

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI**

**TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSTETI**

Abdullayev S.A, Boboyev A.Sh, Elmuradov K.S

**QORIN JAROHATLARI**

MONOGRAFIYA

**SAMARQAND 2024**

Abdullayev.S.A., Boboyev A.Sh., Elmurodov K.S.

## Qorin jarohatlari monografiya

### Mualliflar

- Abdullayev S.A.** -SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy Xirurgiya kafedrasining professori, t.f.d.
- Boboyev A.Sh.** -Qashqadaryo viloyati soglikni saklash Boshqarmasining boshligi xirurg
- Elmurodov K.S.** -RShTYIM Qashqadaryo viloyati filiali xirurg Ordinator soglikni saklash boshkarmasining bosh Jarrohi, t.f.k.

### Taqrizchilar

- Xakimov Sh.M** -Toshkent tibbiyot Akademiyasining 1-son fakultet va Gospital xirurgiyasi kafedrasining mudiri. t.f.d. professor
- Abdurahmonov M.M.** -Buxoro Davlat Tibbiyot Institutining xirurgik kasalliklari kafedrasining professori, t.f.d.
- Kurbaniyazov Z.B.** -SamDTU davolash fakultetining 1-son xirurgiya va transplantalogiya kafedrasining mudiri, DSc, professor

Qorinning jarohatlari bilan kasalxonagacha bolgan bosqichida o'lim sabablari shok, qon ketish, o'tkir nafas yetishmovchiligi. Ichki a'zolarining jarohatlanishida diagnostikasining qiyinchiligi, kasallikning og'ir kechishi, asoratlarning ko'pligi, davolash natijalarning ko'p holatlarda qoniqarsiz bo'lishi qorin jarohatlarini shoshilinch xirurgiyaga dolzarb masala bo'lib kirishiga zamin yaratdi. Gospitalgacha diagnostik xatoliklar (30-70%) va gospital bosqichida (20-50%) diagnostika xatolarining ko'pligi diagnostik usullarning doimo takomillashib borishini taqozo qiladi.

## MUNDARIJA

Kirish	3
I bob. Qorin jarohatlarining umumiy hususiyatlari va tasnifi	
II bob. Qorinning yopiq jarohatlarining klinik manzarasi	12
III bob. Ichki azolarning jarohatisiz qorinning yopiq shikastlanishi	21
IV bob. Qorining yopiq jarohatlarida ichki azolarning shikaslanishlari	24
IV.I bob Parenhematoz azolarning jarohaatlari	26
IV.II bob. Ichi bosh azolarning yopiq jarohatlari	32
IV.III bob. Diafragma jarohatlari	41
IV. IV Siydik chiqaruv yularining jarohatlari	45
V bob. Qorinning yopiq jarohatlarining diagnostikasi va davolashi	48
VI.bob.Qorining yopiq jarohatlarida birinchi yordam korsatish taktikalari.	67
VII bob. Qorinning yopiq travmasida xirurgig taktikalari.	71
VIII bob. Qorining ochiq jarohatlarining umumiy hususiyatlari	89
I Politravmalarning asosiy xususiyatlari	91
II Qorinning ochiq jarohatlari	94
IX bob.Qorin jarohatlari asoratlarning diagnostikasi va davolash taktikalari.	97
X.bob.Qorin jarohatlaridan keying umumiy o'limning tahlillari va xirurgik yordamni takomillash yo'llari	114

## KIRISH

So'nggi yillarda qorin bo'shlig'ining alohida olingan jarohatlari sonining ko'payishi kuzatilmoqda va o'lim darajasi 20-40% ni tashkil qiladi. Jaxon sog'liqni saqlash tashkilotining (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, yurak-qon tomir kasalliklaridan keyin jarohatlardan keyingi o'lim ikkinchi o'rinda turadi. 25-50 yoshdagi odamlar uchun yo'l harakati jarohatlari barcha yuqumli, yurak-qon tomiri va onkologik kasalliklaridan keyingi asoratlaridan ko'ra xavfliroqdir.

Qorin bo'shlig'ining Ichki a'zolari shikastlanishiga tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar, buyaro[atning og'ir kechishi, asoratlarning yuqor idarayadaligi , qoniqarsiz davolash natijalari qorin bo'shlig'i yopiq travmasini o'rganishni shoshilinch jarrohlik amaliyotida dolzarb masala sifatida tasniflash imkonini beradi (A.S.Ermolov, M.M.Abakumov, E.S.Vladimirova, 2006;).

Qorinning jarohatlari bilan kasalxonagacha bolgan bosqichida diagnostic xatoliklar (30-70%) va shifoxonalarda (20-50%) diagnostika xatolarining ko'pligi zamonoviy tibbiyotning oldida ko'p muammolar tug'diradi. Bunday vaziyatlar o'z navbatida diagnostika usullarini doimiy ravishda takomillashtirish zarurligini taqozo etadi. Shifokorlar, ayniqsa, kasalxonagacha oldingi bosqichda jabrlanganlarning ushbu

kontingentiga terapevtik va diagnostik yordam ko'rsatishda katta qiyinchiliklarga duch kelishadilar.

Yo'l-transport hodisalari va ularni tashxis h paytida ko'pincha o'limga olib keladigan jarohatlarning og'irligini hisobga olgan holda, jabrlanganlarga voqea joyida va tashxis paytida o'z vaqtida va sifatli yordam ko'rsatish choralari birinchi o'ringa chiqadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, adabiyotlarda gospitalgacha bo'lgan bosqichda diagnostika masalalariga bag'ishlangan ma'lumotlar kam. Diagnostik tadqiqotlar tartibini tanlashning aniq mezonlari yo'q, asoratlarning oldini olish va ularni bashorat qilishga kam e'tibor beriladi. Qorin bo'shlig'idagi ichki a'zolarining shikastlanishini o'z vaqtida aniqlash uchun so'ngi paytlarda zamonaviy diagnostika asboblari qo'llanila boshlandi va ayrim maxsus tekshirish usullari taklif qilindi. Laparotsentez, laparoskopiya, ultratovush, angiografiya va turli rentgen usullari, jumladan, kompyuter tomografiyasi kabi informatsion usullar tobora keng tarqalmoqda. Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bilan jabrlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etishda kasalxonagacha bo'lgan bosqichda jabrlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish va kasalxona bosqichida oqilona davolashni tashkil etishda muhim yordam beradigan ob'ektiv prognozlash usulini ishlab chiqish juda muhimdir.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi bilan jabrlanganlar ahvolining og'irligi diagnostikasi va terapevtik tadbirlar ko'lamini tanlashga qat'iy talablar qo'yaboshlandi

Qorin bo'shlig'i shikastlanishi tufayli oshqozon-ichak trakti parezlarining oldini olish va davolash usullari, qon yo'qotilishini to'ldirish usullari, shuningdek, metabolic o'zgarishlarini tuzatish usullarini takomillashtirish kerak.

Yuqoridagilarni inobatga olgan holda, qorin bo'shlig'ining yopiq travmalariga oid zamonaviy ma'lumotlarni aks ettiradigan kitob yaratish zarurati tug'ildi.

Kitobda etakchi tibbiyot muassasalarining tajribasi keltirilgan: N.V.Sklifosovskiy nomidagi Moskva shahar shoshilinch tibbiy yordam

ilmiy-tadqiqot instituti Samarqand davlat tibbiyot universitetining klinik shifoxonalari va RSHTYM Qashqadaryo viloyati filiali materiallaridan foydalanildi.

Keng klinik materiallar va ko'p yillik jarrohlik tajribasi muallifga o'rganilayotgan muammoni hal qilish bo'yicha ba'zi fikrlarini shakllantirishga, buni o'z hamkasblari bilan baham ko'rishga va taqdim etilgan kitob jarrohlar va tez tibbiy yordam shifokorlariga diagnostika va davolashda yordam berishiga umid bildirish imkonini beradi degan fikrdamiz.

Qorin jarohati shoshilinch xirurgiyaning muhim bo'limiga-jarohatlar xirurgiyasiga mansubdir. Butun jahon bo'yicha bu og'ir kasallikning diagnostikasi va davolash masalalari bilan umumiy xirurglar va xirurg-travmatologlar shug'ullanmoqdalar.

Bizning kuzatuvlarimiz bo'yicha qorin jarohatlari bilan yaradorlar soni yilning har xil davriga qarab amaliy jihatdan bir xildir. Erkaklar 361 (85.3%) ni, ayollar 121 (14.7%)ni tashkil qildi. Ish qobiliyatiga ega kishilar (20-60 yoshlar) 86.2% ni tashkil qildilar.

Jarohatlanganlarning 7.5% da har xil qo'shma kasalliklar aniqlandi. Shulardan 53.5 % ini surunkali yurak va o'pka kasalliklari aniqlandi.

Tez tibbiy yordam mashinasi bilan atigi 60.4% bemorlar statsionarlarga keltirilgan. Jarohatlar har xil – pichoq, kinjal, bigiz, qaychi, oshxona sanchqisi, buragich kabi qurollar bilan jarohatlanganlar.

Yaralar tashqi ko'rinishiga qarab; sanchilgan, kesilgan va chopilgan turlarga bo'linadilar.

Qorin jarohatlarining diagnostikasida oddiy ko'rik o'ta muhim hisoblanadi. Ko'rikni to'liq va sinchkovlik bilan, jarohatlanganlarni ust bosh va kiyimlarini batamom yechgan holda o'tkazilishi kerak. Eng muhimi qorin jarohati bilan har qanday yara to'liq kasallik tarixiga kiritilishi lozim, uning lokalizatsiyasi, tashqi ko'rinishi(sanchilgan, kesilgan, chopilgan, yirtilgan, jangovor qurollar bilan) yaraning qirralari, yara girdlarining ajralishi, holati, ularning uzunligi (sm da) , yara atrofi

terisining ko'rinishi, (teri tagi emfezemas, gematoma) va nihoyat yaradan chiqayotgan ajralmaning xsusiyatlari ko'rsatiladi.

Ko'pchilik holatlarda tashqi sanchilgan yaralarda aniq tasxish qo'yishda adashishlar ko'proq uchraydi. Ularning hajmi juda mayda bo'lganligi uchun yengil jarohatlar deb baholanadi. Vaholanki sanchilgan yaralarda hayotiy muhim a'zolar, katta qon tomirlarning jarohatlari bo'lishi mumkin.

Agar sirpangan holda kesilgan yaralar bo'lsa ular ancha xavfli hisoblanadi chunki yaralarning qirralari katta masofaga ajraladi va teri osti tomirlarini jarohatlashi mumkin.

Xirurglar ko'pincha pichoq bilan kesilgan sanchilgan yaralar bilan uchrashib qoladilar. Bunday yaralarda ichki a'zolarning shikastlanishi ko'proq yuzaga keladi.

Chopilgan yaralar o'tgan zamonlardagi harbiy to'qnashuvlarida ko'proq sodir bo'lganlar. Hozirgi kunda bunday sovuq qurollardan tashqari har xil metalli tuzilmalar va oyna siniqlari bilan ko'proq uchramoqdalar. Bunday holat avtohalokatlarda uchraydi.

Yirtilgan, latlangan yaralar snaryadlarning portlashi bilan har xil bo'laklar tomonidan paydo bo'ladilar.

O'qotar qurollari bilan olingan yaralar o'ta xavfli hisoblanadi. Bunday jarohatlarda yara kanali hosil bo'ladi. Yara kanalining uzunligi, to'qimalarning jarohatlanishi og'irligi darajasi, snaryadning kinetic energiyasiga bog'liq.

## **I BOB.**

### **QORIN JAROHATLARINING UMUMIY XUSUSIYATLARI VA TASNIFI**

Qorin bo'shlig'i shikastlanishining eng keng tarqalgan turi mexanik ta'sir natijasida shikastlanishdir.

Agar jabrlanuvchida qorin bo'shlig'i shikastlanishidan tashqari boshqa jarohatlar bo'lmasa, bunday shikastlanish alohida qorin bo'shlig'i jarohati deb ataladi. Alohida olingan qorin jarohati bilan jabrlanganlar

orasida ko'plab jarohatlar uchrab turadi. Misol tariqasida bir nechta o'qator jarohatlari (avtomatik quroldan) yoki bir nechta pichoq jarohatlari bo'lishi mumkin, ularning ba'zilari qorin devorida ko'r-ko'rona tugaydi, ba'zilari esa qorin bo'shlig'iga kirib, turli xil jarohatlarga olib kelishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i shikastlangan jabrlanuvchida tananing boshqa har qanday joyida jarohatlar mavjudligi qorin bo'shlig'ining qo'shma shikastlanishi hisoblanadi. Shikastlanishning eng keng tarqalgan kombinatsiyasi - bu travmatik kalla va bosh miya shikastlanishi ; biroz kamroq tarqalgani - qorinning qo'l va oyoqlar tizimining shikastlanishi, qorin va ko'krak qafasining shikastlanishlari hisoblanadilar. Qorinning jarohatlari ko'proq mexanik faktorlar orqali yuzaga chiqadi. Kombinatsiyalashgan faktorlariga jarohat olishda bir nechta faktorkar-mexanik, nurlanish, har xil to'lqinlar zarbi bo'lishi mumkin. Qorin bo'shlig'ining kombinatsiyalangan shikastlanishi shikastlanishning o'ta og'irligi bilan tavsiflanadi. Ro'yxatdagi qo'shma jarohatlar orasida eng og'iri - ko'krak va qorinning qo'shma shikastlanishidir. Ushbu guruhda torakoabdominal shikastlanishlar ham ayniqsa ta'kidlanishi kerak. Ular ikkala bo'shliqqa (plevra va qorin bo'shlig'iga) yoki ulardan biriga kirishi mumkin, ammo ular har doim diafragmaning shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining bir vaqtning o'zida shikastlanishlarini ajratish kerak, ular ko'krak devori yoki plevra bo'shlig'i organlari, mediastinal va qorin devori yoki qorin bo'shlig'i organlari va qorin bo'shlig'i diafragma bilan bog'liq bo'lmagan organlarning mustaqil shikastlanishlari bo'lishi mumkin.

Agar jabrlanuvchi, qorin bo'shlig'idagi mexanik shikastlanishdan tashqari, boshqa agressiv omil (termik, kimyoviy kuyishlar, radiatsiyaviy shikastlanishlar, zaharlanish va boshqalar) bilan zararlangan bo'lsa, biz kombinatsiyalangan jarohatlar haqida gapiramiz.

1990 yilda N.V. Sklifosovskiy nomidagi Moskva shahar shoshilinch tibbiy yordam ilmiy-tadqiqot institutida professor V.A. Sokolov extraabdominal shikastlanishlarning oddiy klinik va anatomik tasnifini ishlab chiqdi, eng og'ir (dominant) shikastlanishga qaratilgan, ya'ni davolashsiz o'limga olib



keladigan bunday jarohatlar 10% dan ko'prog'ida o'limga olib keladi. Ushbu tasnifga ko'ra, kombinatsiyalangan jarohatlarning barchasini 7 guruhga bo'lgan:

I guruh - kombinatsiyalangan travmatik miya shikastlanishi.

II - umurtqa pog'onasining kombinatsiyalangan shikastlanishi.

III - ko'krak qafasining kombinatsiyalangan shikastlanishi.

IV - qorin bo'shlig'i va retroperitoneal organlarning kombinatsiyalangan shikastlanishi.

V - mushak-skelet tizimining qo'shma shikastlanishi.

VI - ikki yoki undan ortiq og'ir (dominant) jarohatlar bilan qo'shma shikastlanish.

VII - etakchi jarohatlarsiz kombinatsiyalangan shikastlanishlar.

Shikastlanish mexanizmiga ko'ra, qorin bo'shlig'i shikastlanishlarining ikki guruhi mavjud: ochiq va yopiq. Ushbu guruhlarni ajratish zarurati ochiq va yopiq qorin bo'shlig'i shikastlanishlarining klinik ko'rinishlari, diagnostikasi va jarrohlik taktikasining farq qilishi bilan bog'liq.

Qorin bo'shlig'ining yopiq jarohatlari qorin bo'shlig'i terisida va chegara hududlarida ko'plab latlanishi va teri osti qon ketishi bo'lishi mumkin bo'lsa-da, qorin devorida yaraning yo'qligi bilan tavsiflanadi. Ba'zida "yopiq qorin bo'shlig'i shikastlanishlari" tushunchasi o'rniga boshqa atama qo'llaniladi - "to'mtoq qorin travmasi". Bu jarohatlar qorinning old devoriga narsa bilan zarba berish, qorinning old devori latlanishi, balandlikdan yiqilish, qulash yoki portlash to'lqinining ta'siridan kelib chiqadi.

Qorin bo'shlig'ining yopiq jarohatlari mavjud bo'lib, ular ikki guruhga bo'linadi: .

1. Qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlarisiz.

a) qorin devorining shikastlanishi;

b) retroperitoneal gematomalar.

## 2. Qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishi bilan:

a) parenximatoz azolarning jarohatlari;

b) ichi bo'sh azolarning jarohatlari.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bo'yicha adabiyot ma'lumotlari (I.A.Eryuxin, M.M.Abakumov, N.V.Lebedev, V.I.Malyarchuk; Chiu W.C, Cushing B.M, Rodriquez) va bizning 482 ta kasallar tarixini tahlil qilishimiz qorinning yopiq jarohatlarini tashxislash juda qiyin ekanligini ko'rsatadi. Diagnostik xatolar soni bo'yicha qorinning yopiq shikastlanishi etakchi o'rinlardan birini egallaydi.

Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan jarrohlr har doim qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi yoki faqat old devorining kontuziyasi bormi degan savolga duch keladi. Ichki organlarning shikastlanishi 25-70% (V.E. Zakurdaev; S.Z. Gorshkov, V.S. Volkov, M.M. Abakumov, S.A. Abdullaev va boshqalar ) holatlarda uchraydi.

Bemorlar ahvolining og'irligi ba'zan nafaqat ichki organlarning shikastlanishiga, balki tananing boshqa sohalarida hamroh bo'lgan jarohatga bog'liq. 19-25% hollarda kalla va bosh miya qo'shma jarohatining(KBM), jabrlanganlarning 71,9% da qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishidan tashqari suyak sinishi kuzatilgan (, N.V. Lebedev S.A.Abdullatv va boshqalar).

Qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bo'lgan bemorlarni, shikastlanishning tabiati va ahvolining og'irligidan qat'iy nazar, kasalxonaga yotqizish to'g'ridir, chunki bemorning holati va jarohatdan keyingi dastlabki soatlardagi klinik ko'rinishi ko'p hollarda deyarli har doim ham to'g'ri kelmaydi. Shikastlanishning tabiatiga asosan tashxis qo'yish jarohat olgan paytdan boshlab dastlabki 2 soat ichida eng qiyin. Diagnostik xatolar soni shikastlanishdan keyingi dastlabki soatlarda tez-tez uchraydi, chunki ichki organlarning shikastlanish belgilari keyinroq paydo bo'ladi.

S.Z.Gorshkov va V.S. Volkovlarning yozishicha qorin bo'shlig'i yopiq travmasi bo'lgan bemorlarni qabul qilganda, 61,8% da shok kuzatilgan va ulardan 81% o'lgan va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi aniqlangan. V.E. Zakurdaev ma'lumotiga ko'ra 80,5% hollarda qorinning

yopiq travmasi bilan shok kuzatilgan, Yu.G. Shaposhnikov kuzatuvini bo'yicha 43,2%, G.F.Semenov va boshqa mualliflar 35% bemorlar o'lganligi to'g'risida ma'lumotlar bor. Ko'pincha jarrohlarning qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi borligida xato qiladilar, ular laparotomiyani amalga oshiradilar va qorin bo'shlig'ida biron bir azoda jarohat topmaganlar. Demak keraksiz laparotomiya amalga oshirilgan. Jarrohlarning ko'pincha bemorlarni bir necha soat davomida "dinamik kuzatish" ga ruxsat berishadi, biz buni xavfli deb hisoblaymiz va operatsiyani kechiktirishning har soati o'lim xavfini oshiradi.

Jarohatlangandan keyin 6 soat ichida operatsiya qilingan jabrlanuvchilarning omon qolish darajasi 80% ni, 6-12 soatdan 60% ni va 12 soatdan ortiq operatsiya qilinganidan keyin 48% ni tashkil etdi.

Qorinning yopiq travmasi paytida ichki a'zolarining shikastlanishi shok, ichki qon ketish va peritonit bilan murakkablashadi.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bo'lgan jabrlanganlarda zarba ichki a'zolarining shikastlanishining klinik ko'rinishini yashiradi. Bizning kuzatishlarimiz shuni ko'rsatadiki, agar jarohatlardan keyingi dastlabki 2 soat davomida shokga qarshi choralar samarasiz bo'lsa, ichki organlarning shikastlanishi haqida o'ylash kerak, shoshilinch choralar ko'rish kerak, jarrohlik davolash yoki instrumental diagnostika usullariga o'tish kerak.

Qorin bo'shlig'ining ichki a'zolari, ayniqsa parenximatoz va ichi bo'sh organlarning shikastlanishi bilan o'z vaqtida tashxis qo'yish jabrlanganlarni muvaffaqiyatli davolashning muhim shartidir.

Shok va ichki qon ketish bilan qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlanishining ko'plab belgilari noaniq va ba'zan butunlay bo'lmaydi. Ba'zida parenximatoz a'zolarining (jigar, taloq) yopiq shikastlanishi bilan, klinik belgilari intraperitoneal qon ketish bilan birga - terining va shilliq pardalarning oqarishi, pulsning tezlashishi, qon bosimining pasayishi, uyquchanlik paydo bo'ladi.

Oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezi, o't pufagi va jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanishlarida kamdan-kam hollarda juda qiyin tashxis qo'yiladi.

So'nggi yillarda qo'shma va ko'p sonli jarohatlar nisbati ortib bormoqda. Kuzatishlarimiz bo'yicha qorin bo'shlig'i a'zolari va tananing boshqa qismlarining kombinatsiyalangan shikastlanishi 64% ni tashkil etmoqda.

Orqa miya, qovurg'alar, pastki suyak segmentlari va tos suyagining sinishi bilan qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini istisno qilish qiyin bo'ladi, chunki ular ba'zida o'tkir qorinning klinik ko'rinishini taqlid qiladi. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, qorin devorining yopiq jarohatlari, ya'ni qorin old devorining kontuziyalari taxminan 20% ni tashkil qiladi (S.Z.Gorshkov., V.S.Volkov). Bizning ma'lumotlarimizga asosan, qorinning alohida jarohatlari 27% gacha uchraydi. Bunday hollarda qorin devorining kontuziyasini ichki azolarning shikastlanishidan ajratish juda qiyin bo'lishi mumkin.

Agar jarroh qorin old devorining kontuziyasini aniqlasa, bemorni kasalxonaga yotqizib faqat konservativ davolanishni amalga oshirsa, jarroh katta mas'uliyatni o'z zimmasiga olgan bo'ladi. Shuning uchun biz bunday jabrlanuvchilarni kasalxonaga yotqizishni, dinamik monitoringni o'tkazishni va ko'rsatmalarga muvofiq barcha diagnostika tadbirlarini o'tkazishni taklif qilamiz.

Qorin bo'shlig'i shikastlanishida retroperitoneal gematomalar alohida o'rin tutadi. Ular ko'pincha qo'l-oyoqlar, tos suyagi va umurtqa pog'onasi suyaklarining sinishi bilan birga keladi.

Keng qamrovli retroperitoneal qon ketishlar mavjud bo'lganda, har doim "o'tkir qorin" belgilari paydo bo'ladi. Ba'zida intraperitoneal qon ketishining mavjudligini farqlash qiyin bo'lishi mumkin, shuning uchun ko'pincha diagnostik laparotomiyasi amalga oshiriladi.

Ko'pincha retroperitoneal qon ketishlar bilan shok, ichki qon ketish va o'tkir qorinning klinik ko'rinishi paydo bo'ladi, bu esa bemorning og'ir ahvolidan haqiqiy sababini tashxislashni qiyinlashtiradi.

Eng katta diagnostika xatolar kalla va boshmiyaning qo'shma jarohatlarida sodir bo'ladi. Chunki ko'p holatlarda jarohatlanganlar hushidan ketgan bo'ladi. Adabiyotlarda keltirilishicha bemorlarning 73,8%ida hushining buzilishi, vaholanki bizning ma'lumotlarimizga ko'ra 63%ida, shundan 10,5% i travmatik koma holatida bo'lgan.

Keksa va qari yoshli bemorlarda ko'pincha diagnostik xatolar ko'proq sodir bo'ladi. Ushbu toifadagi bemorlarda qorin old devorining mushaklaridagi og'riq va himoya taranglashishi kuchsiz yuzaga chiqadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, spirtli ichimliklar ta'siri ostida bo'lgan odamlarda qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi diagnostikasini ko'p jihatdan qiyinlashtiradi, chunki anamnez yig'ishning iloji yo'qligi va klinik manzarasining xiralashganligi sababli qiyin bo'ladi.

Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra (L.I. Biybulatova va boshqalar, G.D. Nikitin, E.G. Greznuxin, G.N. Tsybulyak, G.N. Tsybulyak, S.D. Sheyanov, D.Bergquist va boshqalar, D.D. Trunkey) bemorlarning taxminan 22-40% spirtli ichimliklar ta'sirida yotqizilgan. . Kuzatishlarimizda jarohatlanganlarning 29 %i statsionarga mast holda olib kelingan.

## II-BOB

### QORINNING YOPIQ JAROHATINING UMUMIY KLINIK MANZARASI

Qorinning yopiq jarohati bilan diagnoz qo'yishda anamnez muhim ahamiyatga ega. Qorinning yopiq shikastlanishi anamnezi har doim qisqa, ammo bemorni tekshirishda anamnezini o'rganish katta ahamiyatga ega. Shikastlanish mexanizmini aniqlash qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishini oldindan belgilaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, qorin bo'shlig'i yopiq shikastlangan bemorlarning yarmidan ko'pi kasalxonaga behush holatda yoki ongi to'liq bo'lmagan ayniqsa spirtli ichimliklar bilan mast holatida yotqiziladi.

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, tez tibbiy yordam (TTY) tomonidan yotqizilgan bemorlarning 37,3%ida jarohatlanish mexanizmi to'g'risida ma'lumot to'plash va jarohatlanganlarning 62,7 %ida anamnez yig'ish

imkoni bo'lmagan. Bunday vaziyatda bemorning qarindoshlari, guvohlar va ularga hamroh bo'lgan tibbiyot xodimlaridan olingan ma'lumotlar muhim ahamiyatga ega bo'ladi.

Qoida tariqasida, qorinning yopiq travmasi bo'lgan bemorlar qorin bo'shlig'idagi og'riqlardan shikoyat qiladilar. Shuni esda tutish kerakki, og'riqning lokalizatsiyasi har doim ham shikastlangan organlarning topografiyasiga to'g'ri kelmaydi.

Umumiy tekshiruv vaqtida terining rangparligiga, siyanozning mavjudligiga, lablar va barmoq uchlari, shilliq pardalarda aniqlanishi, nafas olishning kuchayishi, tilning quruqligi, taxikardiyaga va qon bosimining pasayishiga e'tibor berish kerak. Ichi bo'sh azolarning yorilishi, massiv gematuriya esa buyrak shikastlanishini ko'rsatishi mumkin.

Albatta qorin bo'shlig'ining konfiguratsiyasiga e'tibor berishingiz kerak – qorin damlashi, shishib chiqishi yoki uning orqaga tortilish mavjudligi, shuningdek, nafas olish harakatida ishtirok etishining buzulganligiga e'tibor berish kerak. Qorin old devorining nafas olish faoliyatida qatnashmayatgaligi ichki azolarning shikastlanishiga shubha qilish uchun asos bo'ladi.

Bemorning og'ir ahvoli jarohatdan keyingi bir necha soat ichida asta-sekin yomonlashadi. Qorinning yopiq jarohatlari bilan og'riqan bemorning ahvoli og'irligining asosiy sabablari qorin bo'shlig'iga va retroperitoneal bo'shliqqa bir vaqtning o'zida qon ketshilaridir.

Travmatik koma, miya shikastlanishining mavjudligi va spirtli ichimliklar bilan zaharlanish bemorning ahvolini og'irlashtiradi va shu bilan o'z vaqtida tashxisni murakkablashtiradi. Kuzatishlarimizga ko'ra, jabrlanuvchilarning (10,4%) hushidan ketgan holatida, 52,3 %i esa hushi buzilgan holda yotqizilgan. Jiddiy gemodinamik buzilishlar yoki travmatik miya shikastlanishi bo'lgan bemorlarda ko'pincha shikoyatlar bo'lmagan. Shok bilan ko'p sonli jarohatlar mavjud bo'lganda, intraperitoneal falokat ko'pincha qovurg'alar, umurtqa pog'onasi va tos suyagining sinishi bilan taqlid qilinadi.

Erta tashxis qo'yishga, shuningdek, ba'zi hollarda ko'krak qafasi shikastlanishi o'tkir qorinning klinik ko'rinishini to'sib qo'yishi, boshqalarida esa ular unga taqlid qilishlari ham diagnostika xatolarining asosiy sababi hisoblanadi.

Bir qator etakchi alomatlar qorin old devorining ko'karishlari va retroperitoneal gematomaning rivojlanishi bilan yuzaga keladi.

Muayyan bir organning shikastlanish vaqtidagi fiziologik holati va bemorning ahvoli katta ahamiyatga ega. Oshqozon va ichakning yorilishi shikastlanishdan oldin oziq-ovqat iste'mol qilish bilan bevosita bog'liqdir. Ko'pincha ovqat moddalar bilan to'lganda azolarning yorilishi kuzatiladi.

Taloqning kattalashishi, ovqatdan so'ng uning qon bilan to'lishi ham uning yorilishiga yordam beradi. Quyuq ovqat bilan to'lganida qorinning pastki qismidagi zarba ichaklar devorining yorilishiga olib keladi.

Jarohat olgandan keyin o'tgan vaqt katta amaliy ahamiyatga ega, chunki qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish belgilarining yuzaga chiqishi, shuningdek, kasallikning prognozi unga bog'liq.

Qorinning yopiq jarohati bilan, to'g'ri tashxis qo'yish va shoshilinch jarrohlik operatsiyasi uchun ko'rsatmalar bo'lganda, bemorlar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab birinchi soat ichida amalga oshirilishi kerak. Bizning olgan ma'lumotlarimizga ko'ra, bemorlarning atigi 42%i qabul qilingan paytdan boshlab 2-3 soat ichida operatsiya qilingan.

Bemorning holati, tashqi ko'rinishi va umumiy holati ichki organlarning shikastlanishini aniqlash uchun alohida ahamiyatga ega. Qorin bo'shlig'i shikastlangan bemorlar og'riqni yo'qotish uchun majburiy holatni tanlaydilar, ko'pincha orqa yoki yon tomonga harakatsiz yotadilar. Bu holat o'zgarishi bilan bemorlar qichqiriq yoki nola bilan avvalgidek yana o'sha holatni oladi. Qorin bo'shlig'i shikastlanishida bemorlar qanday holatda bo'lishidan qat'iy nazar, bu belgilarning barchasi bitta umumiy nom bilan birlashtirilgan: "majburiy holat simptomi". Ba'zida parenximal azolar jarohatlanganda "vanka-vstanka" yani "vanka tur" alomati qayd etiladi.

Agar jigar shikastlangan bo'lsa, bemorlar o'ng tomonida yotishga harakat qilishadi, taloq shikastlangan bo'lsa, ular chap tomonida yotishga harakat qilishadi.

Teri va ko'rinadigan shilliq pardalarning rangi, yuz ifodasi diagnostikaga muhim yordam beradi. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalarning oqarib ketishi, jarohatlanganlarning harakatsizligi shok yoki intraperitoneal qon ketish fenomenini ko'rsatishi mumkin.

Terining taranglanishi va yaralarning mavjudligi qorin bo'shlig'ining bir yoki boshqa shikastlangan azolarining sathiga mos kelishi mumkin.

Puls qorinning yopiq shikastlanishining klinik ko'rinishidagi muhim alomatdir, shuning uchun pulsning o'zgarishi bemorning ahvolini baholashda ishonchli belgidir.

Qorin bo'shlig'i azolarining mutlaq aniqlik bilan jarohatlanganligini ko'rsatadigan aniq belgilari yo'q. Tashxis umumiy va mahalliy belgilarni baholash asosida amalga oshiriladi.

Bemorning shikoyatlariga, qorin bo'shlig'ida yoki turli joylarda, ko'krak qafasidagi og'riqlarga va uning lokalizatsiyasiga e'tibor berish kerak. Qorin bo'shlig'idagi og'riqlar, qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishiga shubha qilish imkonini beradi. Og'riq ba'zida jarohatdan keyin biroz keyinroq rivojlanadi va kuchli bo'lishi mumkin. Shok holatida, shuningdek, qon yo'qotish paytida og'riqni idrok etish pasayadi va shok holati qanchalik kuchli bo'lsa, og'riq sindromi kamroq aniqlanadi.

Kuzatishlarimizga ko'ra, jabrlanganlarning 10,4%i klinikaga hushidan ketgan holatida, 52,3%i esa hushi buzilgan holda yotqizilgan. Jiddiy gemodinamik buzilishlar yoki travmatik miya shikastlanishi bo'lgan bemorlarda ko'pincha shikoyatlar bo'lmagan.

Og'ir shikastlangan bemorlarni umumiy klinik tekshirish ko'pincha hushini yo'qotish, kuchli og'riq, teri osti emfizemasi va jarohatlarning o'zaro ta'siri tufayli qiyin kechadi. Bemorlarning 155 tasida qorin og'rig'i, 109 tasida esa qorin dam bo'lishi kuzatilgan.



Qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishi va qorin bo'shlig'ining ichki azolariga zarar yetkazadigan travmalarida doimiy og'riqlar bilan ajralib turadi, ular kuchayib boradi. Ko'pincha qorin bo'shlig'ining ichi bo'sh azolarining shikastlanishi bilan kuchli og'riqlar kuzatiladi. Parenximatoz azolarining shikastlanishi bilan, kuchli og'riq kuzatilmaydi, ayniqsa oshqozon yarasi teshilishi paytida og'riqni eslatuvchi kuchli og'riq oshqozon yarasing yorilishi bilan kuzatiladi. Xuddi shunday og'riq oshqozonning yorilishida kuzatiladi.

Tez orada atrofdagi a'zolar bilan qoplanadigan ichakning kichik yorilishi og'riq faqat shikastlanish vaqtida paydo bo'lishi mumkin, keyin esa og'riq pasayadi. Peritonitning rivojlanishi bilan og'riq yana kuchayadi. Ichaklarning yorilishi bilan qorin bo'shlig'i jarohatlari bo'lsa, xarakterli belgilardan biri harakatlanayotganda yoki tananing holatini o'zgartirganda og'riqning keskin kuchayishi hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishi og'riqning irradiatsiyasiga bog'liq: o'ng yelkaga (Ker simptomi) va jigar shikastlanishida frenikus simptomi paydo bo'ladi.

Jigarning yorilishi tufayli qorin bo'shlig'iga qon ketishida ko'pincha o'ng o'mrov suyagi sohasiga og'riqning irradiatsiyasi va taloqning yorilishida chap o'mrov suyagi sohasiga (Eleker simptomi) va qorin damlashi paydo bo'ladi (Xedri simptomi).

Oshqozon osti bezi shikastlanganda "kuydiruvchi" og'riq orqa tomondan va kuraklar orasiga tarqaladi.

## **Qorin jarohati bilan shikastlanganlarning shikoyatlari**

Jadval 1

	Bemorlar soni	
--	---------------	--

Jabrlanuvchilarning shikoyatlari		Shaxsiy shikoyatlarning foizi
Qorin og'rig'lari:		
mahalliy	108	42,3
Tarqalgan	138	57,7
Bel og'rig'i	121	50,6
Og'iz qurishi	172	71,9
Ko'ngil aynishi	152	63,6
Qusish	143	60,0
Qorin damlashi	112	46,8
Gazni chiqarishdagi qiyinchilik	97	40,5
Gemoturiya	35	14,6

### Qorin jarohatining klinik belgilari

Jadval 2

Alomatlar	Mutlaq raqam	Foizi
Qorin og'rig'i	155	65,0
Qorin damlashi	109	45,6
Nafas olish aktida qorin devori ishtirokining cheklanishi	186	77,8
Qorin old devori mushaklarning taranglashishi:	40	16,7
Shchetkin-Blumberg simptomi:		
Mahalliy	31	12,9
Tarqalgan	155	65

Perkussiyada tovushning tomoqlanishi:	154	64,4
Aniq joyda	28	11,7
Noaniq		
Ichak peristaltikasi:		
Zaiflashgan	145	60,6
Yo'q	33	13,8
Bel sohasiga zarb berganda og'riq borligi	97	40,5

### Qorinning yopiq jarohatida umumiy buzilishlarning klinik belgilari

Jadval 3

Qon aylanishining buzilishi belgilari	Bemorlar soni	Sura'ti %
Teri qoplamasining rangparligi	407	84,5
Shilliq pardalarning rangsizligi	400	83,0
Sovuq ter paydo bo'lishi	321	66,8
Qo'l-oyoqlarda sovuq sezishi	370	76,8
Puls tezligi: 150-130	167	34,7
zarba/min. 130-110	158	32,8
110 va undan past	156	32,5
Arterial qon bosimi, mm.sim. ust.	152	31,6

70/40 va undan past	233	48,4
	52	10,8
100/50 - 80/50	44	9,2
Aritmiya	196	40,8
Yurak tonlari bo'g'iqlik	304	63,1

Qorin bo'shlig'ining ichi bo'sh azolari shikastlanganda og'riqning lokalizatsiyasi juda xilma-xil bo'lishi mumkin. Og'riq reaksiyasining darajasi shikastlangan ichi bo'sh azo (yoki azolar) ichi suyuqligi tarkibining tabiatiga bog'liq. Masalan: Oshqozon shirasi, o'n ikki barmoqli ichak suyuqligi yoki oshqozon osti bezi shirasi erkin qorin bo'shlig'iga tushsa, og'riq reaksiyasi kuchli bo'lishi mumkin.

Ko'p sonli jarohatlar bilan turli azolarning suyuqligi har xil nisbatlarda aralashishi mumkin. Shu sababli, qon ketishi bilan, ichi bo'sh azolarning qo'shma shikastlanishi bilan birgalikda, ichi bo'sh azolar suyuqligi tarkibini "suyultirilishi" natijasida yengil peritoneal reaksiyalar rivojlanishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishining ko'plab simptomlarini ikki guruhga bo'lish mumkin:

1. Qorin pardasining shikastlanishining dastlabki belgilari, himoya reaksiyalari shaklida namoyon bo'ladi;
2. Rivojlanayotgan peritonitga xos kechki simptomlari.

Qorin pardasi shikastlanishining erta rivojlanishi belgilari qorin devoridagi taranglashish, nafas olishda ishtirok etmaslik va Shetkin-Blumberg simptomini o'z ichiga oladi. Qorin devorining taranglashishi qorin bo'shlig'i azolarining jarohatlanganligining eng ishonchli belgisidir. Bu simptomlar asosida visseral reflekslarning paydo bo'lishi yotadi.

Palpatsiya orqali qorin bo'shlig'i shikastlanishining alohida belgilarini aniqlashi mumkin - qorin old devori mushaklarining qattiqligi, mahalliy yoki tarqalgan og'riq, Shetkin-Blumberg simptomi va qo'shma

shikastlanishlarni hisobga olgan holda ularning yo'ldosh jarohatlarini to'g'ri talqin qilish.mumkin

Keskin qorin damlashi, ammo yumshoq qorin retroperitoneal gematomaning dastlabki belgilaridan biridir. Mushaklar taranglashishi va aniq Shetkin-Blumberg simptomi bilan birgalikda mavjudligi ichi bo'sh azolarning yorilishidan ishonchli shubhalanishga imkon beradi.

Qorin bo'shlig'ida qon va ichi bo'sh azolar maxsulotining to'planishi bilan, erta davrda og'riq yengil bo'lishi mumkin. Bunday holat xatto kuchli shok, spirtli ichimliklar bilan mastligi va miyaning travmatik shikastlanishida ham kuzatilishi mumkin. Ba'zida turli xil politravmalar fonida ichi bo'sh azolarning yorilishi birinchi soatlarda og'riqsiz va himoya taranglanishisiz sodir bo'lishi mumkin.

Shuni yodda tutish kerakki, erta davrda kuchli og'riqlar tufayli ko'plab qovurg'alar sinishi bilan qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishlarining erta davrida e'tiborsiz qolishi mumkin. Qorin devorining nafas olish aktida ishtirok etmasligi, diafragma mushaklarining reflektor taranglashishining ishonchli belgilaridan biridir.

Biroq pastki qovurg'alar, tos suyaklarining sinishi va yumshoq to'qimalarning kontuziyalari qorin bo'shlig'ining shikastlanishiga o'xshashlik simptomlarini keltirib chiqarishi mumkin.

Qorin bo'shlig'idan tashqari "o'tkir qorin" sindromlarini eslatuvchi klinik ko'rinishlar ikki turdagi xatolar uchun sabab bo'lishi mumkin. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq jarohatlarini tashxislashda qorin old devorida perkussiya qilinganida og'riqli belgilarning(Mendel simptomi) mavjudligi katta ahamiyatga ega. Qorin old devorining perkussiyasida o'tkir og'riq, oshqozon va ichak maxsulotlarining, shuningdek, siydikning qorin bo'shlig'iga tushganida paydo bo'ladi. Qorin bo'shlig'ining ichi bo'sh azolari shikastlangan bo'lsa, jigar to'mtoqligining yo'qolishi pnevmoperitoneum mavjudligini ko'rsatadi.

Shuningdek, yorilib ketgan parenximatoz azolardan yoki yorilib ketgan tutqichning tomirlaridan erkin qorin bo'shlig'iga qon ketishining dastlabki belgisi hisoblanadi. Shu bilan birga, qorinning old devoridagi

perkussiya og'rig'i alomati, shuningdek qovurg'alar sinishi, katta retroperitoneal gematomalarda, ichki azolarga zararlanmay qorin old devorining latlanishi va gematomalarida ichki azolar jarohatisiz ham aniqlanishi mumkin. Perkussiya yordamida qorin bo'shlig'ida suyuqlik va gaz, plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlanadi.

Birinchi holda, ular ko'krak qafasidagi to'mtoqlik darajasiga, ikkinchidan, jigar sohasidagi to'mtoqlik, chap va o'ngdan ayrim joylarda borligiga e'tibor berish kerak. Parenximatoz azolarning shikastlanishi va qorin bo'shlig'ida qon to'plangan taqdirda, ayrim joylarda to'mtoq tovush aniqlanadi. Ko'p hollarda qattiq og'riq (Kulenkampf simptomi) yumshoq qorin devori bilan perkussiya paytida aniqlanadi. Bemorning holatini yon tomonga o'zgartirish bilan perkussiya qilinib qorin parda orqa bo'shligi gematomasini (to'mtoqlanish chegarasi o'zgarmaydi- Djoys simptomi musbat). Qorin bo'shlig'ida suyuqlik borligidan to'mtoqlanish chegarasi o'zgaradi- (Djoys simptomi manfiy) differensiallash mumkin.

Qorin bo'shlig'ining ma'lum bir qismida to'mtoqlik aniqlangandan so'ng, bemor yon tomonga buriladi. Agar to'mtoqlanish qarama-qarshi tomonga o'tsa - bu qon ketish manbai borligi va suyuq qon mavjudligini ko'rsatadi - Belens belgisi musbat.

Muhim diagnostika usullaridan biri qorin bo'shlig'ini auskultatsiya qilishdir, ya'ni: ichak peristaltikasi tovushlarining mavjudligi yoki yo'qligi. Bo'shliq azolar shikastlanganda, peritonit va ichak parezlari rivojlanishi natijasida ichaklar peristaltikasi zaiflashadi yoki butunlay yo'qoladi.

Peristaltika tovushlarning yo'qligi qorinning asoratlanmagan kontuziyalarida va retroperitoneal gematomalarida ham kuzatiladi, ko'pincha meteorizm bilan birga keladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanganda, ko'ngil aynishi va qayt qilish tez-tez uchraydi va muhim alomatlardan bo'lib hisoblanadi. Ko'ngil aynishi va qusish qorin bo'shlig'ining yopiq jarohatlarining kech rivojlanadigan belgilaridan biridir.

Shuni ta'kidlash kerakki, kombinatsiyalangan travma bilan, shuningdek, kalla bosh miya shikastlanishi va spirtli ichimliklar bilan zaharlanishlarida

ham mavjud bo'lib, ular ham ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga keladi.

Qorin shikastlanganda axlat va gazlarni ushlab turish holati buziladi, ayniqsa peritonit paytida intoksikatsiyaning natijasida ichaklar parezi, ya'ni ichi bo'sh azolarning shikastlanishining kech belgilariga ishora qiladi. Dizurik hodisalar siydik chiqaruv azolarning shikastlanishiga xosdir. Siydik yo'llari yopiq shikastlanishining eng xarakterli belgisidan biri gematuriya hisoblanadi. Tos suyaklarining sinishi bilan ko'pincha to'g'ri ichakning suyak parchalari bilan yorilishi mumkin. Bunday holatlarda barmoq bilan tekshirilganda qonning mavjudligini va suyak bo'laklari aniqlanadi. Presakral emfizema va xanjarsimon shishning borligi aniqlanishi retroperitoneal gematomaning va o'n ikki barmoqli ichakning retroperitoneal shikastlanishini borligini ko'rsatadi.

### III-BOB

#### ICHKI AZOLARNING JAROHATISIZ QORINNING YOPIQ SHIKASTLANISHLARI

**Qorin old devorining latlanishi.** Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra qorin old devorining yopiq jarohatlari barcha qorin jarohatlarining taxminan 20% ni tashkil qiladi. Kuzatishlarimizga ko'ra, jarohatlanganlar 482 kishidan 131 nafarida (27%) qorin old devorining alohida latlanishi bo'lib, 265 nafarida (55%) retroperitoneal gematoma bilan birgalikda kuzatilgan.

Qorin old devori shikastlanganida mushaklararo qon ketishlar va qorin bo'shlig'idan oldingi to'qimalariga qon quyilishi bilan birga bo'lishi mumkin. Biroq, aksariyat hollarda, faqat qorin devori shikastlanganda, latlanishlar, gematomalar va mushaklarning yirtilishi kuzatiladi.

Qorin devorining shikastlanishi o'tkir og'riq va qorin mushuklarining reflektor qisqarishi bilan kechadi. Ko'pincha bemorlar orqada, ko'krak qafasining lateral yuzasiga mos keladigan og'riqlarga shikoyat qiladilar. Natijada og'riq, qorin bo'shlig'i mushaklaridagi reflektor taranglanishi, ba'zan esa qorin pardaning tasirlanishi simptomlari paydo bo'ladi. Bunday holatda keraksiz laparotomiya ko'pincha noto'g'ri amalga

oshiriladi. Differentsial tashxis ba'zan qiyin bo'ladi. Qo'yilgan xatolar giper diagnostika bilan bog'liq bo'lib, ichki azolarning shikastlanishi mavjudligini aniqlashni qiyinlashtiradi. Zamonaviy laparotsentez va laparoskopiya usullaridan foydalanish bu xatolardan holi bo'lish imkonini beradi.

**Retroperitoneal gematomalar.** Retroperitoneal qon quyilishlar ko'pincha tos suyaklarining, ayniqsa orqa yarim halqa suyaklarining sinishi bilan sodir bo'ladi.

Retroperitoneal qon quyilishining paydo bo'lishida asosiy yordam beruvchi sababi to'kilgan qonni shimishi, chanoqning anatomic buzilgan siyrak fatsiyal- to'qimalarning bo'shliq bilan bog'liqligidir. Tos bo'shlig'ining anatomic tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari hisoblanadi. Tos suyaklarining sinishida qon ketishining manbalari tos suyaklarining mo'l-ko'l rivojlangan qon tomir apparatlariga, venoz chigallariga va tos bo'shlig'i sohalarining yirik asosiy tomirlar magistrallariga bog'liq.

**Tos suyaklarining sinishida** retroperitoneal qon quyilishlar 7% dan 27% gacha uchraydi. Shikastlanish paytida yuzaga keladigan katta retroperitoneal qon quyilishlar (retroperitoneal gematomalar) nafaqat tos suyaklarining sinishi, balki umurtqa pog'onasining shikastlanishi bilan ham sodir bo'ladi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga asosan, retroperitoneal gematomalar qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishlarining taxminan 15% ni tashkil qiladi. Bizning kuzatishlarimizda qorin bo'shlig'idan tashqi qon quyilishlar 264 (54,7%) bemorlarda, asosan qo'shma jarohatlarda kuzatilgan.

Retroperitoneal qon quyilishlarning klinik ko'rinishi juda xilma-xildir. Bu asosan qorinda sekin rivojlanuvchi o'tmas og'riqlar, mahalliy mushaklarning taranglanishi, bemorning tana holati o'zgarganda chegaralarni o'zgartirmaydigan mahalliy xarakterdagi perkussiya tovushining to'mtoqlanishi (Djoys simptomi), erta ichak parezlari bilan namoyon bo'ladi. Agar og'ir qon yo'qotish fonida o'tkir qorinning sanab o'tilgan belgilari niqobli bo'lsa, diagnostik va taktik qiyinchiliklarni yanada kuchaytiradi.



Qo'shma jarohatlarda, tos suyaklarining sinishi tananing boshqa sohalari (bosh suyagi, ko'krak, qo'l-oyoqlar) shikastlanishi bilan qo'shilganda, retroperitoneal qon ketishining klinik kechishi yanada qiyinlashadi va differentsial tashxis yanada og'irlashadi. Retroperitoneal qon ketishining differentsial diagnostikasi etarli darajada ishlab chiqilmagan. Retroperitoneal qon ketishining murakkab klinik ko'rinishi shok belgilaridan iborat bo'lib, bu tashxisni juda qiyinlashtiradi. Shuning uchun retroperitoneal gematomalar uchun diagnostik laparotomiyalar soni eng yuqori darajada qolmoqda va bu holatlarning 50-70% ni tashkil qiladi.

Hozirgi vaqtda favqulodda diagnostika maqsadida laparotsentez va laparoskopiya usullari qo'llaniladi.

Tos suyaklarining sinishiga qarab (oldingi yarim halqaning bir yoki ikkita suyagi) yumshoq to'qimalarda qon ketishi 500-1000 ml gacha, massiv yoriqlarda esa 3 litrgacha qon ketishi mumkin.

Hozirgi vaqtda chanoq a'zolarining yoriqlari uchun retroperitoneal gematomalarning laparoskopik ishchi tasnifi taklif etilgan(S.Z. Gorshkov va V.S. Volkov, 1978).

1. Pastki gematomalar chanoq bo'shlig'idan V-bel umurtqa si sathigacha tarqaladi, qon yo'qotish hajmi taxminan 250-500 ml ni tashkil qiladi.

2. V dan II bel umurtqalarining sathigacha aniqlansa o'rtacha gematomalar hisoblanadi. Ular ko'pincha bir tomonlama bo'ladi. Qon yo'qotish 1000-1500 ml ni tashkil qiladi, har doimgidek gemorragik shok rivojlanadi.

3. Katta gematomalar II beldan XII ko'krak umurtqasigacha tarqaladi, aksariyat holatlarda o'tkir qorinning klinik ko'rinishi rivojlanadi. Qon ketish hajmi ko'p bo'lib, 2-3 litr yoki undan ko'proq bo'ladi. Bunday bemorlarga katta dozalarda qon quyish kerak.

Laparotomiya usuli nafaqat retroperitoneal gematomani aniqlashga, balki bemorni davolashning keyingi taktikasini aniqlashga ham xizmat qiladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda retroperitoneal gematomalar tufayli o'tkir qorinning klinik ko'rinishi bo'lgan bemorlar ko'pincha diagnostik laparotomiya qilinadi.

#### IV BOB

### QORINNING YOPIQ JAROHATLARIDA ICHKI A'ZOLARNING SHIKASTLANISHLARI

1 Ichki organlarning yopiq shikastlanishlari ko'p sonli xarakterga ega. Ichi bo'sh a'zolarning shikastlanishlari-ularning latlanishlari, bosilib ezilishi, to'la va qisman yorilishi guruhlariga bo'linadilar.

To'liq yorilish - bu a'zolar devoridagi chiziqli yoki tartibsiz shakldagi nuqsonlar. A'zolar devorining qisman yorilishi deb seroz yoki mushak qavatining shikastlanishi uning shilliq qavatining butligi saqlanganligi bilan xarakterlanadi. Ayrim holatlarda ingichka ichakning shilliq va shilliq osti pardalarining zararlanishi mumkin. Bunda ichak devorlari ichi tomirlarining jarohatlari bo'lib ichak ichiga qon quyilishi mumkin. Bunday holatlarda ichakning visseral va mushak qavatlari o'zgarmay qoladi.

**Bo'shliq a'zolarning latlanishi**-organik gematomaga o'xshaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, yo'g'on ichakning ko'karishi yuzaki subseroz gematoma bilan tavsiflanadi, ingichka ichakning latlanishida yuzaki subseroz gematoma, ingichka ichakning latlanishida esa chuqur, submukozal gematomalar hosil bo'ladi. Ichakning barcha devorlarida hosil bo'lgan katta gematomalar mavjudligi ichak devorining ezilishini ko'rsatadi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining bir va bir nechta shikastlanishlari bo'lishi mumkin. Bitta jarohatga misol -taloqning yorilishi. Agar taloqning yorilishi bilan bir qatorda, jabrlanuvchining ingichka ichaklari yorilib ketgan bo'lsa, biz bir nechta a'zolarning ko'p sonli shikastlanishini tushunamiz.

Har bir a'zo, o'z navbatida, bitta yoki bir nechta yaraga ega bo'lishi mumkin. Shu munosabat bilan monofokal va polifokal jarohatlarga ajratiladi.

Keng tarqalgan amaliyotda bir organning bir nechta yaralari mavjud bo'lganda, "ko'p" atamasi ham qo'llaniladi (ingichka ichakning bir nechta yorilishi).

Yara yirtilishlarni yoriq deb xarakterlaganimizda ularning soni va lokalizatsiyasiga bog'liq umum qabul qilingan anatomic joylashishiga asoslanadi (taloqning pastki qismi ko'p sonli yirtilishi, jigarning teshib o'tuvchi yarasi va hakoza).

Parenximatoz a'zolarining shikastlanishi kapsulasining yaxlitligini buzmasdan (subkapsulyar va markaziy gematomalar) va uning yaxlitligini buzgan holda (yoriqlar, yorilishlar va majag'lanishlar) sodir bo'ladi. Keyinchalik, ajralgan va tarang kapsulaning yorilishi tufayli subkapsulyar gematomalar va uning yorilishi bilan qorin bo'shlig'iga qon oqishi bilan tamomlanadi. Parenximal organlarning bunday yorilishi odatda bir va ikki bosqichli bo'ladi. Markaziy gematoma hech qanday klinik ko'rinishsiz, ammo jiddiy funktsional buzilishlar bilan katta o'lchamlarga yetishishi mumkin.

**Parenximatoz a'zolarining** yoriqlari va yorilishi chiziqli yoki yulduzsimon shaklga ega bo'lishi mumkin, bitta yoki ko'p, yuzaki yoki chuqur bo'lishi mumkin. Chuqur, bir-biri bilan bog'lanib, qorin bo'shlig'ida yoki retroperitoneal bo'shliqda erkin yotishi mumkin.

**Ezilish** - bu a'zo shikastlanishining o'ta og'ir darajasi bo'lib, to'qimalarning bosilishi natijasida yoki o'q otar yaralari natijasida jarroh operatsiya paytida o'q parchalari qoldiqlarini, yirik parenxima tomirlarining bo'laklarini topadi.

Kuchli zarba bilan bog'liq og'ir shikastlanish a'zolarining (buyrak, taloq) uning ildizidan to'liq ajralishga olib kelishi mumkin.

#### IV BOB. I. PARENXIMATOZ A'ZOLARNING YOPIQ JAROHATLARI

Jigar shikastlanishi: qorinning yopiq shikastlanishi tarkibida jigar shikastlanishi etakchi o'rinni egallaydi. A'zoning topografik va anatomik tuzilishi uning qon bilan ta'minlanishining o'ziga xos xususiyatlari operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning yuqori bo'lishini va o'lim darajasi 20-80% ga etadi. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, ichki a'zolarining shikastlanishi bilan yopiq qorin travmasida jigar shikastlanishi 17-30% ni tashkil qiladi. Kuzatishlarimizga ko'ra, jigari shikastlanganlar 482 nafar bemorlarning 29 foizini tashkil qilgan.

Jigar shikastlanishlarining tasnifi. (V.S. Shapkin va boshq. 1977).

I. Yopiq jarohatlari.

A. Jarohat turi: kapsulasining shikastlanishi bilan jigar yorilishi; subkapsulyar gematomalar, markaziy yorilishlar yoki jigar gematomalari, ekstrahepatik o't yo'llari va qon tomirlarining shikastlanishi.

B. Jarohat darajasi: yuzaki yoriqlar va 2 sm gacha chuqurlikdagi yoriqlar, 2-3 sm chuqurlikda a'zo qalinligining yarmigacha bo'lgan yirtiqlar, organ qalinligining yarmidan ko'p chuqurligi va teshib o'tuvchi, maydalangan jigarning alohida bo'laklarga bo'linib ketishi.

D. Jarohatning lokalizatsiyasi bo'icha (bo'laklari va segmentlari bo'yicha).

C. Jigar ichidagi tomirlar va o't yo'llarining shikastlanishlari.

Hozirgi vaqtda jigar shikastlanishining eng keng tarqalgan sababi avtotransport hodisalari hisoblanadi. Ikkinchi o'rinda, katta balandlikdan tushganda sodir bo'ladi.

Jigarning yopiq shikastlanishlari mexanizmi xilma-xil bo'lib, uch turdagi mexanik ta'sirlardan kelib chiqadi: qorin va ko'krak devoriga to'g'ridan-to'g'ri zarba, siqish va qarshi ta'sir.

Jigarning shikastlanish turlari juda xilma-xildir (yorilishlar, ezilish, yoriqlar, uzilib ketish). Ayniqsa, subkapsulyar yoki intrahepatik gematomaning shakllanishi va keyinchalik kapsulaning yorilishi va qorin

bo'shlig'iga qon ketishi bilan jigar shikastlanishini qayd etish kerak. Bunday jarohatlar jigarning ikki bosqichli yoki ikki fazali yorilishi deb ataladi.

Gemobiliya - safro bilan qonning ichakka chiqishi - jigar shikastlanishining kam uchraydigan, og'ir asoratidir.

Adabiyotga keltirilgan ma'lumotlarga asosan, gemobiliya jarohatlardan keyin bir necha kundan 6 oygacha bo'lgan davrda sodir bo'ladi.

Gemobiliyaning klinik manzarasi jabrlanganlarda simptomlar triadasining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi: o'ng qovurg'alar yoyi ostida og'riq, oshqozon-ichak tizimidan qon ketish va sariqlik.

Og'riq gemobiliyaning eng keng tarqalgan alomatidir. Ular ko'pincha xurujsimon bo'lib, vaqti-vaqti bilan umumiy o't yo'lining qon quyqalari bilan tiqilib qolishi natijasida yuzaga keladi.

Oshqozon-ichak tizimidan qon ketishlar ko'pincha qon aralash qusish bilan namoyon bo'ladi, turli kichik darajada katta massiv qon ketishgacha sodir bo'ladi.

Gemobiliyadagi sariqlik ikkilamchi xarakterga ega, ko'pincha engil, ba'zan vaqti vaqti bilan yuzaga chiqadi.

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, ko'pincha qo'shma va politravmalarda katta yaralarda massiv shikastlanishlarda kuzatiladi.

Jigarning massiv shikastlanishlari orasida jigarning to'liq ezilishi bo'lib, Kuino tasnifi bo'yicha jigarning ikkidan ortiq segmentlarining shikastlanishi, yirik tomirlar va o't yo'llarining shikastlanishi kiradi. Diagnostik xatolar soni, ayniqsa qo'shma jarohatlar bilan, 25-30% ga yetadi.

Jigar shikastlanishining diagnostikasi klinik tekshiruv va jabrlanganlarni har tomonlama kompleks tekshirishga asoslanadi. Shu bilan birga, og'ir qo'shma travma bilan bemorlarni umumiy klinik tekshirish ancha og'ir hisoblanadi. Bemorlarning behushligi, kuchli og'riq, o'zaro og'irlashish sindromining rivojlanishi va shok holati sabab bo'ladi.

Jigar shikastlanishida kech diagnoz qo'yilishi sabablari bemorning og'ir umumiy ahvoli va og'ir qo'shma kalla va bosh miya shikastlanishining mavjudligidir.

**Jarrohlik taktikasi:** Agar ichki qon ketishi bilan jigar shikastlanishi tashxisi aniqlansa, operatsiya darhol qon quyish niqobi ostida amalga oshirilishi kerak.

Jarrohlik taktikasini tanlash V.Shapkinning tasnifiga asoslandi. V.Shapkin va so'nggi yillarda ko'plab mualliflar Moor E.E. tasnifidan foydalanishni taklif qilishdi. Jarrohlik usulini tanlash jigar shikastlanishining lokalizatsiyasiga bog'liq. Chap bo'lagi alohida shikastlanishi bo'lsa, o'rta laparotomiya tavsiya etiladi. Jigarining o'ng bo'lagi shikastlanganida kesma Rio Branko yoki Petrovskiy-Pochucheva bo'yicha o'ng tomonga kengaytiriladi. Jigarining o'ng bo'lagi mobilizatsiya qilinishi uchun yumaloq, qilichsimon va uchburchaksimon bog'lamlarini kesish bilan amalga oshiriladi.

Jigar yarasida gemostaz qilishga alohida e'tibor berish zarur. Gemostaz pretsizion usulda o'tkazilib, atravmatik tikish materiallari ishlatiladi, ko'pincha elektrokoagulyatsiya qilinadi

Zararlangan hududda nekrotik to'qimalar mavjud bo'lsa, ular olib tashlanadi. Jigar yarasida shikastlangan o't yo'llarini tikish atravmatik tikuv materiali bilan amalga oshiriladi.

III va IV darajali shikastlanishlarida rezektsiya usuli qo'llaniladi va tashqi o't yo'llariga drenaj qo'yiladi.

Jigarining katta shikastlanishi, beqaror gemodinamikasi va davom etayotgan qon ketishida asosiy tomirlarni (aorta, kava vena va ularning shoxlari, gepatoduodenal bog'lam barmoqlar bilan Pringli usulida) bosiladi va qorin bo'shlig'iga quyilgan qonni qayta quyish qo'llaniladi.

Jigarining to'liq ezilgan holatlarida biz birinchi bosqich sifatida vaqtinchalik gemostazni (tamponada yoki paketlash) qo'llashni tak qil amiz va keyinchalik yakuniy gemostazga erishish uchun rejali

relaparotomiyani bajaramiz. Salfetkalarining paketini olib tashlash uchun relaparotomiya 5-8 kundan keyin amalga oshiriladi.

Past shikastli va minimal invaziv texnologiyalardan foydalanish, ikki-uch bosqichli jarrohlik aralashuvlar, ayniqsa, kombinatsiyalangan shikastlanishlar (qo'l-oyoqlarning shikastlanishi, bosh miya shikastlanishi) bemorlarni davolash prognozini yaxshilashi mumkin.

Parenximatoz a'zolar shikastlanganda gemostazning tubdan yangi texnologiyalarini yaratish uchun "Taxocomb" yara qoplamasi qo'llaniladi. Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, Taxocomb yuqori gemostatik samaradorlikka ega.

Operatsiyadan keyingi davrda ikkilamchi qon ketish, jigar va buyrak yetishmovchiligi, pnevmoniya, plevrit kabi asoratlarning rivojlanishi mumkin, bu bemorlarning 25-30% da uchraydi. Kech yuzaga chiqadigan asoratlarning - yashovchanligi bo'lmagan jigar to'qimalarining sekvestrlanishi, abscesslar va oqmalarning hosil bolishidir. Jigarning yopiq shikastlanishi bilan o'lim darajasi 20-80% yuqori bo'lib qolmoqda.

**Taloqning shikastlanishi:** Adabiyotlarga ko'ra, taloqning yorilishi qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi paytida qorin bo'shlig'i a'zolarining barcha shikastlanishlarining 20-30% ni tashkil qiladi (Abakumov M.M, Vladimirova, Abdullayev S.A, Pogodina A.N. Tveritnova T.A).

Qorin bo'shlig'i yopiq jarohati bo'lgan bemorlarning 25,6 % taloq yorilishi aniqlandi. Ularning 28 % subkapsulyar yorilish, 31 % transkapsulyar, 30,5 % qon tomir oyoqchalarining shikastlanishi, 5,5 % taloq kontuziyasi, 5 % taloq to'qimasining parchalanish kuzatilgan.

Yopiq shikastlanish paytida taloqning yorilishi chap tomondan ko'krak qafasi shikastlanishi bilan ham, qorinning yuqori qismidagi shikastlanish bilan ham sodir bo'lishi mumkin. Taloqning o'zidagi kasalligida uning hajmini sezilarli darajada kattalashganligi va parenximasidagi o'zgarishlarga olib keladigan patologik jarayonlarning mavjudligi taloqning yorilishiga yordam beradi.

Amalda, taloq yorilishi ham izolyatsiya qilingan, ham boshqa qo'shni qorin azolari (oshqozon, buyraklar, diafragma, oshqozon osti bezi) bilan birgalikda sodir bo'ladi. Ko'p holatlarda yoriqlar tez-tez uchraydi va taloqning tomir oyoqlaridan ajralishi kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Taloqning bir bosqichli va ikki bosqichli yorilishi ham mavjud.

Bir fazali yoriqlar bilan parenxima va kapsulaga bir vaqtning o'zida zarar yetkaziladi. Bunday yorilishlardan so'ng, qorin bo'shlig'iga qon quyilishi jarohatdan so'ng darhol paydo bo'ladi.

Ikki fazali yorilishlar bilan, odatda, dastlab faqat taloq parenximasi subkapsulyar gematoma shakllanishi bilan shikastlanadi. Ikkinchi fazasida jismoniy faollik, og'irlikni ko'tarish, zo'riqish, yo'talish, aksirish ta'sirida kapsula yorilib, subkapsulyar gematoma qorin bo'shlig'iga yoriladi. Ularning orasidagi interval vaqti turli bo'lishi mumkin. Adabiyotlarda 1 kundan 30 kungacha bo'lgan ma'lumotlar mavjud.

**Klinik manzarasi.** Taloqning yopiq shikastlanishining klinik ko'rinishi har xil bo'lib, shikastlanishning og'irligiga va jarohatdan keyin o'tgan vaqtiga bog'liq. Yopiq taloq shikastlanishining etakchi belgilari o'tkir qon yo'qotish va shok belgilaridir. Yopiq taloq shikastlanishining dastlabki belgilaridan biri bu bir necha daqiqa yoki soat davomida hushidan ketishdir.

Har doimgidek, bemorlar chap hipokondriyumda, qorinning yuqori qismida, butun qorin bo'shlig'iga tarqaladigan og'riqdan shikoyat qiladilar. Bemorlar chap qovurg'a yoyi ostidagi og'riqqa, qorinning hamma qismiga tarqalishiga shikoyat qiladilar.

Juda xarakterli simptomlaridan - bu og'riqning chap yelka kamari (Ker simptomi), chap elka suyagiga (Eleker simptomi) va qorinning damlashi ko'pincha qayd etiladi (Heinek-Lejar simptomi). Qorin bo'shlig'iga to'kiklgan qon qorin pardani tasirlaydi.

Palpatsiya paytida qorin old devorida taranglashishi, bemorlarning 70 foizida qayd etilgan. Qorin pardasining tasirlanishi xususiyati tufayli va ba'zi hollarda ijobiy Shchetkin-Blumberg simptomi paydo bo'ladi.



Perkussiya paytida sezilarli intraperitoneal qon ketishi bilan, ayniqsa, chap lateral kanalda perkussiya tovushining to'ymoqlashishini aniqlash mumkin. Chap lateral kanali orqali yonbosh sohasida asta-sekinlik bilan o'tadi. Bu holat taloqning yorilishi bo'lib adabiyotlarda Pits-Beleks-Tomayer simptomi deyiladi.

Qorinda damlashi va ayrim joylarda perkutor tovushining to'ymoqlanishi taloqning yopiq shikastlanishining eng xarakterli belgilaridir. Bundan tashqari, katta qon ketish bilan, yuqorida sanab o'tilgan alomatlarga qo'shimcha ravishda, o'tkir qon yo'qotishning umumiy ko'rinishlari tez rivojlanayotgan zaiflik, quloqlarida shovqin, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, qusish, sovuq yopishqoq ter, terining rangsizligi va ko'rinadigan shilliq pardalar shaklida aniqlanadi. . Ayniqsa, og'ir holatlarda, hushning to'liq yo'qolishi, qon bosimining keskin pasayishi va yurak urish tezligining oshishi mumkin.

Klinik ko'rinishlarning og'irligiga qarab, taloqning yopiq shikastlanishi 3 darajaga bo'linadi:

1. Jiddiy zarar. Ular qon tomir oyoqchalarining shikastlanishi va uning ajralishi, kapsulaning ko'p shikastlanishi va boshqa organlarning kombinatsiyalangan shikastlanishlarida kuzatiladi. Aksariyat hollarda bemorlar past qon bosimi, zaif puls, ba'zan esa terminal holatda keladi.
2. O'rtacha zarar- shok holati bilan birga keladi. Jabrlanganlar o'tkir qon yo'qotish va qorin bo'shlig'idagi falokat belgilari bilan qabul qilinadi.
3. Kechiktirilgan yorilishlarning klinik ko'rinishi bilan taloqning shikastlanishi. Ushbu jabrlanuvchilar guruhida jarohatlardan keyin qorin bo'shlig'idagi falokat sekin rivojlanadi. Ushbu guruhdagi bemorlarda taloqning subkapsulyar yorilishi ko'proq kuzatiladi. Qorin bo'shlig'idagi falokat klinikasi taloqning ikki fazali yorilishi va ular bilan bog'liq jarohatlarni yashiradi.

#### IV.-BOB.II. ICHI BO'SH A'ZOLARNING JAROHATLARI

**Oshqozon shikastlanishi:** Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, oshqozonning shikastlanishi qorin bo'shlig'i azolari shikastlanishining 2-4% ni tashkil qiladi. Biz 482 nafar bemorning 4 nafarida (0,8%) oshqozon yorilishini qorinning old devorining yopiq jaroxatida kuzatdik. Oshqozonning yopiq shikastlanishi bilan qorin bo'shlig'iga to'g'ridan-to'g'ri zarba berish, shuningdek, shikastlanish vaqtidagi oshqozon holati katta ahamiyatga ega. Oshqozon to'la bo'lsa, kuchli zarba tufayli yanada kengroq yorilishlar paydo bo'ladi. Balandlikdan yiqilishda hatto oshqozon shikastlanishi ham paydo bo'lishi mumkin.

Oshqozonning to'liq bo'lmagan va to'liq yoriqlari mavjud. To'liq bo'lmagan yorilish bilan, oshqozon shilliq qavati buzilmagan holda, seroz yoki mushak pardasining shikastlanishi yoki ikkala pardalarning yorilishi mavjud. To'liq yorilish bilan butun oshqozon devorining yaxlitligi buziladi. Ko'pincha oshqozonning old devori shikastlanadi, kamroq orqa devor va kardiyal qismi yirtilib ketadi. To'plangan adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, 20% holatlarda operatsiyadan oldin aniq tashxis qo'yilgan.

**Klinik ko'rinishi:** Yopiq oshqozon shikastlanishlarining klinik ko'rinishi palpatsiya paytida qorinning yuqori qismida o'tkir og'riqlar, ko'ngil aynishi, qusish, ba'zan qon bilan aralashgan holda namoyon bo'ladi va turli darajadagi shokning har xil darajasi bilan yuzaga chiqishi mumkin.

Oshqozon devorining to'liq yorilishi bilan ichi bo'sh azolarning teshilishiga xos bo'lgan xanjarsimon og'rig' belgilari paydo bo'ladi.

Oshqozonning orqa devorining yorilishi qorin bo'shlig'ining chuqurligida o'tkir, kuydiruvchi og'rig'i bilan ajralib turadi, orqa yelka tomonga irradiatsiya beradi. Tashxis qo'yishda muntazam rentgen tekshiruvi muhim ahamiyatga ega, unda qorin bo'shlig'ida erkin gaz aniqlanadi. Agar oshqozon yorilishi shubha qilingan bo'lsa, shoshilinch jarrohlik aralashuvi zarur.

**O'n ikki barmoqli ichakning shikastlanishi:** O'n ikki barmoqli ichakning mexanik jarohatlari qorin bo'shlig'i a'zolari jaroxatlarining 10 %ini tashkil qiladi. Abakumov M. M. 2014 Ammo boshqa avtorlar 0,4 – 6,5 berganlar. Bu ichak kontuziyalari juda kam uchraydi.

12 barmoqli ichak jarohatlarining asosiy turlaridan mexanik jarohatlari ko'proq uchraydi. 12 barmoqli ichakning jarohatlarida asosan uning yirtilishi (66.7%) birinchi o'rinni egallaydi. Ammo 3/1 bemorlarda (29.6%) uning devorlarida qon quyilishlar yuzaga chiqadi (Молитвославов А.Б 2004).

E.A Vagner (1984) medaning 12 barmoqli ichakdan uzilib ketishi 11.8%i qorinning yopiq jarohati bilan bemorlarda uchragan. Ayrim mualliflarning (Вальтер В.Г 1997) keltirilishicha 47.1 % ni va qorindan tashqari yirtilishlari 31.4 % bemorlarda uchragan. Shundan 21.4 % holatlarda qo'shma qorin ichi va qorindan tashqari ichaklar jarohati bo'lganlar. 12 barmoqli ichakning ochiq jarohatlari adabiyotlarda keltirilishicha 48-61.4 % ni tashkil qilganlar. Shulardan 87.5 %i uning qorin pardadan tashqari qismi jarohatlanganlar, 71.4 % bemorlarda qorin bo'shlig'iga teshib o'tuvchi yaralarda uchraganlar.

### **12 barmoqli ichak jarohatlari klinikasi va diagnostikasi**

12 barmoqli ichak jarohatlarining klinik yuzaga chiqishi jarohat ilgan muddatiga, uning devorining jarohati turiga va asoratlarni yuzaga chiqishi bilan bog'liq. Uning yuqorigi gorizonta va pastga tushuvchi qismining jarohatlarida uning yarasi perforatsiyasi klinikasini beradi. Bunda asosan kuchli og'riq paydo bo'ladi. Hatto ulug' G.Mondor (1937) 12 barmoqli ichak jarohatida uncha aniq bo'lmagan og'riq bo'lishini yozgan. Alohida takidlash kerakki uning qorin pardadan tashqari qismining jarohatlarida 4 variantda o'tadigan og'riqli simptoma kompleks bo'lishi mumkin.

1. Birinchi tipida ichakdan qon oqishlar belgilari yuzaga chiqishi mumkin.
2. Ikkinchi tipida o'ng tomonlama buyrak sanchig'li klinikasini beradi. Bunday holatlarda urodinamik o'zgarishlar bo'lmaydi
3. Uchinchi tipida bel mushaklarining jarohatlari klinikasini beradi. Bunda uzoq vaqt qorinning old devori mushaklari taranglashishi bo'lmay qorni yumshoq va og'riqsiz bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan og'riq paydo bo'ladi, majburiy holatlarda oyoqlarini qoriga

buklagan holda yotadi Y.A Vagner (1984) qorin parda orqa bo'shlig'i yirtilganda bel sohasi yumshoq to'qimalarida havo paydo bo'lishini ko'rsatgan. Hatto qorin old devorining o'ng yarmida paydo bo'lishi mumkinligi keltirilgan. Agar gaz jigarning yumaloq boylami bo'ylab tarqalsa vigiatso simptomi teri tagi emfezemasining kindik halqasiga tarqalishi mumkinligi aytilgan.

4. To'rtinchi tipida, qorin parda orqa bo'shlig'i flegmonasi klinik belgilarini beradi. Bunday holat ko'pincha jarohatning kech muddatlarida paydo bo'ladi.

Bemorlarda tana harorati oshadi, taxikardiya yuzaga keladi, shunday qilib 12 barmoqli ichak jarohatlarida quyidagi simptomlar paydo bo'lishi mumkin;

1. Bemorlarning beliga yoki epigastral sohasiga zarba tekkanda uchraydi.
2. Bel va epigastral sohalarda og'riq borligi
3. Bel sohasi terisidagi to'qimalarida shish paydo bo'lishi
4. Oshqozonda despeptik holat-ko'ngil aynishi, qusishi(qorinning yumshoq holatida)
5. O'ng tomondan bel sohasini turtganda og'riqni borligi, taxikardiya, oshqozon ichak tizimidan qon oqishlar.

12 barmoqli ichakning qorin parda orqa bo'shlig'i, qorin pardaning orqa qavati jarohatida ham peritonit tez rivojlanadi. Qorin parda orti yirtilishlarida Kanavel simptomining paydo bo'lishi mumkin. Bu og'riqsiz qorin bilan septik holatning rivojlanishi; ko'p sonli qusish bilan rivojlanishi katta diagnostic ahamiyatga ega. Agar 12 barmoqli ichakning orqa devori yorilishi bo'lganda uning suyuqligi qorin bo'shlig'iga oqishi jigar tumtoqligining yo'qolishiga olib keladi. 12 barmoqli ichakning yirtilishida G.Mondor tomonidan yozilgan; - regidnost, taxtasimon qorin, qusish yo'q, chuqur shok holati, epigasrtiya yoki kindik sohasida zarba bo'lganligi. Toksimeya belgilari tez aniqlanadi, ayrim holatlarda qon aralash qusish kuzatiladi.

Hatto bundan yuz yil oldin Mikulich aytgan edi; bunday jarohatni aniqlash bir necha kun qiyin bo'ladi, bemor o'lmaguncha yoki unda peritonit rivojlanadi yoki bemor peritonitsiz hamo'lishi mumkin.

Shunday qilib 12 barmoqli ichak jarohatida aniq belgilari yo'q. Tashxis qo'yishda nurli skrining (R-grafiya, ko'krak qorinni UTT qilish) qo'shimcha asboblardan bilan tekshirish ya'ni laparosentez, videolaparoskopiya, fibroduodenoskopiya. Shunday qilib qorin va qorin parda orti bo'shlig'i azolarining jarohatlarida UT belgilarining asosini qorin bo'shlig'i yoki retroperitoneal bo'shliqda erkin suyuqlikning paydo bo'lishi muhim hisoblanadi.

Bir qator olimlar rentgenologik tekshirishlarni muhim axborot beradi deb hisoblaydilar. Rentgenologik tekshirishlarning aniqlik darajasi 33-80% ni tashkil qiladi (Abakumov M.M 2005). Vaholanki rentgenologik tekshirishlar ko'p vaqtni oladi. Qorin va qorin parda orqa bo'shlig'idagi havoni aniqlash uchun ayrim vaqtlarda qayta rentgenologik tekshirishlar o'tkazilishiga to'g'ri keladi.

Qorin bo'shlig'i va 12 barmoqli ichak jarohatlarida bo'ladigan rentgenologik belgilar quyidagicha;

- Diafragma gumbazining baland turishi va uning harakati cheklanishi

- Qorin parda orti bo'shlig'iga qon quyilishi bilan bel mushaklari qirralarining aniqligi yo'qoladi.

- O'ng buyrakning konturi qorin parda orti bo'shlig'ida aniq ko'rinishi

- Qorin parda orti bo'shlig'ida havo yig'ilishi natijasida o'ng yoki chap bel mushaklari sohasida to'rsimon holat aniqlanadi.

- Qorin bo'shlig'ini manzaraviy rentgenografiya qilinganda diafragma ostida havo aniqlanishi mumkin.

- Agar oshqozon va 12 barmoqli ichak devorlarida qon quyilish bo'lganda rentgenoskopiyada ichak tutilishi belgilari kuzatiladi.

Ko'pchilik mualliflar ( Abakumov M.M2006) tomonidan sulfat bariyning suvda eriydigan eritmasi bilan kontrastli rentgenologik tekshirishlari

to'liq axborot beradigan usul hisoblaydilar. Bunday kontrastli rentgenologik tekshirishlar ichaklar yorilishida o'ta muhim hisoblanadi.

**Kompyuter tomografiya** qorin parda orti bo'shlig'i qon quyilishlarida 100%, 12 barmoqli ichak jarohatlarida 86% aniq axborot bera oladi(Abakumov M.M 2014).

**Magnit rezonansli tomografiyani** biz o'z tajribamizda qo'llash imkoniyati bo'lmadi.

**Laparosentez** ayrim avtorlar (Vitan E. 2000 yil, Abakumov M.M 2014) laparosentezni "sharlanuvchi" katetr bilan ishlatishni taklif qildilar.

Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq jarohati bo'lgan bemorlar orasida ular 1,9% holatlarda sodir bo'lgan. 3 bemorda seroz pardaning yorilishi, 2 tasida ichak devorida gematoma, 4 tasida esa devorning barcha qatlamlari yorilishi aniqlangan.

Shikastlanish mexanizmida ko'pincha to'g'ridan-to'g'ri zarba bo'lganligi aniqlandi. Ba'zida ichak orqada umurtqa ustuniga bosiladi va ichak yorilib ketadi.

Ekstraperitoneal va intraperitoneal ichak shikastlanishlari mavjud. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, o'n ikki barmoqli ichakning retroperitoneal qismining yorilishi ko'pincha sodir bo'ladi .

**Klinik manzarasi:** jarohatdan so'ng yaqin kelajakda bemorlar engil, noaniq og'riqlardan shikoyat qiladilar, ko'pincha qorinning o'ng yarmida, o'ng qovurg'a yoyi ostiga va o'ng bel sohasiga beriladi.

O'n ikki barmoqli ichakning shirasi va quyilgan qonning tarqalishi bilan og'riq kuchayadi. Bemorlarda holsizlik, chanqoqlik, ko'ngil aynishi va ba'zida qusishga shikoyat qilishadi. Terining rangparligi, befarqlik, ba'zida qo'zg'alish kuzatiladi. Taxikardiya va leykotsitozning kuchayishi qayd etilgan. Asta-sekin ovqat hazm qilish qobiliyatiga ega bo'lgan o'n ikki barmoqli ichakning shirasi atrofdagi to'qimalarning nekrozini keltirib chiqaradi va asta-sekin erkin qorin bo'shlig'iga o'tadi, qorin bo'shlig'ida falokatining belgilari rivojlanadi. Ushbu alomatlarining o'sish tezligi o'n

ikki barmoqli ichakning yorilishi hajmiga, shirasining retroperitoneal bo'shliqqa tarqalish tezligiga va qorin bo'shlig'iga kirib borishiga bog'liq.

Yuqorida keltirilgan belgilar peritoneal belgilari shikastlanishdan 8-16 soat o'tgach rivojlanishi mumkin. O'n ikki barmoqli ichakning shirasi va uning retroperitoneal yorilishi bilan gaz bel mushaklari bo'ylab, o'ng lateral kanal bo'ylab tarqaladi. Bunday holda, paydo bo'ladigan og'riq o'ng buyrakning shikastlanishini simulyatsiya qilishi mumkin.

Ko'pgina mualliflar fikricha 12-barmoqli ichakning qorin parda orqa bo'shlig'i jarohati diagnostikasining og'irligi xatto laparotomiya paytida ham qiyinchiliklarni, takroriy laparotomiya bilan ham qiyin ekanligini aytganlar.

Ko'pgina tadqiqotchilar laparotomiyani o'n ikki barmoqli ichakning retroperitoneal yoriqlarini tekshirishga imkon beruvchi bir qator belgilarni qayd etdilar. Bularga qorin bo'shlig'ida sarg'ish-iflos rangdagi ekssudat, o'n ikki barmoqli ichak hududida to'qimalarda shish borligi va ularning sarg'ish-yashil suyuqlik bilan ifloslanganligi, retroperitoneal emfizemaning, pastga tarqalganligi va retroperitoneal gematomalar hisoblanadi.

O'n ikki barmoqli ichakning intraperitoneal yorilishi peritonitning rivojlanishiga olib keladi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, o'n ikki barmoqli ichakning yopiq jarohatlaridagi o'lim darajasi 45-55% ni tashkil qiladi.

**Oshqozon osti bezining shikastlanishlari:** Oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishlari qorin bo'shlig'ining boshqa shikastlanishlari orasida oxirgi o'rinlardan birini egallaydi va qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishlari umumiy sonining 1 dan 4% gacha uchraydi.

Ko'pincha bu jarohatlar boshqa organlarning shikastlanishi bilan birlashtiriladi. So'nggi yillarda, bir nechta mualliflarning fikriga ko'ra, oshqozon osti bezi shikastlanishi ko'paygan. Erkaklar ayollarga qaraganda oshqozon osti bezi shikastlanishidan ko'proq aziyat chekishadi. Qorin bo'shlig'iga to'g'ridan-to'g'ri zarba berilishi ko'pincha oshqozon osti bezining shikastlanishiga olib keladi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, avtohalokatlar, siqilish va balandlikdan yiqilish

muhim ahamiyatga ega. Bezning tanasi tez-tez shikastlanadi - 50 - 60%. Oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishlari to'liq bo'lmagan yorilishi latlanishida bo'linishi mumkin. Kapsulasining yorilishi va to'liq yorilishi, hatto bezning yoki uning bir qismining ajralishi bo'ladi. Bizda oshqozon osti bezi shikastlangan 26 (5,3%) bemor bor edi, ulardan 12 tasida latlanishlari va 14 bemorda turli xil lokalizatsiya yorilishi bor edi. Izolyatsiya qilingan oshqozon osti bezi shikastlanishi nisbatan kam uchraydi va 26 o'lganlarning 5 tasida kuzatilgan.

Joylashuviga qarab, oshqozon osti bezining boshi, tanasi va dum qismining shikastlanishiga bo'linadilar.

Operatsiyadan oldin oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishi tashxisi juda kamdan-kam holatlarda qo'yiladi. Bemorlar ichki qon ketish, ichi bo'sh yoki parenximatoz azolarning yorilishi va peritonit tashxisi bilan operatsiya qilinadi.

**Ingichka ichakning shikastlanishi:** Qorinning yopiq travmasida ingichka ichakning shikastlanishi etakchi o'rinlardan birini egallaydi. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, ingichka ichakning shikastlanishi o'rtacha 30% ni tashkil qiladi.

Bizning kuzatuvlarimizga ko'ra, jabrlanganlarning 16,3 % ida ingichka ichakning shikastlanishi uchragan. Ingichka ichakning yopiq jarohatlariga ichak devorining ezilishi, yorilishi va tutqichdan ajralishi kiradi. Bu jarohatlar ichak devoriga qon quyilishi, seroz qoplamdagi yirtilar, seroz va mushak qatlamlari va ichak devorining barcha qatlamlarining yaxlitligini buzish shaklida namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, ko'pincha ichak tutqichning ezilishi va gematoma shakllanishi sodir bo'ladi. Ingichka ichakning ko'proq qattiq qismlari shikastlanadi. Yonbosh ichak ingichka ichakning yuqorigi qismiga qaraganda tez-tez shikastlanadi.

Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, 30-75% holatlarda ingichka ichak shikastlangan bemorlarda shok va intraperitoneal qon ketish belgilari, qo'shma jarohatlarda esa 82% gacha uchragan.

**Klinik manzarasi:** Yopiq qorin travmasi bilan ingichka ichakning shikastlanishi ko'pincha o'tkir qorin belgilari bilan birga keladi.



Bemorlarning xarakterli shikoyatlari orasida qorin bo'shlig'ida og'riqlar, qorin old devori mushaklarida diffuz taranglashish paydo bo'lishi ("taxtasimon qorin") mumkin. Ba'zida jigar to'mtoqligining yo'qolishi, qorinning ayrim joylarida perkutor tovushning to'mtoqlanishi, tilning qurushi, qusish, ingichka ichakning proksimal qismi shikastlanganda qusishda qon aralashmasini aniqlanishi mumkin.

Najasda qonning mavjudligi ingichka ichakning terminal qismining yorilishi uchun xarakterlidir. To'g'ri ichakning ampula bo'shligini barmoq bilan tekshirganda, barmoq uchida qon mavjudligini ko'rsatadi.

Xarakterli Shchetkin-Blumberg simptomining aniqlanishi peritonitning rivojlanishidan darak beradi va keyinchalik peritonitning haqiqiy klinik ko'rinishi rivojlanadi. Qorin bo'shlig'i jarohatlari bo'lsa, ingichka ichakning mayda yorilishi, jarohatdan so'ng ko'p o'tmay atrofdagi a'zolar bilan qoplanadi, og'riq kamayadi, "o'tkir qorin" belgilari yashirinadi va bunday xayoliy yaxshilanish bir necha soat davom etishi mumkin. Keyinchalik peritonit rivojlanishi bilan og'riq yana kuchayadi.

Ingichka ichakning yorilishining muhim belgilaridan biri bu harakat va tana holatini o'zgartirganda og'riqning kuchayishidir.

Ichak shikastlanishi tashxisi qo'yilganda, shoshilinch laparotomiya qilinishi kerak.

Ushbu statistik ma'lumotlarga ko'ra, umumiy o'lim darajasi 30-38% ni, ingichka ichakning qo'shma shikastlanishlarida esa 45-70% ni tashkil qiladi.

**Yo'g'on ichakning shikastlanishi:** Qorinning yopiq travmasi tufayli yo'g'on ichakning shikastlanishi qorin bo'shlig'i azolarining boshqa shikastlanishlariga qaraganda ko'proq uchraydi. Adabiyotlarda keltirilishicha yo'g'on ichakning shikastlanishi qorin bo'shlig'i azolarining barcha yopiq jarohatlarining 3,5-14% ni tashkil qiladi. Bizning kuzatuvlarimizda yo'g'on ichakning jarohati 66 bemorda uchrab 13,16 % ni tashkil qildi.

Yo'g'on ichakning qo'shma shikastlanishlari va spirtli ichimliklar bilan mastlik holatida tashxislash qiyin hisoblanadi. Buning sababi kasalxonaga shu holatida, ba'zida hushsiz holatda keldilar.

**Klinik manzarasi.** Yo'g'on ichakning shikastlanishi qorinda o'tkir og'rig', qorinning ma'lum bir qismida og'riqni sezish, yurak urishi tezligining oshishi, qorin old devoridagi mushaklarning taranglashishi, Shchetkin-Blumberg belgisining musbat bo'lishi, peristaltik shovqinlarning yo'qolishi, jigar to'mtoqlashishi belgisi yo'qoladi.

Mezenteriyal qon tomirlar jarohatlansa ichki qon ketish paydo bo'ladi. Qorin og'rig'i kuchayadi, bemorning yotoqda majburiy holatda bo'lishi "vanka-tur" belgisi, terining va shilliq pardalarning rangsizligi, yurak urish tezligining oshishi, qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Mezenteriyal qon tomirlari yorilganda ichaklar gangrenasi yoki ichak devorining teshilishi mumkin. Bu holat esa peritonitning rivojlanishiga olib keladi.

Qorinning yopiq shikastlanishi bilan yo'g'on ichakning devorlarida gematoma va deserrozlashgani, tutqich gematomasi, tutqichning yorilishi, ichakning tutqichdan ajralishi va ichak devorining teshilishi mumkin.

**Tutqishning yorilishi va gematomalari:** Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan ko'pincha tutqichning yorilishi va gematomalari kuzatiladi. Kuzatishlarimizda 122(19%) bemorlarda ingichka va yo'g'on ichak tutqichining shikastlanishi qayd etilgan. Ulardan ingichka ichakning tutqichi 64(52,4%) va 58(47,6%)-bemorlarda yo'g'on ichak tutqichida aniqlangan.

7 (1,1%) holatda katta magistral tomirlarning shikastlanishlari topilgan. Mezenterial yoriqlar o'ta xavfli bo'lib, chunki sezilarli darajada intraperitoneal qon ketish va ichak devoriga qon ta'minoti buzilishi tahdidi mavjud.

Mezenteriyal shikastlanishlarda latlanish paydo bo'ladi va kichik tomirlarning shikastlanishi, tutqichning yorilishi va ajralishi bilan sodir bo'ladi. Jarohatning kattaligiga qarab, ichakda ishemik holat rivojlanadi.

Qorinning katta jarohatlarida qorin bo'shlig'iga ichki qon ketishining klinik ko'rinishi rivojlanadi. Aniq tashxis ba'zan faqat laparoskopiya yordamida qo'yiladi va operatsiya qilinadi.

Ko'pgina hollarda bemorlar ichki qon ketishi sababli operatsiya qilinadi va tekshirish paytida tutqichning yorilishi yoki gematomalari aniqlanadi.

Tutqichning alohida jarohatlarida operatsiya qilish katta texnik qiyinchiliklarni keltirib chiqarmaydi.

Gematoma olib tashlanadi, qon ketadigan tomirlar bog'lanadi va tutqichdagi jarohat tikiladi. Agar ichakning ma'lum bir segmentida qon ta'minoti buzilgan bo'lsa yorilishlar va gematomalar aniqlansa, rezektsiya amalga oshiriladi.

#### IV-BOB III. DIAFRAGMANING YORILISHLARI

Diafragmaning alohida yorilishi barcha qorinning yopiq jarohatlarining taxminan 5% ni tashkil qiladi. Diafragma yorilishi katta balandlikdan yiqilib tushganda, ikkita katta ob'ekt orasiga tushganda yoki avtohalokatda sodir bo'ladi.

Hech qanday shubha yo'qki, diafragma yorilishi ancha tez-tez uchraydi, ammo yaqin vaqtgacha bemorlarning aksariyati shok va qon yo'qotishdan vafot etganlar. Ularning ozgina qismi travmatik diafragma churrallarining asoratidan o'lganlar deb qabul qilinganlar.

Biz diafragma yorilishi bilan 23 (3,6%) jarohatlanganlarda, shu jumladan, chap gumbazning yorilishi bilan 14 kishini kuzatdik. Bu holatda jigar diafragmaning o'ng tomondan yorilishdan himoya qilishi bilan izohlanadi.

Adabiyotlarda, chap va o'ng tomonlama diafragma yorilishi nisbati taxminan 4/1 ni tashkil qiladi. Ikki tomonlama yorilish holatlari barcha diafragma yorilishining 1% dan 5-10% gacha, perikardga o'tish va qorin bo'shlig'i a'zolarining yurak xaltasi bo'shlig'iga harakatlanishi bilan diafragmaning ikki tomonlama yorilishi kuzatildi. Ular asosan

diafragmaning perikard va qorin bo'shlig'i yurak xaltasi bo'shlig'iga o'tganligini ko'rsatadi.

Ko'krak va qorin bo'shlig'ining kuchli siqilishi bilan qorin bo'shlig'i bosimining keskin oshishi diafragmaning yorilishiga olib keladi. Diafragmaning yorilishi ko'pincha chapdagi qovurg'alarning ko'p sonli sinishi, ko'krak va bel umurtqalarining sinishlari bilan qo'shma holatda uchraydi. Ko'p hollarda diafragmaning yorilishi ko'krak qafasi shikastlanishi bilan emas, balki qorin bo'shlig'i shikastlanishi bilan rivojlanadi. Qorin bo'shlig'i va torakal shikastlanishlar nisbati taxminan 5:2 ni tashkil qiladi.

Diafragmaning to'liq bo'lmagan yorilishi ko'proq uchraydi. Diafragmaning katta yorilishi bilan qorin bo'shlig'ining ichki azolari (oshqozon, ichak, ichak tutqichlari, taloq) plevra bo'shlig'iga siljishi kuzatiladi. Bunday yorilishlar bilan diafragmaning shikastlanishining eng ko'p belgilari rivojlanadi, bu rentgen tekshiruvi bilan tasdiqlanadi.

Diafragmaning yorilishi klinik jihatdan plevra bo'shlig'iga qaysi azoning siljiganligiga, shuningdek, boshqa azolarning bir vaqtda zararlanishiga qarab turli xil klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Qorin bo'shlig'i azolarining qaysi a'zosi plevra bo'shlig'iga siljiganligiga bog'liq. Bunday holatda o'pka siqiladi, mediastinal a'zolari o'z o'rinlaridan ko'chadi va o'tkir o'pka yurak yetishmovchiligi manzarasini keltirib chiqaradi.

Bunday holatda hansirash, siyanoz kuzatiladi, chap o'pkaning ekskursiyasi cheklanadi, yurak chegarasining o'ngga siljishi, o'pka tovushining qisqarishi yoki timpanik perkussiya bilan aniqlanadi. Parenximatoz yoki ichi bo'sh azolarning plevra bo'shlig'iga siljishi kuzatiladi. Plevra bo'shlig'iga ko'pincha oshqozon yoki ichak qovuzloqlarining siljishida ichak peristaltikasi eshitiladi.

Diafragma yorilib ketganda, bemorlar ko'krakning chap yarmida og'riqlar va chap yelkaga tarqalishi, nafasning bo'g'ilishi, nafas olish qiyinlashuvi va bo'g'ilish hissi haqida shikoyat qiladilar. Bo'shliq azolarning plevra bo'shlig'iga siljishi, pnevmotoraksni taqlid qilinishi mumkin, perkussiyada timpanik va mediastinal bo'shliq siljiydi,

auskultatsiyada esa zaiflashgan nafas eshitiladi. Oshqozon plevra bo'shlig'iga o'tganda, disfagiya paydo bo'lishi mumkin. Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, diafragma yorilishining ko'rinishlaridan biri kuchli gipotoniyaadir.

Diafragmaning yopiq yorilishi tashxisi juda qiyin, chunki yorilishlar ko'pincha ko'krak va qorin bo'shlig'ining og'ir kombinatsiyalangan shikastlanishlarida kuzatiladi. Ko'p hollarda bemorlar shok holatida yotqiziladi. Bizning materiallarimizga asoslanib, reanimatsiya bo'limiga yotqizilganidan so'ng, 4 nafar jabrlanuvchida I-II darajali travmatik shok, 11 nafarida III-IV darajali shok aniqlangan. Shuni ta'kidlash kerakki, vaziyatning og'irligi har doim ham diafragmaning yorilish ehtimolligi bilan bog'liq emas. Bundan tashqari, beqaror gemodinamikali bemorlarda reanimatsiya tadbirlarini amalga oshirish diafragma yorilishining erta tashxislashini qiyinlashtiradi.

Bizning kuzatishlarimizdagi eng real diagnostika usuli rentgenologik tekshirish hisoblanadi - ko'krak qafasi, qorinning bir vaqtning o'zida oddiy rentgenografiyasi va iloji bo'lsa, qizilo'ngach, oshqozonni kontrastli tekshirish, hamda laporosentez qilish kerak. Lapararoskopiya diafragmaning yorilishi bilan faqat cheklangan pnevmoperitoneumni qo'yish bilan amalga oshirilishi mumkin, chunki qorin bo'shlig'ida ko'p miqdordagi gazning bunday patologiya bilan insulyatsiyasi qilinishi taranglashgan pnevmotoraksning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin: shuning uchun biz laparoskopiyadan foydalanmadik. Shu bilan birga, cheklangan pnevmoperitoneumni (100-200 ml) qo'llash, so'ngra ko'krak qafasi va qorinning rentgenografiyasi diafragma yorilishi tashxisining qimmatli usuli hisoblanadi, chunki u qorin bo'shlig'idan havo kirib borayotganini aniqlashga asoslangan. Ko'p olimlar radionuklidli skanerlash, angiografiya, torakoskopiya, ultratovush va kompyuter tomografiyasini diagnostik maqsadlarda qo'llashni tavsiya etganlar. Shuni ta'kidlash kerakki, bu usullar faqat bemorning ahvoli barqaror bo'lganda qo'llanilishi mumkin.

Asosiy diagnostika qiyinchiliklari bo'shliqlar ichi qon ketish belgilari bo'lmagani bilan bog'liq. Bugungi kunga qadar, diafragma yorilishi

diagnostikasi uchun eng keng tarqalgan usullar oddiy ko'krak qafasi rentgenogrammasi va qizilo'ngach-oshqozonning rentgen kontrastli tekshiruvidir. Vaziyat shu sababli murakkablashadiki, a'zolarning plevra bo'shlig'iga surilishida, tashxis qo'yish ancha yengil bo'lish ehtimoli bo'lganda, chap tomonlama yorilishlarning atigi 63%ida va o'ng tomonning 38 %ida kuzatiladi. Ko'pgina mualliflarning fikriga ko'ra, oddiy rentgenografiya faqat 25-30% holatlarda tashxis qo'yish uchun asos yaratadi. Gemotoraks bilan og'rigan bemorlarda diafragma konturini bir-biriga yopishgan jigar soyasi tufayli o'ng gumbazning yorilishi diagnostikasi ayniqsa qiyin. Bunday holda, koagulyatsion(ivigan) gemotoraks tashxisi ko'pincha amalga oshiriladi. Ba'zi mualliflar radioizotop skanerlash orqali ko'rsatilgan jigar translokatsiyasi bilan yorilish faktini aniqladilar. Bunday holatlarda **texnisiy** qorin bo'shlig'iga in'ektsiyasi qo'llanilgan, so'ngra izotopning o'ng plevra bo'shlig'iga tarqalishini skanerlash bilan amalga oshirilgan.

Diafragma yorilishi , jarrohlik operatsiyasi vaqtida 8 nafarida aniqlangan. Operatsiyadan oldingi diagnostika va operatsiya vaqtidagi topilmalarning taxminan bir xil nisbati boshqa mualliflarda ham kuzatilgan.

E.A.Vagnerning izlanishlariga asosan kasalxonaga yotqizilgan 30 bemordan atigi 9 tasida diafragma yorilishi operatsiyadan oldin aniqlangan, 6 tasida torakotomiya paytida, 3 tasida laparotomiya paytida aniqlangan. 12 bemorda diafragmaning yorilishi faqat autopsiyada aniqlangan. Bir bemorda, hatto takroriy laparotomiya bo'lsa ham, diafragmaning o'ng gumbazning yorilishi aniqlanmagan, bemor keyinchalik strangulyatsiyali ichak tutilishi va jigar nekrozidan vafot etgan.

Diafragmaning yorilishi uchun o'lim darajasi ancha yuqori bo'lib, 50-70% gacha. Bizning materialimizda atigi 13 nafar operatsiya qilingan bemordan 5 nafari (38,4%) vafot etgan, ulardan 3 nafari o'pka asoratlaridan va 2 nafari og'ir qo'shma bosh miya shikastlanishidan vafot etgan.

Shunday qilib, rentgen tekshiruvi bilan birga, agar diafragma yorilishi shubha qilingan bo'lsa, ketma-ket UTT, KT va video torakoskopiyadan foydalanish kerak. Eng katta qiyinchiliklar diafragmaning o'ng gumbazining yorilishi va o'ng tomonlama ivigan gemotoraksning differentsial tashxisida yuzaga keladi.

#### IV. IV Siydik chiqaruv yularining jarohatlari

**Buyrak shikastlanishi:** Yopiq buyrak shikastlanishi ko'pincha to'g'ridan-to'g'ri zarba yoki balandlikdan yiqilishi tufayli yuzaga keladi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, qorinning yopiq travmasida buyrak shikastlanishi 21,6% ni tashkil etdi. Buyraklarning yopiq jarohatlarida ularning latlanishi, buyrak jomining jarohatisiz yorilishi, jomi va loxankasining yorilishi, buyraklarning ezilishi tomirlari oyoqchalarining jarohati, buyrakning tomirlaridan va siydik yo'llaridan ajralib ketishi.

Barcha buyrak shikastlanishlari og'irlik darajasiga ko'ra quyidagilarga bo'linadi:

1. Yengil jarohatlari- buyraklarning fibroz va yog'li kapsulasining yirtilishi, gematoma hosil bo'lishi.
2. O'rtacha og'irlik jarohatlari - kapsula va parenximasining yirtilishi va uning , jomi va kosachasining jarohatlari bo'lmasligi.
3. Og'ir jarohatlari - parenximaning shikastlanishi, ba'zan uning ezilib majaqlanishi. Tomirlarining, jomi, kosachalarini yorilishi bilan katta gematomalarning shakllanishi va retroperitoneal to'qimalarning siydik oqishi bilan oqmalarning paydo bo'lishi.

**Klinik alomatlardan biri** - bu jarohatlar tomonidagi bel sohasidagi og'riqlar, yonbosh sohasiga tarqalishi bilan. Ba'zida bel sohasidagi og'riqlar pastki qovurg'alarning sinishi tufayli paydo bo'ladi. Yana bir

muhim alomat – bel va subkostal mintaqada shish paydo bo'lishi. Bu belgi buyrak atrofi va retroperitoneal to'qimalarda qon, ba'zan siydik bilan qon to'planishi hisoblanadi.

Shishish ko'pincha jarohatlardan keyingi birinchi kunida paydo bo'ladi va ko'pinch travmadan keyin 2-3 kunlarda aniqlanadi. O'zgargan qon va siydik ba'zan qorin pardaning yorilishi orqali qorin bo'shlig'iga kiradi. Buyrak shikastlanishining umumiy belgilaridan biri gematuriyadir. Amaliy kuzatuvlarga asosan, 60-90% hollarda paydo bo'ladi. Ulardan 50-80% hollatlarda makrogematuriya kuzatiladi. Gematuriya buyrakning shikastlanish darajasiga qarab 4-5 kundan 2 haftagacha yoki undan ko'proq davom etishi mumkin va buyrakning jarohatlanish darajasiga bog'liq bo'ladi. Makrogematuriya kuchli, o'rtacha va uncha ko'p bo'lmagan turlarga bo'linadi.

Ushbu belgilarga qo'shimcha ravishda, buyrak shikastlanishiga xos bo'lmagan alomatlar ko'pincha kuzatiladi: dizurik buzilishlar, qorinning pastki qismida og'riqlar, qorin damlashi, peristaltikaning yo'qligi, qorinning ayrim joylarida tovush to'mtoqligi va qorin pardaning ta'sirlanishi belgilari.

Shoshilinch tashxis qo'yish uchun buyraklarning ultratovush tekshiruvi, oddiy rentgenografiya va kontrastli uroografiya zarur.

Yopiq buyrak shikastlanganda shoshilinch jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar ichki qon ketish belgilarining ko'payishi, bemorning umumiy ahvolining yomonlashishi, kuchli va uzoq muddatli gematuriya, buyraklar va qorin bo'shlig'ining ichki azolarining qo'shma shikastlanishi hioblanadi.

**Siydik qopining shikastlanishi.** Qovuqning yopiq jarohatlari ko'pincha tos suyaklari shikastlanganda sodir bo'ladi. Shu bilan birga, tos suyagi singan holda siydik pufagining alohida olingan shikastlanishlarida paydo bo'ladi. Biz kuzatgan bemorlar orasida siydik pufagining shikastlanishi 78 (12,2%)da aniqlangan: ulardan 55 (70,5%) qorin ichi bo'shlig'i va 23 (29,5%) qorin parda orqa bo'shlig'i yorilishi kuzatilgan.



Siydik pufagining yorilishi bilan ko'pincha sezilarli qon yo'qotish kuzatiladi va shu bilan birga siydik pufagi devori va atrof to'qimalarda ko'plab qon quyilishlar paydo bo'ladi.

Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, mast bo'lgan bemorlarda ko'proq siydik pufagining yorilishi kuzatilgan, siydik pufagi reflekslari yo'q bo'lishi siydik pufagining haddan tashqari to'lib ketishi natijasida zarb bo'lganda yorilishiga imkon yaratadi.

Uning to'lib ketishi va qorin pardaning himoya qobiliyatlari kamayadi. Alkogolli mastlik holatida tashxis qo'yish har doim qiyin. Qoviq yorilishining klinik ko'rinishi bir qator xarakterli simptomlarga ega, shunga qaramay, ayniqsa, qo'shma jarohatlar bilan sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Qoviq yorilishi bo'lgan 78 bemorning 13 tasida hayot paytida siydik pufagi yorilishi aniqlanmagan. Ko'pgina mualliflar siydik pufagining yorilishini ko'rsatadigan aniq simptomlarning yo'qligini e'tirof etadilar. Siydik qopining intraperitoneal yorilishi bilan diffuz peritonit rivojlanadi. Ushbu adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra, siydikli peritonitidan o'lim hali ham eng yuqori ko'rsatkichlarda qolmoqda. Bizning kuzatuvlarimizga ko'ra, operatsiya qilingan 65 nafar jabrlanuvchidan 23 nafari (35,4%) vafot etgan.

Siydik qopining yorilishi diagnostikasi qiyin, chunki steril siydik dastlabki 12-14 soat ichida qorin pardaning yengil tasirlash xususiyatiga ega.

Siydik qopining intraperitoneal yorilishi doimiy siyish istagi bilan tavsiflanadi va siydik pufagini bo'shata olmaslik bilan tenesm mavjud bo'ladi. Uretradan qon tomchilari chiqqanda yoki tashqi teshikda kichik qon quyqalari to'planadi. Bemorlar odatda tashvishlanadilar, asta-sekin holsizlik, apatiya kuzatiladi, bemor orqa tomonida majburiy holatda yotadi, oyoqlarini qorniga qisgan holga olib kelinadi. Til va lablari quruq, intoksikatsiya fenomeni yzaga chiqadi. Qorni o'rtacha shishgan, pastki qavatida palpatsiya qilinganda qorin old devori mushaklarining o'rtacha darajada taranglanishi aniqlanadi. Keyinchalik peritoneal simptomlar paydo bo'la boshlaydi. To'g'ri ichakni tekshirish paytida uning old devorining osilganligini aniqlash mumkin, bu Duglas bo'shlig'ida suyuqlik borligini ko'rsatadi. Qorinning pastki qismida va qovuq ustida to'mtoqlik

aniqlanadi. Siydik qopining yorilishi shubha qilingan bo'lsa, shoshilinch kateterlash zarur. Siydik qopida siydikning yo'qligi va uning oz miqdori siydik pufagidan tashqarida to'planishini ko'rsatadi. Ba'zida kateter qo'yilganda qon bilan aralash siydik chiqarishi mumkin.

Kontrastli sistografiya usuli siydik pufagi yorilishi diagnostikasi uchun muhim usullardan biridir. Urogrammalar erkin qorin bo'shlig'iga kontrast moddasining oqishi va siydir qopi konturlaridan tashqarida qo'shimcha soyalar paydo bo'ladi.

Noaniq holatlarda, ayniqsa qorin bo'shlig'i organlarining qo'shma shikastlanishlari bilan, laparosentez va laparoskopiya qilish tavsiya etiladi.

## **V BOB. QORINNING YOPIQ JAROHATLARIDA OBYEKTIV DIAGNOSTIK USULLAR**

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmalarida hayotiy funktsiyalarning jiddiy buzilishlarida umumiy ko'rik va fizikal tekshiruv nafaqat qorinni, balki boshqa sohalarni ham tekshirish-palpatsiya va auskultatsiya qilish kerak. Shikastlangan bemorlar hushini yo'qotgan bo'lmasalar umumiy ko'rik diagnostikaning asosi bo'lib qoladi. Og'riq va og'riqli palpatsiya, mushaklarning himoya taranglashi va qorin bo'shlig'ining tasirlash xususiyati belgilari odatda shoshilinch laparotomiya uchun etarli asosdir.

Hozirgi vaqtda bemorlarning 25% dan ortig'i kalla va bosh miya jarohatiga ega, bu diagnostik xatolar qilishga yordam beradi. Orqa miya shikastlanishi (2%), bunda rivojlanadigan gipotenziya ko'pincha ichki qon ketish bilan bog'liq bo'lishi mumkin, shuningdek, asab tizimining jarohatlanishi oqibati sababli bo'lishi mumkin. Chunki bu tizim periferik tomirlar tonusini boshqaradi (simpatik kollaps) asosan umurtqaninig bo'yin qismi jarohatida uchraydi.

Spirтли ichimliklar bilan mast holatidagi jarohatlanganlarda gospitalgacha bo'lgan etapda narkotik va sedative moddalarning qilinishi xatto har qanday chuqur fizikal tekshirishlar ham aniq tashxis qo'yishga

imkon bermaydi. Shu sababli, og'ir qo'shma jarohatlar bilan jabrlanganlarda ichki jarohatlarni aniqlashda ko'proq ushbu ob'ektiv diagnostika usullariga asoslanadi.

Ko'pincha shok holatida, alkogol bilan mastlikda, narkotik va sedativ dorilarning ta'sirida, ayniqsa boshqa anatomik sohalarning shikastlanishi, shu jumladan kalla va bosh miyaning shikastlanishi bilan qo'shma bo'lganda, klinik belgilari qorong'i lashadi. Shuning uchun shoshilinch qorin bo'shlig'ining og'ir jarohatlarida zudlik bilan tashxis qo'yishda "oltin standart" isiz amalga oshirib bo'lmaydi: laparosentez va qorin bo'shlig'ini yuvish, qorin bo'shlig'ini ultratovushli tekshirish, kompyuter tomografiya, laparoskopiya qilinishi kerak.

**Laboratoriya taxlillari.** Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi tashxisida umumiy qon va siydik, shuningdek, biokimyoviy qon taxlillari muhim qiymatga ega.

Leykotsitlar tarkibini bir martalik qon tekshiruvi diagnostik ahamiyatga ega emas, 1-2 soat oralig'ida takroriy qon tahlillari o'tkazilishi zarur.

Inson tanasi shikastlanishga leykotsitlarning ko'payishi bilan javob berishini hisobga olsak, bu tananing himoya reaksiyasining namoyonidir. Shuning uchun bu usulning diagnostik qiymati katta emas.

Qizil qon hujayralari va gemoglobin miqdorini aniqlash qorin bo'shlig'ining ichki qon ketishi uchun diagnostik ahamiyatga ega. Shuni ta'kidlash kerakki, ichki qon ketishida bu ko'rsatkichlarning pasayishi qon ketish boshlanganidan 6-7 soat o'tgach sodir bo'ladi va faqat 24 soat oxirida normallashadi. Tabiiyki, bu belgilarning to'liq mutadillashini kutish salbiy oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Gemoglobin miqdorining pasayishi aylanishdagi qon hajmining pasayishi va qonning quyuqlanishi tufayli kamqonlikning haqiqiy darajasini aks ettirmaydi.

Qon ketishi bilan qondagi o'zgarishlar va jarohatdan keyin o'tgan vaqt o'rtasidagi munosabatni aniqlash mumkin emas. Shuni ta'kidlash kerakki, qorin bo'shlig'i shikastlangan bemorlarda ushbu laboratoriya

tekshiruvining ahamiyatini butunlay inkor etib bo'lmaydi, ammo bu ko'rsatkichlar to'g'ri tashxis qo'yish uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega emas.

**Ultra-tovushli tekshirish (UTT).** Diagnostika tadbirlari majmuasida ko'pchilik mahalliy va xorijiy mualliflar invaziv bo'lmagan tekshirish usullariga etakchi o'rinni beradilar. Hozirgi vaqtda qorin bo'shlig'i shikastlanishlarini tashxislashning asosiy usuli – bemorlarni kasalxonaga yotqizilganidan so'ng darhol tez yordam xonasida yoki intensiv terapiya bo'limida amalga oshiriladigan ultratovush tekshiruvidir.

Qorin bo'shlig'i azolarining ultratovush tekshiruvi bemorlarning fizik tekshiruvini to'ldiradigan asosiy diagnostika usuli hisoblanadi. (Abakumov.M.M., Lebedev N.V, Malyarchuk V.I, Abdullayev S.A, Dubrov E.Ya bode P.J, Edwards M.J).

Usulning sezgirliigi va o'ziga xosligi 94-98%. Noinvazivlik, harakatchanlik, oson takrorlanuvchanlik va arzon narx kabi fazilatlar ushbu usulni tobora ommalashtirmoqda.

Ultratovush diagnostika usuli qorin bo'shlig'ining yonbosh va vitseral qismlarida parietal va visseral qatlamlarini ajratishga asoslangan. Odatda, bu parda varaqlari bir-biri bilan yondashadi, ammo qorin bo'shlig'ida qon va suyuqlik bo'lsa, ular ajratiladi.

Ultratovush tekshirish usuli, bemorlarni tekshirish vaqtini qisqartirish, dinamik kuzatish imkoniyatini ta'minlash, qorin bo'shlig'ida minimal miqdordagi suyuqlikni (150-200 ml) aniqlash imkonini beradi.

Retroperitoneal gematomalar differentsial tashxis qo'yish uchun ba'zi qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ultratovushning ma'lumotlari tarkibiga ichakdagi gazlarning to'planishi, semizlik va teri osti emfizemasi kabi omillar sezilarli darajada ta'sir qiladi. Qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlikni aniqlash uchun ultratovush usuli qorin bo'shlig'i shikastlangan 39 bemorda qo'llanilgan. 34 bemorlarda exografik tekshiruvlar davomida yonbosh kanallarda, subhepatik va subfrenik bo'shliqda, shuningdek chanoq bo'shlig'ida qon mavjudligi aniqlandi.

Lateral kanal ustidagi ko'ndalang skanerlash paytida exogen zona yarim doira shakliga ega edi, uning orqa-tashqi konturi qorin devori bilan cheklangan va ichki konturi yo'g'on ichak devori bilan cheklanganligi - o'ngda, va chapda - 4 bemorda topilgan.

Gematoma subhepatik va subdiafragmatik bo'shliqda lokalizatsiya bo'lganida, exogen zona, qoida tariqasida, uchburchak shaklida bo'lgan va 9 bemorda topilgan. Chap subdiafragma bo'shlig'ida qon to'planishi holatlarida exogen zona diafragma va taloqning yuqori qutbi o'rtasida yarim oy shakliga ega bo'lib, 10 bemorda topilgan.

Diafragmaning chap gumbazining yorilishi bilan plevra qavatlarining bir xil bo'lmagan tuzilma tarkibidan ajralishi kuzatildi, ular bemorning tanasining pozitsiyasi o'zgarganda o'zgarmaydi va ularda ingichka devorli shakllanish konturlari o'zgargan va diametri 4 dan 7 sm gacha kuzatilgan. Ko'pincha bu ma'lumotlar ivigan gemotoraks sifatida talqin qilingan. Bunday holda diafragmaning o'ng gumbazining yorilishi tashxisi ultratovush yordamida amalga oshirildi. Jigarining diafragma yuzasi ikkinchi qovurg'alararo bo'shliq darajasida joylashganligi va to'g'ridan-to'g'ri o'pka to'qimalariga tegishli bo'lib, uni yuqoriga va orqaga surishi qayd etildi.

Ultratovush tekshiruvida bo'lgani kabi, kompyuter tomografiyasi (KT) natijalari gemotoraks sifatida talqin qilingan. To'g'ri tashxis rentgen ma'lumotlari, ultratovush va KTni har tomonlama baholash asosida belgilanadi. Juda qiyin holatlarda tashxis faqat boshqa patologiyalar uchun operatsiya vaqtida aniqlanadi.

Retrovezikal bo'shliqda qon to'planganida, exogen zona siydik pufagining orqa devorini chegaralovchi chiziq shaklida ko'rsatilgan va ko'ndalang skanerlash natijasida 4 bemorda siydik pufagining pastki qismidan yuqorida joylashgan uchburchak zonasi aniqlangan.

Exogrammalarda chanoq bo'shlig'idagi qon siydik qopining orqa devori bilan chegaradosh qiyshiq chiziq shaklida yoysimon shaklga ega edi.

Jarohatlanganlarning 18 nafarida jigar ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Ultratovush tekshiruvi 4 nafar bemorda jigar hajmining o'rtacha o'sishini

aniqladi. Exonegativligi sezilarli darajada oshgan, bir oz noaniq va notekis konturlarga ega bo'lgan joyni egallagan shakllanish mavjudligi aniqlandi. Ushbu belgilar intrahepatik gematoma sifatida talqin qilindi.

16 jabrlanuvchi taloqning shikastlanishiga shubha bilan tekshirildi va 3 holatda taloqning exostrukturasida o'zgarishlar aniqlanmadi.

2 nafar bemorlarda travmadan keyingi pankreatit aniqlangan. Exografik tekshiruvda me'da osti bezining old va orqa o'lchamlari, birinchi navbatda, bosh va tana qismining kattalashgani, oshqozon osti bezi parenximasining exonegativligi oshganligi aniqlangan.

2 nafar jabrlanuvchida buyrak o'zgarishlari aniqlangan. Shu bilan birga, bitta jabrlanuvchida exonegativlikning diffuz o'sishi bilan perinefrik to'qimalarning kengayishi aniqlandi, buyrak shikastlanishi exografik jihatdan jarohat topilmadi.

Qorin parda oldi to'qimalarning gematomasi bo'lgan bemorlar tomonidan diagnostik qiyinchiliklar paydo bo'ldi. Preperitoneal to'qimalarda qonning to'planishi exogen salbiy zonaning paydo bo'lishi bilan birga keldi. 3 bemorda preperitoneal gematoma topildi. Exogen zona oldingi qorin devorining parietal peritoni bilan chegaralangan tekis kontur bilan tartibsiz shaklga ega edi. Preperitoneal gematomaning o'ziga xos xususiyati - exoskopik manzaraning barqarorligi.

Biz ultratovush tekshiruv ma'lumotlarining intraoperativ ma'lumotlar va patomorfologik tekshiruv natijalari bilan mos kelishini 83% da kuzatdik.

Parenximatoz azolar va retroperitoneal bo'shliqning suyuqlikka xos hajmli shakllanishining tabiatini va ularning tomirlar bilan bog'liqligini aniqlash uchun doplerli ultratovush tekshiruv yuqori ma'lumotli usul bo'lib, arterial shoxlarning shikastlanishini va 2-5-oy travmadan keyin soxta anevrizma shakllanishini aniqlash uchun ishlatilishi mumkin.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasi bo'lgan bemorlarda ultratovush tekshiruv 14-20,6% hollarda noto'g'ri natijalar berishi haqida ma'lumotlar mavjud.

Bundan tashqari, bu usul ichi bo'sh a'zolarining shikastlanishini tashxislash uchun juda kam informatsiya beradi. Jarrohlik aralashuvining kechikishi va peritonitning rivojlanishi mumkin. Ultratovush tekshiruvi natijalari asosan keyingi davolash taktikasini aniqlaydi.

**Umum manzaraviy rentgen tekshiruvlar.** To'liq tekshiruvdan so'ng barcha bemorlar rentgen tekshiruidan o'tkazildi. Bundan tashqari, qorin bo'shlig'i qon ketishining aniq klinik ko'rinishi bilan reanimatsiya bo'limini chetlab o'tib, operatsiya xonasiga olib borilgan 31 bemor va reanimatsiya bo'limida birinchi 10-15 daqiqada vafot etgan 17 bemor bundan mustasno edi. Bu bemorlar asosan og'ir kombinatsiyalangan jarohatlardan aziyat chekdilar.

Rentgen ma'lumotlarini ikki guruhga bo'lish kerak:

- 1) qorin bo'shlig'i azolarining olingan jarohatlari natijasida;
- 2) parenximatoz azolarining qon tomirlarining yorilishi natijasida.

Birinchi guruh qorin oldingi devori chiziqlarining normal qalinligi va notekisligidagi o'zgarishlarni o'z ichiga oladi.

Ikkinchi guruhga intraperitoneal qon ketish belgilari kiradi, ya'ni qorin bo'shlig'ining lateral devori va yo'g'on ichakning ko'tarilgan qismi orasidagi masofaning oshishi, progressiv ichak damlanishlari.

Klinik tajriba shuni ko'rsatdiki, ko'krak qafasi va qorinni bir vaqtning o'zida rentgenologik tekshirish ushbu usulning diagnostik ahamiyatini sezilarli darajada oshiradi, chunki olingan ma'lumotlarni qiyosiy baholash bizga eng og'ir patologiyani aniqlash imkonini beradi. Ko'krak qafasi va qorinning rentgenogrammasi bir vaqtning o'zida o'tkazilmaganda, ichki organlarning shikastlanishini o'tkazib yuborish mumkin.

Parenximatoz azolarga zarar etkazilgan taqdirda, qorin bo'shlig'ining oddiy rentgenografiyasi juda cheklangan ma'lumotlarni beradi. Rentgen tekshiruvi bemorlarning 30-33 foizida qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishini aniqlaydi. Oshqozon-ichak trakti zararlanganda, pnevmoperitoneum faqat 25-43% kuzatuvlarda aniqlanadi. .

Jigar yorilishi bilan uning konturi o'zgaradi, diafragmaning o'ng gumbazining yuqori holati va kam harakatsizligi, jigar soyasining kengayishi va o'ng lateral kanalda erkin suyuqlik mavjudligi qayd etiladi.

Bundan tashqari, jigar yorilishining bilvosita belgilari mavjud. Bu pastki qovurg'alarining sinish o'ngda teri osti emfizemasi, chapdan gemopnevmotoraks borligini ko'rsatadi.

Taloqning yorilishi bilan, diafragmaning chap gumbazining yuqori holati va uning harakatchanligining cheklanganligi, chap diafragma bo'shlig'ining qorayishi, taloq soyasining va katta psoas mushaklari konturlarining yo'qolishi aniqlanadi.

Diafragmaning yorilishi bilan ko'pincha o'pka maydoni mahalliy qismlarining bir hil qorayishi, diafragma konturi gumbazining aniq yo'qligi kuzatiladi. Biz diafragmaning chap gumbazidan yorilishga gumon qilingan 21 bemorning 6 nafarida qayd etdik. Jabrlanganlarning 3 nafarida diafragma yorilishi hayot paytida aniqlanmagan: 9 nafarida diafragma yorilishi laparotomiya va 3 nafarida torakotomiya vaqtida aniqlangan. Diafragmaning chap gumbazi yorilib ketganda, qorin bo'shlig'i azolarining (oshqozon, yo'g'on ichak, ingichka ichak, taloq, charvining) ko'krak bo'shlig'iga siljishi aniqlanadi.

Kontrastli modda (baryy sulfat) berilib rentgen tekshiruvi oshqozonning plevra bo'shlig'iga o'tishini ko'rsatadi.

Qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shlig'i a'zolarining yorilishida gumon qilingan jabrlanuvchilarni rentgenologik tekshirishda diafragmaning o'ng gumbazining ko'tarilgan holati 71 bemorda, 81 bemorda diafragmaning chap gumbazi, qorin bo'shlig'i turli qismlarining qoranganishi qayd etilgan. Qorin bo'shlig'ida noaniq qorung'ilanish jigar konturining yo'qolishi 62 ta va 73 ta bemorda taloq konturining to'liq yo'qolishi aniqlandi. Qorin bo'shlig'inig o'ng yarmida qorang'ilanishi va yonbosh kanalning kengayishi va chapdan xuddi shunday o'xshashlik bo'lganda katta bel mushaklarining konturlari yo'qolishi, qorin bo'shlig'ida havoning paydo bo'lishi, oshqozonning chapga siljishi kuzatiladi.



Siydik pufagi jarohati diagnostikasida kontrastli eritmaning oqib chiqishini aniqlashga asoslanadi.

Agar buyrak shikastlanishiga shubha bo'lsa, ekskretator vena ichiga urografiya yuborish bilan urografiya qilish kerak.

Qorin bo'shlig'ida erkin gazning mavjudligi ichi bo'sh azolarning yorilishining ishonchli belgisidir. Ularning asosiy belgisi - ichaklardagi meteorizm va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikning aniqlanishi bu jarohat borligini tasdiqlaydi.

Shok holatida qorin bo'shlig'ida erkin gaz borligi uchun rentgenologik tekshiruvlar o'tkazilmaydi.

**Asboblardan bilan tekshirishlar.** Asboblardan bilan tekshirish usullarini qo'llashga ko'rsatma bo'lib og'ir ahvolda yotqizilgan bemorlarda qorin bo'shlig'i azolari va retroperitoneal bo'shliqning turli shikastlanishlarini aniqlash, qo'shma travma, shok holati va spirtli ichimliklar bilan mastlik natijasida kelib chiqqan nafas olish va yurak-qon tomir etishmovchiliklari hisoblanadi.

**Diagnostik laparotsentez.** Diagnostik laparotsentez (DLS), qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishini aniqlash uchun o'tkaziladi va uning sezgirligi (87-100%). Qorin bo'shlig'ini punksiya qilish alohida etiborga molikdir va juda o'ziga xos (86-96%) sezgirlikka ega.

Diagnostik laparotsintezning afzalliklari - beqaror gemodinamikali bemorlarda foydalanish imkoniyati, tezligi, amalga oshirish qulayligi va iqtisodiy samaradorligidir. (Abakumov M.M. Vladimirov Z Djagraev K.R.) DLS ning kamchiliklari shundaki, o'zi ancha invaziv bo'lib, asoratlar xavfi 1-5% ni tashlik qiladi.

DLS ning xalqaro jarrohlik tajribasi asosida jarrohlik aralashuviga bo'lgan ehtiyojni aniqlash uchun mezonlar ishlab chiqilgan:

- 1) qorin bo'shlig'iga naycha kiritilgandan so'ng darhol 10 ml suyuqlik yoki undan ortiq yangi qonni chiqarish.
- 2) qorinni yuvishdan chiqarilgan suyuqligidagi eritrositlar soni 100 000 ga teng yoki undan ko'p.

3) yuvish suyuqligidagi leykotsitlar soni 500 ga teng yoki undan ko'p bo'lsa.

4) yuvish suyuqligida bakteriyalarning mavjudligi.

5) yuvish suyuqligida amilazaning miqdori 175 ME ga teng yoki undan ko'p.

Eng ishonchli ma'lumot qorin bo'shlig'ini (qorin bo'shlig'ini yuvish) 1000-1200 ml izotonik natriy xlorid eritmasi bilan yuvish (peritoneal lavaj), so'ngra 1 ml peritoneal perfuzatda eritrotsitlar, leykotsitlar sonini aniqlash, shuningdek safro pigmentlari va amilazaning borligi.

Agar 1 ml yuvishdan olgan suyuqlikda eritrositlar soni 100 000 dan, leykotsitlar esa 8 000 dan oshsa, bu qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishining ishonchli belgisi hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'ining yopiq travmasini peritoneal lavaj yordamida tashxislashning aniqligi 91-99% ni tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'ini yuvish ichak yorilishini erta aniqlashda ultratovushga nisbatan afzalliklarga ega. Shu bilan birga, laparotsentezning juda past qiymati, noto'g'ri ijobiy va salbiy natijalarning ko'pligi sababli qidiruvchi kateter dan foydalanish ham ixtiro qilingan. (Lebedev. N.B. Abakumov M.M.). Laparotsentez qorin bo'shlig'i a'zolariga etkazilgan zararning og'irligini hisobga olmagan holda faqat bilvosita shikastlanish belgilarini (qon, patologik aralashmalar) aniqlashga imkon berishi sababli, ushbu diagnostika usuli bilan keraksiz laparotomiyalar soni ancha kamaydi (Lebedev N.B. Abakumov M.M.).

Qorin bo'shlig'ini punksiya qilish butunlay xavfsiz bolib o'tkir jarrohlik kasalliklarini va qorin bo'shlig'i ichki azolarining shikastlanishlarini ham aniqlashda juda qimmatlidir.

DLS - qorin bo'shlig'i azolarining yopiq shikastlanishlarini aniqlashda yordamchi diagnostika usulidir. Laparotsentez uchun ko'rsatmalar:

1. Ichki azolarning shikastlanishiga shubha tug'ilganda va noaniq klinik ko'rinishlar bolganda.

2. Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishining klinik ko'rinishi noaniq bo'lib, qoshma kalla va bosh miya travmatik shikastlanishlari bolganda.

3. Kokrak qafasi, umurtqa pogonasi, chanoq suyaklarining sinishi kombinatsiyalashgan qoshma jarohatlarida "o'tkir qorin" ning klinik ko'rinishi mavjud bo'lganda.

4. Jarohatlanganlar spirtli ichimliklar ta'sirida mast holatida bolib va qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishiga shubha bo'lganda.

5. Gospitalgacha bo'lgan bosqichda yaradorlarga narkotik moddalar qilgan bolib jabrlanuvchilarda qorin bo'shlig'ining ichki azolari shikastlanishiga shubha paydo bolsa.

Ko'pgina jarrohlar qorin bo'shlig'ini punksiya qilish uchun troakardan foydalanadilar va keyin unga maxsus polietilen kateter kiritadilar va bu kateterlar orqali asta-sekin o'z yo'nalishini o'zgartirib ("sharlanadigan kateter") qorin bo'shlig'idagi suyuqlik aspiratsiya qilinadi.

Diagnostik laporasintez(DLS) oddiy, jarrohdan endoskopik tajriba yoki maxsus jihozlarga ega bo'lishni talab qilmaydi va to'g'ridan-to'g'ri qarshi korsatmaga ega emas, hatto eng og'ir bemorlarda ham amalga oshirilishi mumkin.

Ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining qoshma shikastlanishlari bo'lsa, qorin bo'shlig'iga kateterni kiritish bilan diagnostic laparotsintez tekshirishning aniqligini sezilarli darajada oshiradi.

DLS ning amaliyotga joriy etilishi diagnostik xatolar sonini to'rt baravar kamaytirish imkonini berdi. Hammasi bo'lib 158 ta holatda diagnostic laporatsintez otkazdik.

Qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishini aniqlashda laparosentezning diagnostik imkoniyatlarini oshirish uchun, hatto undagi oz miqdordagi suyuqlik bo'lsa ham, tekshirish uchun qattiq spiral shaklidagi boshqariladigan kateter qo'llaniladi. Bundan tashqari, tekshirishdan oldin va keyin tashxis o'rtasidagi diagnostic togri kelishi 93-95% ni tashkil qiladi. Shubhali holatlarda, nazorat qilish uchun qorin bo'shlig'ida 1-2 kun davomida drenaj nayini qoldirish ham mumkin.

Bu usul parenximatoz azolarning kech (2 fazali) yorilishlarini o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi, bu esa laparosentezning diagnostik qiymatini oshiradi.

Laparotsentezga nisbatan nisbiy qarshi korsatmalar qorin bo'shlig'i azolarida otkazilgan erta jarrohlik operatsiyalar hisoblanadi. Qorin bo'shlig'ida va turli xil paypaslanadigan o'sma shishlar yaqinida laparosentez amalga oshirilmaydi.

Biz laparotsentezni amalga oshirishning o'z usulini taklif qilamiz. Buning uchun 0,5%-1% novokain eritmasi bilan lokal infiltrativ og'riqsizlantirish ostida qorinning o'rta chizig'i bo'ylab kindikdan 1-1,5 sm balandlikda 1,5-2 sm uzunlikdagi teri kesmasi bilan qorin old devorining aponevrozi teri osti yog 'to'qimasidan ajratiladi, oq chiziq bo'ylab 1-1,5 sm kesma qilinadi va ushlagichga olinadi.

Prolabiratsiyalangan qorin parda yumshoq qisqichga olinadi va ochiladi. Shu bilan birga, yaxshi gemostaz mavjudligini va qonning qorin bo'shlig'iga tushmasligini ta'minlash kerak. Qorin pardasi ochilgandan so'ng qorin bo'shlig'iga qattiq spiral shaklidagi boshqariladigan **kateter kiritiladi**.

Qorin bo'shlig'idan laparosentez paytida olingan suyuqlikning rang va hidiga qarab vizual tarzda baholanadi. Biroq, ichki azolarning kichik yorilishi bilan qorin bo'shlig'idan chiqadigan suyuqlik kam boladi.

Ushbu toifadagi bemorlarda qorin bo'shlig'ini yuvgandan keyingina operatsiyaga ko'rsatma qoyilishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida laparosentez ma'lumotlari salbiy bo'lgan bemorlarda dinamik kuzatish uchun drenajni qoldirish kerak.

**Diagnostik laparoskopiya.** Laparoskopiya laparosentezga qaraganda ancha murakkab diagnostika usuli bo'lib, ma'lum ko'nikmalarni talab qiladi, ammo ishonchliroq. Shuning uchun favqulodda jarrohlik diagnostikasi uchun eng aniq ahborot beradigan usullardan biri sifatida tavsiya qilamiz.

Laparoskopiya, ko'plab mualliflarning fikriga ko'ra, qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishlarini aniqlashda eng samarali usuli deb hisoblanmoqda.

Ko'pgina mutaxassislarning fikriga ko'ra, diagnostic laposkopiya dan foydalanish barqaror gemodinamikali va qorin devorining ochiq jarohatlari bo'lgan bemorlarda tavsiya etiladi. Yopiq jarohatlarda, ayniqsa og'ir qo'shma jarohatlarda, uni qo'llash cheklangan . Bu usul ancha yuqori sezuvchanlikka ega (94%), o'ta invaziv, biroz vaqt talab qilinadi, maxsus o'qitilgan xodimlat tomonidan bajarilishi kerak.

DLS dominant qorin jarohati bo'lgan jabrlanganlarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining qo'shma jarohatlarida o'tkazildi. Hammasi bo'lib 89 ta laparaskopiya o'tkazildi.

Laparoskopik tekshiruvning shubhali holatlarida, qorin bo'shlig'ida qon izlari aniqlanganda, bemorlarga laparotomiya o'tkazildi.

Ba'zi tadqiqotchilar, agar laparosentez natijasi salbiy bo'lsa, diagnostic laparaskopiya o'tkazish zarur deb hisoblashadi.

Jabrlanganlarni tekshirish kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab birinchi soatda o'tkazildi. Ko'krak va qorinning qo'shma shikastlanishi bilan jabrlanganlarning ahvolidagi og'irligini inobatga olgan holda, ko'pchilik bemorlarda ishonchli va xavfsiz tadqiqot usuli bo'lgan laparotsentezni amalga oshirish kerak deb hisoblaymiz.

Diagnostik laharoskohiyaga qarshi ko'rsatmalar - qorin devorining operatsiyadan keyingi chandiqlari, qorin bo'shlig'ida bitishmalar, nafas olish va yurak-qon tomir etishmovchiligi bo'lgan bemorning o'ta og'ir ahvoli yoki shok holatidir.

Shunday qilib, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining og'ir qo'shma shikastlanishi bo'lgan katta yoshli bemorlarda qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishlarini aniqlash uchun laparosentezdan foydalanish kerak. Bemorlarning ushbu toifasida diagnostic laparaskopiya uchun ko'rsatmalar juda cheklangan.

Ko'krak qafasi a'zolarining og'ir shikastlanishi, ko'p sonli qovurg'a sinishi, qorin bo'shlig'i bosimining oshishi tufayli kattalar diagnostik laparoskopiyani o'tkazish bemorlarning ahvolini og'irlashtiradi.

Agar diafragmaning shikastlanishiga shubha qilingan bo'lsa, diagnostic laparoskopiyani qilishga qarshi korsatma boladi , chunki bu muqarrar ravishda qorin bo' shligida havo bosimining oshishi pnevmotoraksiga olib keladi.

Jarohatlangan bolalarda diagnostic laparoskopiya ko'rsatmalari ancha kengroqdir.

V.S.Savelyev tomonidan ishlab chiqilgan endoskopik gemostaz usuli qorin bo'shlig'i shikastlangan bolalarda ,qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanganida operatsiyalarni bajarish imkoniyatlarini sezilarli darajada kengayadi.

Qorin bo'shlig'ining parenximatoz azolariga davom etayotgan kuchli qon ketish belgilari bilan jarohatlanganlarida, mahalliy gemostazning turli endoskopik usullari qo'llaniladi. Endoskop orqali tibbiy elimdan foydalangandan so'ng yaxshi gemostazga erishildi .

Adabiyot ma'lumotlarini o'rganish shuni ko'rsatadiki, hozirgi vaqtda mavjud diagnostika usullarining hech biri ustuvor emas, hech biri bir vaqtning o'zida ko'krak va qorin bo'shlig'ining barcha shikastlanishlarini aniqlashga imkon bermaydi va har birining o'ziga xos ijobiy va salbiy tomonlari, o'ziga xos ko'rsatmalari va qarshi korsatmalari mavjud. .

Bizning fikrimizcha, qorin bo'shlig'i jarohatlanishida tashxis qo'yishning dolzarb vazifasi qorin bo'shlig'i va boshqa anatomik sohalarning dominant shikastlanishlarini o'z vaqtida aniqlashdir.

Azolar shikastlanishining tabiati va bemorning ahvoli darajasini o'z vaqtida aniqlash shoshilinch davolanishning butun davrlarini, shu jumladan reanimatsiya va jarrohlik davolash usullarini o'z vaqtida amalga oshirish imkonini beradi.

Ushbu shartlarni bajarish uchun diagnostik tadqiqotlar uchun eng oqilona algoritmni asoslash kerak.

**Kompyuter tomografiyasi (KT).** Qorin bo'shlig'i azolarining shikastlanishlarini tashxislashda eng informatsion tekshirish usuli rentgenografik kompyuter tomografiyasidir. KT ayniqsa, boshqa usullardan foydalanish aniq natija bermaydigan holatlarda qo'llaniladi.

Usulning axborot qiymati 100% ga yaqinlashadi .Pnevmooperitoneumni tashxislashda KT oddiy rentgenografiyaga qaraganda sezgirroq. Ultratovush tekshiruvidan farqli o'laroq, KT tekshiruvi jabrlanuvchining tanasida bandajlar, teri osti emfizemasi, ichak pnevmatozi, teri osti yog 'qatlami mavjudligiga xalaqit bermaydi.

KT ning muhim afzalliklaridan biri shundaki, parenximatoz azolar shikastlanganda ularning yorilish darajasini aniqlash mumkin, bu esa qorinning yopiq travmasida konservativ davolash uchun katta ahamiyatga ega . Chet ellik mualliflarning fikriga ko'ra, agar gemoperitoneum 500 ml ga yetsa (peritonit belgilari bo'lmasa), davolash konservativ bo'lishi kerak deb taxmin qilinadi. Ko'pgina mualliflar KT qorin bo'shlig'i shikastlanishlarini tashxislashda oldindan belgilab olish imkoniyatini beradi.Bu usulni qo'llashda shubhali holatlarda qorin pardani yuvish amalga oshiriladi .

KTdan foydalanish tekshiruvlarining murakkabligi, davomiyligi va tekshirish narxining yuqoriligi va bir qator qarama-qarshiliklarni mavjudligi (beqaror gemodinamika, katta tana vazni, tayyor bo'lmagan ichaklar) bilan cheklangan).

**Magnit-rezonans tomografiya (MRT)** eng informatsion usuldir, ammo uni qo'llash murakkabligi, davomiyligi va yuqori narxi bilan cheklangan va bir qator qarshiliklar mavjud (A.S. Ermolov va boshqalar 2005-2006).

**Angiografiya** barqaror gemodinamika bemorlarda parenximatoz a'zolarining shikastlanishi tashxisi qo'yilganda davolash taktikasini belgilash uchun qo'llaniladi(M.M Abakumov, F.A.Sharifullin, A.I.Ishmuxammedov, A.I.Bolotnikov, 2006).

Buning asosiy ko'rsatkichi arteriyalarning jarohati lokalizatsiyasini aniqlash keyingi embolizatsiya qilish va ichki qon ketishini to'xtatishdir.

Jabrlanganlarning 16 nafarida jigar angiografiyasi o'tkazildi, larning 12 nafarida jigar shikastlanishi aniqlandi. Angiografiya asosida jigar shikastlanishining quyidagi turlari aniqlandi: ko'karish - 3 bemorda, kapsulaning shikastlanishi bilan yorilish - 3 bemorda, subkapsulyar yorilish - 6 bemorda. Jigar shikastlanishining angiografik belgilari quyidagicha belgilar aniqlandi: turli kalibrli arteriyalarning tiqilib qolishi, arteriovenoz shuntlar, vazospazm, parenximaning notekis kontrastlanishi, avaskulyar zonalarning shakllanishi.

**Taloq yorilishida** gumon qilingan 12 jabrlanuvchida angiografik tekshiruv o'tkazildi. 12 ta holatdan 9 tasida taloq jarohati aniqlangan.

Taloq shikastlanishining quyidagi turlari aniqlandi: 3 ta kapsulaning shikastlanishi bilan subkapsulyar yorilish. Quyidagi belgilar taloqning shikastlanishiga xos edi: qon tomirlar spazmi, arteriyalarning tiqilib qolishi, parenximasining notekis kontrastlanishi.

**Buyrak shikastlanishiga** shubha bo'lsa, 12 nafar jabrlanuvchida angiografiya o'tkazildi. 4ta buyrak kontuziyasi, ikki holatda kapsula osti yorilishi tashxisi qo'yilgan, angiografiya ijobiy natija bermagan. Buyrak shikastlanishining belgilari quyidagilardan iborat: arteriyalarning spazmi, buyraklarning ekskretor funksiyasining sekinlashishi, parenximaning notekis kontrastlanishi, kontrastli nuqsonlarning shakllanishi, arteriovenoz shuntlar, kontrast moddaning parenximaga ekstravazatsiyasi, loxanka jomlari tizimining deformatsiyasi, buyraklar shaklining o'zgarishi, buyrak arteriyasi va uning shoxlari tiqilib qolishi, arterial stenozlar.

Angiografiya usuli nafaqat buyrak shikastlanishining xarakterini aniqlashga imkon beradi, balki ularning faoliyati haqida ham ma'lumot beradi. Angiografiya asosida to'rtta bemorda nefrektomiya oldi olindi. Bu usul yuqori darajadagi aniqlik bilan zararning tabiati va joylashuvini aniqlash imkonini beradi. Ammo qorin bo'shlig'i shikastlangan bemorlarning ko'pchiligida jabrlanganlarning ahvolidan og'irligi tufayli angiografik tekshiruv o'tkazilmaydi. Bundan tashqari, intraperitoneal qon ketishining aniq klinik va rentgenologik ko'rinishi bo'lgan bemorlarda angiografik tekshiruv o'tkazish tavsiya etilmaydi, chunki topikal



diagnostika natijalaridan qat'i nazar, bunday bemorlarga shoshilinch jarrohlik ko'rsatiladi.

Travma va qorin bo'shlig'i yaralari uchun angiografiya hozirda juda kam qo'llaniladi.

**Radionuklid skanerlash** jigar shikastlanishi bo'lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi safro oqishi joyini aniqlashga yordam beradi. Ushbu usulni qo'llash shikastlanishdan keyingi davrning qulay usuli yoki a'zoning disfunktsiyasida funksiyasini tiklashni baholashga imkon beradi. (A.F.Sharifullin va boshqalar 2012).

Qorin bo'shlig'i a'zolari (jigar, taloq) va retroperitoneal bo'shliq a'zolari (buyraklar) shikastlanishiga shubha qilingan 38 qorin bo'shligi jarohati bilan radioizotop tekshirish o'tkazildi. Ulardan 7 nafar jabrlanuvchida parenximatoz a'zolarining shikastlanishi tasdiqlanmadi.

Jigarni radioizotop tekshiruvda (15) 5 nafar jabrlanuvchida latlanish, 4 nafarida intragepatik gematoma (3 ta o'ng bo'lakda va 1 ta chapda), 3 nafarida esa jigarning kapsula osti yorilishi aniqlangan. Qolgan uchta uchta noto'g'ri ijobiy ma'lumotlar bor edi.

Ssintigrammalarni ko'rib chiqishda biz jigarning shikastlanishini ko'rsatadigan belgilar mavjudligiga alohida e'tibor qaratdik: a'zoning shakli, chegaralari, hajmi, dori to'planish darajasi va uning tarqalish xarakteri, radiofarmatsevtik moddalarni taqsimlashda nuqsonlar mavjudligi.

Shikastlanishdan keyingi dastlabki davrda jigar latlanishi bilan og'riqan bemorlar (5) jigarning keskin kattalashishini, radiofarmatsevtik moddalarning to'planishining pasayishini va uning notekis taqsimlanishini ko'rsatdi, bu jigar funktsiyasining pasayishini ko'rsatdi. Jigar ichi gematomasi bo'lgan 4 bemorda o'ng bo'lagida radiofarmatsevtik moddalar to'planishining pasayishi (3) va ikkala bo'lakda jigar hajmining oshishi (1) aniqlangan.

Jigar parenximasi yorilishi bo'lgan uchta bemorda boshqa sintigrafik belgilar mavjud edi: jigar chegarasining yaxlitligini buzish va uning keskin

deformatsiyasi, radiofarmatsevtik moddalarning to'planishining kamayishi va notekis taqsimlanishi.

Dinamik tadqiqot davomida jigar kontuziyasi va intrahepatik gematomasi bo'lgan bemorlar jarohatlardan keyin 20-30 kunlarda funktsiyalarining to'liq tiklanishni ko'rsatdilar. Taloq shikastlanishiga shubha qilingan 11 bemorda radioizotop tadqiqoti o'tkazildi. 11 tadan 2 tasi noto'g'ri ijobiy natijalarni oldi. Qolgan 9 bemorda (80%) tadqiqot ma'lumotlari tasdiqlangan. Radioizotop 2 bemorda taloq kontuziyasi va 7 bemorda subkapsulyar gematoma aniqlangan.

### Qorinning yopiq travmasida diagnostic laparatomoyaning ahamiyati

Ko'pgina jarrohlar qorin bo'shlig'ining yopiq travmasini erta tashxislash faqat eksplorativ laparotomiya bilan mumkin, deb hisoblashadilar.

Ko'pgina jarrohlar va bizning tajribamizga ko'ra, diagnostik laparotomiya, ayniqsa, og'ir qoshma travmalar bilan og'rigan bemorlarda ma'lum dir xavfga ega deb hisoblaymiz.

Mahalliy va xorijiy mualliflarning fikriga ko'ra, diagnostik laparotomiyadan so'ng o'lim darajasi 10-20% ni tashkil qiladi. Bemorlar asosan operatsiyadan keyingi og'ir asoratlardan (ichak tutilishi, peritonit, ichak eventratsiyasi, pnevmoniya) vafot etadilar.

Quyidagi holatlar diagnostik laparotomiya uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin:

1. Ko'p sonli jarohatlar bilan travma olganlarning umumiy ahvolining og'irligi . Tekshiruvning qolgan qismiga, shu jumladan laparotsentez va laparoskopiya qilinishiga qaramasdan, ichki a'zolarining shikastlanishini toliq istisno qilish mumkin bolmaganda.

2. Jabrlanuvchining ahvoli qoniqarli, 2-3 soat davomida faol tekshiruv, shu jumladan maxsus qo'shimcha tekshirishlar ishonchli samara bermasa va ichki azolarining shikastlanishi haqida shubhalarni inkor qilib bolmasligi.

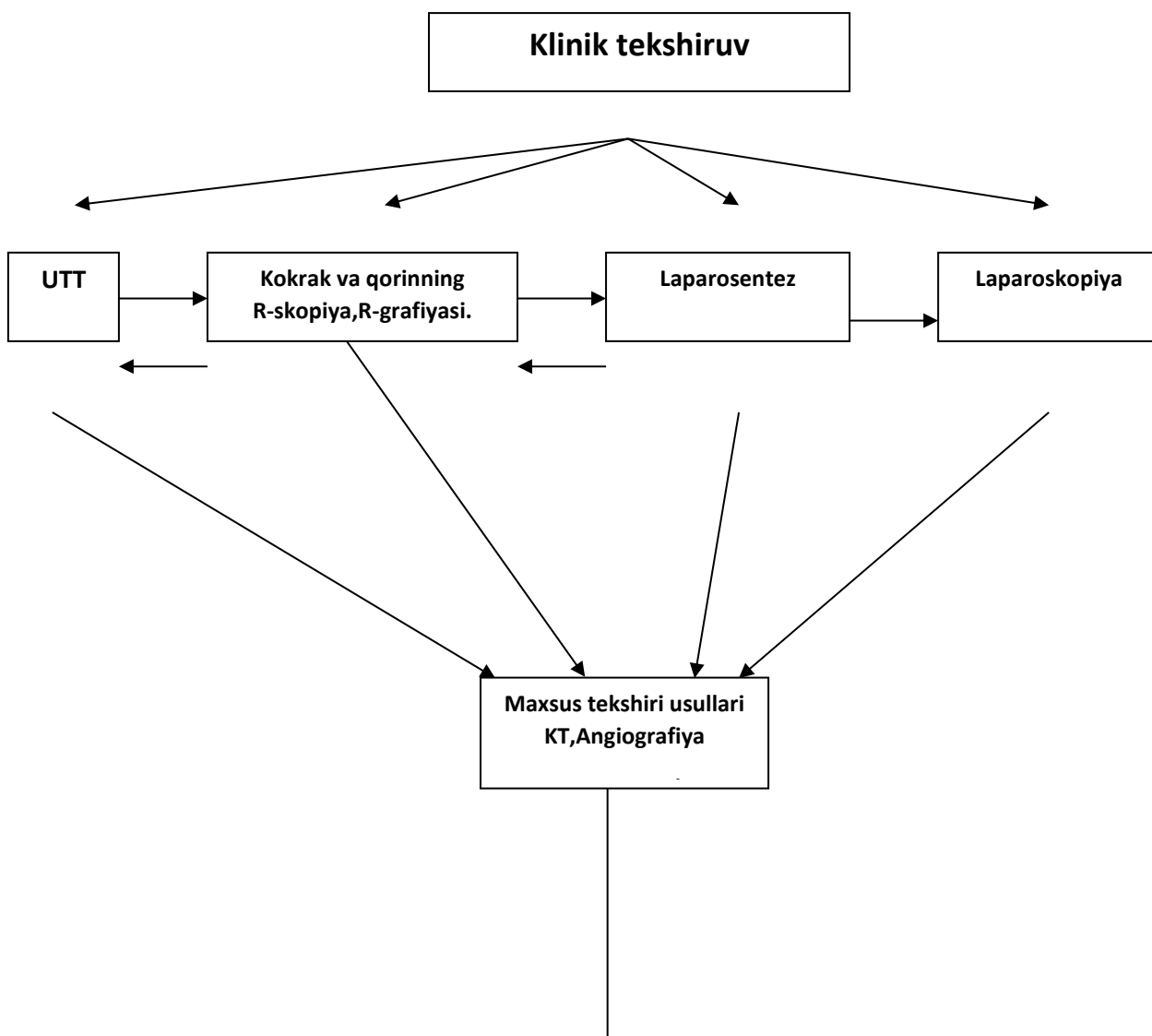
Bizning fikrimizcha, qorin bo'shlig'i shikastlanishi bilan bemorlarga tashxis qo'yishning dolzarb vazifasi qorin bo'shlig'i va boshqa anatomik sohalarning dominant shikastlanishlarini o'z vaqtida aniqlashdir.

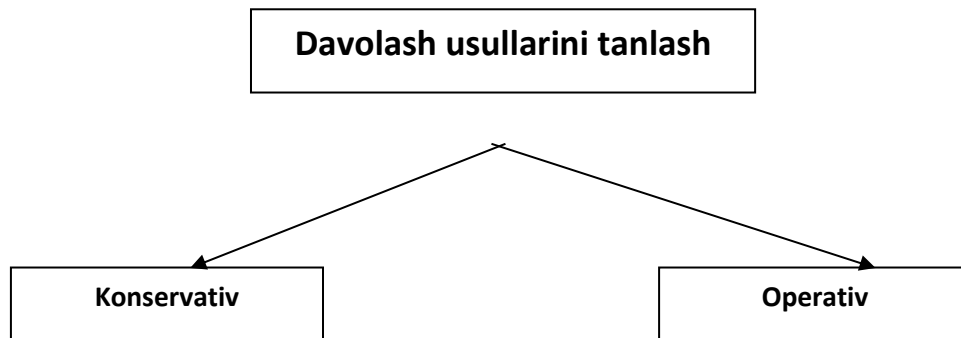
Azolar shikastlanishining tabiati va bemorning ahvoli ogirligi darajasini o'z vaqtida aniqlash, shoshilinch davolanishning butun davrini, shu jumladan reanimatsiya va jarrohlik davolash usullarini o'z vaqtida amalga oshirish imkonini beradi.

Ushbu shartlarni ta'minlash uchun diagnostik tekshirishlar uchun eng oqilona algoritmni asoslash kerak.

Qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi uchun quyidagi diagnostika algoritmini taklif qilamiz.

### **Qorin bo'shlig'ining yopiq jarohatlarining diagnostik algoritmi**





## **VI Qorining yopiq jarohatlarida birinchi yordam korsatish taktikalari**

Qorinning yopiq travmasi bilan hospitalgacha bolgan etapda yordam kor'satish taktikalari.

Hozirgi vaqtda hatto Moskva sharoitida ham (M.M.Abakumov 2015-2016) kuzatuvlarning yarmidan ko'pida qoshma travmalar uchun shoshilinch birinchi yordam brigadalari tomonidan amalga oshiriladi, garchi yordam miqdori ixtisoslashgan brigadalarga qaraganda past bo'lsa-da. Shunday qilib, ixtisoslashgan brigadalar o'rtasida tashxis qo'yishdagi xatolar 12,5 foizida, birinchi brigadalarda - 33,1 foizda, ekspert bahosiga ko'ra, etarli yordam ko'rsatilmaganligi aniqlangan. Qo'shma jarohatlar bo'yicha 100% ga yordam korsatilishi faqat ixtisoslashgan tez tibbiy yordam brigadalari tomonidan erishish nafaqat imkonsiz, balki ijtimoiy va sotsial sabablarga ko'ra ham amaliy jihatdan mumkin emas. Hatto zarur ham bolmagan,yani jabrlanuvchi olomon orasida bolganligi uchun ixtisoslashgan brigadalarning kelishini kuta olmaydi.

Shu munosabat bilan birinchi yordamni takomillashning asosiy yoli , birinchi brigadalarning ish samaradorligini oshiradigan diagnostika va davolash algoritmlarini ozlashtirishga yordam berishdi,.

Kasalxonagacha bo'lgan bosqichda faqat shoshilinch tibbiy yordam bo'yicha mutaxassis tez tibbiy yordam vrachlari tomonidan davolash choralarini ko'rsatishni talab qiladigan jarohatlarga tashxis qo'yish majburiydir. Umuman olganda, diagnostika, birinchi navbatda, tashxis paytida jarohatlanganlarning o'limiga yoki ahvolining yomonlashishiga olib kelishi mumkin bo'lgan hayotiga xavf tug'diradigan oqibatlarini aniqlashga qaratilgan bo'lishi kerak, ya'ni tashxis tabiatan sindromli bo'lishi kerak.

Adabiyotlarda keltilgan ma'lumotlarga asosan shifokorlar gospitalgacha bolgan etapda diagnostika va davolash yordamini tashkil etish va ko'rsatishda katta qiyinchiliklarga uchraydilar. Diagnostika va terapevtik tadbirlarning juda cheklangan arsenali haqida ko'plab ko'rsatmalar mavjud. Gospitalgacha bo'lgan bosqichda qorin bo'shlig'i shikastlanishining klinik ko'rinishi kop simptom va sindromlardan iborat. Bunday holat bemorlar ahvolinining ogirligi va tez tibbiy yordam korsatish vrachlarining davolash diagnostic ishlarida xatolar qilishiga olib keladi.

Biz kuzatgan barcha jabrlanganlarda, dastlabki korik va tez tibbiy yordam shifokorlari tomonidan gospitalgacha bosqichda tashxisni mantiqiy tuzish jarayonida biz 3 holatni aniqladik:

1. Bemor bilan aloqa qilish mumkin bolgan, jarohatni tasdiqlovchi anamnestik ma'lumotlarni to'liq yoki qisman olganlar.

2. Bemor bilan aloqa qilish imkoni bo'lmagan, ammo jarohat belgilari bor bolgan (ko'krak, qorin, boshda zarba izlarining mavjudligi, guvohlarning ma'lumotlari, bemorning travma olgan joyi, qurilish maydonchasi mavjudligi va boshqalar.).

3. Bemor bilan aloqa qilish mumkin emas edi, shifokorda jarohatni ko'rsatuvchi anamnestik ma'lumotlar yo'q, ko'krak va qorin, bosh suyagi va oyoq-qo'llaridagi travmatik jarohatlarning ko'rinadigan izlari yo'q. Jabrlanganlarda ko'rinadigan shikastlanish izlarining yo'qligi ko'pincha shikastlanishdan keyingi dastlabki daqiqalarda, yumshoq to'qimalarda travmadan keyingi o'zgarishlar (shish, qon ketish) hali

rivojlanmagan. Hushi buzilgan jabrlanuvchilarga nisbatan terapevtik va diagnostic taktikasi ham (bosh suyagining shikastlanishi, qon yoqotishlar, otkir nafas yetishmovchiligi) mantiqiy asosida va chuqur tibbiy malumotlarni hisobga olgan holda aniqlanadi.

Gospitlgacha bo'lgan bosqichda buzilgan hushing aniqlanishi, jabrlanganlarda travmatik miya shikastlanishi mavjudligi yani qoshma jarohat borligini aniqlashga imkon beradi.

Tajriba shuni ko'rsatadiki, qorin bo'shlig'i shikastlanishining prognozi ko'p jihatdan jabrlanuvchining ahvolini to'g'ri dastlabki baholashga va voqea sodir bo'lgan joyda jarohatlarning xarakterini aniqlashga bog'liq. Kasalxonadan oldingi bosqichda qorin bo'shlig'i shikastlanishining klinik ko'rinishini o'rganishni hisobga olgan holda, jabrlanganlarning ahvolini klinik baholashda diagnostik va terapevtik taktikani aniqlaydigan quyidagi sindromlarni aniqladik: nafas olish buzilishini, hushning buzilishi, travmatik shok sindromi, o'tkir qon yo'qotish, terminal holat. Hukmron sindromlarning og'irligini baholash shoshilinch kasalxonaga yotqizish bo'yicha birinchi navbatdagi chora-tadbirlarni belgilaydi, jabrlanganlarni kasalxonaga xavfsiz tashishni ta'minlaydi.

Shunday qilib, kasalxonaga yotqizish bosqichida jabrlanganlarning nafas olish qiyinlashuvi xavfsiz tashishni ta'minlash uchun ham, shoshilinch jarrohlik yordamini ko'rsatish uchun ham shoshilinch respirator yordamni talab qiladi. Qorin bo'shlig'ining qoshma shikastlanishlari da klinik ko'rinishning murakkabligi, umumiy holatning og'irligini noto'g'ri baholashning yuqori foizi bilan bog'liq. Bu, shuningdek, diagnostika xatolarining yuqori foizi bilan bog'liq va vaziyatning og'irligini baholashdagi xatolar, qoida tariqasida, uni kam baholash yo'nalishi bo'yicha sodir bo'lgan. Shuning uchun bemorlarning 52 foiziga kam baholangan yordam ko'rsatilgan. Kasalxonagacha bo'lgan bosqichdagi diagnostika xatolari orasida spirtli ichimliklar bilan mastlikning mavjudligida qorin bo'shlig'i shikastlanishining giper diagnostikasi ham uchraydi. Bu kuzatilgan bemorlarning 17 foizida sodir bo'lgan.

Tibbiy yordam ko'lami birlamchi tashxisga bog'liq bo'lib, og'ir va o'ta og'ir ahvolda bo'lgan bemorlarda kam hajmda bolgan . Aynan o'lim shu guruh qorinning yopiq shikastlanishi bolgan bemorlarda sodir bolgan.

Biz tibbiy tadbirlarning barchasini ikki turga ajratdik:

1. Buzilgan hayotiy funktsiyalarni tiklash choralari.
2. Kasalxonaga olib borishni ta'minlash choralari.

Biz yana bir bor ta'kidlashni zarur deb hisoblaymizki, bu bo'linish shartli, chunki bir hodisa bir vaqtning o'zida ikkita maqsadga xizmat qilishi mumkin. Biroq, tajriba shuni ko'rsatadiki, transportirovka paytida jarohatlanganlar holatining barqarorligini ta'minlash choralari bilan ta'minlanmaganida hayotiy funktsiyalarni muvaffaqiyatli tiklanishning (ayniqsa, tashish 30 daqiqadan ko'proq davom etganda) barcha harakatlarni bekor qiladi va jarohatlanlar kasalxonaga davolab bo'lmaydigan holatda yotqiziladi.

Shunday qilib, jarohatlanarning ahvolini kasalxonaga yotqizish bosqichida va kasalxonaga yotqizilgandan so'ng, hukmron sindrom va bir qator yuqori ma'lumot beruvchi belgilar asosida diagnostik baholash diagnostik xatolardan qochish va patogenetik davolanishni o'z vaqtida boshlash imkonini beradi.

Shifokorlar, ayniqsa, kasalxonadan oldingi bosqichda bemorlarning ushbu kontingentiga terapevtik va diagnostik yordam ko'rsatishda katta qiyinchiliklarga duch kelishadi.

Yo'l-transport hodisalari natijasida etkazilgan va ko'pincha o'limga olib keladigan zararining og'irligini hisobga olgan holda, jabrlanganlarga voqea joyida va ularni tashish paytida o'z vaqtida va sifatli yordam ko'rsatish choralari birinchi o'ringa chiqadi. Bizning sharoitimizda shoshilinch tibbiy yordamni rivojlantirish bo'yicha ma'lum muvaffaqiyatlarga erishishimizga qaramay, qorinning og'ir travmasi bilan jabrlanganlarning atigi 5-8 foizi ixtisoslashtirilgan guruhlar tomonidan shifoxonalarga yetkaziladi. Adabiyotlardagi malumotlarga ko'ra, gospitalgacha bo'lgan bosqichda jabrlanganlarning 80% ga to'liq

birinchi yordam ko'rsatilmagan. Vaqtning keskin tanqisligi tufayli tez yordam shifokori jabrlanuvchini voqea joyida juda qisqa vaqt ichida tekshirishga majbur bo'ladi va bemorning noto'g'ri xatti-harakati tashxisning to'g'ri qoyilmasligiga sabab bo'ladi. Tabiiyki, qorinning yopiq travmasida diagnostik xatolar terapevtik va taktik xatolarga olib keladi. Gospitalgacha bo'lgan bosqichda noto'g'ri tashxis kasalxonaga yotqizishni asossiz rad etishga yoki boshqa profildagi kasalxonaga yuborishga olib keladi va shu bilan tashxis qo'yish uchun qimmatli vaqtni yo'qotadi.

Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish doirasidagi asosiy chora-tadbirlar, ayniqsa kasalxonaga yotqizilgan bosqichda qorinning og'ir shikastlanishi, zarba, nafas olish va qon aylanishining buzilishi bilan kurashishga qaratilgan bo'lishi kerak. Shokga qarshi terapiyaning asosiy komponenti og'riqni yo'qotish bo'lib, u kasalxonaga yotqizilgan bosqichda texnik jihatdan sodda, yuqori samarali bo'lishi, tez boshlanishi va bir vaqtda qisqa muddatli ta'sirga ega bo'lishi kerak. Boshqacha qilib aytganda, kasalxonaga yotqizilgan vaqtga kelib, og'riq qoldiruvchi vositalarning organizmga ta'siri ichki organlarning shikastlanishining simptomatik manzarasini yashirmasligi, nafas olish va qon aylanish funksiyasiga manfiy tasir qilishga olib kelmasligi kerak. Biroq, kasalxonadan oldingi bosqichda bunday travma uchun analgetiklarni qo'llash masalasi ochiq qolmoqda.

Qorinning ochiq jarohatlari uchun, ichki organlarning shikastlanishining ishonchli belgilari mavjud bo'lganda, analgetiklar ham qo'llanilishi mumkin. Shu bilan birga, shifoxonagacha bo'lgan bosqichda nafas olish va qon aylanishini o'z vaqtida tiklash davolash samaradorligini oshirish, o'limni kamaytirishning kalitidir. Jiddiy og'ir jarohatlar bo'lsa, analgetiklar qilish mumkin emas.

Beqaror gemodinamikada, poliglyuksin, 40% glyukoza eritmasi, 5-10% glyukoza eritmasi, jelatinol eritmasi periferik yoki markaziy tomirlarni punksiya qilish bilan katta tezlikda quyish kerak. Agar nafas olish buzilgan bo'lsa, og'iz boshligini sanatsiya qilish, havo otkazuvchi nay kiritish va Ambu qopchasi bilan nafas berish kerak.



Ogir qoshma shikastlanishlar uchun tashishni ta'minlash choralari quyidagilardan iborat: suyak sinishi uchun - oyoq-qo'lning immobilizatsiyasi va novokain blokadasini qilish zarur.

## **VII. JARROH TAKTIKASI**

### **Qorinning yopiq travmasida xirurgig taktikalari.**

Kasalxonadan oldingi bosqichda va kasalxonaga yotqizilgan dastlabki soatlarda terapevtik va diagnostika choralari asosan bemorlarga hayotini saqlab qolish va jiddiy asoratlarni oldini olishga qaratilgan, ya'ni hayotiy ko'rsatkichlar bo'yicha amalga oshiriladi (past travmatik jarrohlik aralashuvi), keyin bunday taktikalar asosan tiklanish davrining osonroq yo'nalishini oldindan belgilab beradi.

Qorinning yopiq travmasida 20-50% gacha bo'lgan yuqori o'lim darajasining sabablaridan biri ichki a'zolarning shikastlanishiga kech tashxis qoyishdir.

Bizdagi ma'lumotlarga ko'ra, yo'l-transport hodisalari (YTH) paytida olgan jarohatlari tufayli vafot etganlarning 20-50 foizi o'z vaqtida va to'g'ri tashxis qo'yilsa, omon qolishi mumkin edi. Ko'pincha diagnostika usuli sifatida amalga oshiriladigan laparotomiya bilan ham tashxisdagi xatolik darajasi 20-40% ni tashkil qiladi. Bekorga qilingan laparotomiya jabrlanuvchining ahvolini yomonlashtiradi va 2-7% holatlarda o'limga olib keladi.

Qorin bo'shlig'ining yopiq jarohati bilan davolashning jarrohlik usullariga kelsak, biz jabrlanganlarning ahvolidan og'irligiga va jarrohlik ko'rsatmalarining dolzarbligiga asoslangan fikrga amal qilamiz. Favqulodda laparotomiyaga ko'rsatma qorin bo'shlig'iga qon ketishining mavjudligi edi. Shoshilinch operatsiyalar bemorlarni intensiv terapiya bo'limida yoki operatsiya xonasida qisqa muddatli tayyorlashni talab qiladigan operatsiyalarni o'z ichiga oladi. Ushbu guruhga ichi bo'sh azolarning yorilishi bilan bemorlar kiritilgan. Bunday operatsiyalar jarohatlardan keyin 2 dan 24 soatgacha amalga oshirildi.

Shuni ta'kidlash kerakki, og'riqni yo'qotishning adekvat usullari, atravmatik tikuv materiali, qon tomirlarini koagulyatsiya qilish va qonni qayta quyish (Reinfuziya) moslamasidan foydalanish jarrohlik davolash usullarining samaradorligini sezilarli darajada oshirdi.

Tashxis qo'yishda yara uzunligi kamida 25 sm bo'lgan keng o'rta laparotomiya kesmasi amalga oshiriladi. Bunday keng va uzun kesmaning zarurati bemorlarda qorinning yopiq jarrohati bilann jarroh apetersiyasidan oldin jarohatning hajmi va joylashishini hech qachon oldindan ko'ra olmaydi. Cheklangan yuqori o'rta laparotomiyani bajarish jiddiy taktik xatodir, chunki kichik kesma orqali shikastlangan azolarni to'liq tekshirish va erkin operatsiyani amalga oshirish mumkin emas va shu bilan birga yarani kengaytirish uchun qoshimcha vaqt sarflash kerak.

Qorin bo'shlig'i ochilganda, qon ketish, qoida tariqasida, intraperitoneal bosimning pasayishi tufayli davom etadi.

Shu munosabat bilan qon yo'qotilishini kamaytirish va gemodinamikani barqarorlashtirish uchun aortani diafragma osti sohasida umurtqa pog'onasiga qo'li bilan bosib, qon ketishini vaqtincha to'xtatish kerak. Jigar va taloqdan ko'p qon ketishida taloqning gepatoduodenal boglamini bosish orqali to'xtatiladi. Taloqning jarohatida uning oyoqchasi bosiladi, ammo bu usul samarasiz bo'lsa, ular diafragma ostidagi aortani bosishga o'tadilar.



. 1. Jigar yorilishida kichik charvi tomirlarini barmoq bilan bosish orqali qon ketishini vaqtincha to'xtatish.

Vaqtinchalik qon ketish to'xtatilgandan so'ng, qorin bo'shlig'idan qon yig'iladi va qarshi korsatma bo'lmasa, bu qon plevra bo'shlig'ini drenajlash paytida to'plangan qon bilan birga jabrlanuvchining oziga reinfuziya qilinadi.

Shu bilan birga, shuni ta'kidlash kerakki, ko'p miqdorda qon yo'qotgan jabrlanuvchilar uchun reanimatsiya tadbirlari kompleksiga qonni qayta quyishdan tashqari, donor qoni va uning tarkibiy qismlari, qon o'rnini bosuvchi moddalar va kristalloidlarni quyish kiradi. Qonni qayta quyish qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishini bartaraf etgandan so'ng boshlanadi. Shu bilan birga, qon yo'qotishning keskin darajasi va beqaror gemodinamika, shuningdek, qon yo'qotilishini etarli darajada to'ldirishning imkoni bolmasa, oshqozon yoki ingichka ichakning shikastlanishiga qaramay, qayta infusion reinfuziya amalga oshirilishi kerak.

### **Qonni reinfuziya qilish**

Qonni qayta quyish: Hozirgi vaqtda katta qon yo'qotish bemorlarni davolash, ayniqsa shok rivojlanishi bilan, reanimatsiya chorasi, shu jumladan shoshilinch jarrohlik va optimal qon hajmini tezda tiklash uchun qilinadi.

Ushbu taktikada o'z vaqtida jarrohlik aralashuvi bilan ustuvorlik qoladi, ya'n qon ketishini faol ravishda to'xtatmasdan va qon tomir devorining butligini tiklamasdan, barcha shokka qarshi choralar muvaffaqiyatsiz bolishi mumkin.

Bizning nazoratimiz ostida 192 nafar bemorlarda ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ining qo'shma shikastlanishlari ichki qon ketishi bilan kechdi. Ulardan 66 nafari asosan ko'krak qafasidan, 126 nafarida qorin a'zolarida jarohat kuzatilgan.

Barcha bemorlar og'ir yoki o'ta og'ir holatda reanimatsiya bo'limiga yotqizilgan. Ko'krak qafasining shikastlanishi ustun bo'lgan 66 bemorning

27 tasida o'pkaning, 22 tasida qovurg'alararo arteriyalarning, 17 tasida ko'krak qafasidagi bir nechta manbalarning yorilishi va bir bemorda aortaning shikastlanishi tufayli intraplevral qon ketish kuzatildi.

Shikastlangan 126 bemorning 39 tasida jigar, 29 tasida taloq, 20 tasida katta va kichik charvi tomirlari, 15 tasida qorin bo'shlig'idagi bir qancha manbalardan, 23 tasida qorin va ko'krak bo'shliqlarida qon ketishi kuzatildi.

Ushbu toifadagi shikastlanganlarning funktsional buzilishlarining asosiy etiologik omillari qon yo'qotish, o'tkir nafas etishmovchiligi, reflektor og'riq shoki va hayotiy muhim azolarning faoliyatidagi buzilishlardir.

Qon yo'qotishning o'rnini bosishning eng samarali usuli bu reifuziya(qayta quyish)qilishdir.

Majburiy jarrohlik davolashni talab qiladigan intraperitoneal qon ketishda, shubhasiz, vaqt omili etakchi rol o'ynaydi va reanimatsiya choralari asosan operatsiya vaqtida amalga oshiriladi. Biroq ko'p jihatdan , bu holatlarda jarrohlik operatsiyaning muvaffaqiyati reanimatologning faoliyatiga bog'liq. Transfüzyanni amalga oshirishda qon ornini toldirish va gemostatik terapiyani o'tkazishda reanimatologdan alohida e'tibor talab qilinadi.

Jarrohlik operatsiyaning turi va uning hajmi jarroh tomonidan belgilanadi. Jarohatlarning vazifasi va bemorning ahvoriga qarab optimal taktikani tanlash huquqiga ega.

192 shikastlanganlarning 146 tasida (76,5%) qon quyish jarohatdan keyingi dastlabki 6 soat ichida, 36 tasida - 6 dan 24 soatgacha va faqat 10 (4,7%) bemorda - 24 soatdan ortiq vaqt davomida amalga oshirilgan.

Ushbu 10 nafar bemorning 8 nafarida taloqning ikki bosqichli yorilishi bo'lib, u klinik jihatdan jarohatdan keyin 1-30 kun ichida o'zini namoyon qildi. Gemotoraks bo'lsa, qonni qayta quyish ko'pincha jarohatdan keyingi dastlabki 3 soat ichida, gemoperitoneumda esa 3-6 soat ichida amalga oshiriladi. Vaqtdagi bu farq gemoperitoneumga nisbatan gemotorsning diagnostikasi osonroq kechgani uchun jarrohlik yordamining tezroq ta'minlanishi bilan izohlanishi mumkin. Qorin va

ko'krak bo'shlig'iga to'kilgan qonni qayta quyish 500ml dan 3 litrgacha bo'lgan hajmda amalga oshirildi.

Qorin bo'shlig'i va ko'krak bo'shlig'ida qon ketishining bir nechta manbalari mavjud bo'lganda, auto qonning eng muhim hajmi ishlatilgan. Qorin bo'shlig'i azolaridan taloq va jigar shikastlanishi holatlarida eng katta reinfuziya amalga oshirildi.

Ta'kidlash joizki, ko'krak qafasi shikastlangan 23 (12%) va 33 (17,2%) qorin jarohati olgan jabrlanuvchilarning o'z qonini qayta quyish donor qonini yoki uning komponentlarini quyishdan saqlash imkonini berdi. Bu nafaqat klinik, balki muhim iqtisodiy ahamiyatga ega.

Katta qon yo'qotishlar yiringli-septik asoratlari rivojlanishining asosiy xavf omillaridan biridir. (A.S. Ermolov va boshqalar 2003-2004).

Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, ko'p miqdorda qon yo'qotgan jabrlanuvchilarda reinfuziya qo'llanilganda turli xil asoratlarning surati 28,6% ni tashkil qiladi, Reinfuziyani rad etish va faqat donor qonini qo'llashda asoratlar 87,5% da, asosan, yaraning yiringlashi va pnevmoniya tufayli kuzatilgan.

Shunday qilib, ichki qon ketish paytida qonni qayta quyish intraplevral va qorin bo'shlig'idagi qon yo'qotishlarini to'ldirishning eng oqilona usuli bo'lib, tez klinik ta'sir ko'rsatadi va donor qoni mahsulotlarini sezilarli darajada tejash imkonini beradi.

Keyingi taktika usulariga - qorin bo'shlig'i azolarining jarohati bilan operatsiyalarida yakuniy gemostaz va shikastlangan azolarni tiklash maqsadida batafsil taftish qilishdir.

Jigarning jarohatlaridagi taktika: agar jigar shikastlangan bo'lsa, operatsiya qon quyish niqobi ostida darhol amalga oshirilishi kerak.

Yopiq jigar shikastlanishlarini jarrohlik davolashning asosiy bosqichi - bu etarli jarrohlik yo'li bilan kirish, ehtiyotkorlik bilan gemostaz, nekrotik to'qimalarni olib tashlash, safro oqishini bartaraf etish, agar ko'rsatma bolsa , o't yo'llarini dekompressiya qilish va qorin bo'shlig'ini etarli darajada drenajlash kerak.

Jarrohlik aralashuvi paytida biz yuqori o'rta chiziqli laparotomiya usulidan foydalandik. Jigarining o'ng bo'lagi shikastlanganda, Rio Branco yoki Petrovskiy-Pochucheyeva bo'yicha kesma qilish, o'ng tomondan yumaloq boglamni uchburchak boglamni va organi diafragmadan ajratish uchun kesishgan holda kengaytirildi.

Gemodinamik beqarorlik va qon ketish davom etsa, ayniqsa, katta tomirlarni yoki gepatoduodenal boglamni barmoq bilan bosish va qorin bo'shlig'iga oqib tushgan qonni qayta quyish kerak. Jigar yarasida gemostaz ayniqsa muhimdir, bu atravmatik tikuv material bilan tikishning aniq usuli yordamida amalga oshiriladi.

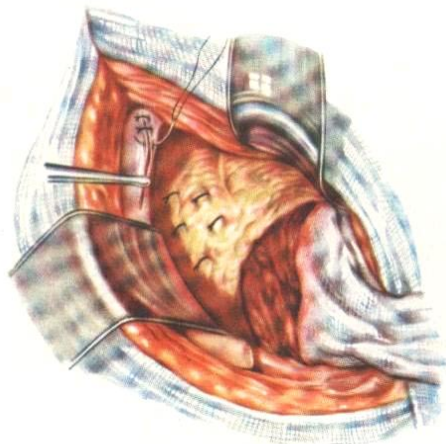
Jigarining massiv shikastlanishlari orasida azoning ezilishi, Kuino sxemasiga ko'ra jigarining ikkidan ortiq segmentlarining shikastlanishi kiradi.

Jigar ezilishi aniqlangan hollarda biz operatsiya paytida ko'rsatilgan vaqtinchalik gemostazdan foydalanishni ya'ni operatsiyaning birinchi bosqichi sifatida tamponada yoki paketlash qollaniladi. Gemodinamikani barqarorlashtirish va bemorni shokdan chiqarilgandan so'ng, u relaparotomiyani amalga oshiradi va nihoyat qon ketishini batamom to'xtatadi.

Salfetkalarini olib tashlash uchun dasturlashtirilgan relaparotomiya eng yaxshi 6-8 kun ichida amalga oshiriladi. Shunga o'xshash taktika 5 bemorda muvaffaqiyatli qo'llanilgan. Jigar va ot yo'llarning yarasini tikish orqali intrahepatik o't yo'llarining shikastlanishini bartaraf etish maqsadga muvofiqdir. O't yo'llarini tashqi drenaj bilan dekompressiya qilish printsiptial jihatdan muhimdir.

Jigarni tekshirish vizual va palpatsiya orqali amalga oshiriladi va azoning diafragma yuzasini tekshirish uchun uning boglamlar apparatini mobilizatsiya qilish amalga oshiriladi. Jigar yorilishi bo'lsa, ularning qirralari kesiladi, yashovchan bo'lmagan to'qimalar olinadi, so'ngra kitgut bilan "P"simon shaklidagi tikish usullari qo'llaniladi. Tikish har tomondan kamida 1 sm jigar toqimasini o'z ichiga olishi kerak. Agar yara qirralarini birlashtirish yoki tikilganda choklar qiyilsa va tikish iloji

bo'lmasa, jigar to'qimalarining defekti katta charvidan olingan bir tutam bolagi bilan tamponlanadi va ustiga tugunlari choklar bilan bog'lanadi (2-rasm).



2-rasm. Jigar yarasiga bir tutam charvi bo'lagi qoyilib tikilishi.

Jigarning chuqur va katta yoriqlari mavjud bo'lganda, Xiari-Alferov-Nikolayev usuli bo'yicha diafragmaepatopeksiya qo'llaniladi. Agar o't pufagi yorilib ketsa, xoletsistektomiya qilinadi.

Taloq jarohatidagi yetakchi taktikalari: Biz keng orta laparotomiyasini afzal ko'ramiz. Ushbu kesmadan har doim qorin bo'shlig'i organlarini taftish qilish va qon ketish manbaini aniqlash mumkun.

Taloqning yorilishi aniqlanganda, orta laparatomiya chap to'g'ri qorin mushaklarini kesib, chap qovurga yoyi tomon kesmani kengaytiramiz. Bu kesma, ayniqsa, semiz odamlarda muhim ahamiyatga ega. Vizual nazorat ostida chap qovurga yoyi osti sohasini korishni taminlaydi. Taloq shikastlanganda, charvi kistasining distal qismini kesgan holda, gastrakolika boglamini kesib uning tomirlari oyoqchasiga bosiladi. Qon tomirlar oyoqchasiga turniket o'tkaziladi, shundan so'ng jarohatning hajmi va operatsiya turi aniqlanadi.

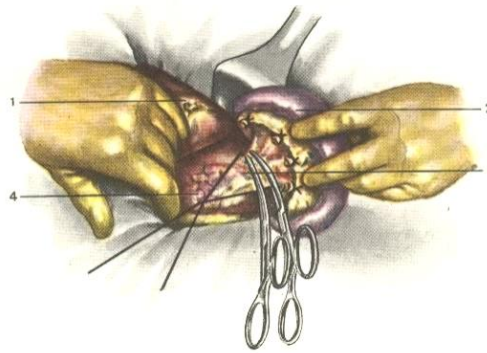
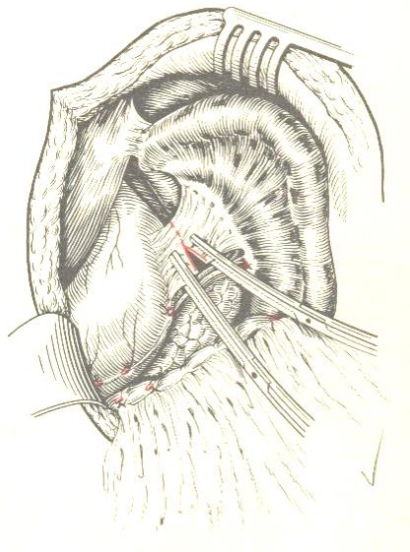
Taloqning shikastlanish xususiyatiga ko'ra, 15 holatda bitta yoriqlar, 21 holatda ko'p marta chuqur yoriqlar kuzatilgan. Shuni e'tirof etish kerakki, taloqning yopiq shikastlanishi bilan bog'liq 36 ta holatdan faqat 4 tasida yaralar orasiga charvi tutami qoyilib artavmatik igna bilan ustidan ketgut choklarini qollash orqali uni saqlab qolish mumkin edi. Qolgan 32

bemorga splenektomiya qilingan. Agar splenektomiya immunitet tizimining, birinchi navbatda hujayrali immunitetning tarkibiy qismlarining jiddiy buzilishlariga olib kelishini hisobga olsak, qorin bo'shlig'ining yopiq shikastlanishi bilan splenektomiya qilingan bemorlarda salbiy oqibatlarining rivojlanish xavfi aniq bo'ladi.

Shunga asoslanib, immunitet tanqisligining oldini olish uchun 20 ta holatda splenektomiyadan keyin taloq to'qimalarining geterotopik implantatsiyasi otkazildi. Taloq to'qimasini geterotopik implantatsiya qilish 15 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan 14 erkak va 6 ayolda qorin bo'shlig'i a'zolarining va taloqning ko'plab jarohatlarida 1500-1800 ml dan qon yo'qotilishi bilan qo'llanildi. Buning uchun olingan taloq steril havzaga joylashtiriladi va azoning shikastlanmagan qismi, shu jumladan kapsulaning butun qalinligi bo'ylab o'tkir skalpel bilan 4-5 ko'ndalang bo'laklar qilinadi. Bunday holda, bo'laklarning qalinligi 5 mm dan oshmasligini ta'minlash kerak. Shu yo'l bilan olingan, o'rtacha o'lchami 4x0,5 sm bo'lgan 4-5 bo'lak katta charviga pastki cheti bo'ylab joylashtiriladi va alohida kitgut choklari bilan charviga mahkamlanadi.

Jarohatning tabiatiga ko'ra, taloqning bitta yoriqlari va bir nechta chuqur yorilishlari bolishi mumkin. Shuni e'tirof etish kerakki, taloqning yopiq shikastlanishi bilan kamdan-kam hollarda uni atravmatik ignabilan kitgut choklarini qo'llash orqali charvining mobilizatsiyalangan ipini choklar orasidagi oyoqchaga mahkamlash orqali uni saqlab qolish mumkin. Aksariyat hollarda splenektomiya bajariladi. (3, 3a-rasm).





Ras.. 3.a. Splenektomiya.

### Rasm 3. Splenektomiya. Gastrosplenal Bog'lamning mobilizatsiyasi.

N.V.Sklifasovski nomidagi Moskva shahar tez tibbiy yordam ilmiy-tekshirish institutida . N.V. Sklifosovskiy L.F. Tveritneva (1990) tomonidan qorin bo'shlig'ining turli qismlariga taloqning bir qismini implantatsiya qilish bilan uning funktsional faol limfoid apparatini qayta tiklash xususiyatlarini o'rgangan. Transplantatsiya qilingan taloq bo'laklarining regeneratsiya jarayonlarini o'rganish taloq to'qimalarining embrion rivojlanishi jarayonlari bilan biroz o'xshashlik borligi aniqladi. Bunda pulpa gialinozi va stromal elementlarning fibrozi biroz aniqroq. Transpalantatsiya qilingan taloq to'qimasini tiklash tezligi retikulyar karkasi, trabekula va taloq kapsulasining saqlanganligiga bog'liq ekan.

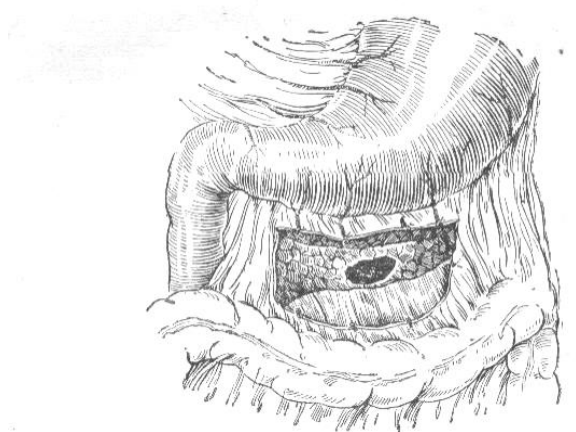
Shunday qilib, taloqni saqlab qolishning iloji bo'lmasa, organni saqlash operatsiyasiga alternativ sifatida uning to'qimasini geterotopik transplantatsiya qilish kerak.

Oshqozon osti bezi zararlanishining taktikasi. Oshqozon osti bezining shikastlanishi odatda faqat operatsiya paytida aniqlangan.

Jarrohlik paytida eng xarakterli belgi - ko'ndalang yo'g'on ichak tutqichida, kichik charvida va gastrokolika boglamda qon ketishi va gematomaning mavjudligidir. Ushbu shakllanishlarga asoslanib, oshqozon osti bezi shikastlanishining darajasini va og'irligini to'g'ri aniqlash mumkin.

Oshqozon osti bezi shikastlanishi uchun jarrohlik aralashuv usuli va usulini tanlash juda qiyin va hali ham umumiy fikrga kelishilmagan. Ko'pincha bezning yorilishi va yarasini tikish charvi kistasining tamponadasi va drenaji bilan amalga oshiriladi. Biroq, bu operatsiyalardan so'ng, ko'pincha oqma va oshqozon osti bezi kistalari ko'rinishidagi asoratlar paydo bo'ladi. Shuning uchun ko'plab jarrohlr shikastlangan bezni to'liq yorilib ketganda tikish befoyda deb hisoblashadi. Bezning to'liq ko'ndalang yorilishi uchun jarrohlik aralashuv usulini tanlashda qiyinchiliklar paydo bo'ladi.

Oshqozon osti bezini ko'rish uchun gastrokolika boglamini keng ravishda kesiladi Oshqozon osti bezining shikastlanishi ko'pincha to'liq ko'ndalang yoriqlar yoki keng subseroz qon ketishlar shaklida sodir bo'ladi. Shuni ta'kidlash kerakki, diqqat bilan tekshirilgan oshqozon osti bezida makroskopik o'zgarishlarning yo'qligi har doim ham og'ir travmatik pankreatitdan kafolat bermaydi.



4-rasm. Oshqozon osti bezini qayta ko'rib chiqish uchun gastrokolik boglam kesildi.

Parenximada kattalashmaydigan 2 sm dan oshmaydigan subseroz gematomalar maxsus jarrohlik muolajalarini talab qilmaydi, bu bemorlar

operatsiyadan keyingi davrda travmatik pankreatitning oldini olish uchun anti ferment preparatlari bilan davolanadi.

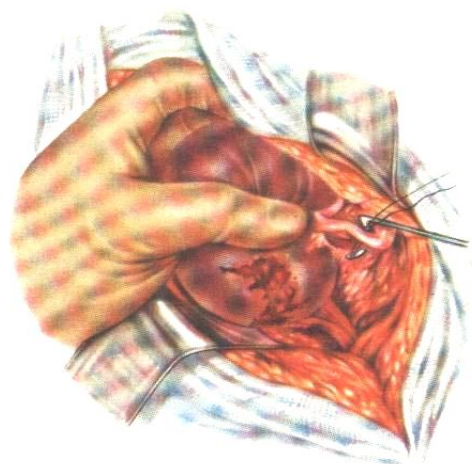
Katta va parenximaga tarqaladigan gematomalarda operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish uchun charvi kissasi bez tanasi bo'ylab qoyilgan va ko'plab lateral teshiklari bo'lgan qalin (diametri 10-12 mm) nayi bilan drenajlanadi. Drenaj trubkasi qorin old devoriga o'rta chiziqning o'ng tomonidan tashqariga chiqariladi va sekvestrlanish xavfi o'tgandan keyin olinadi.

Taktik jihatdan eng qiyin - bu oshqozon osti bezi yollarining shikastlanishi bilan oshqozon osti bezining yorilishi. Jarrohlik aralashuvining darajasi yorilishi jarohatnik lokalizatsiyasiga bog'liq. Bezning dumini yoki tanasini rezektsiya qilish yollari va tomirlarni alohida bog'lash, bez dumini choltogini charvidan olingan laxtagi bilan qoplanadi va ikkita silikon naycha bilan drenajlanadi. Pankreatik shikastlanishlar uchun maxsus jarrohlik usulini tanlash qiyin. Pankreas bezining latlanishida odatda antibiotiklar bilan novokain blokadasini va charvi kissasini drenajlash bilan cheklanadi. Katta latlanishlarda va og'irroq jarohatlar uchun charvi kissasini tamponlash amalga oshiriladi va drenajlanadi. Uning kapsulasi yorilib ketgan taqdirda, kapsula tikiladi, tamponlanadi va drenaj qoyiladi. Oshqozon osti bezining to'liq ko'ndalang yorilishi bo'lsa, Virsungov kanali ko'pincha bog'lanadi va bezning distal qismi rezektsiya qilinadi, tamponlanadi va drenajlanadi. Adabiyotlardagi malumotlarga ko'ra, oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishida o'lim darajasi 30-50% ni tashkil qiladi.

Shunday qilib, jarrohlik aralashuvlar hajmi klinik holatiga va oshqozon osti bezi to'qimasining yemirilishi darajasiga bog'liq.

Buyrak jarohatlarida davolash taktikasi: Buyrakni olib tashlash uning oyoqchasidan uzilib ketishi, buyrakning bir necha joylarda yorilishi holatlari ko'rsatma bolib hisoblanadi. Nefrektomiyadan oldin siz ikkinchi buyrakning ishlash faoliyatini aniqlashingiz kerak. Shu maqsadda olinadigan buyrakning oyog'ichasi qisqichga olinadi, so'ngra 5 ml indigo karmin eritmasi vena ichiga yuboriladi. Siydik qopidagi kateterdan rangli siydikning paydo bo'lishi ikkinchi buyrakning funksiyasining saqlanib

qolganligini ko'rsatadi. Shuni esda tutish kerakki, og'ir qoshma jarohatlarda jabrlanuvchilarda shok tufayli buyraklar faoliyati bo'zishi mumkin. Yakka buyrak shikastlanganda, nefrostoma qo'yish va atrofi to'qimalarni ishonchli drenajlash orqali uni saqlab qolishga harakat qilish kerak. Ketgut choklarining qiyilib ketmasligi uchun ularning ostiga mushak bo'lagi qo'yilib tikiladi. Hayotga qodir bo'lmagan buyrak to'qimalari xanjar shaklida kesiladi, so'ngra to'qimalarning butun qalinligida ketgut bilan tikiladi. Buyrak yarasiga silikonlangan kauchukdan yasalgan nefrostomiya naychasi kiritilib, ketgut choklari bilan uning kapsulasiga mahkamlanadi, bel qismidagi kontrapertura orqali chiqariladi va teriga mahkamlanadi.



5-rasm. O'ng buyrakning ogir jarohati bilan nefrektamiya qilish.

O'ng buyrakni olib tashlashda pastki koval venaning yaqinligini esga olish kerak. Bundan tashqari, taxminan 30% hollarda buyrakka olib boradigan katta tomirlar mavjud bo'lib, ular ehtiyotkorlik bilan bog'lanishi kerak. Buyrak tomirlarini shunday izolyatsiya qilish kerakki, qisqichlar qo'llanilganda, ularning branshlari erkin birlashadigan bolishi kerak, aks holda (etarli mobilizatsiya bolmasa ) tomirlarga qoyilgan iplar sirpanib chiqib ketishi mumkin.

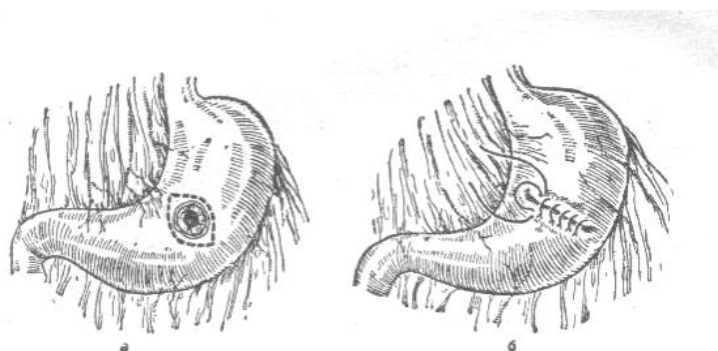
Buyrakni laparotomiya kesmasi bilan olib tashlangandan so'ng, qorin pardaning orqa varagi tugunli choklar bilan tikish kerak. Paranebral to'qimalar kontrapertura orqali drenajlanadi.

Ichi bo'sh a'zolar shikastlanishida davolash taktikalari: Bo'shliq azolarning shikastlanishi peritonitning og'irligiga qarab differentsial taktikani talab qiladi. Shunday qilib, peritonit belgilari bo'lmasa, ichak choki qoyiladi, peritonit rivojlanganda ichakni tashqariga chiqarish kerak. Peritonitning rivojlangan sharoitida ichak choki qo'llanilganda, ko'p holatlarda tikilgan choklar etishmovchiligi rivojlanadi, bemorning o'limiga olib kelishi mumkin.

Bo'shliq a'zolar shikastlanganda, eng xavfsiz ikki qatorli choklar qoyish kerak, uning birinchi qatori N.I.Pirogov printsipiga ko'ra shilliq qavatni tikmasdan, lekin shilliq qavatni tikuvga majburiy jalb qilish uchun shilliq qavatining eng chekkasidan igna bilan shilliq osti qatlamini toliq chokga olish kerak. Ushbu turdagi tikish bilan birinchi va ikkinchi qatorlar orasidagi shilliq qavatning interpozitsiyasi bolmaydai . Gemostaz uchun submukoza qatlami tomirlarini ingichka ipli igna bilan teshish orqali bog'lash kerak.

Birinchi qator tikuv uchun oddiy yupqa ketgut, ikkinchi qator uchun xrom bilan qoplangan ketgut yoki so'rilmaydigan tikuv materiallari ishlatiladi.

Oshqozon shikastlanishi. Jarohatlanmagan to'qimalarning seroz va mushak qavatlarini kesib olinadi , shilliq osti qatlamining tomirlari tikish yo'li bilan bog'lanadi, shundan so'ng shilliq qavat kesiladi va hayotga qodir bo'lmagan to'qimalar olib tashlanadi. Shilliq qavatni tikmasdan ikki qatorli choklar qo'llaniladi (6-rasm).

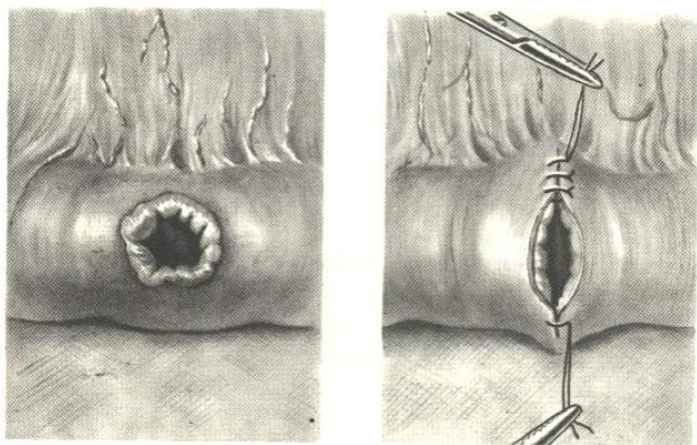


Rasm . 6-rasm. Yaraning chetlarini kesish (a) va oshqozon devorini tikish (b).

O'n ikki barmoqli ichakning shikastlanishi. Agar o'n ikki barmoqli ichakning ekstraperitoneal yorilishi shubha qilingan bo'lsa, Kocher usulida mobilizatsiyasi amalga oshiriladi. Ichak yarasini ikki qatorli tikish va retroperitoneal bo'shliqni konterapertura orqali keng yumshoq drenaj nayi bilan drenajlash kerak. Duodenostazni bartaraf etish uchun doimiy aspiratsiya uchun yumshoq transnazal zond qoyiladi.

O'n ikki barmoqli ichakning keng miqyosda jarohatida, yarani tikishning iloji bo'lmaganda, oshqozon o'n ikki barmoqli ichakdan kesiladi, uning distal yarmi rezektsiya qilinadi (birgalikda o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan, oshqozonning kamida 2/3 qismini rezektsiya qilish kerak) va gastroyeyuno anastamoz Braun usulida qoyiladi. Agar yorilish o'n ikki barmoqli ichakning dastlabki qismida bolmaganligida, an'anaviy gastrektomiyadagi kabi o'n ikki barmoqli ichakning choltogi tikib qoyiladi va yaraga silikon drenaj kiritiladi va ichak nuqsoni chetiga chok bilan o'rnatiladi. O'n ikki barmoqli ichakning shikastlangan joyi erkin qorin bo'shlig'idan doka tamponlar bilan alohidalanadi, ular drenaj nay bilan birga kontur opertura orqali tashqariga chiqariladi. Operatsiyadan keyingi davrda o'n ikki barmoqli ichakda joylashgan drenaj trubkasi orqali olinadigan ovqat hazm qilish sharbatlaridan foydalanish uchun ingichka devorli silikon naycha orqali oshqozonga transnazal tarzda kiritiladi.

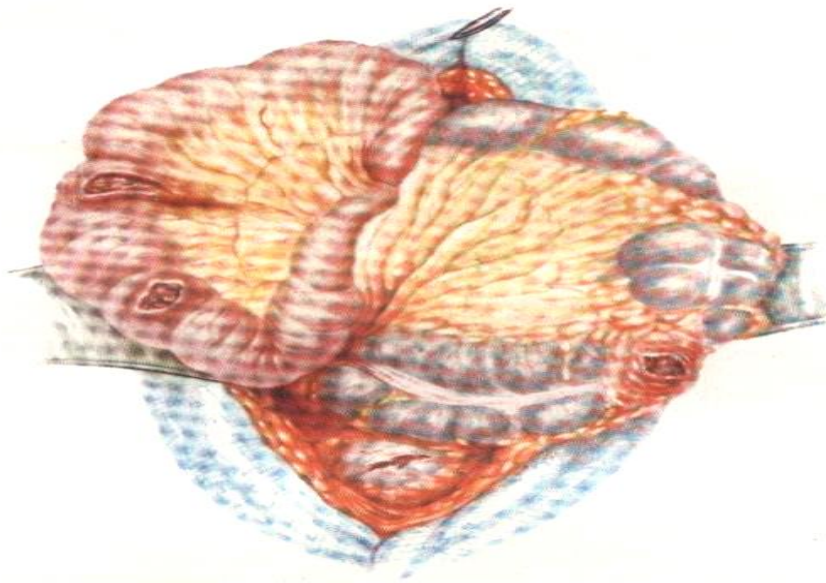
Ingichka ichakning shikastlanishi. Disseksiyadan so'ng kichik subseroz gematomalar ichak devoriga ko'ndalang yo'nalishda va ichakning borishiga nisbatan seroz-mushakli tugunli ipak choklari bilan botiriladi. Deserozlangan joylar bir xil choklar bilan tikiladi. Ingichka ichakning yorilishi, qon bilan imbibitsiyalangan qirralarining kesilishidan so'ng, ko'ndalang yo'nalishda ikki qatorli choklar bilan tikiladi.



7-Rasm. Ingichka ichak yarasini tikish (chapda - ichak yarasi; o'ngda - ichak o'qiga ko'ndalang yo'nalishda serozomuskulyar tugunli choklar qollash).

Ichak tutqichdan 5 sm dan ortiq uzunlikda uzulganda , shuningdek, shikastlangan tomirni bog'lab qo'ygandan keyin uning hayotiyliги shubhali bo'lsa, ingichka ichakning to'liq yorilishi kop sonli bolganda ingichka ichak sirtmogi rezektsiya qilinib uchma -uch anastamoz qo'yiladia .(8-rasm)

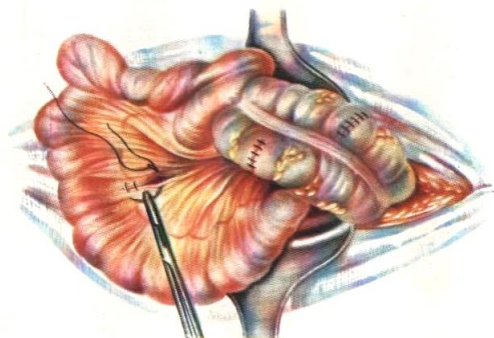
Agar yonbosh ichakning terminal qismida bolgan jarohat 5-8smdan oshmasa bu qismida rezeksiya qilish ota xavfli.Chunki qon bilan taminlanish buzilishi mumkin.Shuning uchun yonbosh ichakning qolgan qismining choltogi toliq tikiladi. olib keluvchi sirtmogi yogon ichak sirtmogi kotariluvchi qismi bilan uch-yanbosh anastamoz qoyiladi.



8-Rasm . Ingichka, yo'g'on ichak va siydik pufagining qo'shma o'q otar jarohati.

Diffuz yiringli peretonit sharoitida shikastlanish joyidagi ichak tutqichi bilan birga kesilib qorin old devoridagi kontrapertura orqali ichakning ikkala uchi qorining old devoridan tashqariga chiqariladi va ikki o'qli ileostoma shakillantiriladi.

Yogon ichakning shikastlanishi. Kichik subseroz gematomalar bolganda serozo-mushkulyar ipak choklari yordamida burmaga botiriladi. Deserozlangan joylar ham shu xil choklar bilan tikiladi . Yo'g'on ichakning yaralari ingichka ichak yaralari bilan bir xil jarohatlanishiga muvofiq, ikki qatorli choklar bilan tikiladi. (9-rasm). Ichak devorida qon ta'minotini buzmaslik uchun uch qatorli choklar qo'llash maqsadga muvofiq emas.

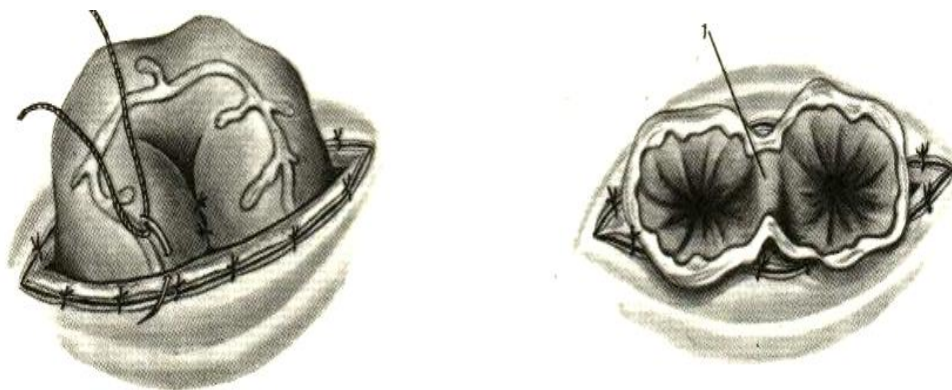


9-Rasm. Sigmasimon ichakning yaralari tikiladi. Ingichka ichak tutqichining shikastlangan tomirlari bog'langan.



Ichak devori katta shikastlanganda qorin pardaning lateral qismi boylab kesiladi, qorinning orqa devoridan ichakning chekkasi rezeksiya qilinadi. Yuqoridagi operatsiyalarga erta aralashuvlar (jarohatlangan paytdan boshlab 4 soatgacha) va nisbatan toza qorin bo'shlig'i bilan ruxsat etiladi. Keyinchalik va qorin bo'shlig'i qon va ichak maxsuloti bilan ifloslangan bo'lsa, shikastlangan yo'g'on ichakning uchlarini rezeksiya qilinadi.

Agar ichakni mobilizatsiya qilishning iloji bo'lmasa, nuqsonni tikish kerak, shikastlangan joyni tamponlar bilan izolyatsiya qilish va keng drenaj nayi qo'yiladi. Tamponlar va trubka keng qarama-qarshi teshikdan o'tkaziladi. Shikastlanishning proksimal qismida kolostoma kabi to'liq ichak oqmasi shakllantriladi (10-rasm).



10-Rasm. Ikki o'qli suniy anus

Agar to'g'ri ichak shikastlangan bo'lsa, iloji bo'lsa, ichak devorining nuqsonini tikish, shikastlangan joyni perineal tomondan tamponlar bilan chegaralash, perirektal to'qimalarni naycha bilan drenajlash, sigmasimon ichakdan stoma yani sigmastoma shakllantirish kerak.

Agar diafragma yorilishi aniqlansa, shoshilinch operatsiya qilinadi. Chap tomonlama jarohatlar uchun laparotomiya afzalroqdir. Oltinchi yoki ettinchi qovurg'alararo bo'shliqda torakoperitoneal shikastlanishlar uchun torakotomiya qilinadi.

Kech tashxis qo'yilgan diafragma yorilishlarida operatsiyalar faqat transtorakal qilinadi. Diafragmaning chap tomonlama katta yorilishlarida ko'pincha qorin bo'shlig'i a'zolari ko'krak bo'shlig'iga o'tib ketadi. Qorin bo'shlig'i odatda o'rta chiziq yordamida ochiladi. Oxirgi yillarda bunday operatsiyalar endovideo laparoskopiya usulida amalga oshirilmoqda.

Diafragma yaralarini bir-biridan 1 sm masofada alohida choklar bir qator qoyilishi kerak.

## **Qorin parda orqa bushlig'ining gematomalari**

Hamma qorinning yopiq jarohatlarining 25-38%-ni tashkil kiladi.

Chanoq suyaklarining sinishida (47%), qorin parda orqa bo'shlig'idagi azolar jarohatida (32%), umurtqalar travmasida (21,5%) hosil bo'ladi. Qorin parda orqa bo'shlig'idagi gematomalar 68,3% holatlarda qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohati bilan birga uchraydilar.

Klinik manzarasi rang-barang: travmatik shok klinikasi ko'proq rivojlanadi, ichki qon oqishlar, o'tkir qorin klinikasi rivojlanadi. Gematoma ichki a'zolarining jarohatisiz bo'lganida yolg'on o'tkir qorin klinikasi, yani qorin parda orqa bo'shlig'idagi gematoma ichaklar pareziga olib kelib yolg'on o'tkir qorin klinikasini berishi mumkin. Bunday holatlarda sababsiz qilingan laparotomiyalar sur'ati 12-16%-ni tashkil qiladi. Ana shunday sharoitlarda Djoys simptomining musbat bo'lishi va uni aniqlash katta ahamiyatga ega

Diagnostikasida asosan: klinik manzarasining rivojlanishi, UZI, kompyuter va MRT-tomografiya, urografiya, angiografiya, laparoskopiya xulosalariga bog'liq. Shuni aytish kerakki, laparotsentez bunday holatda noto'g'ri natija berishi mumkin.

**Davolash taktikalari.** Qorin parda orqa bo'shlig'i gematomalarida davolash taktikalari har xil. Agar gematoma bo'lib ichki a'zolar va katta tomirlar jarohati bo'lmasa, davolash konservativ xarakterga ega. Bordiyu ichki a'zolar va katta tomirlar jarohati belgilari topilsa, albatta operatsiya qilinishlari shart.

Laparotomiyalar paytida gematomani taftish qilishga ko'rsatmani qo'yish juda og'ir masala. Gematomani ochishga asosiy ko'rsatma bo'lib ichki a'zolar va katta tomirlarning jarohatiga taxmin (katta, taranglashgan, pulsatsiyalanuvchi gematomalar, palpatsiya qilinganda a'zolarda defekt topilsa, katta tomirlar jarohati) bo'lgandagina qilinadi. Bunday operatsiyalardan keyin qorin parda orqa bo'shlig'i drenajlanadi, extimol tiqindi qo'yish va maxsus aspiratsion tizim tashkil qilish kerak bo'ladi.

Shunday qilib, qorinning yopiq jarohati to'g'risida izox berish uchun asosiy terminlarni qaysi xil jarohatlarini aniqlashda va qanday tashqi faktorlarning ta'siri borligi, nechta a'zolar jarohatlanganligi (bitta anatomik sohadami yoki bir nechta anatomik sohalardami) qayd qilinishi kerak. Shuning uchun quyidagi jarohatlar turiga bo'linadi:

- qo'shma travmalar ikkita va undan ko'p sohalarda jarohatlanish bo'lganda (kalla va qorin, ko'krak qafasi va qorin jarohati va hokazo).

-kombinatsiyalangan travmalar- jarohat har xil jarohatlovchi agentlar bitta anatomik soha a'zolari va to'qimalarida bo'ladi (nur tasirida kuyish va mexanik travmalar sababli qo'l, oyoqlar sinishi).

- ko'p sonli travmalar - bitta anatomik sohada bir nechta a'zo va tizimlarning jarohati bo'lib, bitta jarohatlovchi agent ta'sirida yuzaga chiqadi.

-politravma yig'ma tushuncha bo'lib, qo'shma, ko'p sonli kombinatsiyalashgan travmalarning ko'shma holatda kelishiga tushuniladi.

## **VIII-Bob.**

### **Qorining ochiq jarohatlarining umumiy hususiyatlari**

Oxirgi yillarda qorinning alohida jarohati sur'ati oshmoqda va undan keyingi o'lim 20-30% ni tashkil qilmokda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST)ning bergan ma'lumotiga ko'ra jarohatlardan keyingi o'lim yurak - qon tomirlar kasalligidan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi.

Qorin bo'shligi a'zolarining jarohati, ularning og'ir kechishi, asoratlar sur'atining ko'pligi, davolash natijalarining qoniqarsiz holatda ekanligi qorinning yopiq jaroxati muammosi bugungi klinik xirurgiyaning oldida turgan dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Hozirgi bizning texnogen asrimizda travmalar soni yildan yilga oshmoqda, ammo ularning kamayishiga hech qanday umid yo'q. Oxirgi yillarda aholiga xirurgik yordam ko'rsatishda ma'lum muvaffaqiyatlarga erishganimizga qaramasdan, qorin jarohatlari ko'pincha o'lim bilan tugamoqda.

Gospitalgacha bo'lgan etapda diagnostik xatolarning ko'pligi (30-70% gacha), hatto gospital etaplarida ham bu sur'atlarning yuqori bo'lishi (20-50%) hozirgi kunda diagnostik va davolash usullarini yanada takomillashtirishga undaydi. Alohida ko'rsatish kerakki, vrachlar gospitalgacha bo'lgan etapda davolash - diagnostik yordam kursatishda ma'lum kiyinchiliklarga uchramoqda.

Tinchlik paytida yo'l harakati transportlari halokatining kupayishi, ayniqsa xar xil tabiiy halokatlar, bemorlarning ommaviy kasalxonalariga keltirilishida ularga halokat joyida o'z vaqtida va sifatli yordam ko'rsatish, tegishli davolash maskanlariga evakuatsiya kilish o'ta muhim hisoblanadi.

Hozirgi kunda aniq diagnoz qo'yish uchun va ularning navbatma-navbat o'tkazish tartibi bo'yicha aniq mezonlar yo'q, ularning asoratlarining profilaktikasi va uning oqibatini bashorat qilishga juda kam e'tibor berilmoqda. Ana shularni hisobga olgan holda qorinning yopiq travmalarida, ichki a'zolarining jarohatini o'z vaqtida aniqlash uchun tegishli diagnostik apparatlar va maxsus tekshirish usullari taklif qilinmoqda.

Qorin jarohatlari tinchlik va harbiy holatlarda tashkiliy hamda xirurgik yordam ko'rsatish masalalari bo'yicha og'ir muammo sanaladi. Bu holatga qorin bo'shlig'ida joylashgan ko'p hayotiy muhim a'zolarining mavjudligi va ularning ko'pchiligi o'zida patogen xarakterli mikrofloriga ega ekanligi bilan bog'liqdir. Yigirmanchi yuz yillikning boshlang'ich davrlarida qorin bo'shlig'iga kiruvchi yaralarga nisbatan quyidagi taktika qo'llanilgan.

1) Konservativ kutish.

2) Zudlik bilan operatsiya qilish.

3) Ko'rsatma bilan u yoki bu taktikani qo'llash.

Rossiyada 1853-1856 yillarda qorin jarohati bilan xirurgik davolash to'g'risida fikrlar N.I. Pirogov tomonidan aytilgan. Vaholanki, o'sha vaqtidagi xirurgiyaning rivojlanish mavqei N.I. Pirogovga qorin jarohatlari bilan yaradorlarni operatsiya qilish davolashning muhim usuli ekanligi taklif

qilingan. Til'mans tomonidan (1914y) yozilgan qo'llanmada qorin bo'shlig'iga kiruvchi yaralarda me'da, ichak va katta tomirlar yaralanganda tinchlik paytlarida laparotomiya qilish davolashning eng muhim usuli hisoblanib, kutish va xar xil malhamlar qo'yish, tinchlantiruvchi dorivor moddalar ishlatish usuli batamom to'xtalishi kerak degan fikrlar keltirilgan edi. Shunga qaramasdan 1916 yilning dekabr oyidagi Butun "Rossiya xirurglar s'ezdida V.G Sege-Monteyfel' qorin jarohatlarida konservativ davolashning operativ davolashga qaraganda ustun ekanligini qizg'in ma'qullab chiqdi.

Ammo s'ezd qorin jarohatlarida faol xirurgik davolashni maqsadga muvofiq deb tan oldi. Bunda V.A. Ooppelning faol xirurgik taktikaning qo'llash zarur ekanligi to'g'risidagi chiqishi muhim rol o'ynadi. Ulug Vatan urushi yillari vaqtida N.N.Petrov xam faol xirurgik taktika ishlatish tarafdorlaridan bo'lgan. 1915 yilning boshlarida N.N.Burdenko qorin jarohati bilan 60 ta operatsiya qilingan jarohatlanganlar to'g'risida ma'lumot bergan va o'lim 45% ni tashkil qilgan. Shunday qilib asta- sekinli qorin jarohatlari bilan yaradorlarni operatsiya qilish g'oyasi xirurglar ongiga singa boshlagan.

1938-1939 yillarda Xasan ko'li va Xalxin-Gol daryosi atrofidagi urushda qorin jarohati bilan 75% yaradorlar operatsiya qilingan (M.N.Axutin). Ana shunday faol xirurgik taktika Finlandiya bilan jangida (1939-40yy) ham qo'llanilgan.

Yuqorida keltirilgan janglarda olingan tajriba Ulug Vatan urushi ( 1941-45 yy) vaqtida xam muvaffaqiyat bilan qo'llanilgan. Qorin jarohatida aniq ko'rsatma bilan kelgusi etaplarga evakuatsiya qilish shakl va tamoyillari tashkiliy jihatdan tako millashtirildi. Yaradorlarning ko'pchiligi diviziya tibbiy punktida (DMP) – 70.5% i va xirurgik harbiy dala gospitalarida (XPP) 22.3% i operatsiya qilindi.

Shunday qilib qorin jarohati bilan tibbiy yordam etaplarida aniq ko'rsatma faol xirurgik taktika qo'llash joriy qilingan.

Qorin jarohatining tasnifi.

A. Qorinning yopik jarohati:

a) Qorin old devori latlanishi.

b) Ichi kovak a'zolar jarohati

v) Parenximatoz a'zolar jarohati.

g) Ichi kovak va parenximatoz a'zolar jarohati.

D) Siydik yo'llarining jarohati

B. Qorining ochiq jarohati: teshib o'tuvchi, o'tib ketuvchi, ko'r yaralanish.

A'zo va to'qimalarning jarohati xarakteriga qarab:

I. Qorin bo'shlig'iga o'tmaydigan yaralar.

a) Qorinning old devori jarohati.

B) Qorin parda orti a'zolari: me'da osti bezi, ichaklar, siydik yo'llari, siydik qopi jarohatlari.

II. Qorin bo'shlig'iga kiruvchi yaralar.

a) Faqat qorin bo'shlig'i a'zolari jarohati:

- ichi kovak a'zolar jarohati

- parenximatoz a'zolar jarohati

- ichi kovak va parenximatoz a'zolar jarohati

b) Torakoabdominal jarohatlar.

v) Buyraklar, siydik yullari va siydik qopi jarohati.

g) Umurtka pog'onasi va orqa miya jarohati

Jarohatlovchi snaryad turiga ko'ra:

a) O'q bilan

b) O'q parchalari

v) Portlash to'lqini ta'sirida

## VIII.I.

### Politravmalarning asosiy xususiyatlari

1. O'zaro og'irlashtirish sindromi yuzaga chiqadi.

2. Shok va ko'p a'zolar yetishmovchiligi tezda rivojlanadi. (tromboembolik va yog'li emboliya asoratlari xavfi yuqoriligi).

3. Alohida travmalarning diagnostikasining qiyinchiligi (shundan qorin jarohatlariniki), diagnostik xatoning yuqoriligi (ayniqsa, kranioabdominal, vertebro-abdominal travmalarda).

4. Xirurgik taktikani tanlashda «birlamchi» ta'sir zonasini aniqlash qiyinchiligi.

5. Kompleks terapiya o'tkazishda biror bir pozitiv o'zgarish olish uchun juda katta xizmat talab qiladi.

6. Davolashning samarasizligi natijalari-o'lim sur'ati balandligi, asoratlar sur'ati yuqoriligi va nogironlikning ko'pligi.

Xulosa qilishda qorinning yopiq jarohatini xarakterlaydigan bir nechta statistik ma'lumotlarga to'xtalmoq kerak.

1. Qorinning yopiq jarohati uning ochiq jarohatdan ko'proq uchrab, hamma qorin jarohatining 62% tashkil qiladi.
2. Qorinning yopiq jarohatlari ichida alohida qorin a'zolarining jarohati 15% ni tashkil qiladi.
3. Qorinning alohida travmasida o'lim 5-20% ni qo'shma va ko'p sonli travmalarda 52- 76% ni tashkil qiladi
4. Qorin yopiq jarohatida kovak a'zolar travmasi 36% (ingichka ichak va uning tutqichi 58% ni) tashkil qiladi.

Bemorlarning 80% statsionarlarga shok holatida keladilar. Qorinning yopiq travmasida diagnostik xatolar 16-30%ni tashkil qiladilar.

Xulosa qilganda qorinning yopiq travmalari muammolari hali to'la hal qilinmagan. Hamma olimlar va amaliyotda ishlaydigan vrachlarning harakatlari qorin travmalarining erta diagnostik usullarini takomillash, qorinning har xil a'zolari jarohatida davolash taktikalarini optimallashtirish va davolashdan keyingi va kech hosil bo'ladigan natijalarning samaradorligini oshirishga qaratilishi kerak.

### **Qorinning ochiq jarohatlari**

Qorinning ochiq yaralanishlari bo'ladi: sanchilgan- kesilgan (pichoq bilan) va jangovar yaralar. Tinchlik vaqtida asosan kesilgan - sanchilgan yaralar uchraydi. Ularning kechishi qorinning yopiq jarohatiga va jangovar qurollar bilan yaralanishlarga qaraganda yengil o'tadi. Qorinning jangovar yaralanishi eng og'ir jarohatlar turiga kirib, to'qimalarning keng masofada yemirilishi va ko'p miqdorda har xil og'ir asoratlarning yuzaga chiqishi bilan xarakterlanadi. Eng og'ir o'tadigani o'q parchalari bilan ochiq jarohatlar hisoblanadi. Qorinning ochik jarohatlari 2 ta katta guruxga bo'linadi. 1) qorin bo'shlig'iga o'tmaydigan. 2) qorin bo'shlig'iga o'tadigan. Bu turlarning asosida qorin bo'shlig'idagi qorin pardaning butligi yoki uning buzilishi yotadi. Shulardan eng xavflisi qorin bo'shlig'iga o'tuvchi jarohatlar xisoblanadi va 75% ni, qorin bo'shlig'iga o'tmaydigan yaralar 25%ni tashkil qiladi.

I) birinchi gurux jarohatlanganlarda qorin old devori zararlanadi. Qorin ichki a'zolarining jarohati ham bo'lishi mumkin.

II) qorin bo'shlig'iga o'tuvchi jangovar yaralar kam holatlarda alohida bo'ladi, ko'pincha ular qo'shma uchraydi. Amaliyotda 50% jangovar yaralarning kirish teshigi qorin devorida uchrasa, qolganlari esa ko'krakda, belda, dumgaza, dumba va son sohalarida uchraydi. Ana shunday jarohatlanganlarda asosiy maqsad qorin bo'shlig'ining qaysi

a'zosi jarohatlanganligini aniqlash bo'lmay, zudlik bilan operatsiya qilishga to'g'ri ko'rsatmasini aniqlashdir. Qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlanishi juda xilma-xildir. Yaradorlarning og'irlik darajasi shok, ichki qon oqishlar va peritonitning rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Qorin bo'shlig'iga kiruvchi jangovor jarohatlariing 72 %ida shok holati kuzatiladi. Shok holatining rivojlanishida nafaqat jarohat, balki jarohat olgan kishi, avtotransport turi, avtotransport bilan ularni olib ketish muddati va davolash maskanlariga yetib kelgan vaqtiga bog'lik bo'ladi. Yaradorning asab-ruhiy holati va jarohat olish paytidagi jismoniy holatiga ham bog'lik. Qon yo'qotishlar shokning rivojlanishiga ta'sir qilsa, peritonit esa jarohatning oqibati hisoblanadi. Qorin bo'shlig'ida qonning to'planishi 80,4% holatlarda uchraydi. Yig'ilgan qonning hajmi jarohat og'irligini ko'rsatadi. Parenximatov azolarning katta jarohatlanishidan massiv qon okishlari sababli travmadan keyin kollaps rivojlanadi. Jarohatlanganlarni tekshirganda teri qoplamasining oqarishi, sovuq ter bosishi, mushaklarning talvasali tirishishlari, puls tezlashadi. Qon bosimi tushadi, bu qon oqishning eng og'ir belgisidir. Eritrotsitlar sonini va gemoglobin miqdorini aniqlash qon oqish hajmining aniqlashda o'ta muhim tadbir hisoblanadi. Sog'lom odamda eritrotsitlar miqdori qon hajmining 42-46%, plazmaning 54-58%ni tashkil qiladi. Qon yo'qotishlarda umumiy eritrotsitlar sonining kamayishi tez yuzaga chiqadi. Travmadan keyin 4-6 soat ichida eritrotsitlar sonining kamayishi kuzatilib, ularning kamayishi jadalligi qon oqishining tezligiga bog'lik. Bunday hollarda davolash to'g'risida biz qorinning yopiq jarohatida malumot berdik.

Qorining hamma jarohatlarida peritonit rivojlanishi mumkin. Peritonitlar to'g'risida biz batamom yuqorida malumot berdik. Jangovor qorin bo'shlig'iga o'tuvchi yaralardan keyingi peritonitlar og'ir o'tib, uning oqibati ancha yomondir. Buning asosiy sababi jarohatning mexanizmiga bog'lik. Bunday jangovor jarohatlarda yaralanish ballistikasining hamma qonunlari ta'sir kiladilar va qorin jarohatiga xos aloxida xususiyatlarga ega. Bular kuyidagicha:

1. Vaqtincha hosil bo'ladigan, pulsatsiyalanuvchi bo'shliq boshlanishida konussimon, keyin silindrik va nihoyat ellipssimon shaklni oladi. Bo'shliqning umumiy davomiyligi o'qning a'zolar bilan bo'ladigan kontakt vaqtidan 200 marta ko'pdir.

2. Zarba to'lqinining ta'sirida gidrodinamik zarbning ahamiyati katta. Bularning hammasi kavak a'zolar jarohatlanganda ularning chiqish teshigi orkali ular ichidagi suyuqliklari chiqa boshlaydi. Agar qorin



pardaning umumiy hajmini o'rtacha 20000sm<sup>3</sup> deb hisoblasak, qorin parda qancha katta maydonda jarohatlanishi yuzaga chiqishi aniq bo'ladi. Bundan tashqari nafaqat jarohatlovchi snaryad tasiri bo'lib, undan tashqari qorin pardaning toksiko-ximik zararlanishi alohida o'rin egallaydi.

Jarohatlanish 5,56 mmlik o'q bilan sodir bo'lganda uning alohida xususiyatlaridan biri, kiruvchi teshigi o'qning kalibriga mos keladi. Chiqish teshigi esa uning kirish teshigidan bir necha bor katta bo'lib, har xil yulduzsimon noto'g'ri shaklda bo'ladi. Kirish teshigi atrofida 2-3 sm kattalikda terisida qon talash bo'lsa, mushaklarda gemotoma hosil bo'ladi va teshigidan ichak tutqichlari, charvi, yemirilgan to'qimalar chiqadi. Shunday qilib qorinning jangovor yaralarida uning alohida xususiyatlari yuzaga chikadi:

1. Ichki a'zolarining jarohati nafaqat to'g'ri jarohatlovchi snaryad ta'sirida bo'lmay, uning yonbosh zarbi kuchi ham ta'sir qiladi.

2. Ichki a'zolarining va to'qimalarning yashash qobiliyati buzulganligi chegarasini ikkilamchi nekroz hosil bo'lganligi uchun aniqlash juda qiyin.

3. Hidrodinamika zarb ta'sirida bo'ladigan ko'p sonli kovak a'zolar (siydik pufagi, oshqozon, ichaklar) jarohatlari bo'lishi mumkin.

4. Ko'p sonli travmalarda kanalning yo'li juda har xil bo'lganligi uchun ichki a'zolar jarohatini operatsiya vaqtida aniqlash qiyin.

5. Regionar qon aylanishi va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi natijasida yiringli-septik asoratlar sur'ati oshadi va 2/3 qism yaradorlarda ikki va undan ko'p qorin a'zolari jarohatlanadi.

Kovak a'zolar jarohati 62%, kovak va parenximatoz a'zolar 14% uchraydi. Yaradorlarning 1/3 qismi ekstraabdominal jarohatlar bo'lib, chanoq, qo'l-oyoqlar suyagi, umurtka pog'onasining jangovor travmalari sanaladi. 13% holatda torakoabdominal yaralanishlar uchraydi. Jang maydonida yaradorlar o'limining 62%ini qon yuqotishlari sababli bo'ladi. Qon oqishining asosiy manbasi ichak tutqichi tomirlari (49,3%), jigar (18,9%) jarohatida kuzatiladi. Qorin jarohati bilan yaradorlarning 24 soat ichida operatsiya qilinganlari orasida o'lim 75%ni tashkil qiladi. V.A. Dolininaning ma'lumotiga ko'ra birinchi 2 soat davomida operatsiya qilingan bemorlarning 90 %, 4- 12 soat o'tgandan keyin 20%, 12-24 soat ichida operatsiya qilinganlardan juda sanoqli yaradorlar tuzalgan.

Vetnamda Amerika armiyasida yaradorlarni 2-3 soat ichida operatsiya qilganlari sababli o'lim 8%ni tashkil kilgan. Ulug' Vatan urushida 80% yaradorlarda qorin bo'shlig'iga teshib o'tuvchi, V'etnam urushida esa

98% holatda uchragan. Agar oldingi urush yillarida ko'proq o'q parchalaridan 60%, o'qning o'zidan yaralanish 40% yaralangan bo'lsa, oxirgi yillarda maxsus titanli jilet kiyganligi uchun o'qning o'zidan yaralanish uchramoqda. Chunki jilet o'qning o'ziga qaraganda, uning parchalaridan yaxshi saqlar ekan. Qorin bo'shlig'iga kiruvchi yaralarning 72% da shok holati kuzatiladi Bunday yaradorlarni operatsiya qilish muddati ancha uzoq, o'rtacha 2 soat. Operatsiyadan keyingi 8-10 kun yaradorlar operatsiyadan keyingi parvarishni talab qiladi. Ko'p sonli jarohatlar hozirgi kunda 30% ni tashkil qiladi. Raketa va yadro qurollari ishlatilganligi sababli qorinning yopiq jarohati sur'ati oshdi. (avvalgi urushdagiga nisbatan 3,8% ko'p).

Qorin bo'shlig'i a'zolari jarohatining ob'ektiv belgilari juda ko'p.

Mutloq belgilari: charvi va ichak tutqichlarining yara orqali tashqariga chiqishi, ichak shirasi va o't suyuqligining ajralishi.

Nisbiy belgilari:

- a) qorin pardaning taranglashishi
- b) qorin old devori mushaklarining taranglashishi
- v) mushaklarning nafas olish harakati chegaralanganligi
- s) Iltin-Blyumberg belgisining paydo bo'lishi
- d) ichak harakatlari shovqinining sekinlashuvi

Peritonit rivojlanishiga xos simptomlar yuzaga chiqadi: karaxtlik, taxikardiya, ko'p marta qusish, ichaklar parezi, qorin bo'shlig'ida suyuqlikning yig'ilishi.

Qorin jarohati olgan bemorlarda asosan 2 asorat kuzatiladi: qorin bo'shlig'iga ichki qon ketishi va peritonit. Ana shu asoratlarni o'z vaqtida aniqlash vrachlar oldidagi muxim masaladir

## **IX bob**

### **Qorin jarohatlari asoratlarining diagnostikasi va davolash taktikalari**

Qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlari bilan operatsiyadan keyingi asoratlari bir qator mualliflarning fikricha 95-98% tashkil qilmoqda (Ermolov A. C. 1997 . Danilov A. M. 2007. Abakumov M. M.2007) Bunday holatning rivojlanishida qorin boshlig'I a'zolari mahsulotlarining qorin bo'shlig'iga keng tarqalishi, qorin bo'shlig'I va qorin parda orti bo'shliqlariga agressiv ta'siri , hamda qorin bo'shlig'I a'zolarining ko'p sonli jarohatlari bilan bog'liqdir.

E. A. Vagnerning fikricha qorin bo'shlig'I jarohatlari bilan sog' qolgan bemorlarning yarmida arroviv qon oqishlar , har xil oqmalar , qorin boshlig'i va qorin parda orti bo'shlig'i absesslari kabi asoratlari paydo bo'ladilar.

Qorinning yopiq jarohatlarida operatsiyadan keying jarohatlar 50-60%da uchramoqdalar. Adabiyotlarda keltirilishicha bemorlarda septik pnevmoniya, piopnevotoraks, choklarning sitilishi qorin ichi absesslari, arroviv qon oqishlar, pankreonekrozlar (Abakumov M. M. 2006. Asensio J. A. et al. 1977)

Amaliyotda eng ko'proq va xavfli asoratlari 12 barmoqli ichakning jarohatlari uchraydi. Qo'yilgan choklarning sitilib ketishi bunday jarohatlarda 45-48% gacha kuzatilmoqda (CHadayev A. P. va boshqalar 2005), o'lim ko'rsatgichi 70% gacha uchramoqda

Bemorlar ahvolining operatsiyadan keyin to'satdan og'irlashishi, qorin pardaning ta'sirlanishi simptomining paydo bo'lishi bilan ichaklar harakatining yo'qolishi bunday asoratlarning paydo bo'lishida uchraydigan asosiy belgilardan hisoblanadi.

Operatsiyadan keying bunday asoratlarni kompleks davolashda adekvat holatda qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish, qorin bo'shlig'ini drenajlash, aspiratsion va yuvish usulini

qo'llash, intensiv infuzion terapiya, erta enteral oziqlantirishni qo'llash, va ingichka ichakni dekompressiya qilish kerak.

## **Peritonitlar diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari**

Qorin pardaning fiziologik xususiyatlari:

1. Surish xususiyati.
2. Sekretor xususiyati.
3. Baryer xususiyati.
4. Organizmda gomeostazni tashkil qilish.
5. Suv-elektrolitlar almashinuvida ishtirok qiladi.

Qorin pardaning umumiy xajmi taxminan terining umumiy xajmiga to'g'ri keladi, ya'ni 17000-20000 sm<sup>2</sup> ni tashkil qiladi. Qorin pardada juda katta tarmoqda qon va limfa tomirlari mavjud.

Har bir millimetr qorin parda yuzasida 75000 gacha kapillyarlar mavjud, shuning uchun ham qorin pardaning so'rish xususiyati juda baland.

Qorin pardaning rezorbsiya va sekretor funksiyalaridan tashqari katta plastik xususiyatiga ega. Ana shu xususiyatiga asosan qorin bo'shlig'i xirurgiyasi rivojlangan. Bu faoliyatda charvining asosan himoya a'zo sifatida ahamiyati katta. Agar charvi bo'lmasa edi qorin pardada har xil infeksiyalarning rivojlanishi og'ir o'tar edi.

Organizmda gomeostazni ta'minlashda, hamda suv-elektrolit almashinuvini muvozanatda saqlashda qorin pardaning muhim roli bo'lib bir sutkada 70 litrgacha suyuqlik surish hususiyatiga ega.

Qorin bo'shlig'ida suyuqlikning rezorbsiya bo'lishida diafragma qorin pardasidagi limfatik mikro tomirlarining ahamiyati baland. Diafragma qorin pardasidagi limfatik lakunalar qorin bo'shlig'i bilan aloqasi mezoteliyada joylashgan yorig'simon submikroskopik hujayralar-stomatlar orqali yuzaga chiqadi.

Peritonit-qorin bo'shlig'i seroz qoplamalarining yallig'lanishi bo'lib, ko'pincha yallig'lanish kasalliklarining yoki qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlanishi asoratlaridir.

O'tkir tarqalgan peritonitlar muammosi meditsina paydo bo'lishidan boshlaboq paydo bo'lgan. Shuni aytish kerakki, bu og'ir kasallikni davolashda ma'lum yutuqlarga erishildi, ammo hozirgi paytda ham bu kasallikdan o'lim tafsiloti yuqori kursatkichlarda qolmoqda. Shuning

uchun ham nafaqat xirurglar, hatto boshqa mutaxassis vrachlarning ham e'tiborini o'ziga jalb qilmoqda.

**Peritonitlarning tasnifi.** Klinik kechimiga qarab o'tkir va surunkali peritonitga bo'linadi. Surunkali peritonitlar ko'pchilik holatlarda mahsus xarakterga ega: sil kasalligi peritoniti, parazitlar va konkroz assit-peritonitlar. Amaliyotda asosan o'tkir peritonitlar bilan duch kelamiz, ular qorin bo'shlig'ida bo'lgan yiringli holatlarning ko'rinishi bo'lib hisoblanadi.

**O'tkir peritonitlarning V.D. Sovchuk (1979) bo'yicha tasnifi.**

- 1) reaktiv bosqich (24soatgacha)
- 2) toksik bosqich (24-72 soat)
- 3) terminal bosqich (72 soatdan ko'p)

**Yiringli peritonitlar.**

- 1) Maxalliy
  - a) chegaralangan
  - b) chegaralanmagan
- 2) Tarqalgan
  - a) diffuz holatidagi
  - b) yoyilgan

Ekssudatning xarakteriga qarab;

- a) seroz,
- b) seroz-fibrinoz,
- v) fibrinoz-yiringli,
- g) sof yiringli peritonitlar.

**Peritonitning sur'ati.** Qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari 20 % holatlarda yiringli peritonitlar asoratiga olib keladi. Bunday holatlar asosan bemorlar vrachlar yordamiga kech murojaat qilganlarida yuzaga chiqadi.

Peritonitlarning asosiy sababchilarini quyidagicha izohlash mumkin.

1. O'tkir appenditsit hamma peritonitlarning - 50 % ni tashkil qiladi.
2. Gastroduodenal yaralarning perforatsiyasi - 10 %
3. O'tkir xoletsistit - 10 %
4. Qorin bo'shlig'i a'zolari travmasi - 10 %
5. Ginekologik kasalliklar, ichak tutilishi, operatsiyadan keyingi peritonitlar-20 %

Peritonit bilan bemorlarning 60% dan ko'prog'i 40 yoshdan baland kishilarda uchraydi.

**Peritonitlarning etiopatogenezi.** Peritonitning kelib chiqishi sababidan qat'iy nazar, ko'pchilik holatlarda bakteriyalar chaqirgan yallig'lanish yuzaga chiqadi. Yiringli peritonitlarga olib keluvchi bakterial omillar quyidagicha:

1. Ichak tayokchalari - 65 %

2. Patogen kokklar -30 %

3. Shartli patogen flora - 5 % ni tashkil qiladi. Bir necha xil bakteriyalar assotsiatsiyasi 35 % bemorlarda kuzatiladi.

Qorin jarohatlarida eng ko'p uchraydigan bu peritonitlardir deb aytib o'tdik. Bizning kuzatuvlarimizda 58 ta bemor bo'lib 25.2%ni tashkil qildi. O'rtacha og'irlik darajasi **SAPS** shkalasi bo'yicha 12+-1.4ball ekanligi aniqlandi.

Hamma bemorlarda relaparatomiya operatsiyasi o'tkazildi.

### **Qorin jarohatlari bilan peritonitning aniqlangan turlari**

1-Fibrinoz-yiringli 18ta bemorda (31%)

2-Yiringli 17ta bemorda (29.25)

3-Gemorragik 11ta (19%)

4-Seroz-fibrinozli 8ta (13.7%)

5-O'tli peritonit 4ta (6.9%)

Peritonitning patogenezida asosan intoksikatsiya holatining rivojlanishi yotadi. Yuqorida aytilganidek qorin parda odamda taxminan 17500-20000sm<sup>2</sup> ni tashkil qiladi. Shuning uchun ham qorin bo'shlig'idagi yiringli holat odam organizmini bakteriyalar tomonidan hosil bo'lgan toksinlar bilan zaxarlaydi.

Endogen toksinlar patologik o'choqlarda modda almashinuvining buzilishidan hosil bo'ladilar, ya'ni oqsillarning noto'liq emirilishidan hosil bo'lgan polipeptidlar, lizosomal proteazalar (leykotsitlar va bakteriyalarining parchalanishidan hosil bo'ladi) va aktiv biogen aminlar (gistamin, serotonin, geparin va hakoza) hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'ida yiringli holatning tarqalishi bilan qorin pardaning keng miqdorda yallig'lanishi yuqoridagi ko'rsatilgan toksinlarning ko'payib ketishi vegetativ tutqich gangliylarida patologik impulsatsiyaning rivojlanishiga olib keladi va oxir oqibatda og'ir patologik ta'sirlanish, ya'ni ichaklarda parez holati yuzaga chiqadi. Bunga yana serotoninning ko'p miqdorda yo'qotilishi ham yordam beradi. Ichaklarda turg'un holatining rivojlanishi ichak shirasida paydo bo'ladigan modda almashinuvining buzilishidan toksik moddalar hosil bo'ladi.

Ichaklar ichida katta miqdorda mineral moddalar to`planib qoladi, asosan kaliy minerali bo`lib, uning organizmda kamayishi asab tolalarida o`tkazuvchanlik xususiyatining yomonlashuvi va ichaklar parezining kuchayishiga olib keladi.

Hozirgi vaqtda tasdiqlanganki, qorin pardaning keng miqdorda yallig`lanishi uning so`rish xususiyati nafaqat pasayadi, balki kuchayadi ham. Ichak devorlarining parez paytida taranglashuvi natijasida ichak ichidagi toksinlar qorin bo`shlig`iga o`ta boshlaydi va endotoksinlar portal venoz havzasiga tushmay, to`g`ri jigarga boradi. Ma`lumki, jigarning dezintoksikatsion funksiyasi kuchli bo`lib, jigar bir soatda 60mg bakterial toksinlarni zararsizlantiradi, ammo yallig`lanishi holatining tarqalishi bilan jigarning bu funksiyasi buzilib, toksinlar qon tomirlarini ishdan chiqaradi va gemodinamikaning hamda nafas olish faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Yallig`lanish zonalarida kollagen tuzilmalarning emirilishi kuchayib, katabolik protsessining kuchayishiga olib keladi. Undan tashqari oqsillarning ko`p qismi antitela hosil bo`lishiga, qonning shaklli elementlari va organizmning energiya talabini qondirish uchun sarflana boshlaydi. Shuning uchun ham tarqalgan peritonitda umumiy oqsilining kamayishi kritik nuqtaga tushib qoladi. Bu o`z navbatida peritonitni davolashda juda qiyin muammolarni tug`diradi.

Bizning kuzatuvlarimizda operatsiyadan keying asoratlari 482 bemordan 232tasida uchradi.

## Qorin bo`shlig`i jarohatlaridan keyingi asoratlarning xillari

1. Peritonit 58 ta bemorda 25.2%
2. Qorin parda orti flegmonasi 14 ta bemorda 2.1%
3. Ichaklararo absesslar 21 ta bemorda
4. O`tkir pankreatit 18 ta bemorda
5. Operatsiyadan keying yaraning yiringlashi 38 ta bemorda
6. Qorinning old devori flegmonasi 21 ta bemorda
7. Eventratsiya 18 ta bemorda
8. Ipli oqma 35 ta bemorda
9. O`tli oqma 4 ta bemorda
10. Duodenal oqma 3 ta bemorda

Bu asoratlarni tashxislashda quyidagi usullar qo`llanildi;

1. **Laparosintez**- usulining asosiy maqsadi qorin bo`shlig`idagi qonni, o`tni, va pankretik fermentlar borligini aniqlashdan iborat. Bu usulning

axbarot berish koeffitsiyentini aniqlashda (F.Fang et al 1998) perfuzatdagi leykositlarning eritrositlarga bo'lgan koeffitsiyentini pereferik qondagi leykotsitlarning eritrotsitlarga bo'lgan soniga bo'lish kerak. Agar shu koeffitsiyent birdan (1) baland bo'lsa ichi g'ovak a'zolar perforatsiyasida sodir bo'ladi. Bunda maxsuslik 97%ni, sezgirlik-100%ni tashkil qiladi. Biz o'z kuzatuvlarimizda bu usuldan yaxshi foydalandik.

**2.Videolaparoskopiya**-bu usul qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlarida yaxshi axborot beradi. Sezgirli-100% dan iborat. Ammo, ayrim avtorlar(Abakumov M.M 1989; Ansari S.A 1990; Petrdis A 1999) diagnostic laparoskopiyaning diagnostic qobiliyati qorin parda orti bo'shlig'i a'zolarining jarohatlarida, ayniqsa erta muddatlarda yetarli axborot berish qobiliyatiga ega emas degan fikrni berganlar. Bu usulning diagnostic maqsadda qo'llanishi qorinning og'ir jarohatlarida bo'lib ISS shkakasi bo'yicha 10 ball, jarohatlanganlarning og'irligi holati APACHI II shkalasi bo'yicha 20 ballni tashkil qilganda ko'rsatma hisoblanadi. Bunga qarama-qarshilik bo'lib ko'p sonli qorin bo'shlig'iga kiruvchi sanchilgan-kesilgan va o'qotar qurollari bilan jarohatlanganlar hamda og'ir gemorragik shok hisoblanadilar.

Biz videolaparoskopiyaning 53 bemorda qo'lladik. Bu usulga qarama-qarshilik bo'lib:

- 1.Stabil bo'lmagan gemodinamika(sistolik arterial bosim 90 mm Hg ustunidan kam)
- 2.Tashqi nafas funksiyasining buzulishi.
- 3.Bitishma kasalligining mavjudligi
- 4.Qorin bo'shlig'i a'zolarining aniq jarohatlari

### **Ichki azolarning jarohatlanish belgilari**

- 1.Gemoperitoneum 18bemorda (33.9%)
- 2.O't suyuqligining borligi 7 bemorda (13.2%)
- 3.Ichak mahsulotlarining borligi 7 (13.2%)
- 4.Jigar jarohati 5ta bemorda (9.4%)
- 5.Taloqning jarohati 6ta bemorda (11.3%)
- 6.Ichaklar yirtilishi 5ta bemorda (9.4%)
- 7.12 barmoqli ichak jarohati 4ta bemorda (7.5%)

Bu usul yordamida qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatida diagnostika ahamiyati mavjud.

### **3.Fibroezofagastroduodenoskopiya.**

Adabiyotlarda (Olivero G. 1990) bu usulning qorinning yopiq jarohatlarida asosan erta muddatlarida diagnoz qo'yishda muhimligi



to'g'risida axborot berilgan. Bu usul asosan 12barmoqli ichakning qorin parda orti jarohatlarida ko'p qo'llaniladi.

Biz o'z kuzatuvlarimizda 11ta bemorda 12 barmoqli ichak jarohatiga taxmin qilinganda o'tkazganmiz. Shulardan 2ta bemorda 12barmoqli ichakning devori yorilishiga xos belgilar aniqlangan.

**Peritonitning diagnostik algoritmi.** Tarqalgan peritonitlarning klinik manzarasi bugungi kunda ko'p adabiyotlarda yaxshi yoritilgan. Bu asosan og'riqli sindromning borligi, qorin pardaning tarqalgan yallig'lanishi belgilarining fizikal usulda aniqlanishi (qorin pardaning ta'sirlanishi simptomlari, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikning yig'ilishi), ichaklar parezining rivojlanayotgan holati, to'qimalarning suvsizlanishi (tilning quruqligi, teridagi elastiklik holatning yo'qolishi) belgilarining rivojlanib endotoksikoz (taxikardiya, tana haroratining oshishi, neytrofilli leykotsitozning chapga siljishi, toksik ensefalit belgilarining yuzaga chiqishi) ning rivojlanishidan iborat.

Operatsiyadan keyingi ayniqsa ular "uchlamchi" deb hisoblanadigan sekinlik bilan kechadigan peritonitlarining diagnostikasi ancha qiyinchilik tug'diradi. Bunday holatda klinik diagnoz qo'yishda qorin pardaning "noaniq" yallig'lanishi klinikasi bilan endotoksikozning belgilarini aniqlash muhimdir. Bemorga birlamchi taxminiy diagnoz qo'yilgandan keyin kompleks operatsiyadan oldingi davolash tadbirlari o'tkazilib, aniq diagnoz qo'yish amallarini bajarish shart. Bu vaqtda bosh vazifa bemor holatining og'irligi, uning rivojlanish fazasi, peritonial sepsisning borligi, ko'p a'zoli yetishmovchilik va peritonit patogenezining individual xususiyatlarini aniqlashdan iborat. Shunday qilib, kompleks laborator usullar bilan, ultratovush tekshirilishi, qorin bo'shlig'ini rentgenoskopiya, rentgenografiya, EKG qilish kabi algoritmlar qo'llanilishi kerak.

O'tkir peritonitning tipik kechishida diagnostikasi uncha qiyinchilik tug'dirmaydi.

Peritonitning birlamchi manbasiga qarab, ko'rik paytida aniqlanadigan quyidagi belgilar mavjud:

1. Qorinda kuchli og'riq.
2. Ko'ngil aynish va qusish.
3. Qorinning old devori taranglanishi.
4. Paypaslaganda o'tkir og'riq va Shotkin-Blyumberg belgisining aniqlanishi.

5. Tana haroratining oshishi.

6. Qondagi yallig'lanish reaksiyasi (leykotsitoz va neytrofillarning chap tomon siljishi).

**O'tkir peritonitning klinik manzarasi** juda ham har xildir. O'tkir peritonit ko'pchilik holatlarda ikkilamchi, ya'ni qandaydir bir kasallikning asorati bo'lganligi uchun aniq diagnoz qo'yish uchun anamnez to'liq o'rganilishi kerak.

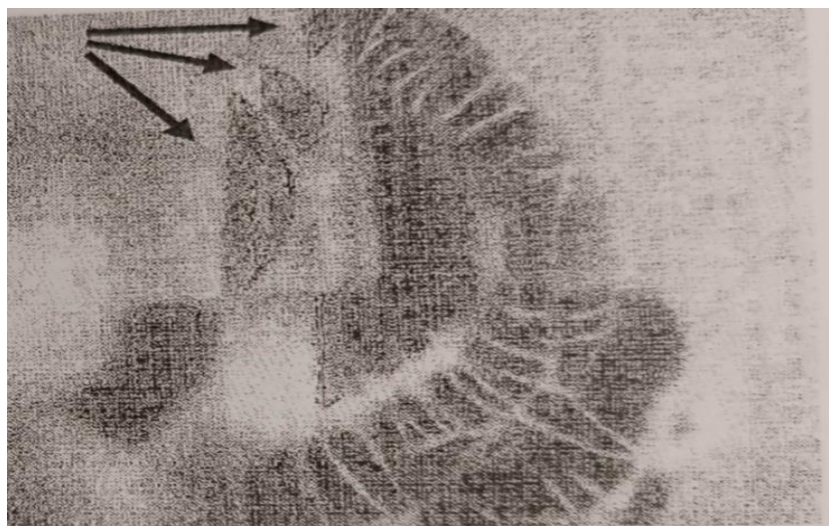
Bu kasallikning boshlanishi hamma vaqt o'tkir, to'satdan bo'lib 100% qorinda og'riq bilan o'tadi.

O'tkir peritonitning klinik manzarasi uning har xil bosqichlarida har xildir. Boshlanish yoki reaktiv bosqichida og'riq bilan birga qorin tomondan aniqlanadigan sindromlar ko'prok yuzaga chiqadi. Qorinning old devori taranglashishi, el chiqmaslik, xojatning bo'lmasligi, ko'ngil aynish va qusish holati, paypaslaganda Shotkin-Blyumberg belgisi aniqlanadi. Juda erta davrlarda pulsi reflektor holatda sekinlashgan, keyinchalik tezlashib, puls bilan tana harorati orasida nomutanosiblik paydo bo'ladi. Tana harorati boshidan ko'tariladi, rektal harorat qo'ltik osti haroratidan 1-1,5 C° yuqori bo'ladi. Tili quruqrok va karashma bilan qoplanadi. Qonda leykotsitlar miqdori oshadi, neytrofillarning chapga siljish kuzatiladi.

Peritonitning rivojlanishi bilan bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tili quruq bo'la boshlaydi, pulsi tezlashgan qusish kuchayadi, qusuq modda qo'lansa hidli. Qorinni paypaslaganda taranglanish va og'riq pasayadi, ammo damlash yanada kuchayishi mumkin, chunki ichak devorlaridagi nerv tolalari parezi boshlanadi. Asta sekinlik bilan bemorlarda paralitik ichak tutilishi belgilari rivojlanadi. Qorinni auskultatsiya qilganda ichak harakatlari eshitilmaydi (ya'ni «qabr sukunati»). Albatta orqa chiqaruv teshigi orqali barmoq bilan tekshirib ko'rish shart. Reflektor holatda siydik chiqarishi to'xtaydi. Qondagi leykotsitlar soni 15-20000 gacha ko'tarilishi mumkin. Reaksiyaning chapga siljishi kuzatiladi, yosh shakllari paydo bo'ladi. Agar intoksikatsiya juda kuchli bo'lsa leykotsitoz pasayadi -yani organizmning areaksiya holati yuzaga chiqadi. Og'ir intoksikatsiya paydo bo'lganda parenximatoz a'zolar, ya'ni jigar va buyraklarning faoliyati buziladi. Ko'pchilik holatlarda engil sariqlik paydo bo'ladi. Jigarining glikolitik, glikosintez, antitoksik va protoplastik funksiyalari buzilib, umumiy oqsil miqdori kamayadi. Qonda atsidoz holati kuchayib, siydik ajralishi miqdori pasayadi. Oxirgi, ya'ni terminal bosqichida (4-5 kunlari) klinik manzara o'zgarib, tajribasi kamrok vrachlar xato qilib qo'yishlari

mumkin. Bemor og'riqga shikoyat qilmay qo'yadi, hatto umumiy ahvoli biroz yaxshi bo'lganligini aytadi (eyforiya yuzaga chiqadi). Bemorni ob'ektiv ko'rilgandagi klinik mazara daxshatli tusga kiradi: yuz tuzilishi osilgan, ko'zlari orqaga kirgan, yuz tuzilishi iztirobli, bezovta (facies Hippocratica). Bemorning doimo ko'kimtir, qora to'q qizil qo'lansa hidli suyuqlik bilan qusishi, tili quruq, qorni damlagan, paypaslaganda yumshoq, pulsi kuchsiz, aritmik, nafasi yuzaki bo'lishi organizmning chuqur intoksikatsiya holatida ekanligini ko'rsatadi. Bemorlar to'oxirgi minutlargacha hushida bo'lib o'lishi mumkin, ayrim holatlarda alahsirash yoki har xil qo'zg'alishlar yuzaga chiqadi.

Kasallikning kechimi og'irligi holati bilan bemor ahvolining og'irligi o'rtasidagi parallel nomutanosiblik borligi va o'tkir peritonitning diagnostikasining qiyinligini ulug' Mondor (1930 yil) ham o'z vaqtida aytib o'tgan. Manzaraviy rentgenoskopiya qilinganda ichaklarda pnevmatoz holati kuzatiladi.



**22-Rasm.** *Qorinbo'shlig'ining manzaraviy rentgenografiyasi. Ichaklarda pnevmatoz holati.*

Shuni aytish kerakki, amaliyotga endoskopik tekshirish usullarining, laparoskopiyaning kiritilishi diagnostikani ancha osonlashtirdi. Endoskopik apparatlar bo'lmagan bo'limlarda, yoki bemorlar tuman shifoxonalarida bo'lib diagnostikasi og'ir hollarda biz xirurglarga laparotsintez qilinishini tavsiya qilamiz.

Oxirgi yillarda amaliyotga ultratovush tekshirishlarining kiritilishi qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari, xususan o'tkir peritonitlar diagnostikasini ham ancha engillashtiradi.

**Differensial diagnostikasi.** O'tkir peritonitning toksik va terminal bosqichlarida qorin pardaning yallig'lanishi semiotikasi aniq yuzaga chiqishi sababli boshqa kasalliklar bilan differensiallashning xojati

qolmaydi. Kasalliklarning reaktiv bosqichida umumiy belgilarining ko'pligi jihatidan yallig'lanish va yallig'lanish bo'lmagan kasalliklar bilan differensiallash zarur.

1) Eng avvalo siydik tosh kasalligi bilan, siydik yo'lini bekitib qolganda yuzaga chiqadigan kuchli og'riq, ko'ngil aynishi, qusishi ichaklar parezi va yolg'on musbat Shotkin-Blyumberg belgisi borligi diagnostikani qiyinlashtiradi. Og'riqning xurujli o'tishi uning chov, son, oraliq sohasiga tipik irradiatsiyasi, dizurik holat borligi tana xaroratining va qondagi yiringlashga xos o'zgarishlarning yo'qligi, siydik taxlilida eritrotsitlarning borligi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Differensial diagnoz maqsadida albatta UTT, manzaraviy rentgenografiya va urografiya qilish zarur.

2) Peritonitni juda kam holatlarda og'ir metallar tuzi bilan zaharlanishlari bilan taqqoslash zarur. Bunday holatlarda bemordagi o'xshash belgilar yuzaga chiqadi: bemordagi qo'zg'alishlar, qorin bo'shlig'idagi og'riq, qorinning old devori mushaklarining reflektor taranglashishidan - taxtasimon bo'lib qolishi. Ammo ko'ngil aynish, qusish kuzatilmaydi, tana haroratining oshishi va qonda yallig'lanish reaksiyasi ham kuzatilmaydi.

3) Peritonitni gemorragik diatezlar bilan, ya'ni Sheyleyn-Genox kasalligi bilan ham differensiallash zarur. Bu kasallik yosh kishilarda va bolalarda uchrab terida, shilliq pardalarda, qorin pardada, mayda qon quyilgan donachalarning paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bu kasallikning uchta: teri, ichak va qorinning old devori taranglashishi va qorin pardaning ta'sirlanishi belgilari yuzaga chiqib, peritonit belgilarini beradi. Bu borada albatta anamneziga e'tibor berish zarur. Nihoyat bizga UTT va ayrim hollarda hatto endoskopik tekshirish - laparoskopiya yordam beradi.

4) Ayrim hollarda yurak infarkti bilan ham differensiallash zarurati tug'iladi. Yurakning cho'qqisi yoki uning orqa devorida infarkt o'chog'i bo'lganida epigastral sohasida kuchli og'riq bo'lib, ko'ngil aynishi, qusish, qorinning old devori taranglashishi bilan o'tadi. Albatta bunday holatlarda EKG qilish, tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish, qo'shimcha diagnostik usullar ishlatish yordam beradi.

Peritonitni qolgan qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir xirurgik kasalliklari bilan ham differensiallash zarur. Ammo bu kasalliklarda ularni zudlik bilan operatsiya qilish ko'rsatmalari bo'lganligi uchun, ularning asorati asosan peritonitlarga olib kelishini hisobga olib birma-bir ta'kidlab o'tmadik.

B.D. Savchuk (1979) keltirilgan ma'lumotlarga asosan bemorlar peritonit bilan statsionarlarga tushgan paytlarida 82% klinik manzaralari aniq. 18% holatlarda har xil diagnostik qiyinchiliklar tug'dirgan. Ayrim bemorlarda atipik klinik belgilardan tashqari, og'ir yo'ldosh kasalliklar bo'lganida haqiqiy peritonit belgilarini niqoblashi mumkin.

### **O'tkir peritonitlarni zamonaviy davolash**

Tarqalgan peritonitni diagnozi qo'yilgandan keyin qorinbo'shlig'idagi allig'lanishning manbasini aniqlash uchun operatsiya ni kechiktirish mumkin emas. Bemorga zudlik bilan oshqozon-ichak tizimini dekompressiya qilish uchun zond qo'yiladi, har soatdagi diurezni aniqlash va operatsiyadan oldingi tayyorlash muolajasi boshlanadi. O'tkir peritonitlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik uchta asosiy maqsadni amalga oshirish uchun qilinadi:

**Birinchi maqsad-** to'qimalar dehidratatsiyasini, gipovolemiyani, elektrolitlar balansini buzilishini bartaraf qilish. Buning uchun izotonik poliionli suyuqliklar 1 kg massaga 30-50 ml hisobida infuziya qilish talab qilinadi. Infuzion terapiya glyukozali, oqsilli va kolloid eritmalar quyish bilan davom ettiriladi.

**Ikkinchi maqsad-** endogen intoksikatsiya va fon kasalliklari sababli organizmda yuzaga chiqqan buzulishlarni medikamentoz korreksiya qilish.

**Uchinchi maqsad-** o'z vaqtida operatsiyagacha adekvat antibakterial terapiyani boshlashdir. Bu maqsadni amalga oshirishda biz sefalosporinlarning oxirgi avlodi va metronidazol qatoridagi preparatlarni qo'llash maqsadga muvofiq deb o'ylaymiz. Aniq qaysi preparatlarni o'zaro ko'shma holda ishlatishda differensial yondashish kerak. Bunda organizmning funksional holati ma'lum bir shkala bo'yicha ( SAPS, SOFA yoki APACHE-I) aniqlangan ballari hisobga olinadi.

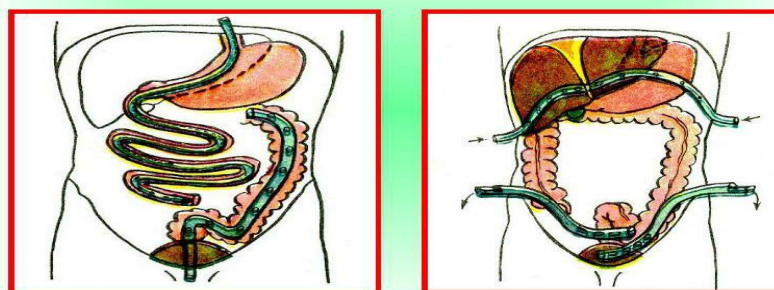
Asosan bunday tadbirlarni o'tkir peritonitning toksik va terminal bosqichida tushgan bemorlarda o'tkaziladi. Tayyorlash muddati 2-3 soat atrofida bo'lishi kerak. Bemorga albatta, transnazal zond qo'yilib oshqozon yaxshilab yuviladi. Bemorning ahvoli biroz stabillashgandan keyin operatsiyadan 30-40 minut oldin premedikatsiya qilinadi: 0,1% li atropin 1ml, 2% promedol -1 ml teri ostiga yuboriladi. Operativ davolash o'tkir peritonitlarda radikal bo'lishi kerak. Keng laparotomiya qilinishi, albatta endotraxeal narkoz ostida o'tkazilishi kerak. Peritonitlarda uni chaqiruvchi manbaning xarakteriga qarab laparotomiyaning tegishli variantlari qo'llanilishi zarur. Agar oshqozon yarasining teshilishi,

destruktiv xoletsistit, o`tkir pankreatit xavfli bo`lganda yuqorgi - o`rta laparotomiya, o`tkir appenditsit, genikologik kasalliklari ehtimol qilinganida pastki-o`rta laparotomiyasi qilinadi. Peritonitning sababi aniq bo`lmasa o`rta-o`rta laparatomiyasi ma`qul hisoblanadi.

### **O`tkir yiringli peritonitlar bilan operatsiya qilinganida quyidagi amallar bajarilishi shart:**

1. Yiringli ekssudatni evakuatsiya qilish (bu amal asosan elektrosurgichlar bilan amalga oshiriladi);
2. Peritonitning asosiy manbaasini bartaraf qilish
3. Qorin bo`shlig`ini yaxshilab sanatsiya qilish;
4. Qorin bo`shlig`ini drenajlash.

Nazointestinal intubatsiya va qorin bo`shlig`ini drenajlash



**23-Rasm.** a) *Ingichka ichaklarni nazointestinal drenajlash.*

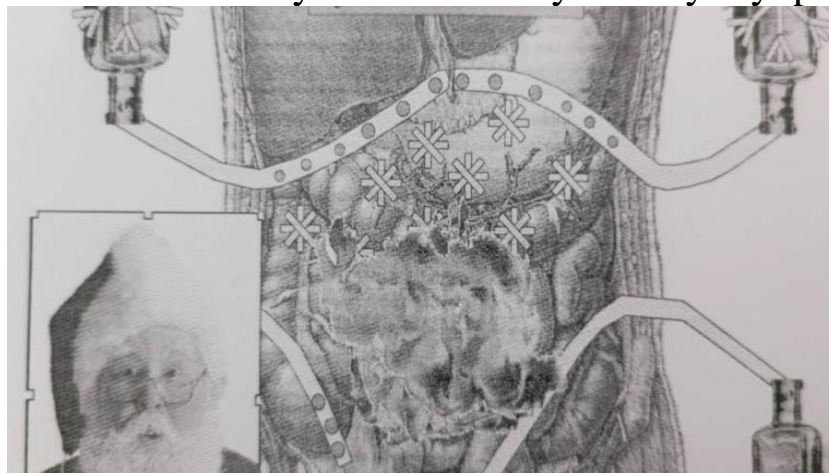
b) *Qorin bo`shlig`ini drenajlash.*

Operatsiyaning hajmi birlamchi peritonitga olib kelgan kasallikning xiliga va peritonitning bosqichiga bog`liq. Destruktiv holatidagi chuval-changsimon o`simtani, o`t xaltani albatta olib tashlash zarur. Peritonitning asosiy manbasini yaxshilab bartaraf qilinmasa, operatsiyalardan keyin har xil asoratlar kuzatilishi mumkin. 1980 yilda professor N.N. Kanshin shunday xulosaga kelgan edi: «Peritonitlar paytida operatsiya radikal o`tkazilib, peritonitning manbasini yaxshi bartaraf qilinmasa, qorin bo`shlig`i sanatsiyasi va dializ operatsiya paytida yaxshi o`tkazilmasa, hech qanday infuzion davolash, har qanday antibiotik qo`llash, giperbarik oksigenatsiya, limfasorbsiya, hatto gemasorbsiya bemorni o`limdan qutqara olmaydi».

Xuddi shunday xulosani 1984 yilda professor Niderle ham ta`kidlab 3 ta muhim amal o`tkazilishini yozgan:

1. Peritonitni chaqiruvchi manbani bartaraf qilish;
2. Qorin bo`shlig`ini optimal sanatsiya qilish;
3. Qorin bo`shlig`ini adekvat drenajlash

Gastroduodenal yaralarning perforatsiyasida juda kam holatlarda rezeksiya qilinadi, asosan yaralar tikiladi. Yo`g'on va ingichka ichaklarni tikkanda albatta ichaklar ichidagi bosimni kamaytiradigan stomalar chiqarish lozim. Ichaklar rezeksiya qilinganda albatta «yonbosh-yonbosh» yoki «uchma-uch» anastomozlar qo`yiladi. Peritonit toksik yoki terminal bosqichida bo`lsa teshilgan yoki jarohatlangan ichak uchlari albatta tashqariga chiqariladi, ya'ni stoma qo`yiladi. Ileostomani chiqarish birinchi bo`lib 1879 yilda Vayt tomonidan «xabatok» shaklida taklif qilgan. Ileostomalar keyinchalik 3-4 oydan keyin yopilishi kerak.



**24-Rasm.** O`tkir yiringli peritonitlarda qorin bo`shlig`ini drenajlash va dializ qilish.

Yiringli peritonitlar bilan bemor operatsiya qilinganda xirurg avvalo bemorning xayotini saqlab qolishni o`ylash kerak. Operatsiyaning hajmini noo`rin kengaytirish ham har xil asoratlarga olib kelishi mumkin. Qorin bo`shlig`ini sanatsiya qilishda iliq izotonik eritmalar, furatsillin, rivanol eritmaları ishlatilib, elektro surgichlar bilan so`rib olinadi. Albatta fibrinoz qoplamalar (ichak devorlaridagi hamda parietal qorin pardadagi) olinishi shart. Ana shu amallardan keyin qorin bo`shlig`i drenajlanadi. Drenaj naylar eng avvalo qorin bo`shlig`ida qolgan suyuqliklarning chiqishiga imkoniyat bersa, operatsiyadan keyingi paytda qorin bo`shlig`ini dializ qilish va antibiotiklar yuborish uchun ham xizmat qiladi.

**Peritoneal dializning 2 xili mavjud:**

1. Yuviq - oqiziladigan
2. Fraksion dializ.

Birinchi holatda qorin bo`shlig`i doimiy ravishda ko`p miqdordagi (bir sutkada 6 litrgacha) suyuqlik bilan yuvilib oqizilib turiladi. Bu usulning ma`lum yetishmovchiliklari mavjud. Bitta drenajdan doimiy suyuqlik quyilib, ikkinchisidan oqib turishida qorin bo`shlig`ida

gidroperitonium hosil bo`lib qolishi mumkin va yurak hamda nafas faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shuning uchun oxirgi yillarda fraksion dializ ishlatiladi. Peritonial dializ 3-4 kun ishlatilib keyin olib tashlash mumkin. Bu usul asosan tarqalgan peritonitlarning terminal bosqichida ishlatiladi. O`tkir yiringli peritonitlarda qorin bo`shlig`ida tiqindi qoldirish juda chegaralangan holatlarda amalga oshiriladi. Tiqindi asosan peritonitning manbaasini yaxshi bartaraf qilmaganda yoki biror a`zoni yaxshi tikish imkoniyati bo`lmaganda, gemostaz yaxshi qilinmaganda, abscess bo`shliqlari yorilgan holatlarda shu bo`shliqlarda qoldirish mumkin. Qorin bo`shlig`iga qo`yilgan tiqindi 5-7 kun turishi lozim. Tiqindilar asosan alohida kesmalar orqali qo`yilishi kerak. [Ayrim holatlarda yiring manbaasi operatsiya kesmasiga yaqin bo`lganda shu kesma orqali qo`yilishi mumkin].

O`tkir yiringli peritonitlarda ingichka ichaklarni uzun nazaintestenal va yo`g`on ichakni transrektal intubatsiya qilish muhim ahamiyatga ega. Agar ichaklar intubatsiyasi yaxshi qilinsa, ikkala zond uchlari bir-biriga uchrashgan holda tursa, ko`pchilik holatlarda stoma chiqarishga hojat bo`lmay qoladi. Bu zondlar orqali har xil endosorbentlar ham yuborish mumkin.

Qorin bo`shlig`ini yopishdan oldin bitishma kasalligining profilaktikasi maqsadida biz maxsus aralashma ishlatamiz: mezogel 200ml, gidrokartizon 125 mg, 3 g kanamitsin, 20 000 ED kontrikal aralashma qilinib, qorinning hamma qismlari xo`llanadi, vaqtincha drenaj naylar 3-4 soatga bekitilib qo`yiladi. Tarqalgan yiringli peritonitlarda qorin bo`shlig`i ochiq qoldirilishi va har kuni uni yuvib turish usullari ham bor. Bundan yuz yil avval Mikulich va Jan Lui For tomonidan «ochiq qorin» usuli taklif qilingan. 1985 yilda Taxman tomonidan qorinning old devoriga «fermuarlar » tikish va kerakli paytda uni ochib sanatsiya qilish taklif qilingan. Hozirgi vaqtda ana shunday og`ir peritonitlarda rejalashtirilgan sanatsion relaparatomiyalar qo`llanilmoqda.

### **Sanatsion relaparotomiyaga ko`rsatmalar**

1. Peritonitning terminal bosqichi;
2. Operatsiyadan keyingi choklarning sutilib ketishidan hosil bo`lgan peritonitlar;
3. Anaerob peritonitlar;
4. Manbaasi aniqlanmagan peritonitlar (pankreonekroz, rezeksiya qilib bo`lmaydigan oshqozon-ichak tizimining o`sma shishlari);



5. Peritonitning toksik fazasi, ko'p a'zoli etishmovchiligi bilan (peritonitning toksik fazasida 40% holatlarda ko'p a'zoli etishmovchiligi kuzatiladi).

Peritonitlarda o'lim surati keltirilgan ma'lumotlar bo'yicha (B.D. Savchuk 1979): reaktiv bosqichida 6-7%, toksik bosqichida 48-49% va terminal bosqichida 90%ni tashkil qiladi.

1987 yilda bir guruh nemis olimlari yiringli peritonitlarning natijasini bashorat qiladigan peritonitning Manxaymer indeksini berdilar.

### 1-jadval

#### Peritonitning Manxaymer indeksi

Xavffaktorlari	Og'irlik baholash (ball)
Yoshi 50 danyuqori	5
Ayoljinsi	5
A'zolar yetishmovchiligi	7
Xavfli o'sma shishlari	4
Peritonitlarning davom etish muddati (24 soatdan ortiq)	4
Peritonitning manbaasi yo'g'on ichaklar bo'lsa	4
Diffuz tarqalgan peritonit	6
Ekssudat (bitta javob xolos)	
tiniq	0
loyqa - yiringli	6
chirigan – axlatli	12

Ana shu peritonitning Manxaymer indeksiga asoslanib A.S. Ermolov quyidagicha tekshirish o'tkazgan. Peritonitlarning Manxaymer indeksi kattaligiga qarab bemorlarning peritonit natijalarini bashorat qilgan.

### 2-jadval

Bemorlar guruhi	Indeks kattaligi (ball) soni	Kasallar soni	Sog'aygan	O'lgan
Birinchi guruh	12-20	42	42	0
Ikkinchi guruh	21-29	31	18	13
Uchinchi guruh	30 undan baland	27	0	27

Peritonitning Manheymer indeksi ko`rsatkichi yordamida peritonitlarda harxil xirurgik davolashlarning natijalarini baholash mumkin. Bundan tashqari peritonitlarning Manheymer indeksini rejali sanatsion relaparotomiyalarning bitta kriteriyasi sifatida ishlatishi mumkin.

Shunday qilib, o`tkir peritonitlarda quyidagi davolash taktikalari qo`llaniladi. O`tkir peritonitni ayniqsa tarqalgan - umumiy peritonit bo`lganda quyidagi taktika qo`llaniladi:

1. Xirurgik operatsiya qilish;
2. Antibakterial terapiya o`tkazish;
3. Og`ir modda almashinuvi buzilishini korreksiya qilish;
4. Oshqozon - ichak tizimi faoliyatini tiklash.
- I. O`tkaziladigan xirurgik operatsiyalarni ketma-ketligi
  1. O`rta laparotomiya (har xil variantda) qilish.
  2. Qorin bo`shlig`idagi yiringli ekssudatni evakuatsiya qilish.
  3. Qorin bo`shlig`ini taftish qilish.
  4. Peritonitga olib kelgan manbani bartaraf qilish.
  5. Qorin bo`shlig`ini yuvish.
  6. Parez holatidagi ichaklarni dekompressiya qilish.
  7. Tutqich o`zagiga novokain + antibiotiklar aralashmasini yuborish.
  8. Drenaj-naylar (irrigatorlar) qo`yish.
  9. Qorin bo`shlig`ini maxsus aralashma (mezogel 200ml + gidrokartizon 150mg + 3g kanamitsin+kontrikal+20000ed) bilan ho`llash.
  10. Laparotomiya - yarasini tikish.
- II. Operatsiyadan keyingi davrdagi qilinadigan davolash amallari:
  1. Antibakterial terapiya.
  2. Metabolik o`zgarishlarni korreksiya qilish.
  3. Oshqozon ichak tizimi funksiyasini tiklash.

## X.bob.

### Qorin jarohatlaridan keying umumiy o'limning tahlillari va xirurgik yordamni takomillash yo'llari

Qorin jarohatlarining yiringli jarohatlardan keyingi asoratlarini xirurgik davolash natijalarini tahlil qilish ko'rsatdiki travmalardan keyingi o'lim su'rati oxirgi yillarda 64-65%dan 38.5%ga tushganligi ammo bu ko'rsatgich juda yuqori ekanligini ko'rsatmoqda

#### Jarohatlanganlarning yiringli asoratlardan keying o'limi sabablari

Asoratlar turi	O'lim sababi									
	Yurak-buyrak yetishmovchiligi		Yurak-qon tomir yetishmovchiligi		Nafas yetishmovchiligi		DVS sindromi		Jami	
	n		n		n		n		n	
Peritonit	33		23		24		4		84	
Qorin parda orti bo'shlig'i flegmonasi	33		20		24		4		81	
Duodenal oqma	2		1		-		-		3	
Jami	68		44		44		8		168	

O'lim tafsilotining bunday yuqori bo'lishida qorin bo'shlig'i azolarining qo'shma va katta hamda qorin parta orti bo'shlig'i a'zolarining travmalari bilan bog'liq bo'lishidir

Alohida shuni ta'kidlash zarurki qorin bo'shlig'i jarohatlarida og'ir bo'lishi, katta qon tomirlarining jarohati bilan bog'liq bo'lib zudlik bilan angiografik yordamga muhtoj bo'ladilar. Vaholanki parenximatoz yoki ichi g'ovak a'zolarining jarohatida bemorlarning statsionarlarga tushish vaqtiga va yiringli asoratlarning rivojlanishiga bog'liqdir.

Biz o'z klinik kuzatuvlarimiz materiallari asosida qorin jarohatida va uning asoratlarning diagnostikasida hamda davolash usullarini tanlashda quyidagicha taktikani qo'llashni zarur deb hisoblaymiz:

1. Bemorlarning anamnezini yaxshi o'rganish va jarohatlanganlarni e'tibor bilan ko'rikdan o'tkazish
2. Qorin bo'shlig'i azolarining va retroperitoneal bo'shliqlarni mexanik jarohatlarida dinamik holda ultratovushli tekshirish (UTT), fibroizofagogastroduodenoskopiya, videolaparaskopiya qo'llash zarur.
3. Agar massiv qorin parda orqa bo'shlig'ida qon quyilishlar b'lib yana kuchaya borsa albatta angioxirurglar maslahati kerak bo'ladi.
4. Qorin bo'shlig'i ichi g'ovak a'zolar jarohatida 4soatgacha travmadan keyin vaqt o'tganda operatsiya paytida birlamchi choklar qo'yib ichaklar dekompressiya qilinishi zarur.
5. Agar 12barmoqli ichak yorilishida 4soatgacha vaqt o'tganda 12barmoqli ichakni tikib uni umumiy ichak yo'lidan ajratib dekompressiya qilish kerak. Bordiyu 4soatdan ko'p vaqt o'tganda tashqi duodenal fistula qo'yib Foley katetri bilan yirtilgan joyiga obturator qo'yiladi.
6. 12 Barmoqli ichakning sanchilgan va kesilgan yarasida uni tikib, 12 barmoqli ichakni ajratish uchun aylanib o'tuvchi anastomoz qo'yish kerak.

## **I. Antibakterial terapiya**

Yiringli peritonitda antibakterial davolash keng spektrda ta'sir qiladigan antibiotiklar ishlatilishi kerak chunki peritonitlarda kolibatsilyar flora ko'proq ishtirok qiladi. Ko'pchilik holatlarda ichak tayoqchasi va yiring chaqiruvchi stafilokokklar kombinatsiyasi uchraydi. Bunday holatlarda asosan aminoglikozidlar, penitsillin bilan birgalikda hamda grammusbat va grammanfiy floralarga ta'sir qiladigan sefalospalinlar yaxshi ta'sir qiladi. Antibiotiklarni tavsiya ilishda albatta bakteriologik tahlillarga asoslanish kerak.

**Bakteriologik** - ekspress diagnoz qo`yilguncha vaqtincha antibiotiklar ishlatilishi kerak. Peritonitlarda ishlatiladigan antibiotiklarning sutkalik dozasi juda baland.

1. Penitsillinlar:

a) benzinpenitsillin 10-15 mln Ed (1 sutkada);

b) polisintetik (ampitsillin, ampioks) 3-5 g.

2. Aminoglikozidlar:

a) kanamitsin va monomitsin 2-3g;

b) gentamitsin 160-240 mg.

3. Sefalosporinlar:

Oxirgi avlodlari: 3-5 g.

Antibiotiklar ko`pincha mushak orasiga yuboriladi. Peritonitning ogir toksik va terminal xolatlarida ularni vena ichiga tomchilab yuborish mumkin.

Antibiotiklar katta dozada ham mikroblarning antibiotiklarga rezistentligini bartaraf qila olmaydi. Shuning uchun har 5-7 kunda antibiotiklarni almashtirish va qo`shma holda yuborish tavsiya qilinadi. Antibiotiklarni katta dozasi yiringli mikroblarni o`ldirsa ham, shartli patogen mikroblarning aktivlashishiga olib keladi (neobligat anaeroblar) va ular o`zlari yiringli ixoroz yallig`lanish chaqarishlari mumkin. Ana shunday hollarda metronidazol 2-3 gramm sutkada ishlatiladi.

## **II. Metaboliko`zgarishlarni korreksiya qilish**

Operatsiyadan keyingi davrda bir sutkada 3-4 litr suyuqlik infuziya qilinishi kerak va bemor kerakli ingredientlar olishi uchun infuzion suyuqliklarni kerakli hajmda tavsiya qilinadi. Bemorlar yiringli peritonit bilan bir sutkada 160-180 g oqsil, 4 g kaliy, 6 g atrofida natriy yo`qotadi. Bemorlarning bir sutkalik energiyaga bo`lgan talabi 2500 - 3500 kkalni tashkil qiladi. Organizmning oqsilga bo`lgan talabini oqsilli gidrolizadlar, aminokislotali aralashmalar quyilishi bilan qondiriladi, chunki ular 1-2 sutka ichida utilizatsiya bo`ladi. Qon plazmasi yoki qonning o`zi oqsil etishmovchiligini kompensatsiya qiladigan moddalar tarkibiga kirmaydi, chunki plazma tarkibidagi oqsil 5-7 kun, quyilgan qon 100-120 kun ichida utilizatsiya bo`ladi. Minerallar yo`qotilishini muvozanatlash elektrolitli eritmalar quyilishi bilan amalga oshiriladi. Organizmdagi energiya balansining to`ldirish ancha qiyin, chunki oqsil past energiya ekvivalentligiga ega, tuzli eritmalar umuman energiya bermaydi. Shuning uchun ham glyukozaning konsentrlashgan eritmaları, sorbitol quyiladi. 1

g glyukoza organizmda yonganda 4 kkal energiya beradi. Maxsus yog'li emulsiyalarning 1 g yonganda 9 kkal energiya beradi.

### 3-jadval

#### Infuzion davolashning sutkalik tarkibi

Ingredintlar	Soni (ml)	Energiya ekvivalenti (kkal)	So`riladigan narsalarning absolyut soni (g)		
			Oqsil	Kaliy	Natriy
Renger-Lokk	750	-	-	0.31	3.63
Infezol	1000	400	75	2.34	1.80
Aminozin	500	200	30	1.48	0.80
20% li glyukoza insulin 32ED	1000	820	-	-	-
20% li sorbitol	500	410	-	-	-
Jami:	3750	1820	105	4.13	6.27

### III. Oshqozon - ichak tizimi funksiyasini tiklash

Peritonitlarda ovqat hazm qilish trakti funksiyasining tiklanishi davolashning yaxshi ketayotganligidan bashorat qiladi. Oshqozon - ichaklar parezini bizning fikrimizcha, operatsiyagacha profilaktika qilish kerak. Operatsiyadan keyingi davrdan vena ichiga 30-40 ml 10% li natriy xlor eritmasini yuborish ancha foydali hisoblanadi. Agar parez holati kuchli bo`lsa mushak orasiga 0,5-1 ml 0,1% li ubretid yuborish yaxshi foyda beradi. Bundan tashqari, 0,1% li prozerin eritmasini 1ml dan mushak orasiga yuborish maqsadga muvofiqdir. Ichaklar harakati tiklangandan keyingina intubatsion zondlar olinishi kerak.

**Qo`l va oyoqlardagi chuqur flegmonalar** - Chuqur subfassial, fassiyalararo -flegmonalarda yiringli yallig`lanishlar mushaklararo to`qimalar hamda tomirlar atrofida bo`shliqlar orqali tarqaladi.

**Etiopatogenezi:** - Bu flegmonalarning chaqiruvchilari streptokokklar, stafilokokklar, yana ko`k yiringli tayoqchalar, chirishga olib keladigan anaerob mikroblar hisoblanadilar. Flegmonalar seroz shishdan boshlanadi va keyinchalik yiringli infiltratsiyaga va o`z vaqtida yiringli yemirilishlarga aylanib to`qimalarda nekroz- mushaklarda,

fassiyalarda va yog' to'qimalarida yuzaga chiqadi. Holatning chegaralanishida bitta yoki bir nechta abscesslar hosil qiladi. Qo'llarda bo'ladigan flegmonalar - yelkada bo'ladigan flegmonalar tomirlar-nerv qinlari orqali tarqaladi va bukuvchi va yozuvchi mushaklar qinida hosil bo'ladi. Yelkaning yuqorigi qismida deltasimon mushaklar ostida, pastki qismida esa m.brachiradialis ning qinida joylashadi va tirsak sohasining lateral qismiga tarqala boshlaydi. Bundan tashqari yiringli holat yelkaning fassial bo'shlig'i orqali bilak va tirsak nervlarining qinlari orqali tarqala boshlaydi. Tirsak sohasida flegmona uchta fassial bo'shliq: bukuvchi, yozuvchi va tashqi fassial bo'shliq bo'yicha tarqaladi. Bitta o'rin bilan chegaralanmay flegmona bukuvchi va yozuvchi mushaklarning synovial qinlari orqali tarqaladi. Bunga misol bo'lib qo'lning kaft flegmonalarida Pirogov- Paron bo'shliqlari orqali yiringning bilak sohasiga tarqalishi hisoblanadi.

**Oyoqlardagi chuqur flegmonalar:** Yuzaki flegmonalar son uchburchagida joylashib chuqur son flegmonasini hosil qiladi. Yuzaki flegmonalar limfa yo'llari orqali chuqur flegmonalarga, hamda son venasi, yuzaki fassiyalar orqali ham o'tishi mumkin. Sondagi chuqur flegmonalar boshqa qo'shni sohalardan ham yiringli moddalarning oqib kelishi mumkin. Chanoq sohasidan keltiruvchi mushaklar orqali chanoqdan oqib kelishi mumkin. Sonning orqa yuzasidagi chuqur flegmonalar dumba sohasida paydo bo'ladi, bunda yiringli yallig'lanish holat to'g'ri ichak atrofidagi to'qimalar orqali tarqalishi ham mumkin.

Boldir sohasidagi chuqur flegmonalar uchta fassial : oldingi, orqa va tashqi qavatlarda hosil bo'lishi mumkin. Oyoqlar panjasi sondagi chuqur mushaklararo bo'shliqlari orqali boldirning tomir-asab bog'lami to'qimalar orqali birlashadi.

Oldingi fassial bo'shliq panja bilan tomirlar orqali birikadi. Shuning uchun ham boldirdagi chuqur flegmonalarda tomirlarni bosib qo'yadi va mushaklarda nekroz hosil bo'ladi. Bu og'ir asoratlar chuqur boldir flegmonalarida oldingi va orqa o'rindagilari kam yordam ko'rsata oladigan fassiyalar va suyaklardan chegaralangan.

**Klinikasi va diagnostikasi.** Qo'l va oyoqlarning chuqur flegmonasida umumiy xarakterga ega bo'lgan simptomlar rivojlanadi va tarqalgan og'riq, tana haroratining 39-40 °C gacha ko'tarilishi, varaja, umumiy holsizlik, ishtaxaning yo'qligi, behollik, ayrim og'ir holatlarda bemor hushining buzilishi va kasallikning boshlanishi tez bo'ladi. Flegmona tez rivojlanadi, mahalliy simptomlardan shish to'qimalarda taranglik, terida qizarish namoyon bo'ladi. Qo'l-oyoqlarda vena qonning

oqib ketishi buzilganligi sababli massiv shish paydo bo`ladi. Flegmona yuzaki joylashganda o`sha soha terisida qizarish, katta shish hosil bo`lib, paypaslaganda flyuktuatsiya aniqlanadi.

**Davolash.** Boshlanayotgan flegmonaning infiltratsiya davrida davolash konservativ bo`lib, antibiotikoterapiya, fizioterapiya-UVCh, Bernar toki va o`sha qismni immobilizatsiya qilinadi. Agar ko`rsatilgan terapiya yaxshi naf qilmaganda albatta xirurgik yo`l qo`llanishi kerak. Flegmona ochiladi, yiring evakuatsiya qilinib nekroektomiya qilinadi. Yiringdan bo`shalgan bo`shliq sanatsiya qilinadi va drenaj qo`yiladi. Agar bo`shliq katta bo`lsa, yana ancha chuqurda joylashgan bo`lsa, drenaj bilan kontrapertura albatta qo`yilishi kerak, qo`yilgan drenaj orqali bo`shliq har xil antiseptik moddalar (peroksid vodorod eritmasi va boshqa antiseptiklar) bilan yuviladi, nekrotik to`qimalardan tezroq tozalanishi uchun fermentlar (ximotripsin, tripsin, kukumazinx) bilan moyli levamekol+loroben, dermobakter+levomikol, amitsil, aserbin bilan bog`lamlar qo`yiladi.

**Qorin parda orqa bo`shlig`i flegmonasi. (Felegmona retroperitonealis)**- o`tkir yiringli kasallik bo`lib, bel va yonbosh sohasidagi qorin parda orqasi bo`shlig`ida rivojlanadi. Bu flegmonalar-ko`pincha ikkilamchi hisoblanadi. Flegmonaning asosiy manbai-o`tkir appenditsit, chanoq suyaklari osteomieliti, umurtqalar, buyraklardagi yiringli kasalliklar (buyraklar karbunkuli, pionefrozarlar, o`tkir pankreatitlar), ichaklardagi o`smalar va ularning yemirilishi, har xil travmalardan keyin rivojlanadi, yallig`lanish holatining lokalizatsiyasiga qarab parakolit, paranefrit, o`ng yonbosh chuqurchasi (chandiqlik ham bo`ladi) absesslari. Yallig`lanish holati ko`pincha limfogen yo`l bilan tarqaladi.

Yiringli holatning tarqalishida qorin parda orqa bo`shlig`ining anatomik tuzilishi ham muhim ahamiyatga ega. Fassiyalar va tabiiy yoriqlar orqali yiring bir bo`shliqdan ikkinchisiga o`tishi mumkin. Masalan: bel-yonbosh mushaklarining oldingi yuzasi bo`ylab yonbosh chuqurchasiga, mushak lakunasi orqali chov bog`lamining orqasi bilan songa o`tishi, ayrim og`ir holatlarda qorin bo`shlig`iga, plevra bo`shlig`iga, to`g`ri ichakka yorilishi mumkin.

**Klinik belgilari.** Qorin parda orqa bo`shlig`i yallig`lanishining boshlanishi ancha noaniq bo`ladi. Eng avvalo yallig`lanishga xos simptomlar paydo bo`ladi- tana haroratining ko`tarilishi, varaja, umumiy holsizlik, infiltrat holati, bosh og`rig`i, keyinchalik mahalliy belgilari -



og'riq, shish, paypaslaganda og'riq yuzaga chiqadi. Ana shu belgilarga asosan bemorlarga noto'g'ri diagnozlar-gripp, ayrim holatlarda tif, paratiflar qo'yilgan.

Eng muhim simptomlardan og'riq bo'lib, ular har xil lokalizatsiyada aniqlanadi, qorin bo'shlig'ining o'ng yoki chap tomonida, yonbosh sohasida, kam holatlarda belda uchrashi mumkin bo'ladi.

Bu holat ko'proq yallig'lanishning lokalizatsiyasiga bog'liq-parakolit, o'ng yonbosh absessi, paranefrit keyinchalik og'riq tarqalgan holatda bo'ladi. Bemorlar yurganda yoki egilganda, o'tirib turishda og'riq sezadilar. Og'riqning irradiatsiyasi-o'tirganda, turish paytida, yonboshga burilganda, oyog'ini ko'targanda va uni aylantirganda kuzatiladi. Ayrim holatlarda palpatsiyada bel mushaklarida og'riq sezadi, yonbosh suyaklari, o'tirgich suyaklari sohasida og'riq aniqlanishi mumkin.

**Klinik simptomlari** - belda og'riqning aniqlanishi, sonning kontrakturasi - bukilgan holda yoki biror tomonga rotatsiya holatida bo'lib, asosan og'riqning reflektor holati bilan bog'liq bo'ladi. Oyog'ini to'g'rilashga uringanda og'riq sezadi bu bel-yonbosh mushaklarining reflektor qismlari bilan bog'liq ya'ni, "pass-simptom" paydo bo'ladi. Bu simptom asosan yallig'lanish qorin parda orqa bo'shlig'ida ekanligini ko'rsatadi. Qorinni palpatsiya qilinganda to'g'ri mushaklardan tashqarida yoki belda, yonbosh sohasida og'riq aniqlanadi.

Ayrim holatlarda qorinning old devori orqali infiltrat borligi aniqlanadi. Xuddi shunday holat paranefrit bo'lganda qorinning chap yarmida qovurg'alar yoyi ostida aniqlanishi mumkin. Bel mushaklarining taranglashishi yallig'lanishni qorin parda orqa bo'shlig'ida ekanligidan darak beradi. Katta qorin parda orqa bo'shlig'idagi yiringliholatlar borligida ham flyuktuatsiya simptomi aniqlanmaydi. Bunday holatlarda UTT katta ahamiyatli bo'lib, yiringning yig'ilgan lokalizatsiyasini aniqlashda yordam beradi.

**Davolash.** Kasallikning boshlanish paytida antibiotikoterapiya, dezintoksikatsiya tadbirlari o'tkaziladi. Davolash effekt bermagan holatlarda qo'shimcha tekshirish KT, MSKT qilinadi. Diagnoz aniq qorin parda orqa bo'shlig'i flegmonasi qo'yilganda - xirurgik davolanadi. Yiringli bo'shliqni ochish uchun qorin pardadan tashqarida kesma

qilinadi. Operatsiyaga ko`rsatma-konservativ davolashning natija bermasligi, tana harorati balandligi, varaja, og'riq kuchayib shish paydo bo`lishi, ayrim holatlarda sondagi kontrakturalar hisoblanadi. Operatsiyaning maqsadi-yiringni olish va qorin parda orqa bo`shlig'ini drenajlash. Agar paranefrit topilsa, vertikal holdagi uzun bel mushaklari qirrasi (tashqi) bo`ylab XII qovurg'a sathidan yonbosh suyagi tagigacha kesma qilinadi. Agar yiringning lokalizatsiyasi aniq topilsa Pirogov, Shevkunenko kesmalari qilinadi. Bo`shliq albatta drenajlanadi yoki konturapertura orqali ham qo`yiladi.

## XULOSA

Hozirgi paytda ishtimoiy-ruhiy mehanizatsiya va transportning, hamda qurilishning jadal rivojlaniyatganligi sababli ohirgi yillarda umumiy jarohatlanishlar , hususan qorin jarohati ham son jihatida oshmoqda .

Shuni takidlash kerakki bunday jarohatlanganlarga yordam korsatish sharoytkari harhil bulganliklari oqibatida qorin jarohati bilan ham bemorlarga yordam korsatish taktikalari harhil bolib qolmoda .

Agar shaharlar sharoitida mahsus brigadalar tomonidan yordam korsatilsa , qishloq joylarida yani tuman markazi shifohonalarda avalo konservativ taktika ishlatilib , keyinchalik malakalik yordam korsatish uchun tegishli chaqiriqlar amalga oshiriladi .

Qorin jarohatlari bilan yordam korsatishning tuman shifohonalari etapida kop qiyinchiliklar va harhil asoratlari mavjud .Yaradorlar aholining minimal urtachas holati bemorlarni bemorlarni gospitalizatsaya bosh tortishlari va ularni tegili tekshirishlari utgazmanlik holatlari uchrab turadi.Mahsus tekshirish usularining kech utkazilganligi sababli ular kech oeratsiya qilinadilar bizning kuzatuvlarimiz biyichaqishloq va tuman shifohonalarda hirurgik yordamdan keyingi asoratar ancha baland qolmoqda (16-20%).Shu kategoriya bemorlarda ulim tasuroti baland .

Tez tibbiy yordam brigadalari vrachlarining yordam kursatish algoritmi bemorlarning ahvoliga yorda, kursatish vaqtiga bogliq.Tajriba shuni kursatdiki tuman markaziy shifohonalariga tushgan bemorlarga 1.5-2 soat ichida mahsus yorda korsatilishi lozim.

Shoshilinch tibbiy yordamning ilmiy asoslangan, kasalxonaga yotqizish bosqichida birinchi yordam va diagnostika usullarini ko'rsatishning optimal sxemasini ishlab chiqish va joriy etish ushbu toifadagi jabrlanganlarning o'limini kamaytirish usullaridan biridir.

Kasalxona bosqichida diagnostik tadqiqotlar uchun eng oqilona algoritmni asoslash kerak, ichki organlarning shikastlanish xususiyatini va bemorning ahvolining og'irligini o'z vaqtida aniqlash shoshilinch davolanishning butun tsiklini, shu jumladan reanimatsiya va jarrohlik

amaliyotini amalga oshirishga imkon beradi. Ichki organlarning shikastlanishi bilan jabrlanganlarni o'z vaqtida jarrohlik davolash jarohatlanganlarning hayotini saqlab qolish va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Abakumov M.M., Lebedev N.V., Malyarchuk V.I. Qorin bo'shlig'i shikastlanishlarini tashxislash va davolash. Jarrohlik 2001; 6: 24-28.
2. Abakumov M.M., Komarov I.B. Ko'krak va qorinning qo'shma shikastlanishlari tasnifi. Vestnik xirurgiyi 2002; 9: 76-80.
3. Abakumov M.M., Lebedev I.V., Malyarchuk V.I. Qo'shma jarohatlar bilan jabrlanganlarda shikastlanishning og'irligini ob'ektiv baholash. Vestn hir 2001; 160: 6: 42–45.
4. Abakumov M.M., Lebedev I.V., Malyarchuk V.I. Qorin bo'shlig'ining yopiq kombinatsiyalangan shikastlanishini tashxislash va ratsional davolash taktikasini aniqlash xususiyatlari. Ros medjhurn 2003; 2: 17-20..
- 5 Абакумов М.М., Р.А. Сулиманов Хирургия ранения груди городе и на селе.// Велики й Новгород М. 2002г. - С. 175.
6. Абакумов М.М Чирков.Р.Н Повреждени двенадцатиперстной кишки . 2014. Москва. М.
7. Иванов Пре. Гришин А.В. Корнеев Д.А., Зиняков С.А. Повреждения орга нов панкреатодуоденальной зоны // Хирургия. 2003. № 12. - С. 39-
8. Иванов П.А. Гришин А. В. Хирургическая тактика при травме двенадца типерстной кишки // Хирургия. 2004.- № 12. - С. 28-34.
9. Balalykin A.A., Alimov A.N., Otligin Yu.V. va boshqalar.Ichki a'zolarning shikastlanishi bilan birlashgan travmaning endojarrohligi muammolari. Endoskop 2002 yil; 2.
10. Bryusov P.G., Efimenko N.A., Rozanov V.E. Jiddiy mexanik shikastlanishlar uchun maxsus jarrohlik yordamini ko'rsatish. Vestnkhir2001; 160: 1:43-47.
11. Bryusov P.G., Efimenko I.A., Rozanov V.E. Jiddiy mexanik shikastlanishlar uchun maxsus jarrohlik yordamini ko'rsatish. Vestn hir 2001; 160: 1: 43–47.

12. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. Триада-Х. 2004.-640 с.
13. Ахерн Н.Дж., Кавана Э.Г., Кондон Э.Т. и другие. Перфорация двенадцатиперстной кишки после тупой спортивной травмы живота, важность ранней диагностики //Ж. Травма 2003. Том. 54, № 4. С. 791-794
14. Miglietta M.A., Tanquilut E. M., Madlinger R. V. et al. Superior mesenteric artery-duodenal fistula presenting as a late complication of an abdominal gunshot wound //J. Trauma. 2002. Vol. 52, № 3. - P. 554-555 с.
15. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Радченко Ю.А. Диагностика и лечение ранений сердца и перикарда. // Хирургия. - 2001. - №1 - С. 28. Lebedev N.V. Kombinatsiyalangan travma qurbonlarida qorin bo'shlig'i shikastlanishlarini davolash va diagnostika taktikasi: Dissertatsiya avtoreferati. dis. ...Doktor med. Sci. M 2003; 40.
16. Lebedev N.V., Abakumov M.M., Malyarchuk V.I. Qo'shma travma bilan qorin bo'shlig'i shikastlanishlarining diagnostikasi. Jarrohlik 20i2; 12:53-58.
17. Molitvoslovov A.B., Bokarev M.I., Mamontov R.E. Kombinatsiyalangan jarohatlar bilan jabrlanganlarda qorin bo'shlig'i shikastlanishining diagnostikasi. Jarrohlik 2002; 9:22–27.
18. Fatxutdinov I.M. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq jarohatlari bilan jabrlanganlarda operatsiyadan keyingi erta asoratlarni oldini olish va kompleks davolash. dis. ...kand. asal. Sci. Qozon 2000 yil.
19. Oshqozon osti bezi zararlanishining jarrohlik taktikasi. M.N. Korolev, F.X. Kutushev, Sh.K. Arakcheev. D.E. Volkov. Vestn hir 2000: 40-44.
20. Astarcioglu H. Eksperimental o'n ikki barmoqli ichak shikastlanishini davolashda turli xil jarrohlik tuzatishlarni solishtirish. Am J Surg 2001; 181 (4): 309–312.

21. Asenslo J.A., Arroyo H., Veioz V. va boshqalar. Ko'krak qafasining penetratsion shikastlanishi: davom etayotgan dilemma - qaysi bo'shliq va qachon? *Wld J Surg* 2002; 26: 5: 539-543.
22. Asenslo J.A., Arroyo H., Veioz V. va boshqalar. Ko'krak qafasining penetratsion shikastlanishi: davom etayotgan dilemma - qaysi bo'shliq va qachon? *Wld J Surg* 2002; 26: 5: 539-543.
23. Tyburski J.G. O'n ikki barmoqli ichak va / yoki oshqozon osti bezi shikastlanishidan keyingi yuqumli asoratlar. *Am Surg* 2001; 67 (3): 227–230: 230–231.
24. Kukushkin A.V. Thoracoabdominal wounds. *Bulletin of Ivanovo Medical Academy* 2011; 16(1): 39-45
25. Topchiev M.A., Plekhanov V.I., Kolegova A.S., Alibekov R.S. Treatment of thoracoabdominal wounds. *Acta Biomedica Scientifica* 2011; 4-2: 194-196
26. Ahmed N., Jones D. Video-assisted thoracic surgery state of the art in trauma care. *Injury* 2004;35:479-489.
27. Hanna W.C, Ferri LE., Fata P., Razek T., Mulder D.S. The current status of traumatic diaphragmatic injury lessons learned from 105 patients over 13 years. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1044-1048.
28. Khasanov A.R., Korzhuk M.S., Eltsova A.A. On the issue of drainage of the pleural cavity and measurement of intrapleural pressure, problems and solutions. *Modern problems of science and education*. 2017;5:70-70.
29. Tuktamyshev V.S., Kuchumov A.G., Nyashin Yu.I., Samartsev V.A., Kasatova E.Yu. Human intra-abdominal pressure. *Russian Journal of Biomechanics*. 2013;1:22-31.
30. Abdellatif W., Chow B., Hamid S., Khorshed D., Khosa F., Nicolaou S., Murray N. Unravelling the mysteries of traumatic diaphragmatic injury: an up- todate review. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 2020;71(3):313-321

31. Hadzhibaev A.M., Altyev B.K., Shukurov B.I., Kuchkarov O.O., Khakimov A.T. Diagnosis and choice of tactics for surgical treatment of diaphragmatic ruptures. *Lead extra medical*. 2018; 11(4): 13-20.
32. Colliver C., Ollen D., Rose G. Traumatic intrapericardical diaphragmatic hernia, diagnosed by echocardiography. *J Trauma*. 2009;45:115-117.
33. Degiannis E., Levy R., Sofianos C. Diaphragmatic Herniation after penetrating trauma. *Brit J Surg*. 2010;88:88-91.
34. Reitano E., Cioffi S.P.B., Airoidi C., Chiara O., La Greca G., Cimbanassi S. Current trends in the diagnosis and management of traumatic diaphragmatic injuries: A systematic review and a diagnostic accuracy meta-analysis of blunt trauma. *Injury*. 2022;53(11):3586-3595
35. Kairinos N., Hayes P.M., Nicol A.J., Kahn D. Avoiding futile damage control laparotomy. *Injury*. 2010;41(1)64-68.
36. Søreide K., Desserud K.F. Emergency surgery in the elderly: the balance between function, frailty, fatality and futility. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2015;23(1):1
37. Kong V.Y., Sartorius B., Clarke D.L. The selective conservative management of penetrating thoracic trauma is still appropriate in the current era. *Injury*. 2015;46(1):49-53.
38. Silva F.E., Sorrentino B.D.E.C. Selective conservative treatment for anterior abdominal gunshot: a literature review. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2020;47:e20202523.
39. Turmak M., Deniz M.A., Özmen C.A., Aslan A. Evaluation of the multislice computed tomography outcomes in diaphragmatic injuries related to penetrating and blunt trauma. *Clinical imaging* 2018,47:65-73.
40. Chen H. W., Wong Y.C., Wang L.J., Fu C.J., Fang J.F., Lin B.C. Computed tomography in left-sided and right-sided blunt diaphragmatic rupture: experienc with 43 patients. *Clinical Radiology*. 2010;65(3):206-212



41. Девяткин А. С. Зуев В.К., Иванцов В.А. и др. Опыт организации квалифицированной и неотложной специализированной медицинской помощи в вооруженных конфликтах на Северном Кавказе. Воен мед журн 2003, №№7, ст13-19.
42. Ермолов А.С., Хубутия М.М. Абакумов М.М. Абдоминальная травма: руководство для врачей. М Издат дом Ридар М2010.504
43. Ефиминко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И. М., Турусов А.А. Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования. Воен-мед журн 2000. №№2ст 31-35
44. Зуев В.К., Тагарин С.Н., Фокин Ю.Н. Огнестрельная травма при наличии бронезилята. Хирургия 11 ст 56-60
45. Зуев В.К. Фокин Ю.Н., Ахадов А.М. Результаты лечения огнестрельных ранений магистральных сосудов с учётом применения на догоспитальном этапе кровоостанавливающего жгута. Доклад Северно-Кавказской научно-практической конференции. Тезисы. Ростов-на-Дону. 2007, 20-21
46. Курицын А.Н., Ревской А.Х. Огнестрельный перитонит. М. Медицина 2007,239.
47. Переходов С.Н., Зуев В.К., Фокин Ю.Н., Курицын А.Н. Опыт организации хирургической помощи в вооруженном конфликте. Хирургия. 2011, N=4 ст 36-41
48. Смоляр А. 1. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки в свете ближайших и отдаленных результатов. Автореферат дис. кани мед наук. М 2001,187.
49. Дрис Д. Современная роль продуктов и компонентов организма, используемых при травмах. Реанимация Скандинавии. Журнал травмы. 18.6379 2010.18.
50. Девяткин А.Х. Зуев В.К. Иванцов В.А. и др. Опыт организации квалифицированной и неотложной специализированной

медицинской помощи в вооруженных конфликтах на Северном Кавказе Воен мед журн 2003, №-7, с13-19.

51.Ермалов А. С. Хубутя М.М. Абакумов М.М. Абдоминальная травма руководство для врачей. М. Издат дом Видар-М2010.504

52.Ефименко Н А. Гуманенко.Е.К Самохванов И.М., Турусов А.А. Вовурида 2000, вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования. Воен мед журн. 2000; N-2св 31-35

53.В.Зуев В.К. Тагарин. С.Н., Фокин Ю.Н. Огнестрельная травма при наличии бронезилета Хирургия. 2004 11 с 56-60

54.В.К Фокин Ю.Н., Ахадов А. М. Результаты лечения огнестрельных ранений магистральных сосудов с уче зм применения на догоспитальном этапе кровоостанавливающего жгута. Доклад Северно Кавказской научно практической конференции: Тезисы Ростов на Дону, 2007, 20-21

55.Куришин Н. Ревской А.Х. Огнестрельный перитонит. М. Медицина 2007,239

56.Переходов С.Н. Зуев В.К. Фокин Ю.Н. Курицын А.Н. Организация хирургической помощи в вооруженном конфликте Хирургия 2011, №№4 ст 36-41

57.Смоляр А 1. Хирургическая тактика при повреждениях селезенки в светя ближайших и отдаленных газзультатов. Автореферат дис, вани мед. наук. М. 2001;187

58.Dries D: Современная роль продуктов и компонентов тела, используемых при травмах. Реанимация Скандинавия, Журнал травмы 2010.18.6379

59.Кукушкин А.В. Торакоабдоминальные ранения. Вестник Ивановской медицинской академии 2011; 16(1): 39-45

60. Топчиев М.А., Плеханов В.И., Колетова А.С., Алибеков Р.С. Лечение торакоабдоминальных ранений. Acta Biomedica Scientifica 2011, 4-2: 194- 196

61. Ahmed N., Jones D. Video-assisted thoracic surgery: state of the art in trauma care Injury 2004;35:479-489.

62. Hanna W.C. Ferri LE, Fata P. Razek T., Mulder D.S. The current status of traumatic diaphragmatic injury lessons learned from 105 patients over 13 years. Ann Thorac Surg 2008.85:1044-1048

63. Со Хасанов А.Р., Коржук М.С., Ельцова А.А. К вопросу о дренировании плевральной полости и измерении внутриплеврального давления проблемы и решения Современные проблемы науки и образования. 2017.5.70-70. 8. Туктамышев В.С., Кучумов А.Г., Няшин Ю.И., Самарцев В.А.,

64. Касатова Е.Ю. Внутрибрюшное давление человека. Российский журнал биомеханики. 2013.1.22-31

65. Murray N. Unravelling the mysteries of traumatic diaphragmatic injury: an up- todate review. Canadian Association of Radiologists Journal. 2020,71(3):313-321 12. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О.,

66. Хакимов А.Т. Диагностика и выбор тактики хирургического лечения разрывов диафрагмы. Вести экстр мед. 2018, 11(4): 13-20. В. Colliver C., Ollen D., Rose G. Traumatic intrapericardical diaphragmatic hernia, diagnosed by echocardiography. J Trauma. 2009,45:115-117.

67. Degiannis E., Levy R., Sofianos C. Diaphragmatic Herniation after penetrating trauma. Brit J Surg 2010,88:88-91. 16. Reitano E., Cioffi S.P.B., Airoidi C., Chiara O., La Greca G., Cimbanassi

68. S. Current trends in the diagnosis and management of traumatic diaphragmatic injuries. A systematic review and a diagnostic accuracy meta-analysis of blunt trauma. Injury 2022;53(11):3586-3595.

69. Kairinos N., Hayes P.M., Nicol A.J., Kahn D. Avoiding futile damage control laparotomy. Injury. 2010;41(1)64-68

70. Søreide K., Desserud K.F. Emergency surgery in the elderly the balance between function, frailty, fatality and futility. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine, 2015;23(1):1-71.
71. Kong V.Y., Sartorius B., Clarke D.L.. The selective conservative management of penetrating thoracic trauma is still appropriate in the current era. Injury. 2015;46(1):49-53.
72. Silva F.E., Sorrentino B.D.E.C. Selective conservative treatment for anterior abdominal gunshot a literature narrative review Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2020,47:20202523.
73. Turmak M., Deniz M.A., Özmen CA., Aslan A. Evaluation of the multislice computed tomography outcomes in diaphragmatic injuries related to penetrating and blunt trauma. Clinical imaging 2018,47:65-73
74. Chen H. W., Wong Y.C., Wang L.J., Fu C.J., Fang J.F., Lin B.C. Computed tomography in left-sided and right-sided blunt diaphragmatic rupture: experience with 43 patients. Clinical Radiology 2010,65(3): 206-212
75. Centers for Disease Control and Prevention. Ten leading causes of death and injury. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>.
76. de Vries R., Reininga L.H., Pieske O., Lefering R., El Moumni M., Wendt K. Injury mechanisms, patterns and outcomes of older polytrauma patients-an analysis of the Dutch trauma registry //PloS one. 2018. T. 13. - № 1. - С. e0190587.
77. Kopits E., Cropper M. Traffic fatalities and economic growth //Accident analysis & prevention.2005.-Т. 37. -№ 1. - С. 169-178.
78. Багненко С.Ф., Ермолов А.С., Стожаров В.В., Чикин А.Е. Основные принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы //Скорая медицинская помощь. 2008. Т. 9. - № 3. - С. 3-10.
79. Ермолов А.С. Основные принципы диагностики и лечения сочетанной травмы // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С.Савельева.-М., 2004.-С. 540-548.

80. Broderick SR. Hemothorax: etiology, diagnosis, and management. Thorac Surg Clin. 2013;23:89e96. <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2012.10.003>. 7.

Khandhar SJ, Johnson SB, Calhoun JH. Overview of thoracic trauma in the United States. Thorac Surg Clin. 2007;17:1e9. <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2007.02.004>.

81. Milisavljevic S, Spasic M, Arsenijevic M. Thoracic trauma. In: Cagini L, ed. Current Concepts in General Thoracic Surgery. InTech; 2012. <https://doi.org/10.5772/54139>.

82. Жестков КГ. Торакоскопическая хирургия. Современное состояние вопроса: успехи, проблемы, перспективы. представленных на VII съезд РОЭХ. – М. 2005, 19. Обзор материалов,

83. Элмуродов Ш.К. Структура фатальных закрытых травм груди и живота по данным бюро судебно-медицинской экспертизы Кашкадарьинской области //Вестник экстренной медицины. 2023.Т.

84. №. 1. С. 14- 21. 12. Дадаев Ш.А., Исаков Ш.Ш. Структура догоспитальной летальности от травм груди у пострадавших с политравмой //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов В снижении предотвратимой смертности среди населения. 2018. - С. 115-115.

85. Roy N, Kizhakke Veetil D, Khajanchi MU, et al. Learning from 2523 trauma deaths in India- opportunities to prevent in-hospital deaths. BMC Health Serv Res. 2017;17:142. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2085-7>.

86. Drake S.A, Holcomb J Bauar preventable potentially preventable Brock M., et al Drakelishing a regional trauma preventable/poter 375-382eventable death rate //Annals of surgery.-2020. Т. 271. №. 2.-С.

87. Ray JJ., Meizoso J.P., Satahoo Sp. Da deaths Van Haren R.M., Dermer H 7.Ray Potentially preventable prehospital deaths from motor vehicle collisions //Traffic injury prevention. 2016. Т. 17. No. 7.-С. 676-680.

88. Haas B., Gomez D., Zagorski B., Stukel T.A., Rubenfeld G.D., Nathens A.B. Survival of the fittest: the hidden cost of undertriage of major trauma //Journal of the American College of Surgeons.- 2010.-T. 211.-№. 6.-C. 804-811 19. Haas B., Stukel T.A., Gomez D., Zagorski B., De Mestral C., Sharma S.V., et

al. The mortality benefit of direct trauma center transport in a regional trauma

system: a population-based analysis Journal of Trauma and Acute Care Surgery.2012.-T. 72.-№. 6. - C. 1510-1517. 20. MacKenzie EJ, Rivara F.P., Jurkovich G.J., Nathens A.B., Frey K.P., Egleston B.L., et al. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality //New England Journal of Medicine. 2006. T. 354. - №4.-C. 366-378.

89. Moran C.G., Lecky F., Bouamra O., Lawrence T., Edwards A., Woodford M., et al. Changing the system-major trauma patients and their outcomes in the NHS (England) 2008-17//EClinical Medicine. 2018.-T. 2.-C. 13-21

90. Celso B., Tepas J., Langeland-Orban B., Pracht E., Papa L., Lottenberg L., Flint L. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems //Journal of Trauma and Acute Care Surgery. - 2006. -T. 60.-№. 2.- C. 371-378.

91. Sasser S.M., Hunt R.C., Faul M., Sugerman D., Pearson W.S., Dulski T., et al. Guidelines for field triage of injured patients: recommendations of the National Expert Panel on Field Triage, 2011 //Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports.- 2012.-T. 61.-№. 1. - C. 1-20.

92. American College of Surgeons Committee on Trauma (ACS-COT). Resources for optimal care of the injured patient. Chicago: American College of Surgeons, 2014.

93. Candefjord S., Buendia R., Caragounis E.C., Sjöqvist B.A., Fagerlind H. Prehospital transportation decisions for patients sustaining major

trauma in road traffic crashes in Sweden //Traffic injury prevention. sup1.-C. 16-20. 2016. T. 17. No.

94. Fagerlind H., Harvey L., Candefjord S., Davidsson J., Brown J. Does injury pattern among major road trauma patients influence prehospital transport decisions regardless of the distance to the nearest trauma centre?-a retrospective study //Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2019.-T. 27. -№. 1. - C. 1-9.

95. Holst J. A., Perman S.M., Capp R., Haukoos J.S., Ginde A.A. Undertriage of trauma-related deaths in US emergency departments //Western Journal of Emergency Medicine.2016.T. 17.-№. 3.-C. 315.

96. Xiang H., Wheeler K.K., Groner J.L., Shi J., Haley K.J. Undertriage of major trauma patients in the US emergency departments //The American journal of emergency medicine.2014.-T. 32. - №. 9. - C. 997-1004.

97. Rehn M., Lossius H.M., Tjosevik K.E., Vetrhus M., Østebø O., Eken T. Efficacy of a two-tiered trauma team activation protocol in a Norwegian trauma centre //Journal of British Surgery.- 2012.-T. 99. №. 2.-C. 199-208.

98. Kodadek L.M., Selvarajah S., Velopulos C.G., Haut E.R., Haider A.H. Undertriage of older trauma patients: is this a national phenomenon? //journal of surgical research.2015.T. 199. No. 1.-C. 220-229.

99. Newgard C.D., Zive D., Holmes J.F., Bulger E.M., Staudenmayer K., Liao M., et al. A multisite assessment of the American College of Surgeons Committee on Trauma field triage decision scheme for identifying seriously injured

children and adults //Journal of the American College of Surgeons. - 2011. -T. 213.No. 6.C. 709-721.

100. Totten AM, Cheney TP, O'Neil ME, Newgard CD, Daya M, Fu R, et al. Physiologic Predictors of Severe Injury: Systematic Review. 5600 Fishers Lane Rockville, MD 20857: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, 2018 Apr p. 1-619.

Report No.: Number 205, AHRQ Publication No. 18-EHC008-EF.  
www.ahrq.gov.

101. Fitzharris M., Stevenson M., Middleton P., Sinclair G. Adherence with the pre-hospital triage protocol in the transport of injured patients in an urban setting

//Injury.2012.-T. 43. - №. 9.-C. 1368-1376.

102. Newgard C.D., Fu R., Lerner E.B., Daya M., Jui J., Wittwer L., et al. Role of guideline adherence in improving field triage //Prehospital emergency care. 2017.T. 21.№. 5.C. 545-555

103. Augenstein J.S., Digges K.H., tombardo L.V., Perdeck E.B., Stratton J.E., Malliaris A.C., et al. Occult abdominal injuries to airbag-protected crash victims: a challenge totrauma systems //Journal of Trauma and Acute Care

104.Berwick D., Downey dau Cor systems to achieve zero pare system: integrating and civilian trauma system Injury //Washington (DC): National Academies Press (US).-2016. ing

105 Injuriansen T., Søreide K., Ringdal Kien Ren Me Krüger AJ, Reite A., et al. Kristina systems and early management of severe injuries in Scandinavia review of the current state //Injury.- 2010.-T. 41. No. 5.-C. 444-452

106. Twijnstra M.J., Moons K.G., Simmermacher RK, Leenen LP. Regional Twijnstrsystem reduces mortality and change admission before and after study //Annals of surgery. - 2010.-T. 251.-№. 2.-C. 339-343.

107. Candefjord S., Asker L., Caragounis Eca Mentality of trauma patients treated at 2. Cauma centers compared to non-trauma centers in Sweden: a retrospective standy/European journal of trauma and emergency surgery - 2022-T. 48. No. 1.-C. 525-596.

108. Kojima M., Endo A., Shiraishi A., Otomo Y. Age-related characteristics and outcomes for patients with severe trauma: Analysis of Japan's nationwide trauma registry //Annals of emergency medicine. - 2019. -T. 73. - №3.- 281-290.



109. Brown E., Tohira H., Bailey P., Fatovich D., Pereira G., Finn J. Longer prehospital time was not associated with mortality in major trauma a Petrospective cohort study //Prehospital emergency care. - 2019. - T. 23. - № 4.-C. 527-537.

110. Newgard C.D., Meier E.N., Bulger E.M., Buick J., Sheehan K., Lin S., et al Revisiting the "golden hour": an evaluation of out-of-hospital time in shock and traumatic brain injury //Annals of emergency medicine. 2015.-T. 66.-№ 1. -C. 30-41.

111. Chen X, Guyette F.X., Peitzman A.B., Billiar T.R., Sperry J.L., Brown J.B. Identifying patients with time-sensitive injuries: association of mortality with increasing prehospital time //Journal of trauma and acute care surgery. -2019. T. 86. No. 6. C. 1015-1022.

112. Osterwalder J.J. Can the "golden hour of shock" safely be extended in blunt polytrauma patients? Prospective cohort study at a level I hospital in eastem Switzerland //Prehospital and disaster medicine. 2002. T. 17. - № 2. - C. 75-80.

113. Ryb G.E., Dischinger P., Cooper C., Kufera J.A. Does helicopter transport improve outcomes independently of emergency medical system time? //Journal of Trauma and Acute Care Surgery.2013.-T. 74. No. 1.C. 149-156.

114.<https://lex.uz/ru/docs/5530078>

115.<https://documents1.worldbank.org/cureted/en/947051532613844200/pdf/Disclosable-Version-of-the-ISR-Emergency-Medical-Services-Project-P159544-Sequence-No-01.pdf>

116.Абакумов М. М., Савельев В. С. Руководство по нестложной хирургия органов брюшной полости. 2004..

117 Савельев В. С. Неотложная хирургия органов брюшной полости //Медицина, 2008.

118.Абакумов М. М. и др. Неотложная абдоминальная хирургия  
Методическое руководство для практикующего врача-2018.