ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОЃЛИЌНИ САЌЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛТЕТИ ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ХИРУРГИЯ КАФЕДРАСИ

“МЕЪДА ВА УН ИККИ БАРМОКЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛАРИ (ПЕРФОРАЦИЯ ВА ЯРАДАН КОН КЕТИШ)”

*(Маъруза матни)*

ТОШКЕНТ 2024

Мавзу максади: Талабаларда меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги асоратлари этиопатогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш усуллари тугрисидаги билимларни шакллантириш.

Мавзу вакти: - 2 соат

Талабанинг бошлангич билим даражаси

1. Меъда ва ун икки бармокли ичак анатомияси ва физиологияси.
2. Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги этиопатогенези.
3. Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги даволаш жаррохлик усуллари.

Билим ва куникмаларни шаклланиши

Маъруза матни укилгандан сунг талаба билиши керак:

Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги кандай асоратлари борлигини.

Яра касаллиги асоратларини келиб чикиш сабабларини.

Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги асоратлари клиникаси, диагностикаси ва кайси касалликлар билан дифференциал диагностика утказишни.

Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги асоратларини даволаш усулларини, консерватив ва жаррохлик йули билан даволашга курсатмаларни.

Маъруза режаси:

1. Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги асоратлари турлари билан таништириш.
2. Хар бир асорат келиб чикиш сабабларига, клиникаси, диагностика ва даво усулларига тухталиш.
3. Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги асоратларини консерватив ва жаррохлик даволаш усуллари билан таништириш.
4. Адабиётлар руйхати.

Яра касаллиги сурункасига давом этадиган дард булиб, унга мавсум сари кузиб туриш ва меъда ёки ун икки бармокли ичак деворида яра пайдо килиш характерлидир. Яра касаллигининг асосий белгиси огриклардир, бу огриклар характерига кура санчадиган, кисадиган, тортадиган булиши мумкин ва хаказо. Огриклар аксари туш ва унг ковурга ости сохасида сезилади. Кайси махалда пайдо булишига караб овкат ейилганидан ? - 1½ cоат кейин пайдо буладиган эртанги огриклар ва овкатдан кейин 2-3 соат кейин пайдо буладиган кечки огриклар тафовут килинади. Эртанги огриклар купинча меъда яра касаллигида булса, кечки огриклар ун икки бармокли ичак яра касаллигида булади ва овкат ейилгандан кейин босилиб колади. Яра касаллиги учун огрик сезгиларининг даврий булиши характерлидир: касаллик одатда эрта бахор ва кеч кузда кузиб туради.

Диспепсик узгаришлар орасида хаммадан илгари зарда кайнаши билан кайт килишни курсатиб утиш керак. Кайт килиш беморларга енгиллик келтиради. Яра касаллигида нордон кекириш хам булиб туради.

Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги купрок мехнат килишга лаёкатли булган (20-50 ёш) эркакларда купрок учрайди.

Меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллигининг энг огир асоратларидан бири яранинг тешилиши, ёрилиб кетишидир. Яранинг тешилиб кетиши, яъни перфорациясидек касаллик асорати беморларнинг 3-30 фоизида кузатилади.

Яранинг тешилган жойига караб куйидагилар тафовут килинади:

1. Эркин корин бушлигига тешилиши:

а) меъда (ун икки бармокли ичак) суюклик корин бушлигига окиб туради

б) ел чикиб туради (меъда буш вактида).

1. Чарви халтасига тешилиши.
2. Корин бушлиги ортидаги бушликка тешилиши.
3. Кушни аъзоларга тешилиши
4. Тешикнинг беркилиб колиши (бунда яра тешиги кушни органлар, фибрин, овкат зарралари билан беркилиб колиши мумкин).
5. Икки этапда тешилиши.

Меъда ва ун икки бармокли ичак яраларинг тешилиши эркакларда купрок учрайди, бунинг сабаби лоакал шуки, яра касаллигининг узи эркакларда аёллардагига караганда умуман анча купрок учраб туради.

Яра тешилиш ходисаси хар кандай ёшдаги касалда хам руй бериши мумкин. Бирок, 50 яшардан ошган ва 20 яшардан ёшрок касалларда яранинг тешилиши хар калай нисбатан кам учрайди. Яра тешилиши одамнинг яшнаб юрадиган даврида – 30-40 яшарлик махалида купрок курилади.

Яранинг эркин корин бушлигига тешилишининг клиник куринишларида руйи рост 3 давр кузатилади:

1. биринчи даври (дастлабки 6 соат) – коринда тусатдан каттик огрик туриб, шокка ухшаган холат бошланиши (шу сабабдан бу давр шок даври деб хам айтилади)
2. иккинчи даври (6-12 соат давом этадиган давр) – нисбатан тинчлик билан утадиган, аслида сохта хотиржамлик даври.
3. Учинчи даври (12 соат ва бундан кура купрок вакт утгандан кейин бошланадиган) зурайиб борадиган перитонит давридир.

Касалликнинг клиник манзараси тешилган яранинг урни, катта-кичиклиги, яра тешилган вактда меъда (ун икки бармокли ичак) нинг канчалик тулиб тургани ва меъда суюклининг табиати (меъда ширасидаги кислоталар микдори, овкатнинг суюк ёки куюклиги ва бошкалар) га хам богликдир.

Касаллик клиникаси. Яранинг тешилиши купчилик холларда яккол ифодаланган ва етарлича характерли булган клиник манзарани беради: корнида меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллигига хос белгиларни олдиндан сезиб юрган беморларда тусатдан нихоятда каттик корин огриги пайдо булганлигини курсатиш мумкин. Одатда бундай касал тиззаларини коринга такаб олади, мажбурий холатга тушиб, огрик кучайишидан куркиб андек харакат килишдан тортинади, халк тили билан айтганда, “кулчадек уралиб олиб”, кимирламай ётаверади.

Меъда ва ун икки бармокли ичак ярасининг биринчи белгиси яранингтешилиши билан бошланиши хам мумкин.

Яра тешилишининг асосий аломати - огрик жуда купчилик холларда нихоятда характерли хусусиятларга эга булади: хеч кутилмаганда тусатдан, хаддан ташкари зур, чидаб булмайдиган даражада каттик огрик пайдо булади - “гуёки корнига ханжар ёки пичок санчилгандек, ёки коринда алла нарса ёрилиб кетгандек” булиб сезилади. Яра тешилганда бошланадиган огриклар табиати ва кучини беморлар купинча ана шундай деб тасвирлашади. Огрик шу кадар зур буладики, касал ётиб олишга мажбур булиб колади, “хеч ким оёкда тик тура олмайди” (Жанилидзе ва бошкалар), баъзи беморлар хатто хушидан кетиб колиши хам мумкин. Яра тешилишидан бошка бирорта касалликда огриклар шу кадар тусатдан бошланиб, шу кадар кучли ва каттик булмаса керак, яра тешилишиниг диагностикаси учун бу симптомнинг нихоятда кимматлилиги хам шунга боглик. “Ханжар санчилгандек” булиб сезиладиган бу огрик корин пардасида кенг таркалган нерв тармокларининг корин бушлигига куйилиб тушган кислотали меъда ёки ун икки бармок ичак суюклигидан бирдан таъсирланишига алокадордир (бу химиявий омил - хлорид кислота ва сафро, ундаги кислота физикавий, бактериал омиллар таъсирига боглик).

Огрик сезиладиган жойлар. Дастлабки соатларда огрик одатда туш ости сохаси (эпигастрио) ёки унг ковургалар остидан жой олади. Лекин меъда суюклиги корин бушлигига бемалол тушиб турадиган булса, огрик якин соатлар ичида кориннинг унг томондаги ёнбош чукурчасига таркалиб боради (купинча пилородуоденал яралар тешилганида) ёки бутун коринга таркалади. Бирок, олдин пайдо булган жойида - туш остида хаммадан кучли огрик булиб тураверади. Огрик аксари одамнинг оркасига, унг елкаси, унг умрови тагига утиб турадиган булади (френикус феномен ёки Элекер симптоми), бу кислота таъсирини диафрагма нерви буйлаб, 4-5-буйин илдизчалари сохасига таркалиб боришига боглик.

Бу симптом умуман диаграфма ости бушликларида уткир яллигланиш жараёни борлигидан дарак беради ва жигарга шикаст етган пайтларда, уткир холецистит ва корин бушлигидаги бошка аъзоларининг жаррохлик касалликларида хам кузатилиши мумкин. Мана шуларнинг хаммаси меъда ва ун икки бармок ичак яраси тешилган махалда хозир айтилган касаллик аломатлари уни аниклаб олиш учун нисбатан кимматлидир деб айтишга имкон беради. Бу симптом 62,8 фоиз холларда учрайди. Шеткин-Блюмберг, Завьялов симптомлари, яъни корин пардасининг таъсирланишига хос симптомлар яра тешилганидан кейинги дастлабки дакикалардан бошлаб мусбат булиб чикади (айникса яра тешилган жойда). Бемор корни куздан кечириб курилганида дастлабки соатларда корин ичига тортилган, нафас олишда иштирок этмаётган булади. Киндикдан юкорида корин мутлако котиб колгандек, каттик (“тахтадек”) булиб туради, факат пастки кисми нафас харакатларида аранг сезиладиган даражада иштирок этади. Демак, огрик билан бир каторда корин пресси мускулларининг химояланиб (Defense Musguleure), таранг тортиб туриши, яъни “кориннинг тахтадек котиб туриши” симптоми хам мухимдир. Бу аломатнинг нечоглик кескин ифодаланган булиши бир канча сабабларга боглик; озгиндан келган, ёш ва гуштдор одамларда корин тугри мускулининг кундаланг тусикларини сезиш мумкин (Дзабановский-Чугуев симптоми); тула одамлар, корни илвиллаб колган кексалар ва корин мускуллари унча ривожланмаган кишиларда корин мускулларининг таранглиги пайпаслаб курилганидагина пайкалади, мускуллар илвиллаб колгани устига ёг катлами хам калин булса, бу таранглик янада кам сезилади.

Корин деворининг шу химоя реакцияси кориннинг устки булимида ва айникса ковургалар таги билан туш остида хаммадан купрок ифодаланган булади. Бирок, перитонит авж олиб, зурайиб бориши билан сохта хотиржамлик даври ва ундан кейин бошланадиган сезиларли перитонит даврида огриклар аста-секин камайиб колади, яъни чидаб булмайдиган даражадаги огриклар босилиб, бемор бир кадар тинчланади ва корин анчагина таранг тортиб туриши урнига аста-секин дам булиб бориб, таранглиги билинмай колиши хам мумкин. Янглишмаслик ва авж олиб келаетган перитонит даврини утказиб юбормаслик учун шуни унитмаслик зарур.

Ана шундай ходиса сохта хотиржамлик даври учун (яра тешилгандан 6-12 соатдан кейин бошланадиган давр учун) характерлидир, бунда корин пардасининг таъсирланишига хос булган аломатлар бир кадар камайиб, корин юмшок булиб колади, бемор ахволи яхшилангандек булиб куринади, ана шу нарса диагностикада хатога сабаб булиши мумкин.

Шундай килиб, огрикларнинг зурлиги ва кай тарика таркалганлиги яранинг тешилган пайтидан бери канча вакт утганига бевосита боглик булади.

Диагноз куйиш учун беморда “ярага хос анамнез” борлиги хам ахамиятга эгадир. Анамнез йигиладиган булса, меъда ва ун икки бармокли ичак яраси тешилган беморларнинг купчилигида “меъда касаллигига алокадор” шикоятлар борлигини аниклаб олишга имкон беради. Лекин турли олимларнинг маълумотларига караганда, беморларнинг 2-37 фоизида “ярага хос” анамнез булмаслиги хам мумкин, яъни яра одам соппа-согдек булиб юрган пайтида тешилиб кетган булади, “соков яранинг тешилиши” деб шунга айтилади.

Диагностикасида яранинг тешилиб кетганини шак-шубхасиз курсатиб берадиган мухим белги корин бушлигида эркин хаво (газ) булишидир. Дарвоке, нихоят даражада кимматли деб хисобланадиган бу симптом доимий булмайди. Корин бушлигида газ борлигини тукиллатиб уриб куриш, яъни перкуссия йули билан аниклаб олса булади, бунда унг ковургалар остида жигардан чикадиган бугик товуш орасида тимпанитли чекланган жой борлиги топилади. Бу симптом яранинг тешилган жойидан корин бушлигига бир талай хаво утган махалдагина булади. Шу билан биргаликда дам булиб турган йугон ичак урнини узгартириб куйган махалларда хам жигар сохасида паст тонли тимпанит булишини хам эсда тутиш керак.

Корин бушлигини рентгеноскопия йули билан текширишда диафрагма гумбази остида (яъни жигар устида) катталиги 3-7 см келадиган “уроксимон катлам” куринишида эркин газ булиши корин бушлигидаги кавак органлардан биронтасининг тешилганини ишончли килиб тасдиклаб беради. Касалларнинг 47-80 % шу симптом борлиги кузатилади. Пневмоперитонеум топилмаган холларда меъдага солинган зонд оркали 500 мл микдорда хаво юбориб шундан кейин корин бушлиги яна рентгенда текшириб курилади. Бунда хавонинг ингичка ичакда тургани (агар перфорация булмаса) ёки эркин корин бушлигига утиб кетгани маълум булади (перфорацияга хос рентгенологик симптом).

Хозир бирма бир айтиб утилган асосий аломатлардан ташкари, яна иккинчи даражали баъзи аломатлар хам бор. Купчилик жаррохлар яра тешилган вактда одам одатда кайт килмайди ва бундай ходиса истисно тарикасида учрайди деб хисоблайди. Лекин касалликнинг кечки муддатларида – перитонит авж олган даврда, касал одатда кайт кила бошлайди.

Тешилган яра учун даслабки пайтларда пульснинг секинлашгани (брадикардия) характерлидир. Бунинг асосий сабаби, корин бушлигига перфоратив тешик оркали тушган меъда кислотали суюклигининг вагус нерв тармоги охирларини таъсирлаши окибатидир. Яра тешилгандан кейинги дастлабки соатларда томир уриш сони минутига 60-70 тадан ортмайди, холбуки корин бушлиги бошка уткир жаррохлик касалликларида (уткир аппендицит, холецистит, панкреатит ва бошкалар) пульснинг барвакт тезлашиши (тахикардия) кузатилади. Лекин шуни эсда тутиш керакки, яра тешилган махалда перитонит авж олиб бориши билан пульс хам тезлашиб бориб, минутига 120-130 тагача етиб колиши мумкин. Тана харорати яра тешилгандан кейинги биринчи соатларда меъёрида, вакт утиши, яъни перитонит ривожланиши билан эса юкори даражаларга кутарилиши кузатилади.

Яра тешилганда периферик кондаги лейкоцитлар сони ошади, лейкоформуланинг чапга сурилиши кузатилади. Периферик кондаги бу узгаришлар вакт утиши билан янада яккол намоён була боради.

Беморни тугри ичак ёки кин оркали бармок билан текширилганда Дуглас бушлиги сохасининг безиллаб тургани топилади.

12-18 соат ва ундан кура купрок вакт утганидан кейин касалликнинг клиник манзараси таркок перитонит бошланиши ва умумий симптомлар кушилиши билан характерланади: умумий интоксикация, тил куриши, тахикардия, бемор юзининг чакак-чакак булиб, “гиппократ юзи ифодаси” га кириши, юкори даражада лейкоцитоз булиши, эритроцитлар чукиш реакциясининг тезлашуви шулар жумласидандир.

Перфорациянинг атипик хиллари. Корин пардаси ортида, ун икки бармок ичакнинг орка деворида, меъданинг кардиал булимида, шунингдек меъданинг орка деворида жойлашган яраларнинг тешилиб кетиши шу тоифага киради. Айни вактда меъда (ёки ун икки бармок ичак) суюклиги эркин корин бушлигига тушмай, корин пардаси ортидаги бушликка ёки чарви халтасига тушади. Шу сабабдан бу хилдаги яралар тешилганида яра тешилишининг типик махалидагидек каттик огриклар булмайди ва корин девори унчалик каттик таранг тортмайди. Шунга яраша клиник аломатлар кам ифодаланган, унча билинмайдиган булади.

Перфорациянинг атипик хиллари барча яра тешилиши холларининг 3-4 фоизини ташкил этади.

Меъда ва ун икки бармок ичак яралари перфорациясининг беркилиб колиши хам купинча диагностик хатоларга сабаб булади. Бундай холларда (улар барча перфорацияларнинг 5 фоизи ташкил этади) яранинг тешилган жойи унга кушни органлар (жигар, ут пуфаги, кундаланг-чамбар ичак, чарви ёки тикилиб колган каттик овкат булаги) “ёпишиб”колиши натижасида беркилиб колиши мумкин.

Яра тешилиб беркилиб колган беморда касаллик белгилари худди одатдагича бошланади-ю (туш ости сохасида худди ханжар ургандек каттик огрик бошланиши, корин пардаси таъсирланиши, Шеткин-Блюмберг симптомининг мусбат булиб чикиши, корин мускулларининг таранг тортиб туриши ва бошкалар), лекин орадан 15-30-60 минут утганидан кейин симптомлар “узилади” - огриклар камаяди, корин мускулларининг таранглиги кам ифодаланган булиб колади (чекланган, кичик бир жойда билинадиган булади, холос.) “Жигардан бушлик товуш чикадиган жой” билинмай колиши мумкин. Лекин касал ахволининг бундай яхшиланиши одатда киска муддатли булади. Яра тешилиши кайталаниши ёки тупланиб суюклик (баъзида эса абсцесс) эркин корин бушлигига ёриб тушиши ва кейин шиддатли перитонит бошланиб кетиши мумкин - икки бора яра тешилиши деб шунга айтилади.

Давоси. Меъда ва ун икки бармокли ичак яраси тешилган махалда факат жаррохлик йули билан даволаш тугрисида суз булиши мумкин. Яранинг тешилишида паллиатив (тешилган ярани тикиш) ва радикал жаррохлик (меъда классик 2/3 кисми резекцияси, ваготомия ва меъданинг эконом резекцияси ёки меъдани дренажловчи операциялар) бажариш мумкин булиб, жаррохлик амалиёти хажмини белгилаш махали беморнинг ёши, яра анамнези бор ёки йуклиги, яра тешилгандан кейин утган вакт, перитонит кай даражада таркалганлиги, кушимча касалликлари ва жаррох малакаси, хамда маълум жаррохлик амалиетини бажариш учун зарур техник шароитлар бор ёки йуклиги билан белгиланади.

Паллиатив жаррохлик амалиётлари купинча бемор умумий огир ахволида, ёши утган, огир кушимча касалликлари булган, перитонитнинг таркалган йирингли турлари билан булган беморларга, хамда техник сабабларга кура ва радикал жаррохлик амалиётларини бажара оладиган малакали жаррох булмаган холларда бажарилади.

Радикал жаррохлик амалиётлари эса бемор умумий ахволи нисбатан коникарли булган холда, нисбатан ёш булган, яра тешилгандан кейин узок вакт утмаган, перитонитнинг йирингли таркалган турлари булмаган беморларга, хамда шу радикал жаррохлик амалиётлари турларини бажара оладиган малакали жаррох ва техник шароитларнинг мавжудлигида бажарилиши мумкин. Яра тешилиши хар бир холатида беморга бажарилиши лозим булган жаррохлик амалиёти хажмини белгилашда индивидуал ёндашиш лозим.

Меъда ва ун икки бармокли ичак ярасидан кон кетиши

Меъда ва ун икки бармокли ичакдан кон кетиши, яъни уткир гастродуоденал кон кетиш ходисаси шу органлар яра касаллигининг энг дахшатли асорати булиб, касалларнинг 13-15 фоизида учрайди ва 4 фоизидан 27 фоизигача холларда улимнинг асосий сабаби булиб хисобланади. Меъда ва ун икки бармокли ичакдан бирдан кон кетган беморлар ичида яра касаллиги билан булган беморлар купчиликни – 55 фоизни ташкил килади.

Ярадан кон кетиб колган хамма касаллар орасида аёллар деярли 23 фоизни ташкил этади. Эркаклар орасида кон кетиш холларининг энг куп кисми 20-60 ёшга тугри келиб, кейин камайиб борадиган булса, аёллар орасида бунинг акси кузатилади ва деярли 5 баравар ортади.

Меъда ва ун икки бармокли ичак яралари булган беморларда кон кетиш манбаи булиб яра кратери чеккаларидаги майда кон томирлар (диффуз кон кетишда) ёки унинг тубидаги, купинча йирик кон томирлар хизмат килади ва улар деворларининг аррозияси кон кетишга сабаб булади.

Клиник манзараси. Меъда ва ун икки бармокли ичак ярасидан кон кетиш одамнинг “кофе куйкаси” сингари кон кусиши, ичи келганида ахлатининг корамойга ухшаб туриши ва бирдан кон кетишга, яъни консирашга хос симптомлар билан характерланади.

Узгармаган кон билан кусиш ходисаси меъда ёки ун икки бормок ичак ярасидан шовиллаб кон кетиб колган махалларда курилади. Бундай холларда касаллар киска вакт ичида кусук массалари билан бир талай кон йукотиб куйишлари мумкин.

Ахлатнинг худди корамойдек коп-кора булиб тушиши ун икки бармок ичак яралари конаб турадиган махалда ва меъда яраларидан куп кон кетган вактларда курилади. Бирдан бошланган, яъни уткир камконлик симптомлари кон кетиш ходисасининг даражаси ва канчадан бери давом этиб келаётганига боглик булади. Бир марта оз микдорда кон кетган вактларда бу симптомлар салгина ифодаланган булади ёки бутунлай булмаслиги мумкин. Анчагина кон кетиб, бу нарса кон кусиш ва ахлатнинг кора мойга ухшаб тушиши, конда гемоглобиннинг 85-100 г/л гача камайиб кетиши билан бирга давом этиб бораётган махалда беморлар умуман дармонсизликдан нолийди, уларнинг ранги окариб, юраги тез-тез уриб турган (тахикардия), артериал босими пасайиб кетган булади, баъзан беморлар узидан кетиб колади.

Шовиллаб кон кетиб, гемоглобиннинг киска вакт ичида 50 г/л гача ва бундан кура купрок камайиб кетишига сабаб булган огир холларда беморда огир коллапс бошланиб, юраги жуда тез – минутига 120-140 марта уриб туради, артериал кон босими 40/0 мм. сим. устунигача тушади ва бундан хам пасайиб кетади. Бемор ранги оппок окариб гох-гохида узидан кетиб хам колади, аъзои-баданини муздек тер босади, лаблари билан бармоклари кукариб кетади. Бирдан бошланиб кетган камконлик натижасида курув, эшитув органларида ва беморнинг асабий-рухий холатида хам огир узгаришлар бошланиши мумкин.

Касаллик тарихи йигиб курилганда беморларнинг 25 фоизида тасдикланган яра касаллиги борлиги, колган 40-50 фоизида яра касаллиги учун хос булган белгилар: зарда кайнаши, туш ости сохасининг вакт-вакти билан огриб туриши, диспептик узгаришлар борлиги маълум булади. Колган касалларнинг билдирадиган шикоятлари нотайин булади ёки улар хеч нарсадан нолимайди (“огриксиз утаётган” “соков” яралар).

Кон кета бошлаши билан огрик купчилик холларда камаяди ёки бутунлай босилиб колади, тана харорати эса 37,5-38 гача кутарилади. Бундай касалларда ичак конга тулиб кетиши муносабати билан купинча корин дам булиб туради, одамнинг ичи яхши юришмай колади, интоксикация кучаяди.

Кон кетишнинг 3 даражасини фарклаш мумкин:

Енгил даражали кон кетишда бемор умумий ахволи коникарли, тери ва шиллик пардалар ранги бироз окарган. Томир уриши 80-90 марта минутига, кон босими 100/70 мм. сим. устунидан пастда эмас. Бир ёки икки марта кон кусиш ва ичининг кора келиши кузатилиши мумкин.

Урта даражасида – бемор умумий ахволи урта огирликда. Тери ва шиллик пардалар ранги анчагина окарган, совук тер билан копланган. Бир неча маротаба (киска вакт ичида) кон кусиш ва ичининг кора келиши кузатилади. Кучли ривожланган холсизлик, бемор урнидан турган махали бош айланиши кузатилади. Томир уриши 100-120 мартага минутига ошган, систолик кон босими эса 80-90 мм. сим. устунигача тушган.

Кон кетишнинг огир даражасида бемор умумий ахволи огир ёки ута огир. Куп маротаба, кайтариладиган кон кусиш ёки ичининг кора келиши кузатилади. Бемор ранги жуда хам окарган, вакти-вакти билан бемор хушини йукотиб туриши, саволларга аник жавоб бермаслиги мумкин. Нафас олиши тезлашган ва юзаки булади. Томир уриши жуда суст, 130-140 мартагача минутига тезлашган, систолик кон босими 70 мм. сис. устунига тенг ва ундан хам паст булиши кузатилади.

Диагностикаси: Беморларга ошкозон ичак тизимининг юкори кисмидан, шу жумладан гастродуоденал яралардан кон кетиши диагностикасида касал шикоятларини, касаллик анамнезини тулаконлик билан йигиш ва объектив текширув натижалари катта ахамиятга эгадир. Ундан ташкари периферик кон курсаткичларини аниклаганда гемоглобин, эритроцитлар ва гемотокрит курсаткичларининг пасайганлигини аниклаш мумкин. Кон кетиш манбаини аниклаш учун фиброгастроскопия текширувини куллаш максадга мувофик булади. Агарда фиброгастроскопия текширув усулини куллашнинг иложи булмаган холларда эса меъдага зонд куйиш билан хам ошкозон ичак тизимининг юкори кисмидан кон кетаётганлигини аниклаш мумкин. Лекин меъдага зонд куйиш билан ошкозон ичак тизимидан кон кетишининг аник сабабини аниклашнинг иложи булмайди.

Даволаш. Меъда ва ун икки бармокли ичак ярасидан кон кетиш холатлари купинча консерватив йул билан даволанади ва кон кетиш тухтатилгандан сунггина режали равишда тулаконли текширувлардан сунг беморлар яра касаллиги буйича режали равишда жаррохлик усули билан даволанади.

Консерватив даволаш усули уз ичига беморга ёток режимини саклашни, туш ости сохага махаллий гипотермияни, меъдани совук сув билан ювишни, парентерал ва махаллий гемостатик таъсирга эга булган дори дармонларни (аминокапрон кислота эритмаси, дицинон, этамзилат натрий ва хакозолар) куллашни, кон ва кон компонентларини вена ичига юборишни, Н 2 блокаторларини куллашни, хамда оксигенотерапия ва симптоматик кардиотерапия утказишни уз ичига олади. Ундан ташкари беморларга ичак бушлигига тушган кон ва уларнинг бижгиши натижасида хосил булган токсик моддалар сурилиши окибатида юзага келадиган интоксикация аломатларини камайтириш максадида тозаловчи хукналар килиб туриш лозим. Фиброгастроскопия ошкозон ичак тизими юкори кисмидан кон кетиш манбаини аниклашдан ташкари конаётган яра томирини электрокоагуляция килиш ёрдамида кон кетишини тухтатиш имконини хам беради.

Ярадан кон кетишини консерватив йул билан тухтатишнинг иложи булмаган холларда ёки бирдан шовиллаб (профуз) кон кетишларда жаррохлик йули билан ярадан кон кетишни тухтатиш мумкин. Бу холларда бемор умумий ахволи огирлиги, йукотилган кон микдори, кушимча касалликлар огирлик даражаси, радикал амалиёт турларини бажариш учун шароитнинг ва жаррох малакасини хисобга олган холда паллиатив (конаетган ярани тикиш) ёки радикал (меъда классик 2/3 кисми резекцияси, ваготомия ва меъда эконом резекцияси ёки меъдани дренажловчи операциялар) жаррохлик амалиёт турларини бажариш мумкин булади.

АДАБИЁТЛАР:

1. Брискин Б.С., Корниенко А.А., Маламуд И.З. Принципы и обоснование лечебной тактики при язвенных кровотечениях // Хирургия.-1991.-№5.-С.41-45.
2. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях.-Хирургия.-1999.-№6.-С.20-22.
3. Гринберг А.А., Ермолов А.С., Затевахин И.И., Нестеренко Ю.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях// Хирургия-1990.-№2.-С.81-84.
4. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Праздников Э.Н. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. Под редакцией Савельева В.С. 50 лекций по хирургии. - М.: Медиа Медика, 2003.
5. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: Медицина. 1986. – 608 с.
6. Мышкин К. И., Лагун М. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. –Саратов. Издательство Саратов. ун-та, 1983. – 166 с.
7. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. –Барнаул. Алт. кн. изд-во, 1988. – 334 с.
8. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – Киев: изд-во Здоров'я, 1987. – 562 с.
9. Шнигер Н.У. Рентгенодиагностика заболеваний желудка. – Москва: изд-во Университета дружбы народов, 1990.