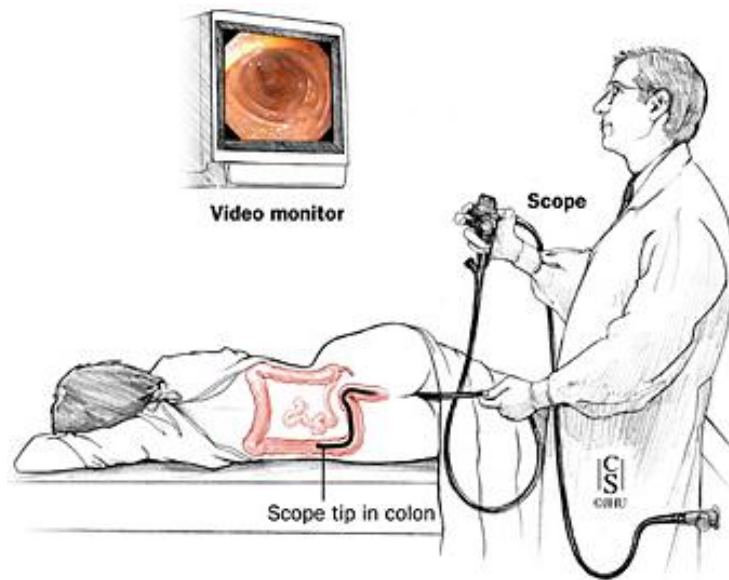
Колоноскопия – катта ҳажмли текширув бўлиб, ўтказиш вақтида колоноскоп билан мураккаб манипуляциялар ўтказиш, бемор ва стол ҳолатини ўз-

гартириш, қоринни пайпаслаш талаб қилади. Колоноскопия ўтказишдан олдин орқа чиқарувни кўриш ва тўғри ичакни бармоқ билан текшириш шарт. Шундан сўнг анал тешик махсус кенгайтиргич билан кенгайтирилади ва аппарат тўғри ичакнинг ампуласига киритилади. Сўнгра ичакни ҳаво билан инфляциялаш ўтказилади ва шифокор бошланғич мўлжалга қараб, колоноскопни киритишда давом этади. Аппаратни ҳаракатлантириш, ҳамиша ҳаво билан тўлган ичак бўшлиғига йўналган бўлиши керак. Колоноскоп киритишда қийинчиликлар чамбар ичакнинг топографик-анатомик хусусиятлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бунинг учун колоноскоп йўналишини, беморнинг столдаги ҳолатини ўзгартириш, биринчи ўринда доимий ичак бўшлиғини кўриш талаб қилинади.

1967 - йилда биринчи марта бутун йўғон ичакни ва ёнбош ичакнинг терминал қисмини эндоскопик визуализацияси ўтказилди. 30 йилдан кейин бу усулни ўтказиш қайта ишланди ва кўп ҳолларда йўғон ичакнинг бутун қисмларини кўришга имкон яратди (Расм 3.6.).

Беморни текширувга тайёрлаш 3 кун давомида шлаксиз диета тавсия этиш билан характерланади. Колоноскопияга 1 кун қолганда, бемор сурги дорилар қабул қилади, кўришдан 12 ва 24 соат олдин 3-4 марта тозалов хуқналари ўтказилади. Колоноскопия ўзининг техник ўтказилишига кўра, эндоскопик текширувнинг мураккаб усули ҳисобланади.

Колоноскопни йўғон ичак бўйлаб ўтказиш, баъзан оғриқ билан кечади. Оғриқ сабаби ичак бўшлиғини кенгайтириш учун киритилган колоноскоп ва ҳавонинг ичакни таранглаштириши бўлиши мумкин. Бундан ташқари, тажрибалар шуни кўрсатадики, колоноскопия аввало оғриқсизлантириш билан бошланиши керак. Оғриқ қолдирувчи ва спазмолитиклар оғриқ реакцияси ортганда ёки ўта спазмга учраган ичакка колоноскоп киритиш вақтида парентерал юбориш мақсадга мувофиқ.



Расм 3.6. Колоноскопик текширув.

Колоноскопик текширув, беморни чап ёнбошга ётиб тизза ва сон-чанок бўғимлари букилган холда ўтказилади. Вазелин билан юпқа суртилган колоноскопнинг дистал қисми тўғри ичакка бевосита ёки анал кенгайтиргич ёрдамида киритилади. Бу вақтда дистал қисм фиксацияланмайди ва тўғри ичакка эркин ўтади. Агар ичак бўшлиғи кўрув майдонида кўринмай қолса, колоноскопни орқага бўшлиқ пайдо бўлгунча тортиш ва яна ичак йўли бўйича ҳаракатлантириш керак. Сигмасимон чамбар ичакка кириш (орқа чиқарувдан 14-16 см) аппарат дистал охири билан олиб борилади. Сигмасимон ичакка киришни аниқлаб (кам холларда инсуффляция қўллаш билан ўтказиш зарур), дистал қисми охири фиксацияланади (расм 3.7.).

Сигмасимон чамбар ичакка аппарат киритилгандан сўнг фиброскопга (орқага) йўналган қайта манипуляция ўтказиш зарур. Гофрасимон найчалар кўринишидаги тўпланган сигмасимон чамбар ичак бироз бўшашади ва беморда пастга тушувчи чамбар ичак бўйлаб аппарат киритишда оғрик чақирмайди. Чамбар ичакнинг пастга тушувчи қисми учбурчак бўшлиқ кўринишда, чап букилма – ичакнинг катта эгрилиги бўйлаб йирик кўкимтир доғ кўринишида (талокнинг қуйи сатҳи сояси) осон аниқланади. Беморни белига ётқизганда аппаратни бу букилмадан ўтказиш осонроқ. Кўндаланг чамбар ичак ҳам кенг бўшлиққа эга, шаклига кўра учбурчакка яқин. Кичик

чанокқа кучли аралашган холларда қайта киритиш ва орқага қайтувчи йўллар билан ичакни жгутга киритиш зарур. Ўнг букилма ҳам бурчак гумбазида жойлашган тўқ “жигар” доғ кўринишидаги аниқ мўлжалга эга.



Расм 3.7. Колоноскопик текширув жараёни.

Ўнг букилмага етиб бориш ва кўричакни кўриш, одатда амалий кўникмага эга бўлишга нисбатан ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди. Илеоцекал канал лабсимон бурма кўриниши бўлиб, шакли ва ўлчами йўғон ичакнинг ўнг қисмидаги ҳаво миқдорига боғлиқ. Ҳавони йўқотиш чорасига кўра, клапан жгутни осон ўтказадиган йўғон деворлар ва кенг бўшлиққа эга икки тавақали бурма кўринишини олади. Ёнбош ичакнинг терминал қисми одатда 5 дан 25-30 см масофадан кўрилади.

Соғлом одамларда йўғон ичак шиллиқ қавати колоноскопда кўрилганда, интенсив ёруғланишга қараб оқарган рангда бўлади. Шиллиқ қават ва шиллиқ ости асосида майда қон томирлар яхши кўринади. Деворлар тиниқ шиллиқ билан юпқа қопланган бўлиб, ялтироқ кўринади. Циркуляр бурмалар юқорида, гаустрлар чуқур кўринади. Бурмаларнинг ўлчами ва шакли циркуляр мушакларнинг тонусига боғлиқ. Физиологик сфинктерлар жойлашган соҳада тонус жуда юқори, ўтказилаётган текширишга бўлган ичак реакциясига боғлиқ, ичак функцияси бузилганда давомий спастик

кискаришлар кузатилиши мумкин. Бундан ташқари, йўғон ичак кўзгалган беморларда мотор функциясининг бузилиши хос. Ичакнинг бутун масофаси бўйлаб ичак тутқичи бирикадиган соҳада тасма ва қирғокни кўриш мумкин. Кўричакда тасма гумбазга яқинлашган сари марказга яқинлашади. Бу жойда одатда чувалчангсимон ўсимтага кириш соҳасини кўриши мумкин. Нормада даврий равишда очилувчи ва ёпилувчи 0,5x1 см ли овал тешикни ҳосил қилади.

Ёнбош ичакнинг терминал қисми қизғиш рангда, бархатсимон кўринишда, кўриш вақтида осон тўғриланувчи кам циркуляр бурмалар кўринишида бўлади. Деворлари эластик, даврий перисталтик тўлқинлар кузатилади. Кўпгина беморларда ичак деворлари релефи шиллик ости лимфоид фолликулардан ҳосил бўлган 0,2 дан 0,5 см гача ўлчамдаги ярим шарсимон ҳосилалар ҳисобига нотекис кўринади.

Тугунли лимфоид гиперплазиянинг айрим элементлари деярли соғлом одамларда кузатилади, аммо ичак инфекцион касалликлари ёки илгари иерсиниоз ёки бошқа инфекция ўтказган беморларда кузатилиши мумкин. Айниқса тугунли лимфоид гиперплазия кўпроқ УВГГГ бор беморларда учрайди.

3.12. Виртуал колоноскопия.

Виртуал колоноскопия – бу компьютер томографиянинг алоҳида бир тури бўлиб, йўғон ичакни текширишга мўлжалланган. Оддий колоноскопия (виртуал ҳисобланмайди) – бу эндоскопик текшириш усули ҳисобланиб, унда эндоскоп ичак ичига киргизилади.

Виртуал колоноскопияга асосий кўрсатма – бу йўғон ичак полипи ва бошқа ўсма касалликларининг скрининги (излаш) ҳисобланади.

Скринингли виртуал колоноскопияни мақсади – полиплар эрта босқичларида, яъни ўсмага айланишидан олдин аниқлаш ҳисобланади.

Кўп мутахассислар колоноскопик текширувни 50 ёшдан юқори барча одамларда 7-10 йилда бир мартаба ўтказиб туришни таклиф қилишади.

Йўғон ичакни ўсамси пайдо бўлишига мойил одамларда 5 йилда бир маротаба ўтказиб туриш мақсадга мувофиқ бўлади. Ўсмага мойил одамларга қуйидагилар киради:

- Яқин қариндошларида полип аниқланганлар
- Яқин қариндошларида ўсма аниқланганларда
- Ахлатида қон аниқланганда

Виртуал колоноскопияга тайёрланиш.

Теширувдан олдин ичак тўлиқ бўшаган бўлиши керак. Бунинг учун беморлар сурги дориларидан истеъмор қилган бўлиши керак. Текширувдан бир кун олдин ва бир неча соат олдин тозалов хукнасини қилиш.

Текширувдан бир кун олдин беморлар диета қилиши шарт. Бунда рациондан қаттиқ ва қўйиқ овқатларни чеклаш керак, беморлар фақатгина суюқлик (компот, чой, сок) истеъмор қилишлари лозим.

Сурункали юрак, жигар, буйрак касаллиги бор беморлар ва аёллар ўз хомиладорлиги хақида виртуал колоноскопия ўтказувчи шифокорни огоҳлантириб қўйишлари керак.

Виртуал колоноскопия қандай ўтказилади?

Компьютер томография рентген нурларини ишлатади. Турли орган ва тўқималар рентген нурларини турли дражада ўтказилади.

Одатдаги рентгенологик текширувида рентген нурлари организм орқали ўтиб тасвирни рентген плёнкасига туширади.

Компьютер томографияда – рентген аппарат бемор атрофида спиралсимон айланиб тасвирни ҳар хир бурчаклардан олади. Бемор танаси орқали ўтган нурлар датчик орқали ушлаб олинади ва бу тасвирга компьютерда ишлов берилади.

Бемор атрофида бир марта бурилиш, “кесиш” дейилиб, тасвирни олиш жараёнини батон нонини қаватма-қават кесишга ўхшайди.

Замонавий компьютер томографияларида текширув ўтказиш бир неча дақиқа эгаллайди халос. Бундан ташқари замонавий спиралли томографлар

бир нечадан 64 тагача датчикларга эга бўлиб, датчиклар сони ошган сари сканерлашни сифати ошиб боради.

КТ ли колонографияда томограф қорин ва кичик тос бўшлиғи аъзоларини 3Д турида кўриб, томографист шифокор ичак бўшлиғидаги тасвир ўрнини жилдириши мумкин (оддий колоноскопияга ўхшаб), шунинг учун ҳам КТ ли колонографияни кўпинча "виртуал колоноскопия" деб аташади.

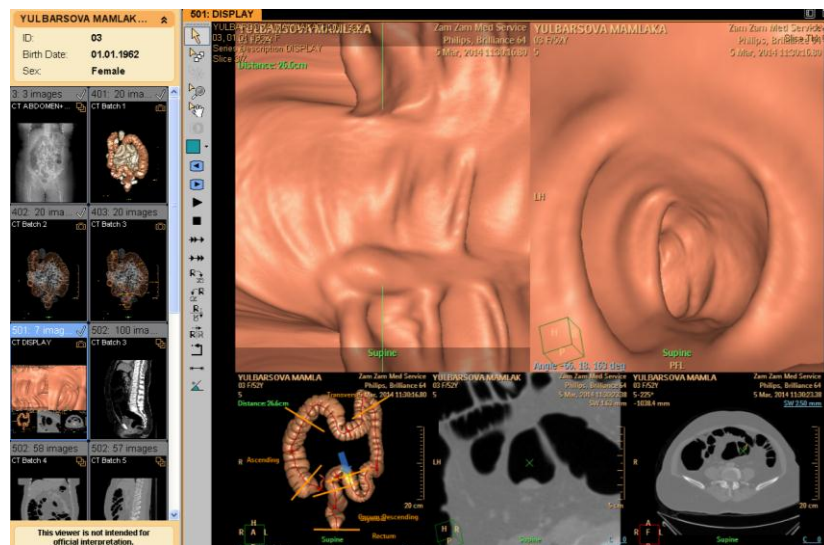
Текширув ўтказиш учун бемор КТ кушеткасига ётқизилади ва КТ халқасига киргизилади.

Бемор тўғри ичагига 5 см масофадаги ингичка труба киргизилади. Бу трубка орқали тасвир сифатини ошириш мақсадида ичакка оз миқдорда ҳаво юборилади.

Бундан сўнг сканер ишга туширилади. Текширув жараёни 15 дақиқани эгаллаб, беморга нафасни бир оз вақтга ушлаб туриш айтилади. Одатда бемор орқаси билан ётқизилади, сўнг беморни чалқанча ётқизилади.

Беморлар оғриқ сезмайди, тўғри ичакдаги ҳаво ҳисобига бир оз дискомфорт кузатилиши мумкин.

Тасвирларни изоҳлаш 30 дақиқани эгаллайди (расм 3.8.).



Расм 3.8. Виртуал колоноскопияни текшириш усули

Виртуал колоноскопия афзаллиги.

- Виртуал колоноскопия ноизвазив диагностика усули ҳисобланади.
- Виртуал колоноскопияда йўғон ичакни перфорация қилиб қўйиш хавфи пастроқ, оддий колоноскопияга нисбатан.
- Виртуал колоноскопия оддий колоноскопия ўтказишда хавф туғдирувчи беморлага (қонни ивиши паст бўлган беморлар, оғир нафас етишмовчилиги).
- Виртуал колоноскопияни оддийсига нисбатан ўтказиш енгил.
- Виртуал колоноскопияда қорин ва кичик тос бўшлиғи бошқа аъзоларини ҳам текшириш имконияти бор.

Виртуал колоноскопия камчилиги.

- Ичакни ҳаво билан тўлдиришда ичак перфорацияси хавфи бор.
- Виртуал колоноскопияда рентген нурларидан фойдаланилади. Радиация дозаси тахминан 5 mSv.
- Виртуал колоноскопия ҳомиладорларга мумкин эмас.

Оддий колоноскопияга нисбатан виртуал колоноскопия фақатгина диагностик ҳисобланади. Полиплар аниқланганда оддий колоноскопия ёрдамида полипларни олишга тўғри келади.

3.13. Лапароскопия

Кўплаб текширувчилар фикрича, лапароскопия ичак касалликлари ташҳисотида унча катта аҳамият касб этмайди, чунки ичакнинг деярли кўп қисми катта чарви билан қопланган.

Бундан ташқари, ичак тутилишида кенгайган ичак бурмаларини, сероз каватининг патологик ўзгаришларини (гемангиомалар, метастазлар) кўриш мумкин. Чувалчангсимон ўсимта ва кўричак яхши кўрилади. Ичак тутқичлари тромбозини ва малротация синдромини самарали лапароскопик ташхислаш тўғрисида ҳам маълумот мавжуд.

Охириги йилларда ичак жарроҳлигида лапароскопик усуллар самарали ўрганилмоқда (аппендэктомия, йўғон ичак резекцияси ва х.к.).

4-БОБ ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ

4.1. УМУМИЙ ҚИСМ

Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ) (*ileus* - лат.) – ичак бўйлаб ичак массаси ҳаракатининг тўлиқ ёки қисман бузилиши.

Ўткир ичак тутилиши (аниқроғи – ичак сақланмаси) ошқозондан орқа чиқарув йўлигача ичак массаси ҳаракатининг бузилиши билан характерланади. У ўзида аниқ нозологик шакл тутмайди, турли касалликларнинг асорати ҳисобланади: қорин ташқи чурралари, ичак ўсмалари, ўт тош касаллиги ва х.к. Аммо бу ҳолат ривожлангач, интоксикация ва сув-электролит алмашинуви бузилишлари билан намоён бўлади, типик клиник белгилар билан кечади. Шу билан боғлиқ ҳолда, диагностик ва даво тактикаси ичак тутилиши табиатидай бир хил бўлмайди. Шунинг учун жарроҳлик касалликлари орасида бу патология ҳам илмий ва ўқув адабиётларида, ҳам тиббиёт статистикасида бошқача кўрилади.

Ўткир ичак тутилиши шошилишча абдоминал жарроҳликдаги энг хавфли патологик жараён сифатида қаралади. Ихтисослашган жарроҳлик марказларида аниқланган маълумотлар ва охириги илмий конференциялар материалларидан ЎИТ даги ўлим кўрсаткичи 10-20 йил ичида (турли хил муаллифларнинг маълумотларига кўра) 4-25% ни ташкил қилади.

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ ЭТИОЛОГИЯСИ, ТАРҚАЛИШИ ВА ЧАСТОТАСИ.

Ўткир ичак тутилиши этиологиясига кўра, сабаб бўлувчи ва олиб келувчи омилларга бўлинади.

ЎИТ ривожланиши учун асос ҳосил қилишда **сабаб бўлувчи омилларга** қуйидагилар киради:

1. Ошқозон-ичак трактининг патологоанаомик хусусиятлари, ўз навбатида бир қатор гуруҳларга бўлинади: а) ичак найчаси ривожланишининг туғма нуқсонлари (малротация, ҳазм трактининг дубликатураси, Меккел дивертикули, ёнбош ва кўричакларнинг умумий тутқичи, қорин бўшлиғининг турли ёриқлари, чуқурликлари ва х.к.) турли битишмалар, тортишмалар ва чандиқларнинг мавжудлиги, улар натижасида ичак қовузлоқларининг нотўғри жойлашиши юзага келади (буралишлар, айланишлар, босилиб қолиши), ичак найчаси ва тутқичини деформациялайди; в) ичак бўшлиғидаги турли хосилалар (ўт ва ахлат тошлари, ёт жисмлар, гижжалар ва х.к.), ичак деворидан (ўсмалар, чандиқлар, гематомалар) ёки қўшни аъзолардан ривожланувчи хосилалар (кисталар, хомиладор бачадон ва х.к.); г) туғма характердаги аъзоларнинг ўта ҳаракатчанлиги (узун, *saecum mobile* ва х.к.), ёки орттирилган, боғловчи аппаратнинг бўшашиши.

2. Алиментар омил: нотўғри овқатланиш (овқатни тартибсиз истеъмол қилиш, овқатни кўп миқдорда ютиш, дағал, кам қайнаган овқатлар ва х.к.); кам овқатланиш - ёғ клетчаткасини камайишига, қорин пресси мушак тонусини пасайишига, ҳазм тракти мотор функцияси динамикасини ўзгаришига сабаб бўлади.

3. Жинс. Эркаклар аёлларга нисбатан 1,5-2 баробар кўп оғрийдилар. Ўткир ичак тутилишининг бир тури эркакларда кўп кузатилса, бошқаси аёлларга хос бўлади. Демак, эркакларда буралиб қолишлар ва тугунча хосил бўлиши, камроқ чандиқли шакли кузатилади. Аммо динамик ичак тутилиши эркакларда ҳам, аёлларда ҳам деярли бир хил бўлади.

4. Ёш. ЎИТ деярли барча ёшда кузатилади, аммо кўпроқ 30-60 ёшларда учрайди. Болалик даврида ҳазм тракти ривожланиши нуқсонлари сифатида ичак инвагинацияси ва тутилиши кўпроқ кузатилади. 40 ёшгача обтурациялар, 40 ёшдан сўнг ва қариларда эса буралиб қолишлар кўп учрайди. Ичакнинг чандиқли тутилиши айти ёшликнинг гуллаган вақтида кузатилади.

5. Мавсумийлик. Айрим олимларнинг кузатишларича, ёз-куз ойларида ичак тутилиши кўпроқ кузатилади, буни бу ойларда овқатланиш характери ўзгариши билан боғлайдилар (кўп миқдорда мева ва сабзавотларни истеъмол қилиш). А.Е.Норенберг-Чарквиани (1969) текширувларига кўра, ЎИТ билан беморлар январ ойида 7,7% ҳолатларда, февралда -7,3%, мартда -8,6%, апрелда -8,1%, майда -8,2%, июнда -7,9%, июлда -9,2%, августда -9,1%, сентябрда -8,8%, октябрда -8,7%, ноябрда -8,0% ва декабрда 8,4% ҳолатларда кузатилган.

Бу маълумотлар шуни кўрсатадики, ичак тутилиши январ ва февралда камроқ (7,7-7,3%), июл ва августда эса кўпроқ (9,2-9,1%) кузатилади, аммо йилнинг айрим мавсумларидаги тўлқинлар сезиларли эмаслиги учун, ЎИТ ни мавсумий касалликлар қаторига қўшиб бўлмайди.

Юқорида айтиб утилган барча сабаб бўлувчи омиллар ЎИТ ривожланиши учун етарли эмас. Қорин бўшлиғи туғма ва орттирилган дефектларини (битишмалар, тортишмалар, тутқич тешилиши ва х.к.) ташиб юривчи шахсларнинг ҳаммасида ҳам ичак тутилиши кузатилмайди, бундан ташқари, бевосита касалликни юзага келтирувчи **олиб келувчи омилларни** билиш зарур.

Олиб келувчи омилларга қуйидагилар киради: кескин қорин бўшлиғи босимининг ортиши; ортиқча жисмоний зўриқиш; ҳазм трактини кўп овқат билан зўриктириш; ичак мотор функциясининг ўзгариши, ичак мускулатурасининг чандиқли, спастик ва паралитик ҳолати; турли аниқлаш имконини бермайдиган омиллар.

Тарқалиши. ЎИТ ер юзининг барча миллатларида учрайди, аммо бир текисда тарқалмаган. Маълумки, ичак буралишлари ва тугунча ҳосил қилиши Шарқий Овропа ва Болқон халқларида кўпроқ, инвагинация эса камроқ учрайди. Ғарбий Овропа ва Шимолий Америкада кўпроқ инвагинация ва камроқ буралиб қолиш кузатилади. Ичак тутилиши турли шаклларининг бундай тарқалиши аҳолининг овқатланиш характери, ҳазм тракти тузилишининг айрим хусусиятлари билан тушунтириш мумкин. Ғарбда,

маълумки, овқатлар гўшти, Шарқда эса ўсимликлардан тайёрланади. Балки бошқа сабаблар ҳам мавжудки, касаллик келиб чиқишида ўз таъсирини ўтказади.

Частотаси. Ўткир ичак тутилиши частотаси айрим олимларнинг маълумотларига кўра, 100 000 аҳоли орасида 4-20 марта кузатилади.

Агар жарроҳлик шифохоналарида ичак тутилиши билан беморлар сони кўрилса, касаллик 1,2 дан 3,3% ни, барча даволанганлар орасида эса ўртача 2% ни ташкил қилади.

Шошилини жарроҳлик бўлимлари маълумотларига асосланса, у ҳолда касаллик 2,6-3,9% гача ва хатто 11,6-12,1% ортади.

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ ТАСНИФИ

Ўткир ичак тутилиши турли сабаблар натижасида юзага келиши мумкин. Шунга боғлиқ ҳолда, касалликнинг турли клиник шакллари кузатилади. Шунинг учун патологик жараённи тўғри баҳолай билиш, тўғри даволаш усулини танлаш муҳимдир, тасниф эса бу масалаларни энгиллаштирарди.

Касалликнинг патогенетик мохиятининг замонавий талабларига жавоб берувчи таснифини тузиш ўта қийин масаладир, чунки ЎИТ ўзининг турлича шаклларига эга. Тасниф асосига маҳаллий белгиларни эмас, балки бутун организмнинг реакциясини: ичак, тутқичнинг нерв-томир аппарати, ўзанли ва адашган нервларнинг бузилишини қўйиш лозим, И.К.Страшнин фикрича (1960), ўткир ичак тутилиши жуда мураккаблиги, механик ва функционал омиллар бир-бирига чамбарчас боғлиқлиги учун, ҳаммиша ҳам уларни қайси бири бирламчи ёки иккиламчи эканлигини баҳолаш амри маҳол. Шунинг учун патологоанатомик асосга қараб хулоса чиқариш керак, чунки тутилишнинг ҳар бир шакли, хатто обтурация ҳам организмдаги нисбий функционал ўзгаришлар билан кечади, «чин» динамик ичак тутилиши эса механикка ўтиб кетиши, агар вақтида бартараф этилмаса, ичакнинг парез ҳолатига ўтиши мумкин.

МЕХАНИК ИЧАК ТУТИЛИШИ

I. Обтурацион ичак тутилиши (тутқич иштирокисиз):

1. Ичак деворига боғланмаган ичак ичи обтурация: а) ўт тошлари, б) ахлат тошлари, в) ёт жисм, г) гижжалар.
2. Ичак деворидан чиққан ичак ичи обтурация: а) ўсмалар, б) чандиқли стенозлар.
3. Ичакдан ташқари обтурация: ичакнинг ўсмалар, кисталар билан босилиши.
4. Ўн икки бармоқли ичак обтурацияси: а) артериомезентериал ичак тутилиши, б) гематома билан обтурацияланиши.
5. Тўғри ичак обтурацияси. Ахлат тошлари.

II. Странгуляцион ичак тутилиши (тутқич иштироки билан):

- 1) Буралиб қолишлар: а) ошқозон буралиб қолиши, б) ингичка ичакнинг буралиб қолиши, в) кўричакнинг буралиб қолиши, г) кўндаланг чамбар ичакнинг буралиб қолиши, д) сигмасимон ичакнинг буралиб қолиши.
- 2) Тугун хосил бўлиши.
- 3) Йўғон ичак ёғ тасмаларининг буралиб қолиши.
- 4) Катта чарвининг буралиб қолиши.

III. Обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишининг аралаш гуруҳи:

- 1) Ривожланиш нуқсони натижасида юзага келган ўткир ичак тутилиши (катталарда): а) малротация, б) дубликация, в) Меккел дивертикули.
- 2) Инвагинация (катталарда).
- 3) Ичакнинг чандиқли тутилиши. .
- 4) Чурраларнинг ички қисилиши.

ДИНАМИК ИЧАК ТУТИЛИШИ.

- 1) Паралитик ичак тутилиши.
- 2) Спастик ичак тутилиши.

ЎИТ ўрганиш жараёнида бир қатор таснифлар таклиф этилган, қуйида келтирилган тасниф замонавий бўлиб, ичакнинг морфологик хусусияти, клиник кечишини, полиорган етишмовчиликни, организмнинг интоксикацияси ва эндотоксикозини ўз ичига олади.

Жадвал 4.1.

Девор ичи микроциркуляциянинг бузилишининг ривожланиш
босқичлари

1 босқич- компенсациялашган бу- зилишлар	Орқага қайтувчи жараёнлар. Шиллик қават вор- синкаларининг юзаки некрози ва стромасининг шиши
2 босқич- субкомпенсациялашган бузилишлар	Хавфли, аммо девор ичи микроциркуляция бузи- лишларини тиклашнинг давомийлиги билан орқага қайтариш мумкин (48 соатгача). Мушак қаватигача ўчоқли субтотал некроз.
3 босқич- декомпенсациялашган бузилишлар	Мушак ичи бутунлигининг орқага қайтмас бузи- лишлари, ичак хаётийлигининг бутунлай йўқо- лиши, ичак деворининг тотал некрози.

1. Вақтинчалик омилни ҳисобга олган ҳолда илеуснинг клиник кечиш
фазалари:

- 1 фаза - «илеус чинқириғи» (12-16 соат)
- 2 фаза - интоксикация (12-36 соат)
- 3 фаза - терминал (36 соатдан ортиқ)

2. Ўткир ичак тутилишида патологик жараёнларнинг ривожланиш
босқичлари:

- 1 босқич - ичак пассажиининг ўткир бузилишлари;
- 2 босқич - ичак девори ичи гемоциркуляциясининг ўткир бузилишлари;
- 3 босқич - перитонит;

Жадвал 4.2.

3. Ингичка ичак ўткир тутилишининг клиник кечиши босқичлари

1. Ичак девор ичи гемоциркуляцияси бузилиши	Клиник жихатдан интенсив, кўпроқ тўлғоқсимон оғриқлар билан характерланади, баъзида кўнгил ай- ниши, қайт қилиш, газ тутилиши кузатилади. Қорин
---	---

<p>босқичлари ёки ишемия босқичи (12 соатгача).</p>	<p>шишмаган, перисталтика кучайган. Сувсизланиш белгилари йўқ. Пульс ва ҳарорат ўзгармаган. Рентгенологик – яқуний ташхис қўйиш мақсадида 82% беморларда ингичка ичак бўйлаб барийли эритма пассажиани текшириш лозим. Сонографик текширув натижа бермайди. Лаборатор кўрсаткичлар ўзгармаган ёки бироз ўзгарган. Жарроҳлик амалиётида келувчи ичак анчагина ўзгарган: ичак диаметри 3-4 см дан ошмайди, унинг бўшлиғида оз миқдорда суюқлик (500 мл гача) ва газ аниқланади, девори шишган, перисталтика меъёрда, баъзида кучайган. Тутқич томирлари пульсацияси қоникарли.</p>
<p>2. Сув-электролит алмашинуви бузилиши босқичи (12-48 соат).</p>	<p>Беморлар кўп марта қайт қилиш, домий оғриқ сезадилар. Ягона клиник симптом сувсизланиш: тери куруқлиги ва тургорлигининг пасайиши, бироз тахикардия 140 зарб/дак, қорин шиши, «ўйин шовқини» кузатилади. Рентгенологик текширувлар ЎИТ синдроми ривожланганлигини кўрсатади (Клойбер косаси, ичак шиллик қавати шиши). Сонографияда ичак бўшлиғи ва қорин бўшлиғида суюқлик аниқланади. Лаборатор кўрсаткичлар бироз лейкоцитоз, эритроцитлар, гематокритнинг ортиши, умумий айланувчи кон ҳажмининг 19% га камайишини билдиради. Жарроҳлик амалиёти вақтида келувчи ичак таранглашган, деворлари дуоденал тўсиқ жойигача шишган, шиш тутқичга ҳам ўтиб кетади. Сероз қават остида кўнғир доғ ва чизиқлар – ичак девор ичи томирлари ёрилиши натижасида юзага келган қон қуйилиш белгилари аниқланади. Ичак диаметри 6-8 см га боради. Келувчи қовузлокда перистальтика аниқланмайди. Ичак бўшлиғида 1-3 л гача суюқлик тўпланади, ичак ўзида анча миқдорда газ тўплайди. Қорин бўшлиғида 300-800 мл гача сероз, сероз-геморагик ёки кўнғир геморрагик экссудат аниқланади. Экссудатнинг аниқланиши деворичи микроциркуляцияси бузилишининг орқага қайтмас жараёнга ўтганлигидан дарак беради.</p>
<p>3. Интоксикация ва перитонит босқичи (48-72 соат).</p>	<p>Типик клиник манзара – турли тарқалишдаги перитонит ва эндотоксикоз белгилари билан характерланади. Рентгенологик текширувларда типик ичак тугилиши белгилари аниқланади. Сонографияда ичак бўшлиғи ва қорин бўшлиғида анча миқдордаги суюқлик аниқланади. Лаборатор кўрсаткичлар эндотоксикоз ривожланганлигидан дарак беради,</p>

	умумий айланиб юрувчи қон ҳажми 27% гача камаяди. Жарроҳлик амалиёти вақтида келувчи ичак қисмида ўзгаришлар аниқланади (2 - босқич учун хос), аммо ягона фарқ фибриноз ёки йирингли суюқликнинг мавжудлиги, турли даражадаги парие-тал ва висцерал қорин парда гиперемияси ва шиши-дадир.
4. Полиорган етишмовчилик босқичи (ПОЕ). (72 соатдан ортиқ).	Касалликнинг бир неча кунидан сўнг, бевосита ташрихдан кейинги даврда ривожланади, турли аъзо ва тизимлардаги функционал бузилишлар билан характерланади. ПОЕ белгилари билан айрим беморларда реанимацион бўлимларда интенсив ташрих олди тайёргарлик ўтказилишига қарамай, гемодинамика нотурғунлиги ҳисобига жарроҳлик амалиётини ўтказиш имкони мавжуд эмас. Инструментал ва лаборатор текширув усуллари турли аъзо ва тизимлардаги зарарланишларни, гомеостазнинг критик кўрсаткичларини кўрсатади.
5. Сурункали ичак тутилиши босқичи (реабилитация).	Ичак тутилиши бўйича комплекс даво утказган беморларда кузатилади. Клиник, рентгенологик, лаборатор текширувлар ташрихдан кейинги даврда барча белгиларни сурункали ичак тутилиши синдромига бирлаштиришга кўрсатма ҳисобланади. 41,1% беморларда бу ҳол кузатилган ва гастроэнтеролог, диетолог, эндокринолог назорати остида узоқ вақт даволанишни талаб қилади.

Жадвал 4.3.

4. ЎИТ ва перитонит билан беморларда полиорган етишмовчиликни баҳолаш скрининги.

1. 3-тизим ёки аъзоларда функционал ўзгаришларни аниқлаш.

2. Дисфункция даражасини аниқлаш (2,3,4) полиорган етишмовчиликнинг 2 фазасини қўшиш билан яхлитланади:

1 фаза - субкомпенсация (18-27 балл) перитонитнинг моноорган босқичига мос келади;

2 фаза - декомпенсация (29-48 балл) перитонитнинг полиорган босқичига мос келади.

Аъзо дисфунк-цияси даражаси	Компенсация (2x2=4 балл)	Субкомпенсация (3x3=9)	Декомпенсация (4x4=16)
------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

1. Юрак-қон томир тизими			
Гипотония	Йўқ	Тўғриланувчи	Тўғриланмайдиган
ЮҚС	110 дан кам	120 дан ортиқ	Бради- ёки тахиаритмия
Ритм бузилиши	Йўқ	Ўтиб кетувчи	
2. Нафас тизими			
Нафас олиш	Спонтан	Спонтан, ЎСВ	ЎСВ
НОЧ	20-30	30-40	-----
3. Жигар			
Билирубин	22-44	44-83	83 ортиқ
Умумий оксил, г/л	60-65	55-59	55 кам
4. Буйраклар			
Диурез, л/кун.	0,6-1,0	0,3-0,9	0,3 кам
Сийдик зичлиги	1022-1030	1010-1015	1008-1010
Мочевина, ммоль/л	6,5-11	13-20	20-30
Креатинин, ммоль/л	158-176	185-211	466-528
5. Ошқозон-ичак тракти			
Моторика	Сақланган	Парез	Паралич
Ўткир яралар	Йўқ	Бор	бор
Қон кетиш	Йўқ	Йўқ	бор
Ишемик перфорациялар	Йўқ	Йўқ	бор
6. МНС			
Хуши	Хиралашган	Сопор	Кома
Баллар йигиндиси	18 дан кам Компенсация	18-27 Субкомпенсация	28-48 Декомпенсация

Жадвал 4.4.

5. ЎИТ да интоксикация фазалари

Симптом ва кўрсаткичлар	Интоксикация фазалари		
	Компенсация	Декомпенсация	Терминал
Касалликнинг давомийлиги	12 соатгача	24 соат	48 соатдан ортиқ
Перитонит	-----	Реактив	фиброз
Тахикардия	100 гача	100-120	120 ортиқ
НОЧ	30 гача	30-36	36-40

Хушнинг бузилиши	-----	Бузилган	Прекома, кома
Диурез	Норма	800-950	0-350
Ичак парези	-----	Парез	Турғун парез
Аъзолардаги дистрофиялар	Функционал белгилар	Яққол намоён бўлган белгилар	Яққол дистрофия + +ўчоқли некрозлар
Креатинин, мкмоль/л	110 гача	110-180	180 ортиқ
ЛИИ	6 Бр. гача	6-8 Бр.	8 Бр. ортиқ

Жадвал 4.5.

ЎИТ да эндотоксикоз оғирлик даражаларини баҳолаш

Кўрсаткичлар	Норма	Эндотоксикоз оғирлик даражалари		
		1	2	3
Систол. АБ	120	110-90	90-70	70 кам
ЮҚС	60	80-100	100-120	120 ортиқ
Юрак индекси	2,8-3,0	2,6-2,4	2,4-2,0	2,0 кам
НОЧ	18	20-26	26-30	30 ортиқ
Диурез,мл/час	50	40-30	30-20	20 кам
Бош мия бузилишлари	Кузатилмайди	Хушнинг қисқа вақт хиралашиши	Хушнинг хиралашиши	Сопор, прекома, кома
Перисталтика	Фаол	Суст, стимуляция самара беради	Парез, стимуляция кам самара беради	Турғун парез, стимуляция самара бермайди
Миоглобин, Нг/мл	64 гача	128-256	512-1024	1024 ортиқ
Мочевина, Ммоль/л	8,0	8-12	12-16	16 ортиқ
ЛИИ	1,0	4-6	6-8	8 ортиқ

4.2. ЎИТ СИМПТОМАТОЛОГИЯСИ ВА ТАШХИСОТИ.

ЎИТ да етакчи симптомлар сифатида: қоринда оғриқ, ахлат ва газ келмаслиги, перисталтиканинг кучайиши ёки кечки муддатларда перисталтиканинг умуман бўлмаслиги, қайт қилиш, пульс тезлашишини кўриш мумкин. Бошқа белгилар нисбатан кам кузатилади. Санаб ўтилган белгилар ЎИТ барча шаклларида кузатилади, аммо кўриниши, ичак тутилиши характери, касаллик бошланишидан то ўша вақтдаги ҳолатга

караб, яққоллилик даражалари турлича бўлади. Санаб ўтилган белгилардан ташқари, қуйидаги ҳам функционал, ҳам жисмоний симптомлар фарқланади:

Аншютц (Anschutz) – ичак тутилишида йўғон ичак дистал қисмлари сатҳидаги кўричакнинг шиши.

Алапи (Alapy) – ичак инвагинациясида қорин деворининг бироз таранглашиши ёки умуман бўлмаслиги.

Бабун – инвагинацияга шубҳа қилинганда, инвагинатни 5 дақиқа давомида пайпаслаб, ҳуқнадан сўнг ювилган сувда қон аниқланмаслиги. Агар қайта ҳуқна ўтказилиб, қон аниқланса, инвагинация ташхиси қўйилади.

Байер (Baeyer) – сигмасимон ичакнинг буралиб қолишида – қориннинг ассиметрик шиши.

Бейли (Bailey) – қорин деворига брак охангларининг берилиши (асосан, қориннинг пастки соҳаларида).

Бувре (Bouveret) – дистал қисмлардаги ичак тутилиши ва «ухлаётган» ингичка кўричакнинг шиши.

Вал (Whal) – ЎИТ да қовузлоқ шишади ва локал тимпанит беради. Пайпаслаганда, қовузлоқ шишган.

Вилмс - «тушаётган томчи шовқини».

Гефер (Hofer) – ичак тутилишида аорта пульсацияси торайиш сатҳида яхшироқ эшитилади.

Гинтце (Hintze) – рентгенологик ичакда газ тўпланиши аниқланади, Вал симптомига ўхшайди.

Гиршпрунг (Hirschprung) – ичак инвагинациясида анал тешик сфинктерининг бўшашиши.

Греков И.И. (Обухов шифохонаси симптоми) – анал сфинктер атонияси ва бўртиб чиқиши, бўш тортилган тўғри ичак ампуласи. Тўғри ичакни бармоқ билан текширилганда, аниқланади.

Дансе (Dance) – ёнбош ичакнинг кўричакка инвагинацияси натижасида ўнг ёнбош соҳанинг ботиши (палпатор).

Делбе, триада (Delbet) – қорин бўшлиғида суюқликнинг тез тўпланиши, қорин шиши, ахлатсимон қайт қилиш, ичак буралиб қолиши белгилари.

Дюран (Durant) – бошланаётган инвагинация учун хос ва кириш соҳасида қорин деворининг кескин зўриқиши кузатилади.

Кейси – рентгенограммаларда балиқ скелети кўндаланг симптоми аниқланади, Фриман-Дал симптоми.

Кениг (Konig) – қоринда оғриқ хуружлари вақтида перисталтиканинг кучайиши, мусикали шовқинлар (ичак шовқини), ич кетиши ёки газларнинг келиши тезлашади. Ингичка ичакнинг турли жараёнлар, ўсмалар билан тўсилиши, обтурацион ичак тутилишида торайиш натижасида кузатилади.

Кивул (Kiwull) – шишган қовузлоқлар сатҳида металл товушига ўхшаш тимпанит. Кўричак ва сигмасимон ичакнинг буралиб қолишида кузатилади.

Клойбер (Kloiber) – рентгенологик текширув вақтида горизонтал суюқлик сатҳи устидан газ пуфакчалари аниқланади.

Крювеле (Cruveillheir) – ахлатда қон бўлиши ёки ахлатнинг қон, шиллик билан бўялиши, қориндаги тўлғоқсимон оғриқларнинг тенезмлар билан бирга келиши. Ичак инвагинацияси белгисидир.

Кюсс (Kuss) синдроми – сурункали қайталанувчи қисман ичак тутилиши, метеоризм, қабзиятлар, тенезмлар.

Леманн (Lehmann) – ичак инвагинациясида тўлиш дефекти характерли кўринишда бўлади: кириб қолган ва инвагинацияланган ичак цилиндрлари орасида иккита ён бўшлиқларнинг бўлиши (контраст инвагинат бошини ўраб олади). Рентгенологик усул билан аниқланади.

Лотиессен (Lotheissen) – қорин девори орқали нафас шовқинлари ва юрак охангларининг эшитилиши.

Мате (Mathien) – ўйин шовқини, киндик усти соҳаси пайпасланганда аниқланади.

Рапунцел (Rapunzel) синдроми – трихобезоар чақирган ичак тутилиши, рухий касалларда соч ютиб олганда кузатилади.

Ревенкамп (Rovenramp) – рентгенологик стеноз мавжуд бўлмаган холда ингичка ичак бўйлаб контраст масса пассажиининг секинлашиши аниқланади.

Руш – кориндаги ўсма пайпасланганда, оғриқ ва тенезмаларнинг пайдо бўлиши. Инвагинация белгисидир.

Склярров И.П. – ўйин шовқинининг эшитилиши.

Спасокукоцкий С.И. – аускультатив тушаётган томчи товуши аниқланади.

Тилиякс (Tilijaks) – инвагинация натижасида газларнинг кетмаслиги, кориндаги оғриқ, тенезмлар, ахлат келмаслиги.

Фриман-Дал (Friman Dahl) – рентгенологик ингичка ичакнинг тортилган қовузлокларида бурмаларга ўхшаш кўндаланг чизикларнинг аниқланиши (синоним – Кайеси симптоми).

Хогенегг (Hochntegg) –И.И.Греков ёки Обухов шифохонаси симптомлари синоними.

Цеге-Мантейфел – сигмасимон ичакнинг буралиб қолишида хукна ёрдамида 0,5-1 л гача суюқликнинг ташқарига чиқариши.

Шиман-Данс («бўш» илеоцекал чуқурлик) – медиал ёки эпигастрал соҳага кўричакнинг ҳаракатланиши.

Шланге (Schlange) – кўринадиган ичак перисталтикаси.

Штирлин (Stierlin) – таранг тортилган ичак қовузлокларида рентгенологик ёй кўринишдаги газ тўпланган соҳанинг аниқланиши ичак тутилишидан дарак беради.

Касаллик бошланиши кўп холларда кескин, бирданига ўткир бўлади. Касалликнинг илк босқичларида беморларда шок холати ривожланади: оқариш, терлаш, пульснинг камайиши. Ичак шовқинлари йўқолади. Бир қанча вақтдан сўнг, организм хосил бўлган шароитга кўниккач, шок белгилари камаяди. Бемор холати яхшиланади. Пульс меъёрлашади. Ичак перисталтикаси қайта тикланади. Бемор шифокорга эса аҳволи яхшиланиб қолганлигини айтади.

ЎИТ аниқлашда анамнез ўзига хос аҳамиятга эга. Машхур клиницистлар анамнезни яхшилаб йиғишни талаб қиладилар, чунки у ташхис қўйишни енгиллаштиради.

Маълумки, беморнинг оғир аҳволида бемордан анамнезни йиғиб олиш мушкулроқ, аммо касалликнинг бошланган, охири ахлат келган вақтини, унинг характерини билиб олиш керак. Бундан ташқари, бемордан илгари шунга ўхшаш хуруж бўлган-бўлмаганлигини, қандай кўринишда бўлганлигини ҳам сўраш лозим. Бемордан илгари қандай ташрихлар, шикастлар ўтказганлигини, қандай касалликлар билан оғриганлигини сўраш лозим.

Бемор кўрувини унинг тўғри жойлаштирган холда – белга, ёстиксиз, қатъий горизонтал холатда олиб бориш керак. Қорин кўкрак учларидан то сон ярмигача очиқ, яхши ёритилган бўлиши керак.

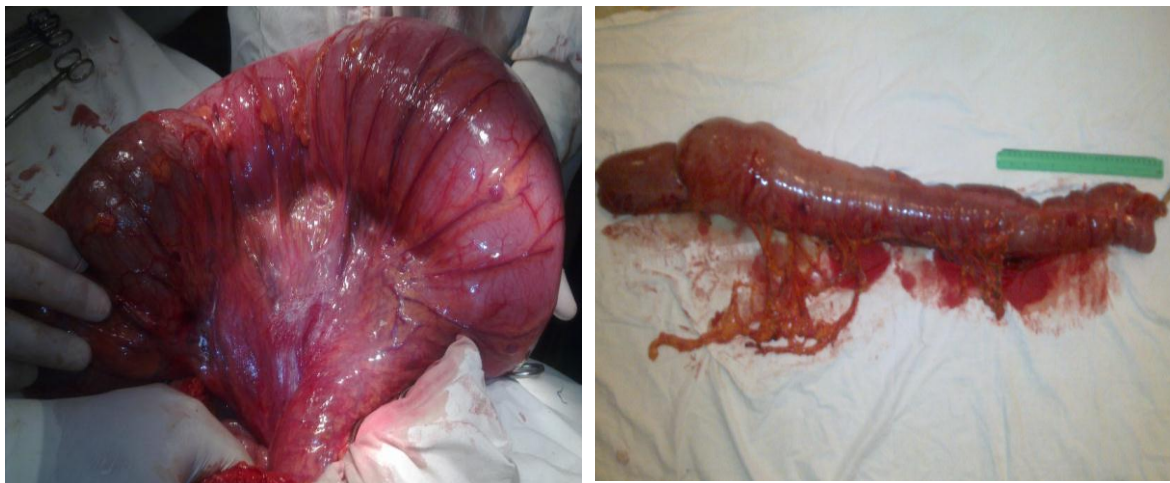
Бемор кўрувини чурра дарвозалари учун хос жойдан – чурранинг ташқи кисилишини инкор этиш мақсадида бошлаш керак. Кейин бемор тери копланини, ундаги ташрихдан, шикастлардан кейинги чандиқли ўзгаришларга эътибор қаратиш лозим.

Қорин шиши ЎИТ да энг кўп учрайдиган белгилардан биридир. Аммо шиш даражаси обтурациянинг жойлашган жойига, касаллик муддатига боғлиқ. Юқори ичак тутилишида қорин шиши унчалик сезилмаслиги, ёки умуман бўлмаслиги мумкин, пастки қисмлардаги ичак тутилишларда эса қорин шиши яққол сезилади (йўғон ичак тутилишида).

Бундан ташқари, қорин деворининг нафас экскурсиясида иштирок этишига эътибор қаратиш лозим, чунки бу хол перитонит ривожлангунига қадар узоқ вақт сақланиб қолади.

Қориннинг нотўғри конфигурацияси ва ассимметрияси ЎИТ учун характерли белгилардир. Ичак тутилишининг эрта белгиларига – чегараланган, тортилган ичак қовузлоғи – Вал симптоми (1889) киради. Пайпаслаш вақтида бу қовузлоқ қотирилган бўлади, перкуссияда эса унинг устида яққол тимпанит эшитилади. Кейинчалик бу бирламчи шишган

ковузлокка шишган бошқа қовузлоклар ҳам қўшилади, улар колбаса кўринишида, қийшиқ, параллел, қатор бўйлаб жойлашган бўйлама цилиндрлар сифатида қорин териси орқали сезилади (Расм 4.1.). Қорин шакли кескин ўзгаради, ассиметрия пайдо бўлади.



Расм 4.1. Йўғон ичакнинг колбаса кўринишида катталашуви.

Ичакнинг кўриниб турадиган перисталтикаси ичак тутилишида энг муҳим белги бўлиб, юмалоқланган вал ёки бирданига пайдо бўлувчи ва йўқолувчи бўртмалар манзарасини беради. Уни қорин деворини енгил уриб кўриш ёки енгил титратиш билан чақириш мумкин.

Перисталтик тўлқин қайси соҳадан бошланиб, тугашини аниқлаш мумкин, бу обтурциянинг локал жойини кўрсатади. Кўринувчи перисталтика обтурацион, странгуляцион ичак тутилишида кузатилади, бу хол кўпроқ чурра қисилишининг биринчи соатларида, хали ичак хаётийлигини йўқотмаган вақтда аниқланади.

ЎИТ да қоринни пайпаслаш аста-секин, эҳтиёткорлик билан, иккала қўл билан ўтказилади, беморда қорин прессининг химоявий таранглашишини чақирмаслик керак. Қорин деворини юзаки пайпаслашда унинг юмшоқлиги, таранглашмаганлиги, оғриқсизлиги кузатилади.

Чуқур пайпаслаш натижасида ичак қисилган жойга мос келувчи оғриқли жой аниқланади. Бундан ташқари, қоринни пайпаслаш натижасида хали ичак фалажланмасдан олдин «текшираётган бармоқлар остидан

ичакнинг зичланиши» ёки «пружинали эластик қаршилик» аниқланади. Кучли шишган ичаклар ҳисобига қорин олдинги деворининг кескин таранглашишида қаттиқлик, резистентлик сезилади (Г.Мондор, 1937). Бунда перитонитда учрайдиган қорин прессининг рефлектор таранглашишидан фарқлай билиш керак. Баъзан қоринни пайпаслаш орқали ичак тутилишига сабаб бўлган ўсма, инвагинат танасини, ўт тошларини, яллиғланиш инфилтратини ва бошқаларни аниқлаш мумкин.

Қорин девори енгил титратилганда, чегараланган соҳада ёки бутун қорин бўйлаб «ўйин шовқини» - И.П.Скляров симптоми (1923) аниқланади. Бу симптом суюқлик ва газсимон массалар билан тўлган, таранглашган паретик ичак қовузлоқлари мавжудлигини кўрсатади. Бу симптомнинг мусбатлиги касалликнинг кечиктирилганлигини ва зудлик билан ташрихга кўрсатма эканлигини кўрсатади.

ЎИТ қорин деворини тукиллатишда турли баландликдаги товушлардан фарқ қиладиган тимпанитнинг нотекис тарқалиши аниқланади. Баъзан тимпаник товуш металл товуш тембрини олади, бу эса таранглашган ичак қовузлоқлари билан таранглашган ичаклардаги товушнинг резонансланишини билдиради.

Плессиметр билан қоринни пайпаслаш ва бир вақтнинг ўзида стетоскоп билан эшитиш натижасида аниқ металл товуш – Киуулл симптоми (1902) аниқланади. Бу симптом газ билан тўлган баллонсимон ичакнинг кескин шишида, кўпроқ сигмасимон ичакнинг буралиб қолишида кузатилади.

ЎИТ да қорин шовқинларининг мавжудлигини аниқлашда қорин аускультацияси катта ташхисий аҳамиятга эга. Соғлом одамларда қорин эшитилиб кўрилганда, турли товуш белгилари аниқланади. Ичак тутилишида эса улар кучайиши мумкин.

ЎИТ да тўғри ичакни бармоқ билан текширишда одатда бўш баллонсимон тўғри ичак ампуласи аниқланади, бунда ичакнинг олдинги девори ичак қовузлоғини юмалоқ эластик хосила кўринишида чиқариб қўяди. Бу белги Обухов шифохонаси симптоми номини олган. И.И.Греков (1928), бу

даволаш бўлимини бошқара туриб, «илеусни аниқлаш учун биргина белги кифоя» лигини айтган. Тўғри ичак ампуласи бундай ҳолатларда ичак буралиб қолиши вақтида кескин кўзгатувчига рефлекс сифатида ихтиёрсиз бўшаниш натижасида бўш бўлади (ёки шифохонага келгунларига қадар, беморларга кўпгина ҳуқналар ўтказиш натижасида). Тўғри ичак ампуласида ичак тутилишига сабаб бўлувчи кўплаб ҳосилаларни: ёт жисм, ўсма, инвагинат ва бошқаларни аниқлаш мумкин.

Вагинал текширув бачадон ва унинг ортиқларида ҳам яллиғланиш, ҳам ўсма табиатидаги жараёнлар ҳақида маълумот беради, булар ҳам ичак тутилишининг турли кўринишларига сабабчи бўлиши мумкин.

Лаборатор кўрсаткичлар

Қоннинг клиник тахлили. ЎИТ нинг бошланғич даврида қон тахлилида ўзгаришлар кузатилмайди. Жараён зўрайган сари, қоннинг суюқ ва қаттиқ қисмларида ўзига хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Бу даврда 5500000-6000000 гача эритроцитоз, 100-120% гемоглобиннинг ортиши ва гиперлейкоцитоз 10000-16000 кузатилади. Бундан ташқари, гипоеозинофилия ва нисбий лимфоцитоз кузатилади.

Сийдик тахлили. ЎИТ да куйидаги ташхисий белгилар кузатилади: 1) олигоурия – кескин сийдик ҳажмининг камайиши. Бу эса организмда умумий сувсизланиши ривожланганлигидан дарак беради. Ажралаётган сийдик миқдори текширилиши зарур, кўрсатма бўйича беморларга доимий катетер киритилади; 2) эрта индикануриянинг пайдо бўлиши; 3) ажралаётган калий ва натрий миқдорининг ўзгариши. Сийдикда оқсил, цилиндрлар ва қоннинг шаклли элементларининг бўлиши, буйракларда дегенератив ўзгаришлар ривожланганлигини кўрсатади.

Қоннинг биокимёвий тахлили. Клиникаларда амалий мақсадда хлоридларни аниқлаш қўлланилади, аммо хлоридлар миқдорининг камайиши ташхисий аҳамиятдан кўра, жараённи кечикканлигини билдиради.

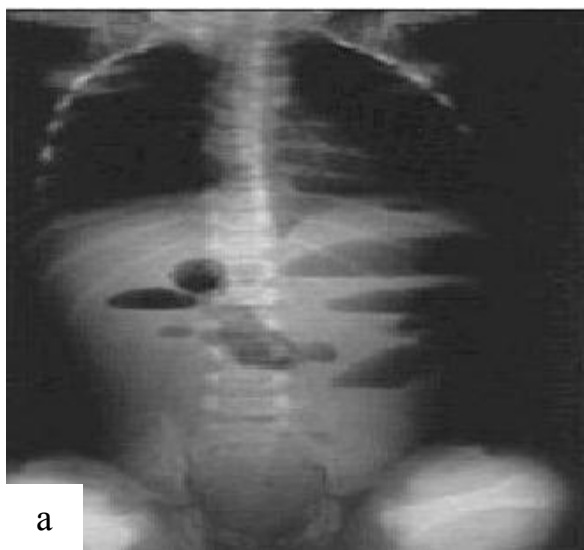
Рентгенологик текширув

Рентгенологик текширув кўкрак кафасидан то қорин бўшлиғигача контрастсиз ёритиш билан бошланади. Бемор бунда экран олдида туриши лозим, агар бемор қувватсиз бўлиб, туриш имкони бўлмаса, уни трохоскопга мустахкамлаб, аста-секин вертикал ҳолатга ўтказилади. Ўтирган ҳолатда текшириш мумкин эмас, чунки бу ҳолатда қориннинг юқори қисмларигина кўринади ҳолос.

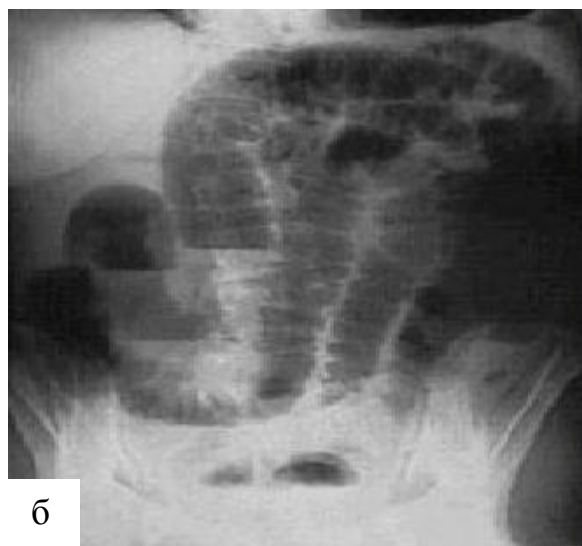
Ёритиш рентген расмлар, умумий, серияли дозаланган компрессиялар билан тўлдирилади.

ЎИТ қуйидаги рентгенологик белгиларга эга.

Клойбер косачаси – горизонтал суюқлик сатҳида гумбазсимон ёритиш кузатилади, тўнтарилган коса кўринишида бўлади (Расм 4.2. а). Бемор ҳолати ўзгарганда, бу ёритиш яхшироқ кўринади. Бундай косалар ичакда бирданга эмас, балки ичак қисилган ҳамда ичак тутилишидан бир қанча вақтдан сўнг ҳосил бўлади. Странгуляцияларда бир соатдан сўнг, обтурацияларда эса – 3-5 соатдан сўнг пайдо бўлади. Ичак деворидаги деструктив жараёнларнинг зўрайишига қараб, газ пуфакчалари баландлиги пасаяди, узунлиги эса ортади. Косалар миқдори турлича 1-2 та, баъзан 12-15 та (бунда бир-бирига поғонали нарвон кўринишида қаватланади) бўлади. Текширувнинг эрта муддатларида косалар камроқ бўлади. Аммо биргина косанинг борлиги ташхис учун етарли ҳисоланади.



а



б

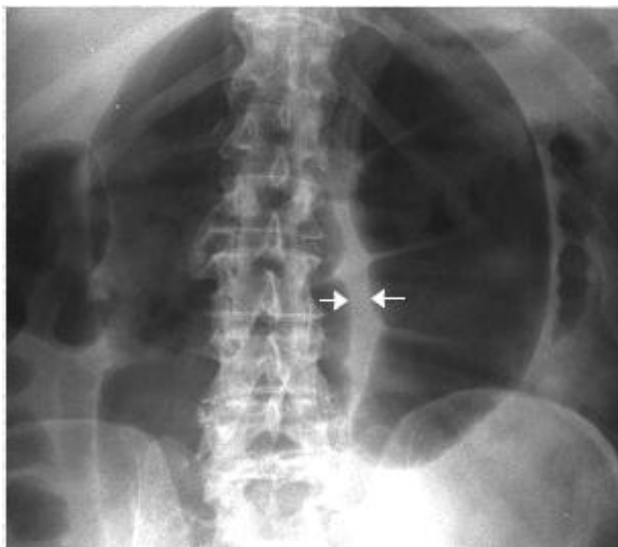
Расм 4.2. Ичак тутилиши. а – Клойбер косалари; б – аркадалар.

Ичакда косалар нафақат ЎИТ да, балки узоқ вақт ётоқ тартибида ётган беморларда ҳам кузатилиши мумкин (кахексия, рак, колит ва энтерит). Бундан ташқари йўғон ичакдаги косалар хуқнадан сўнг ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Ичак аркадалар ингичка ичак газ билан тўлганда пайдо бўлади, баъзан бундай аркадалар аъзо найлари кўринишида жойлашади. Шишган оч ичакда таранглашган пружина кўринишидаги кўндаланг чизикларни сезиш мумкин, бу циркуляр жойлашган кэркринг бурмаларига боғлиқ (Расм 4.2. б).

Автомобил шинаси ёки *икки табақани* эслатувчи сигмасимон ичакнинг газ билан кескин тўлишини ҳам аниқлаш мумкин. Кўпроқ у ичак қовузлоқларининг ёрқин қирғоғи билан ўралган бўлади. Кичик чанокда унча кўп бўлмаган суюқлик аниқланиши мумкин. Ичак қирғоқлари текис, аниқ гаустрациясиз бўлиб, девори қалинлашган бўлади.

Бундан ташқари, «*қахва дони*» манзараси ҳам аниқланади. Бунда кўйидаги кўриниш кузатилади: икки қовузлоқ улар орасидаги иккиланган ичак девори «*қахва дони*» ни эслатади (Расм 4.3.).



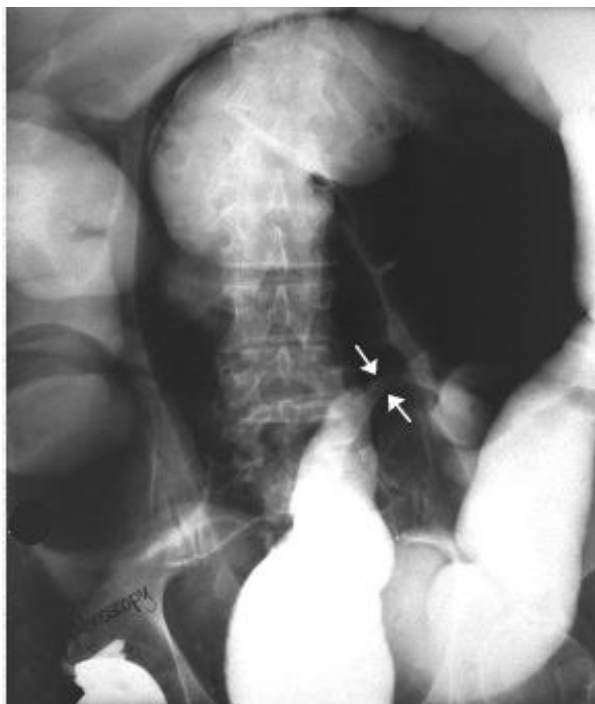
Расм 4.3. Рентгеноскопия: шишган сигмасимон ичак, «қахва дони» манзараси

«*Ёрқин қорин*» йўғон ичак соҳасидаги тутилишга хос, бунда газ билан тўлган йўғон ичак бутун қоринни эгаллайди. Баъзан ёруғ соҳаларда узун майдонлардаги суюқлик сатҳини кўриш мумкин. Йўғон ичак қирғоқларида гаустрал тортишмаларни кўриш мумкин.

Ошқозон-ичак трактини *контраст билан текшириш* ҳозирги вақтда ЎИТ да кенг қўлланилади. 50 мл барий аралашмасининг оғиз орқали қабул қилинади. Агар ошқозон тўла бўлса, уни йўғон зонд билан бўшатиш лозим. Контраст берилгандан сўнг, модданинг привратникдан тез ўтиши учун бемор 30 дақиқага ўнг ёнга ётқизилади. Кейин ҳар 30-60 дақиқа давомида рентген суратлар олинади. Контраст 20-60 дақиқада обтурация соҳасигача етиб боради ва у ердан тўсиқ ҳисобига ушланади. Контрастнинг кўричаккача транзит вақти одатда соғлом одамларда 2-3 соат, паралитик ичак тутилишида – 3-4 соатга тенг. Агар контраст 4 соатдан ортиқ ушланса, механик ичак тутилишига гумон қилиш керак.

ЎИТ да контрастли хукналар ёрдамида кўплаб характерли белгиларни аниқлаш мумкин, аммо уни касалликнинг эрта босқичларида, хали ичакда деструктив ўзгаришлар рўй бермасдан олдин ўтказиш лозим. Контрастли хукнани юқори босим остида юбориш мумкин эмас, чунки ичак девори ёрилиши кузатилиши мумкин (Расм 4.4.).

Рентгенологик маълумотларни клиник симптоматология билан солиштирса, ЎИТ кўриниши ва характерини аниқлаш ёки аксинча, ташхисни инкор этиш мумкин.



Расм 4.4. Рентгенография: сигмасимон ичак буралиб қолган соҳаси жойида ретроград кирилган контраст модда харакатининг тўхташи (кўрсатилган). Буралиш соҳасидан юқорида ичак шишган.

ҚИЁСИЙ ТАШХИСОТ

ЎИТ қиёсий ташхисоти қуйидаги асосий касалликлар билан қилиниши керак.

Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицит ва ичак тутилишида умумий белгилар: қориндаги оғриқ, ахлат ва газ келмаслиги, қайт қилишдир. Аммо аппендицитда оғриқ аста-секин бошланади ва ичак тутилиши каби кучга эга бўлади. Аппендицитда оғриқ ўнг ёнбош соҳада аниқланади, у ерда қорин деворининг оғриши ва таранглашиши кузатилади, ичак тутилишида эса оғриқ тарқоқ характерда, қорин юмшоқ, оғриқсиз бўлади. Аппендицитда бемор ҳолати – мажбурий, яллиғланган ўчоқни химоя қилади, ҳечқачон ҳолатини ўзгартирмайди. Бундан ташқари лейкоцитоз, тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади, ичак тутилиши эса бундан мустасно. Қорин бўшлиғидан эшитиладиган ичак перисталтикасининг кучайиши ва товуш белгилари аппендицит учун эмас, балки ичак тутилишига хос. Рентгенологик текширув ичак тутилишида мусбат натижалар беради.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг тешилган яраси. Иккала касалликлар орасидаги умумий белгилар – қоринда кўкқисдан, кучли оғриқнинг бошланиши, нормал ёки пасайган тана ҳарорати, ахлат келмаслиги хос. Тешилган ярада қорин девори оғриқли, нафас актида иштирок этмайди, «тахта қорин» каби тарангликка эришади, ичак тутилишида эса қорин юмшоқ, кам оғриқли ёки оғриқсиз, нафас актида иштирок этади. Тешилган ярада бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди, ичак тутилишида эса бемор беҳаловат бўлиб, ўз ҳолатини тез-тез ўзгартиради. Тешилган ярада жигар устида бўғиқлик эмас, балки тимпаник товуш эшитилади. Тешилган ярада қайт қилиш ичак обтурациясига нисбатан камроқ кузатилади. Тешилган ярада қорин бўшлиғи эшитилганда, бошидан оқ «ўлик сокинлик», ичак тутилишида эса товуш белгилари эшитилади, касаллик сўнгидагина «ўлик сокинлик» кузатилади. Рентгенологик манзара: тешилган ярада қорин бўшлиғида эркин газ борлигини, ичак тутилишида аркадалар, косаларни кўрсатади.

Ўтқир холецистит. Холециститда оғриқ узлуксиз бўлиб, ўнг елка, куракка берилади. Ўт пуфаги соҳасида локал оғриқ сезилади, пайпасланганда пуфаги танаси катталашганлиги аниқланади, баъзан сарғайиш кузатилади. Маҳаллий қорин деворининг таранглашиши кузатилади, тана ҳарорати одатда кўтарилади. Ичак тутилишида бу белгилар кузатилмайди, қорин юмшоқ, оғриқсиз, яллиғланиш белгилари йўқ. Аммо ичак фаолияти кучайиши билан ахлат келмаслиги кузатилади (перисталтиканинг кучайиши, товуш феноменлари ва х.к.). Рентгенологик манзара иккала касалликда турлича бўлади.

Турли этиологияли *перитонитлар* ва эрта босқичдаги ичак тутилиши, хали ичак гангренази ривожланмаган давргача умумий симптомларга эга бўлади. Уларга қориндаги оғриқ, умумий аҳволнинг оғирлашиши, қайт қилиш, қорин шиши, ахлат ва газ келмаслиги, тезлашган пульс киради. Ичак тутилишида оғриқ тўлғоқсимон характерда бўлиб, доимий эмас, қайт қилиш кичик бўлақлар билан кечади. Қорин бунда оғриқсиз, таранглашмаган бўлади. Перитонитда эса «ўлик сокинлик» кузатилади, бу вақтда қонда гиперлейкоцитоз ва қон формуласининг миелоцитлар, хатто ёш миелоцитларгача кескин силжиши кузатилади.

Мезентериал томирлар тромбози ва эмболияси ўзининг симптоматикаси билан ЎИТ га ўхшаш бўлади: қориндаги аёвсиз оғриқлар, умумий аҳволнинг оғирлашиши, қайт қилиш, юмшоқ қорин, нафас актида иштирок этиши, ахлат ва газ келмаслиги, қуйи қон босими, шок ва коллапснинг тез ривожланиши хос. Ичак девори инфарктида ичак перисталтикаси бутунлай йўқолади. Қорин бироз шишган, асимметрия кузатилмайди. Қорин бўшлиғи эшитилганда, «ўлик сокинлик», перкутор – бўғиқлашган тимпанит аниқланади. Ич келмаслиги нотурғун бўлиб, кўпроқ ич суриши, баъзан қон аралаш бўлади, Обухов шифохонаси симптоми кузатилмайди.

Механик ичак тутилишида кучли перисталтика кузатилади, қорин бўшлиғи бўйлаб катта гамма товуш феноменлари эшитилади, қорин анчагина

шишган, асимметрия кузатилади. Перкутор металлик товушдаги тимпанит, ахлат ва газ келмаслиги турғун, Обухов шифохонаси симптоми мусбат бўлади. Рентгенологик текширув механик ичак тутилишини томирдаги димланишдан фарқлашга ёрдам беради.

Юқоридаги касалликлардан ташқари, қиёсий ташхисот тухумдон кистасининг буралиб қолиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, уруғдоннинг буралиб қолиши, буйрак санчиғи, алиментар интоксикация, зотилжам, миокард инфаркти, уремия билан ўтказилиши лозим.

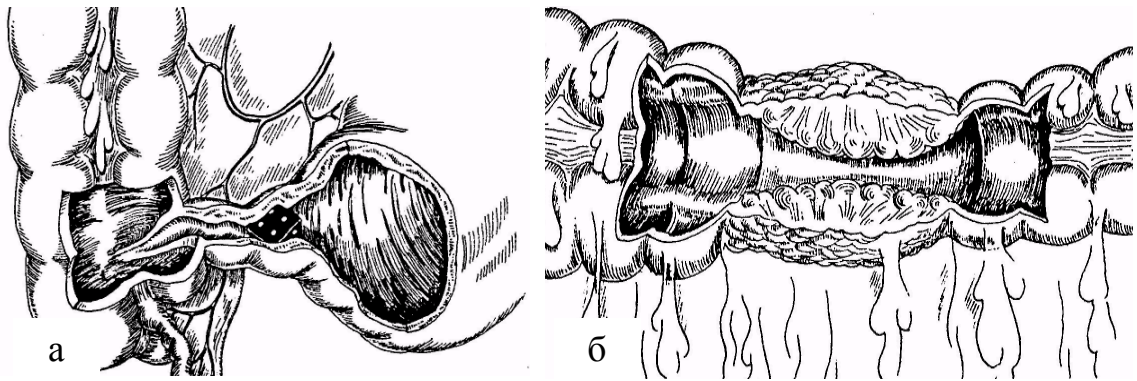
4.3. ОБТУРАЦИОН ИЧАК ТУТИЛИШИ

Обтурацион ичак тутилишига ичак ва тутқичининг қон билан таъминланиши бузилмаган ҳолда, ичак бўшлиғининг қисман ёки бутунлай тўсилиб қолиш ҳолатлари киради.

Обтурацион ичак тутилиши (тутқич иштирокисиз):

1. Ичак деворига боғланмаган ҳолда ичак ичи обтурация: а) ўт тошлари, б) ахлат тошлари, в) ёт жисм, г) гижжалар.
2. Ичак деворидан чиққан ичак ичи обтурацияси: а) ўсмалар, б) чандиқли стенозлар.
3. Ичакдан ташқари обтурация: ичакнинг ўсма, кисталар билан босилиб қолиши.
4. Тўғри ичак обтурацияси. Ахлат тошлари.

Ичакнинг ички тўсилиши унинг бўшлиғида ўт тошлари, ёт жисм ва х.к. ёки ичак деворига боғлиқ ҳолда (ўсма, чандиқли стенозлар) бўлиши мумкин. Ичакнинг ташқаридан босилиб қолиши ўсма, киста, битишмалар натижасида ичакнинг босилиши ёки букилиши оқибатида юзага келади. Ичак тутилишининг бу кўриниши учун тутқичнинг интактлиги хос, бунда тутқич босилмайди ва буралиб қолмайди, шунинг учун ичак девори озиқланишининг бирламчи бузилиши кузатилмайди (Расм 4.5).



Расм 4.5. Обтурацион ичак тутилиши: а- ёт жисм билан обтурацияси; б – йўгон ичакнинг ўсма билан тўсилиши.

Тарқалиши. Обтурацион ичак тутилиши барча ичак тутилиши ташрихларининг - 5% ҳолатларида кузатилади. Бизнинг клиника маълумотларига кўра, бу кўринишдаги ичак тутилиши 4,7% ташкил қилади.

Обтурацион ичак тутилишининг кечishi. Касаллик аста-секин ўсиб боради. Ичак мушакларининг озиши даражасига боғлиқ ҳолда қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар аста интенсивлашади, ўзининг тўлғоқсимон характерини йўқотади ва доимий кучсиз оғриқларга айланади. Организмнинг умумий интоксикацияси кечроқ, баъзан бир неча кундан сўнг пайдо бўлади, бу ҳол обтурациянинг кўриниши ва сатҳига боғлиқ. Касалликнинг кечки босқичларида оғир интоксикация ёки обтурацияланган ичак перфорациясидан сўнг ривожланган перитонит фонида коллапс ривожланиши мумкин.

Таъхисот энгил бўлсада, аммо ҳар доим ҳам странгуляциядан фарқлаш осон эмас. Обтурация учун қуйидаги белгилар хос: а) узлукли тўлғоқсимон оғриқнинг тинчлик даври билан ўрин алмашиниши; б) беморнинг умумий ҳолати узок вақтгача қониқарли ҳолда сақланади; в) ичакларнинг даврий кўринадиган перисталтикаси, қорин асимметрияси.

Оқибати гумонли. Леталлик нисбатан юқори кўрсаткичга эга (18,7%). Шунинг ҳисобга олган ҳолда, бу кўринишдаги ичак тутилишида бирламчи шок ривожланмайди, кечроқ ичак девори некрози кузатилади, бу эса бемор

холатини ноўрин баҳолаш, касалликнинг аоссий сабабини кеч аниқлаш ва кеч ташрих қилишга олиб келади.

Ичак деворига боғлиқ бўлмаган ичак ичи обтурацияси

Ўт тошли ичак тутилиши

Учраши. Ўт тошли ичак тутилиши кам кузатилади, аммо йирик статистика маълумотларига кўра, бу кўринишдаги обтурация 0,5-2% ни ташкил қилади.

Этиология ва патогенези. Ичак обтурациясини чақирувчи ўт тошлари ўзининг катта ўлчамлари билан – 2-5,5см фарқ қилади. Одди сфинктери орқали ўта оладиган кичик тошлар тўсилишни чақирмайди ва озик маҳсулотлари билан ичак орқали эркин ўта олади.

Ошқозон-ичак трактига тушиб қолган ўт тошлари ингичка ичакнинг турли сатҳларида тикилиб, обтурация чақиради. Ингичка ичакда тикилиб қолган тошлар ичак девори интерорецепторларининг ёт жисмга нисбатан кўзғалиши остида юзага келадиган спазмини чақиради. Тош спастик қисқарган қовузлоқларни зич ўраб олади ва уларда тикилиб қолади. Бу хол кўпроқ ёнбош ичакнинг қуйи қисмларида кузатилади, яъни ичак найининг бу қисми қисқалиги билан тушунтирилади.

Ичак деворидаги қисилиш жойида ўзига хос ўзгаришлар ривожланади. Шиллиқ қаватда яралар пайдо бўлади, узок вақт қисилиш натижасида эса ичак девори некрози перфорация билан, тошнинг қорин бўшлиғига чиқиши, бу эса ўз навбатида чегараланган ёки тарқоқ перитонит ривожланишига олиб келади.

Бундай беморлар ёши катта ёки хатто қари бўлади, шунинг учун бундай обтурацияни ўт тош касаллигининг кечки асорати сифатида кўриш керак.

Клиник манзараси. Ўт тошли обтурациядан азият чекувчи беморлар кўп холларда семиз бўладилар.

Анамнез. Ўт тош касаллигининг хуружлари, сариқлик, диспептик бузилишлар, қайт массаларида қоннинг бўлиши тошнинг ошқозонга ўтиб қолиши билан боғлиқ.

Касалликнинг бошланиши яшин тезлигида, аммо жараён аста-секин ривожланиши мумкин.

Оғриқ тўлғоқсимон, хуружсимон, даврий тинчлик билан ўрин алмашади. Беморни ҳаракатлантирилганда ёки бирон нарса еб олишга мажбурлаганда, хатто шифокор қўли билан бемор қорнини текширганда ҳам оғриқ хуружлари қайта пайдо бўлишга мойил. Оғриқ бутун қоринга тарқалсада, ўнг ёнбош соҳада жойлашади, чунки тош кўпроқ шу соҳада учрайди.

Қайт қилиш хуруж бошлангандан сўнг кузатилади, 2-3 кундан сўнг эса «ахлатли» тусга киради. Агар тош ичак бўйлаб яна ҳаракатланса, қайт қилиш бир қанча вақтга тўхташи, хатто ўз характерини ўзгартириши мумкин: «ахлатли» тусдан оддийга айланади, тошнинг қуйи қисмларда янгитдан тиқилиши кузатилади.

Ахлат ва газ келмаслиги ҳам интермиттирловчи характерда кечади. Гох ахлат, гох газ келиши тош ҳаракатига боғлиқ.

Қорин. Метеоризм кузатилади. Қорин асимметрияси ичакнинг проксимал қисмлари шиши ва дистал қисмлари пасайиши билан кечади. Катта ҳажмдаги тиқилишда оч ичакнинг бошланғич қисмида ичак шиши умуман кузатилмаслиги мумкин. Қорин тукиллатиб кўрилганда, чегараланган соҳада келувчи қовузлоқ шишганлигини билдирувчи тимпанит эшитилади. Ичакнинг кўринадиган перисталтикаси тўлғоқсимон оғриқ хуружи вақтида кузатилади. Қорин пайпасланганда, баъзан ўнг ёнбош соҳада жойлашган жуда зич хосила кўринишидаги қисилган тошни сезиш мумкин. Қорин аускультациясида кўп сондаги ичак шовқинлари эшитилади, улар ичакнинг паретик ҳолатида йўқолади.

Ректал ёки вагинал текширилганда, қисилган тошни пайпасланиши мумкин.

Умумий симптомлар: организм интоксикацияси сувсизланиш кўринишида, тилининг қуриши, юз ифодасининг ўткирлашиши, цианоз ва х.к., нисбатан кечроқ – кўп кунлик обтурациядан сўнг ривожланади.

Рентгенологик текширув ўт тошли обтурацияни аниқлашда қимматли бўлиши мумкин. Унинг учун қуйидаги рентгенологик симптомлар хос: 1) ички пуфак-ичак оқмаси орқали қирилган жигар йўлларида ҳавонинг бўлиши. Бунда ўт йўллари умумий рентгенограммаларда жигар сояси остида дарахтсимон шохланиш кўринишида бўлади; 2) беморнинг вертикал холатида ўт пуфагида суюқлик сатҳи устида газ пуфакчаларини аниқлаш мумкин; 3) ингичка ичак тўсилган қовузлоқларининг кенгайиши; 4) тўсилган ичак сатҳидаги кўринадиган тош сояси; 5) қайта текширув вақтида тош жойининг ёки обтурация сатҳининг ўзгариши – тўсувчи объектнинг ҳаракатини кўрсатади. Оғиз орқали барий аралашмасини бериш (50 мл) тўсилиш жойини ва унинг характерини аниқлаш имконини беради.

Кечиши ўт тошли ичак тутилиши тош қисилиши жойига, унинг ҳажмига ва бошқаларга боғлиқ холда турлича кечади.

Умумий аҳвол бемор ёши, унинг конституцияси ва ҳамроҳ касалликларига боғлиқ холда ўт тошли ичак тутилишининг кечишини оғирлаштириши мумкин.

Таъхисот. Тўғри ташхис қўйиш учун қуйидаги белгилар ёрдам беради: 1) кўпроқ ёши катта аёлларда кузатилади; 2) анамнезда ўт - тош касаллиги борлигини кўрсатади; 3) бутун қорин бўйлаб секин тўлғоқсимон оғриқларнинг бўлиши, сўнгра ўнг ёнбошга кўчиши; 4) қайт қилиш эрта «ахлатли» тусни олади, сўнгра бирданига тўхташи ёки ўзининг характерини ўзгартириши мумкин; 5) қисман ахлат ва газ келмаслиги; 6) чегараланган метеоризм, баъзан умуман кузатилмаслиги мумкин; 7) баъзан зич хосила кўринишидаги тўсилган тошнинг пайпасланиши; 8) мусбат рентгенологик маълумотлар; 9) ахлат билан майда ўт тошларининг ажралиши.

Ўт тошли ичак тутилишини *даволаш* жарроҳлик амалиёти билан олиб борилиши керак. Ўт тоши оддий энтеротомия усули билан олиб ташланади.

Баъзи ҳолатларда ичак деворида чуқур яралар, перфорация каби морфологик ўзгаришлар кузатилса, ичак резекцияси ўтказилади.

Ўт тошли ичак тутилиши *оқибати* гумонли бўлади. Обтурациянинг бу турида ўлим кўрсаткичи ҳамон юқориликча – 10-50% қолмоқда.

Ахлат тошлари ва энтеролитлар билан тўсилиши

Учраши. Ичак тутилишининг бу шакли кам учрайди.

Этиология ва патогенези. Ичак тошлари – копролитлар ва энтеролитлар – ўзининг таркиби бўйича органик (ўсимлик толалари, ҳомила суяклари) ва минерал (мел, кўмир, турли тузлар) табиатига эга бўлиши мумкин.

Ичак тошлари консистенцияси қаттиқ бўлиб, тоғай, баъзан суяк зичлигига эга бўлади. Энтеролитлар копролитларга нисбатан қаттиқроқ бўлиб, ўзида кўп миқдорда туз сақлайди. Улар катта ҳажмларга етиши (2,5 кг гача) ва битта ёки кўп миқдорда бўлиши мумкин. Тошлар кўпинча йўғон ичакда, айниқса чувалчангсимон ўсимтада аниқланиши мумкин.

Ичак тошлари ҳосил бўлиши учун олиб келувчи омилларга узоқ муддат қабзият ва перисталтиканинг кучсизлиги, сурункали эндо- ва экзоген колитлар, қорин прессининг кучсизлиги, узоқ вақт сурги ва минерал тузларни истеъмол қилиш ва х.к. натижасида ичакда ахлат массасининг димланиши киради. Бундан ташқари, ичак найининг туғма ривожланиш нуқсонлари (мегаколон, мегасигма), ичакнинг ўз вақтида бўшабини тўхтатувчи туғма Джексон мембранасининг мавжудлиги ҳам сабаб бўлади.

Копро- ва энтеролитлар билан тўсилиш эркак ва аёлларда бир хил учрайди. Беморлар орасида ўрта ва катта ёшлилар кўпроқ, аммо болаларда ҳам кузатилиш мумкин (ичакнинг туғма ривожланиш нуқсонлари).

Ичакнинг тошлар билан ўткир тўсилишининг *клиник манзараси* ўт тошли ичак тутилиши билан мос келади.

Контраст масса билан *рентгенологик текшириш* ёт жисм соясини ёки юмалоқ тўлиш дефекти мавжудлигини кўрсатади. Бу касаллик учун кўпроқ

ахлат тошларининг контраст билан тўйиниши, қирғоқларининг аниқ кўриниши хос.

Таъхисот қийинроқ бўлсада, рентгенологик маълумотларга асосланиб аниқлаш мумкин.

Даволаш оператив бўлиб, қуйидаги ҳолатларда ўтказилади: ихтиёрий равишда ахлат тошларининг ажралиши бўлмаса, оддий ҳолатларда энтеротомия тошни олиб ташлаш, асоратларда эса тошлар билан бирга ичак резекцияси ўтказилади.

Оқибати эрта, ўз вақтида ташрих қилинса, яхши яқун топади.

Ёт жисм билан тўсилиши

Учраши. Ичакка турли ёт жисмларнинг тушиши кўп кузатилса-да, аммо ўткир ичак тутилиши кам учрайди.

Этиология ва патогенези. Ичакнинг тўсилишига турли ёт жисмлар, хайвон ва балиқ суяклари, барча турдаги металл жисмлари (тангалар, мих, игна, пичоқ, санчки), идиш синиқлари, тиш протезлари, соч толалари сабаб бўлиши мумкин.

Ёт жисмлар ошқозон-ичак трактига оддий йўл билан - тўсатдан ёки мастликда, аммо кўпинча рухий хаста беморларнинг уларни ютиб юбориши билан тушиб қолади.

Ошқозон-ичак трактига тушиб қолган кўплаб ёт жисмлар тўсиқсиз ўз ташувчисига зарар келтирмасдан, чиқиб кетади. Аммо баъзида улар ушланиб қолиши мумкин. Бу сабаб бўлувчи омилларнинг, битишмалар, ичакнинг ўткир букилмалари, чандиқли торайиш ва бошқалар мавжудлигида кузатилади.

Ошқозон-ичак трактида физиологик торайиш жойлари мавжуд бўлиб, шу соҳаларда ёт жисмлар тикилиб қолади: flexura duodeno-jejunalis, ёнбош ичакнинг қуйи қисми, чамбар ичакнинг талоқ бурчаги ва тўғри ичак ампуласи.

Ичакнинг ёт жисм билан ўткир обтурациясининг *клиник манзараси* ўт - тошли ичак тутилиши манзарасини эслатади. Ўткир ичак тутилиши симптомлари ёт жисмни ютиб юборгандан сўнг бирданига эмас, балки бир канча вақтдан сўнг бошланади, ҳамма вақт ҳам тўсилиш тўлиқ бўлмайди.

Рентгенологик текширув рентген нур ўтказувчи жисм манзарасини аниқ кўрсатиб бера олади (металл жисмлар, суяк, ойна ва х.к.). Қайта рентгенографияларда бу жисмларнинг ошқозон-ичак тракти бўйлаб ҳаракатини кузатиш мумкин.

Таъхисот анамнестик маълумотлар, клиник ва рентгенологик топилмаларга асосланиб ўтказилади.

Даволаш. Агар ёт жисм ошқозон-ичак трактидан мустақил чиқиб кета олмаса ва ўткир обтурация манзараси мавжуд бўлса, жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Ёт жисмни олиб ташлаш энтеротомия усули билан очилган ичакка чоклар қўйиш билан ўтказилади. Фақат металл игналаргина тикилиб қолган игнани ичкаридан ташқарига қараб ичак деворини тешиш йўли билан олиб ташланади, тешилган соҳадаги ичак сероз қаватига Лембертов чоки қўйилади.

Яқуни ўз вақтида ташрих ўтказилса, яхши яқун топади.

Гижжалар билан тўсилиш

Учраши. Гижжали ичак тутилиши адабиётлардаги маълумотларга кўра 0,94-10,5% ҳолларда учрайди.

Этиология ва патогенез. Гижжали обтурация аскаридалар орқали юзага келади, аммо бошқа гижжалар ҳам сабабчи бўлиши мумкин: тасмалилар, гижжалар.

Ичакда гижжаларнинг бўлиши ичак тутилиши учун шароит яратмайди. Бунинг учун қўшимча шароит бўлиши зарур (ичак спазми ёки ичак бўшлиғининг аскарида таналарининг катта тўплами билан тўсилиши). Аскарида токсини концентрациясининг ортиши натижасида ичак спазми

парез билан алмашади, бу эса гижжали ичак тутилишининг хавфли босқичини юзага келтиради.

Ичак тутилишида ичакда аскардаларнинг миқдори биттадан юзтагача бориши мумкин. Баъзан 1-2 дона аскардалар ўз таналари билан ичак бўшлиғини тўса олмайди, аммо улар устидан ичак қовузлоқларининг спастик қисқаришлари обтурацияни чақиради. Айрим холларда эса йирик тўпламлар ва 800-900 тагача аскардаларнинг йиғилиши натижасида ичак тўсилиши кузатилади (Расм 4.6).



Расм 4.6. Ташрих вақтида олинган макропрепарат (ташрих топилмаси).

Гижжали инвазия ўзида қуйидаги тўртта ўткир гижжали ичак тутилишини акс эттиради: 1) обтурацион шакли – аскарда тўплами натижасида ичакнинг механик тўсилиши (59,5%); 2) унча кўп бўлмаган аскардалар мавжудлиги оқибатида спастик ичак тутилиши (21,2%); 3) инвагинация билан асоратланган аскардозли ичак тутилиши (11,4%); 4) аскардалар билан тўлган ичак қовузлоқларининг буралиб қолиши (7,9%).

Ёшнинг ўрни. Гижжалар билан тўсилиш кўпинча ёш одамларда кузатилади.

Гижжали ичак тутилишида *клиник манзара* ўзига хос хусусиятларга эгаки, улар устида бироз тўхталиб ўтамиз.

Анамнез. Беморда гижжалар мавжудлигини кўрсатади, аммо баъзан беморлар буни сезмайдилар. Бошқа томондан қаралса, гижжалар ўткир ичак тутилиши хуружига бевосита муносабатга эга эмас.

Беморнинг умумий кўриниши ва холати. Беморлар оқарган, бесаранжом бўлиб, ўз холатини ўзгартирадилар. Гижжа заҳарлари билан юз берувчи оғир интоксикацияларда хатто талвасалар кузатилиши мумкин.

Оғриқ интенсив, доимий характерга эга бўлиб, киндик атрофида жойлашади.

Қайт қилиш кўп кузатилади. Бундан ташқари, кўнгил айланиши ва диспептик холатлар (кекириш, оғизнинг тахир бўлиши, сўлак оқиши ва х.к.) кузатилиши мумкин. Қусуқ массалари билан бирга аскардалар ҳам чиқиши мумкин.

Қорин нисбатан кам шишган бўлиб, кўпинча ясси ва бироз ичга ботган бўлади. Қориннинг ўнг қуйи квадрантида инвагинат деб пайпасланганда, юмалоқ ёки бўйлама шаклдаги хосилалар аниқланади (аскардалар билан тўла ичак).

Лаборатор маълумотлар. Эозинофилия барча холатларнинг тенг ярмида кузатилади. Ахлат ва тўғри ичак шиллик қавати гижжа тухумларига текширилганда, 33% холатларда мусбат бўлади.

Ўткир даврда *рентгенологик текширув* барча холатларда обтурацион ичак тутилиши манзарасини беради: косача, сатҳлар, ёйлар ва х.к. Унча кўп бўлмаган микдорда оғиз орқали контраст модда (50 мл) берилганда, беморнинг горизонтал холати ва нисбатан компрессияда 1,5-2 соатдан сўнг рентгенография ўтказилганда, гижжалар жойлашган соҳада тасмасимон тўлиш дефектлари кўринади.

Гижжали ичак тутилиши *ташхисоти* баъзан ҳечқандай қийинчилик туғдирмайди. Айрим холатларда беморда механик ичак тутилишининг бир тури билан азият чекаётганида аниқлаш мушкул бўлади.

Гижжали ичак тутилиши қуйидаги ўзига хос симптомларга эга: а) анамнезида гижжалар мавжудлиги; б) беморнинг ёши (ёшларда); в) аёвсиз

оғриқ ва беморнинг қоникарли аҳволи орасида номутаносиблик; г) қоринда аскарида тўпламини аниқлаш; д) кучсиз намоён бўлган метеоризм, ясси ва хатто ичига ботган қорин; е) эозинофилия, тўғри ичак шиллик қавати суртмаларида гижжа тухумларининг топилиши; ж) мусбат рентгенологик маълумотлар.

Даволаш. Гижжали ичак тутилишида консерватив даво кўрсатилади, спазмга қарши (паранефрал блокада, атропинизация), иссиқ муолажалар (иситкичлар, қайноқ ванналар), хатто сифонли хукналар ўтказилади.

Фақат юқоридаги муолажалар самара бермаганда, ташрихга кўрсатма бўла олади. Ягона аскарида мавжудлиги ва ичак қовузлоқларининг спастик қискаришида ичак тутқичини новокаинизацияси ўтказилади. Бундай ҳолатларда аскардаларни олиб ташлаш шарт эмас. Ичакда аскардаларнинг тўплами мавжуд бўлса ёки кўп тўпланганда, (1) аскардалар тўплами устидан энтеротомия ўтказилади ва паразитлар ичак бўшлиғидан анатомик пинцет билан олиб ташланади. Ичак кесмасини икки қаторли чоклар билан тикилади 2). Ичак қовузлоқларида кўп миқдорда аскардалар тўпланганда ва ичак деворини эҳтиётлаш мақсадида ичакни аскардалар билан бирга резекцияси ўтказилади. 3). Аскардалар билан тўлган ичак қовузлоғи чап кўл билан ушланади, ўнг кўл эса тўплам гумбазини босиб туради. Бунда ичакнинг юқорида ётувчи девори бироз инвагинацияланади. Аскардалар тўплами шу тарзда осон ҳаракатланади. Тўпламни шу тарзда босиш бир неча марта қайталади, кўричаккача олиб борилади ва шу ердан олиб ташланади.

Ташрихдан кейинги давр умумий қоидаларга асосланиб ўтказилади, аммо гижжали инвазияда спазмга қарши воситалар берилади. Дегелминтизация 6-8 кундан сўнг бемор ҳолати яхшиланган сўнг тавсия этилади. Дегелминтизация ичакка назогастрал зонд орқали кислород юбориш билан ўтказилади.

Оқибати яхши бўлсада, баъзан ўлим ҳоллари ҳам кузатилиши мумкин.

Ичак деворидан чикувчи ичак ичи обтурацияси

Ўсма билан обтурацияланиш

Ичакнинг ўсма билан тўсилиш частотаси барча ЎИТ орасида 1,6-9,3% фоизни ташкил қилади, улардан чамбар ичак раки 51,9%, тўғри ичак раки 28,8% ва 2,4% чувалчангсимон ўсимта ракида кузатилади. Бу гуруҳдаги беморлар орасида ўлим кўрсаткичи 38-52% ни ташкил қилади.

Этиология ва патогенези. Ичакнинг ўткир обтурацияси ҳам яхши, ҳам ёмон сифатли ўсмалар оқибатида рўй бериши мумкин.

Йўғон ичакда яхши сифатли ўсмалардан аденомалар, полиплар, дивертикуллар ва бошқалар кўп учрайди.

Йўғон ичакнинг ракли зарарланиш характериға қараб: аденокарцинома, каттиқ рак - скирр, коллоид, атипик шакллари фарқланади.

Скиррлар медулляр ракка қараганда тез ичак тутилишиға олиб келади, чандикли бужмайиш жараёнлари ривожланади. Ўсмаларнинг эндофит ўсиши ҳам экзофит ўсмаларға қараганда, тезроқ обтурация рўй беришиға сабаб бўлади.

ЎИТ сабаби сифатида нафақат ёмон сифатли ўсмалар, балки ичак тутилишининг бошқа кўринишлари: ўсманинг кичик чаноқ бўшлиғиға тушиши натижасида ичакнинг букилиши, ўсмалар атрофида шаклланган битишмалар билан босилиши, инвагинациялар ва бошқалар кўринади.

Чамбар ичак чап ярми ўсмаси кўпроқ ЎИТ ни чақиради, қуйидаги холатлар билан кечади: ўсманинг ҳалқасимон ўсиши йўғон ичак чап ярмидаги шаклланган қаттиқ ахлатға нисбатан, ўнг ярмида кўпроқ суюқ массани ушлаб туради.

Жинс. Ичакнинг ракли обтурацияси эркакларға нисбатан, аёлларда кўп учрайди.

Ёш. Ичакнинг ракли обтурацияси кўпинча 40 ёшдан сўнг ривожланади. Саркома эса кўпроқ ёшларда – 21-30 ёшлар орасида кузатилади.

Клиник манзараси. Ўсмалар чақирган ЎИТ - обтурацион ичак тутилиши каби кечади, аммо бошқа механик ичак тутилишларига қараганда, нисбатан секинроқ кечади.

Беморнинг умумий аҳволи қоникарли бўлсада, баъзан иштахасизлик, озиш белгилари кузатилади: кахексия биров кечроқ бошланади.

Ичакнинг ўсмали тўсилишининг характерли хусусиятларидан қуйидагиларни кўрсатиш мумкин: а) анамнездан дефекация актида қийинчиликларнинг бўлиши, унинг аста-секин кучайиши, бундан ташқари, ахлатда қон, йиринг бўлиши, ахлат шаклининг тасмасимон бўлиши кузатилади; б) обтурацияловчи ўсма тахминан 40% рак билан хасталанган беморларда пайпасланади; в) қориннинг нисбатан шиши; г) гипертрофияларга олиб келувчи ичак қовузлоқларининг кўринадиган перисталтикаси кузатилади ва ичак шовқинлари эшитилади; д) йўғон ичак чап ярми ракида ахлат массалари пайпасланади, қорин девори бўйлаб пайпаслаган бармоқларнинг «изи»ни қолдиради; е) тўғри ичакнинг қуйи ётувчи ракли ўсмалари бармоқ билан текширилганда аниқланади.

Лаборатор маълумотлар: анемизация ва қоннинг оқ шаклли формуласининг чапга силжиши, нейтрофилёз билан бирга; ахлатдаги яширин қонга мусбат реакция кузатилади.

Рентгенологик текширув. ЎИТ оддий белгиларидан ташқари, контрастли текширув вақтида ракли обтурация учун олиб келувчи қовузлоқларнинг кенгайиши ва тўлиш дефектларининг бўлиши хос.

Яхши сифатли ўсмалар ёмон сифатли ўсмалардан тўлиш дефекти – овал ёки юмалоқ шакли билан фарқ қилади.

Йўғон ичакнинг ёмон сифатли ўсмасида контрастли ҳуқна ўтказиш фойдалидир, чунки унинг ёрдамида манзара характерини ва ўсма жойини аниқлаш мумкин.

Ўсма чақирган *обтурацион ичак тутилишининг кечиши.* Бунинг асосида қуйидагилар фарқланади: а) узоқ вақт, сурункали кечиш, жараён якунида қайталаниш ва тўла ичак тутилиши учун шароит яратилиши хос; б) даракчиларсиз ўткир ичак тутилишининг кузатилиши.

Ракли ўсманинг оғир асоратларидан бири - ичакнинг эркин қорин бўшлиғига перфорацияси бўлиб, бунинг оқибатида беморнинг перитонитдан ўлиши кузатилади.

Ёмон сифатли ўсма фонида ичакнинг ўткир обтурациясини *ташхислаш* кийин туюлсада, ташрих столида кутилмаган топилмалар аниқланади.

Йўғон ичакнинг ўткир обтурацияси ташхисоти учун қуйидаги симптомлар хос: а) анамнестик маълумотларда диспептик бузилишлар, кўнгил айниши, қабзиятнинг ич кетиш билан алмашилиши, ахлатда йиринг ва қоннинг бўлиши кузатилади; б) беморнинг мойил ёши; в) кам маълумот берувчи объектив маълумотлар, аммо баъзида ўсмаларнинг пайпасланиши; г) мусбат рентгенологик топилмалар; д) айрим ҳолларда ректороманоскопия маълумотлари.

Даволаш – жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. У нафақат ичак тутилишини бартараф қилиш, балки ўсмани олиб ташлаш мақсадида ҳам ўтказилади. Барча ташрихларда абластик қабулларни ушлаб туриш зарур.

Бунинг учун, биринчи навбатда, қандай ташрих амалиётини қўллашни ҳал этиш, ўсманинг қанчалик ташрихга мойиллиги ва метастазлари борлиги аниқланиши лозим (жигар кўрилади, чунки унда метастазлар эрта аниқланади).

Яқуни. Йўғон ичакнинг ракли обтурацияси билан беморлар ташрих амалиётини кўтара олмайдилар. Бундай ҳолатларда ўлим кўрсаткичи юқори бўлиб 27,6-52% ни ташкил қилади.

Ичакнинг чандиқли стенози оқибатида ўткир ичак тутилиши

Учраши. Ичакнинг чандиқли стенози оқибатида юзага келадиган ўткир ичак тутилиши кам учрасада, айрим адабиётларда механик ичак тутилиши ҳолатларидан 0,46-3,4% чандиқли стенозлар ташкил этиши ёритилган.

Этиология ва патогенези. Ичакнинг чандиқли торайиши туғма нуқсонлар натижасида ёки турли касалликлар оқибатида орттирилиши кузатилиши мумкин. Ичакнинг чандиқли стенозлари сил ва дизентерия

яралари, терминал илеит – Крон касаллиги оқибатида ҳам рўй беради, ичакнинг ўлган инвагинати ёки ичакнинг гангреноз соҳасининг мустақил кўчиши натижасида (мезентериал тромбоз), ҳамда турли захарланишлар ва бўшлиқдаги ташрихлар оқибатида, қорин бўшлиғи аъзолари ёмон сифатли ўсмаларини рентгено- ва радио усулда даволашдан сўнг пайдо бўлиши мумкин.

Чандиқли стенозлар ингичка ичакда йўғон ичакка қараганда кўпроқ жойлашади. Улар ягона ёки кўплаб бўлиши мумкин. Ичакнинг чандиқли торайишлари масофаси турлича: ичакни ўраб олувчи қиска чандиқли ҳалқадан тортиб 1-50 см масофагача ичак бўшлиғини облитерациялашгача боради. Ичак бўшлиғининг тўсилиши тўлиқ ёки қисман бўлиши мумкин. Ичак бўшлиғининг тўлиқ тўсилиши кўпинча ёт жисм ёки овқат бўлаги билан юзага келади.

Ичакнинг чандиқли тўсилишининг *клиник манзараси* обтурацион ичак тутилиши каби кечади.

Анамнезидан сил, дизентерия, мезентериал тромбоз, инвагинация, неоплазма ўтказганлиги, нур даво билан даволанганлиги аниқланади. Даврий ичак тутилиши хуружлари ёки тез-тез санчиқлар бўлиши ҳам аниқланади.

Бемор ошқозон-ичак тракти томонидан дискомфортга шикоят қилади: кўнгил айниши, қабзият, санчиқлар ва х.к. Объектив кўзга яққол кўринадиган, хатто яхшигина эшитиладиган ичакнинг перисталтикаси аниқланади.

Рентгенологик текширув. Барий аралашмасини перорал қабул қилиш (50 мл) ичак тутилиши характерини, обтурация жойини аниқлашда кўмак беради.

Ичакнинг чандиқли обтурациясини *ташхислаш* мушкул бўлсада, анамнестик, клиник ва рентгенологик маълумотларни ҳисобга олиб, аниқ ташхислаш имкони мавжуд.

Даволаш – жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Консерватив муолажалар билан келгуси хуружларни бартараф этиш мумкин, аммо улар

ичак тутилиши қайталанишини олдини олишда кучсиздир. Ташрих вақтида қовузлоқлар ва шишган гипертрофияларга олиб келувчи ичак орасидаги ичакнинг чандиқли торайиши топилади. Обтурацияни бартараф этишдан олдин, ичакка назар солиш, ягона ёки кўплаб стриктуралар мавжудлигини аниқлаш, сўнгра ҳаракатларнинг кейинги режасини тузиш зарур.

Чандиқли стриктураларда ҳам паллиатив, ҳам радикал ташрихлар қўлланилади. Паллиатив ташрихларга: а) айланиб ўтувчи энтероанастомоз, б) энтероластика, торайтирувчи чандиқли ҳалқани бўйлама кесиш ва кесмани кўндаланг йўналишда тикиш киради. Радикал ташрих – ичак резекцияси сифатида кенг ҳажмдаги стриктураларда, кўплаб торайишларда қўлланилади.

Яқуни ўз вақтида ташрих ўтказилса, қониқарли бўлиши мумкин.

Ичакдан ташқари обтурация – ичакнинг ташқаридан киста, ўсма ва бошқа хосилалар билан босилиши

Тутқич кисталари (хилёз ва травматик), аста-секин катталашиб, тутқич варақларини қаватлантиради, ичак бўшлиғини тўлиқ ураб олмагунча аста ичакни боса бошлайди. Кечиши секин бўлиб, олиб келувчи ичак гипертрофияланишга улгуради. Анамнездан қоринда санчиқлар, қабзият бўлганлиги аниқланади.

Тухумдон кисталари, ичак қовузлоқлари ёки чарвига ўсиб кириб, ўзининг жойини ўзгартиради ва ичакни тортиб, букилмалар хосил қилиши мумкин. Кўпроқ ичакнинг киста билан қисилиши кичик чанокда рўй беради, чунки у ерда чегараланган бўшлиқли муносабатлар мавжуд.

Ичакнинг инфилтрат ёки абсцесс билан босилиши. Кўпинча кичик чанок бўшлиғида кузатилади, аммо қовузлоқлараро абсцесс ёки инфилтратларда ҳам рўй бериши мумкин. Бундай шароитларда ичак тутилиши нафақат механик босилиш, балки йирингчали қопчаларнинг токсик таъсири билан намоён бўлади, чунки токсик моддалар ичак мушакларига таъсир кўрсатиб, уларда паретик ҳолат чақиради. Бу кўпроқ аппендикуляр инфилтратда кузатилади.

Қорин бўшлиғи аъзолари **ёмон сифатли ўсмалари** ҳамда тутқич безларининг йирик конгломератлари, ичак қовузлоқларининг механик букилиши ва босилиши натижасида ичак тутилишини чақиради, бу эса ўз навбатида ичакнинг бўшабини тўсади, баъзан ичак бўшлиғининг тўлиқ обтурацияси билан асоратланади.

Бу турдаги ичак обтурацияларида *клиник манзара* асосий касаллик, босилиш даражаси ва жараён ривожланиши тезлигига боғлиқ холда турлича бўлади. Барча шароитларга боғлиқ холда симптоматика ҳам ўзгариши мумкин. Ичак тутилишини чақирувчи хосиланинг пайпаслаш имкони ҳам мавжуд.

Ичакнинг аста-секин босилишида ичакнинг мушак қавати гипертрофияланишга улгуради. Ичак қовузлоғи бўшлиғининг кескин тўсилиб қолиши ўсмасимон хосиланинг ўрни ўзгариши, унинг кескин катталашиши, туҳумдон кистаси оёқчасининг буралиши билан рўй бериши мумкин.

Рентгенологик текширув (50 мл контрастнинг перорал бериш натижасида) бу кўринишдаги ичак тутилиши аниқ манзара беради. Олиб келувчи қовузлоқларнинг кўринадиган таранглашиши ва контраст ҳаракатининг секинлашиши кузатилади. Бунда ўсма жараёнига хос белгилар ҳам кўринадилар: «бўшлиқлар» симптоми, «бўшлиқлар» устидан ичак қовузлоқларининг букилиши ва уларнинг нотўғри жойлашиши, «қовузлоқларнинг силжиши». Ичак обтурацияси соҳасида ичак қирғоқлари торайган ёки бир қанча масофагача босилган бўлиши мумкин.

Ташхисот беморни диққат билан текшириш ва сўраш билан ўтказилади. Ташхисотда рентгенологик топилмалар ҳам кўмак беради.

Даволаш жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Ташрих мақсади – нафақат ичак ўтказувчанлигини тиклаш, балки босиб турувчи агентни йўқотишдан иборат. Биринчи навбатда, ичак тутилиши сабаби бартараф қилинади, иккинчидан – босиб турувчи агент йўқотилади. Ташрих амалиёти характери кўплаб ҳолатларга боғлиқ: беморнинг аҳволи, ёши, тана вазни, ҳамроҳ касалликлари ва х.к. Ўсма ёки кистани олиб ташлашда қийинчилик

туғилса ёки олиб ташлаш имкони бўлмаса, айланиб ўтувчи анастомоз кўйилади.

Яқуни шубҳали бўлиб, ичак тутилиши босқичига, асосий касалликка, амалиётларнинг кўриниши ва ўлчамига боғлиқ.

ТЎҒРИ ИЧАКНИНГ ЎТКИР ОБТУРАЦИЯСИ

Тўғри ичак ўзининг котган холати ва нисбатан кенглиги билан ЎИТ ривожланиш жойи ҳисобланади. Бу ерда странгуляцион ичак тутилишлари деярли учрамайди, аммо обтурацион тури кўп кузатилади. Уларга: 1) тўғри ичакнинг туғма ривожланиш нуқсонлари - атрезиялар; 2) ёмон сифатли ўсмалар билан тўсилиши; 3) ёт жисмлар билан тўсилиши; 4) ахлат массалари билан тўсилиши – ахлат тошлари киради. Тўғри ичак обтурациясининг охириги икки кўринишида батафсил тўхталиб ўтамиз.

Тўғри ичакнинг ёт жисм билан тўсилиши

Ёт жисмлар тўғри ичакка эндоген – ичакнинг юқоридаги соҳалари орқали, экзоген – орқа чиқарув йўли орқали ёт жисм киритиш билан киради.

Тўғри ичакка эндоген йўл орқали турли ёт жисмлар: тангалар, туғмалар, мих, пичоқ, қошиқ, игна, суюқлар, овқатнинг дағал қисмлари, ахлат тошлари ва х.к. тушади.

Тўғри ичакка ташқаридан кирадиган ёт жисмлар орқа чиқарув йўли орқали кириб, улар ҳам ўзига хос майда нарсалардан тортиб ҳажмли, стакан, шиша ва бошқалар бўлиши мумкин. Бу нарсалар кўпинча азият бериш орқали, беморнинг сексуал мойиллиги ёки рухий бузилиш таъсири остида кириши мумкин. Айрим холатларда озор бериш ёки жиноят мақсадида бошқа одамлар томонидан амалга оширилади. Учинчи йўл ҳам мавжуд – ўткир нарсага тушиши: арматура типидagi металл, таёқлар ва х.к. Бундай кўринишдаги шикастларда орқа чиқарув йўлини ўраб турувчи соҳанинг ташқи шикасиланиши кузатилади.

Катта ҳажмдаги ёт жисмлар тўғри ичакни эркин холда ахлат массаси билан тарк этади. Баъзан ўткир нарсалар сфинктер атрофида тикилиб қолиши

мумкин (игналар, балиқ суяклари ва х.к.), улар ичак деворига кадалиб қолади. Ичак шиллиқ қаватининг шикастланиши натижасида ичакни ўраб турувчи клечатканинг яллиғланиши – парапроктит ривожланиши мумкин. Тўғри ичакда тикилиб қолган йирикроқ жисмлар ичакни мустақил тарқ эта олмайди, ичак бўшлиғини беркитиб қўяди, ичак бўшашишини қийинлаштиради ёки тўла ичак тутилишини чақиради. Тўғри ичак ампуласида ёт жисмнинг узок вақт туриб қолиши натижасида яраланишлар, қон қуйилишлар ва шиллиқ қаватнинг яллиғланиши юзага келади, булар беморни дефекация вақтида безовта қилади.

Клиник манзараси. Бемор шикоятлари қуйидагилар: дефекация актининг қийинлашуви ёки айрим ҳолларда ичакнинг бўшамаслиги. Беморнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди. Қорин бироз шишган, баъзан ичакнинг кескин перисталтикаси кузатилиши мумкин.

Ректал текширув касалликка оид маълумотларни тўлиқ бера олади. Шу ерда қуйидагини ёдга соламизки, тўғри ичакка эҳтиёткорлик билан бармоқни киритиш зарур, чунки бармоқ ичакдаги ўткир нарсага тўқнашиши мумкин (балиқ суяклар, игна).

Даволаш. Тўғри ичакдаги ёт жисмни олиб ташлаш кўрсатма бўлади. Агар жисм унчалик катта бўлмаса, буни осонгина бажариш мумкин. Ёт жисмнинг каттароқ ҳажмларида эса маҳаллий анестезия ёки наркоз остида тўғри ичак сфинктерини кенгайтириш талаб қилинади.

Оқибати ўз вақтида аниқлаш ва даволаш ўтказилса, яхши яқун топади.

Ахлат тошлари

Тўғри ичакнинг ахлат массалари – ахлат тошлари билан тўсилиши унчалик кам кузатилмасида, кўплаб беморлар ташрих қилинмаганлар гуруҳига киритилади.

Этиология ва патогенез. Ахлат тошлари сабаблари функционал ва органик характерда бўлиши мумкин. Ўз навбатида функционал ахлатли тўсилишлар ичак моторикаси бошқарувининг бузилиши фониди спастик ва паралитик турларга бўлинади. Ахлатли тўсилишлар сабаблари бўлиб

қуйидагилар хизмат қилади: а) периколитлар, эктазия, дивертикулитлар, ичак ўлчамининг катталашиши (Гиршспрунг касаллиги), шпора хосил бўлиши, ҳамда ичак қовузлоқлари птози натижасида ичак деформациясининг юзага келиши; б) орқа чиқарув йўли ёриқлари, бавосил, ярали проктит ва ичакнинг спастик ҳолати билан кечувчи касалликлари: буйрак тош касаллиги, сурункали холециститга боғлиқ ҳолда сфинктернинг узоқ вақт спазми; в) ичак атонияси ҳолати, айниқса, кахексик ва кучсиз беморларда – қорин тифида, рак касалликлари ва атоник қабзиятларда; г) овқат таркибига қийин парчаланадиган маҳсулотлар: яхши пишмаган нохат, ловия, суяк, ўсимлик барглари қўшиш.

Клиник манзараси. Тўғри ичакнинг ахлат массалари билан тўсилиши натижасида касаллик тинч ва узоқ муддат кечади. Қабзият пайдо бўлганда, бемор қоринда оғирлик ҳисси, кучли бўлмаган симилловчи оғриқ сезади. Қайт қилиш кузатилмаса, кекириш ва кўнгил айниш кузатилади. Бундай беморларда ҳатто иштаха сақланиши мумкин.

Тез-тез дефекацияга натижасиз чақириклар юзага келади, улар кўпинча оғриқли бўлиб, анус атрофида яраланишлар пайдо бўлади. Баъзан бир вақтда сийдик тутилиши ҳам кузатилади. Ҳамроҳ оч қолиш ёки бошқа касалликлар (ракли кахексия, оч қолувчининг дистрофияси) кузатмаса, беморнинг умумий аҳволи унчалик ўзгармайди.

Қорин бироз шишган. Қорин пайпасланганда, оғриқсиз ёки йўғон ичак бўйлаб бироз оғриқ сезилиши мумкин, бунда ҳамирсимон консистенцияли хосила қўлга урилади, терида теккан бармоқ «излари» қолади.

Орқа чиқарув йўли кенгайган, сфинктер кучсизланган. Бармоқ билан текширилганда, тўғри ичак ампуласининг ичак бўшлиғини тўла беркитиб кўйган қаттиқ ахлат тошлари билан тўлганлиги аниқланади.

Копростаз *ташхисоти* қийинчилик туғдирмайди, аммо тўғри ичакни бармоқ билан текширишни унутмаслик зарур.

Даволаш ҳамиша хуқна (сифонли, юқори ва мойли) кўринишида консерватив олиб борилади. Баъзан йўғон ичак бўшлиғи ахлат тошлари

билан шунчалик зич беркилиши натижасида ювувчи сув кира олмайди, тезликда ичакни тарк этади. Бунда механик тарзда – тўғри ичак ампуласини бармоқ билан тозалаш зарур. Ичакни бундай тозалаш баъзан ичак шиллик каватини шикастламаслик учун маҳаллий оғриқсизлантириш остида ҳамда эҳтиёткорлик билан олиб бориш керак.

Тўғри ичакдан ахлат тошларини механик йўл билан олиб ташлангандан сўнг, юқори сифонли хўкналари ўрнатилади, шунинг билан ичакни тозалаш яқунланади. Беморга тузли сургилар бериш ҳам фойдалидир.

Оқибати ахлат тошларини олиб ташлашда консерватив даволаш асоратсиз касалликлар (ракли ўсмалар) кузатилмаса, яхши яқун топади.

4.4. СТРАНГУЛЯЦИОН ИЧАК ТУТИЛИШИ

Странгуляцион ичак тутилиши остида нафақат ичакнинг, балки тутқичининг, ундаги қон томирлар ва нерв ўтказгичлари билан босилиши тушунилади. Бунда қисилган аъзода кескин қон билан таъминлаш бузилади ва кўпинча гангрена ривожланади. Странгуляцион ичак тутилиши ўзининг оғирлиги, зудлик билан рационал ёрдам кўрсатилишига қарамай, фалокат билан яқунланиши билан фарқ қилади.

Аъзонинг ўз ўқи атрофида буралиб қолиши каби странгуляцион ичак тутилиши ошқозон-ичак трактининг узун тутқичга эга соҳасида кузатилади, чунки тутқич аъзо ҳаракати учун йўл кўйиб беради. Ичакнинг фиксацияланган қисмларигина, ўн икки бармоқли ичак ва тўғри ичак ўзининг тутқичига эга бўлмаганлиги учун, бундай кўринишдаги ичак тутилишига учрамайди. Буралишлар йўғон ичак ёғли ўсимталари, ошқозон-ичак трактининг бир қисми бўлган катта чарви каби аъзоларда, шу аъзоларнинг ўз ўқи атрофида айланиши эса улардаги тўқималар озиқланишининг бузилишига ва ЎИТ клиник манзарасига ўхшаш касаллик ривожланишига сабаб бўлади.

Ошқозон-ичак тракти странгуляцион ичак тутилишига: 1) ошқозон, ингичка ичак, кўричак, кўндаланг ва сигмасимон чамбар ичакнинг буралиб

қолиши; 2) тугунча хосил бўлиши; 3) йўғон ичак ёғли ўсимталари буралиб қолиши; 4) катта чарвининг буралиб қолиши киради.

Ошқозон-ичак тракти турли қисмларининг буралиб қолиши нисбатан кўпроқ учрайди ва барча ичак тутилишининг 40-50% ни ташкил қилади.

Кўричакнинг буралиб қолиши

Этиология ва патогенези. Кўричакнинг буралиб қолиши етарлича ҳаракатчанлиги ҳисобига юз беради, ўсимтанинг хусусий ва ёнбош ичакнинг умумий тутқичи бўлиши – ривожланишнинг туғма нуқсони ҳисобланади. Кўричакнинг ҳаракатчанлиги йил ўтган сари ортиб боради, чунки ёшга боғлиқ холда кўричакнинг узайиши ва кенгайиши, баъзан пастга тушиши физиологик холат деб қаралади. Сурункали қабзият, ичак бўшашининг ушланиб қолиниши ва ахлат массасининг димланиши, кўп миқдорда газ хосил бўлиши, ҳамда яралар, ўсма, полип ва сурункали колитнинг мавжудлиги – чамбар ичак проксимал қисми ва кўричак эктазиясига олиб келади, бунга хатто кўричак туғма атонияси мушак аппарати гипоплазияси ҳам сабаб бўлади. Кўричакнинг буралиб қолишига турли яллиғланиш жараёнларидан сўнгги турли битишмалар, тортишмалар, қобиқланишлар пайдо бўлиши, ичакнинг етарлича қон билан таъминланмаслиги, айрим туғма нуқсонлар ҳам сабаб бўлади.

Кўричак буралиб қолишининг 3 та асосий кўриниши фарқланади. Биринчи кўриниши – кўричакнинг ёнбош ичак билан бирга умумий тутқичи атрофида буралиб қолиши (Расм 4.7. а). Бундай ичак тутилишида буралиш ингичка ичакнинг катта қисмлари ва йўғон ичакнинг проксимал қисмини тортиши мумкин. Ичакларнинг буралиб қолиши натижасида томирларнинг босилиши кузатилади, бу эса ичак деворлари некрози билан асоратланади. Буралишда иштирок этаётган ичакнинг барча конгломератларининг мезогастриум соҳасида ёнбош ичак чуқурлигига ўтиши кузатилади.

Иккинчи кўриниши – кўричакнинг ўз бўйлама ўқи атрофида буралиб қолиши (Расм 4.7. б). Бу хол фақат кўричакнинг хусусий тутқичи

бўлгандагина руй беради. Буралиш соат йўналиши ёки унга қарама-қарши йўналишда руй бериши мумкин. Буралиб қолган ичак одатда ёнбош чуқурчада қолади ва бироз медиал силжиши мумкин. Кўричакнинг дистал қисмидан, ёнбош ичакнинг кўричакка ўтиш жойидан бироз қуйироқда буралиб қолишида ахлат ва газ келмаслиги симптомлари кузатилмаслиги мумкин (Расм 4.7. в).

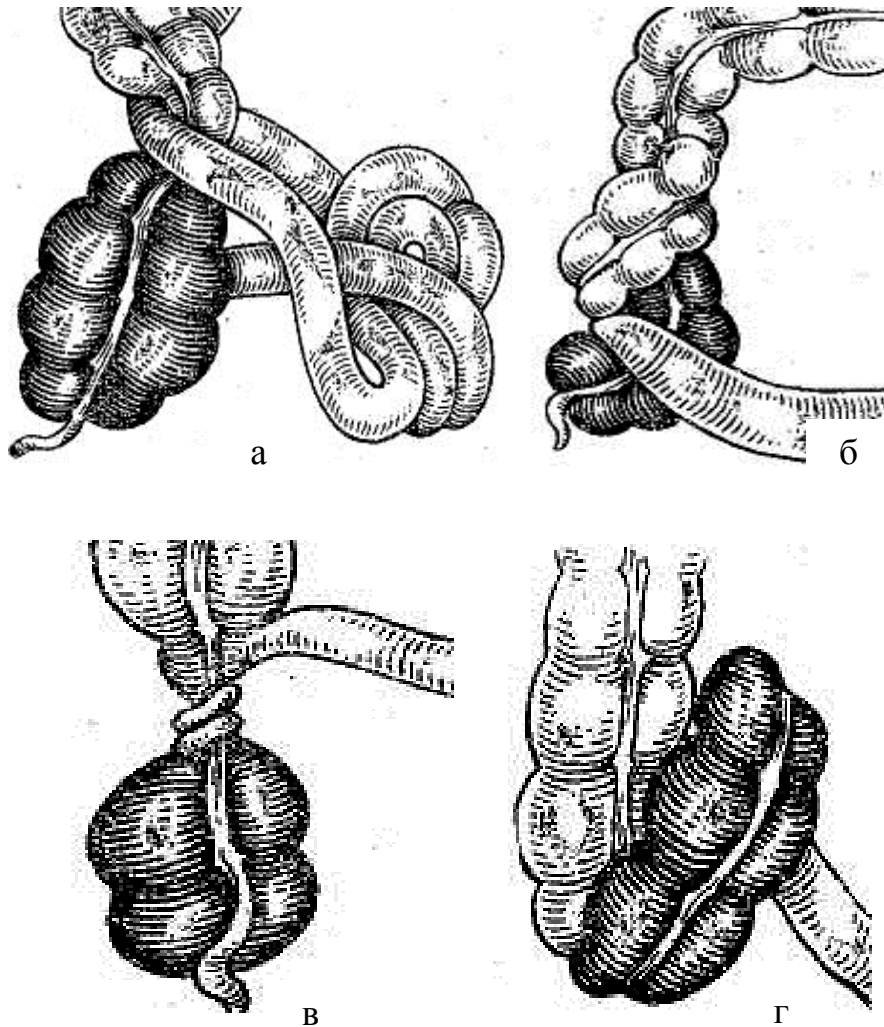
Учинчи кўриниши – кўричакнинг ўз кўндаланг ўқи атрофида буралиб қолиши ва букилиши (Расм 4.7. г). Бундай ҳолатларда, ёнбош ичак буралишда иштирок этмайди.

Буралиб қолган кўричак қорин бўшлиғининг юқори соҳасига силжийди, яъни қорин олдинги девори бўйлаб сирғалиб, жигар остига ёки ошқозон томонга, хатто чап қовурға остигача боради, баъзан шу соҳалардан кўричакни олиб ташлаш ҳам кузатилади. Бунда ичакнинг томирли тури камроқ шикастланади.

Шундай қилиб, буралиб қолишда кўричак ҳамиша ўз жойида турмасдан, қорин бўшлиғининг бошқа соҳаларига силжийди.

Кўпроқ биринчи кўринишдаги кўричак буралиши, қолганлари эса камроқ кузатилади.

Кўричак буралиб қолиши *клиник манзараси*. Анамнездан қорин ўнг ярмидаги қайталанувчи оғриқ ва санчикларнинг бўлиши, қабзият, даврий қорин шиши, қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнларини ўтказганлиги аниқланади.



Расм 4.7. Кўричакнинг буралиб қолиши (схема). *а* - кўричакнинг ёнбош ичак билан бирга умумий тутқичи атрофида буралиб қолиши; *б* - кўричакнинг ўз бўйлама уқи атрофида буралиб қолиши; *в* - кўричакнинг ўз бўйлама ўқи атрофида ёнбош ичакка ўтиш жойидан дистал соҳадан буралиши; *г* - кўричакнинг ўз кўндаланг ўқи атрофида буралиб қолиши.

Касаллик кескин, ўткир бошланади. Шок манзараси камдан-кам ҳолатларда кузатилади. Пульс ва тана ҳарорати ўзгаришсиз бўлади.

Оғриқ тўлғоқсимон характерда бўлиб, интенсивдир. Кўпинча қорин ўнг ёнбош соҳасида, қорин пастида ва киндик атрофида жойлашади. Қайт қилиш касалликнинг бошланишида пайдо бўлади, сўнгра катта ёки кичик танаффуслар билан ахлатли характерни эгаллайди.

Ахлат ва газ келмаслиги ҳамиша кузатилади.

Қорин кўздан кечирилганда, унинг ассиметриялиги ва йирик конгломератнинг ичакка тўнтарилганлиги аниқланади. Бундай шишнинг

шакли ва жойи доимий эмас, аммо кўпроқ қорин чап юқори қисмида ёки медиал киндик соҳасида аниқланади. Ичакнинг кўзга кўринадиган перисталтикаси камроқ, Вал симптоми эса кўпроқ кузатилади.

Пальпацияда корни юмшоқ, лекин буралган кўр ичак соҳасида оғриқ ва резистентлик сақланиб туради. Бутун қорин деворини катталашиши кузатилганда, буралган ичак деворини қаттиқлиги ҳисобига пальпация йўли билан ичакни буралган қисмини ажратса бўлади. Перкуссияда кенгайган кўр ичак устида паст тонли «барабан» овози эшитилади. Баъзан бу перкутор овоз металл шовқинига ўхшайди – Кiвull симптоми.

Аускультацияда ўткир ичак тутилишида ичак шовқинига хос товушлар эшитилади. Кўп ҳолатларда «ичак ишқаланиш шовқини» эшитилади – Склярoв симптоми.

Орқа пешовни бармоқ билан текширилганда Обухов касалхонаси симптоми мусбатлиги аниқланади.

Рентгенологик текширув. Контрастсиз рентгеноскопияда кўр ичакни шарсимон ёки овал шаклдаги кенгайишини аниқлаш мумкин. Кўр ичак ўз жойида баъзи ҳолатларда мезогастриум ёки эпигастриумга силжиган бўлиши мумкин. Хаттоки 20 см гача борувчи катта горизонтал сатҳ аниқланиши мумкин.

Ташхисни ойдинлаштириш учун контрастли рентгеноскопия ёки ирригоскопия ўтказиш керак бўлади. Клизма вақтида контраст йўғон ичакни пастга тушувчи қисмини ўртасигача боради ва ундан юқорига кўтарилмайди.

Кўр ичак буралишини кечиши ичак буралиши тўрини вариабеллиги ва буралган жойда қўшни аъзолар иштироқи билан боғлиқ. Кўр ичак буралишини икки хил тури мавжуд: 1) обтурацион ичак тутилиши типигаги енгил кечиши (бу ерга ичак буралишини иккинчи ва учинчи кўриниши киради); 2) странгуляцион ичак тутилиши типигаги оғирроқ кечиши (одатда кўр ичак ва ёнбош ичак тутқичини қисилишида кузатилади). Кўр ичак буралишида ичак проксимал қисмидаги ичак тутилишларига нисбатан интоксикация, сувсизланиш ва шок кўриниши кечроқ ривожланади.

Диагностикаси. Кўр ичак буралишини диагностикаси «барабан» шовқинли қорин деворини ассиметрияси, «воллейбол тўпи» каби каттиқлашиш, «бўш» илеоцекал чуқурлик - Шимана-Данса симптом каби симптомлар йиғиндиси ва рентгенологик текширувга асосланган холда амалга оширилади.

Даволаш. Хирургик. Кўр ичак буралишида операцияни кўр ичакни қайта бурашдан бошлаш керак. Қайта бураш вақтида юпка ичак деворини ёрилишидан эҳтиёт бўлиш керак. Ичакни кескин катталашувида олдиндан ичак декомпрессиясини амалга ошириб олиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Агар ичакни хаётийлиги сақланган бўлса, ичакни тўғрилаб қўйиш билан чекланса бўлади. Ичак гангренаси яққол бўлса ёки гумон қилинса илеоцекал резекцияси амалга оширилади ва илеотрансверзо-анастомоз қўйиш билан яқунланади.

Маида некротик жойларни тикиб қўйиш тавсия қилинмайди, чунки бу усул некротик тарқалишини олдини олмайди.

Ичак буралиб қолишини рецидиви хавфи бўлса, цекопексияни бирон бир усулини қўллаш керак бўлади. Бунда, ҳажми катталашган ичакни кичкиналаштириш мақсадида ичакни олди ва ён деворидан цекопликацияси амалга оширилади, бундан сўнг қорин парда бир қисми билан орқа ёнбош деворга фиксация қилинади. Баъзи муаллифлар бундай ҳолатларда кўричакни пликацияси мақсадида ичак тениясига паралел 2-3 қатор сероз-мушакли узликсиз чоклар қўйиш билан ичакни торайтиришга эришганлар.

Оқибати. Кўр ичак буралишида летал ҳолат ҳозирги кунгача юқори 24,1%. бўлиб қолмоқда.

Кўндаланг чамбар ичак буралиши

Этиология ва патогенези. Кўндаланг чамбар ичак буралишига мойиллик қилувчи омил бўлиб, уни узунлиги ва кенг ичак тутқич билан таминланганлиги ҳисобланади. Келтириб чиқарувчи фактор бўлиб ичак

тутилишига сабаб бўлувчи барча сабаблар (травма, чурралар, ичакни қаттиқ ва қўйиқ овқатлар билан тўлиши) ҳисобланади.

Ичак буралишининг бу тури кўпроқ 40 ёшдан юқори бўлаган эркакларда кузатилади.

Клиник кўриниши. Кўндаланг чамбар ичак буралиши одатдаги ичак тутилишининг типик кўриниши сифатида намоён бўлади. Анамнезида кабзият, периодик оғриқлар, ичак санчиқлари аниқланиши мумкин. Касаллик тўсатдан, бирдан бошланади, лекин секин - аста бошланиши ҳам мумкин.

Беморни умумий аҳволи секин - аста ёмонлашиб боради. Қайт қилиш касалликни бошланишида 1-2 марта кузатилади, сўнг касаллик асоратлари (интоксикация, перитонит) ривожланмагунча маълум вақт кузатилмайди.

Қорин кескин катталашган ва ассиметрик бўлади, перкуссияда ичак усти соҳасида тимпаник шовқин аниқланади – *Kiwell* симптоми. Пальпацияда қорин девори юмшоқ, оғриқсиз, ишган ичак усти соҳасида бироз резистентлик аниқланади.

Рентгенологик текширув. Контрастсиз рентгеноскопияда катта, узун кўндаланг сатҳли ҳаволи пуфак аниқланади. Ирригоскопияда контрастни талоқ бурчагидан ўтиб патологик ўзгарган жойда тўхташи аниқланади.

Кечиши. Касалликни кечиши ичак тутқичини эзилиши даражасига боғлиқ. Ичак тутқичини оз миқдорда эзилишида касаллик секин - аста ривожланиб, интоксикация белгилари секин - аста кузатилади. Ичак тутқичини катта қисми эзилишида касаллик кечиши ва интоксикация белгилари тез намоён бўлади.

Диагностикаси. Касаллик диагностикаси осон эмас, сабаби бу турдаги ичак тутилиши кам учрайди. Характерли белгилари бўлиб, йўғон ичак тутилиши клиник белгилари ва рентгенологик текшируви хулосалари ҳисобланади.

Даволаш. Хирургик. Ичак тутқичи томирлари йўналишига қараб ичакни қайси томонга буралганлиги аниқланади ва қарама қарши томонга деторсия амалга оширилади. Ичак таркиби ҳаво ва суюқ ахлат олдиндан орқа

пешов орқали киритилган йўғон зонд орқали ташқарига чиқарилади. Ичак хаётийлиги сақланган холатларда юқоридаги манипуляция билан чекланса бўлади, акс холда соғлом тўқима чегарасидан ичак резекциси амалга оширилади.

Оқибати. Касалликни оқибатини эрта диагностикаси ва малакли ёрдам натижасида яхшиласа бўлади.

Сигмасимон ичак буралиши

Этиология ва патогенези. Сигмасимон ичак осон буралишига унинг ҳаракатчанглиги ва катта, кенг ичак тутқичи борлиги сабаб бўлади. Сигмасимон ичак узунлиги ҳар хил кўринишга эга. Одатда қисқаси 25 см, ўрта узунлиги - 30-45 см ва узунлиги 60 см дан ортадиган турлари тафовут қилинади.

Ичакнинг узунлиги туғма бўлишига қарамасда бир қатор текширувлари шуни кўрсатадики, ичакнинг узунлиги ёш ўтган сари катталашиб боради. Ичакни узунлашиши асосан ичакнинг ҳаракатчан қисмида кузатилиб, бунга қаттиқ, қўпол овқатлар истеъмол қилиш, қабзият ва ахлат махсулотларини туриб қолиши сабаб бўлади.

Сигмасимон ичакнинг буралишида ичак тутқичини баландлиги эмас, балки унинг кенглиги катта аҳамиятга эга: ичак тутқичи кенгайган сари ичак қовузлоқлари яқин жойлашган бўлади, бу эса ўз навбатида ичакни буралиш хавфини оширади. Ичак тутқичини орқа қорин деворига ёпишганлиги ҳам катта аҳамиятга эга, ўртача у 13 см га тенг, унинг қисқалиги сигмани буралишига яхши шароит яратиб беради.

Сигмасимон ичак тутқичини чандиқли ўзгаришлари ичакнинг шакли ва ўлчамини ўзгартириб юборади, бу эса ўз навбатида ичак тутқичини торайиши ва ичак қовузлоқларини яқинлашувига олиб келади.

Ичак буралиши механизми. Сигмасимон ичак шишганда винтсимон ёки спиральсимон буралиш ҳаракатида бўлади, бу эса физиологик буралиш ҳисобланади. Лекин баъзан бу физиологик буралиш патологик буралишга

айланиб кетади. Бунда йўғон ичак бўлиғидаги газ ва ахлат махсулотлари ҳаракатга келиб, газ юқорига, ахлат эса пастга ҳаракатланиб иккита кучга бўлинади, бу эса ўз навбатида ичакни буралишига олиб келади. Сигмани иккига ажратган қовузлоғи ҳаракати натижасида ичакни бўйлама ўқи бўйлаб ичакни буралиши келиб чиқади.

Ичакнинг буралиши ҳар хил бўлиб, 180-270-360° ва баъзан 540-720° буралган бўлиши мумкин.

Сигмасимон ичакни буралишини бевосита келтириб чиқарувчи факторлари бўлиб диетани кучайтириб юбориш, ичакда хаддан ташқари газни кўп тўпланиши, қорин прессини бирдан кучайишлари ҳисобланади.

Сигмасимон ичак буралиши кўп ҳолатларда ёши катта бўлган эркакларда кузатилади.

Клиник кўриниши. Беморлар анамнезида овқат ҳазм қилиш системасида бир қатор ўзгаришлар аниқланади: дефекация вақтида оғриқ ҳисси борлиги, сурункали қабзият, қоринда периодик шиш ва ичак шовқинлари борлиги. Баъзан ўзи ўтиб кетувчи ичак тутилиши белгилари намоён бўлади.

Касаллик кечишини иккита асосий тури тафовут қилинади: 1) «тўлқинсимон» кечиши, тез ва оғир кечиб, кўпинча шок билан асоратланади; 2) секин кечиши, нисбатан яхши, сифатли кечади.

Беморларни умумий аҳволи касалликни кечиш турига боғлиқ. Биринчи турида беморни умумий аҳволи оғир, пульси тезлашган, артериал босими паст, тана ҳарорати паст ёки меъёрида, тили қуруқ бўлади. Иккинчи турида беморни умумий аҳволи нисбатан қониқарли, териси ўзгаришсиз, тўлғоқсимон оғриқларни ҳисобга олмаса, бемор хотиржам, тили нам, пульс, АБ ва тана ҳарорати меъерий бўлади.

Буралишнинг биринчи турида кучли оғриқ ҳисобига беморлар ўзини бошқара олмайди, ўзига жой топа олмайди, кўпинча тизза-тирсак ҳолатига туриб олади, чап ёнбошга ётиб оёқларини қоринга яқинлаштириб олади. Иккинчи турида беморлар ўзини хотиржам тутади, ичакни кескин катталашишига қарамасдан юриши мумкин.

Оғриқлар касаллик бошида асосан қоринни пастки қисмида кузатилади, лекин кейинчалик бутун қорин деворини эгаллайди. Сигма буралишини биринчи турида оғриқлар интенсивлиги юқори бўлиб, хуружсимон ва доимий характерга эга. Иккинчи турида оғриқлар паст интенсивликка эга бўлиб, тўлғоқсимон характерга эга. Ичак тутилишини барча белгиларига қарамасдан бемор баъзан оғриқ сезмаслиги мумкин.

Касаллик бошланишида бир ёки бир неча марталик қайт қилиш кузатилади, кейин бу ҳолат маълум вақтга йўқолади, яна такрорланади. Ахлатли қайт қилиш кузатилмайди.

Касалликни асосий белиси бўлиб газ ва ахлат келмаслиги ҳисобланади. Бундай беморларни кўздан кечирганда қорин деворини кескин ассиметрияси кузатилади. Қорин деворидан кенгайган ичак проекцияси кўриниб туради. Бу симптом касалликни бошланишида аниқланади, кейинчалик ичак катталашини, бутун ичак бўйлаб тарқалганда йўқолиб кетади.

Пальпацияда қорин девори юмшоқ, оғриқсиз бўлади. Баъзан чап томонда, пастда локал оғриқ ва қорин мускулларини таранглашуви кузатилиши мумкин. Қорин деворини енгил силкиш «плеск шовқинини» келтириб чиқаради – Склярлов симптоми.

Перкуссияда кенгайган сигмасимон ичак устида тимпанит аниқланади - Кiwell симптоми. Бу овоз бутун кенгайган ичак бўйлаб эшитилади, бу эса кенгайган ичак чегараларини аниқлашда ёрдам беради.

Перистальтика сақлаган ҳолатларда аускультацияда ичак шовқинлари эшитилади. Хаттоки «тушаётган томчи шовқини» ни эшитса бўлади – Вильмс симптоми. Парез борлигида ичак шовқинлари йўқолиб кетади, «ўлик сокинлик» пайдо бўлади, лекин кенгайган ичак устида юрак уруши ва нафас шовқинлари аниқ эшитилади – Lotheisen симптоми.

Ректал текширувда бу турдаги ичак буралишига хос, бўш, очиқ тўғри ичак аниқланади – Обухов касалхонаси симптоми. Яна Цеге-Мантейфел симптоми, яъни тўғри ичакка 500 млдан ортиқ сув сиғмаслиги аниқланади.

Рентгенологик текширув. Кескин катталашган сигмасимон ичак «ёрқин қорин», «гигант шпилька» ёки «икки ўзак» шаклида диафрагма остигача бутун қорин бўшлиғини эгаллайди. Барча бу белгилар сигмасимон ичак буралишининг характерли белгилари ҳисобланади. Бундан ташқари сигмани иккала қовузлоғида ҳам суюқликнинг кўндаланг сатҳи аниқланади.

Контрастли хукна ичакни буралган жойигача тўлдиради, контрастни йўналишига қараб қайси томонга буралиш содир бўлганлигини аниқласа бўлади.

Кечиши. Сигмасимон ичак буралиши икки буралиш типига қараб икки хил бўлади: тез кечувчи ва секин - аста ривожланувчи. Биринчи турида ҳамма касалликлар странгуляцион ичак тутилиши кўринишида кечади. Иккинчи турида касаллик секин – аста, 8-10-12 кунлар давомида ривожланиб, организмни бор кучлари сарф бўлмагунча ва интоксикация пайдо булмагунча намоён бўлмайди. Рационал ёрдам кўрсатилмаса бемор коллаптоид ҳолатга тушиб қолади ва беморни сақлаб қолиш қийин бўлиб қолади.

Диагностикаси. Сигмасимон ичак буралишининг бир қатор специфик симптомлари, беморларга ташхис қўйишда катта аҳамиятга эга. Бу симптомларга қоринни бирдан катталашуви ва ассиметрия - «нотекис қорин», Kiwull, Цеге-Мантейфел, Обухов касалхонаси симптомлари киради. Нисбатан яхши сифатли кечиши, анамнестик маълумотлар ва специфик рентгенологик текширув хулосалари сигмасимон ичак буралишини диагностикасида катта рол ўйнайди.

Даволаш. Сигмасимон ичак буралишининг «тўлқинсимон» кечувчи турида ва ўтти консерватив муолажаларга сарфламасдан, керакли ташриҳ олди тайёргарлигини кўргандан сўнг, тезкор оператив давога ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Консерватив муолажаларни қўллаш беморни ҳолати оғир бўлмаган, яъни фақатгина секин кечувчи турида мақсадга мувофиқ бўлади. Агарда ичак

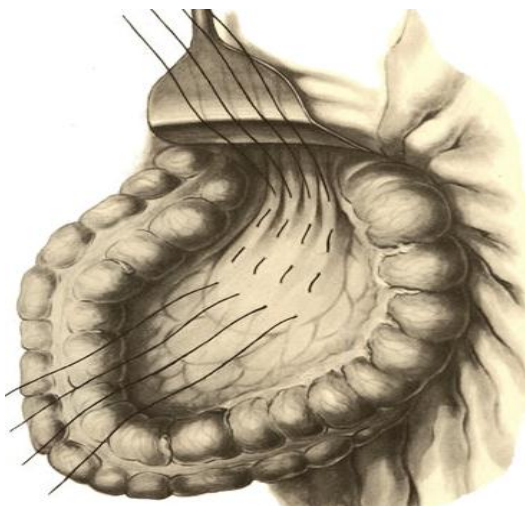
тутилиши белгиларини бартараф қилишни иложи бўлмаса, тезкор оператив давога ўтиш шарт.

Бунинг учун ичак тутқичи томирларини йўналишига қараб ичакни қайси томонга қараб буралганлиги аниқланади, сўнг деторсия амалга оширилди. Ичак декомпрессиясидан сўнг ичак хаётийлиги аниқланади.

Сигмасимон ичак бурилиш оператив давосининг асосий икки мақсади бор: 1) ичак тутилишининг хуружларини бартараф қилиш ва 2) касаллик қайталанишини олдини олиш. Сигма буралишида барча операциялар иккита асосий гуруҳга бўлинади: оддий усуллар (деторсия) ва радикал (резекциялар).

Ичакни қориннинг олд деворига фиксация қилиш (Nussbaum, 1880) ёки париетал қорин пардадан қилинган лоскут ёрдамида қоринни орқа деворига фиксация қилиш (Ф.М.Пикин, 1923), катта ичакни фиксация қилиш қийинлиги ва тикилган жойларни йиртилиб кетиши сабабли ўз мохиятини йўқотди ва ҳозирда қўлланилмайди.

Сигмасимон ичан тутқичини ўзгартириш операцияси - цекопликация – ҳозирги кунда бир неча хил кўринишларда қўлланилмоқда. Кўп жарроҳлар томонидан И.Э.Гаген-Торн (1928) томонидан таклиф қилинган усул, ичак тутқичига - 3-4 қатор параллель холда олди ва орқа варақларини қамраб олувчи ва кейинчалик ипларни боғлаш натижасида ичак тутқичини горфировкасини ҳосил қилиш усули фойдаланилади (Расм 4.8).



Расм 4.8. И.Э.Гаген-Торн бўйича мезосигмопликация.

Ф.А.Рейн (1923) сигмасимон ичак тутқичини қисқартириш мақсадида ичак тутқичини асосигача бўйлама кесишни ва кўндаланг тикишни таклиф қилган.

К.С.Симонян (1966) буралишга мойил сигмасимон ичак тутқичини Гаген-Торн бўйича мезосигмопликация қилишни уч қатор чоклар ёрдамида амалга оширишни ва қорин пардада тайёрланган лоскут ёрдамида чап латерал қорин деворига фиксация қилишни таклиф қилган.

Тугун хосил қилиш

Тугун хосил қилиш ичак тутилишининг оғир ва хавфли тури ҳисобланиб, ўзининг юқори летал ҳолат келтириб чиқариши билан характерланади.

Этиология ва патогенези. Ичак тутилишининг тугун хосил қилиш турида ичакнинг бир нечта қисми иштирок этиши тушунилади. Асосан тугун хосил қилиниши сигмасимон ва ингичка ичак иштирокида кузатилади, кам ҳолатларда кўричак ва ингичка ичак ўртасида хосил бўлади.

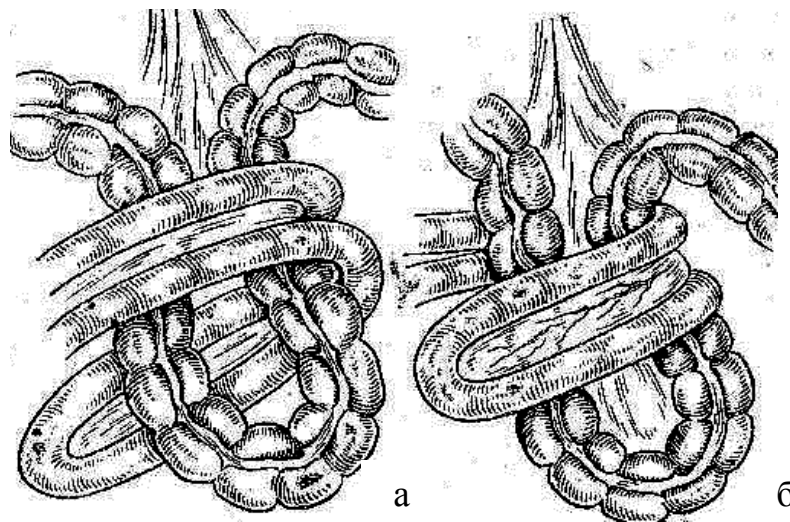
Ичак тугунини хосил бўлиш механизми. Ичакни тугун хосил қилиши учун бир қатор мойиллик қилувчи анатомик факторлар бўлиши керак: ингичка ичакни қорин бўшлиғи бўйлаб бемалол экскурсия қилиб юриши учун узун қовузлоққа эга бўлиши керак, сигмасимон ичак қовузлоқларини яқинлаштирувчи тор ва кичкина ичак тутқичи бўлиши керак, ичак тутқичини чандиқли ўзгаришлари, ёнбош ва кўр учакнинг умумий ичак тутқичи, битишмалар шулар қаторида ҳисобланади.

Келтириб чиқарувчи факторларга қуйидагилар киради: а) ичак қовузлоқларини қисилишга мойил ҳолда такланиши; б) ичак перистальтикасини кучланиши; в) ичак қовузлоқларини тугун хосил қилгунча буралиши; г) ичак қовузлоқларини газ ва ахлат билан ҳар хил тўлиши; д) қорин босимини ортишига сабаб бўлувчи барча омиллар.

Ичак тугунини кўп учрайдиган қисмларидан ингичка ва сигмасимон ичаклар энг кўп ўрганилган. Wilms (1909) ингичка ва сигмасимон ичак ўртасида тугун хосил бўлишини икки турини таъкидлаган:

- 1) сигмасимон ичак қовузлоғи юқорига йўналган;
- 2) сигмасимон ичак қовузлоғи пастга йўналган;
- а) ингичка ичак сигмасимон ичакни олдидан орқага қараб йўналади;
- б) ингичка ичак орқада жойлашган бўлади (расм 4.9).

Сигмасимон ва ингички ичак ўртасида тугун хосил бўлганида қисилган халқа бўлиб, асосан ингичка ичак туткичи ҳисобланади. Ингичка ичакда некротик ўзгаришлар сигмасимон ичакка нисбатан эртароқ ривожланади. Сабаби сигмасимон ичак туткичи ичак қовузлоғи билан қопланган ва чадиқли ўзгарган бўлади, бу эса ўз навбатида эзилишни олдини олади.



Расм 4.9. Ингичка ва сигмасимон ичак ўртасида тугун хосил бўлиши. *а* – биринчи тури; *б* - Wilms бўйича иккинчи тури.

Тугун хосил бўлиши кўпроқ эркакларда кузатилиб, асосан ёшларда кексаларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Клиник кўриниши. Тугун хосил бўлиши одатда тўсатдан тўлиқ соғлик даврида, ҳеч қандай белгиларсиз, олдиндан бошланади

Бемор безовталанган, бақирган, ўзига жой топа олмаган, мажбурий ҳолатга тушган бўлади (ёнбош холда оёқлари букилган ҳолатда, тизза-тирсак ҳолатида). Ташқи кўриниши тез ўзгаради, юзи ўткирлашган бўлади

(Гиппократ юзи), цианоз пайдо бўлади. Пульс паст тўлқинли, тезлашган. Артериал босими паст. Тана ҳарорати меъерий ёки паст. Тили қуруқ, олигурия кузатилади.

Шок ҳолати эрта ривожланади – касалликни биринчи соатларидаёқ. Оғриқлар кучли, чидаб бўлмас даражада ва доимий характерда бўлади. Локализацияси ноаниқ бўлади, бутун қорин девори бўйлаб оғрияпти дейишади.

Қайт қилиш тез келиб чиқади ва кўп маротабалик бўлади. Қайт махсулоти кўп бўлиб, кейинчалик ахлат хидли характерда бўлади.

Қорин кўздан кечиришда шишмаган, хаттоки ўзгаришсиз бўлиши мумкин. Лекин бундай ҳолат узок давом этмайди. Қисқа вақт ичида ичаклар шишиб қорин деворида ассиметрия пайдо бўлади.

Одатда қисқа муддат ичида ичак парези келиб чиқиши ҳисобига ичаклар перистальтикаси кўринмайди, аускультацияда ҳам эшитилмаслиги мумкин.

Касаллик бошида пальпацияда қорин юмшоқ, қисилиш соҳасида оғриқ кузатилади. Лекин ичак деворида некробиотик жараёнларни ва перитонитни тез ривожланиши ҳисобига қорин девори таранглашади ва кучли оғриқли бўлиб қолади. Баъзи ҳолатларда «плеск шовқини» ни аниқласа бўлади – Склярров симптоми.

Қорин девори перкуссиясида қорин бўшлиғида суюқлик тўпланиши ҳисоби товушларни бўғиқланиши кузатилади.

Ректал текширувда Обухов касалхонаси симптоми аниқланади.

Рентгенологик текширув. Контрастсиз рентгенологик текширувда ингичка ва йўғон ичакларда механик ичак тутилишига хос белгилар аниқланади.

Рентгенограммада гаустралари кўринган холда катталашган йўғон ичак кўринади. Қоринни чап ва ўрта қисмлари бўшлиғида кўндаланг сатҳли суюқлик сақлаган ингичка ичак қовузлоклари кўринади.

Ирригоскопияда сагитал ҳолатда сигмасимон ичакни ўраган ингичка ичак ҳисобига «signet-ring» - «халқа белгиси» аниқланади.

Диагностикаси. Тугун хосил қилиш диагностикаси қуйидаги характерли симптомларга асосланади: а) касаллики қориндаги кучли оғриқлар билан тўсатдан, бирдан бошланиши; б) тез ривожланувчи шок; в) қорин томонидан клиник белгиларини камлиги, қоринни оз ёки умуман шишмаслиги, ичак шовқинларини йўқлиги, қорин бўшлиғида суюқликни эрта пайдо бўлиши; г) характерли рентгенологик белгилар.

Дифференциал диагностикаси. Тугун хосил килинишини одатда қуйидаги касалликлари қиёсланади: ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, ўткир панкреатит, алиментар интоксикация.

Даволаш. Фақат оператив йўл билан. Ташрихни тезкор равишда ўтказиш лозим. Шокка қарши кураш ташрих билан параллел равишда олиб борилади. Тугун хосил бўлган беморларда ташрих қуйидагиларга қаратилган бўлиши керак: 1) оғир ҳолатларда беморни шокдан чиқариш учун чора тадбирлар қўлланиши шарт. Беморга биринчи навбатда (100-200 мл) миқдорда артерия ичига қон қуйилади, кейинчалик вена орқали қон ўрнини босувчилар (плазма ёки донор зардобси, оқсилга бой препаратлар) юборилади; 2) бундан сўнг гемодинамика ва нафас олишни назорат қилган ҳолда эндотрахеал наркоз бошланади, бу ўз навбатида гипоксияни даволашда ёрдам беради; 3) операция амалга оширилади. Бунда: лапаротомия амалга оширилади, ичак тутқичига 0,25% навокаин эритмаси юборилади ва тугун бартараф қилинади; 4) беморнинг умумий аҳволини яхшиланиши кузатилади, шокка қарши муолажалар давом эттирилади; 5) операция якунланади: ичаклар ҳаётлиги аниқланади, кўрсатма бўлган ҳолда ичак резекцияси амалга оширилади, қорин девори қаватма-қават тикиб беркитилади.

Натижа. Тугун хосил бўлишида тугунни жойлашган жойига қараб (юқорида бўлса) натижа ёмон.

Катта чарви буралиши

Чарви буралиши нисбатан кам учрайдиган касалликлар туркумига киради. Адибиётларда жами бўлиб 26 ҳолатларда катта чарви буралиши ҳақида маълумотлар ёритилган.

Этиология ва патогенези. Катта чарви буралиши кузатилган кўп қисм беморлар, ҳов чуррасини сурурнкали олиб юрувчилари ҳисобланади. Чурра копида катта чарвини бўлиши натижасида, чарви томирларида димланиш, унинг шиши, тромбози кузатилади. Бу эса ўз навбатида катта чарвини буралиши ва буралиб қолишига олиб келади.

Lejars катта чарви буралишини уч гуруҳга бўлади:

- 1) катта чарви буралишини қисилган чурра ҳисобига бўлиши,
- 2) катта чарви буралишини қисилмаган чурра ҳисобига бўлиши,
- 3) катта чарви буралишини чуррага боғлиқ бўлмаган ҳолда бўлиши.

Бу синфланишга яна бартараф қилинган чуррадан кейинги чарвини буралишини қўшса бўлади.

Кўп ҳолатларда катта чарвини чап қисмига нисбатан ўнг қисмини буралиши кузатилади. Катта чарвини буралиши ўз ўқиға нисбатан ҳар хил 2-3 дан 10-12 тагача кузатилиши мумкин.

Катта чарвини буралишини бевосита фактори бўлиб жисмоний зўриқиш, оғир юк кўтариш, ичак перисталтикасини кучайиши, кўп миқдорда овқат истеъмол қилиш ҳисобланади.

Клиникаси. Катта чарвини буралиши жараёни аста - секин бошланиши билан фарқ қилади. Беморни умумий аҳволи узоқ вақт ўзгаришсиз бўлади. Анамнезида мавжуд бўлган чуррани тез-тез қисилиб туриши аниқланади.

Асосий симптоми бўлиб секин - аста кучайиб борувчи, доимий характерга эга бўлган, киндик остига иррадиация берувчи қориндаги оғриқ ҳисобланади. Оғриқни интенсивлиги чарвини буралган майдониға боғлиқ: катта чарвини асосига яқин ва юқори бўлгани сари оғриқ кучлироқ ва интенсивроқ бўлади.

Касалликни узоқ кечишида тана ҳароратини кўтарилиши ва перитонеал белгиларни қўшилиши кузатилади (Щеткин – Блюмберг симптоми).

Қорин девори нисбатан катталашган. Палпацияда қорин девори юмшоқ, оғриқли бўлади. Қаттиқ консистенцияли, юзаси нотекис ва чегараси ноаниқ бўлган, кўндалангига ҳаракатчан ўсма аниқланади.

Рентгенологик текширувда характерли белгилар аниқланмайди.

Диагностикаси. Катта чарви буралиб қолишига қуйидаги белгилар хос:

1) қориндаги оғриқ интенсив бўлиб, домий ўсиб боради, қов ости соҳасига иррадиация берувчи ва доимий характерга эга; 2) катта, тез хосил бўлувчи хосилани борлиги; 3) чуррани борлиги (ташрихдан кейинги); 4) интоксикация белгиларини йўқлиги.

Жарроҳлик давоси. Соғлом тўқима чегарасигача, уралиб қолган чарвини резекциясини амалга ошириш кўрсатилган.

Ўз вақтида жарроҳлик йўли билан даволанганда охири яхши натижани беради. Профилактика чора тадбирларини кўриш учун мавжуд бўлган чуррани олиб ташлаш тавсия этилади.

4.5. ИЧАК ТУТИЛИШИНING АРАЛАШ ШАКЛИ

Ичаклар тутилишининг аралаш шакли обтурация элементлари каби странгуляция элементларини ҳам ўз ичига олади. Тутилишнинг бу шаклига: 1) ичак ривожланишинг нуқсони оқибатида ўткир тутилиш, 2) инвагинация, 3) ёпишқоқ тутилиш, 4) қоринни ички қисилган чурралари киради.

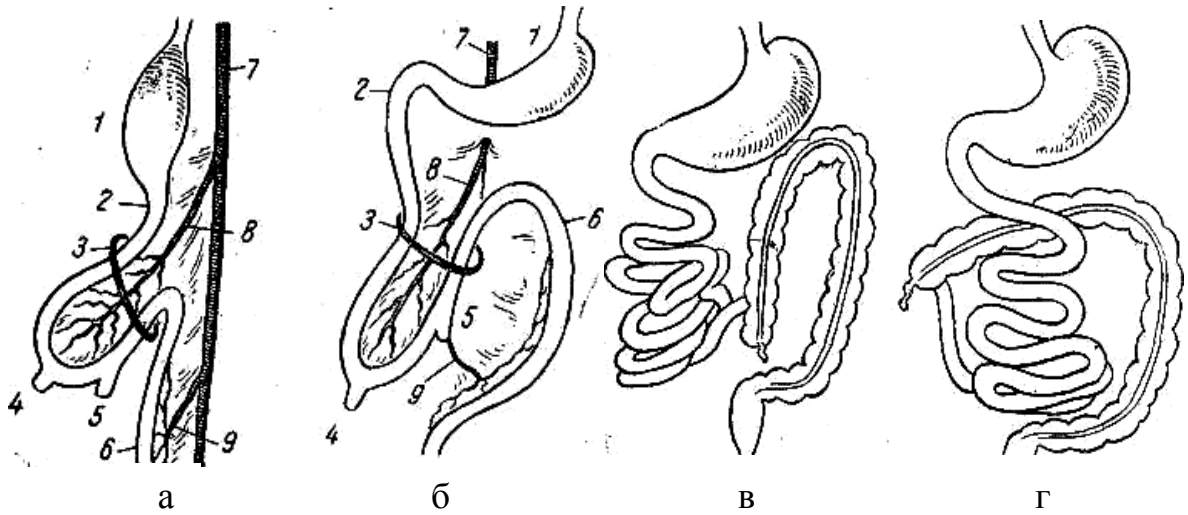
Ичак ривожланишининг нуқсони оқибатида ўткир тутилиши

Мазкур бобда биз тутилишга сабаб бўлган патологик жараёнларнинг клиникаси, кечиши, тасхиши ва даволанишини кўриб чиқамиз. Нуқсонларнинг турли кўринишлари эса ичак ривожланишинг асосий нуқсонларига бағишланган бобда келтирилган.

Ривожланишдаги нуқсон мавжудлиги боис ичак тутилишига оид бажарилган барча ташрихларнинг 0,5-1,5% ҳолатларида кузатилади.

Малротация

Этиологияси ва патогенези. Йўгон ичак мальротацияси асосан ОИТ нормал эмбриологик ривожланишини бузилиши билан боғлиқ (расм 4.10)



Расм 4.10. 5-6 ҳафталик ҳомиланининг ичак найининг жойлашиш схемаси. *а* - ёнбошдан кўриниши; *б* - олдиндан кўриниши; 1 - ошқозон; 2 - олдинги ичак; 3 - киндик ҳалқаси; 4 - киндик-ичак йўлининг қолдиги; 5 - кўр ичак; 6 - орқа ичак; 7 - аорта; 8 - юқори чамбар артерия; 9 - пастки чамбар артерия; *в* - чапдан ўнга буралиш охиригача етмаган: йўгон ичак чапда жойлашган, ингичка эса ўнгда; *г* - ичак буралиши амалга ошмаган: йўгон ичак ингичка ичак чамбарагининг илдизи остида йотиб қолган.

Ичак найсининг нормал ротацияси бузилганда, асосан катталарда учта турдаги аномалия аҳамиятга эга: 1) ўрта ичак 90° га биринчи бор бурилганда ўз ротациясини яқунлаши, нонротация. Аномалиянинг бу шаклида барча ичак битта умумий чамбарга эга ва қуйидагича жойлашади: ўн икки бармоқ ичакнинг дистал қисми ва барча ингичка ичак ўнгда, йўгон ичакнинг бошланғич бўлими чапда жойлашган; 2) мальротация - қисман ротация (тез учраб турадиган шакли). Аномалиянинг ушбу шаклида ингичка ичакнинг ўрта бўлими 180° га бурилиб қолган, ўн икки бармоқли ичакнинг пастки қисми чамбаракнинг илдиз остида ётади, кўричак эса ўнгда эпигастрияда жойлашади; 3) кўр ичак тушишининг бузилиши - юқори жигаростида жойлашиши.

Ичак ротациясининг етишмовчилигида ичак тутилишининг турли шакллари ривожланиши мумкин. Катталарда учрайдиган шакллари кўриб чиқамиз.

Харакатчан кўричак - *coecum mobile*. Аномалиянинг ушбу шаклида ичак ротацияси тўғри яқунланган, лекин ичак тутқичининг орқа қорин деворига бирикиши амалга ошмаган ёки кўр ва ёнбош ичакларнинг умумий эркин ичак тутқичи хосил бўлган - *mesenterium ileocaecalis commune*. Охири аномалия кўпроқ кўр ичакнинг буралиб қолиши билан асоратланади.

Йўғон ичакни ретроперитонеал жойлашиши. Кўндаланг-чамбар ичак ўн икки бармоқли ичак ортида жойлашади, юқори чамбар артерия эса йўғон ичак олдидан ўтади. Бу шакл кам учрайди ва адабиётларда бор йўғи 32 та шундай ҳолатлар қайд этилган.

Туғма аномалияси бор шахсларда ўткир ичак етишмовчилиги ҳар доим ҳам болалик даврида ривожланмайди, у деярли кечроқ - балоғат ва хатто катта ёшда келиб чиқиши мумкин.

Клиник тасвири. Анамнезида ЎИЕ ихтиёрий ёки баъзи бир чоратадбирлардан (иссиқлик, мажбурий ҳолат) сўнг тугайдиган даврий тутқаноқлар бўлиши мумкинлигига кўрсатмалар мавжуд. Баъзи бир шахсларда доимий ёки қайталаниб турувчи қорин димланиши, оғриқлар, ичқотиши ёки ичкетиши кузатилади, беморлар баъзи бир турдаги озуқаларни ёмон қабул қилишади.

Касаллик симптоматикаси ўткир обтурацияли ёки странгуляцияли тутилишнинг тасвирига монанд бўлади, кўпроқ у ёки бу симптомларнинг устунлигига кўра аралаш тасвирни беради.

Камдан-кам ҳолатларда касал умумий кўриқдан ўтказилганда куён лаби, олтибармоқ каби туғма аномалиялар аниқланиши мумкин.

Рентгенологик текширув. Умумий рентгеноскопияда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак кенгайиши ва уларда катта миқдордаги газларни йиғилиши аниқланади. Иккита босқичда кўринади: биттаси чапда,

ошқозонда, бошқаси эса кичкина ўлчамда, ўнгда, кенгайган дуоденум соҳасида.

Контраст клизма қилинганда, кўричак эпигастрал соҳасида ёки унинг ротацияси ва ҳаракатига кўра қориннинг юқори квадратида аниқланади.

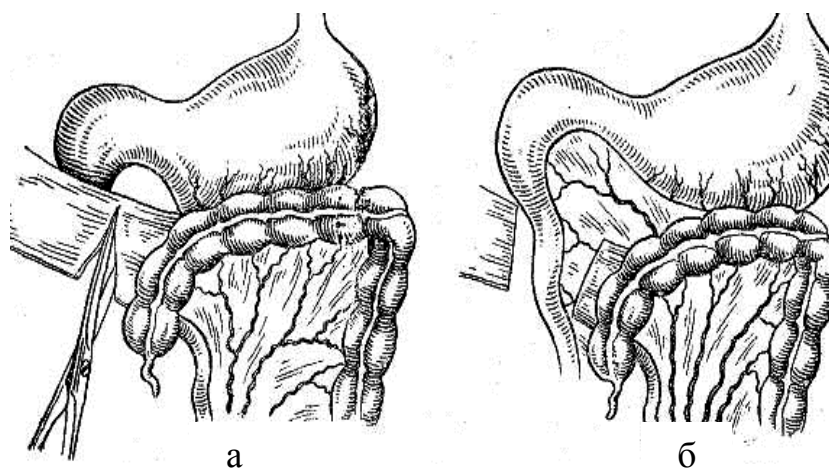
Ичакларнинг жойлашиши бўйича бошқа аномалиялар ҳам аниқланади. Катталарда ЎИЕ диагностикаси мальротация негизида қийин, лекин рентгенологик маълумотларга таянган ҳолда бўлиши мумкин.

Мальротация негизида ўткир етишмовчиликни оператив даволанади. Ташрих усулини танлашда иккита мумкин бўлган мальротацияни вариантларини ҳисобга олиш керак.

1. Ўн икки бармоқли ичак ўз устига ётган кўричак ёки кўричакка париеetal пардадан тортилиб турган қорин оғирликлари билан қисилиб қолади. Кўтарилувчи ва кўндаланг чамбар ичаклар қориннинг ўнг квадратида жойлашади.

Бундай ҳолатда кўр ичакдан ўнгда (латерал) жойлашган париеetal қориннинг орқа пардаси кесилиши билан яқунланадиган Ladd (1933) усулини (Расм 4.11) қўллаш мақсадга мувофиқ.

Бу ўн икки бармоқли ичакни кўричак ва оғирликлар билан қисилиб қолишдан ҳалос этади. Баъзида ичакларнинг қовузлаклари орасидаги бир нечта битишмаларни кесишга ҳам тўғри келади. Одатда ушбу кесмалар ўн икки бармоқли ичакни қисилиб қолишдан бартараф этади, лекин кўр ичакни ўз нормал жойига - ўнг ёнбош чуқурга жойлаштиришга уриниб кўриш керак эмас, чунки жойлашган жойида турмайди ва барибир силжиб кетади. Қорин пардани кесгандан сўнг кўричакни жойлашган жойида қолдириш шарт.



Расм 4.11. Кўр ичак юқорида жойлашиши билан пайдо бўладиган туғма ичак тутилишининг ташрих схемаси: *а* - *Ladd таширихи* – *париетал қорин парда ва кўричак ўртасидаги битишмаларни кесиши*; *б* – *кўричак қорин бўшлигининг чап ярмида қолади, ўн икки бармоқли ичак париетал қорин мембранасининг қисилишидан халос этилган.*

2. Ингичка ичак ўрта бўлимининг айланиб қолиши. Қорин бўшлиғи очилганда ингичка ичакни бужмайган қовузлоқлари олдинда ётади, йўғон ичакни ўнг ярми кўзга ташланмайди (у чапда жойлашган бўлади). Баъзи бир ҳолатларда, тасаввурда ингичка ичак қовузлоқлари чарвидаги ойнак орқали ўтгандек бўлади. Бир томир оғирлигида осилиб турган барча ичакни яхши мўлжал олиш учун, осон бажариладиган эвентрация қилишга тўғри келади. Қарама - қарши йўналишда айланиб қолган ичак тўғриланади. Лекин ташрихнинг бу босқичида тугатилмайди. Жигар остидан юқори жойлашган йўғон ичакнинг чиқувчи бўлими ва кўричакни халос этиш керак бўлади. Бу халос этиш *Ladd* усулида бажарилади. Бундан сўнг *colon* нинг ўнг ярмини қорин бўшлиғининг чап ярмига доимий қоладиган жойига кўчирилади. Ичак найининг турли хил аномал бурилишларида олдиндан топиш қийин бўлган вариантлар ҳосил бўлиши мумкин. Узун чарвилар билан таъминланган йўғон ичакнинг турли бўлимлари ортиқча ҳаракатда бўлганида, ушбу бўлимни фиксация қилиш муаммоси туради. Бунда париетал қорин парда кесилади ва қорин парда орти бўшлиғига босилади ва қорин париетал пардалари билан фиксация қилинади; агар бунинг имкони бўлмаса, унда касалнинг ҳолати

кўтарса, энг яхшиси йўфон ичакнинг ҳаракатчан бўлимини резекция қилиш керак.

Дубликация

Дубликация – ОИТ нинг иккига ажралиши – кўпроқ адабиётларда келиб чиқиши бир хил бўлишига қарамай «*ileum duplex*», «гигант дивертикул», «энтероген киста», «иккига ажраган ичак», «интрамурал киста» каби турли хил номларда ёритилган.

Этиологияси ва патогенези. Дубликациялар кўпроқ ичак чарвисидан ёки ретроперитонеал бўшлиқда жойлашади. Мазкур хосилаларнинг деворлари ҳазм қилиш трактини қайсидир бир бўлимига хос шиллик парда ва ясси мускул толаларидан ташкил топган. Дубликация девор қаватлари сонига боғлиқ бўлиб, маълум бир қалинликда бўлиши, уни хилёзли ва лимфатик кисталардан фарқлаб туради.

Бундай дубликациялар кўп ҳолатларда ҳазм қилиш трактини қайсидир бир бўлими билан ўзаро боғланган ёки унинг бир қисмини ташкил этади, лекин кистозли шакллари ўзига хос жойлашиши ҳам мумкин.

Хосилаларнинг шакллари ва катталиклари ҳар хил. Баъзи ҳолатларда «икки ўқ» хосил қилувчи ва асосий ичак тутқичи атрофида чарвига етувчи узун найлар кўринишида бўлади. Лекин бу хосилалар ичакнинг чарви томонида шиллик ости қаватида ёки субсероз, интрамурал жойлашиши ҳам мумкин. Баъзи бир ҳолатларда бу узунчоқ бўшлиқли хосилалар ичак тутқичи билан ўсади, лекин ўзига хос кириш қисмига эга. Ушбу найларни узунлиги 1-2 см дан 40 см гача ва ундан юқори, баъзида эса асосий ичак катталигидан ўтадиган ўлчамгача этади. Бошқа ҳолатларда улар кистани эслатиб турувчи думалоқ шаклга эга бўладилар. Баъзида уларнинг узунлиги 40-50 см ли ичак деворидан чиқувчи дивертикул кўринишига эга бўлади; улар кўкракдан ўтиб, қорин бўшлиғининг четигача тарқалиши мумкин.

Дубликациялар кўпинча бир хилда эркаклар ва аёлларда учрайди. Ёшга боғлиқ бўлганда эса, ичак дубликациялари кўпинча кўкрак болаларида (60-

70%), кейин 1 дан 3 ёшгача бўлган болаларда (20%) учрайди. Қолган барча ёшдагиларга эса 10% ҳолат тўғри келади.

Дубликациянинг ўлчами, характери ва жойлашишига кўра *клиник манзараси* ҳар хил бўлиши мумкин. Ингичка ичак дубликацияси кўпинча ёнбош соҳада жойлашади ва обтурацион тутилиш тасвирини яратиши мумкин. Йўғон ичак соҳасида жойлашган дубликация унинг кириш қисмини ўтқир ёки сурункали тутилиши билан ривожланадиган обтурацияга олиб келиши мумкин. Тўғри ичак соҳасида жойлашган дубликация дефекация пайти учун тўсиқ бўлиши мумкин. Бармоқ ёрдамида текширув ўтказилганда бу ҳосила эластик оғриқсиз ўсимта кўринишида аниқланади. Тўғри ичак бўлинганда (икки тармоқли дубликация) ахлат ажралиши ҳар иккала ичак тармоғида амалга ошади.

Рентгенологик текширув. Ингичка ва йўғон ичак қисилишига ҳос рентгенологик белгилар: Клойберг косачалари, босқичлар, аркадлар, ёруғ қорин борлиги аниқланади. Оғиз орқали юқори бўлмаган миқдорда (50 мл) контраст бериш, ҳамда контраст клизма қилиш обтурациянинг жойлашишини ва унинг характерини аниқлашга ёрдам беради. Баъзида икки тармоқли шаклида ичакнинг иккита кирув қисми аниқланади.

Дубликация *диагностикаси* осон эмас. Ташриҳ столида ҳам уни аниқлаш қийин, баъзида эса бунинг имкони йўқ.

Даволаш оператив бўлиши керак. Ташриҳ дубликацияни радикал олиб ташлаш учун ва ичак тутилиши хуружини йўқ қилиш мақсадида ўтказилади. Ичакни дубликацияси билан кўп ҳолатларда ичак резекцияси мақсадга мувофиқ бўлади. Дубликацияни олиб ташлашда шуни ёдда тутиш лозим, уларни ичакдан ажратиш қийин ва бунда охириги қисмини осонгина жароҳатлаш мумкин. Бундан ташқари, ичак томирлари дубликация томирлари билан боғланган ва унинг томирларини ажратиш, ҳамда боғлашда ичак тутқичи озиқланишини бузиб қўйиш мумкин. Кейинчалик асоратлар ва ҳосилаларни кўпайиб кетиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда айланма анастомозлар,

қисман резекциялар, яраларни тикиш кўринишидаги паллиатив ташрихлар кўрсатилмаган.

Натижа ўз вақтида ташрих ўтказилганда қониқарли.

Инвагинация

Ичак инвагинацияси катта ёшлиларда тутилишга оид ташрихнинг барча ҳолатларини 2 дан 8% гача бўлган қисмини ташкил этади.

Этиологияси ва патогенези. Инвагинация асосида – бир ичак кесмасини ўзидан кейинги келувчи қисмига кириши ётади. Инвагинация учта ичак деворидан иборат – битта ташқи, иккита ичкарига кирган ва орқага қайрилган ичак цилиндрдан ҳосил бўлади. Бу оддий уч цилиндрли инвагинация деб номланади. Унда ташқи цилиндр – қабул қилувчи (*intussusciens*) ва ички – олиб кирувчи (*invaginatum* ёки *intussusceptum*) ларга ажралади. Инвагинатнинг ички якуний қисми – ички цилиндрни ўрта қисмига ўтиш жойи – бош деб номланади, унинг асосини эса – ташқи цилиндрни ўрта қисмига ўтиши (қайрилган жой) – бўйинча дейилади. Ичак чарвиси бўйлаб, асосан инвагинат бўйинчасидан киритилган ичак чарвиси ҳисобланган боғичсимон ҳосилани аниқлаш мумкин.

Инвагинатнинг ички цилиндрини озиқланиши унинг чарвисини қисилиш даражасига боғлиқ ҳолда ёмонлашади. Чарвини кучсиз қисилишида ички цилиндр озиқланиши бузилмаслиги мумкин ва ичак таркибини пассажи сақланиб қолиши сурункали инвагинацияда кузатилади. Чарвини янада узок ва кучли қисилишида киритилган ичак деворида некробиотик ўзгаришлар ривожланиши мумкин. Лекин инвагинатнинг ташқи цилиндри некротик ўзгарган ички цилиндрни қорин бўшлиғини ўраб турувчиларидан чеклаб туради ва шу билан перитонит ривожланишини олдини олади. А.П.Лебедев (1965) маълумотларига кўра, яқка туридан ташқари ҳар хил босқичдаги (Расм 4.12) кўплаб инвагинациялар ҳосил бўлиши мумкин ва 3,6% ҳолатларда, мураккаблари эса - 6,8% ҳолатларда учрайди. Инвагинацияни тутилишнинг бошқа механик шакллари билан комбинациялари бўлиши мумкин.

Инвагинат хосил бўлишини тушунтириб берувчи бир нечта холатлар мавжуд: 1) механик, 2) спастик, 3) паралитик.



Расм 4.12. Макропрепарат. Ингичка ичакни кўплаб инвагинацияси. 1 – олиб келувчи қовузлоқ; 2 - инвагинат – 10 см; 3 – ингичка ичакни олиб кетувчи қовузлоғи.

Механик холат ичакни юқори жойлашган қисмини қуйи жойлашган қисмига киргизишга сабаб, шундаки инвагиницияланган цилиндр полиплар, ўсмалар, гематомалардан холис. Бундай хосила ичак перисталтикаси натижасида олдинга сурилади, унинг оёқчаси эса ўз ортидан унга ёпишган ичак деворини суст тортади. Кириб турувчи цилиндр инвагинация хосил бўлишида суст рўлни ўйнайди ва шунчаки ичкарига тортиб туради.

Спастик холатга кўра, инвагинация хосил бўлиши ичак кўндаланг ва циркуляр мускулларини қисқариш координациясини бузилиши натижасида юзага келади. Бунда яна олдиндан ичак чегараланган қисмининг ҳалқа мускулини спазми юзага келади, унга қараб эса шунингдек кўндаланг қисқарувчи мускул билан қуйи ётган ичак кесмаси ҳаракатланади. Кириб турувчи цилиндрни циркуляр спазми инвагинат бўйинчаси соҳасида ичакнинг барча янги қисмларига тарқалади ва инвагинатнинг ўрта цилиндрини узайтиради.

Паралитик холатга (*Leichtenstern*, 1876) кўра, олдиндан ичакнинг қайсидир бир қисмидаги мускули парезга учрайди, ушбу қисмга эса ичакнинг яхши перисталтика қилувчи қовузлоғи киритилади.

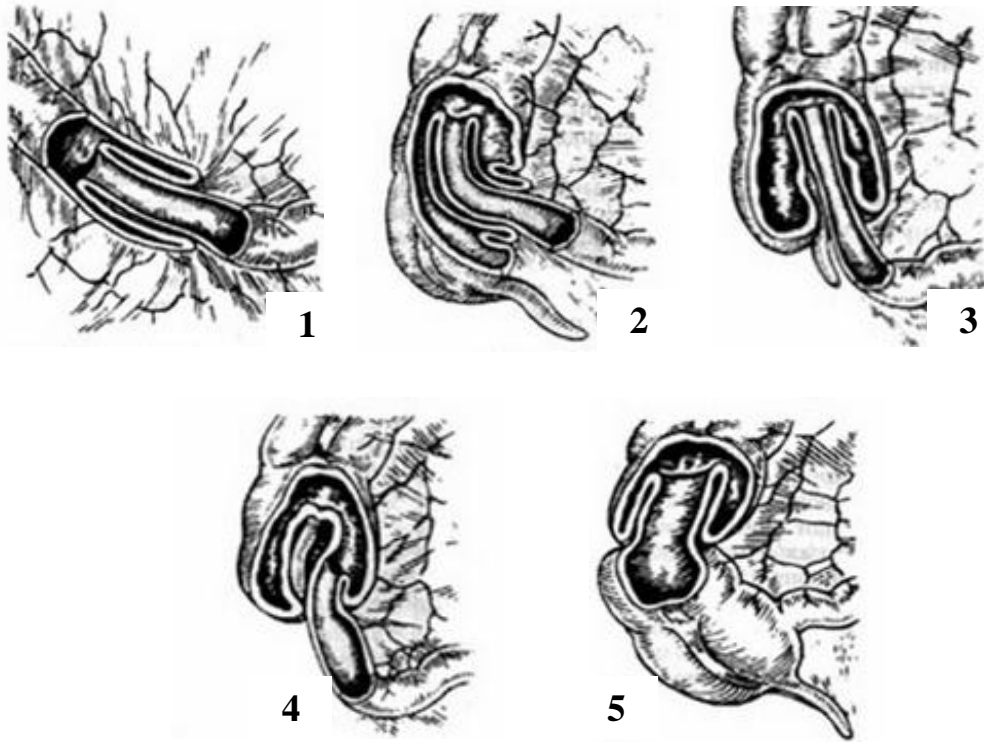
Илеоцекал бурчак соҳасида инвагинация хосил бўлишида ичакнинг ушбу бўлимини ўзига хос тузилиши аҳамиятга эга: ёнбош ичакнинг қисқа терминал якуни ўлчами бўйича кенг кўричакка қуйилади. Ёнбош ичакнинг жадал перисталтикасида у осонгина кўричак бўшлиғига кириши мумкин. Шунинг учун ушбу ичак бўлимини туғма узун умумий чарвиси мавжудлиги мақсадга мувофиқ ва кўп маротаба кузатилади. Шундай ёндош омиллардан ташқари қорин бўшлиғи жарохати, жисмоний зўриқиш, ич кетиш, сурги до-рилари қабул қилиш кабиларни келтириб чиқувчи омиллар ҳам мавжуд.

Инвагинацияни ҳар хил турлари (Расм 4.13) бўлиши ва ОИТ нинг ҳар хил жойида жойлашишини ҳисобга олган ҳолда, инвагинацион ичак тутилишини ёритишда қулай бўлиши учун таснифни ишлаб чиқдик.

Инвагинация таснифи

А. Инвагинациянинг ўткир шакллари.

1. Ингичка ва йўғон ичаклар соҳасидаги инвагинациялар:
 - а) ингичка ичакни ингичка ичакка, юқорига чиқувчи ва тушувчи инвагинацияси (ретроград);
 - б) илеоцекал бурчак соҳасида ингичка-йўғон ичак инвагинацияси;
 - в) йўғон ичакни йўғон ичакка, юқорига чиқувчи ва тушувчи инва-гинацияси (ретроград);
 - г) чувалчангсимон ўсимтани кўричакка инвагинацияси.
2. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак соҳасидаги инвагинациялар.
 - а). Инвагинацияни сурункали шакллари.



Расм 4.13. Ичак инвагинациясининг турлари: 1- ингичка ичак; 2 – ёнбош-чамбар ичак (оддий); 3 - ёнбош-чамбар ичак (мураккаб); 4 – кўричак-чамбар ичак; 5 – йўғон ичак.

Келтирилган таснифга тушунча сифатида қуйидагиларни айтиб ўтмоқчимиз: илеоцекал инвагинация гуруҳига ёки аниқроқ қилиб айтганда ингичка-йўғон ичак инвагинация гуруҳига бир нечта турлар: илеоцекалли, кўр-йўғон ичак ва ингичка-йўғон ичак турлари, хусусий кўр ичак инвагинациялари ҳам, улар орасида қуйидагилар ажратилади: а) 1910- йилда Vlaeи томонидан ёзилган “Блауэл” шаклдаги кўр ичак куполасининг инвагинацияси ва б) кўр ичакнинг ёнбош инвагинацияси, бунда инвагинат бошчасини ушбу ичакнинг ёнбош девори ҳосил қилади.

Чувалчангсимон ўсимтани кўр ичакка инвагинацияси нисбатан кам учрайди, лекин адабиётларда шундек ҳолатларни тарифлангани мавжуд.

Кўп сабабларга боғлиқ равишда ингичка ва йўғон ичаклар инвагинацияларининг ўткир шакллари клиник манзарасини турлилиги билан фарқланади: ёшга боғлиқ (касал қанча ёш бўлса, касаллик шунча авжида кечади), инвагинацияга учраган ичакларнинг қисилиш даражасига боғлиқ, зарарла-

нишнинг давомийлигига боғлиқ, жойлашишига ва бошқа кўп сабабларга боғлиқ.

Баъзида анамнезда қоринда санчиксимон оғриқларга шикоятларнинг мавжудлиги, инвагинация ёки қандайдир бир ўсимта борлиги билан боғлиқ бўлади. Касаллик баъзида оғриқ кучсизлантирувчиларини беришга кўрсатма бўлса ҳам, бехосдан бошланиши, кўзга кўринадиган сабабларнинг йўқлиги билан фарқланади.

Оғриқлар кучли, тўлғоқсимон характерга эга, 12-20 минут оралиқ билан давом этади, шунингдек тўлиқ йўқолмагунча ва оғриқлар доимий бўлмагунча аста - секин қисқариб боради.

Инвагинациянинг бошланишида қайт қилиш пайдо бўлади, кейин эса тўхтайти ва касалликнинг охирида ахлат туси кўринишига эга бўлганда яна тикланади.

Ич ва газларнинг ушланиб қолиши, кўпроқ қонли ажралмалар (трансудат) билан қиёфаланади. Кейинчалик баъзи бир касалларда суюқ ёки шакланган ахлат кузатилса ҳам, ич ва газларнинг тўлиқ ушланиб қолиши ривожланади.

Кўпинча қорин хиёл шишган бўлади. Юқори инвагинацияларда метеоризм бўлмаслиги мумкин. Қорин девори юмшоқ, кучсиз. Кўп ҳолатда юмалоқ, овал ёки узунчоқ шаклдаги юмшоқ-эластик хосила ёки кам ҳаракатчан, кўпинча қориннинг ўнг ярмида ўта чуқур ётувчи дуккак кўринишидаги инвагинатни пайпаслаш мумкин.

Қорин перкуссияси одатий типдаги тимпанитни беради, аускультацияда эса касалликнинг эрта даври ва перисталтика мавжудлиги пайтида доимий ичак перисталтикаси эшитилади.

Рентгенологик текширув. Обзор рентгеноскопияда асосан ингичка ичак инвагинациясида кўндаланг сатҳ ва косачалар кўриниши мумкин. Ингичка-йўғон ичак инвагинациясида йўғон ичакда нотекис газларнинг тўпланиши, ингичка ичакда эса косачалар ва ёй йўқлиги кузатилади. Баъзида шишган йўғон ичак фониди инвагинат сояси кўринади. Илеоцекал ва йўғон ичак

инвагинациясида контраст ирригогкопия жуда бебаҳо маълумотларни беради: текис ботиқ контурлари билан тўлиш дефекти ва «икки тишли», «уч тишли» ёки «кокард» кўринувчи тасвирлар хосил бўлади, инвагинатнинг ўзи эса халқалар серияси ёки гафрала найлар кўринишида учрайди.

Диагностикаси. Классик учлик борлигида: 1) ичак тутилиши белгилари, 2) қоринда ўсимтанинг пайпасланиши, 3) ахлатда қоннинг борлиги – инвагинацияни аниқлашда қийинчилик туғдирмайди.

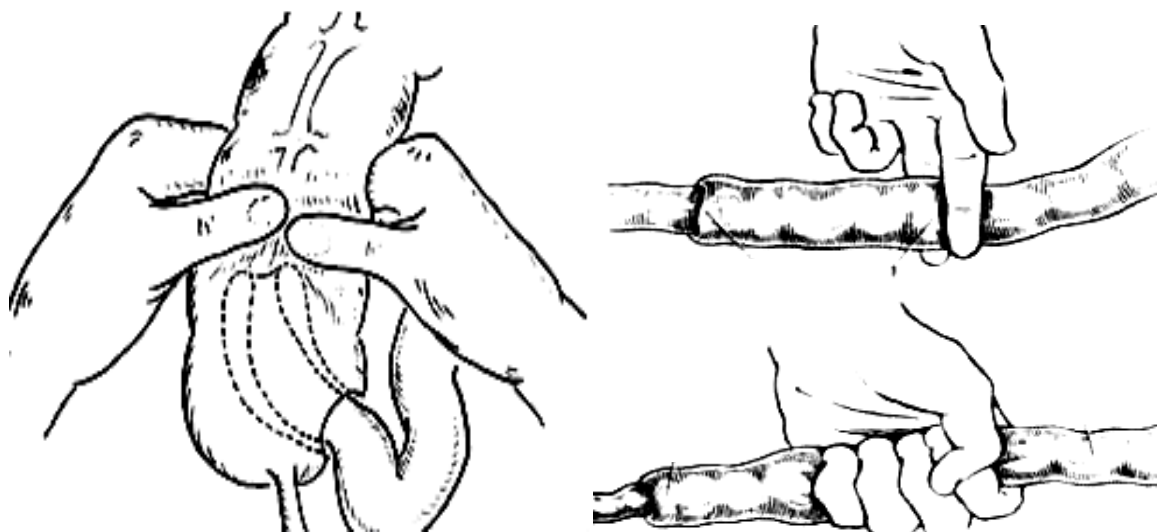
Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан. Кўп ҳолатдаги катталарда инвагинациянинг ўсимтали этиологиясини ва мумкин бўлган рецидивларни ҳисобга олиб, биз ичак резекциясини анастомозлар билан шакллантиришни тавсия қиламиз.

Янги инвагинацияни дезинвагинация қилиш мумкин. Шу мақсадда бошида инвагинат чарвисининг илдизига спазм ҳолатини ечиш ва инвагинатни тўғирлашдаги барча муолажаларни енгиллатиш учун кучсиз новокаин (0,25%) эритмаси юборилади. Кейин чап қўл билан барча инвагинатни ушлаб олинади, ўнг қўл билан эса унинг бошчасига енгил босилади ва аста секин киритилган ичак цилиндрини чиқариб олинади. Хеч бир ҳолатда инвагинатни унинг бўйинчаси томонидан киритилган ичак охирига тортиш йўли билан тўғирлаш мумкин эмас, агарда ичак дистрофик ўзгарган бўлса, бу усул билан фақат ичак бутунлигига зиён етказиш мумкин (Расм 4.14).

Агарда дезинвагинация амалга оширилса, унда ичак ҳаётлиги аниқланади. Ичакнинг биринчи кириш жойи одатда қалинроқ, шишли бўлади, баъзида эса олдинги ивагинат деворида қонталашлар мавжуд бўлади. Ичакни ҳаётлиги яроқли бўлса, кам эффеқтли бўлган фиксация ва пликация амалга оширилмай, қорин бўшлиғига тўғрилаш мумкин.

Дезинвагинация ўтказишни имкони бўлмаганда айланма анастомозни қўйиш мумкин эмас, чунки у норадикал чора ҳисобланади; шу билан бирга инвагинация кучайиб бориши ва анастомоз вазифасини бузиб қўйиши мумкин.

Натижаси. Тутилишнинг бошқа кўринишларига караганда, инвагинацияда яхши.



Расм 128. Инвагинацион ичак тутилишида дезинвагинация қилиш техникаси.

Ичак сурункали инвагинацияси. Сурункали инвагинация касалликнинг нисбатан кам учрайдиган шаклиллариға киради.

Этиологияси ва патогенези. Ичак инвагинациясининг асосан рецидив шаклида ҳар бир хуруждан кейин дезинвагинация хосил бўлади ва бу хуруж кўп мартаба такрорланиши мумкин, лекин уларнинг ҳар бири тутилишнинг ўткир шакли ҳисобланади. Агарда ҳар бир ўткир инвагинат бир неча бор такрорланса, унда у рецидивга айланиши мумкин.

Сурункали инвагинацияда киритилган ичак дезинвагинация бўлмайди ва ноаниқ кўп муддатга, баъзида ойлаб шундай ҳолатда қолади; бунда ичак ўтказувчанлиги сақланиб қолинади ва қон айланишининг бирдан бузилиши,

киритилган цилиндрда қон туриб қолиши ва шиш билан боғлиқ баъзи бир морфологик ўзгаришлар ривожланишига қарамай ҳосил бўлмайди. Ичак сурункали инвагинацияси кўпинча аниқланмайди, беморлар эса турли хил диспепсик ҳолатларга шикоят қилишади ва сурункали дизентерия каби турли хил гумон касалликлардан даволанишади.

Касаллик одлатда кекса ёшли эркакларда кўпроқ учрайди.

Клиник манзараси. Қорин бўшлиғида санчик, кекириш, қайт қилиш, ичкетиш, ичқотиши аҳамиятга эга. Анамнезда ҳамроҳ оғриқли хуружларга кўрсатмалар бор. Ахлати доимий эмас, кўпинча ичкетиши ич қотиб қолиши билан навбатлашиб кетади.

Қорин девори юмшоқ, кучсиз. Кўпинча инвагинат ўсимта ёки қандайдир бир ҳосила кўринишида пайпасланади. Метеоризм «ўсимта» борлигини яшириб туриши мумкин.

Рентгенологик текширувда, асосан контраст қўллаганда инвагинат борлиги ҳақида хабар берувчи керакли маълумотларга эга бўлиш мумкин.

Диагностикаси осон эмас, агарда бу касалликнинг характерли белгиларини – қоринда оғриқларнинг даврий рецидивлари билан ўткир бошланиши, доимий бўлмаган ахлат келиши, баъзида қон тўплами билан, «ўсимта» ни пайпаслаш мумкин бўлса, рентгенологик текширувларнинг маълумотлари ҳисобга олинса, имкони бор.

Даволаш жарроҳлик йўли билан. Дезинвагинация қилиш мумкин, лекин кўпроқ киритилган ичакнинг қисман ўзгариши ва инвагинацияга сабаб бўлган хакикий ўсимтанинг бор бўлиши туфайли ичак резекцияси кўрсатилган.

Натижаси жарроҳлик йўлисиз даволанганда гумонли, яъни асоратлар бўлади, лекин радикал даволанганда натижа қониқарли.

БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ

Кўпчилик муаллифларнинг маълумотига кўра, ичакларнинг битишмали тутилиши ўткир тутилишнинг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади: ўткир ту-

тилиш бўйича ўтказиладиган барча ташрихлар сонининг 35-45% ни ташкил этади.

Этиологияси ва патогенези. Битишмаларнинг қорин бўшлиғида ривожланиши ташқи вазиятлар (сероз қоплам жароҳатланиши, яллиғланиш жараёнлари) ва организм хусусиятига боғлиқ. Беморларнинг битишма ҳосил бўлишига мойиллик юқори бўлса, қолганларида эса ўша этиологик омиллар қорин бўшлиғида битишмалар ривожланишини чақирмайди.

Қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлишининг асосида ферментатив жараён ётади: сероз қобиқ жароҳатланганда доим қорин экссудатида иштирок этадиган фибриногендан фибрин тола чиқишини таъминловчи тромбаза ферменти ажралади. Фибриннинг нозик толалари экссудат хужайралари билан аралашиб қорин пардани десерозациялашган юзасига ўтиради ва бир неча вақтдан сўнг ён атрофдаги тўқималар билан бирикиб кетадиган тўр ҳосил қилади, 2 соатдан кейин мезотелий хужайралари билан қопланади, 3 соатдан кейин эса сероз қобиқнинг бутунлиги тикланиб қолади.

Тез орада бир - бирига илашиб турувчи ичак қовузлокларининг десерозациялашган юзалари асосан вақтинча системасиз жойлашган коллаген толалардан иборат силлиқ ва плёнкасимон битишма ҳосил қилади. Тахминан 7-10 кундан тўрсимон ҳосилалар кўринишида коллаген толаларни ҳар иккала томондан қоплаб турувчи эластик толалар ҳосил бўлади.

5-6 кунларнинг биринчи кунида бундай плёнкалар қон томирларини ўзида тутмайди ва енгилгина сўрилиб кетади. Лекин 7-10 кунлардан қон томирлари янгидан ҳосил бўлиш жараёни бошланади ва қорин пардани тубида жойлашган томирлардан бошланиб битишмалар ўсиб ўтади. 12-14 кунлардан томирлар силлиқ битишмалари бутун қатламни тўлдиради ва қарама - қарши томон томирлари билан алоқага киради.

Кеч муддатда, 6-10 ойдан кейин, редукция юзага келади ва асосан қорин бўшлиғининг ҳаракатчан органлари ўртасидаги битишмалар йўқолади, нерв толалари, ҳамда томирлар сўрилиб кетади. Лекин вақтинча сақланиб ту-

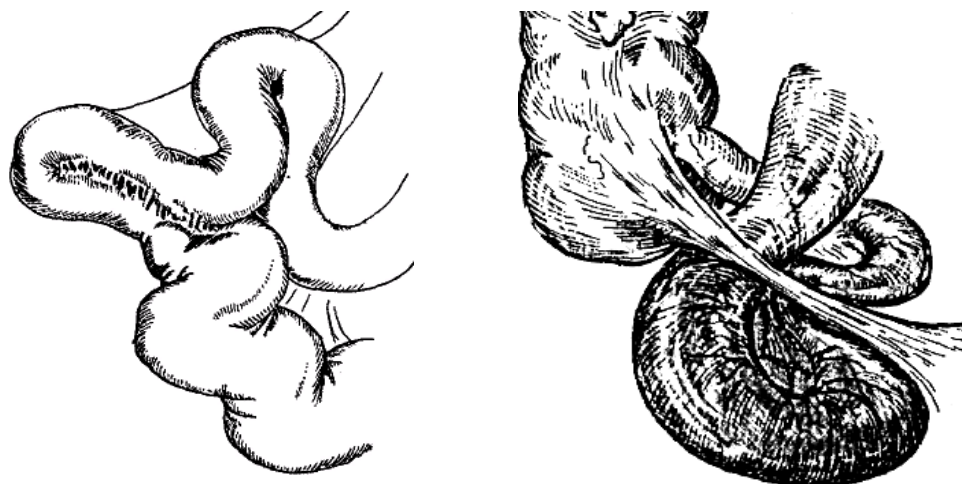
рувчи ўсишларда, асосан кам ҳаракатчан органлар ўртасида янги хосил бўлган нерв тўқимаси сақланиб туради.

Перисталтика қилувчи ичаклар томонидан давом этувчи тортишмалар таъсири остида коллаген толалар жуда йўғон магистрал тугунчаларга йиғилади, эластик тўрлар эса қисқаради ва аста - секин сўрилиб кетадиган алоҳида фрагментларга парчаланadi. Бу жараёнда битишмаларни қайта шаклланишида силлиқ ўсишлар аста - секин алоҳида тортишмаларга парчаланadi. Кейинчалик баъзи бир тортишмалар ёрилади, бошқалари кучлилари билан қўшилиб кетади ёки аксинча ингичка, толасимонларга айланади. Агар шундек ипсимон ёки толасимон битишмалар ёрилса, унда унинг эркин охири бошқа аъзога ўсиб бориши мумкин – «кўприк» хосил қилган холда ичак қовузлоғига, чарвига ёки хусусий чарвисига, ичак қовузлоғи осонгина кириши мумкин бўлган «чемодан ручки» кўринишида бўлади ва қисилиб қолади (Расм 4.15).

Битишма бириккан орган қанчалик ҳаракатчан бўлса, шунчалик тез ўзгаради, ёрилади ва тўлиқ сўрилиб кетиши мумкин.

Қорин бўшлиғининг битишмалари травматик юзага келиши, қорин парда яллиғланиши ва таъсирланишида келиб чиқишига кўра туғма (Леновскийли ва Джексонскийлар) ва орттирилганга бўлиш қабул қилинган.

Қорин парда яллиғланиши ва таъсирланишида битишмаларнинг ривожланиши кўпинча турли органларда инфекциялар борлиги билан боғлиқ (ўткир аппендицит, холецистит, аднексит ва бошқалар).



Расм 4.15. Ичакнинг битишмали тутилиши (схемаси).

Асосан битишмаларни жадал ривожланиши турли этиологияли чекланган ёки тарқоқ перитонитда юзага келади. Битишмали жараёнлар ривожланишига нафақат у ёки бу органни ўткир йирингли касалликлари, балки қорин парда туберкулёзи сингари сурункали специфик инфекциялар олиб келади.

Жароҳатланишлар натижасида келиб чиққан битишмалар қорин бўшлиғининг барча жароҳотланишларида ривожланади, колаверса биринчи навбатда ташрих пайтида. Барча лапаротомиялар одатда қорин парданинг у ёки бу даражадаги жароҳати билан кечади ва иложсиз битишмалар ҳосил бўлишига олиб келади.

Қорин бўшлиғининг битишмалари шаклига кўра силлик, плёнкали, ипли, тракционли, чарвидан ўсиб чиққан кўринишларга бўлинади. Характерларига кўра улар қаттиқ ва ғовак бўлади.

Битишмали жараёни қорин бўшлиғида жойлашишининг ўзига яраша қонуниятлари бор. Шундек қилиб, битишмалар кўпинча қорин бўшлиғининг қуйи қисмида, камроқ эса юқорисида жойлашади. Битишмалар кўпинча қорин деворининг чандиқлари билан боғланган. Ичак қовузлоқлари ўртасидаги битишмалар камдан-кам ҳолатларда обтурация чақирмайдиган, лекин ичаклар букилиши ва перисталтикасини издан чиқарувчи кенг силлик ўсмалар ҳосил қилади. Камдан-кам битишмалар ичак чарвисини деформацияга учратади ва «икки ўзакли» кўринишидаги ичак қовузлоғини жойлашишига олиб келади, штопрсимон айланмани ҳосил қилади ва охир - оқибат, бутун конгломератга ичак қовузлоғини ёпиштириб қўяди.

Ичакнинг битишмали тутилиши ўткир тутилишнинг рецидивланишига кўп олиб келади ва шунинг натижасида беморлар кўп маротаба ташрих ўтказишади. Ўткир тутилиш юзага келиши учун, мойил омил – битишма бўлишидан ташқари келтириб чиқарувчи овқатланишдаги хатолик, овқат истеъмол қилишнинг доимий эмаслиги, ич кетиш, сурги дориларини кўп дозада қабул қилиш, оғирлик кўтариш каби омиллар ҳам мавжуд. Тутилиш келиб чиқиши-

да катта рўлни кўпинча механик эмас, ичак моторикасига тегишли динамик омиллар ўйнайди. Спастик ва паралитик характерли ичак перисталтикасининг турли хил бузилиши битишмали жараёнда динамик тутилишни хосил қилиши мумкин.

Битишмалар ривожланишини профилактикаси

1. Ташрихда қорин бўшлиғи органларининг жароҳатланишини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар, қорин бўшлиғи органлари ва тўқималари билан эҳтиёткорона муносабатда бўлиш.

2. Мезотелийни десквамациясига йўл қўювчи, куруқ марли салфеткалар билан қорин қопламасини артиш керак эмас

3. Тўқима қуриб қолишини олдини олиш учун, физиологик эритмада сиқилган илик нам салфеткалар билан ўраш керак.

4. Қорин бўшлиғида қон тўпланиб қолишини олдини олувчи қатъий гемостаз.

5. Қорин бўшлиғида тикув материали, тампонлар, дренажлар ва бошқа турли хил ёд жисмларни колдирилиши.

6. Қорин бўшлиғини тампонадаси қатъий чекланган бўлиши лозим. Қорин бўшлиғига тампонада қўйишга 3 та асосий кўрсатма мавжуд: 1) гемостазни етишмовчилиги; 2) қорин бўшлиғида йирингли жараённи борлиги; 3) инфильтратни борлиги.

7. Қорин бўшлиғининг барча десерозланган юзалари орган деворига туширилган ҳолатда қатъий перитонизация қилиниши керак.

8. Ташрихдан сўнгги даврда ичак перисталтикасини олдиндан қўзғатишга қаратилган чора-тадбирлар.

9. Инфекцияга қарши курашга қаратилган чора-тадбирлар.

Ўткир битишмали тутилиш. Ўткир странгуляцияли битишмали тутилишда ичак қовузлоғи билан бирга унинг чарвиси ёки бутун ичак конгломерати битишма ёки тортишма билан бузилиши ёки қисилиши юзага келади.

Бунда кисилишга ва эзилишга нафақат ичак найи, балки касалликка жадаллик бериб турувчи унинг чарвиси ҳам учрайди.

Клиник манзараси. Странгуляцион битишмали ЎИТ нинг асосий оғир кечиши ва ноқулай симптомларни тез ривожланиши билан фарқланади. Анамнезда кўпинча ҳамроҳ ташрихлар, қоринни кесиб кирувчи жарохатлар, турли хил яллиғланувчи касалликларга кўрсатмалар бор.

Касалликнинг бошланиши ўткир, беҳосдан, куннинг хохлаган пайтида, хатто уйқунинг ўртасида бошланиши мумкин.

Касалнинг умумий ҳолати тезда ўзгаради; касалликнинг биринчи соатларида шок ривожланиши мумкин. Бемор безовталанади, бақиради, мажбурий ҳолатда бўлади.

Оғриқлар кучли, қаттиқ, доимий, интервалсиз, ноаниқ жойсиз ва қориннинг барча томонига тарқалувчи иррадиацияли бўлади.

Қайт қилиш касалликнинг энг бошидан кузатилади, бошида рефлекторли, кейин эса қотиб қолади. Олигурия касалликнинг бошланишида ривожланади. Тил тезда қуриб қолади. Юз белгилари ўткирлашади – Гиппократ юзи. Қўл-оёқ ва шиллик пардаларнинг сезиларли цианози кузатилади.

Қорин деворида кўпинча ташрихдан ёки кесиб кируви жарохатлардан сўнгги чандиқлар аниқланади. Бошида қоринни шиши пайдо бўлади, кейинчалик шиш бироз кучаяди. Кўпинча қоринни асимметрияси кузатилади. Касалликнинг бошланишида сезиларли перисталтикани кўриш мумкин, кейин эса у 2-3 соатдан сўнг тўхтайдди. Аускультацияда қоринда «тушаётган томчининг шовқини» эшитилади. Кейинчалик, ичак парези ривожланганда, «ўлик сокинлик» пайдо бўлади. Склярлов симптоми - «ишқаланиш шовқини» - одатда яхши намоён бўлади. Ич ва газларни тутилиши касалликнинг бошидан ривожланади.

Ректал текширувда Обухов касалхонасининг симптоми аниқланади.

Рентгенологик текширув. Странгуляцион битишмали тутилишда рентгенологик маълумотлар етарлича эмас. Газ миқдоридан суяқликни миқдори ортиқ бўлади. Перисталтик ҳаракатлар кучсиз ифодаланган, суяқликнинг

қўйилиши ва қўндаланг сатҳни жойлашиши кўринмайди. Диафрагма ҳаракати сустлашган.

Ўткир обтурацион битишмали тутилишда ичак қовузлогини, букилиб қолиши, унинг битишмаси ёки тортишмаси билан қисилиб қолиши кузатилади, бу жараёнда чарви иштирок этмайди.

Анамнезда ўтказилган ташрихлар, жароҳатлар, яраланишлар ёки турли хил яллиғланиш касалликлари кузатилади. Кўпинча мустақил ёки ташрих йўли билан бартараф қилинган қоринда оғриқларга, ичак шовқини пайдо бўлганлигига, ич ва газларни ушланиб қолинишига, тутилиш хуружларини доимий бўлишига кўрсатмалар бўлади.

Странгуляцион ичак тутилишига ўхшаб бошланиши унчалик ўткир эмас. Касаллик аста-секин кучайишни бошлаши мумкин.

Клиник манзараси. Касаллик ичак обтурацион тутилиш типи бўйича кечади: қоринда доимий қисиб оғрувчи оғриқлар, сезиларли перисталтика, Валя, Склярлов, Обухов касалхонаси симптомларини ривожланиши кузатилади. Қайт қилиш бошланишида кам, кейинчалик тезлашади ва ахлат тусига кириши мумкин.

Рентгенологик текширув ичак утилишида аниқланадиган косачани, қўндаланг сатҳни ва ёйни типик тасвирини беради.

Диагностикаси. Ўткир битишмали ичак тутилишини аниқлаш учун оғриқлар, ич ва газларни тутилиши, қайт қилиш, анамнестик маълумотлар, рентгенологик топилмалар ва асосан қорин бўшлиғида ташрихдан сўнгги чандиқларни борлиги катта аҳамиятга эга.

Странгуляцион ичак тутилиши учун касалликнинг жадал кечиши ва камдан - кам шок ривожланиши характерли.

Битишмали ичак тутилишини странгуляцион шаклини *даволаш* – жарроҳлик йўли билан, қанчалик олдин бошланса, шунчалик яхши, чунки ичак деворида некробиотик жараёнлар тезда ривожланиб кетиши мумкин.

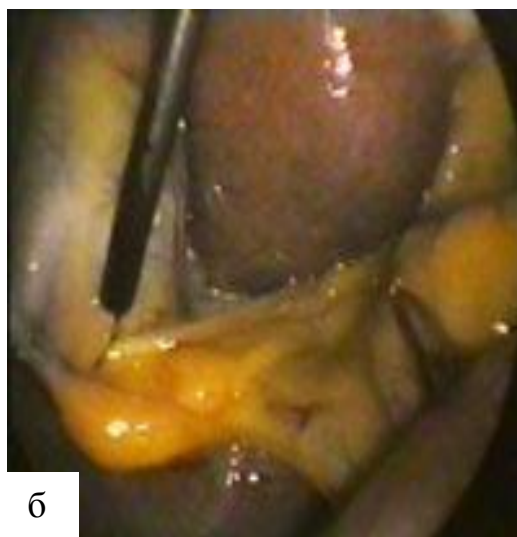
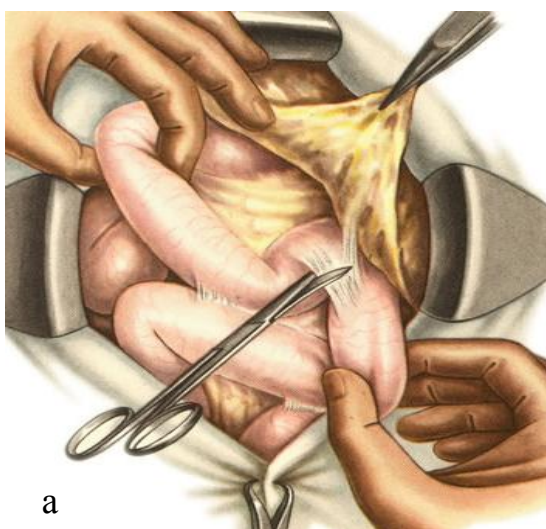
Битишмали ичак тутилишини консерватив даволаш етарлича натижа бермайди, чунки консерватив муолажалар касалликни қайталанишини олдини олмайди.

Консерватив тадбирлардан фойдаланишдан натижа бўлмагандан сўнг 1,5-2 соат ичида жарроҳлик тадбири ўтказилади.

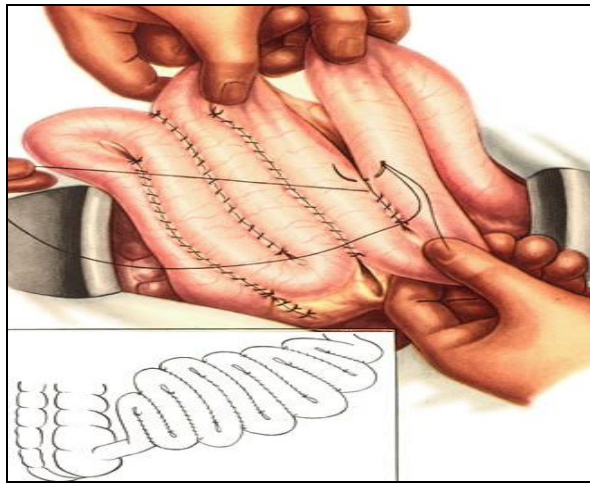
Ташрих. Странгуляцион тутилишда кўпинча қисиб турувчи тортишмаларни кесишга тўғри келади (Расм 4.16).

Ҳозирги кунда битишмали ичак тутилишида, ўткир тутилишни олдини олувчи ва беморда касалликни кечишида ножўя таъсирлардан халос этувчи интенстинопликация ташрихи – “Noble” ташриhini қўллаш кўп тарқалган (Расм 4.17).

Мазмуни шундан иборатки, ингичка ичакларнинг барча қовузлоқларини битишмалардан ажратилади, кейин параллел холда қаторга 25-30 см узунлигда жойлаштирилади ва ичак қовузлоқларини тартибсиз ўсишига тўсқинлик қилиш учун ўзаро серо-сероз чоклар билан тикиб, фиксация қилиб қўйилади.



Расм 4.16. Битишмаларни кесиш усуллари: *а* – очик лапаротомияда; *б* – лапароскопик ташрихта.



Расм 4.17. Ичак битишмали тутилишини йўқ қилиш ва олдини олиш усули – Нобел ташрихи.

4.6. ДИНАМИК ИЧАК ТУТИЛИШИ

Динамик ичак тутилиши ичакдаги махсулотларни ҳаракатига қаршилик кўрсатувчи ҳеч қандай механик бузилишларсиз, ичак мушаклари моторикасининг функционал ўзгаришлари билан чақирилади. Бу функционал бузилишлар ҳам спастик, ҳам паралитик характерли бўлади. Шунга боғлиқ равишда динамик ичак тутилиши иккита асосий турларга бўлинади: паралитик ва спастик.

Паралитик ичак тутилиши

Паралитик ичак тутилиш ичак мотор вазифасини йўқотиши натижасида унинг перисталтикасини тўхташи билан характерланади. Ичак мушакларини бутун ичак деворини тонусини пасайиши ёки йўқолиши билан ҳаракатсизланиши ва унинг бузилиши туфайли, ичак кириш қисмини газсимон ва суюқ махсулотлари билан тўлиб қолиши юзага келади.

Ичакни шишиб қолиши, ичак ички босимини ортиши ичак деворидаги қон алмашинувини бузади, тўқималарни гипоксиясини ва димланиб қолишини келтириб чиқаради.

Ичак стазини келтириб чиқариш учун бутун ичакни параличи бўлиши шарт эмас, балки ичак қовузлоғининг бир қисмини параличи етарли ҳисо-

бланади. Шу парлич бўлган қисми ўзидан ичак таркибини ўтказмай кўяди, бу эса ўз навбатида сув омбори сингари бутун ичак бўйлаб стазни келтириб чиқаради.

Паралитик тутилиш қорин бўшлиғинг турли хил ва шу қаторда ташрихнинг асоратлари сифатида ривожланади.

Деярли барча перитонитлар, ўткир аппендицит, флегмонозли холецистит каби қатор яллиғланувчи касалликлар ичак парези ва шиши, ҳамда унинг махсулотларини тўпланиб қолиши билан кечади. Ичак парези қорин бўшлиғига турли хил қон, сийдик, ўт, панкреатик каби суюқликларни тушиши натижасида ҳам ривожланади; катта гематома билан париетал қорин пардани кўчиши каби қорин орти бўшлиғида турли хил жараёнларда, тос, умуртқа синишида кўп учрайди, баъзи бир интоксикацияларда ва марказий нерв системасини турли хил жараёнларида. Маълум муддатли ичак спазмида ва зўриққанида паралич келиб чиқади. Шунинг учун ичак мушакларининг спастик ва паралитик ҳолатларини биридан бошқасига ўтиши мумкин бўлган ягона иккита даража сифатида кўрилади.

Клиник манзараси. Оғриқлар ўткир қисиб оғрувчи эмас, симмиловчи характерга эга. Ич ва газларнинг тўлиқ ушланиб туриши кузатилади. Қайт қилиш кечроқ қўшилади. Қорин барча қисмларда тенг шишади. Ичак перисталтикаси йўқ, қоринда «ўлик сокинлик» аниқланади. Қорин девори юмшоқ, кучсиз ва кам оғриқли, лекин асосан ичакни парезини чақирган жараёнга боғлиқ.

Агар паралитик ичак тутилишни биринчи соатларида бемор нисбатан кам азоб чекса, унда 1-2 ва ундан ортиқ кун ўтишида ЎИТ нинг барча характерли белгилари намоён бўлиши мумкин: интоксикация, касалнинг умумий кўринишини ўзгариши, апатия, холсизлик, юрак фаолиятини пасайиши, модда алмашилиш жараёнларини бузилиши (сув, оқсил, туз) ва бошқа оғир симптомлар пайдо бўлади.

Лаборатор текширувда асосий касаликка мос келувчи ўзгаришлар аниқланиши мумкин: лейкоцитоз, лейкоцитар формуласини чапга силжиши.

Рентгенологик текширувда паралитик ичак тутилишини қуйидаги белгилари аниқланади: а) шиш нафақат ингичка, балки йўғон ичакка тарқалади; б) ичак бўшлиғини кўп қисмини газлар, камини эса суюқлик ташкил этади; в) рентгенологик тасвир статик, у 1-2 кун давомида ўзгармайди. Ичак перисталтикаси йўқ, сатҳни силжиши ва қуйилиши кузатилмайди; г) ёйларни суюқлик даражаси бир баландликда жойлашади; д) косачалар миқдори кўп эмас ва уларни контурлари аниқ эмас; е) ингичка ичак қовизлоғини кенглиги йўғон ичак диаметридан 2-3 маротаба юқори; ж) қорин бўшлиғида эркин суюқлик йўқ; з) диафрагма харакатини чекланиши ва юқори жойлашиши кузатилади.

Кечиши. Паралитик ичак тутилиш одатда ташрих, жароҳатлар ёки бошқа этиологик омиллардан сўнг қисқа вақтда бошланади. Ташрихдан сўнг ичак парези асоратланмаган ҳолатларда 2-4 кун давом этади, асоратланганда эса ичакнинг функционал фаолиятини бузилиши механик тутилишга ўтиши мумкин.

Паралитик ичак тутилишини *диагностикаси* операцион жароҳат, тос суягини синиши каби ишлаб чиқарувчи сабаб бўлганида қийин бўлмайди. Мазкур ҳолат учун кескин оғриқларни йўқлиги, барча симптоматикани секин ривожланиши, қоринни юмшоқлиги, оғриқсизлиги ва кучсизлиги характерли.

Паралитик ичак тутилишда *даво* консерватив йўл билан. Фақатгина тўғри кўрсатмалар бўлганида жарроҳлик амалиёти қўлланилади: деструктив аппендицит, холецистит, перитонит.

Паралитик тутилишни консерватив даволаш бир қатор чоратадбирлардан иборат, булар:

1. Сусайтирувчи рефлексор импульсларни ечиш учун ва фаол ичак перисталтикасини тиклаш учун вегетатив нерв системасига таъсир кўрсатиш керак ва қуйидагилар қўлланилади: а) ганглиоблокатор воситалари - диколин ва димеколин (1 мл 1% эритма тери остига ёки мушак орасига); б) ичак перисталтикасини бевосита қўзғатувчи воситалар: прозерин, простигмин, питуитрин ва бошқалар. Бундан ташқари натрий хлорни 10% гипертоник эритмасини 10-20 мл миқдорда вена ичига юборилади.

2. Қорин ва ичаклар шишини пасайтириш учун назогастрал зонд қўйиш ёки узун най билан ичакни интубация қилиш каби воситалар катта аҳамиятга эга.

ОИТ таркибини аспирациясида оксил, минерал ва углеводлар алмаши-нувидаги йўқотишларни тўлдириш чораларини кўриш керак. Бу мақсадда беморга вена ичига томчи йўли билан қон ўрнини босувчилар юборилади; ичакни мотор функциясини тикланишига алоқадор натрий ва калий ионлари-ни тўлиб боришига ҳам эътибор қилинади.

3. Ичак паралитик ҳолатини даволашда бошқа воситалар ҳам аҳамиятга эга: ичак перисталтикасини яхши қўзғатувчи ҳисобланадиган енгил ҳазм бўладиган овқатларни эрта қабул қилиш, даволовчи гимнастика ва ётоғдан эрта туриш.

Натижа ўз вақтида аниқланганда ва даволанганда қониқарли.

Спастик ичак тутилиш

Спастик ичак тутилиши нисбатан кўп учрайди.

Этиологияси ва патогенези. Спастик ичак тутилишини пайдо бўлиши-га олиб келувчи этиологик омиллар ўзининг характериغا кўра турлича. Улар-га қуйидагиларни киритиш мумкин: 1) ичак ичини қаттиқ, қийин ҳазм бўлувчи овқатлар, ёд жисмлар, гижжалар билан тасирланиши, шу билан бир-га битишмалар, ўсмалар, қисилишлар каби ичакдан ташқари тасирланти-рувчилар; 2) қорин ичи ва қорин ташқи турли хил касалликлари (ўт-тош сан-чиғи, қорин бўшлиғи жарохати, сийдик йўллари касаллиги); 3) турли хил ин-токсикациялар: аскаридоздаги токсинлар, никотин, қўрғошин билан; 4) мар-казий нерв системасини турли хил касалликлари: неврозлар, истерия, невра-стения. Бир қатор ҳолатларда этиологик омилларни аниқлашни имкони бўл-майди.

Ичак ясси мушакларини спастик қисқариши одатда ўткир, интенсив оғриқ сингари, кўпинча чидаб бўлмайдиган, кесувчи характерда сезилади. Ичак спазмини давомийлиги ҳар хил бўлиши мумкин – бир неча дақиқадан

то кўп соатгача ва хатто кунлаб ва ҳафталаб давом этиши мумкин. Функционал имкониятлар зўриққанда спазм қарама қарши томон – ичак мушакларини парезига ўтиши мумкин.

Ичакни спастик холатини учраши кўпинча болалик ёшида, камроқ эса кексаларда кузатилади.

Клиник манзараси. Касаллик бошланиши тўсатдан, қориндаги кучли тўлғоқсимон локализацияси аниқ бўлмаган, бутун қоринга иррадиация берувчи оғриқлар билан бошланади. Беморлар безовталанган, мажбурий холатда бўлади.

Кўп маротаба қайт қилиш кузатилади. Ич ва газларни келмаслиги асосан доимий характерга эга бўлади, лекин қоринда спазм тўхтаган вақтда ич келиши кузатилиши мумкин. Олигурия бўлиши мумкин.

Беморнинг умумий ҳолати азобли оғриқларга қарамай ўзгармаган бўлиши мумкин, шок ва коллапс ривожланиши кузатилмайди.

Қорин кўпинча ясси, тортилган бўлади.

Қорин девори одатда оғриқсиз, лекин баъзида қорин прессини кучайиши кузатилади, асосан жадал кечадиган спазмлар, ташхисда хатоликларга йўл қўйишга сабаб бўлади.

Пульс, тана ҳарорати меёрида бўлади, лекин артериал босим баъзида ортиши мумкин, механик ичак тутилиш каби ўзгаришлар бу турдаги ичак тутилишига хос эмас.

Спастик тутилишда *рентгенологик текширув* турли кўринишдаги ичак спастик атоник холатини характерловчи функционал ўзгаришларни кўрсатувчи тасвирларни беради. Баъзида ичакни спастик тутилишида ингичка ичак чарвисини бўйлаб чапдан, тепадан, пастдан ва ўнгдан занжирдек кетувчи майда «косачаларни» кўриш мумкин.

Контраст текширувда йўғон ичакда контраст қоришмаларини чўкишини кескин тўхташи кузатилади ва у ерда кўп кун қолиши мумкин.

Спастик тутилишни кечиши турли хил бўлиши мумкин. Баъзи ҳолатларда ичак спазми тезда тўхтайдиган, бошқа ҳолатларда уни чақирган сабаб-

ларга боғлиқ равишда узоқ вақт давом этиши мумкин. Аянчли якун билан тугаши ҳам мумкин. Иссиқлик, оғриқ қолдирувчи ва спазмолитик воситаларни (новокаин блокадаси, атропин ва бошқалар) қўллашда спазм кучсизланади ёки умуман тўхтайди. Наркозда, ҳамда орқа мия анестезиясида спазм тўхтайди.

Ичак спастик тутилишининг кечишини 4 даражаси фарқланади:

- 1) перисталтикани қўзғалиши (қисман ичак тутилиши, ичак санчиғи),
- 2) спастик холат (тўлиқ ичак тутилиши),
- 3) паралитик даражаси
- 4) перитонит.

Диагностикаси. Спастик ичак тутилишини механик турида ҳам ичак мушакларини спазми борлигига қарамай фарқлаш қийин. Этиологик омилни, аскаридоз, истерия ва бошқаларни борлиги спастик ичак тутилишни тўғри тан олишда ёрдам беради. ЎИТ ни типик белгиларига қарамасдан, касалнинг умумий кўриниши ва холати кам ўзгаради ва шок, коллапс ва интоксикация симптомлари бўлмайди.

Хуружни бартараф қилувчи спазмолитик воситаларни (новокаин блокадаси, атропинизация) қўллаш яхши натижа беради, кейин қўйилган хукна эса ич ва газларни чиқишини таъминлаб, ичак тутилишини бартараф қилади.

Даволаш фақат консерватив йўл билан. Ташрихни хато сифатида баҳолаш керак. Ичак спазмини консерватив даволаш спазмга қарши воситаларни (икки томонлама паранефрал блокада, атропинизация, папаверин ва бошқалар, ичак соҳасига иссиқлик қўйиш, ванналар, сифонли ва гипертоник хукналар) қўллашдан иборат.

Натижаси ўз вақтида ташхис қўйганда ва даволанганда яхши натижага эришиш мумкин.

ЎИТни даволаш қийин муаммони келтириб чиқаради. Жарроҳ олдида ташрих тадбиридан такшқари патогенетик даволаш принциплари билан боғлиқ барча комплексли чора-тадбирларни қўллаш масаласи туради. Бу борада адабиётларда кўплаб таклифлар ва ёзувлар бор. Кўп муаллифлар невро-

ген, плазмоген ва токсик ўзаро рад этувчи омиллар билан курашишга йўналтирилган, ўИТни патогенетик даволашни схемасини ишлаб чиққанлар. Ўткир ичак тутилишини даволаш консерватив ва оператив бўлиши мумкин.

5-БОБ ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ДАВОЛАШ

5.1. ДАВОЛАШНИНГ КОНСЕРВАТИВ УСУЛЛАРИ.

Бу усулларга новокаинли паранефрал блокада, ганглиоблокаторларни юбориш (диголин, димеколин), сифонли клизма ва бошқалар киради. Авваламбор бу чора-тадбирлар ёрдамида тутилишнинг динамик шакли билан деярли барча беморларни патологик ҳолатдан чиқариб олишга эришилади. Бундан ташқари консерватив чора-тадбирлар тутилишнинг баъзи механик кўринишларини, уларнинг «динамик фаза»да ривожланишини, бошланғич даврида ривожланган ўзгаришларни қайтиш имкони бўлганда, йўқ қилади. Охиригиларининг сонига эса асосан тутилишнинг битишмали шакллари, ичакни баъзи бир букилишлари, ички қисилишлар ва бошқалар киради.

ЎИТ билан оғриган касалларда, жараённи даволашнинг консерватив йўл билан йўқ қилишга эришилади. Адабиётлардаги маълумотларда тафовути етарлича аҳамиятли: 31,4 дан 66,97% гача ва шифокорнинг индивидуал ёндошишига боғлиқ. Лекин умуман консерватив даволанган беморлар, ЎИТ билан келган беморларни 1/3 ва 2/3 қисмини ташкил этади.

ЎИТ билан оғриган беморларда консерватив даволашни қачон ўтказишга кўрсатма деб ҳисоблаш керак? Бу саволга қуйидагича жавоб бериш мумкин:

1. Динамик ичак тутилишни барча кўринишларида;
2. Буйрак ёки жигар санчиқлари каби органларни касалликлари билан чақирилган ичакни рефлектор тутилишида;

3. Ичакни яхши прачаланмаган ва дағал овқатлар билан обтурациясида;

4. Гижжалар инвазияси негизида ичак обтурациясида;

5. Механик тутилишнинг баъзи бир кўринишларида: а) странгуляция белгиларисиз оддий битишмали тутилишда; б) ичак инвагинациясининг эрта шаклларида; в) касаллик бошланишида сигмасимон ичакнинг буралиб қолишида; г) дегидратация ва интоксикациянинг ҳеч қандай белгилари йўқлигида, касалликни фақат бошланиш даврида ҳар доим ҳам аниқ ташхис қуйилмайдиган механик тутилишни баъзи бир кўринишларида: беморни умумий яхши ҳолатда, пульс минутига 70-80 та бўлганида, артериал босим 110-120 мм сим.уст. ва юқори, тили нам ва бошқалар.

Ташрихсиз ичак тутилишини бартараф этиш уринишларига қаратилган консерватив чора-тадбирларни ўтказишга қарши кўрсатмаларни қуйдагилар деб ҳисоблаш керак:

- Ичак механик тутилишини барча кўринишлари, тахикардия, цианоз, артериал босимни 110 мм сим.уст. дан паст бўлиши, организм интоксикациясини кичик белгилари, тилни қуруқ бўлиши, организмни сувсизланиш белгилари;

- Ахлатли қайт қилиш ҳолатларини борлиги;
- Перитонит белгилари билан барча ҳолатларда.

Консерватив усулларини 1-2 соатдан ортиқ қўллаш керак эмас. Консерватив даво фойда бермаса, ташрих йўли билан даволашга ўтиш керак, ўтказилган чора - тадбирларни эса ташрихдан олдинги тайёргарлик деб баҳолаш лозим.

Бу ерда биз шуни такидлашимиз керакки, бу вазият кўп маротаба эътибордан чиқиб қолади ва шифокор ичак тутилишини ташрихсиз ўтказишга ҳаракат қилиши ёки ташхисни тўғри қўйиш хохишига кўра кўпинча бемор узок вақт стационарда ушланиб қолади. Бир қатор ҳолатларда шифокорлар ташрих бемор ҳолатини яхшилашини ҳисобга олишмайди. Беморларга вақтида ташрих ўтказмаслик ва стационарда узок ушлаб туриши билан

уларнинг ҳолати ёмонлашиб бориши ҳақида кўпгина муаллифлар айтиб ўтишган.

Ташриҳсиз, ўткир ичак тутилиши бартараф қилинган барча беморлар, ичак тутилишига сабаб бўлган жойни аниқлаш учун кейинги рентгенологик текширувга муҳтож бўлади. Шу турдаги ичак тутилишида кўпинча касалликни қайталанишга хос битишмали жараён ёки даврий ичак тутилишини чақирувчи ёмон сифатли ўсмалар аниқланади. Ҳар қандай ҳолатда бемор аниқ ташхис қўйилмагунча ва шу масала ечилмагунча стационарни тарк этмаслиги керак.

ЎИТни йўқотишга қаратилган консерватив даволаш қуйидаги чоратадбирлардан иборат: 1) вегетатив нерв системасига таъсир кўрсатиш (паранефрал новокаинли блокада, ганглиоблокаторлар ва бошқалар); 2) ошқозон - ичак трактини таркибини декомпрессия қилиш.

Мазкур чора-тадбирларни кўриб чиқамиз.

А.В.Вишневский бўйича паранефрал новокаинли блокада ҳам даволашда, ҳам дифференциал таққослашда аҳамиятга эга. Унинг даволаш аҳамияти орган тонусига таъсир кўрсатишдан иборат; у ичак мушакларининг спастик ҳолатини ечади ва бундан ташқари, тўқималар трофикасига яхши таъсир кўрсатади. Унинг диагностик аҳамияти унинг механик ичак тутилишидан динамик (спастик) ичак тутилишини фарқлаш имконини беради.

Паранефрал блокада ҳар иккала томондан 80-100 мл миқдорда кучсиз новокаин эритмасини (0,25%) икки томонлама юборилганда фойдали бўлади. Бу блокадани ўтказиш техникасини биз ёзмаймиз, сабаби у кўп қўлланмаларда кенг ёритилган.

Блокадани қўйишдан сўнг беморни ётоғига ётқизилади, усти ўралади ва кузатилади. Шу вақтда унга қон ўрнини босувчи суюқликларни қуйиш мумкин, агарда бунга эҳтиёж бўлса. 40-60 дақиқадан сўнг беморга сифон клизма қўйилганда яхши натижани билдирувчи, ич ва газларни юриши кузатилади.

Ичакларни динамик тутилиши, уни парезида ганглиоблокаторлар - диколин ёки димеколин фойдали бўлади ва ганглияларда эфферент импульсациялари бирданига йўқолганида, ичак моторик вазифасини яхшилайдди.

Ганглиоблокаторлар – диколин ёки димеколин (1 мл 1% эритма дозасида тери остига ёки мушак орасига) қўлланилганида - сифон клизма 8-10 минутдан кейин қўйилади.

Ичак спастик холатини йўқ қилишида 1 мл миқдорда тери остига 0,1% атропин сульфат эритмаси каби бошқа дори воситалар қўлланилади.

Ичак перисталтикасини қўзғатувчи (физостигмин, питуитрин ва бошқ.) воситаларни, бартараф қилинмаган ичак тутилишида сурги воситаларини қўллаш қарши кўрсатма ҳисобланади. Асос сифатида қуйидаги хулосалар ҳисобланади: 1) кучли ичак перисталтикасини қўзғатиш йўқ қилинмаган тўсиқда ичакни тез зўриқишига олиб келади; 2) агар ичак парези эмас, спазми бўлса, унда у яна кучаяди; 3) сурги воситаларини бетартиб бериш унинг таъсирини кутишни талаб қилади (4-6 соат) ва шу билан вақтни бекор ўтишини тامينлайди; 4) ЎИТ каби «ўткир қорин» нинг барча шаклларида сурги воситаларини бериш қарши кўрсатма ҳисобланади.

ОИТ ни ичак таркибидан бўшатилиши. Тозаловчи клизма қўлланган холда ОИТ ни ичак таркибидан бўшатилиши кўпроқ унинг дистал қисмидан бошланилади, кейин эса узун ичак найчани киргизиш ёки ошқозонни ювиш ёрдамида проксимал қисми бўшатилади.

Ичакни дистал қисмини унинг ўткир тутилишида бўшатилиши сифон клизма ёрдамида амалга оширилади, бунда ушбу усулни қўллашга қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак. Ичак деворида дистрофик ўзгаришлар бўлганида, ОИТ касаллигининг барча кўринишларида клизма умуман қарши кўрсатилган. Бу даврда ҳар қандай клизма хавфли, чунки йўғон ичак кириш қисмига сув қуйилганда қорин ичи босими ортади ва деструктив ўзгарган ичак қовузлогини ёрилишига сабаб бўлади.

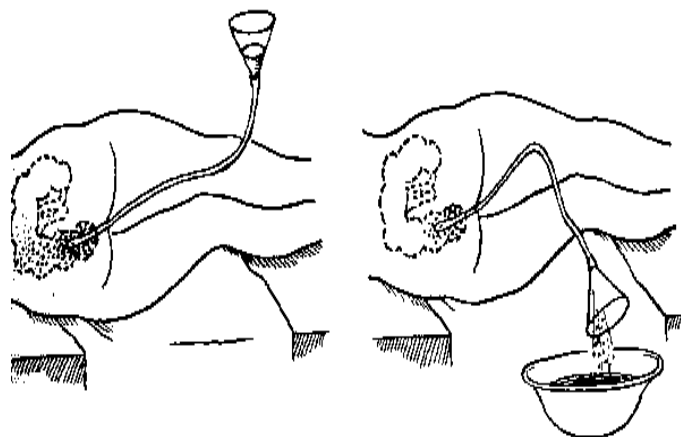
Сифон клизмани ўтказиш техникаси. Ўткир ичак тутилиши билан оғриган беморда сифон клизмани қўллаганда баъзи бир қоидаларга амал

килиш керак, яна бу қоидаларсиз клизма яхши ёрдам кўрсатмаслиги ёки зарар етказиши мумкин.

Сифон клизма даволовчи шифокор борлигида қўйилади ва нафақат муолажани тўғри ўтказилишини, балки унинг натижаларини яхши ёки ёмонлигини тасдиқлаб беради.

Сифон клизмада қўлланиладиган сув хона ҳароратида бўлиши керак, лекин совуқ эмас, чунки бемор совкотиб қолиши мумкин. Сифон клизмаси учун қўлланиладиган сув миқдори етарли даражада кўп бўлиши керак.

Сифонли клизма учун йўғон ошқозон зондидан фойдаланиш қулай, унга ойнакли най орқали охирида 1-1,5 л сув сиғдирадиган катта воронкаси бор шланг уланган (Расм 5.1).



Расм 5.1. Сифон клизмани ўтказиш услуби.

Резинали найни олдиндан ҳавони чиқариб юбориш учун сув билан тўлдирилади ва вазелин билан яхшилаб мойлаб, анал тешикка киритилади. Домий сувни қўйиб юборилганда зондни аста-секин ичакка иложи бориचा сурилади. Оғриқли хиссларни чақирмаслик учун сувни кучсиз оқим билан қўйиш керак (воронкани 1 м дан баландга кўтармаслик керак). Сув қуйилиши узилишсиз бўлиши керак, у воронкани сифон қоидасига кўра бемордан паст даражада туширилганида эса оқиб тушиши керак. Воронка паст жойлашганда сувнинг янги порцияси билан воронкани тўлдириш керак, ундан кейин эса уни кўтариш керак. Шунингдек сув тез қуйилаётганида у билан ҳавони кирмаслигини таъминлаш керак. Агар бу нарса содир бўлган бўлса, унда воронкани озгина пастга тушириш керак.

Баъзида беморни ёнбошдан ён томонга айлантириш, шунингдек унитизза-тирсак холатига ўтказиш фойдали ва унга 1 л сув қуйиб, тезда уни чап ёндан орқага айлантириш ва сувни қўйиб юбориш керак. Бу усул буралиб қолган сигмосимон ичакни тўғрилашга ёрдам бериши мумкин.

Сифон клизмада, ҳамда рентгеноконтрастда янги йўғон ичак инвагинацияси тўғриланади; сув босими инвагинат бошини эзади ва ортга қайтишига имкон бериб, дезинвагинацияга олиб келади.

Сифон клизмани натижасини яхши деб, фақат ювилган сувни туси ўзгариб қора ёки жигаррангга кирганда ва кўп микдода газлар чиқиши бошланганда ҳисоблаш мумкин; бунда мустақил ич келиши ҳам пайдо бўлиши мумкин. Лекин агарда ювинди сувлар тиниқ бўлиб ёки сарғайиб қолса ва уларда йўғон ичак деворидан ювилган ахлатни майда қисмлари сузиб юрса, унда бу натижа қониқарсиз деб баҳоланиши керак, беморни эса тезкор ташрихга тайёрлаш керак.

ОИТ проксимал қисмини бўшатиш йўғон зонд ёки назогастрал най ёрдамида амалга оширилади. Баъзида узун най билан ичак интубацияси қўлланилади. Бу усуллардан ҳар бири аниқ кўрсатмаларга эга.

Ошқозонни йўғон ошқозон зонди билан ювиш орқали бўшатилиши ўткир ичак тутилишида ҳам диагностик, ҳам даволаш мақсадида қўлланилади. Диагностик мақсадлар учун бу муолажа қуйидаги холатларда ишлатилади: 1) ошқозон ўткир кенгайишини, спазм ҳисобига ошқозон ўтказувчанлиги бузилишини, ҳамда артерио-мезентериал тутилишини аниқлаш учун; 2) ошқозон танасини буралиб қолишида кардияни ўтишини ёки диафрагмал чуррада уни қисилишини текшириш учун.

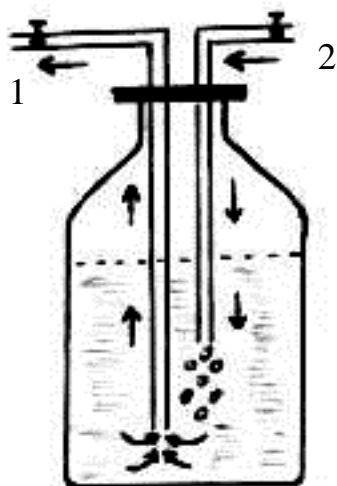
Ошқозонни ювишнинг даволовчи аҳамияти, ЎИТнинг барча кўринишларида ўз ўрнига эга, бунда ошқозон чўзилган ва тўлган бўлади. Бундан ташқари, у олдинда турган наркозга тайёргарлик ҳисобланади.

Назогастрал интубация қачонки найни ҳазм қилиш трактининг юқори қисмидаги ошқозон ва ичак таркибини доимий тортиб олиш учун узоқ муддатга қолдириш керак бўлган холатда ишлатилади. Йўғон зонд олдинги

тадбир сифатида ошқозон кўп миқдорда озука қолдиқларини ташкил этганда қўлланилади.

Ингичка ичакни бурун орқали ошқозонга киритиш муолажаси. Бемор ярим ўтирган ҳолатида зондни киритиш қулайроқ. Бурун ва бурун - томоқ шиллиқ қаватини анестетик (1% дикаин эритмаси, 2% новокаин эритмаси ва бошқ.) билан суртилади. Шарера шкаласи бўйича 14-16 ўлчамли, 4-5 та ён тешиклари бор ва қаттиқ эластик консистенцияли (юмшоқ зонд ярамайди) бўлиши билан фарқланувчи дуоденал зондни глицерин ёки стерил ёғ билан ёғлаб бурун орқали киритилади. Зондни қизилўнгач бўйлаб ҳаракатини енгиллаштиришда беморга сув ичиш тавсия этилади.

Пассив сўриб олиш учун зондни охирига аппаратни сўриб олувчи тешигига уланса, мақсадга мувофиқ бўлади (Расм 5.2).



Расм 5.2. Ошқозонни аспирация қилиш аппарати. 1- пассив сўргич (отсос) улаш жойи; 2- ошқозон зондини улаш жойи.

Ошқозон ташкил қилган озуқаларни алоҳида идишга йиғиб олиб, уни кўриниши кузатилади ва миқдори ўлчанади, чунки параллел суюқликлар ва электролитларни парентерал киритилгандаги йўқотишни қоплаб бориш керак.

ЎИТ даволаш учун, ичакни узун най билан интубация қилишни 1931-йилда Wangensteen таклиф қилган ва ишлаб чиққан, шундан буён бу усулдан фойдаланиб келинмоқда.

ЎИТ да Smith (1962) узун най билан интубация қилишни кенг қўллаб келмоқда ва қуйидаги фикрни айтиб утган: бу усул ичак моторикасини тиклашга ва уни эрта бўшашига ёрдам беради.

Ичак интубацияси учун узун найларнинг кўпгина турли хил мосламалар билан жихозланган (ҳаво ва кўрғошин билан тўлдирилган пуфакчалари мавжуд бўлган) ва уни ичакдан қулай ўтишига мўлжалланган бир бўшлиқли ва икки бўшлиқли каби моделлари таклиф қилинган.

Барча бу ичак найлари 3,2-3,5 м гача узунликка эга. Жуда ҳам қисқа найлар (1,5-2 м) ингичка ичак бошланғич қисмини дренажлаш учун ишлатилади. *Wangensteen* бўйича узун ичак найини киритиш муолажалари 3 ва ундан кўп маротаба давом этади ва беморлар бу ҳолатни енгил ўтказмайдилар. Найни ўтишини тезлатиш учун С.Симонян (1966) вена ичига привратникни тез ёпилишини тўхтададиган атропин ва кальций хлорни қўллашни таклиф қилади.

Узун ичак найини киритишни техникаси. Зонд бурун орқали киритилади. Бунинг учун беморни боши орқага ташланган, ярим ўтирган ҳолатга ўтказилади. Бурун ва бурун - томоқ шиллиқ пардасини дикаиннинг 1% эритмаси билан оғриқсизлантирилади. Зонд ва унга бириктирилган қопча учини ёғ ёки глицерин билан ёғланади ва пинцет ёрдамида бурун орқали киритилади. Зонд бурундан ўтиб, қизилўнгачга тушганда, ошқозонга найни ўтишини енгиллаштириш учун беморга оз миқдорда сув берилади. Кейин ошқозонда димланган ошқозоничи таркиби чиқариб олинади ва бир вақтда ошқозон тонусини ошириш ва уни перисталтикасини қўзғатиш учун ичишга сув берилади. Ошқозон сувга тўлганда, зондни тугаш қисми оғирлик ҳисобига пилоросга тушади. Привратникни беркилган жойидан зондни ўтишини таъминлаш учун беморга 1 мл 0,1% *Atropini sulfurici* эритмаси ва 10 мл 10% *Calcii chlorati* эритмаси вена ичига юборилади. Бир неча дақиқадан сўнг привратник атонияси келиб чиқади ва зондни ўникки бармоқ ичакка, кейин очичакка эркин ўтишини имконини яратади. Димланган ошқозон ичак таркибини чиқариб ташлаб ва ичак шишини баратараф этилганидан кейин, содир бўлган ичак перисталтикаси натижасида най ичак бўйлаб ҳаракатланади. Унинг ҳаракатланишига кўрғошин билан тўлган қопча оғирлиги ҳам имкон яратади. Беморни ютиниш ҳаракатлари баъзида зондни эркин ва етарлича тезликда

олдинга қараб ҳаракатланишига кўмаклашади. Бурундан ташқарида турган зонд қисми чўзилмаслиги ва ёғ билан мойланмаслиги керак. Ҳар икки соатда кўл билан 5 см ичкарига сурилади.

Зондни бош қисми жойлашганлиги ҳақида, унинг оғиз қисмидан чиқаётган ажралмалардан билиб олиш мумкин: қориндан шаффоф суюқлик, ўн икки бармоқли ичакдан – ўт билан бўялган суюқлик, ингичка ичакдан – жи-гарранг ичак ташкил қилувчилар ажралади. Зонд жойлашишига аниқлик кiritиш учун кўплаб жарроҳлар рентгенологик текширув ўтказишни тавсия қилинади.

Ошқозон - ичак таркибини зонд орқали чиқариб олиш суюқликларни пассив чиқариб олиш учун мўлжалланган аппарат ёрдамида амалга оширилади (Расм 5.2). Жуда кучли сўриб олувчи аппаратларни қўлламаслик керак, чунки бу ичак деворини найга сўрилишига олиб келиши мумкин. Ичакдан сўриб олинувчи суюқликни миқдори одатда кунига 500-1500 мл дан ортмайди.

Найни бир соат давомида 60-70 см дан эҳтиёткорлик билан ва аста-секин чиқариб олиш керак, чунки тез чиқариб олишда ичакни ретроград инвагинацияси юзага келиши мумкин.

Ингичка ичак интубациясини узок вақт қўлланилишига кўрсатмалар сифатида парализтик ва эрта ташрихдан сўнгги ичак тутилиши ҳисобланади. Лекин баъзи муаллифлар кўрсатмаларни кенгайтириб берган: а) парализтик ичак тутилиш, б) қисман ичак тутилиш, в) қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнини борлиги, г) декомпрессия ёрдамида қисқа вақт ичида ўтиб кетувчи битишмали ичак тутилиш.

Узок вақт ичак интубациясини қўллашга қарши кўрсатмалар бўлиб, ингичка ичак странгуляцион тутилишини барча турлари, ҳамда йўғон ичакни обтурацион ва странгуляцион ичак тутилишини барча турлари ҳисобланади. Ичак перисталтикаси йўқ пайтида, беморларда ичак тутилишининг узок муддатга интубация қилмаслик мақсадга мувофиқ бўлади.

Ичакни узок муддатли интубациясида ўзига хос асоратлар кузатилиши мумкин ва улар ҳақида адабиётларда кўплаб кўрсатмалар бор. Хавфли, ҳаётга хавф солувчи асоратларга қуйидагилар киради:

1. Ичак ёки ошқозон перфорацияси, асосан қаттиқ найлар ўтказилганда кузатилади. Ичак перфорацияси юмшоқ най қўллаганда ҳам кузатилиши мумкин, агар зонд учи обтурация жойига яқинроқ жойлашган ҳолда узок туриб қолса ва бу ерда дистрофик ўзгарган ичак осонгина яраланади ва перфорацияга учрайди.

2. Ошқозон ва ичак бўшлиғида узун ичак найини тугун ҳосил қилиб қолиши мумкин. Бу асорат кўпинча найни олдинга сурганда учрайди.

3. Кенгайган кўрғошинли қопча билан ичакни тикилиб қолиши.

4. Агар най кўричакка кирган бўлса ва илеоцекал клапандан ўтиб қолган бўлса, шу соҳадаги клапанда ушланиб қолиб, орқага найни чиқаришни иложи бўлмаслиги.

5. Найни чиқаришда ичак деворини ёрилиши.

6. Найни чиқариб олишда ичакни ретроград инвагинацияси.

7. Найни охирида жойлашган қопчадан ичакка симобни тушиб қолиши. Шунингдек адабиётларда меркуриал аппендицит келиб чиқиши натижасида ўсимтасини перфорацияси, ҳамда меркуриал фистулаларни ҳосил бўлиши ёзиб ўтилган.

8. Найни бурунга, томоққа ва қизилўнгачка босилиши натижасида беморларда оғриқлар ва шикастланишлар каби маҳаллий асоратлар келиб чиқиши мумкин. Баъзида отит, синусит, бурун пардасини абсцесси ва шунга ўхшаш касалликлар ривожланади.

Ичак давомий интубацияси усули, биз кўриб тургандек ҳар томонлама мураккаб ҳисобланади ва даволовчи шифокордан катта тажрибани ва меҳнатни талаб қилади.

Шунинг учун биз бу усулни фақат тўғри кўрсатмаларда замонавий аппаратлар билан жихозланган ва юқори малакали тиббиёт кадрларига эга шо-

шилиш жарроҳлик стационарларида барча кўрсатмаларни ҳисобга олиб қўллашни таклиф қиламиз.

5.2. ЙЎҒОН ИЧАКДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ТАШРИХЛАРНИ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Йўғон ичак касалликларини даволаш - оғир муаммо. Хирург олдида нафақат касалликнинг хирургик давоси, балки тўлиқ комплекс патогенетик давоси ҳам асосий вазифа бўлиб туради. Бу масалада жаҳон адабиётларида кўплаб таклиф ва фикрлар билдирилган.

Йўғон ичакка хирургик йўллар. Кўндаланг чамбар ичак операцияларида патологик ўчоқни жойлашишига қараб, қуйидаги қорин девори кесмаларидан фойдаланилади: ўрта-ўрта, пастки-ўрта, ханжарсимон ўсимтадан қов соҳасигача бўлган кесма, ўнг ва чап томонлама трансректал ёки параректал.

Патологик аъзога кириш учун қуйидаги асосий принципларга эга бўлиш керак:

- Кесма аъзо ва қорин бўшлиғи бошқа аъзоларини кўриш учун етарли даражада бўлиши керак.
- Кесма имкони борича қорин девори пресси вазифасини бузмаслиги керак.

Чамбар ичакда ўтказиладиган операциялар хусусиятлари:

- ичак деворини нозиклашиши, ичак таркибини инфекцияланиши;
- ичак девори, асосан қон томирлари кирган жойларини қорин парда билан қопланмаганлиги, қон билан таъминланиш хусусиятлари;
- ичак деворини қон билан таъминловчи ёғ ўсимталари ва уларга ўтувчи қон томирларни борлиги.

Операция вақтида қуйидагиларни эътиборга олиш керак:

Анастомоз чоки икки қаторли ипакдан, тугунли бўлиши мақсадга мувофиқ бўлади; ичкиси – бутун девор орқали, ташқи кавати - сероз-мушакли.

Анастомоз тури: охирни-охирга, охирни-ёнбошга ва ёнбош-ёнбош. Булардан ташқари яна аппарат ёрдамида ва инвагинация усулида анастомоз қўйиш усуллари мавжуд.

Патологик ўчоқни жойлашган жойи, касаллик характери, асорат тури, операцияни режали ёки тезкор ўтказилиши ва беморни умумий аҳволини ҳисобга олган ҳолда бир босқичли, икки босқичли ва уч босқичли операция турлари мавжуд.

Ичак чоклари: Ичак чоки герметикликни, барча ичак девори қаватларини бир-бирига тўғри келишини ва анастомозни мустаҳкам ўсишини таъминлаши керак.

Одатда икки қаторли сероз-мускулли (Черни чоки), кам ҳолатларда уч қаторли чокдан фойдаланилади. Ички қаторни бутун ичак девори орқали (Алберт чоки), ташқи қаватини – сероз-сероз чоклардан (ёки сероз-мускул Ламбер чоки) қўйилади. Бундан ташқари адабиётларда бир қаторли, тугунли сероз-сероз (Пирагов-Матешук чоки) чокларидан фойдаланишни тавсия қилаётган маълумотлар кўпайиб бормоқда.

ЧАМБАР ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИНИНГ УМУМИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

Қорин парда билан тўлиқ қопланмаган йўғон ичак мобилизациясида органни қон билан таъминланишини бузмаслик керак.

Ичак резекциясидан кейин қолган ичак қисмлари қон билан яхши таъминланган бўлиши керак. Ичакни қон билан таъминлайдиган томирларни ичак тутқичи томонидан ёғли ўсимталар орқали, ичак деворига киришини эсдан чиқармаслик керак. Билмасдан бу ўсимталарни резекция қилиш, ичакни қон билан таъминлашини бузади, бу эса ичан некрозига олиб келади.

Анастомоз қўйилишида ичак деворларини тортишиб қолишини олдини олиш керак. Анастомозни ичакнинг ҳаракатчан ҳамма томонидан, қорин парда билан қопланган қисмига қўйиш керак.

Юқоридагиларни ва ичакни қон билан таъминланиш хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, қуйидаги ичак резекциялари амалга оширилади:

Йўғон ичакни ўнг томонини резекцияси илеотрансверзоанастомоз қўйиш билан (ўнг томонлама гемиколоэктомия).

Илеоцекал соҳа резекцияси илео-асцендоанастомоз қўйиш билан.

Кўндаланг чамбар ичак резекцияси коло-колон анастомоз билан.

Йўғон ичакнинг чап қисмини ва пастга тушувчи қисмини резекцияси трансверзосигма анастомози билан.

Сигмасимон чамбар ичак резекцияси охирлари орасига охирини-охирига анастомози (долихосигмада) ёки десцендоректал анастомози (бутун сигмасимон чамбар ичакни олиб ташлашда) қўйиш билан.

Чамбар ичак чап қисмини трансверзоректал анастомоз қўйиш билан (чап томонлама гемиколоэктомия) резекция қилиш, тўғридан - тўғри анастомоз қўйиш, иложи бўлмаганда (чандиқланган калта ёки ёғли ичак тутқичини ичак охирига тикиш) йўғон ичак чап қисми катта дефектини ингичка ичак трансплантати (илеоколопластика).

Йўғон ичак чап қисмини ва бутун кўндаланг чамбар ичак резекцияси ўнг қисмини антиперисталтик фойдаланиш билан. Чап йўғон ичак ва бутун кўндаланг чамбар ичак резекцияси ва ўнг бўлагини антиперисталтик усулда фойдаланилиши; бунда ёнбош ичак терминал қисмини кўр ичакка яқин қисмидан кесилади ва илеоасцендоанастомоз ва цекоректал (ёки илеоцеко-ректал) анастомоз қўйилади.

Бутун чамбар ичакни олиб ташлаш - тотал колоэктомия илеоректал анастомоз қўйиш билан (бир моментли ёки икки моментли усул билан, ингичка ичак резервуарларини ҳисобга олган ҳолда) амалга оширилади.

Йўғон ичак хирургиясида қуйидаги оператив аралашувлар фарқланади:

Йўғон ичак резекцияси (resectio intestini crassum);

Йўғон ичак ўнг қисми резекцияси;

Илеоцекал бурчак резекцияси;

Кўндаланг чамбар ичак резекцияси;

Йўғон ичак чап қисми резекцияси;

Сигмасимон ичак резекцияси;

Йўғон ичак субтотал резекцияси;

Колоэктомия.

Йўғон ичакдаги паллиатив операциялар:

Ичаклараро айланиб ўтувчи анастомозлар хосил қилиш;

И.Э.Гаген-Торн бўйича мезосигмопликация.

Табиий бўлмаган орқа пешов (anus praeternaturalis):

Гартман операцияси;

Вақтинчалик табиий бўлмаган орқа пешов.

Майдл усули (Maydl).

Р.А.Гирдаладзе усули:

Доимий табиий бўлмаган орқа пешов.

Оддий усул.

Ламбрет (Lambret) усули.

Йўғон ичак потологик қисмини бартараф қилишдан сўнг, кейинги муҳим масала ичак найларини узлуксизлигини таъминлаш ҳисобланади. Бунинг учун ичаклараро анастомоз хосил қилишни турли хил вариантлари ва усуллари мавжуд. Улардан кўпроқ тарқалганларини қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

I. Хосил бўлиш усулига кўра:

1) кўл ёрдамида;

2) механик;

3) аралаш.

II. Физиологик йўналганлиги бўйича:

1) клапанли (инвагинацион):

а) тўлиқ инвагинацион усул билан:

Вақтинчалик инвагинацияловчи иплар қўллаш билан;

Ҳартумли этак хосил қилиш орқали.

б) ботириш усули:

Рамбдор, Мейлард, Оппел модификациялари;

Инвагинат некрозланган қисмини режали ботириш усули орқали;
вактинчалик инвагинацияловчи иплар қўллаш билан ботириш.

в) дубликат усули

бир моментли, икки моментли;

қўл чоклари, чоксиз (елимли).

2) одатий (традицион).

III. Ичакни кесиш йўналиши бўйича:

1) ичакни бўйлама кесиш билан .

2) ичакни кўндаланг кесиш билан.

IV. Шакллантириш тури бўйича:

1) учига - учи:

а) йўғон ичак қисмини тикиш билан;

б) йўғон ичак деворини тўғри горфировка қилиш;

в) ингичка ичакни қийшиқ кесиш билан;

г) терминал анастомоз қўйишни ёпиқ усуллари;

д) ингичка ичакни ботириш билан.

2) охирига - ёнбоши:

а) бўйлама охирига ёнбоши;

б) кўндаланг охирига ёнбоши;

в) бўйлама инвагинацион охирига ёнбоши;

г) кўндаланг инвагинацион охирига ёнбоши.

3) ёнбошига охири;

4) ёнбошига ён:

а) бўйлама ёнбош изоперисталтик;

б) бўйлама ёнбош антиперисталтик;

в) бўйлама кўндаланг;

г) кўндаланг ёнига.

V. Қўйиладиган чоклар сонига кўра:

1) бир қаторли;

2) 2 қаторли;

3) 3 қаторли.

VI. Чоклар характериға кўра:

- 1) тугунли;
- 2) узлуксиз;
- 3) чоксиз.

VII. Ичак девори қаватларини чокка олиш чуқурлиги бўйича:

- 1) сероз-сероз;
- 2) шиллик-шилликости;
- 3) сероз-мускул;
- 4) шиллик қаватини олмасдан;
- 5) ичак девори ҳамма қаватларини олиб.

VIII. Тугунчалар жойлашиши бўйича:

- 1) тугунлар ташқарида сероз қаватида;
- 2) тугунлари билан ичкарига (ичак бўшлиғида).

IX. Анастомоз хосил қилишда қўшимча техник воситалар қўллаш бўйича:

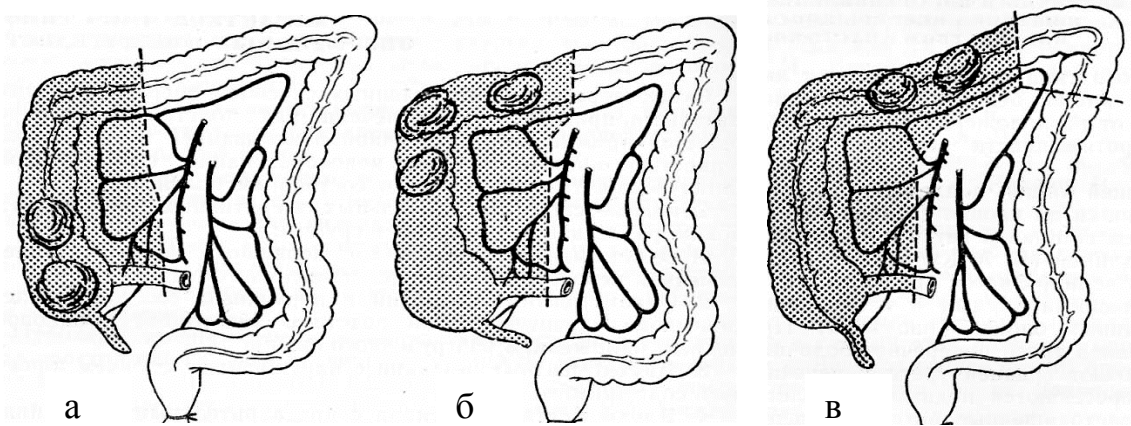
- 1) магнитли халқа;
- 2) лазер;
- 3) электрли ток;
- 4) шакл холидаги металл ва бошқалар.

5.3. ЙЎҒОН ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИ

Йўғон ичак ўнг қисмининг касалликлари асосан ёмон сифатли ўсмалари туфайли олиб ташланади (кўричак, кўтарилувчи чамбар ва кўндаланг чамбар ичак қисми) (5.3 расм).

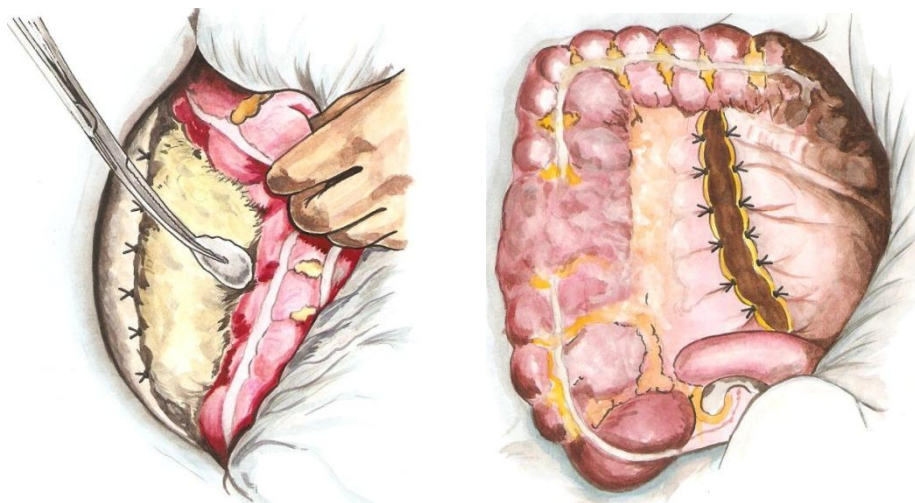
Ташрих техникаси. Йўғон ичак ўнг қисмини параректал, қийшиқ кўндаланг, ўрта ва трансректал кесмалар билан очилади. Резекция қилинаётган йўғон ичак қисмини мобилизация қилиш мақсадида кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичакни медиал томонга тортилади, қорин девори кесмаси ташқи қирғоғи ташқарига тортилади. Бунда париетал қорин парда тортилади ва ичакка ўтиш қисмидан 1,5-2см қолдириб скалпел билан кесилади. Қорин

парда кесилаётган пайтида унинг ташқи қирғоғи қон тўхтатувчи қисқичларга олинади. Париетал қорин пардани кесишни, кўтарилувчи чамбар ичак ўртасидан бошланади ва аввал пастга кўричак остига ёнбош ичак тутқичигача, сўнг тепага, ўнг чамбар ичак эгрилиги атрофида амалга оширилади.



Расм 5.3. Ёўғон ичак ўнг қисми ракида резекция қилиш чегаралари: а – кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичак ракида; б – жигар эгрилиги ва кўндаланг чамбар ичакнинг ўнг учдан бир қисмидаги ракида; в – кўндаланг чамбар ичак ракида резекция.

Қорин парда кесилаётган пайтида унинг ташқи қирғоғи қон тўхтатувчи қисқичларга олинади. Сўнг ичакни париетал қорин парда ва қоринпарда орти клетчаткаси билан бирга, токи у жароҳат юзасига чиқарилмагунча биринчи тўмтоқ ажратилади (Расм 5.4). Агарда кўндаланг чамбар ичакнинг кўп қисмини олиб ташлаш керак бўлса, бундай ҳолатда уни ошқозон кўндаланг ичак бойламидан ажратилади ва катта чарвини бир қисми олиб ташланади.

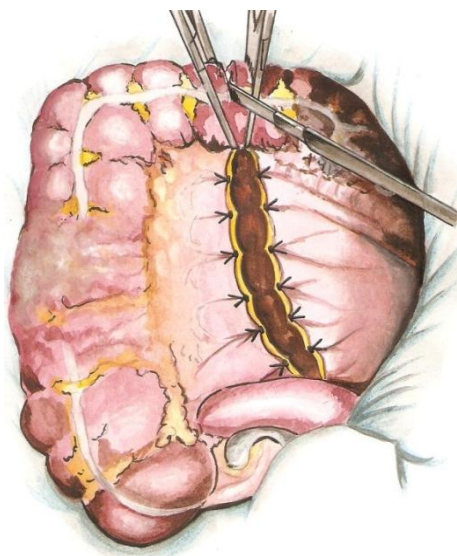


Расм 5.4. Йўғон ичак ўнг қисми резекцияси. Кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичак мобилизацияси. Кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичак ажрати-лиши ва мобилизацияси.

Йўғон ичакни ёнбош ичакка иммобилизациясидан сўнг, илеоцекал бурчакдан 6-10 см қолдириб, босиб турувчи ичак жоми қўйилади. Худди шундай жом билан ўсимтадан 10-12 см узқликда кўндаланг чамбар ичак кесилади. Сўнг резекция қилинаётган ичакни олдинга ва ташқарига тортиб, қўйилган жомлар чизиғи бўйлаб кон томирлар боғлаш йўли билан ичак туткичи томонидан ичак мобилизацияси бошланади.

Шундан сўнг анастомоз қўйишга киришилади. Агар ёнбош ва кўнда-ланг чамбар ичаклар орасига ёнбошига ёнбош типидан анастомоз қўйилса, ол-дин ёнбош ичак резекциясини бажариш керак. Бунинг учун олдин қўйилган жом ёнига иккинчи ичак жоми қўйилади ва улар орасидан ичак кесилади. Ёнбош ичак проксимал охири герметик тикилади ёки илеотрансверзоанасто-моз қўйиш усулига кўра очик қолдирилади. Агар анастомоз охирига охири типидан қўйилса, ёнбош ичак охири махкам (зичлаб) тикилади.

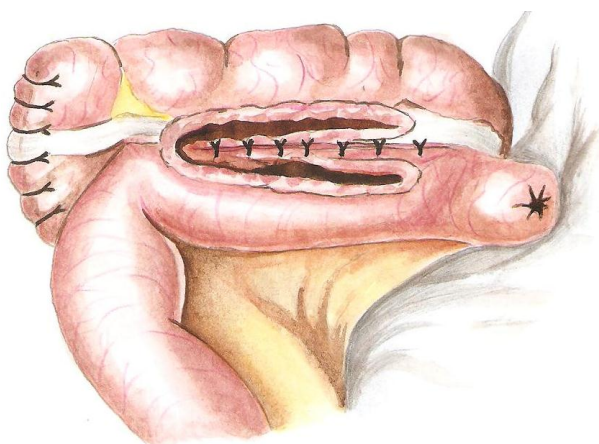
Сўнг иккита жом орасидаги кўндаланг чамбар ичак кесилади ва препа-рат олиб ташланади (Расм 5.5). Кўндаланг чамбар ичак икки қаторли чоклар билан герметик тикилади.



Расм 5.5. Йўғон ичак ўнг қисми резекцияси. Кўндаланг чамбар ичак резекцияси ва сероз-мускул тугунли чоклар билан чўлокни беркитиш.

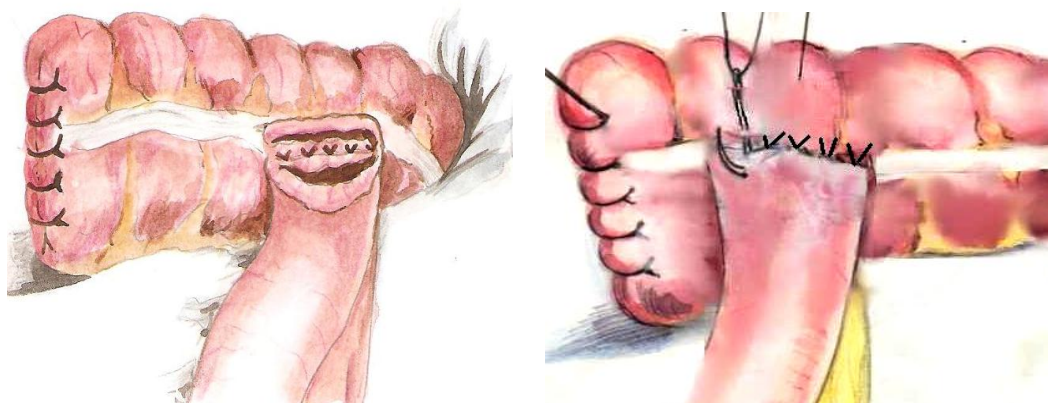
Йўғон ичак ўнг қисми резекцияси. Одатий бўлиб қолган охирига охири анастомозини хосил қилишда иккала ичак чўлтоғини тикиб бўлгач, улар орасига анастомоз қўйишни бошлаймиз. Бунда, учи тикилган ёнбош ичакни кўндаланг чамбар ичакка олиб келамиз ва изоперисталтик қилиб жойлаштирамиз. Чўлтоқдан 3-4 см узоқроқда, ичакларни эркин қирғоғи бўйлаб, иккита ушлаб турувчи чок қўямиз, улар орасидаги масофа 5-6 см бўлиши керак.

Ушлаб турувчи чоклар орасига сероз-мускул тугунли биринчи қатор чокларини шундай қўямизки, бунда кейинги кесма йўғон ичакдаги *taenia libera* бўйича ўтиши керак, ингичка ичак эса эркин қирғоғи бўйлаб ўтиши керак. Чок чизигидан 0,5 см ташлаб, скалпел ёрдамида йўғон ва ингичка ичакни сероз ва мускул қаватларини шиллик ости қаватигача кесиб борамиз. Шиллик ости қаватида жойлашган қон томирларни боғлаймиз ва ичак бўшлиғини очамиз. Анастомознинг орқа лабларини узлуксиз кетгут чоклари ёки ингичка тугунли ипак чоклар ёрдамида тикамиз, олдинги лабларни эса тугунли чоклар билан. Шундан сўнг, анастомознинг олд деворига иккинчи қатор тугунли ипак сероз-мускул чокларини қўямиз (Расм 5.6).



Расм 5.6. Йўғон ичак ўнг қисми резекцияси. Ёнбош ва кўндаланг чамбар ичак орасига ёнбошига ёнбош типи бўйича анастомоз қўйиш.

Ёнбош ва кўндаланг чамбар ичакларни одатий охирига ёнбош усули ёрдамида бирлаштирганимизда, аввал жомлар орасидаги кўндаланг чамбар ичак кесилади ва чамбар ичак чўлтоғи хосил қилинади. Сўнг икки жом орасидаги ёнбош ичак кесилади ва препарат олиб ташланади. Анастомоз кўндаланг чамбар ичак чўлтоғи қирғоғидан 5-7 см узокликда қўйилади. Бунинг учун ёнбош ичакни кўндаланг чамбар ичакни *taenia libera*сига олиб келинади ва тугунли ипак сероз-мускул чоклари билан тикилади. Сўнг кўндаланг чамбар ичак бўшлиғи очилади. Шундан сўнг ичакни ҳамма каватларини олган холда аввал орқа лабларга, сўнг олдинги лабларга тугунли чок қўйилади (Расм 5.7).



Расм 5.7. Йўғон ичак ўнг қисмини резекция қилиш. Ёнбош ва кўндаланг чамбар ичак орасига, охирига ёнбош типидagi анастомоз қўйиш.

Ўнг томонлама гемиколоэктомияларида мавжуд ананавий илеотрансверзоанастомоз ўрнини босувчи охирни ёнбошга уловчи инвагинацион илеотрансверзоанастомозлар таклиф қилинган (ихтирога патент №03238. 2006й ЎзР ПВ).

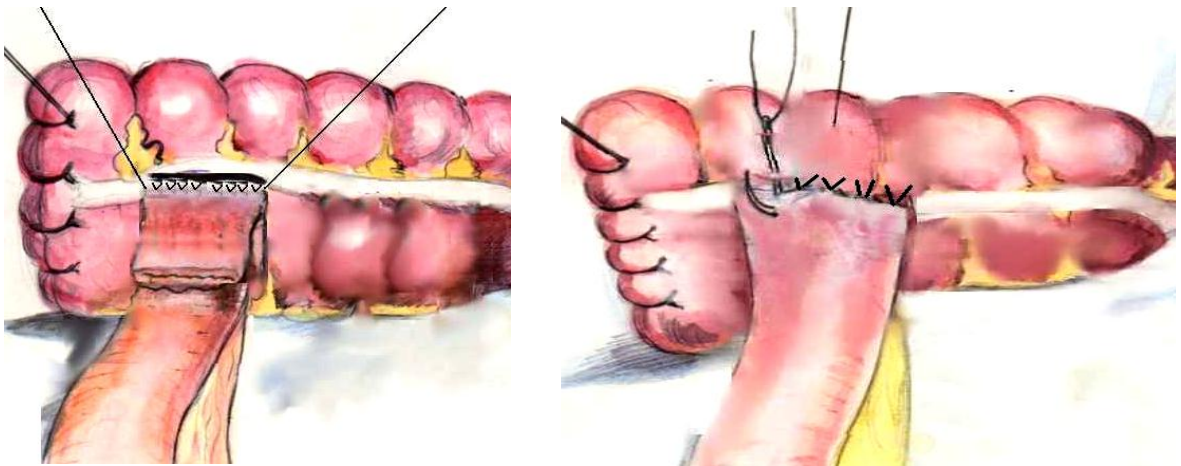
Ушбу таклиф қилинаётган усулнинг мақсади травматиклигини пасайтириш, ташрих техникасини соддалаштириш, ташрихдан кейинги асоратларни камайтириш, ташрих вақтини тежаш.

Ичакнинг (йўғон ёки ингичка) патологик ўзгарган қисмини олиб ташлангач, инвагинацион илеотрансверзоанастомоз хосил қилишга киришилади. Бунинг учун ёнбош ичакнинг дистал қисми 2,5-3 см масофада

шундай мобилизация қилинадики, бунда унинг озикланиши (қон билан таъминланиши) сақланиб қолиниши керак. Шундан сўнг, йўғон ичак чўлтоғидан 3-4 см қолдириб, ингичка ичак дистал учи фиксацияланади, бунинг учун унинг тенияси бўйлаб бўйлама йўналишда бир қатор тугунли сероз-мускул чокларини қўямиз ва бу билан бўлажак анастомознинг орқа деворини хосил қиламиз. Кейинчалик, чоклар чизиғидан 0,5 см қолдириб, яъни тения марказидан бўйлама холатда йўғон ичакни кесиб очамиз. Сўнг, йўғон ичак бушлиғига инвагинатни жойлаштирамиз. Ўртасидан битта тугунли сероз-мускул чоки билан фиксациялаб, анастомозни олдинги деворига қолган чокларни қўямиз. Чоклар шундай қўйиладики, инфекцияланишни олдини олиш учун ичак бўшлиғига кирмаслиги керак (Расм 5.8).

Чоклар бир қатор қўйилишини ҳисобга олсак, улар сероз юзалар бирига яхшироқ тегиши учун кенгроқ ва этаклар мустаҳкам битиши учун сероз-мускул қаватни кенгроқ олиш шартдир.

Анастомозни қорин бўшлиғига ботирамиз. Орқа қорин деворидаги париетал қорин пардадаги дефектни қатор тугунли кетгут чоклари ёрдамида тикамиз. Қорин деворидаги жароҳатни қаватма - қават тикиб беркитамиз.



Расм 5.8. Ингичка ичак дистал учи фиксацияси. Илеотрансверзоана-стомознинг охирги кўриниши.

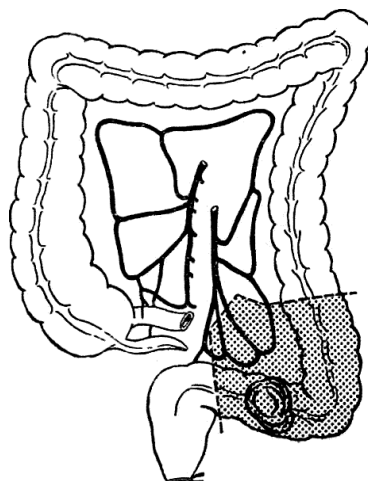
Баъзан фақатгина илеоцекал бурчак резекцияси амалга оширилади, бу асосан ичак девори некрози билан асоратланган инвагинация ва буралишпла-

рида бажарилади. Илеоцекал бурчак резекциясининг техникаси йўғон ичак ўнг қисми резекцияси билан бир хил.

СИГМАСИМОН ИЧАК РЕЗЕКЦИЯСИ

Бир босқичли сигмасимон ичак резекцияси

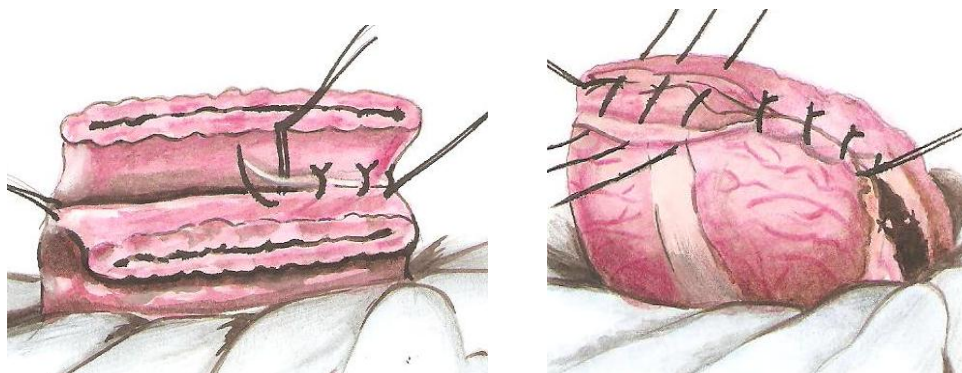
Қорин девори кесмаси кўпинча пастки ўрта ёки қийшиқ кўндаланг, баъзан чап пара ёки трансректал тарзда амалга оширилади. Олиб ташланувчи сигмасимон ичак қисми ташрих соҳасидан ажратилади ва қорин бўшлиғи салфетка билан ёпилади. Агар йўғон ичак жуда таранг ва ахлат масса билан тўлган бўлса, ичак декомпрессияси амалга оширилади. Сигмасимон ичак мобилизацияси қисман ичак девори бўйлаб ўтказилади. Унинг тутқичлари кесилади ва чўктирувчи анастомоз бажарилади (Расм 5.9). Бу ҳолатда баъзи муаллифлар фикрига кўра мақсадга мувофиқ анастомоз охирини охирига тарздагиси ҳисобланиб, бу бошқа анатомоз турларига нисбатан яхши натижа беради.



Расм 5.9. Ичак ракида сигмасимон ичак резекцияси чегаралари.

Мобилизация қилинган ичаклар иплар воситасида ушланади. Ичакнинг проксимал ва дистал қисмлари ўзаро яқинлаштирилади ва орасига сероз му-скулли чок ўрнатилади (Расм 5.10). Ундан сўнг ичакнинг барча қаватларига узлуксиз кетгут чоклар қўйилади. Анастомознинг олдинги деворига тугунли

сероз мускулли чоклар қўйилади. Кетгут тугунли чоклар мезосигма орасига тикилади.

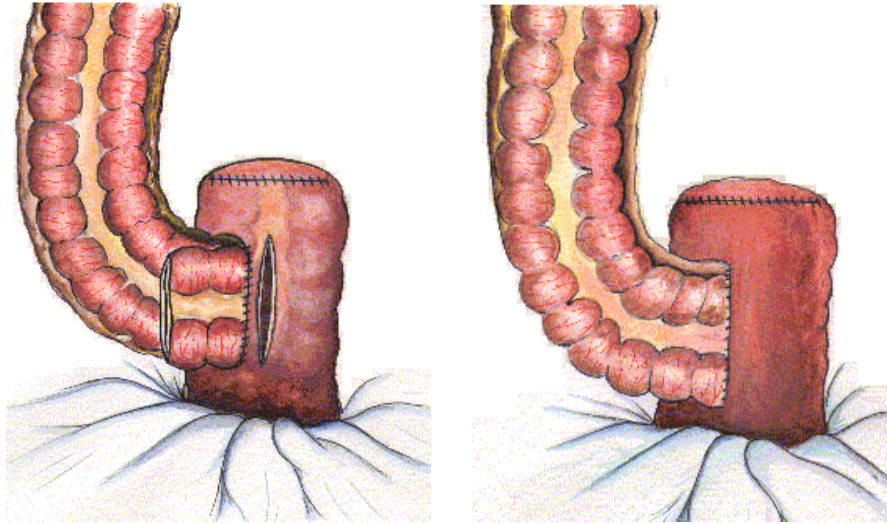


Расм 5.10. Сигмасимон ичакнинг бир босқичли резекцияси. Охирина охирига қўринишида анастомоз. Биринчи қатордаги тугунли чокларни анастомознинг орқа деворига ўрнатилиши. Тугунли чокларни анастомознинг олдинги деворига ўрнатилиши.

Сигмасимон ичак резекциясидан сўнг ўтказилувчи анъанавий анастомозлашдан ташқари, инвагинацион колоректал анастомоз ҳам мавжуд. Бунинг учун лапаротомия ўтказилади, патологик ўзгарган ичак соҳаси аниқланади ва резекция ўтказилади. Кейин ичакнинг дистал кесмасига иккита ушлаб турувчи иплар ўрнатилади. Ичакнинг олиб келувчи қисми озикланишини сақлаб қолиш мақсидида 3-4 см масофада мобилизация қилинади. Бу ўша соҳадаги тутқични қон томирлари билан бирга сақлаш орқали амалга оширилади.

Пинцет билан ботирилган ичак кесмасини асосидан ва дистал қисмини иплар воситасида ушлаган холда, орқа қаторга бир қаватли сероз мускулли чок ўрнатилади. Шу йўл билан анастомознинг орқа девори шакллантирилади.

Ундан сўнг мобилизация қилинган олиб келувчи ичак найи олиб кетувчи ичак бўшлиғига ботирилади. Кейинги босқичда инвагинатга анастамознинг олдинги деворини хосил қилувчи бир қаторли тугунли чок ўрнатилади. Бу чокларни ўрнатиш ичак найининг ўртасидан бошланади. Бунда биринчи чок фиксация қилувчи чок ҳисобланади (Расм 5.11).



Расм 5.11. Йўғон ичакнинг дистал қисмига сероз мускулли чоклар ўрнатиш орқали фиксация қилиш. Инвагинацион колоректал анастомознинг тугулланган кўриниши.

Чоклар етишмовчилигини олдини олиш мақсадида чоклар бир хил тўқималарга, ичак бўшлиғига тешиб ўтмайдиган ҳолатда қўйилиши зарур.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Navruzov S.N. Xirurgik kasalliklar// Tibbiyot instituti 6-7 kurs talabalari uchun darslik. 2006. 220 v.
2. Nazirov F.G., Gadaev A.G. Umumiy amaliyot vrachi uchun qo'llanma// - M.: GEOTAR - Media, 2007. -1056v.
3. Болтабоев Д.Э., Душамов М.Р., Худайбергенов З.Ю. и др. Заворот сигмовидной кишки у больных с долихоколон// Хирургия Узбекистана - 2008. №3, С. 21-22.
4. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника// -М.: Миклош, 2008. -400с.
5. Ганцев Ш.Х. Онкология// Учебник для студентов медицинских вузов. - М.: Медицинское агенство, 2006. -488с.
6. Гарелик П.В., Макшанов И.Я. Хирургические болезни// -М.: Гродно, 2003. -267с.
7. Генри М.М., Своша М. Колопроктология и тазовое дно// - Москва: Медицина, 1988, 464 с.
8. Емельнова С.И. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии// Учебное пособие для врачей хирургов, 2005. -254с.
9. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная хирургия. Руководство для врачей. М.: 1999. 143с.
10. Залит И.Н., Пророков В.В. и др. Заболеваемость и первичная множественность рака ободочной кишки// Клиническая медицина. - 2006. - №2. - С.15-20.
11. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения// Руководство для практических врачей. -М.: Литера, 2003. -1046с.
12. Изимбергенов М.Н., Адайбаев К.Т., Елемесов А.А. Внутрикишечная зондовая озонотерапия в лечении кишечной непроходимости и перитонита

- нита// IV Среднеазиатский межд. конгресс гастроэнтерологов. Ташкент, 2000. 276с.
13. Имре Литтманн. Брюшная хирургия// Атлас и руководства для врачей. Будапешт 1970. 545с.
 14. Казарян Г.А, Давтян А.Г. Колоноскопия в диагностике и лечение мелких полипов толстой кишки// Хирургия Н.И.Пирогова. -1998. -№4. -С. 67-69.
 15. Каланов Р.М., Мехдиев Д.И., Галямов А.Х. и др. Малоинвазивные методы диагностики и лечения толстокишечной непроходимости// IV Среднеазиатский межд. конгресс гастроэнтерологов. Ташкент, 2000. 277с.
 16. Каримов Ш.И., Турсунов К.Н., Асраров А.А. и др. Эффективность применения перитониального диализа, кишечного лаважа и энтерального зондового питания в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита// Мет. рек. Ташкент, -1984. 13с.
 17. Козаченко А.В., Щербаков В.И. Заворот сигмовидной кишки. Журнал «Журнал неотложных состояний» 2008, 5(18), 42-44.
 18. Колесов В.И. Острый аппендицит// -М.: Медицина, 1959. -301с.
 19. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии// - М.:Медицина, 1995. -528с.
 20. Кондратенко П.Г. Руководство по клинической хирургии// Донецк, 2005. -572с.
 21. Кригер, Д.Г. Федоров А.В., Воскресенский П.К. Острый аппендицит// - М.: Медпрактика-М, 2002, 244 с.
 22. Кузин М.И. Хирургические болезни// Учебник., - М.: Медицина, 1995. - 640с.
 23. Кузьмин А.И., Веселов В.В. Стандартизация эндоскопической информации об анастомозах после колопроктологических операций// Российский онкологический журнал. -2000. -№ 5. -С. 35-38.

24. Кузьмин-Крутецкий М.И., Иншаков Л.Н. Эндоскопические методы в диагностике и лечении толстокишечной непроходимости// В кн.: Новые методы в эндоскопии. Ижевск, -1997. -С. 34-37.
25. Кузьмин-Крутецкий М.И., Филин А.В. Неотложная и срочная колоноскопия// В кн.: Диагностическая и лечебная эндоскопия в хирургической практике. -1996. -С. 107-112.
26. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника// Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000.- 632 с.
27. Майстренко Н. А., Мовчан К. Н., Волков В. Г. Неотложная абдоминальная хирургия// Практикум. - СПб: Питер, 2002. -304 с.
28. Максименкова А.Н. Хирургическая анатомия живота// М.Медицина. 1972. 664с.
29. Маматкулов А.Х., Халилов М.Т., Абдуворисов Д.Г. Способ получения рентген изображения. Патент №6085 ПВРУз от 16.08.1999.
30. Матлас П., Михаэль Г. Спиральная и многослойная компьютерная томография//М. Медицина. 2011. 709с.
31. Матяшин И.М., Ольшанецкий А.А., Глузман А.М. Симптомы и синдромы в хирургии// „Здоровья" Киев-1975. 175с.
32. Наврузов С.Н. «Хирургик касалликлар» 2006 й.
33. Наврузов С.Н. «Хронический толстокишечный стаз» 2005.
34. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. «Болезнь Крона» 2009 й.
35. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. «Неспецифический язвенный колит» 2008 й.
36. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Мирзаахмедова М.М. «Болезнь Гиршспрунга» 2013 й.
37. Наврузов С.Н., Тагаев Ш.Б., Наврузов Б.С. Роль эндоскопии в диагностике болезни Крона толстой кишки// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. -2005. -№2. -С. 61-63.

38. Назыров Ф.Г., Калиш Ю.И., Струсский Л.П. Состояние и перспективы развития эндоскопической службы в Республике Узбекистан// Хирургия Узбекистана. -1999. -№3. -С. 10-11.
39. Николаев А.В. Топографическая и оперативная хирургия// Учебник. - М.: 2007. -784с.
40. Нычик А.З. Основы оперативной техники в хирургии// Практическое пособие. Тернополь, 2003. -204с.
41. Оноприев В.И., Павленко С.Г. Классификация колоректальных анастомозов// Вестник хирургии. -2001. -№2. -С. 26-27.
42. Османов Г.А. Диагностика и хирургическое лечение заболеваний тонкой кишки в хирургической клинике.: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Москва, 2001. 25с.
43. Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная и топографическая анатомия// -Курск; Москва: Литера, 1996. -720с.
44. Пахомова Г.В., Утешев Н.С. и др. Проблемы колопроктологии// М-2000.
45. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость// - М.: Медицина, 1989, 288 с.
46. Порнин О.В., Бойко В.В. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия// -Х. Медицина, 2007. -271с.
47. Поташев Л.В., Киязев М.Д., Игнашов А.М. Ишемическая болезнь органов пищеварения// -Л.: Медицина, 1985. -216с.
48. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости// Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. - СПб., 2007, 58 с.
49. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С. Руководство по колопроктологии// М: Медпрактик 2001.
50. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С. Руководство по колопроктологии// -М.: ИД Медпрактика-М. - 2004, 488 с.

51. Романов Э.И. Поликлиническая и лабораторная практика. Хирургические манипуляции: Карманный справочник врача. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 1999. - 176 с.
52. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости// - М., Издательство «Триада-Х», 2004, - 540 с.
53. Савельев В.С., Гельфанда Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия// Практическое руководство. -М.: Литтера, 2006. -168с.
54. Савельев В.С., Гельфанда Б.Р. Перитонит// Практическое руководство. -М.: Литтера, 2006. -208с.
55. Семионкин Е.И. Колопроктология// Учебное пособие.
56. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия// -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. -Т 1,2. -832с.
57. Серов В.В., Пальцев М.А. Патологическая анатомия// Учебное пособие. 1998. 640с.
58. Слепцов И.В., Черников Р.А. Узлы в хирургии// - СПб.: Салит-Медкнига, 2000. -176 с.
59. Совцов С.А., Пряхин А.Н., Газизуллин Р.З. Лапароскопическая аппендэктомия// Учебное пособие для врачей. 2005. 65с.
60. Тагаев Ш.Б. Показание к тотальной колэктомии в хирургическом лечении болезни Крона толстой кишки// Теоретическая и клиническая медицина. -2005. -№2. -С. 94-96.
61. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии// -М.: Триада-Х, 2003. -216с.
62. Тотиков В.З., Калицова М.В. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости// Хирургия им. Н.И.Пирогова. -2006. -№2. 38с.
63. Урман М.Г. Травма живота// - Пермь: ИПК «Звезда», 2003.- 259 с.

64. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология// Руководство для врачей. -М.: ГНЦ проктологии, 1994. - 432 с.
65. Чен Г., Сола Х.Е. Руководство по технике врачебных манипуляций// - Витебск: Белмедкнига, 1996. -384с.
66. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология// Учебник с компакт-диском. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 560 с.
67. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия// Учебник для медицинских вузов. - СПб: Специальная литература, 1998. -Т 1,2. -517с.
68. Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии// Москва Медицинская литература, 2006. 1450с.
69. Юдин Я.Б. Прокопенко Ю.Д. Федоров К.К. Острый аппендицит у детей// -М.: Медицина, 1998. -256с.
70. Юхтин В.И. Полипы желудка-кишечного тракта// -М.: Медицина - 1978. 345с.
71. Яицкий Н.А., Седов В.М. Опухоли кишечника// Монография. - Санкт-Петербург. «АНТ-М», 1995. -376 с.
72. Atamanaip S.S. et al. Elective Treatment of Detorsioned Sigmoid Volvulus//Turk. J. Med. Sci., 2008, 38(3), p.227-234.
73. Ausch C., Madoff R.D., Gnant M. Aetiology and surgical management of toxic megacolon// Colorectal Dis. 2006; 8. №3. P. 195-201.
74. Baixauli J., Delaney C.P., Wu J.S. Functional outcome and quality of life after repeat ileal pouch-anal anastomosis for complications of ileoanal surgery// Dis Colon Rectum. 2004; 47. №1. P. 2-11.
75. Bhatnagar B.N., Sharma C.L., Gupta S.N. Study on the anatomical dimensions of the human sigmoid colon// Clin. Anat, 2004, Apr., 17(3), p.236-243.
76. Bhuiyan M.M., Maehowski Z.A., Linyaraa B.S. Management of sigmoid volvulus in Polokwane-Mankweng Hospital// Afr. J. Surg., 2005, Feb, 43(1), p. 17-19.

77. Cornwell E.E 3rd. The fate of colonic suture lines in high-risk trauma patients: a prospective analysis// *Journal of the American College of Surgeons*, 1998. V. 187. №1. P. 58-63.
78. Dentali F. Meta-analysis: anticoagulant prophylaxis to prevent symptomatic venous thromboembolism in hospitalized medical patients // *Ann. Intern. Med.* - 2007. - V. 146. P. 278 - 288.
79. Farner B.A. Comparison of danaparoid and lepirudin in heparin-induced thrombocytopenia // *Thromb. Haemost.* - 2001. - V. 85. - P. 950 - 957.
80. Garbus J.E., Potenti F., Wexner S.D. Current controversies in pouch surgery// *South Med J.* 2003; 96. №1. P. 32-36.
81. Gerwig W.H. Volvulus of the colon// *Surg. Clin. North. Am.* 1955, 35, pJ395-1399.
82. Gordon R., Watson K. Ileosigmoid knot// *J. R. Coll. Surg. Edinb.*, 1984, 29, p. 100-102.
83. Hartert W. Wie konen wir die Ergebnisse der Dickdarmresection verbessern? Untersuchungen aut crund von 43 Dickderm resection der Tubinger cherirgischen Klinik wegen carcinoms// *Arch. Fur Klinische Chirur*, 1922. V. 119. №4. P. 644-691.
84. Hull R.D. Treatment of proximal vein thrombosis with subcutaneous low-molecular-weight heparin Vs intravenous heparin. An economic perspective // *Arch. Intern. Med.* - 1997. - V. 157. - P. 289 - 294.
85. Jones-Ian T., Fazio V.S. Colonic volvulus, etiology and management // *Dig. Disease*, 1989, 7, p.203-209.
86. Kantor J.L. Anomalies of the colon: their roentgen diagnosis and clinical significance// *Radiology*, 1934, 23, p.65 I -662
87. Laredo J., Filtzer H.S. Right colonic intussusception// *Am J Surg* 2000; 179. №6. P. 485.
88. Lee S.H., Park Y.FL Won Y.S. The ileosigmoid knot: CT findings// *Am. J. Roentgenol*, 2000 Mar; 174(3): 6R5-7
89. Peitz H.G. Volvulus in childhood// *Radiologe*, 1997, Jun» 37(6), p.439_445.

90. Lop Labrador A., Rico P., Abradelo M. Surgical treatment in colonic volvulus// Fifth Congress of European Council for Coloproctology, Barcelona, 1995, p.57.
91. Lord S.A., Boswell W.C., Hungeipiller J.C. Sigmoid Volvulus in pregnancy// Am. Surg., 1996, 62, p.380-382.
92. Madiba T.E., Thomson S.R. The management of sigmoid volvulus// J. R. Coll. Surg. Edinb., 2000,45, p.74-80.
93. Mahajna A., Krausz M., Rosin D. Bowel preparation is associated with spillage of bowel contents in colorectal surgery// Dis Colon Rectum. 2005; 48. №8. P. 1626-31.
94. Margolin D.A., Whitlow C.B. The pathogenesis and etiology of colonic volvulus// Sem. Colon Rectal Surg., 1999, 10, p. 129-138.
95. McRae S.J. Initial treatment of venous thromboembolism// Circulation. - 2004. - V. 110. -Suppl. 1. -P. 3 - 9.
96. Mellor M.F.A., Drake D.G. Colonic volvulus in children. Value of barium enema for diagnosis and treatment in 14 children, // Am. J. Radiol, 1994, 162, p.1157-1159.
97. Moriura S., Kobayashi I., Ishiguro S. Continuous mattress suture for all hand-sewn anastomoses of the gastrointestinal tract// Am J Surg. 2002; 184. №5. P. 446-448.
98. Ogata M., Tmai S., Hosotani R., et al. Abdominal sonography for the diagnosis of large bowel obstruction// Surg. Today, 1994, 24(9), p.791-794.
99. Orchard J.L., Mehta R., Khan A.H. The use of colonoscopy in the treatment of colonic volvulus// Am. J. Gastroenterol, 1984, 79, p.864-867.
100. Raveenthiran V. Emptiness of the left iliac fossa: a new clinical sign of sigmoid volvulus// Postgrad Med. J., 2000, 76, p.638-636.
101. Remzulli P., Christoph A. Maurer, Peter Netzer, Markus W. BQchler. Pre-operative Colonoscopic Derotation Is Beneficial in Acute Colonic Volvulus// Dig. Surg., 2002,19, p.223-229.

102. Sackier J.M. Gastrointestinal volvulus// Surgery (South African Edition) 1989, 66, p. 1578-1583.
103. Tavfligin K., Aydin E.S., Ertekin C. Our current approach in the treatment of sigmoid colon volvulus// Ulus Travma Derg. 2002, Apr, 8(2), p.102-107.
104. Tiah Ling, Goh Siang Miong. Sigmoid volvulus; diagnostic twists and turns// European Journal of Emergency Medicine, 2006. April, 13(2), p.84-87.
105. Turan M., Sen M., Karadayi K., et al. Our sigmoid volvulus experience and benetns of colonoscope in detortion process// Rev. Esp. Enferm Dig. 2004, 96, p. 32-35.
106. Yoshitaka Fumya, Hiroshi Yasuhara, Hironobu Yanagie. Role of Ganglion Cells in Sigmoid Volvulus. 7 World Journal of Surgery, 2005, January, 29(1) p.88 - 91.

МУНДАРИЖА

Ишлатилган қисқартмалар рўйхати.....	4
Ўзбекистон Республикасида колоректал хирургиянинг ташкил этилиши ва ривожланиши тарихи.....	5
I Том. УМУМИЙ САВОЛЛАР	8
1-боб. ЙЎҒОН ИЧАКНИНГ АНАТОМИК ТУЗИЛИШИ.....	8
Умумий характеристика.....	8
Чамбар ичак артериялари.....	16
Чамбар ичак веналари.....	26
Йўғон ичакнинг лимфа тизими.....	27
Чамбар ичак иннервацияси.....	28
2-боб. ЙЎҒОН ИЧАК ФИЗИОЛОГИЯСИ.....	33
2.1. Ионлар ва сувнинг сўрилиши.....	33
2.2. Секреция.....	35
2.3. Ҳазм қилиш	36
2.4. Ичак бактериялари.....	36
2.5. Моторика.....	41
2.6. Анал ушлаш ва дефекация	43
3-боб. ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.....	45
3.1. Клиник усуллар.....	45
3.2. Умумий клиник лаборатор текширувлар.....	50
3.3. Иммунологик усуллар.....	55
3.4. Қон зардоби гормонларини текшириш.....	56
3.5. Сўрилишни текшириш усуллари.....	56
3.6. Ичакнинг мотор-эвакуатор функциясини текшириш усуллари.....	59
3.7. Рентгенологик текширув.....	68
3.8. Компьютер томографияси.....	75
3.9. Магнит-резонанс томография.....	75
3.10. Ультратовушли текшириш.....	76
3.11. Колоноскопия.....	77
3.12. Виртуал колоноскопия.....	83
3.13. Лапароскопия.....	86
4-боб. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ.....	87
4.1. Умумий қисм.....	87
4.2. ЎИТ симптоматологияси ва ташхисоти.....	97
4.3. Обтурацион ичак тутилиши.....	110
4.4. Странгуляцион ичак тутилиши.....	131
4.5. Ичак тутилишининг аралаш шакли.....	149
4.6. Динамик ичак тутилиши.....	171
5-боб. ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИНИ ДАВОЛАШ.....	178

	5.1. Даволашнинг консерватив усуллари.....	178
	5.2. Йўғон ичакда ўтказиладиган ташрихларни асосий принциплари.....	188
	5.3. Йўғон ичак резекцияси.....	194
	Фойдаланилган адабиётлар.....	203
	Мундарижа.....	212