

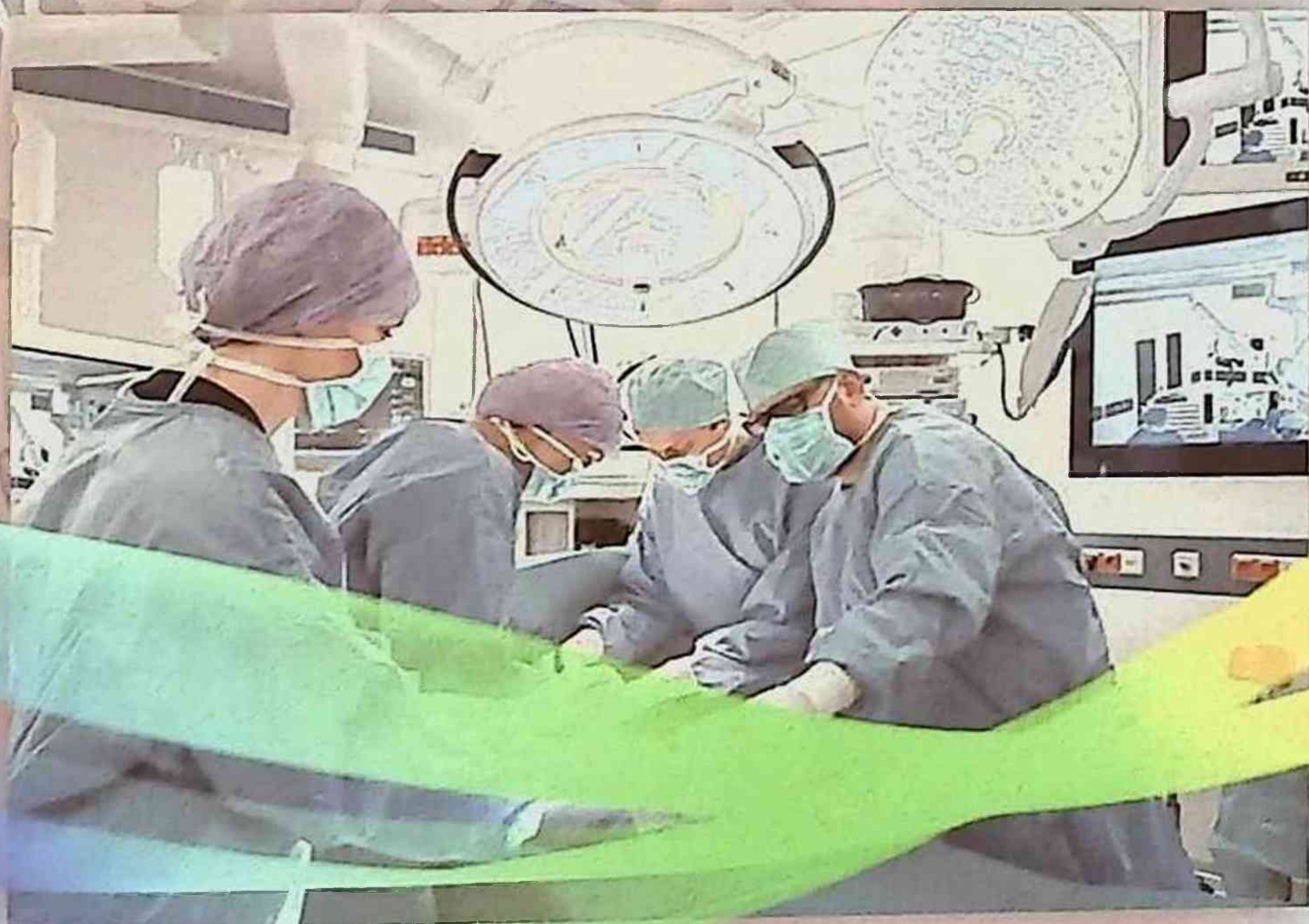
Abdullayev S.A., Toirov A.S.

Djalolov D.A.



QORIN CHURRALARI

Monografiya



A 150

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI



S.A.ABDULLAYEV, A.S.TOIROV,
D.A.DJALOLOV

QORIN CHURRALARI

Monografiya

Monografiya O'R SSV SamDTI Ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqilgan va
"25" noyabr 2020 yildagi № 4 bayonnoma bilan tasdiqlangan.



Sam DTI
axborot-resurs markaz.

317716

"HILOL MEDIA" NASHRIYOTI
TOSHKENT - 2021

UO'K: 616.34-007.43

KBK: 54.13

A 15

Abdullayev, S.A., Toirov, A.S., Djalolov D.A.

Qorin churralari [Matn]: monografiya / S.A.Abdullayev, A.S.Toirov, D.A.Djalolov.-Toshkent:"HILOL MEDIA" MCHJ, 2021-120 b.

Qorin old devori churralarini davolash hozirgi zamon gernalogiya fanining muhim muammolaridan hisoblanadi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra, jahon aholisining 5% har xil churralar bilan hastalanmoqda. Churralarning etiologik faktorlari yaxshi o'rganilib, operativ davolashning har xil yangi-yangi usullari tatbiq qilinmoqda. Har qanday yosh xirurg o'zining birinchi qadamini churrani kesish operatsiyasidan boshlaydi, ammo churrani kesish oddiy operatsiya emas. U texnik jihatdan yaxshi bajarilmasa, har bir bemorga individual yondashilmasa, operatsiyadan keyingi retsidivlar ketmoqda va 5-12%ni tashkil qilmoqda.

Monografiyada qorinning old devori anatomiyasi, churralarning etiopatogenezi, va keltirib chiqaruvchi omillari hamda ularni plastika qilish usullari keltirilgan. Qorin churralarining lokalizatsiyasi va turlariga qarab, zamonaviy davolash usullari qayd qilingan.

Monografiya tibbiyot oliygohlarining yuqori kurs talabalari, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar va amaliyotda ishlaydigan xirurglar uchun mo'ljallangan.

Tuzuvchilar:

S.A.ABDULLAYEV – tibbiyot fanlari doktori, Samarqand Davlat tibbiyot instituti pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklari kafedrasida professori

A.S.TOIROV – Samarqand Davlat tibbiyot instituti pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklari kafedrasida assistenti

D.A.DJALOLOV – Samarqand Davlat tibbiyot instituti pediatriya fakulteti talabasi

Taqrizchilar:

Y.S.EGAMOV – Andijon Davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasida professori

X.K.KARABAYEV – tibbiyot fanlari doktori, Samarqand Davlat tibbiyot instituti davolash fakulteti 2-xirurgik kasalliklar kafedrasida professori

ISBN 978-9943-6995-4-0

© S.A. ABDULLAYEV, 2021 y.

© HILOL MEDIA, 2021 y.

SO'Z BOSHI

*Ota-onamdek ulug' ustozlarim:
professor Axad Xalikovich Xaydarov va
dotsent Stefanida Mixaylovna Galaykolarning
yorqin xotirasiga bag'ishlayman!*

Muallifdan

Oxirgi yillarda gerniologiya fani aniq anatomik ma'lumotlarga asoslangan holda, muhim amaliy tajribalar bilan qurollangan. Ventral churralarning etiologik faktorlari va har xil operativ usullarining natijalari chuqur o'rganilib, patogenetik jihatdan eng muhim operativ usullari amaliyotga tadbiiq qilinmoqda. Vaholanki bugungi kunda churralarning diagnostikasi va ularni davolash muammosi aktual bo'lib qolmoqda. Bugungi kunda mamlakatimizda minglab har xil ventral operatsiyalar qilinmoqda, ammo ularning natijalari davr talabini qoniqtirmaydi.

Statistik ma'lumotlarga ko'ra har 10-12 churrani kesish operatsiyasidan keyin retsidiiv paydo bo'lmoqda. Ma'lumki har bir endigina xirurgiya bilan shug'ullanayotgan yosh xirurglar ko'pchilik hollarda albatta churrani kesish operatsiyasidan boshlaydi. Shuni aytish kerakki churrani kesish bu oddiy operatsiyalardan emas. Hatto eng ko'p qilinadigan chov churralarini kesishdan keyin ham har xil asoratlari bo'lib, bemorlar uzoq vaqtlar ish qobiliyatlarini yo'qotib, ayrim holatlarda qayta operatsiya bo'lishga majbur bo'ladilar. Shu borada juda mahoratli xirurg, gerniologiya fanining asoschilaridan biri S. P. Fyodorovning aytgan iborasini eslamok kerak: «Churrani kesish bu oddiy, yengil operatsiyalardan bo'lmay, uni to'g'ri va yaxshi bajarish kerak».

Operatsiyadan keyingi qorinning old devori churralarini xirurgik davolash qorin bo'shlig'i xirurgiyasining dolzarb muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi. Qorin old devori churralarini xirurgik davolash hozirgi vaqtgacha abdominal xirurgiyaning muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Bu kasalliklarning keng tarqalishi qorin bo'shlig'ida operatsiyalar miqdorining va hajmining kengayganligi, qayta operatsiyalar sonining o'sishi, shuningdek operatsiya qilinayotgan bemorlarning orasida o'rta va qari yoshli shaxslar sonining to'xtovsiz oshib borishi bilan bog'liq. Qorin old devori churra defektlarini mahalliy to'qimalar bilan an'anaviy usulda plastika qilish natijalari hamisha ham qoniqarli bo'lavermaydi. Qorin devori katta defektlarini plastika qilishda odatda to'qimalar tortiladi (taranglashtiriladi), bu esa bemorlarda 30-60% retsidiiviga olib keladi.

Ma'lumki relaparotomiyalar ko'pchilik holatlarda tarqalgan peritonitlar, o'tkir ichak tutilishlardan va eventratsiyalar kuzatilgandan keyin qilinadi. Bundan tashqari, operatsiyadan keyingi churralar og'ir, ko'p rejali patologik holat hisoblanib ularni davolash har qanday xirurgik statsionarlar oldida ma'lum qiyinchiliklar tug'diradi. Ventral churralarning hosil bo'lishi qorinning old devori mushaklari, churra xaltasida bir qismi joylashgan ichki a'zolar va nafas olish a'zolarining mo'tadil bir-biriga bog'liqlik holatining buzilishi bilan sodir bo'ladi. Ayrim mualliflarning fikricha katta churralarni alohida kasallik hisoblanib nafaqat nafas olish organlarining vaholanki teri qoplamasi, mushaklar va ichki a'zolarining bir-biriga nomuttanosiblikligini keltirib chiqaruvchi muammolar hosil qilishi bilan xarakterlanadi.

Ventral churralarni xirurgik davolash muammosining dolzarbligi kasallikning keng tarqalganligi, qisilishi ko'rinishdagi asoratlarning ko'p rivojlanishi va operatsiyadan keyingi o'limning yuqoriligi (8%gacha) hisoblanadi. Hozirgi vaqtda ventral churralarni davolashda plastikaning atenzion metodlarini qo'llash kontsepsiyasi qabul qilinganligi. AQSHdagi shoshilinch va rejali xirurgiyada zamonaviy sharoitlarda 87%, Yevropa davlatlarida 85% bemorlarda atenzion gernioplastika bajariladi. Rossiyada rejali xirurgiyada ventral churrani atenzion metod bo'yicha operatsiya qilish ulushi 43-52%ni tashkil qiladi, qisilgan churralarda gernioplastikada atenzion metodlari qilmoqda.

Bu albatta operatsiyadan keyingi churralar sur'atining o'sishi bilan bog'liqdir. Hozirgi kunda operatsiyadan keyingi churralar sur'ati 25% gacha ko'tarilib, chov churralaridan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi. Masalan, AQShda har yili 100000 kishi qorinning old devori churrasi bilan operatsiya qilinadi. Zudlik bilan o'tkaziladigan qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari va ularning asoratlari peritonitlar bilan relaparotomiya, operatsiyadan keyingi yaraning yallig'lanishi, eventratsiya holatlari kuzatilgan bemorlarda operatsiyadan keyingi ventral churralar ko'proq uchramoqda.

Operatsiyadan keyingi churralar og'ir va ko'p rejali patologiya bo'lib ularni davolash har qanday xirurg oldida muammo hisoblanadi.

Hozirgi zamon gerniologiya jarrohligida har bir bemorga individual yondashish zarurligi talab qilinmoqda. Operativ davolashda individual yondashish prinsipining asosini churraning etiologik va patogenetik xususiyatlari tashkil qilib, har bir bemorga alohida operativ usul qo'llanishi operatsiyadan keyingi natijalarning yaxshi yakunlanishini tashkil qiladi.

I BOB

QORIN DEVORINING XIRURGIK ANATOMIYASI

Qorin bo'shlig'i (cavum abdominalis) - qorin bo'shlig'i ichki fassiyasi (f.endoabdominalis) bilan chegaralangan bo'lib, qorin bo'shlig'i va qorinparda orqa bo'shlig'iga bo'linadi. Qorin bo'shlig'ining yuqorigi devorini diafragma, old va yonbosh tomonidan qorinning old devori mushaklari qatlami, orqadan umurtqa pog'onasi, bel mushaklari qatlami tashkil qiladi. Qorin bo'shlig'i pastki tomondan erkin holda chanoq bo'shlig'iga o'tib, ular orasidagi chegara shartlidir.

Diafragma mushaklarining taranglashishidan hosil bo'ladigan bosim nafas olishda, qon aylanishini ta'minlashda, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'ida bosim hosil qilishda, oshqozon-ichak tizimi harakati faoliyatini ta'minlashda muhim o'ringa ega.

Qorinning oldingi yonbosh devori.

Yuqoridan – xanjarsimon o'simta va qovurg'a yoylari, o'ng va chap tomondan - orqa qo'ltiq osti chizig'i (lin.axillaris posterior), pastdan – qovuq suyaklarining simfizi, chov burmalari, yonbosh suyagi tojlari to orqa qo'ltiq osti chizig'igacha chegaralanadi.

Qorinning old – yonbosh devorini bir nechta viloyatlarga bo'lish maqsadga muvofiqdir, chunki churralarning aniq topik diagnozini va ulaming hajmini aniqlashda muhim ahamiyati bor. Shartli ravishda qorinning old devoridan ikkita gorizontal chiziq o'tkaziladi: yuqoridan qovurg'a yoylarini birlashtiruvchi – lin.bicostalis, pastdan – yonbosh suyaklar o'simtalarini birlashtiruvchi – lin.bispinalis. Ana shu chiziqlar qorinning old yonbosh devorini uch qavatga bo'ladi. Birinchi yuqorigi qavat – epigastrium, o'rta – mesogastrium, va pastki – hipogastrium deb nomlanadi.

Qorinning to'g'ri mushaklari qirrasidan vertikal holda o'tkaziladigan ikkita chiziq yuqoridagi bo'limlarni yana uchta viloyatga bo'ladi. Shunday qilib, yuqorigi qavatda haqiqiy epigastral (regio epigastrica propria), o'ng va chap qovurg'a osti viloyatlariga bo'linadi. Qorinning o'rta qismi – kindik (regio umbilicalis), o'ng va chap yonbosh (regio lateralis abdominalis dextra et sinistra), bo'limlariga ajratiladi. Pastki qismi ham uchta – qovuq (regio

pubica), o'ng va chap yonbosh – chov (regio ileoinguinalis dextra et sinistra) viloyatlariga bo'linadi.

I - epigastrium

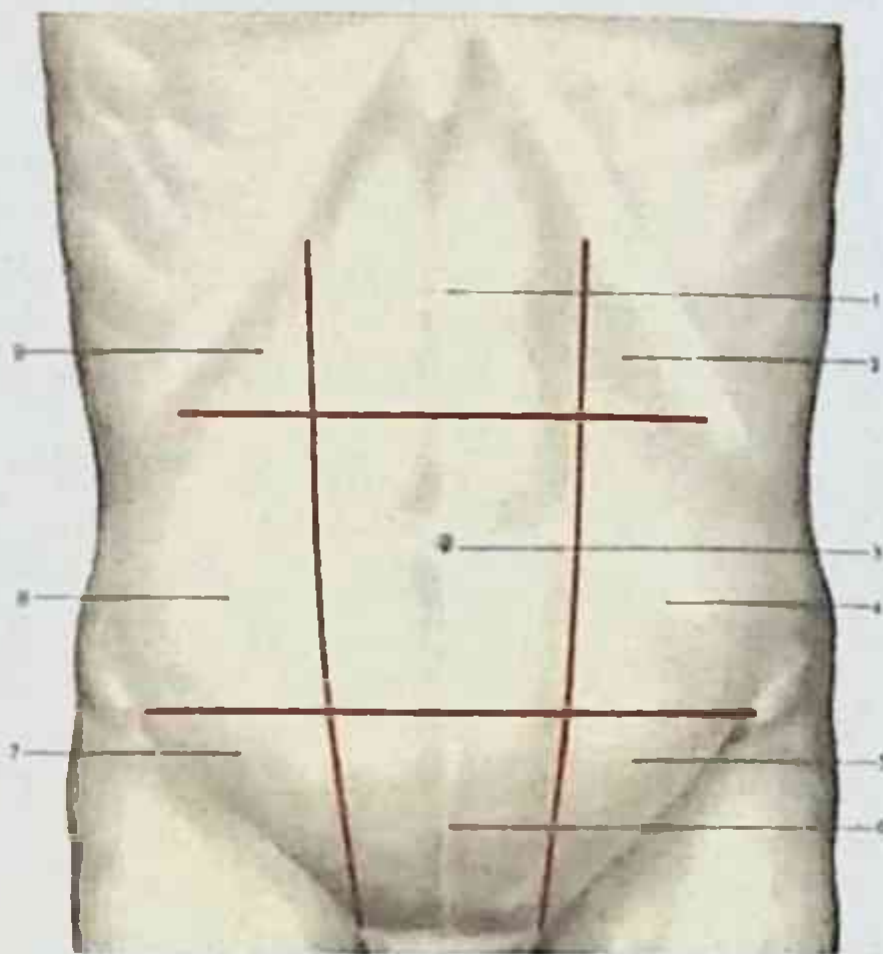
- 1 - regio epigastrica;
- 2 - regio hypochondriaca sinistra;
- 9 - regio hypochondriaca dextra;

II - mesogastrium

- 3 - regio umbilicalis;
- 4 - regio lateralis sinistra;
- 8 - regio lateralis dextra;

III - hypogastrium

- 6 - regio pubica;
- 5 - regio inguinalis sinistra;
- 7 - regio inguinalis dextra.

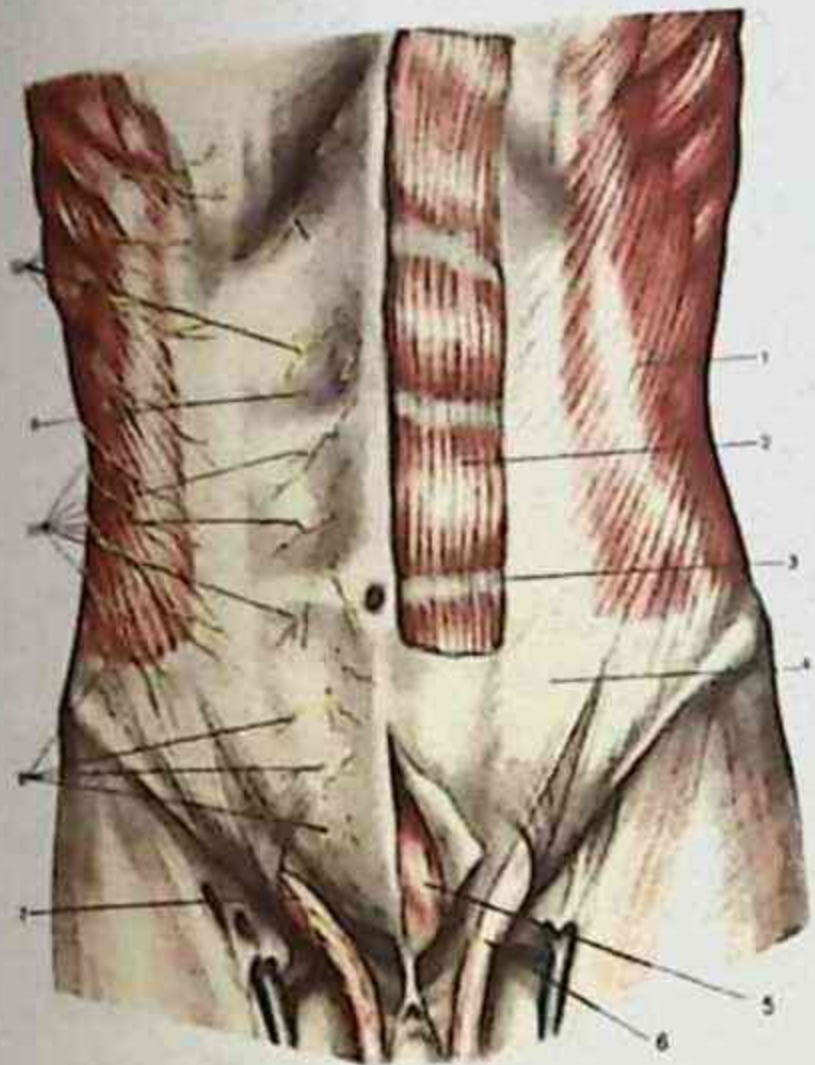


I. Qorin devorining terisi – yupqa va harakatchandir (kindikdan tashqari).

II. Teri osti yog' qavati – siyrak, qorinning pastki qismida ayniqsa ayollarda yaxshi rivojlangan.

III. Yuzaki fassiya – qorinning pastki qismida ikki varaqqa bo'linadi yuzaki va chuqur varaqlari. Yuzaki varag'i sonning oldingi yuzasigacha davom etadi, chuqur varag'i esa chov bog'lamiga borib birikadi. Ana shu yuzaki fassiya varaqlari orasidan: a.epigastrica superficialis o'tib kindikkacha boradi, a.circumflexa ilium superficialis yonbosh suyak tomon yo'naladi, a.pudenda externa chov kanalining tashqi teshigi atrofigacha yetadi. Bu uch arteriyalar a. femoralis dan chiqadi va v.femoralis orqali vena qoni oqib, v.saphena yoki v.femoralis ga quyiladi.

IV. Mushak qavati – qorinning old – yonbosh devori tashqi qiyshiq (m.obliquus abdominis externus), ichki qiyshiq (m.obliquus abdominis internus), ko'ndalang (m.transversus abdominis), to'g'ri (m.rectus abdominis) mushaklaridan tashkil topgan. Mushaklar juft bo'lib, har birining alohida shaxsiy fassial qinlari bor.



- 1 - m. obliquus externus abdominis;
- 2 - m. rectus abdominis;
- 3 - intersectio tendinea;
- 4 - m. obliqui externi abdominis aponevrozi;
- 5 - m. pyramidalis;
- 6 - funiculus spermaticus;
- 7 - n. ilioinguinalis;
- 8 - rr. cutanei anteriores et laterales n. iliohypogastricus;
- 9 - m. recti abdominis;
- 10 - rr. cutanei anteriores et laterales nn. intercostales.

1. Qorinning tashqi qiyshiq mushagi (m. obliquus abdominis externus) oxirgi sakkiz qovurg'alarining tashqi tomonidan boshlanib, mushak tolalari yuqoridan pastga, orqadan oldinga yo'naladi. Qorinning o'rta qismida mushaklarning aponevrozga o'tishi, qorinning to'g'ri mushaklariga 1,5–2 sm yetmasdan boshlanadi. Bu mushakning keng aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi tomonidan o'tib oq chiziqni hosil qilishda qatnashadi. Qorinning pastki qismida aponevrozning holi qismi yonbosh suyagining oldingi yuqorigi qirrasiga va qovuq bo'rtmasiga birikib, ichki tomonga qayriladi va taranglashgan chov, ya'ni chov yoki Pupart bog'lami (lig. inguinalis Pouparti) ni hosil qiladi.

2. Qorinning ichki qiyshiq mushagi (m. obliquus abdominis internus) tashqi mushak tagida yotib, fascia thoracolumbalis, linea intermedia cristae iliacae va chov bog'laminin tashqi yarmidan boshlanadi. Bu mushak tolalari qiyshiq mushak tolalariga qarama – qarshi yo'nalishda bo'lib, pastdan yuqoriga va tashqaridan ichkariga yelpig'ichsimon tarqaladi. Mushak tolalari qorinning yuqori qismida X – XII qovurg'alarining ichki qirrasiga birikadi, o'rta qismida ular ikki qavatga ajralib, o'rta mushakning oldidan va orqasidan o'tib, oq chiziqni hosil qilishda qatnashadi. Pastki qirralari chov kanalining yuqorigi va oldingi devorini tashkil qilishda qatnashadi va bir qismi tolalari m. cremaster ni hosil qilib, urug' yo'lining bitta pardasi bo'lib hisoblanadi.

3. Qorinning ko'ndalang mushagi (m.transversus abdominis) eng chuqur mushak bo'lib, oxirgi oltita qovurg'alarning ichki yuzasidan, fascia thoracolumbalisning chuqur qavatidan hamda chov bog'laminig tashqi uchligidan boshlanadi. Mushak tolalari ko'ndalang tarqalib, to'g'ri mushaklarga yaqinlashganda aponevrozga o'tadi va ularni tashqi tomondan yopib, tashqariga qayirilgan spigel chizig'i (linea semilunaris) ni tashkil qiladi.

Qorinning yuqori qismida ko'ndalang mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning orqasidan o'tib, ichki qiyshiq mushak aponevrozining chuqur qatlami bilan birikib to'g'ri mushak qinining orqa devorini tashkil qiladi. Qorinning pastki qismida bu mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi yuzasidan o'tib, ular qinining oldingi devorini hosil qiladi. Ko'ndalang mushak aponevrozi to'g'ri mushaklarning oldingi yuzasiga o'tishda yoysimon chizig'i (linea arcuata)ni hosil qiladi.

4. Qorinning to'g'ri mushagi (m.rectus abdominis) - III – IV qovurg'alarning tog'ay qismidan, to'sh suyagining halqasimon o'simtasidan boshlanib, pastga yo'naladi, ikkala tomondan o'rta chiziq atrofida keng taroqsimon shaklda bo'lib, qovuq suyagining yuqorigi qirrasiga birikadi. Mushak bo'ylab uchta ko'ndalang joylashgan pay tortmalari bo'lib bittasi kindikdan yuqorida, ikkinchisi kindik sathida va uchinchisi kindikdan pastda joylashgan. Shu paylar kindikdan yuqorida to'g'ri mushakning oldingi va orqa devorlarining qorin mushaklari aponevrozlarini tashkil qiladi, kindikdan 2-5sm pastda qorin mushaklarining keng aponevrozlari to'g'ri mushakning oldidan o'tib, shu mushak qinining oldingi devorini hosil qiladi. Uning orqa devorini ko'ndalang fassiya tashkil qiladi. To'g'ri mushaklarning orasidan yuqoridan pastga a.epigastrica superior va shunga qarama – qarshi holda pastdan, a.epigastrica inferior o'tib, anastamoz hosil qiladi.

5. Ko'ndalang fassiya (fascia transversa). Bu fassiya f.endoabdominalis ning bir qismi bo'lib, uning tolasi ko'ndalang yo'nalgan. Qorinning yuqori qismida bu fassiya yupqa va nozik bo'lib, pastki qismida qalin va qattiqlashgan keng bog'lam hosil qiladi.

6. Pariyetal qorinparda (peritoneum parietalis). Ko'ndalang fassiyadan qorinparda oldingi yupqa yog' qatlami bilan ajraladi. Qorinning

oldingi devorini ichki tomondan yopib, kindikdan pastda bir nechta burmalar va chuqurchalar hosil qiladi.

Siydik qopining cho'qqisidan kindikka o'rta chiziq bo'ylab tortma o'tadi bu obliterasiya bo'lgan *urachus* hisoblanadi. Buning ustidan qorinparda yopib burma hosil qiladi – *plica umbilicalis mediana*. Siydik qopining tashqi yonbosh sohasidan kindikka ikkinchi tortma borib, ular a.a. *umbilicalis*larning obliterasiyasidan hosil bo'ladi va qorinparda ularni yopib – *plica umbilicalis medialis* ni hosil qiladi. Shu burmalardan yanada tashqariroqdan qorinning pastki epigastral arteriyalari ostida lateral kindik burmalarini hosil qiladi – *plica umbilicalis lateralis*. Ana shu burmalar orasida bir nechta chuqurchalar hosil bo'ladi. Shulardan siydik qopining ustida, *plica umbilicalis medianadan* tashqarida fovea supravesicalis (siydik pufagi usti chuqurchasi), *plica umbilicalis medialis* dan tashqarida hosil bo'lgan chuqurcha – fovea inguinalis medialis (to'g'ri chov churrasining chiqish joyi), *plica umbilicalis lateralis* dan tashqarida fovea inguinalis lateralis (qiyshiq chov churrasining chiqish joyi) joylashgan.

Qon bilan ta'minlanishi. Qorinning oldingi yonbosh devori yuqorigi va pastki epigastral arteriyalar, pastki olti juft qovurg'alararo arteriyalar hamda son arteriyasining yuzaki shaxobchalari (a.epigastrica superficialis, a.circumflexa ilium superficialis, a.pudenda externa). Vena qoni shu nomli venalar bilan v.cava superior, v.cava inferior va v.femoralislar orqali oqib ketadi.

Innervatsiyasi. Pastki olti juft qovurg'alararo asab tolalari (n.n.intercostalis), n.ilioinguinalis va n.iliohypogastricus (bel chigalidan) orqali amalga oshiriladi.

Limfaning oqib chiqishi. Yuqorigi qismi epigastral va mediastenal limfa tugunlari (nodi limphatici epigastrici et mediastenalis anterior), pastki qismida – bel tugunlari (nodi limphatici lumbalis), yonbosh (nodi limphatici iliaca), va chuqur chov tugunlari (nodi limphatici inguinalis profundae) orqali amalga oshiriladi.

Qorinning oq chizig'i (linea alba abdominis) – qorinning hamma keng mushaklari paylarining qo'shilishidan hosil bo'ladi.

Oq chiziq qisqa payli plastinka bo'lib, uning kengligi har xil, o'rtacha 1,5-2,5sm-ni tashkil etadi. Kindikdan pastda oq chiziq torayadi va

qalinlashadi. Kindikdan yuqorida oq chiziq «anatomik kuchsiz» joy hisoblanadi.

Kindik halqasi (annulus umbilicalis) – hamma tomondan pay qinlari bilan o'ralgan teshik bo'lib, uning kattaligi har xil. Terisi kratersimon tortilgan bo'lib, kindik paylari va qorinparda bilan chandiq hosil qilgan.

Yuqoridan kindik teshigiga kindik venasi, pastdan ikkita kindik arteriyasi, va siydik yo'li (urachus) tutashadi.

Chov kanali (canalis inguinalis) – oldingi chov uchburchagida joylashgan. Uning chegaralari – chov burmasining tashqi, o'rta uchligidan to'g'ri mushakning tashqi qirrasiga o'tkazilgan chiziq, pastdan – chov burmasi, yuqoridan – to'g'ri mushakning tashqi qirrasini. Chov kanalining uzunligi 2-4sm, ayollarda uzunroq bo'ladi.

Chov kanalining to'rtta devori va ikkita teshigi bor. Oldingi devorini – qorin tashqi qiyshiq mushagining aponevrozi, orqa devorini – ko'ndalang fassiya, yuqorigi devorini – qorinning ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarining pastki qirrasini, pastki devorini – chov (Pupart) bog'lami tashkil etadi.

Chov kanalidan erkaklarda urug' tizimchasi (funiculus spermaticus), ayollarda bachadonning yumaloq bog'lami (lig.teres uteri) o'tadi. Urug' tizimchasi bo'ylab yuqoridan n.ilioinguinalis, pastdan n.spermaticus externus o'tadi.

Chov kanalining oldingi devori pastki medial qismida uning yuzaki yoki tashqi teshigi joylashgan. Bu teshik qorin tashqi qiyshiq mushagining ikki oyoqchalari (crus medialis et lateralis) orqasida joylashib – medial qismi simfizga, lateral qismi esa qovuq bo'rtmasiga borib birikadi. Tashqi teshik sog'lom erkaklarda ko'rsatkich barmoqning uchi sig'adigan kattalikda bo'ladi.

Chov kanalining chuqur halqasi (annulus inguinalis profundus) kanal orqa devorining lateral qismi bo'lib hisoblanadi.

Moyak yorg'oqqa tushish jarayonida ko'ndalang fassiyani ko'tarib ichki teshikni paydo qiladi va urug' tizimchasining ichki pardasiga (fascia spermatica interna) aylanadi. Chov kanalining ichki teshigiga fovea inguinalis lateralis sohasida qorinparda yopishadi, tashqi teshigiga fovea inguinalis medialis sohasida sodir bo'ladi.



Qorin old devorining tomondan ko'rinishi:

1 - *m. rectus abdominis*; 2 - *lig. interfoveolare*; 3 - *anulus inguinalis profundus*; 4 - *lig. inguinale*; 5 - *a. et v. epigastrica inferior*; 6 - *limf tugunalari*; 7 - *lig. lacunare*; 8 - *a. et v. iliaca externa*; 9 - *foramen obturatorium*; 10 - *n. obturatorius*; 11 - *a. et v. obturatoria*; 12 - *ureter dexter*; 13 - *ductus deferens*; 14 - *vesica urinaria*; 15 - *peritoneum*; 16 - *fossa supravesicalis*; 17 - *fossa inguinalis medialis*; 18 - *lig. inguinale*; 19 - *fossa inguinalis lateralis*; 20 - *plica umbilicalis media*; 21 - *plica umbilicalis medialis*; 22 - *plica umbilicalis lateralis*.

Oorinning yuqorigi devori – keng mushak-pay plastinkasidan iborat bo'lib, diafragma (diaphragma), deyiladi. Diafragma mushaklarining tolalari ko'krak qafasining butun aylanasi bo'ylab ichki qirrasidan boshlanib, yuqoriga ko'tariladi va payga aylanib ko'krak qafasi bo'shlig'iga kiruvchi gumbaz hosil qiladi.

Diafragma gumbazining balandligi tananing holatiga, nafas olish harakatiga, ko'krak qafasining shakliga hamda ko'krak qafasi va qorin bo'shliqlaridagi bosimning nisbatiga bog'liq. Kishi vertikal holda turganda diafragma oldindan V-qovurg'a va orqadan IX-qovurg'a sathiga to'g'ri keladi. Chap tomondan diafragma gumbazi bir qovurg'aga pastda aniqlanadi.

Diafragma ikki qismidan iborat: markaziy – pay (*pars tendineum*) va periferik – mushak (*pars musculorum*) qismlaridan iborat. Pay qismi keng uchbargli shaklga ega. Mushagi esa quyidagi qismlardan iborat: to'sh, qovurg'a va bel qismlari. To'sh qismi birnecha qisqa mushak bog'lamlaridan iborat. Qovurg'a qismi VII-XII qovurg'alar tog'ayining ichki yuzasidan boshlanib, qorinning ko'ndalang mushagidan ham tolalar oladi. Bel qismi chap va o'ng tomonlardan uchtadan oyoqchalarga ega. Diafragma mushaklari orasida yoriqsimon oraliqlar bor. To'sh va qovurg'a qismlari orasidagi uchburchak shakldagi yoriq – to'sh-qovurg'a oralig'i yoki Larrey uchburchagi (*trigonum sternocostalis Larrey*) deyiladi. Bu yoriq

orqali ko'krak bo'shlig'ining tomirlari (vasa thoracica interna) o'tadi. Qovurg'a va bel qismlari orasidagi uchburchak shaklidagi yoriq Bogdalek uchburchagi (trigonum lumbocostalis Bogdaleki) deyiladi. Diafragma uchta katta teshik bo'lib, ulardan aorta, qizilo'ngach, pastki kovak vena hamda bir nechta tomirlar va asab tolalari o'tadigan yoriqlar bor. Aortal teshikdan aortadan tashqari limfa yo'lining boshlang'ich qismi ham o'tadi.

Qizilo'ngach o'tadigan teshikdan adashgan nerv tolalari ham o'tadi.

Pastki kovak vena o'tadigan teshik diafragma pay qismining o'rtasida joylashgan.

Diafragma pastki yuzasining ko'p qismi qorinparda bilan qoplangan. Jigarning gultoj bog'lami pastki kovak vena atrofi qisman va bel qismi batamom qorinparda bilan qoplangan.

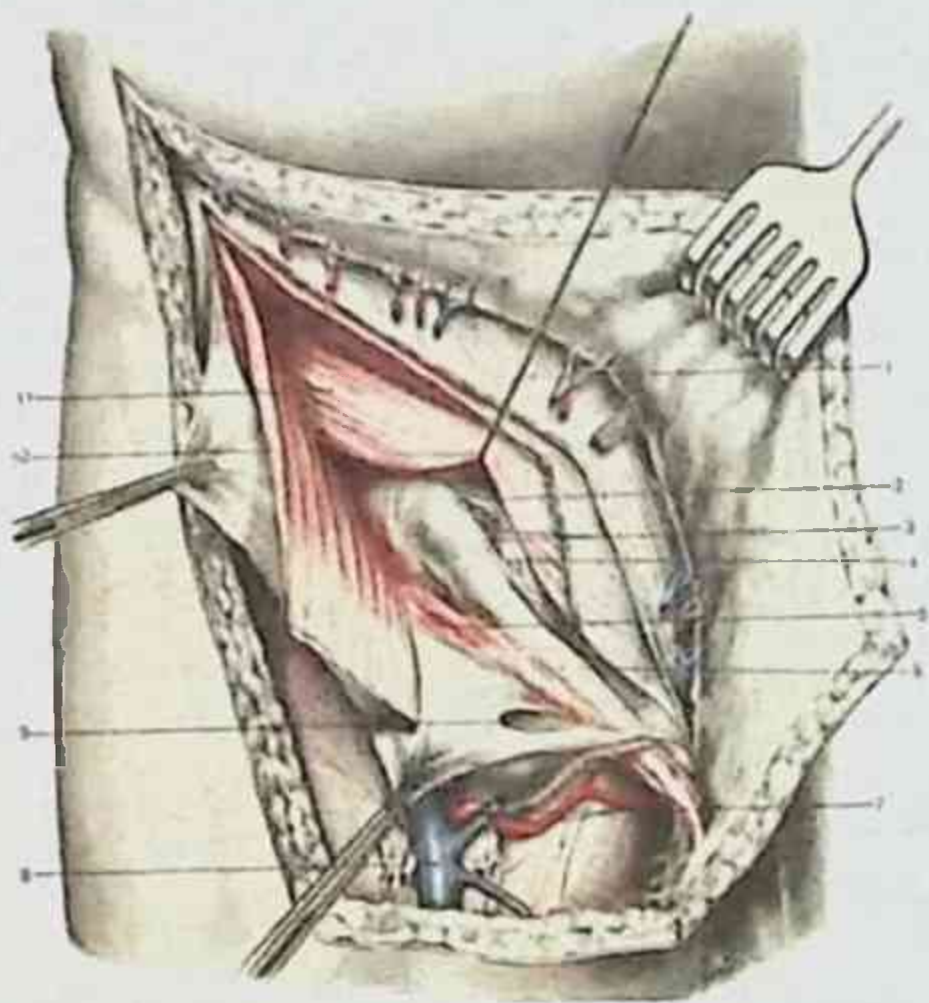
Diafragmani ko'krak ichki arteriyasidan chiqqan shaxobcha, ko'krak va qorin aortalaridan va pastki qovurg'alararo arteriyalar qon bilan ta'minlaydi. Vena qoni nomdosh vena tomirlari orqali chiqib ketadi. Innervatsiyasi n.phrenicus orqali amalga oshiriladi. Limfa diafragmadan qorin limfa yo'liga quyiladi.

Qorinning orqa devori – to'rtburchak shaklga ega. Yuqoridan – XII-qovurg'a, pastdan – yonbosh suyaklari qirralari (crista iliaceae), ichkaridan – linea vertebralis, tashqaridan – linea axillaries posteriorning davomi bo'lib, yonbosh suyagining tagiga tutashgan vertikal chiziq chegaralaydi.

Qorinning orqa tomonida teri qalin, teri osti yog' qatlami ham yaxshi rivojlangan. Mushak – aponevroz qavatini tashqaridan – yelkaning keng mushagi, qorinning ichki qiyshiq mushagi, ko'ndalang mushakning aponevrozi hamda belning kvadratsimon mushagi (m.quadratus lumborum) chegaralaydi. Qorin orqa devorining tashqi yuzasida ikkita «anatomik kuchsiz» joylar mavjud. Ana shu joylarda bel churralari hosil bo'lishi mumkin:

1. Pti uchburchagi (trigonum lumbale Petit). Chegaralari: pastdan – yonbosh suyagining tojlari, ichkaridan – m.latissimus dorsi ning oldingi qirradi, tashqaridan – m.obliquis abdominis externusning pastki qirradi. Uchburchakning tubini qorinning ichki qiyshiq hamda ko'ndalang mushaklari tashkil qiladi. Ana shu mushaklar orqali o'tgan tomirlar va asab tolalari shu sohada kuchsizlanishga olib kelishi mumkin.

- 1 - m. obliqui externi abdominis aponevrozi;
- 2 - fascia transversalis;
- 3 - a. et v. epigastrica inferior;
- 4 - qorin oldi to'qimalari;
- 5 - m. cremaster;
- 6 - funiculus spermaticus;
- 7 - a. et v. pudenda externa;
- 8 - v. saphena magna;
- 9 - anulus inguinalis superficialis;
- 10 - m. obliquus internus abdominis;
- 11 - m. transversus abdominis.



2. Gryunfeld – Lesgaft oralig'i (spatium tendineum lumbale Grynfelti). Chegarasi: yuqori lateral tomondan – XII-qovurg'a, yuqoridan – m.serratus posterior inferior ning pastki qirrasi, medial tomondan – m.erector spinae, pastki lateral tomondan – m.obliquis abdominis internus ning qirrasi tashkil qiladi. Gryunfeld – Lesgaft oralig'ining tubini m.transversus abdominis ning aponevrozi tashkil qiladi.

Qorinning orqa devorini qon bilan ta'minlash to'rt juft bel arteriyalari (a.a.lumbalis) orqali amalga oshiriladi. Bular qorin aortasidan chiqadi. Vena qoni v.v.lumbalis orqali v.cava inferior tizimiga quyiladi. Innervatsiyasi bel asablarining shaxobchalari orqali amalga oshiriladi hamda bel chig'alidan ham shaxobchalar oladi.

Qorinning pastki devori. Qorin bo'shlig'i bilan chanoq bo'shlig'ini ajratib turuvchi chegara chizig'i (linea terminalis), promontorium orqali o'tadi. Shu chiziqdan yuqorisi katta chanoq bo'shlig'i bo'lib, qorin bo'shlig'iga kiradi. Ammo bu chegara shartli olingan. Ma'lumki chanoq bo'shlig'ida ingichka ichaklar, yo'g'on ichak, charvining pastki qismi ham bo'lishi mumkin. Undan tashqari oraliq, o'tirgich, yopiluvchi teshik churralari hosil bo'lishini hisobga olib chanoq devorlari va kichik chanoq bo'shlig'ining tubini qorinning pastki devori deb hisoblash to'g'ri bo'ladi.

Kichik chanoq bo'shlig'iga kirishda ikki tomondan yonbosh chuqurchalar bilan o'ralgan va ular yonbosh mushaklari bilan to'lgan. Bu mushaklar *m.psoas major et minor* bilan qo'shilib *m.iliopsoas*ni hosil qiladi va *lacuna musculorum* dan songa o'tadi. *M.iliacus* pastki fassiya bilan qoplangan bo'lib, *f.endoabdominalis*ning bir qismi bo'lib hisoblanadi. *F.iliaca* pastga borib *linea terminalis*ga birikadi va chanoq bo'shlig'i devorlarini yopib, chanoq tubiga yopishadi hamda *m.levator ani* va *m.coccigeus* ni tashkil qiladi.

Pariyetal qorinparda ham yonbosh chuqurchalarni yopib, siydik qopiga o'tadi va qorinning oldingi devoridan siydik qopiga o'tishda (*plica vesicalis transversae*) ko'ndalang burma hosil qiladi. Erkaklarda siydik qopining orqasidan to'g'ri ichakka o'tib, chuqurcha (*excavatio retrovesicalis*) ni hosil qiladi. Ayollarda pariyetal qorinparda siydik pufagidan bachadonga va bachadondan to'g'ri ichakka o'tib, ikkita bo'shliq – *excavatio vesicouterina* va *excavatio rectouterinani* hosil qiladi.

II BOB

QORIN CHURRALARI TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHALAR VA TASNIFI

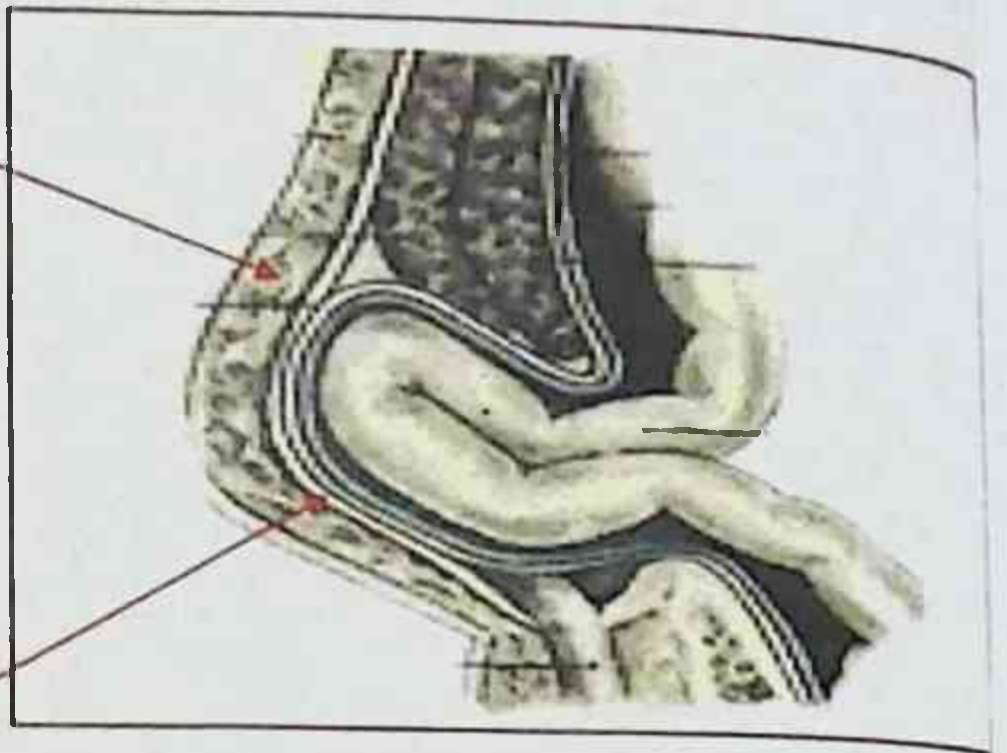
Qorin churrasi (hernia) – qorin bo'shlig'idan ichki a'zolarning qorin devoridagi tabiiy yoki sun'iy teshiklar orqali qorinpardaning ularni qoplab turadigan devor oldi varag'i bilan birgalikda chiqishidir.

Qorin churralari tashqi va ichki turlarga bo'linadi. Qorin tashqi churralari qorinning old, orqa va chanoq tubi mushak- aponevrotik qavatining har xil teshiklari orqali qorinparda bilan birga ichki a'zolarning tashqariga teri tagiga chiqishidir. Ana shu teshiklarni anatomik «kuchsiz joylar» deb hisoblanadi. Bu teshiklar tananing tabiiy anatomik hosilalari bo'lib bularga kindik halqasi, qorinning oq chizig'idagi yoriqlar, chov va son kanallari, Pti va Gryunfeld-Lesgaft uchburchaklari yoki jarohatlar, operatsiyadan keyin hosil bo'lgan bo'lishi mumkin. Churraga yaqin ya'ni «eventratsiya» va «tushish» kabi tushunchalar mavjud.

Eventratsiya - qorinparda va qorinning old devoridagi mushak- aponevrotik qavatida o'tkir hosil bo'lgan defekti sababli qorin bo'shlig'i germetik holatining buzilishi va ichki a'zolarning teri tagiga chiqishidir. Eventratsiya sababiga ko'ra travmatik, operatsiyadan keyingi va tug'ma bo'lishi mumkin.

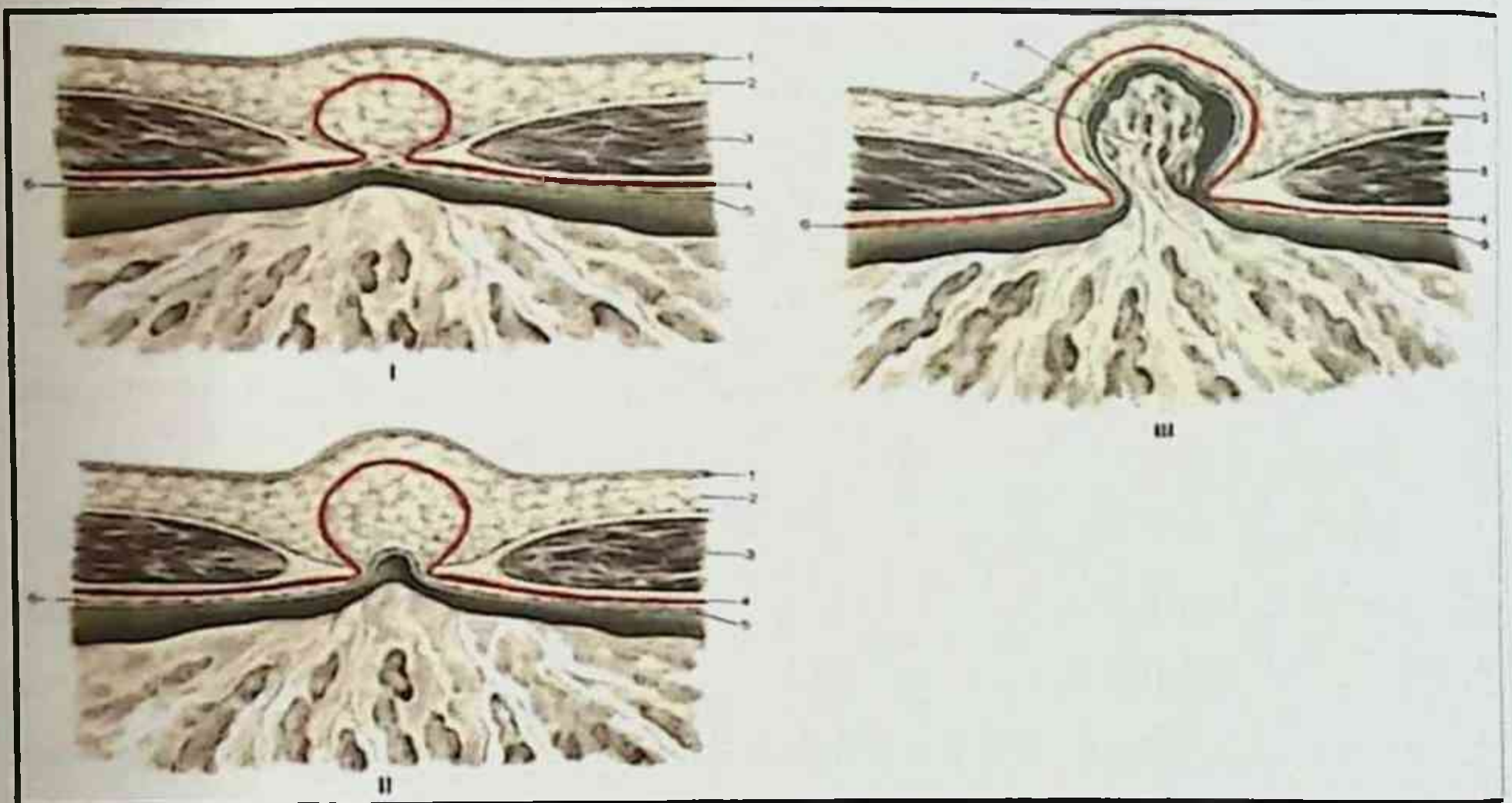
Ichki churralarda qorin bo'shlig'idagi ichki a'zolarning qorin bo'shlig'ida hosil bo'lgan kistalarga yoki pariyetal qorinpardada hosil bo'lgan chuqurchalarga kirib qolishi hamda diafragmaning tabiiy va orttirilgan teshiklari orqali ichki a'zolarning qo'shni bo'shliqlarga chiqishidir. Qorinparda bilan qoplanmagan ichki a'zolarning tabiiy teshiklar orqali chiqishi – **tushishi (prolapsus)** deyiladi. Masalan: bachadonning qin orqali yoki to'g'ri ichakning sphincter ani externum orqali tushishi.

Teri osti yog' qavati



Pariyetal qorin parda

Qorin churralaridan farqli ravishda ichki a'zolarning qorin old devori mushak – aponevrozining qorinparda bilan birga o'tkir shikastlanishlari natijasida teri ostiga chiqishi – **teri osti eventratsiyasi**, tashqariga chiqishi esa **tashqi eventratsiya** deyiladi. Eventratsiyalar tug'ma, orttirilgan va operatsiyadan keyin uchrashi mumkin.



Qorinning tashqi churralari tasnifi.

A. Kelib chiqishiga ko'ra:

I. Tug'ma churralar (hernia congenitalis).

II. Orttirilgan churralar (hernia acquisita).

1. Darmonsizlik natijasida rivojlanadigan churralar.

2. Zo'riqish natijasida rivojlanadigan churralar.
3. Operatsiyadan keyingi churralar.
4. Travmatik churralar.
5. Patologik churralar.

B. Anatomik joylashuviga ko'ra:

1. Chov churralari.
2. Son churralari.
3. Kindik churralari.
4. Epigastral churralari.
5. Quymich churralari.
6. Bel churralari.
7. Oraliq churralari.
8. Xanjarsimon o'simta churralari.
9. Qorinning yon churralari.

D. Klinik kechishiga ko'ra:

I. Asoratlanmagan –to'g'rilanadigan (hernia reponibilis) churralar.

II. Asoratlangan –to'g'rilanmaydigan (hernia irreponibilis) churralar.

1. Qisilgan churralar (hernia incarcerata).
2. Koprostat.
3. Churra qopining yallig'lanishi.

E. Rivojlanish bosqichiga ko'ra:

I. To'liq.

II. Noto'liq.

1. Boshlang'ich churra.
2. Kanal churrasi.
3. Urug' tizimchasi churrasi.

Hozirgi kunlarda amaliyotda yengil qo'llanadigan churralarning rivojlanish darajasi bo'yicha quyidagicha tasnifi ham ishlatiladi:

- Boshlanayotgan churralar – hernia incipiens
- To'liq bo'lmagan yoki kanal ichi churrasi – h. incomplecta
- To'liq churralar h. complecta
- Chov-yorg'oq churralari – h. scrotalis
- Katta churralar – h. permagna.

Sam DTI
axborot-resurs markazi
317716

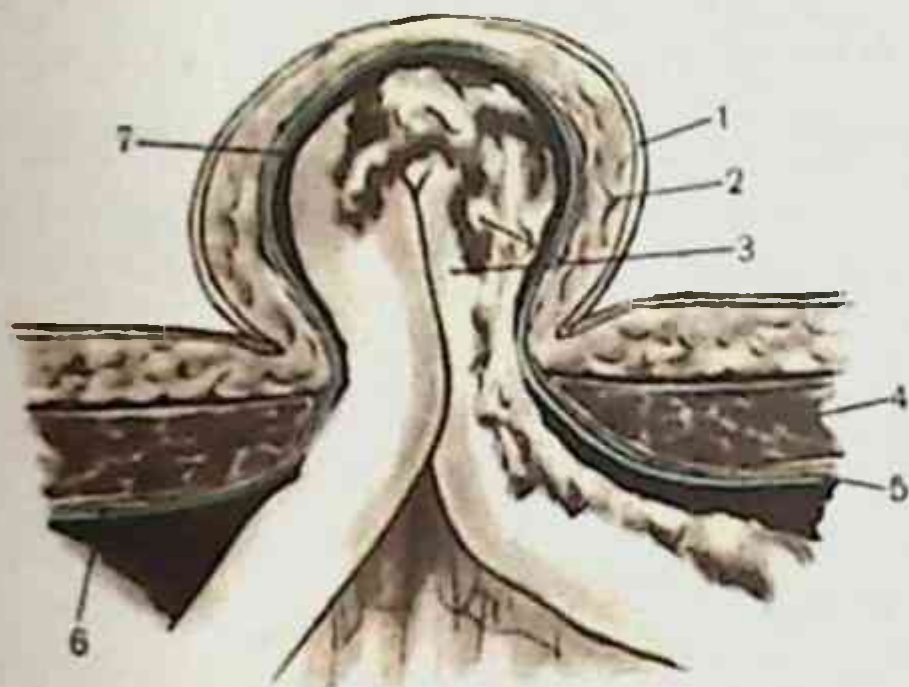
Churralarning etiologiyasi bo'yicha:

- Tug'ma – h. congenitalis
- Orttrilgan – h. aquesita
- Retsidivli – h. recidiva
- Operatsiyadan keyingi – h. postoperative
- Travmatik – h. traumatica
- Nevropatik – h. neuropatica

Qorinning tashqi churralari ko'p uchraydigan xastalik bo'lib, aholining 4-5% i churra bilan og'riydi. Eng ko'p chov churralari (73%), so'ngra son (8%), kindik (4%), operatsiyadan keyingi churralar (14%) uchraydi. Churralarning qolgan shakllari 1% ni tashkil etadi. Erkaklarda ko'proq chov churralari, ayollarda esa son va kindik churralari bo'ladi.

Churraning tarkibiy elementlariga – churra darvozasi, churra qopchasi, churra ichi hosilalari.

Churra tasviri:



- 1 - teri;
- 2 – teri osti yog' qatlami;
- 3 – churra tarkibi;
- 4 – m. rectus abdominis;
- 5 – fascia transversalis;
- 6 - peritoneum;
- 7 – churra xaltasi;

Churra darvozalari – bu mushak-aponevrotik qavatdagi teshik bo'lib, har xil sabablarga ko'ra pariyetal qorinparda va ichki a'zolarining chiqish joyi hisoblanadi. Churra darvozasining shakli yoriqsimon, uchburchak yumaloq, qiyshiq bo'lishlari mumkin. Masalan chov churrasida uning darvozasi uchburchak va yoriqsimon, kindik va qorinning oq chizig' churrasida – yumaloq va qiyshiq shaklida bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi va travmatik churralarda churra darvozasi noto'g'ri shaklda bo'ladi. Churra darvozasining o'lchami ham har xil, ya'ni birnecha santimetrdan (kindik va oq chiziq churralari) to 20-30 sm

(operatsiyadan keyingi va qorinning to'g'ri mushaklari diastazida) gacha bo'lishi mumkin.

Churraning yangi hosil bo'lgan davrlarida churra darvozasi qirralari elastik holda bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan ayniqsa eski churralarda darvozasi nuqtasi qo'pollashadi va chandiq hosil bo'lib elastiklik xususiyati yo'qoladi. Operatsiyadan keyingi churralarda darvoza qirralari qattiq fibroz to'qimalarga aylanib qoladi.

Nevropatik churralarda aniq churra darvozasi bo'lmay, denervasiya natijasida mushak qavatlarini atrofiyaga uchraydi va aponevrotik to'qimasi deyarli bo'lmaydi. Ana shu sababli qorin devorining shu qismi do'mpayib chiqib keladi. Bunga misol bo'lib diafragmaning relaksatsiyasini keltirishi mumkin.

Qorin devorining mushak-aponevrotik qavatidagi teshiklar, churra chiqadigan anatomik kuchsiz joylardir (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig'i, diafragma teshiklari va boshqalar).

Tabiiy holatda bu teshiklar orqali (chov chuqurchasi, kindik halqasi, qorinning oq chizig'i, diafragma teshiklari va boshqalar) u yoki bu anatomik tuzilmalar o'tadi (urug' tizimchasi, bachadonning yumaloq bog'lami, qon tomirlari, nerv tugunlari va boshqalar). Churra darvozasining shakli yoriqsimon, uchburchak, yumaloq, qiyshiq bo'lishi mumkin. Masalan chov churralarida uning darvozasi uchburchak va yoriqsimon, kindik va qorinning oq chizig'i churrasida – yumaloq va qiyshiq shaklida bo'ladi.

Churra xaltasi—pariyetal qorinpardaning churra darvozasi orqali chiqqan qismi. Uning tubi, bo'yni va tanasi farqlanadi. Churra qismlaridan iborat xaltasi turli o'lcham va shaklda bo'lishi mumkin.

Xaltaning qorin bo'shlig'i bilan tutashadigan qismi uning teshigi deyiladi. Bo'yinchasi – churra xaltasining teshigi bilan tutashadigan eng tor qismidir. Bo'yinchada aksariyat churra qisilishi ro'y beradi. Tana qismi keng bo'lib, asosan teri ostida joylashgan, churra xaltasining tub qismi yoki churraning distal qismi hisoblanadi.

Churra bir yoki ko'p kamerali bo'lishi mumkin.

Asoratlanmagan churralarda xaltasi devori qorinpardaning silliq yupqa varag'idan iborat bo'lib, yuzasida yog' qatlamlari bo'lishi mumkin. Asoratlangan churralarda xalta devori doimo shikastlanib turishi natijasida

u qalinlashadi, biriktiruvchi to'qima rivojlanishi va xalta ichida bitishmalar borligi hisobiga dag'allashib qoladi.

Churra xaltasining ichki yuzasi xalta ichidagi hosila bilan yoki devorlarining bir-biri bilan bitib qolishi oqibatida churra to'g'irlanmaydigan bo'lib qoladi. Churra xaltasining to'liq obliterasiyasi deyarli bo'lmaydi. Aksariyat xaltacha ikki yoki uch bo'shliqli tuzilmaga aylanadi yoki «qum soat» ko'rinishini oladi.

Churra xaltasi embrional kindik churralarida bo'lmasligi mumkin, ulardagi tushgan ichki a'zolar amnion parda bilan qoplangan bo'ladi. «Sirpanuvchi» churralarda ham churra qopchasi bir devorini qorinparda bo'shlig'idan tashqarida joylashgan a'zolarning (ko'richak, siydik pufagi, yuqoriga ko'tariluvchi yo'g'on ichak, sigmasimon ichak) devorlari tashkil qiladi.

Churra xaltasi ichida qorin bo'shlig'idagi a'zoldan biri bo'lishi mumkin:

- a) Ingichka ichak qovuzlog'i;
- b) Charvi;
- d) Ichak tutqichi bilan ta'minlangan yo'g'on ichak qismlari, sigmasimon ichak, ko'ndalang chamber ichak, ko'richak, chualchangsimon o'simta va yo'g'on ichakning yog' osilmalari, Mekkel divertikuli;
- e) Bachadon va o'simtalari;
- f) Qorinparda bilan bir tomondan qoplangan a'zolar (siydik pufagi, chamber ichakning yuqoriga ko'tariluvchi va pastga tushuvchi qismlari);
- g) Diafragmal churralarda me'da, jigar, taloq va buyraklar.

Bo'rtib chiqadigan churra xaltasi ichidagi a'zolar va churra darvozalari o'rtasidagi vaziyat nisbatini hisobga olish amaliy jihatdan muhimdir.

Qorin bo'shlig'idan chiqadigan a'zolar chov kanalining ichki teshigidan endigina o'tgan bo'lsa – **kanal churrasi**, churra xaltasi teri ostiga tashqi teshigi orqali chiqqan bo'lsa – **to'liq churra**, deyiladi.

Ba'zan churra xaltasi ayrim mushak va fassial qatlamlar orasida qolib ketsa oraliq yoki interstisial churra ko'rinishida bo'lib, teri ostidan emas, balki mushak yoki aponevroz ostiga chiqadi.

III BOB

QORIN CHURRALARINING HOSIL BO'LISHIDAGI UMUMIY FAKTORLAR VA ETIOPATOGENEZI

Churraning kelib chiqishidagi etiologik faktorlardan bo'lib qorin bo'shlig'idagi bosimning qorinning old devori qayta ta'sir ko'rsatish qobiliyatining dinamik muvozanatning buzilishi hisoblanadi. Sog'lom odamlarda, qorinning old devoridagi «kuchsiz joylarning» bo'lishiga qaramay diafragma mushagining tonusi va qorin old devori qorin ichki bosimining tushishi, defekatsiya, yo'tal, og'irlik ko'tarishda bo'ladigan o'zgarishlarini ushlaybilish xususiyatiga ega. Ammo har xil sabablarga ko'ra mushak aponevroz qavatining funksional holati pasayadi va qorin bo'shlig'i bosimi va qorin devori orasida diskoordinatsiya kelib chiqadi va churra rivojlanadi.

Churraning hosil bo'lishi mexanizmi juda og'ir va har xil bo'ladi. Mahalliy moyillik faktorlarida asosan topografoanatomik o'zgarishlar sababli bo'lsa, undan tashqari umumiy faktorlarga ham bog'liq. Mahalliy faktorlarni o'rganish churralarni operativ davolash prinsiplarini patogenetik asoslab berishga yordam beradi.

Umumiy faktorlar ikki guruhga: moyillik va churrani keltirib chiqaruvchi faktorlarga bo'linadi.

Churralar mahalliy va umumiy xarakterdagi sabablardan hosil bo'lishi mumkin. Churralar hosil bo'lishining moyillik qiladigan sabablariga churra eng ko'p hosil bo'ladigan joylarda qorin devori tuzilishining mahalliy anatomik xususiyatlari kiradi. Bu anatomik kuchsiz joylar yoki churra nuqtalari quyidagilar:

- a) Chov kanali sohasi;
- b) Sondagi oval chuqurcha sohasi;
- c) Qorin oq chizig'i aponevrozining kindik usti va uning ostidagi bo'limi;
- d) Spigel chizig'i sohasi;
- e) Pti uchburchagi sohasi;
- f) Gryunfeld – Lesgaft turtburchagi sohasi;
- g) Yopqich teshik sohasi.

Qorin devori tuzilishining anatomik xususiyatlari ayollar va erkaklarda turli xil churralarning turlicha taqsimlanishiga ham ta'sir qiladi. Son churralarining ko'p uchrashi ayollarda chanoq enining kengligi bilan bog'liq. Erkaklarda chov churralarining ko'p uchrashi ularda chov halqasining birmuncha kengligi bilan izohlanadi. Embrional davrda bu kanaldan tuxum yorg'oqqa tushadi va urug' tizimchasi o'tadi. Ayollarda chov oralig'i yoriqsimon shaklga ega.

1. Umumiy moyilik qiladigan omillar: irsiyat, yoshi (bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qorin devori kuchsiz, keksa yoshdagi kishilarda esa qorin mushaklari atrofiyaga uchragan bo'ladi), jinsi (ayollarda chanoq va son halqasining tuzilishi, erkaklarda chovning kuchsizligi), gavda tuzilishining xususiyatlari, tez-tez tug'ish, qorin devorining shikastlanishi, operatsiyadan keyingi chandiqlar, qorin devori asablari falajligini kiritish mumkin. Bu umumiy omillar qorin devorining mahalliy zaiflashib kolishiga olib keladi.

2. Keltirib chiqaradigan omillar. Bu qorin bo'shlig'i bosimini oshiradigan omillardir, chunonchi: og'ir jismoniy mehnat, tug'ruqning qiyin o'tishi, doimiy yo'tal, qabziyatlar, peshobning kiyinchilik bilan kelishi, siydik yo'lining qisilishi shular jumlasiga kiradi.

Qorin devori mushaklari sustlashganda va yetishmovchiligida churralar asta-sekin bemor uchun sezilarsiz, biror jismoniy kuch ishlatmaganda va zo'riqish bo'lmaganda ham hosil bo'lishi mumkin (masalan, umurtqa pog'onasi, orqa miya va nervlar shikastlangandan keyin to'qimalarning oziqlanishi buzilganda tez arig'lab ketadi).

Churralarning kelib chiqishida ahamiyatli bo'lgan boshqa omillardan musiqa asboblari chalganda zo'riqish, emfizema, o'pka sili, ko'kyo'tal, qabziyat, uretra strukturasi, prostata bezi adenomasi, takroriy va qiyin tug'riqlar, assit va boshqalar. Churralarning kelib chiqishida nasliy omilarning ham ahamiyati katta. Qorin devorining anatomik tuzilishi xususiyatlari nasliy yo'llar bilan ham berilishi mumkin. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar va klinik kuzatuvlarga asosan bir oilaning bir necha a'zosi churra bilan xastalanishi mumkin.

Churralarning rivojlanishi ma'lum darajada odam tanasining tuzilish tipiga ham bog'liq. V.A.Shevkunenko ikki tipga ajratgan: birinchi tipda **braxiomorf** – ko'krak qafasining pastki aperturasi keng va chanog'i qisqa.

qorinning old devori yuqoridan keng bo'lib pastki qismi qisqa bo'ladi. Shunga asosan X qovurg'aning yoylari orasidagi (*distantia costarum*) masofasi, yonbosh suyaklari oldingi tojlari (*crista iliaca anterior superior*) orasidagi (*distantia spinarum*) masofaga nisbatan uzun hisoblanadi. Ikkinchi tipda **dolixomorf** – ko'krakning pastki aperturasi qisqa va chanog'i keng, ko'krakning pastki aperturasi qisqa, chanog'i keng. Qorinning old devori xuddi osilib turgan nokdek bo'ladi. Qovurg'alar oralig'idagi masofa, yonbosh suyaklari orasidagi suyaklarga qaraganda kam bo'ladi.

Ana shu hisoblarga asoslanib T.V.Lavrova (1979) «Qorinning ko'ndalang indeksi» degan tushunchani kiritdi.

$$\frac{\text{distantia costarum}}{\text{distantia spinarum}} \cdot 100$$

Agar indeks 100 dan katta bo'lsa – braxiomorf yoki giperstenik (qorinning erkaklarcha giperstenik shakli), 100 ga teng bo'lsa – qorin sharsimon shaklga ega bo'ladi. Indeks 100 dan kichik bo'lsa – dolixomorf, ya'ni astenik tipda (ayollar qorni shaklida) bo'ladi.

Braxiomorf (giperstenik) tipdagi kishilarda diafragmal, epigastral, to'g'ri chov churralari ko'p uchraydi.

Dolixomorf (astenik) tipdagi kishilarda esa kindik, son, va qiyshiq chov churralari ko'p uchraydi.

Shuni aytish kerakki, tana tuzilishi tipining o'zi hal qiluvchi moyillik faktori hisoblanadi. Kishining jismoniy rivojlanganligi, mushaklarining tonusi, aponevroz va bog'lamlarining mustahkamligi katta ahamiyatga ega. Juda kam kishilarda tana tuzilishining qandayligidan qat'iy nazar, ularda konstitutsion churraga moyillik bo'ladi. Ularda biriktiruvchi to'qimalarning tug'ma kuchsizligi bo'lib, uni tizimli kasalliklar turiga kirgiziladi. Ko'pincha bunday kishilarda ko'p sonli churralar, masalan, diafragmaning qizilo'ngach teshigi va chov churrasi yoki son churrasi bilan qo'shma bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarda yassi tavon, teri osti venalarining varikoz kengayishi, gemorroy tugunlarining kengayishi kabi kasalliklar birga kuzatiladi.

Erkaklarda qorin churralari ayollarga qaraganda ko'proq uchraydi. Eskidan tarixiy fikr borki – chov churralari erkaklarda ko'proq uchraydi. Oxirgi yillardagi ilmiy izlanishlar natijasiga qarab aytish mumkinki, qorin churralari hozirgi zamonda ko'proq ayollarda uchramoqda.

Bu holat bunday churralar profilaktikasini o'z vaqtida qanday o'tkazishga yo'llanma hisoblanadi. Diafragmal, kindik, son, operatsiyadan keyingi, yopiq kanal, oraliq va spigel chizig'i churralari ayollarda ko'proq yuzaga chiqmoqda.

Erkaklarda qorin churralari paydo bo'lish moyilligi yuqori. Statistika ma'lumotlarga ko'ra erkaklarda chov churralari ko'p uchraydi. Ayollarda esa kindik, diafragma, son, operatsiyadan keyingi, oraliq va spigel chizig'i churralari ko'p uchraydi. Shuning uchun chov churralari erkaklar va ayollar o'rtasidagi nisbati 10:3, son 1:8, spigel chizig'i churrasi 1:2, operatsiyadan keyingi churralar 1:4, kindik 1:10, oraliq churrasi 1:7 tashkil etadi.

Ayollarda qorinning old devori kuchsizlanishiga olib keladigan asosiy faktorlardan biri – bu homiladorlikdir. Homiladorlikning oxirgi muddatlarida bachadon 12 ½ marta kattalashadi, ana shunga kindik halqasi kengayadi va qorinning old devori (oq chizig'i) yupqalashadi. Qorinning to'g'ri va yonbosh mushaklari gipertrofiya holiga keladi, qon tomirlarida qayta tiklanish bo'lib, periferik asablarda tuzilishi o'zgaradi. Ana shu holatlar fiziologik holda o'tib, bola tug'ilgandan keyin asta-sekinlik bilan o'z holatiga qaytishi kerak. Vaholanki oq chiziqning, kindik halqasining, mushaklar tonusi oldingi holatiga batamom kelmaydi.

T.F.Lavrovaning kuzatilishlaridan ma'lum bo'ldiki xolos yaxshi jismoniy tayyorlangan kishilarda yoki sport bilan shug'ullanuvchi ayollarda bola tug'ilgandan keyin to'liq o'z holatiga qaytishi mumkin. Ko'p ayollarda ayniqsa ko'p tuqqan xotirlarda qorinning oq chizig'i kengayishi, kindik halqasining kengayganligi, qorinning old devori atrofiya holati saqlanib qoladi.

Biz o'z kuzatuvlarimizda aniqladikki, juda semiz kishilarda qorinning old devori churrasi hosil bo'lishiga moyillik bo'ladi. Katta yog' qatlami aponevroz bilan siyrak yopishgan bo'lib (ayniqsa semiz ayollarda) katta og'irlik kuchi pastga tortadi, bu o'z navbatida mushaklarda degenerativ

o'zgarishlarga, aponevroz va fassia qavatlarining haddan tashqari cho'zilishiga olib keladi

Yana churralarning hosil bo'lishida odamlarda davom etadigan surunkali kasalliklar va organizmning umumiy oriqlashidir. Natijada qorinning old devorida kuchsizlik holatlarida qarshilik kuchi kamayib, qorin bo'shlig'idagi bosimga chidam bermay qoladi va churra hosil bo'lish xavfi kuchayadi. Churra hamma yoshdagi kishilarda uchraydi, ammo eng ko'p kasallikning yuzaga chiqishi maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda va 50 yoshdan keyingi kishilarda kuzatiladi. Statistik ma'lumotlarga asosan churralar 30-40 yoshli kishilarda ko'proq uchraydi. Shuning uchun ham churralarni xirurgik davolash jismoniy va aktiv ish faoliyatida qatnashayotgan kishilarda o'tkazilmoqda.

Churralarning hosil bo'lish mexanizmi ularning kelib chiqishiga bog'liq holda har xil (tug'ma yoki orttirilgan) bo'ladi.

Tug'ma churralarda churra darvozalari churra xaltasi yarim yumaloq shaklga ega, so'ngra jismoniy zo'riqish natijasida ichki a'zolar churra xaltasiga kiradi. Orttirilgan churralarda esa qorin ichidagi bosim oshishi natijasida ichki a'zolar qorin devori qatlamlarini surib, pariyetal qorinpardasini cho'zib yuboradi va natijada churra xaltasi shakllanadi.

Qorin churralarining simptomlari

Simptomlari bo'yicha asoratlanmagan (to'g'rilanadigan), surunkali asoratlangan (to'g'rilanmaydigan) va o'tkir asoratlangan churralarga bo'linadi.

Asoratlanmagan tashqi churralarda subyektiv shikoyatlar turli-tuman sabablarga ko'ra namoyon bo'ladi. Ba'zan ular umuman bo'lmaydi. Aksariyat bemorlar churra sohasidagi simillovchi qattiq og'riqqa, og'riqning to'sh osti sohasiga, boshlanayotgan chov churrasida – moyakka, ayollarda jinsiy lablarga va boshqa sohalarga berilishiga shikoyat qiladilar. Og'riq jismoniy zo'riqishda, og'ir yuk ko'tarishda, vertikal vaziyatda kuchayadi.

Dispeptik shikoyatlar: kekirish, jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, ba'zan qusish, dizuriya va qabziyatlar ham bo'lib turadi

Bemorlarni tik turganda va yotganda (gorizontal) holatda tekshiriladi.

Asoratlanmagan tashqi churralarning asosiy obyektiv belgilari:

- a) Churra joylashuvi uchun xos zonadagi bir oz shish bo'rtmasi;
- b) Churra xaltasidagi hosilani qorin bo'shlig'iga yengil kiritilishi.
- d) Qorin bo'shlig'iga kiritilgan joyda qorin devorining bo'rtib chiqish nuqsoni (churra darvozasi) borligi;
- e) «Yo'tal turtkisi» fenomeni.

Churrani to'g'irlashdan keyin ehtimol, paypaslash yo'li bilan churra darvozasi va kanalining ko'rinishini, o'lchamlarini, ularning atrofidagi to'qimalar sifatini, churra darvozasining churra pardasi va churra xaltasi bilan o'zaro munosabatini, sirpanuvchanligini, bitishmalarning borligini aniqlash mumkin:

- Churrada ichak qovuzlog'i borligi, bo'rtma yuzasining silliqliqi va elastik yumshoq konsistensiyasidan, peristaltikasining teri orqali bilinishidan perkussiyada timpanik tovush paydo bo'lishiga asosan aniqlanadi.
- Churrada ko'p ichak qismi borligi ayniqsa sirpanuvchan churra ko'rinishida paypaslashdan tashqari, yo'g'on ichakni rentgenografiya qilish bilan aniqlanadi.
- Churradagi qovuq devorini (sirpanuvchi churra) dizuriya borligidan va qovuqni sistoskopiya va rentgenografiya qilish bilan aniqlash mumkin.
- Churrada ayol ichki a'zolari borligini ba'zan hayz ko'rish, davrida bo'rtmaning shishib chiqishidan bilsa bo'ladi.

Adabiyotlardagi ma'lumotlarga asosan sirpanuvchi churralarda ichak a'zolarining jarohatlanishi 26,4% gacha, o'lim – 2-8,3% gacha kuzatilmoqda. O'lim sababi operatsiyadan keyingi peritonitning rivojlanishidir. Chov churralarining xususan sirpanuvchi turlarida maxsus tekshirish usullari qo'llaniladi.

Bu churralarni diagnoz qo'yishda sistoskopiya qo'llaniladi. Sirpanuvchi churralar chap tomonlama bo'lsa, yo'g'on ichak bunga tortilishi taxmin qilinganda irrigografiya, kolonoskopiya, sistoskopiya, rentgenoskopiya va UTT qo'llanildi. Chov-yorg'oq churralarida moyaklar istisqosini differentsiyalash uchun diafanoskopiya usuli ishlatiladi. Shuni ta'kidlash zarurki ayollarda churralarni aniqlashda ginekologik tekshirishlar ham o'tkazilishi zarur.

IV BOB

CHURRALARNI DAVOLASHNING UMUMIY QOIDALARI VA ULARNI TASHKIL ETISH

Churralarni davolash eng avvalo ularni profilaktika qilishga qaratilishi lozim. Shuning uchun churralarni aniqlashda o'z vaqtida dispanserizasiya qilish muhim ahamiyatga ega. O'z vaqtida dispanserlash quyidagi muhim ishlarni amalga oshirishga yordam beradi:

1. Churralarni paydo bo'layotgan paytidayoq aniqlash.
2. Churra bilan bemorlarni o'z vaqtida operativ davolash uchun yuborish.
3. Churrani keltirib chiqaradigan tashqi muhit omilini aniqlash.
4. Qorinning old devori kuchsiz va churraga moyil kishilarga ish me'yorini aniqlash.
5. Churrani kesish operatsiyasidan keyin bemorlarni ish bilan ta'minlash.

Dispanserlangan guruh bemorlarni sog'lomlashtirish ma'lum maqsad bilan o'tkazilishi kerak. Birinchi navbatda tez-tez qisilib turadigan, o'rta va qari yoshdagi bemorlarni operatsiya qilish zarur.

Aholi orasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish, churralarni operativ davolashning sifatini ko'tarish, shu borada xirurglarning malakasini oshirishdek muhim ishlarni amalga oshirish lozim.

Churralarni profilaktika qilishda ularning moyillik faktorlarini va keltirib chiqaradigan sabablarini aniqlash zarur. Churralarning hosil bo'lishini hamma vaqt ham oldini olish qiyin masala. Ko'pchilik holatlarda churralarning kelib chiqishida to'liq va orttirilgan konstitusion xususiyatlariga ham bog'liq bo'ladi. Churralarning profilaktikasida ommani o'z vaqtida sport va fizkultura bilan shug'ullanishlarini tashviqot qilish, profilaktik ommaviy ko'riklarda qorinning old devori kuchsizligi aniqlanganda unga tegishli kasbni tanlash, o'ziga xos ishni tanlashni taklif qilish muhim hisoblanadi. Churralar ko'pchilik holatlarda yaxshi qiziqish bilan shug'ullanmagan kishilarda, og'ir yuk ko'targanlarida to'satdan paydo bo'ladi. Xalq orasida churralar to'g'risida to'liq ma'lumot paydo bo'lishi sanitariya-oqartuv ishlarini yaxshi yo'lga qo'yilganda amalga oshadi.

Bunday ishlarni oilaviy poliklinikalarda, ayollar konsultativ poliklinikalarida, o'quv maskanlarida, maktablarda o'tkazilishlari kerak. Bu ishlarni nazorat qilish albatta viloyat, tuman xirurgiya bo'limlari rahbarlari nazorat qilishlari maqsadga muvofiqdir.

Churralarni profilaktika qilishning yana bir usuli churra bilan yurgan bemorlarni o'z vaqtida dispanserizasiya qilishdir.

Bemorlarni churra bilan o'z vaqtida operatsiya qilaolmaslik, churra bilan bemorlar sonining ko'payishiga, churraning qisilib qolishi asoratining oshishiga olib keladi. Ayniqsa o'rta va qari yoshdagi bemorlar sonining ko'payishi, ularda har xil asoratlarga olib keladi.

Oxirgi yillarda qorin bo'shlig'ida qilinayotgan operatsiyalarning sur'ati oshishi bilan operatsiyadan keyingi churralar soni oshib ketdi. Bunday churralarni davolash har bir klinik xirurgiyaning dolzarb hal qilinishi kerak bulgan muammolaridan hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi churralarning hosil bo'lishi sabablari aniq, endi ularni profilaktika qilish yo'llarini to'g'ri aniqlash zarur. Bu tadbirlar asosan operatsiyadan keyingi yaraning yallig'lanishiga yo'l qo'ymaslik, operatsiyadan keyingi erta davrda regenerativ holatlarni stimulyatsiya qilish bilan bir qatorda har xil jismoniy zo'riqishlar (pnevmoniya, qabziyat, homiladorlik, peshobning yaxshi kelmasligi)ni bartaraf qilish kerak. Shu bilan birga operativ texnikadagi bo'ladigan defektlar (to'qimalarni jarohatlash, choklarni to'g'ri qo'yish, gemostaz, tikish materiallarini to'g'ri tanlash, ko'rsatmasiz har xil tikindi va drenajlar qo'yish) ham muhim rol o'ynaydi.

Operatsiyadan keyingi churralarni o'z vaqtida operatsiya qilmasangiz ular katta bo'lib ketishi, to'g'rilanmay qolish holatiga o'tishi, qorin bo'shlig'ida bitishmalarning kuchayib ketishi, ko'p kamerali bo'lib qolish holatlariga olib keladi. Bu holatlar churralarning qisilib kolishi, bitishmali ichak tutilishi kabi asoratlarni keltirib chiqaradi.

Operatsiyaga aniq qarama qarshiliklar bo'lganda, bemorlarga (o'rta va katta operatsiyadan keyingi churralarda) erta bandaj taqish tavsiya qilinishi shart. Bu muammoning ancha vaqtdan beri paydo bo'lishiga qaramay, bunday churralarni davolash natijalari yaxshi emas. Buning asosiy ko'rsatkichi bo'lib, operatsiyadan keyingi retsidiylarning ko'pligi, har xil

asoratlar. qari yoshli bemorlarda churraning qisilib qolganidan keyingi o'lim tafsilotining yuqoriligi hisoblanadi. Shuning, uchun qorinning old devori operatsiyadan keyingi churralarni operatsiya qilish sifatini ko'tarish va gemiologiya sohasi buyicha xirurglarning malakasini tinmay takomillashtirish zarur.

Churrani kesish operatsiyasini endigina xirurgiyaga kelgan yosh xirurgga ishonish noo'rin hisoblanadi. Ayniqsa qisilgan, operatsiyadan keyingi katta churralarni operatsiya qilishni katta tajribali, yuqori bilimga ega xirurglar amalga oshirish kerak.

Churralarni faqatgina operativ usulda bartaraf qilish mumkin. Operativ davolashning asosiy qoidalari har bir churra uchun alohida yondoshish va differensial holatda churrani operatsiya qilish usulini tanlashdir. Buning uchun churraning shakliga, kelib chiqishidagi sharoitiga, qorin devori to'qimalarining holatiga, churra darvozasi hajmiga hamda bemorning yoshiga alohida e'tibor berish zarur, qorin churralarining operatsiyasi mumkin qadar oddiy va kam jarohatli bo'lishi lozim. Shu bilan bir qatorda tanlangan usul davolashda radikal usul bo'lishi kerak.

Churrani kesish – bu juda yuqori maxorat talab qiladigan operatsiyadir. Shuning uchun sog'liqni saqlash tizimi oldidagi asosiy maqsad – operativ davolashning sifatini ko'tarish va jarrohlarning kasbiy maxoratini ko'tarish bugungi kunning talabidir.

Hozirgi kunda plastika qilish usullarining besh xil turi mavjud:

- 1) fassial – aponevrotik usul;
- 2) mushak – aponevrotik usul;
- 3) mushak usuli;
- 4) biologik yoki sintetik materiallar bilan plastika qilish;
- 5) qo'shma (autodermal va yot to'qimalar yordamida kombinasion plastika qilish).

Keltirilgan uch usul autoplastik usullar, qolgan ikki usul esa alloplastik usullardir.

Fassial–aponevrotik usul – eng muhim usul bo'lib, qorin devorining topografoanatomik munosabatlarini yaxshi tiklaydi.

Bu usul quyidagicha o'tkaziladi:

1. Aponevroz qirralarini bir-biriga birlashtirib chok qo'yish.

2. Churra darvozasini aponevrozdan dublikatura hosil qilib bartaraf qilish.

3. Churra darvozasini aponevrozdan yoki fassial laxtak dublikatura hosil qilib bartaraf qilish.

4. Churra darvozasini bartaraf qilishda erkin autolaxtaklardan foydalanish.

Eng ko'p tarqalgan usul – bu aponevrozdan dublikatura hosil qilib plastika qilishdir. Aponevrozning qirralarini taranglashtirmay bir-biriga tikish operatsiyadan keyin yaxshi chandiq bo'lishiga olib keladi. Shunga misol Martinov, Ru, Opel usulining chov churralarida, Meyo usulining kindik churrasida, Napalkov, Vishnevskiy, Martinov usullarining operatsiyadan keyingi churralarda qo'llanilishidir.

Mushak–aponevrotik usul. Bu usul hozirgi kunda keng qo'llanilmokda. Chov churralarida – Jirar, Spasokukoskiy, Bassini, Postemskiy, Leksner usullari, kindik churrasida – Meyo usuli, operatsiyadan keyingi va qorinning oq chizig'i va kindik churralarida – Sapejko usuli qo'llaniladi.

Biologik yoki sintetik materiallar bilan plastika qilish. Bu usul ham keng qo'llanilmokda. Ventral churralarda plastik materiallarning qo'llanilishi alohida ko'rsatmalarga ega:

1. Ko'p marta retsidivli churralar.

2. Qorinning old devori kuchsizlanib, mushaklar, fassiya va aponevrozlarning atrofiyasi bo'lgan katta churralarda.

3. Katta operatsiyadan keyingi ko'p kamerali churralarda, to'qimalarni tortishning iloji bo'lmasa, yoki taranglashgan xolati kuzatilganda

4. Gigant churralarda to'qimalarini dublikatura qilganda tortilib, qorin bo'shlig'i hajmi torayib qolganda, qorin bo'shlig'i bosimi oshganda (Abdominalis compartaments sindromi)

5. Og'ir chov churralarida (katta to'g'ri, qiyshik, sirpanuvchi), qorin mushaklari atrofiyasida, aponevroz tolalari tarqalib ketgan holatlarda.

Churralarni operativ davolashda yo'l qo'yiladigan xato va kamchiliklar:

1. Chov churralarining topografiyasiga bog'liq (uning to'g'irlanishi yoki to'g'irlanmasligidan qat'iy nazar) holatlarda uchraydigan xatoliklar.

2. Churra xaltasi ichidagi a'zolarning alohida sharoitda bo'lishiga bog'liq bo'lgan holatlar.

3. Gernioplastika qilishda noto'g'ri tanlangan usullar.

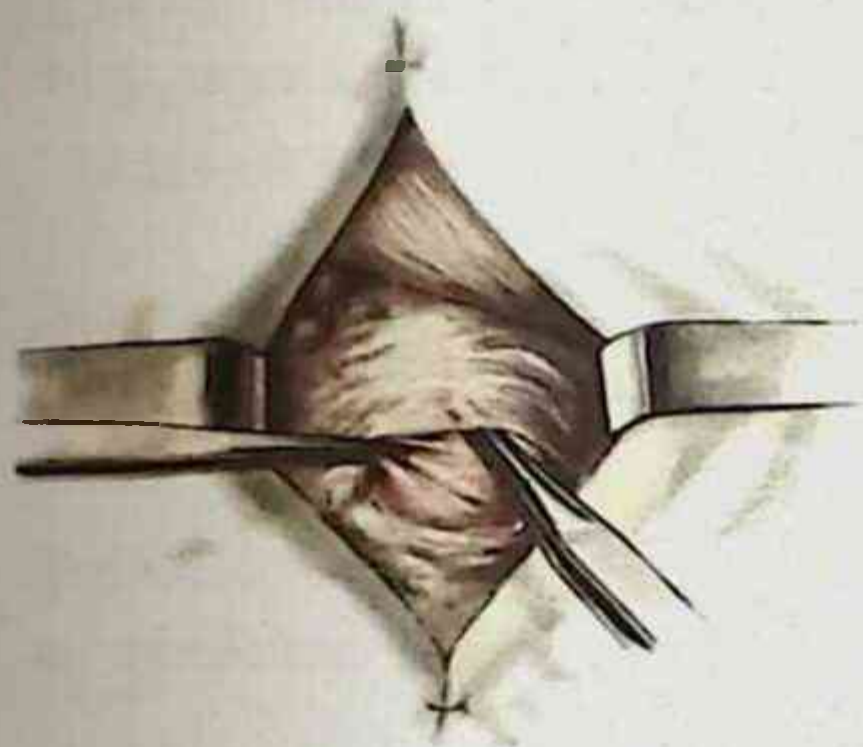
Asoratlanmagan churralarni davolash. Bu churralarni faqat operativ yo'l bilan radikal davolash mumkin. Churralarning hamma turlarida operatsiya qilish prinsiplari bir xil:

a) Churra xaltasini churra pardasidan ajratish;

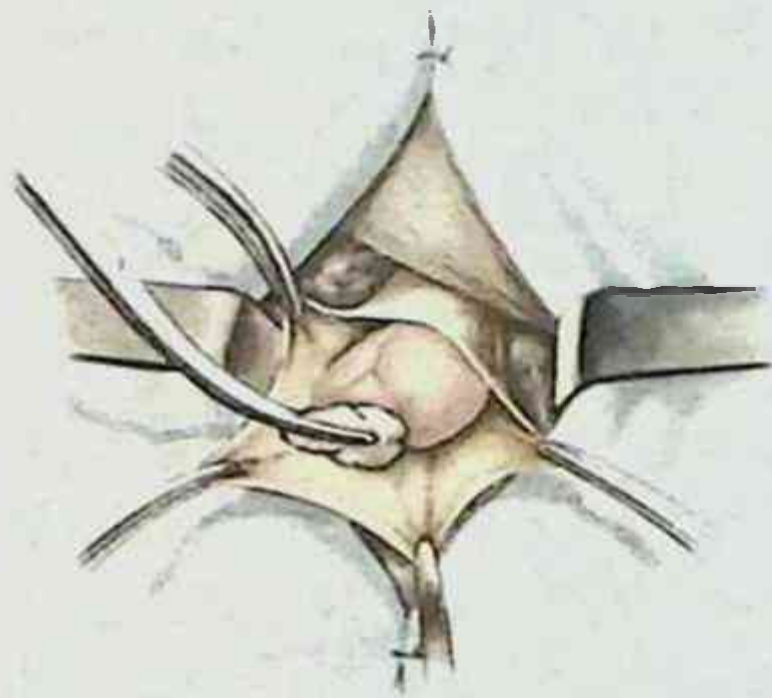
b) Churra xaltasini ochib ichidagi a'zo va charvini ozod qilish va qorin bo'shlig'iga kiritish;

d) Churra xaltasini kesib olish va uni tikish;

e) Churra darvozasini plastika qilish.

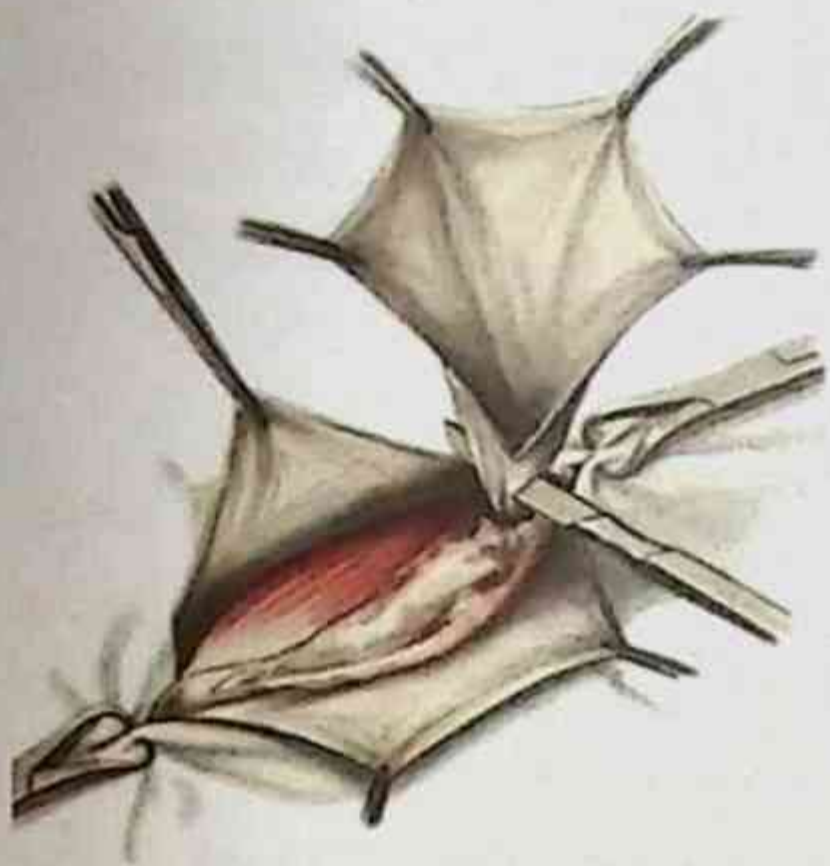


Churra xaltasining churra pardasidan ajratilishi

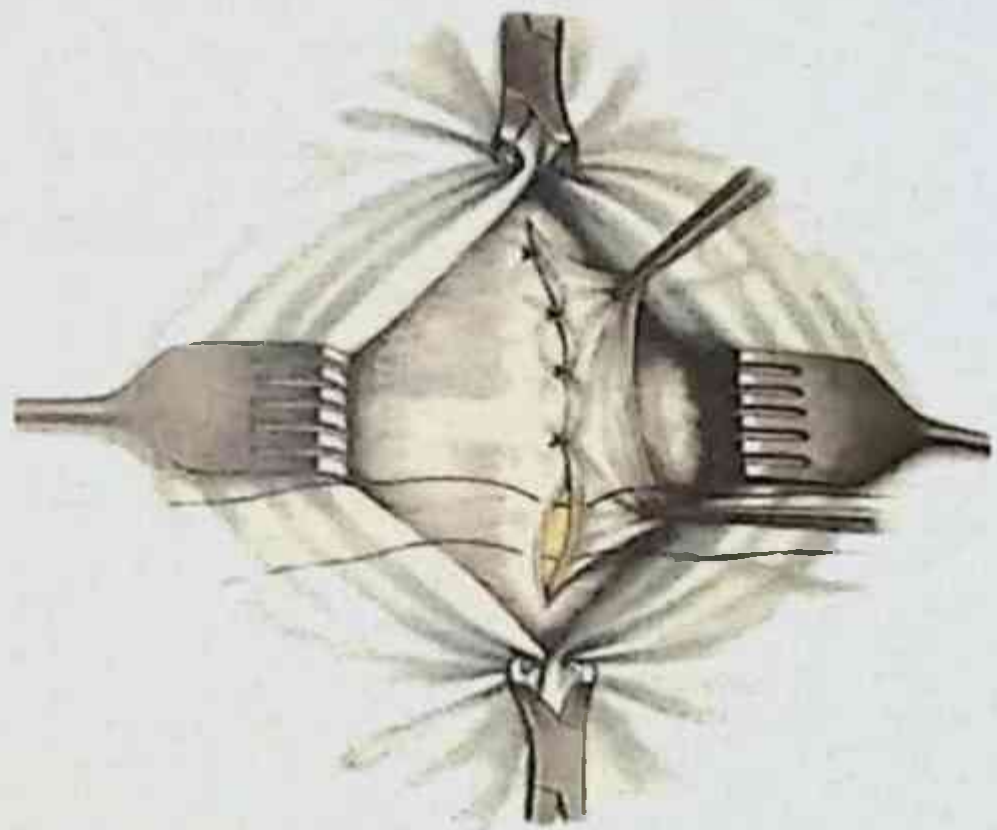


Churra xaltasining ochilishi va hosilasini qorin bo'shlig'iga kiritilishi

Churra darvozalarini mahalliy bir xil turdagi to'qimalarni tikish yo'li bilan yopish usullari mavjud. Operatsiyadan keyingi davrda yo'tal, bronxit, zotiljam, qorin dam bo'lishining oldini olish muhim ahamiyatga ega. Nafas gimnastikasi, erta o'rindan turish (2-4 kun), 2-3 hafta mobaynida profilaktik dam olish maqsadga muvofiqdir.



Churra xaltasining kesilishi



Churra darvozasining plastikasi

Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar ham uchraydi. Yurak va nafas yetishmovchiligi bo'lganda, juda keksalik, qon aylanishi dekompensasiya holatidagi yurak nuqsoni, III-bosqichli o'pka sili, jigar va buyrakning og'ir kasalliklari va boshqa tuzalmaydigan kasalliklardir.

Asoratlanmagan churralarni konservativ davolash bandaj taqishdan iborat. Bandaj, korset va belboglar shaklida bo'ladi yoki qoringa mahkam qilib tasma bog'lanadi.

Bandaj taqish churra ichida bitishmalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi, ba'zan terini ta'sirlantiradi va ichki a'zolarning chiqib ketishidan va churrani qisilishidan hamisha ham saqlay olmaydi.

Qorin churralari profilaktikasi quyidagicha o'tkaziladi:

I. Qorin devori mushaklarini mustahkamlash maqsadida gimnastika mashg'ulotlari, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish tavsiya etiladi.

II. Ishda churraga sabab bo'ladigan ortikcha jismoniy zo'riqishlardan saqlanish lozim, shu maqsadida mehnatni mexanizasiyalash, uni muxofaza qilish, ishchilarni jismoniy ishlarga to'g'ri tanlash lozim.

III. Homilador ayollar homiladorlikning oxirgi oylarida belbog' - bandaj taqib yurishlari kerak, tug'ruqdan keyin esa qorinni massaj qilish va qorin mushaklarini mustahkamlash uchun maxsus gimnastika mashqlari tavsiya etiladi.

IV. Bolalarning gigiyena, ovqatlanish qoidalariga rioya qilishi, ularda ichak faoliyati, nafas a'zolariga va siydik chiqarishning normal o'tishini kuzatib borish, qorin devoridagi nuqsonlarni aniqlash maqsadida ularni qunt bilan sinchiklab tekshirish, bordi-yu churra aniqlansa operatsiya usuli bilan davolash.

V. Semirish va ayniqsa undan keyingi qattiq oriqlab ketishga qarshi kurashish.

VI. Operatsiyadan keyin churralarning profilaktikasi jarohat yiringlashining oldini olishdan iborat. Buning uchun operatsiyadan keyingi churralarni o'z vaqtida nazorat qilinadi, qorin jarohati tamponada qilinadi, laparatomiyani boshdan kechirgan kishilarga 2-4 hafta muddatga dam olish beriladi.

Jismoniy ishga kaytishda yuklama asta-sekinlik bilan berilishi prinsipini amalga oshirish va qorin devori mushaklarini chiniqtirish zarur.

V BOB

OPERATSIYADAN OLDINGI TAYYORGARLIK VA OG'RIQSIZLANTIRISH USULLARINI TANLASH

Churralar bilan bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni o'tkazish muddati ko'p faktorlarga bog'liq:

- churraning shakliga
- churraning kattaligi va hajmiga
- churraning asoratlanganligiga va bemorda yo'ldosh kasalligining borligiga
- bemorning yoshiga va qanday og'riqsizlantirish usulining tanlanishiga.

Ana shu ko'rsatilgan faktorlar bemorlarni qanday hajmda tekshirish kerakligini ko'rsatadi. O'rta va yosh bemorlarda chov, son va kindik churralari asoratlanmagan bo'lib, yo'ldosh kasalliklari topilmasa alohida operatsiyadan oldingi tayyorgarlikka muhtoj bo'lmaydilar. Bunday bemorlarni poliklinika sharoitida kerakli tekshirishlar va tahlillar qilinadi. Bemor statsionar sharoitda 2-3 kun kerakli operatsiyadan oldingi sanitar-gigiyena talablarni bajarib, tozalovchi hukna, qon va siydik tahlillarini ko'rib, bemorning umumiy ahvoli, tana harorati, pulsi, qon bosimi qaytadan tekshirilib operatsiyaga olinadi. Agar bemorga rejali operatsiya umumiy og'riqsizlantirish yo'li bilan o'tkazish mo'ljallanganda albatta yurak-qon tomirlar, nafas olish tizimlari holati yaxshi tekshirilishi kerak. Buning uchun EKG, spirografiya, rentgenologik tekshirishlar, bioximik tahlillar, koagulogramma, UTT qilinadi.

Qisilgan churralarda zudlik bilan operatsiya qilish muhim davolash tadbiridir. Agar qisilib qolgan vaqtdan 10-12 soat o'tgan bo'lib, ichak tutilishi belgilari bo'lganda (taxikardiya, tilning quruqligi, ko'p marta qayt qilish, giperleykotsitoz va umuman intoksikasiya belgilari aniq yuzaga chiqqanda) bemorni 1-2 soat (undan ko'pmas) operatsiyadan oldingi tayyorgarligi o'tkaziladi. Operatsiyadan oldin spazmolitiklar va og'riqsizlantiruvchi dorilar (promedol, atropin va h.k.) qo'llanilganida churra o'zicha to'g'rilanib ketishi mumkin. Adabiyotlarda shunday

to'g'rilanib ketish holatlari 10-11%-ni tashkil qiladi. Churraning o'zicha to'g'rilanib ketishi holati xirurgni juda qiyin ahvolga solib qo'yadi..

Katta operatsiyadan keyingi ventral churralarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik alohida ahamiyatga ega. Bunday bemorlarni operatsiyaga uzoq muddatli 10-12 kun, hatto 2-3 haftalab tayyorlash zarur, chunki bemor ichagining katta hajmida churra xaltasidan qorin bo'shlig'iga yuborilganida qorin bo'shlig'i bosimining oshishiga adaptasiya qilinishi kerak. Ayrim mualliflar buning uchun bemor gorizontal holda yotganida churra ichidagi charvi, ichak sirtmoqlarini qorin bo'shlig'iga yuborib bandaj boglab qo'yishi taklif qiladilar. Ma'lumki qorin bo'shlig'i bosimi oshganda. (Abdominalis comportaments syndromis) hosil bo'ladi, bemorda o'tkir yurak va o'pka yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Bemorni operatsiyaga tayyorlash davrida chiqindisiz diyeta va ichakni tayyorlash zarur. Bemor statsionarga kelguncha 15-20 kunlik ratsionidan non, go'sht, kartoshka, yog' va yuqorigi kaloriyali bo'tqa (kasha) chiqariladi. Yog'siz go'shtli sho'rva, qatiq, kisel, mastava va ko'proq o'simlikdan bo'lgan ovqatlar tavsiya qilinadi. Operatsiyadan 3-5 kun oldin statsionar sharoitida har kuni ertalab, kechqurun tozalovchi huqna qilinadi va yengil yumshatuvchi dorilar beriladi. Operatsiyadan keyingi juda katta qorin old devori va kindik churralarida ichaklarni batamom tozalash muhim hisoblanadi. Operatsiyadan 2 kun oldin bemor faqat suv ichadi. Bemorlarga tuzlar, karbonsuvlar va oksillar defitsiti parenteral yo'l bilan tuzli eritmalar, glyukoza eritmasi va oqsilli qon o'rnini bosuvchi moddalar yuboriladi. Shu davrda bemorlarga albatta 3-4 kun antibiotiko-terapiya o'tkaziladi. Shunday tayyorlagandan keyin churra hajmi pasayadi va operatsiya paytida ichak sirtmoqlarini churra xaltasi bilan bo'lgan bitishmalardan ajratish yengillashadi. Ayniqsa operatsiyadan keyingi bo'ladigan ichaklar parezi rivojlanishi kamayadi. Ana shunday usulda kompleks operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazilganda operatsiyadan keyingi katta qorin old devori

churralari bilan biz oxirgi yillarda bemorlarning operatsiyani yengil o'tkazganligiga ishonch hosil qildik.

Churralarni kesish operatsiyalarida o'z tajribamizga asosan mahalliy vena ichi va umumiy og'riqsizlantirish usulida olib borishni tavsiya qilamiz. Anesteziya usulini tanlashda bemorning yoshi, churraning lokalizatsiyasi va hajmi, asoratlarning mavjudligi, qaytalanganligi kabi obyektiv belgilarga asoslanamiz.

Qorinning old devori va kindikning katta churralarida, ayniqsa operatsiyadan keyingi, retsivli, chov churralarida semiz bemorlarda umumiy og'riqsizlantirish intubatsion narkoz qo'llaniladi. Oxirgi yillarda ayrim churralarda peridural va orqa miya anesteziyasi usulida ham operatsiya qilinmoqda.

Operatsiyadan keyingi davrning kechishi o'tkazilgan operatsiyaning xiliga, hajmiga va operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatiga bog'liq. Asoratlanmagan chov, son, kindik churralarida operatsiyadan keyingi davr yaxshi o'tadi. Bemorlar 2-kundan boshlab suyuq ovqatlar iste'mol qilishlari va yurishlari mumkin. Ichak faoliyati 2-3 sutkadan keyin tiklanadi. Bemorlarni haddan tashqari yotoq holatida ushlab noto'g'ri taktika hisoblanadi.

Qorin old devori katta va operatsiyadan keyingi ventral churralarda operatsiyadan keyingi davr ancha og'ir o'tadi. Ularda o'pka-yurak yetishmovchiligi va pnevmoniya bo'lish xavfi yuqoridir. Ayniqsa bemorlar gipoksiya holati uzoq vaqt davom etganda, nafas olishi tezlashadi, teri qoplamasida sianoz, qon bosimi ko'tariladi, taxikardiya yuzaga chiqadi. Ana shunday klinik belgilar yuzaga chiqishi, operatsiya bo'lgan davrda bemor ahvolini yaxshi baholay bilmaslik natijasi hisoblanadi. Ayrim qari yoshdagi bemorlarda nafas yetishmovchiligi operatsiyadan keyin 2-3 kundan keyin ham yuzaga chiqishi mumkin. Bunday holatning asosiy sababi operatsiyadan keyin bo'ladigan ichaklar parezi bilan bog'lash mumkin.

Bemorlarni og'ir ahvoldan chiqarishda aniq o'tkazilgan reanimasion tadbirlargina yordam beradi.

Qisilgan churralar bilan operatsiya qilinganda eng avvalo quyidagi masalalarni hal qilish zarur:

1. Intoksikatsiya va suvsizlanish bilan kurashish.
2. Infeksiyani bostirish.
3. Yurak-tomir, nafas yetishmovchiliklari profilaktikasi va uni davolash.
4. Oshqozon-ichak tizimi funksiyasini tiklash.
5. Peritonit bilan kurashish.

Operatsiyadan keyingi davolashning jadal o'tkazilishi churraning qisilib qolishi vaqtincha intoksikasiyani yuzaga chiqishi, ichaklarda nekrozning bor yoki yo'kligiga bog'liqdir.

Qorin churralari bilan bemorlarda umumiy tadbirlardan biri operatsiyadan keyingi yaraning yiringlash holatiga yo'l qo'ymaslikdir.

Shuning, uchun bir qancha o'tkaziladigan tadbirlar qilingan operatsiyaning ajralmas bir bo'lagi hisoblanadi:

1. Operatsiya paytida to'qimalarni jarohatlashdan va ifloslantirishdan muhofaza qilgan holda operatsiya qilish.
2. Plastika qilinadigan maydondagi qo'pol chandiqlarni kesib olish.
3. Churra darvozasini va defektini plastika qilishda mushak-aponevroz to'qimalar qirralarini haddan tashqari tarang holda tortmaslik. Buning iloji bo'lmasa maqsad plastik material yoki churra xaltasini ishlatish.
4. Areaktiv tikish materiallari (lavsan, polipropilen).
5. Ishonchli gemostaz qilish.
6. Yarani albatta 2-3 sutkaga drenajlash.

Biz o'z amaliyotimizda yarani vakuum orqali drenajlash usulini qo'llaymiz. Operatsiyadan keyingi bemorlarning ish qobiliyatini to'g'ri aniqlash operatsiya qilgan xirurgning muhim vazifalaridan biridir.

5.1. CHOV CHURRALARI

Chov churrallari qolgan churralarga qaraganda ko'p uchraydi. Umumiy xirurgik kasalliklar bilan statsionarda davolanganlarning 8-18 % -ni qorin churrallari tashkil qilsa, shundan 75-80%-ni chov churrallari tashkil qiladi. Yosh bolalarda chov churrallari yanada ko'proq uchrab, hamma qorin churralarining 92-95%-ni tashkil qiladi.

Asosan erkak kishilar chov churrallari bilan xastalanadi. Buning asosiy sababi, ayollarda chov kanali yoriqsimon shaklga ega bo'lib, mushak va pay qavatlari bilan yaxshi mahkamlangan hamda biroz erkaklarga nisbatan uzun va tor bo'ladi.

Bizning kuzatuvlarimizda ham chov churrasi 73-75% erkaklarda va 25-27% ayollarda uchraydi. Yosh bolalarda o'g'il va qiz bolalarga nisbatan 8:1 tashkil qiladi. Chov churrallari hamma yoshdagi kishilarda uchrab, ularning farqi asosan patogenetik rivojlanish mexanizmini hisobga olgan holda xirurgik davolashdadir.

Anatomik jihatdan chov churrallari qiyshiq (*hernia inguinalis externa s. obliqua*) va to'g'ri (*hernia inguinalis interna s. directa*) turlariga bo'linadi.

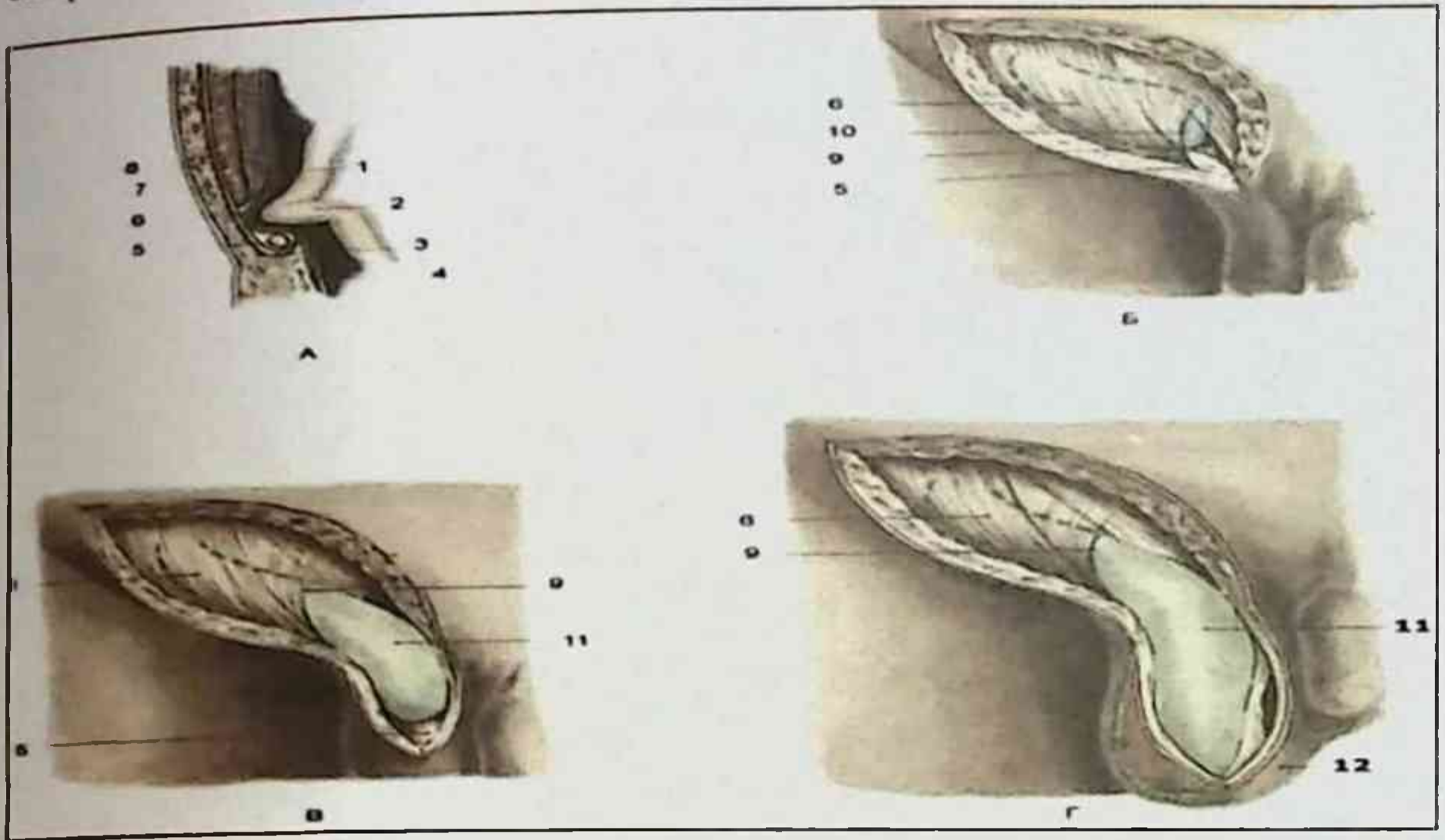
Ana shunday klassik turlaridan tashqari, ularning har xil variantlarda uchrashi katta amaliy ahamiyatga ega bo'lib, ular juda kam uchraydi. Bu qiyshiq chov churrasining to'g'ri kanali bilan, qorin biroz oldi, qorin devorlari orasida, osilib turuvchi, chov atrofi, siydik pufagi usti va kombinatsiyalashgan holatlaridir.

Churraning bu turlarining alohida xususiyati shundan iboratki ular klinik og'ir kechadi, ko'p har xil asoratlari va retsidiv berishlari xavfi yuksakdir.

Shuning uchun ularni «to'g'ri» va «qiyshiq» churralar deb atashda nafaqat texnik jihatdan, vaholanki og'ir klinik vaziyat chiqishi sababli davolash usulini, og'riqsizlantirish, operatsiyadan oldingi tayyorlash hajmini va operatsiyadan keyingi davolash taktikalarini aniqlashdek og'ir muammolar tug'ilishi ko'zda tutiladi.

Chov churrallari to'g'ri, qiyshiq va intraperitoneal turlarga bo'linadi. Chov kanalining ichki teshigi hisoblangan lateral chuqurcha orqali chiqadigan churra – *qiyshiq chov churrasi*, medial chuqurcha orqali chiqadigan churralar – *to'g'ri chov churrasi*, deyiladi. Churra medial

chuqurchadan chov kanalining tashqi teshigi orqali bevosita teri ostiga chiqadi.



Churraning paydo bo'lish bosqichlari

Intraperitoneal churralar – qiyshiq chov churralarining bir ko'rinishi bo'lib, ularda churra xaltasi qorin devori qavatlarida joylashadi va churra bo'rtmasi mutlaqo ko'rinmasligi mumkin.

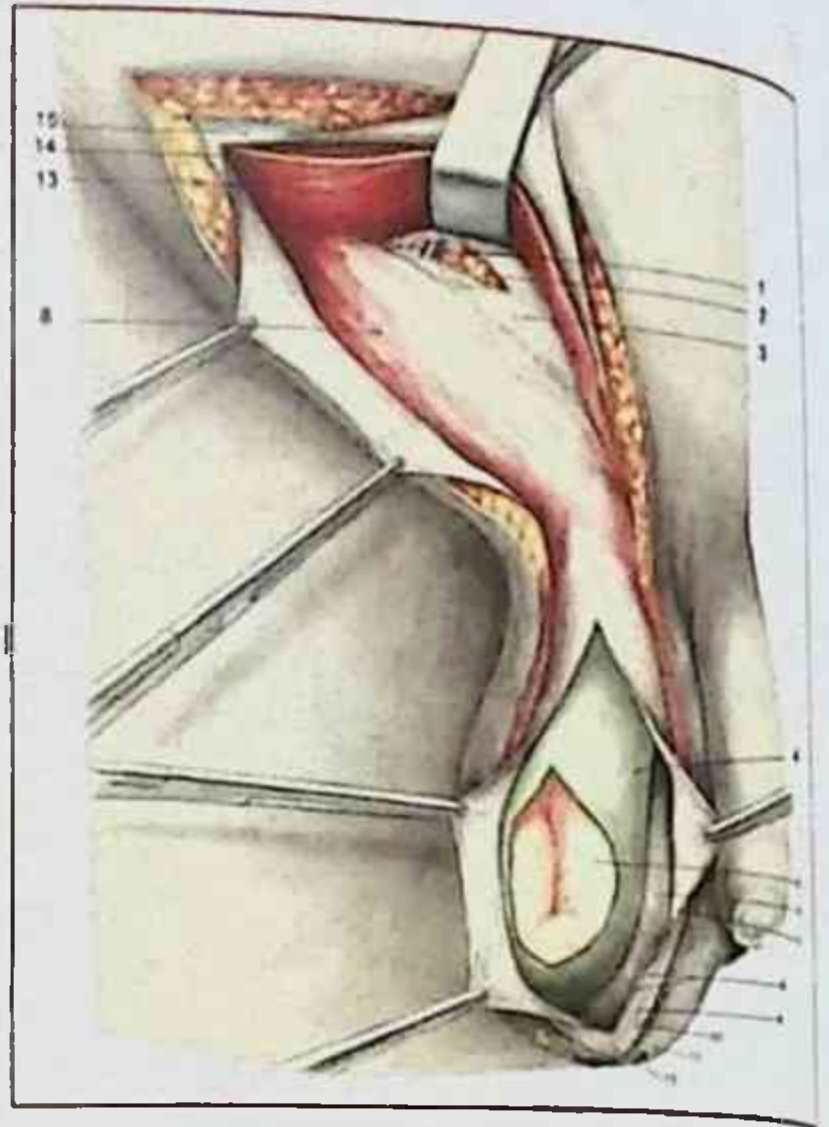
Rivojlanish bosqichi bo'yicha boshlang'ich, kanal va to'liq chov churralariga bo'linadi. To'liq qiyshik chov churralari kattalashib, yorg'oqqa tushadi (chov-yorg'oq churralari).

A. Qiyshiq chov churralari.

Qiyshiq chov churrasida qorinning old devorida hosil bo'ladigan bo'rtib chiqish fossa inguinalis lateralis sohasida aniqlanadi. Churra o'zining rivojlaishi davrida chov kanali bo'yicha qiyshiq holda pastka va medial holatda harakatlanib, chov kanalining tashqi teshigi orqali teri tagiga yoki yorg'oqqa tushadi.

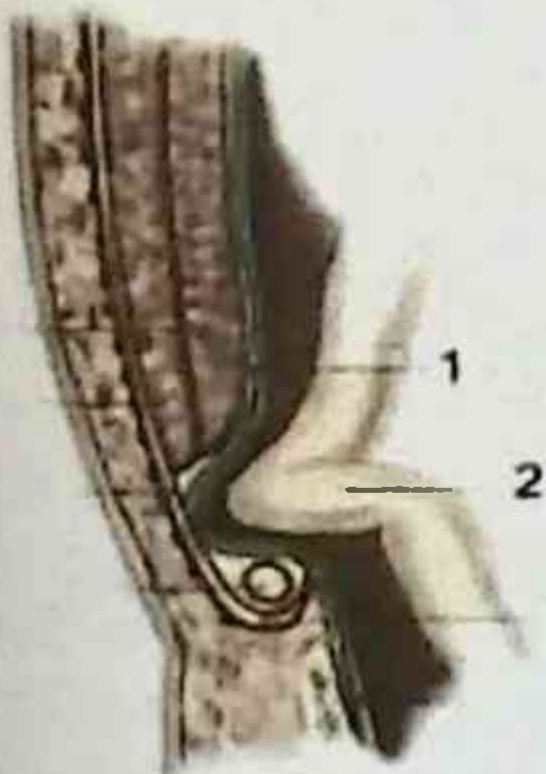
Qiyshiq chov churrasining ko'rinishi

- 1 — a. et v. epigastrica inferior;
- 2 — qorin oldi yog' to'qimasi;
- 3 — fascia transversalis;
- 4 — churra xaltasi;
- 5 — ingichka ichak;
- 6 — tunica vaginalis testis;
- 7 — fascia spermatica int.;
- 8 — fascia cremasterica et m. cremaster;
- 9 — fascia spermatica ext.;
- 10 — tunica dartos;
- 11 — teri;
- 12 — scrotum ;
- 13 — m. obliquus internus abdominis;
- 14 — n. ilioinguinalis;
- 15 — m. obliqui externi abdominis aponezrozi.

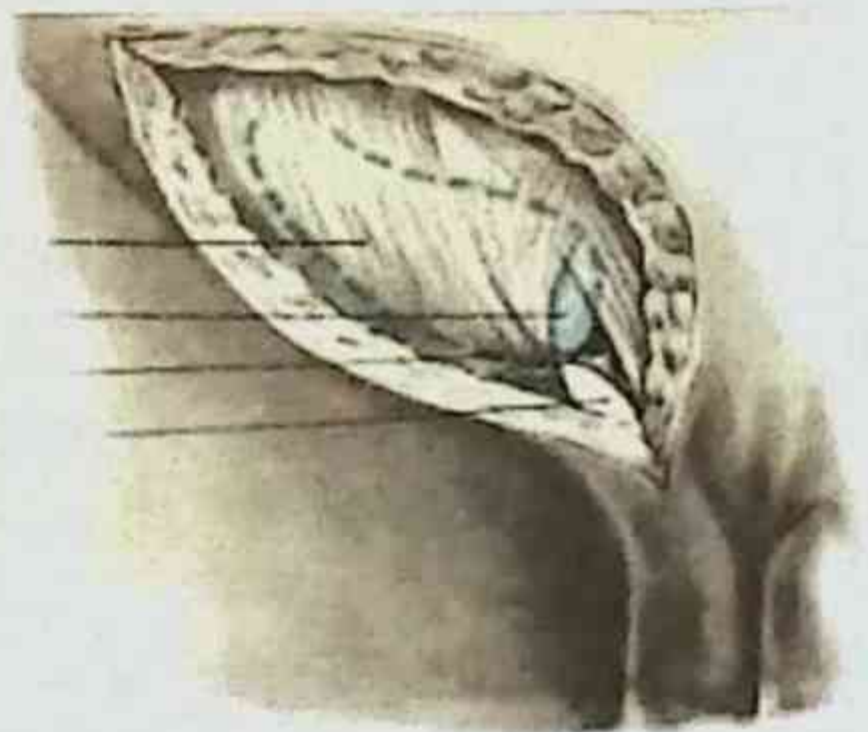


Qiyshiq chov churrasi rivojlanish bosqichiga qarab 4 turga bo'linadi.

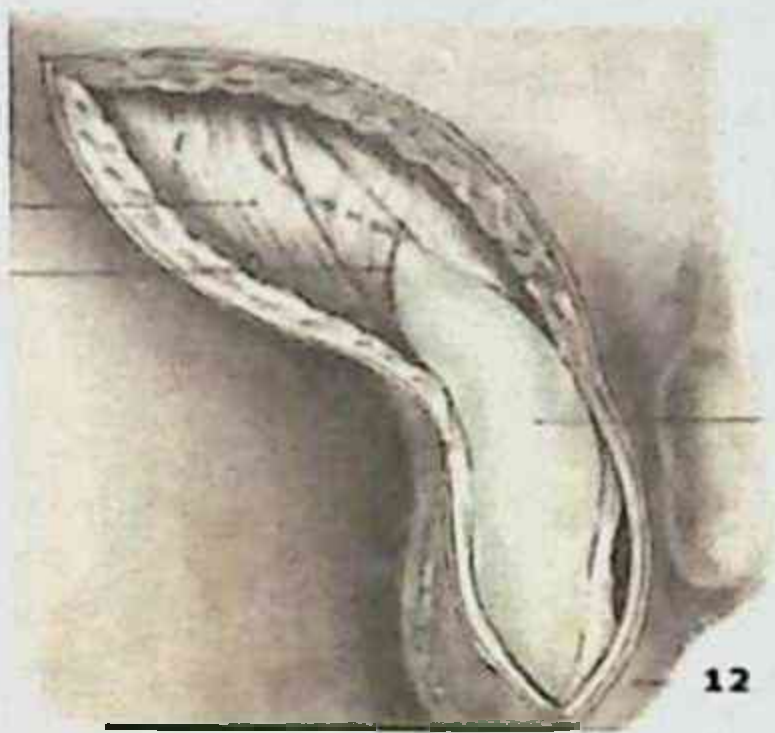
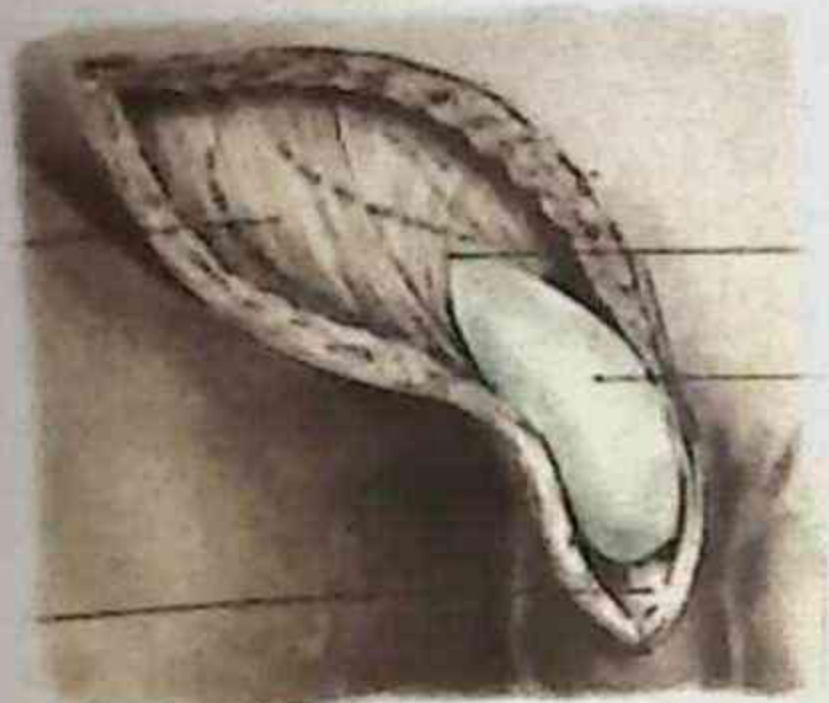
1. Boshlanayotgan churra h.inguinalis obliqua incipiens.
2. Kanal churrasi h.obliqua canalis inguinalis.
3. Urug' tizimining qiyshiq churrasi h. inguinalis obliqua funicularis.
4. Qiyshiq chov yorg'oq churrasi h. obliquis inguino-scrotalis.



Boshlanayotgan churra



Kanal churrasi



Urug' tizimining qiyshiq churrasi Qiyshiq chov yorg'oq churrasi

Bundan tashqari chov churralarining bir nechta har xil turlari mavjud:

1. Chov oraliq churrasi
2. Chov qorinparda qorin oldi churrasi
3. Chov yuzaki churrasi
4. Sirpanuvchi chov churrasi
5. Chov atrofi churrasi

Churra qopchasining kelib chiqishiga ko'ra tug'ma va orttirilgan shakllarga bo'linadi. Bu ikki churralarni bir-biridan farqlash uchun moyakning embrional rivojlanishi va yorg'oqqa tushish jarayonini bilish zarur.

Embriinning ona qornida 9-oyligida moyagi yorg'oqqa tushadi va tug'ilganida yorg'oqning tub qismiga yetgan bo'ladi. Biriktiruvchi to'qimadan iborat tortma moyakning pastki qismiga birikkan bo'lib, moyakning yorg'oqqa tushishiga yordam beradi. Shunga parallel ravishda pariyetal qorinparda bo'rtma hosil qilib, moyakning yorg'oqqa tushishi uchun yo'l hosil qiladi. Moyak, uning ortigi bilan birgalikda chov kanali orqali urug' chiqaruvchi yo'l (ductus deferens), arteriya va vena (a. et v. testicularis) lar birgalikda o'tadi. Ana shu hosilalar bir pardaga (fascia spermatica externa) o'ralib, urug' tizimchasini hosil qiladi. Bola tug'ilgach, moyakni yorg'oqqa tushishiga yordam beruvchi biriktiruvchi to'qimali tortma atrofiyaga uchraydi. Embriogenez mo'tadil davom etganda qin o'simtasi ham obliterasiyaga uchraydi.

Ayollarda tuxumdon o'z rivojlanishi paytida kichik chanoq bo'shlig'iga tomon yuradi, qin o'simtasi chov kanalida joylashadi va rudiment hosil bo'lib qoladi.

Qorinpardaning qin o'simtasi yaxshi obliterasiya bo'lmasligi ham mumkin, uning bo'shlig'i qorin bo'shlig'i bilan doimo aloqada bo'ladi va asta – sekinlik bilan tug'ma chov churrasi rivojlanadi. Bu churrada qorinpardasining qin o'simtasi churra xaltasi bo'lib hisoblanadi.

Tug'ma chov churrasi ko'pincha moyak yoki urug' tizimchasi istisqosi (vodyanka) bilan birga uchraydi. Bunday holatda quyidagi klinik manzara yuzaga chiqadi: 1) qin o'simtasi qisman obliteratsiya bo'ladi, moyakka tutashgan joyidan bo'shliq hosil qilib istisqo paydo bo'ladi, qinning qorinparda o'simtasi churra xaltasini tashkil qiladi.

2) qinning qorinparda o'simtasi chov kanalining ichki teshigigacha obliterasiya bo'lmay, bir qismigina obliterasiya bo'lishi mumkin. Bu holat tug'ma churraning, urug' tizimi kistasi bilan birga hosil bo'lishiga olib keladi.

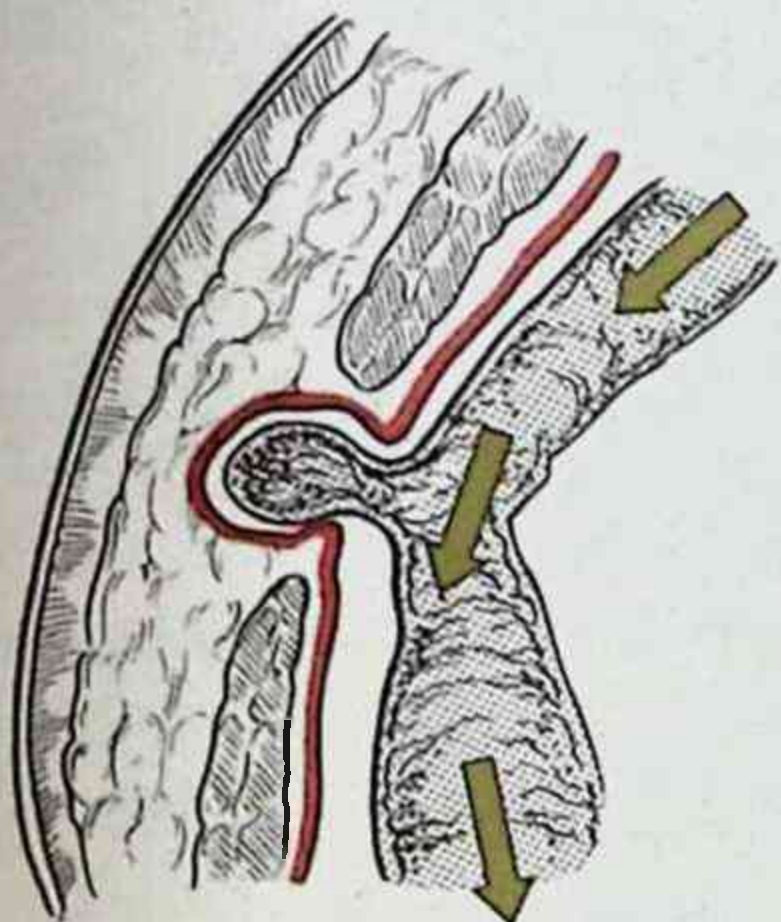
Katta kishilarda tug'ma chov churralari hamma churralarning 10-15% ini tashkil qiladi. K.D.Toskin keltirilgan ma'lumotlariga asosan bolalarda tug'ma chov churrasi 93%-ni, kattalarda 12,1%-ni tashkil qiladi.

Orttirilgan chov churrasi (hernia inguinalis acquisita) qorinparda qin o'simtasining batamom bitib ketgan holatlarida, ko'pgina omillar ta'sirida hosil bo'ladi. Qiyshiq chov churrasida qorin bo'shlig'i a'zolari chov kanalining ichki teshigidan kirib, butun kanal bo'ylab o'tib, tashqi teshigidan chiqadi.

Orttirilgan qiyshiq chov churralarida churra xaltasi uning hosilasi bilan moyakdan(testis) alohida joylashadi. Qiyshiq chov churrasi ayollarda chov kanalining tashqi teshigidan chiqib katta jinsiy lablar tomon yo'naladi va ularni kengaytirib yuboradi.

Ayrim holatlarda chov kanalining tashqi teshigidan chiqib son tomonga yo'naladi va son churrasining belgilarini hosil qiladi. Vaholanki, chov churralarida uning darvozasi chov bog'lamidan yuqorida aniqlanadi. Churra hosilasini qorin bo'shlig'idagi hamma a'zolar tashkil qilishi mumkin. Bundan jigar va oshqozon osti bezi istisnodir. Ko'pchilik

holatlarda churra hosilasi bo'lib ingichka ichak sirtmoqlari va charvi tashkil qiladi. Churra xaltasida ichaklarning bir devori bo'lishi mumkin. Buni Rixter-Littr churrasi deyiladi.



Rixter-Littr churrasi

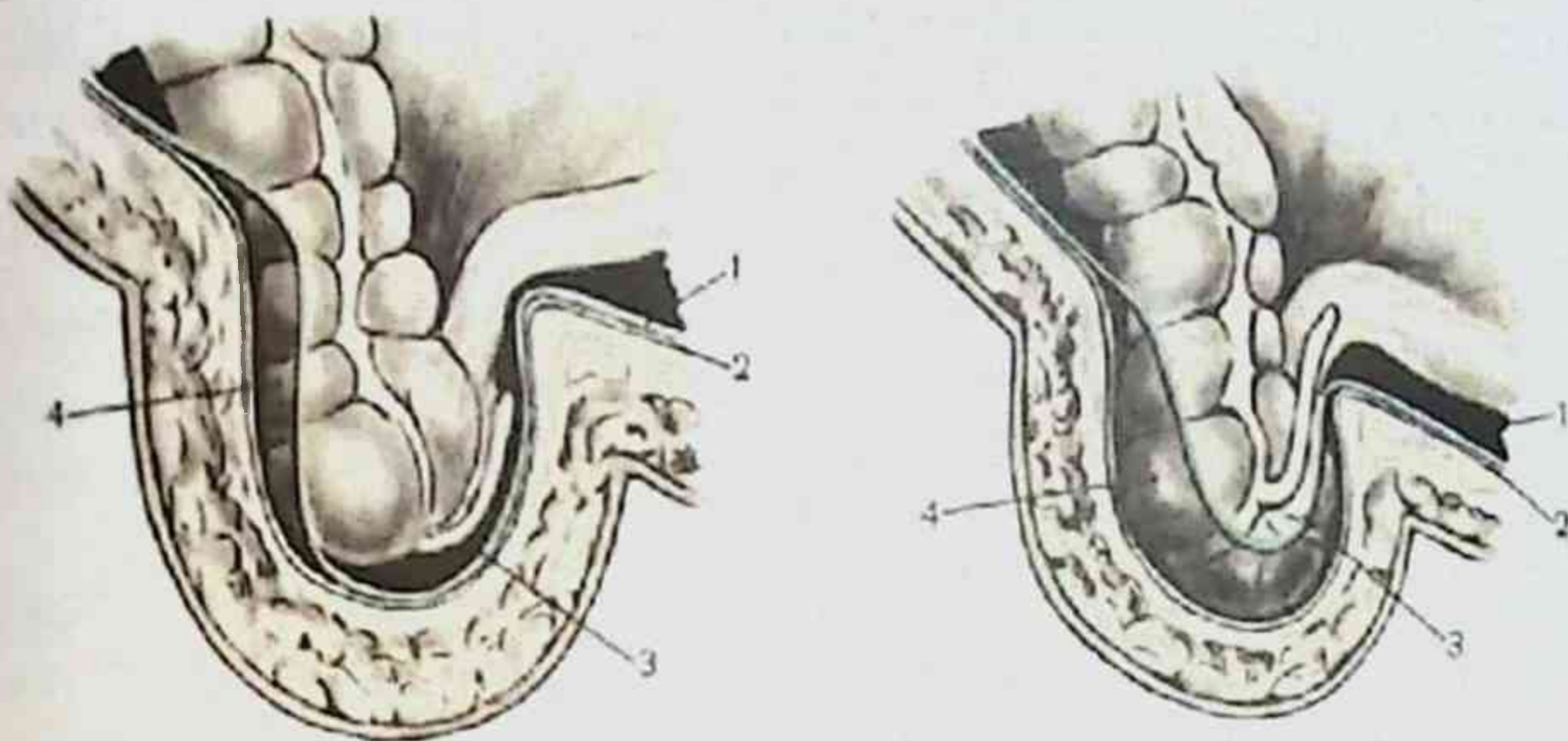
Juda kam holatlarda churra xaltasi hosilasi bo'lib talok, buyraklar, siydik yo'llari, xomilalik bachadon, tuxumdonlar va bachadon naylari bo'lishi mumkin.

Juda kam holatlarda sirpanuvchi churralar uchraydi. Bu churralar qari kishilarda va ko'proq erkaklarda kuzatiladi. Bu churralarning hosil bo'lishida churra xaltasining bir devorini mezoperitoneal a'zolar (ko'richak, ko'tariluvchi yo'g'on ichak, siydik qopi) tashkil qiladi.

Qorinpardaning churra xaltasining tashkil qilishdagi qatnashganligi holatiga qarab sirpanuvchi churralarni ikki guruhga bo'lish mumkin.

1. Qorinparda atrofi churrasi (churra xaltasi to'la bo'lmaydi) - (hernia-paraperitonealis),

2. Qorinpardadan tashqi churrasi (churra xaltasi bo'lmaydi) - (hernia-extraperitonealis)



1- peritoneum; 2- fascia transversalis; 3- churra xaltasi; 4- ko'r ichak devori

Shunday qilib, qiyshiq chov churrasi chov kanali yo'li bo'ylab yuqoridan pastga, orqadan oldinga, tashqaridan ichkariga yo'naladi. O'z rivojlanish jarayonida birqancha bosqichlarni o'tadi.

1. Churra do'mpagini vrach chov kanalining tashqi teshigi orqali barmog'ini kirgizib bemor kuchanganida yoki yo'talganida aniqlash mumkin. Bu boshlanish bosqichidagi churralar hisoblanadi. (hezniya *inguinalis obliqua incipiens*).

2. Churra xaltasi chov kanalining tashqi teshigi atrofiga kelsa- kanal churrasi (*h.inguinalis obliqua canalis*) deyiladi.

3. Churra kanaldan chiqib chov sohasida shish hosil qiladi va qiyshiq chov urug' tizimi churrasi (*h.obliques funicularis*) hisoblanadi.

4. Churra bo'rtmasi urug' tizimchasi yo'li bilan yorg'oqda aniqlansa- qiyshiq chov yorg'oq (*h.inguino-scrotalis*) churrasi deyiladi.

Demak, qiyshiq chov churrasi chov kanalining orqa devorida o'zgarishlar va ichki teshigining kengayishi sababli hosil bo'ladi. Ichki teshigi churra darvozasi hisoblanadi.

Sog'lom odamlarda chov kanalining ichki teshigi ichki bosimga qarshi turadigan klapan rolini o'ynaydi. Uncha chuqur bo'lmagan ichki teshigi halqasi devorlari ko'ndalang mushakning mushak- pay tolalari hamda Gisselbax bog'lami (pastdan, ichkaridan) bilan yaxshi mahkamlangan.

Bundan tashqari qorinning ichki qiyshiq mushagi ham uni oldindan yopib ichki bosimga qarshilik qiladi.

Agar chov oralig'i uchburchak shaklida bo'lib, ichki va ko'ndalang mushaklar qirralari yuqorida joylashgan, organizm kuchsizlanib mushaklarda degenerativ o'zgarishlar bo'lib atrofiya bo'lsa, hamda Gisselbax bog'lami bo'lmasa churra hosil bo'lishga yaxshi imkoniyat tug'iladi.

Churraning rivojlanishi bilan chov kanali anatomiyasi o'zgarib boradi. Ichki halqa kengligi kattalashib hatto 7-8 marta sog' odamlardagi hajmiga nisbatan ortib ketadi.

Qiyshik chov churrasi boshlanayotgan, kanal sohasidagi, urug' tizimchasi qiyshiq churrasi va qiyshiq chov-yorg'oq churrasi bosqichlarini o'tadi. Qiyshiq chov churrasining hosil bo'lishida chov kanalining orqa devori o'zgaradi va chov oralig'i kengayib, churra darvozasini hosil qiladi.

Shunday qilib, qiyshiq chov churrasining patogenezida konstitutsional yoshga bog'liq va har xil ijtimoiy omillar ta'sirida rivojlanadigan chov kanali orqa devorining yetishmovchiligi muhim rol o'ynaydi.

B. To'g'ri chov churralari (hernia inguinalis directa).

To'g'ri chov churrasida qorin old devoridagi bo'rtma lossa inguinalis medialis coxasida hosil bo'ladi. To'g'ri churra teri tagi yog' qatlamiga chov kanalining tashqi teshigi orqali chiqadi.

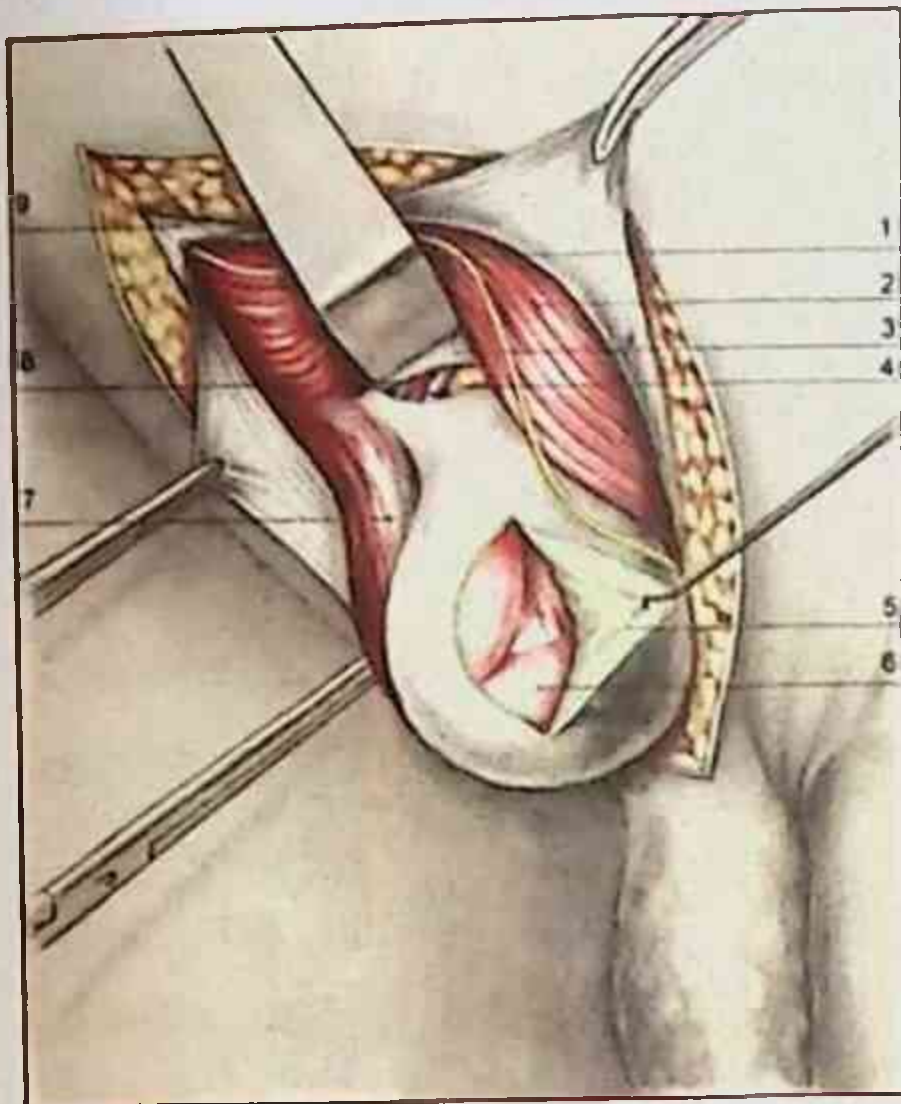
To'g'ri chov churrasi rivojlanishi bosqichiga qarab N.I.Kukudjanov keltirilishi buyicha quyidagi turlarga bo'linadi.

1. Boshlanayotgan to'g'ri chov churrasi (h.inguinalis dizecta incipiens)

2. Interstisial to'g'ri chov churrasi (h.inguin.dizecta.interstisialis)

3. To'g'ri chov – yorg'oq churrasi (h. iguinoilis dizecta scrotalis).

To'g'ri chov churralari ortirilgan bo'ladi, qiyshiq chov churralari esa ortirilgan va tug'ma bo'lishlari mumkin. Ortilgan qiyshiq chov churralarida churra xaltasi uning ichidagi hosilasi bilan moyakdan alohida joylashgan.



To'g'ri chov churrasining ko'rinishi:

- 1 — n. ilioinguinalis;
- 2 — m. obliquus internus abdominis;
- 3 — fascia transversalis;
- 4 — qorin oldi yog' to'qimasi;
- 5 — churra xaltasi;
- 6 — ingichka ichak;
- 7 — funiculus spermaticus;
- 8 — a. et v. epi-gastrica inferior;
- 9 — m. obliqui externi abdominisning aponevrozi.

Chov kanaliga urug' tizmachasidan tashqari, chov oralig'idan kirib, olat ildizi oldida teri ostidan bo'rtib chiqadi va hatto o'lchami kattagina bo'lganda ham yorg'oqqa kamdan kam hollarda tushadi. Bu churra doimo orttirilgan bo'ladi. To'g'ri chov churralari boshlang'ich, interstitsial, to'g'ri chov yorg'oq bosqichlariga bo'linadi. To'g'ri chov churralari hama chov churralarining 5-10% ini tashkil qiladi va asosan giperstenik erkaklarda uchraydi.

To'g'ri churraning xirurgik anatomiyasi qiyshiq churranikidan farq qiladi. Churra darvozasi bo'lib chov oralig'i hisoblanadi - yani «kuchsiz joy» deyiladi. Chov oralig'ining shakli bilan to'g'ri chov churrasining hosil bo'lishida to'g'ridan to'g'ri bog'liqlik bor. Chov oralig'ining qiyshiq yoriq shaklida bo'lganda churra kam hosil bo'ladi, agar uchburchak shaklida bo'lsa churra hosil bo'lishga moyillik faktor hisoblanadi. Chunki qiyshiq-yoriq shaklida bo'lganda, mushaklar ularni ximoya qilish rolini bajaradi va churra hosil bo'lish sur'ati pasayadi.

Ichki qiyshiq mushakning pastki qirrasi va ko'ndalang mushaklar qov bo'rtmasiga va yonbosh suyak tojiga yaqinlashib yoy hosil qiladi. Qorin bo'shlig'idagi bosim oshganda mushaklar taranglashib yoy to'g'rilanadi va mushak qirralari chov bog'lamiga yaqinlashib chov kanalini yopib qoladi.

Chov oralig'ining uchburchak shaklida bo'lganda bu holat bo'lmaydi. Qorinning old devori taranglashganda bu mushak qirralari yuqorida qolib

chov oralig'i balandligi qisqarmaydi. Shuning uchun ham qorin bo'shlig'i bosimi oshganda chovning pastki qismida qorinparda va ko'ndalang fassiya qarshilik ko'rsatadi. Qorinparda bosim ko'tarilganda yengil chuzilib ketadi. Ko'ndalang fassiya mushaklarga pay tolalari bilan yopishgan bo'lsa ham ayrim holatlarda bu tolalar bo'lmasligi mumkin va uning mahkamligi kamayadi natijada qorinning ichki bosimiga qarshilik ko'rsataolmay qoladi.

Chov oralig'ining yoriq – qiyshiq shakli 62,8% erkaklarda, 82 % ayollarda, uchburchak shakli – 32 % erkaklarda, 15% ayollarda uchraydi.

To'g'ri chov churrasining hosil bo'lishi mushaklar, aponevrozda, paylarda bo'ladigan anatomo-fiziologik o'zgarishlar, qari yoshlik kishilarda, ularning atrofiya bo'lishi bilan bog'liq. Chov oralig'i bunday paytda kengayadi, mushaklarning klapan funksiyasi yo'qoladi va ko'pincha qari yoshdagi kishilarda ikki tomonlama to'g'ri chov churrasi hosil bo'ladi.

Churra xaltasi to'g'ri churrada yumaloq shaklida bo'lib qorinparda oldi to'qimalari bilan qoplanadi va ko'ndalang fassiya juda taranglashgan bo'ladi.

Churra xaltasi urug' tizimidan medial tomonda joylashib operatsiya paytida yengil ajraladi. Shunday qilib to'g'ri chov churrasida chov kanalining orqa devorining yetishmovchiligi kuzatiladi.

To'g'ri chov churralarining hosil bo'lishidagi anatomo-fiziologik xususiyatlaridan biri qari kishilarda mushaklar, aponevroz va bog'lamlardagi atrofiyalar hisoblanadi. Natijada chov oralig'i kengayadi, mushaklarning qarshilik xususiyati pasayadi va ikki tomonlama chov churrasi hosil bo'ladi.

Obyektiv simptomlari: qorin bo'shlig'iga to'g'irlanadigan churra bo'rtmasi borligi, churra darvozasini aniqlash (churra to'g'irlangandan keyin aniqlanadi) yo'tal turtkisi fenomeni borligi.

Qiyshiq chov churrasini to'g'ri churradan farqlash belgilari:

1. Qiyshiq churralarda churraning shakli qiyshiq, to'g'ri chov churrasida esa yumaloq bo'ladi.

2. Urug' tizimchasiga nisbatan – qiyshiq churralarda urug' tizimchasi churra xaltasidan medial, to'g'ri churralarda esa lateral tomonda paypaslanadi.

3. Qiyshiq churralar bir tomonlama, to'g'ri churralar esa ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

4. Churra darvozasi yo'nalishi – to'g'ri churralarda to'g'ri, qiyshiq churralarda esa qiyshiq bo'ladi.

5. To'g'ri churralar asosan keksalarda, qiyshiq chov churralari esa yoshlar va o'rta yoshli kishilarda ko'proq uchraydi.

6. To'g'ri churralarda a.epigastrica interna pulsatsiyasi urug' tizimidan lateral tomonda, qiyshiq chov churralarida esa medial tomonda aniqlanadi.

7. To'g'ri churralarda churra darvozasi orqali chov-qov orqa yuzasini barmoq uchi bilan sezish mumkin, qiyshiq churrada bunga chov uchburchagi lateral bo'limining mushak-aponevrotik elementlari xalaqit qiladi.

8. Kelib chiqishiga ko'ra to'g'ri chov churralari «kuchsizlikdan», qiyshiq churralar esa «zo'riqishdan» rivojlanadi.

9. Qiyshiq chov churralari yorg'oqqa tushadi, to'g'ri churra esa amalda tushmaydi, juda katta churralar bo'lganda yorg'oqqa tushishi mumkin.

Moyak istisqosi perkussiyada to'mtoq tovush beradi, oldingi qorin devoridan keskin chegaralangan va diafanoskopiya musbat bo'ladi.

Urug' tizimchasi venalarining varikoz kengayishi (varikosele) bemor kuchanganda, bosganda osonlikcha puchayib qoladigan egri – bugri yumshoq tuzilmalar (qonglomeratlar) ko'rinishida paypaslanadi.

Shuningdek limfadenit, lipoma, son churrasi, tromboflebit va posttrombotik kasallikdagi qorin oldingi devori venalari kengayishi differensial diagnostika uchun yordam beradi.

Tashqi siydik pufagi usti churrasi (hernia supravesicalis).

Chov chuqurchasidan ichkariga joylashgan o'rta va medial pufak, kindik burmalari bilan va siydik pufagi qismi bilan pastdan chegaralangan chuqurcha bo'lib hisoblangan- fovea supravesicalis-dan chiqadi. Churra darvozasi bo'lib chov oralig'ining medial qismi hisoblanadi. Bu juda kam uchraydigan to'g'ri chov churrasining bir ko'rinishi bo'lib hisoblanadi. N.I.Kukudjanov 2245 ta chov churrasi bilan operatsiya qilgan bemorlardan 6-tasida siydik pufagi usti churrasi aniqlanganligi to'g'risida axborot bergan. Bu churraning hosil bo'lishidagi asosiy faktor bo'lib chov oralig'ining balandligi va qorinning old devori

mushak aponevroz to'qimalarining atrofik degenerativ o'zgarishlari hisoblanadi. Siydik pufagi usti churrasi asosan qari erkaklarda uchraydi. Churra hosil bo'lishi yo'li to'g'ri ammo churra xaltasi chov kanaliga tushishi uchun qorinning to'g'ri mushagi qirrasining aylanib o'tishi kerak. Shuning uchun ham bu churraning klassik holdagi to'g'ri chov churrasidan farqi churra xaltasining bo'yni uzun va qisqa bo'lishidir.

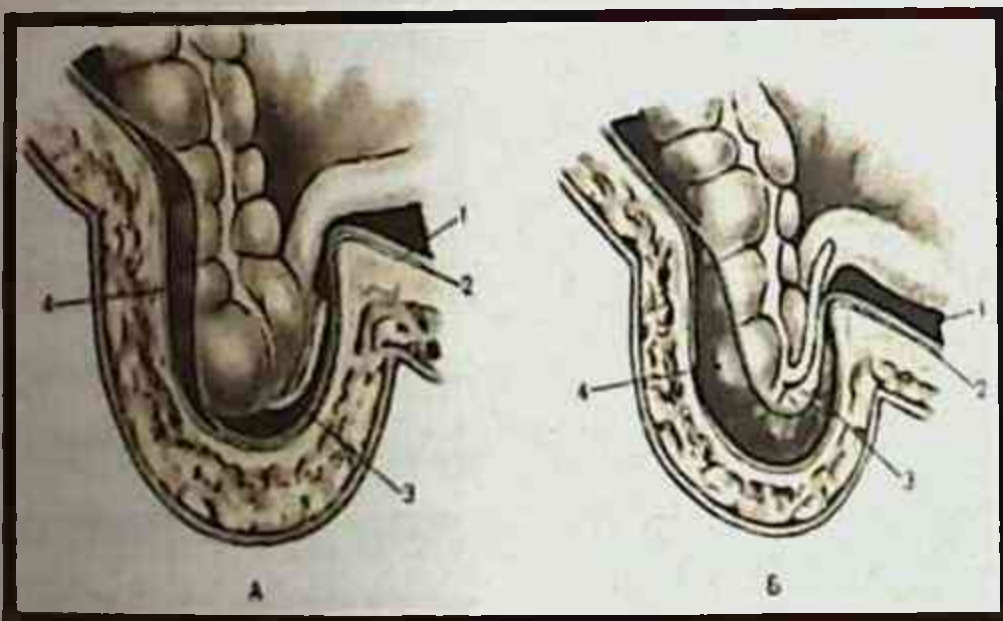
5.2. SIRPANUVCHI CHURRALAR

Sirpanuvchi churralar. Bu churra xaltasining devorlaridan birining qorinpardasi bilan qisman qoplangan (masalan - siydik qopi, yuqoriga ko'tariladigan va pastga tushadigan yo'g'on ichak) a'zolar tashkil qiladigan churralardir. Churra xaltasi kamdan-kam hollarda batamom bo'lmaydi.

Yo'g'on ichakning sirpanuvchan churralari aksariyat qiyshiq chov churralarida bo'ladi. Sirpanuvchi churralar hamma chov churralarining 0,6-3,6 % ini tashkil etadi. Ular tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin.

Yo'g'on ichak sirpanuvchan churrasining maxsus simptomlari bo'lmaydi. Odatda bu yoshi ulg'aygan va keksa odamlardagi churra darvozasi keng va katta churradir.

Qovuqning sirpanuvchan churralarida siydik chiqarish buziladi yoki siydik ikki bo'lib chiqariladi, avvaliga bemor kovug'ini bo'shatadi, keyin churra bo'rtmasini bosganidan keyin kaytadan siydik chiqarish mayli paydo bo'ladi va bemor yana siyadi.



Sirpanuvchi churra

Quyidagi hollarda
sirpanuvchan churra borligiga

taxmin qilish mumkin:

1. Katta va uzoq davom etuvchi, churra darvozasi keng chov churralarida.
2. Ko'p retsdivlanuvchi churralarda.

3. Bemorning maxsus shikoyatlari, yani ayrim a'zolarning sirpanish belgilari borligi.

4. To'g'rilanmaydigan yoki qisman to'g'rilanmaydigan churralarda.

5. Churra xaltasini bosganda hamirsimon konsistensiya aniqlanishi.

6. Siydikning ikki bo'lib chiqarilishi.

Churra xaltasini hosil qilishda qorinpardaning pariyetal qobig'idan tashqari, qorinpardaning visseral qavati ham qatnashadi. (Sirg'anib tushuvchi a'zolarning bir qismini yopganligi uchun).

Hama churralarning 0,6-4%ni sirg'anib tushuvchi churralar tashkil qiladi. S.Ya.Doletskiyning bergan ma'lumotiga asosan bolalarda sirpanuvchi churralar 2,9-4,5%-ni tashkil qiladi.

Sirpanuvchi churralarda katta amaliy ahamiyati ega, siydik qopi, ko'richak, ayollar jinsiy a'zolari (tuxumdonlar, naylari, bachadon) ko'proq uchrashi, chambar ichakning yuqorigi ko'tarulovchi qismi, uning tushuvchi qismi, sigmasimon ichak, siydik naylari va buyraklarning sirpanuvchi churralari kamroq uchraydi.

Siydik qopining sirpanuvchi churrasi ko'pincha orttirilgan bo'ladi. Bu churralarning kelib chiqishida mahalliy va umumiy faktorlariga bog'liq. Mahalliy faktorlarga chov kanalining orqa devori kuchsizligi, churra darvozaning kengligi, ko'pincha to'g'ri va qiyshiq chov churralarning borligi.

Yosh va o'rta yoshdagi kishilar sirpanuvchi siydik qopi churrasi paravezikal to'qimalarining yigilib qolishi balki qorin pardani suradi va siydik qopining erkin harakati kuchayadi va churra darvozasidan chiqib ketadi. Qari yoshdagi bemorlarda asosan patogenetik rolni bo'ladigan degenerativ o'zgarishlar o'ynaydi. Siydik qopi devori o'zining elastik xususiyatini yo'qotadi va tonusi buziladi.

Bunday bemorlarda surunkali koprostaz, qabziyat, prostata bezining gipertrofiyasi, siydik yo'llari strikturasi sababli siydik qopi kengayadi va chuzilishi ham ahamiyatga ega. Churra xaltasi tashqari va orqada joylashib, oldindan va ichkaridan siydik qopi joylashadi.

Ko'r ichakning sirpanuvchi churrasi ekstraperitoneal va paraperitoneal holda uchraydi. Birinchi holda churra xaltasi yo'q, churra dumpagi ko'richakning orqa segmenti hisobidan va qorinpardadan holi turadi.

Operatsiya paytida churra xaltasi deb ko'richak devorini kesib qo'yish mumkin. Ikkinchi holatda churra xaltasining tashqi va orqa devorini qorinparda bilan yopilgan ko'richak devori tashkil qiladi. Visseral parda bilan yopilmagan qismi churra xaltada tashqarida yotadi. Shunday churrani hosil qilishda chuvalchangsimon o'simta va ingichka ichakning terminal qismi ham qatnashishi mumkin.

Bolalarda sirpanuvchi churralar ko'richakning va yuqoriga ko'tariluvchi yo'g'on ichakning tug'ma – past joylashishi asosiy etiologik faktor hisoblanadi. Kattalarda ko'richak va uning yuqoriga ko'tariluvchi qismi chanoq bo'shlig'ida joylashganida bog'lam apparatining tug'ma kuchsizligi va ko'richakning xaddan tashqari erkin bo'lishi (caecum mobile) hisoblanadi. Boshqa faktorlarda ko'ndalang fassiyaning kuchsizligi va churra darvozasining kengligi hisoblanadi. Ayollarda sirpanuvchi churralar tug'ma va orttirilgan bo'ladi. Tug'ma churralar yosh bolalarda uchrashishi ko'proq kuzatilib, rivojlanish nuqsonlari-Mekkel divertikulining obliterasiya bo'lmasligi, bachadon yumaloq bog'laminig qisqa bo'lishi, tuxumdon bog'lamlarini cho'zilishi, chanoq a'zolarining (tuxumdon naylari, bachadonning) yuqori joylashishi, qinning uzunligi, qinning atreziyasi, bachadonning rivojlanmaganligi yoki ikki shoxli bachadonlar bo'lishi hisoblanadi.

Chov retsidiv churralari. (hernia inguinalis recidiva).

Chov churralarning retsidivi hozirgi gernerologiya fanining muhim muammolaridan hisoblanadi. Bizning kuzatuvimiz va adabiyotlardagi ma'lumotlarga asosan har 9-10 churra bilan operatsiya qilingan bemorlarda retsidiv kuzatilmoqda. Ayrim holatlarda chov churrasini operatsiya qilishdan keyin 2 marta – hatto 3 marta retsidiv berganligi kuzatiladi. Bu o'ta og'ir chov churralari – bo'lib, ularni davolashda xirurgdan juda katta mas'uliyat va mahorat talab qiladi. Chov churralarining retsidivi bo'lishida har xil sabablar ko'p:

1. Operatsiyagacha bo'lgan sabablar.
2. Operatsiyaning xiliga va uni bajarishdagi texnik usullariga.
3. Operatsiyadan keyingi davrdagi sabablar.

Birinchi guruh sabablarga:

A) chov sohasida deyarli katta o'zgarishlar bo'lganiga qaramay operatsiyaning kech qilinishi. Xirurgiyaning postulatlaridan biri bu churra qancha uzoq davom etsa, shuncha chov kanalida morfologik o'zgarishlar chuqur bo'ladi. Albatta bunday churralarda retsidiv ko'p bo'ladi.

B) ikkinchi bemorning yoshi. Ayniqsa qari yoshdagi bemorlarda chov sohasidagi to'qimalarda degenerativ o'zgarishlar ko'p retsidiv bo'lishiga olib keladi.

D) Churra bilan yurgan bemorlarda surunkali kasalliklar (prostata bezi gipertrofiyasi, siydik yo'llari strikturasi, surunkali qabziyat, surunkali bronxit, o'pka empiyemasi va hokazolar)ning paydo bo'lishi.

E) Operatsiyadan oldingi davrda bemorlarni yaxshi tekshirmaslik, har xil infeksiyon kasalliklar, surunkali tonzillit, yiringli kasalliklar bilan sanatsiya qilmasdan operatsiya qilish.

Ikkinchi guruh retsidivlar sabablariga:

A) Operatsiya usulini churra hosil bo'lishdagi patogenetik sharoitlarni hisobga olmay, noto'g'ri tanlash. Masalan to'g'ri va retsidivli chov churralarida chov kanalining oldingi devorini mahkamlash, kengaygan chov kanali teshigini va chov oralig'i yuqoriligini hisobga olmaslik.

B) Operativ texnikadagi qo'pol defektlar: yaxshi gemostaz qilmaslik, churra xaltasini cho'ltog'ini uzun qoldirish, boshqa churralarni ko'rmasdan qoldirish, iplarning sitilishi, to'qimalarni yaxshi tikmaslik, tomirlar va nervlarning jarohati.

Alloplastik qilinganda yuqori to'qimalar reaksiyasini beradigan plastik materiallar ishlatilishi.

Uchinchi guruh retsidiv sabablari bo'lib operatsiya yarasining yiringlashi, bemorlarda yarada yaxshi chandiq hosil bo'lmasdan yuklama berish, operatsiyadan keyingi davrda og'ir jismoniy mehnat qilish.

Shunday qilib retsidivni profilaktika qilishning eng muhim omillari operatsiyadan oldingi davrni to'g'ri o'tkazish, individual holda differentsiallangan operatsiya usulini qo'llash, operatsiya qilish texnikasini takomillash, operatsiyadan keyingi, erta va kechki vaqtlarda jismoniy zo'riqishlarni chegaralashdan iborat.

Eng ko'p retsiv beradigan churralar sirasiga to'g'ri chov, sirpanuvchi va katta chov churralari kiradi. Bemorlarda qayta retsiv bo'lish moyilligi hozirgi kunda 40-42%-ni tashkil qiladi.

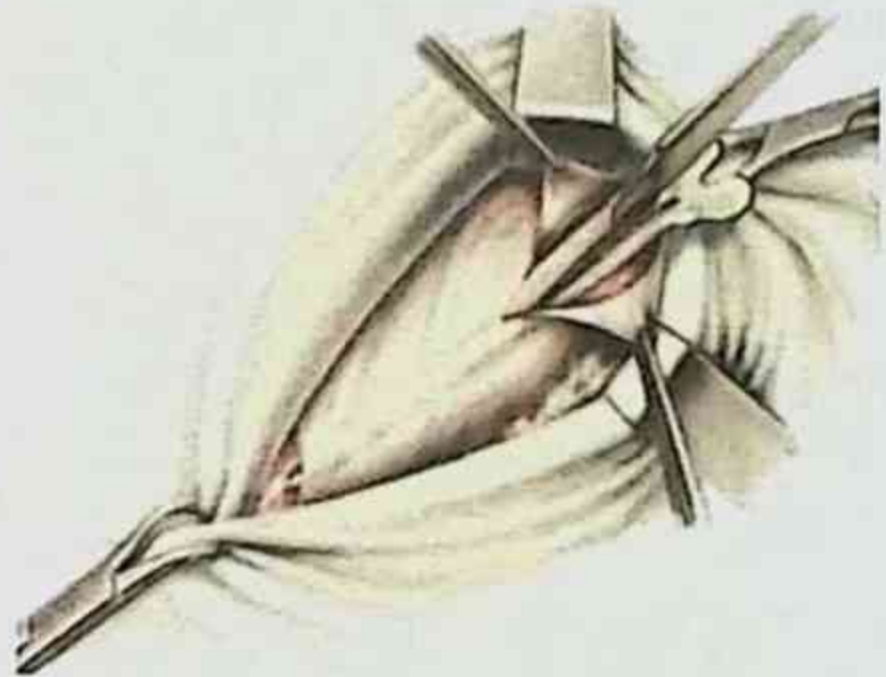
Chov churralarini davolash. Chov churralari boshqa churralarga nisbatan ko'p uchrab 73-74%-ni tashkil qiladi. Chov churralarini operatsiya yo'li bilan davolashning juda ko'p usullari mavjud. Ular churrani kesish operatsiyasining oxirgi etapi – chov kanalini plastika qilishdagina bir-biridan farq qiladi. Og'riqsizlantirish ko'pincha mahalliy bo'ladi. Asoratlangan shakllarida, shuningdek bolalarda operatsiya narkoz ostida o'tkaziladi.

Operatsiyaning asosiy bosqichlari:

1. Pupart bog'lamiga parallel ravishda qiyshiq chov kesmasi o'tkaziladi, teri va teri osti yog' to'qimasi, qorin tashqi qiyshiq mushagining aponevrozini kesish.

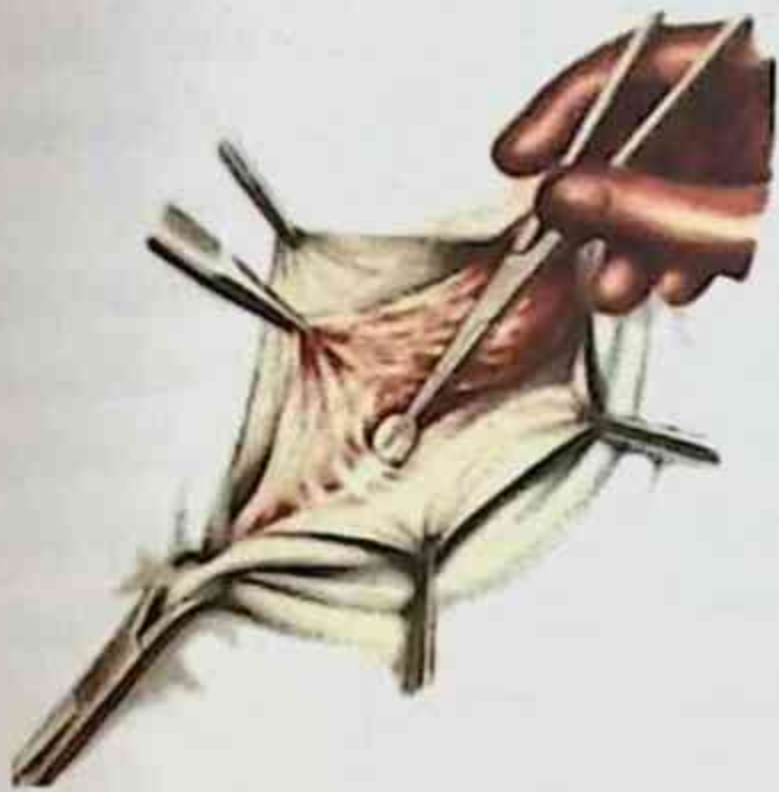


Chov churrasi operatsiyasida

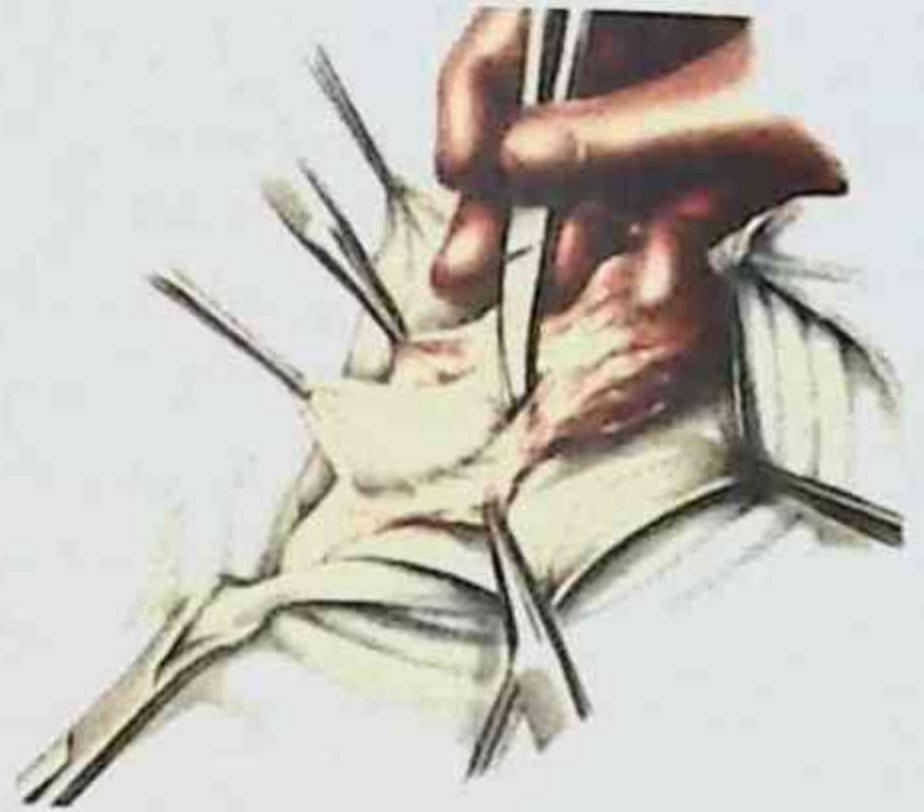


M. obliqui externi abdominis aponevrozini terini kesilishi chizig'i kesilishi

2. Churra xaltasini atrof to'qimalardan ajratish.

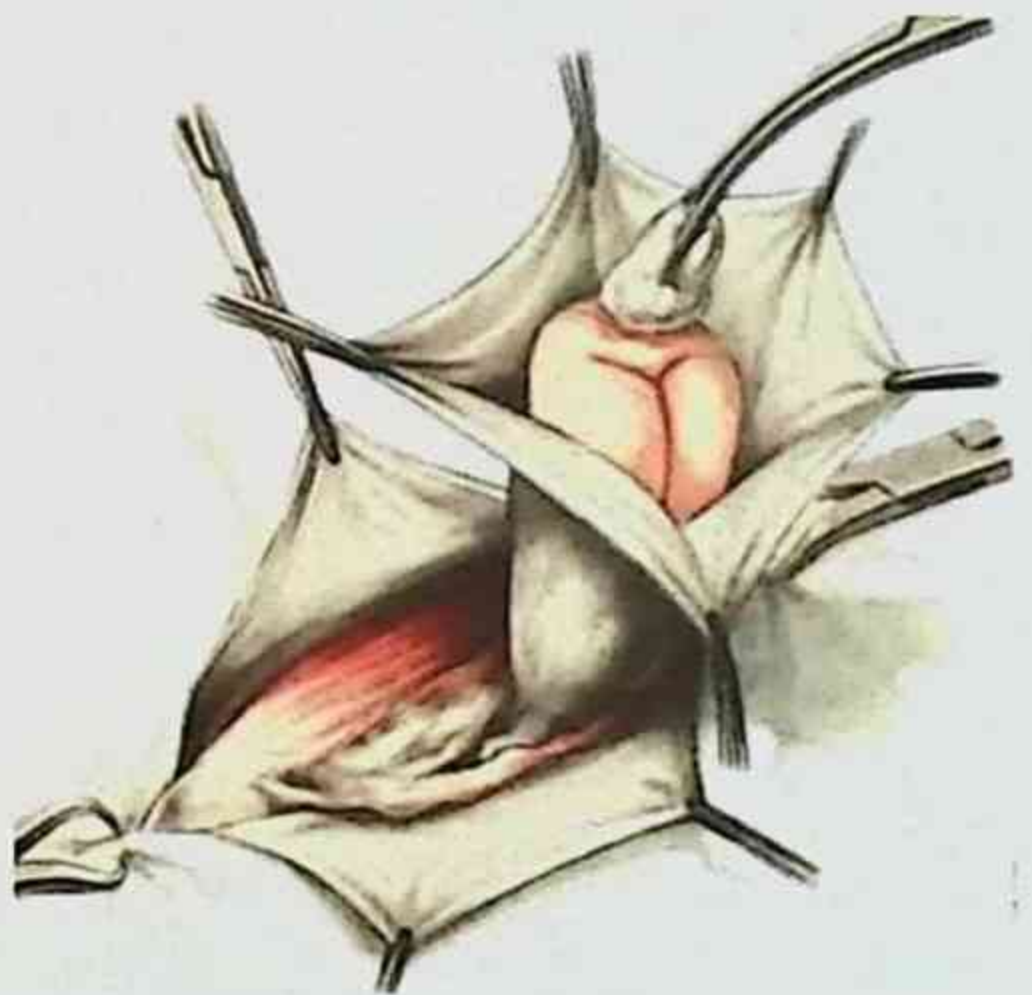
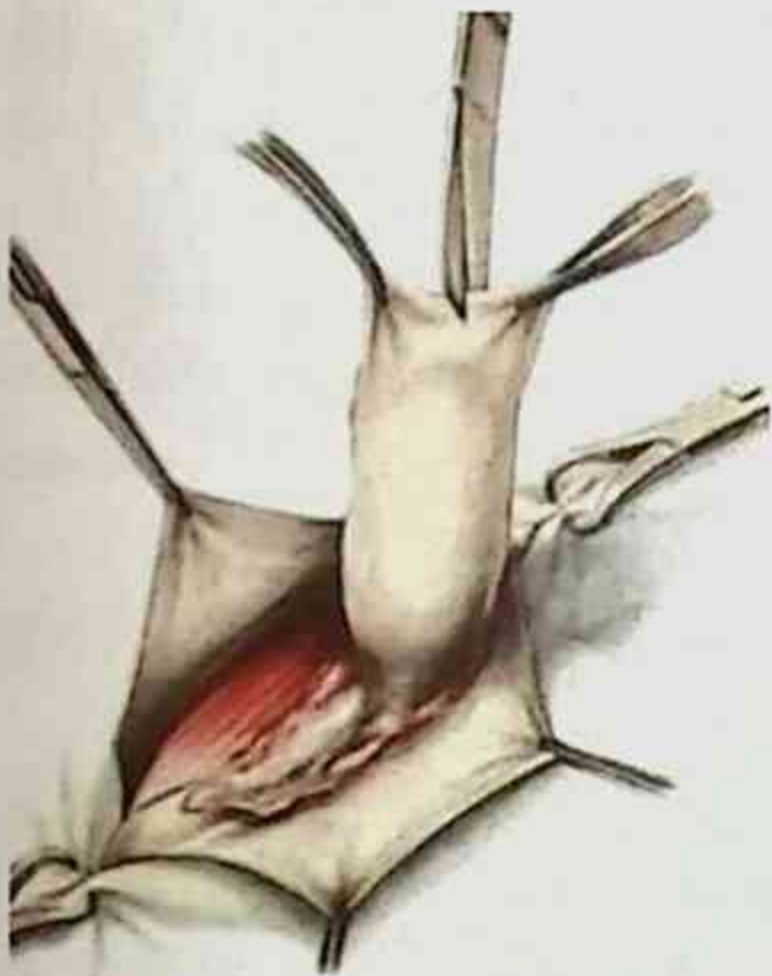


**M. obliqui externi abdominis
ochilishi**

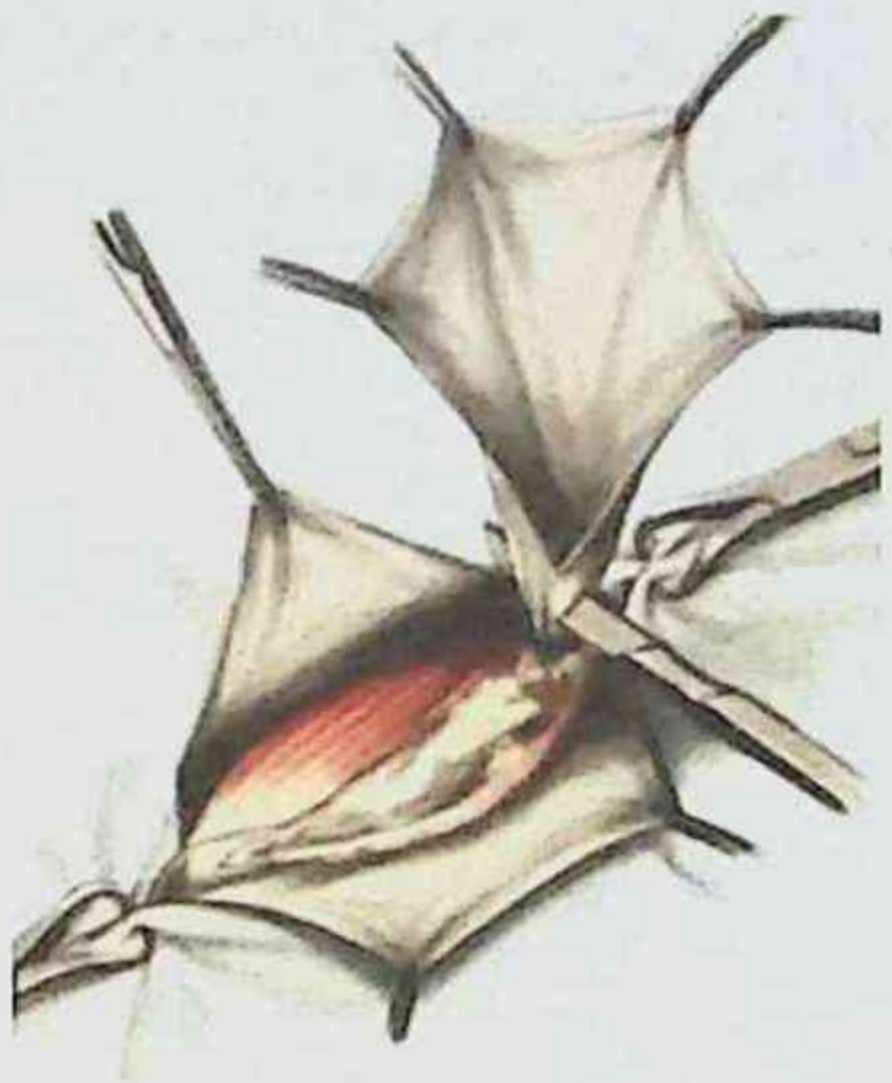
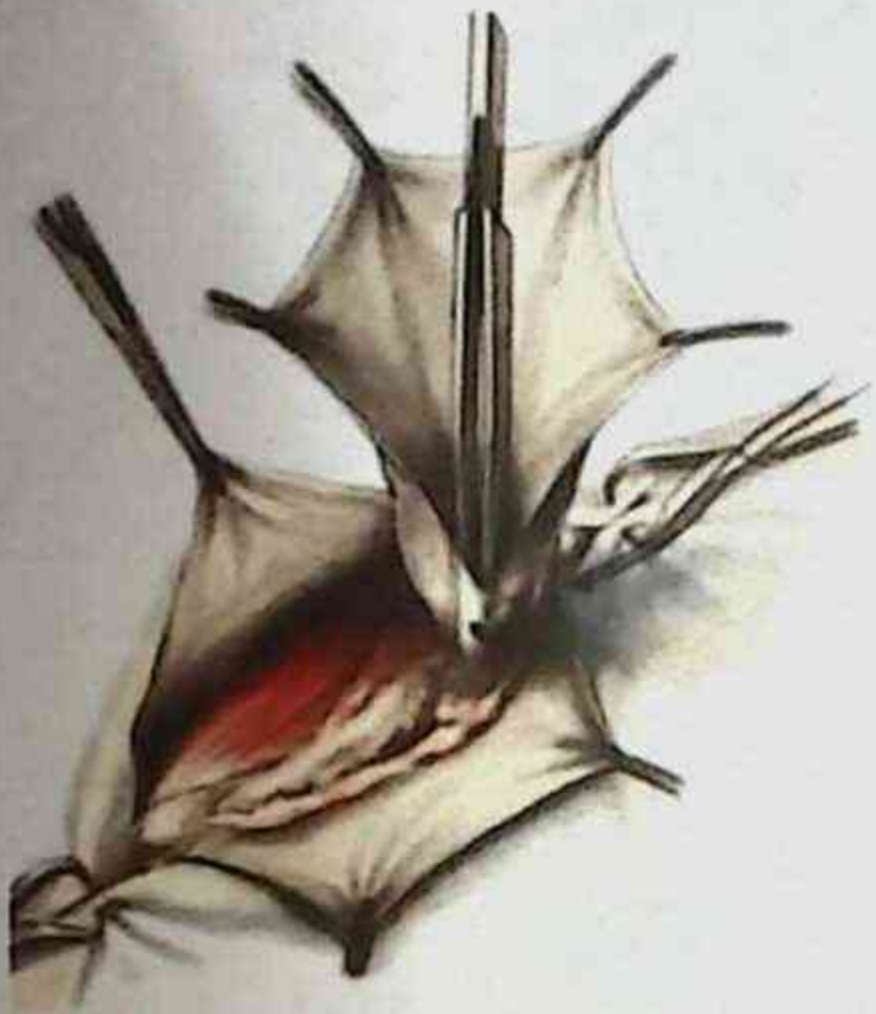


**Churra xaltasining aponevrozidan
churra xaltachasini ajratib olish**

3. Churra xaltasini kesish va qorin bo'shlig'iga churra hosilasini qorin bo'shlig'iga yuborish.



4. Chuqur chov yorig'ini, uning kengayib yoki buzilib ketgan holatlarida tikish. Ko'pchilik jarrohlr bu ishni amalga oshirmaydilar, shuning uchun ana shunday churralarni kesishdan keyin retsidiv hollari ko'p uchraydi.



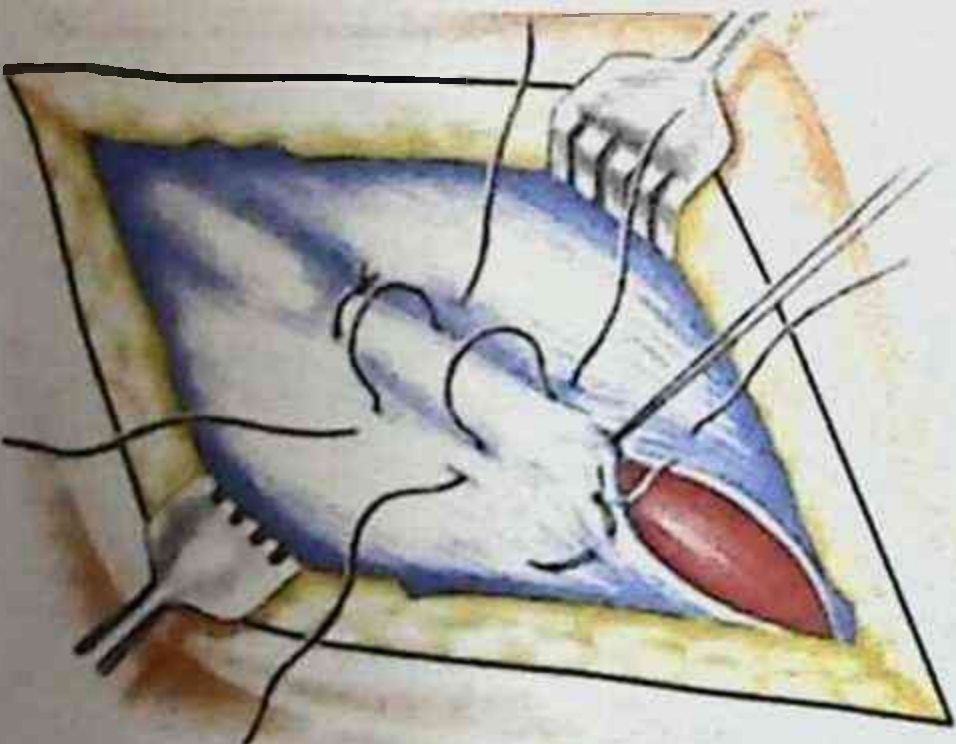
5. Churra kanalini plastika qilish.

Churra kanali turli usullar bilan plastika qilinadi va ular quyidagi ikki guruhga bo'linadi:

1. Chov kanali oldingi devorini qorinning tashqi

qiyshiq mushagining aponevrozini ochmasdan turib, mustaxkamlash.

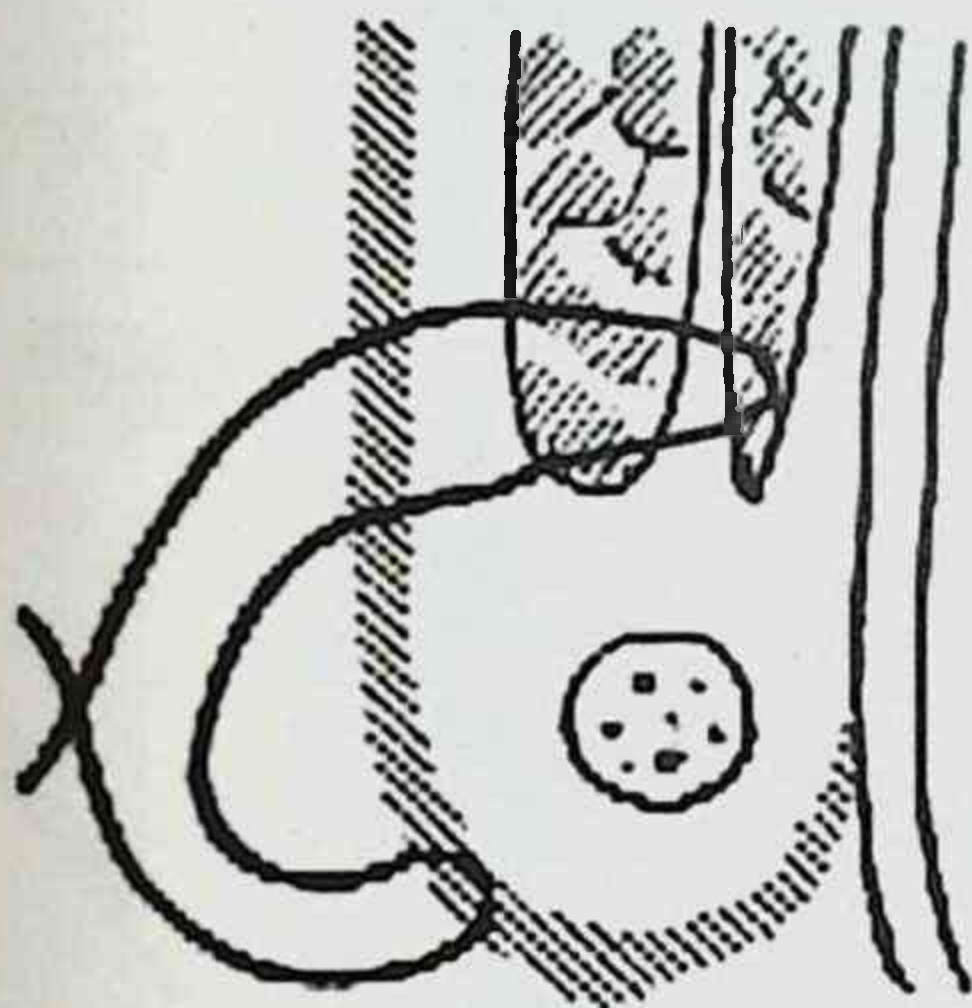
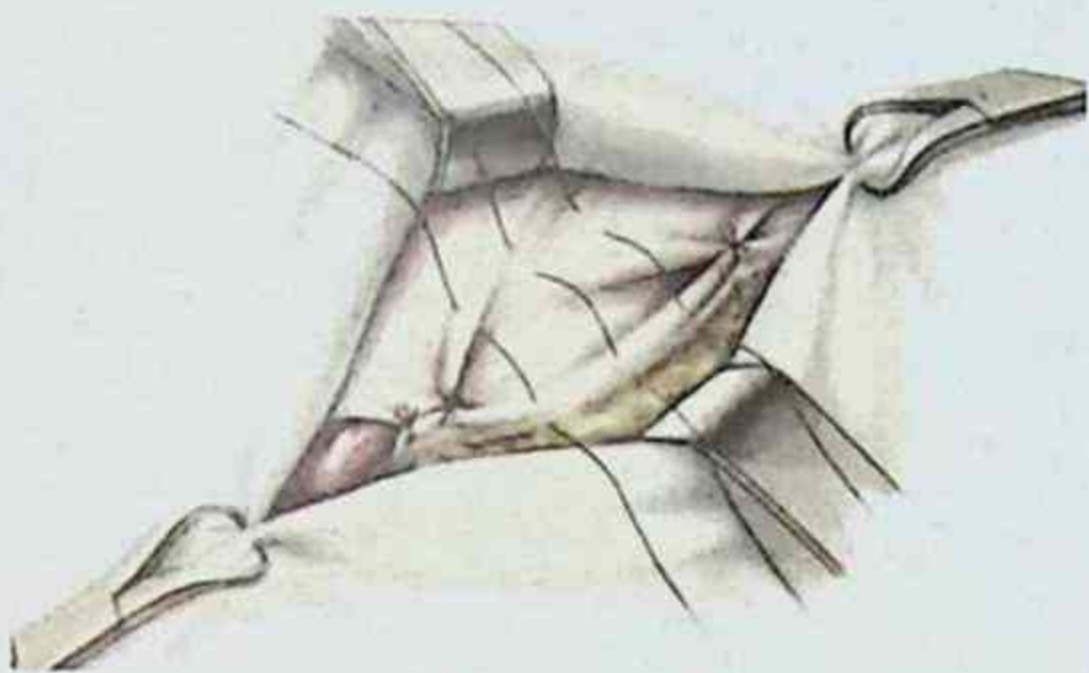
1. *Cherni usuli* – aponevroz oyoqchalariga ikkita chok va chov kanali oldingi devoriga 3-4 ta chok qo'yiladi.



2. *Ru usuli* – Cherni usulidan farqli ravishda, yuqoridan aponevrozdan tashqari ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarning pastki chekkasini, pastdan esa Pupart bog'lamini chokga qamrab oladi.

3. *Oppel usuli* – tashqi chov halqasi oyoqchalarini tikish bilan Ru usulini to'ldiradi. Halqadan ko'rsatkich barmoq uchi o'tishi kerak.

Churrani kesishning qorindan tashqarida o'tkaziladigan bu usullarning qator kamchiliklari bor, chov kanali ochilmasdan o'tkaziladi va aksariyat bolalarda foydalaniladi.

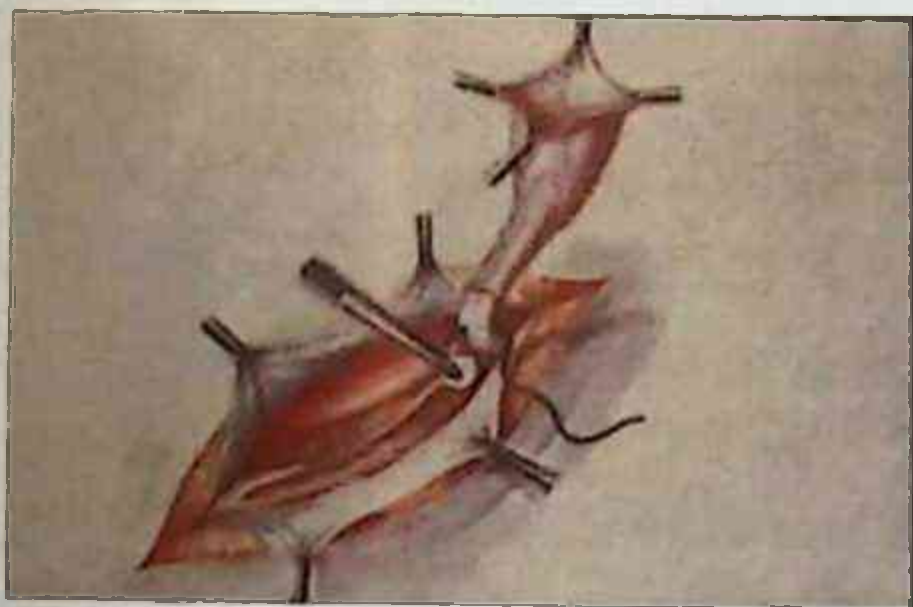


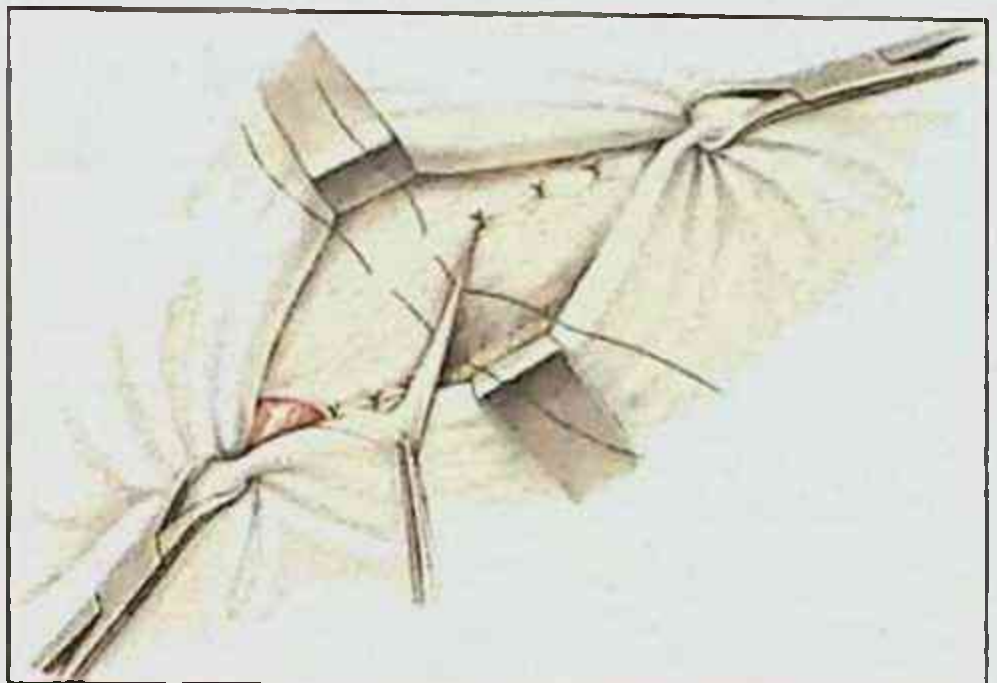
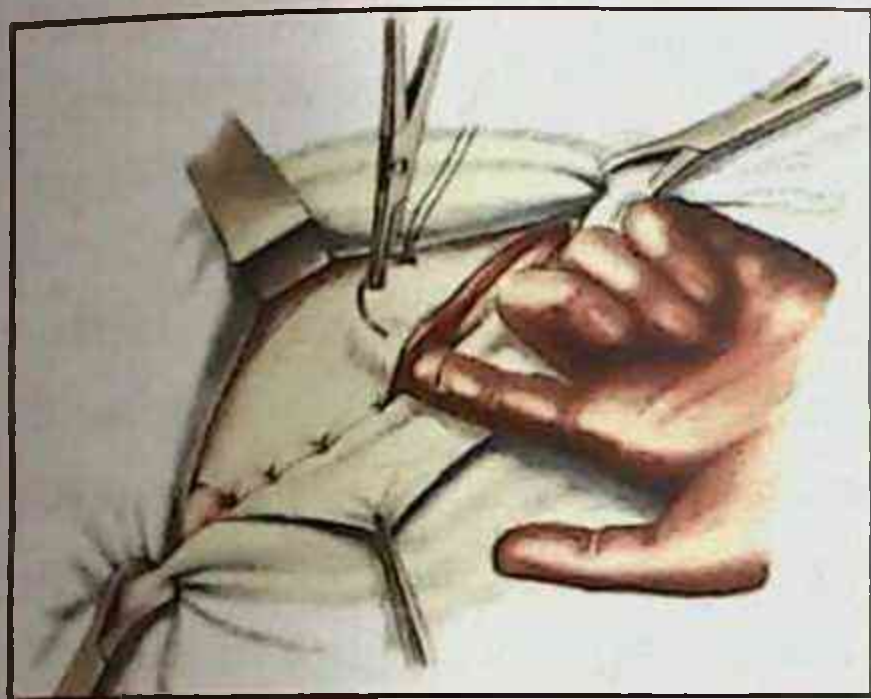
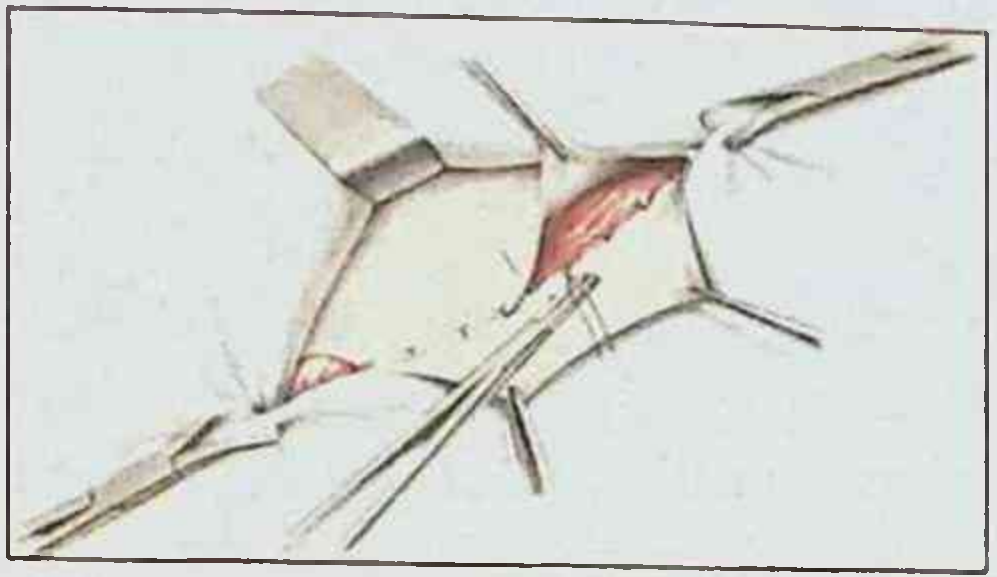
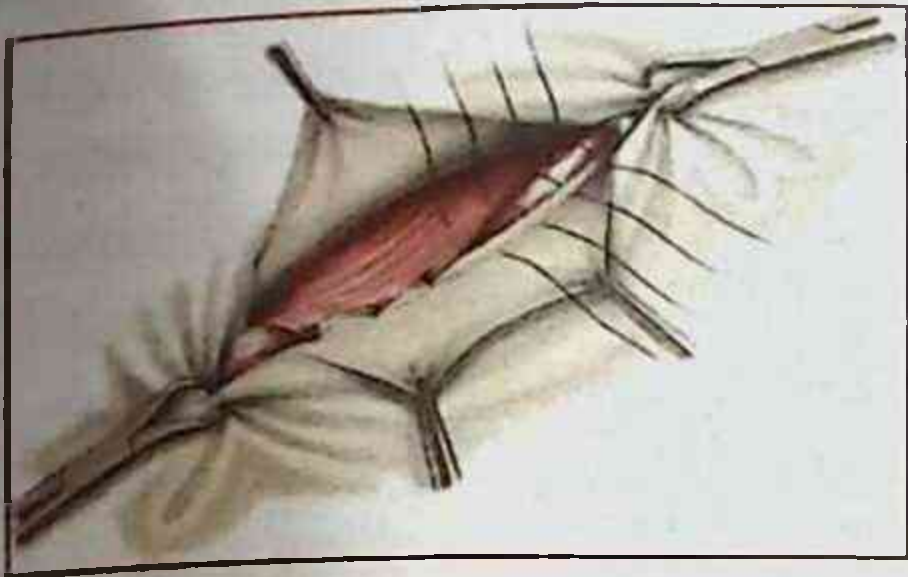
II. Aponevrozni ochib, chov kanali oldingi devorini mustaxkamlaydigan usullar:

A. *Qiyshiq chov churralarida chov kanalining oldingi devorini mahkamlaydigan usullar.*

1. *Martinov usuli* – tashqi qiyshiq mushak aponevrozidan dublikatura olinadi. Qiyshiq chov churralarining yengil shakllarida va chov oralig'i baland bo'lmaganda bajariladi.

2. *Jirar usuli* – mushaklar Pupart boylamining ichki yuzasiga tikilgandan keyin tashqi qiyshiq mushak aponevrozi, urug' tizimchasi oldingi tomonidan dublikatura hosil qilib yuqorigi varaqqa tikiladi.

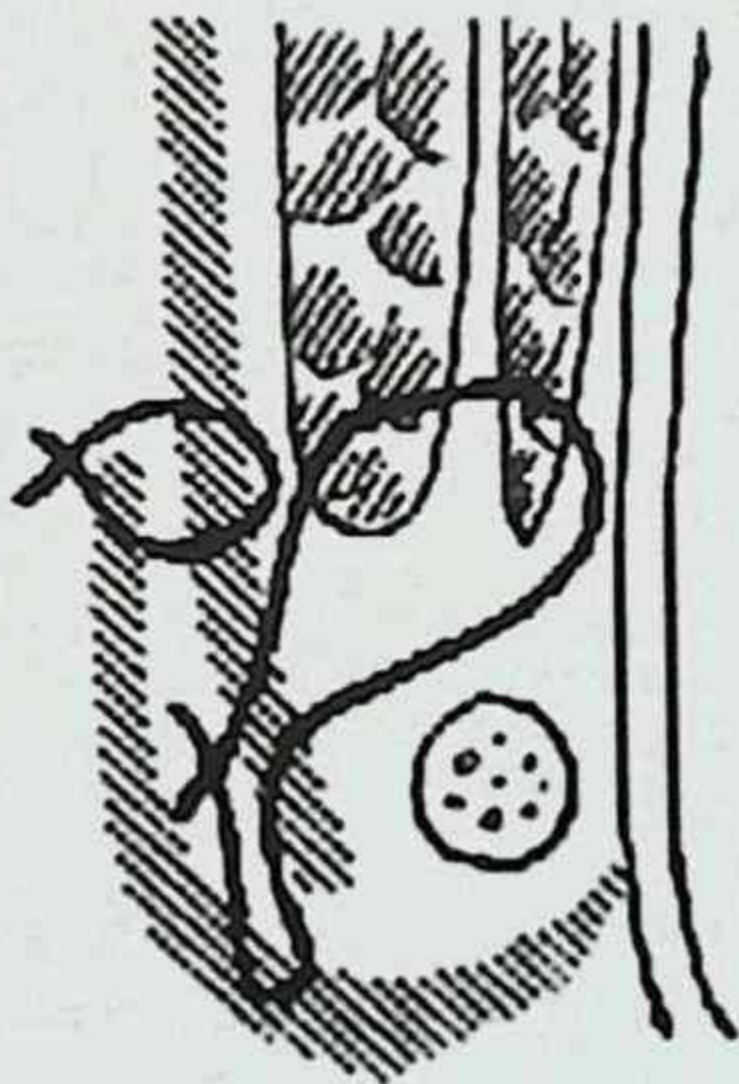




3. *Spasokukoskiy usuli* – Jirar usulidan farqli ravishda choklarning birinchi qatoriga aponevrozning yuqori laxtagini va ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarning chekkalarini qamrab oladi va Pupart bog'lamiga tikiladi. Choklarning ikkinchi qatori bilan aponevroz dublikaturasi vujudga keltiriladi.

4. *Kimbarovski usuli* – bir turdagi to'qimalar (tashqi qiyshiq mushak bilan Pupart bog'lami aponevrozi) ning qo'shilishiga asoslangan. Bunda ular yaxshiroq birikadi. Shu maqsadda original chok tavsiya qilingan.

Takrorlanadigan va katta churralarda shuningdek to'g'ri chov churralarida churra darvozalarini plastika qilish uchun chov kanali orqa devorini mustaxkamlaydigan usullar qo'llaniladi.



B.To'g'ri chov churralarida chov kanalining orqa devorini mahkamlaydigan usullar.

1. Bassini usuli – Urug' tizimchasi ajratiladi va u chekkaga surib quyiladi. Ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarni Pupart bog'lamiga tikiladi va shu tariqa chov kanalining orqa devori vujudga keltiradi. Urug' tizimchasi joyiga quyiladi va uning ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozi chekkalari tikiladi. Medial tomondan to'g'ri mushak qinining chekkasi chov bog'lamiga va qov suyagini pardasi ustiga tikib quyiladi.

Chov kanalining topografiyasini, bemorning yoshini, churraning turi va o'lchamini hamda usha sohadagi to'qimalar holatini e'tiborga olmasdan, standart ravishda operatsiya usulini qo'llash churraning retsivlanishiga olib keladi.

Anketa yordamida 87 ta klinikalarda tahlil o'tkazilganida, Jirar-Kimbarovskiy usulida – 41, Jirar-Spasokukoskiy usulida – 23, Jirar usuli buyicha – 5, Bassini usulida – 5 ta operatsiya qilingan. Bundan ko'rinadiki chov churrasining qaysi turi bo'lmasin chov kanalining oldingi devori plastika qilingan. Bizning fikrimizcha hozirgi kunda sanoqli klinikalarda qiyshiq va to'g'ri churralarni differensial holda operatsiya qilinadi. Ana shunday usullarni qo'llash churrani kesishdan keyin kuzatiladigan retsivlarning sur'atini pasaytiradi.

To'g'ri va qiyshiq chov churralarida (qiyshiq churra bo'lib, chov kanalining to'g'ri bo'lib ketishi, sirpanuvchi, pufak usti va resediv churralar) albatta chov kanalining orqa devorini plastika qilish kerak.

Agar churra juda katta, ko'p marta qaytalangan, chov kanali batamom buzilgan bo'lsa, chov kanalini yangidan tashkil qilish, autoplastik materiallardan foydalanish zarur. Juda kam holatlarda, qari kishilarda, ko'p marta qayta operatsiya qilinganda umuman chov kanalini berkitib tashlash mumkin, undan oldin moyakni va urug' tizimchasini batamom olib tashlash kerak.

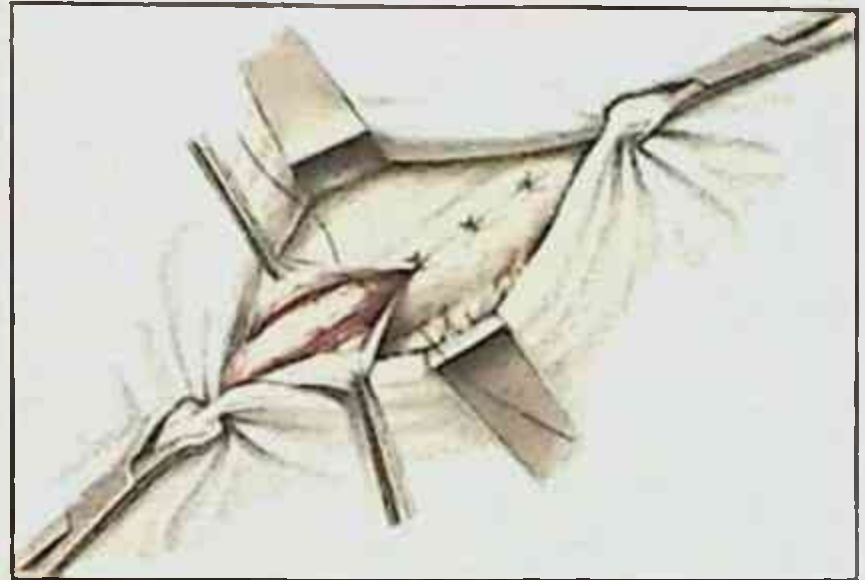
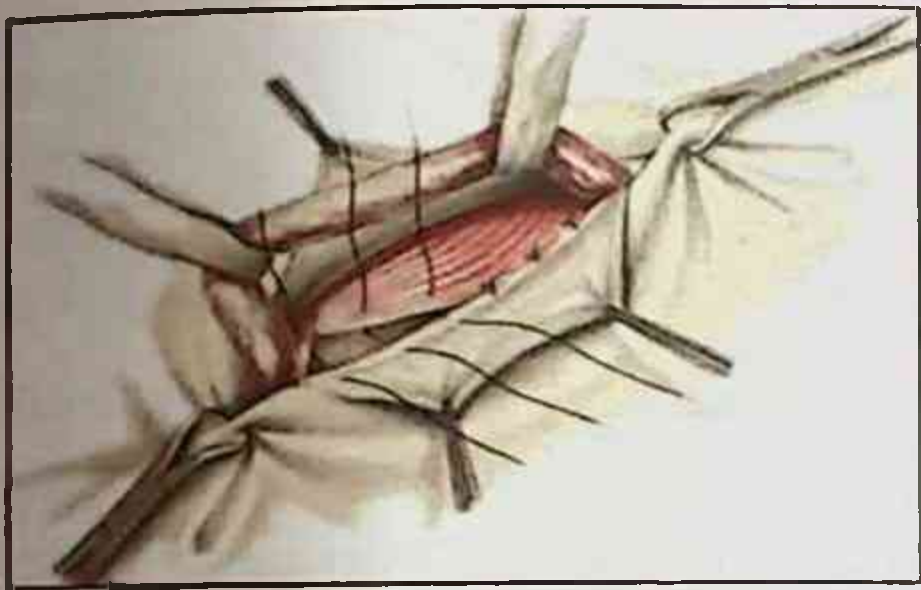
III. Chov kanalining orqa devorini mahkamlash usullari.

1. Bassini usuli – chov kanalining orqa devorini mahkamlashning klassik usulidir:

a) Urug' tizimchasining ketidan to'g'ri mushakning qirrasini, va uning qini qov bo'rtmasiga 1-2 tugunli iplar bilan tikiladi.

b) Ichki qiyshiq va ko'ndalang mushak va fassiyalarini chov bog'lamiga tikiladi (5-6 chok). Shunday qilib chov kanalining orqa devori ko'ndalang fassiya va mushaklar bilan mahkamlanadi. Ustidan urug' tizimchasi quyilib, ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevroz qirralari tikiladi. Bu usulning kamchiligi choklarga har xil to'qimalar olinadi. Buni yuqotish uchun ko'ndalang fassiyani chov kanali buyicha kesib, fassiyani choklarga olib chov bog'lamiga tikish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bu usul ko'ndalang fassiya juda kuchsizlanib qolganda yaxshi natija beradi.



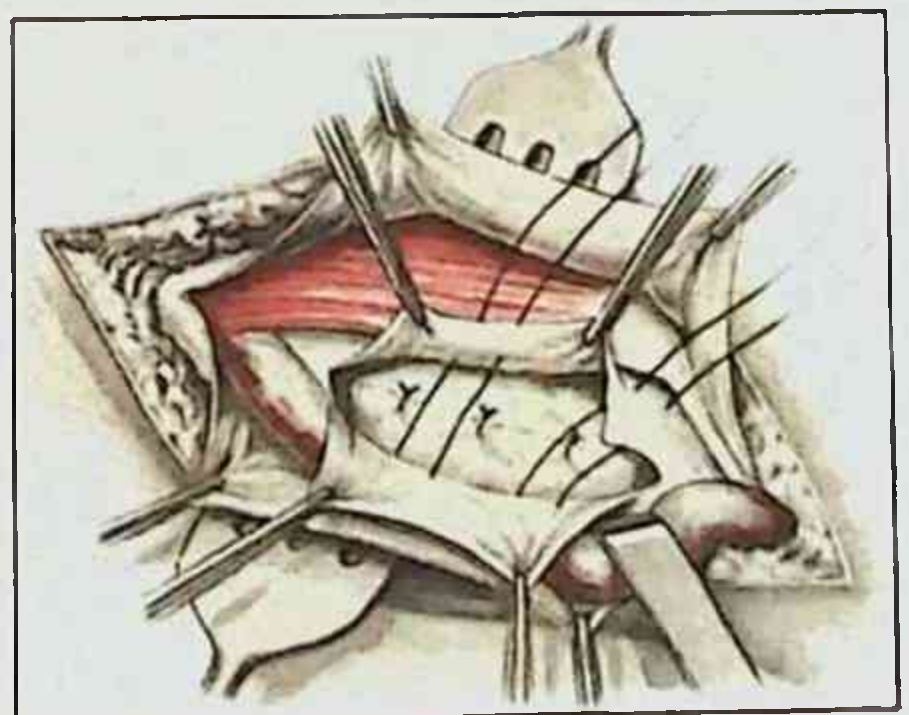
2. *Kukudjanov usuli* – asosan to'g'ri va qiyshiq chov churralarida qilinadi. Katta qiyshiq chov kanalining to'g'ri bo'lib ketgan hamda retsidivli churralarda churra xaltasi olinib, chovning chuqur teshigi tikilgach:

a) to'g'ri mushak qini va ko'ndalang bog'lami tikiladi. Buning uchun chov bo'rtmasi va yonbosh tomirlari qoplamasigacha 3 sm uzunlikda chok quyiladi.

b) ko'ndalang fassiyaning ustki va pastki varaqlari chov bog'lamiga tikiladi.

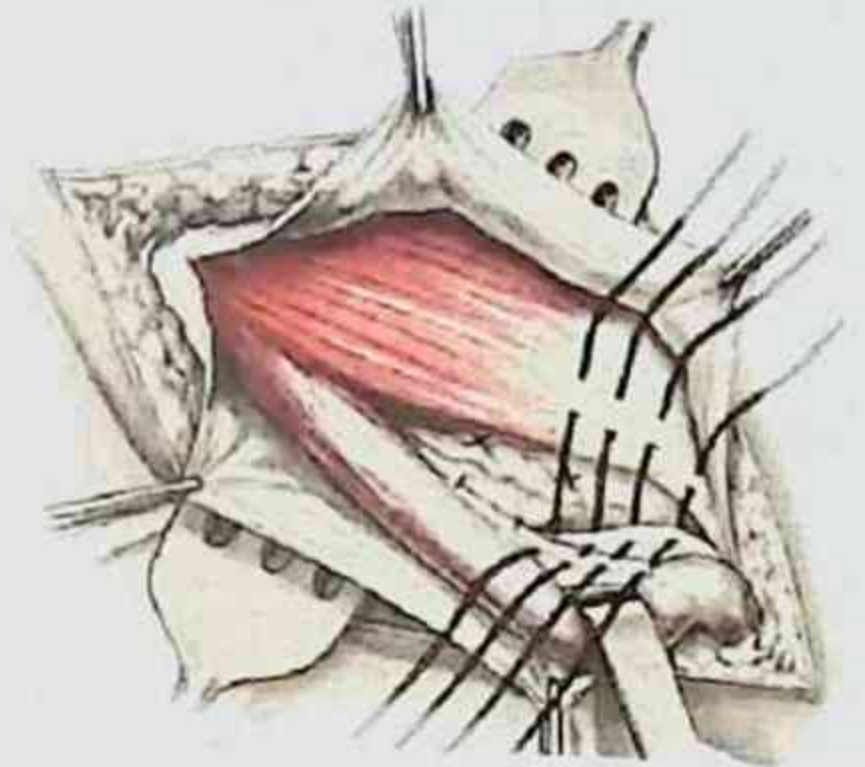
Uning ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozlari varaqlari dublikatura hosil qilinadi. Bu Bassini usulining modifikatsiyasi hisoblanadi.

3. *Mak-Vey usuli* - Kukudjanov usuliga yaqin bo'lib, chov kanalining chuqur teshigini ko'ndalang fassiyani tikish bilan yo'qotadi.



Orqa devorni tikishdan oldin, qorinning to'g'ri mushagida bo'shashtiruvchi kesmalar qilinadi. Keyin ko'ndalang fassiya, ichki va ko'ndalang mushaklar ko'ndalang bog'lamga qalin choklar bilan tikiladi. Ustidan urug' tizimchasi qo'yilib, tashqi qiyshiq mushak aponevrozlari dublikatura hosil qilinib, tikiladi.

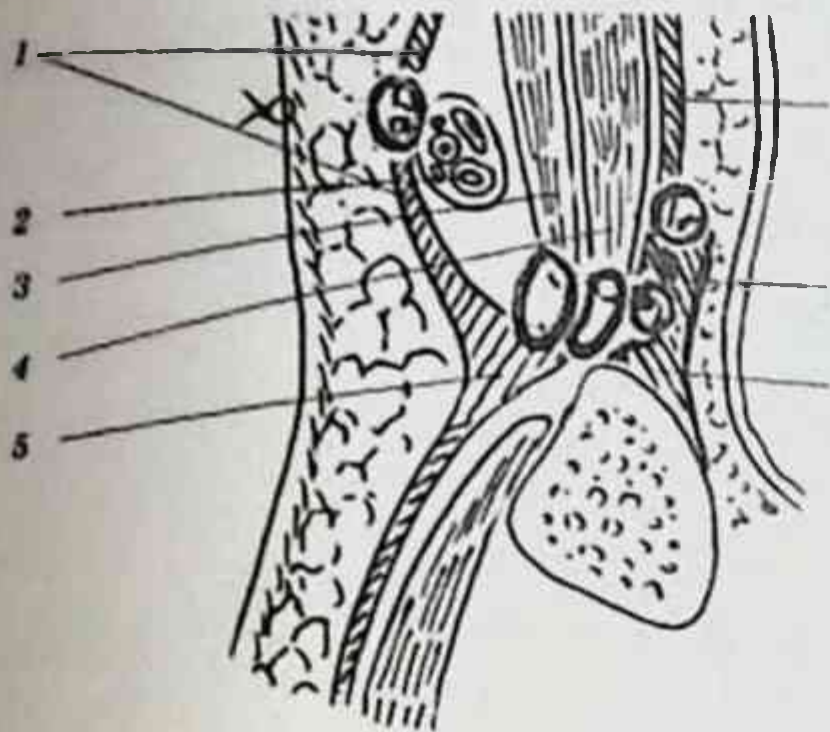
4. *Sholdays usuli* (ko'p qavatli gernioplastika) – chov kanalining oldingi devori kesilgach, yonboshchov asabi ushlagichga olinadi. M.cremaster batamom kesiladi, urug' tizimchasi ajratiladi. Churra xaltasi olinadi, chov bog'lamiga parallel ravishda ko'ndalang fassiya ichki teshikdan to chov bo'rtmasigacha



kesiladi. Uning medial varag'i qorinparda oldi yog' to'qimasidan ajratiladi. Chov kanalinig orqa devorini mahkamlash uchun tanaffussiz chok qov bo'rtmasidan medial tomondan boshlanadi, ko'ndalang fassiyaning lateral varag'i uning medial varag'iga to'g'ri mushak qini orqasiga tikiladi. Chokni lateral yo'nalishda quyilib, ikkala ko'ndalang fassiya varag'i ichki teshigiga tikiladi va chokni qaytarib, ko'ndalang fassiyaning medial varag'i chov bog'lamiga to qov bo'rtmasigacha tikiladi va birinchi chapdan koldirilgan chok bilan boglanadi.

Ikkinchi qavat tanaffussiz chok ichki teshikdan boshlanib, ichki va tashqi qiyshiq mushaklari aponevrozlarining orqa yuzasi chov bog'lamiga tikiladi, qov bo'rtmasidan kaytarilib, ichki qiyshiq mushakni tashqi mushak aponevroziga tikiladi. Teri tagi va terisi tikiladi.

5. *Postemskiy usuli* – chov kanali batamom berkitilib, yangi kanal hosil qilinadi. Urug' tizimchasi batamom ajratiladi, ayrim holatlarda ko'ndalang mushaklar kesilib, urug' tizimchasi o'sha joyga o'tkaziladi. Orqa devori mahkamlanishi uchun ichki qiyshiq, ko'ndalang va to'g'ri mushak aponevrozlari va qovuqning ko'ndalang bog'lamiga tikiladi.

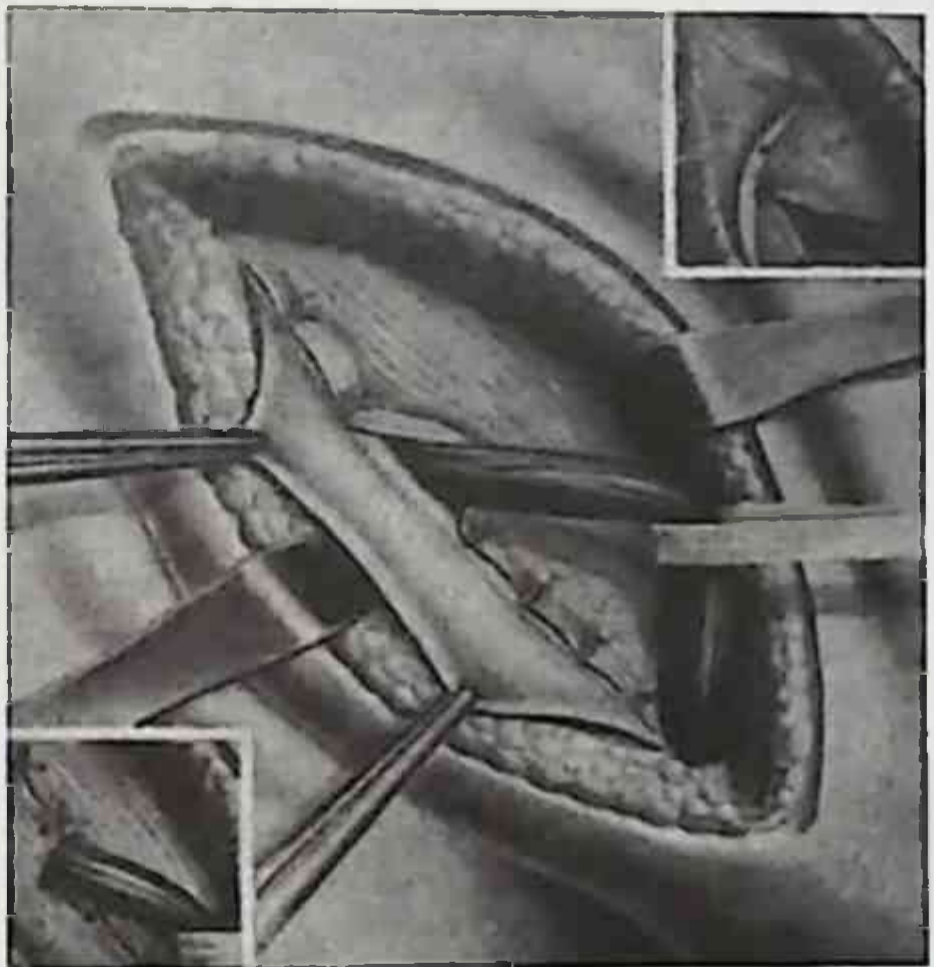


- 1- moyakni ko'taradigan mushak;
- 2- tashqi urug' tomirlari;
- 3- kesilgan ko'ndalang fatsiya;
- 4- funiculus spermaticus.

Undan keyin ko'ndalang fassiyani qiyshiq va ko'ndalang mushak bilan va aponevroz varag'i chov bog'lamiga tikiladi. Bu choklar urug' tizimini lateral tomonga tortadi. Aponevrozning lateral varag'i uning medial varag'i ustiga tikiladi. Urug' tizimchasi aponevroz ustiga qo'yilib, qavatma qavat yuzaki fassiya va teri tikiladi.

Demak urug' tizimchasi yangi hosil bo'lgan kanalda yotadi.

Hozirgi vaqtda chov kanalining ham orqa, ham oldingi devorini mustaxkamlash uchun biologik (teri, son fassiyalaridan, oziqlanadigan mushak laxtaklari), sintetik (kapron, neylon, porolon, propilen) va boshqa materiallar qo'llaniladi.



Tug'ma chov churralaridagi operatsiyalar churra qopchasiga ishlov berish va churra darvozalarini plastika qilish bilan farq qiladi. Churra xaltasi urug' tizimchasi elementlaridan ajratilmaganda xaltacha oldingi devori bo'ylab ochiladi va bo'yni oldida qirqiladi. Proksimal qismi ichidan kiset chok bilan tikiladi va qorin bo'shlig'iga kiritiladi, xaltasining distal qismi uzunasiga tilinadi va qisman kesiladi. Qolgan qismi seroz qoplami bilan tashqariga ag'dariladi va vinkelman usulida tikiladi yoki boshidan oxirigacha uzunasiga tikiladi (Bergman operatsiyasi). Bu tadbir moyak istiskosidan saqlab qoladi. Chaqaloqlarda churra darvozasini plastika qilish

uchun Cherni, Opel usullari qo'llaniladi. Katta yoshdagi bolalarda chov kanalining oldingi devorini mustaxkamlash usullari qo'llaniladi.

Sirpanuvchi churralarning operatsiya qilish usullari.

Sirpanuvchi churralarda a'zolarning jarohatlab qo'ymasligi uchun churra xaltasini ajratishda, uning devorlarining qalinligida, ayniqsa yon devorlarga e'tibor berish kerak.

Ko'richak sirpanuvchi churrada qatnashsa churra xaltasining tashqi yonbosh devori qalinlashgan bo'ladi. Churra xaltasini oldingi ichki qismidan ochish kerak.

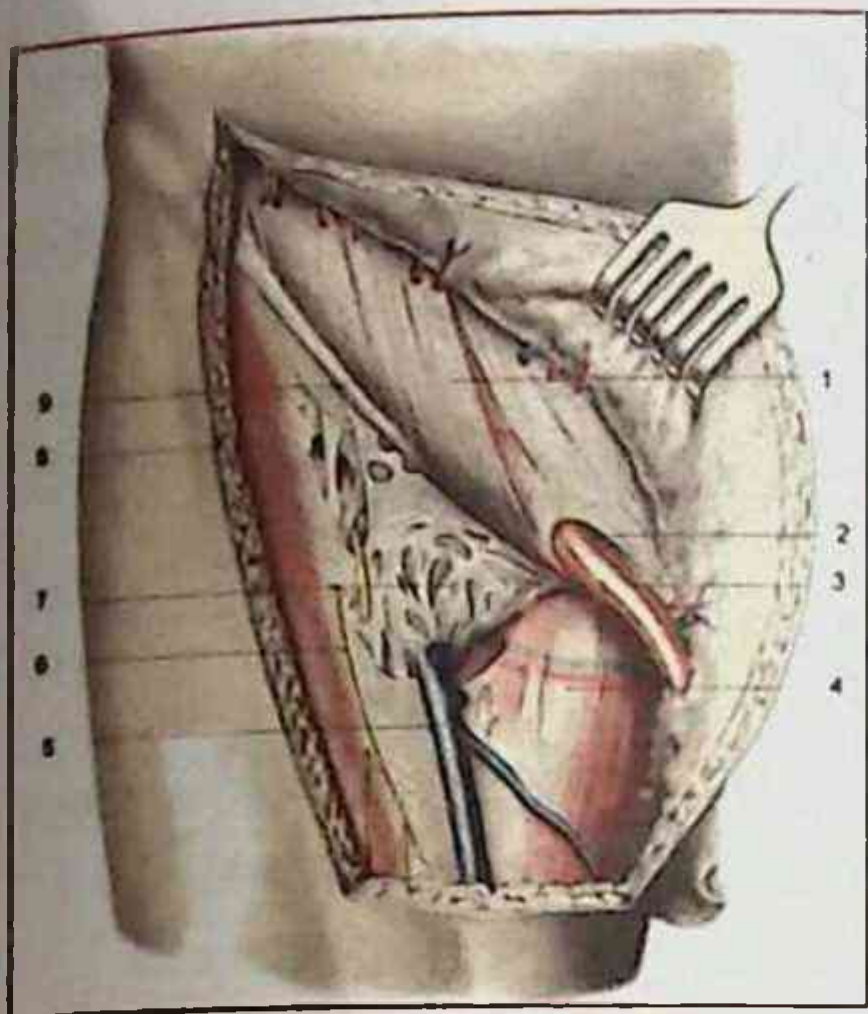
Siydik qopining sirpanuvchi churralarida churra xaltasining ichki devorida qalinlashish topiladi. Churra xaltasi bo'yinchasini ajratishda uning medial orqa tomonidan boshlab xaltani ochishda oldingi-tashqi yuzasidan boshlash kerak.

Sirpanuvchi chov churralarida churra xaltasini ehtiyotlik bilan ochilgach, uning darvozasidan 1-1,5 sm uzoqlikda, churra xaltasi ichidan chok quyiladi. Kiset chokining distal tomonidan churra xaltachasi qirqib olinadi va sirpangan a'zo qorin bo'shlig'iga kiritiladi hamda chov kanalining oldingi devori plastikasi bajariladi.

5.3. SON CHURRALARI

Son churralari hama churralarning 5-8 % ini tashkil qiladi. Son churralarining diagnostikasi ancha qiyin va ko'p holatlarda qisilgan bo'ladi hamda ancha og'ir o'tadi. Son churralari erkaklarga nisbatan ayollarda ko'proq uchraydi (4:1).

Son kanali anatomiyasi. Chov bog'lami va chanoq suyaklari orasidagi bo'shliq bo'lib, yonbosh – toj bog'lami (lig.iliopectineum) ikki lakunaga ajratadi: mushak (lacuna musculorum) va tomirlar (lacuna vasorum). Mushak lakunasi tashqi tomonda bo'lib, yonbosh – bel mushagi (m.iliopsoas) va son asabi (n.femoralis) o'tadi. mushak va nerv uchun umumiy qinni yonbosh fassiyasi hosil qiladi hamda chov bog'lami va chanoq suyaklari pardasi bilan mahkam yopishadi. Ana shuning uchun qorin bo'shlig'idan sonni ajratadigan mahkam to'siq bo'lganligi uchun bu lakunada churra kam uchraydi.



- 1 — m. obliqui externi abdominis aponevrozi;
- 2 — anulus inguinalis superficialis;
- 3 — funiculus spermaticus;
- 4 — m. pectineus;
- 5 — v. saphena magna;
- 6 — n. cutaneus femoris lateralis;
- 7 — lamina cribrosa;
- 8 — m. sartorius;
- 9 — lig. inguinale.

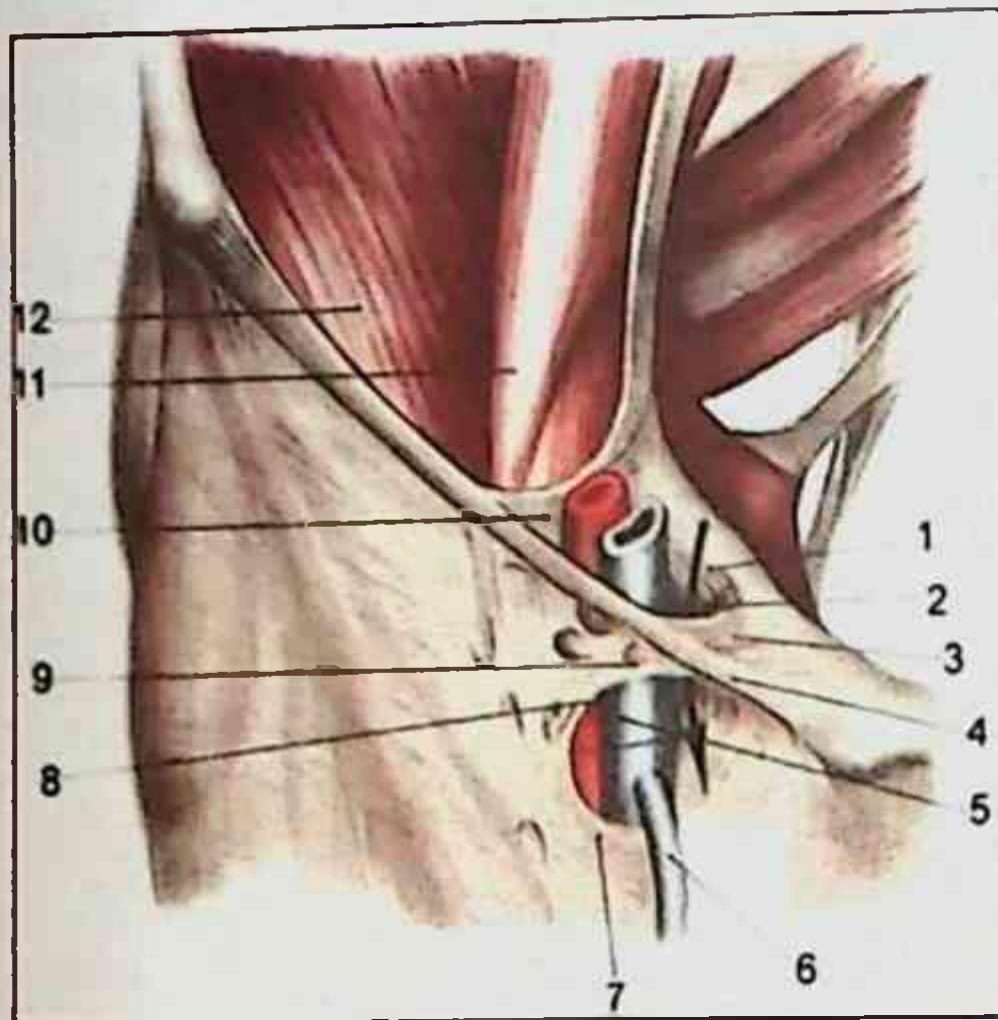
Tomir lakunasi ichkarida joylashib, oldingi tomondan chov bog'lami, orqadan Kuper bog'lami va boshqa bog'lamlar bilan chegaralangan. Bu lakuna orqali son arteriyasi, son venasi, asab (n.genitofemoralis, n.lumboinguinalis) va limfa yo'llari o'tadi. Ana shu lakunada son churrasi hosil bo'ladi. Asosan churra chiqadigan qismi son halqasi (anulus femoralis) bo'lib hisoblanadi. Halqa lakunadan medial tomonda joylashib, medial tomondan – lakunar bog'lami bilan, oldindan – chov bog'lami, orqadan – Kuper bog'lami, lateral tomondan – son venasi qini bilan chegaralangan. Uning kattaligi ayollarda – 1,8 sm, erkaklarda – 1,2 sm.

Son kanali. Mushak va tomir lakunalari normada bo'sh, oraliq yo'q. Son kanalining ichki teshigi bo'lib – son halqasi, tashqi teshigi esa qiyshiq chuqurcha (sonning keng fassiyasidagi teshik, undan v.saphena magna o'tadi) hisoblanadi.

Son kanali uch qirrali shaklga ega: oldingi devori – son serbar fassiyasining o'roqsimon chekkasi va chov bog'lami, orqa devorini – son fassiyasining chuqur varag'i, tashqi devorini – son venasining medial devori va fassial qin tashkil qiladi.

Son kanali sohasidagi tomirlarning anomal joylashuvi katta amaliy ahamiyatga ega. Ko'pincha kanalning lateral devoridagi son venasini operatsiya paytida tikib qo'yish, uni yirtib yuborish holatlari kuzatiladi. Undan tashqari 10-25 % holatlarda a.obturatoria a.hypogastrica ning

tarmogi bo'lib, son churrasi bo'ynida yopishgan bo'lishi mumkin. Son churrasini ajratishda, ayniqsa ular qisilgan holatlarda shu arteriyani shikastlash mumkin. Bunday holatlarda juda katta miqdorda qon yo'qotilishi ("corona mortis" – "ajal toji") mumkin.



- 1 — ileo-ligamentum pubis;
- 2 — anulus femoralis;
- 3 — lig. lacunare;
- 4 — lig. inguinale;
- 5 — a. et v. femoralis;
- 6 — v. saphena magna;
- 7 — cornu inferius;
- 8 — margo falciformis;
- 9 — cornu superius;
- 10 — arcus ileopectineus;
- 11 — m. psoas major;
- 12 — m. iliacus.

Son churralari joylashuviga ko'ra tomir – lakunar, jimbernat – bog'lam, va mushak – muskulyar turlarga ajratish mumkin.

Son churrasining eng ko'p uchraydigan, ya'ni tipik turi tomir – lakunar turi hisoblanadi. Son churralari aksariyat churra hosil bo'lishiga anatomik moyillik tug'diradigan omillari bo'lgan ayollarda kuzatiladi, chunki ulaning chanog'i katta alohida qiyalikka ega, son halqasi o'lchamlari katta, oval teshik katta va uning yuqori shoxi kattalashgan bo'lishi mumkun.

Diagnostikasi. Son churralari Pupart bog'lamidan pastroqda son oval chuqurchasi zonasida, qov dumbokchasidan pastda lateral joylashgan kichikroq shish borligi bilan xarakterlanadi. U chovda og'riq bo'lishi yoki qabziyat bilan birga kechadi. Qorin bo'shlig'iga kiritib bo'lmaydigan churra ichida ko'pincha charvi bo'ladi.

Churraning hamma tipik simptomlari – kuchanishda kattalashadigan va yotganda yo'qoladigan bo'rtma, yo'tal turtkisi bo'lganda, Pupart bog'laminin medial yarmidan pastdagi tipik joylashuvida diagnoz qo'yish oson. Juda semiz va tula xotinlarda churraning munosabatini aniqlash qiyin bo'ladi.

Bundan tashqari, son churralarining differensial diagnostikasini urug' tizimchasi lipomasi, oval chuqurcha limfadeniti, son venalarining varikoz kengayishi, xavfli usma metastazi, son tomirlari anevrizmasi bilan o'tkazish kerak.

Davolash. Son churralari faqatgina operativ usulda davolanadi. Operatsiyalarning hamma usullarini ikki turga ajratish mumkin:

I. Chov kanali tomonidan o'tkaziladigan operatsiyalar.

II. Son tomonidan bajariladigan operatsiyalar.

Qorin bo'shlig'iga kiritib bo'lmaydigan katta o'lchamli son churralarida T-simon kesmalardan ham foydalaniladi.

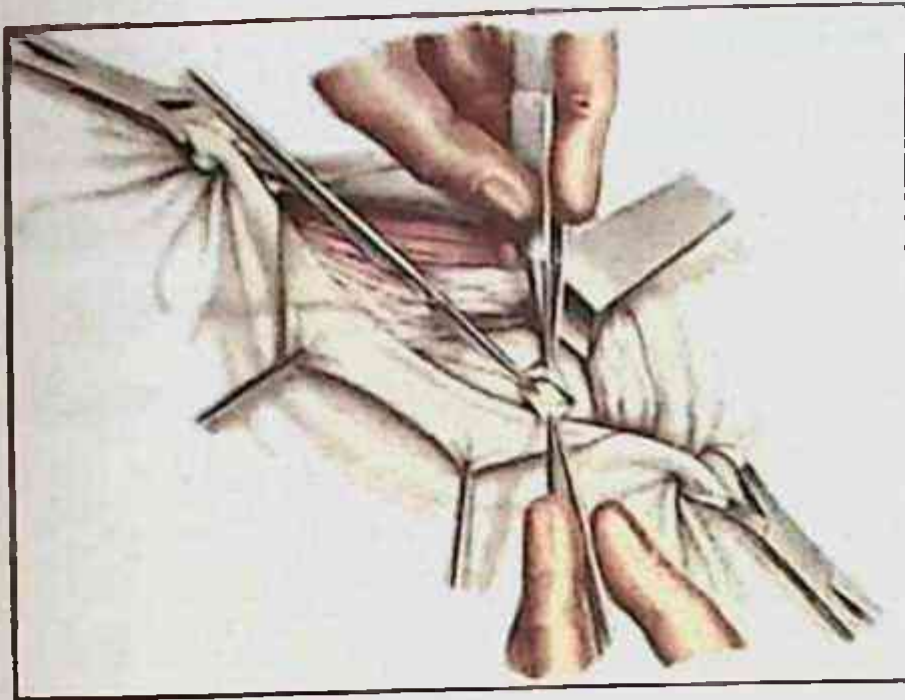
I. Chov kanali tomonidan o'tkaziladigan operatsiyalar

Hozirgi kunda ko'pchilik mualliflar chov usulida qilinadigan operatsiyalarni targ'ib qilmoqdalar. Bu usulning qulayligi, churra qopchasini yuqoridan kesish va bog'lash, son kanalining ichki teshigini tikish bilan xarakterlanadi. Bu usulda hatto chov kanalining orqa devorini ham yaxshilab mahkamlash mumkin.

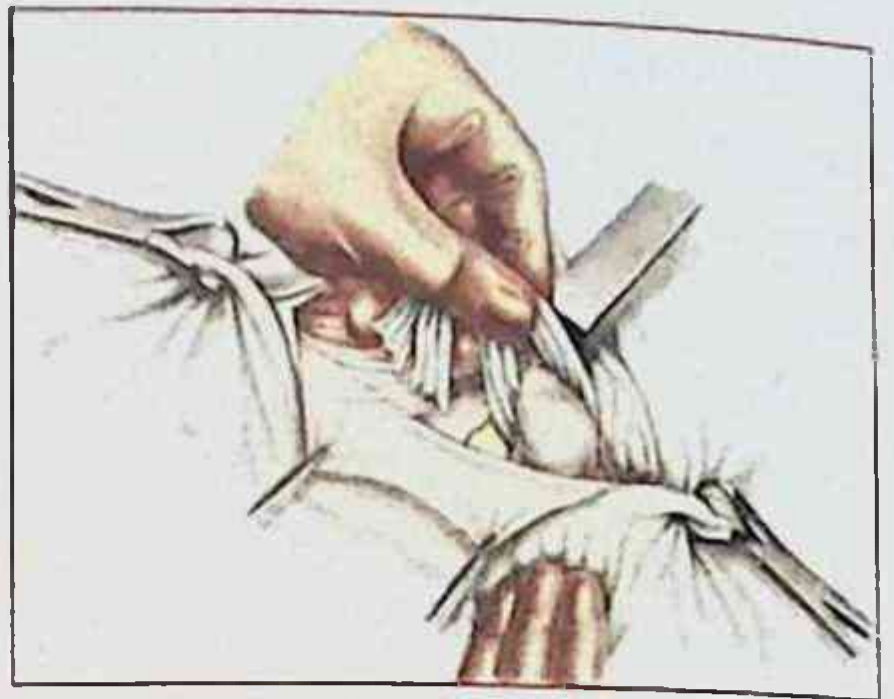
Chov usulining uzoq davom etishi hamda ko'proq jarohatli o'tishi bu usulning kamchiligi hisoblanadi.

1. Rudji usuli (1892) – chov kanalining oldingi va orqa devorlarini kesib, qorinparda oldi bo'shlig'iga kiriladi. Bu o'z navbatida churra qopchasining bo'yin qismini va son kanalining ichki teshigiga borishga yordam beradi. Anomal joylashgan teshiklarni ko'rish va ayrim qiyin holatlarda gerniolaparatomya qilish imkonini beradi. Churra darvozasini plastika qilishda chov bog'lamini yonbosh-qov bog'lamiga tikish bilan amalga oshiriladi. Bu usul qari va kuchsizlangan bemorlarda ko'p retsidiv berishi mumkin.

2. Parlavechchio usuli (1893) – tashqi halqa butunligini saqlab qolgan holda chov kanali ochiladi. Qorinning ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarining pastki chekkasini qov suyagining suyak usti pardasiga urug' tizimchasi orqasidan tikiladi. Chokning ikkinchi qatori xuddi shu mushaklarga va chov bog'lamiga qo'yiladi.



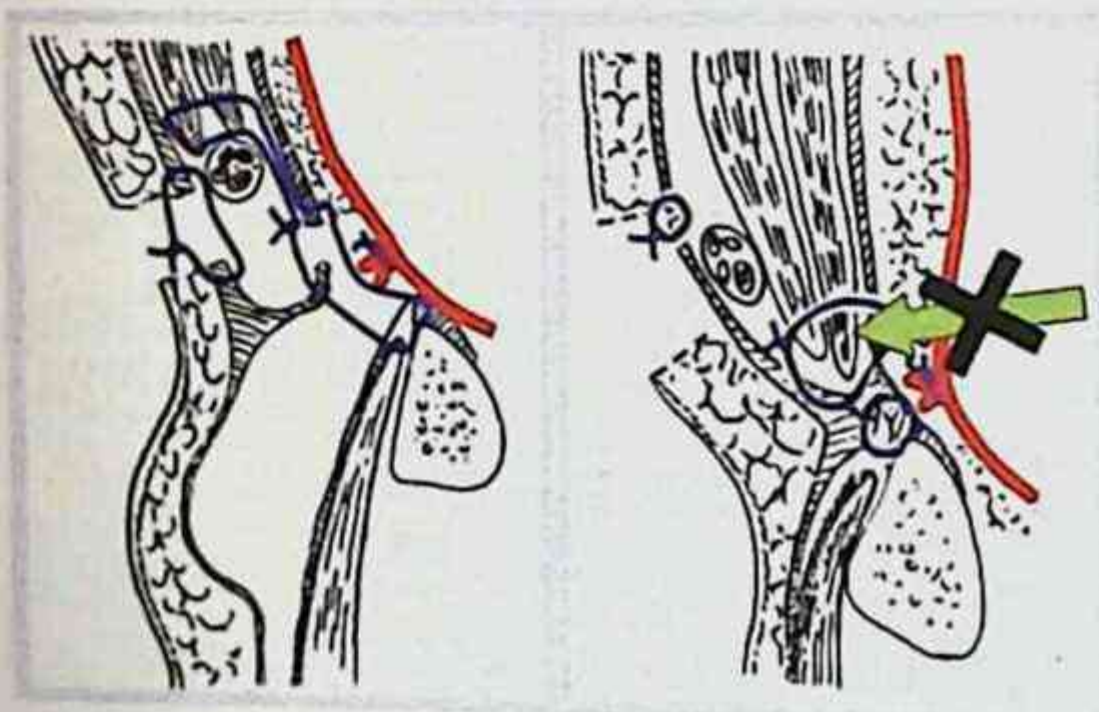
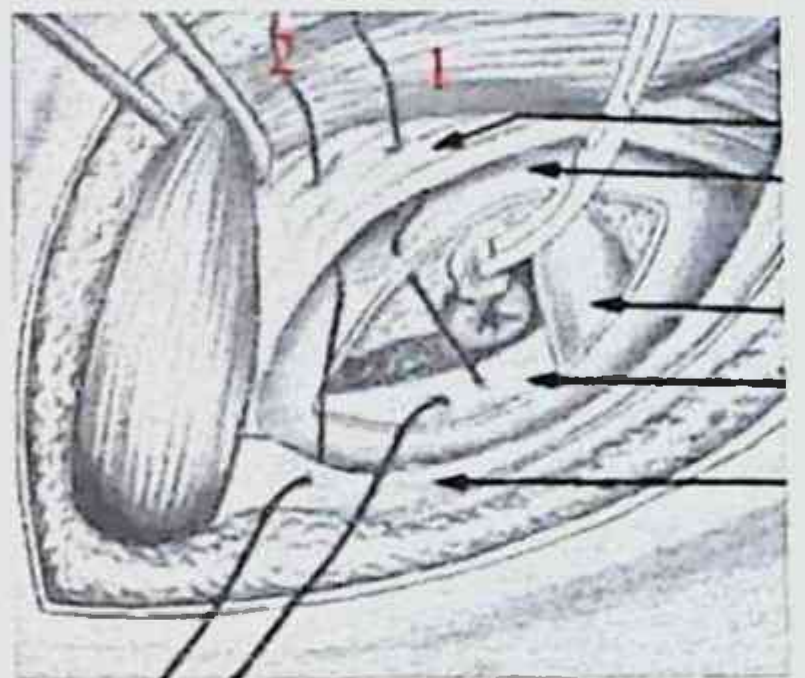
Qorinning ko'ndalang fatsiyasining kesilishi

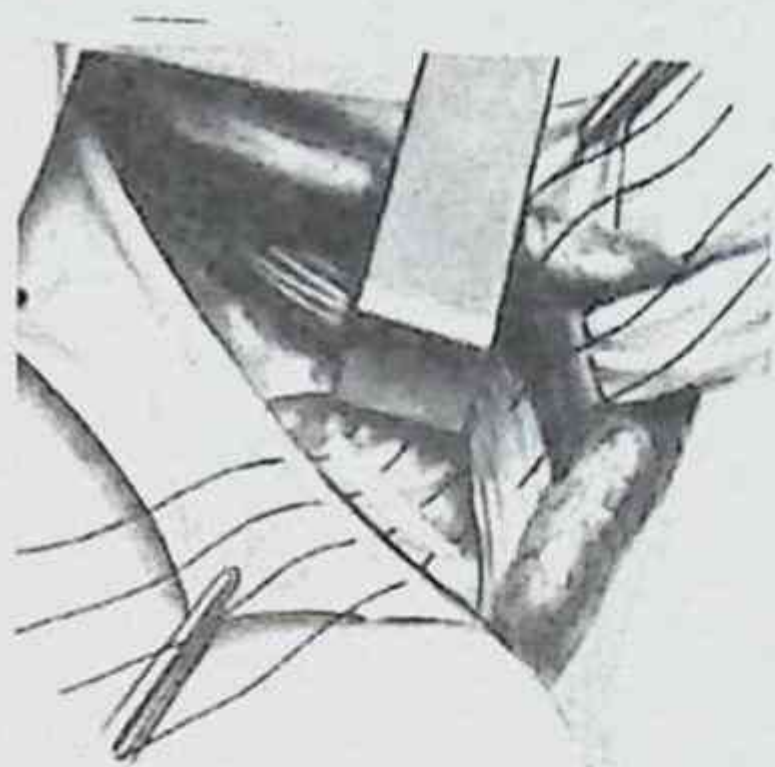


Churra xaltasini chov kanaliga chiqarilishi

3. *Rayx usuli (1911)* – ichki qiyshiq va ko'ndalang mushak Pupart bog'lamiga va qov suyagining suyak usti pardasiga tikiladi, urug' tizimchasi mushak ustiga qo'yilib, chov kanalining oldingi devori plastika qilinadi.

4. *Praksin usuli* – operatsiyani son tomonidan boshlab, churra qopchasi ajratiladi va unga ishlov beriladi. Plastikani esa chov yo'li orqali urug' tizimchasi orqasida Pupart bog'lamiga suyakustki pardasiga tikib, ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarning pastki chekkasi tikiladi.



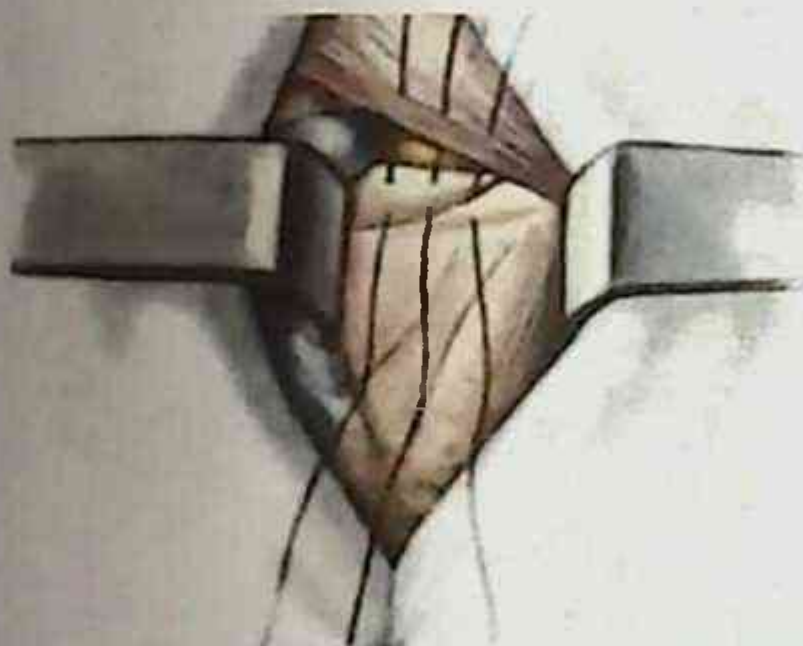


II. Son tomonidan bajariladigan operatsiyalar.

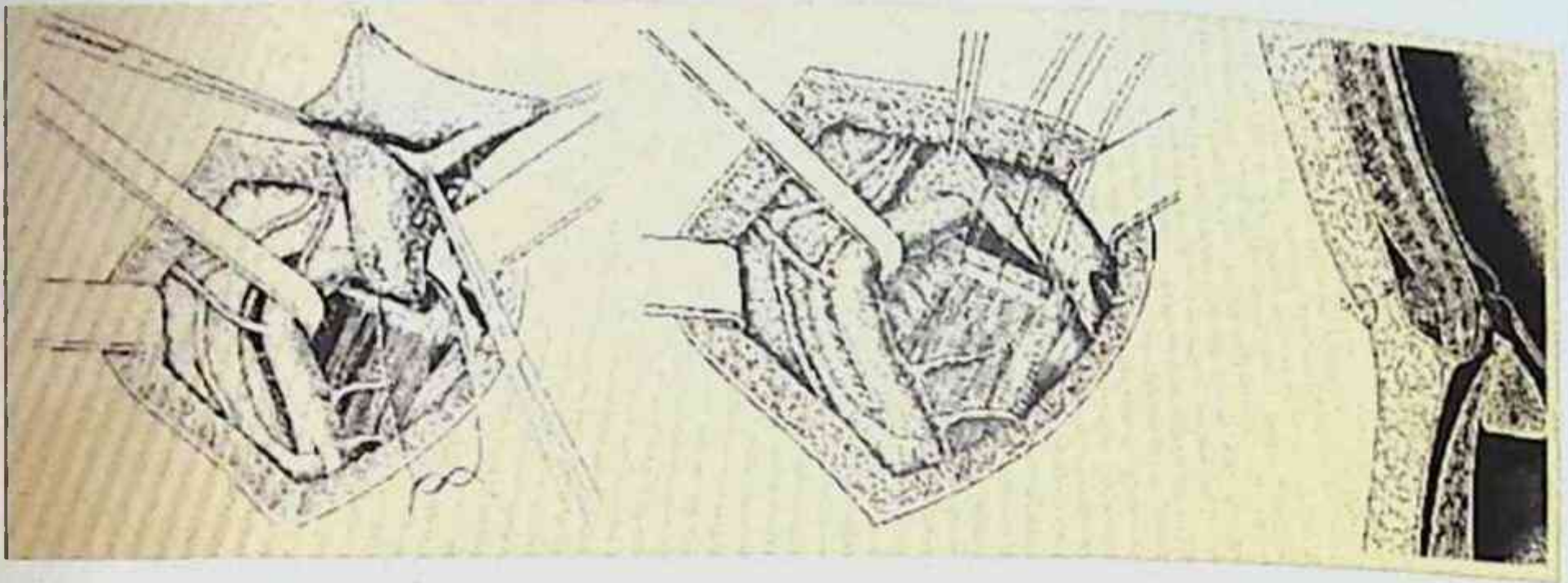
1. Lokvud – Bassini usuli – son kanaliga uning tashqi teshigi orqali boriladi. Bu uslda juda ko'p resediv kuzatiladi, chunki kamroq jarohat bo'lganligi uchun operatsiyani tez bajarish mumkin.

***lig. inguinaleni periosteum
ossis pubisga tikilishi***

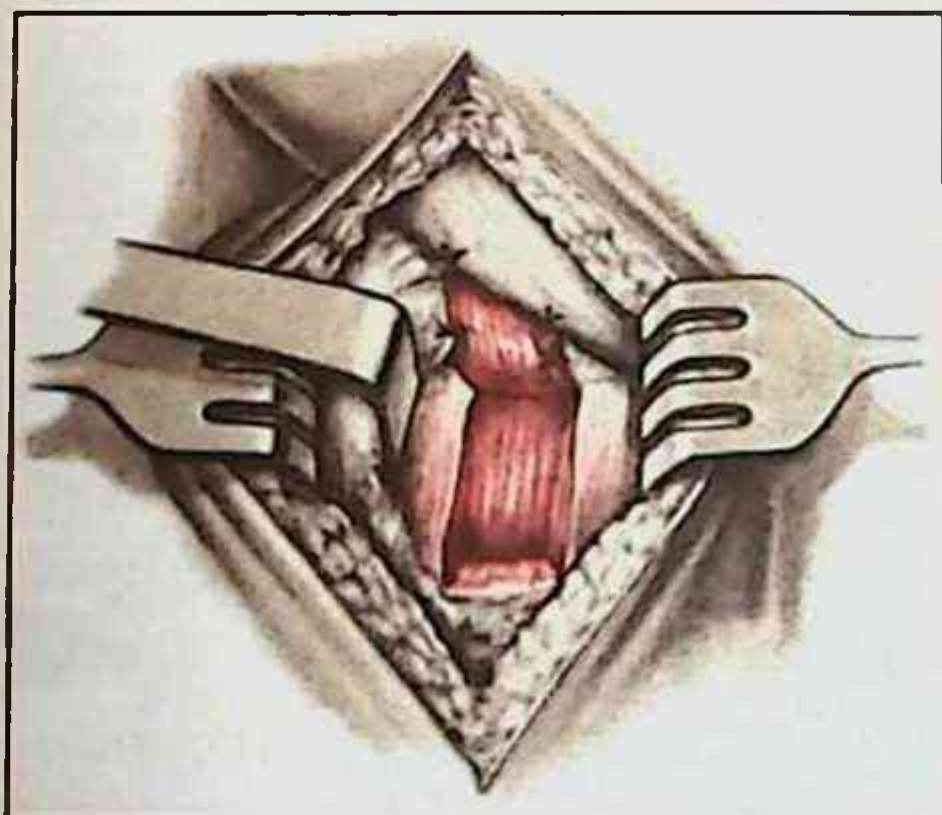
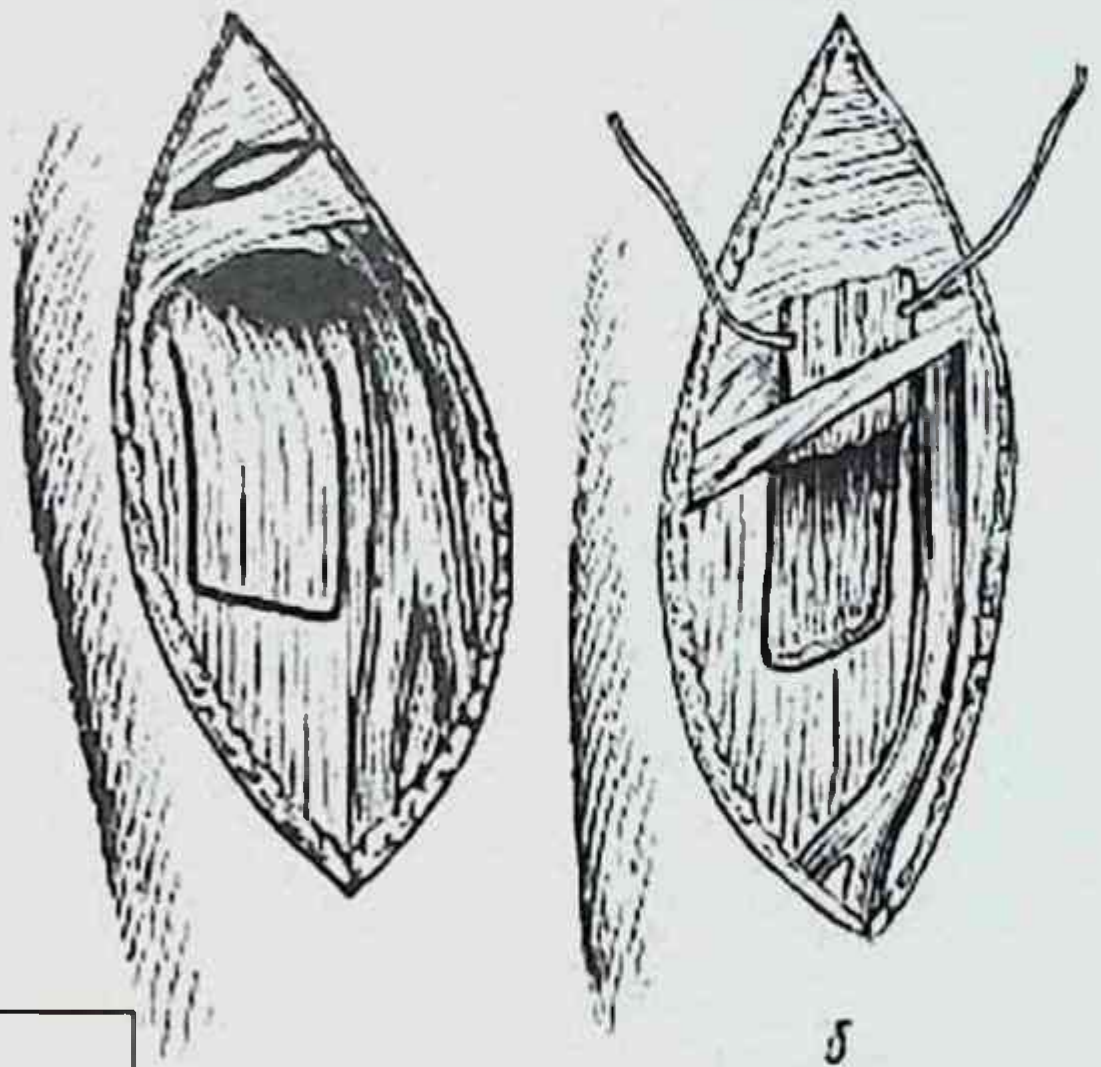
***margo falciformis hiati
saphenani fassiyaga tikilishi***



2. Bassini usuli (1894) – Chov bog'lamini qov bog'lamiga tikishdir. Birinchi qator choklar bilan ikkinchi qator choklar sonning keng fassiyasi taroqsimon qirrasi tojsimon fassiyaga tikilib uning tashqi teshigi mahkamlanadi. Bu usulning kamchiligi churra qopchasini yuqoridan bog'lash va son kanalining ichki teshigini mahkamlash qiyinligidadir.



3. *Prokunin usuli* – son kanalidagi ichki halqani taroksimon mushak va shu nomli fassiyadan olingan laxtak bilan yopiladi. Aponevroz chov bog'lamiga parallel qilib kesib olingan transplantatning eniga muvofiq tilinadi. Urug' tizimchasini yuqoriga suriladi va korsang yordamida son halqasi sohasidagi ko'ndalang fassiya o'tmas to'mtoq holda suriladi. Son halqasi orqali mushak laxtagini tashqi qiyshiq mushak aponevroz kesmasiga o'tkaziladi, unga transplantat o'rnatilib, son kanalining ichki teshigiga bekitiladi.



4. *Uotson – Cheyne usuli* – Prokunin usulidan farqi shundaki, taroqsimon mushakdan olingan asosi yuqoriga yo'naltirilgan 6-7 sm uzunlikdagi laxtak Pupart bog'lamiga tashqaridan tikib qo'yiladi. Transplantatni tomir qiniga va taroksimon mushakka mahkamlanadi.

5.4. KINDIK CHURRALARI

Kindik halqasi orqali chiqadigan churralarga kindik churralari, deyiladi. Kindik churralari hamma churralarning 6-8 % ini tashkil qiladi. Ular quyidagi guruhlarga bo'linadi:

- 1) kindik tizimchasining tug'ma churralari (embrional churralar);
- 2) bolalardagi orttirilgan kindik churralari;
- 3) kattalarda uchraydigan kindik churralari.

Anatomik ma'lumotlar. Qorin oldingi devori anatomik tuzilishida kindik sohasini anatomik kuchsiz joy deb hisoblash mumkin. Embrional davrda kindikning shakllanishi murakkab jarayondir. Normada antinatal davrning 6-oyidayoq kindik halqasi hosil bo'ladi, uning o'lchami asta-sekin kichrayib boradi va tug'ilishdan bir necha kun o'tgach tushgan kindik o'miga botgan yamoqcha holida uzil kesil berkilib qoladi. Bu sohada aksariyat qorin oldingi devorining tug'ma rivojlanish nuqsonlari, shuningdek katta yoshdagi odamlarda churralar kuzatiladi.



Kindik churrasi topografiyasi:

- 1 — teri
- 2 — teri osti yog' qatlami
- 3 — churra tarkibi (omentum, intestinum tenue)
- 4 — m. rectus abdominis
- 5 — fascia transversalis
- 6 — peritoneum
- 7 — churra xaltasi

Hatto normal sharoitlarda kindik sohasi birmuncha beqaror tuzilishiga ega — teri, kindik fassiyasi va qorinparda bilan birikkan bo'ladi.

Kindik halqasi serbar fassiyasi sust rivojlanganda churralar paydo bo'lishi uchun sharoit vujudga keltiradi. Kindik halqasining mushak pardasi bo'lmagan faqat kindik venasi o'tadigan yuqori qismi pastki qismidan kuchsiz bo'ladi. Kindik fassiyasining to'rtta biriktiruvchi to'qimali tortmalar bilan mahkamlanganligini eslatib o'tish lozim: bitib ketgan kindik venasi, kindik arteriyalari va obliterasiyalangan siydik yo'li bor. Biroq fassiya yaxshi rivojlangan qorinning to'g'ri mushaklari va uni kindik halqasi

diametrini toraytiradigan qin aponevrozi bo'lgandagina mahkam bo'ladi. Shuning uchun kindik churrasi odatda qorinning to'g'ri mushaklari sust rivojlangan ayollarda (80 %) va bolalarda kuzatiladi.

Katta yoshdagi odamlarda kindik churrasini to'g'ri va qiyshiq turlariga bo'ladilar. Kindikning to'g'ri churrasi ko'ndalang fassiyaning kindik halqasida taranglashib yupqa bo'lib qolgan holatida yuzaga chiqadi. Bu holatda qorin bo'shlig'i a'zolari kindik halqasi orqali qisqa yo'l bilan teri tagi yog' qatlamiga chiqadi. Qiyshiq churralarida kindik halqasidagi ko'ndalang fassiya qalinlashgan bo'lib, qorin bo'shlig'ida bosim kuchayganda ichki a'zolar kindik halqasidan yoki yuqori qismidan yoki pastki qismidan churra xalta ko'ndalang fassiya va qorinning oq chizig'i orasidan o'tib kindik kanali hosil qiladi va kindik halqasi orqali teri tagi yog' qatlamiga o'tadi. Kindik churrasida uning xaltasi teri, teri tagi yog' qatlami va ko'ndalang fassiya bilan qoplanadi. Churra hosilasi bo'lib ko'pchilik holatlarda charvi, ingichka va yo'g'on ichak sirtmoqlari tashkil qiladi.

Churra pardalari holatiga ko'ra:

1. Asoratlangan – churra pardalarining yirtilishi, yiringli yallig'lanishi va ichak oqmalari.

2. Asoratlanmagan (pardalari o'zgarmagan).

Kindik churralari bo'lgan bolalarning taxminan 65 % ida boshqacha rivojlanish nuqsonlari (yurak, oshqozon-ichak trakti, siydik tanosil tizimi) bilan birga uchraydi.

Davolash. Operativ usulda va konservativ davolanadi.

Operatsiyaga mutloq qarshi ko'rsatmalar – tug'ma yurak nuqsonlari, bolaning oy kuni ancha to'lmasdan tug'ilishi va og'ir darajadagi bosh miya shikasti.

Diametri 5-7 sm li churralarda qorinning oldingi devori qavat-qavat qilib tikiladi.

Diametri 7-9 sm li churralarda esa faqatgina teri tikiladi.

Katta o'lchamli churralar qorin ichki bosimining hayot uchun xavfli darajada oshib ketishi sababli operatsiyaga nisbiy qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Bunday hollarda churraga steril bog'lam qo'yiladi va qorin devori yopishqoq plastir tilishlari bilan tortib qo'yiladi. Bunday chaqaloqlarning talaygina qismi sepsis va peritonitdan nobud bo'ladi.

Agar bu kasalliklar oy kuni to'lib va qo'shilib keladigan og'ir rivojlanish nuqsonlarisiz tug'ilgan bo'lsa Gross bo'yicha ikki bosqichli operatsiya qilish yoki nuqsonni alloplastik material bilan yopish mumkin.

Chaqaloqlarda kindik churralari xayotining dastlabki oylarida rivojlanadi yoki keyinchalik hosil bo'ladi. Bolalarda kindik churralari ular yig'laganda, qattiq yo'talganda, fimozda doimiy kuchanish natijasida, ariqlab ketganda rivojlanadi. Bolalarda kindik churralari odatda katta o'lchamda bo'lmaydi va oson to'g'irlanadi. Qisilib qolish hollari kamdan kam hollarda uchraydi.

Davolash asosan churraning turiga va bolaning yoshiga bog'liq. Chaqaloqlar va yosh bolalarda qorin old devori mushaklarining yaxshi rivojlanishi jarayonida odatda bola 3-5 yoshga, ba'zan 5-6 yoshga yetganda churraning o'z-o'zidan tuzalib ketishi kuzatiladi. Ba'zan kechroq muddatlarda kindik halqasi o'zicha yopilmaydi, operatsiya qilib davolash kerak bo'ladi.

Kengaygan kindik halqasi yopilishiga quyidagi tadbirlar yordam beradi:

1) Kindik sohasiga paxtaga o'ralgan yassi karton parchasini qo'yish. Uning chekkalari churra teshigining chekkalarini yopib turushi lozim. Bog'lam bir oy qo'yilib, so'ng almashtiriladi.

2) Qorin old devorining mustaxkamligini rivojlantirishga qaratilgan massaj va gimnastika qilish. Davolash bolaning bir oyligidan boshlanadi.

3) Qorin mushaklarini doimiy tarang qilib turadigan asosiy kasallikni davolash.

4) To'g'ri rejim, va onalar to'g'ri ovqatlanishi.

Konservativ davo yordam bermasa (odatda 2-3 yildan so'ng) va churra qisilishi holati kuzatilganda zudlik bilan operatsiya qilish zarur.

Katta odamlardagi kindik churralari tashqi qorin churralarining 3-5 % ini tashkil qiladi. Ko'pincha qorin to'g'ri mushaklari diastazi bilan birga keladi va ko'p tuqqan yoki juda semirib ketgan ayollarda uchraydi.

Kindik churralarining paydo bo'lishida bir tomondan kindik halqasining anatomik tuzilishiga va ikkinchi tomondan qorin bo'shlig'idagi bosimning oshishi, qorin old devorining cho'zilishi sabab bo'ladi. Kindik halqasidagi fassiyaning tug'ma rivojlanmay qolishi nasliy kindik churrasi

paydo bo'lishida katta ahamiyatga ega. Boshqa etiologik omillardan assit, har xil o'smalar, qabziyat va boshqalar.

Kindik churralarining klinik belgilari churraning hajmiga, churra darvozasining kattaligiga, churra qopchasidagi bitishmali holatning rivojlanish bosqichlariga hamda semizlikning darajasiga bog'liq. Churra kattalashib ketgan hollarda churra halqasi kichik bo'lsa churra chiqqan paytda og'riq bo'ladi.

Kindik churralari bilan bemorlar hozirgi kunda faqatgina xirurgik usulda davolanadi. Ayrim mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra kichik churralarni operatsiya qilgandan keyin 15 % gacha retsidiv bo'lsa, katta churralardan keyin esa 30 % va undan ortiq retsidiv holatlari uchraydi. Churra teshigining o'lchamlari har xil: juda tor teshikdan serbar teshikkacha va juda katta teshiklar ko'ndalang yo'nalishga ega. Churra qopchasi noto'g'ri shaklda to'siqlar va divertikullar hosil qiladi.

Kindik churralari kichik burmachalardan tortib katta hajmli o'smalargacha bo'lishi mumkin. Kindik churralari ko'pincha to'g'irlanmaydigan bo'ladi, koprostaz va qisilib qolish holatlari uchraydi.

Churralar og'ir yuk ko'targanda, shuningdek churra o'zicha chiqqanda og'riq beradi. Aksariyat kindik churralari terining bichilishi yoki kiyim kechak tor bo'lib, ishkalanishi natijasida yallig'lanishi mumkin. Shunday katta yallig'lanishlar natijasida churra xaltachasi ichida bitishmalar hosil bo'ladi va churra to'g'irlanmaydigan bo'lib qoladi.

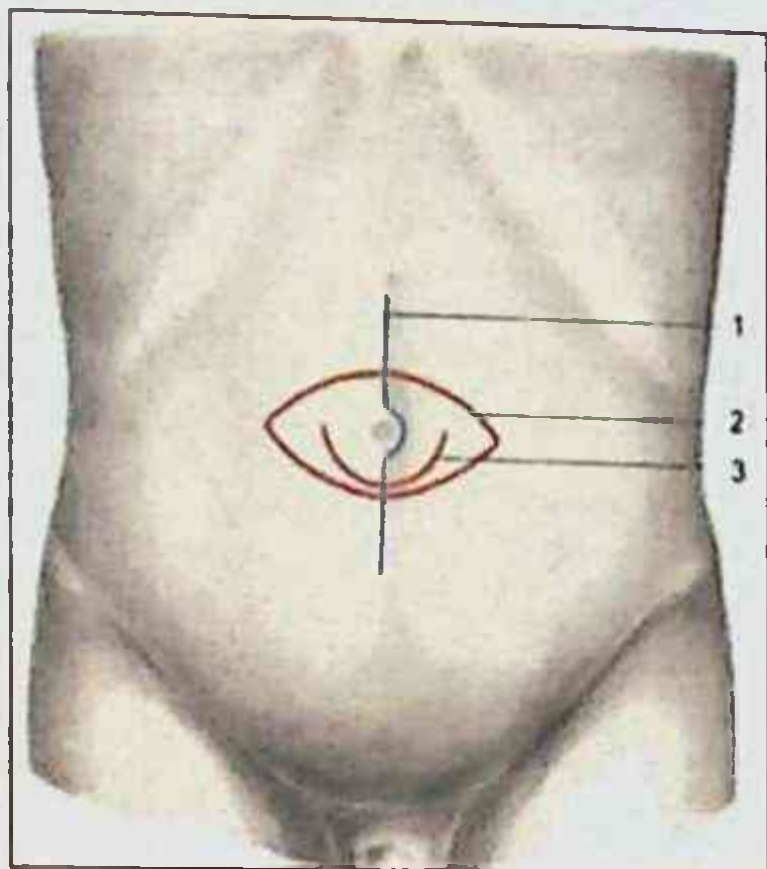
Kindik churralari operativ usulda davolanadi. Churra ichidagi a'zolar churra qopchasi bilan bitishmalardan ajratilgach qorin bo'shlig'iga kiritiladi.

Churra qopchasining ichida shishib qalinlashgan charvisi bo'lgan to'g'irlanmaydigan kindik churralarida charvini rezeksiya qilish lozim.

Bolalardagi kichik churralarda churra darvozalari plastikasi Lekser bo'yicha o'tkaziladi: teshik atrofii aponevroziga kiset choki qo'yiladi. U tortilgandan keyin halqa berkitiladi, so'ngra aponevrozga ko'ndalang yo'nalishda tugunli ipak choklar qo'yiladi.

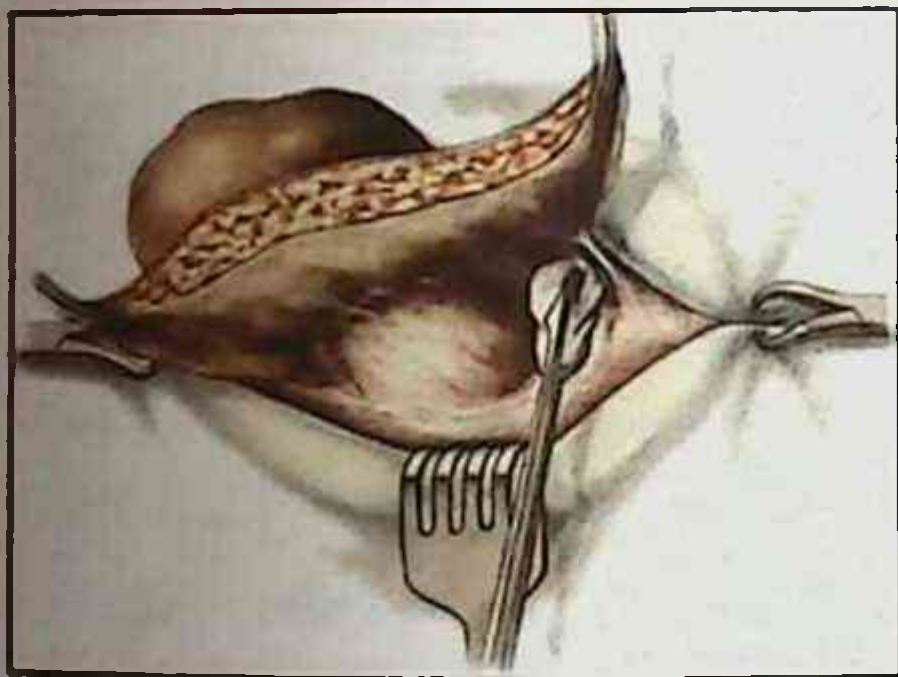
Kindik churralari operatsiyasida terining kesilishi:

- 1 — qorinning o`rta chizig`i
bo`ylab kesishi
- 2 — oval kesma
- 3 — yarimoysimon kesma

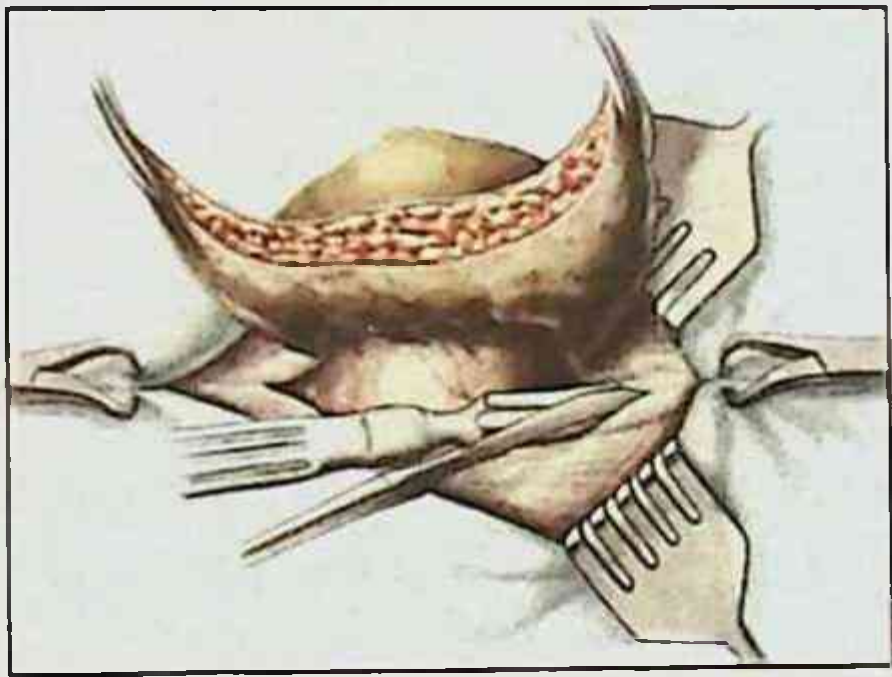


Hozirgi kunda kindik churralarini xirurgik davolashda asosan autoplastik usular qo'llaniladi.

Meyo usuli (1901). Og'riqsizlantirish umumiy. Teri churra do`mbog'i ustidan yoysimon holda ko`ndalang kesma qilinadi. Churra qopchasi asosida aponevroz atrof to`qimadan ajratiladi, gemostaz qilinadi. Churra qopchasi ochilib, ichki a`zolar qorin bo`shlig`iga yuboriladi. Bordiyu charvi bitishma hosil qilgan bo'lsa, bir qism charvi bitishmalar bilan birga rezeksiya qilinadi. Churra qopchasi kesib olinadi va churra halqasi ko`ndalangiga kengaytiriladi.

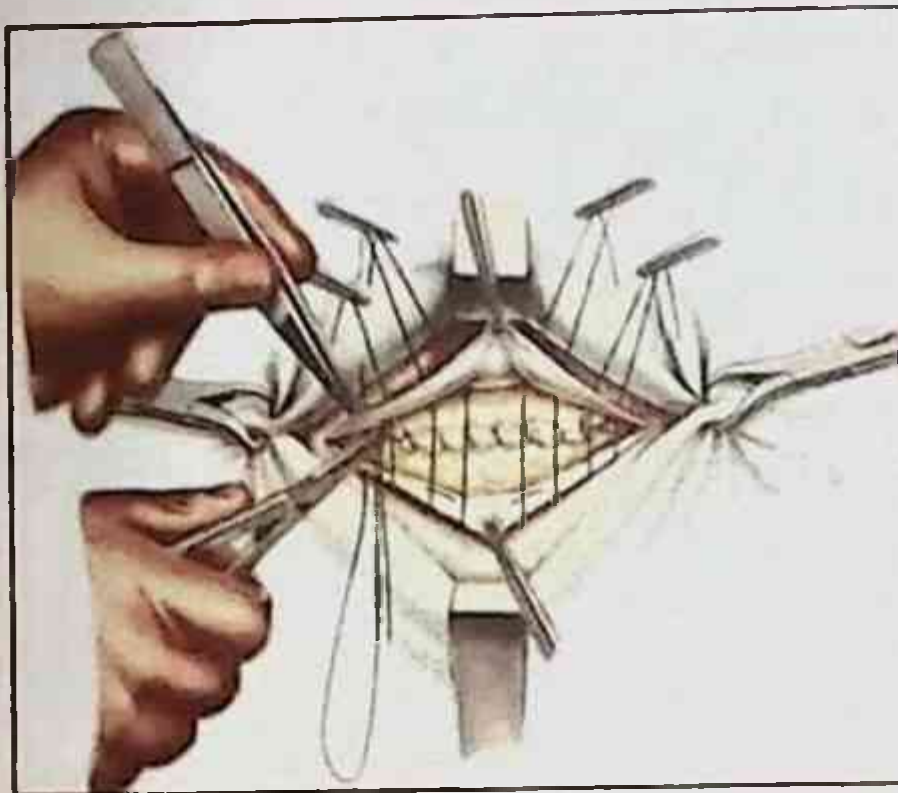


**Teri laxtagining va churra
xaltasi kesilishi**



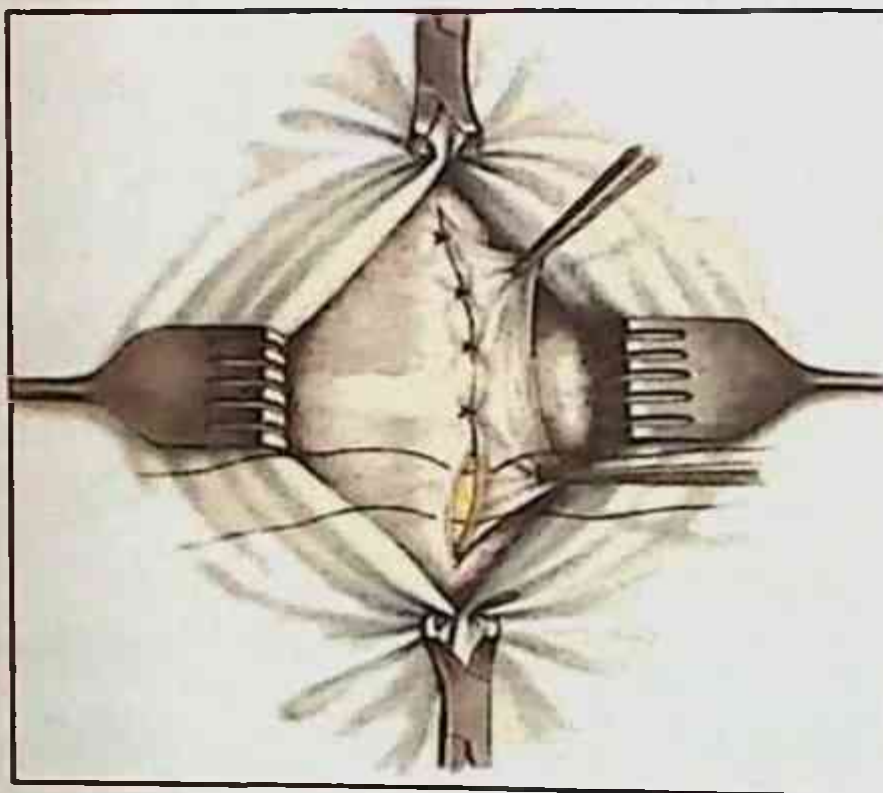
**Churra halqasining bo`yining
ajratilishi**

Aponevroz «П»simon choklar bilan dublikatura hosil qilib tikiladi.

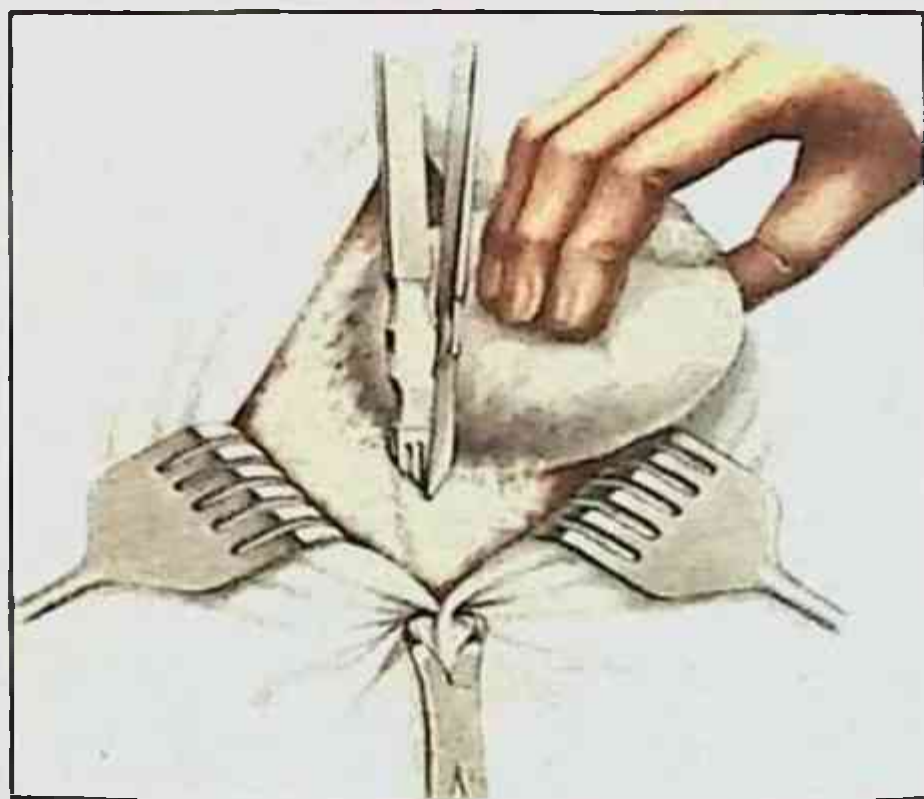


**Pastki aponevroz loskutining
yuqori loskutga tikishi**

Meyo usuli bilan plastika qilish katta kindik churralarida qo'llaniladi. Sapejko usuli (1900). Yoysimon kesma churra dumbogi ustidan uzunasiga qilinadi. Bundan asosiy maqsad o'zgargan terini kindik bilan birga olib tashlashdir. Churra uncha katta bo'lmasa kindikni saqlab qolsa ham bo'ladi. Churra qopchasi atrof to'qimadan ajratiladi, aponevroz qirrasidan kesib olinadi. Churra darvozasi ichkariga va pastga kesiladi. yuqoriga qilingan kesma chegarasi to'g'ri mushaklar diastazigacha yetishi kerak. Qorinning old devori plastikasi «П»simon choklar bilan dublikatura hosil qilinib, uzunasiga tikiladi.



**Churra halqasining Koxer
zondi bo'yicha kesilishi**



Aponevroz loskutining tikishi

Sapejko usuli Meyo usuliga nisbatan fiziologik jihatdan ancha ustundir. Bu usulda to'g'ri mushaklar diastazini bartaraf qilish qulaydir. Agar bemor juda semiz bo'lsa kosmetik jihatdan Meyo bo'yicha kesma qilinib, Sapejko usulida plastika qilgan ma'quldir. Juda katta kindik churralarida va retsidiv holatlarda sintetik va biologik plastik materiallar qo'llaniladi.

5.5. QORINNING OQ CHIZIG'I CHURRALARI

Bu churralar asosan erkaklarda (60 %), 20-35 yoshlar oralig'ida uchraydi. Churraning tipik lokalizatsiyasi oq chiziqning yuqorigi qismi, ya'ni epigastral sohada bo'lib, epigastral churralar deb ham yuritiladi. Bu churralar hamma qorin churralarining 3,5 % ini tashkil qiladi.

Epigastral churralar kam holatlarda 4-5 sm kattalikda uchraydi. Shuning uchun ayrim semiz odamlarda tashqi ko'rinishdan churra borligini aniqlab bo'lmaydi. Paypaslab ko'rilgandagina qorinning old devori churrasini aniqlash mumkin. Ko'pincha paypaslaganda og'riq seziladi. Qorinning old devori churralariga mahalliy va umumiy simptomlar xos. Mahalliy simptomlari - qaltis harakat qilganda, yurganda va paypaslaganda churra sohasida og'riqning aniqlanishi.

Umumiy simptomlariga epigastral sohada simillovchi og'riq, dispeptik holatlar kiradi. Og'riqning paydo bo'lishi qorin devori mushaklarining diastazi bo'lganda ham uchrashi mumkin. Ayrim holatlarda churra xaltasiga charvining, jigarning yumaloq bog'larning yopishib qolganida ham yuzaga chiqadi. Shuning uchun qorinning old devori churralari bilan va qorinning to'g'ri mushaklari diastazi bo'lganida operatsiyadan oldin juda sinchiklab tekshirish kerak. Oshqozon-ichak tizimini rentgenologik tekshirish, UTT, hatto endoskopik tekshirishlar o'tkazilishi kerak.

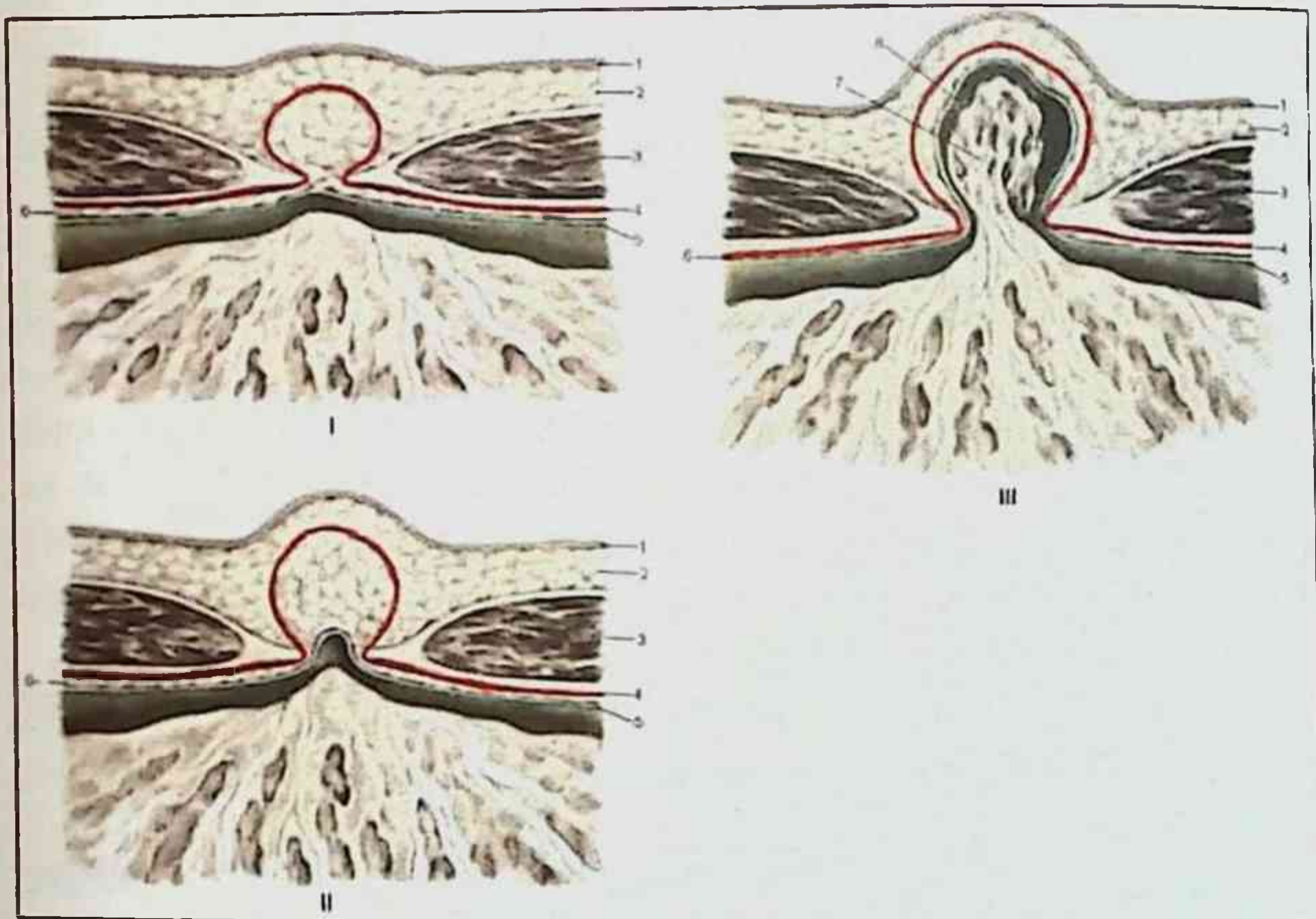
Anatomiyasi. Qorinning oq chizig'i o'rta chiziq bo'ylab ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklar aponevrozlarining biriktiruvchi to'qima tolalaridan hosil bo'ladi.

Kindikdan yuqorida oq chiziq eni 2-3 sm ga yetadigan, serbar, biriktiruvchi to'qimali plastinkadan iborat. Qorinning to'g'ri mushaklari qinini hosil qiladigan aponevrozlar chiziqqa o'tayotganda qiya yo'nalib bir-biri bilan kesishadi va ayrim kishilarda birmuncha kattalashib ketadigan va

churra chiqadigan joy bo'lib xizmat qiladigan yog'li kletchatka bilan to'lgan yoriqsimon bo'shliqlar hosil qiladi.

Qorinning to'g'ri mushaklari kindikdan deyarli pastda joylashgan to'qimalar bilan birlashib turadi. Bunday joylashgan churralarning nixoyatda kam uchrashi shu bilan izoxlanadi. Qorin yuqori sohasining anatomik tuzilishida ham churra bo'rtmalari hosil bo'lishiga sharoitlar mavjuddir. Bu sohada qorinning to'g'ri mushaklari diastazlari orasidagi yoriqlarni nazarda to'tish lozim. Bu diastazlarning bir qismi V-VII-qovurg'alarga, boshqalari esa to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasiga yopishadi.

Mushak-aponevrotik tuzilmalar tonusi buzilganda, qorin bo'shlig'i ichidagi bosim oshganda bu yoriqlarga qorinpardasi oldidagi yog', shuningdek qorinpardasi kirib qolishi mumkin, me'da kasalligi bularning qisilib qolishiga sabab bo'lishi ehtimoli bor.



Oq chiziq churralari joylashuviga ko'ra kindik ustida joylashgan qorin ustki churralari va kindikdan pastda joylashgan qorinning pastki churralariga bo'linadi.

Qorin ichki bosimining talaygina ko'tarilishi ta'siri natijasida aponevrozlardagi yoriqlar orqali (normada undan tomirlar, nervlar o'tadi) avvaliga qorinpardasi oldidagi yog' bo'rtib chiqadi, u ba'zan qorin devori mushaklarini taranglashtirilganda yumaloq zichlashma qorinpardasi oldidagi lipoma ko'rinishida paypaslanadi. Keyinchalik qorinparda ham bo'rtib chiqadi va haqiqiy churra hosil bo'ladi.

Simptomlari. Bemorlar jismoniy harakat paytida va qisilish bo'lganda bo'rtma sohasida og'riq sezadilar, yotishda odatda og'riq bo'lmaydi. Churra qisilib qolganda bemorning ko'ngli aynib, qusadi.

Meda kasalliklari – gastrit, bundan tashqari rak kabi kasalliklar bilan differentsial diagnostika o'tkaziladi. Me'da kasalliklarida og'riq ovqat iste'moli bilan bog'liq, vaholanki churralarda og'riq jismoniy harakat qilganda paydo bo'ladi. Bemorlarda epigastral sohada og'riq bo'lgan hamma hollarda me'da va 12 barmoqli ichakni maqsadli rentgenologik tekshirish zarur.

Davolash. Oq chiziq churralarini operativ davolashda quyidagi usullar qo'llaniladi: O'rtacha va katta hajmdagi churralar Sapejko yoki Mayo usulida operatsiya qilinadilar. Qorinning old devori churralari oq chizig'ining diastazi bo'lsa albatta diastaz bartaraf qilinadi. Ko'pchilik holatlarida Napalqov va Martinov usulida aponevrozni plastika qilganida yaxshi natijalar beradi. Bu usullar xozir tarixiy axamiyatga ega. Xozirgi vaqtda asosan alloplastika ya'ni polipropilen to'ri Onlay usulida qo'yiladi.

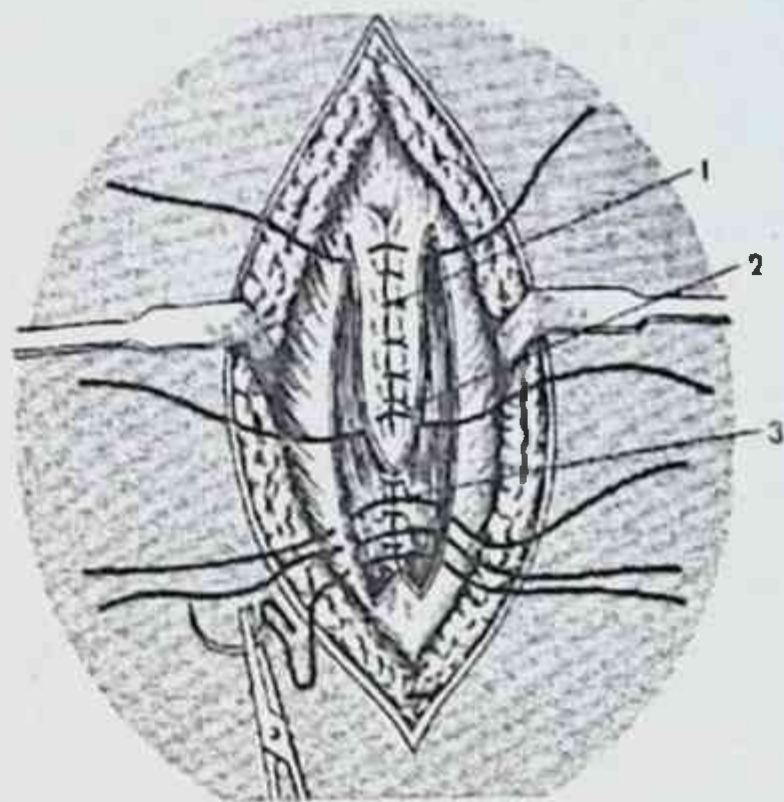
Napalqov usuli – churra xaltasi ochilib, aponevroz qirralari bir-biriga tikiladi. To'g'ri mushaklarning medial qirrasidan parallel holda ikkita kesma o'tkaziladi. Ularning ichki qin aponevroz qavatlari tikiladi. Bu choklarni qo'yishda birinchi qavat choklar ko'miltiriladi.

Napalkov usuli

1- choklarning birinchi qatori

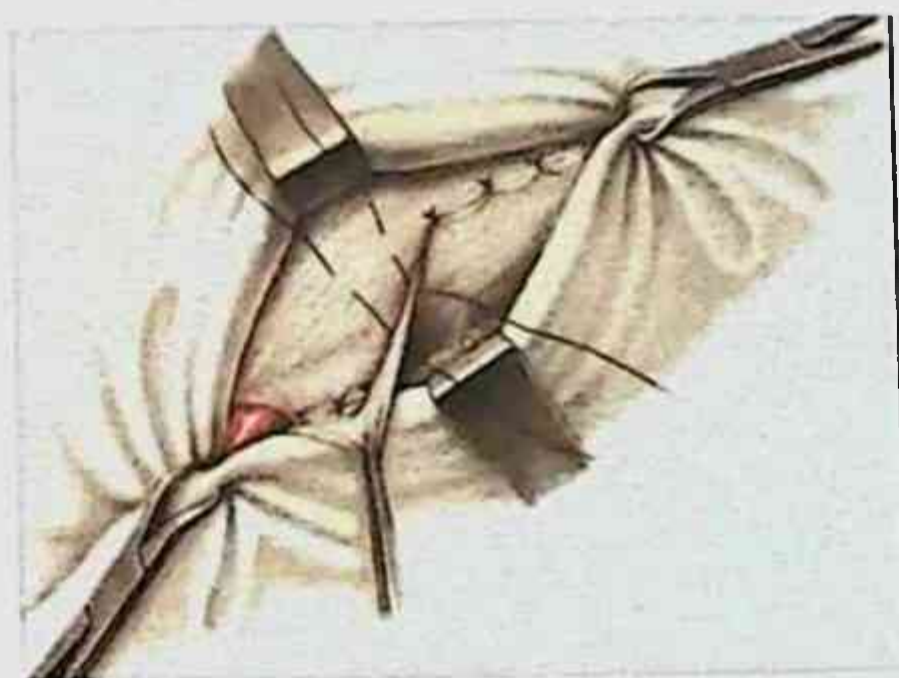
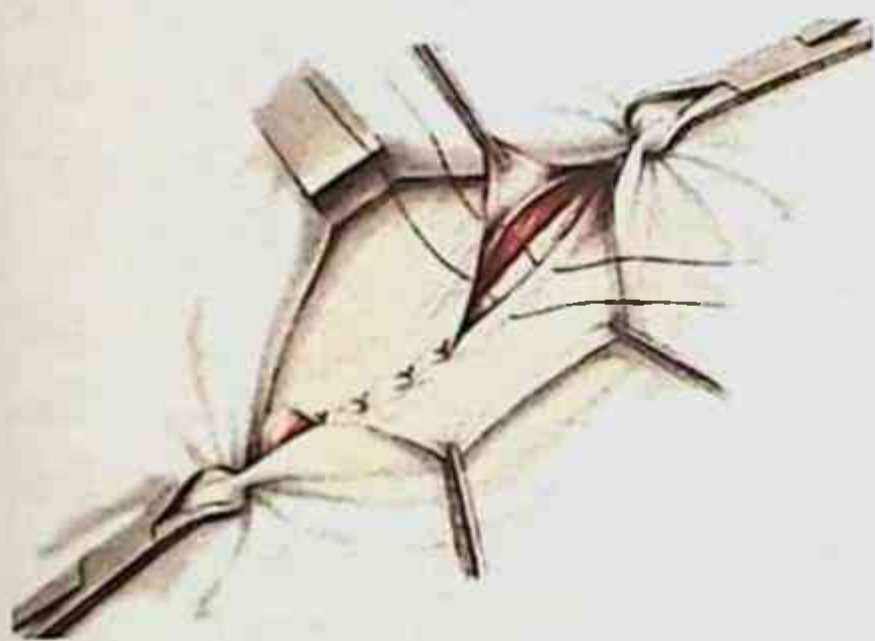
2- ikkinchi qatori

3- uchinchi qatori



Xudi shu tarzda to'g'ri mushaklar aponevrotik qinining tashqi varag'i tikiladi.

Martinov usuli – to'g'ri mushaklar diastazlari quyidagicha bartaraf qilinadi: to'g'ri mushaklardan birining medial qirrasidan kesma qilinadi (butun diastaz bo'ylab). Ana shu varaqlar mushaklar olinmasdan tikiladi. Uning ustidan oldingi devor qinidan hosil qilingan aponevroz varaqlari tikiladi.



Martinov usuli

VI BOB

QORINNING OLD DEVORI TASHQI CHURRALARINING ASORATLARI VA DAVOLASH TAKTIKALARI

Samarqand shahar tibbiyot birlashmasiga qarashli xirurgiya bo'limida oxirgi yillarda operatsiya qilingan 4202 bemorlarning davolash natijalari tahlil qilindi. 4202 bemorlarda o'tkazilgan operatsiyalardan 730 (17,3%) qorinning tashqi va old churralari bilan operatsiya qilingan, erkaklar 209 (31,5%), ayollar 521 (68,5%)ni tashkil qildi. Bemorlar 18 yoshdan 81 yoshgacha bo'lib, o'rtacha yoshi 52,2+4,2 yoshni tashkil qildi. Shunday qilib, 730 bemordan chov churralari bilan 525 (72%) kishi operatsiya bo'lgan, qorinning old devori va operatsiyadan keyingi ventral churralari bilan 160 (21,9%), kindik churrasi 18 ta (2,46%), son churrasi 17 ta (2,3%) va qorinning oq chizig'i churrasi bilan 10 ta (1,49) bemorlar operatsiya qilingan.

Qorinning old devori churralarining amaliyotda ko'p uchraydigan 4 guruh asorati mavjud:

- 1.Churralarning to'g'irlanmay qolishi.
- 2.Churra qopining yallig'lanishi.
- 3.Churralarning qisilib qolishi
- 4.Koprostaz

6.1. CHURRANING TO'G'IRLANMAY QOLISHI:

Jarohatlanish (travmatizatsiya) yoki aseptik yallig'lanish hisobiga churra qopi va churra tarkibidagi a'zo orasidagi chandiqlarning hosil bo'lishi bilan bo'lgan asoratdir. Bemorlarni bunday asorat bilan o'z vaqtida aniqlab rejali ravishda operativ davolash zarur. Biz kuzatgan 525 chov churrasida 153 bemorda to'g'irlanmaydigan chov churralari aniqlandi va ular asosan keksa yoshdagi kishilar edi.

6.2. CHURRA QOPINING YALLIG'LANISHI:

Churra qopining yallig'lanishida asosan 2ta omil muhim ro'l o'ynaydi. Birinchidan ichkaridan yuzaga chiqadigan yalliglanishga olib

keladigan faktorlardan churraning qisilib qolishi, o'tkir appendisit rivojlanishi hamda Mekkel divertikuliti hisoblanadi.

Tashqi faktorlardan terining yallig'lanishi kasalliklari (furunkul, karbonkul va terining har xil churra sohasidagi jarohatlari (matseratsiya, shilinishi, tinalishlar). Churra qopining yallig'lanishi 17 ta (3%) bemorda kuzatildi va ular asosan semiz ayollarda, qandli diabet bilan xastalangan kishilarda va qisilgan churralarda aniqlandi.



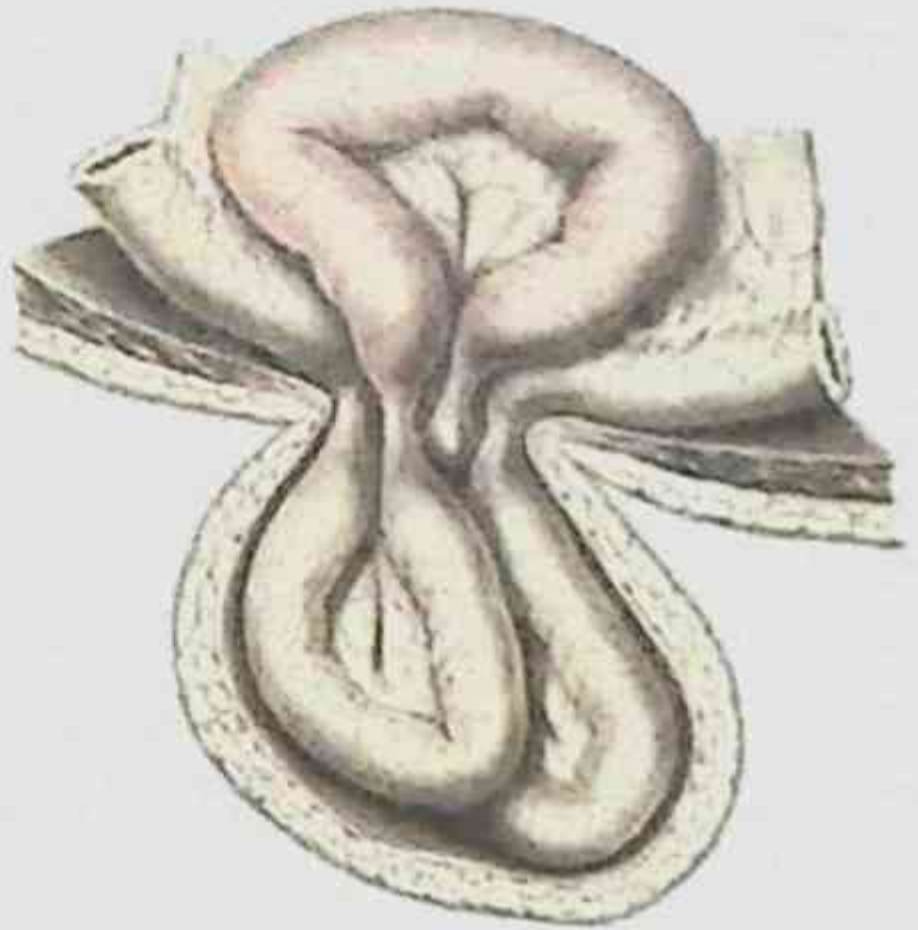
Kasal M. 51 yoshda. **Diagnoz:** Churra xaltasi flegmonasi. Qandli diabet II tip. **Asoratlari:** Nekrotik fassit. Qorinning old devori anaerob flegmonasi. Sepsis.

6.3. QISILGAN CHURRALAR:

Qisilgan churralar (*hernia incarcerata*) – o'ta xavfli asorat bo'lib, zudlik bilan operatsiya qilish talab etiladi. Churra qopchasiga chiqqan a'zolar churraning buyin qismida qisilib qolib, qon va limfa aylanishining buzilishi a'zoning nekrozga uchrash xavfini yuzaga keltiradi.

Qisilgan churra

Qisilib qolish mexanizmi har xil bo'ladi. Qorin bo'shlig'ida bosimning ortishi (yuk ko'tarish, tinimsiz yo'tal, defekatsiya paytida) bilan churra halqasi qisqa vaqtga kengayadi. Ana shu payt ichki a'zolar churra qopchasiga kirib qoladi. Keyin churra halqasi torayadi va ichki a'zolar o'z o'miga qaytishiga ulgurmay qoladi. Shu yo'sinda churraning qisilishiga *elastik qisilish* deyiladi.



Churraning boshqacha qisilish turi ham bor, yani *axlatli qisilish* deyiladi. Qisilishning bu shakli asosan qari kishilarda uchraydi. Churra qopchasiga tushgan churra qovuzlog'i ichidagi axlat asta sekinlik bilan ko'payib boradi va natijada ichakning ketuvchi sirtmog'i bosilib qoladi. Axlatli qisilish churra darvozasi katta bo'lgan holatlarda ham kuzatiladi.

Qisilib qolgan ichak sirtmoqlarining tutqichlari bosilib qolganda avvalo shish paydo bo'ladi. Churra qopchasidagi vena tomirlarida dimlanish rivojlanib, churra qopchasi ichida tinik suyuqlik yigiladi. Keyinchalik bu suyuqlik gemorragik holatga o'tadi. Ichak devoridagi nekrotik o'zgarishlar ichak ichidagi bakteriyalarning ichak devori orqali o'tib, churra suvini ifloslantiradi. Churra suvi loykalana boshlaydi va churra xaltasi flegmonasiga aylanadi. Ayrim holatlarda flegmona teshilib, ichak oqmasi hosil bo'ladi.

Operatsiya paytida ichak devorlarining xayotiyligini aniqlash muhimdir. Chunki nekrotik holat ichakning ichki shillik pardasidan boshlanib, tashqi ko'rinishi esa silliq, o'zgarishsiz bo'lishi mumkin. Ana

shunday ichak sirtmoqlarini qorin bo'shlig'iga yuborib churrani plastika qilish o'ta xavflidir.

Yana bir muhim holat, ichak devoridagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi chegarasini aniqlashdir. Keluvchi va ketuvchi ichak sirtmoqlarini tegishli uzunlikda rezeksiya qilinmasa, keyinchalik nekroz rivojlanib, choklar yetishmovchiligiga olib keladi. Natijada peritonit rivojlanadi va u bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

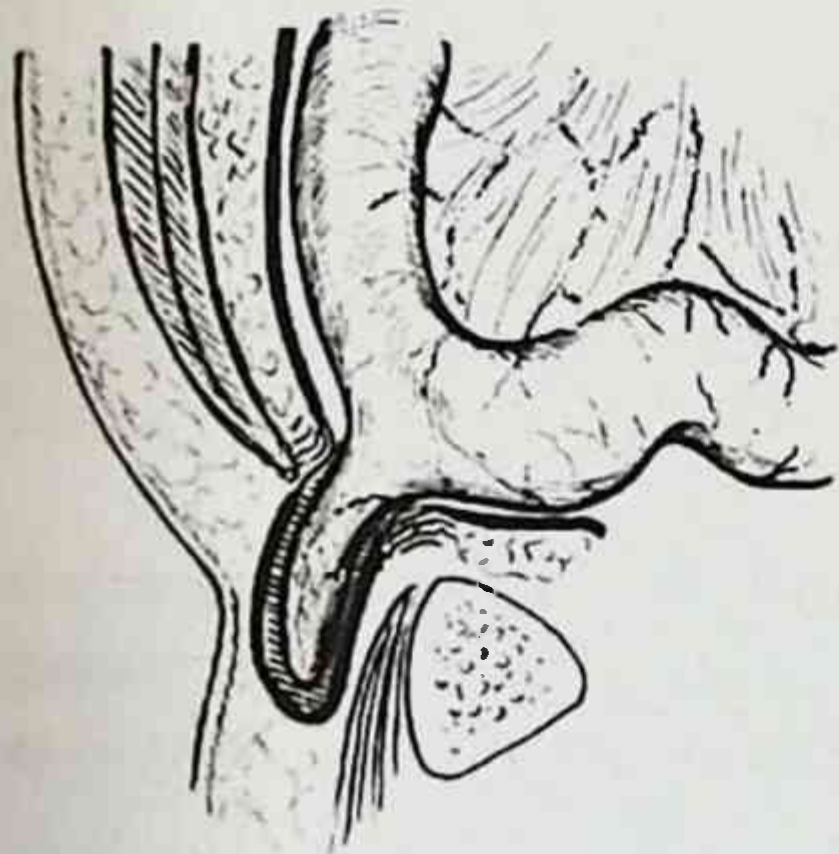
Undan tashqari ichak devorining bir qismi Rixter qisilishini ham unutmaslik lozim. Bu xil qisilish ham juda og'ir o'tadi

Ichak devori bir qismining qisilishining diagnostikasi ham qiyin, chunki churra bo'rtmasi kichik bo'ladi. Ayniqsa semiz kishilarda ichak tutilishi belgilari bo'lmaydi va uni aniqlash qiyin bo'ladi. Bunday qisilish ko'pincha son churrasida uchraydi. Ko'pchilik holatlarda ingichka ichak devori qisiladi, ammo oshqozon devori (oq chiziq churrasida) hamda siydik pufagining devori (chov churrasida) ham qisilishi mumkin.

Retrograd qisilish (hernia Maydle), juda kam uchraydi. Churraning bunday qisilishida churra qopchasida nafaqat qopcha ichidagi ichak sirtmoklari, balki qorin bo'shlig'idagi ichak sirtmoqlari tutqichlari ham qisilishi mumkin. Bunday qisilish W-simon qisilish ham deyiladi.

Qorinning old devori va operatsiyadan keyingi katta churralari ko'p kamerali bo'lganida ichak sirtmoqlari va charvi shu kameralardan biriga kirib, qisilib qolishi mumkin. Qolgan kameralardagi ichak sirtmoqlari va charvi bimalol erkin holda qorin bo'shlig'iga ketadi. Bunday holatlarda

qisman ichak tutilishi belgisi rivojlanib, bemorlarni uzoq vaqt konservativ davolanganda har xil og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin.



Littre churrasi

Asosiy xususiyati shuki, qon aylanishining yomonlashgani sababli, divertikul devori nekrozi ingichga ichakka nisbatan tez kechadi.

Mekkel divertikuli qisilib qolsa – *Littre churrasi* (hernia Littre) deyiladi. Adabiyotlarda keltirilishicha kam holatlarda (0,5 %) uchraydi.

Qisilgan qorin churralarini operativ usulda davolash natijalarini yaxshilash maqsadida ularning davolash va operatsiya taktikalarini aniq belgilash maqsadida biz to'rt yillik kuzatuvlarimizni tahlil qildik. Ana shu yillar mobaynida 1255 ta bemor shoshilinch ravishda operatsiya qilingan. Shundan 50 nafar bemor (4,8 %) qisilgan qorin churralari bilan operatsiya qilingan. Shu qisilgan churralardan chov churrasi – 48,2 %, son churrasi – 25,1 %, kindik churrasi – 12,8 %, operatsiyadan keyingi ventral churralar – 13,1 %, qorinning oq chizig'i churrasi – 0,8 % bemorlarda kuzatilgan.

Bemorlarning 40,2 % erkaklar, 59,8 % ayollarni tashkil qilgan. 60 yoshdan yuqorilar 64,5 % ni tashkil qilgan. Operatsiyadan keyin o'lgan bemorlar 15 kishi (2,7 %).

Qisilgan churralarning klinik belgilari boshlanganidan so'ng 2 soat mobaynida – 11%, 3-8 soat ichida – 13 %, 9-12 soat ichida – 17 %, 12-24 soatgacha – 38 % va undan keyingi davrda 21 % bemorlar klinikaga murojaat qilishgan. Ana shu holatlarni tahlil qilganimizda shifoxonagacha bo'lgan etapda tashxis qo'yish xatoliklari natijasida ko'pchilik bemorlar klinikaga kech yotqizilgan.

Deyarli 21 % son churrasining va 17 % bemorlarda ventral churralarning qisilishi o'z vaqtida aniqlanmagan. Bemorlar ko'pchilik holatlarda qorin bo'shlig'ining bitishma kasalligi, o'tkir gastrit, oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligining xuruji, buyrak sanchigi, o'tkir ichak tutilishi hatto o'tkir appendisit tashxislari bilan yuborilgan.

Shifoxonagacha bo'lgan etapda asosiy diagnostik xatolarga yo'l qo'yilishi sabablaridan eng muhimi bemorlarni tekshirishdagi e'tiborsizlik, bemorlarni tekshirish prinsiplarining buzilishi bo'lib, churra hosil bo'lishi extimoli bor sohalarni yaxshilab ko'rmaslikdir.

Uzoq vaqt bandaj boglagan yoki korset kiyib yurgan bemorlar churra sohasida paydo bo'lgan og'riqqa uncha e'tibor bermaydilar, doimo to'g'irlanib yuruvchi churraning to'g'irlanmaydigan bo'lib qolganligini va churra hajmining kattalashganligini ham sezmaydilar, natijada qisilgan churrani o'tkazib yuboradilar. Qari bemorlarda yuldosh kasalligi og'ir bo'lganda, yaxshi eshitmaslik, miya qon tomirlari yetishmovchiligining

borligi ulardan to'liq anamnez yig'ishga to'sqinlik qiladi. Bundan tashqari semiz bemorlardagi semizlik ham qisilgan churrani aniqlashda kiyinchilik tug'diradi.

Bizning fikrimizcha keksa yoshdagi bemorlarning uzoq yil churra bilan, ya'ni «eski» churrani ko'tarib yurganlarni alohida guruh qilib o'rganmoq maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ko'pchilik bemorlarda yo'ldosh kasalliklardan: umumiy ateroskleroz va koronar kardioskleroz, yurakning ishemik kasalligi, xafaqonlik, qandli diabet, pnevmoskleroz va boshqa nafas yo'llari kasalliklari kuzatilgan.

Bunday guruh bemorlar orasida operatsiyadan keyingi o'lim yuqoridir.

Kasallikning natijasi yana churra qopchasida qaysi a'zoning qisilishiga ham bog'liq. Ingichka ichak 52 %, katta charvi 35,2 %, yo'g'on ichak 7 %, bachadon o'simtasi 2 %, chuvalchangsimon o'simta 1,5 % va yo'g'on ichakning yog'li tasmasi 1% holatlarda uchragan.

Qisilgan ingichka ichak sirtmog'ining nekrozi 7 nafar bemorda kuzatilgan va shulardan to'rttasida ichak sirtmoqlari gangrenasi bo'lib, peritonit rivojlangan va ichak rezeksiya qilingan. Shulardan uchta operatsiyadan keyingi peritonitning rivojlanishi va ichak tutkich tomirlari trombozi natijasida vafot etgan. O'lgan bemorning uchchalasi ham 65 yoshdan yuqori kishilar bo'lgan.

Yana bir eng muhim muammo – bu qisilgan ichak sirtmoqlaridagi xayotiylikni aniqlashdir. Bemorlarni navbatchilik paytida, zudlik bilan o'tkazilgan operatsiyalarda, ayniqsa kechasi bo'lganda ularni aniqlash qiyin bo'ladi. Ichak sirtmoqlarini qisilgan halqadan chiqarib issik izotonik eritmalar bilan xo'llangan salfetkkalar bilan o'rash, ularni shunday issik eritmalar bilan yuvishdan keyin qizarib, tomirlar pulsatsiyasi aniqlansa va ichaklar harakati tiklansa uning xayotiyligi saklanganligidan dalolat beradi. Bordiyu shu holatlar paydo bo'lmay, ular xayotiyligiga aniq ishonch hosil qilinmaganda ichaklar sirtmog'i rezeksiya qilinib, uncha fiziologik holat bo'lmasa ham «yonbosh-yonbosh» anastamoz qo'yiladi.

Operatsiya uchun og'riqsizlantirish usulini tanlashda har bir bemorga individual yondoshish zarur. Mushaklar relaksatsiyasi bilan endotroxeal narkoz operatsiyani muvaffakiyatli yakunlash uchun yaxshi sharoit yaratadi.

Operatsiyadan keyin og'ir bemorlarga, ayniqsa keksa yoshdagi kishilarga 7500 ED dan, bir kunda uch maxal geparin, qonning reologik xususiyatini yaxshilaydigan suyuqliklar, albatta yurak-qon tomirlari va nafas olish tizimi faoliyatini stimullaydigan muolajalar o'tkaziladi. Peritonit belgilari paydo bo'lganda ingichka ichakni uzun nazogastral Mellori-Ebot zondi bilan intubasiya qilinadi.

6.3.1. CHOV CHURRASINING QISILISHI

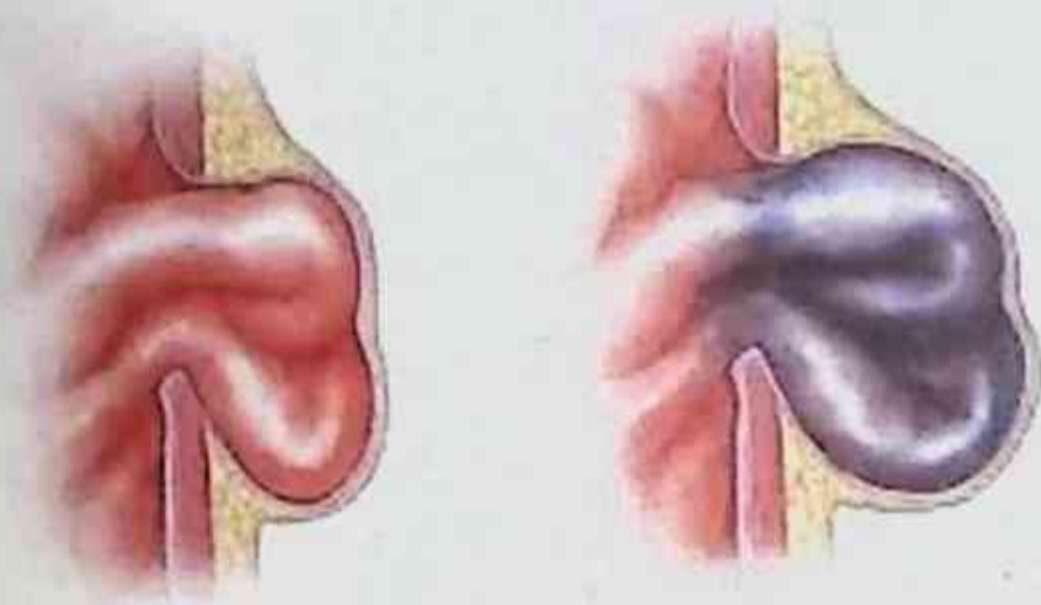
Chov churrallarining qisilib qolish holatlari amaliyotda ko'p uchraydi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga ko'ra umumiy qisilgan ventral churralarning 50-58 % ini tashkil qiladi.

Bizning kuzatuv natijalirimizga asosan chov churrasining qisilish holati 48,2 % ni tashkil qildi. Qisilgan churralardan keyin har xil asoratlar va o'lim oxirgi o'n yil ichida deyarli o'zgarishsiz qolmoqda. Buning asosiy sababi keksa va qari yoshdagi bemorlar sonining ko'payishi, bemorlarning davolash muassasalariga kech murojaat qilishlari va natijada shifoxonaga kechikib kelishlari, o'z vaqtida operatsiya qilinmaganlaridir.

Shuni ta'kidlash kerakki, bir qator holatlarda, ya'ni davolash taktikasidagi va diagnostik xatoliklar, operatsiyadan bosh tortish, ichaklar xayotiyiligini aniqlashdagi va rezeksiya hajmini aniqlashdagi hamda operatsiyadan keyingi davr mobaynida yo'l qo'yiladigan xatoliklar o'ta muhim ahamiyatga ega.

Klinik belgilari. Qisilgan churralarning klinik belgilari yaxshi o'rganilgan. Yaxshi yigilgan anamnez va bemorni yaxshilab tekshirish to'g'ri tashxis qo'yishda qiyinchilik tug'dirmaydi. Chov churrasining qisilib kolishidagi asosiy belgilar – chov sohasida to'satdan boshlangan og'riq va churraning to'g'irlanmay qolishidir.

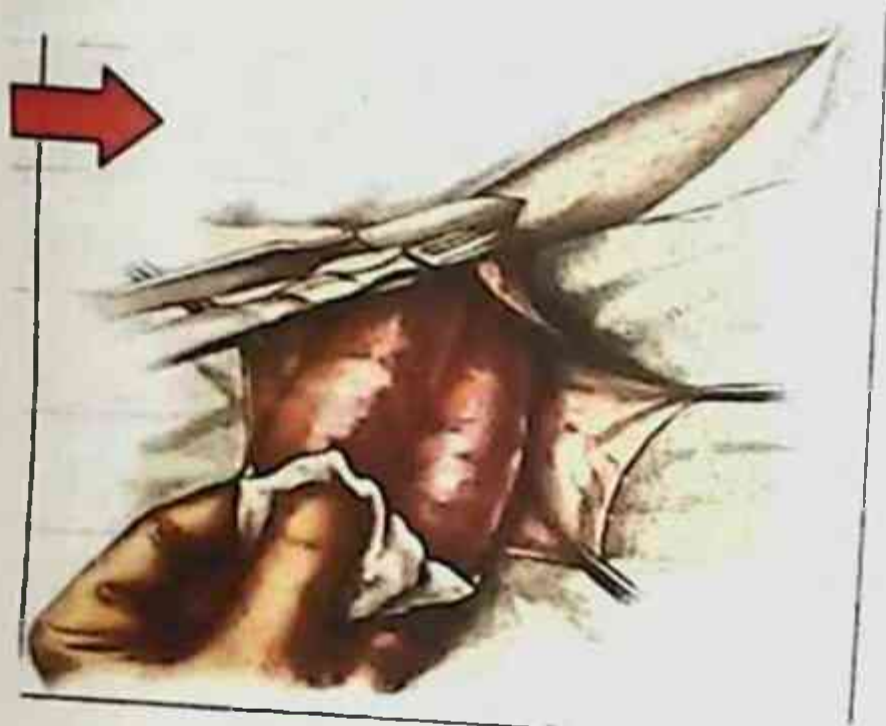
Og'riq har xil bo'lishi mumkin. Ayrim vaqtlarda og'riq kuchli bo'lib, shok holati rivojlanishi ham mumkin. Eng erta yuzaga chiqadigan simptomlaridan biri qusishdir. Bordiyu ichak sirtmog'i qisilib qolib, o'tkir ichak tutilishi rivojlanganda qusish ko'p marta takrorlanadi va qusish massasi qulansa hidli bo'ladi.



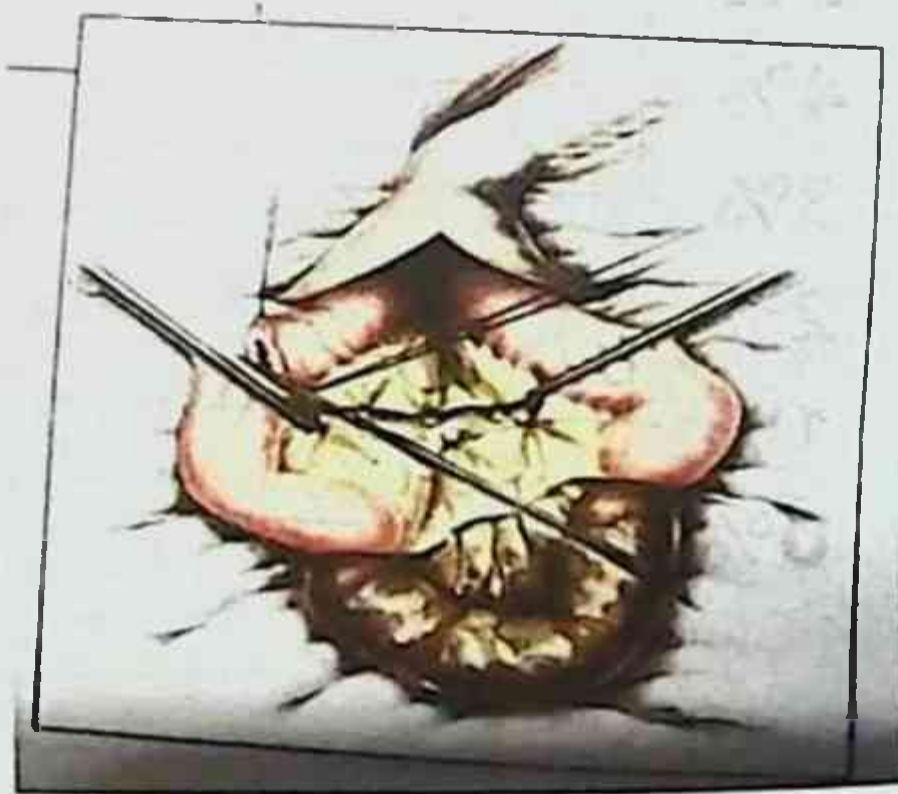
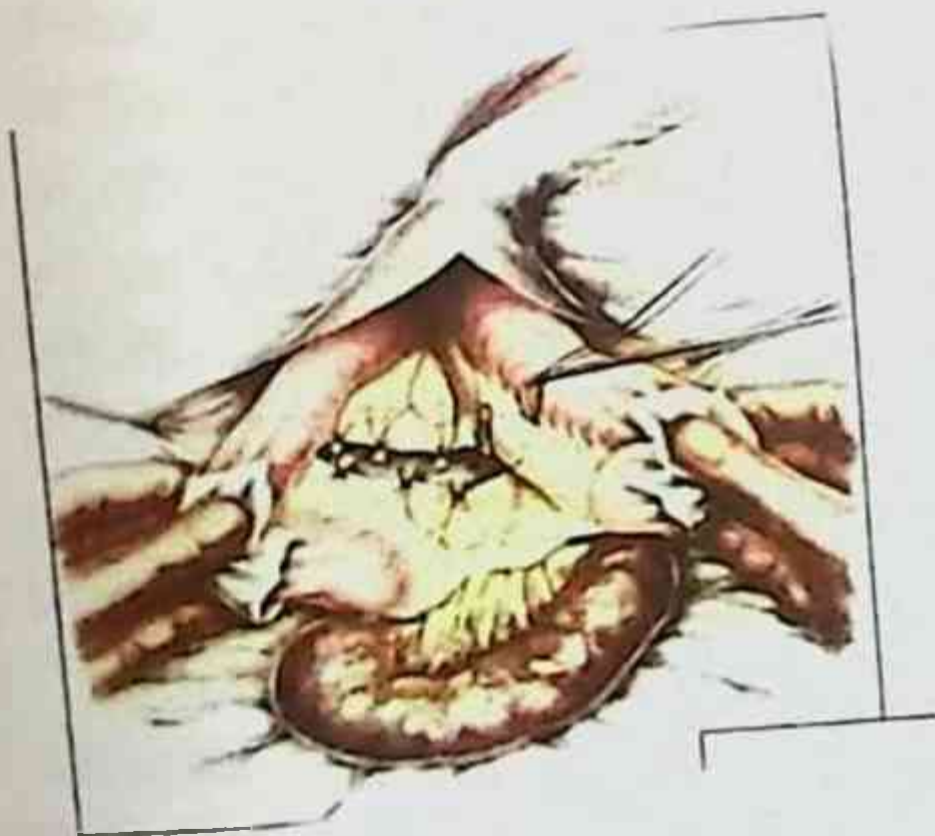
Chov churrasining qisilishi

Qisilish chov kanalining tashqi teshigida bo'lsa, jarroh chov sohasida juda taranglashgan va og'riqli churra bo'rtmasini

paypaslaydi. Agar churra kuchsiz qisilganda churra qopchasida suv yoki charvi bo'lsa perkussiyada to'mtoq, agar ichak sirtmog'i bo'lsa timpanik tovush eshitiladi.



Qisib turgan halqa (churra darvozasi)ni kengaytirish



Hayotiy noloyiq deb topilgan a'zo ingichka ichak rezeksiyasi

Qisilish chov kanalining ichki teshigida bo'lsa, ko'pincha ichak devori bir qismining qisilishi (Rixter qisilish) yuz beradi. Bunday holatlarda Barishnikov simptomi paydo bo'ladi, ya'ni qisilgan tomondagi oyoq tepaga ko'tarilganda og'riq kuchayadi. Buning asosiy sababi pay va mushaklarning qisqarishi bilan bog'liq. Ichak sirtmog'ining churra darvozasida qisilib qolishi strangulyatsion ichak tutilishi klinikasini beradi. Shuning uchun bemorlarda churra bo'rtmasidagi og'riq bilan birgalikda qorinda ham qattiq og'riq va qorinning assimetriyasi kuzatiladi. Ularni tekshirganda Sklyarova, Val belgilarini aniqlanishi mumkin. Intoksikatsiya belgilari rivojlanadi va ichak tutilishi klinikasi paydo bo'lib, peritonit rivojlanishiga sababchi bo'ladi.

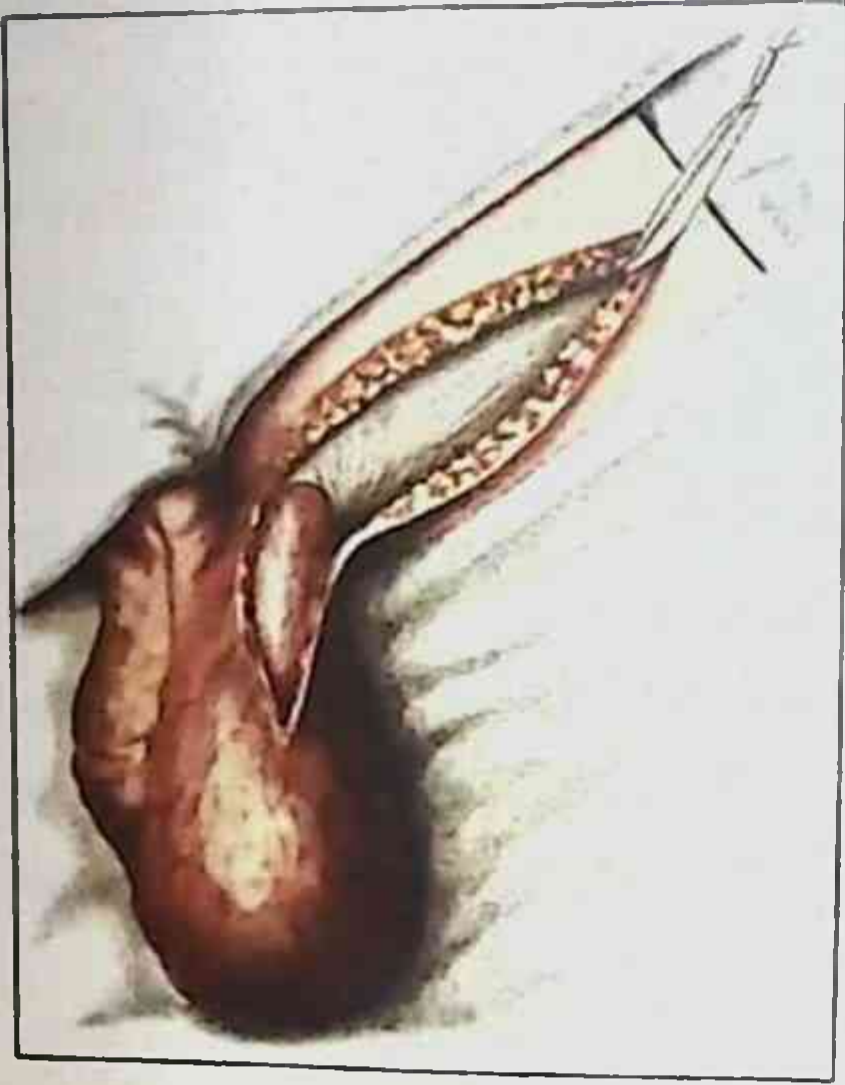
Shifoxonagacha bo'lgan davrda juda ko'p xatoliklar uchraydi. Chunki bemorlar asosan terapevtlar, tez yordam vrachlari tomonidan tekshiriladi. Ichak devorining bir qismi qisilganda (Rixter qisilish), churra bo'rtmasi bo'lmaganda yoki bo'rtmalar kichik bo'lib, uni paypaslab aniqlash qiyin bo'lganda diagnostik xatoliklar ko'payadi. Ana shunday holatlarda rentgenologik tekshirishlar muhim ahamiyatga ega.

Qisilgan churralarni to'g'irlanmaydigan chov churralari, chov limfadeniti, chov limfa tugunlarida o'smalar, metastaz berishi bilan differensiallash zarur. Ayollarda qisilgan chov churrasini son churrasi bilan differensiallash ancha mushkuldir.

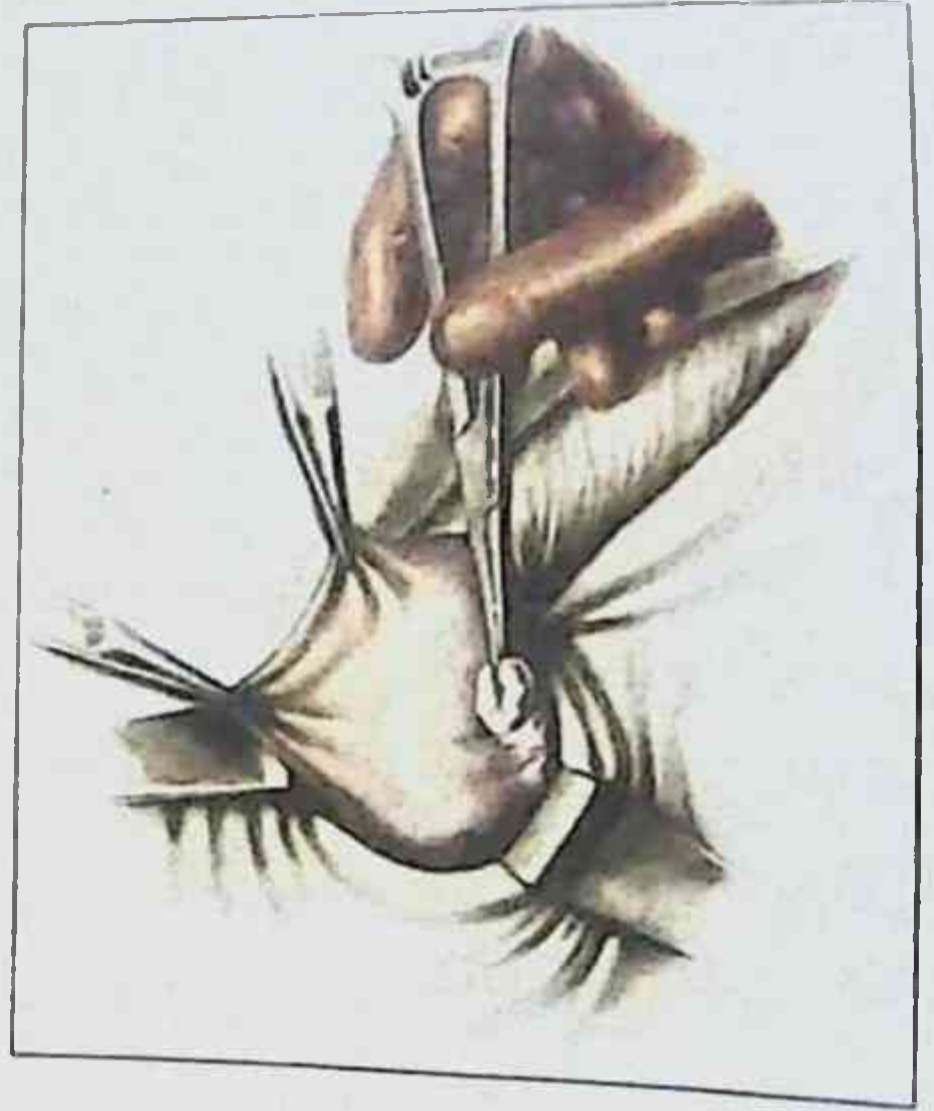
Yolg'on qisilgan churralarni aniqlashda yo'l qo'yilgan diagnostik xatolar taktik xatolarga olib kelishim mumkin.

Qisilgan chov churrasini operativ davolashdan asosiy maqsad chov churrasi qisilishini va uning oqibatlarini bartaraf qilishdir. Chov kanalini plastika qilish keyingi o'rinda turadi. Churra qopchasidagi iflos suv bilan operatsiya jarohatining ifloslanishining oldini olish lozim.

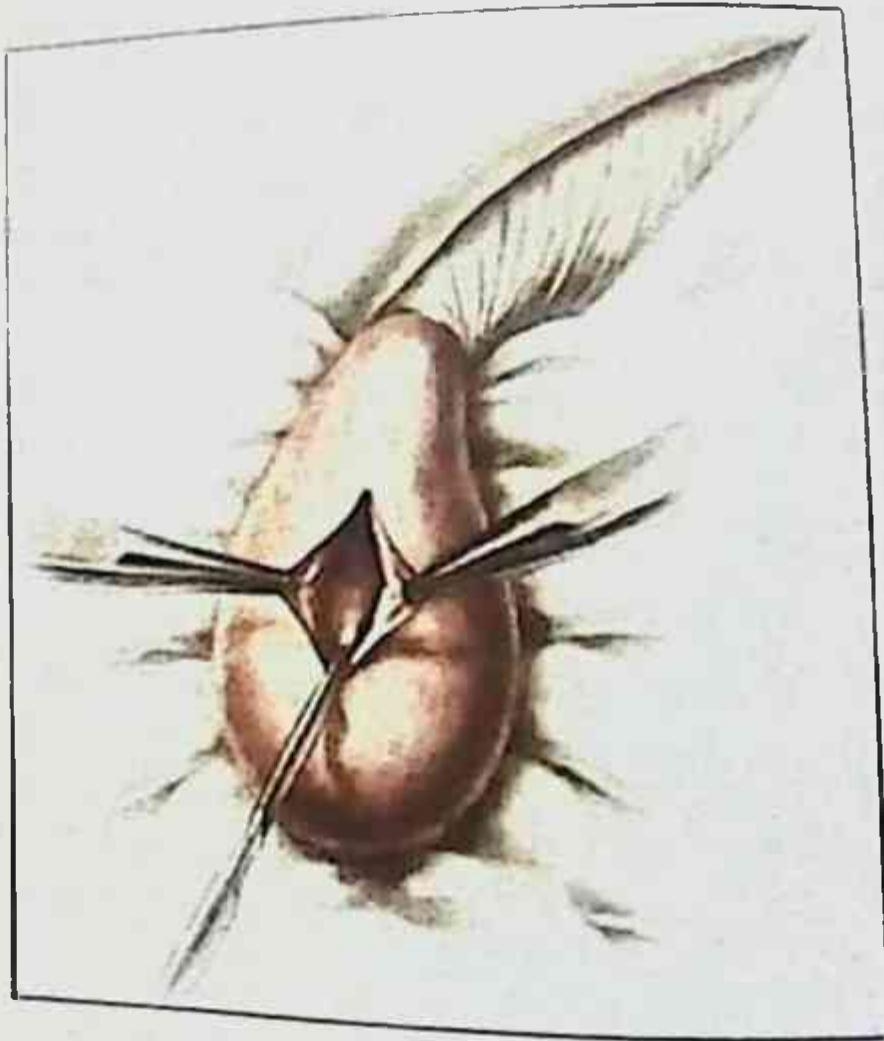
Operatsiya paytlarida ayrim jarrohlr ichak sirtmoqlarini rezeksiya qilish uchun o'rta chiziq bo'ylab laparotomiya qilishni taklif qiladilar. Bu juda to'g'ri fikr. Gemiolaparotomiya keluvchi va ketuvchi ichak sirtmoqlarini yaradan bemalol chiqarib, ularni taftich qilish imkonini beradi.



**Qisilgan chov churrasida
bajariladigan kesma**



Churra qopini ajratish



Churra qopini ochish

O'rta chiziq bo'ylab qilinadigan maqsadli laparotomiya uchun alohida ko'rsatmalar mavjud:

1. Qorin bo'shlig'ida bitishmali holatlar bo'lib, chov sohasidan qilingan kesma orqali ichak sirtmoqlarini yaraga chiqarib bo'lmasa.

2. Yonbosh ichakning terminal qismini rezeksiya qilib, ileotranverzioanastamoz qo'yish kerak bo'lganda.

3. Operatsiyagacha churra qopchasi flegmonasi tashxisi qo'yilsa. Bunda avval qorin bo'shlig'i operatsiyasi etapini bajarib, keyin churrani kesish, yiringni va nekrozga uchragan ichak sirtmog'i bartaraf etiladi.

4. Peritonit va ichak tutilishi klinikasi rivojlangan bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilgan holatlarida.

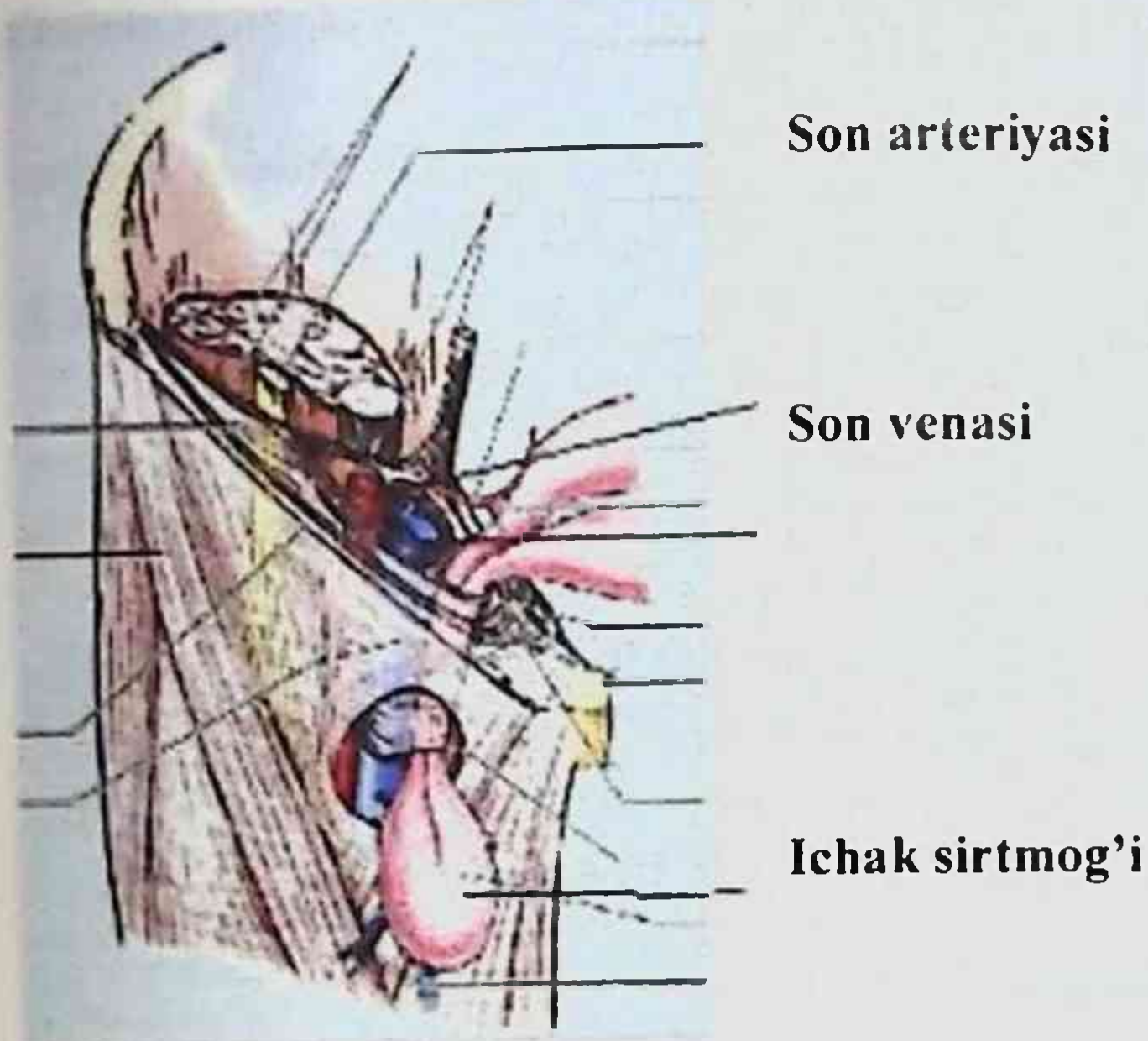
Bunday operatsiyalardan keyin chov kanalini plastika qilishning oddiy va yengil usullarini qo'llash kerak.

6.3.2. QISILGAN SON CHURRALARI

Son churralarida qisilib qolish holati ko'p uchraydi. Adabiyotlarda keltirilishicha 30-35 % holatlarda son churrasi qisilib qoladi. Buning sababi son kanali tor bo'lib, uning devorlari qattiq va chuzilish xususiyatining kamligidadir. Son churrasining qisilishining uchrashi jihatidan butun qisilgan qorin churralarinning ichida ikkinchi o'rinni egallaydi. Qisilgan son churralari ko'pchilik holatlarda og'ir o'tib, harxil asoratlarga olib kelishi mumkin, chunki ularni o'z vaqtida aniqlash qiyindir. Son churrasining qisilishi asosan keksa va qari ayollarda uchraydi. Son churralari qisilishida churra dumpagi kichik bo'lib, uni aniqlash ham qiyin.

Ichak devorining bir qismi qisilganda ichak tutilishi belgilari rivojlanmagan holatlarda uni aniqlash alohida qiyinchilik tug'diradi.

Juda kechikib ketgan holatlarda chov kanali osti sohasida qizarish, shish va og'riq paydo bo'ladi. O'tkir limfadenit, adenoflegmona bilan differensiallashga to'g'ri keladi va bu ancha qiyinchilikka olib keladi.



Qisilgan son churrasining muhim belgilaridan «taranglashgan **ichak sirtmog'i**», ya'ni qomat to'g'rilanganda chura qopchasida qisilgan charvi yoki ingichka ichak tutqichi bo'lsa shu sohada og'riq paydo bo'lishidir.

Son churrasida ichaklar sirtmog'i qisilib qolganda uning klinik kechimini uch davrga bo'lish mumkin:

I-davr: - ichak devorida nekroz paydo bulguncha bo'lgan davri. Bu davrda asosan ichak tutilishi belgilari namoyon bo'ladi.

II-davr: - bu davrda ichak sirtmoq larida nekroz paydo bo'lib, ichak tutilishi klinikasi yaqqol yuzaga chiqadi, ammo peritonit va og'ir intoksikasiya belgilari yo'q. Bu davr qisilgandan boshlab 2-8 soat davom etadi.

III-davr: - og'ir-kechikkan davr bo'lib, peritonit va og'ir intoksikasiya rivojlanadi. Qisilishdan keyin 8-10 soat mobaynida yuzaga chiqadi.

Bunday bemorlarni operatsiya qilishda ham chov, ham son usullaridan foydalaniladi. Son usuli keksa va qari kishilarda, har xil boshqa somatik kasalliklari bo'lgan kishilarda, qo'llaniladi. Yosh va baquvvat kishilarda esa chov usuli bilan operatsiya qilish ma'qul.

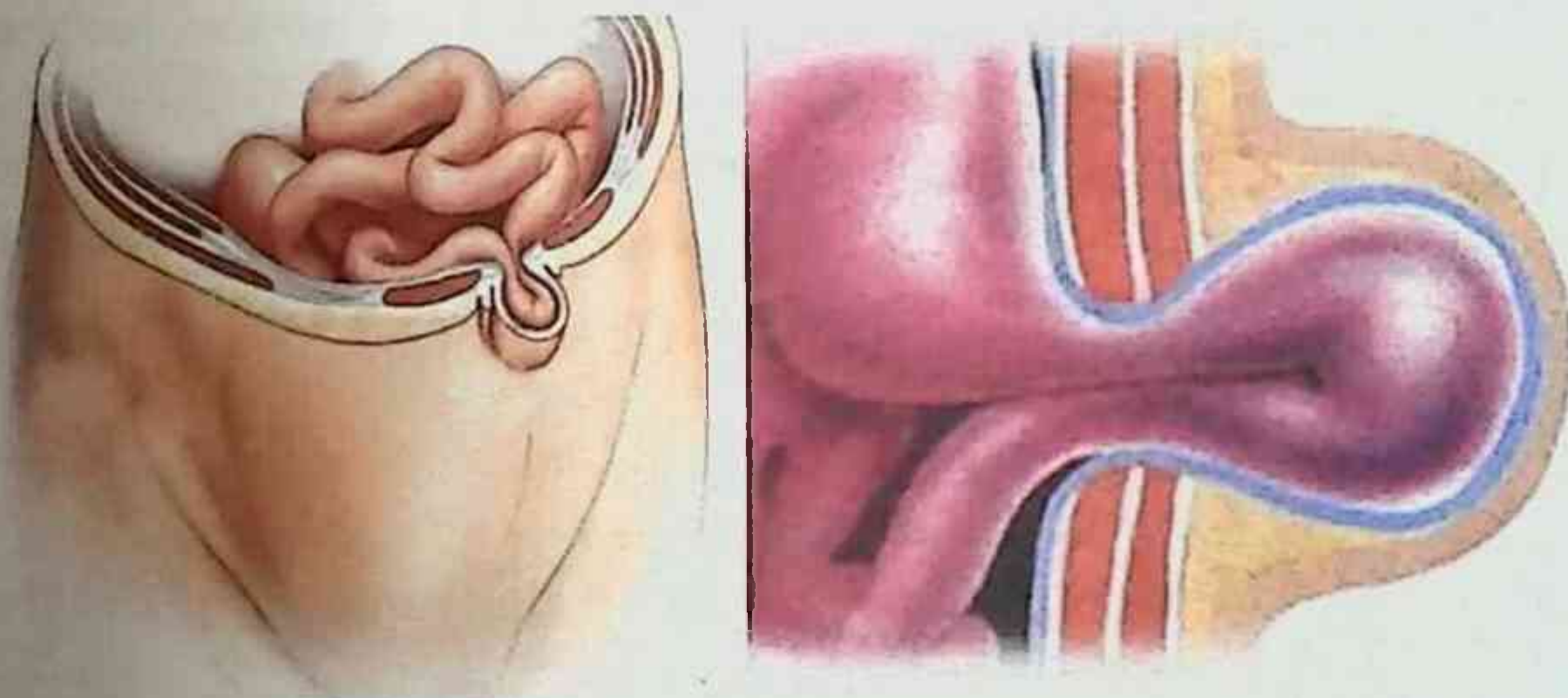
Churra flegmonasi bo'lganda kesmani chov tomondan qilish maqsadga muvofiqdir.

Qisilib qolgan halqani uning son usulida ichki tomonidan – lakunar bog'lam orqali kesma o'tkaziladi. Undan oldin barmoq bilan anomal tomir bor yoki yo'qligini paypaslab ko'rib, agar bo'lsa uni qisqichga olib so'ngra kesish zarur. Bordiyu anomal tomir kesib qo'yilsa tomirni barmoq yoki tupfer bilan bosib, ortiqcha taxlikaga tushmasdan qisqichga olish va uni tikish zarur.

Chov usuli bilan operatsiya qilganda anomal joylashgan tomirni topish yengilroq. Churraning qisib qoluvchi halqasini yuqorigi tashqi yo'nalishda kesganda tomirlarning ustidan, chov bog'lamini kesmasdan amalga oshirish mumkin.

6.3.3. QISILGAN KINDIK CHURRALARI

Kindik churralari ko'pincha katta yoshdagi kishilarda qisilishga moyil bo'lib, 15-30 % ni tashkil qiladi. Kindik churrasining qisilib qolishi uzoq vaqt churra bilan yurgan keksa odamlarda ko'proq uchraydi. Qisilib qolish holatlari har xil kattalikdagi churralarda uchraydi. Hajmi kattaroq churralarda ko'proq axlatli qisilish, maydaroq churralarda esa ko'proq elastik qisilish kuzatiladi.



Qisilgan kindik churrasining erta yuzaga chiqadigan simptomlaridan biri og'riqdir. Og'riq har xil xarakterda bo'ladi. Churra qopchasida ichak

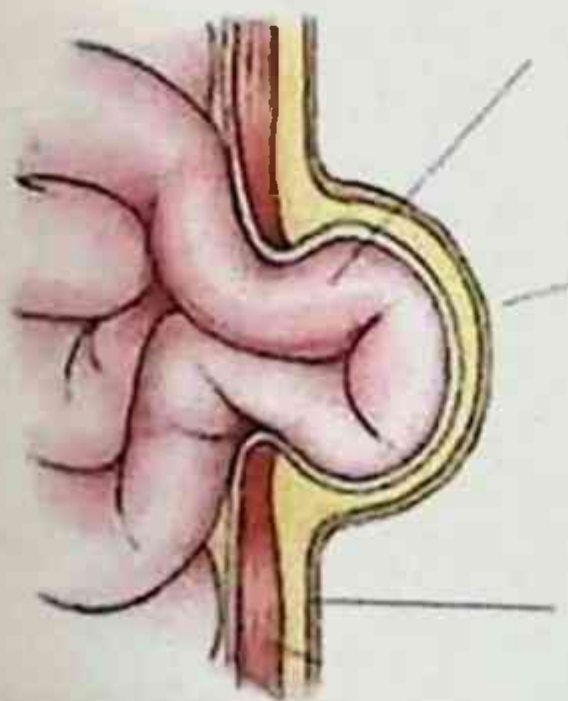
tutqichlari qisilgan bo'lsa o'tkir ichak tutilishi belgilari ham namoyon bo'ladi.

Qisilgan kindik churralarida qorinning old devori Sapejko va Meyo usullarida plastika qilinadi.

Churra qopchasining flegmonasida Greqov usulida operatsiya qilish eng optimal usuldir. Teridagi churra do'mbog'i ustidan yoysimon ikkita bir-biriga uchrashuvchi kesma qilinadi. To'qimalar aponevrozgacha ochiladi. Qisilgan halqadan 4-5 sm uzoqlikda kesma qilinib aponevroz va qorinparda kesiladi, qorin bo'shlig'iga kiriladi. Agar ichak sirtmoqlari qisilgan bo'lsa ular rezeksiya qilinib bir blok bilan olinadi, ichaklarga «uchma-uch» anastamoz qo'yiladi. Charvi qisilib qolganda, uning o'sha qisilgan qismi rezeksiya qilinadi.

6.3.4. QISILGAN EPIGASTRAL (OQ CHIZIQ) CHURRALARI

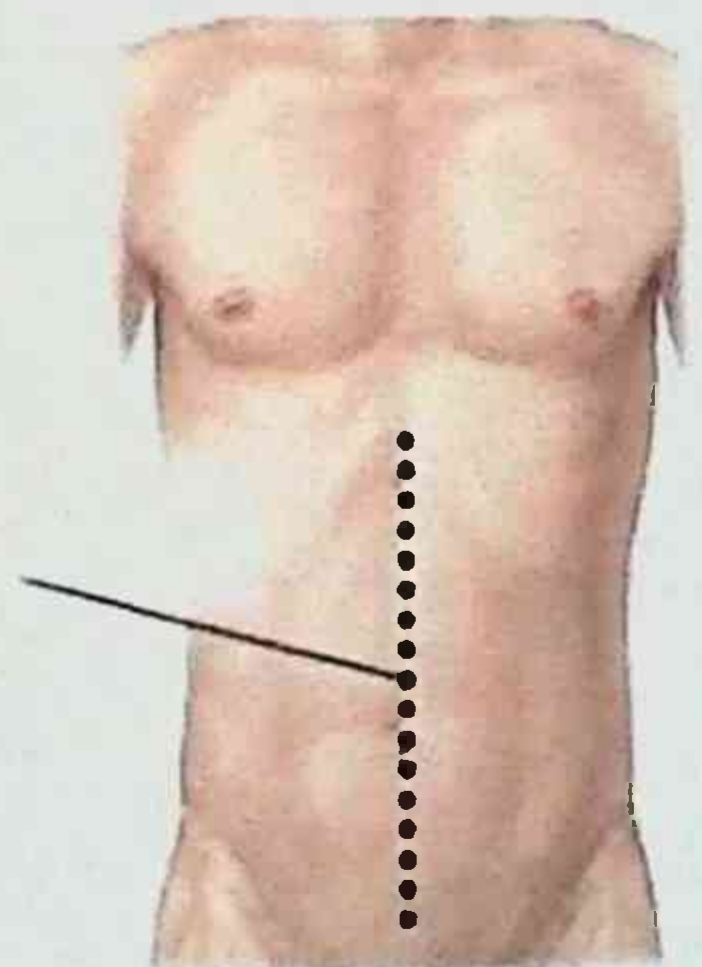
Epigastral churralar ko'p uchrab, 30-31 % holatlarda qisilgan holatda bo'ladi. Eng xarakterli belgilari spontan ravishda boshlangan og'riq va ayrim holatlarda ichak tutilishi belgilarining rivojlanishidir. Qisilgan epigastral churra katta bo'lsa Sapejko yoki Meyo usulida operatsiya qilinadi.



**Ingichka ichak
sirtmog'i
Churra**

**Qorinning oq
chizig'i**

Teri



Oq chiziq churrasi bir vaqtning uzida uning diastazi bilan (II-III darajasi) bo'lsa ham churrani ham diastazni bartaraf qilish zarur. Bunday operatsiyalar Napalqov hamda Martinov usuli buyicha plastika qilish maqsadga muvofiqdir. Ko'rsatma bilan oxirgi yillarda alloplastika usuli keng qulanilmoqda.

6.3.5. OPERATSIYADAN KEYINGI CHURRALARNING QISILISHI

Operatsiyadan keyingi qisilgan churralar 2,2-10 % ni tashkil qiladi va bunday churralarda o'lim sur'ati juda yuqori.

Operatsiyadan keyingi qisilgan churralarning klinikasi churraning o'lchamiga, shakliga va ichak tutilishi darajasiga bog'liq. O'rtacha va kichik churralarda og'riq churra dompog'ida juda kuchli bo'ladi, ko'ngil aynishi va qusish ham kuzatiladi. Churraning to'g'rilanmasligi, to'xtovsiz og'riqning bo'lishi qisilgan churraning doimiy simptomlaridandir. Bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilganda yoki kech tashxis qo'yilganda sho'k va intoksikatsiyaning kuchayishi natijasida o'tkir ichak tutilishining elastik shakli rivojlanadi. Bunday holatlarda bemorlarni faqatgina o'z vaqtida operatsiya qilish bilangina qutqarib qolish mumkin.

Katta va gigant operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda ichak tutilishi axlatli bo'ladi. Keksa kishilar va kariyalarda uchraydi, klinik belgilari juda tez rivojlanmaydi.

Mayda va o'rtacha kattalikdagi operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda xirurgik taktika xuddi chov va son churralarining qisilishida qo'llaniladigan taktika singari bo'ladi. Bemorlarni bir-ikki soat tayyorgarlikdan so'ng zudlik bilan operatsiya qilish lozim. Umumiy og'riqsizlantirish ostida taranglashmagan plastika qilish usulni qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Katta va gigant operatsiyadan keyingi qisilgan churralarda xirurgik taktika ancha farq qiladi. Bunday bemorlarni tayyorgarliksiz operatsiya qilish xavfli hisoblanadi. Chunki bir rdan katta massani qorin bo'shlig'iga yuborish, qorin buligi deffektini yaxshilab tikish qorin bo'shlig'ida ichki bosimning birdan oshishiga, bu o'z navbatida ichaklar harakatining buzilishiga, diafragmaning ko'tarilishiga, ko'krak qafasi a'zolarining bir tomonga siljishiga oqibatda yurak-nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Bunday operatsiyalardan keyin quyidagicha xavfli patologik holatlar yuzaga chiqishi mumkin.

Qorin bo'shlig'i ichki bosimining oshishi → ichaklar parezi → o'pka hayotiy sigimining kamayishi → o'pka ventilyatsiyasining buzilishi → gipoksiya → yurak faoliyatining buzilishi → ichaklarda mikrosirkulyatsiyaning buzilishi → ichaklar parezining kuchayishi → qorin bo'shlig'i ichki bosimining yanada oshishi. Natijada organizmda chuqur patologik o'zgarishlar rivojlanishiga, va oqibatda o'limga sabab bo'ladi.

Bunday bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazishda bemorning umumiy ahvoliga ta'sir qiluvchi eng muhim patologik omillarni aniqlash zarur. Buni aniqlashdagi klinik ko'rsatkichlar quyidagilar: 1) bemorning xushi; 2) teri va shillik pardalarining ko'rinishi; 3) qon bosimi; 4) pulsi; 5) markaziy vena bosimi; 6) Shtanga va Sobraze sinamasi; 7) nafas olishi sur'ati; 8) diurez; 9) tana harorati; 10) EKG ko'rsatkichi.

Laboratoriya tahlillaridan: 1) eritrositlar soni; 2) Hb miqdori; 3) gematokrit ko'rsatkichi; 4) qoning bufer ko'rsatkichi; 5) qondagi qand miqdori.

Bunday churralarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bir-ikki soat davom etib, peritonit va ichak tutilishi belgilari bo'lmasa qonservativ davolash zarur. Ko'pchilik mualliflar fikricha katta operatsiyalardan keyingi qisilgan churralarni qariyalarda qisib qoluvchi halqani kesish bilan chegaralanish kerak.

Demak churra qopchasidagi ichaklarni batamom ichkariga yuborish mumkin emas va qorinning old devorini autoplastika qilish ham shart emas. Vaholanki ayrim holatlarda, ya'ni qorin bo'shlig'ida bitishmali holatlarda, ichak sirtmoqlari faqat teri bilan yopilgan bo'lib ularni qorin bo'shlig'iga yubormasdan teri ostida qoldirilganda yara yallig'lanib, eventratsiya bo'lishi ham mumkin.

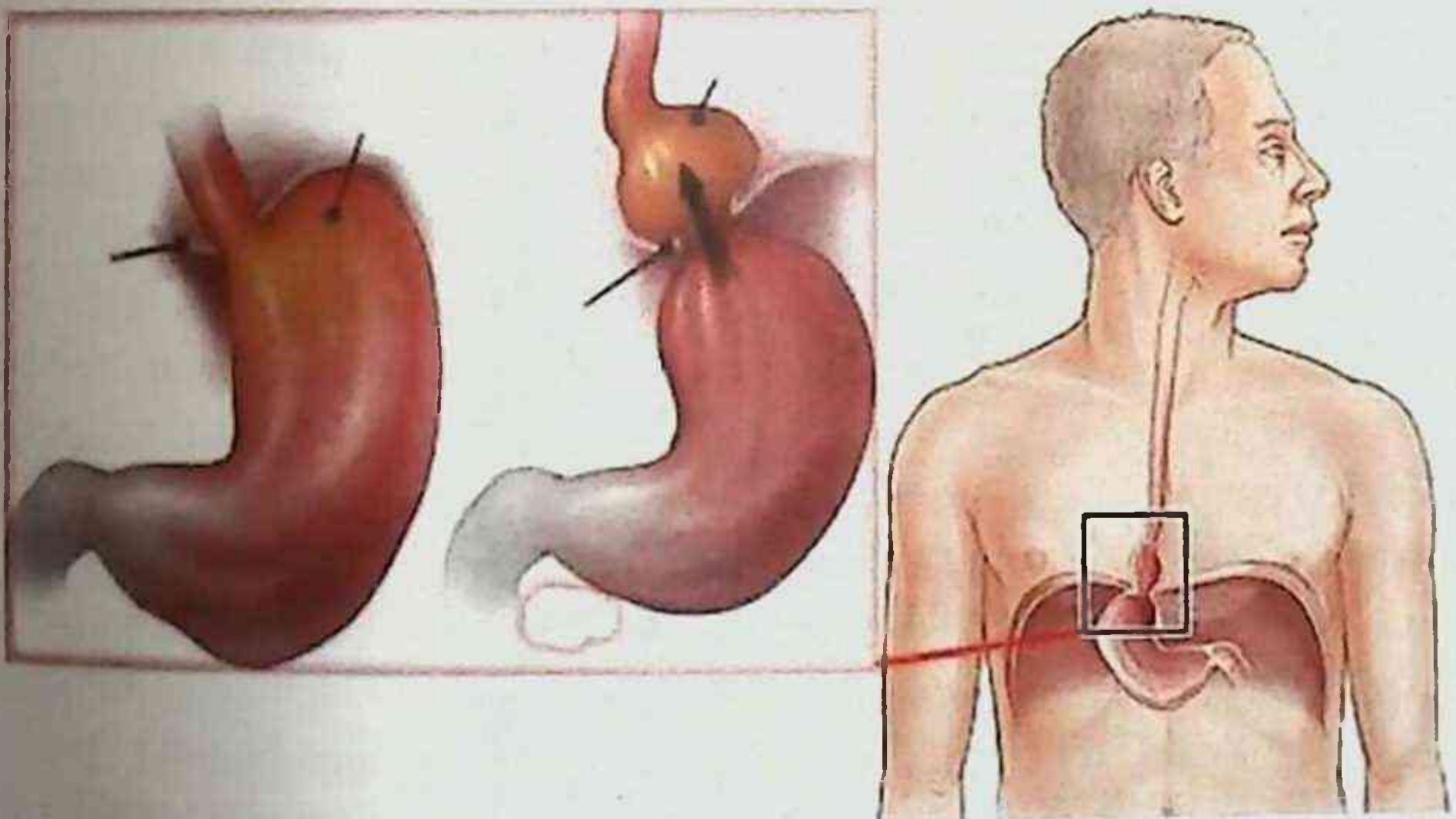
Operatsiyadan keyingi katta qisilgan churralarda alloplastik materiallarni ham ishlatish mumkin.

6.3.6 QISILGAN DIAFRAGMA CHURRALARI

Diafragmaning qizilo'ngach teshigi sirpanuvchi va diafragmaning relaksatsiyasidan tashqari hamma churralari qisilish xususiyatiga ega. Adabiyotlardagi ma'lumotlarda tug'ma va diafragmaning travmatik churralarining qisilib qolishi 20-21% ni tashkil qiladi. Asosan soxta churralar qisilib qoladi. Amaliyotda diafragmaning qisilgan churralari kam uchraydi.

Klinikasi. Churraning o'tkir qisilib qolishi juda xarakterli belgilar bilan boshlanadi. Bunda diagnostik xatolik ko'p uchraydi, sababi diagnoz qo'yish qiyinligidan emas, balki bunday churralarning amaliyotda kam uchrashidir.

Diafragma churralarining qisilib qolishi to'satdan boshlanishi mumkin, ko'krak va qorinning chap yarmida to'satdan qattiq og'riqning boshlanishi, uning juda kuchli bo'lishi, hatto bemorlar og'riqqa chiday olmasligi va shok holatiga tushib qolishi mumkin. Ichak tutilishi rivojlanishi bilan og'riq qorinda kuchayib, to'lg'oksimon xarakterga ega bo'ladi. Tez orada qusish qo'shiladi, qusish qisilishning sathiga bog'liq bo'ladi. Agar oshqozon qisilsa qon aralash qusish bo'ladi. Xansirash, sianoz, taxikardiya, tili qurib, asta-sekinlik bilan intoksikasiya rivojlanadi.



Diafragma churralarining qisilishini, miokard infarkti, o'tkir gemorragik pankronekroz, ichak tutqichi tomirlarining trombozi, strangulyatsion ichak tutilishi bilan differensiallash zarur. Ayrim holatlarda oshqozonning o'tkir buralishini (paraezofagal churralarda va diafragma relaksatsiyasida kuzatiladi) differensiallash juda mushkuldir.

Diagnostikasi. 1) EKG; 2) ko'krak qafasi va qorinning umumiy rentgenografiyasi; 3) Oshqozonning kontrastli rentgenografiyasi 4) irrigografiya; 5) laparoskopiya.

Davolash. Diafragmaning qisilgan churralarida zudlik bilan operatsiya qilish zarur. Kattalarda transtorakal, bolalarda esa abdominal usulda operatsiya qilish ma'quldir. Kattalarda ham ayrim holatlarda laparotomiya qilish ham mumkin.

Diafragma churralarini bartaraf qilishda asosan 5 guruhga bo'lish mumkin:

1. Oddiy autoplastik usullari.
2. Autoplastikaning mushak yoki mushak-aponevrotik oyoqli laxtaklari bilan.
3. Atrofidagi yaqin a'zolar bilan tiqindi hosil qilish usuli.
4. Erkin auto- va alloplastika usullari.
5. Sintetik materiallar bilan plastika qilish.

6.4. Koprostaz:

Koprostaz - yo'g'on ichakda najas turib qolishi bilan bog'liq asorat.

Koprostazga olib keluvchi omillar:

1. Churra to'g'irlanmasligi
2. Kam harakatlik.
3. To'yib ovqatlanish

Koprostaz ko'proq uchraydi:

1. Semiz keksa kasallarda
2. Chov churrasi bor erkaklarda
3. Kindik churrasi bor ayollarda

Koprostazni davolash

1. Yo'g'on ichakni o'z ichidagi mahsulotidan bo'shatish
2. To'g'irlanuvchi churralarda churrani to'g'irlagan xolatda ushlab
3. Glitserin, gipertonik eritma bilan kichik xuqnalar qilish
4. Ich yuritadigan dorilarni qabul qilish man etiladi!

VII BOB

CHURRALARNING KAM UCHRAYDIGAN SHAKLLARI

Spigel chizig'i (yarimovsimon chiziq) churrasi – kindikni yonbosh suyagining oldingi yuzasi bilan birlashtiradigan chiziqda bo'lib, qorin to'g'ri mushagining tashqi qirrasidadir. Churra halqasi qiyshiq va yoriqsimon shaklda bo'lishi mumkin.

Joylashishiga ko'ra uch xil bo'ladi:

1. Teri osti.
2. Interstitsial, ya'ni qorinning ichki qiyshiq mushagi va aponevroz orasida.
3. Qorinparda oldida.

Bemorlar asosan og'riqqa shikoyat qiladilar. Og'riq jismoniy mehnat bilan bog'liq. Palpatsiyada aponevrozda defekt borligi aniqlanadi.

Davolash asosan xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladi. Pararektal va ko'ndalang kesmalar qilish mumkin. Churra xaltasi cho'ltog'iga ishlov berib, tikilishi bilan yakunlanadi.

Bel churrasi. Pti uchburchagidan, Gryunfeld-Lesgaft oralig'idan hamda aponevrozdagi yoriqlardan chiqishi mumkin. Pti uchburchagining asosi yonbosh suyak tomonida, yonbosh tomondan – belning keng mushagi va qorin tashqi qiyshiq mushagining orqa qirrasisi bilan chegaralanadi.

Lesgaft oralig'i umurtqa pog'onasiga yaqin joylashib, qorinning ichki qiyshiq mushagi, umurtqaning ko'ndalang pastki tishsimon mushagi va XII-qovurg'a bilan chegaralangan.

Churra tug'ma, travmatik va patologik bo'lishi mumkin.

Bel churralari operativ usulda davolanadi. Churra qopchasiga ishlov berilib, mushak qirralarini tikish bilan plastika qilinadi. Albatta "Onlay" alloplastika qilinadi.

Yopqich teshigi churrasi. Yopqich kanalini bo'ylab o'tadigan yopqich nervi, pastki tomonidan ichki va tashqi yopqich pardasi va yog'to'qimalari tashkil qiladi. Bu churralar asosan ayollarda uchraydi, ikki tomonlama bo'lishi ham mumkin. Churra qopchasi ichida ingichka ichak, charvi, chuvalchangsimon o'simta, siydik pufagi, ayollarning ichki jinsiy a'zolari bo'lishi mumkin.

Bemorlarning ko'pchiligi qorinning pastki sohasidagi og'riqqa, og'riqning pastga, oyoqlarga berilishiga va harakat paytida kuchayishiga shikoyat qiladilar. Ba'zan nevrалgiya belgilari yuzaga chiqadi. Bemorni yonbosh va turgan holda sinchiklab kurish, rektal va vaginal tekshirish lozim. Churraning qisilib qolishi ko'pincha operatsiya vaqtida aniqlanadi. Tashqi va ichki qisilishlarda ingichka ichak rezeksiyasining taktikasi va hajmi bir-biridan ancha farq qiladi. Tashqi churralarda ichak sirtmoqlari qisilganda uning tashqi ko'rinishiga, anamneziga asoslanib diagnoz qo'yish mumkin. Ichki churralarda qisilib qolish holati bo'lganda kasallik klinik belgilari aniq bo'lmasa diagnoz qo'yish kechiqadi. Ayniqsa axlatli qisilish bo'lib, klinik belgilar sust rivojlanganda bemorlarning o'zlari har xil davolash usullarini qo'llab, kasalxonaga kech murojaat qilishadi.

Qorinparda orti paraduodenal churralar (Treitz churrasi). Ichki churralardan juda kam uchraydigan turi bo'lib, 1857 yilda W.Treitz tomonidan yozilgan.

Treitz churrasi boshqa anomal rivojlanish nuqsonlari bilan birga uchraydi. 25 yoshgacha bo'lgan kishilarda ko'p uchraydi. Ingichka ichakning har xil bo'limlari qisilib qolib «o'tkir qorin» klinikasini beradi. Bunday bemorlar birinchi bor xirurgik statsionarga murojaat qilishlari mumkin va «o'tkir qorin» tashxisi bilan operatsiya qilinadi. Churra qopchasi kesilib, ichak sirtmoqlari ajratiladi va churra qopchasi tikiladi.

Mezenteriko-pariyetal churra. 1874 yilda H.W.Waldeyer tomonidan yozilgan. Bunda churra xaltasi bo'lib ingichka ichak tutqichi asosida joylashgan pariyetal qorinpardaning cho'ntagi hisoblanadi.

Bunday holatlarda operatsiyaga ko'rsatma bo'lib yopqich asabi yo'nalishi bo'ylab kuchli og'riqning tarqalishi va churraning qisilish belgilari hisoblanadi. Ko'pchilik holatlarda laparotomiya va son kesmalari qilinadi. Operatsiya juda yuqori mahoratni talab qiladi, standart plastik usullari yo'q.

O'tirgich churrasi. Churra qopchasi katta dumba mushagining ostida bo'ladi. Bu churra o'tirgich asabi bo'ylab sonning o'rta uchligigacha va hatto tizza osti chuqurchasigacha tushishi mumkin.

Churra qopchasi ichida ingichka ichak sirtmog'i va charvi bo'lishi mumkin. Ko'pchilik holatlarda ayollarda uchraydi.

Churraning joylashishiga ko'ra: 1) noksimon mushak ustida; 2) noksimon mushak ostida va kichik o'tirgich teshigi orqali chiqishi mumkin. Churra ko'p yillar hech qanday belgilarsiz rivojlanishi mumkin. Ba'zan bemorlar o'tirgich sohasida har xil og'riqlar, yurganda og'riqning kuchayishi, o'tirgich asabi bo'ylab og'riq borligiga shikoyat qiladilar.

Churra qisilib qolgandagina laparotomiya qilinadi. Churra qopchasi mushak plastikasi bilan bartaraf qilinadi.

Oraliq sohasi (chanoq tubi) churralari. Churra orqa chiqachuv teshigini ko'taruvchi va dumg'aza mushaklari orasidan chiqadi. Churra chanoq mushaklari tubidan o'tib, chanoq fassiyasini ko'tarib, ishiorektal bo'shliqqa tushadi va oraliq terisini to'g'ri ichakning oldingi devorini ayollarda qin devorini hamda katta uyatli lablarning pastki qismini ko'taradi. Oraliq churrasi to'g'ri ichakning tushishi bilan birga kuzatiladi.

Churra qopchasida siydik pufagi, uning divertikullari, ayollar jinsiy a'zolari, orqa oraliq churralarida ingichka ichak sirtmog'i va charvi bo'lishi mumkin.

Uncha katta bo'lmagan churralar belgisiz o'tadi. Ko'pchilik holatlarda siydik pufagining kasalliklariga xos belgilar rivojlanadi. Oraliq sohasida shish paydo bo'ladi va kuchanganda kattalashadi. Bemorni har tomonlama chuqur tekshirish lozim. Rektal va vaginal tekshirish ko'p ma'lumotlarni berishi mumkin.

Bunday bemorlarni laparotomiya yoki oraliq orqali qo'shma kesma qilish usuli bilan operatsiya qilinadi.

Biz klinikamizda hamma bemorlarga operatsiyaga tayyorgarlik va operatsiyadan keyingi davrlarda antibiotiklaridan keng foydalandik. Ayniqsa qisilgan churralarda har xil asoratlar bilan, qorinning old devori gigant churralarida penisillin qatoridagi yangi antibiotiklar – amoksitsillin va sefolosporinlarning yangi avlodlarini ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Bizning tajribalarimiz shuni ko'rsatdiki, yuqoridagi antibiotiklarni qo'shma holda ishlatilganda operatsiyadan keyingi asoratlar (yaraning yiringlashi, operatsiyadan keyingi zotiljam, ichaklararo abscesslar) kuzatilmadi.

Klinikamizga Viloyat tumanlari markaziy shifoxonalarida va boshqa davolash maskanlarida operatsiya qilingan bemorlar yiringli – septik asoratlar bilan keltirilganda bakteriologik tahlillar natijasiga qarab yangi antibiotiklar, seflosporinlarning oxirgi avlodlari ftorxinolonlarning qo'shma holda ishlatilishi yaxshi natija bermoqda.

Amerikalik xirurg I.L. Lixtenshteyn churra darvozasi atrofidagi to'qimalarini tortmasdan churrani plastika qilish fikrini ilgari surdi va polipropilen to'rini qo'lladi. Qorin old devori churralarini plastika qilishining yangi bu usuli yaxshi natija berdi, retsividlar amalda aniqlanmadi. O'tgan asrning 90-yillaridan boshlab ko'pgina davlatlarning xirurgik klinikalarda sintetik allotransplantatlar yordamida churra plastikasi metodlari keng qo'llanilaboshladi.

VIII BOB

QORINNING OLD DEVORI VA OPERATSIYADAN KEYINGI CHURRALARINI DAVOLASHNING ZAMONAVIY TEXNOLOGIYALARI

Qorinning old devori operatsiyadan keyingi churrallarini xirurgik davolash hozirgi vaqtda abdominal xirurgiyaning muhim muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Zamonaviy statistik ma'lumotlarga asosan laparotomiya o'tkazgan 5-14% bemorlarda bu asoratning yuzaga chiqishi kuzatilmoqda. Qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalar miqdorining va hajmining kengayganligi, qayta operatsiyalar sur'atining o'sishi, shuningdek operatsiya qilinayotgan bemorlarning orasida katta va qari yoshli shaxslarning to'xtovsiz oshib borishi operatsiyadan keyingi ventral churralar sur'atining oshishiga olib kelmoqda. Qorinning old devori churra defektlarini mahalliy to'qimalar bilan an'anaviy usulda plastika qilish natijalari hamisha qoniqarli bo'lavermaydi. Ayniqsa qorinning old devori katta churralari defektini mahalliy to'qimalar bilan plastika qilinganda to'qimalar taranglashadi va intraabdominal gipertenziya sindromi rivojlanadi, natijada 30-60% hollarda retsdiv churralarning paydo bo'lishiga olib keladi. Oxirgi yillarda xirurgik amaliyotda churra defektini bartaraf etish uchun turli endoprotezlar yordamida atenzion plastika usuli kiritilmoqda va retsdiv sur'atini 3-6% gacha pasaytirishga erishildi.

Samarqand shahar tibbiyot birlashmasining xirurgiya bo'limida operatsiyadan keyingi ventral churralar ustida olib borilgan kuzatuvlarimizni tahlil qildik. Bemorlarning 23 tasi erkaklar va 108 tasini ayollar tashkil qildi. 22 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan bemorlar 36 (27,6%), 46 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan bemorlar 86 (65,6%), 66 va undan yuqori yoshdagilar 9 (6,8%) ni tashkil etdi.

Keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki qorinning old devori operatsiyadan keyingi churralari asosan ko'proq ayollarda 108 (82,4%) kuzatiladi va bu holatni ayollarda ko'proq uchraydigan birlamchi kasalliklar (o't tosh kasalligi, kindik churralari va har xil ginekologik kasalliklar va qorin bo'shligining o'tkir xirurgik kasalliklari) bilan bog'liq bo'lib, shu kasalliklar bilan operatsiyadan keyingi qorinning old devori churralari paydo bo'lgan.

Biz o'z amaliy ishimizda 1999 yilda Madrid shahrida gerniologlarning XXI xalqaro kongressida qabul qilingan (Chevrel J.P. I.Rath A.M.) SWR-tasnifi va 2006 yilda Moskva shahrida «Gerniologiyaning dolzarb

masalalari» V konferensiyasining ko'rsatkichlarini qo'lladik. Taklif qilingan tasnifda 3 holat hisobga olingan: S- churraning lokalizatsiyasi; o'rta churra (M), yon- bosh (L) va qo'shma churralar (LM). W- churra darvozasining kengligiga qarab: W₁ - 5 sm gacha, W₂ - 5-10 sm, W₃ - 10-15 sm, W₄ - 15 sm dan katta. R- retsidivlarning borligi va qaytalanishi (R₀, R₁, R₂, R₃, R₄).

Operasiyadan keyingi ventral churralar bilan bemorlardagi churra darvozasining kengligiga qarab W₁ (5 sm gacha) – 5ta (3,8%), W₂ (5-10 sm gacha) – 24 ta (18,3%), W₃ (10-15 sm) – 83 ta (63,4%), W₄ (15 sm dan yuqori) – 19ta (14,5%) bemorlarda aniqlandi.

Ko'pchilik bemorlar 89 (67,9%) operasiyadan keyingi ventral churralar bilan birinchi marta operatsiya qilingan, qolgan 42ta (32,1%) bemorlar churralarning retsidivi bilan murojaat qildilar.

Operasiyadan keyingi ventral churralar ko'pchilik bemorlarda juda qisqa muddat ichida paydo bo'lganlar. Ya'ni churralarning paydo bo'lish vaqti 1 yilgacha 25ta (19,1%), 1-3 yilgacha 38ta (29,0%), 4 yildan keyin 68ta (51,9%) bemorlarda churra paydo bo'lgan.

Operasiyadan keyingi ventral churralar bilan bemorlardagi yo'ldosh kasalliklarning sur'ati

Yo'ldosh kasalliklar	tekshiri	%
Stenokardiya, aterosklerotik kardioskleroz,	20	15,
Semizlik	53	40,
O't tosh kasalligi, surunkali toshli xolesistit, surunkali pankreatit.	6	4,6
Surunkali anemiya	2	1,5
Surunkali obstruktiv bronxit	1	0,8
Qandli diabet	3	2,3
Ginekologik kasalliklari (bachadon fibromiomas),	11	8,4
Ikki va undan ortiq kasalliklari	74	56,

Operasiyadan keyingi qorinning old devori churralari bilan bemorlarni operasiyadan keyingi natijalariga va operativ davolash usulini tanlashda kasallarda uchraydigan bir necha qo'shma kasalliklar muhim ahamiyatga ega.

131 bemorlardan 74 (56,5%) tasida har xil qo'shma yo'ldosh kasalliklar aniqlandi, ular operatsiyadan oldin klinikada tekshirildi va operatsiyaga tayyorlash uchun qo'shimcha muolajalar o'tkazildi. Eng ko'p uchraydigan qo'shma kasalliklardan biri semizlik 53 (40,6%), Yu.I.K 20 (15,3%), ginekologik 11 (8,3%) kasalliklar ekanligi aniqlandi. Shulaming ichida 74 (56,5%) bemorlarda ikki va undan ortiq qo'shma kasalliklar borligi aniqlandi. Hamma bemorlarda yo'ldosh kasalliklari bilan ambulatoriya va statsionar sharoitda kompleks tekshirishlar o'tkazilib, operatsiyadan oldingi davrda korreksiya qilindi, yo'ldosh kasalliklari davolandi.

Ventral churralar bilan bemorlarni tekshirish va diagnostik usullari

Bemorlarni kompleks usulda klinik va labarotoriya tekshirishda hamma bemorlarning shikoyatlari va anamnezi, umumiy ko'rik, labarotoriya, asbob va uskunalar bilan tekshirish usullari kiritildi. Operatsiyadan oldin mukammal ravishda shikoyatlari, anamnez ma'lumotlar, bemorning umumiy og'irligi aniqlandi. Bemorlarni ob'yektiv ko'rik paytida yotgan va turgan holatda churraning lokalizatsiyasi hajmi, churra darvozasi kattaligi, churra xosilasining to'g'rilanishi, churra sohasidagi terining holati va teri tagi yog' qatlamining rivojlanish darajasi aniqlandi. Qorin old devori operatsiyadan keyingi churralarni diagnostikasi algoritmi quyidagicha: Klinik labarator tahlillar (umumiy klinik, bioximik, immunologik); funktsional (yurak qon-tomirlari va nafas olish sistemasi monitoringi); bakteriologik (operatsiya maydonidagi mikroflorani tekshirish); maxsus tekshirishlar (qorin old devori UTT si, KT, MSKT);

Qorin old devorini UTT qilish usuli: mushak-aponevrotik tizilmaning holatiga baho berish; churra defektining kattaligini, hajmini aniqlash, qo'shimcha churra defektlar bor yo'qligini aniqlash; qorin bo'shlig'iga simultant xirurgik patologiya borligini aniqlash; qorin bo'shlig'idagi bitishma holatining xarakterini baholash qisman ichak tutilishi ko'rinishlarini baholash; surunkali yiringli o'choqlarni aniqlash.

KT qilish operatsiyadan keyingi haddan tashqari katta churralar borligi bemorlarga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bu usulda churra hosilasining xarakterini aniqlash, mushak apponevrotik strukturasiining butligini

aniqlash, qorin bo'shligida boshqa simultant patologiya borligini va churra defektining topografik xususiyatlarini aniqlashdan iborat bo'ldi. Operatsiyadan keyingi qorinning katta churralarining diagnostik algoritmida operatsiya vaqtida to'qimalardan gistologik tahlillarga olib surunkali yallig'lanish holati bor yo'qligini aniqlash amalga oshirildi. Ana shunday yallig'lanish holatlari qorinning old devorlaridagi katta operatsiyadan keyingi churralarda aniqlanadi. Ko'pchilik holatlarda bir necha bor operatsiya qilinganda qorinning old devoridagi chandiqlar yupqalashadi va ko'pincha ular matseratsiya bo'lib yemiriladi va uning yorilish xavfi yuzaga chiqadi.

Hamma bemorlar an'anaviy ravishda klinik-labarotoriya va asboblar bilan tekshirish usullaridan o'tdi. Ayrim bemorlar ko'rsatmasiga binoan EGDFS, qorin va ko'krak bo'shliqlari rentgenoskopiyasi, kompyuter tomografiyasi qilindi.

Maxsus va klinik shart bo'lgan tekshirishlardan qorin bo'shlig'i ichki bosimi, spirometriya, exokardiografiya qilindi.

Klinikaga tushishda 87 (66,4%) bemorlar qorinning old devorida va operatsiyadan keyingi chandiqliq soxasida bo'rtib chiqqan hosila borligiga, 15(11,4%) bemorlar operatsiyadan keyin chandiqliq soxasida og'riqlik borligiga shikoyat qilib keldilar. Qorinda davriy og'riqlik borligiga qorin damlashiga 29 (22,2%) bemorlar shikoyat qildilar. Tekshirilgan bemorlarning 53 (40,6%) tasida tana vaznining normadan ziyodligi (I-II daraja) va shulardan 27 (52,9%) da (III-IV daraja) haddan tashqari semizlik topildi.

Hamma bemorlar ikki guruhga bo'lindi. Birinchi (asosiy) guruhga 21(16,0%) ularga taranglashmagan gemioplastika «Inlay» usulida operatsiya qilindi. Ikkinchi guruh (taqqoslash) A va B guruhlariga bo'lindi. A- guruhiga 12 (9,2%) bemorlar kiritilib ularga muskul-aponevroz dublikaturasi hosil qilingan holda qisman taranglashgan gemioplastika qilindi. B-guruhiga esa 98 (74,8%) bemorlar kiritildi, ularga aponevroz uchma-uch tikilib endoprotez «Onlay» va «Sublay» usuli bo'yicha gemioplastika qilindi.

Bemorlarni obyektiv ko'rik paytida yotgan va turgan holatda churraning lokalizatsiyasi, hajmi, churra darvozasi kattaligi, churra hosilasining to'grilanishi, churra sohasidagi terining holati va teri tagi yog'

qatlamining rivojlanish darajasi aniqlandi. Hamma bemorlar an'anaviy ravishda klinik-labarotoriya va asboblardan tekshirish usullaridan o'tdi. Ayrim bemorlarga ko'rsatmasiga binoan EGDFS, irrigoskopiya, hamda qorin va ko'krak bo'shliqlari kompyuter tomografiyasi qilindi.

Qorinning old devori katta paraumbilikal churrasi



Maxsus tekshirishlardan: qorin bo'shlig'ining ichki bosimi aniqlandi. spirometriya, exokardiografiya qilindi. Klinikamizda katta va gigant churralar bilan bemorlarga operatsiyadan oldingi tayyorlash davrida yurak-o'pka faoliyatini kompleks tekshirish usullari mavjud.

Operatsiyadan oldingi tayyorlov davrida quyidagi masalalar hal qilinishi zarur:

1. Operatsiyadan keyingi erta davrda qorin bo'shlig'i ichki bosimini oshib ketishini profilaktika qilish (ichaklarni tozalash, yo'tal, hojat va peshob paytida kuchanishni bartaraf qilish).
2. Qorin ichki bosiminining oshishiga yurak-qon tomirlar va nafas tizimini adaptasiya qildirish, ya'ni qattiq bandaj va elastik bint bilan qorinni bog'lash va kun bo'yi bir necha bor takrorlash, nafas gimnastikasi.
3. Hamma yo'ldosh kasalliklarini korreksiya qilish (qandli diabet, gipertoniya kasalliklari va hokazo).
4. Operatsiyadan keyingi yaralarda bo'lishi mumkin bo'lgan yiringli asoratlarni profilaktikasi (terini dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan yuvish, kvartslash).

Asoratlarni kompleks profilaktika qilish davolashning hamma etaplarida o'tkaziladi. Gospitalgacha etapda kompression adaptasiya, har xil yo'ldosh kasalliklarini korreksiya qilish, tana vaznini mo'tadillash, operatsiyadan oldingi tayyorlash davrida parxez, ya'ni kam qoldiq moddalar hosil qiluvchi taomlar tavsiya qilinadi, ichaklarni tayyorlash, operatsiya etapida to'qimani yaxshi ajratish, gernioplastika qilishda prezetsion amalni bajarish, operatsiya davrida nafas yetishmovchiligini, ichaklar parezini, yiringli yallig'lanish, tromboembolik asoratlarni va oshqozon ichak

Qorin oldi katta churrasi



tizimidan qon oqishlarni profilaktika qilinadi.

Operatsiya texnikasi. Gernioplastika «Inlay» usulida plastika qilinganida churra darvozasidagi aponevroz qirralari tikilmasdan, alloplastik to'r qorinparda bilan mushak orasiga qo'yilib tikiladi. Bu xil taranglashmagan gernioplastika katta churralarda «SWR» klassifikatsiyasi bo'yicha qilinadi. Alloplastikaning «Sublay» usulida to'r mushak bilan aponevroz orasiga qo'yilib tikiladi. Eksplantatni Onlay usulida qo'yishda aponevroz qirrasidan 5 sm uzoqlikda 0 va 1 razmerli atravmatik ip bilan

tikiladi.

Teri tagi yog' qatlamiga 2 drenaj nay qoldirilib, vakuum aspiratsiya tashkil qilinadi. Shundan keyin teri osti to'qimasi va teriga choklar qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi ventral va retsdiv churralar bilan bemorlarda qilingan gerniolpastika usullariga qarab ularning natijalari quyidagi mezonlar ostida baholandi: davolashning samaradorligi, operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning foizi, operatsiyadan keyingi o'lim, o'rtacha kasalxonadagi o'tkazgan o'rin kuni.

Davolashning samaradorligini baholashda asosan umumiy bemorlar sonidan kuzatilgan muddatda paydo bo'lgan retsdivlar tushiniladi. Operatsiyadan keyingi uzoq muddatli retsdivlar 1 yildan to 3 yilgacha maxsus anketalar orqali o'rganildi.

Operatsiyadan keyingi yarada seroz suyuqlikning yig'ilishi eng ko'p asorat bo'lib 9 (6,9%) bemorlarda uchradi. Seromaning yig'ilishi Inlay usulida alloplastika qilingandan keyin kuzatilgan. An'anaviy davolashdan keyin ya'ni mushak- aponevroz dublikaturasi bilan taranglashgan gernioplastikadan keyin sindromining rivojlanishi ko'p kuzatildi.



Churra qopining ajratilishi



Churra qopining ajratilishi

intraabdominal gipertenziya

Endoprotezning fiksatsiyalanganidan keyingi holati



Birinchi guruh bemorlarda ya'ni taranglashmagan gernioplastika «Inlay» usulida qilinganda intraabdominal gipertenziya 1 (4,8%) bemorda kuzatildi. Aponevroz qirralari uchma-uch tikilib Onlay, Sublay usulida alloplastika qilingan bemorlarda intraabdominal gipertenziya sindromi 4 (4,1%) ni tashkil qilgan bo'lsa, autoplastika mushak-aponevroz dublikaturasi hosil qilinganida 33 (25%) ni tashkil qildi.

Churra qopining ajratilishi



Bemorlarda operatsiyadan keyingi itlarning qiyosiy taqqoslash taxlili

Asoratlarning xili	Asosiy guruh	Taqqoslash guruhi	
		A guruh Mahalliy to'qimalar bilan	B guruh alloplastika «Onlay» va «Sublay»
Operatsiyadan keyingi seroma	Alloplastika «Inlay» (n-21)	2	4
Operatsiyadan keyingi	-	1	8
Operatsiyadan keyingi yarada gematomaning hosil bo'lishi	-	1	0
Yaraning yiringlashi	2	1	11
Intraabdominal gipertenziya	1	3	4
Hammasi	6(28,6%)	8(66,67%)	33(33,68%)

Tekshirilgan guruh bemorlarda davolashning qiyosiy tahlili

Ko'rsatkich	«inlay» (n-21)	A guruh (n-12)	B guruh (n-98)
Effektivligi	19 (90,5%)	7 (52,4%)	78 (78,9%)
Operatsiyadan keyingi o'rtacha o'rin-joy	5,2±2,6	5,4±3,2	7,6±3,2
O'lim ko'rsatkichi	-	1 (14,3%)	3 (3,84%)
Churra retsidivi	2 (9,5%)	4 (33,3%)	17(17,3%)

Shunday qilib qiyosiy solishtirish natijalariga asosan qorinning old devori operatsiyadan keying katta (W3-W4) hamda residiv churralarda, bemordagi yo'ldosh kasalliklarining og'irligini hisobga olgan holda «Inlay» usulida taranglashmagan alloplastika qilish eng samarador usul hisoblanadi. Shunday operatsiyalardan keyingi retsidiv atigi 9,5% ni tashkil qilgan bo'lib, dublikatura hosil qilingan autopalstikadan keyin esa 33,3% ni, «Onlay» va «Sublay» usulida qilingan alloplastikadan keyin esa 17,3% ni tashkil qildi.

XOTIMA

Oxirgi yillarda gerniologiya fani aniq anatomik ma'lumotlarga asoslangan holda, muhim amaliy tajribalar bilan qurollangan. Ventral churralarning etiologik faktorlari va har xil operativ usullarining natijalari chuqur o'rganilib, patogenetik jihatdan eng muhim operativ usullari amaliyotga tadbiq qilinmoqda. Vaholanki bugungi kunda churralarning diagnostikasi va ularni davolash muammosi aktual bo'lib qolmoqda. Bugungi kunda mamlakatimizda minglab har xil ventral operatsiya qilinmoqda, ammo ularning natijalari davr talabini qoniqtirmaydi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra har 10-12 churrani kesish operatsiyasidan keyin retsdiv paydo bo'lmoqda. Ma'lumki har bir endigina xirurgiyani boshlayotgan yoshlar ko'pchilik hollarda albatta churrani kesish operatsiyasidan boshlaydi. Shuni aytish kerakki churrani kesish bu oddiy operatsiyalardan emas. Hatto eng ko'p qilinadigan chov churralarini kesishdan keyin ham har xil asoratlari bo'lib, bemorlar uzoq vaqtlar ish qobiliyatlarini yo'qotib, ayrim holatlarda qayta operatsiya bo'lishlariga majbur bo'ladilar. Shu borada juda mahoratli xirurg, gerniologiya fanining asoschilaridan biri S. P. Fyoderovning aytgan iborasini eslamok kerak: «Churrani kesish bu oddiy, yengil operatsiyalardan bo'lmay, uni to'g'ri va yaxshi bajarish kerak».

Hozirgi zamon gerniologiya jarroxliligida har bir bemorga individual yondashish zarurligi talab qilinmoqda. Operativ davolashda individual yondashish printsipining asosini churraning etiologik va patogenetik xususiyatlari tashkil qilib, har bir bemorga alohida operativ usul qo'llanishi operatsiyadan keyingi natijalarning yaxshi yakunlanishini tashkil qiladi.

Ventral churralarni xirurgik davolash muammosining dolzarbligi kasallikning keng tarqalganligi, churralarning qisilishi asoratlarning ko'p rivojlanishi va operatsiyadan keyingi o'lim sur'atining (8% gacha) mavjudligidir. Hozirgi vaqtda ventral churralarni davolashda plastikaing atenzion metodlarini qo'llash kontseptsiyasi qabul qilinganligi o'ta muhim

hisoblanadi. AQShdagi shoshilinch va rejali xirurgiyada zamonaviy sharoitlarda 87%, Yevropa davlatlarida 85% bemorlarda atenzion gernioplastika bajariladi. Rossiyada rejali xirurgiyada ventral churrani atenzion metod bo'yicha operatsiya qilish ulushi 43-52% ni tashkil qiladi, qisilgan churralarda gernioplastikada atenzion metodlarini qo'llash xakidagi ma'lumotlar adabiyotlarda yakka-yakka uchraydi.

Abdominal xirurgiyaning butun rivojlanish tarixida qorin old churralarini operativ davolash muhim rol o'ynagan. Zamonaviy statistika shuni ko'rsatadiki laparotomiya o'tkazgan 5-14% bemorlarda bu asorat yuzaga kelishi kuzatilmoqda.

Gerniologiya o'tgan o'n besh yil davomida ventral churralarni davolashga bo'lgan yondashishlar sezilarli darajada o'zgardi. Bu o'zgarishlar qorin devori defektlarini yopishda tenzion usuldan atenzion usulga o'tishga olib keldi. Bunday printsipni kuzatish natijasida biologik to'qimalar orasida sintetik endoprotezlarni ishlatish imkoni paydo bo'ldi. Ventral churrali bemorlarni davolashda implantatni onlay, sublay, inlay joylashtirish mumkin. Bunda natijalar va asoratlari mutlaqo farq qiladi. Hozirgi vaqtda olingan natijalarni obyektiv baholash kerak. Shuning uchun ventral churrasi bor bemorlarni davolashni butunligicha asoratlari va oqibati rivojlanishiga ta'sir qiluvchi ham alohida ham bir qancha qo'shma omillarning o'rni tahlil qilinib shunga diqqat markazi bo'lib xizmat qiladi.

Ana shu holatni hisobga olgan holda biz qorinning old devori operatsiyadan keyingi churralarini plastik materiallar bilan bartaraf qilish usullarini takomillashtirishni maqsad qilib qo'ydik.

Biz o'z amaliy ishimizda 1999 yilda Madrid shahrida gerniologlarning XXI xalqaro kongressida qabul qilingan (Chevrel J.P. va Rath A.M) SWR-tasnifi va 2006 yilda Moskva shahrida «Gerniologiyaning dolzarb masalalari» V konferentsiyasining ko'rsatkichlarini qo'lladik. Taklif qilingan tasnifda churraning lokalizatsiyasiga asosan 3 holat hisobga olingan: S-churraning lokalizatsiyasi; o'rta churra (M), yonbosh churra (L)

va qo'shma (LM). Churra darvozasining kengligiga qarab: W_1 5smgacha, W_2 5-10sm, W_3 10-15 sm, W_4 15 smdan yuqori.

R- retsidivlarning borligi va qaytalanishi (R_0, R_1, R_2, R_3, R_4).

Biz o'z ilmiy ishlarimizda Samarqand shahar tibbiyot birlashmasining xirurgiya bo'limida 2009-2011 yilda operatsiyadan keyingi ventral churralar bilan 131 davolangan bemorlar ustida olib borilgan kuzatuvlarimizni tahlil qildik. Bemorlarning 23 tasi erkak va 108 tasini ayollar tashkil qildi. 22 yoshdan 45 yoshgacha bo'lgan bemorlarni 36 (27,5%), 46 yoshdan 65 yoshgacha bo'lgan 86 (65,6 %) ni tashkil qildi va 66 undan yuqori yoshdagilar 9 (6,8 %) ni tashkil etdi. Qorinning old devori operatsiyadan keyingi churralari asosan ko'proq ayollarda kuzatiladi va bu holatni ayollarda ko'proq uchraydigan birlamchi kasalliklar (o't tosh kasalligi, kindik churralari va har xil ginekologik kasalliklar) tarkibi bilan bog'liq bo'lib, shu kasalliklar bilan operatsiyadan keyingi qorinning old devori churralari paydo bo'lgan.

131 bemorlardan 74(56,5%)tasiga har xil qo'shma yo'ldosh kasalliklar aniqlandi va ularni operatsiyadan oldin tekshirdik va operatsiyaga tayyorlash uchun qo'shimcha muolajalar o'tkazishga sababchi bo'ldi. Eng ko'p uchraydigan qo'shma kasalliklardan biri semizlik - 53(40,6%), yurak ishemik kasalligi - 20(15,3%), ginekologik - 11(8,3%) kasalliklar uchradi. Shularning ichida 74(56,5%) bemorlarda ikki va undan ortiq qo'shma kasalliklar borligi aniqlandi. Hamma bemorlarda yo'ldosh kasalliklari bilan ambulatoriya va statsionar sharoitda kompleks tekshirishlar o'tkazib, operatsiyadan oldingi davrda korrektsiya qilindi va yo'ldosh kasalliklar davolandi.

Bemorlarni kompleks usulda klinik va labarotoriya tekshirishda hamma bemorlarning shikoyatlari va anamnezi, umumiy ko'rik, labarotoriya va instrumentlar (asboblar) bilan tekshirish usullari kiritildi. Operatsiyadan oldin mukammal ravishda shikoyatlari, anamnez ma'lumotlar, bemorning umumiy og'irligi aniqlandi. Bemorlarni obyektiv

ko'rik paytida yotgan va turgan holatda churraning lokalizatsiyasi, hajmi, churra darvozasi kattaligi, churra hosilasining to'grilanishi, churra sohasidagi terining holati va teri tagi yog' qatlamining rivojlanish darajasiga e'tibor berildi.

Operatsiyadan oldingi tayyorlov davrida quyidagi masalalar hal qilinishi zarur deb bildik:

1. Operatsiyadan keyingi erta davrda qorin bo'shlig'i ichki bosimining oshib ketishini profilaktika qilish (ichaklarni tozalash, yo'tal, hojat va peshob paytida kuchanishni bartaraf qilish).

2. Qorin ichki bosimining oshishiga yurak-qon tomirlar va nafas tizimini adaptatsiya qildirish, ya'ni qattiq bandaj va elastik bintlar bilan qorinni bog'lash.

3. Hamma yo'ldosh kasalliklarini korrektsiya qilish (qandli diabet, gipertoniya kasalliklari).

4. Operatsiyadan keyingi yaralarda bo'lishi mumkin bo'lgan yiringli holatlar profilaktikasi (terini dezinfektsiyalovchi eritmalar bilan ishlov berish, kvartslash).

Asoratlarni kompleks profilaktika qilish davolashning hamma etaplarida o'tkaziladi. Gospitalgacha etapda - kompression adaptatsiya, har xil yo'ldosh kasalliklarni korrektsiya qilish tana vaznini mo'tadillash, operatsiyadan oldingi tayyorlash davrda parxez, ya'ni kam qoldiq moddalar hosil qiluvchi taomlar tuzsiz qilinadi, ichaklarni tayyorlash uchun huqnalar qilinadi, operatsiya qilish etapida to'qimalarni kam jarohatlash, gernioplastika qilishda pretsezion amalni bajarish, operatsiya davrida nafas yetishmovchiligini, ichaklar parezini, yiringli yallig'lanish, tromboembolik asoratlarni va oshqozon ichak tizimidan qon oqishlarini profilaktika qilinadi.

Kuzatuvdagi hamma bemorlar ikki guruhga bo'lindi. Birinchi (asosiy) guruhga 21(16,0%) ularga taranglashmagan gernioplastika «Inlay» usulida operatsiya qilindi. Ikkinchi guruh (taqqoslash) ikki guruhlarga bo'lindi. A-

guruhiga 12(9,2%) bemorlar kiritilib ularga muskul aponevroz dublikaturasi hosil qilingan holda taranglashgan gernioplastika qilindi. B guruhiga esa 98(74,8%) bemorlar kiritildi ularga aponevroz uchlari bir-biriga tikilib va endoprotez «Onlay» va «Sublay» usuli buyicha aponevrozga tikish bilan gernioplastika qilindi. Operatsiyadan keyingi ventral va retsdiv churralar bilan bemorlarni qilingan gernioplastika usullariga qarab ularning natijalari quyidagi kriteriyalar ostida baholandi: davolashning samaradorligi, operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning foizi, operatsiyadan keyingi o'lim, o'rtacha kasalxonadagi o'tkazgan o'rin kuni.

Operatsiyadan keyingi asoratlari «Inlay» usulida operatsiyadan keyin seroma 3 ta, intraabdominal gipertenziya sindromi 1 ta, yaraning yiringlashi 2 ta kuzatildi. «Onlay» va «Sublay» usuli bo'yicha esa seroma 4 ta, intraabdominal gipertenziya sindromi 4 ta, yaraning yiringlashi 11 ta bemorda kuzatildi.

Qiyosiy tahlilini olsak agar churralarning retsdivi «Inlay» usulida 21 bemordan 2 tasiga kuzatildi. «Onlay» va «Sublay» usuli bo'yicha esa 98 bemorlardan 17 bemorda retsdiv kuzatildi.

Davolashning samaradorligini baholashda asosan biz umumiy bemorlar sonidan kuzatilgan muddatda paydo bo'lgan retsdivlar foizidan foydalandik. Operatsiyadan keyingi uzoq muddatli retsdivlar bir yildan to uch yilgacha maxsus anketalar orqali o'rganiladi.

ADABIYOTLAR:

1. Abdullayev S.A. Qorin churralari – Uslubiy tavsiyanoma. 56 bet. Samarqand. 2008 y.
2. Ахтамов Ж.А., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Зохидова С.Х., Нарзуллаев С.И. Полимерніе аллотрансплантанти в лечение послеоперационніе вентральніе гріж. Матеріалі научно-практической конференции «Актуальніе вопросы специализированной хирургии»
3. Abdullayev S.A., Toirov A.S., Muxammadqulov S.X., Alimardonov V.T. Qorinning old devori operatsiyadan keyingi churralarini zamonaviy xirurgik davolash texnologiyalari. Doctor axborotnomasi, 2012 №2. 9-12 betlar.
4. Abdullayev Sayfulla et al. Reviews of complications and treatment tactics for external hernias of the anterior abdominal wall //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №2. – С. 2429-2434.
5. Белоконов В.И. и соавт. Передняя протезирующая герниопластика комбинированним способом при больших и гигантских вентральніе гріжах. *Хирургия*. -2018. -№5. –С. 45-50. <https://doi.org//10.17116/hirurgia2018545-50>
6. Ермолов А.С., Корошвили В.Т., Благовестнов Д.А. Послеоперационніе вентральніе гріжи – нерешенніе вопросы хирургической тактики. *Хирургия*. -2018г. -№10. –С 81-86. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201810181>
7. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. Москва. -2016г.
8. Azimov RKh, Al'-Ariki MKM, Akhmedov TZ, Tarxani MKM. Titanium mesh implants in herniology. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova*. 2019; 12:126-131. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia2019121126>
9. Ермолов А.С., Благовестнов Д.А., Алексеев А.К., Упірев А.В., Ярцев П.А., Шляховский И.А., Корошвили В.Т., Бурбу А.В. Хирургическое лечение пациентов с большими и гигантскими послеоперационними вентральными гріжами. *Хирургия. Журнал им.*

Н.И. Пирогова. 2019; 9:38-43.
<https://doi.org/10.17116/hirurgia201909138>

10. Попов А.Ю., Петровский А.Н., Губиш А.В., Вагин И.В., Шевченко М.С., Лицишин В.Я., Зубарева О.В., Лищенко А.Н., Григоров С.П., Барішев А.Г., Порханов В.А.. Результати восстановления передней брюшной стенки при послеоперационних вентральних гріжах с использованием сетчатих имплантатов. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2020;3:35-42.
<https://doi.org/10.17116/hirurgia202003135>

11. Кубішкин В.А., Агапов М.А., Давлятов М.Р., Кароткин В.В. Вентральніе гріжи и экстрацеллюлярній матрикс соединительной ткани. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2020;2:62-67.
<https://doi.org/10.17116/hirurgia202002162>

12. М.Я. Насиров и соавт. Анализ отдаленних результатов симультанной герниоалло- и абдоминопластики у больних с послеоперационними вентральними гріжами и ожирением. *Хирургия. №2. 2015.* <https://doi.org/10.17116/hirurgia2015270.74>

13. Салехов С. А. и др. Безнатяжительная герниопластика послеоперационних вентральних гріж брюшной стенки местними тканями //International journal of medicine and psychology. – 2019. – Т. 2. – №. 3. – С. 142-146.

14. Серова Е. В., Шагеев Т. А., Широбоков А. О. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. УЩЕМЛЁННАЯ ГРІЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //Актуальніе вопросы акушерства и гинекологии. – 2019. – С. 128-132.

15. Davlatov S. S., Mardanov B. A. Верификация системного подхода выполнения симультанних операций на органах брюшной полости и брюшной стенке у больних с вентральной гріжей //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – 2020. – №. 3. – С. 11-16.

16. Зорин Я. П. и др. СОВРЕМЕННИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ГРІЖЕВІХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Медицинский академический журнал. – 2018. – Т. 18. – №. 1. – С. 94-100.

17. Стяжкина С. Н. и др. Послеоперационніе грижі //Современніе тенденції розвитку науки и технологій. – 2016. – С. 86.

18. Паршиков В. В., Логинов В. И. Техніка разделення компонентів брюшної стінки в ліченні пацієнтів с вентральніми и послеопераціонніми грижами (обзор) //Современніе технології в медицині. – 2016. – Т. 8. – №. 1.

19. Шестаков А. Л., Инаков А. Г., Цховребов А. Т. Оценка ефективності герніопластики у больніх с грижами передній брюшної стінки с помощью опросника SF-36 //Вестник Национального медико-хирургического центра им. НИ Пирогова. – 2017. – Т. 12. – №. 3.

20. Правдиков В. А., Гостев Р. О., Медведев М. А. Современніе методики лапароскопии в ліченні гриж передній брюшної стінки. – 2019.

21. Эгамбердиев А. А. и др. Усовершенствованній метод ненатяжной герніоаллопластики при паховіх грижах //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 448-450.

22. LeBlanc K. A., Kingsnorth A., Sanders D. L. (ed.). Management of abdominal hernias. – Springer, 2018.

23. Deeken C. R., Lake S. P. Mechanical properties of the abdominal wall and biomaterials utilized for hernia repair //Journal of the mechanical behavior of biomedical materials. – 2017. – Т. 74. – С. 411-427.

24. Bittner R. et al. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A //Surgical endoscopy. – 2019. – Т. 33. – №. 10. – С. 3069-3139.

25. Cunningham H. B. et al. Mesh migration following abdominal hernia repair: a comprehensive review //Hernia. – 2019. – Т. 23. – №. 2. – С. 235-243.

26. Parker S. G. et al. Nomenclature in abdominal wall hernias: is it time for consensus? //World Journal of Surgery. – 2017. – Т. 41. – №. 10. – С. 2488-2491.

27. Shubinets V. et al. Management of infected mesh after abdominal hernia repair: systematic review and single-institution experience //Annals of Plastic Surgery. – 2018. – T. 80. – №. 2. – C. 145-153.

28. Rhemtulla I. A., Fischer J. P. Abdominal Wall Reconstruction: Retromuscular Sublay Technique for Ventral Hernia Repair //Seminars in plastic surgery. – Thieme Medical Publishers, 2018. – T. 32. – №. 3. – C. 120.

29. Wegdam J. A. et al. Systematic review of transversus abdominis release in complex abdominal wall reconstruction //Hernia. – 2019. – T. 23. – №. 1. – C. 5-15.

30. Gómez-Gil V., Pascual G., Bellón J. M. Biomaterial Implants in Abdominal Wall Hernia Repair: A Review on the Importance of the Peritoneal Interface //Processes. – 2019. – T. 7. – №. 2. – C. 105.

31. Jensen K. K., Backer V., Jorgensen L. N. Abdominal wall reconstruction for large incisional hernia restores expiratory lung function //Surgery. – 2017. – T. 161. – №. 2. – C. 517-524.

MUNDARIJA

So'z boshi	3
I-BOB. QORIN DEVORINING XIRURGIK ANATOMIYASI	5
II-BOB. QORIN CHURRALARI TO'G'RISIDA UMUMIY TUSHUNCHALAR VA TASNIFI.....	15
III-BOB. QORIN CHURRALARINING HOSIL BO'LISHIDAGI UMUMIY FAKTORLAR VA ETIOPATOGENEZI	21
IV-BOB. CHURRALARNI DAVOLASHNING UMUMIY QOIDALARI VA ULARNI TASHKIL ETISH	27
V-BOB. OPERATSIYADAN OLDINGI TAYYORGARLIK VA OG'RIQSIZLANTIRISH USULLARINI TANLASH	34
5.1. <i>CHOV CHURRALARI</i>	38
5.2. <i>SIRPANUVCHI CHURRALAR</i>	49
5.3. <i>SON CHURRALARI</i>	62
5.4. <i>KINDIK CHURRALARI</i>	69
5.5. <i>QORINNING OQ CHIZIG'I CHURRALARI</i>	75
VI-BOB. QORINNING OLD DEVORI TASHQI CHURRALARINING ASORATLARI VA DAVOLASH TAKTIKALARI	79
6.1. <i>Churraning to'g'irlanmay qolishi:</i>	79
6.2. <i>Churra qopining yallig'lanishi:</i>	79
6.3. <i>Qisilgan churralar:</i>	81
6.3.1. <i>Chov churrasining qisilishi</i>	85
6.3.2. <i>Qisilgan son churralari</i>	89
6.3.3. <i>Qisilgan kindik churralari</i>	91
6.3.4. <i>Qisilgan epigastral (oq chiziq) churralari</i>	92
6.3.5. <i>Operatsiyadan keyingi churralarning qisilishi</i>	93
6.3.6 <i>Qisilgan diafragma churralari</i>	95
VII-BOB. CHURRALARNING KAM UCHRAYDIGAN SHAKLLARI	97
VIII-BOB. QORINNING OLD DEVORI VA OPERATSIYADAN KEYINGI CHURRALARINI DAVOLASHNING ZAMONAVIY TEXNOLOGIYALARI	101
Xotima	110
Adabiyotlar:	115

**S.A. ABDULLAYEV, A.S. TOIROV
D.A. DJALOLOV**

QORIN CHURRALARI

Monografiya

“HILOL MEDIA” NASHRIYOTI

*Ответственный редактор — Шерзод САЙДАЛИЕВ
Корректор — Мафтуна ЮСУПОВА
Технический редактор — Абдуроззик ИСМАТОВ
Дизайн и верстка — Анвар САЛИЕВ*

**Отпечатано в типографии Самаркандского
государственного медицинского института 140100.
г. Самарканд, ул. Амир Темура, 18.**

Подписано в печать 25.11.2020 г. Протокол 4

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 6.98

Тираж: 500 экз. Заказ № 71 от 10.03.2021 г

Тел/факс: 0(366)2330766 e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz



– Abdullayev Sayida Abdullayevich -
tibbiyot fanlari doktori, Samarqand
Davlat tibbiyot instituti pediatriya
fakulteti xirurgik kasalliklari
kafedrasining professori



– Toirov Abduxomid Suvonqulovich
Samarqand Davlat tibbiyot
instituti pediatriya fakulteti
xirurgik kasalliklari kafedrasining
assistenti



– Djalolov Davlatshox Abduvoxidovich
Samarqand Davlat tibbiyot
instituti pediatriya fakulteti
talabasi, kafedradagi talabalar
ilmiy to'garagining a'zosi

