

АТЛАС

БОЛАЛАР КАМ ИНВАЗИВ ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯСИ

Профессор Ш.Т. Салимов таҳрири остида



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА БОЛАЛАР КАМ ИНВАЗИВ ВА ЭНДОСКОПИК ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-
АМАЛИЙ МАРКАЗИ

БОЛАЛАР КАМ ИНВАЗИВ ЭНДОВИЗУАЛ ХИРУРГИЯСИ

Тошкент-2018 йил.

Нашр қайта босилди ва тўлдирildi

Тошкент Тиббиёт Академияси Умумий ва болалар жаррохлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори **Шавкат Тешаевич Салимов** таҳрири остида.

Муаллифлар:

Абдусаматов Бобир Зокирович, тиббиёт фанлари доктори, Тошкент Тиббиёт Академияси Умумий ва болалар жаррохлиги кафедраси ассистенти, Республика болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий–амалий маркази шифокори.

Воҳидов Алишер Шавкатович, тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий–амалий маркази илмий ишлар бўйича директори ўринбосари.

Фақиров Алижон Зоҳидович, тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Тошкент Тиббиёт Академияси Умумий ва болалар жаррохлиги кафедраси доценти.

Умаров Қосимжон Мирзақулович, Тошкент Тиббиёт Академияси Умумий ва болалар жаррохлиги кафедраси таянч докторантура докторанти.

Инёзов Фаррух Ёвмудович, Республика болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий–амалий маркази шифокори.



giz

Ушбу нашр Германия халқаро ҳамкорлик жамиятининг “Юқори технологик тиббий асбоб-ускуналардан фойдаланиш бўйича тиббий ва техник ходимларни малакасини ошириш” лойиҳаси доирасида чоп этилган. Лойиҳа ушбу нашрнинг мазмуни учун жавобгарлик олиб бормаيد.

ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

А\б	-	артериал босим
ГБО	-	гипербарик оксигенация
МИЙ	-	меъда-ичак йўли
СНО	-	сунъий нафас олдириш
КТ	-	компьютер томографияси
МРТ	-	магнит-резонанс томографияси
АҚХ	-	айланувчи қон ҳажми
РФП	-	радиофармпрепарат
ЮЗ	-	юрак зарби
БИТ	-	битишмали ичак тутилиши
УТТ	-	ультратовуш текшириши
ФҚХ	-	функционал қолдик ҳажм
ЮУЧ	-	юрак уриш частотаси
ЭКГ	-	электрокардиография
ЭОЎ	-	электрон оптик ўзгартирувчи
ЭРХПГ	-	эндоскопик ретроград холецистопанкреатография
ЯМР	-	ядро магнитли резонанс

“Болалар кам инвазив эндовизуал хирургияси бўйича атлас” амалий қўлланмаси Ўзбекистон республикасида кирил ва лотин алифбосида турли ёш гуруҳларига, шу жумладан чакалоқларда учрайдиган хирургик касалликларнинг диагностикаси ҳамда давоси бўйича юқори технологиялар имкониятларини мукамал ёритувчи илк нашрдир.

Китобда болалар шошилинич ва режали, абдоминал хирургияси, урологияси, торакал хирургияси, гинекологияси, артрологияси соҳасида бажариладиган эндоскопик операциялар батафсил ёритилган.

Педиатрик эндоскопиянинг тарихи, эндоскопик кам инвазив хирургия асбоб ускуналари бўйича старлича маълумотлар келтирилган. Турли ёшдаги гуруҳларга, шу жумладан чакалоқларда қўлланиладиган анестезиология ва реанимацияси ўзига хослиги алоҳида боб билан берилган.

Замонавий диагностика ва даволаш, интраоперацион ва операциядан кейинги

давр асоратларини олдини олишга катта аҳамият берилган.

Китоб марказий Осиё Республикалари орасида энг нуфузли, ягона ҳисобланган Ўзбекистон Республикаси кам инвазив эндовизуал хирургия Илмий амалий Марказида 6 йилдан орттиқ муддат борасида юқори технологиялар бўйича орттирилган катта илмий амалий тажрибага таянган ҳолда ёзилган. Қўлланмада фойдаланилган тасвир ва расмларнинг 90% га яқини бевосита ушбу марказда бажарилган жарроҳлик муолажалари маҳалида олинган.

Ушбу ўқув қўлланмаси болалар хирурглари, бошқа хирургик ихтисосликларда фаолият кўрсатувчи шифокорлар, клиник ординаторлар, интернлар, магистрлар ва олий тиббий ўқув юртлари талабалари учун мўлжаллаб ёзилган.

Китобдаги намоён материаллари Б.З Абдусаматов, Қ.М. Умаров, Ф.Ё Ниёзовлар томонидан тайёрланган.

АННОТАЦИЯ

МУНДАРИЖА

Аннотация	4
1-БЎЛИМ. ЛАПАРОСКОПИК ХИРУРГИЯ	13
1- боб. Қисқача тарихий очерк.....	13
2- боб Болалар эндовизуал хирургиясида қўлланиладиган асбоб –ускуналар.....	15
2.1. Оптик тизимлар.....	16
2.2. Видеотизим.....	17
2.3. Ёруғлик манбаи.....	18
2.4. Инсуфлятор.....	19
2.5. Коагуляцияловчи асбоблар.....	20
2.6. Аспирация-ирригация тизими.....	21
2.7. Кесиб кириш учун қўлланиладиган асбоблар.....	21
2.8. Муолажа учун қўлланиладиган асбоблар.....	23
2.9. Асбобга ишлов бериш ва стерилизация қилиш.....	27
3- боб. Лапароскопик операция хонасида ишни ташкиллаштириш ва беморни операцияга тайёрлашнинг ўзига хослиги.....	28
4- боб. Оператив техниканинг ўзига хослиги.....	31
4.1. Эндоскопик диссекция.....	31
4.1.1. Препаровка турлари.....	32
4.1.2. Лапароскопик гемостаз.....	33
4.1.3. Эндоскопик чоклар.....	36
4.2. Муолажанинг яқунловчи босқичи.....	37
5-боб. Лапароскопик операцияда огриксизлантиришнинг ўзига хослиги.....	38
5.1. Лапароскопик муолажаларнинг вентиляция ва газ алмашинувига таъсири.....	38
5.2. Лапароскопик муолажаларнинг гемодинамикага таъсири.....	40
5.3. Анестезиологик усулни танлаш.....	41
5.4. Ўпканинг сунъий нафаси, инфузия терапияси ва мониторинг.....	43

6- боб. Диагностик лапароскопия ўтказишнинг ўзига хослиги ва оператив лапароскопия.....	4
6.1. Диагностик лапароскопия методикаси.....	4
6.1.1. Зарур бўлган троакарлар сонини аниқлаш.....	4
6.1.2. Троакар жойлашиш ўрнини таълаш.....	4
6.1.3. Қориннинг юқори қисми ревизияси (Кўндаланг чамбар ичакнинг юқори қисми).....	50
6.1.4. Қорин бўшлиғи ўрта қавати ревизияси.....	50
6.1.5. Кичик чанок соҳаси ва чов соҳасининг ревизияси.....	51

ХУСУСИЙ ҚИСМ

7- боб. Ўтқир аппендицит ва унинг асоратлари.....	52
7.1. Умумий маълумотлар.....	52
7.2. Классификацияси.....	52
7.3. Этиологияси ва патогенези.....	52
7.4. Клиник манзараси ва диагностикаси.....	53
7.5. Даволаш.....	56
7.6. Диагностик лапароскопия.....	56
7.7. Лапароскопик аппендэктомия.....	62
7.7.1. Асоратланмаган аппендицитда лапароскопик аппендэктомия методикаси.....	62
7.7.2. Асоратланган аппендицитда лапароскопик аппендэктомия методикаси.....	67
8- боб. Ўтқир ичак тутишилишлари.....	72
8.1. Классификацияси.....	72
8.2. Қасалликнинг этиологияси ва патогенези.....	72
8.3. Қасалликнинг клиник кўриниши ва диагностикаси.....	73
8.4. Даволаш.....	74
8.5. Лапароскопик операциялар.....	74
8.6. Лапароскопияни бажариш методикаси.....	75
8.7. Битишмаларга мойиллиги бўлган беморларни парвариш қилиш.....	80
9-боб. Қорин бўшлиғида жаррохлик муолажаси ўтказилганидан кейинги даврда сурункали оғрик синдроми.....	88
9.1. Умумий маълумотлар.....	88
9.2. Қасалликнинг этиологияси ва патогенези.....	88
9.3. Клиник манзараси ва диагностикаси.....	89
9.4. Даволаш.....	89

10-боб. Болаларда ичак инвагинациялари.....	93
10.1. Умумий маълумотлар.....	93
10.2. Анъанавий диагностика ва даволашнинг ўзига хослиги.....	93
10.3. Ичак инвагинацияларида лапароскопик муолажалар.....	94
10.3.1. Лапароскопик текшириш методикаси.....	94
10.3.2. Инвагинатни лапароскопик йўл билан бартараф этиш.....	95
11- боб. Болаларда Меккель дивертикуласи.....	97
11.1. Умумий маълумотлар.....	97
11.2. Меккель дивертикули асоратларининг таснифи.....	97
11.3. Патоморфологияси.....	98
11.4. Клиник манзараси.....	99
11.5. Диагностикаси.....	100
11.6. Даволаш.....	100
11.7. Меккель дивертикулини лапароскопик йўл билан резекциялаш.....	101
12- боб. Болаларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпик шикастланишлари.....	103
12.1. Умумий маълумотлар.....	103
12.2. Классификацияси.....	103
12.3. Этиологияси ва патогенези.....	104
12.4. Анъанавий ташхислаш ва даволаш.....	104
12.5. Диагностик лапароскопия методикаси.....	105
12.6. Лапароскопик даволаш методлари.....	109
12.7. Болаларада травматик панкреатитлар.....	111
12.8. Диагностик ва даво лапароскопия методикаси.....	111
12.9. Қорин бўшлиғи шикастланишида лапароскопиянинг мақсадга мувофиқлиги.....	112
13- боб. Гинекологик касалликлар.....	114
13.1. Умумий маълумотлар.....	114
13.2. Таснифи.....	114
13.3. Этиологияси ва патогенези.....	115
13.4. Анъанавий диагностика ва даволаш хусусиятлари.....	115
13.5. Ривожланиш нуқсонлари.....	116
13.6. Функционал бузилишлар.....	116
13.7. Лапароскопик диагностика ва даволаш.....	117
13.8. Ўтқир бирламчи пельвиоперитонит.....	118
13.9. Специфик гонококкли пельвиоперитонит.....	120
13.10. Кичик чанок бўшлиғи ҳосилалари.....	120

13.11.	Жинсий аъзоларнинг бошқа касалликлари.....	13
13.12.	Гинекологик патологияларда лапароскопиянинг ўзига хослиги.....	13
	14-боб. Сурункали калькулёзли холецистит.....	134
14.1.	Умумий маълумотлар.....	134
14.2.	Анъанавий диагностика ва даволашнинг ўзига хослиги.....	135
14.3.	Эндоскопик ретроград холецистопанкреатография.....	137
14.4.	Калькулёзли холециститда лапароскопик операция.....	140
	15- боб. Талок касалликлари.....	147
15.1.	Талок касалликларида лапароскопик операциялар.....	148
15.2.	Лапароскопик спленэктомия усули.....	148
15.3.	Талок кистасини лапароскопик усулда олиб ташлаш.....	155
	16-боб. Крипторхизмнинг абдоминал шакли.....	159
16.1.	Умумий маълумотлар.....	159
16.2.	Аънанавий даволаш ва диагностика.....	159
16.3.	Диагностик лапароскопия.....	160
16.4.	Криптархизмда лапароскопик операция.....	161
16.5.	Рудиментар тухумни лапароскопик олиш.....	162
16.6.	Икки босқичли лапароскопик орхипексия.....	163
16.7.	Бир босқичли лапароскопик орхипексия.....	165
	17- боб. Варикоцеле.....	167
17.1.	Умумий маълумотлар.....	167
17.2.	Анъанавий даволаш ва диагностика хусусиятлари.....	168
17.3.	Варикоцеледа лапароскопик операциялар.....	169
17.4.	Варикоцеледа лапароскопик аралашувнинг қулайлиги.....	174
	18-боб. Буйрак патологиялари.....	176
18.1.	Буйрак касаллигида лапароскопик муолажалар.....	176
18.2.	Лапароскопик нефрэктомия ва нефроуретерэктомия усуллари.....	176
18.3.	Лапароскопик буйрак кистасини очиш методикаси.....	181
18.4.	Буйрак патологиясида мақсадли лапароскопик операциялар.....	183
	19- боб. Чов чурралари.....	185
19.1.	Анъанавий ташхислаш ва даволашнинг хусусиятлари.....	185
19.2.	Лапароскопик герниопластика.....	186
19.3.	Чов чурраларида лапароскопик аралашувнинг қулайликлари.....	190
	20-боб. Туғма пилоростенозлар.....	192
20.1.	Умумий маълумотлар.....	192
20.2.	Лапароскопик пилоромиотомия.....	193
20.3.	Лапароскопик пилоромиотомияни бажариш усули.....	193

21- боб. Ледда синдроми.....	195
21.1. Умумий маълумотлар.....	195
21.2. Анъанавий ташхислаш ва даволаш хусусиятлари.....	195
22.3. Ледда синдродини лапароскопик ташхислаш ва даволаш.....	196
22- боб. Меъда-кизилўнгач рефлюкси.....	198
22.1. Умумий маълумотлар.....	198
22.2. Анаъанавий диагностика ва даволашнинг ўзига хослиги.....	199
22.3. Гастроэзофагеал рефлюкседа лапароскопик муолажалар.....	200
23-боб. Қорин бўшлиғи аъзоларида эхинококкоз касаллиги.....	203
23.1 Жигар эхинококкози диагностикаси.....	204
23.2. Якка ўрта ва кичик жигар эхинококк кистаси.....	205
23.3. Жигарнинг катта ва гигант эхинококк кистаси.....	206
23.4. Кўпламчи эхинококкоз.....	207
23.5. Жигарнинг ўрта ва кичик ҳажмдаги эхинококк кистаси.....	207
23.6. Жигарнинг кўпламчи майда ва кичик эхинококк кистаси.....	208
23.7. Жигарнинг IV сегментидаги эхинококкози.....	208
23.8. Асаротланган эхинококк кистаси.....	209
23.9. Қорин бўшлиғи кўпламчи эхинококкози.....	211
23.10. Талоқ эхинококкози.....	212
23.11. Видеолапароскопик жигар эхинококкэктомияси.....	213
24- боб. Лапароскопик хирургиянинг асоратлари ва уларни олдини олиш йўллари.....	222
24.1. Қорин олд деворидаги қон -томирларидан қон кетиши.....	223
24.2. Редер қовузлогги боғланганида чувалчангсимон ўсимтанинг қирқилиб кетиши.....	223
24.3. Редер қовузлогги тугунининг ишламаслиги.....	223
24.4. Аппендикуляр артерия тармоғидан қон кетиши.....	224
24.5. Ковак аъзоларнинг шикастланиши.....	224

ИККИНЧИ ҚИСМ

УМУМИЙ ҚИСМ

25-боб. Кириш.....	225
25.1. Усул тарихи.....	225
25.2. Видеоторакоскопик амалиётда ишлатиладиган асбоблар.....	226
25.3. Оптик системалар.....	226
25.4. Ёруғлик манбаи ва оптик-толали кабель.....	226
25.5. Видеосистема.....	226

25.6.	Электрoхирургик ускуналар.....	227
25.7.	Аспирация-ирригация системаси.....	227
25.8.	Асбоблар.....	227
25.9.	Торакоскопик амалиётларнинг умумий тамойиллари.....	229
25.10	Торакоскопик амалиёт методикаси.....	229
	26-боб. Болалар видеоторакоскопик операцияларида умумий оғриксизлантиришнинг ўзига хослиги.....	233
26.1.	Ўпканинг сунъий вентиляцияси хусусиятлари.....	233
26.2.	Анестезиологик усул ва препаратни танлаш.....	235
26.3.	Видеоторакоскопик операцияларда инфузия-трансфузия терапия.....	236
26.4.	Умумий анестезия ўтказилганда юзага келадиган асоратлар ва кийинчиликлар.....	237
ХУСУСИЙ ҚИСМ		
	27-боб. Бронхоэктазлар.....	238
27.1.	Умумий маълумотлар.....	238
27.2.	Клиникаси, диагностикаси ва давоси.....	240
27.3.	Ўпканинг торакоскопик резекцияси.....	
27.4.	Бронхоэктазияда видеоторакоскопик амалиёт бажариш методикаси.....	241
27.5.	Чап тамонлама пастки лобэктомия.....	241
27.6.	Тилсимон сегментни видеоторакоскопик йўл билан резекция килиш.....	245
27.7.	Пастки бўлакни видеоторакоскопия усули билан олиб ташлаш амалиётинг ўзига хос хусусиятлари.....	246
	28-боб. Болаларда плевра эмпиемаси.....	247
28.1.	Клиникаси ва диагностикаси.....	248
28.2.	Видеоторакоскопик-хирургик даволаш усули.....	250
28.3.	Плевра эмпиемасида торакоскопик аралашувнинг мақсадга мувофиқлиги.....	253
	29-боб. Болаларда ўпка эхинококкози	254
29.1.	Умумий маълумотлар.....	254
29.2.	Анъанавий текшириш ва даволашнинг ўзига хос томонлари.....	255
29.3.	Видеоторакоскопик амалиёт методикаси.....	259
	30-боб. Болаларда кўкрак қафасидаги ёт жиемлар.....	259
30.1.	Умумий маълумотлар.....	259
30.2.	Анъанавий диагностика ва даволашнинг ўзига хослиги.....	259

30.3.	Торакоскопия услуги.....	260
	31-боб. Диафрагмал чурралар.....	263
31.1.	Диафрагма релаксацияси ва чин диафрагма чуррасининг коррекцияси.....	263
31.2	Операция усули.....	265
31.3	Парастернал чуррани лапароскопик бартараф қилиш.....	266
31.4	Диафрагма қизилўнгач тешиги чуррасини лапароскопик бартараф қилиш.....	268
	32-боб Гиршпрунг касаллигини лапароскопик йўл билан бартараф қилиш.....	271
32.1.	Умумий маълумотлар.....	271
32.2.	Лапароскопик операция.....	271
	33-боб Кўкрак бўшлиғи шикастланишлари.....	278
	Фойдаланилган адабиётлар.....	282

МУҚАДДИМА

Эндоскопик хирургия соҳасида бугун жадал тараккий қилаётган бўлим лапароскопия бўлиб, унинг ривожда биринчи тамал тошини қўйган К. Семм ва Ф. Моурет каби хирургларни эслаб ўтиш жонз.

Улуғ немис гинеколог–хирурги К. Семм лапароскопик хирургиянинг дебочасини яратган олим ҳисобланади. У гинекологик касалликларни лапароскопик усулда бартараф қилиш бўйича етарлича тажрибага эга бўлгани ҳолда, хали эндовидеокамера ихтиро қилинмасдан туриб биринчи лапароскопик аппендэктомия операциясини муваффақиятли ўтказган.

Таникли француз хирурги Ф. Моурет 1987 йилда жаҳонда биринчи бўлиб лапароскопик усулда холецистэктомия операциясини бажарган. Орадан 2-3 йил ўтиб, калкулёзли холециститда бу усулдаги операция дунёнинг барча мамлакатларида муваффақият билан қўлланидиган бўлди.

Жаҳоннинг етакчи давлатларидаги тиббий жихозлар ишлаб чиқаришга ихтисослашган фирмалар томонидан тикувчи аппаратларнинг ихтиро қилиниши меъда–ичак йўлида бир катор эндоскопик операцияларни бажариш эҳтимолини беҳад кенгайтirdи. Бугунги кунда гинекология ва урология соҳаларида ҳам у ўрнини алмаштириб бўлмайдиган муолажалар сирасидан жой олди.

Сўнгги йилларда педнатрия стационарлари амалиётида ҳам у ўзининг мустаҳкам ўрнига эга бўлди.

2005 йилда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг маҳсус қарори билан Республика болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий–амалий Марказининг ташкил этилиши мустақил диёримизда тиббиёт соҳасини жаҳон андозалари даражасига кўтариш учун қўйилган олға қадамлардан бири бўлди. Шу кеска

фурсат ичида бу илмий–амалий даргоҳда лапароскопия кирраларини теран эгаллаган ўнлаб мутахассислар етишиб чиқди. Болалар абдоминал хирургияси, торакал хирургияси, урологияси ва гинекологияси жабҳасига тааллуқли минглаб операциялар, мохирлик билан бажарилиди, анъанавий жарроҳлик муолажаларидан кейин одатий ҳол бўлиб қолган асоратлар фонзи кескин кискарди.

Бугунги кунда ушбу даргоҳда Республика даво–диагностик муассасаларидан келган ўнлаб шифокорлар лапароскопик хирургия амалиётининг нозик жиҳатларини ўрганиб кетмокдалар. Бу борада ҳар йили бир неча клиник ординаторлар илм сарҳадларини кенгайтириб, республика ҳудудлари бўйлаб учирма бўлмокдалар.

Бугунги кунда кам жароҳатли эндовизуал хирургиянинг ечими тошлмаган муаммолари бўйича бу илм даргоҳида профессор Ш.Т Салимов раҳбарлигида, Б.З Абдусаматов, Э.А Бердиев, Ф.Ё Ниёзов, Қ.М Умаров, М.Р Эргашев, Х.С Усмоновлар фан докторлиги ва номзодлиги бўйича катта изланишлар олиб бормокдалар.

Жаҳоннинг етакчи давлатларида инсон организми бўшлиқларида бажариладиган хирургик муолажаларнинг 70% дан ортиги кам инвазив эндовизуал хирургия усулида бажарилаётган бугунги кунда Марказимизда уларнинг салмоғи 50% дан ортмоқда. Яқин келажакда унинг хиссаси янада ошади, деб умид қиламиз.

Ушбу дарслик лапароскопик хирургиянинг асосларидан сабоқ берувчи илк ўқув қўлланма бўлиб, тиббиёт олийгоҳи талабалари, болалар хирургияси магистрлари, клиник ординаторлари ва шифокорлар учун катта илмий–амалий аҳамият касб этади, деб ишонч билдираамиз.

1- БОБ

ЛАПАРОСКОПИК ХИРУРГИЯ

УМУМИЙ ҚИСМИ

ҚИСҚАЧА ТАРИХИЙ ОЧЕРК

Педиатрик лапароскопиянинг таракқиётига Россия болалар хирурглари улкан хисса қўшганлар. Жумладан, 1969 йилда Н.Л. Куш ва А.Д. Тимченколар “Вестник хирургии имени И.И. Грекова” журналида корин бўшлиғи аъзоларининг турли хасталиклари билан тушган 106 нафар болада қўлланилган лапароскопик операциялар натижаларини эълон қилганлар.

Сўнгги йилларда болалар хирургик стационарларида лапароскопия тобора кенгрок қўлланилиб борилмоқда. Янги хирургик технологиялар ва янги лапароскопик жихозларнинг амалиётга жорий қилиниши ҳар қандай ёшли болаларда, шу жумлада, чақалокларда ҳам турли хасталиклар ва норасоликларни лапароскопик йўл билан бартараф этиш имконини бермоқда.

Ўзбекистон Республикаси болалар хирургиясида лапароскопиянинг кенг қўлланилишида ва клиник амалиётга терап кириб келишида 2005 йилнинг 25 декабрида Республика Болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий-амалий Марказининг ташкил этилиши катта аҳамиятга эга бўлди (Директор- тиббиёт фанлари доктори, профессор Ш.Т. Салимов). Ушбу Марказ нафақат Ўзбекистонда, балки Марказий Осиёда

мазкур жабҳада етакчи даво-диагностик муасассалардан бири бўлиб қолмоқда. Бугунги кунда ушбу Марказда кам инвазив эндовизуал хирургия технологиясини мукамал эгаллаган Б.З. Абдусаматов, Ф.Ё. Ниёзов, М.Р. Эргашев, Х.С. Усмонов, И.П. Пирназаров, Э.А. Бердиев, Қ.М. Умаров каби мутахассислар етишиб чиқди. Бугунги кунда ушбу Марказда кам инвазив эндовизуал хирургиянинг ечими топилмаган муаммолари борасида ўнлаб номзодлик ва докторлик изланишлари олиб борилмоқда.

Бундан ташқари, ушбу Марказ нафақат Республикамизда, балки Марказий Осиё худудларида болалардаги кам инвазив эндовизуал хирургия амалиётлари ва назарияси борасидаги ягона бўлиб, ҳар йили ўнлаб етук мутахассисларни етказиб бермоқда.

Марказнинг салоҳиятли мутахассислари санавиация тизими бўйича Республиканинг турли худудларида ихтисослашган хирургик ёрдам бермоқдалар.

Бугунги кунда лапароскопия болалар абдоминал хирургиясида шубҳали ҳолларда диагнозни ойдинлаштириш учун энг оптимал диагностик усуллардан бири бўлиб қолди. Ушбу усул қисқа муддатда

юкори аниқлик билан аксарият диагностик муаммоларни ечишга имконият яратиб бермоқда. Диагностик лапароскопиянинг афзалликлари шундаки, текшириш жараёнининг ўзидаёқ қорин бўшлигини санацациялаш, дренажлаш, биопсия олиш, эндокоагуляция қилиш имкониятлари киради.

Сўнги йилларда оператив лапароскопия жадаллик билан тараккий этиб бормоқда. Болалар эндоскопик хирургиясининг тараккиёти катталар эндохирургияси ривожини билан параллель кетмоқда. Болалар хирурглари мавжуд оператив технологияларни болалар амалиётига мослаштирибгина қолмасдан, балки ўзларининг хирургик технологияларини ишлаб чиқиб, клиник амалиётга жорий этиб бормоқдалар. Бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси кам инвазив эндовизуал хирургия илмий-амалий Марказида битишмали касалликлар, ўткир аппендицит, ичак инвагинацияси, гинекологик касалликлар бирламчи перитонит, эхиноккозлар, Меккель дивертикули патологиялари муваффақият билан лапароскопик усулда даволанмоқда. Шунингдек, варикоцеле, крипторхизм, калькулезли холециститлар, қорин орти бўшлиғи аъзоларининг яхши сифатли ўсмалари, кизалокларда генитал касалликлар ҳам лапароскопик усулда бартараф этилмоқда.

Сўнги йилларда Республикамизда, хориждаги илмий нашриётларда

лапароскопиянинг имкониятлари хусусида Марказимиздан кўплаб мақола ва тезислар чоп этилмоқда. Бу борада ҳам албатта, ватандош муаллифларимизнинг, Республика болалар кам инвазив эндовизуал хирургия илмий-амалий Марказида фаолият юритаётган изланувчиларнинг ҳиссалари бекиёсдир. Жумладан, Республикамизда 2005-2008 йиллар мобайнида эндовизуал хирургия борасида доимий нашрларда 276 та илмий мақолалар чоп этилган бўлиб, улардан 84 таси ушбу марказ ходимларининг илмий ишлари бўлиб, бу жами тадқиқотларнинг 30% идан ортигини ташкил этади.

Фикримизча, яқин келажакда ушбу усулнинг имкониятлари янада кенгаяди. Келажакда болалар хирурглари учун жуда мураккаб туюлган порасоликлар ва анъанавий касалликларни, уйғунлашган аномалияларни ҳам ушбу усулда бартараф этиш имкониятларини эгаллайдилар. Охириги йилларда клиник амалиёт жабҳасига кириб келаётган ички чоклар кўйишга имкон берувчи аппаратлар, резекцияланган аъзони олиб чиқишга мўжалланган (эндоконтейнерлар), ўта мукамал лапароскоплар ва унинг оптик жиҳозлари мукамаллаштирилган асбоблар унинг имкониятларини бекиёс оширади.

Шундай қилиб, яқин келажакда болалар хирургияси амалиётларининг катта қисми эндовизуал хирургия йўли билан бажарилади.

2-БОБ

ЛАПАРОСКОПИЯДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН АСБОБ–УСКУНАЛАР

Болаларда лапароскопик операцияларни ўтказишда асбоб–ускуналарнинг аҳамияти бекиёсдир. Бу принциплар айниқса чақалоклар ва бир ёшгача бўлган болаларда катта аҳамият касб этади. Сўнгги йилларда хорижда ва ватанимизда кўплаб тиббий фирмалар замонавий дизайнли ишончли бўлган турли-туман эндоскопик асбоб–ускуналарни ишлаб чиқармоқда. Аммо шунга фақат Германиянинг “KARL STORZ” фирмасигина болалар хирургиясида қўллаш учун жуда ўнгай бўлган асбоб–ускуналарни ишлаб чиқармоқда.

Асбоб–ускуналарнинг тўлиқ жамланмаси “эндоскопик комплект” деб аталади, унинг ташқи жиҳатдан кўриниши 2-1 расмда ўз аксини топган.

Абдоминал хирургияда қўлланиладиган асбоб–ускуналарнинг стандарт жамланмаси куйидагилардан иборат:

1. Телескоплар
2. Видеокамера (процессор блоки ва видеокамера)
3. Ксенон ёритиш манбаи
4. Иккита телевизион монитор; асосий экран ўлчами 51 см (диагонали бўйича) ва ёрдамчи экран (диагонали ўлчами 36 см).

Қўлланиладиган асбоблар:

1. Диаметри 3 мм бўлган троакар игна.
2. Диаметри 3, 5,5, 11 ва 20 мм бўлган троакарлар жамланмаси.

5. CO₂ газини иккита режимда берувчи электрон инсуффлятор.
6. Аквапуратор.
7. Эндокоагулятор (монополяр ва биполяр блокли).
8. Видео ёки DVD плеер, магнитофон.
9. Видеопринтер.



2-1- расм. Эндоскопик асбоб–ускуналарнинг жамланмаси

3. Юмшок атравматик қисқич-грасперлар тўғри ва кийшик (монополяр коагуляциялаш имкониятига эга).
4. Қайчилар: тумшуксимон, препаратловчи, кийшик (монополяр коагуляциялаш имкониятига эга).

5. Турли шакл ва ўлчамга эга бўлган ишчи юзали биполяр ва монополяр коагуляцияловчи асбоблар.
6. Бириктирувчи шланглар, кабеллар, ёруғлик ўтказувчилар

2.1. ОПТИК ТИЗИМЛАР

Лапароскопик оптик тизимлар тасвирини берувчи илк звено телескоп бўлиб, у кичик линзали оптик найдан иборат. (2-2-расм). Телескоп беморнинг корин бўшлигидаги тасвирни видеокамерага олиб беради.

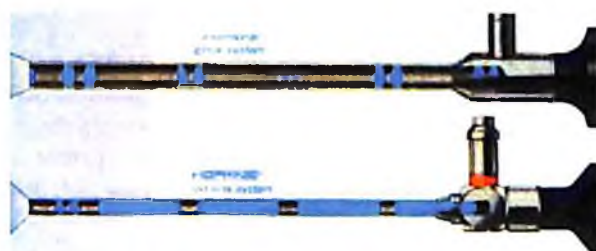
Телескоп 2,7 мм ва 30° бўлиб, кўкрак ёшидаги болаларда лапароскопик операцияларни бажариш учун, шунингдек, операция ҳажмини аниқлаш мақсадида қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

1. Троакарни корин бўшлигида тўғри жойлашганлигига гумон туғилганида.
2. 5,5 ммлик видеосистема (чандикли ҳолларда) троакарни хавфсиз киритиш учун жой танлаш мақсадида.

³ Баъзан чақалоқларда ва чала туғилган болаларда ташхисни тез ўрнатиш учун

5 ммлик 30° видеооптика (2-3-расм) кўрув майдонида тегишлича ёруғликни таъминлаб беради, шу боисдан ҳам барча диагностик текширишларда кенг қўлланилади. Ўткир аппендицит, битишмали ичак тутилишларида, ичак инвагинациясида, гинекологик патологияларда, варикоцеледа, кристорхизмларда ва буйрак операциясида ҳам уни муваффақият билан қўллаш мумкин.

10мм ва 30° телескоплар холецистэктомия, спленэктомия, эхинококкэктомия каби мураккаб операцияларда қўлланилади.



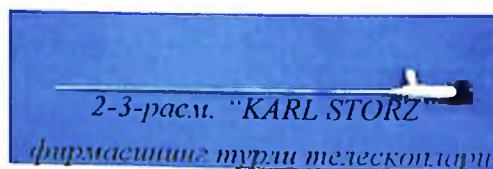
2-2-расм. Лапароскопик



Телескоп 2,7 мм 30°



Телескоп 5,0 мм 30°



Телескоп 10 мм 30°

30° оптик тизимнинг афзалликлари:

1. Объектларни юқоридан пастга қараб, пастдан юқорига қараб кўриш имкони борлиги, битишмали жараёнларда ҳам корин бўшлигини тўлиқ тафтиш қилишга имкон туғдириб беради.

2. Операциянинг маъсулиятли босқичларини бир қанча позициядан туриб кузатиш имкониятининг мавжудлиги.

2.2. ВИДЕОТИЗИМ

Эндовидеоскопик хирургиядаги прогресс, асосан, тасвирни узатишдаги янги технологик жараёнлар билан боғлиқдир. Янги лапароскопик технологиялар борасида эндовидеотизимнинг қўлланилиши энг муҳим янгилеклардан бири бўлди. Уни қўллаш натижасида операцияда иштирок этувчи барча ходимлар учун эндоскопик операция жараёнини кузатиш имконияти пайдо бўлди. Айнан эндовидеотизимлардан фойдаланиш бир қанча муолажаларни бир вақтнинг ўзида амалга ошириш имконини беради.

Видеокамера. Замонвавий эндовидеотизимлар эндовидеокамералар таркибига кириб, у (2-4-расмда) процессор блоки ва бириктирувчи кабель воситасида унга бириктирилган видеокамерадан иборат.

Видеокамера махсус улатгич воситасида оптик телескоп окулярига уланади, унга ёруғлик кабелли орқали ёруғлик окими берилади. Лапароскопнинг тасвири видеомониторга берилади, у орқали видео ёки DVD плеер магнитофонига ёки видеопринтерга узатилиши мумкин. Бундан ташқари, бир вақтнинг ўзида операция жараёнини бошқа залда жойлашган уй кинотеатрига узатиш ҳам мумкин. Бу эса ўз навбатида, лапароскопик операциянинг қандай кечишини клиник ординаторлар, магистрлар, курсантлар каби мутахассисларга ва талабаларга “мастер класс” сифатида намоён қилиш имконини беради.

Фиброоптик кабель ёриткичларини оптик тизим билан боғлаш учун хизмат қилади.



2-4-расм. «KARL STORZ» фирмасининг эндовидеокамераси.

Оператив муолажа жараёнида камерани горизонтал ҳолатда сақлаш лозим. Бунда тасвир тўғри чамаланади, шу билан бирга, давомли тарзда тасвирнинг тиниқлигига ҳам эътиборни жалб қилиб туриш шартдир (замонавий моделларда автофокус функцияси мавжуд).

ВИДЕОМОНИТОРЛАР.

Эндовидеокамералар ёрдамида рангли тасвирлар юкори сезувчанликка эга бўлган мониторга берилади. Агар лапароскопик операция хонаси иккита монитор билан жиҳозланган бўлса, оптимал хисобланади. Операция

килаётган хирург учун мўлжалланган монитор экрани диагоналига 51 смдан кичик бўлмаслиги, ассистент учун мўлжаллангани эса 36 смдан кичик бўлмаслиги лозим (2-5-расм).



2-5-расм. Видеомониторлар.

2.3. ЁРУҒЛИК МАНБАИ

Лапароскопик операцияларни бажаришда корин бўшлигини етарлича ёритадиган махсус манба зарур бўлади (2-6-расм).

Улар орасида энг кенг тарқалгани ксенон чироқлари бўлиб, юкори

ишонччиликка ва ишлаш захирасига эга (1000 соатдан кўпрок). Чироқнинг иситиш харорати 5000 Кдан ошади, бу эса куёш нурига якин бўлган ёруғликни ҳосил қилади.



2-6-расм. «KARL STORZ» фирмасининг ёруғлик манбаи.

Сўнги йилларда металлогаллоид чироқлар клиник амалиётга тобора кенгрок кириб бормоқда. Уларнинг афзалликлари шуки, узок муддатлик ишлатиш муҳлати (4000 соатгача) ва кам қувват билан кўпрок ёруғлик беради.

Масалан, металлогаллоид чироқнинг 50 втлиги, ксенон лампанинг 200 втгача ёруғлик бера олади. Шу билан бирга, унинг ўлчамлари кичиклиги бонс, видеокамера билан бирга унинг корпуси ичига жойлаштирилади.

2.4. ИНСУФФЛЯТОР

Электрон инсуффлятор карбонат ангидрид газини баллондан қорин бўшлиғига мунтазам киритиш учун қўлланилади. Бу ҳолат эндоскопик операциялар жараёнида зарурий бўшлиқни яратиш учун керак бўлади. Замонавий инсуффляторлар беморнинг қорин бўшлиғида ҳосил қилинган босимни автоматик тарзда тутиб туриши, газ оқиб чиқиб кетган ҳолларда эса газ беришни автоматик тарзда амалга оширади (2-7-расм). Бунда газ ҳайдаш икки режимда олиб борилиши мумкин, 1 млдан 20 мл/дақиқасига.

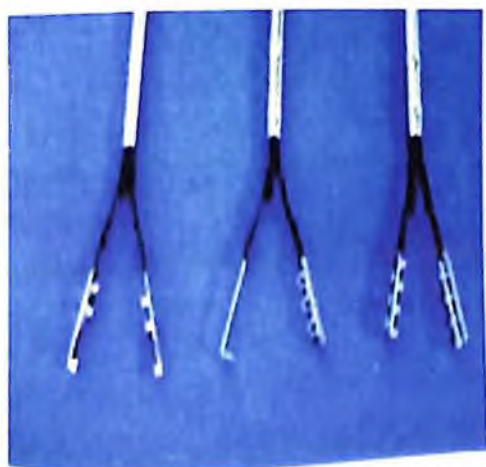
Катта ҳажмли оператив муолажа жараёнида газларнинг сезиларли оқиб

чиқиши кузатилганида, қон кетиши ҳолларида, суюқлик аспирацияси вақтида 10 мл/дақиқасига газ киритиш зарурияти пайдо бўлади.



7-расм. «KARL STORZ» фирмасининг инсуффлятори.

КОАГУЛЯЦИЯЛОВЧИ АСБЮБЛАР



2-8-расм. «KARL STORZ» фирмасининг кенг брашилл биполяр коагуляторлари.

Эндокоагулятор. Эндокоагуляторнинг конструктив хусусиятлари биполяр (2-8-расм), монополяр коагуляциялаш ва



2-9-расм. «KARL STORZ» фирмасининг эндокоагулятори.

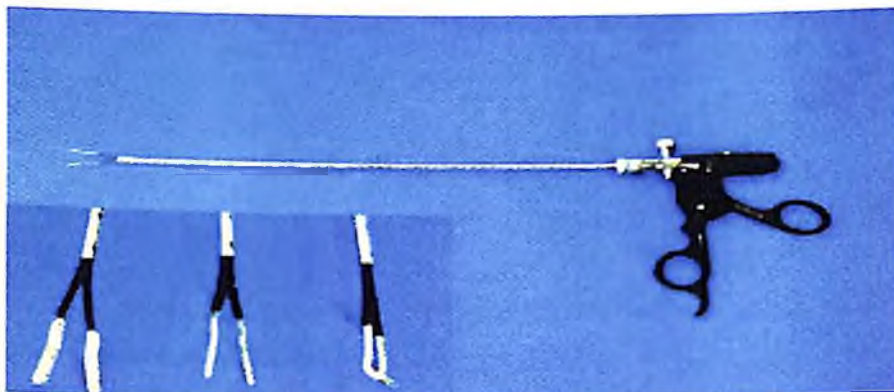
киркиш имкониятини беради. Болалар хирургиясида нисбатан хавфсиз бўлган биполяр иш режими қўлланилади. Бунда энергия асбобининг бранш-электродлари орасида пайдо бўлиши нуктали таъсир кўрсатишга имкон бериб, энергияни кам сарфлашга омил бўлади (50-100 вт). Бунга карама-қарши равишда электрохирургик (аппаратнинг монополяр иш режимида) ток

Коагуляциялаш жараёнида товуш сигнали пайдо бўлади, бу ҳам қўшимча хавфсизлик омили бўлиб, қорин бўшлиғида тасодифий, назоратдан ташқари коагуляцияланиш олдини олади.

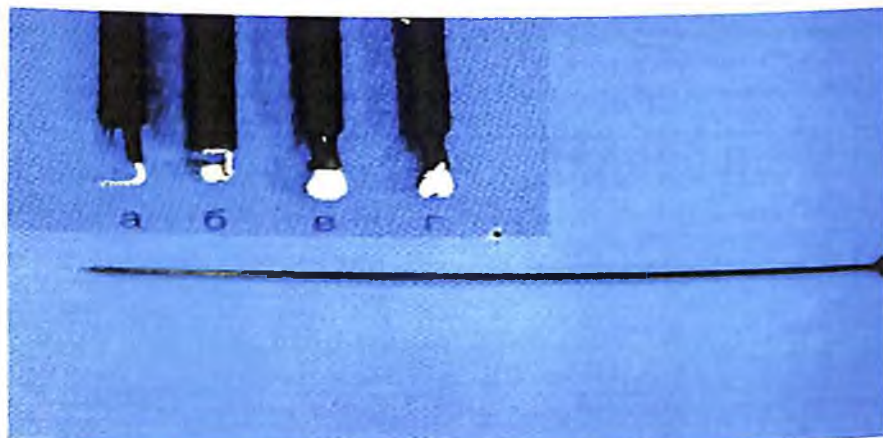
хирургнинг электродидан электр ўтказувчи резинадан иборат электродга ўтади. Эндоккоагуляторнинг иш режимида қувватни қўл билан идора этиш имконияти бор. Замонавий коагуляторларда биполяр кирким режими кўзда тутилган, шунингдек, тўқималарнинг қаршилигига қараб монополяр кесини режими автоматик тарзда идора этилади (2-9-расм).

Биполяр коагуляцияловчи асбоблар қискич браншлари орасидаги тўқималарни коагуляциялашни таъминлайди (2-9-расм).

Тиббиётда асосан монополяр коагуляторли асбобларнинг уч тури қўлланилади: (2-10-а,б,в,г расмлар).



2-9- расм. Браншлари ичличка биполяр коагулятор.



2-10 расм. Монополяр коагуляторларнинг турлари:
а-*L* симон; б-шарсимон; в,г-кураксимон.

Биполяр коагуляцияторлар монополярга нисбатан анча хавфсиз бўлиб, локал таъсир кўрсатиш хусусиятига эга.

Қуйидаги монополяр коагуляцияловчи асбоблар қўлланилади:

1. Грасперлар.
2. Қайчилар.

3. Турли илмоқлар.
4. Турли шаклларга эга бўлган электродлар: юмалок, куракча шаклида; асосан, паринхиматоз кон кетишларни тўхтатиш, биопсия олиш учун

қўлланилади. Мазкур асбоблар сўриш учун канал билан таъминланган бўлиб, коагуляцияга қадар кетган конни сўриб олишга имкон беради.

2.6. АСПИРАЦИЯ—ИРРИГАЦИЯ ТИЗИМИ

Аквапуратор—аспирация ва ирригация тизими—қорин бўшлиғини санациялаш учун зарур бўлиб, қон кетганда манбани тез аниқлаш учун қўлланилади. Замонавий тизим иккала вазифани бир қўл билан бажаришга имкон беради (суюклик киритиш ва сўриб олиш) (2-11-расм).



2-11-расм. Аквапуратор.

2.7. КЕСИБ КИРИШ УЧУН ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН АСБОБЛАР

Сўнгги йилларда турли фирмалар томонидан кўплаб лапароскопик асбоблар ишлаб чиқарилаётган бўлиб, улар ҳар хил кўриниш ва мақсадларга эга.

Бунда стандарт асбоблар жамланмаси мунтазам такомиллаштирилиб, оригинал конструкциялар билан тўлдирилади. Улар операцияларнинг алоҳида босқичларини ёки ўзига хос хирургик муолажасини бажариш имконини беради. Мамлакатимизда болалар эндохирурглари ва умумий эндохирурглари ҳам стериллаш

имкони бўлган кўп марталик металл асбоблар ва троакарлардан фойдаланадилар, чунки улар нисбатан арзон ва ва қўллаш ўнғайдир.

Троакарлар. Клиникамизда “KARL STORZ” фирмасининг троакарларидан фойдаланилади. Мақсад ва вазифаларга кўра троакарлар куйидаги диаметрли бўлади:

- 3 ммлик троакарлар эрта ёшли болаларда қўлланилади
- 5,5 ммлик троакарлар 5 ммлик оптика ва 5 ммлик асбоблар учун
- 11 ммлик троакарлар корин бўшлигидан бирор-бир объектни чиқариш лозим бўлган операцияларда (аксарият ҳолларда ўт копи ва чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлашда ва катта ёшли болаларда қўлланилади)
- 12 ммлик (камдан-кам ҳолларда қўлланилиб, эндостеплер ёки лапароскопик копчани киритиш учун фойдаланилади).

Қўлланиладиган троакарларга куйидаги талаблар қўйилади:

1. Троакар ўрнатилишида корин олд деворида жароҳатнинг имкон қадар камроқ бўлиши. Бунда учи конуссимон (тўмтоқ) троакарлар яхши наф беради. Бу троакарлар корин бўшлиғи қаватларини аста-секинлик билан суриб, кириб боради. Бу жараёнда учи ўткир троакарларни киритишга нисбатан каттарок куч сарфланса-да, улар корин олд девори кон томирларининг шикастланишини батамом истеъсно этади.

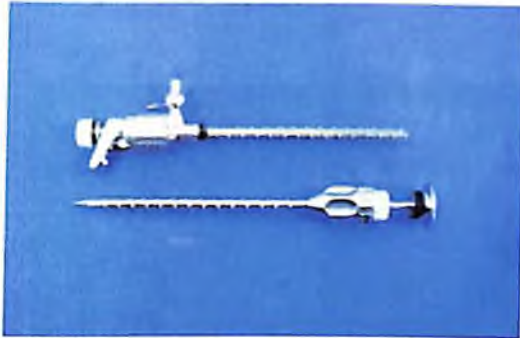
2. Троакарнинг клапан механизмли конструкцияси куйидагиларни таъминлаб бера олиши лозим:

- Асбобларни троакарлар орқали корин бўшлиғига киритиш ва чиқариш вақтида ҳаво, яъни CO₂ газини корин бўшлигидан чиқиб кетишининг олдини олиш. Бунда шарикли клапанлар ва flap valve ва trumpet valve типдаги клапанлар талабларга тўлиқ жавоб беради (2-12-расм).



2-12- расм. Троакарларнинг клапан механизмли турлари.

Корин олд деворида троакарларнинг яхши фиксацияланиши, бу талабга жавоб бериши канюласи сиртида қоплама бўлиши орқали амалга оширилади. Бу қоплама троакар силликлигининг камайиши ҳисобига корин деворига кучлироқ фиксацияланишини таъминлайди (2-13-расм). Канюланинг проксимал қисмида винтли қирқим бўлиши ҳам корин олд деворида мустаҳкам фиксацияланади ҳамда корин бўшлиғига осон ва беҳавотир қиради (2-14- расм).



2-14- расм. Ўткир учли,
буралиб кирувчи троакар 5 мм.



2-13- расм. Ўткир учли Троакар
(«Karl Storz») 10 мм.

2.8. МУОЛАЖА УЧУН ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН АСБОБЛАР

Замонавий кўп марталик лапароскопик асбоб(инструмент)лар ишчи қисм, даста ва изоляцияловчи қобик каби таркибий қисмларга бўлинади (2-15-расм).

Асбобнинг дастаси ҳар хил бўлиб, кремальерли ва кремальерсиз турларга бўлинади. Улар хирургнинг одатий ҳаракатларини имкон қадар таъминлаб бериш учун хизмат қилади (2-15-расм).

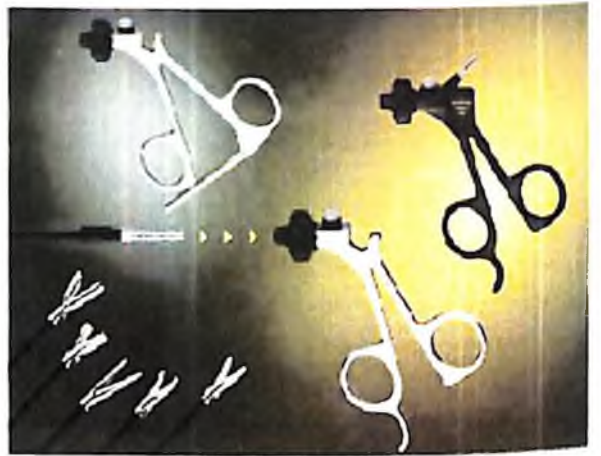
Замонавий асбобларнинг дизайнидаги асосий йўналишлардан бири–бу ишчи қисмнинг имкон қадар кўпроқ ва эркин ҳаракатни таъминлашдир (2-16, 2-17-расмлар).



2-15-расм. Асбобнинг модуль
конструкцияси.



2-16-расм. Асбобнинг дастаси.
А-кремальерли. Б-кремальерсиз.



2-17-расм. Ички қисми ўз ўқи атрофида айланганидан асбоблар.

Грасперлар.

Грасперлар атравматик ва травматик турларга бўлинади. Эндоскопик грасперлар бир неча муолажалар учун мўлжалланган:

1. Тўқималарни атравматик ушлаш ва тутиб туриш.

2. Тўқималарни атравматик диссекция қилиш. Бу муолажа тўғри ва қийшиқ, юмшоқ атравматик қисқичлар ёрдамида амалга оширилади (2-18- расм).

Монополяр коагуляция. Сўнгги йилларда деярли ҳамма қисқичлар монополяр коагуляция симига уланувчи электрод билан таъминланган.



2-18-расм. Атравматик қисқичларнинг турлари. А-тўғри учли брании.

Қирқувчи асбоблар.

Эндоскопик қайчиларнинг асосан уч тури қўлланилади:

1. Найсимон аъзо ва тўқималарни қирқиш учун қўлланиладиган учи тумшуксимон қайчилар (аппендекс, томирлар). Уларнинг бундай шакллари қирқиш вақтида қайчидан аъзонинг сирғалиб чиқиб кетишининг олдини олган ҳолда объектни қирқиш имконини яратади.

2. Тўқималарни ажратиш учун қўлланиладиган тўғри учли қайчилар.

3. Браншлари бураладиган қийшиқ қайчилар (2-19-расм).

Қайчиларнинг барчаси монополяр коагуляция учун қўлланилиши мумкин.



2-19-расм. Юмшоқ атравматик қайчиларнинг турлари: А-тумшуксимон учли, Б-тўғри учли ва В-қийшиқ учли.

Нина тутқичлар.

Браншлари ва дастаси турли кўринишга эга бўлган нина тутқичлардан фойдаланилади.

Szabo Berci конструкциясидаги нина тутқичлар бизнинг фикримизча, қўлланиш учун энг қулайдир. Улар хирургларга анъанавий операциялар маҳали одат бўлиб қолган муолажа ҳаракатларини таъминлаб бериш имкониятини пайдо қилади (2-20-расм).

Ретракторлар.

Лапароскопик операция вақтида тўқималарни узок муддатга жароҳат етказмасдан кўтариб, босиб, суриб (ретракция) туриш учун куйидаги ретракторлардан фойдаланилади:

- Юмшоқ зондли палпатор ретрактор.
 - Елпигичсимон ретрактор.
- Турли конструкторияли ретракторлар (2-21-расм).

Клипатор.

Асосан уларнинг иккита туридан фойдаланилади:

- титан клипс учун қўлланиладиган 10 ммлик асбоб. Бу асбоб ўлчами нисбатан катта бўлган томир ёки найсимон ҳосилани қирқиш учун қўлланилади;

Эндоскопик степлерлар.

Auto suture фирмасининг ENDO GIA-30 деб номланган тикувчи аппарати асосан лапароскопик спленэктомия жараёнида талокнинг томирли оёқчасини қирқиб олиш учун қўлланилади (2-22-расм).

Бугунги кунда "KARL STORZ" фирмаси чақалоқлар учун янги асбоблар мажмуасини ишлаб чиқарган бўлиб, улар Марказимизда ҳам кенг қўлланилмоқда.



2-20-расм. Szabo Berci конструкциясидаги нина тутқич.



2-21-расм. Турли конструкциядаги ретракторлар.

А-юмшоқ зондли қийшиқ палпатор. В-елпигичсимон.

- 5 ммлик асбоб, асосан, кичик титан клипслар учун қўлланилиб, кичик қон томирлар ва париетал қорин парда дефектини ёпиш мақсадида қўлланилади.



2-22-расм. Тикувчи аппаратлар (эндостеплер).

2.9. АСБОБЛАРГА ИШЛОВ БЕРИШ ВА УЛАРНИНГ СТЕРИЛИЗАЦИЯСИ

Кўп марта ишлатиладиган асбоблар жарроҳлик муолажасидан кейин қисмларга

ажратилиб, синчиклаб ишлов берилади. Бу жараён бир неча босқичдан иборат бўлади.

Механик ишлов бериш

Жарроҳлик муолажасидан кейин асбоб қисмларга ажратилиб, синтетик ювиш воситасига солиб қўйилади (1 литр сувга 5

гр. хлор). Кейин асбоб оқар сувда синчиклаб, тозалаб ювилади, каналлари эса шприц билан тозаланади.

Дезинфекциялаш

Асбоблар ювилганидан кейин “Сайдекс”, “Виркон”, “Лизетол” каби дезинфекцияловчи эритмага 15 минут солиб қўйилади. Асбобларни коррозияловчи “Пливесепт”, “Водород

пероксида” каби эритмаларга солиш мумкин эмас. Кейин асбоблар яна оқар сувда ювилиб, қуритилади. Ишлатиш муддати узоқ бўлиши учун қуритилганидан кейин силикон билан артилади.

Стерилизациялаш

Сўнгги йилларда махсус “Азон”ли стерилизация ва бугли автоклавларда 132°C ҳароратда стериллаш одат тусига кирган. Агар “Сайдекс” эритмасида стерилланган бўлса, ишлатиш олдидан

стерилл дистилланган сувга солиб қўйилади ва стерилл салфеткалар билан қуритилиб, махсус стерилл камерага солиб қўйилади.

ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯ ИШНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ ВА БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Лапароскопик хирургия хизматини ташкиллаштириш техник жиҳатдан яхши жиҳозланган, юқори малакали стационарлар базасида ўтказилади.

Марказимизда иккита эндоскопик хонанинг мавжудлиги мақсадга мувофиқ бўлиб, шошилиш ва режали операцияларни мунтазам ўтказишга имкон туғдиради. Замонавий эндоскопик операция хонасининг умумий кўриниши 3-1-расмда ўз аксини топган.

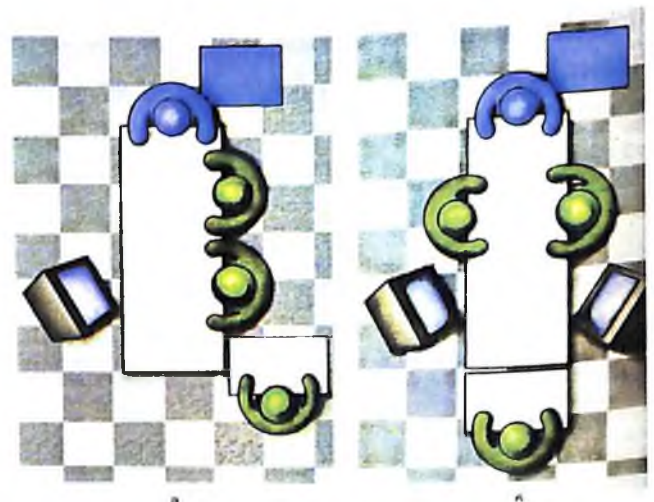
Лапароскопик операцияларнинг барча босқичларини таъминловчи бригаданинг таркиби куйидагилардан иборат:

1. Операция қилувчи хирург.
2. Видеокамера воситасида ассистентлик вазифасини бажарувчи биринчи ассистент.
3. Мураккаб операциялар маҳалида зарур бўлувчи иккинчи ассистент.
4. Анестезиолог-шифокор.
5. Операция ҳамшираси.
6. Анестезия ҳамшираси.
7. Лапароскопик жиҳозларни стерилл бўлмаган майдонда таъминловчи ҳамшира.

Лапароскопик операция хонасида тиббий ходимлар ва керакли тиббий жиҳозларнинг жойлашиши схемаси 3-2-расмда келтирилган.



3-1-расм. Лапароскопик операция хонаси.



3-2-расм. Лапароскопик операция хонасида жарроҳлар ҳамда керакли тиббий жиҳозларнинг жойлашиши схемаси. А-битта монитор билан. Б- иккита монитор бўлганда.

Беморни операцияга тайёрлаш куйидаги босқичлардан иборат:

1. Беморни столга ётқизиш ва яхшилаб фиксациялаш.

2. Қовукни катетерлаш.

3. Меъдани зондлаш.

Ушбу муолажалардан мақсад қорин бўшлиғини кўр-кўрона пункция қилишдан аввал ковак аъзоларни бўшатишдир.

Сўнги йилларда лапароскопик операцияларга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларга бироз ўзгартиришлар киритилган.

Мутлок қарши кўрсатмаларга куйидагилар киритилган эди:

1. Қорин олд деворида аввалги лапаротомия операциясидан кейин қолган кўплаб чандиклар бўлганида.

2. Ичакнинг битишмали тутилиши билан ичак парези кўшилиб келган ҳолларда.

3. Перитонитнинг маҳаллий ва умумий турларида.

Барча беморларнинг ота-оналари лапароскопик операцияларнинг афзалликлари ва эҳтимол тутилган асоратларидан огоҳлантирилиши лозим.

Беморларни эндоскопик муолажаларга тайёрлаш касалликнинг характери, операциянинг шошилиш ёки режали эканлиги боғлиқ.

Шошилиш хирургик муолажаларда куйидаги шошилиш текшириш усуллари ва операция олди тайёргарликларини ўтказиш лозим:

1. Қоннинг экспресс таҳлили Нb, Нt, рO₂, рСО₂, ВЕ, К⁺, Na⁺ ва бошқ.

2. Қон гуруҳи ва резус омили.

3. Тозаловчи ҳукна.

4. Одатдаги примедикация – шу билан бирга, беморнинг умумий аҳволини инобатга олган ҳолда, кўрсатма билан бир мартабалик кенг спектрли антибиотикотерапия ўтказилади.

4. Чала туғилган ёки вазни кам бўлган чақалоқларда.

5. Қорин бўшлиғида ҳосила пайпасланганда.

Энди ушбу қарши кўрсатмаларнинг аксарияти қайта кўрилиб, бугунги кунда уларнинг фақат куйидагиларигина мутлок қарши кўрсатмалар деб ҳисобланмоқда:

1. Бемор аҳволининг ўта оғирлиги, юрак-қон томир ва нафас етишмаслигида.

2. Коррекциялаб бўлмайдиган коагулопатияларда.

3. Қорин олд деворидаги тарқоқ йирингли яллиғланишли жараёнларда.

Куйидаги ҳоллар нисбий қарши кўрсатмалардир:

1. Қорин бўшлиғидаги тотал битишмаларда.

2. Ичак қовузлоқлари ҳаддан ташқари кенгайиб кетганда.

3. Юракнинг оғир туғма норасолигида.

Режали лапароскопик операциялардан аввал нисбатан кенг текширишлар ва операция олди тайёргарликлар ўтказилади:

1. Қон ва пешобнинг умумий таҳлили.

2. Қоннинг биохимик таҳлили.

3. Қон гуруҳи ва резус омилини текшириш.

4. Коагулограмма.

5. ЭКГ.

6. Операциядан олдин қоннинг экспресс таҳлили Нb, Нt, рO₂, рСО₂, ВЕ, К⁺, Na⁺ ва бошқ.

7. Операцияга бир кеча-кундуз қолганида беморга қуюқ овқат берилмайди, сурги дорилар, антибактериал ва витамин препаратлари берилади.

8. Бир кун аввал кечаси ва операция кун эрталаб юқори тозаловчи ҳукна қилинади.

9. Примедикация ва кенг қамровли антибиотиклар кўшимча дозада киритилади.

Эндоскопик операциялар маҳалида оғриксизлантиришнинг ўзига хослиги куйидагилардан иборат:

1. Ҳар қандай эндоскопик диагностик ва даво муолажалари кекирданнинг интубацияси ва ўпканинг сунъий нафаси билан ўтказилиши лозим.
2. Лапароскопик операциялар маҳалида мушакнинг етарлича релаксацияси операциянинг силлик кечиши ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олишга омил бўлади.
3. Операция маҳалида синчиклаб мониторинг ўтказилиши анестезиянинг яхши кечиши учун омил бўлади. Мониторингда минимум ЭКГ, АБ, юрак

уриш мароми, пульсоксиметрия, капнография ва қондаги газ таркибини қайд қилиш зарур.

4. Лапароскопик операциянинг айрим босқичларида қўшимча маҳаллий оғриксизлантириш операциядан кейинги даврда анестезиянинг силлик кечишига омил бўлади.

5. Хирурглар қорин бўшлиғида 15 мм симоб устунидан баланд босим ҳосил қилишдан эҳтиёт бўлишлари керак (чакалоқларда 5-8 мм симоб устунни атрофида бўлиши лозим).

6. Жарроҳлик муолажаси маҳалида хирург билан анестезиолог мунтазам равишда мулоқотда бўлиши шарт.

4- БОБ

ОПЕРАТИВ ТЕХНИКАНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Замонавий видеоэндоскопик жиҳозлар ва асбоблар атравматик шароитда операция майдонини кузатиш, тўқималарни препаровкалаш, гемостаз, кесиш ва чоклар қўйиш имконини беради.

Лапароскопик операциялар ўтказишда операция майдонининг тўғри экспозицияси катта аҳамият касб этади.

1. Операция майдони ҳамма вақтда монитор экрани марказида бўлиши лозим. Ассистент тасвирнинг горизонтал бўлишини мунтазам назорат қилиб туриши шарт.

2. Лапароскоп жамланма (стойка) хирургнинг ишчи асбобига ҳалақит бермаслиги лозим. Қирқими 30⁰ оптик тизим ана шундай имкониятни яратиб бера олади.

3. Операция жараёнида лапароскоп орқали объект мунтазам узоқлаштириб, яқинлаштириб туришга зарурият туғилади, бу эса нозик препаровка маҳалида

максимал катталаштириш ва яқинлаштириш заруриятини келтириб чиқаради.

Ретрактор билан ишлаш:

1. Айрим ҳолларда граспер -қискичлар ретрактор вазифасини бажаради, унинг ёрдамида аъзо ёки тўқималарни керакли ҳолатда тутиб туриш имкони пайдо бўлади. Бундай мақсадлар учун атравматик қискичлардан фойдаланиш лозим, чунки травматик асбоблар билан аъзони узоқ муддат тутиб туриш унинг эзилиши, тешилиши ва ичидаги суюқликнинг оқиб чиқишига олиб келади.

2. Одатда ретрактор билан ишлаганда, махсус троакардан фойдаланилади.

3. Вақти-вақти билан ретрактор ҳолатини текшириб туриш лозим, айниқса жигар, талоқ каби аъзоларда муолажа ўтказишда уларнинг шикастланишини олдини олиш учун.

4.1.ЭНДОСКОПИК ДИСЕКЦИЯ

Имконият бўлган пайтда хирург перпаровкани икки қўли билан бажариши лозим, бунда чап қўли билан препаровкага мўлжалланган тўқимани атравматик граспер воситасида (кремальерсиз)

кўтариб, ўнг қўли ёрдамида қирқимни амалга оширади.

Тўқималарни лапароскопик препаровка қилиш маҳалида операция майдонида қон

бўлишига йўл қўймаслик керак, чунки бунда майдонни кўриш қийинлашади. Шу боисдан ҳам эндоскопик препаровканинг

хар қандай тури моно ёки биполяр коагуляция билан бажарилади.

4.1.1. ПРЕПАРОВКА ТУРЛАРИ

Тўмток препаровка қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

1. Юмшоқ тўқималарни, яллиғланиш инфилтратларини, юмшоқ чандик ва битишмаларни ажратишда.

2. Тўқималарнинг қаватларини ажратишда (тухумдон кистаси, буйрак кистаси ва ҳ.к.).

3. Йирик кон томирларини ва асаб толаларини атроф тўқималардан ажратишда.

Диссекциянинг бундай тури тўмток пальпатор–зонд, браншлари ёпик қайчи, граспер, сўргичнинг найчаси воситасида амалга оширилади.

Қайчи воситасида препаровка қилиш

Атравматик граспер ва қайчи воситасида препаровка қилиш болаларда эндоскопик хирургия техникасининг асосини ташкил қилади.

Бундай мақсад учун учи тўмтоқлаштирилган, иккита ҳаракатланувчи браншлари мавжуд, ишчи қисми айланадиган ва монополяр коагуляция қилиш имконини берадиган кийшик қайчилардан фойдаланилади.

Қайчини қорин бўшлиғига киритиш ва операция майдонига етказиш визуал назорат остида амалга оширилади. Қайчи ишлатилмаган вақтда дарҳол қорин бўшлиғидан олиб чиқилади.

Қайчи воситасида қуйидаги муолажалар амалга оширилади:

1. Тўмток препаровкаләш.
2. Тўқималар битишмалари ва чандикларни бошқа асбоб воситасида тортиб, қирқиш учун.
3. Ёпик қайчининг ташқи чети билан коагуляция қилиб қирқиш.
4. Унчалик катта бўлмаган майдонда қорин пардасини қирқиб очиш.

Илмоқ воситасида препаровка қилиш.

Ушбу усул катталар хирургиясида жуда кўп ишлатилади. Аммо, шунга қарамадан илмоқ воситасида коагуляция қилиш анча хавфли усул бўлиб, нисбатан кам фойдаланган маъқул.

Ушбу усулнинг хавфли жиҳатларидан бири шундаки, илмоқ тўқималар остига олиб борилиб, коагуляция йўли билан қирқилади. Бундай муолажада илмоқ инерциясини тўғри баҳолаб бўлмайди, бу эса ўз навбатида атроф тўқималарнинг шикастланишига олиб келиши мумкин. Болаларда қорин бўшлиғи ҳажмининг нисбатан кичиклиги боис, бу хавф эҳтимоли янада ошади.

Шу сабабдан ҳам илмоқ воситасида коагуляциялаб қирқишга қуйидагилар қиради:

1. Паренхиматоз аъзолар яқинидаги битишмаларни қирқиш (асосан ўт қопини ўрнидан ажратиб олишда).

2. Агар париетал қорин пардасининг яқинида ичак қовузлоғи бўлмаса, каттароқ майдонда қирқиш учун.

Қийшиқ граспер воситасида препаровка қилиш қуйидаги ҳолларда қўлланилади:

Гидропрепаровка.

Айрим ҳолларда гидропрепаровкани қўллаш визуализацияни осонлаштиради (ўт қопини ўрнидан ажратишда, қорин пардаси, лимфа безини олиб ташлашда).

Бунда қўлланиладиган маҳаллий оғриқсизлантирувчи воситага адреналин ва

1. Тўқималарни тўмтоқ диссекция қилиш, аъзонинг орқасида “туйнук” ҳосил қилиш учун.

2. Препаровка қилиш мўлжалланган аъзони кўпламчи битишмалардан ажратиб олиш учун. Бунинг учун битишма тўқима атрофида тутилиб, тортилади ва монополяр коагуляция қилинади.

метилен кўкидан қўшиши операциядан кейинги оғриқ синдромини камайтириб, қон кетишининг олдини олиш билан бирга анатомик таркибларни визуализация қилишга имкон беради.

4.1.2. ЛАПАРОСКОПИК ГЕМОСТАЗ

Тўлиқ гемостазга эришиш ҳар қандай лапароскопик операцияларнинг зарурий шартларидан биридир, чунки ҳар қандай кичик қон кетиш ҳам эндохирург ишини мураккаблаштиради.

Эндохирургик муолажалардан очик операцияга ўтишнинг асосий сабабларидан

бири–қон кетишидир. Бундай эндохирургик шароитда хирург кетаётган қонни тампон ёки бармоқ билан босиб тўхтатиш имконига эга бўлмайди. Шу боисдан ҳам эндохирург препаровка маҳалида қон томирлари билан эҳтиёткорона муолажа қилишига тўғри келади.

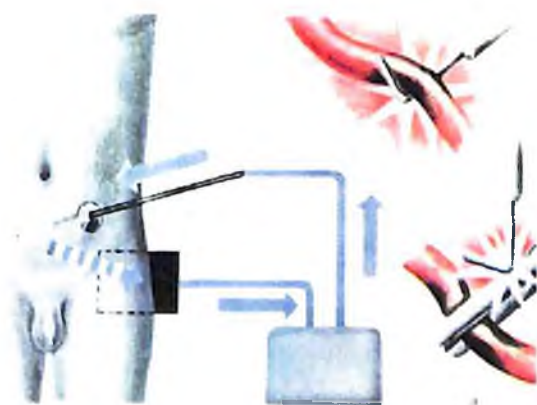
Электрокоагуляция.

Қон кетишига қарши курашнинг энг самарали усулидир. Бугунги кунда унинг икки тури–монополяр ва биполяр турлари қўлланилмоқда.

Монополяр коагуляциянинг схемаси 4-1-расмда ўз аксини топган.

Эндохирургияда қўлланилаётган ҳар қандай асбоб (кискичлар, қайчилар, илмоқлар) монополяр коагуляциянинг электроди вазифасини ўташи мумкин.

Коагуляциянинг бу тури нисбатан ўнғай бўлса-да, айрим хавф ва асоратдан ҳоли эмас.



4-1-расм. Монополяр коагуляциянинг схемаси. Илмоқли коагулятор воситасида монополяр коагуляцияни амалга ошириш.

Монополяр коагуляциянинг афзалликлари:

1. Электрод ва тўқималарнинг минимал контактида ҳам кучли коагуляция қилиш имконияти.
2. Контактни билвосита амалга ошириш мумкин - аксарият ҳолларда қон кетаётган томир қисқич воситасида тутилиб, иккинчи электродни унга теккизиш йўли билан коагуляция амалга оширилади.
3. Электродларнинг шакли турлича бўлиб, токни кучайтириш, камайитириш йўли билан коагуляцияланади, баъзан кесилади.

Монополяр коагуляциянинг хатарли жихатлари:

1. Ковак аъзолар, қон томирларни қиска муддатлик контактида ҳам шикастланиш эҳтимолининг мавжудлиги.
2. Тўқималарнинг назоратдан ташқари коагуляцияланиб қолиши эҳтимоли мунтазам хавф солиб туради (4-2-расм).
3. Асбобнинг изоляцияланган қаватида нуқтали дефектнинг бўлиши тасодифий

Биполяр коагуляция.

Биполяр коагуляциянинг принципи 4-3-расмда акс этган.

Ушбу усулда коагуляция асбобнинг браншлари орасида амалга ошганлиги муносабати билан монополяр коагуляция маҳалида бўладиган асоратлар кузатилмайди.

Биполяр коагуляция кетаётган қонни тўхтатиш ва қон кетиши олдини олиш учун қўлланиладиган хавфсиз ва ишончли усулдир.

Усулнинг камчилиги шундаки, коагуляцияни фақат препарат қилиб ажратилган ва икки томонидан биполяр

коагуляцияланиб қолиш эҳтимолини оширади.

4. Айрим ҳолларда максимал коагуляцияланиш майдони бевосита таъсир қилиниши зарур бўлган соҳада эмас, балки ундан анча олисда кузатилади.

5. Узок муддатлик монополяр коагуляция қатга микдорда иссиқлик ажралишига, бу эса соғлом тўқималарнинг куйишига олиб келади.



4-2-расм. Монополяр коагуляциянинг тўқималарга назорат қилиб бўлмайдиган хатарли таъсири.

қисқичга олинган соҳадагина амалга ошириш мумкин.



4-3-расм. Биполяр коагуляциянинг схемаси.

Сўнги йилларда биполяр коагуляция принципи билан ишлайдиган асбобларнинг турли конструкциялари ишлаб чиқилган бўлиб, улар нозик препаратлар учун кенг қўлланилади.

Болалар хирургиясида “medium-large” типига масуб титан клипсалари кенг қўлланилади. Клипсалар билан ишлаганда қуйдаги принципларга қатъий амал қилиш лозим:

1. Клипсалар сонини эътиборга олиш. Артериал томирларга ҳар томонидан иккитадан қўйиш лозим, агар томир йирик бўлса (масалан, буйрак артерияси) камида 3-4 тадан бўлиши лозим.

2. Қон-томир атроф тўқималардан синчиклаб ажратилиши, бириктирувчи ва ёғ тўқималаридан тозаланган бўлиши шарт.

3. Клипсалар томирга перпендикуляр йўналишда қўйилиши лозим, бу ҳолат уни сирпаниб, томирдан чиқиб кетишига монеълик қилади.

4. Клипсани қўйиш маҳалида унинг икки учини назорат қилиб туриш керак, чунки бошқа тўқималар ҳам кириб қолиши мумкин

5. Клипсалар қўйилиши эндоскопик тикадиган асбобни ишлатишга ҳалақит беради. Агар эндостеплер қўйиш мўлжалланса, унда даставвал коагуляция ва томирларни боғлаш лозим.

Томирларни боғлашнинг қуйдаги турлари қўлланилади:

1. “Вилкача” типдаги мослама воситасида йирик томирларни экстракорпорал усулда боғлаш, бунда лигатура томир остидан ўтказилиб, иккала учи троакар орқали ташқарига чиқарилади. Тугун қорин бўшлиғидан ташқарида ҳосил қилиниб, қорин бўшлиғига асбоб воситасида туширилади.

2. “Редер” типдаги сиргалувчи тугунларни қўллаш ўнғай ва ишончли усуллардан бўлиб, йирик томирларни боғлашда қўлланилади. “Редер” типдаги

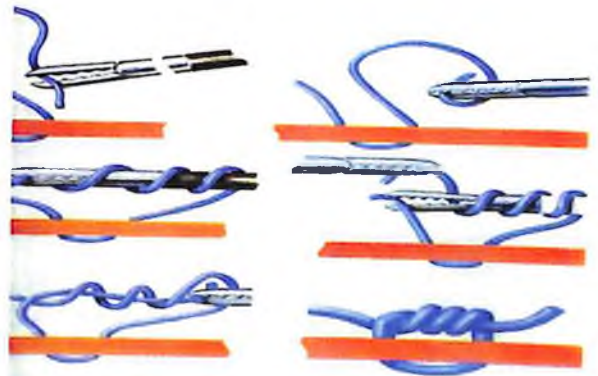
Клипса қўйиш-томирларга ишлов беришнинг энг ўнғай усулидир.



4-5-расм. “Редер” типдаги сиргалувчи тугунларни қўллаш.



4-6-расм. “Редер” қовузлогини мустақил тайёрлаш.



4-7-расм. Интракорпорал тугун ҳосил қилишнинг схемаси.

тугун хосил қилишнинг схемаси 4-5-расмда ўз аксини топган.

3. “Endo-loop” қовузлогидан фойдаланиш. Бундай мақсад учун PDS ёки № 2,0-1,0 рақамли хромлаштирилган кетгутлардан фойдаланилади (4-6-расм).

4. Аксарият ҳолларда ўлчами унчалик катта бўлмаган томирларни боғлашда

Эндоскопик степлерлар.

Махсус катта томирларга катриджли эндостеплердан фойдаланиш талок ёки буйракларники каби йирик томирли оёкчаларни ишончли кесиш ва бир вақтнинг ўзида тикиш имконини беради.

4.1.3. ЭНДОСКОПИК ЧОКЛАР

Эндоскопик чокларни қўйиш жараёни энг мураккаб ва зарурий боскичлардан биридир. Чокларни қўйиш учун иккита 5 ммлик асбоблар зарур бўлади: нина тутқич ва атравматик граспер.

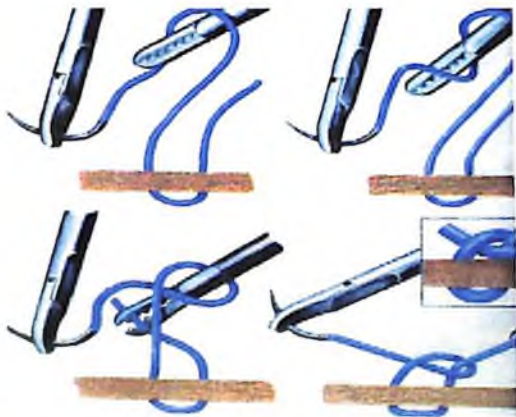
Аксарият ҳолларда қия нинали № 4,0-5,0 “Викрил”, “PDS” иплари ишлатилади. Одатда чокларнинг қуйидаги хилларидан фойдаланилади:

интракорпорал боғлаш усулидан фойдаланилади. Ушбу усул нисбатан осон ва ўнғай бўлиб, хирургиянинг умумий принципларига мос келади. 4-6- ва 4-7-расмларда интракорпорал тугун хосил қилишнинг схемаси кўрсатилган.

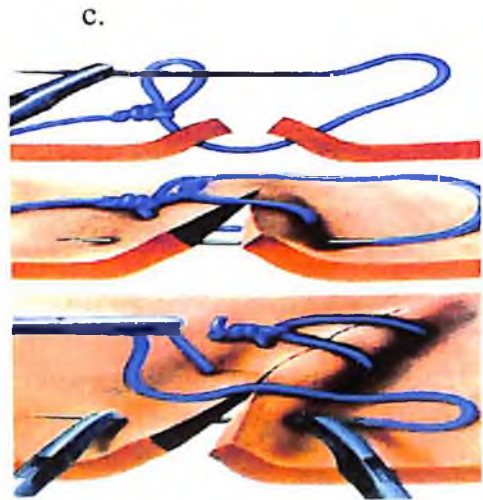
Эндостеплерларнинг тузилиши ва уларни қўйиш механизми тикилган томирлардан қон кетишини мутлақо истесно қилади.

а. Қорин парданинг унча катта бўлмаган дефектларини, ураҳус, пешоб найи каби аъзоларни тикишда битталиқ чок қўйилади. Бундай чокларнинг схемаси 4-8-расмда ўз аксини топган.

б. Узлуксиз чоклар қорин пардасининг катта дефектларини ёпишда, орхидопексияда қўлланилади (4-9-расм).



4-8-расм. Битталиқ чок қўйишнинг схемаси.



4-9-расм. Узлуксиз чок қўйиш схемаси

4.2. МУОЛАЖАНИНГ ЯКУЛАНУВЧИ БОСҚИЧИ

Қорин бўшлиғининг ревизияси куйидаги босқичлардан иборат:

1. Кичик чанок бўшлиғидан бошлаб қориннинг юқори қаватига қараб синчиклаб кўздан кечириш ички аъзоларнинг аниқланмай қолган шикастланишларини топиш имконини беради.

2. Қорин бўшлиғидаги босим 5 мм смб.уст. гача камайтирилганида веноз қон кетишининг манбаи топилади. Қорин бўшлиғидаги босим 15 мм смб.уст. гача кўтарилса, шу ҳисобига қон кетиши тўхтатилади.

Қорин бўшлиғининг санацияси куйидаги босқичлардан иборат:

1. Эндоскопик сўргич воситасида қорин бўшлиғидаги ажралмаларнинг ҳаммасини тортиб олиш.

2. Кўрсатмаларга кўра қорин бўшлиғининг барча қисмини ёки айрим соҳасини физиологик эритма ва гепарин

аралашмаси билан ювгандан сўнг аралашмани тўлиқ сўриб олиш.

3. Зарурият туғилганида қорин бўшлиғини силикон дренаж найча билан дренажлаш. Дренаж найчаси лапароскоп назорати остида қорин бўшлиғининг зарур қисмига киритилади.

Троакарни олиб ташлаш. Биринчи навбатда 12 ва 11 ммлик троакарлар олиб ташланади.

11 ммлик жароҳат ўрни қаватма-қават чокланади. Фасция № 4,0 рақамли “Викрил” билан чокланиб, тери деффекти ёпилади.

Пневмоперитонеум бартараф этилганидан кейин 5 ммлик троакар олиб ташланади ва лейкопластир билан ёпиштирилади.

ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Лапароскопик хирургия мувофик оғриқсизлантиришга ва операция давридаги мониторингга катта талаблар кўяди. Бугунги кунда лапароскопик операцияларда оғриқсизлантириш бўйича етарлича тажриба тўпланганлигига қарамадан, анестезиологик хатар хирургик хатардан устунлигича қолмоқда.

XX асрнинг ўрталарида врачлар

пневмоперитонеум килаётганлар гемодинамика ва нафас олиш тизимида катта ўзгаришлар рўй беришига эътиборни жалб қилганлар. Лапароскопия бутунлай беҳатар муолажа эмаслиги маълум бўлиб қолган. Бундай операциялар у ёки бу даражадаги хирургик ёки анестезиологик асоратлардан холи эмас, шу боисдан ҳам хатар олдини олишда патофизиологик механизмларини муфассал билиш лозим.

5.1. ЛАПАРОСКОПИК МУОЛАЖАЛАРНИНГ ВЕНТИЛЯЦИЯ ВА ГАЗЛАР АЛМАШИНУВИГА ТАЪСИРИ

Бугунги кунда аксарият анестезиологлар бемор спонтан нафас олаётганида лапароскопик операция ўтказишнинг хавфли эканлигини эътироф этадилар, чунки пневмоперитонеум маҳалида диафрагманинг ҳаракатчанлиги камаяди.

Пневмоперитонеум бола организмда куйидаги ўзгаришларга олиб келади:

1. Ўпка тўқималарининг кенгаювчанлиги камаяди.
2. Ўпканинг айрим соҳаларида ателектаз кузатилади.
3. Ўпканинг функционал қолдик ҳажми камаяди, вентиляция-перфузия

бузилишлар қайд этилади, гиповентиляция, гиперкапния ва нафас ацидоз кузатилади.

Ўпка шунтининг майдони кўпайиши билан гипоксемия пайдо бўлади, уни эса олинаётган нафас таркибидаги кислороднинг миқдорини ошириш билан коррекциялаб бўлмайди. Бу эса артериал қонда кислороднинг парциал босими пасайиши, гемоглобинни кислород билан тўйинганлиги, яъни сатурация камайиши билан ифодаланади. Одатда, кислород етишмаслиги миокардда дисфункция бўлганида, гиповолемияда ва юрак зарбининг пасайишида ҳам қайд қилинади.

Шу боисдан ҳам ҳар қандай лапароскопик операциялар маҳалида трахеяни интубациялаш, сунъий нафас олдириш ва тотал мушак релаксациясини ҳосил қилиш зарурияти пайдо бўлади. Меъёрий вентиляция режимида тўлиқ мушак релаксацияси алвеолалар ателектазига, ўпка тўқималари кампенсациясининг пасайишига ва нафас йўлларида босимнинг 40 % гача ошишига олиб келади. Агар бемор Тренделенбург ҳолатида бўлиб, пневмоперитонеумнинг кўрсаткичи 10 мм симоб устунидан ошса, бу ўзгариш яққол намоён бўлади. Лапароскопик холецистэктомияда Тренделенбург ҳолатига тесқари ҳолат берилганидан кейин қорин бўшлиғида босим 10 мм симоб устунидан ошмайди, шу сабаб нафас етишмаслиги кузатилмаслиги мумкин.

Лапароскопик муолажаларда кузатиладиган гиперкапния фақат қорин бўшлиғида босимнинг ошиши билангина эмас, балки қорин бўшлиғидан CO_2 газининг сўрилиши билан ҳам боғлиқ.

Қорин бўшлиғидан карбонат ангидрид газининг сўрилиши жадаллигига қуйидаги омиллар таъсир кўрсатади:

1. Карбонат ангидриднинг қонда яхши эриши ва қорин пардаси орқали жадал сўрилиши.
 2. Қорин бўшлиғидаги босим ҳажми.
 3. Жарроҳлик муолажасининг давомийлиги.
 4. Қорин пардасининг сўрувчи сатҳи.
- Болаларда қорин пардасининг сатҳи тери сатҳига нисбати катталардагига қараганда сатҳининг икки баробар

катталиги боис карбонат ангидрид газини жуда тез сўрилади.

Айрим ҳолларда пневмоперитонеум бартараф этилганидан кейин ҳам гиперкапния сақланиб қолади. Бунинг сабаби шундаки, қонга сўрилган карбонат ангидрид газини қорин бўшлиғидан газ чиқариб юборилганидан кейин ҳам бола организмда 40 % игача сақланиб қолади.

Газлар алмашинуви ва вентиляциянинг олдини олиш йўлларида қуйидагилар киради:

1. Тотал мушак релаксацияси фонида эндотрахеал наркоз қўлланилади.
2. Гипервентиляция режимида **ИВЛ** ўтказилади (меъёрдан 30-35 % га баланд). Бунда **ИВЛ** хирургик муолажа тугагандан кейин ҳам қоннинг барча параметрлари меъёрлашгунига қадар давом этилади.

Шуни хотирадан чиқармаслик лозимки, ацидознинг кучайиб бориши периферик перфузиянинг пасайиши билан боғлиқ бўлиб, гипервентиляция компенсатор самара бера олмайди, чунки унинг ўзи юрак маромини камайтириб юбориши мумкин.

Кучайиб борувчи гиперкапния, ацидоз, гипоксемия юз берганида қуйидаги тадбирлар амалга оширилади:

1. 100 %ли кислород билан нафас олдириш.
2. Турли усуллар билан юрак зарби ва периферик перфузияни тутиб туриш.
3. Беморни горизонтал ҳолатга қайтариш.
4. Қорин бўшлиғидан карбонат ангидридни чиқариш.
5. Лапароскопиядан лапаротомияга ўтиш.

5.2. ЛАПАРОСКОПИК МУОЛАЖАЛАРНИНГ ГЕМОДИНАМИКАГА ТАЪСИРИ

Қорин бўшлиғида босимнинг ошиши юрак зарбига икки хилда таъсир кўрсатиши мумкин: бир томондан қорин бўшлиғидан ва пастки ковак венадан қонни сиқиб юракка чиқариши, иккинчи томондан эса чаноклар ва оёқларда қоннинг димланиб қолиши ҳисобига веноз қайтишнинг камайиши. Ушбу иккала самарадан қай бирининг устун келиши қорин бўшлиғидаги босимнинг кўрсаткичига, операциянинг давомийлигига ва яна бир канча омилларга боғлиқ. Тренделенбург ҳолатига тескари ҳолат анча жиддий бўлган гемодинамик бузилишларга олиб келиши аниқланган, чунки бунда қонни юракка қайтиб кетишининг гравитация таъсири ҳам қорин бўшлиғи босимига кўшилиб, веноз димланишга олиб келади. Тренделенбург ҳолати эса аксинча, юрак зарбининг кўрсаткичини етарлича сақлаб тура олади, чунки веноз қайтишни кучайтириб, пневмоперитонеум шароитида қоннинг марказий ҳажмини кўпайтиради. Пневмоперитонеум ҳосил қилиш периферик томирлар қаршилигини олиб келади. Қорин бўшлиғида босимнинг маълум даражагача ошиши, қорин аортасининг сиқилишига сабаб бўлиши мумкин. Бунда буйракда қон айланиши ҳам маълум даражада ёмонлашади.

Юқоридаги омиллар билан бир қаторда гемодинамикага гипоксемия, гиперкапния ва респиратор ацидоз ҳам катта таъсир кўрсатади. Бир томонлама карбонат ангидрид гази қон -томирлар деворларига таъсир кўрсатиб, уларнинг кенгайишига олиб келса, бошқа томондан гипоксемия, қонда рН нинг пасайиши симпатико-адренал тизимни рағбатлантириб, қонга кўп миқдорда катехоламинларнинг тушишига олиб келади. Буларнинг барчаси

юрак зарбининг ошишига, периферик босимнинг ва А\В нинг кўтарилишига, тахикардияга ва ҳатто юрак маромининг бузилиши ҳисобига юрак тўхташига ҳам олиб келиши мумкин.

Агар операция мобайнида юрак қон-томир тизими томонидан жиддий бузилишлар кузатиладиган бўлса, дарҳол лапаротомияга ўтиш лозим.

Лапароскопик операциялар мобайнида қорин бўшлиғида босимнинг ошиши меъда кизилўнғач регургитациясига ва аспирацияга олиб келиши мумкин. Агар бемор ўта семиз бўлса, диафрагма чурраси, гастропарез, пилоростеноз билан оғриган бўлса, ушбу асоратлар эҳтимоли ошади.

Регургитация профилактикаси учун куйидагилар тавсия қилинади:

Метоклопромиднинг операцияга қадар дозаси 10 мг оғиз орқали ёки венага юборилади. Шу билан бирга, меъда нордон мухитини камайтирувчи H_2 блокаторлари буюрилади.

Операцияга қадар меъда ювилиб, зонд ўрнатилади.

Трахеяни интубациялаш зарур, бунда имкон қадар манжетли эндотрахеал найчалардан фойдаланиш лозим.

Лапароскопик хирургиянинг энг оғир асоратларидан бири-ҳаво эмболияси бўлиб, карбонат ангидрид гази қорин парда ва қорин ичидаги томирлардан жадал сўрилиши ҳисобига юз беради. Карбонат ангидрид газининг қонда яхши эрувчанлиги бу асоратнинг нисбатан кам учрашига сабаб бўлса-да, бирваракайига

кўп миқдорда қонга тушиши газ эмболиясини келтириб чиқаради.

Қуйидаги ҳоллар газ эмболиясини келтириб чиқаради:

1. Қорин бўшлиғида босимнинг ўта ошиши томирларда қон оқимини секинлаштириб қўяди, бу эса газ эмболияси учун омил бўлади.

2. Хирургик жароҳат оқибатида вена томирларининг шикастланиши.

Газ эмболиясининг клиник аломатларига А/Б нинг пасайиши, юрак маромининг бузилиши ва ўпка шиши киради.

Газ эмболиясини аниқлаб туриб, қон кетганида, ўпка артериясининг эмболиясида, миокард инфарктида, пневмотораксда, пневмомедиастениумда, кучли вагал рефлексларда юз бериши мумкин бўлган коллапсларни ҳам хотирадан фаромуш қилмаслик лозим.

5.3. АНЕСТЕЗИОЛОГИК УСУЛНИ ТАНЛАШ

Болалар билан ишловчи анестезиологлар лапароскопик операция учун мўлжалланган беморлардан анамнезни синчиклаб йиғишлари зарур. Ўпканинг фиброзли дисплазияси лапароскопик операция учун мутлақо қарши кўрсатма ҳисобланади.

Қуйидагилар лапароскопик операция анестезияси учун қарши кўрсатмалар ҳисобланади:

1. Кома.
2. Юрак етишмаслигининг декомпенсацияси.
3. Нафас етишмаслигининг декомпенсацияси.
4. Қон ивувчанлигининг жиддий бузилиши.
5. Лапароскопия юқоридаги асоратларни келтириб чиқариши мумкин бўлган фавкулотда ҳолатлар.

Спонтан нафас сақланган ҳолда маҳаллий оғриқсизлантириш билан лапароскопия ўтказиш усули катталар хирургиясида ҳали муҳокама қилинмоқда. Болалар хирургиясида эса маҳаллий оғриқсизлантириш билан лапароскопия ўтказиш мумкин эмас. Комбинациялашган наркоз таркибида эпидурал анестезияни қўллаш айрим афзалликларга эга бўлса-да,

аксарият ҳолларда гемодинамиканинг бузилиши ва диафрагмал нервнинг таъсирланиши билан кечади, бу эса операциядан кейинги даврда кўнгилай айнаши ва қусиш билан намоён бўлади.

Умумий эндотрахеал наркознинг афзалликлари:

1. Тотал мушак релаксацияси ва меъда зонди мавжудлиги сабабли хирург ишининг осонлашиши.
2. Трахеянинг интубацияси нафас йўллари ўтказувчанлигини осонлаштириб, аспирациянинг олдини олади (эндотрахеал найчанинг манжетаси шиширилганида).
3. Қорин бўшлиғига киритилган карбонат ангидрид газини томонидан чақирилган кардиопульмонар ўзгаришлар етарли оксигенация, юракнинг дақиқалик вентилациясини тутиб туриш, айланувчи қон ҳажмини меъёрлаштириш ҳисобига бартараф этилади.

Умумий эндотрахеал наркоз учун врачлар турли-туман схемаларни таклиф этадилар, улар одатдаги хирургик муолажадаги умумий оғриқсизлантиришдан фарқ қилади. Тўпланган тажриба ва ўтказилган текширишлар асосида юқоридаги амалий

тавсияларни шакллантиришга имкон берди.

Примедикация. Примедикация учун болаларга мушак орасига 0,01 мг/кг ҳисоб билан атропин, реланиумнинг 0,5%ли эритмасидан 0,35 мг/кг дан 1-3 ёшлар оралиғидаги болаларга юборилади. Анамнезида примедикацияга аллергияси бор беморларга димедрол ёки супрастин 0,3-0,5 мг/кг ҳисобида юборилади.

Болалар хирургияси клиникаларида анестезия учун фторотан (галотан, наркотан) кенг қўлланилади. Бу галоген сақловчи тез анестезия учун наркозга киритилиши ва ундан тез чиқиши ва яхши умумий оғриқсизлантирилиши ҳисобига жуда оммалашиб кетган. Азот закиси билан уйғунлаштирилиб, наркознинг бошида қўлланилади. Кейинчалик, ушбу аралашманинг физиологик ва патологик бўшлиқларда тўпланиб гипоксияга олиб келгани учун 100 %ли кислород билан вентиляция ўтказилади.

Фторотаннинг кучли кардио-депрессив таъсири юрак зарбининг камайишига, юрак ўтказувчанлигининг пасайишига, артериал босимнинг пасайишига билан олиб келади. Замонавий дори воситаларидан диприван ва мидозалам фторотаннинг асоратларини бартараф этади.

Мидозолам 1976 йилда синтез қилинган бўлиб, бензодиазепинлар гуруҳига мансуб. Мушак орасига юборилганидан 10 дақиқа ўтиб, ГАМКергик ва бензодиазепин

рецепторлар билан боғланади, бу эса тез муддатда мижознинг психомотор тормозланишига олиб келади. Фторотандан фарқи шундаки, юрак қон-томир ва нафас олиш тизимига нисбатан кам таъсир кўрсатади. Наркознинг кириш босқичида венага 1-3 ёшгача бўлган болаларга 0,3-0,4 мг/кг, 4-8 ёшгача бўлган болаларга 0,1-0,15 мг/кг ҳисобда қўлланилади. Наркозни тутиб туриш учун эса мидозолам соатига 0,3 мгдан мунтазам юбориб турилади. Операция тугашига 10 дақиқа қолганида препаратни киритиш тўхтатилади.

Диприван таъсир механизмига кўра бензодиазепин қаторига яқин бўлиб, афзал жихатларига қуйидагилар киради:

1. Гипнотик таъсирнинг тез юзага келиши.
2. Метаболизм тезлигининг юқорилиги.
3. Тикланиш даврининг осон кечиши.

Препаратнинг ушбу афзал жихатлари диприваннинг клиник амалиётда кенг қўлланилишига сабаб бўлди. Аксарият анестетиклар қаторида диприван нафас функциясини суйсайтиради, гипотензияга олиб келади, юрак уриш мароми сусаяди. Наркознинг бошида препарат 2,5 мг/кг ҳисоб билан венага юборилади, наркозни тутиб туриш учун эса соатига 8-12 мг/кг ҳисоб билан юборилади. Миорелаксантлар ва фентанил уйғунлаштириб қўлланилади. Наркоз тугашига 10 дақиқа қолганида диприван юбориш тўхтатилади.

5.4. ЎПКАНИНГ СУНЪИЙ НАФАСИ, ИНФУЗИЯ ТЕРАПИЯСИ ВА МОНИТОРИНГ

Фақат гипервентиляция режимидагина адекват газлар алмашинувини таъминлаш мумкин. ЎСВ режимида нафас ҳажми Рэдфорд монограммаси бўйича ҳисобланади. Нафас олиш частотаси ёш меъёрига мосланади. Нафас бериш босими ҳар бир беморга индивидуал ўрнатилиб, 14-22 мбар оралиғига тўғри келади. Нафас чиқаришда эса босим 0 га тенг бўлиши лозим. Пневмоперитонеум қилинганидан кейин ўпканинг дақиқалик ҳажми 30-35 % га оширилади, бу нафас жадаллигининг ва нафас ҳажмининг ошиши ҳисобига амалга оширилади.

Беморларнинг барчасига трахея интубациясидан кейин меъдага зонд киритилиб, ковуқ катетерланади. Бу меъда маҳсулотлари ҳисобига аспирация, троакар билан ковак аъзонинг тешилиб қолиши каби асоратларнинг олдини олибгина қолмасдан, хирург томонидан қорин бўшлиғи аъзоларининг яхши кўринишига шароит тугдириб беради.

Инфузия терапияси. Гемодинамик бузилишларнинг олдини олишда кучайтирилган инфузия амалиёти режими қўлланилади. Вена ичи инфузияси кристаллоидлар ҳисобидан ўтказилади. Зарурият туғилганида интраоперацион қон кетишини коррекциялаш учун инфузия-трансфузия терапия янги музлатилган плазма, плазмопротекторлар (реополиглюкин, полиглюкин), полиион кристаллоидлар, глюкозанинг 5 ва 10 %ли эритмаси билан ўтказилади. Агар гемоглобин миқдори 100 г/л дан, гематокрит миқдори 30 % дан кам бўлса, шу гуруҳдаги эритроцитар массалардан бири қўйилади.

Тадқиқотлардан маълум бўлишича, қайси анестетик қўлланилишидан қатъий

назар, стандарт инфузия терапияси (режали операцияларда 8-10 мл/кг соат, шошилич операцияларда эса 12-15 мл/кг соат) пневмоперитонеум оқибатида юзага келган нисбий гиповолемиянинг олдини ололмайди. Шу боисдан ҳам режали операцияларда инфузия терапияси миқдори 10-15 мл/кг соат, шошилич операцияларда эса 15-28 мл/кг соат бўлиши лозим. Қорин бўшлиғига газ юборилганидан кейин инфузия 10-12 мл/кг соатгача камайтирилиши лозим.

Мониторинг. Лапароскопик операцияларда мувофиқ назоратни амалга ошириш учун қуйидаги кўрсаткичларни назорат қилиш лозим:

- Юрак уриш мароми.
- Артериал босим.
- Кислород сатурацияси.
- ЭКГ параметрлари.
- Қорин бўшлиғидаги босим.
- Нафас йўлларидаги босим.
- Карбонат ангидрид газининг қондаги миқдори.
- Қоннинг газ таркиби.
- Кислота-ишқор мувозанати.

Бемор кўрсаткичларидаги ўзгаришларга қараб, қўшимча назорат ўрнатилиши мумкин.

Лапароскопик ёки видеоторакоскопик операцияларда оғриқсизлантириш вақтида кузатилиши мумкин бўлган асоратлар:

-реургитация хавфи ва аспирация сабабли оғир пневмонияларнинг ривожланиши. Анъанавий усулдаги операциялардан фарқли равишда, наркоз вақтида меъда шираси наркозга кириш вақтида эмас, балки қорин бўшлиғига газ юборилганда содир бўлади. Юқори босимдаги хаво

бутун қорин бўшлиғига бир хилда тарқалади. Бунга қўшимча равишда миоплегия ривожланиши натижасида ошқозондаги суюқлик қизилунгачга кўтарилади ва уни оғиз, халқумга ва трахеяга оқиб кириши кузатилади. Агар биз катта одамда меъда шираси ажралиши 50мл/с эканлигини ҳисобга олсак, «бўш ошқозон» тушунчаси овқат емаган одамда ҳам нотўғри ҳисобланади. Шу сабабдан ҳеч бир бемор лапароскопия амалиёти вақтида бу асоратдан қафолатманмаган.

-юракнинг қон ҳайдашини камайиш синдроми, бу ҳолат аорта ва ковак веналарни босилиши ва нисбий гиповолемия сабабли пайдо бўлади.

-Газ алмашинувининг бузилиши, диафрагманинг юқорига кўтарилиши ва қорин бўшлиғидан ис газининг адсорбцияси натижасида келиб чиқади.

-тери ости эмфиземасининг пайдо бўлиши, баъзан ўзи сўрилиб кетади ва алоҳида даволашни талаб этмайди. Баъзида меъда қизилўнгач соҳасида амалиёт бажариш жараёнида муаммоли ҳисобланган пневмомедиостинум ёки пневмоторакс ҳам кузатилиши мумкин. Бу асоратларнинг пайдо бўлиш сабаби асосан хирургик асбобларнинг сурилиб кетиши, ўпканинг босим билан жароҳатланиши, ёки диафрагмадаги патологик нуқсонлар сабабли газни қорин бўшлиғидан кириши.

- Лапароскопик хирургик амалиётнинг энг хавфли асоратларидан бири –газ эмболиясидир. CO₂ қорин парда орқали жуда тез адсорбцияланиб, қон томирга сўрилади. У қонда яхши эрувчанлиги сабабли, оз миқдорда сўрилганда, ўзгаришлар кузатилмайди. Аммо лапароскопия амалиёти жараёнида қорин бўшлиғида юқори босим пайдо бўлиши сабабли, қон оқими секинлашади ва периферик вазоконстрикция вужудга келади, бунинг натижасида ис газни кўп миқдорда сўрилади ва CO₂ эмболияси пайдо бўлади. Хирургик травма сабабли

венос қон томирларининг бутунлиги бузилиши натижасида қонда эримайдиган газ пуфакчалари қон томир ичига ўтишига шароит яратилади. Бемор тўсатдан кўкариб кетиб, аритмия, қон босимининг кескин тушиши, юракда шовқин пайдо бўлиши, ўпка гепертензия, ўнг қоринча етишмовчилик белгиларининг пайдо бўлиши газ эмболияси юз берганлигидан дарак беради ва зудлик билан карбоксиперитонийни олиб ташлаш ва реанимацион чора тадбирларни бошлаш керак. Жумладан операцион столни бош томонини пастга тушириш, массив инфузион терапия. Спланхик қон айланишининг бузилиши натижасида марказий гемодинамикани ва қон тақсимланишини бузиб, буйрак функциясини издан чиқаради ва диурез кескин камайиб кетади.

-Операциядан кейин учрайдиган специфик асоратлардан яна бири респиратор ацидоз ҳисобланади. Бунга сабаб қонда эриган ис газини тўқималардан чиқиб кетишига бир неча соатлар сарфланишидир. Шунинг учун зудлик билан адекват нафасни тиклаш лозимдир. Бу айниқса болаларда муҳим саналади, чунки наркотик анальгетикларнинг стандарт дозаси ҳам нафас системасини узок вақтга сусайтиради. Узок муддатли лапароскопик амалиёт бажарилганда, қонда газ миқдори инобатга олинган ҳолда сунъий нафасга (ИВЛ) уланиши керак.

- Катталарда операциядан кейин «френикус синдроми»ни пайдо бўлишига, интраабдоминал босимни баландлиги сабаб бўлади. Карбоксиперитонеумни ўрнатиш ва олиш вақтида диафрагманинг кескин силжиши, операция вақтида диафрагманинг юқори жойлашиши натижасида диафрагмал нервнинг кўзгалишига сабаб бўлади. Бунинг натижасида беморлар операциядан кейин ўмров усти ва ости соҳасидаги оғриққа ва нафас олишни қийинлашишига шикоят қилишади. Педиатрик амалиётда бу

асоратни кам учрашига сабаб, болаларда интраабдоминал босим катталарга караганда пастроқ бўлади, у 14мм симоб устунидан дан ошмайди.

- Юқордагилардан келиб чиққан холда шунини айтиш мумкинки, лапароскопик

амалиёт хирургик жихатдан кам травматик хисоблансада, бемор организмидаги кўплаб компенсатор механизмларни ишга тушириб, баъзи холатларда патологик жараёнга айланиб кетиши мумкин.

ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШЛАР ВА ОПЕРАТИВ ЛАПАРОСКОПИЯ ЎТКАЗИШНИНГ ТЕХНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ҳар қандай лапароскопик операция диагностик босқичдан бошланади. Муолажа олдидан ҳамма вақт қорин бўшлиғи чуқур пайпасланади, бу ҳолат қорин бўшлиғида ўсмасимон ҳосила, инвагинат, инфильтрат, ичак

қовузлогининг кенгайиб кетган соҳаларини фарқлаш имконини беради.

Бундан ташқари, пайпаслаб меъда ва қовуқнинг етарлича бўшаганлигини текшириш мумкин.

6.1. ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯ МЕТОДИКАСИ

Диагностик лапароскопия энг масъулиятли босқичи- қорин бўшлиғида дастлабки иккита пункцияни амалга ошириш ҳисобланади: пневмоперитонеум қўйиш ва дастлабки троакарни киритиш.

Болалар хирургиясида умумий хирургиядаги каби пневмоперитонеум “Вереш” нинаси воситасида киритилади.

Жарроҳлик муолажасининг энг масъулиятли қисмларидан бири-қорин бўшлиғига ўтмас учли троакар билан кириб боришдир, троакарнинг бундай тури контомирлар ва ковак аъзолар шикастланишининг олдини олади (6-1-расм).

Сўнгги йилларда қорин бўшлиғига дастлабки киритиладиган троакарларнинг турли модификациялари ишлаб чиқилган бўлиб, катта асоратларнинг олдини олишга қаратилган мосламалари бор.

Қорин бўшлиғини бевосита пункция қилиш босқичлари:

1. Киндик ҳалқаси юқори чети бўйлаб тери 5 мм га кесилади (6-2-расм, а). Эрта ёшли болаларда қирқимдан юқорида қорин девори чап қўл билан кўтарилади.

2. Тери қирқими орқали “Москит” типидagi қисқичнинг учи киритилиб, апоневроз қаватларга ажратилади (6-2-расм, б).

3. “Билрот” типидagi қисқич воситасида қорин пардаси очилади, бунда

қорин бўшлиғига ҳаво сўрилиб, ўзига хос овоз пайдо бўлади.

4. Чап қўл ҳолатини ўзгартирмасдан туриб, 5 ммлик қирқим орқали диаметри 5,5 мм бўлган учи тўмтоқ троакар киритилади (6-2-расм, в, г). Лапароскоп воситасида троакарнинг тўғри жойлашганлиги назорат қилинади. Каттароқ ёшли болаларда, айниқса териости ёғ тўқимаси кучли ривожланган бўлса, қорин олд деворини кўтаришда хирургга унинг ассистенти ёрдам беради. Агар аввал лапаротомия ўтказилган бўлса, унда қорин бўшлиғини дастлабки пункцияси операциядан кейинги чандикдан имкон қадар узоқ масофада бажарилади.

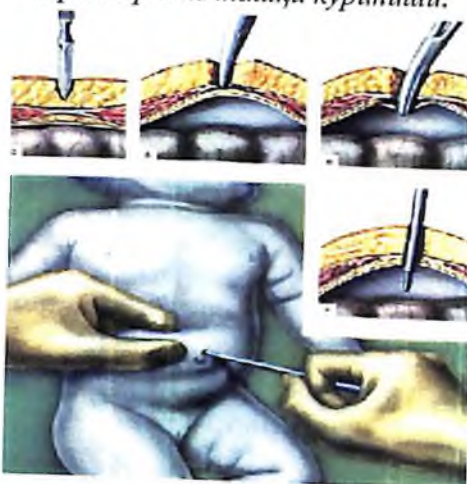
Троакар ҳолатининг тўғрилиги қорин бўшлиғига киритилган лапароскоп оптикаси воситасида текширилади. Каттароқ ёшли болаларда, айниқса, териости ёғ клетчаткаси сезиларли даражада ривожланган бўлса, қорин олд деворини кўтаришда хирургга унинг ассистенти ёрдам беради (6-3-расм).

Троакарнинг тўғри жойлашганлигига ишонч ҳосил қилинганидан кейин қорин бўшлиғига карбонат ангидрид газини юбориш бошланади, унинг дастлабки тезлиги 1 л/мин бўлса, бир литр кирганидан кейин минутига 10 л тезлик билан юбориш мумкин. Каттароқ ёшли болаларда қорин бўшлиғидаги босимнинг оптимал сатҳи 12-14 мм симоб устунига тенг бўлиб, чақалоқларда 5-8 мм, ингичка ичакнинг кучли парезида 18 мм смб.уст.гача ошириш мумкин. Қорин бўшлиғининг барча соҳаларида қутчасимон товушнинг эшитилиши, жигар тўмтоқлигининг йўқолиши қорин бўшлиғи газ билан тўлганлигидан дарак беради. Бунда киритиладиган газнинг ҳажми кичик ёшли болаларда 1 литр, катта ёшли болаларда эса 5 литргача боради.

Кейинги троакарлар қорин бўшлиғига видеооптика камераси назорати остида киритилади. Бунда стилет учи “тешувчи” шаклга эга бўлган троакарларнинг қорин



6-1-расм. 10,0 ва 5,5 ммли учи тўмтоқ троакарнинг ташиқи кўриниши.



6-2-расм. Эрта ёшли болаларда қорин бўшлиғига учи тўмтоқ троакар билан кириши босқичлари (а, б, в, г).



6-3-расм. Каттароқ ёшли болаларда қорин бўшлиғига тўмтоқ учли троакар киритиши.

ичига босқичма – босқич кам жароҳат билан киришини таъминлайди. “Кесувчи” учга эга бўлган пирамидал троакарлар қўлланилганида эса баъзан қон-томирлар

шикастланиб, қорин олд деворидан қон кетиши кузатилиши мумкин, 6-4- ва 6-5-расмларда троакарларнинг турлари кўрсатилган.



6-4-расм. Коник троакар.



6-5-расм. Пирамидал троакар.

6.1.1. ЗАРУР БЎЛГАН ТРОАКАРЛАР СОНИНИ АНИҚЛАШ

Самарали муолажа учун зарур бўлган троакарлар сони қўйидаги принциплардан келиб чиққан ҳолда аниқланади:

1. Ҳамма вақт имкон қадар камроқ троакарлар киритишга эришиш лозим. Аксарият ҳолларда (ўткир аппендицит ва унинг асоратларида, ичак инвагинацияси, битишмали ичак тутилиши, чарви патологияларида, гинекологик патологияларда, варикоцеледа) учта канюла (биттаси лапароскоп оптикаси ва

иккита ишчи троакарлар) билан муолажа яқунланади.

2. Тўртинчи троакар асосан узок муддатлик ретракция (холецистэктомия, спленэктомия, жигарнинг ўнг бўлаги резекцияси, нефрэктомия) учун фойдаланилади.

3. Қўшимча бешинчи троакарни киритиш истисно тарикасида учрайди (техник қийинчиликларда, қон кетганида).

6.1.2. ТРОАКАРЛАР ЖОЙЛАШИШ ЎРНИНИ ТАНЛАШ

Қўшимча троакарлар киритиш учун қуйидаги умумий принциплардан фойдаланилади:

1. Троакарларнинг қорин олд деворида жойлашиши турли операцияларда турлича бўлади (6-6-расмлар).

Канюлалар орасидаги масофа камида 7-10 см бўлиши лозим.



6-6-расмлар мажмуи. Қорин олд деворида троакарларнинг жойлашиши турлари схематик тарзда кўрсатилган. А-тўғри; Б-В-нотўғри.



6-7- расм. Диагностик лапароскопияда троакарларни киритиш нуқталари. 1. 5,5 ммлик троакар ўрни (оптика учун).

2. 3-5,5 ммлик троакар ўрни (пальпатор ёки қисқич граспер киритиш учун).

2. Троакарлар лапароскоп оптикадан имкон қадар узок масофада жойлашиши лозим.

3. Операциядан аввал троакарларни қорин бўшлиғига киритиш нуқталари рангли чизик билан белгилаб олиниши шарт.

4. Троакарларнинг канюлалари операция майдонига қаратилган бўлиши лозим. Канюлаларни ўз ўрнида тутиб туриш айниқса кичикроқ ёшли болаларда катта муаммо ҳисобланади. Уни ташқарига чиқиб кетишининг олдини олиш учун тери қўшимча фиксацияланади.

Ишчи троакарларни киритишда лапароскоп қаршисида жойлашишига йўл қўймаслик лозим.

Стандарт лапароскопик текширишлар лапароскопиянинг диагностик ёки даво тури бўлишидан қатъи назар ўтказилади.

Диагностик лапароскопияда иккита, камдан-кам ҳолларда учта троакардан фойдаланилади (6-7-расм).

6,1,3. ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЮҚОРИ ҚАВАТИНИНГ РЕВИЗИЯСИ (КЎНДАЛАНГ ЧАМБАР ИЧАКДАН ЮҚОРИ ҚИСМИ).

Бу муолажани операция столининг бош қисмини 30° баландга кўтариб ўтказиш ўнғай, чунки бунда кўндаланг чамбар ичакнинг ва катта чарвининг пастга силжиши ва натижада визуализация учун майдон очилади.

Ревизияда қуйидагиларга эътиборни жалб қилиш лозим:

1. Жигар ва жигарнинг юмалок боғламини ревизия қилиш. Жигарнинг фақат энг орқа қисмигина яхши визуализация бўлмайди.

2. Ўт қопининг барча қисми.

3. Меъданинг антродуоденал қисми.

4. Чамбар ичакнинг жигар соҳасида қайрилиши.

5. Ўнг буйракнинг проекция қисми, кичик ёшли болаларда париетал қорин пардасининг юпқалиги боис, барча соҳаси яхши кўринади.

6. Меъданинг олд девори ва меъда-йўгон ичак боғлами.

7. Меъданинг кардиал қисми, меъда-қизилўнгач бурмаси, жигарнинг ўнг бўлаги кўтарилганидан кейин кўринади.

8. Талок.

9. Йўгон ичакнинг талок бурчаги.

10. Қорин бўшлиғи юқори қавати париетал қорин пардаси ва диафрагма.

6,1,4. ҚОРИН БЎШЛИҒИНИНГ ЎРТА ҚАВАТИ РЕВИЗИЯСИ

Қорин бўшлиғининг қайси томони визуализация қилиниши мўлжалланганлигига қараб, бемор чалқанчасига ётқизилади ва у ёки бу тарафга қараб биров қийшайтирилади.

Қорин бўшлиғи ревизия маҳалида қуйидагилар кўрилади:

1. Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта.

2. Чамбар ичакнинг кўтарилувчи, кўндаланг ва тушувчи қисмлари.

3. Катта чарви.

4. Ичак туткичининг лимфа безлари.

5. Трейтц боғлампдан илеоцекал бурчакка қадар ингичка ичак.

Ревизия ретроград тарзда илеоцекал бурчакдан бошланади. Аксарият ҳолларда пальпатор зонд воситасида текширилади.

Зарурият туғилганида қорин аортасининг пастки қисми ва ёнбош артериялари ҳамда қорин олд деворининг ички юзаси ҳам кўздан кечирилади.

6,1,5. КИЧИК ЧАНОҚ БЎШЛИҒИ ВА ЧОВ СОҲАСИ РЕВИЗИЯСИ

Ревизия Тренделенбург ҳолатида 30° бурчак ҳосил қилинган ҳолда ўтказилади.

Ревизиянинг тартиби:

1. Икки томонлама ички чов ҳалқалари.

2. Қорин парданинг ўрта (урахус) ва медиал (облитерацияга учраган киндик артерияси) бурмалари.

3. Иккалак мойкнинг томирли тутамлари.

4. Ички чов ҳалқасидан то қовуқ соҳасига қадар уруғ йўллари.

5. Қизалоқларда бачадоннинг юмалоқ боғлами.

6. Бачадон найчалари, бачадон ва тухумдонлар.

7. Сигмасимон ичак, тўғри ичак.

8. Икки томонлама пешоб найлари.

9. Умумий ёнбош артерияларининг бифуркацияси.

Лапароскопик операция техникасига тўлиқ амал қилинганида асоратлар сони очик лапаротомияникидан ошмайди.

Шошилич ва режали операцияларда диагностик лапароскопия усуллари махсус адабиётларда ёритилган.

МАХСУС ҚИСМ

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Болаларда ўткир аппендицит катталарники каби корин бўшлиғи аъзоларининг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб, шошилиш жаррохлик муолажаси ўтказишни талаб қилади. Болалар ёшида ўткир аппендицит жадал ривожланади, чувалчангсимон ўсимтадаги деструктив жараён тез ривожланиб, аппендикуляр перитонитга сабаб бўлади.

Ўткир аппендицит ҳар қандай ёшдаги болаларда учрайди, чақалокларда, ҳатто

кўкрак ёшидагиларда ҳам кузатилиши мумкин. Аммо шунга қарамасдан, 2 ёшгача бўлган болаларда ўткир аппендицит истисно тариқасида учрайди. Кейинчалик касалликнинг учраш жадаллиги ошиб бориб, 9-12 ёшлар оралиғида кўп учрайди.

Касаллик ҳар 100 нафар боланинг 3-6 нафарига тўғри келади. Болалар ёшида корин бўшлиғида бажариладиган барча шошилиш хирургик операцияларнинг 75%и ўткир аппендицит ҳиссасига тўғри келади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Ўткир аппендицитнинг бир қанча клиник-морфологик классификацияси мавжуд. Лекин клиник амалиётда икки асосий гуруҳга ажратиш мақсадга мувофиқ:

- яллиғланишнинг деструктив – йирингли шакллари (флегмоноз, гангреноз, гангреноз-перфоратив)

- яллиғланишли жараёнларнинг нодеструктив шакли (ўткир аппендицитнинг катарал шакли, сурункали

аппендицит ёки сурункали аппендицитнинг зўриқиш даври).

Клиницист ва морфологлар учун касалликнинг нодеструктив шакли анча қийинчиликлар туғдиради, уларнинг макроскопик шакли субъективизмни истисно эта олмайди. Чунки бу шаклнинг ортида аксарият ҳолларда ўткир аппендицитнинг клиник манзарасини берувчи ўрВИ, ичак инфекциялари, мезаденитлар яширинган бўлади.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Яллиғланиш асосида ичак ёки чувалчангсимон ўсимтанинг хусусий

микрофлораси катта роль ўйнайди. Бемор болаларнинг бир қисмида инфекциянинг

гематоген ёки лимфоген йўл билан киришини истисно этиб бўлмайди, чунки баъзи касалликлар (фолликуляр ангина, скарлатина, отит ва бошқа касалликлар) билан чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши боғлиқ ҳолда учраши мумкин. Шунингдек, чувалчангсимон ўсимта яллиғланишида нерв-томир факторлари ҳам роль ўйнайди: бемор ёши қанча кичик бўлса, чувалчангсимон ўсимта деворида деструктив-некротик ўзгаришлар шунча тез ривожланади. Бу ҳолат аппендикс ва илеоцекал соҳанинг нерв системаси тўлиқ ривожланмаганлиги билан боғлиқ. Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомо-физиологик ҳолати ҳам касаллик ривожланишида маълум роль ўйнайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Болалардаги ўткир аппендицитнинг клиник намоён бўлиши кўп ҳолларда организмнинг реактивлигига, чувалчангсимон ўсимтанинг анатомик ҳолатига ва боланинг ёшига боғлиқ. Касаллик клиникаси умумий характеристикаси маҳаллий аломатларга қараганда умумий белгиларнинг устунлик қилишидир. Марказий нерв тизимининг вояга етмаганлиги бунга сабаб бўлади. Бола қанчалик кичик бўлса, умумий аломатлар маҳаллий белгиларга қараганда шунчалик устунлик қилади.

Шуларни эътиборга олиб, ўткир аппендицит кечишини 3 ёшгача бўлган болаларда ва ундан катта болаларда алоҳида ўрганиш лозимдир.

Каттароқ ёшли болаларда ўткир аппендицитнинг кечиши анамнездан ўрганиладиган қуйидаги асосий аломатлардан иборат: қориндаги оғриқ характери, тана ҳароратининг кўтарилиши, қусиш, айрим ҳолларда ичак фаолиятининг бузилиши.

Масалан, кичик ёшдаги болалар чувалчангсимон ўсимтасида фолликулалар сонининг нисбатан камлиги ҳам ўсимтада яллиғланиш жараёнларининг кам бўлишига омил бўлади. Бола ҳаётининг дастлабки ойларида суюқ сутли овқатлардан истеъмол қилиниши ҳам ўсимтада тикилма пайдо бўлишини истисно этиб, жараён ривожланишига монёлик қилади.

Бошдан кечирилган соматик ва инфекция касалликлари, чувалчангсимон ўсимтанинг туғма норасоликлари (буралиб қолиши, қайрилиши), чувалчангсимон ўсимта ичига паразитларнинг ва ёт жисмларнинг кириб қолиши ҳам касаллик ривожланишига шароит туғдиради.

Касаллик қорин соҳасида унчали кескин бўлмаган мунтазам оғриқ билан бошланади, бола кам ҳаракат ва иштаҳасиз бўлиб қолади. Аппендицит учун хос бўлган оғриқ мунтазам бўлиб, бутунлай йўқолиб кетмайди, балки жадаллиги бироз камайиши мумкин. Оғриқнинг мунтазамлиги уйқунинг бузилишига сабаб бўлади, айниқса касалликнинг биринчи кунда уйқунинг бузилиши кузатилади.

Айрим ҳолларда оғриқ синдроми жуда кучли бўлиб, болалар ҳаддан ташқари безовталанади, айрим ҳолларда мажбурий ҳолатни қабул қиладилар. Бундай ҳолат чувалчангсимон ўсимтанинг йиринг билан бутунлай тўлиб қолиши билан боғлиқ. Каттароқ ёшдаги болалар ҳамма вақт оғриқ локализациясини кўрсатиб бера оладилар (аксарият ҳолларда ўнг ёнбош соҳасида).

Қорин оғриғидан бироз муддат ўтиб, беморнинг тана ҳарорати 37,8-38 даражагача ошади. Касалларнинг 15%ига яқин қисмида чувалчангсимон ўсимтада деструктив ўзгаришлар ривожланиб, ҳатто маҳаллий перитонит ривожланган

бўлишига қарамасдан, тана ҳарорати ўзгармасдан қолиши мумкин.

Ўткир аппендицитнинг доимий аломатларидан бири—қусиш бўлиб, беморларнинг 75 % га яқин қисмида реффлектор характер касб этади. Касалликнинг кейинги кунларида йирингли перитонит ривожланиб, бемор бир неча марталаб қусади, қусуқ массасида ўт суюқлиги аниқланади. Касалликнинг дастлабки босқичларида тил тоза бўлиб, кейинчалик оқ қараш билан қопланади. Пульс билан тана ҳароратининг ўзгаришларидаги номувофиқликлар ташхис кечиккан пайтларида кузатилади (5-7 % ҳолларда).

Ич келмаслиги нисбатан кўп учрайди (35% ҳолда). Беморларнинг 7% га яқинида ич суюлиб келади.

Бундай клиник манзара беморларнинг аксариятида кузатилиб, ташхисни ойдинлаштиришга ёрдам беради.

Болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг атипик жойлашиши 15% га яқин ҳолларда учраб, касалликнинг клиник манзарасини ўзгартириб юборади. Чувалчангсимон ўсимтанинг чаноқ соҳасида жойлашишида оғрик қов соҳасида ёки ўнгрқда кузатилиб, айрим ҳолларда сохта кисталангликлар билан намоён бўлади. Ич кетиши ҳам мумкин. Шу билан бирга, айрим ҳолларда бола тез—тез оғрикли сияди.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида, агар териости ёғ тўқимаси ҳам кучли ривожланган бўлса, қорин оғриғи унчалик кучли бўлмаслиги мумкин.

Болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг медиал жойлашишида қоринда кучли хуружсимон оғриқлар, кўп марталаб қусиш, ичнинг суюлиб келиши, айрим ҳолларда эса ичакларнинг қаппайиши кузатилади.

Болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши диагностикаси ўзига хос

бўлиб, болани текширганда учта асосий симптомга диққатни жалб қилиш лозим: пайпаслаганда оғрик, мушак таранглиги ва Шеткин —Блюмберг аломати. Қолган симптомларнинг ҳаммаси ёрдамчи аҳамиятга эга.

Қорин пайпасланганда ҳамма вақт чап ёнбош соҳадан, соат милага тесқари йўналишда ўтказилади. Ўткир аппендицитда ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда оғрикнинг зўрайиши аниқланади(Филатов аломати). Бу диагносикадаги энг муҳим аломат << локал оғрик >> аломат, деб ҳам аталади.

Маҳаллий мушак таранглиги —иккинчи асосий аломат бўлиб, объектив кўрсаткичга эга бўлиши учун чап ва ўнг ёнбош соҳаларини бирварақайига пайпаслаш лозим.

Болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг атипик жойлашиши ташхиснинг хато кўйилишига сабаб бўлади.

Доимо тўғри ичакка бармоқ тикиб, бимануал текшириш ўтказиш ўзини оқлайди. Бу аппендикуляр инфильтрат, фолликуляр ёки лютеин кисталар ва тухумдон кистасининг буралишини аниқлашга ёрдам беради.

Қондаги лейкоцитоз беморларнинг 65%га га яқин қисмида кузатилади. Лейкоцитознинг 15-17 минггача ошиши ва лейкоцитар формуланинг чапга силжиши кузатилади. Беморларнинг 7%га га яқин қисмида гиперлейкоцитоз(20-30 минггача ошиши) кузатилади. Қолган ҳолларда лейкоцитлар миқдори меъёрда бўлиши, айрим ҳолларда эса хатто меъёрдан ҳам кам бўлиши мумкин.

Сўнги йилларда болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланишини УТТ, КТ, электротермометрия, электромиография, шубҳали ҳолларда диагностик лапароскопия воситасида ташхислаш

бўйича кўплаб изланишлар қилинмоқда. Аммо шунга қарамасдан, ханузгача диагностик хатолар 15-20% гача етмоқда.

Уч ёшгача бўлган болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши фақат бола организмнинг реактивлигига боғлиқ бўлиб қолмасдан, балки боланинг ёшига ва анатомо-физиологик хусусиятларига ҳам боғлиқ.

Биринчидан, 3 ёшгача бўлган болаларда асаб тизимининг функционал жиҳатдан етилмаганлиги барча йирингли яллиғланишли касалликларда бир хил бўлган клиник манзарани беради (тана ҳароратининг юқорилиги, кўп марталаб қусиш, ичак фаолиятининг бузилиши). Иккинчидан, ҳар қандай йирингли яллиғланишли жараёнлар болаларда жадал кечади. Учинчидан, эрта ёшли болаларда текшириш ўтказишда ўзига хос кийинчиликларга дуч келинади.

Беморларнинг 75% дан ортигида умумий ҳолат ўзгаради, бола мулоқотга киришмайди, лоҳасланади, кам ҳаракат бўлиб қолади. Оғриқнинг доимийлиги уйқунинг бузилишига олиб келади, бу аломат беморларнинг 30% дан ортиқ қисмида кузатилади.

Болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши деярли ҳамма вақти тана ҳароратининг ошиши билан кечади (95%дан ортиқ ҳолда). Айрим ҳолларда тана ҳарорати 38-39 даражагача ошади. Қусиш беморларнинг 85%ида учрайди. Эрта ёшли болаларда катталардан фарқли равишда қусиш кўп мартал бўлади (3-5 мартагача).

Беморларнинг 15%ига яқин қисмида ич кетиши кузатилади. Бу болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши асоратланганида ёки касалликнинг атипик шаклида қайд килинади.

Маҳаллий аломатларни аниқлаш учун иккала ёнбош соҳасини бирваракайига пайпаслаш, нафас олганида чуқур пайпаслаш усуллари кенг қўлланилади.

Болани медикаментоз уйқу маҳалида текшириш хирурглар орасида кенг тарқалган. Бундай текшириш маҳали “итариб ташлаш” симптоми аниқланади. Аммо беморда физиологик уйқуни кутиш кўп муддат талаб қилади, бу эса қимматли вақтни бой бериб қўйишга олиб келади. Бу мақсадлар учун медикаментоз уйқу чақирилади. Бу мақсадлар учун хлоралгидратнинг 3%ли эритмасидан фойдаланилади: бир ёшгача бўлган болаларда унинг дозаси 10-15 мл, 1-2 ёшлар оралигида 15-20 мл ва ниҳоят 2-3 ёшлар оралигидаги болаларда 20-25 мл. Бундай ҳолларда мушакларнинг пассив таранглашиши ва итариш симптоми аниқланади. Усул умуман монёликларга эга эмас.

Шеткин –Блумберг аломати медикаментоз уйқуда ва ундан кейин аниқланади. Аломат мусбат бўлганида бола реакция беради, уйғониб кетиши ёки оғриқ реакциясидан кейин уйқуда давом этиши мумкин.

Кичик ёшли болаларда тўғри ичакка бармоқ тикиб текшириш камроқ диагностик аҳамиятга эга бўлиб, фақат аппендикуляр инфилтрат, ичак инвагинациясини фарқлаш имконини бериши мумкин.

Эрта ёшли болаларда ўткир аппендицит диагностикасининг мураккаблиги ва диагностик хатонинг кўплиги боис кўшимча текшириш усуллари, шу жумладан, лапароскопияни ҳам диагностик мақсадларда кенг қўллаш лозим.

ДАВОЛАШ

Ўткир аппендицитнинг анъанавий давоси кўп йиллардан буён стандарт бўлиб келмоқда, аммо анъанавий даволашда ҳам кўплаб асоратлар бор. Бу асоратларга операция жароҳатининг йиринглаши, эвентрация, қон кетиши ва операция вақтида яллиғланиш ва чандикланишларни киритиш мумкин.

Сўнгги йилларда кўплаб адабиётларда аппендэктомияларнинг лапароскопик усулда ўтказилиши ҳақида маълумотлар кўпаймоқда. У анъанавий усулга қараганда бир қанча афзал жиҳатларга эга. Операциянинг кам жароҳатлилиги операциядан кейинги асоратлар миқдорининг камлиги, яхши косметик самара бериши, организм функциясининг эрта тикланиши шулар сирасига киради

Диагностик лапароскопия

Беморни текширувга тайёрлаш шошилиш операцияга тайёрлаш кўринишида бўлади: тозаловчи хукна,

ошқозонни зондлаш ва сийдик қопига катетер қўйиш. Лапароскопик муолажалар доимо диагностик босқичдан бошланади.

Диагностик лапароскопия методикаси

Ўткир аппендицит диагностикасида қорин бўшлиғининг умумий кўригидан бошланади. Бунда қорин бўшлиғида суюклик бор ёки йўқлиги, суюклик бўлса, унинг характерига, ичак қовузлоглари ва қорин пардасига аҳамият берилади.

Шундан сўнг, ўнг ёнбош соҳаси кўрувдан ўтказилади ва чувалчангсимон ўсимта топилади. Чувалчангсимон ўсимта топилгандан сўнг унинг локализацияси, яллиғланиш аломати бор ёки йўқлиги аниқланади, бунинг учун беморни 15—20°га чап ёнга буралган ҳолда ва 15—20°га оёқ қисмлари кўтарилган ҳолатга (Тределенбург ҳолати) операция столига қўйилади. Кўп ҳолларда чувалчангсимон ўсимтани аниқлашда муаммолар бўлмайди. Агарда чувалчангсимон ўсимтани аниқлашда муаммо бўлса, ревизия кўричакдан бошланади. Эрта ёшли болаларда кўричак гумбази ўнг латерал

каналда, баъзи ҳолатда жигар ўнг бўлаги остида жойлашади. Баъзи ҳолларда кўричак ҳаракатчан бўлиб, медиал, яъни ингичка ичак қовузлоклари орасидан аниқлаш мумкин. Кўричакнинг узун бўлиб, кичик чаноққа тушиб туриши ҳам учраб туради. Шундай қилиб, агарда кўричакни ўнг ёнбош соҳасидан топишда муаммо бўлса, кўричакни кўндаланг чамбар ичакдан бошлаш керак. Бунинг учун манипулятор билан лапароскоп кўриги остида кўндаланг чамбар ичак тасмасидан илеоцекал бурчакка қараб борилади ва кўричак гумбази аниқланади. Кўрув майдонида чувалчангсимон ўсимтани чиқаришда манипулятордан фойдаланиш қулай. Илеоцекал бурчакда туғма Лейна-богламлари (ёнбош ичак қовузлогининг дистал қисмини ёнбош-бел мушакларига фиксацияланиши) бўлса, чувалчангсимон ўсимта ёнбош ичак орқа қисмида жойлашган бўлади. Чувалчангсимон

Ўсимтани аниқлашда туғма Джексон мембранаси (кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичакни ўнг латерал каналда паритетал қорин пардасига ёпишган ҳолати) ҳам ҳалақит беради, бундай ҳолатда чувалчангсимон ўсимта тор ретроцекал ҳалтада жойлашган бўлади, бундай қийин ҳолларда чувалчангсимон ўсимта асосини топиб, юмшоқ эндоскопик қисқич ёрдамида енгил тракция билан чувалчангсимон ўсимта кўрув майдонига чиқарилиши мумкин.

Чувалчангсимон ўсимта кўриги атипик жойлашувида анча қийинчиликлар бўлади. Агарда чувалчангсимон ўсимта кичик чанок бўшлиғида бўшлиғида жойлашган бўлса, операция столнинг оёқ қисми янада кўтарилиб, бош қисм туширилади, шунда букилиш бурчаги 20-25° га кўпаяди.

Жигар ости жойлашувида тесқари ҳолат, яъни бош қисми кўтарилиб, бемор

горизонтал ҳолатга келтирилади ёки чап ёнга буралган ҳолатда қолдирилади, баъзида Фовлер (бош томоннинг кўтарилган) ҳолати берилиб, чувалчангсимон ўсимта аниқланади.

Чувалчангсимон ўсимта ретроцекал ва ретроперионеал жойлашувида аниқланиши қийинроқ бўлади. Бунда бемор горизонтал ҳолатга келтирилиб, тана ўк чизиғи бўйлаб чап ёнга максимал бурилади. Шунда кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичак ўзининг оғирлиги билан ёнбош соҳа ва қорин орқа деворидан осилиб тушиб, ретроцекал бўшлиқ очилади, натижада чувалчангсимон ўсимтани кўришга муваффақ бўлинади.

Чувалчангсимон ўсимта аниқлагандан сўнг, кўриқдан ўтказилади. Бунда яллиғланиш бор ёки йўқлигини аниқлаш бевосита ва билвосита аломатлар билан аниқланади.



7-1-расм. Чувалчангсимон ўсимтада иккиламчи ўзгаришлар, қон-томирларнинг кенгайиши.

Яллиғланишнинг билвосита аломатлари:

1. Чувалчангсимон ўсимта атрофида хира суюкликнинг бўлиши.
 2. Қорин пардасининг хиралиги ва гиперемияси.
 3. Фибрин копламаларининг борлиги.
- Бевосита белгилар эса чувалчангсимон ўсимтани тўғридан-тўғри кўрик қилиш билан аниқланади.

Чувалчангсимон ўсимта яллиғланишининг бевосита белгилари:

1. Сероз қавати хиралиги, гиперемияси ва қон-томирнинг кенгайиши (7-1-рasm).
2. Чувалчангсимон ўсимта табиий рангининг алоҳида соҳалари ёки бутун ўсимта бўйлаб ўзгариши.
3. Чувалчангсимон ўсимта девори ва туткичининг инфльтрацияси.

4. Фибрин копламалар борлиги (7-2-рasm).

Диагностик лапороскопияда чувалчангсимон ўсимтани «пайпаслаш» билан таранглиги ва ригидлиги аниқланади. Бундан ташқари, кўп ҳолларда чувалчангсимон ўсимта атроф тўқималар билан энгил ажралувчи бўшашган чандиклар билан ёпишган ҳолда кўрилади. Баъзи ҳолларда гангреноз яллиғланишда ёрилган тешик аниқланади (7-3-рasm).

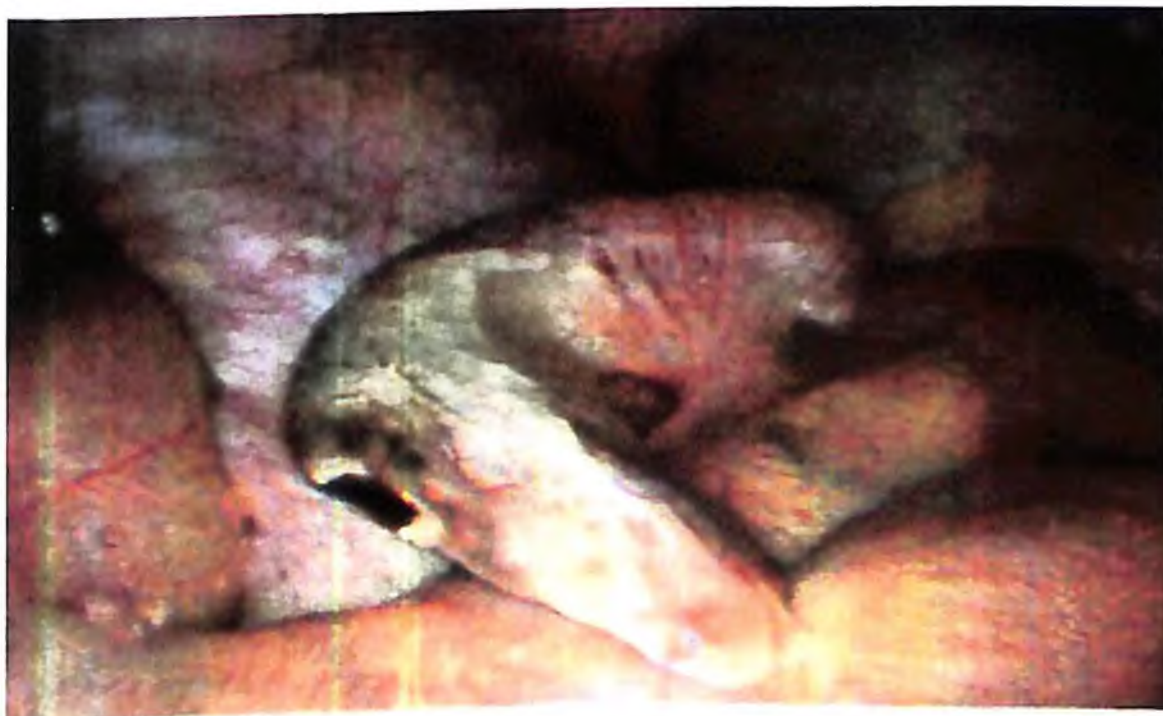
Чувалчангсимон ўсимта деструктив яллиғланишининг бошланғич босқичлари ва юзаки яллиғланиш дифференциал диагностикаси анча қийинроқ. Бундай ҳолларда юқорида айтиб ўтилган белгилардан фақат сероз қаватининг энгил гиперемияси ва қон-томирлар кенгайиши кўрилади.



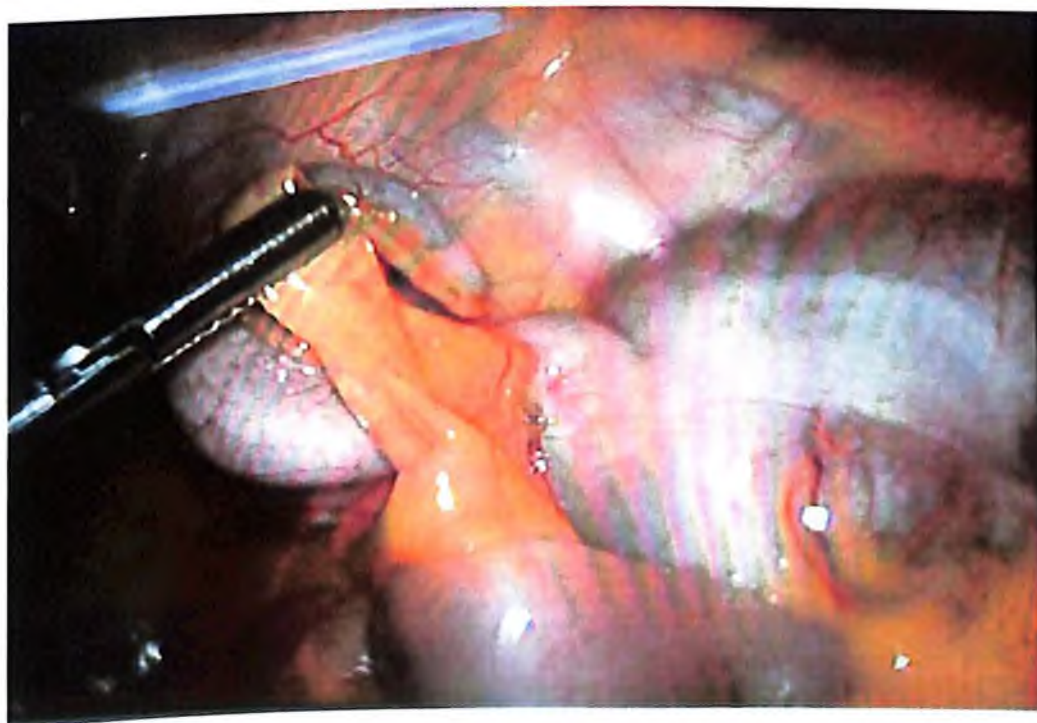
7-2-рasm. Флегмонозли аппендицит

Чувалчангсимон ўсимта юзаки яллиғланишини деструктив яллиғланиш бошланғич босқичи билан дифференциал-диагностик белгиларидан ягона белгиси бу ригидлигини аниқлаш (7-

4-расм). Чувалчангсимон ўсимтанинг деструктив яллиғланишининг бошланғич босқичида ригидлилик аниқланади. Бу белги куйидагича аниқланади: чувалчангсимон ўсимта ўрта 1/3 қисмидан



7-3-расм. Гангреноз-перфоративли аппендицит.



7-4-расм. Чувалчангсимон ўсимтанинг ригидлиги.

Яллиғланишнинг билвосита аломатлари:

1. Чувалчангсимон ўсимта атрофида хира суюкликнинг бўлиши.
 2. Қорин пардасининг хиралиги ва гиперемияси.
 3. Фибрин копламаларининг борлиги.
- Бевосита белгилар эса чувалчангсимон ўсимтани тўғридан-тўғри кўрик қилиш билан аниқланади.

Чувалчангсимон ўсимта яллиғланишининг бевосита белгилари:

1. Сероз қавати хиралиги, гиперемияси ва кон-томирнинг кенгайиши (7-1-расм).
2. Чувалчангсимон ўсимта табиий рангининг алоҳида соҳалари ёки бутун ўсимта бўйлаб ўзгариши.
3. Чувалчангсимон ўсимта девори ва тутқичининг инфильтрацияси.

4. Фибрин копламалар борлиги (7-2-расм).

Диагностик лапароскопияда чувалчангсимон ўсимтани «пайпаслаш» билан таранглиги ва ригидлиги аниқланади. Бундан ташқари, кўп ҳолларда чувалчангсимон ўсимта атроф тўқималар билан енгил ажралувчи бўшашган чандиқлар билан ёпишган ҳолда кўрилади. Баъзи ҳолларда гангреноз яллиғланишда ёрилган тешик аниқланади (7-3-расм).

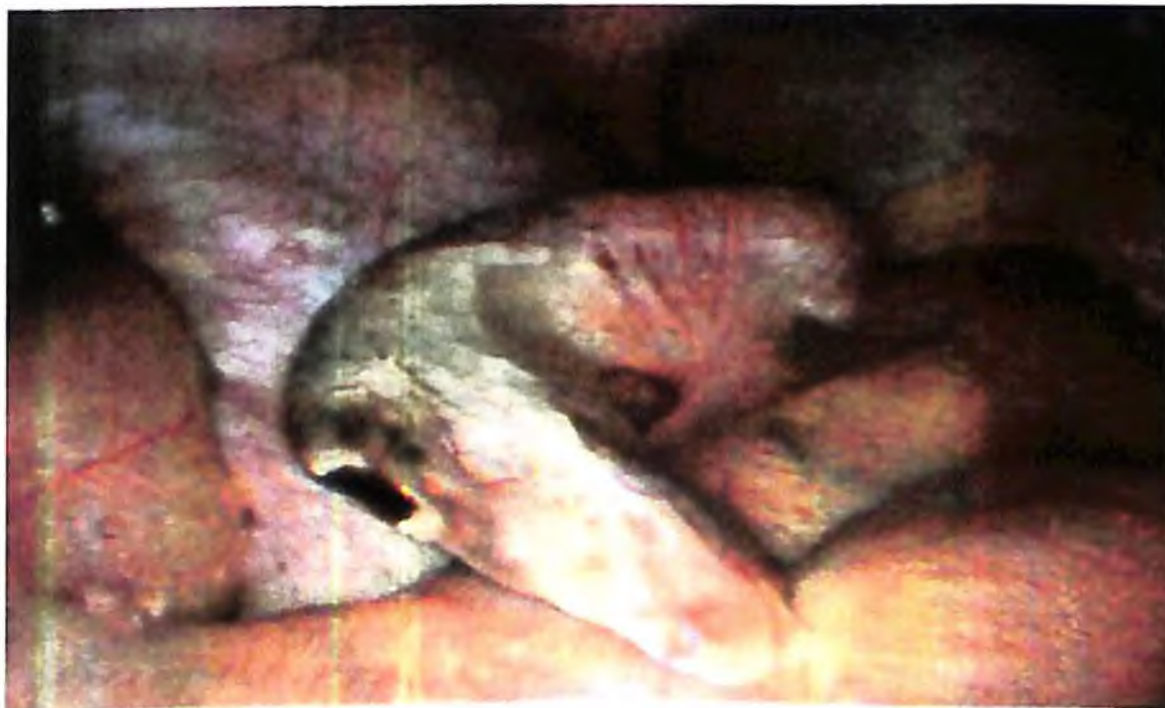
Чувалчангсимон ўсимта деструктив яллиғланишининг бошланғич босқичлари ва юзаки яллиғланиш дифференциал диагностикаси анча қийинроқ. Бундай ҳолларда юқорида айтиб ўтилган белгилардан фақат сероз қаватининг енгил гиперемияси ва кон-томирлар кенгайиши кўрилади.



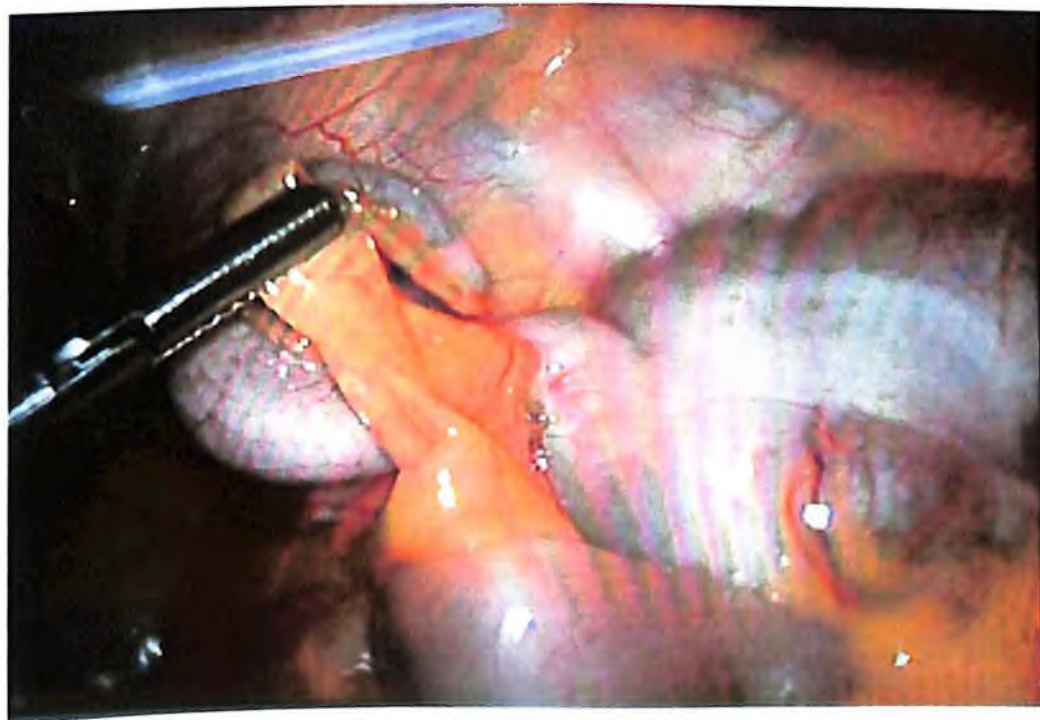
7-2-расм. Флегмонозли аппендицит

Чувалчангсимон ўсимта юзаки яллиғланишини деструктив яллиғланиш бошланғич босқичи билан дифференциал-диагностик белгиларидан ягона белгиси бу ригидлигини аниқлаш (7-

4-расм). Чувалчангсимон ўсимтанинг деструктив яллиғланишининг бошланғич босқичида ригидлилик аниқланади. Бу белги куйидагича аниқланади: чувалчангсимон ўсимта ўрта 1/3 қисмидан



7-3-расм. Гангреноз-перфоративли аппендицит.



7-4-расм. Чувалчангсимон ўсимтанинг ригидлиги.

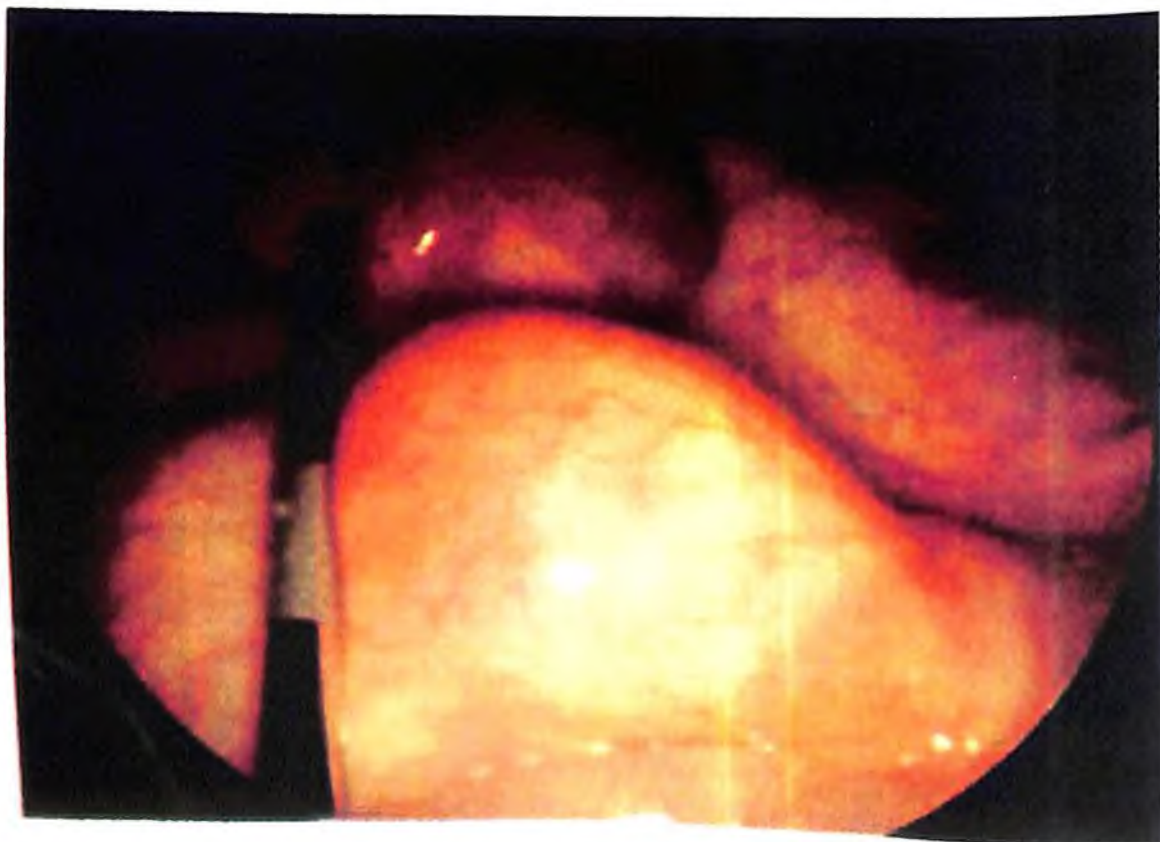
манипулятор билан кўтарилади. Агарда чувалчангсимон ўсимта манипулятордан тушмасдан эркин шалвираб осилиб турса, бу белги “манфий” бўлади, агарда манипулятор устида ҳамма қисми ёки маълум бир қисми букилмасдан тўғри ҳолатда турса, бу белги “мусбат” бўлади. Шунини таъкидлаш лозимки, ригидлик чувалчангсимон ўсимтада деструктив яллиғланиш бор ёки йўқлигини аниқлаш учун патогномик эндоскопик симптом, деб биламиз.

Баъзи ҳолларда чувалчангсимон ўсимтанинг иккиламчи ўзгариши билан чин деструктив яллиғланишни фарқлашнинг деярли иложи бўлмайди. Бирламчи яллиғланган аъзолар натижасида ҳам чувалчангсимон ўсимта фибрин билан қопланган бўлади. Бу кўринишлар кўпинча бирламчи пельвиоперитонит ва туберкулез перитонитларда кузатилади ва бундай ҳолларда чувалчангсимон ўсимта ригидлиги ҳам тўлиқ ишонч бермайди,

чунки яллиғланиш чувалчангсимон ўсимтани нафақат юзаки қаватларида, балки чуқур қаватларида ҳам кузатилади. Маълум ҳолатларда яллиғланиш фақат юзаки қаватлар билан чегараланади ва бу ҳолларда ригидлик “манфий” бўлади. Бундай вазиятда аппендэктомия қилиш мақсадга мувофиқдир.

Чувалчангсимон ўсимта ретроперитонеал жойлашувида ригидлик белгисини аниқлашнинг иложи йўқ. Деструктив яллиғланиш процесси борлиги атрофдаги париетал қорин пардасининг яллиғланиш ҳолатига қараб аниқланади, яъни шу соҳада қорин пардасининг одатдаги ранги бузилган, гиперемия, шиш ва қон-томир кенгайиши кўрилади.

Агарда чувалчангсимон ўсимтада деструктив яллиғланиш аниқланмаса, синчковлик билан қорин бўшлиғи аъзоларини ревизия қилиш лозим. Бемор чувалчангсимон ўсимта кўриги вақтида чап



7-5-расм. Неспецифик мезентериял мезаденит.



© 2007 KARL STORZ ENDOSKOPE AG

When selecting medical equipment...
... It's a matter of quality, rather than quantity

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE

www.karlstorz.com





98017044 MS 88 2.003.2016P E

A new Perspective

Innovations from KARL STORZ

STORZ
KARL STORZ ENDOSKOPE



100705443 01 02/05/04

KARL STORZ – Your Competent
Partner in Training and Continuing
Education

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

NOW
also
available:

- dismantling
- bipolar



A Small but Fine Difference!

Minilaparoscopic Instruments from KARL STORZ

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

ёнга буралган Тренделенбург ҳолатида бўлади. Шу ҳолатда илеоцекал бурчакни ва шу соҳа ичаклар тутқичини кўриш қулайдир. Болаларда кўпинча қорин оғриғининг сабаби ўткир мезентериал лимфаденитдир. Бу ҳолларда илеоцекал бучакда ва ингичка ичак тутқичларида катталашган, шишган ва қизарган лимфатик тугунлар кўринади (7-5-расм). Баъзида бу лимфатик тугунлар “узум шингили”ни эслатади. Шундан сўнг икки атравматик тўмтоқ эндоскопик қисқичлар ёрдамида ёнбош ичак қовузлоқлари “кетмакет узатилиш” билан илеоцекал бурчакдан 60-80смга қадар кўрилади. Шу тарика ҳар хил патологиялар: Меккел дивертикули, ангиоматоз, яллиғланиш касалликлари, ўсма ва бошқа патологияларни аниқлаш мумкин. Тренделенбург ҳолатида операция столнинг эгилиш бурчагини ошириш натижасида кичик чанок аъзолари кўрилади. Қизларда бачадон ва бачадон ҳосилалари кўрилади. Кўрув вақтида олдин ўнг тухумдон ва найлар кўрилади, сўнг Тренделенбург ҳолатини сақлаб туриб, ён томонга бурилишни тўхтатиб, чап тухумдон ва найлар кўрилади. Шу ҳолатда ўнг ва чап чов каналининг ички ҳалқалари ҳам ревизия қилинади. Бунда асосан қорин пардасининг қин ўсимтаси облитерацияси текширилади. Бундан ташқари, ўғил болаларда носпецифик мезентерал мезаденитда айрим ҳолларда шу соҳада мойк аниқланиши ҳам мумкин. Бу ҳолат крипторхизмнинг абдоминал шаклидан далолат беради ва шу босқичда уруғ чиқарув йўллари ва мойк қон-томирлари кўринади. Беморнинг кичик чанок аъзолари кўриб бўлингандан сўнг чап ёнга буриб, Фовлер ҳолатига кўйилади ва бу ҳолатда жигарнинг ўнг бўлаги, ўт пуфаги, ошқозоннинг пилорик қисми, 12 бармоқли ичакнинг пиёзча қисми ва ўнг буйракнинг пастки кутб контурлари кўрилади. Ён томонга бурилишни тўхтатиб, Фовлер ҳолати сақланган ҳолда жигарнинг чап бўлаги, жигарнинг юмалоқ ўроқсимон боғламлари, ошқозон олд девори, кичик чарви соҳаси ва ошқозон-кўндаланг чамбар

ичак боғлами кўрилади. Талоқ диафрагма чап гумбази остида юқорида, шунингдек, кичик болаларда жигар чап бўлаги остида жойлашганлиги сабабли ревизия қилиш қийинроқ бўлади. Бунинг учун беморни ўнг ёнга буриб, столнинг бош томони кўтарилади. Манипулятор билан чарви ва ичак қовузлоқлари сурилиб, талоқ кўрув майдонида чиқарилади. Талоқ ҳаракатчанлиги унинг атрофидаги боғламлар ҳолатига боғлиқ, лекин шу ҳолатда олдинги юзаси, юқори қирраси, диафрагмал юзаси ва дарвоза соҳасини аниқ кўриш мумкин. Чап буйрак соҳаси одатда кўринмайди. Қорин бўшлиғи юқори ва ўрта қаватлари кўриб бўлингандан сўнг ичаклар қовузлоқлари ревизияси билан яқунланади. Манипулятордан фойдаланган ҳолда ичакнинг ҳамма қисмини ва тутқичларни, қорин аорта соҳасини ва аорта бифуркация соҳасини кўриш мумкин.

Болаларда ўткир аппендицит кечишининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ташхислашда лапароскопдан фойдаланилади. Бу янгича ёндашишдир. Пункцион лапароскопия билан нафақат адашмасдан чувалчангсимон ўсимтада яллиғланиш бор ёки йўқлигини айтиб бера олиш, балки бутун қорин бўшлиғи аъзоларини ревизия қилиш мумкин. Бунда 1/3 ҳолатдан кўпроқ “ўткир қорин” билан беморларнинг оғрик сабабини аниқлаш мумкин. Кўпроқ носпецифик мезаденит, қизларда гинекологик касалликлар, криптоген пельвиоперитонит, ўт чиқарув йўллари ва илеоцекал бурчак патологиялари аниқланади.

Лапароскопия муолажаси диагностик босқичининг якуний хулосаси қуйидагича бўлиши мумкин:

1. Ҳеч қандай патология аниқланмади.
2. Қорин бўшлиғида консерватив даво талаб этувчи патология аниқланди.

3. Қорин бўшлиғида лапароскопик муолажа билан бартараф этувчи патология аниқланди.
4. Ҳар хил сабабга кўра лапароскопик усулда амалга ошириб бўлмайдиган, яъни лапаротомия билан амалга

Лапароскопик аппендэктомия

Лапароскопик аппендэктомия жаҳонда биринчи бўлиб, олмон хирурги Ф. Готз томонидан 1988 йилда бажарилган. Собиқ СССР давлатлари орасида биринчи лапароскопик аппендэктомия 1991 йилда А.Ф Дронов ва В.И Котлобовскийлар томонидан амалга оширилган. Ўзбекистонда болалар хирургияси амалиётида мазкур операция илк бор профессор Ш.Т Салимов томонидан амалга оширилган.

Қарши кўрсатмалар:

Аппендикуляр инфильтрат
Периаппендикуляр абсцесс

Ичак парези, кўпламчи битишмалар ва кўпламчи абсцесслар билан асоратланган йирингли перитонит.

Ковак аъзоларнинг йирингли яллиғланиш жараёнлари оқибатида девор бутунлигининг бузилиши (аппендикуляр перфараццияни истисно этган ҳолда).

Асоратланмаган аппендицитда лапароскопик аппендэктомия методикаси

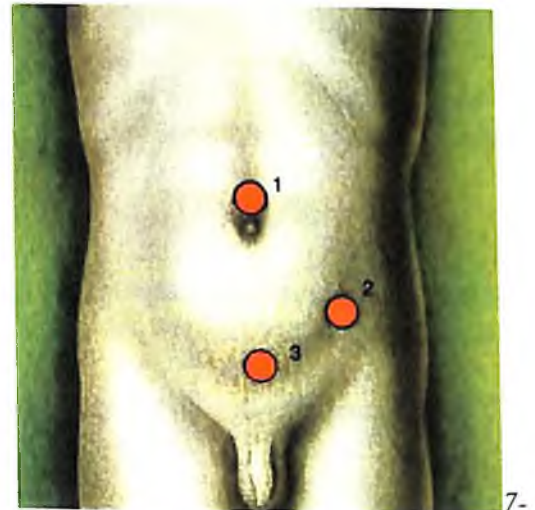
Агар лапароскопик текширишлар жараёни ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланадиган бўлса, 5 ммлик оптика 10 ммлик телескопга алмаштирилади, бунинг учун умбиликал троакар 11 ммлик

ошириб бўладиган касалликлар аниқланди.

5. Чувалчангсимон ўсимтанинг деструктив шакли аниқланади ва лапароскопик аппендэктомия бажарилади.

Лапароскопик аппендэктомияга кўрсатмалар:

Ўткир ва сурункали аппендицитнинг барча шакллари (ретроград, жигар ости, ретроперитонеал ва чанок соҳасида жойлашган атипик шакллари ҳам қўшган ҳолда).



6-расм. Каттароқ ёшли болаларда лапароскопик аппендэктомия учун кириш йўллари. Троакарларни киритиш учун мўлжалланган нуқталар:

1. 3-5,5 ммлик троакарлар учун .2.-5,5 троакар учун.

3. 5-5-11 ммлик троакарлар учун.

троакарга алмаштирилади. Бу порт орқали кейинчалик макропрепарат чиқариб олинади. 5,5 ммлик қўшимча троакар қов усти ёки ўнг ёнбош соҳасидан киритилади (7-6- расм).

Чувалчангсимон ўсимта типик жойлашганида у қисқич билан тутилади ва муолажа учун ўнғай соҳага тортиб олинади. Стандарт биполяр қисқичлар воситасида ўсимтанинг тутқичи узунлигига қараб кадамма-кадам ўсимта асосига қадар коагуляция қилинади ва қайчи билан кесилади (7-7-расм).



7-7- расм. Антеград атпендэктомия: а-ичактутқични коагуляциялаши; б-ичактутқични кесили жарайёни.

Аппендэкснинг атипик жойлашишида ретроград аппендэктомия бажарилади. Бунинг учун ўсимтанинг асоси соҳасида туйнук ҳосил қилинади. Аппендэкснинг асоси боғланиб, қисқич билан тутган ҳолда қирқиб

олинади. Асоси томонидан учига қараб аста –секинлик билан ажратилади ва ичактутқичи ҳамда битишмалари коагуляция қилинади (7-8-расм).



7-8-расм. Ретроград лапароскопик аппендэктомия. а- чувалчангсимон ўсимтанинг ичактутқичи асосида туйнук ҳосил қилинади; б –чувалчангсимон ўсимта асосига лигатура қўйилади; в- чувалчангсимон ўсимтани битиляр коагуляцияси;

г- чувалчангсимон ўсимтани қирқishi; д-чувалчангсимон ўсимта ичактутқичини коагуляцияси;

е-чувалчангсимон ўсимта ичактутқичини қирқishi.

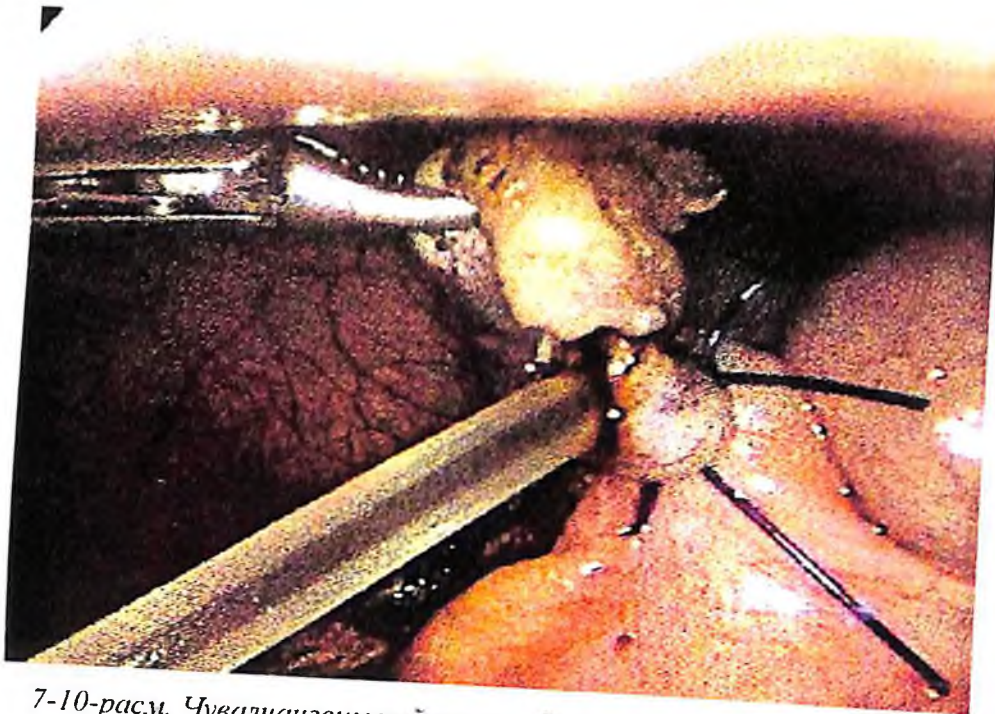
Операциянинг навбатдаги босқичида ўсимтанинг асосига бир ёки иккита Редер қовузлоғи қўйилади. Бунинг учун Редер қовузлоғи 5мм диаметри интродьюссерга жойлаштирилиб, 5,5 ммлик муолажа троакар орқали қорин бўшлиғига киритилади. Атравматик қисқич воситасида ўсимта қовузлоққа кийдирилади ва секин тортилади. Шу

тариқа сиртмоқ ўсимта асосида тортилади. Кейин атравматик қисқич тумшуксимон қайчи билан алмаштирилади ва ва боғланган тугундан 5 мм масофада лигатура қирқилади (7-9-расм). Қирқилган лигатура интродьюссер билан биргаликда қорин бўшлиғидан чиқариб олинади.

Лигатурадан 5-6 мм масофада ўсимта коагуляция қилинади.



7-9-расм. Редер қовузлоғи асосини боғлаши: а-Редер қовузлоғини кийдириши; б-Редер қовузлоғини тортиши.



7-10-расм. Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига йоднинг 5%ли эритмаси билан ишлов бериши.

мўлжалланган чувалчангсимон ўсимта диаметри 11 ммдан ошади, бунда диаметри 15 ёки 18 ммлик троакарлардан фойдаланилади (7-11-расм).



7-11-расм. Чувалчангсимон ўсимтани қорин бўшлиғидан тортиб чиқариши.

Сўнгра қилинган пастидан ўтказилади. Чўлтоқ 4-5 мм атрофида қолиши лозим ва 5%ли йод настойкаси билан ишлов берилади (7-10-расм).

коагуляция соҳанинг қирқим

Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига йоднинг 5%ли эритмаси билан ишлов берилганидан кейин кесилган чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғидан чиқариб олинади. Аксарият ҳолда экстракция 11 ммлик умбиликал троакар воситасида амалга оширилади. Айрим ҳолда олиб ташланишга

Лапароскопик аппендэктомия бажаришда 3 ёшгача бўлган болалардаги хусусиятлар:

1. Қорин олд деворининг юпқалиги.
2. Қорин бўшлиғи ҳажмининг кичиклиги. Операция вақтида троакарларни ўрнатиш вақтида, хирургнинг кўрув майдонида хирургик асбоблар (қорин бўшлиғида) бир-бирига ҳалақит бериши керак эмас.
3. Троакарлар қорин олд деворида кўзгалувчан бўлади, бунинг учун троакарларни терига тикиб, фиксациялаш мақсадга мувофиқ ёки махсус резбали троакарлар қўйиш лозим.

Операцияни яқунлаш арафасида қорин бўлиғи санацияси (суюқлик ва фибринлар, қон қуйилмалари ва бошқалар), физиологик эритма ёки фурациллин эритмаси билан ювилади ва қорин бўшлиғи қайта кўрувдан ўтказилади. Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи соҳасига 5-10мл 1%ли диоксидин эритмаси юборилади. Биринчи навбатда 11ммли троакар кейин 5,5ммли троакарлар олинади. 11-мм троакар ўрни қорин пардаси апоневроз билан қўшиб тикилади

ва тери тикилади. 5-мм троакар ўрнида фақат терига чоклар қўйилади (7-12-расм).

Операциядан кейинги 6-8 соат мобайнида беморларга энтерал озиклантириш ман этилади ва ётоқ режими буюрилади. Сўнгра беморга ўрнидан туриш буюрилади ва суюқ овқат тавсия этилади. Лейкопластирли боғлам операциядан кейинги 3-5-кунлари ечиб олинади ва чоклар 5-7-кунлари ечиб олинади.

Беморлар стационардан операциянинг 3-7-кунлари чиқариб юборилади.



7-12-расм. Операциядан кейинги жароҳатлар ўринлари.

7.7.2. АСОРАТЛАНГАН АППЕНДИЦИТДА ЛАПАРОСКОПИК АППЕНДЭКТОМИЯ МЕТОДИКАСИ

Асоратланган аппендицитда лапароскопик аппендэктомияни қўллаш учун асосий лапароскопик ускуналар ва эндоскопик асбоблар тўлиқ бўлиши керак. Лекин булар зарур асбоб-ускуналар билан янада тўлдирилиши лозим.

Бунинг учун боланинг ёшидан қатъи назар 10 ммли телескопни қўллаш лозим. Яна газни юқори тезликда узатиб берувчи электрон инсуфлятор керак, чунки қорин бўшлиғини ювиш вақтида газ ҳам кўп микдорда ишлатилади. Бундан

ташқари, юқори тезликда суюқликни берувчи аквапуратор ва суюқликни йиғиб олувчи идишларнинг ҳажми катта бўлиши лозим. Чунки тўлиб қолган идишларни алмаштириш ҳам операция вақтини узайтиради. Асбоб-ускуналар қаторида ичак катриджи билан тикувчи аппарат “ENDO-GIA”, игнаушловчи, эндохирургик иплар ва макропрепаратларни экстракция қилиш қопчалари бўлиши лозим. Экстракция қилиш учун катта диаметрли (15, 18, 22 мм) троакарлар керак. Қорин бўшлиғини дренажлаш учун 5-10 мм диаметрли силикон ва пластик найчалар қўлланилади. Яна шуни эсдан чиқармаслик керакки, перитонитда қорин бўшлиғи санациясида операция столининг ҳолати кўп маротаба ўзгартирилади, яъни ўнгга, чапга, Тренделенбург ҳолати ва яна ўз ҳолатига ўтиши зарур. Шунинг учун электрон мосламали стол қўлланиши лозим.

Операциядан олдин беморни тайёрлаш анъанавий тайёрлаш каби, яъни бу метаболик бузилишлар коррекцияси ва сув-туз алмашинуви мувозанатини тиклашдан иборат. Операциядан олдин қорин бўшлиғини УТТ билан текшириш лозим. Бунда қорин бўшлиғида эркин суюқлик борлиги, унинг қанчалик тарқалганлиги, яна бундан ташқари, аппендикуляр инфилтрат ва абсцессни аниқлаш керак. Бу маълумотлар бемор анамнези, клиник ва лаборатор текширувлар билан боғланса, хирургга операциядан олдин қорин бўшлиғининг патологик ҳолатини аниқлаш ва хирургик амалиётни олиб бориш режасини тўғри белгилашда ёрдам беради. Операциядан 30 минут олдин юқори спектрли антибиотикдан кунлик меъёрнинг ярим дозасини юбориш лозим, бунда амоксациллин клавунатдан 20 мг 1 кг тана вазнига бериш мақсадга мувофиқ.

Операция вақтида операция бригадаси ва лапароскопик жамланма турар жойлари асоратланмаган

аппендицитдагидек туриши лозим. Беморнинг операция столида жойлашуви аввалига горизонтал ҳолатда бўлади.

Ўткир аппендицитнинг асоратланган шаклида хирургик амалиётни ўтказиш босқичлари:

1. Пневмоперитонеум ҳосил қилиб троакарларни жойлаштириш.
2. Қорин бўшлиғи ҳолатини баҳолаб, даволаш йўлини аниқлаш.
3. Қорин бўшлиғининг бирламчи санацияси ва аппендиксини ажратиш.
4. Аппендэктомия ўтказиш.
5. Қорин бўшлиғининг ревизияси ва охириги санацияси.
6. Қорин бўшлиғини дренажлаш (керак бўлса).
7. Назоратли-санацияли лапароскопия (керак бўлса).

Бемор наркоз уйқусида, операцияни бошлашдан олдин қорин бўшлиғида инфилтрат, абсцесс бор-йўқлигини, бор бўлса, унинг чегараси ва қай даражада тарқалганлигини аниқлаш мақсадида қоринни пайпаслаш лозим.

Қорин бўшлиғига газ юборилгандан сўнг 10 ммли троакар видеооптика учун қўйилади ва қорин бўшлиғи ревизия қилинади. Кўпинча осон ажралувчи чандиклар аниқланади, бу чандиклар видеооптика ёрдамида ажратиб олинган 5 ммли троакарлар учун майдон очилади. Манипуляторлар қўйилиб, операциянинг иккинчи босқичига ўтилади. Бунда яна таъкидлаймизки, қорин бўшлиғи ҳолати видеооптика ёрдамида баҳоланади ва қорин бўшлиғида суюқлик бор ёки йўқлиги, унинг тарқалганлик чегаралари, конгломерат бор ёки йўқлиги, унинг характери аниқланади. Перитонит келтириб чиқарувчи ўчок аниқланади. Бу босқичда йўналишни давом

этишнинг бир неча йўллари бўлиши мумкин:

1. Диагностик босқичда ревизиядан сўнг қорин бўшлиғида хирургик амали инкор этилади. Бундай ҳолат камдан-кам учрайди, яъни перитонизм берувчи соматик касалликларда ёки инфекцияли касалликларда (Крон касаллиги, капиляротоксикоз ва бошқалар). Бундай ҳолатларда операция диагностик босқичда тўхтатилади.

2. Қаттиқ аппендикуляр инфилтрат аниқланади. Инфилтратда фибрин, қорин бўшлиғида суюқлик йўқ. Бунда операциядан олдинги УТТ инфилтратда абсцессланиш йўқлигини тасдиқлаб беради. Бунда операция тўхтатилиб, умумий белгиланган консерватив даволаш ўтказилади ва лапароскопик аппендэктомия режали равишда 3-4 ойдан сўнг амалга оширилади.

3. Ноаппендикуляр этиологияли перитонит аниқланади. Кўпинча 3-7 ёшли кизалоқларда пельвиоперитонит бўлади. Ундан сўнг тез учраб турувчи дивертикул (Меккель дивертикули) билан келиб чиққан перитонит, туберкулез перитонит кабилар учрайди. Яна болаларда кам учраб турувчи бачадон найлари ва тухумдон буралиши, жигар эхинококкининг ёрилиши, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси, катта чарви буралиши натижасида ҳам перитонит келиб чиқиши мумкин. Операциянинг кейинги босқичи операция бригадаси ва асбоб-ускуналар ҳолатига боғлиқ. Бундай ҳолатда очик операцияга ўтиш ёки радикал лапароскопик операциялар: Меккель дивертикули резекцияси, перфоратив ярани тикиш, эхинококк кистасининг хитин қобиғини олиб ташлаш ва киста бўшлиғини дренажлаш, катта чарви резекцияси амалиётларини ўтказиш мумкин.

4. Умумий йирингли-фибриноз перитонит лапароскопик аппендэктомия бажарилишига қарши кўрсатма бўлади ёки

маълум бир босқичда очик операцияга ўтилади.

5. Маҳаллий ёки тарқалган перитонит ёки I-II босқичдаги (С.Я. Долецкий бўйича) периаппендикуляр абсцесс аниқланади. Бунда лапароскопик амалиёт давом эттирилади ва кейинги этапга ўтилади – чувалчангсимон ўсимта мобилизацияси ва қорин бўшлиғи санацияси.

Бирламчи санация йирингли экссудатни аспирация қилиш ва кам ҳажмдаги суюқлик билан қорин бўшлиғини ювиш.

Бундан мақсад – иложи борича қорин бўшлиғи жароҳатланмаган соҳага йиринг тегмаслиги. Бирламчи санация чувалчангсимон ўсимтани ажратиш билан кечади. Бу атравматик қисқичлар ёки ювб-тортувчи трубка билан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимта осон ажралувчи фибрин чандиқлар орасидан тўмтоқ ажратилиши вақтида периаппендикуляр абсцессни очиб юбориш ёки перфоратив тешик орқали ичак ичидаги масса ажралиши мумкин, бундай ҳолларда тезликда бу патологик суюқликни аквапуратор ёрдамида тортиб олиш лозим.

Йиринг жароҳатланмаган соҳага тегмаслиги учун бирламчи санация ва чувалчангсимон ўсимта ажратилиши Фовлер ҳолатида бажарилади. Эркин йирингли суюқлик тортиб олингандан сўнг чувалчангсимон ўсимта паст ҳолатда жойлашганда лапароскопик аппендэктомия ўтказиш учун Тренделенбург ҳолатига ўтказилади. Чувалчангсимон ўсимта юқори ёки жигар остида жойлашганда Фовлер ҳолатига қўйилади. Аппендэктомия жараёни кечиши асоратланмаган аппендицитдек кечади. Аммо шуни таъкидлаш лозимки, асоратланган аппендицитда ҳар хил даражали тифлит билан кечиши ёки чувалчангсимон ўсимта асосида перфорация билан кечиши мумкин. Бундай ҳолатда чувалчангсимон

Ўсимта асосига Редер боғламини қўйиш асосининг кесилиши чўлтоқ ампутациясига олиб келади ва герметиклик етишмовчиликка олиб келади. Бу ҳолатларда ичак картриджи билан тикувчи аппарат ENDO-GIA 30 қўлланилиб, кўричак гумбази қисман олиниб, уч қаторли скрепка қўйилади ва ўртасидан кесиб олиб ташланади. Бу метод оддий, тез, хавфсиздир. Биргина камчилиги-тикувчи аппаратнинг қимматлиги. Агар тикувчи аппарат бўлмаса, чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи бир қаторли узлукли интракорпорал чокка чўктирилади.

Чувалчангсимон ўсимта кесиб олингандан сўнг эркин экстракция учун махсус қопчага жойлаштирилиб, кенг диаметрли (11, 15, 18, 22 мм) троакар оркали, троакар ички соҳаси йиринг билан булғамасдан олинади.

Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига ишлов беришни асосий техник ҳолат, деб биламиз. 1960 йил Россиянинг таниқли болалар хирургии, академик А.И.Ленюшкин томонидан чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи лигатур усулда қолдирилиши кisetли чокка чўктирилиши билан солиштирилиб кўрилганда, вақт ўтиши мобайнида чўлтоқ кўричакка эркин ҳолда чўкишини исботлаб берди. Муаллиф бу метод ва кisetли чокка чўктирилиши методидан сўнгги чандиқли асоратлар сони бир хилда учрашини исботлаб берди. Шунинг учун лигатур усул билан аппендэктомия экспериментал, гистологик ва бактериологик текшириб кўрилиб, бу болалар хирургик амалиётида кенг қўлланилади ва у энгил усул ҳисобланади. Бу усулни лапароскопик аппендэктомияда қўллаш мақсадга мувофиқ.

Қорин бўшлиғини яқунловчи санацияда аппендэктомия қилиниб, чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғидан олиб чиқилгандан сўнг бажарилади. Бунда кўп миқдорда суюқлик (стерил физиологик эритма, фурациллин ва бошқа антисептиклар) билан сув тоза бўлгунга

қадар ювилади. Суюқлик миқдори патологик жараён тарқалишига қараб, 2-6 литрга қадар ишлатилади. Бу босқичда беморнинг операция ҳолатига аҳамият бериш керак. Бошланғич босқичда беморни “ўтирган” ҳолатда, яъни Фовлер максимал (30⁰) ҳолатини таъминлаш керак. Шундан сўнг қорин бўшлиғи юқори қаватлари: диафрагма ости, жигар усти ва ости соҳалари ювилади. Бунда ювилган суюқлик пастки қаватларига тушиш лозим ва кичик чанок бўшлиғидан тортиб олинади. Юқори қаватдаги ювилган сув тоза бўлгандан сўнг жигар ости ва устида, диафрагма остидаги қолдиқ сувлар тортиб олинади. Шундан сўнг операция столининг эгилиш бурчагини 15-0⁰ га келтирилиб, мезогастрий соҳа ювилади, ювилган сув пастки қаватга йиғилганда, тезда тортиб олиниш лозим, сабаби-юқоридаги тоза қаватларга тегмаслиги керак.

Охириги ўринда қориннинг пастки қаватлари ва чанок бўшлиғи ювилади, бунда беморни тезда Тренделенбург ҳолатига ўтказилади. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ўрни жуда яхши ювилиши лозим.

Регионар лимфотроп терапия бажарилиши учун ўнг ёнбош соҳасига қорин орти тўқимасига новокаин эритмасида эритилган 32 бирлик лидаза юборилиб, бир неча дақиқадан сўнг суткалик дозанинг ярми бўлган антибиотик юборилади.

Тарқалган перитонит ва периаппендикуляр абсцесснинг II даражасида ўнг ёнбош соҳа қорин орти тўқимасига 1-1,4 ммли ўмов ости катетери қўйилади. Операциядан сўнг 5 кун давомида катетердан лидаза, гепарин ва антибиотик юборилиб турилади.

Тарқалган перитонитда қорин бўшлиғи Генералов усулида дренажланади, бунда операциядан кейин бемор Фовлер ҳолатида жойлаштирилади ва кичик чанок

бўшлиғига йиғилган суюқлик ўрнатилган дренаж трубка орқали чиқади.

Агарда операция вақтида йирингли-некротик тўқималар аниқланса ва периаппендикуляр абсцесс пиоген қобиғи аниқланса, бунда дренаж трубкаларга қўшимча 10ммли силикон трубка 3 кунга жойлаштирилади.

Камдан-кам пайтда “сигарали” дренаждан фойдаланилади. Бу ҳолатга эҳтиёж ичак ва бошқа аъзолар деворларида қўпол йирингли-некротик тўқималар бўлганда ва тифлитда бўлади. Агарда “сигарали” дренаж қўйилса, 3 кунга қадар ўрнатилади ва ундан сўнг дренаж кимирлатиб, ҳар куни кам-камдан тортилиб, олиб ташланади.

Маҳаллий перитонитда дренажлашга кўрсатмалар бўлмайди.

Операциядан сўнг назорат-санация лапароскопиясини ўтказиш ҳам мумкин, лекин бу муолажа янада чандикни кўпайишига олиб келади.

Назорат-санация лапароскопияга кўрсатмалар: давом этувчи перитонитда ёки операциядан кейинги абсцесс ривожланиш эҳтимоли бўлганда.

Назорат-санациясини лапароскопия қилиш-қилинмаслик 2- куни аниқланади. Бу, асосан, клиник-лаборатор

кўрсаткичлари ва УТТ текширувларига асосланиб, аниқланади. УТТ операциядан сўнг ҳар 3 кунда ўтказилиши лозим.

Тарқалган перитонит операциядан сўнгги давоси умумий белгиланган усулда олиб борилади, яъни антибактериал терапия (иккита антибиотик), сув-электролит балансининг коррекцияси, гипербарик оксигенация (ГБО), физиомуолажа.

Ўткир аппендицитда лапароскопик аппендэктомия операцияси вақтида кутилиши мумкин бўлган асоратлар

-ҳар қандай лапароскопик операцияда кутилиши мумкин булган асоратлардан бири бу газ эмболияси юкорида бу асорат тўғрисида тўлиқ маълумот берилди.

-операцион жароҳатни йиринглаши, бу энг куп кузатиладиган асоратдир, бу асоратни камайишида чувалчангсимон усимтани корин бушлиғидан қопчага солиб олиб чиқилишида ахамияти кўпдир.

-чувалчангсимон ўсимта артериясидан қон кетиш

-чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи етишмовчилиги.

-Монополяр коагулятордан нотўғри фойдаланилганда бошқа аъзоларни зарарланиши.

ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ

Болаларда битишмали ичак тутилиши абдоминал хирургиянинг кенг тарқалган долзарб муоммоларидан бири бўлиб, шошилишч хирургик амалиётни талаб этадиган касаллик ҳисобланади. Барча ичак тутилишлари орасида бу 30-40%ни ташкил этади (А.Ф.Дронов, И.В.Поддубный, В.И.Котловский). Болалардаги релапаротомия хирургик амалиётнинг 60%и ўткир битишмали ичак тутилиши туфайли бажарилади. Охирги йилларда битишмали ичак тутилиши билан касалланган беморлар сонинг ошиши кузатилмоқда (Дадаев Ш.А, Ким С.В, Абдуҳакимов А.А.). Бу эса бир қанча олимларнинг фикрига кўра, бу каби хирургик амалиётларининг сони ва

ҳажмининг ошиши ташхисни ўз вақтида қўйилмаслиги ва асосланмаган хирургик амалиётларнинг кўплаб қилиниши сабаб бўлмоқда. Болаларда ўткир ичак тутилишини даволаш ва унинг профилактикаси доимий янгилашига қарамасдан, ҳозирги вақтга қадар унинг салбий оқибатлари 5-7%ини ташкил этди (Иванова М.Н, Коновалов А.К, Ш.Т Салимов).

Ўткир битишмали ичак тутилиши билан 3 ёшгача бўлган болалар кам касалланиб, ундан юқори ёшдаги болалар кўпроқ бу дардга чалинади, кўпроқ ўғил болалар бу касаллик билан оғрийди.

8.1. КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Клиник амалиётда битишмали ичак тутилишининг иккита асосий тури ажратилади.

1. Эрта битишмали ичак тутилиши.
 2. Кечки битишмали ичак тутилиши.
- Эрта битишмали ичак тутилиши хирургик амалиётининг 3-4- ҳафтасида

пайдо бўлади, кечки битишмали ичак тутилиши хирургик амалиётдан сўнг ой ва йиллар ўтиб, пайдо бўлади. Мана шу касалликнинг икки турга ажратилиши бу касалликнинг даволаш тактикасида ўз хусусиятларига эга.

8.2. КАСАЛЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Битишмалар ҳосил бўлишида қорин бўшлиғининг касалликлар оқибатида

инфлосланиши ва антибиотикларга чидамли микрофлоранинг пайдо бўлиши

ҳисобланади. Қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнларининг узокка чўзилиши, қорин бўшлиғида битишмаларнинг жадал ҳосил бўлишига олиб келади. Битишмали ичак тутилишининг ҳамма турлари қорин бўшлиғида кечадиган ўткир хирургик касалликлар (аппендицит, ичак инвагинацияси) ва қорин бўшлиғи органларнинг шикастланиши натижасида ва гоҳида режали реллапаротомия хирургик амалиётлардан сўнг ҳам ривожланиши мумкин. Битишмалар ҳосил бўлиши сабабларидан яна бири аҳолининг аллергияга бўлган сезгирлигининг ошиб кетиши натижасида ҳам келиб чиқади. Бир қанча олимларининг фикрига кўра, организм иммун системаси битишмалар

ҳосил бўлиш патогенезида муҳим роль ўйнайди. Битишмалар ҳосил бўлишининг муҳим факторларидан бири ичакларнинг операция маҳалида шикастланиши ва қорин пардаси париетал варағи бутунлигининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Болаларининг битишмали касалликка мойиллиги сабабли операциядан кейинги чандиқларнинг терида кўпол кўринишда бўлиб қолиши, яъни келлоидлашиши организмни битишмали касалликка мойиллиги борлигидан дарак беради. Бундай беморларга операциядан кейинги даврда коллаген синтезини секинлаштиришга таъсир қиладиган препаратларни буюриш керак бўлади (Голубева М.Н, Хипатов В.А).

8.3. КАСАЛЛИКНИНГ КЛИНИК КўРИНИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Болаларда ўткир битишмали ичак тутилиши клиник манзараси касалликнинг турига, касалликнинг қачон бошланганлигига, ичакнинг қайси соҳасидан сиқилганлигига, қорин бўшлиғида битишмали жараённинг қанчалик тарқалаганилигига, боланинг ёшига ва бошқа бир қанча омилларга боғлиқ бўлади. Эрта битишмали ичак тутилиши кўпинча битишмали - паралитик формаси ичакларнинг фалажи ҳисобига келиб чиқади. Бу даврда касалликнинг клиник симптоматологияси бемор умумий аҳволининг оғирлиги ҳисобига ноаниқ бўлади. Беморда доимий оғрик синдроми ва кўп миқдорда қусиши натижасида организмда эксикоз ва токсикоз белгилари ошиб боради. Қорин пальпациясида оғрик бўлиб, перитонеал белгилар кўшилади. Аускультацияда кучайган ичак шовқини эшитилади. Эркин ҳолда ичи келмайди. Қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнлари бўлганилиги сабабли тана ҳарорати

кўтарилади. Қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясида ҳар хил ўлчамдаги суюклик сатҳи аниқланади. Гумонли ҳолларда эса динамик рентгенконтрастли текширувлар ўтказилади. Кечки битишмали ичак тутилиши эса қоринда тўсатдан оғрик бўлиши билан намоён бўлади. Айниқса, қориндаги кучли оғриқлар битишмали чандир атрофида ичакнинг буралиши странгуляцион компонентнинг кучайиши ҳисобига бўлади. Касалликнинг эрта даврларида токсикоз кузатилиб, эксикоз белгиларининг ошиши кузатилади. Болада қусиш кузатилиб, ичаклар перистальтикасининг кучайиши кузатилади. Рентгенологик текширувда кўплаб горизонтал сатҳлар ва ҳаволи пуфакчалар ичак ковузлоқларининг кенгайиши кузатилади. Баъзи ҳолларда битишмали ичак тутилиши клиник манзараси жуда суст ривожланади. Қориндаги оғрик жуда суст бўлиб, бирданига бемор умумий аҳволининг

ёмонлашуви кузатилмайди. Бунда патологик жараён узоққа чўзилиши, ичаклар гангренази ва перитонитга олиб келиши мумкин. Ўткир битишмали ичак тутилиши диагностикасида анъанавий рентгенологик текширув ўртача 8-9 соатни ташкил этиб, бунда механик ичак тутилиши бор-йўқлигини аниқлаш лозим бўлади. Агар мана шу даврда ташхис тасдиқланса, хирургик амалиётни бажаришга оптимал вақт етган бўлиб, бу даврда сиқилган ичак деворида микроциркулятор бузилишлар кузатилиб, бунда некротик ўзгаришлар ҳам бўлиши мумкин. Ўткир битишмали ичак тутилиши диагностикасида ренетгеноконтрастли текширувларни қўллаш ва радицион нурлатиш салбий

оқибатларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун битишмали ичак тутилиши диагностикасида юқори информацияли усулларини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Ичак тутилишининг ҳар хил формаларида эхографик текширувларни қўллаш керак. Кўпинча ошқозон-ичак тракти парезлари кучайганда эхография орқали олинган маълумотлар кўпинча объектив бўлавермайди. Бунда гипердиагностика 5-10%ини ташкил этади. Бундай мужмал ҳолларда диагностик лапароскопия ўтказиш жуда қисқа вақт ичида юқори аниқлик даражасида битишмали ичак тутилиши бор-йўқлиги аниқлаб беради (Поддубный И.В, Блинников О.И).

8.4. ДАВОЛАШ

Ўткир битишмали ичак тутилишида анъанавий хирургик кесмаси биринчи ўтказилган лапаротомия кесмаси локализациясига қараб бажарилади. Кўпинча қорин бўшлиғи ўрта лапаротом кесма билан, гоҳида ўнг парамедиал кесма билан бажарилади. Бундай травматик-хирургик амалиётдан сўнг битишмали касалликнинг қайталанишига сабаб янада ошади. Қорин бўшлиғидаги битишмали

жараённинг ҳосил бўлишини камайтириш катта аҳамиятга эга бўлиб, кам травматик хирургик амалиётларни бажариш, яллиғланиш жараёнларини профилактика қилиш, ичак фаолиятининг эрта тикланиши хисобланади. Бундай гуруҳдаги беморларни даволаш натижалари хирургларни қониқтирмаганлиги сабабли, лапароскопик усул билан даволашга қаратдилар.

8.5. ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Кўпгина чет эл олимлари ва Россиялик олимлар томонидан илмий янгиликлар қилинишига қарамасдан, бу касалликнинг муаммоси ва даволаш натижаларини бир хилда баҳолаб бўлмайди. (Абаховский А.А, Дадаев Ш.А, Тиллаев А.А). Олимлар операция вақтидаги асоратлар сонининг ошишини сабаб қилиб кўрсатмоқдалар. Битишмали касалликни лапароскопик даволашда француз болалар хирурглари (F. Vesteur ва R. Besson) бир мунча тажрибага

эгадирлар. Улар 86та беморни даволаш натижалари ҳақида маълумот беришди. 66 та (76,6%) болаларда ичак тутилишини эндоскопик усулда бартараф этишди. Лекин 5 та беморда интероперацион асоратлар (ингичка ичак перфорацияси) кузатилди. Бу бемор болаларда лапаротомия ўтказилиб, ичак перфорациясини тикиш операцияси ўтказилди. Белгиялик хирурглар В.Navez, J. Arimont ва P.Guiotлар 68 та беморда

лапароскопик адгезиолизис битишмали ичак тутилишида бажарилган. Шуларнинг 31тасида эндоскопик ичак тутилишини бартараф этиш муваффақиятли бажарилган. Интероперація ингичка ичак шикастланишнинг фоиз даражаси француз хирургларига қараганида жуда юқори бўлиши кузатилган (6та беморда асорат бўлиб, 9% ни ташкил этган). Иккита ўлим ҳолати кузатилган. Ўткир битишмали ичак

тутилиши билан оғриган беморларда лапароскопик амалиётни ўтказишда ичак қовузлоқларининг кенгайиб кетиши ва бир-бири билан ёпишиб кетиши лапароскопик операцияда ичакнинг перфорация бўлиши мумкин. Бироқ махсус усулларни қўллаш ва ҳамма қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда қорин бўшлиғи пункциясини бажариш хавфсиз бўлиши мумкин.

КўРСАТМАЛАР: Ўткир битишмали ичак тутилишининг ҳамма турларида.

ҚАРШИ КўРСАТМАЛАР

1. Массив битишмали жараёнда ичак қовузлоқлари кенгайиб кетганида, ўтказган хирургик амалиётга, қорин деворидаги операциядан кейинги чандиқларга.
2. Ичак тутилишига сабаб бўладиган қўпол яллиғланган инфилтрат борлигига.
3. Кечки битишмали ичак тутилишида ичак қовузлоқлари бир-бири билан мустаҳкам ёпишиб қолиши ҳисобига совуқ конгломератлар ҳосил бўлиши.
4. Сиқилган ичакларда қон айланишининг қайтмас бузилишлари оқибатида.
5. Анамнезида ичак оқмалари бўлганида.

8.6. ЛАПАРОСКОПИЯНИ БАЖАРИШ МЕТОДИКАСИ

Болаларда ўткир битишмали ичак тутилиши битишмаларини лапароскопик даволаш ҳозирги вақтда кенг қўлланилаётган усуллардан бири ҳисобланади. Лапароскопик усулни ҳамма ёшдаги болаларда, ҳар хил турдаги ичак тутилишини ва битишмали жараённинг тарқалганлик даражасига қараб муваффиқиятли бажариш мумкин. Бу таклиф этилаётган лапароскопик усул кўпгина ҳолларда ташхисни ойдинлаштириш, қорин бўшлиғидаги вазиятни аниқлаш, битишмаларни ажратишга эришиш, ичак ўтказувчанлигини тиклашга ёрдам беради. Бу эса операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечишига, асоратлар сонини

камайтишига, ётиш кунининг қисқаришига, беморнинг физиологик активлигининг тез ва тўлиқ тикланишига имкон беради. Ичак тутилиши билан тушган барча бемор болаларда лапароскопиядан олдин минимал комплекс чора – тадбирлар ўтказилади: тозаловчи хуқна, ошқозонни ювиш, ошқозонда доимий зонд қолдириш, сийдик қопини катетерлаш. Премедикация билан бирга вазнига қараб антибиотиклар буюриш.

Бемор операцияда чалқанча ҳолатда ётқизилади. Тиббий ходимлар ва лапароскопик асбоблар лапароскопик аппендэктомия каби жойлашади.

Қорин бўшлиғи пункцияси ва пневмоперитонеум ҳосил қилиш

Қорин бўшлиғига кириш жойини танлашда операциядан кейинги чандикдан узокроқ жойни танлашга қаратиш лозим. Бунда ёдда тутиш лозимки, хавфли зоналарда қорин бўшлиғида йирик контомирлари борлиги, паренхиматоз органлар борлигини ёдда тутиш лозим. Қорин бўшлиғига кириш жойини танлашда хавфсиз бўлган Поддубный модификациясини қўллаймиз. Бунда тўмтоқ учли троакарни қўллаймиз. 5,5 ммли троакарнинг тўғри туришини текшириш мақсадида ва гумонли ҳолларда 5 ммли телескоп орқали қорин бўшлиғини назоратдан ўтказиш лозим бўлади. Қорин олд девори тери бурмалари қўл билан кўтарилди. Бунда бирламчи кўрик учун (керакли хажмдаги) қорин бўшлиғида шароит яратилди. Шунини эътиборга олиш керакки, беморда қанчалик ичак фалажи кучайган бўлса, қорин бўшлиғи босими шунча даражада юқори бўлиши зарур. Қорин бўшлиғини обзор кўриш учун ва муолажа учун етарли ораликни таъминлаш

керак бўлади. Ичаклар фалажининг унча кучаймаганида қорин бўшлиғининг босими CO_2 11-12 мм.сим.уст (бир ёшгача бўлган болаларда 8-10 мм. сим.уст) ташкил этса, кучайган ичак фалажида эса қорин бўшлиғи босими 16-18 мм.сим.уст. ташкил этади. Катта аҳамиятли томони шундаки, бунда адекват анестезиологияни таъминлаш бўлса, бир томондан қорин девори мушакларининг чуқур релаксацияси керакли хажмдаги қорин ички босимни ололса, иккинчи томондан эса, қорин бўшлиғи босимининг ошиб кетиши ҳисобига бир қанча асоратлар ривожланиши мумкин. Агар беморда анамнезида ўрта лапаротомия бўлса, қорин бўшлиғига бирламчи пункция, операциядан кейинги чандик максимал олиб ташланганидан сўнг бажарилди. Ўрта лапаротом кесма аппендикуляр перитонит билан бажарилган бўлса, бирламчи пункция бўлиб, чап қовурга равоғи соҳаси бўлиб ҳисобланади.

Қорин бўшлиғини олдиндан кўздан кечириш

Пневмоперитонеум ҳосил қилингандан сўнг троакар гильзаси орқали 55 мм телескоп киритилиб, эндовидеосистемага уланади.

Олдиндан кўздан кечиришдан:

1. Қорин бўшлиғидаги битишмали жараённинг қанчалик ривожланганлигини ва қайси соҳаларда жойлашини баҳолаш.

2. Қорин пардаси висцерал ва париетал варагининг яллиғланиш даражасини баҳолаш.

3. Ичак тутилиши диагнозини тасдиқлаш ва олдиндан обструкция бўлган жойни мўлжал қилиш.

4. Ичак қовузлоқларининг зарарланиш ва циркулятор бузилиш даражасини олдиндан баҳолаш.

Ишчи троакарларни киритиш ва қорин бўшлиғини кўздан кечириш

Қорин бўшлиғини кўздан кечириш этапида атравматик қисқичлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Эндовидеосистема назорати остида муолажа учун 5,5 ммли ишчи троакарлар киритилди. Троакарларни қорин бўшлиғига киритишда

умумий қоидаларга риоя қилган ҳолда бажарилди.

Қорин бўшлиғини кўздан кечириш қуйидагича баҳоланади:

1. Қорин бўшлиғида битишмали жараёнларнинг тарқалиш даражасини.

2. Ичак қовузлоқлари жойлашуви, унинг ҳаракатчанлиги, ҳаво билан тўлиш хусусиятлари, ичак сероз қаватидаги ўзгаришлар.
3. Чарвидаги яллиғланишли ўзгаришлар ва унинг битишмали жараёнга таъсири.
4. Қорин бўшлиғидаги суюқлик миқдори ва унинг характери, париетал пардадаги ўзгаришлар.

Бу этапда асосий вазифалардан бири ичак тутилиши жойи ва ичак обструкцияси механизмини аниқлаш.

Ўткир битишмали ичак тутилишининг ёндош эндоскопик белгиларига қўйидагилар киради:

1. Қорин бўшлиғида ингичка ичак қовузлоқларининг кенгайган (шишган) бўлиши.
2. Суюқлик миқдорининг ошиши.
3. Қорин пардаси париетал ва висцерал варағидаги реактив ўзгаришлар, ингичка ичакда микроциркулятор ўзгаришлар.
4. Ичак қовузлоқларининг ригидлиги ва фиксацияланиш симптоми.

Битишмали ичак тутилишининг аниқ симптомларидан бири - ингичка ичакнинг

битишмалар ҳисобига деформацияланиши ва ингичка ичакни олиб келувчи қисмининг кенгайиши, олиб кетувчи қисмининг бўшаб қолиши кузатилади. Бу симптом ингичка ичак тутқичининг буралиши кузатилганида бўлмаслиги мумкин. Топик ташхиснинг хулосаси ичакнинг битишмалар ҳисобига деформацияланиши аниқланиб, ичакнинг ҳаво билан тўлишига олиб келади. Қорин бўшлиғидаги унча тарқалмаган битишмали жараёнлар ичакнинг битишмалар ҳисобига деформацияланиши қорин бўшлиғини кўздан кечиришда унча қийинчилик туғдирмайди. Бунда иккита атравматик қисқич ёрдамида илеоцекал соҳадан бошлаб ревизия қилиб борилади. Агар қорин бўшлиғида битишмали жараён кучли тарқалган бўлиб, ичакларда кўпламчи деформацияланишлар бўлса, бунда ингичка ичак қовузлоқларини кўздан кечиришга имкон бермайди. Бундай ҳолатларда ичак тутилган соҳада битишмалар ажратилиб, лапароскопик висцериолиз бажарилиб, ичак тутилган соҳада ичак ўтказувчанлиги тикланади. Ичакдаги оғриқ импульсацияни камайтириш мақсадида ингичка ичак тутқичи новокаин 0,25%ли эритмаси билан блокада қилинади.

БИТИШМАЛАРНИ ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА АЖРАТИШ

Ўткир битишмали ичак тутилишида битишмаларни лапароскопик ажратиш усулларини 2 гуруҳга ажратиш мумкин:

1. Висцеропариетал битишмаларни ажратиш. Пневмоперитонеум шароитида бу битишмаларнинг тортилиши кўп ҳолларда унчалик қийинчилик туғдирмайди. Кўшимча тортишмалар бўлганида битта атравматик қисқич ёрдамида, иккинчи асбоб монополяр коагуляция ёрдамида коагуляция қилинади.

Ясси битишмаларни операциядан кейинги чандикларга ва ичак қовузлоқлари бир-бир билан зич ёпишиб кетган ҳолларда ажратиш қийинчилик туғдиради. Бундай ҳолларда ичак девори париетал қорин пардасига зич ёпишиб кетади, гоҳида ичак қовузлоқлари қорин олд девори юмшоқ тўқималарига, яъни операциядан сўнгги чандик соҳасига ёпишган ҳолатда бўлади. Бундай ҳолатда ёпишган ичак қовузлоғи қайчилар ёрдамида қорин олд девори атрофидан кесилиб, қорин пардаси ва мушаклар ичак деворида колдирилади. Эндовидеохирургиянинг афзаллиги

шундаки, ичак қовузлоклари бутунлиги бузилмасдан атроф тўқималардан ажратилади. Ичак қовузлокларидаги тарқоқ юзаки битишмалар париетал қорин парда ёпишиши эрта операциядан кейинги даврда тумтоқ йўл билан атраматик қисқичлар ёрдамида жуда енгил ажралади.

2. Висцеро-висцерал битишмаларни ажратиш диссекторлар ёрдамида тумтоқ

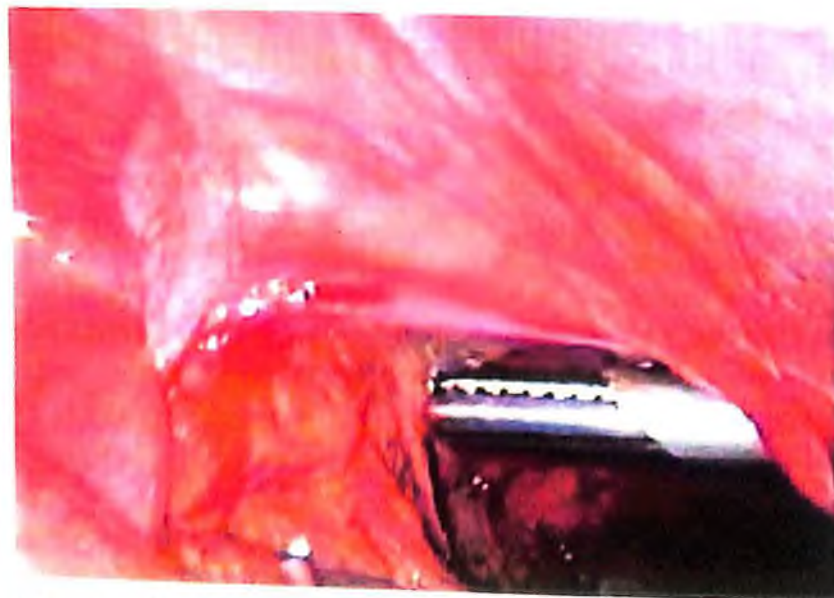
ва ўткир йўллар билан ажратилади. Битишмаларнинг анатомик жойлашувига қараб, моно ва биопольяр коагуляциялар ишлатилади. Гоҳида адгезиолизис тумтоқ йўл билан бажарилади, қовузлоклараро тумтоқ тарқоқ битишмалар эрта операциядан кейинги даврда бажарилади.

ҚОРИН БЎШЛИҒИНИ КЎЗДАН КЕЧИРИШ

Операциянинг энг асосий босқичи - ичак ўтказувчанлигини эндоскопик кўздан кечириш ҳисобланади. Бунда ингичка ичак атраматик қисқичлар ёрдамида илеоцекал бурчакдан Трейтц боғламигача кўздан кечирилади. Аввалги обструкция бўлган соҳага яхши эътибор бериб, кўздан кечирилади. Ичак деворларининг бутунлиги бузилмаганлигига, ичак қовузлокларининг ҳаракатига эътибор берилади. Бу эса ичак ўтказувчанлигини тикланишининг эндоскопик белгиси ҳисобланади. Шундан сўнг қорин бўшлиғи санацияси, физиологик эритма, гепарин эритмаси билан қорин бўшлиғи ювилади, гидрокортизон юборилиб, қорин бўшлиғи дренажланади.

Қорин бўшлиғидан троакарлар олиниб, ҳаво чиқарилиб, операция кесмаларига чоклар қўйилиб, операция тугалланади.

Битишмали ичак тутилишнинг эрта ва кечки турларини эндоскопик семиотикасининг характерли хусусиятлари бор. Ўткир битишмали ичак тутилишининг эрта турида қорин бўшлиғида бир оз микдорда сарғиш гоҳида, лойка геморагик суюқлик микдори бўлади. Гоҳида ичак тутилиши операциядан кейинги чандик соҳасида жойлашган бўлади ва шу жойда ичак қовузлокларнинг конгломерати қорин олд девори соҳасида ёпишган ҳолатда бўлади (8-1-расм).



8-1-расм. Эрта ичак тутилишнинг латароскопик манзараси

Бунда битишмалар жуда нозик бўлиб, инфильтрациялашган ҳолда, баъзи беморларда операциядан кейинги 10-12-кунларида битишмалар анча мустаҳкам бўлади. Ингичка ичакнинг шишган ва бўшашган ерлари шу билан характерланадики, қорин бўшлиғида (ичак тугилиши қайси соҳада бўлганлигига қараб), ичак қовузлоқлари операция жароҳат соҳасига келиб, фиксацияланади.

Ичак тугилиши бўлган соҳада ичак қовузлоқлари кенгайган бўлиб, бу соҳани аниқлаш кўпинча қийинчилик тугдиради.

Ўткир битишмали ичак тугилишининг кечки турида эндоскопик манзара ўзининг хусусиятларига эга бўлиб, жуда мустаҳкам шакланган битишмалардан иборат бўлади (8-2-расм).



8-2-расм. Кечки ичак тугилишининг лапароскопик манзараси

Операция чандиклари соҳасида мустаҳкам битишмалар бўлади. Зонд орқали кенгайган ичак қовузлоқлари у-бу томонга силжиганида жуда мустаҳкам фиксацияланганлиги ва ригидлигини сезиш мумкин. Манипулятор билан ичаклар силжитилганида манипулятор олиниши билан яна ўз жойини эгаллайди. Кўрсатилган бу эндоскопик манзара (ичак қовузлоқларининг фиксацияланиш симптоми) ичакларнинг обструкция бўлган соҳасида битишмалар ҳисобига фиксацияланиб деформацияланганлиги сабабли ҳаракатсиз бўлади. Ичак девори

ригидлиги ундаги шишга, ичак бўшлиғидаги босимнинг ошишига ичак бўшлиғига суюқлик йиғилишига боғлиқ. Операциядан кейинги даврда консерватив даво муолажалари инфузия, антибактериал, ичак стимулловчи (медикаментоз, физиотерапевтик) курслар ўтказилади. Операция жароҳатидаги чоклар операциядан сўнг 6-7- кунларда олиб ташланади. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланганидан сўнг ичак пассажи тўлиқ тикланганиб, ўртача 5-7- кунлари уйига жавоб берилади.

8.7. БИТИШМАЛАРГА МОЙИЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ.

Ирсий томондан мойиллиги бўлган беморлар тез ацетилланиш фенотиби билан боғланади. Тез ацетилаторли касаллар гуруҳига ацетилланиш даражаси 75 %дан ошган гуруҳ беморлари киради. Бу гуруҳдаги беморларда яллиғланиш жараёни продуктив характерга эга бўлиб, операциядан олдинги ва кейинги даврларда ҳам битишмалар асоратлар бўлиб, инфилтратлар шаклланишига олиб келади. Бунга қарши секин ацетилаторли беморларда, яъни ацетилланиш 75 %дан кам бўлган беморларда репаратив жараёнлар жуда кучсиз ривожланган бўлади. Бу каби беморлардаги асоратлар операция жароҳатининг ёмон битиши билан характерланади.

Операциядан кейинги даврда битишмалар касалликка мойил бўлган бемор гуруҳларига коллаген синтезни секинлатувчи препаратлари буюрилади. Комплекс даволашда оддий яллиғланишга қарши даво муолажалари билан бирга D-пенициллинамин ёки купренил операциядан кейинги 3 кун мобайнида 1 маҳал ичишга, 5 ёшгача 0,15г (1 капсуладан), 5-12 ёшгача 0,3г (2

капсуладан), 12 ёшдан катта болаларга 0,45г (3 капсуладан) буюрилади. Бу препаратлар стабил бўлмаган кросс-боғлиқни ажратиб, коллагенларини эритишга ёрдам беради. Коллаген толаларини бутунлиги бузилганидан сўнг фонофорез коллалазин билан (операциядан кейинги 2-3-кунлари) 10-15 курс буюрилади. Стационардан жавоб берилганидан сўнг ҳамма беморлар диспансер ҳисобига олиниб, йилига 2 мартоба тиббий кўрикдан ўтказилади.

Қорин бўшлиғидаги битишмалар жараёнининг тарқалиш даражасини аниқлашда Блинников классификациясидан фойдаланамиз:

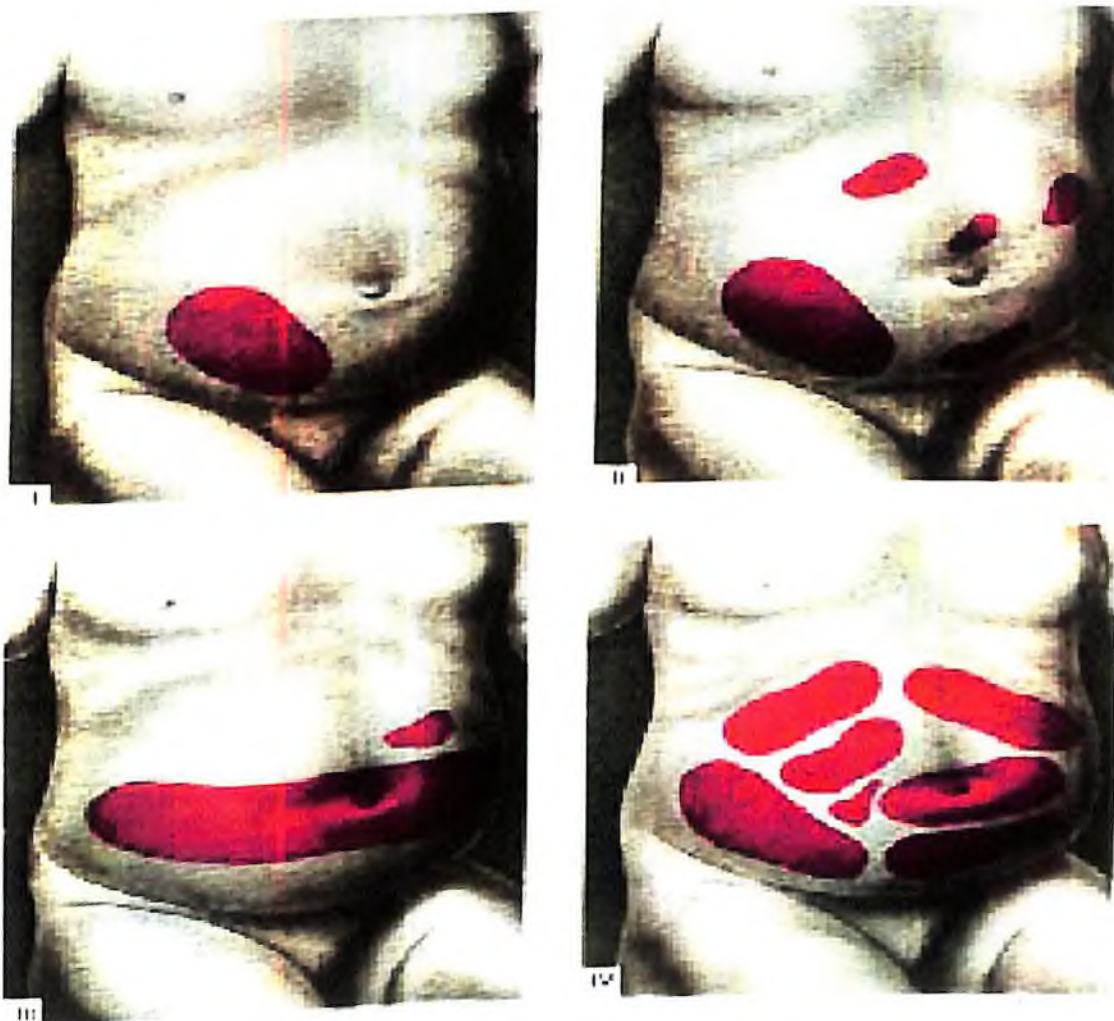
I даража- маҳаллий битишмалар жараён операция кейинги чандик соҳасида чегараланган ҳолда бўлади.

II даража- маҳаллий битишмалар жараён битишмалар ҳисобига қорин бўшлиғининг бошқа соҳаларини ҳам эгаллаган бўлади.

III даража- битишмали жараён қорин бўшлиғини 1/3 соҳасини ёки бутун бир соҳани эгаллаган бўлади.

IV даража- қорин бўшлиғида диффуз битишмали жараён бўлиб, 2/3 қисми ва ундан кўп соҳаларни эгаллайди.

Беморларда ўткир битишмали ичак тутилиши лапароскопик текширувлар хулосасига асосланиб, ичак обструкциясини ҳосил бўлиш механизмининг 7 турини эндоскопик кўринишга асосланиб ажратамиз:



8-3-расм. Чандиқли ичак тутилишининг тасниф буйича жойлашиши.

Чандиқ ҳисобига сиқилиши.

Ҳамма беморларда ичак тутилган соҳаси ёнбош ичак соҳасида (гоҳида оч ичак ўрта қисмида) бўлади. Синчиклаб лапароскопик текширувда чандиқ, яъни фиброзли битишмалар арқон кўринишда бўлиб, бир учи париетал қорин пардасига

ёпишган бўлади, бошқа бир учи ингичка ичак тутқичига фиксацияланган бўлади. Ичакнинг ёки ичак тутқичининг мустаҳкам сиқилиши ичак деворида кучли микроциркуляциянинг бузилишига олиб келади.



8-4-расм. Ичакнинг чандиқ билан сиқилиши.

Лапароскопик операцияда чандиқ ажратилади ва кўздан кечирилиб, диссектор ёрдамида ичак деворига яқин жойидан қайчи билан кесилади. Гоҳида

биополяр ёки монополяр коагуляция ёрдамида коагуляцияланади. Агар чандиқ узун бўлса, битишмалар ҳосил қилмаслиги учун максимал кесиб олиб ташланади.

Туйнукда сиқилиш



8-5-расм. Ичакнинг туйнукда сиқилиши

Сиқилишнинг бу турида ичакларда микроциркуляциянинг бузилиши у даражада кузатилмайди. Лапароскопик операцияларда бундай ҳолларда ичак обструкцияси бўлган жойни синчиклаб кўздан кечириш, ичак ковузлоқлари сиқилиши 1 см етмайдиган битишмалар ҳисобига ичак тутилишини келтириб чиқариши мумкин. Бу анатомик соҳадаги битишмалар синчиклаб текширилганидан сўнг диссектор ёрдамида бу битишмалар атроф

тўқималардан ажратилиб, секин-аста қайчи ёрдамида кесилади, бу битишмалар ичак деворига жуда яқин бўлганлиги сабабли

биополяр ва монополяр коагуляциялар ишлатилмайди, бу эса хавфли ҳисобланади.

1. Фиксацияланган битишма ҳисобига ичакнинг буралиши

Қорин бўшлиғи эндоскопик кўрилганида ичак қовузлоқларининг буралган ҳолатини кўриш мумкин. Ичак қовузлоқларининг буралиши висцеро-висцерал битишмалар ҳисобига ёки висцеро-париетал битишмалар натижасида келиб чиқиши мумкин. Битишмалар ичак тутқич билан туташган бўлиб, кўпинча ичак қовузлоқлари асосидан ўралган

бўлади. Бундай ҳолларда қорин бўшлиғи ҳажмининг кичик бўлиши лапароскопик муолажа ўтказиш учун, яъни ичак тутилган соҳани кўриш учун қийинчиликлар туғдиради. Иккита атравматик қисқич ёрдамида ичакка ёпишган битишмалар олиш ва кесиш ва ундан сўнг буралган ичак тўғриланади.



8-б-расм. Фиксацияланган чандиқ ҳисобига ичакнинг буралиши.

2. Фиксацияланган чарви билан сиқилиш

Чарвилар ҳисобига ичак қовузлоқларининг сиқилиши битишмали ичак тутилишига олиб келади. Бунда чарви париетал қорин пардасига ёки ичак тутқичга келиб ёпишиши мумкин. Чарви келиб, фиксация бўлган соҳаси париетал қорин пардаси ёки ичак тутқичига келиб

ёпишиб, ичак обструкциясини келтириб чиқариши, лапароскопик хирургик муолажаси даврида чарви коагуляция қилинади ва кесилади чарвининг ўзгарган соҳаси соғлом қисмидан резекция қилинади.

Икки пояли битишмали ичак тутилишини кўздан кечирганда обструкция келиб чикқан соҳада ингичка ичак деформацияланиб, икки пояли битишмани ҳосил қилади. Бунда

ичак деворида кучли циркулятор бузилишлар кузатилмайди. Ичак қовузлогини деформацияга олиб келган битишмалар тўмтоқ ва ўткир йўллар билан ажратилади.



8-7-расм. Ичакнинг фиксацияланган битишма билан сиқиллиши.

3. Кўпламчи битишмалар ҳисобига ичак қовузлоқларининг деформацияси

Қорин бўшлиғини кўздан кечиришда операция чандиқ соҳасида ичак қовузлоқлари бир-бирига ёпишиб, конгломерат ҳосил қилгани кўринади. Ичак қисмлари конгломератдан юқори соҳасида шишган ҳолда бўлади, пастки қисмлари бўшашган бўлади. Кўпламчи

битишмалар ичак қовузлоқларини икки пояли (двухстволка) кўринишида деформациялаб қўяди. Бундай пайтда ичакда обструкция бўлган соҳани аниқлаш имкони бўлмайди ва бутун ичак қовузлоқлари бўйлаб лапароскопик висцериализ бажарилади



8-8-расм. Икки пояли битишма.

Қовузлоқлараро яллиғланган
инфильтрат ичак тутилиши
операциядан сўнг деструктив
аппендицит формаларидан кейин
ривожланади. Қорин бўшлиғидаги
инфильтрат ингичка ичак қовузлоқлари
оралиғида, чарви, париетал қорин

пардаси оралиғида шаклланади. Қорин
бўшлиғида лойқа суюқлик миқдори,
ичак қовузлоқларидаги фибринлар,
париетал қорин пардасининг реакцияси,
буларнинг барчаси инфилтратнинг
яллиғланишидан дарак беради.



8-9-расм. Қўпламчи битишималар томонидан ичакнинг сиқилиши.

Ҳозирги вақтда лапароскопик хирургия
барча ичак тутилишини бартараф этиш
имкониятига эга:

Хирургик амалиётнинг босқичлари:

1. Жуда эҳтиётлик билан, асосан,
тўмтоқ йўл билан инфилтрат
ажратилиб, ичак тутилиши сабаби
бартараф этилади.

2. Чарви имкон қадар соғлом
соҳасидан резекция қилинади.

3. Қорин бўшлиғини синчиклаб
санация қилиб, антисептик
эритмаларда ювилиб, тозаланеди.

4. Қорин бўшлиғини дренажлаш.

Лапароскопик хирургик амалиёт
мувафиқиятли тугаса, операциядан
кейинги давр анъанавий хирургик
амалиётга нисбатан анча енгил кечади.

Хирургик амалиётдан сўнг парвариш.

Кучли бўлмаган оғрик синдроми,
асосан, бир-икки марта аналгетиклар
қилинганидан сўнг босилади.

1. Хирургик амалиётдан сўнг ҳамма
касалларда 1-3- кунларда ичак

пассажи меъёрга тушади. Ҳеч қайси
беморга ингичка ичакни интубация
қилиш лозим булмайди.

2. Беморларнинг физик фаоллиги тез
тикланиб, ўргача 2- кундан бошлаб,
(лапароскопик хирургик

- амалиётдан сўнг) эркин юра бошлайди.
3. Хирургик амалиётдан сўнг унинг асоратлари уч баробарга камаяди.
 4. Операциядан кейинги жароҳатларда асоратлар кузатилмайди.

5. Беморларнинг стационарга келиши сезиларли даражада камаяди. Ҳамма ҳолларда лапароскопик хирургик амалиётдан сўнг яхши косметик натижага эришилади.



8-10-расм. Ичак қовузлоқлараро яллиғланган инфилтрат

БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШЛАРИДА ЛАПАРОСКОПИК УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

Ҳозирги вақтда лапароскопия ўткир битишмали ичак тутилишини даволаш ва диагностикаси кенг йўлга қўйилмаган. Бу эса охириги вақтларда кўпгина жарроҳлар ичак фалажлари, битишмали жараёнларда лапароскопияни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас, балки яна ичакларда ятроген шикастланиш хавфи кўп, деб ҳисоблайдилар. Биз ўз усулларимиз ва натижаларимиздан хулоса қилар эканмиз, лапароскопик хирургиянинг ривожланишини ҳисобга олиб, қўйидаги хулосаларни қилдик.

1. Ҳозирги вақтда лапароскопия ўткир битишмали ичак тутилишининг ҳамма

турларига кўрсатмалар бор.

2. Хирургик амалиётнинг масъулли босқичи қорин бўшлиғига бирламчи кириш бўлиб, операциядан олдин ичак қовузлогининг қорин олд деворига келиб ёпишган соҳасини аниқлаш, ҳозирги вақтда бу УТТ аппарати ёрдамида аниқланади. Поддубний томонидан модификацияланган тўмтоқ учли троакарни қорин бўшлиғига киритиш ёки махсус яратилган асбоблар ВЕРЕШ оптик нинаси, оптик троакарлар, Nasson бўйича очик лапароскопия усули.

3. Замонавий видеолапароскопия

имкониятлари кенг ва керакли асбоб-анжомлар бўлганлиги сабабли ҳамма ҳолларда:

- ичак тутилиши ташхисини қўйиш
- ичак тутилиш механизмини аниқлаб, обструкция жойини аниқлаш
- керакли ҳажмда кенг висцеролиз, яъни ичак тутилишига сабаб бўлган битишмаларни ажратиш
- ичак ўтказувчанлигини тиклашга эришиш.

4. Лапароскопик хирургиянинг имкониятлари кенг майдонли обзорга эга, аъло даражадаги ёруғлик, интероперацион катталаштириб кўрсатиш имконини беради.

- Ичак тутилиш соҳасида кам жароҳатли кесмадан фойдаланиш
- ичак қовузлоқларидан битишмаларни ажратиш
- интероперацион асоратларни камайтириб, операциядан кейинги даврнинг силлик кечишини таъминлаш

- операциядан кейинги асоратлар сонини камайтириш

- беморларнинг ётиш кунини камайтириш, тез жисмоний ва меҳнат қобилиятини тиклаш имконини яратиш.

Ўткир ичак тутилишида лапароскопик бартараф этиш вақтида қутилиши мумкин булган асоратлар

-Вереш игнасини киритиш вақтида ичак деворларини жароҳатланиши

-ичаклар деворини сероз қаватини жароҳатланиши

-ичаклар деворини тешилиши

-қон томирлар жароҳатланиши сабабли қон кетиш

-каогуляция вақтида қўшни аъзолар куйиши

ҚОРИН БЎШЛИҒИДА ХИРУРГИК МУОЛАЖАСИ ЎТКАЗИЛГАНИДАН СЎНГ КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ

9.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР.

Битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморлар аввал лапаротомия хирургик амалиётни бошдан кечирган бўлиб, ўткир ва сурункали шаклларда бўлиши мумкин.

Адабиётларда бу битишмали касалликнинг сурункали формаси, деб ёзилган. Қайталанувчи битишмали ичак тутилиши сурункали абдоминал битишмали касаллик, деб ҳам тушунилади. Гоҳида бу турдаги касаллар шифохонага бир неча бор сурункали қорин оғриғи билан мурожаат қилишади. Бирламчи

лапаротомиянинг сабаблари 75% беморларда деструктив ва нодеструктив аппендицит шакллари сабабли бажарилади. Беморлар ёши 1 ёшдан 14 ёшгача бўлиб, кўпроқ қиз болалар бу дардга чалинадилар.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ: Аввал лапаротомия ўтказган беморларда сурункали оғриқ синдромининг 3 та тури фарқланади.

1. Ўткир. 2. Ўткир ости. 3. Сурункали.

9.2. КАСАЛЛИКНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Сурункали абдоминал синдром асосида қисман ёки тўлиқ ичак тутилиши ётади, ичак найларининг битишмалар ҳисобига эзилиши ёки торайиши ётади. Битишмали касаллик катта чарвининг ажратилган

битишмалари ҳисобидан ҳам келиб чиқади. Қорин бўшлиғининг битишмали жараёнларининг аввал бошдан кечирган лапаротомия хирургик амалиётлари сабаб бўлади.

9.3. КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Ҳамма беморларда касалликнинг муҳим симптомларидан бири бу қориндаги оғриқ ҳисобланиб, кўпинча оғриқ операциядан кейинги чандиқ соҳасида бўлади. Оғриқ синдроми операциядан сунг 1 ойдан 10 ойгача бўлган муддатларда давом этади. Қисман ичак тутилиши белгилари 35% болаларда у ёки бу даражада учрайди (ошқозон-ичак тракти барий эритмаси билан пассаж қилиниб, ташхис тасдиқланса). Бу гуруҳдаги беморларда оғриқ синдроми қусиш, ичнинг келмаслиги, қорин дам бўлиши кузатилади. Рентгенологик текширув орқали битишмали касалликда ичак тутилиши даражасини, ичак девори деформацияларини аниқлаш мумкин. Битишмали жараёнларнинг тарқалиши, ичак тутилиш механизми битишмаларни жойлашининг умумий белгиларини интерпретация қилиш ўзига хос

субективизм ҳисобланади. Бундай ҳолатда битишмали касаллик ташхиси рентгенологик текширувдан ўтказилиб, кўшимча текширувларда оғриқ синдроми сабаби аниқланмайди. Қоринда ўқтин-ўқтин оғриқлар қайталаниши натижасида бу турдаги беморлар қайта хирургик стационарга битишмали ичак тутилиши гумони билан ётқизилади. Битишмали касаллик никоби остида хирургик ва хирургик бўлмаган касалликлар аниқланади. Битишмали жараённи визуал кўришда, баҳо беришда, максимал объектив ахборот олишда қайта хирургик муолажа ўтказилмай, лапароскопияни қўллаш ягона усул ҳисобланади. Абдоминал жарроҳлик амалиётидан сўнг болаларда сурункали оғриқ синдроми даволаш ва комплекс текширишда лапароскопия муҳим роль ўйнайди.

9.4. ДАВОЛАШ

Анъанавий усул билан сурункали битишмали тутилишни даволашда лапаротомия қилиниб, қорин бўшлиғи

синчиклаб кўздан кечирилади. Бу эса кечаги кун.

ЛАПАРОСКОПИК АМАЛИЁТЛАР

Лапароскопия режали тартибда ёки касаллик хуружи бартараф этилганидан сўнг бажарилади. Операциядан олдинги комплекс текширувлар:

1. Умумклиник ва биохимик текширувлар.
2. Гастроэнтеролог кўриги, ЭФГДС, УТТ

текширувлар.

3. Ошқозон-ичак трактини рентгеноконтрастли текшируви.

Агар ичак тутилиши сабаби аниқланмаса, бунда лапароскопия қилишга кўрсатмалар бўлади.

КЎРСАТМАЛАР:

1. Қоринда операциядан сўнгги чандик соҳасида сурункали оғриқлар бўлиши, узоқ вақт ичи келмаслиги, боланинг умумий ҳолатида ўзгаришлар кузатилса.
2. Ўткир битишмали ичак тутилишида бир неча бор ўқтин-ўқтин оғриқлар қайтарилса ёки консерватив даво йўли билан бартараф этилса.
3. Битишмали касалликни қорин бўшлиғида хирургик касалликлар билан қиёсий ташхислаш.

ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР:

1. Тарқалган битишмали жараённинг I-IV даражасига гумон бўлса.
2. Ичак фалажи кучли бўлса.
3. Анамнезида ичак оқмалари эркин ёпилган бўлса.

ЛАПАРОСКОПИЯНИ ТАЙЁРЛАШГА ҚУЙИДАГИЛАР КИРАДИ:

1. Қорин бўшлиғи ультратовушда текширилади, бунда ичак қовузлокларининг қорин олд деворига ёпишган жойи аниқланади.
2. Тозаловчи ҳуқна қилинади.
3. Операция столида ошқозон зондланади ва сийдик копи катетерланади.

ЛАПАРОСКОПИЯНИ БАЖАРИШ УСУЛЛАРИ:

Текширишни ўтказиш босқичлари:

1. Қорин бўшлиғига тўмтоқ учли троакарни киритиш.
2. 5 ммли видеооптика орқали қорин бўшлиғини кўздан кечириш.
3. Қорин бўшлиғидаги битишмали жараёнларни лапароскопик стандарт кўздан кечириш, баҳолаш ва кейинги қилинадиган вазифани аниқлаш.
4. Лапароскопик адгезиолизис.
5. Қорин бўшлиғида ажратилган битишма жойларини қайта кўздан кечириш.

Ўткир битишмали ичак тутилиши даволашнинг I ва II босқичларида ҳам хирургик амалиётлар шу хусусиятларга қараб бажарилади.

III босқич эса:

1. Қорин бўшлиғидаги битишмали жараённи аниқлаш, битишмалар бўлса, оғриқ синдромининг бошқа сабабларини кидириш.
 2. Қорин бўшлиғидаги битишмали жараённинг тарқалишини баҳолаш.
 3. Беморлардаги оғриқ синдроми ва қисман ичак тутилиши сабабларини топиш ва баҳолаш.
 4. Бундай ҳолларда адекват лапароскопик адгезиолизисни ўтказиш имкониятларини топиш.
- Ўткир битишмали ичак тутилишининг IV ва V босқичларида лапароскопик амалиётларининг ҳаммаси бажарилади.

Сурункали оғриқ синдроми бор беморлар қорин бўшлиғининг эндоскопик манзараси.

Қорин бўшлиғида битишмали жараён ташхиси қўйилган беморларда кўпинча чарви ингичка ичакнинг деформацияси сабаб бўлиши ёки бўлмаслиги мумкин. Шу вақтда чарвининг ўнг ёнбош соҳасида ёки кичик чанок бўшлиғида фиксацияланиш чарвининг тортилишига сабаб бўлади. Бу эса <<чарвининг тортилиш синдроми>> дейлади. Кичик чанок бўшлиғида тарқалаган битишмалар бачадон трубалари ва тухумдонлар деформациясига сабаб бўлади. Ажралган ингичка ичак деформацияси битишмалари шу соҳада шаклланиб, қисман ичак тутилишига шароит яратади. Бироқ аниқ эндоскопик белгилар ичак атонияси, ингичка ичак юқори соҳасининг кенгайиши, ичак трубкасининг торайган соҳалари, ичакнинг пастки соҳалари диаметри кичиклиги кўпинча кузатилмайди. Беморларда битишмали жараёнга кўпинча чарви, қорин олд девори, ингичка ичак қовузлоқлари сабаб бўлади. Бунда оғриқ синдроми генезини баҳолашда қийинчилик юзага келади. Қорин бўшлиғида битишмали жараён аниқланмаган ҳолларда қорин бўшлиғи синчиклаб кўздан кечирилади. Бу эса кўпинча беморларда абдоминал оғриқ синдромини аниқлаш, сурункали битишмали ичак тутилишига шароит яратиш сабабларини аниқлаш имконини

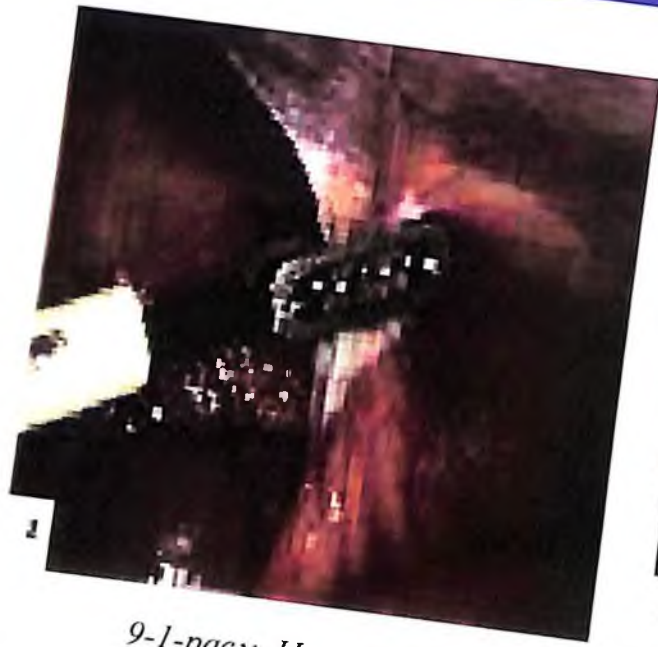
беради. Гоҳида бу қизларда гинекологик касалликлар ўткир специфик бўлмаган мезаденит, сурункали гепатит, терминал илеит, тугалланмаган ичак буралиши бўлиши мумкин. Бироқ баъзи ҳолларда реллапароскопияни ўтказишда ҳам хирургик патологияни аниқлаб бўлмайди. Бу каби беморларда кейинчалик синчиклаб текширувлар ўтказилади. ЭФГДС, фиброколоноскопия, КТ, радиоизотоп диагностика кабилар. Бизнинг тажрибаларимиз кўрсатадики, қорин бўшлиғининг сурункали оғриқ синдромида лапароскопик текширувнинг 3та варианты ажратилади:

1. Лапароскопияда қорин бўшлиғи патологиясида унга тегишли ва тегишли бўлмаган бошқа патологиялар оғриқ синдромига сабаб бўлиши мумкин.
2. Оғриқ синдроми чарвининг тортилиши ҳисобига бўлиши мумкин. Қорин бўшлиғининг пастки қаватида эндоскопик кўрувда чарви аниқланиб, операциядан сўнгги чандикқа ёпишган ёки ичак қовузлоқларига ёпишган бўлади.
3. Оғриқ синдроми битишма ҳисобига ичакнинг деформацияланишига ва шунинг натижасида қисман ичак тутилишига сабаб бўлиши мумкин.

ЛАПАРОСКОПИК БИТИШМАЛАРНИ АЖРАТИШ

Сурункали абдоминал оғриқ синдроми бор беморлардаги қовузлоқлараро битишмаларни лапароскопик ажратиш икки асбоб билан амалга оширилади. Чарви олдиндан коагуляция қилинади ва париетал қорин пардасидан 1,5-2,0 см ораликда кесилади, бу эса жароҳатланишни камайтириб, битишмали жараённинг қайталаниши

камаяди (9-1-расм). Кичик чанокдаги битишмаларни ажратишда бачадон трубаларидаги деформацияларни бартараф этиш лозим. Операция вақтида асоратлар кузатилмайди. Операциядан кейинги даврда битишмали жараёнга қарши даволаш курслари ўтказилади (физиотерапевтик даво муолажалари).



9-1-расм. Чарвинг биполяр коагуляцияси (а) ва уни қирқши (б).

Битишмали жараёнларни
лапароскопик усулда бартараф этиш 85%
беморларда бажариш имконини беради.
Эндоскопик муолажалар ичакдаги

ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

140 та беморда лапароскопик усул
қўлланиб, операция натижалари тахлил
килинди ва қўйидаги хулосаларга келдик:

1. Сурункали оғрик синдроми ёки қисман
ичак тутилиши белгилари бўлса, қорин
бўшлиғида аввал хирургик амалиёт
бажарилган бўлса, гастроэнтерологик
текширувлар ўтказилганидан сўнг,
лапароскопияга кўрсатмалар бўлади.
2. Диагностик лапароскопияни ўтказишда
таклиф килинган тактик ва техник
усулларни, пункция килишда асоратларни
камайтириш, беморларда аввал 1-6
маротаба қорин бўшлиғида жаррохлик
амалиётларини ўтказган бўлса ҳам
диагностик лапароскопия қилиб, қорин
бўшлиғини синчиклаб кўздан кечириш
мумкин.
3. Кўп ҳолларда диагностик лапароскопия
орқали клиник белгилар (оғрик, қисман
ичак тутилишидек) битишмали жараённинг
қай даражада тарқалганилигига қараб
хулоса килиш мумкин.
4. Қорин бўшлиғида кучли тарқалган
битишмали жараёнлар бўлса, ичак
қовушлоқларидаги бир-бирига ёпишиб
кетган битишмалар, битишмаларни
операциядан сўнгги чандикқа ёпишиб
кетган ҳоллари, лапароскопик
битишмаларни бартараф этиш техник
кийинчилик туғдириб, лапароскопик
адгезиолизис бажариш хавфли
ҳисобланади. Бундай ҳолларда
битишмаларни лапароскопик бартараф
этиш имкони бўлмайди.
5. Ҳозирги вақтда лапароскопик
адгезиолизисга қарши кўрсатмалар: қорин
бўшлиғидаги кучли тарқалган битишмали
жараён ичак девори деформацияга учраб,
қай соҳада битишма тортиб турганлигини
аниқлаш имкони бўлмаганида, қорин
бўшлиғида кучли тарқалган битишмали
жараёнлар ҳисобланади.
6. Таклиф этилган даволаш схемаси билан
эндоскопик технологияни қўллаш 85%
беморларда сурункали оғрик синдромини
даволаш яхши натижа беради.

10-БОБ.

ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ

10.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Ичак инвагинацияси орттирилган ичак тутилишлари орасида энг кўп учрайдиган бўлиб, асосан 4-9 ойлик болаларда

Классификацияси

Ичак инвагинацияларининг 95% дан ортик қисми илеоцекал соҳада учрайди. Ундан ташқари, ингичка ингичка ичак, ингичка йўғон ичак ва йўғон йўғон ичак

Этиологияси ва патогенези.

Кўкрак ёшидаги болаларда идиопатик инвагинациянинг асосий сабабларидан бири-кўшимча овқат киритишда ичак циркуляр ва бўйлама толаларининг навбатма-навбат қисқарувчанлигининг бузилишидир. Каттарок ёшли болаларда

кузатилади. Ичак тутилишининг бу тури уйғунлашган ичак тутилиши, деб ҳисобланади.

инвагинациялари фаркланади. Инвагинациянинг бу турлари нисбатан кам учраб, барча инвагинацияларнинг бор – йўғи 5% ичи ташкил қилади.

ичак инвагинациялари органик характерга эга бўлиб, эмбрионал чандиклар, Меккель дивертикули, лимфоид тўқималарнинг гиперплазияси (айрим ҳолларда ёмон сифатли ўсмалар) катта роль ўйнайди.

10.2. АНАЪАНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Клиник манзараси ва диагностикаси

Ичак инвагинацияларининг клиник манзараси шунчалар ўзига хос бўладики, (бемор ёши, қоринда санчиқсимон оғрик, бир-икки марталаб қусиш, ич келишининг бузилиши, ичакдан қон келиши, қорин пайпаслаганда ўсмасимон ҳосила кабилар) диагностикада катта мураккабликлар

ҳосил қилмайди.

Бир ёшдан катта болаларда ичак инвагинацияларининг клиник манзаралари турлича бўлиши мумкин.

Каттарок ёшли болаларда ичак инвагинацияларининг клиник манзаралари

аксарият ҳолда ўткир аппендицитникига ўхшаб кетади ва бундай болалар шошилиш равишда аппендэктомия учун **олинган ҳоллар ҳам кўп учрайди.**

Анъанавий диагностикада Ричардсон баллончаси воситасида ичак орқали 70 мм симоб устунига қадар ҳаво киритиш ва рентген экранни олдида кузатиш йўлга кўйилган. Мазкур усул воситасида

беморларнинг 50-75%ида инвагинацияни тўғрилаш имкони бўлади. Албатта, ушбу диагностик тадбирни касаллик бошланганидан сўнг 12 соатга қадар ўтказиш лозим. Ақс ҳолда, инвагинация узок давом этганлиги боис, юборилган ҳаво ичакни кескин кенгайтириб, қон айланиши бузилган соҳаларда йиртилиб кетишига ва йирингли-аҳлатли перитонитнинг тараккий қилишига олиб келиши мумкин.

10.3. ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯЛАРИДА ЛАПАРОСКОПИК МУОЛАЖАЛАР

Ичак инвагинацияларининг лапароскопик давоси унинг бу соҳадаги янги уфқларини очиб берди.

Ичак инвагинацияларида лапароскопия технологиясига кўрсатмалар:

Касалликнинг эрта даврларида консерватив терапиянинг самара

бермаслиги.

Бемор клиникага кеч тушганида консерватив терапия ўтказишга уриниб кўрилганидан кейинги ҳолат.

Катгарок ёшли болаларда ичак инвагинацияси сабабини аниқлаш учун.

10.3.1. ЛАПАРОСКОПИК ТЕКШИРИШ МЕТОДИКАСИ

Лапароскопияни ўтказиш босқичлари:

1. Қорин бўшлиғининг бирламчи ревизияси.
2. Инвагинатни тўғрилаш (Дезинвагинация).
3. Қорин бўшлиғининг такрорий ревизияси.

Ҳар қандай ҳолларда ҳам лапароскопик текшириш диагностик босқичдан бошланади. Беморни текширишга тайёрлаш, бунинг учун тозаловчи хукналар қилиниб, меъда зондланади, ковок бўшатилади. Диагностик тадбирлар иккита атраватик граспер кискичлари воситасида ўтказилади.

Қорин бўшлиғининг дастлабки ревизиясидан мақсад:

1. Ичак инвагинацияларининг ўрнини аниқлаш.

2. Ичак инвагинацияларининг ташқи кўринишини баҳолаш. (10-1-расм).

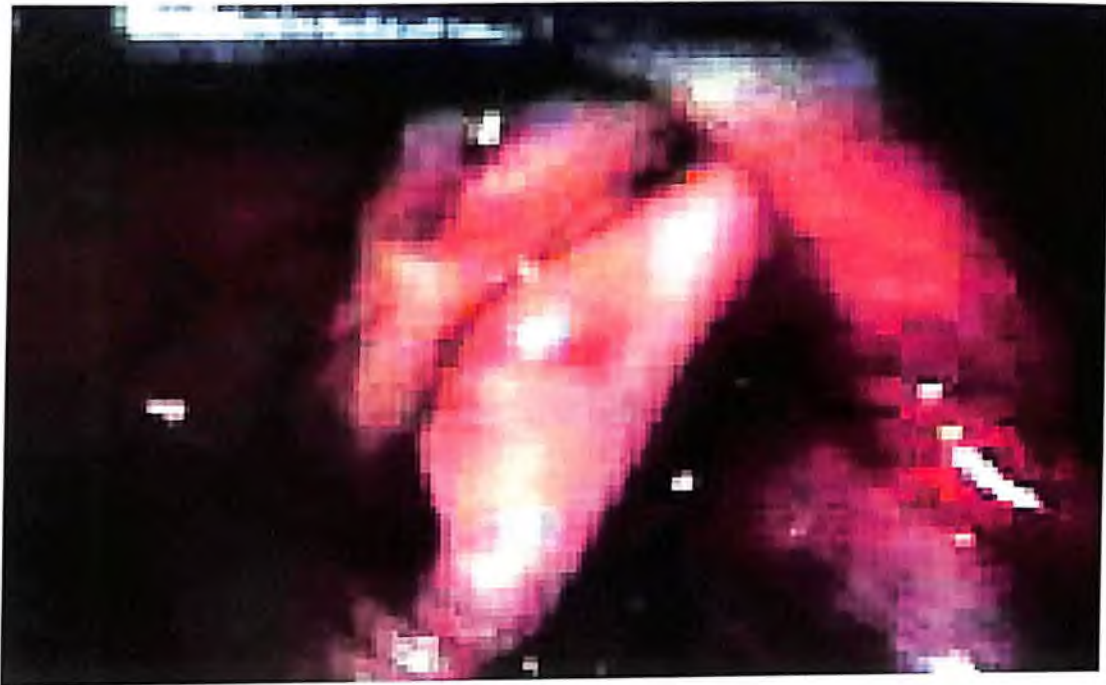
3. Қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг ҳолатларини баҳолаш;

4. Экссудатнинг миқдори ва таркибига баҳо бериш, парентал қорин пардасини текшириш, ичак прези даражасига баҳо бериш.

5.Ичакнинг сиқилиб қолган қисми ўзгаришларига баҳо бериш.

Қорин бўшлиғида уйғунлашиб келган патологияларни аниқлаш ва баҳолаш.

Диагностик босқичда эндоскопик йўл билан тўғрилаш мумкин ёки қарши кўрсатмалар аниқланиб, операциянинг режаси тузилади.



10-1-расм. Ингичка йўгон ичак инвагинация.

10.3.2. ИНВАГИНАТНИ ЛАПАРОСКОПИК ЙЎЛ БИЛАН БАРТАРАФ ЭТИШ

Муолажа ўнғай бўлиши учун инвагинатнинг жойлашган ўрнига қараб беморнинг ва у жойлашган ўриннинг ҳолати ўзгартирилади. Аксарият ҳолларда столнинг бош қисми 20 градусга кўтарилади. Сўнгра инвагинат видеоэкран тасвири остида қорин бўшлиғига

1. Беморнинг столдаги ҳолатини эътиборга олган ҳолда патология ўрнини кўздан қочирилмаслик лозим.

2. 10 дақиқа мобайнида ичакнинг кириб кетган қисми охистали билан тортиб

киритилган граспер қисқичлар воситасида тўғриланади ва ичакка бир вақтнинг ўзида Ричардсон баллончаси воситасида ҳаво ҳайдалади. Қўйидаги ҳолларга эътиборни жалб этиш лозим:

чиқарилади, шу билан бирга, тўғри ичак орқали 130-150 мм симоб устунига тенг ҳаво ҳайдалади.

Бу принципларга эътибор бериш дезинвагинацияда ичакнинг йиртилиб

кетишига йўл қўйилмайди. (10-2-расм).

Инвагинат тўғриланганидан кейин қорин бўшлиғини қайта тафтиш қилишдан қўйдаги максадлар амалга оширилади:

1. Ичакдан иложи борича ҳавони максимал ҳайдаб чиқариш.

Меъда- ичак тизимини имкон қадар бошдан охиригача тафтиш қилиш.

Динамикада сиқилиб қолган ичакдаги микроциркулятор ўзгаришларни баҳолаш ва тегишли хулосалар чиқариш (10-3-расм).

Зарурият туғилган ҳолларда ичак

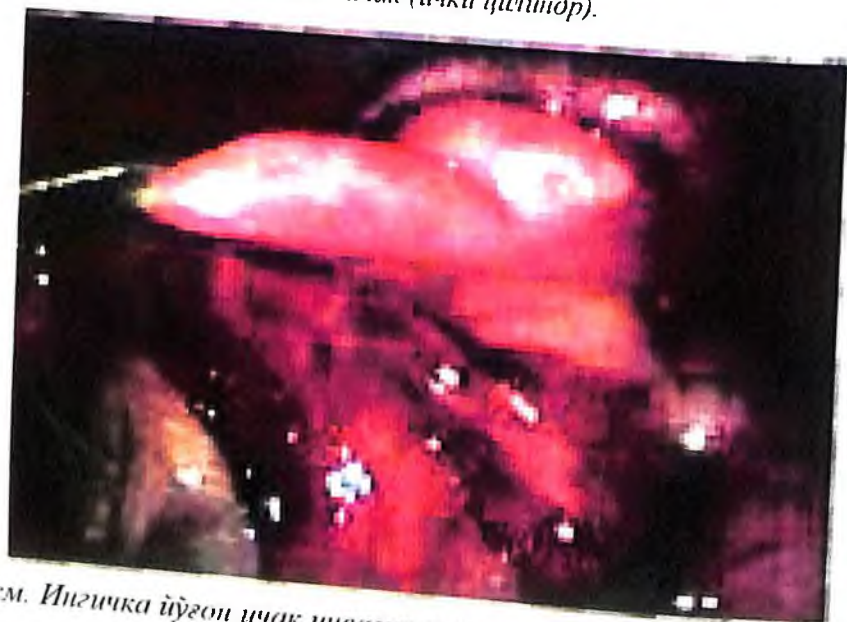
тутқичга новокаиннинг 0.5%ли эритмаси киритиш.

Ичак инвагинацияси бартараф қилиш вақтида қутилиши мумкин бўлган асоратлар

-Вереш игнасини киритиш вақтида ичаклар деворини ёки ичаклар тутқичини жароҳатланиши
-дезинвагинация вақтида ичаклар девор зарарланиши



10-2-расм. Лапароскопик дезинвагинация ўтказиши схемаси:
1-Йўгон ичакка орқа чиқарув тешиги орқали ҳаво юбориши.
2-Йўгон ичак (ташқи цилиндр).
3-Ичкка ичак (ички цилиндр).



10-3-расм. Ичкка йўгон ичак инвагинациясини тўлиқ дезинвагинация қилиши.

11-Б0Б

ЁНБОШ ИЧАКНИНГ ДИВЕРТИКУЛИ (МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛИ)

11.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Ёнбош ичакнинг чувалчангсимон ўсимтага ўхшаб дўппайиб чиқиши илк мартаба олмон анатоми Й. Меккель томонидан 1809 йилда аниқланган бўлиб, кейинчалик унинг шарафига Меккель дивертикули деб юритиладиган бўлди. Патологоанатомик текширишларга кўра, Меккель дивертикули 2-3% ҳолда учрайди.

Дивертикулнинг шакли турлича бўлиб, аксарият ҳолларда ёнбош ичакнинг тутқичига қарама –қарши томонида

дўппайган ҳосилладир. Аммо шунга қарамадан, дивертикул ичак тутқичи жойлашган томонида ёки ҳатто ичак тутқичининг орасида жойлашиши ҳам мумкин. Дивертикулдан Бауген тўсиғига қадар масофа 1-120 см оралиғида бўлиши мумкин. Дивертикулнинг узунлиги ҳам 1-20 см атрофида бўлиши мумкин. Дивертикулнинг кенглиги 1-5 смгача бўлиб, ичак бўшлиғи билан эркин туташган бўлади.

11.2. МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛИ АСОРАТЛАРИНИНГ ТАСНИФИ

Меккель дивертикули асоратларининг кўйидаги таснифи кенг тарқалган:

- Дивертикулит (ўткир, сурункали).
Ўткир дивертикулит ўз навбатида бўлинади:

-катарал, флегмоноз, гангреноз,

- Ичак туттилиши (странгуляция, инвагинация, чуррада сикилиш).
- Ўсмалар (яхши ва ёмон сифатли).

11.3. ПАТОМОРФОЛОГИЯ

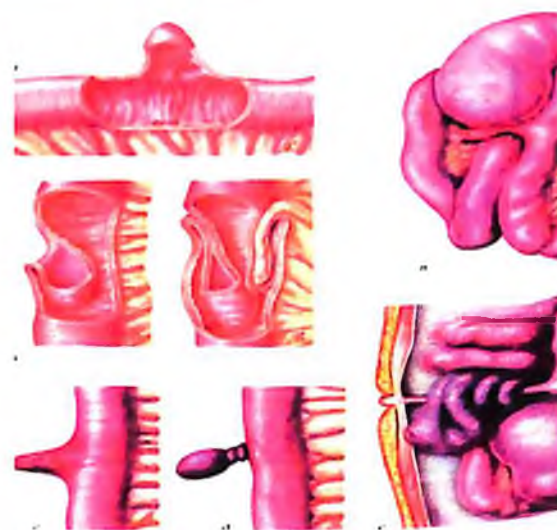
Меккель дивертикули аксарият ҳолларда ичак бўшлиғи билан кенг туташган бўлиб, клиник жиҳатдан намоён бўлмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда Меккель дивертикули тасодифан-бошқа касалликларни текшириш учун ўтказиган лапаротомияда аниқланиб қолади. Аксарият ҳолларда Меккель дивертикули яллиғланиш, қон кетиши, ичак инвагинацияси, странгуляцияси, ичак буралиши билан асоратланиши мумкин (11-1-расм).

Ичакдан қон кетишига сабаб шундаки, Меккель дивертикули шиллиқ қаватида аксарият ҳолларда меъда ёки меъда ости безига хос бўлган тўқималар топилади. Атипик жойлашган без хужайраларидан ажралган кислота ва биологик фаол моддалар дивертикул деворида эрозияли яра жараёнини юзага келтиради.

Меккель дивертикули ичак тутилишига олиб келиши мумкин. Дивертикул атрофида ичак қовузлоқларининг буралиб қолиши, дивертикулни чарвига ёки қорин олд деворига битишиб қолишида ичак қовузлогининг сиқилиб қолиши ичак

тутилишига олиб келиши мумкин. Айрим ҳолларда эса дивертикул ичак бўшлиғига кириб қолиб, ингичка ичак инвагинациясини келтириб чиқаради.

Меккель дивертикулининг ўсмалари нисбатан кам учрайди.

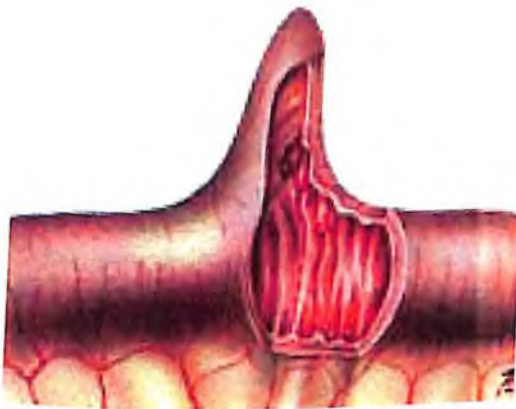


11-1-расм. Меккель дивертикулининг асоратлари. Схематик: А-қон кетиши. Б-инвагинация. В-странгуляция ичак тутилиши. Г-дивертикулит. Д-дивертикулнинг узун оёқчада буралиб қолиши. Е-ичакнинг буралиши.

11.4. КЛИНИК МАНЗАРАСИ



11-2-расм. Меккель дивертикулининг яллигланиши.



11-3-р асм. Меккель дивертикулидан қон кетиши.



11-4-расм. Меккель дивертикули ҳисобидан ичакнинг тутилиши.

Ўткир дивертикулит жуда кам учрайди, шу боисдан ҳам уни операцияга қадар аниқлашнинг умуман имкони йўқ. Дивертикулит клиник жиҳатдан аппендицитга ўхшаб кечади, чунки улар анатомик жиҳатдан жуда ўхшашдирлар (11-2-расм).

Меккель дивертикулидан қон кетиши ўткир бошланиши мумкин, бунда бирор-бир белги бермасдан, соғломдек туюлган болада қўққисдан қон кетиши кузатилади. Бундай асорат асосан 2-3 ёшлар оралиғидаги болаларда кузатилса-да, каттароқ ёшли болаларда учраш эҳтимолини ҳам истисно этиб бўлмайди (11-3-расм).

Қон кўп кетганида боланинг ранги оқаради, тахикардия, анемия, коллапс ривожланиб, қонда гемоглобин миқдори кескин камаяди. Айрим ҳолларда қорин оғриғи қўшилиб келади, бунинг сабаби қон ичакнинг нерв охириларини таъсирлашидир. Айрим ҳолларда эса қон кам миқдорда кетиб, клиник аломатлар бермаслиги мумкин.

Дивертикул оқибатида юз берадиган ичак инвагинацияси инвагинацияга хос бўлган триада (қорин бўшлиғида пайпасланувчи ўсмасимон ҳосила, қўққисдан бошланиш, ичакдан қон кетиши) каби аломатлар билан намоён бўлади. Дезинвагинациядан кейин дивертикул аниқланади.

Меккель дивертикули ҳисобига рўй берадиган обтурацияли ичак тутилиши типик кечиб, аста – секинлик билан кучайиб боради, даставвал қисман, кейинчалик эса тўлиқ ичак тутилиши кузатилади (11-4-расм).

11.5. ДИАГНОСТИКАСИ

Меккель дивертикуласининг диагностикаси жуда мураккаб бўлиб, ичакдан такрорий қон кетишлар унга гумон туғдиради.

Бола текширишдан ўтказилганида қорин овалсимон шаклда, пайпаслаганда-оғриксиз, қоринпардасининг таъсирланиш белгилари-манфий. Ичакда қорамтир тусда қон йиғилганлигини аниқлаш мумкин. Бундай тусли нажас кўп марталаб мустақил тарзда келади, бундай ҳолларда ўтказиладиган гемостатик терапия муффақиятли самара беради, орадан бир қанча муддат ўтиб, қон кетиши такрорланади.

Дивертикулдан қон кетиши ичаклар ангиоматозидан қон кетиши билан қиёсланади.

Сўнгги йилларда Меккель дивертикулини аниқлаш учун технеций 99 билан радиоизотоп текширишлар ўтказиш катта аҳамият касб этиб бормокда. Радиофармпрепарат одатда Меккель дивертикули соҳасида йиғилади, аммо шунга қарамасдан, ушбу усул 45% гача ҳолларда сохта манфий натижалар бериши мумкин.

11.6. ДАВОЛАШ

Дивертикулнинг ҳар қандай шаклида Волкович кесими орқали дивертикулэктомия бажарилади. Дивертикулнинг шаклига қараб, резекция тури танланади. Агар дивертикулнинг оёқчаси ингичка бўлса (1,5 смгача) чувалчангсимон ўсимта каби лапароскопик олиб ташланади. Асоси кенг бўлганида,

понасимон кесим билан олиб ташланиб, ичак деворига қўндаланг чоклар қўйилади.

Айрим ҳолларда дивертикул перфорация бўлиши мумкин. Бунда ичакнинг бу қисми кесиб олиб ташланиб, учма-уч анастомоз қўйилади.

11.7.МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛАСИНИ ЛАПАРОСКОПИК ЙЎЛ БИЛАН РЕЗЕКЦИЯ ҚИЛИШ

Сўнги йилларда хориж илмий-тиббий адабиётларида Меккель дивертикулини эндосиртмоқ, тикувчи аппаратлар воситасида лапароскопик йўл билан баргараф этиш бўйича кўплаб маълумотлар пайдо бўлган.

Ҳар қандай ҳолларда ҳам учта 3-5,5 ммлик троакарлардан фойдаланилади, улар айна аппендэктомиядаги каби жойлаштирилади. Степлердан фойдаланилганида 5,5 ммли троакарнинг ўрнига 12 ммлиги киритилади.

Меккель дивертикули лапароскопик олишда кутилиши мумкин бўлган асоратлар

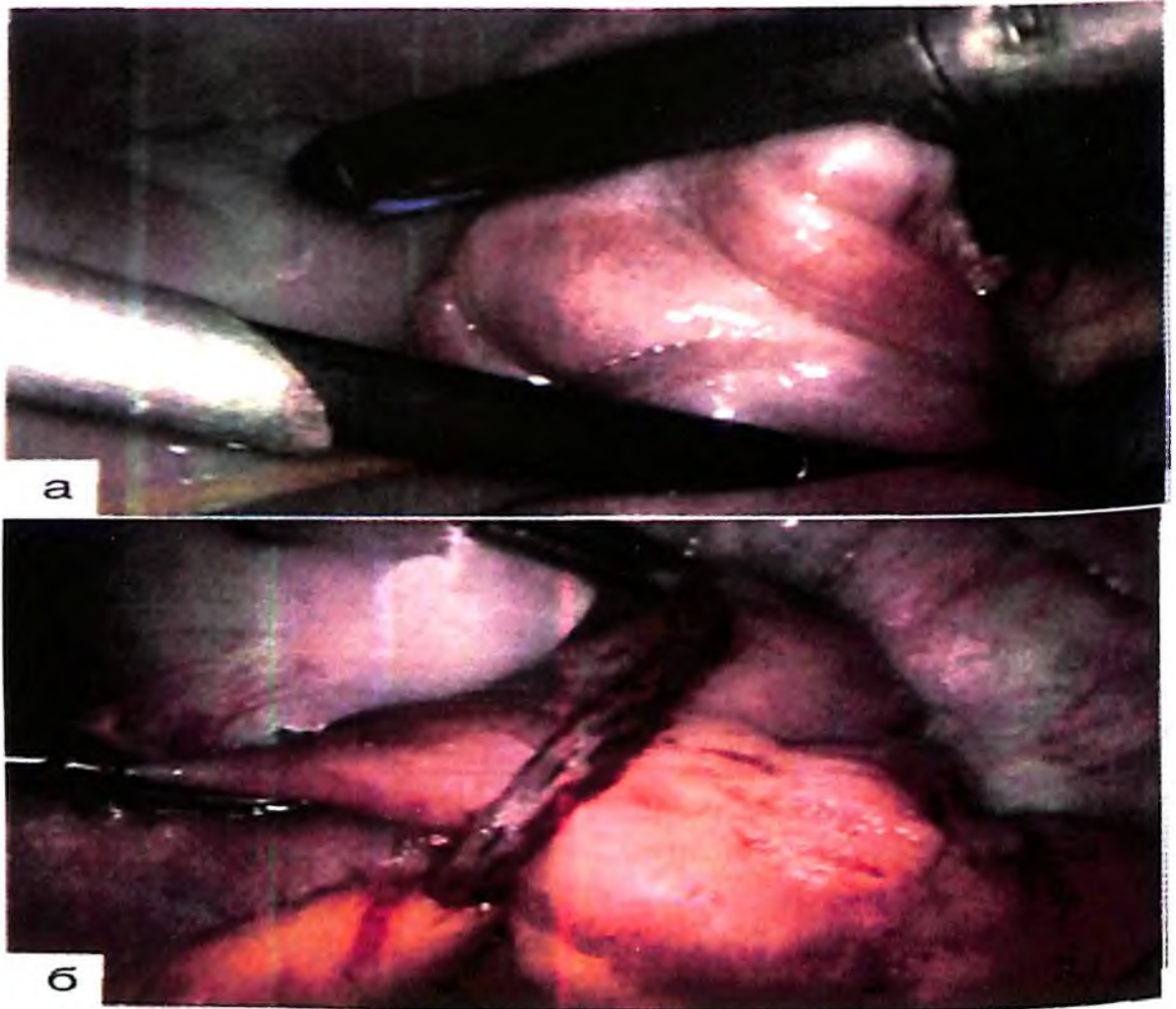
- ичаклар деворини сероз қаватини жароҳатланиши
- Меккель дивертикули чўлтоғи
етишмовчилиги



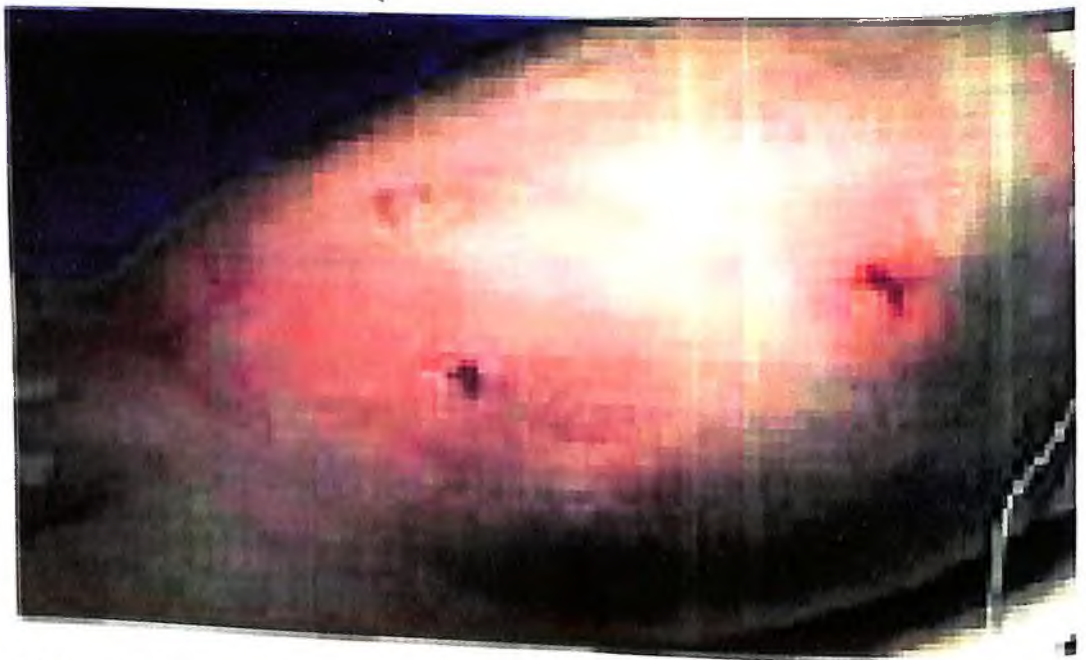
11-5-расм. Меккель дивертикуланинг лапароскопик кўриниши.



11-6-расм. Меккель дивертикуланинг бураланиши, гангренининг лапароскопик кўриниши.



11-7-расм. Меккель дивертикулининг резекцияси: а-дивертикули асосидаги тикувчи асбоб; б-



11-8-расм. Қорин олд деворининг операциядан кейинги даврдаги ташқи кўриниши.

12-БОБ.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

12.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Болаларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши барча шикастланишларнинг 3%ини ташкил қилади. Кўпинча паренхиматоз аъзолар (талоқ, жигар, буйрақлар, ошқозонностибези) шикастланади. Ковак аъзолардан, асосан, ўн икки бармоқли ичак шикастланади.

Абдоминал шикастланишлар асосан 9 ёшдан 12-13 ёшгача, кўпроқ ўғил болаларда кузатилади.

Шикастланишларнинг кўп миқдори баҳор ва куз ойларига тўғри келади. Шикастланишларнинг асосий сабабларидан бири-йўл ҳаракати қоидаларига риоя қилмаслик ва ёмон маиший шароит. Охирги ўн йил давомида автомобиль ҳалокатлардан туфайли шикастланишнинг ошиши кузатиляпти.

12.2. КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

Паренхиматоз аъзонинг шикастланиш характери ва чуқурлигига қараб, қуйидаги турлари тафовут қилинади:

1. Субсероз ва капсулаости гематомалари.
2. Аъзонинг ички гематомалари.
3. Паренхиматоз аъзонинг дарз кетиши ва ёрилиши, капсула бутунлигининг бузилиши билан.
4. Аъзонинг мажақланиши.
5. Аъзонинг бир қисми ёки бутунлигича узилиши.

12.3. ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпик шикастланиши қоринга ёки белга қаттиқ зарбларда, автомобилдан шикастланишда, спорт, юқори баландликдан йиқилишда, эзилишда ва ҳ.к. Қорин бўшлиғи ички аъзоларининг шикастланишга таъсир этувчи асосий омиллардан бири уларнинг шикастланиш вақтидаги ҳолатидир. Қорин

девори мушакларининг таранглашуви ички аъзоларни шикастланишдан химоя қилади. Тўлган ковак аъзо осон ёрилади ва унинг ички таркиби қорин бўшлиғига эркин чиқади. Аъзонинг патологик ўзгариши кичик шикастланишда ҳам унинг жароҳатланишига мойилдир.

12.4. АНЪАНАВИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Клиник манзараси ва диагностикаси. Паренхиматоз аъзолар ёпик шикастланишининг клиник кўриниши кўплаб умумий характерли симптомларга эга бўлиб, бола организмнинг анатом-физиологик хусусиятига ва ёшига, шикастланиш механизми характерига боғлиқ. Кўпинча беморлар клиникага оғир ҳолатда- шок ва қон йўқотиш симптомлари билан келиб тушишадилар. Абдоминал шикастланишнинг оғир кечиши, клиник манзарани баҳолашда, субъектив ва объектив ташхис усулларининг йўқлиги қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпик шикастланишини ташхислашда катта қийинчиликлар туғдиради. Айниқса, қўшма шикастланишларда ташхислашда кўп қийинчилик туғдиради.

Охирги йилларда клиник амалиётда янги объектив текширув усуллари кенг

Лапароскопик текширув

Ҳозирги вақтда педиатрияда лапароскопия қорин бўшлиғи ёпик шикастланишга гумон бўлганда кенг қўлланилмоқда, айниқса, қўшма шикастланишларда қориндаги ёпик

қўлланилмоқда (УТТ, КТ), булар ўз вақтида қориннинг ёпик шикастланиш ташхислашни оёдинлаштиради, лекин бу муаммони тўлиқ ҳал этмади. Шу кунгача ташхислашдаги хатолар даражаси юқори бўлиб, ўртача 15-20% гача етади.

Давоси. Ташхислашдаги хатоликлар бефойда ёки кечиктирилган лапаротомияларга олиб келади. Бу ҳолатларда кенг оператив – ўрта чизикли лапаротомия қўлланилади.

Қориннинг ёпик шикастланишини ташхислашда лапароскопияни киритиш қорин бўшлиғи ички қон кетишини тасдиқлайди ёки инкор этади. Унинг сабабини, характерини аниқлайди ва кўп ҳолатларда эндоскопик гемостаз қилишга имкон беради.

шикастланишнинг клиник манзараси камаёди. Лапароскопик текширув методикасига ҳозирги кунда ўзгаришлар киритилапти.

Лапароскопияга кўрсатмалар:

1. Клиник жараённинг ва кўшимча текширув метод натижаларининг ноаниқлиги.
2. Динамик кузатув давомида ички аъзолар шикастланишини инкор этишнинг иложи бўлмаганида, айниқса, кўшма шикастланишларда.

Лапароскопияга қарши кўрсатма.

Қориндаги ёпиқ жароҳатларда яққол гипотензияда, қачонки ҚБ фақатгина қон ва кристаллоид эритмалар қуйиш билан ушлаб турилса, у диагностик ва даво лапароскопиясига қарши кўрсатма ҳисобланади. Бу ҳолатларга ички

Кейинги вақтларда лапароскопия қорин бўшлиғига қон кетишнинг яққол кўринишида ва якуний ташхис қўйиш мақсадида лапароскопик гемостаз қилишга ҳаракат қилинмоқда. Агарда иложи бўлмаса – рационал оператив қирқимни аниқлаш мақсадида қўлланиляпти.

аъзоларнинг катта шикастланиши борлиги ва давом этувчи оғир қон кетишли гемоперитонеум борлиги сабаб бўлади. Бу беморларга тезкор лапаротомия ва қон тўхтатиш кўрсатма бўлади.

12.5. ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯ МЕТОДИКАСИ

Лапароскопиянинг муҳим босқичини бажаришга киришилганда эндоскопист ўз олдида қўйилган масалани аниқ тасаввур қилиши керак. Дастлабки теширув натижалари билан чуқур танишиши, у ёки бошқа патологияни аниқлаш мумкинлигини олдиндан кўриши керак. Бу маълумотлар асосида аъзоларни индивидуал кўриш схемаси ишлаб чиқилади ва қорин бўшлиғининг клиник аҳамият касб этган соҳалари ҳамда асбоб-ускуналар киритиш учун лозим бўлган соҳалар аниқланади.

Лапароскопия ўтказиш вақтида юрак қон-томир ва нафас системасига қуйидаги ножўя омиллар таъсир кўрсатади:

1. Пневмоперитонеум қўйишда қорин бўшлиғига CO₂ юбориш.
2. Фовлер позицияси (беморнинг боши кўтарилган ҳолда ётиши).
3. Газ инсуффляцияси ҳисобида гипотермия ҳолати.

Шу сабабли беморларга умумий оғрикислантириш вақтида артериал қоннинг газ таркибини мониторинг қилиш

жуда муҳимдир, чунки беморда гиперкапния ва ацидоз ҳолатлари келиб чиқиши мумкин. Адекват газ алмашинувининг таъминланиши фақатгина ўпкани сунъий вентилицияси гипервентилиция режимида ўтказилганда бўлади. Қорин бўшлиғи ички босимининг ошишини қон айланиш системасига патологик таъсирини коррекция қилишда инфузия терапияси ҳажмини ошириш мақсадга мувофиқдир. Қорин бўшлиғига газ инсуффляциясигача вена ичига кўп ионли тузли эритмаларни 15-28 мл/кг соат ҳисобида юбориш керак.

Қорин бўшлиғининг иккита пункцияси диагностик лапароскопияда қабул қилинган кам диаметрли троакарлар (3-5,5мм) билан бажарилади. Паренхиматоз аъзоларнинг шикастланишининг биринчи кўринадиган белгиси -- қорин бўшлиғида эркин қон бўлишидир. Кичик чанок бўшлиғида ва иккала латерал каналларда кўп миқдорда қон бўлиши жиддий шикастланиш борлигидан далолат бериши ҳақида гапириш мумкин. Олдин қон

аспирация қилинади. Буни кичик чанок бўшлиғи соҳасида ёки жигарнинг ўнг бўлаги билан қориннинг ён девори

Қорин бўшлиғининг эндоскопик кўриниши

Паренхиматоз аъзоларнинг травматик шикастланишнинг ташқи кўриниши турлича бўлиб: катта бўлмаган чизикли ёрилишдан тортиб (12-1, 12-2, 12-3-расмлар) турли ўлчамдаги капсулаости гематомалардан то кенг мажақланишгача бўлиши мумкин (12-5, 12-6-расм). Эндоскопияда ёрилган аъзода қон куйқалари аниқланиб, улар шикастланган жойни беркитиб туради. Бу ҳақиқий белги бўлиб, қон кетиш манбаини аниқлашда ёрдам беради. Жароҳат йўналиши ва миқдорини аниқлашга ҳаракат қилиб, қон куйқаларини манипулятор ёрдамида олиш тавсия этилмайди – бу муолажалар қон кетишини кучайтириши мумкин.

Катта чарвининг шикастланган паренхиматоз аъзога стабил фиксацияси 90% ҳолатларда спонтан гемостаз бўлганлиги критерияси, деб ҳисобланиб, қон кетишини ишончли тўхтади ва яранинг битиш процессини яхши кечишини таъминлайди.

Агарда қорин бўшлиғида қон кам бўлса, аъзо ревизиясида катта бўлмаган

оралиғида бажариш қулай бўлади. Шундан сўнг жигар ва талоқ синчиклаб кўрилади.

чизикли ёрилишлар қон кетиш аломатларсиз бўлса, у ҳолда бемор консерватив даволанади. Лапароскопия қорин бўшлиғини дренажлаш билан тугатилади. Силиконли катетер шикастланган аъзо олдида ёки кичик чанок бўшлиғига қўйилади.

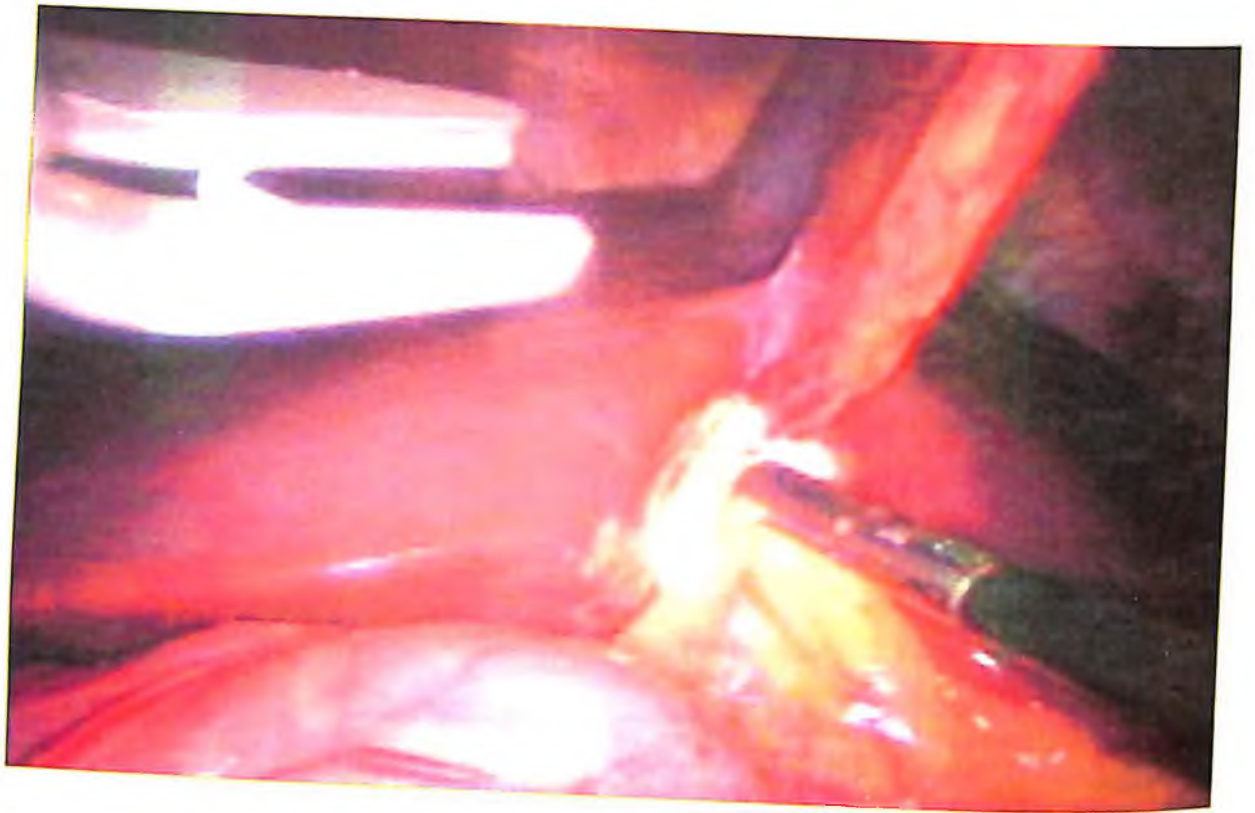
Айрим ҳолларда жигар ва талоқ ревизиясида капсулаости гематомаларини кўриш мумкин. Бу турдаги шикастланишлар юқори баландликдан йиқилган беморларга хос. Кўпламчи майда капсулаости гематомалар хавфсиз бўлиб, оператив даво талаб этмайди. Катта ягона капсулаости гематомаларда одатда кучли оғриқ синдроми кузатилади ва уларда спонтан ёрилиш хавфи бор. Бу ҳолларда визуал назорат остида гематома пункция қилинади. Пункция қилинган ўринда одатда қон кетишнинг давом этиши кузатилмайди. Бу ҳолатда қорин бўшлиғида назорат учун найча қолдириш керак. Бу эса керак бўлганда қайта лапароскопия қилинганда пневмоперитонеум ҳосил қилишда ишлатиш мумкин.

12-2-расм. Жигарнинг дарвоза соҳасидан ёритилиши.

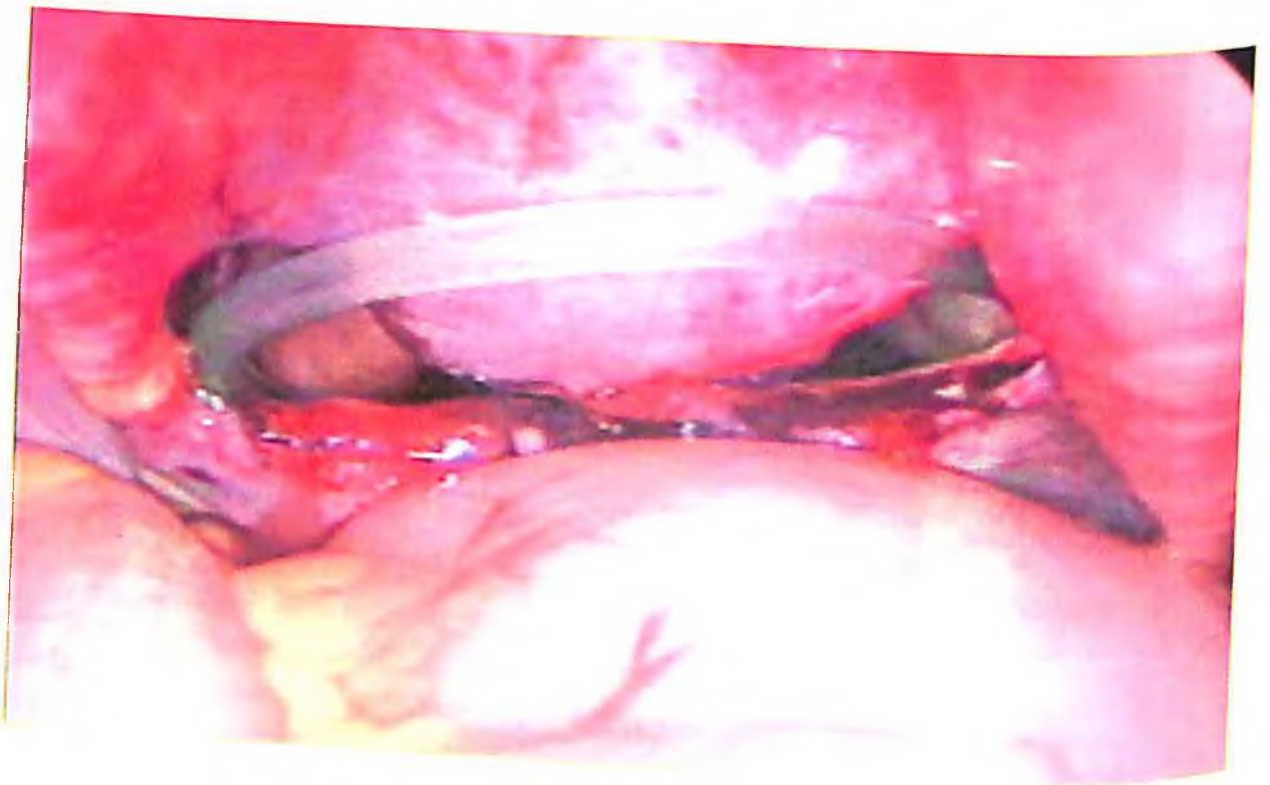


12-1-расм. Жигарнинг ичизигин ёритилиши





12-3-расм. Қои тўхтатиш босқичи.

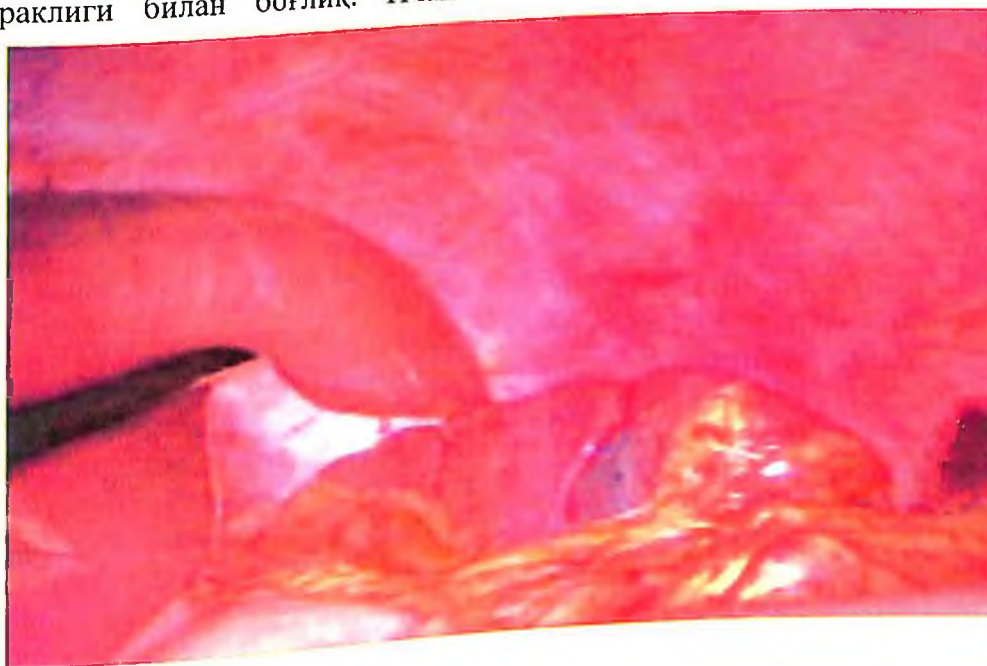


12-4-расм. Қовуқнинг йиртилиши.

Латерал каналларда қоринорти гематомалар топилганида маълум кийинчиликлар туғилади. Бу ҳолатда лапароскопист буйракда шикастланиш бор ёки йўқ, деб аниқ жавоб бера олмайди. Охирги аниқ диагноз қўйишга қўшимча текширув методлар (УТТ, томир ичи урографияси, радиоизотоп диагностика) ёрдам беради.

Ичаклар ёрилишини лапароскопияда кўриш жуда қийин. Чунки ҳамма ичак қовузлокларни синчиклаб методик ревизия қилиш кераклиги билан боғлиқ. Ичак

девори ёрилишининг бир нечта иккиламчи белгилари мавжуд: шикастланган ичак қовузлогининг парези, чарвнинг ёрилиш жойига тортилиб борилиши, қорин бўшлиғида хира ажралманинг бўлиши. Шу сабабли лапароскопияни қорин бўшлиғини панорам қўйишдан бошлаш зарур. Бунда ичаклар қовузлоклари ҳолатига ва чарвнинг жойлашувига аҳамият бериш керак. Бундан ташқари, қорин бўшлиғи аъзоларидан сийдик пуфаги шикастланишини ҳам аниқлаш мумкин (12-4-расм).



12-5-расм. Қорин олд девори ва талоқ гематомаси.

12.6. ЛАПАРОСКОПИК ДАВОЛАШ МЕТОДЛАРИ

Қориннинг ёпик шикастланишида диагностик лапароскопия ўтказиш вақтида консерватив давога кўрсатмалар аниқланади. Агарда қоннинг аспирацияси ва қорин бўшлиғи санациясидан кейин давом этаётган қон кетиш белгилари аниқланмаса, муолажа назорат найча қўйиш билан тугатилади. Жигар ва

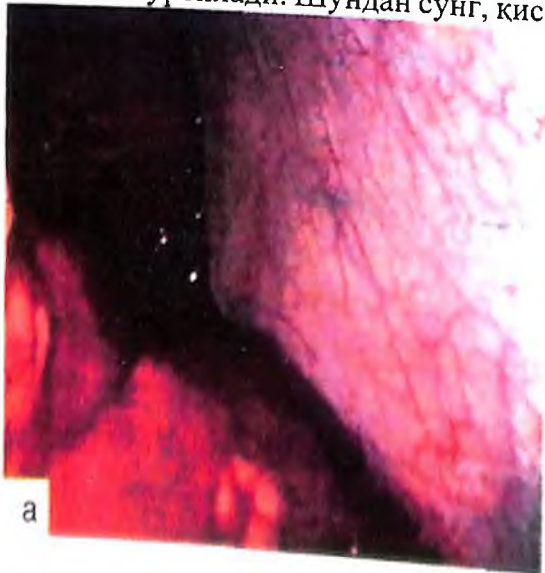
талокнинг катта бўлмаган юзаки жароҳатларида моно ёки биполяр коагуляция ёрдамида гемостазга эришиш мумкин. Лекин паренхиматоз аъзоларнинг чуқурроқ шикастланишларида коагуляцион методлар самарасиз бўлиб, айрим ҳолларда қон кетишини кучайтиради



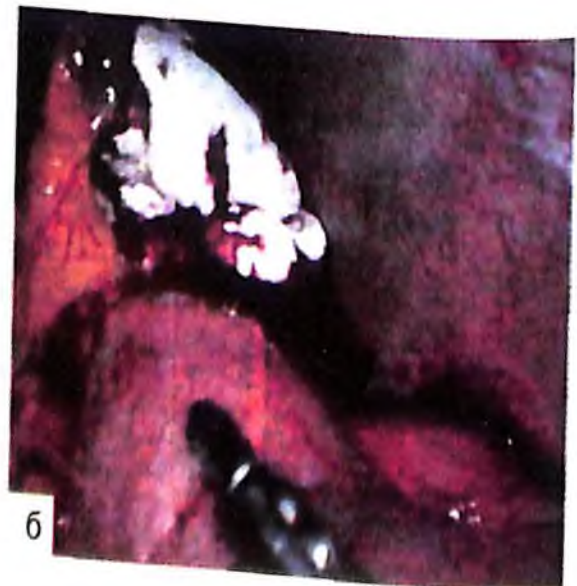
12-6-расм. Талоқ настқи қутбининг ёрилиши.

Эндоскопик гемостазда медицина елимидан фойдаланилади. Шикастланган аъзо проекцияси бўйича қорин бўшлиғига Вереш игнаси киритилади. Игнанинг ички цилиндрини медицина елимли шприц-тюбик билан боғланган полиэтилен найча билан алмаштирилади. Эндовидеосистема назорати остида найча ёрилган аъзо соҳасига яқинлаштирилади. Елим жароҳат атрофига аъзо қуритилгандан сўнг синчиклаб суртилади. Шундан сўнг, қискич

ёрдамида ёрилган аъзо қарви қисм билан тампонланиб, елимли сатҳга фиксацияланади. Кейин 10-15 дақиқа давомида гемостазга текширилади. Худди шунингдек, Тахекомб препаратидан фойдаланилса ҳам бўлади.



а



б

12-7-расм. Талоқнинг настқи қутби соҳасини "Тасһосотб" - препарати ёрдамида гемостазлаши.

Травматик шикастланишда қон кетишини тўхтатиш учун “Tachocomb” (“Nycomed”, Австрия) препарати – фибрин елими компоненти қопланган стерил коллаген пластиналар ёрдамида ишончли

гемостазга эришиш мумкин (12-7-расм). Ичаклар кичик шикастланганида интракорпорал эндоскопик чоклар қўйилади.

12.7. БОЛАЛАРДА ТРАВМАТИК ПАНКРЕАТИТЛАР

Анъанавий ташхислаш ва даволаш

Травматик панкреатит қориннинг тўмтоқ травмаси натижасида келиб чиқади (велосипед рулига йиқилиш, спорт травмаси, қоринга урганда, автомобиль ҳалокатларида ва бошқалар). Травматик панкреатитларнинг алоҳида тури бўлиб, у оперциядан кейинги панкреатит ҳисобланади. Қориннинг тўмтоқ травмасида ошқозонностибенининг тана қисми умуртқа поғонасига зич жойлашганлиги сабабли шикастланади. Ошқозонностибенининг ёрилган ёки қаттиқ шикастланган жойида қон қуйилиши келиб чиқиб, панкреатик ферментлар фаолияти активлашади. Натижада аъзонинг некрози ва емирилиши кузатилади. Енгил шикастланишда клиник манзараси ўткир интерстициал панкреатитга мос келиб, шикастланишнинг биринчи соатларида ривожланади. Оғир шикастланишда қориннинг юқори ярмида ўткир оғрик

пайдо бўлади, қайд қилиш, интоксикация бўлади. Умумий аҳвол оғир бўлиб, қорин бўшлиғида панкреатик секреция тўпланиб, қорин пардаси ва ички аъзоларнинг яллиғланишини чақиради, ошқозонностибени абсцесси ёки ёлғон киста тезда шаклланади. Секретин, панкреазим билан стимуляция қилиш фониде дуоденал таркибда панкреатик ферментларнинг активлигини аниқлаш асосида ташхис қўйилади. Панкреатитнинг иккиламчи белгилари рентгенологик текширувда аниқланади. Бироқ касалликнинг асосий объектив белгиларини УТТ ва эндоскопик ретроград панкреатохолангография текширувларида олиш мумкин. Якуний диагноз қўйиш, шикастланишнинг характерини аниқлашга ва рационал даволаш тактикасини аниқлашда фақатгина лапароскопик текширув қўл келади.

12.8. ДИАГНОСТИК ВА ДАВОЛАШДА ЛАПАРОСКОПИЯ МЕТОДИКАСИ

Ошқозон ости беши шикастланишига гумон бўлганда диагностик лапароскопия одатдаги усул бўйича бажарилади.

Шикастланишнинг тўғридан-тўғри белгилари:

1. Қорин бўшлиғида геморрагик ажралманинг бўлиши.
2. Ёғ некрози доғларининг ички аъзолар сероз қаватида ва париетал қорин пардасида бўлиши.

3. Катта чарви ва ичак тутқичи илдизининг геморрагик инфильтрацияси.
4. Ошқозон, кичик чарви ва ошқозон-чамбар ичак боғламининг бўртиб чиқиши.

Шикастланишнинг иккиламчи белгилари:

1. Кичик чарви, жигарнинг ўроқсимон ва юмалоқ боғламнинг гиперемияси ва шиши.
2. Lig. gastrocolica инфильтрацияси ва шиш.
3. Ошқозон ва кўндаланг чамбар ичакнинг парези.

Лапароскопиянинг бошланғич этапида қорин бўшлиғининг бирламчи санацияси бажарилади. Ажралма дастлаб аспирация қилинади ва қорин бўшлиғи стерил физиологик эритма билан ювилади. Кейин ошқозонностибезини кўришга ўтилади. Бунинг учун ошқозон-чамбар ичак боғлами 4-5 см давомида стандарт биполяр

қискичлар билан биполяр коагуляция ёрдамида гемостаз йўли билан кесилади. Шундан сўнг, бурсоментоскопия бажарилади. Чарви ҳалтаси кўрилганда биринчи навбатда ички таркиби, қон қуйқалари аспирация қилинади ва некротик тўқималар олиб ташланади. Ошқозонностибези антибиотик, протеаз ингибиторлари кўшилган новокаин билан блокада қилинади, без капсуласи кесилади. Операция муолажаси чарви ҳалтасини иккита диаметри 4-5ммли пластик найчалар орқали дренажлаш билан тугатилади. Экссудатнинг доимий ажралишига ва совуқ режимни ушлаб туриш мақсадида чарви ҳалтасини доимий совуқ антисептик эритма билан ювиб туриш учун кўйилади. Шундай найчалар билан кичик чаноқ бўшлиғи ва эпигастрал соҳа дренажланади. Гепатобилиар соҳа томир-нерв ҳосиласининг блокадаси учун жигарнинг юмалоқ боғлами катетеризация қилинади.

12.9. ҚОРИН БЎШЛИҒИ ШИКАСТЛАНИШИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ МАҚСАДГА МУВОФИҚЛИГИ

Охирги ўн йил ичида болалар травматизми ўсиб борапти. Асосан, транспорт шикастланишлари бўлиб, қорин бўшлиғи ва қоринорти соҳаси аъзоларининг ёпиқ шикастланиш сони ошиб борапти.

Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти соҳаси шикастланишида лапароскопия авваламбор кўпроқ маълумот берувчи ва ишончли диагностик метод сифатида шошилишч лапаротомияга тўғридан-тўғри кўрсатма бўлмаганда, бошқа методлар билан инкор этиш ёки ички шикастланиш даражасини баҳолашга иложи бўлмаган ҳолларда ишлатилади.

Болаларда лапароскопиянинг диагностик аҳамияти қориннинг кўшма шикастланишида, бошмиа шикастланишида, таянч-ҳаракат аппарати шикастланишида, кўкрак қафаси шикастланишида ва бошқаларда бекиёс. Қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишнинг клиник белгилари намоёнлиги камайганда бу усулнинг аҳамияти катта. Бу усулни ўтказиш методикасининг ўз хусусиятлари бор. У қатор омилларга боғлиқ бўлиб, юрак-қонтомир ва нафас олиш системаси фаолиятига нојўя таъсир этади. Бунга қуйидагилар киради:

1. Ноҳуш дастлабки фон (беморларда шок ҳолати ва унинг сақланиши).

2. Беморни лапароскопик муолажа вақтида Фовлер ҳолатида ётқизиш: операция столнинг бош тарафи 15^0 га кўтарилади, бу эса пневмоперитонеум юрак фаолиятига салбий таъсир кўрсатади.

3. Қорин бўшлиғида совук газ инсуфляцияси ҳисобига гипотермияни ҳосил қилиш.

Диафрагмаси шикастланган беморларда пневмоперитонеум ҳосил қилиниши таранглашган пневмотроаксинг ривожланишига олиб келишини инобатга олиш керак. Шу сабабли, бу категория беморларда лапароскопия ўтказиш вақтида плевра бўшлиғини декомпрессия қилиш учун бўлган асбоблар тўплами бўлиши керак.

Болаларда абдоминал шикастланишда лапароскопияни кенг қўллаш фақатгина, ташхислаш эффективлигини ошириб қолмайди, балки травматик оператив муолажаларни камайтиради, ундан ташқари, аъзоларни сақловчи операцияларни бажаришга кенг имкон беради.

Қорин бўшлиғи ёпик жароҳатланишида лапароскопик операция вақтида қутилиши мумкин бўлган асоратлар

- Вереш игнасини киритиш вақтида ичаклар деворини жароҳатланиши
- тери ости эмфиземаси
- операцион жароҳатларни йиринглаши

ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР

13.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Гинекологик касалликлар ҳамма ёшдаги қизларда учрайди, лекин учраши бир хил эмас: айримларида эрта болалик даврида, бошқаларида мактабгача ёшда учрайди. Кичик мактаб ёшида ва асосий қисми - балоғатга етиш ва балоғат олди давларида (10-15 ёш) учрайди.

Бундай хилма-хиллик фақат жинсий етилиш вақтидаги функционал бузилишлар бўлиб қолмасдан, бир қатор органик касалликлар ва ривожланиш нуқсонларидир ва бу эрта аён бўлмаслиги мумкин.

Бу ёшда абдоминал синдромнинг ривожланиши ички жинсий органларнинг хирургик патологияси ҳисобига бўлиши мумкин. Бундай болалар хирургик стационарга ўткир қорин ташҳиси остида юборилади. Нодеструктив аппендицит билан ўғил болаларга нисбатан қиз болалар 2-3 марта кўпроқ операцияга олинади. Бу аппенэктомиядан кейин абдоминал синдром сабаби номаълум бўлиб қолаверади, бу эса гинекологик касалликлар ҳисобигадир.

13.2. ТАСНИФИ

Қиз болалардаги барча гинекологик касалликлар 4 та асосий гуруҳга бўлинади:

1. Яллиғланишли касалликлар.
2. Ҳосила (болалар ёшида яхши сифатли ўсмалар, кистоз, эпителиал ҳосилалар ва дермоидли кистомалар) кўп учрайди. Эпителиал ёмон сифатли ҳосилалар, асосан, катта ёшдаги беморларга хосдир.
3. Ривожланиш нуқсонлари: қизларда бачадон ва қин аномалиялари кўп тарқалган.
4. Функционал бузилишлар: қизлар (10-15 ёш)да, асосан, ҳайз циклидан олдин ёки ҳайз кўриш даврида ва овуляция вақтида учрайди.

13.3. ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Жинсий канал йўллари ривожланишнинг бузилиши натижасида келиб чиқади. Бу касалликнинг патологияси етарлича ўрганилмаган. Кейинги вақтда шу аниқландики, бунинг ривожланишида генетик факторлар муҳим роль ўйнайди.

Яллиғланишли касалликлар келиб чиқишида, инфекция қорин бўшлиғига ҳар хил йўллар билан ўтиши (гематоген, лимфаген) ва асосан жинсий органларга ўтишидан келиб чиқади. Кўп ҳолатларда иммун бузилишлар ҳам сабаб бўлади.

13.4. АНЪАНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Яллиғланиш касалликлари. Қизларда ўткир қорин клиник кўриниши ички жинсий органларнинг яллиғланиш жараёнлари ҳар хил вариантда кечиши мумкин. Уларга ўткир бирламчи пельвиоперитонит, иккиламчи сальпингит (ўткир аппендитцит асоратларида, чувалчангсимон ўсимтанинг чанок бўшлиғида жойлашган ҳолатларда) ва пельвиоперитонитсиз бирламчи сальпингит. Бир қатор ҳолатларда специфик зарарланиш—гонококкли пельвиоперитонит учрайди. Асосан, бу касалликлар кичик чанок органлари ревизиясида чувалчангсимон ўсимтада яллиғланишда лапароскопик ёки анъанавий

операцияда аниқланади. Кўрсатилган патологиялар клиникаси билан ўткир аппендицитдан кам фарқланади. Ўткир бирламчи пельвиоперитонит бир қанча специфик хусусиятга эга. Бу касаллик бирламчи ёки криптоген перитонит кўринишида кенг маълум бўлади. Касаллик асосан 3-7 ёшда учрайди. Инфекция қин орқали кириб, эндосальпингит ривожланади. Катта ёшдаги қизларда кам учрайди, сабаби шуки, кинда Дедерлейн таёқчаси бўлади, кислотали муҳитни сақлайди ва патоген флорани қорин бўшлиғига ўтказмайди. Лапароскопик нуқтаи назардан бу даволаш тактикасини ўзгаришига олиб келади.

Клиникаси

Ўткир бирламчи пельвиоперитонитнинг иккита формаси бор:

1. Токсик форма.
2. Маҳаллий форма.

Токсик шакли ўткир ва тез бошланиши билан характерланади. Қоринда, асосан, қорин пастки соҳасида кучли оғриқ, тана ҳароратининг 38-39° С гача кўтарилиши, кўп маротаба қусишлар кузатилади. Умумий аҳволи оғир, касалликнинг бошланган даврига боғлиқ эмас (гоҳида 2-6 соат) текширилганда ривожланган

перитонит: кучли оғриқ, қорин олди девори мускулларининг кучли химояловчи таранглашиши, Шеткин-Блюмберг симптомининг мусбат бўлиши билан характерланади. Ичакларда кучсиз парез кузатилади. Кўпинча вульвовагинит ҳолатлари, қиндан шиллиқ йирингли ажралма келиши мумкин. Периферик конда

юқори лейкоцитоз - 20×10^9 ва ундан ҳам ошади. Кейинги йилларда касалликнинг локал формаси устун турмоқда. Токсик формаси кам (3-5 %) учрайди.

Касалликнинг маҳаллий шакли клиникасида оғриқ қориннинг пастки қисмида ёки ўнг ёнбош соҳасида бўлади. Бунда тана ҳарорати $37,5-38^\circ\text{C}$ дан ошмайди. Бу касаллик катта ёшдаги қизларда, гоҳида 12-14 ёшда учраши мумкин. Бу касалликни аппендитцитдан

фарқлаш қийин кечади. Иккала формаси ҳам ўткир, тўсатдан бошланади, кўрув вақтида ёки ўтказилган ОРВИда- бу белгилар ўткир бирламчи пельвиоперитонит, деб тахмин қилинади. Бу пайтда хирург ўткир аппендитцит борлигига ишонмаслиги мумкин, лекин аппендэктомия қилинади ва операциядан кейин жиддий асоратлар, БИТ (СКН) ёки яллиғланиш жараёнининг ўсиши кузатилади.

13.5. РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ

Кўп учрайдиган ҳар хил туғма жинсий орган нуқсонлари орасида қизларда бачадон, кин аномалиялари кўп тарқалган. Балоғат олди ва балоғат ёшида бу ривожланиш нуқсонлари кўпинча қоринда оғриқ синдромини келтириб чиқаради. Тухумдон ва бачадон найи аномалиялари кўпроқ учрайди, бу органлар эмриогенезда жинсий йўллардан ҳосил бўлади. Ҳомиладорликнинг 9-ҳафтасидан 18-ҳафтасигача жинсий аъзолар марказий ва пастки қисмлари ҳосил бўлади ва бу вақтда улар канализацияланади. Бу даврда бачадон, бачадон бўйни ва кин юқори қисми шаклланади. Юқоридаги учликдан бачадон найлари шаклланади.

Ҳайз қонининг тўлиқ ушланиши ва тўлиқ бўлмаган бир томонлама ривожланиш нуқсонлари фарқланади. Ҳайз цикли бошланишида бу нуқсон клиникаси бўлмайди, биринчи гуруҳга киннинг тўлиқ ёки қисман аплазияси, иккинчи гуруҳга

бачадон танасининг иккиланиши, бачадон шох артерияси ва киннинг ривожланмаслиги киради.

Қиннинг тўлиқ атрезияси кам учрайди. Бу ҳолатларда бачадон ва унинг ортиқлари ҳам бўлмаслиги мумкин. Қиннинг қисман атрезияси (аплазияси) ҳар хил даражада бўлиши мумкин. Атрезияланган қисм қанча юқорида жойлашса, диагностикаси ҳам шунча қийин бўлади, диагностик хато кўп кузатилади. Жинсий органлар ривожланишининг ифодаланиши ҳар хил, кўпинча қоринда ҳуружсимон оғриқ, қусиш, сийишнинг бузилиши, қабзият кузатилади. Ректал текширувда кичик чанокда қаттиқ эластик ҳосиланинг, асосан, тухумдон кистасининг буралиш ҳолати баҳоланади. Тўғри ташхис қўйиш учун қўшимча текширув усуллари (УТТ ва кинни эндоскопик текшириш) ёрдам беради.

13.6. ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАР.

10-15 ёшли қизларда қориндаги оғриқ асосан функционал характерга эга бўлади. Бу ҳолат ҳайздан олдин, ҳайз пайтида ёки овуляция вақтида бўлади.

Функционал бузилишларда ўткир қориннинг келиб чиқиши хирургдан фаол тактикани талаб қилади – бачадон ҳайз қонининг қайтиши (рефлюкс)да. Оғриқ

бундай ҳолларда ҳайзнинг охирида кузатилади. Анамнез маълумотлари ва клиник кўриниши рефлюкс борлигидан далолат берса-да, лекин хирург ўткир хирургик касалликларини инкор этиши мумкин эмас. Шундай ҳолатлар кузатилганки, деструктив аппендицит бачадон қони рефлюкси фонида ўтган.

Актив хирургик тактиканинг зарурлиги яна шундаки, эндометриознинг пайдо бўлишини имплантация назариясига асосан, бачадон қони рефлюкси генитал

13.7. ЛАПАРОСКОПИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ

Оператив гинекология тиббиёт амалиётида энг кўп “лапароскопик” бўлимдир. Алоҳида ҳудуд ва даволаш муассасаларида эндохирургиянинг ривожланиш даражаси ҳар хил. Бугунги кун ҳақиқати шуки, барча гинекологик клиникалар лапароскопик курилмаларга эга эмас ва лапароскопик операциялар ҳам бажарилмайди. Бошқа томондан эса лапароскопик хирургияда етарли тажрибага эга хирурглар гинекологик операцияларни бажаришлари мумкин. Бизнинг назаримизда, бундай шароитда операция бригадасида тажрибали гинеколог бўлиши керак.

Болалар хирургии ўз амалиётида ҳар хил гинекологик касалликларга дуч келади. Бу касалликларнинг кўпиди ўткир қорин симптомлари кузатилади. Шунинг учун ўткир хирургик касалликлар: ўткир аппендицит, ўткир дивертикулит, катта чарви инфаркти, сигмасимон ичак чарвисининг айланиши ва бошқа касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади.

Болалар хирургларига дуч келадиган шошилинич гинекологик касалликларнинг кўпчилиги булар: ўткир бирламчи

эндометриоз кичик формаларининг ривожланиши сабабларидан ҳисобланади.

Даволаш: қизлардаги кўпгина гинекологик касалликларда анъанавий хирургик кесим кенг лапоротомия ҳисобланади, кўпинча Пфанштейн бўйича. Ривожланиш нуқсонини оператив даволаш қийин ва врачдан катта тажрибани талаб қилади. Қийинчилик фақат операция бажаришда эмас, балки операциядан кейинги давр хусусиятларига ҳам боғлиқ.

пельвиоперитонит, бачадон қонини минструал рефлюкси, тухумдон апоплексияси, бачадон найлари гидатидларининг буралиши, бачадон ҳосилаларининг буралиши ва бошқалар. Бу касалликларни ўрганишга хориждаги ва бизнинг олимларимиз катта эътибор қаратишган. Кўп ҳолларда врач эндохирург тўсатдан гинекологик патологияларни кичик чаноқ бўшлиғи ревизиясида аниқлайди – тухумдонда турли кисталар, параовариал кисталар, гидатидлар, тухумдон склерокистасининг дастлабки босқичлари, овариовариоцеле, бачадон ривожланиш нуқсонлари ва бошқалар. Сўзсиз, бундай ҳолатларда болалар хирургининг энг аниқ қарори - бу гинекологни жалб этишдир. Бунинг ҳар доим ҳам иложи йўқ, чунки болалар хирургияси бўлимларида ва ҳатто катта хирургик марказларда ҳам болалар жарроҳларининг штат рўйхатида болалар гинекологи лавозими инобатга олинмаган. Консультантни чақириш эса фақатгина режали жарроҳлик аралашувларидагина кўзда тутилган. Шошилинич ҳолатларда, айниқса, тунда малакали гинеколог - хирургни ўз вақтида топиш ва маслаҳат

олиш жуда қийин. Шунинг учун ҳам биз болар эндохирурги шошилич гинекология

соҳасида ҳам чуқур билимга эга бўлиши лозим, деб ҳисоблаймиз.

Лапароскопик текширувлар методикаси

Шошилич ва режали гинекологик касалликларда лапароскопик аралашувнинг диагностик этапида қорин бўшлиғини иккита кичик диаметрли троакарлар

ёрдамида пункция қилиш бажарилади. Бу этапда турли гинекологик касалликлар аниқланади.

13.8. ЎТКИР БИРЛАМЧИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ.

Бу кўп учрайдиган касаллик бўлиб, ўткир қорин белгилари билан кечади ва ўткир аппендицит билан дифференция қилиш зарур. Бу касалликнинг клиник кўриниши ўз хусусиятларига эга. Шунга қарамасдан, бирламчи пельвиоперитонит,

хира, ёпишқоқ, чўзилувчан суюқлик аниқланади. У лапароскопнинг дистал қисмига тушади, шу сабабдан, мониторда тасвир хиралашиши кузатилади. Суюқлик миқдори кам, қуюқ бўлиб, эркин ҳолатда кўпинча факат Дуглас бўшлиғида



13-1-расм. Ўткир бирламчи пельвиоперитонитнинг эндоскопик кўриниши (локал шакли).

деб қатъий ташхис қўйишга имкон берадиган специфик симптомлар йўқ. Бундай беморларни олиб боришнинг ягона, тўғри тактикаси болалар хирургии билан актив ҳамкорлик қилиш.

Касалликнинг эрта босқичларида лапароскопия орқали қорин бўшлиғида

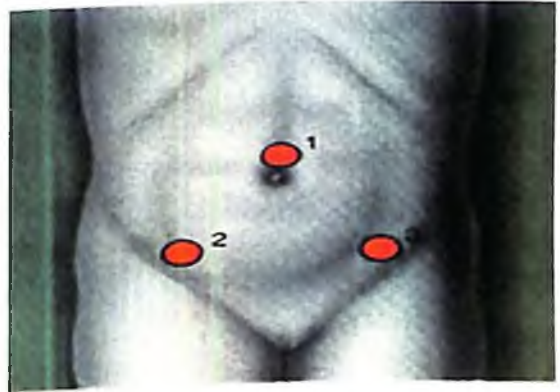
аниқланади. Кичик чанок бўшлиғидаги қорин пардаси хиралашади. Бачадон найлари кўп ҳолатларда ўзига хос макроскопик ўзгаришларга эга бўлади. Уларнинг барча соҳалари шишган ва қалинлашган бўлади. Айниқса, бачадон найлари шокилалари (фимбрий) шишган, тўлақонли ва гиперемиялашган бўлади, шу

сабабли, ўсувчи гулга ўхшаб қолади (“қизил супурги” симптоми). Касалликнинг эрта босқичларида чувалчангсимон ўсимта нормал кўринишга эга бўлади ёки иккиламчи яллиғланиш белгилари кузатилади (13-1-расм).

Касалликнинг токсик шаклининг кечки босқичларида қорин бўшлиғидаги яллиғланиш белгилари аниқроқ бўлади ва ўз вақтида даво муолажалари бошланмаса, тарқалган перитонит кўринишини олади. Бундай ҳолатларда перитонит сабабини топиш мушкул бўлади, чунки чувалчангсимон ўсимтадаги иккиламчи ўзгаришлар деструктив характерга эга бўлади. Аппендикс инфильтратланади, регидлашади ва фибрин билан қопланади. Лекин чуқур текширилганда бирламчи ўчоқнинг кичик чанок бўшлиғида эканлигини аниқлаш мумкин. Бу ерда йирингли эксудат консистенцияси анча қуюқ, кўп фибринли ва ўша жой қорин пардасининг яллиғланиши кучлироқ намоён бўлганлиги кўринади (13-2-расм).

Лапароскопик аралашувнинг диагностик босқичини тугатиб, биринчи манипуляцияцион троакарга контралатерал

ёнбошига қўшимча 5,5 ммли манипуляцияцион троакар ўрнатилиши зарур. Бу кесим пельвиоскопик аралашувлар учун типик ҳисобланади: оптика киндик ҳалқасининг юқори қиррасида, икки манипуляцияцион троакарлар ёнбош соҳаларида (13-3-расм).



13-3-расм. Қиз болалар гинекологик касалликларида лапароскопик операция ўтказиши учун қўйиладиган троакарлар ўрни:

- 1- 5,5 ёки 11 ммли троакар;
- 2- 5,5 ммли троакар;
- 3- 5,5 ммли троакар.



13-2-расм. Ўткир бирламчи пельвиоперитонитнинг эндоскопик кўриниши (токсик шакли).

Қўшимча троакар ўрнатилгандан кейин, пальпатор ёки атравматик кискичлар ва аспиратор-ирригатор ёрдамида қорин бўшлиғидаги эркин эксудат аспирация қилинади ва қорин бўшлиғи ювилади. Қорин бўшлиғини ювиш беморни бош қисмини юқорига кўтарилган ҳолатда, яъни, тескари Тренделенбург ҳолатида амалга оширилади. Столнинг эгилиш бурчаги жараённинг тарқалганлигига ва йирингли эксудат миқдорига боғлиқ. Йирингли эксудат қанча кўп бўлса, столнинг эгилиш бурчаги шунча

юқори бўлиши керак. Тарқалган перитонитда қорин бўшлиғи санация усули, тарқалган аппендикуляр перитонитда қўлланиладиган усулдан фарқланмайди. Қорин бўшлиғини дренажлаш лапароскопик тажрибада қўлланилмайди. Бундай операцияларда чувалчангсимон ўсимтани ҳам олиб ташлаш саволи манфий ҳал қилинади. Агар чувалчангсимон ўсимтадаги иккиламчи ўзгаришлар деструктив характерга эга бўлса, истисно ҳолат ҳисобланади.

13.9. СПЕЦИФИК ГОНОКОККЛИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ.

Бу касаллик 13-16 ёшли эрта жинсий алоқаларга киришган ва нобоп оилалардан чиққан қизларда кузатилади. Специфик пельвиоперитонитнинг эндоскопик кўриниши юқоридагисидан анча фарқ қилади. Бунда инфилтратив-битишмали жараён устунлик қилади. Қорин бўшлиғидаги экссудат хира, қуюқ, қир-қулранг рангда бўлади. Бачадон найи ўлчамлари анча катталашган, деворлари жуда қалинлашган, инфилтрланган, ампульяр қисми ўзига томон эгилган ва шу ҳолатда ҳар хил қаттиқликдаги битишмалар билан ёпишган бўлади. Битишмаларнинг мустақамлиги жараённинг муддатига боғлиқдир. Кичик чанокдаги қорин пардаси хира,

гиперемияланган, фибрин билан қопланган. Ўткир яллиғланиш реакцияси тўхташи билан кичик чанок бўшлиғи париетал қорин пардаси билан бачадон, унинг ҳосилалари, катта чарви, ингичка ичак тутқичлари, сигмасимон ичак, сийдик қопи орқасида битишмалар пайдо бўлади. Айрим ҳолларда битишмалар орасида экссудат билан тўлган бўшлиқлар пайдо бўлади. Кўп миқдорда фибриннинг тўпланиши ва жараённинг нисбатан тез чегараланиши гонорейли пельвиоперитонит учун хос. Лапароскопик аралашув, экссудатдан бактериологик экзма олиш ва кичик чанок бўшлиғини ювиш билан тугатилади.

13.10. КИЧИК ЧАНОҚ БЎШЛИҒИ ҲОСИЛАЛАРИ

Кўпинча болалар ва ўсмирларда ўсмалар ва тухумдон кисталари кузатилади. Биз ўз олдимизга жинсий аъзолардаги барча ўсмалар ҳақида батафсил маълумот беришни мақсад қилмаганмиз. Улар махсус адабиётларда ёритилган. Шу билан бирга, биз болалар эндохирурглари бу ёшда кўп учрайдиган бачадон ҳосилалари

патологиялари билан таништирмоқчимиз. Бу бўлимда ёритилган касалликлар болалар ва ўсмирларда учрайдиган бачадон ҳосилалари патологик ҳолатларнинг кўп қисмини ташкил этади. Тухумдондаги барча касалликлар орасида кисталар кўп учрайди.

Фолликуляр киста тухумдоннинг ретенцион ҳосиласи ҳисобланиб, атрезияланган фолликулада суюқлик йиғилиши натижасида ҳосил бўлади. У бир камерали, юпка деворли ҳосила бўлиб, тўмтоқ эластик консистенцияли, сероз суюқликка эгадир. Кўп ҳолатларда фақатгина жинсий етилиш даврида кузатилади. Касалликнинг асосий симптоми қориннинг пастки қисмидаги оғриқ ҳисобланади. Кам ҳолатларда киста гармонал активликка эга бўлади ва унинг

Лютеинли киста (сарик тана кистаси) ўз табиатига кўра ретенцион ҳосила ҳисобланади. У катта ёшдаги киз болаларда учрайди ва фолликуляр кистага нисбатан кам учрайди. Ўз тузилиши бўйича лютеинли киста сарик тана билан бир хилда бўлиб, фақатгина ўлчамлари билан фарқ қилади. Унинг деворлари қалин ва юмшоқ бўлади. Кистанинг ички юзаси сарик бурмали бўлиб, таркиби тиниқ сарик суюқликдан иборат. Микроскопик текширилганда лютеин ва текалютеин

Тухумдоннинг эндометрионли кистаси (эндометриома) кам учрайди ва фақат пубертат ёшда учрайди. Унинг ривожланиши менархе билан боғлиқ. Шунинг учун киста бу ёшда одатда кичик ўлчамда бўлади. Бошқа клиник кисталар каби қориннинг пастки қисмидаги оғриқ билан намоён бўлади. Лекин оғриқлар циклик характерга эга бўлиб, ҳайз вақтида кучаяди, ҳайздан кейин йўқолади. Ҳайз вақтида УТТ қилинганда киста ўлчамларининг катталашгани аниқланади. Киста бўшлиғи пункция қилинганда “шоколадсимон” суюқлик олинади, шунинг учун уни “шоколадли” киста ҳам дейишади. Унинг таркиби эндометрий хужайралардан ташкил топган бўлиб, куюк дектесимон массадан иборат.

Лапароскопияда айрим ҳолатларда зарарланган тухумдон соҳасида маҳаллий

ривожланиши ҳайзнинг бузилиши билан бирга кузатилади.

Агар бундай ҳосила лапароскопик аралашувда тўсатдан аниқланса, оварицистэктомияга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Агар киста УТТ да аниқланса ва диаметри 5,0 см дан катта бўлмаса, 2-3 ой давомида кузатув ва консерватив терапия тавсия қилинади. Агар киста бу вақт ичида сўрилиб кетмаса, режали равишда хирургик амалиёт ўтказилади.

хужайралари аниқланади. Касаллик клиникасида қориннинг пастки қисмида даврий оғриқлар бўлади, баъзида ҳайз циклининг бузилиши билан кечиши мумкин. Айрим ҳолатларда лютеинли киста бўшлиғига қон қуюлиши мумкин, бунда оғриқлар интенсив бўлади.

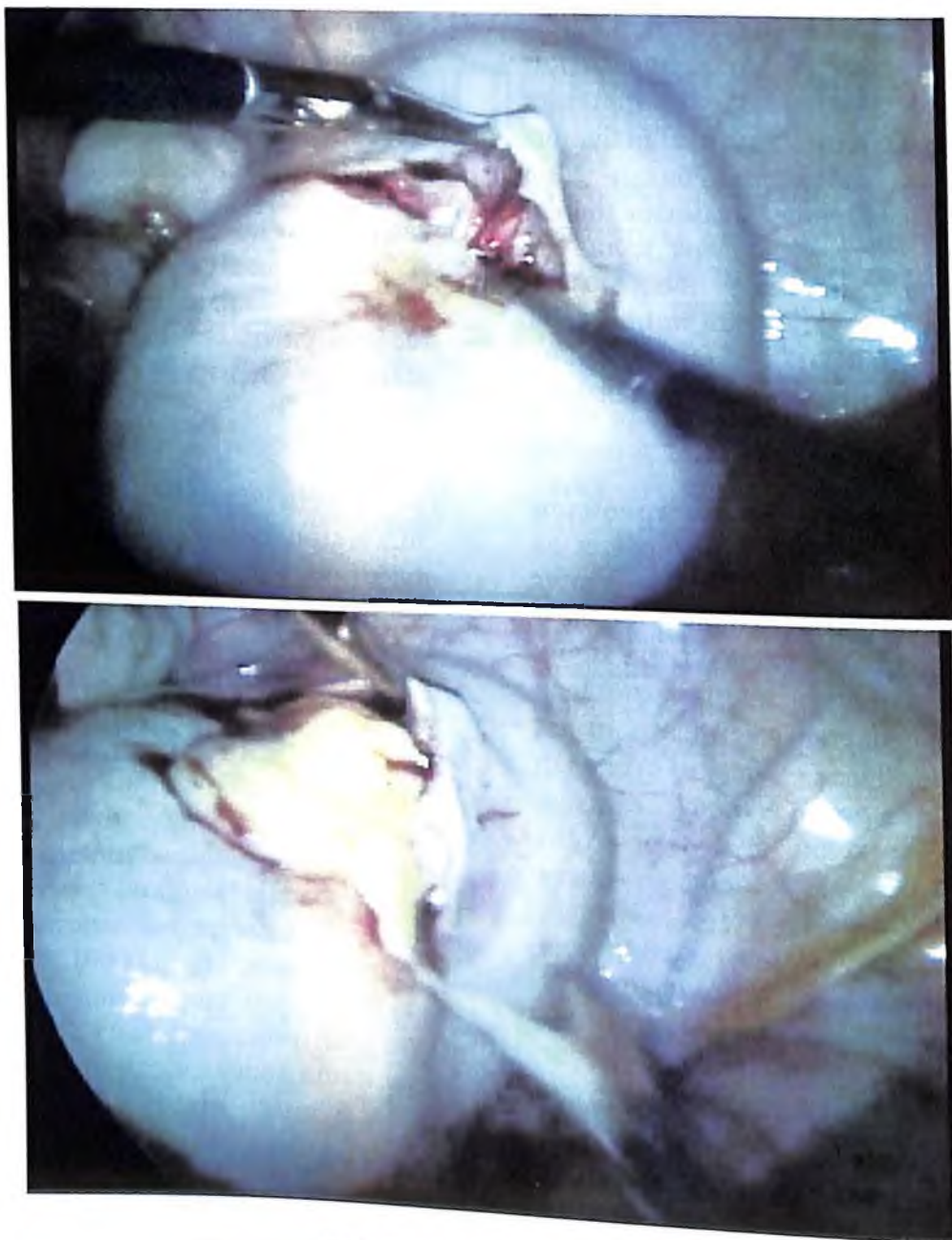
Кўпинча сарик тана кисталарида тескари ривожланиш кечади. Агар 2-3 ойда тескари ривожланиш кузатилмаса, режали равишда хирургик амалиёт ўтказилади.

битишмали жараёнлар аниқланади. Эндометриомани олиб ташлашда абластиклик принципга амал қилиш зарур. Сабаби киста бўшлиғидаги эндометрий хужайралар имплантацияланиб, қорин бўшлиғида ўсишни давом эттириши мумкин. Киста бўшлиғи пункция қилинади ва ичидагиси сўриб олинади. Кейин пункция нинаси олиниб, “тоза сувларигача” стерилл физиологик эритма билан киста бўшлиғи ювилади ва шундан кейингина киста (вылушиванию) капсуласи бўшаб қолади. Эндометриома капсуласи анчагина каттик, қалин, мустақкам бўлади. Уни бутунлай олиб ташлангандан кейин киста ўрни юзаки биполяр коагуляция қилинади. Агар киста капсуласини олиб ташлашнинг иложи бўлмаса, соғ тўқималар чегарасида тухумдон резекция қилинади.

Дермоидли кистома (етилган тератома) тератоманинг кўп учрайдиган формаси ҳисобланади (13-4-расм). Кўпинча тухумдонларда жойлашади. Дермоидли кистомалар барча ёшларда учрайди. Кўпинча бир томонлама характерга эга, лекин икки томонлама зарарланиш ҳолатлари ҳам учраб туради.

Тератома таркибида одам организмнинг барча тўқималари бўлиши мумкин. Дермоид кистома тери тўқималари ва тери ҳосилаларидан ташкил топган.

Дермоид кистома ўлчамлари ҳар хил 3-5 см дан гигант ўлчамларгача бўлиши мумкин. Зарарланган тухумдон юмалоқ форма ва силлиқ юзага эга бўлади. Ўсма жойлашган жойдаги капсула сарғимтир ёки қиркулрангда бўлади. Кистома таркибида ёғ, соч, суяк, тишлар бўлиши мумкин. Дермоидли кистома капсуласи одатда яхши ривожланган бўлиб, (энуклеация) уни бемалол капсуласидан ажратиш олиш мумкин.



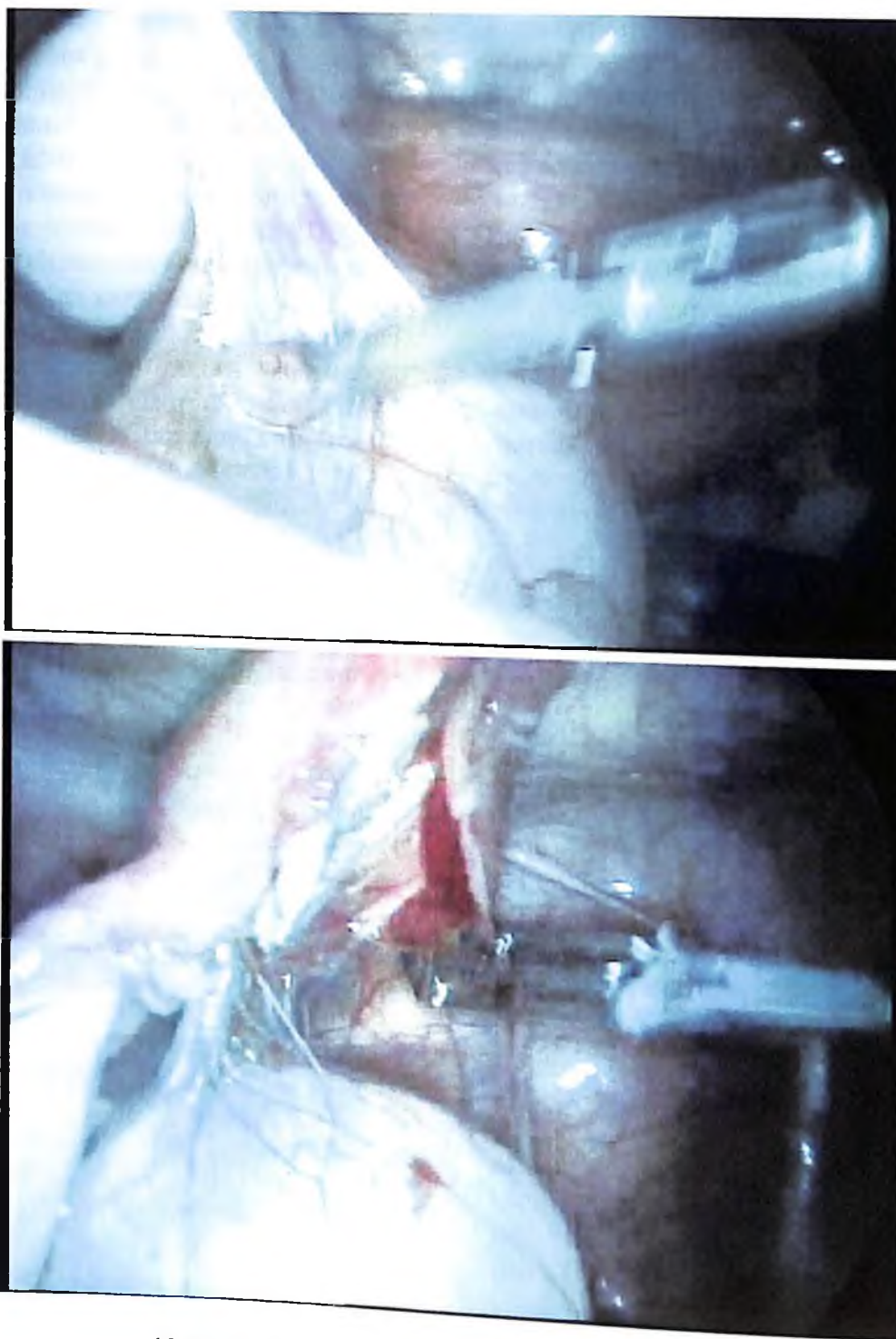
13-4-расм. Чап тухумдоннинг дермоид кистаси.

Биринчи навбатда кистома пункция қилинади. Агар унинг таркибида ёғ бўлса, нинани тез беркитиб қўяди. Бундай ҳолатларда аспирация қилиш қийинлашади, шунинг учун киста бўшлиғига имкон даражасида илиқ физиологик эритма юборилади. Дермоид кистома бўшлиғи максимал тозалангунча ва таранглашиши йўқолгунча ювилади. Ёғ аспирация қилиб олингандан кейин, кистома бўшлиғидан нина олинади. Пункция қилинган тухумдон тўқимаси ўрни биполяр коагуляторда куйдириб ёпилади. Шундан кейин, оварицистэктомия қилишга ҳаракат қилинади. Агар бу манипуляцияда тўсатдан кистома капсуласи зарарланса, оварицистэктомия тўхтатилади ва овариэктомия қилинади.

Параовариал киста ҳам ретенцион ҳосила ҳисобланади (13-5-расм). У Вольф каналида эмбрионал қолдигидан, яъни параовариумдан, тухумдон усти ҳосиласидан ривожланади. Параовариум бачадон кенг бойлам варақлари орасида жойлашган бўлиб, тухумдон билан боғланмаган. Параовариал киста юмалок формали, тўмтоқ эластик консистенцияли бўлиб, бачадон найлари ичида жойлашган. Киста бир камерали, тиник сероз таркибли. Капсуласи одатда жойлашган жойидан енгил ажралади. Киста гигант бўлиб, бутун қорин бўшлиғини эгаллаши мумкин. Киста девори юпқа, тиник, мезосльпинкс ва киста капсуласи томирларини сақловчи томирлар тўрига эга. Гистологик киста девори тутамли фиброз тўқимадан, ички юзаси

Операциянинг энг масъулиятли босқичи кистомани қорин бўшлиғидан экстракция қилишдир. Бундай ҳолатларда суяк тўқимаси, сочлар, тишлар борлиги учун морцелляция қилинмайди. Қизларда орқа колпотомия қилишнинг ҳам иложи йўқ. Шунинг учун қизларда дермоидли кистани экстракция қилишнинг ягона усули, бу қорин бўшлиғидан пластик қопчада гипогастраль троакар нуқтасидан кенг кесим орқали олиб чиқишдир. Агар қорин бўшлиғига кистома ичидаги массадан бироз миқдорда ҳам тушган бўлса, қорин бўшлиғи катта миқдордаги суюқлик билан тозалаб ювилиши шарт.

цилиндрик, кубсимон ва ясси эпителийдан иборат. Параовариал кисталарнинг специфик клиник белгилари йўқ. У фақатгина қорин пастки соҳасидаги даврий оғриқлар билан учраши мумкин. Параовариал кистанинг даволаш тактикаси, уни капсуласи билан олиб ташлашдир. Одатда бунга ҳеч қандай техник қийинчиликларсиз эришилади. Биринчи навбатда 5,5 ммли троакарлар орқали киритилган атравматик қисқичлар ёрдамида киста устидаги қорин пардаси ушланади. Қорин пардаси кераклича кесилади. Зарур бўлса, киста пункция қилинади. Ундан кейин капсула бўшаштирилади, бир вақтнинг ўзида биполяр коагуляция билан гемостаз қилинади.



13-5-расм. Тухумдоннинг параовариал кистомаси.

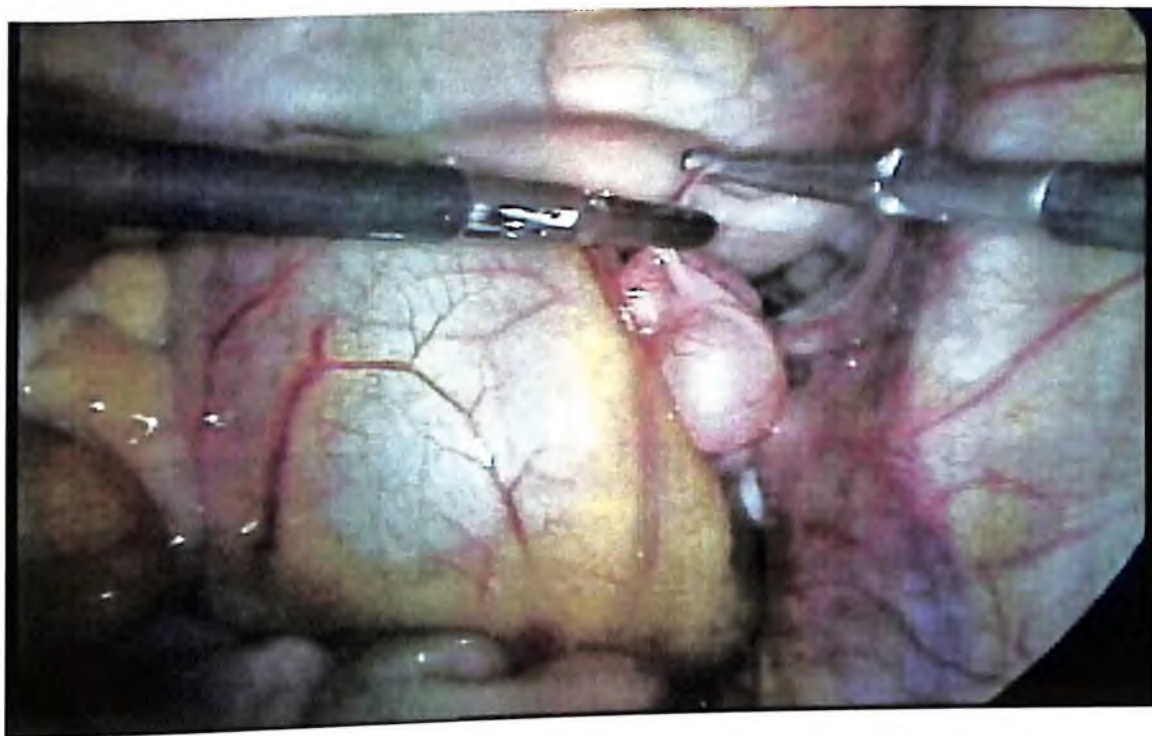
Кистанинг ўсиш жараёни найларнинг сурункали компрессиясини чакиради, бу найларнинг ишемиясига ва кейинчалик атрофиясига сабаб бўлади. Айнан шунинг учун эндохирург ҳар қандай лапароскопик аралашувларда бачадон ҳосилаларини синчиклаб ревизия қилиши лозим, кейинчалик катта параовариал кисталар ривожланиши мумкин. Шунинг

сабаб, бу кичик кисталар олиб ташланиши шарт.

Айрим холларда бачадон найларининг ампуляр қисмининг ревизиясида гидатидлар аниқланади (13-6-расм). Булар узун оёқли кистоз ҳосилалар бўлиб, ўлчамлари бир неча ммдан 1,0-1,5 смгача бўлади. Кўпинча қориндаги оғриққа

шу ҳосилаларнинг буралиб қолиши сабаб бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда узун оёкли гидатид бачадон найларининг дистал қисмида тугун ҳосил қилиши натижасида

найларда қон айланишининг бузилиши ва некрозни чақириши мумкин. Бундай ҳолатлар бизнинг амалиётда ҳам кузатилган.



13-6-расм. Ўнг тухумдон гидатиди.

Бачадон ҳосилаларининг буралиши кўп ҳолатларда кузатилади. Нормал соғ ҳосилаларнинг буралиши амалий жиҳатдан мумкин эмас. Ўзгарган тухумдонлар ва гидросальпинкс белгиларига эга бўлган бачадон найлари буралади. Етилган ёшдаги аёлларда бу бачадон найларининг кенг тарқалган зарарланишидир. Болалик даврида гидросальпинкс жуда кам учрайди ва туғма ривожланиш нуқсони ёки эрта ўтказган сальпингит натижаси бўлиши мумкин. Суюқлик билан тўлган най оғирлашади. Бу мезасальпинкснинг жуда чўзилишига сабаб бўлади ва натижада аъзонинг патологик ҳаракати кузатилади, бу эса унинг буралиши учун сабаб бўлади.

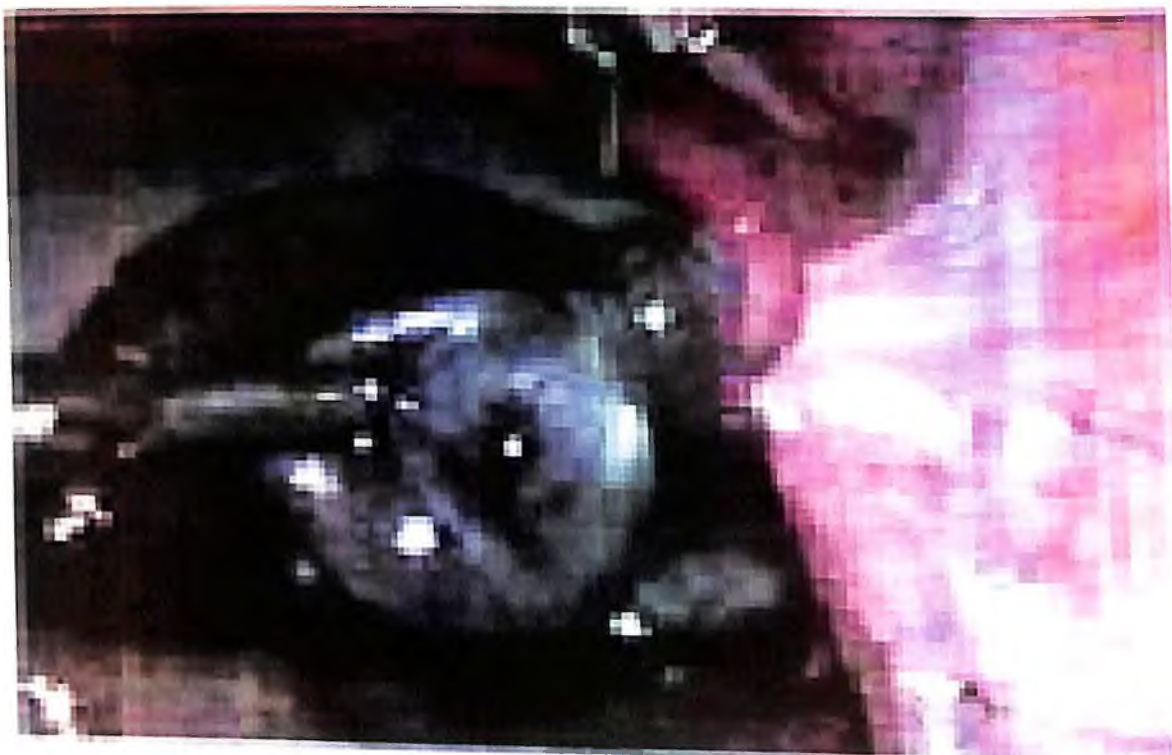
Шундай йўл билан тухумдон буралиши учун ҳам имкон яратилади.

Бошида у киста ҳисобига катталашади ва оғирлашади. Бу мезовариум ва тухумдон хусусий бойламининг чўзилишига олиб келади, бу эса унинг торсиясига имкон яратади. Бунда тухумдон буралиши кам ҳолларда чегараланган бўлади. Одатда, у бачадон найларини ҳам жалб этади, бундай ҳолларда бачадон ҳосилаларининг буралишига сабаб бўлади.

Бачадон ҳосилалари буралишида лапароскопик корин бўшлиғида гемаррагик эксудат аниқланади. Зарарланган томонда ўлчамлари катталашган, буралган аъзо: бачадон найлари, тухумдон ёки бутун бачадон ҳосилалари аниқланади. Қон айланиш бузилиши даражаси ҳар хил бўлиши мумкин: бироз веноз димланишдан, тотал некрозгача (13-7-расм).

Бу торсия бурчаги ва касаллик давомийлигига боғлиқ. Бачадон ҳосилалари буралишида хирургик тактика максимал авайловчи бўлиши керак. Аъзонинг некрози истисно ҳолат ҳисобланади. Хирургик аралашувнинг биринчи босқичида деторсия бўлиши шарт. Мезосальпинксга, мезовариумга, бачадон кенг бойламига новокаиннинг гепаринли эритмасини юбориш керак. Буралган аъзо

ҳаётлигига хирургда шубҳа ўйғонади, динамик лапароскопия ўтказилади, 12-14 соатдан кейин динамикада яна қайта кўрилади. Қайта лапароскопик кўрилганда ижобий динамика бўлса, ҳосилалар қолдирилади. Бемор стационар назоратда бўлади ва у консерватив даволанади. 3-4 ҳафтадан кейин даволашнинг иккинчи босқичига ўтиш мумкин. Бунда бачадон ҳосилаларининг торсиясига олиб келган



13-7-расм. Ўнг тухумдон кистаси буралишининг эндоскопик кўриниши.

илик физиологик эритмада ушланади. Бироз вақт ўтгач, циркуляция бузилишлари камаяди, бачадон ҳосилаларининг ранги оқаради, пуштилашади. Агар бу ўзгаришлар аниқ бўлмаса, аъзонинг **Сальпингостомия** бу бачадон найларининг ампульяр қисмининг ўтказувчанлигини унинг нормал анатомиясини қайта тиклаш йўли билан тиклаш. Бу манипуляция нисбатан сақланган найларда ўтказилади, найлар йўлини бекитиб турган, ёпишган фибрилардан холос этилади. Монополяр коагуляцияли қайчилар ёрдамида найларни табиий қисмидан бошлаб най бўшлиғи

сабаб коррекция қилинади. Гидросальпинксда лапароскопик сальпингостомия, тухумдон кистасида – оварицистэктомия қилинади.

очилгунча фибрилар шилинади, сўнгра най бўшлиғи атравматик қисқичлар ёрдамида кенгайтирилади. Фибриал қисм четлари 1,0-1,5 см қалинликда шиллик қаватидан манжет ҳосил қилиниб, ташқарига қайрилади ва интракорпорал тугун қўйиш усули билан 2-3 тугунли сўрилувчи чоклар 4/0-5/0 билан фиксацияланади (13-5- а,б расм). Агар эндохирургда чок қўйиш имкони бўлмаса, найнинг ампульяр

қисмини сероз – мушак қаватини юзаки биполяр коагуляция қилиш мумкин. Бунинг учун най учи қирраси бўйлаб 0,3 см масофада сероз-мушак қаватини нуқтали

Сальпингонеостомия фибрилар ажралмаганда ва найларнинг нормал анатомик тузилишини қайта тикланмаслиги натижасида найларнинг ампульяр қисмида нормал ўтказувчанликни тиклаб бўлмаганда ўтказилади. Бунда найнинг терминал қисмидан, мезосальпинксга қарама-қарши қисмидан унинг ўқи бўйлаб най деворидан 1,5 смли

биполяр коагуляция қилинади. Бунинг натижасида найнинг ташқи девори қисқаради ва стома қирралари шиллик қавати ташқарига буралади.

хочсимон кесма ўтказилади. Гемостаз тор учли биполяр қисқичлар ёрдамида қилинади. Найнинг ампульяр қисмида ҳосил бўлган бўлақлар буралади ва тугунли чоклар билан фиксацияланади ёки худди сальпингостомия сингари биполяр коагуляция қилинади (13-8-а,б, 13-9-расмлар).



13-8-расм. Сальпингостомия қилиш схемаси: а-бачадон найи фимбриаль соҳасини қирқши; б-интракорпорал чоклар қўйиши.



13-9-расм. Сальпингонеостомия қилиш схемаси: а-бачадон найи ампульяр соҳасини қирқши; б-интракорпорал чоклар қўйиши.

Аёлларда бачадон найлари ўтказувчанлигини назорат қилишда хромосальпингоскопия кенг қўлланилади. Бунда махсус бачадон канюллари ёрдамида бачадон бўшлиғи метилин кўки билан тўлдирилади ва бачадон найлари ампульяр қисмидан ажралишини кузатилади. Бўёкнинг ажралиши ёки

ажралмаслигига қараб, бачадон найлари ампульяр қисми ўтказувчанлиги аниқланади. Бу оддий информатив усулни, афсуски, болаларда қўллаб бўлмайди. Шунга қарамасдан, болалар хирургии олдида қўйилган мақсад – гидросальпинксни бартараф этиш – хромосальпингоскопиясиз ҳам амалга оширилади.

Оварицтэктомия (тухумдон кистасини олиб ташлаш) юқоридаги усул бўйича учта манипуляция трюаклар ёрдамида амалга оширилади. Киста пункцияси ва аспирацияси қилинади. Суюқликнинг тиниқ сероз бўлиши фолликуляр киста учун, тиниқ сарғиш рангда

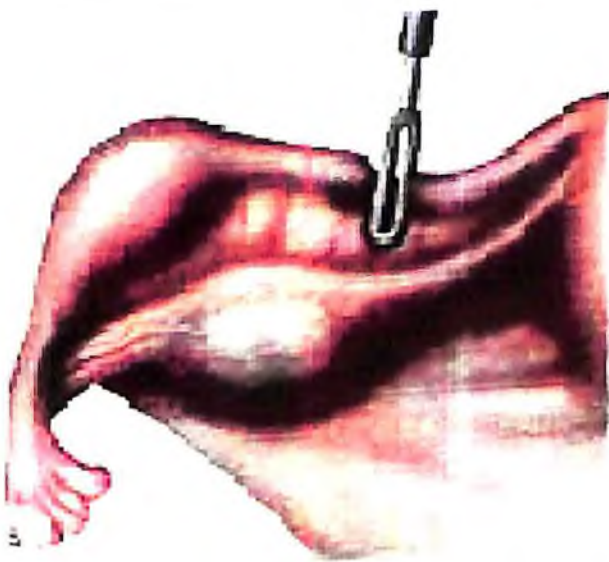


13-10-расм. Лапароскопик оварицтэктомия: а-тухумдон кистаси; б,в-киста қобиги чегараси бўйлаб оқсил қаватини кесиб, кистани эндоскопик усулда ажратилиши.

бўлиши – лютеинли киста учун, шоколадсимон бўлиши – эндометриома учун, куюқ ёғ ёки сочларнинг бўлиши – дермоид кистомалар учун хосдир. Тухумдон кистаси аспирация қилингандан сўнг киста иккита атравматик қисқич ёрдамида тухумдон юзасига энг яқин жойларидан сиқиб олинади. Монопольяр коагуляцияли қайчи ёрдамида тухумдон капсуласи ўқи бўйича 2-3 см очилади. Тухумдон кистаси капсуласи қисқичларга олинади ва тухумдон тўқимасидан ажратилади (13-10-а,б расм).

Сўнгра қорин бўшлиғидан 11 ммли троакар орқали чиқарилади. Ўрта манипуляцияион троакар орқали биполяр коагулятор ёрдамида гемостаз қилинади. Аниқ жойни коагуляция қилиш учун ирригатор аспиратор қўлланилади, унинг ёрдамида киста ўрнидаги бўшлиғидаги майда қон томирлар ҳам куйдирилади. Тухумдон дефекти одатда тикилмайди. Қорин бўшлиғи стерилл физиологик эритма билан “тоза сувларгача” ювилади. Сальпингоэктомия найларнинг

буралишида ҳаётйлиги қайтмагандагина ўтказилади. Найларни олиб ташлаш мезосальпинксни бойлаш ёки уни коагуляция қилиш йўли билан амалга оширилади. Биринчи босқичда бачадондан найлари ажратилади, бунинг учун бачадондан 1,0-1,5 см пастда стандарт биполяр қисқичлар ёрдамида бачадон найлари истмик соҳаси коагуляция қилинади. Сўнгра коагуляция йўли бўйлаб най бачадондан ажратилади (13-11- а,б расм).



13-11-расм. Лапароскопик сальпингоэктомия: а-бачадон найи истмик соҳа коагуляцияси; б- бачадондан найни ажратиб олиши.

Биринчи усулда “Редер” халқаси (хромик кетгут, викрил № 1-0) қорин бўшлиғига киритилади ва бачадон найигача олиб борилади. Қисқичлар халқа ичидан ўтказилади ва бачадон найи ушланади. Найлар медиал йўналишда тортилади, бунда мезосальпинкс тўғриланади. Халқа мезосальпинксга ўтказилади ва тортилади. Худди шундай яна 1-2-халқа ўтказилади. Най лигагурадан максимал қолдириб

кесилади ва қорин бўшлиғидан етарли диаметри троакар орқали чиқарилади.

Иккинчи усулда мезосальпинксга халқа кўйиб боғлаш ўрнига уни биполяр коагуляция ёрдамида куйдирилади. Мезосальпинкс най медиал йўналишда тортиб тўғриланади. Коагуляция чизиги бачадон найининг энг чекка қиррасидан ампуляр охиридан истмик қисмига

йўналган бўлиши лозим. Коагуляция қилиш ва коагуляция чизиғи бўйича олиб ташлаш “қадамма-қадам”, худди

Овариэктомия, Сальпингэктомия сингари, асосан, икки усулда амалга оширилади: эндопетля ёрдамида лигатуралаш ва озиклантирувчи қон томирларини биполяр коагуляция қилиш

лапароскопик аппендэктомия сингари амалга оширилади.

орқали. Бизнинг фикримизча, иккала ҳолатда ҳам биринчи босқичда тухумдонни хусусий боғламга келувчи тухумдон артериясини коагуляция қилиш ва кесиш керак (13-12-а,б расм).



13-12-расм. Лапароскопик овариэктомия: а,б-тухумдон артериясини коагуляция қилиш ва бойламдан ажратиб олиш.

Бунинг учун тухумдон қисқичларга олинади ва юқорига, латерал томонга тортилади. Натижада, тухумдоннинг хусусий боғлами манипуляция учун қулай ҳолатга келади. Уни стандарт биполяр қисқичлар ёрдамида коагуляция қилинади ва кесилади. Мезовариум ҳалқа ёрдамида боғланади ёки юқорида кўрсатилганидек қадамма-қадам коагуляция қилинади. Тухумдон тўлиқ ажратилгач, қорин бўшлиғидан чиқарилади.

Тухумдонда оператив аралашув қилинаётганда эндохирург яхши сифатли ўсма билан ишлаётганига амин бўлиши керак. Жараённинг ёмон сифатли характерга эгалигидан тухумдоннинг полиморф кўриниши, папиляр ўсимталар борлиги, кистоманинг муциноз таркибли

бўлиши, бир неча кистоз бўшлиқлар бўлиши, икки томонлама зарарланиш бўлиши, асцит, қорин пардасининг, катта чарвининг, жигарнинг, лимфа тугунларининг ва қорин бўшлиғига оид бошқа аъзоларнинг метостатик зарарланишидан далолат беради. Бундай ҳолларда лапароскопик аралашув дигностик этапда тугатилади. Бунда барча топилмаларни видеотасмага тушириб олиш ва цитологик текширув учун перитонеал суюқликдан олиш шарт. Бемор махсус онкологик бўлимга ўтказилиши керак.

Ҳозирда эндохирургиянинг ривожланиш даражаси тухумдоннинг ёмон сифатли касалликларнинг эрта даражаларида радикал лапароскопик операциялар ўтказиш имконини беради. Бу,

шубҳасиз, мураккаб бўлим бўлиб, бунда эндохирург аднексэктомия, гистерэктомия, катта чарви экстирпацияси, шу билан бирга, парааортал, ёнбош, чанок, субренал лимфодиссекция каби лапароскопик

операцияларни бемалол бажара олиши шарт. Сўзсиз эндохирургиянинг бу бўлими онкогинекологлар назаротида бўлиши керак. Болалар жинсий аъзоларида ёмон сифатли касалликлар жуда кам учрайди.

13.11. ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРНИНГ БОШҚА КАСАЛЛИКЛАРИ

Ҳайз бачадон қони рефлюкси – кўп учрайдиган, актив хирургик тактика талаб қилувчи ва ўткир қорин белгилари билан кечувчи касалликдир.

Кичик чанок бўшлиғи лапароскопияси вақтида сероз – геморрагик эксудат ёки лахтачаларсиз тўқ-суюқ қон аниқланади. Миқдори одатда кўп бўлмайди. Айрим ҳолларда бачадон найларининг ампульяр қисмидан қорин

Тухумдон апоплексияси: Қорин бўшлиғида эркин суюқ қон аниқланади. Унинг миқдори ҳар хил бўлиши мумкин – 10-20 дан то 200-300 мл ва ундан ҳам кўп (13-13-расм). Кичик чанок бўшлиғи

бўшлиғига кичик порцияларда сизиб чиқишини кузатиш мумкин. Кичик чанок бўшлиғи стерилл физиологик эритма билан кераклича ювилади, бунинг учун одатда 500-1000 мл суюқлик етарли ҳисобланади. Айрим вақтларда рецидив ҳолат кузатилади.

аъзолари ревизиясида қонаётган тухумдон кўрилади. Интенсив қонаганида қон лахталари пайдо бўлади, қон кам кетганида лахта бўлмаслиги ҳам мумкин.



13-13-расм. Тухумдон апоплексиясида кичик чанок бўшлиғида қоннинг эндоскопик кўриниши.

Қон кетишини иккита асосий усул ёрдамида тўхтатиш мумкин: биполяр коагуляция ва гемостатик чок. Биринчи усулда стандарт биполяр кискичлар тухумдон дефектига киритилади ва 40-50 Вт режимда қон тўлик тўхтагунча тухумдон деворлари коагуляция қилинади. Усул оддий ва эффеќтли. Гемостатик чок қўйиш техник жићатдан қон тўхтатишнинг анча қийин усули ҳисобланади ва эндохирургдан алоҳида амалий кўникмаларни талаб қилади. Бунинг учун сўрилувчи атравматик тикиш материали

Тухумдонлар склерокистози (Штейна-Левентал синдроми) ўсмирлик ёшида деярли кузатилмайди, анча кейинроқ тухумдонларда ўзгаришлар бўлиши билан характерланади. Клиник касаллик ҳайз циклининг бузилишлари, ҳайзнинг узок тутилиши, ссмириш белгилари билан намоён бўлади. Кейинчалик бирламчи бепуштлиқ қўшилади. Склерокистозли тухумдонлар, одатда, ўлчамлари бир мунча катталашган ва характерли мунчоқсимон кўринишга эга. Капсуласи орқали майда кистоз структураларини кўриш мумкин. Тухумдон юзаси силлиқ ва монотон. Ановуляция белгилари кузатилади, бу

Идиопатик овариоварикоцеле – кизларда ички тухумдон веналарининг кенгайиши – ўғил болалардаги идепатик варикоцеленинг аналоѓи ҳисобланади. Ёрғоқда оддий кўрувда қийинчиликсиз аниқланадиган варикоцеледан фарк қилиб, овариоварикоцеле диагностикаси жуда ҳам қийин. Касаллик фаќатгина бачадон кенг бойламани бевосита кўрилганда ёки лапароскопияда, баъзан лапаротомияда

лозим: кетгут, хромланган кетгут, викрил 2-3/0, санчувчи ниналар. Интрокорпорал тугун қўйиш техникасидан фойдаланилади. Нина формаси – “чанѓи” (лыжа) бўлиши лозим.

Тухумдондаги дефектга “Z” симон гемостатик чок қўйилади. Қорин бўшлиѓи стерилл физиолоѓик эритма билан тоза сувгача ювилади. Тухумдон тўкималарини тикиш, қон тўхтатишнинг кам травматик усули ҳисобланади ва бизнинг назаримизда коагуляция қилиш яхшироқ.

сарик тана йўқлиѓидан далолат беради. Стигмалар – етилган фолликулаларнинг ёрилиши ва тухум хужайраларининг эркин қорин бўшлиѓига чиқиши (овуляция) дан дарак берувчи тухумдон юзасидаги кратерсимон дефектлар аниқланмайди.

Хирурѓик даво тухумдонни ^{2/3} қисмини лапароскопик понасимон резекция қилиш орқали амалга оширилади. Штейна-Левентал синдромига шубха бўлган ҳолларда, болалар хирурѓининг вазифаси тухумдондан биопсия олиш ва ташхисни аниқлаштириш билан чегараланади.

аниқланиши мумкин. Маълумки, овариоварикоцеле кам ўрганилган касаллик ҳисобланади. Унинг этиологияси ва патогенези, гонадаларининг зарарланиш механизми худди варикоцеледаги кабидир. Овариоварикоцелени даволашга баѓишланган кам сонли адабиётларнинг муаллифлари худди варикоцеледаги каби ички уруѓ венасини боғлашни тавсия этади. Лекин бу муаммо изланишни талаб этади.

13.12. ГИНЕКОЛОГИК ПАТОЛОГИЯЛАРДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Ургент диагностикада УТТ сканерлаш ва лапароскопия каби юқори информатив текширув усулларининг кенг қўлланилиши гинекологик касалликларнинг эрта диагностикаси, сифатини яхшилаш имконини беради. Бундан ташқари, бу касалликлар болаларда учрамайди, деган фикрни инкор этади. Анъанавий диагностика аниқлаб бўлмайдиган жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликларининг эрта боскичларида аниқлаш имконини беради. Бу ёш аёл бачадон ҳосилаларидаги сурункали яллиғланишлари сабабини тушунтириб беради: бу ўзгаришларнинг ривожланиши эрта болалик даврида бошланган. Кўп ҳолатларда бир қатор функционал бузилишларни эндоскопик тасдиқлашга эришилмоқда (овулятор, ҳайз олди ва ҳайз синдромлари ва бошқалар). Кўпинча лапароскопияда ривожланиш нуқсонлари аниқланмоқда, улар орасида кенг тарқалганлари бачадон ва қин аномалияларидир. Тухумдон ва бачадон найлари аномалиялари эса нисбатан кам кузатилмоқда.

Қиз болаларнинг қориндаги ўткир оғриқлари бизнинг диққатимизни жалб қилади. Бунда болани текширувлардан синчиклаб ўтказиш лозим, умумклиник ва

лаборатор усуллардан ташқари УТТ ва лапароскопик текширувни ҳам қўшиш керак.

Замонавий эндоскопик жиҳозлар қиз болаларнинг ёшидан қатъи назар, максимал авайлаб ва юқори эффектга эга бўлган операциялар ўтказиш имконини беради.

Гинекологик касалликлари аниқланган қиз болаларни адекват даволашда, шу патологик жараён тўғрисида умумий тушунчага эга бўлган болалар хирург ва болалар гинекологлари ҳамкорлигидир.

Гинекологик касалликларда лапароскопик операция вақтида кутилиши мумкин булган қийинчиликлар ва асоратлар

-баъзи ҳолатларда тухумдон кисталарига атроф аъзолар ёпишиб чандикланиб кетган бўлади ўша вақтларда ажратишда қийинчиликлар кузатилади ва қон томирлар жароҳати туфайли ички қон кетиш кузатилади

-операцион жароҳатларни йиринглаши

-монополяр коагуляция қилиш вақтида қўшни аъзолар жароҳатланиши

Кузатувларимиздан келиб чиқиб, қўйидаги хулосаларга келдик:

1. Қиз болаларда, айниқса 10-15 ёшли қизларда аниқ намоён бўлган абдоминал оғриқ синдроми репродуктив тизимнинг ривожланиш даврида кузатиладиган физиологик жараёнлар натижаси ёки уларга чегаравий ҳолатлар, шу билан бирга, ўткир хирургик патологиялар (ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари, ўсмалар, ривожланиш нуқсонлари) натижаси бўлиши мумкин.
2. Лапароскопик текширувлар гинекологик патология характерини аниқ белгилаш ва эндохирургик усулда даволашга кўрсатмани ишлаб чиқиш имконини беради.
3. Гинекологик касалликларда лапароскопик операциялар барча ёшдаги қиз болалар учун, ҳатто янги туғилган чақалоқлар учун ҳам максимал авайловчи ва юқори эффектив усул ҳисобланади.

ЛАПАРОСКОПИК ХИРУРГИЯ

УМУМИЙ ҚИСМ

14-БОБ.

СУРУНКАЛИ ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ

14.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Болаларда калькулёзли холецистит кам учрайдиган касалликлар туркумига киради. Чет эл ва ўзимиздаги адабиётларда жуда кам ҳолатлар кузатилганлиги эътироф этилган. Охирги йилларда педиатрлар ва болалар хирурглари бу касалликка тўкнаш келмоқдалар.

Бундай бўлишига охирги йилларда диагностиканинг яхшиланганлиги, экологик муҳитнинг бузилишлари, овқат рационининг бузилишлари сабаб қилиб кўрсатса бўлади. Бу касаллик кўпинча катта ёшдаги болаларда учрайди. 7 ёшдаги ўғил

Касаллик таснифи. Сурункали ўт тош касаллиги кечишининг бир неча турлари мавжуд: яширин даври, ўткир даври (жигар

Этиологияси ва патогенези. Касалликни келтириб чиқарадиган асосий омиллар: болаларда узоқ вақт парентерал овқатланиш, ўт қопидаги ўтнинг туриб қолиши, ёнбош ичакнинг катта қисми резекция қилиниши, гемолитик касаллик ва бошқалар.

болалар қизларга караганда икки баробар кўп касалланади. 8-10 ёшли ўғил болалар бир хил касалланади, 12-14 ёшли қиз болалар 3-4 марта кўп касалланадилар.

Ўт тош касаллигини кўп ҳолларда педиатрлар меъда ва 12 бармоқли ичак касалликлари, бўйрак касалликлари, семириш, ОИТ дисплазияси жараёнларида аниқланади. Болаларда бу касаллик кечишининг ранг-баранглиги билан эмас, ота-оналар ва тиббиёт ходимлари кам маълумотга эга эканлиги билан изоҳланади.

санчиги) билан , ўткир ости даври (ўт қоши деворининг яллиғланиши).

Тош ҳосил бўлишига асосий сабаблардан яна бири ўт йўлининг туғма нуқсони, асосан ўт қоши бўйни ва ўт йўлида туғма нуқсон бўлганда.

Охирги йилларда ўт тош касаллиги болаларда туғма жигар ва ўт йўли касалликларида учраши аниқланган.

Болаларда тош ҳосил бўлишининг 3 та асосий омили, генетик келиб чиқиши, ўт йўллари аномалияси, умумий модда алмашинуви бузилиши аниқланган.

Булар тош ҳосил бўлишидаги омиллардир. 2 та омил бўлганда касалликнинг келиб чиқишига етарлича асос бўла олмайди.

14.2. АНЪАНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Диагностика ва клиник кечиши.
Катталардан фарқли равишда болаларда ўт тош касаллигининг клиникаси аниқ симптоматикага эга эмас.

Болаларда касалликнинг кечиши кўп ҳолларда ёшига, қўшимча касалликлар, ўт йўлларидаги аномалиялар, тошнинг ўлчами ва қаерда жойлашганлигига боғлиқ. Асосий клиник белгиларидан бири қайталанадиган қориндаги оғриқлар бўлиб ҳисобланади. Ёш болаларда оғриқ бутун қорин бўйлаб ва киндик атрофида бўлади. Катта ёшли болаларда ўнг қовурға равоғи остидаги оғриқлар, баъзи ҳолларда тўш остидаги оғриқлар безовта қилади. Кўпинча бу оғриқлар кучли бўлиб, ўнг курак, ўнг елка ва бел соҳасига тарқалади, бола безовта бўлиб, мажбурий ҳолатни эгаллайди. Оғриқ синдроми, кўнгил айниш ва қусиш бўлади. Тана ҳарорати ошади, холецистохолангитда сариклик умумий ўт йўлига канкрементни кириб қолишидан далолат беради. Бу болаларда жуда кам

Даволаш

Сурункали калкулёзли холециститда асосий операция тури холецистэктомия ҳисобланади. Болаларда катталардаги сингари анъанавий холецистэктомияда ўта травматик кесмалардан фойдаланилади. (С.П. Федоров ва Рио – Брянко). Лапороскопик холецистэктомиянинг афзалликлари кичик кесмалар билан операцияни амалга ошириш, операциянинг барча босқичлари ва анатомик

учрайди. Қорин пайпасланганда ҳамма беморларда ўнг қовурға равоғи остида оғриқ бўлади. Доим ўт қопи симптомлари (Ортнер, Керра, Мерфи) мусбат бўлади.

Ўт тош касаллигининг кечиши тошнинг характери ва ўлчамига боғлиқ. Болаларда кўпинча билирубин тошлари (75 % гача) жуда кам ҳолатларда халестеринли тошлар ёки аралаш тошлар учрайди.

Тош қанчалик катта бўлса, клиник кечиши яққол кечмайди.

Кичик тошлар асосан қаттиқ билирубин тошлари, кўп қиррали кўринишда, ўткир оғриқлар билан ўтади. Ўта кучли оғриқ бўлишига сабаб майда тошларнинг жуда кўплиги, уларнинг бир жойдан иккинчи жойга кўчиши, ўт қопи бўйнидаги ва ўт йўлидаги оғриқ зоналарини кўзгатади. Жуда кўп ҳолларда ўт тош касаллигини белгиларсиз кечиши ўзига тартади. 25% болалардаги тошлар УТТ қилинганда аниқланади.

органларнинг аниқ кўриниши, оғриқ синдромининг кучли бўлмаслиги, операциядан кейинги чандиқ ва яллиғланишнинг кам бўлиши, касалхонада ўтказилган кунни камайтириш, косметик томондан афзаллиги.

Дунёда биринчи бор болаларда лапороскопик холецистэктомияни америкалик болалар хирурги Г. Нолсов 1990 йили қилган.

Ҳозирги пайтда болаларда сурункали калькулёз холециститда лапороскопик холецистэктомиянинг эффективлиги ва хавфсизлиги бўйича биринчи ўринда туради.

Текшириш усуллари. Операциядан олдин физикал текширишлар, умумий клиник ва биохимиявий анализлар, УЗД, кўрсатмага кўра эндоскопик ретроград холецистопанкреатография (Э.Р.Х.П.Г.) лар қилинади. УЗД га қўйидагилар характерлидир:

1. Ўт копи ўлчамлари. Катталашishi ёшига қараб 25% беморларда, ўт копи гипопазияси ва ўлчамларининг кичрайishi 15% беморларда.
2. Ўт копининг формаси. Тана ва бўйнида яллигланишлар ва буралиб қолишлар, 65% болаларда ўт копи бўйни деформация учрайди.
3. Ўт копининг қалинлиги ва эхографик каттиқлиги турли жойларда. Ҳамма болаларда ўт копи деворининг 2-6 мм қаттиқлашганлиги (2,5 мм). Айрим беморларда ўт копи деворининг ўзгариши ўта кучли оғрикли кечади. Қорин бўшлиғидаги ўткир патологик ҳолатни кечишига қараб эхографик ўт копи деворини яллигланиши яъни ўткир холецистит ташхис қўйишга имкон беради.

Бу усул асоратсиз, асосан, болаларда “ олтин стандарт “ ҳисобланади.

4. Ўт копидаги тошларнинг сони, жойлашиши, ҳажми аниқланади. 80% ҳолларда турли эхо зичликдаги тошлар ҳаракатчан ҳисобланади. Ҳаракатланмайдиган тошлар ўт копи бўйнида жойлашади. 20%да бита тош, 80%да кўплаб тошлар учрайди (14-1-, 14-2-расмлар).
5. Умумий ўт йўли ҳолати. Болаларнинг ўт йўлларида тошлар жуда кам учрайди. 5%да умумий кенгайганлигини кўрамиз, бу эса Э Р Х П Г қилиш учун кўрсатмадир.
6. Жараённинг ўтиб кетиш ҳолатлари асоратли босқичга ўтишидан далолат беради, бу эса лапороскопик холестистэктомия ўтказишга имкон бერмайди ва конверсияга ўтишига олиб келади.
7. Ўт копини текширишда эрталабки нонушта бериш билан дискезиянинг гипо ёки гипергенетик тури аниқланади. 15%да ўт копи функцияси сақланган бўлади. 70%да гипокинетик дискнезия, 15%да гиперкинетик дискнезия тури аниқланади.



14-1-расм. Ўт қопини УТТ текшируви (ягона тош).



14-2-расм. Ўт қопини УТТ текшируви (кўпламчи тошлар).

14.3. ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТОГРАФИЯ

Ўт қопини текшириш усулларидан бири Э Р Х П Г дир. Педиатрияда жигар ичи ва жигар ташқи ўт йўллари, уларда тош бор – йўқлигини аниқлашда Э Р П Г нинг роли бекиёсдир.

Болаларда ўт қопи ва ўт йўлларининг туғма нуқсонларида УТТ да умумий ўт йўли кенгайганда, магистраль йўлда тош аниқланганда, албатта, Э Х Р П Г қилинади. 12 бармоқли ичакдаги сўргич патологиясида, йўлида тош туриб қолиши натижасида ўт ҳаракатининг бузилиши, умумий функция ва умумий ўт йўлида Э Х Р П Г ва ТТ да аниқланади. 85% да ўт қопи деформацияси ва ўзгариши, ундан 45%и ўт йўли гипоплазияси билан кечади (14.-3-, 14-4- расм).

Ўт йўли, ўт пуфаги ва жигар ўт йўлининг бир нечта анатомик вариантлари бор.

1. Ўт қопи ва ўт йўлининг типик жойлашуви (14-5-расм) – 75% да.
2. Ўт йўлининг умумий жигар йўли билан батомом ёпилиши. -5% беморларда (14-6-расм).
3. Чўзилган ўт йўли жигар йўли билан ёнма – ён бориб, 12 бармоқли ичак орқасига очилиши (14-7-расм) 15% беморда.
4. Ўт йўли жигар йўли билан олдиндан кесишади ва чап томондан очилади (14-8- расм) 5% беморларда.



14-3-расм. Ўт қопининг тана қисмида парда бўйича соҳасида қийшайиши, ўт йўли гипоплазияси ва фибрози



14-4-расм. Ўт йўли гипоплазияси ва фибрози



14-5-расм. Ўт қопи ва йўлининг типик нисбати



14-6-расм. Узайган ўт қопи ва ўт йўли деворларининг ўзаро битишиб кетиши

Болаларда лапароскопик холецистэктомиядан олдин ЭХРПГ қилиш зарур.

Ўт қопининг қон билан таъминланиши 70%да, типик ўт йўли артерияси орқали 70% беморда, тарқалган ҳолда қон билан таъминланиши 20%, 10% ҳолларда магистраль томирларсиз қон тубидан қон билан таъминланади.

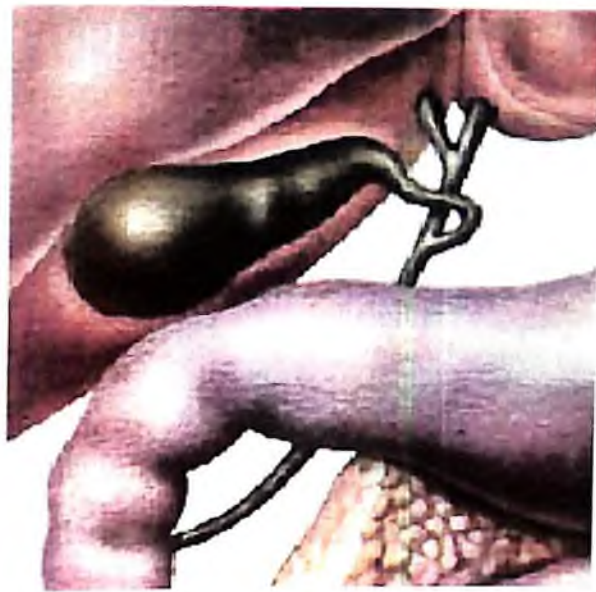
Сурункали калькулёзли холециститда ўт қопи олингандан кейинги морфологик

текширишда кўп ҳолларда продуктив яллиғланиш реакцияси лимфоцит ва плазмацитлардан ташкил топган диффуз тарқалган хужайра инфильтрати аниқланди.

Дистрофик ўзгаришлар нафақат хужайра шиллик қаватида, балки шиллик ости қаватида ҳам ўзгаради (85%да).



14-7-расм. Ўт қоғи анатомик тузилиш шаклларида бири бўлиб, ўт қоғи йўли одатдагидан узунроқ, ун икки бармоқли ичакнинг орқасига очилади.



14-8-расм. Ўт қоғининг йўли жигар йўлини кесиб, унинг чап томониغا очилиш шакли.



14-9-расм. Ўт қоғи деворининг сурункали яллиғланиши. Эпителининг десквамацияси. Гематоксилин ва розин билан бўялган.



14-10-расм. Қон- томир деворида тромбларнинг склерозлашиши (гематоксилин билан бўялган).



14-11-расм. Ўт қоғи деворининг барча қисмларида бириктирувчи тўқималарнинг ўсиб кетиши. Ван-Гизон бўйича бўяш.

95%да дистрофик ўзгаришлар мускул қаватида бўлади. Ўт қоғи деворини бириктирувчи тўқимасининг фиброз ва склерозга учраши 95% да кечади, шу ҳолда 45% мушак тўқиманинг зарарлаши ва мушак толаларининг атрофияси 10% (14-9 -, 14-10 -, 14-11-расмлар).

Операциядан олдинги ва морфологик текширувлар, болаларда ўт қоғида тош борлиги ўт қоғи деворининг сурункали яллиғланиши билан кечади.

Кўпинча ўт йўли моторикасининг бузилиши анатомик ўзгариш билан кечади.

14.4. Калькулёзли холециститда лапароскопик операция

Кўрсатма: лапароскопик холецистэктомия калькулёзли холециститнинг барча турларида қўлланилади.

Қарши кўрсатмалар:

1. Холедохолитияз.
2. Катта дуоденал сўрғичнинг стенози.
3. Катта дуоденал сўрғич ўсмалари.
4. Гепатохолидох дистал қисми структураси.
5. Қорин бўшлиғи юқори қаватларида ўтказилган операциядан кейинги қўпол чандикли битишмалар.

Лапароскопик холецистэктомия методикаси. Лапароскопик холецистэктомиянинг асосий боскичлари умумий хирурглар томонидан катталар учун ишлаб чиқарилган. Трокарларнинг жойлашуви боланинг ёшига қараб фарқ қилади.



14-12- расм. Лапароскопик холецистэктомияда трокарларнинг жойлашуви (каттароқ болаларда)
1-11 ммлик трокар; 3-5.5 ммлик трокар; 4-11 ммлик трокар.

Катта болаларда 2та 11ммлик, 2та 5,5 ммлик трокарлар қўйилади, улар қўйидагича жойлашади.

№1 (11ммлик) киндикнинг юқори қисмидан лапороскап учун.

№2 (5 ммлик) ўнг олдинги қўлтик чизикдан 4-5 см қовурға равоғидан ўтқопи тубини ушлаш ва фиксация қилиш учун.

№3 (5-5,5 ммлик) ўнг ўмров ўрта чизиги 3 см қовурға ёйидан – ўт қопи бўйни ва Гартман чўнтагини ушлаш учун. №4 (11ммлик)ўрта чизикқа ханжарсимон ўсимтадан 3-4 см ишловчи асбоблар учун (14-12-расм). Кичик ёшдаги болаларда қорин бўшлиғи кичик бўлгани учун трокарларнинг жойи ўзгартирилади (14-13-расм).



14-13-расм. Ёшли болаларда лапароскопик холецистэктомияда трокарларнинг жойлашуви: 1-5.5 ммлик трокар; 2-2.5 ммлик трокар; 3-5.5 ммлик трокар; 4-5.5 ммлик ёки 11 ммлик трокар

Бемор ва операция ходимларининг жойлашуви. Операция пайтида бемор юқорига қараган ҳолда ётади. Операция



14-14-расм. Кичик ёшли болаларда лапароскопик холецистэктомияда операция бригадасининг жойлашуви.

ходимларининг жойлашуви (14-14-расм) да.



14-15- расм. Катта ёшли болаларда лапароскопик холецистэктомияда операция бригадасининг жойлашуви.

Кейинчалик операция столи ва бемор ҳолати ўзгартирилади— бош қисми

кўтарилган ҳолда (тахминан 20°) ва чап томонга эгилади (20°).

Операция кетма-кетлиги:

1. Қорин бўшлиғи пункцияси, пневмоперитонеум ҳосил қилиш, троакарларни жойлаштириш.
2. Ўт қопини чандиқлардан ажратиш ва бўйин соҳасини ажратиш.
3. Ўт йўлини ва ўт йўли артериясини ажратиш.
4. Ўт қопи тубини ажратиш.
5. Ўт қопини қорин бўшлиғидан чиқариш.
6. Кўрсатмага кўра қорин бўшлиғини санациялаш ва дренажлаш.
7. Операциянинг якунланиши.

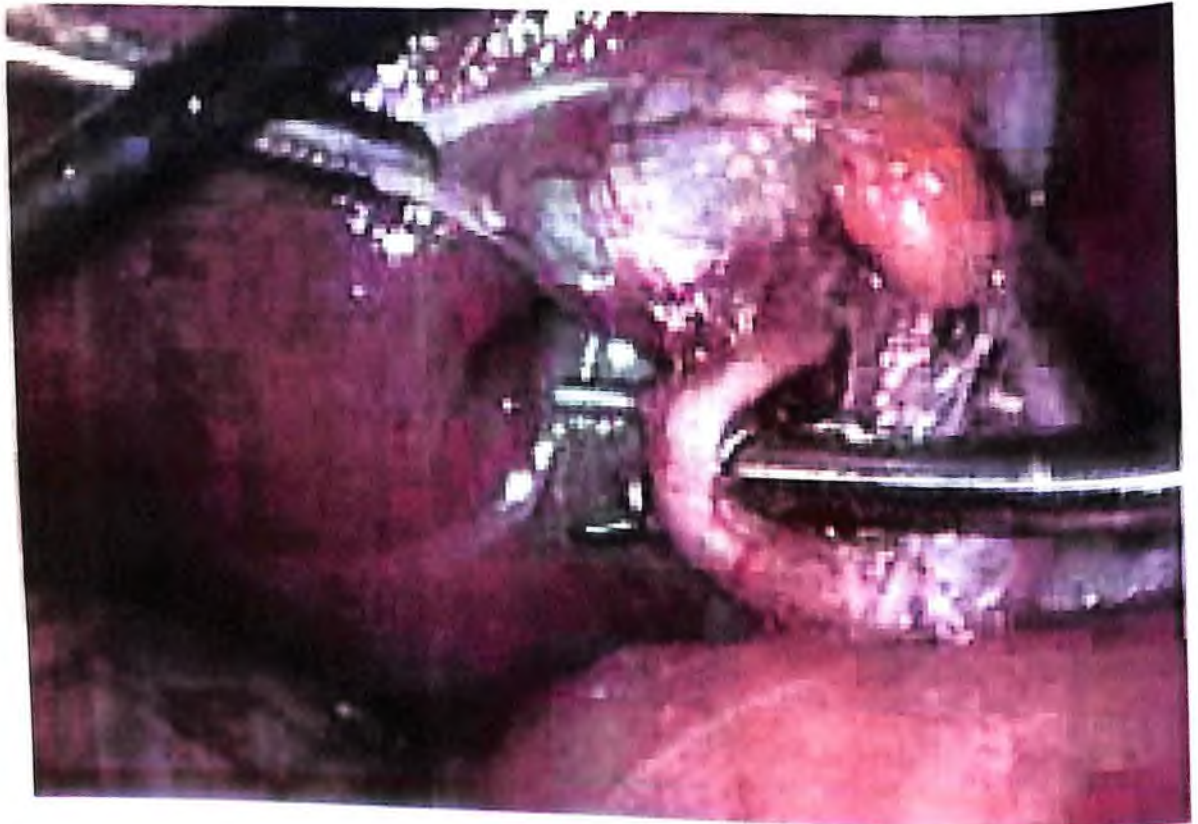
1. Қорин бўшлиғини пункция қилиш, пневмоперитонеум ва троакарларнинг жойлашуви. Қорин бўшлиғини пункцияси учун ҳамма ҳолларда тўғридан – тўғри ўтмас учли троакар билан киндик юкорисидан кирилади. Пневмоперитонеум ҳосил қилиш (8-10 мм симоб устунини-ёш болаларда, 10-14 ммлик симоб устуникатталарда). Шу жойдан 5,5 ммлик ёки 11 ммлик троакар лапараскоп учун, бошқа троакарларни кўриб турган ҳолда киритилади. Барча ҳолларда лапароскопик холецистэктомия учун 4 та троакар ишлатилади.

2. Ўт қопи танасини бўйин соҳасидан ажратиш. Юқорида кўрсатилган операция столнинг ҳолати ўзгаргандан сўнг қорин бўшлиғи ревизия қилинади, ўт қопи кўринади. №2 троакардан атравматик қискич киритилади, у билан ўт қопи тубини узок ўт қопидан юқорига, диафрагма томонга ва латериал тортилади. Шу билан жигар ўнг бўлаги кўтарилади ва

ўт қопи бўйнига йўл очилади. Ўт қопи танаси ва туби чарви билан, йўғон ичак билан ёпишганда моно ва биполяр коагуляторда ажратилади, жуда қаттиқ битишмалар қайчи ёки илгак билан очилади. Шуниси муҳимки, коагуляция ва кесишлар ўт қопи девори яқинида қилинади. Ўт қопини чандиклардан ажратишда жигар ўнг бўлаги юқорига диафрагма томонда сурилади ва шунда ўт қопи бўйни кўринади.

Ўткир ва тўмтоқ йўл билан ўт қопи олдинги томон чандиклардан тозаланади ўнг ва чап томони.

3. Ўт йўлини ва ўт йўли артериясини ажратиш ва кесиш. Ўт қопи бўйни топилгандан кейин Гартман чўнтаги атравматик қискич Граспер (троакар №3) ушланади, шу билан қоп бўйни юқоридан ўнгга сурилади ва ўт йўли, ўт артерияси кўринади. Тўқималарни ажратиш учун қулай бўлиш мақсадида атравматик қискич



14-16-расм. Ўт қопи йўлининг ажратилиши.

Граспер кремолерсиз ишлатилади, доимий ҳолатни ўзгартириш мақсадида. Барча фойдаланувчи ишловчи асбоблар Граспер диссектори, илмокли қайчи, клип аппликатор, отсос №4-троакардан

4. қийшиқ Граспер диссектор ва қайчи билан очилади ёки коагуляция қилинади. Ўт йўли ва артериясини ажратиш кўпинча Коло учбурчагида ёғ тўқималарининг кўплиги билан боғлам кўп холларда ўт йўли артерияси ўт йўлидан медиал жойлашган бўлади, шундай қилиб, дискенезия ўт ажралиши билан бошланади. Шунинг учун диссектор билан ўт йўли тўмтоқ ажратилади, коагуляция ва илмоқ ишлатмасдан, ўт йўли бирданига 1-1,5 см масофада барча томондан ажратилади (4-16-расм). Ўт қопини гепатохоледохга ўтиш жойи синчиклаб кўрилади ва шундан кейин

юборилади. Ўт йўли ва ўт йўли артериясини ажратишда биринчи корин парда кенгроқ очилади.

ўт йўлининг проксимал ва дистал қисмларига 2 та титан клипса ўрнатилади (14-17-расм). Ўртасидан қайчи билан кесилади 3-4 мм қолдириб (14-18-расм). Кесилганда бир томчи сарик рангдаги ўт чиқади бу ўт йўли кесилганлигини билдиради. Кичик ёшдаги болаларда 3 та 5,5 ммлида троакар №2,3,4, шу босқичда 10 ммлик троакар 5 ммлик билан алмаштирилади, №4 троакардан юборилади. 1 та 11 ммлик киндик устидаги портдан №1 10 ммлик клип аппликатор юборилади.



14-17-расм. Ўт қопи йўлига клипсани ўрнатиши.



14-18-расм. Ўт йўлини киркиш.

Ўт йўли кесилганда ўт йўли артерияси медиал жойлашади бўлади, артерия диссектор билан тўмтоқ ажратилади ва болаларда биполяр коагулятор куйдирилади (14-19 а,б,в-расмлар).

5. Ўт қопи тубидан ажратиш

Ўт қопини жигар тубидан ажратишнинг сабаби-улар анатомик бир-бири билан боғлиқлигидир. Кўпинча ўтқопи жигардан ташқарида жойлашади, шунда? кўпроқ қисми жигар паренхимасидан ташқарида жойлашган бўлади.

1/3 одамларда ўтқопининг жигар ичида жойлашуви кузатилади.

Шунда жигар устида 1/3 ўт қопи аникланади.

Ўт қопи девори ва жигар тўқимаси ўртасида силлик бириктирувчи тўқимада қайталанган жараёнлар учрайди. Бириктирувчи тўқимадан ҳосил бўлган

ўтқопида қорин пардаси ва жигар юзасида кўплаб қон томирлар бор, шунинг учун ўтқопи тубидан ажратишда доимий монополяр коагуляциядан, асосан, илмоқдан фойдаланилади.

Бирламчи илмоқ билан ўтқопининг икки томони, қорин пардаси кесилади ва аста-секин жигар тубидан ажратилади.

6. Ўт қопини олиб ташлаш.
№4 троакорлардан 11 ммлик троакор орқали қорин бўшлиғидан ажратилган ўт қопи чиқарилади. Ўт қопи бўйнидан атровматик қисқич билан ушланиб, троакордан тортиб имкон қадар тортилади, агар чиқмаса, троакор билан бирга тортилади



14-19-расм. Коагуляция (а) ва (б-в) ўт қони артерияси клиплагандан сўнг ўт йўлини кесши.

Жараён кетма-кетлиги қўйдагича:

1. Троакар билан қорин олд деворидан ўтқопи бўйнидан ушлаб чиқарилади, тери спиртли салфетка билан артилади.
2. Ўтқопи бўйни ичкарида очилади ва ўтқопи ичига отсос киритилади ва ўт сўриб олинади.
3. Агар катта бўлса, қискич билан эзилади ва чиқариб ташланади.
4. Тош ва ўт суюқлиги олингандан кейин ўт қопи 11 ммлик кесмадан эркин чиқади.

7. Қорин бўшлиғини санациялаш ва дренажлаш.

Операция тугаллангандан кейин қон ёки ўт суюқлиги қорин бўшлиғида бўлганда қорин бўшлиғи қуритилади, патологик суюқлик электро сўргичда сўриб олинади, физиологик эритма билан ўнг қовурға равоғи ости ва ўнг латериал канал ювилади. Операция якунлангандан кейин жигар ости соҳаси дренажланади, кўп ҳолларда қилинмайди.

8. Операциянинг якувланиши.

Оптика назоратида троакарлар қорин бўшлиғидан чиқарилади 11 ммлик жароҳат ва албатта апоневроз қаватма – қават тикилади. Жароҳатлар антисептиклар билан ишлов берилади ва лейкопластр билан бирлаштирилади.

9. Операциядан кейин беморларни олиб бориш. Лапароскопик холицистэктомиядан кейин қўйидаги даво буюрилади.

- ❖ 1-кун инфузион терапия.
 - ❖ Норкотик бўлмаган анальгетиклар билан оғриқсизлантириш.
 - ❖ 3-5-кун антибактериал терапия.
- Беморлар операциядан кейин 1-кун суюклик ичади, 2 – кун енгил овқат берилади, холицистэктомиядан кейин 2 - кун беморлар оёққа туради.

3- чиқариш кунидан олдин УТТ текширилади. Унда:

- қорин бўшлиғи ва жигар соҳасидаги суюкликнинг йиғилиши

- жигар ичи ўт йўлларининг ҳолати

- умумий ўт йўлларининг ҳолати аниқланади.

4-8-кун беморлар уйига жавоб берилади. Клиник ва биокимёвий таҳлиллар, УТТ қилиш тавсия этилади.

Калькулез холециститда лапароскопик операцияда кўтилиши мумкин бўлган асоратлар

-баъзи ҳолатларда сурункали холецистит натижасида ўт қопи атроф тўқималарга чандикли ҳолатда ёпишган бўлади ажратиш вақтида ўт қопининг ёрилиши ёки қон томирлар жароҳати туфайли ички қон кетиши кузатилади

-каогуляция вақтида қўшни аъзолар жароҳати

-операцион жароҳатларни йиринглаши
-ўт йўлига қўйилган клипсалар етишмовчилиги

-умумий ўт йўли ёки холедох зарарланиши

15-БОБ. ТАЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

Болаларда талоқ касалликларидан: гемолитик анемиялар, талоқ кисталари ва таракқиётнинг бошқа нуқсонлари катта аҳамият касб этади. Эритроцитларнинг жадал парчаланиши оқибатида юз берадиган гемолитик анемиялар хирургик аҳамиятга эга. Касаллик бирваракайига оиланинг бир неча аъзоларида учраши мумкин. У касаллик кизларда ўғил болаларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Классификацияси. Гемолитик анемиялар туғма ва ҳаётда орттирилган турларга бўлинади. Туғмаси-Минковский Шоффар анемияси, макроцитар оилавий гемолитик анемия, ўроксимон хужайрали гемолитик анемия, идиопатик тромбоцитар пурпура касалликлардир.

Этиологияси ва патогенези. Гемолитик анемия насл суради ва доминант йўл билан ўтади. Айрим ака-укаларда бирваракайига анемия, сарғайиш, ўт тошлари, сфероцитоз, эритроцитлар резистентлигининг пасайиши кузатилиб, эритроцитлар, одатдагидек, 120 кун эмас, балки 7-10 кунда парчаланиб кетаверади.

Талоқ кисталари сабабига кўра паразитар ва нопазитар турларга бўлинади. Нопаразитар кисталар ўз навбатида чин (бирламчи) ва сохта (иккиламчи) турларга бўлинади. Сохта кисталар, асосан, кизилўнғач шикастланишларидан кейин пайдо бўлади.

Паразитар кисталар, одатда, эхинококкозлардан кейин юзага келади. Улар талоққа гематоген йўл орқали тушади. Жигар эхинококки ёрилганида иккиламчи тури пайдо бўлиши ҳам истисно этилмайди.

Клиник манзараси ва диагностикаси. Гемолитик анемиялар сарғайиш, қон

камайиши ва спленомегалия билан характерланади (учлик сипмтом). Сарғайишнинг сабаби қонда билирубин микдорининг ошиб кетишидир.

Ўртача даражадаги анемия (гемоглобин 80-100 г/л) доимий аломат сифатида туради, айрим ҳолларда эса гемоглобин 60 г /л гача тушиб кетади ва аломатлар ёрқин намоён бўлади,бу гемолитик криз даврига тўғри келади.

Талоқнинг ўлчамлари турлича бўлиб, гемолиз даражасига ва касалликнинг давомийлигига боғлиқ. Гемолитик анемия билан оғриган беморларнинг жигари доимий катта микдорда қуюқ ўт ишлаб чиқаради, натижада ўт копида тош ҳосил бўлади. Навбатдаги гемолитик кризлар бош оғриши, айланиши, дармон қуриши, бурундан қон кетиши, талоқ ва жигар соҳасидаги оғриқлар билан намоён бўлади. Бундай болалар таракқиётдан ортда қоладилар.

Талоқ кисталарини аниқлашда УТТ, компьютер томографияси катта аҳамият касб этади.

Даволаш. Гемолитик анемияга учраган бемор касаллигининг асосий давоси спленэктомия бўлиб, талоқ олиб ташлангани захотиёқ гемолиз тугайди. Анаъанавий усулда талоқ трансабдоминал кесим билан олиб ташланади. Чап қовурға равоғига параллель равишда анча жароҳатли қирқим билан очилади.

Кисталарни оператив даволаш уларни олиб ташлашдан иборат бўлиб, бунинг имкони бўлмаганида, спленэктомия операцияси бажарилади.

15.1. ТАЛОҚ КАСАЛЛИКЛАРИДА ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Талоқ касалликлари хирургик лапароскопик муолажалар ўтказиш янги жабҳа бўлиб, хирургдан катта тажриба ва маҳорат талаб қилади.

1991 йилда ilk бора катта ёшли беморларда лапароскопик спленэктомия методикаси қўлланилган. 1993 йилда эса лапароскопик спленэктомия биринчи марта болаларда бажарилган бўлиб, сўнгги йилларда у болалар амалиётида тобора кўпроқ қўлланилиб келинмоқда.

Кўрсатмалар:

1. Оилавий ирсий микросфероцитоз (Минковский Шоффар анемияси).

2. Туғма оилавий несфероцитар гемолитик анемия.
3. Идиопатик тромбоцитопеник пурпура.
4. Ўроксимон хужайрали анемия.
5. Талассемия.

Нисбий қарши кўрсатмалар:

1. Умумий анестезиянинг юқори хатари.
2. Анамнезида қон кетишлар ва коагулопатиялар.
3. Портал гипертензия.
4. Спленомегалия.

15.2. ЛАПАРОСКОПИК СПЛЕНЭКТОМИЯ УСУЛИ

Лапароскопик спленэктиомия мўлжалланган беморларнинг барчасига УТТ ва тўлиқ умумий ва биохимик таҳлиллар ўтказилиб, комплекс текширилади. Бунда талоқ ўлчамларига катта эътибор бериш шарт (унинг узунлиги 20-25 смгача бориши мумкин). Беморларнинг 10% га яқинида калькулёзли холецистит аломатлари топилади.

Сурункали калкулёзли холецистит аниқланган беморларда бирваракайига спленэктомия билан бирга холецистэктомия операциялари бажарилади.

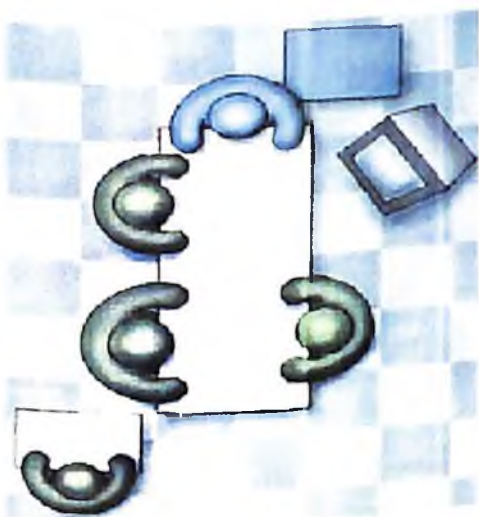
Лапароскопик спленэктомиянинг босқичлари:

1. Пневмоперитонеум ҳосил қилинади.
2. Троакарлар киритилади.

3. Талоқнинг пастки қутби ажратилади ва меда-талоқ боғлами қиркилади.
4. Талоқнинг томирли оёқчаси ажратилади ва қиркилади.
5. Талоқнинг барча боғламлари қиркилади ва талоқ қиркиб олинади.
6. Кўрсатмаларга кўра лапароскопик холецистэктомия.
7. Аъзони қорин бўшлиғидан чиқариб олиш.
8. Операциянинг тугалланиши. Биринчи босқич. Ҳар қандай ҳолатларда ҳам қорин бўшлиғи тўмтоқ учли 11 ммлик троакар билан киндик ҳалқасининг юқори қисмидан тешилади. 12-14 мм симоб устунига тенг пневмоперитонеум ҳосил қилинади.

15,1-расмда тиббий ходимлар ва аппаратураларнинг жойлашиш схемаси кўрсатилган.

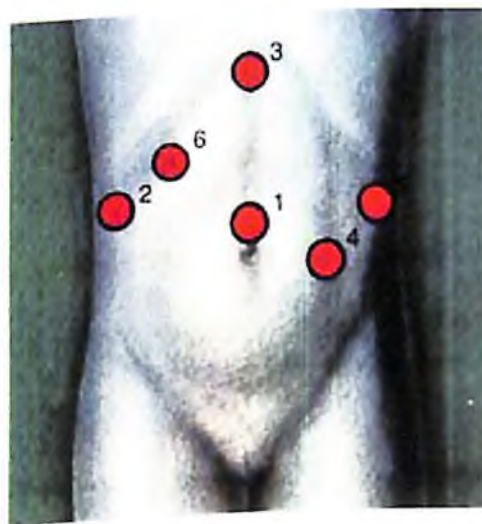
Иккинчи босқич. Видеоэкран назорати остида учта ёрдамчи



15-1-расм. Лапароскопик талоқни олиб ташлаш жараёнида тиббий ходимлар ва тиббий ускуналарнинг жойлашиш ўрни.

Учинчи босқич. Бемор ўнг томонга 30-40 даража қияликда ётқизилади (бунда бемор операция столига яхшилаб маҳкамланади). Талоқни ажратишнинг дастлаби босқичи унинг пастки қутби соҳасидан талок чамбар ичак боғламни қирқишдан бошланади, кейин меда-талок боғламини ва меъданинг қиска томирлари қирқилади. Боланинг ёши ва талоқнинг ўлчамларига қараб, қирқишнинг икки усули қўлланилади. Аксарият ҳолларда биполяр коагулятор билан бошлаб, кейин ўткир йўл бажарилиши мумкин.

троакарлар киритилади. Спленэктомия операциясини бажариш учун тўртта троакар ишлатилади (15-2-расм).

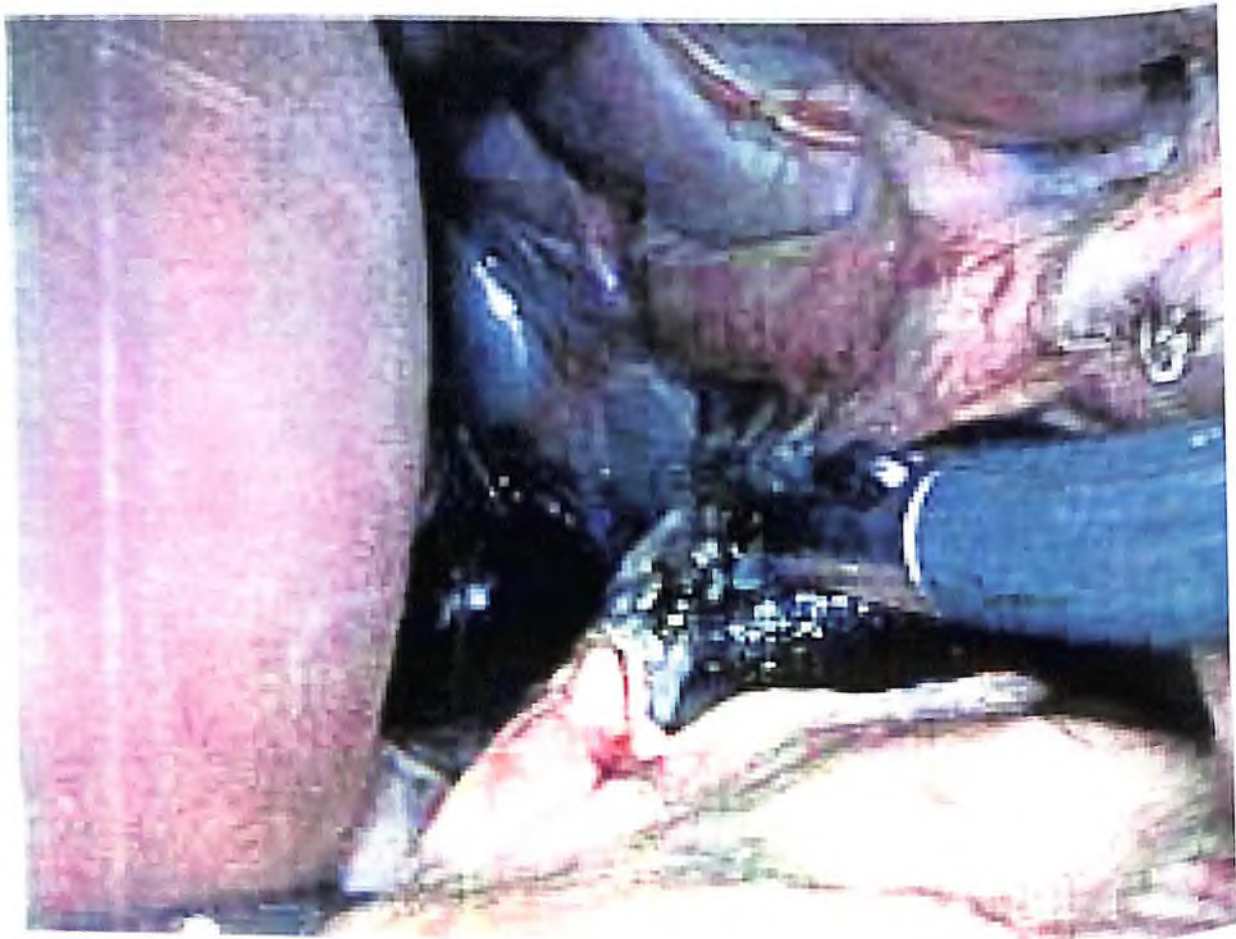


15-2-расм. Лапароскопик спленэктомия ва холецистэктомия учун кириш йўллари. Троакарларни кириши учун мўлжалланган нуқталар.

билан қирқилади, қон томирларнинг каттаси ип билан боғланади ёки клипсланади (15-3-расм).

Талок томирлари катта узунликка эга бўлган ҳолда эндостеплер қўйишнинг имкони бўлганида боғламлар талоқнинг ўрта ва пастки қисмларига ажратилади.

Тўртинчи босқич. Талок қон-томирлари ажратилади ва қирқилади. У икки усул билан



15-3-расм. Қисқичлангандан сўнг ошқозон калта қон томирларини қирқши.

1. <<Эндо Га>> тикувчи аппаратидан фойдаланган ҳолда бажариш усули тез ва самарали

усул ҳисобланади (15-4 -15-5-расм).



15-4 -расм. "ENDO-GIA" аппаратини ўрнатиш.



15-5-расм.. "ENDO-GIA" аппарати қўлланилгандан сўнги ҳолат.

Агар тикувчи аппаратдан фойдаланиш имкони бўлмаса, унда томирли оёқчани оглашнинг бошқа усули қўлланилади. Дастлабки ажратишдан кейин тўмток йўл билан томирли оёқча ажратилади ва унинг остидан ип ўтказилади. Томирлар ипак ип билан сиртмоқка олинади ва у ажратишда суғурталаниш вазифасини бажаради. Кейин

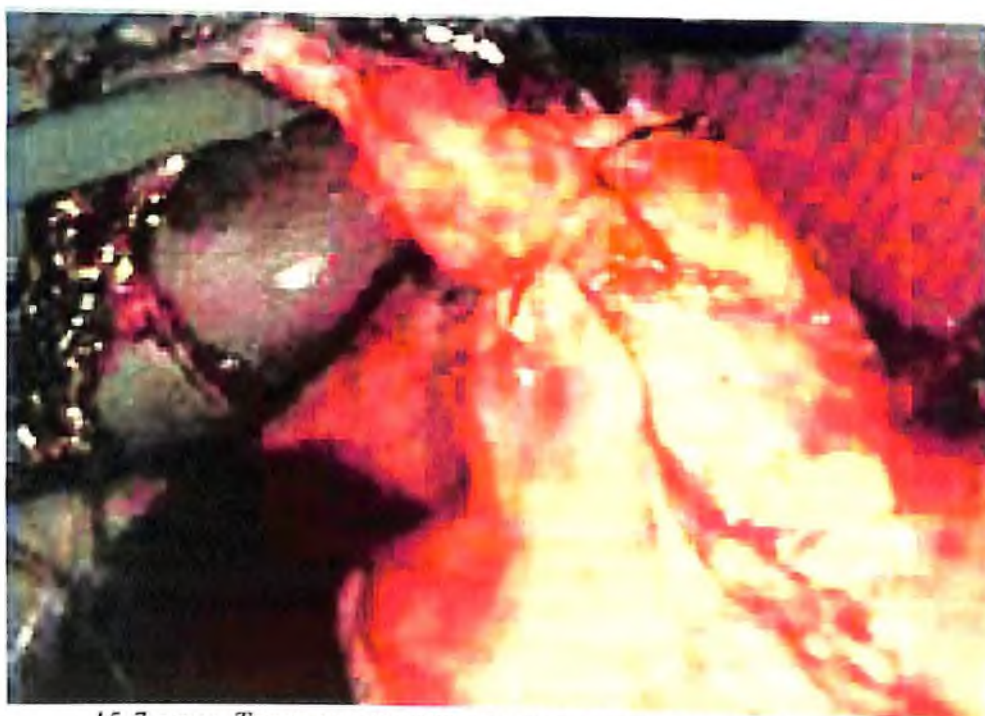
хар бир томонидан иккитадан ипак ип билан боғланади (15-6,15-7-расм).

Артериал қон келишининг тўхтаганлиги аломатларидан бири-талоқнинг қорамтир

тусга кириши, ўлчамининг кичиклашиши ва консистенциясининг юмшашидир.



15-6- расм. Талоқ қон томир тутами остидан махсус "Karl Storz" фирмаси диссектори ўтказилади.



15-7-расм. Талоқ қон-томир тутамига интракорпорал тарзда шакл итти ўтказиши.

Бешинчи босқич. Талокнинг томирлар тутами қирқилганидан кейин у узил-кесил ажратилади ва ушлаб турган

4. №4 рақамли троакар клип аппликаторни қўллаш учун ишлатилади.



15-8-расм. Талокни боғламлардан ажратиши.

боғламлари қирқилади. Улар тўмток учли монополяр коагулятор воситасида амалга оширилади. Агар аъзонинг ўлчами ҳаддан ташқари катталашиб кетган бўлса, юқори қутубини ажратишда мураккабликларга дуч келинади.

Олтинчи босқич. Талок узил-кесил қирқиб олинганидан кейин сурункали тошли холецистит кўшилиб келган холларда қўшимча холецистэктомия операцияси бажарилади. Бу операциянинг ўзига хослиги куйидагилардан иборат:

1. Бемор ҳолатини ўзгартириш зарурияти туғилади.
2. Иккита қўшимча троакар киритишга тўғри келади.
3. №3 троакар препарат қиладиган асбобларни ушлаш учун (кайчи, диссектор, илмок) киритилади.

Еттинчи босқич. Талокни қорин бўшлиғидан олиб чиқиш (айниқса, унинг ўлчами ҳаддан ташқари катта бўлса) мураккаб муаммо бўлиб, хирургдан катта маҳорат ва вақт талаб қилади.

Талок ўлчамини кичрайтириш учун у қирқиб олингач, унинг ичидаги қон имкон қадар чиқариб олинади (одатда 200-300 мл) ва дарҳол аспирация қилинади. Бунда талокнинг ўлчами анча кичиклашади.

Талок ҳар қандай катталашган тақдирда ҳам уни 3 смгача кенгайтирилган умбликал қирқим билан олиб ташлаш мумкин. Бунинг учун оптикани №4 троакар томонга силжитиш лозим, №1 троакар олиб ташланади ва унинг ўрнига қорин бўшлиғига эндоскопик қопча киритилади. Талокнинг ўлчамига қараб, 12 ёки 15 ммлик қопча киритилади.

Қорин бўшлиғига киритилган қопча очилиб, ичига талоқ бутунлигича солинади.

Қопча бўйинчаси кiset чок билан боғланади, ташқарига олиб чиқилганидан кейин қопчадан бўлак-бўлак қилиб, қирқиб олинади. Шунингдек, талоқни қорин бўшлиғидан морцеллятор воситасида ҳам олиб чиқиш мумкин (15-9-расм).

Саккизинчи босқич. Талоқ олиб ташланганидан кейин операция тугалланади. Муолажанинг бажарилиш тартиби:

1. Қорин бўшлиғи аъзоларини синчиклаб тафтиш қилиш, бу ҳолат пневмоперитонеум 6 мм симоб

устунига қадар пасайтирилганидан кейин яна бир қарра ўтказилади.

2. Қорин бўшлиғини синчиклаб санациялаш. Буда гепарин ва антибиотик қўшилган физиологик эритмадан фойдаланилади. Қорин бўшлиғидан ҳамма суюқлик санация қилиб, чиқариб олинади.
3. Чап коворга остида суғурталовчи дренаж найчаси қолдирилади.
4. Қорин бўшлиғидан барча троакарлар чиқариб олинади.
5. 11 ва 12 ммлик троакарлар киритилган қирқимлар чокланади ва кенгайтирилган умбиликал қирқим ҳам чоклаш йўли билан баргараф этилади. Жароҳатга стерил боғлам қўйилади.



15-9-расм. Морцеллятор ёрдамида талоқни олиб чиқиш.

15.3. ТАЛОҚ КИСТАСИНИ ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА ОЛИБ ТАШЛАШ

Операция кетма кетлиги:

1. Пневмаперитонеум ҳосил қилиш.
2. Троакарларни киритиш.
3. Киста бўшлиғини пункция қилиш.
4. Киста деворини кесиш ва юкумсизлантириш.
5. Операциянинг тугалланиши.

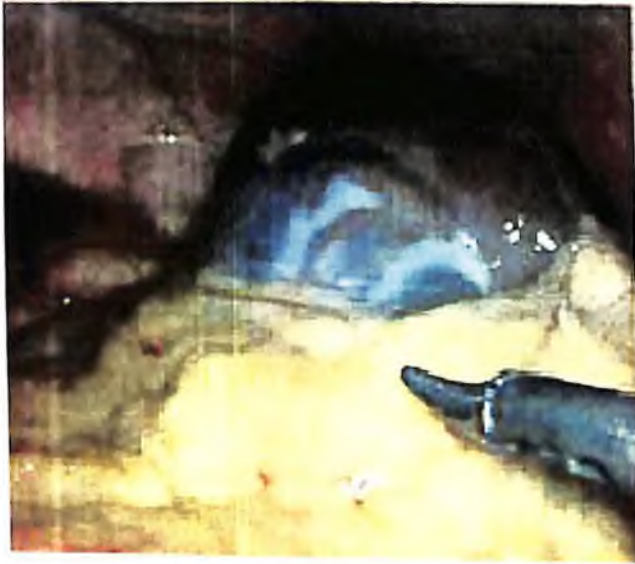
Биринчи босқич. Бирламчи қорин бўшлиғига кириш худди лапароскопик спленэктомия сингари.

Иккинчи босқич. Лапороскопик талоқ кистасини олиш учун 3-4 та троакар ишлатилади.



15-10-расм. Талоқ кистаси ва унинг пункциясини лапароскопик кўришиши.

Учинчи босқич. Траокарлар қорин бўшлиғига киритилгач, беморнинг ҳолати ўзгартирилади: беморнинг бош томони кўтарилиб, танаси ўнг томонга бурилади. Кистани топиш учун талоқ тафтиш



15-11-расм. Талоқ кистасининг (периферик жойлашини).



15-12-расм. Талоқ кистасининг инкишаси.



15-13-расм. Талоқ кистасининг биполяр коагуляцияси.



15-14-расм. Талоқ кистасини қирқиб олиб ташлаш

Тўртинчи босқич. Киста девори айлангириб кесиб олинади ҳамда биполяр коагулятор ёрдамида жароҳатланган қонтомирлар куйдирилади. Киста бўшлиғи

этилади. Талоқнинг киста бўшлиғи жойлашган жойи аниқлангач, эндоскопик нина билан тешилади ва ичидаги суюқлик сўриб олинади. Киста ичидаги суюқлик 100-500 млгача бўлади (15-10-расм).
ревизия қилинади ва ички деворида қўшимча бўшлиқлар йўқлиғига ишонч ҳосил қилинади. Киста бўшлиғини юқимсизланттиш.

1. Киста бўшлиғи ички деворларини тўлиқ олиб ташлаш.
2. Киста ички бўшлиғини биполяр ва монополяр усулда куйдириш 15-13 -15-14-расм.

Бешинчи босқич. Якунловчи босқич кетма-кетлиги:

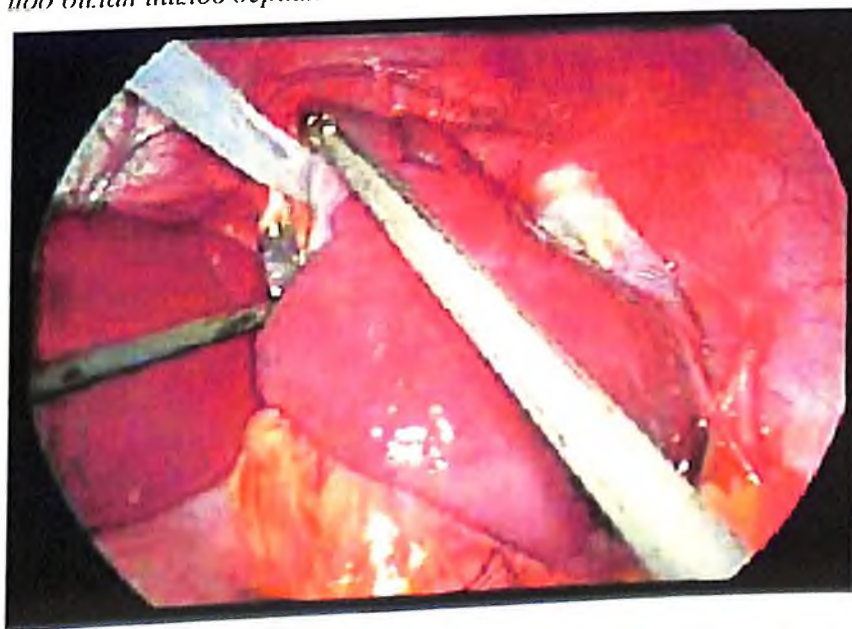
1. 5 мм симоб устундаги босим остида қорин бўшлиғида тафтиш ўтказиш.
2. Қорин бўшлиғини санация қилиш 15-17-расм.

Киста ички бўшлиғини 3%ли H_2O_2 , 5%ли йод, 70%ли спиртда зарарсизлантирилади(15-15-расм). Кистадан қолган бўшликни “Tachokomb” билан тампонада қилиш (15-16- расм).

3. Чап қовурға равоғи остини дренажлаш.
4. Троакарларни қорин бўшлиғидан чиқариш.

15-15-расм. Киста ички соҳаси 3 % спиртли йод билан шиклов бериш.

15-16-расм. “Tachokomb” билан киста бўшлиғини тампонада қилиш.



15-17-расм. Киста бўшлиғини дренажлаш

Талок касалликларида лапароскопик операцияда кутилиши мумкин бўлган асоратлар

-баъзи ҳолатларда талок ўлчами жуда катта бўлиб спленэктомия ва талокни қорин бўшлиғидан олиб чиқишда қийинчиликлар кузатилади, талокни қисмларга бўлган контейнерларга солинган ҳолда олиб чиқилади

- операция вақтидаги асоратларга ички органлар жароҳатланиши (жигар, диафрагма, талок),

- қон кетиши қон томирлар жароҳатла ёки лигатура, клипсаларни етишмовчилиги

Операциядан сўнги асоратлар қон кетиши (талок қон томир тутамига қўйилган клипсалар етишмовчилиги, гематомалар касаллик қайталаниши (қорин парда спленози, қўшимча талок)

-операцион жароҳатларни йиринглаши

16-боб.

КРИПТОРХИЗМНИНГ АБДОМИНАЛ ШАКЛИ

16.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТ.

Криптархизм бу тухумнинг ёргоққа тушгунча ушланиб қолишидир. Икки томонлама криптархизмдан бир томонламаси 3 марта кам учрайди, гормонал дисфункция ва

Классификацияси. Агар тухум қорин бўшлиғига жойлашган бўлса –абдоминал шакли. Чов каналида жойлашган бўлса - ингвинал шакли. Тухум тушадиган пайтда ёргоққа кираверишда тўсик бўлиши мумкин. Бириктируви тўқима, тери ости

Этиология ва патогенези. Криптархизм бу тухумни аномал жойлашишига киради, бу тухумнинг пастга тушиши билан боғлиқ. Ҳомиладорликнинг 6- ойидан бошлаб тухум Гунтер канали билан бирга тушиша бошлайди. Бола туғилгунча тухум чов каналидан ўтиб, ёргоқ тубигача тушади ва фиксацияланади. Тухумнинг нотабий жойлашуву кўйидаги асоратларга олиб

инфантилизм белгилари учрайди. Шунинг учун криптархизмда вагинал ўсимта облитерацияга учрамайди, 25% ҳолда чов чурраси учрайди.

клетчаткаси чов устида, чов соҳасида, сонда, ораликда жойлашиши мумкин, бу эктопия (дистопия) дейилади. Эктопия бу тухум ёргоққа тушгунча йулда ушланиб қолишидир.

келади: сперматозоидлар функциясининг бузилиши, айланиб қолиш оқибатида некрозга учраши, травматик орхитга ва малигнизацияга олиб келиши мумкин. Сперматогенезнинг бузилиши-атроф тўқималардаги хароратнинг кўтарилиши. Операция муолажаси кечиккан ҳолда некрозга учраган тухум олиб ташланади.

16.2. АНЪАНАВИЙ

ДАВОЛАШ ВА ДИАГНОСТИКА

Криптархизм ва эктопияни аниқлаш учун визуал кўриш ва пайпаслаб кўриш кифоядир. Эктопияда тери ости ёғ қавати остида тухум эластик консистенцияли,

енгил оғриқли бўлади. Криптархизмнинг абдоминал шаклида тухум пайпасланмайди ёки чов соҳасида аниқланади. Текшириш тик турган ҳолда бажарилади: текширувчи

шифокор бир қўли билан ёрғокни ушлайди, иккинчи қўли кафти билан пастга босишга

Даволаш. Тушмаган тухумни албатта ёрғокқа тушуриш керак. Тухумни ёрғокқа тушуриш операцияси 2 ёшда қилинади. Криптархизмнинг абдоминал шакли ҳалигача болалар урологиясининг муаммоси бўлиб қолмоқда. Ўтказилган операцияларнинг мувафакиятсизлиги

ҳаракат қилади, ҳақиқий чов эктопиясида тухумни ёрғокка тушуриб бўлмайди.

тухум қон-томир оёқчасининг калталигидир. Шунинг учун ёрғокқа тўлик тушуришнинг иложи бўлмайди. Айрим ҳолларда операциядан кейин ўткир ишемик бузилишлар, тухум атрофияси бўлиши мумкин.

16.3. ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯ

Пайпасланмайдиган тухумда биринчи марта диагностик лапароскопияни 1976 йилда N.Cortesi томонидан бажарилган, ҳозирги кунгача ўзининг эффективлигини йўқотмаган.

Лапароскопия кейинги даволаш тактикасини аниқлашда муҳимдир.

1. Тухумни аниқ қаерда жойлашганлигини, қорин бўшлиғидаги ёки чов каналидаги, орхипексия усули ва аниқ хирургик усулни қўллаш учун зарурдир.

2. Тухумнинг ривожланмаганлиги ва орхипексияга кўрсатманинг бор-йўқлигини билишда муҳимдир.

3. Тухум агенезиясини ташхислашда, очик операция усулидан сақланиш муҳимдир. Тухум агенезиясининг ягона эндоскопик белгиси тухум томирларининг

Диагностик лапароскопия методикаси. Ҳамма болаларда диагностик мақсадда ўтказиладиган лапароскопия одатий усулда бажарилади.

Бемор юқорига қараган ҳолда ётади. Биринчи 5 ммли троакар тўмтоқ учли қорин бўшлиғига одатдагидек киритилади, пневмоперитонеум ҳосил қилинади (8 -10

бўлмаслиги ёки томирларнинг тўхтаб қолиши.

4. Агнезиянинг аниқ белгилари бўлмаганда, анъанавий кесма билан тафтишга кўрсатма бўлади, чов каналида тухумнинг ривожланмаганлиги аниқланганда, рудиментар тухум олиб ташланади, онкологик ривожланишнинг олдини олиш мақсадида.

Кўрсатма: 1. Тухум пальпасия қилинмайдиган барча ҳолларда, физикал кўрилганда аниқланмаганда.

2. Абдоминал криптархизмда бошқа текширишлар натижа бермаганда (УЗД, КТ, МРТ).

Қарши кўрсатма: Болалар лапароскопиясига умумий қарши кўрсатмалар.

мм сим.ус), лапароскоп билан қорин бўшлиғи кўрилади. Чап ёнбоқдан 5 ммли ёрдамчи троакар киритилади.

Лапароскопияда қўйидагилар баҳоланади (икки томонда):

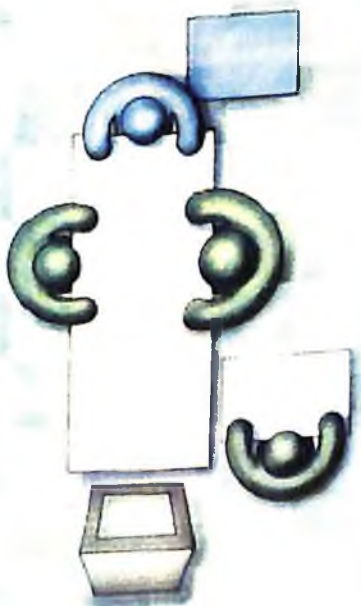
1. Ички чов ҳалқаси ва қин пардасининг ҳолати. (Облитерацияга учраган-учрамаганлиги).

2. Тухумнинг жойлашган жойи, ўлчамлари, консистенцияси.
3. Тухум ортигининг тухумга нисбатан ривожланганлиги.
4. Тухум қон-томирларининг қанчалик ривожланганлиги.
5. Уруғ тизимчасининг бор-йўқлиги ва ривожланганлик даражаси.
- Диагностик лапароскопия хулосасига қараб, кейинги даволаш тактикаси аниқланади:
1. Операцияга кўрсатма бўлмаганда консерватив даво.
 2. Криптархизм абдоминал шакли бўлмаганда, агенезиянинг эндоскопик белгилари бўлмаганида очик тафтиш

- қилинади. Рудиментар орган бўлса, олиб ташланади, нормада бўлса, одатий орхипексия операцияси ўтказилади.
3. Нормал ривожланган тухумда одатий орхипексия операцияси ўтказилади.
 4. Ривожланмаган тухум қорин бўшлиғида топилганда, лапароскопик олиб ташланади.
 5. Чов каналининг бошланғич қисмида жойлашган (1-2 см) қорин бўшлиғида бир босқичли лапароскопик орхипексия бажарилади.
 6. Икки босқичли лапароскопик орхипексия тухум қорин бўшлиғининг юқори қисмида жойлашганда, томирлар оёқчаси калта бўлганда бажарилади.

16.4. КРИПТАРХИЗМДА ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯ

Лапароскопик жарроҳлик ривожланиши билан у нафақат диагностикада, балки даволашда ҳам кенг қўлланилмоқда. Лапароскопик орхипектомия энг оддий ва қулай усул ҳисобланиб, барча тиббий марказларда қилинади. Тухумни олиб ташлашга кўрсатма унинг чуқур ривожланмаганлигидир. Биринчи босқичда тухум томирлар бойлами доимо кесилади. Одатда томирлар бойлами клипса билан кесилади ёки коагуляция қилинади.



16-1-расм. Тиббий ходимлар ва ускуналарнинг жойлашиши.

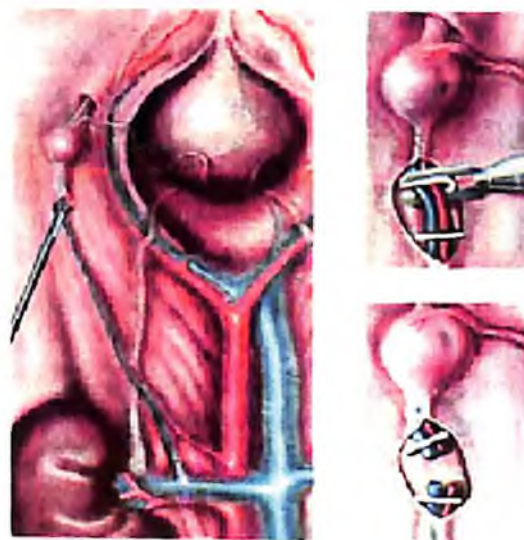


16-2-расм. Троокарларни қиритиш ўрни: 1- 5,5 ммлик троокар; 2-5,5 ммлик ёки 3 ммлик троокар; 3-5,5 ммлик троокар

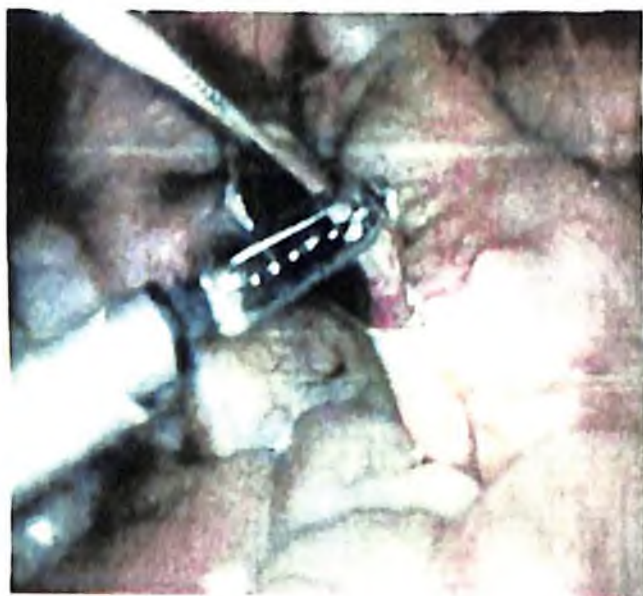
16.5. РУДИМЕНТАР ТУХУМНИ

ЛАПАРОСКОПИК ОЛИШ

Ушбу муолажа қийин бўлмасдан 3 та 3 - 5 ммли троакарлар билан ишланади. Рудиментар тухум қисқич билан ушланиб, ўткир ва тўмтоқ йўллар билан ажратилади, дистал томондан уруғ тизимчаси ва томирлардан ажратилади. Томирлар тутами ва уруғ тизимчаси биполяр коагуляторда куйдирилади ва қайчи билан кесилади. Тўлик ажратилган тухум 5,5 мм троакардан чиқарилади. Троакарлар қорин бўшлиғидан чиқарилади, чокланади ёки лейкопластр билан ёпиштирилади.



16-3-расм. Икки босқичли орхипексиянинг биринчи босқичининг схематик чизмаси.



16-4-расм. Қон томир тутамини коагуляциялаш.



16-5-расм. Қон-томир тутамини кесши.

16.6. ИККИ БОСҚИЧЛИ ЛАПАРОСКОПИК ОРХИПЕКСИЯ.

Биринчи босқичда барча холларда кон-томир тутамини лапароскопик кесиш ўтказилади. Асбоблар ва операция груҳининг жойлашуви (16-1-расмда). Троокарларнинг жойлашуви (16-2-расмда). Икки босқичли орхипексиянинг биринчи босқичи (16-3-расмда).

Операция босқичлари: 1- Тухум томиридан 2,5-3 см узокликда париетал қорин пардаси қайчили коагуляторда кўндаланг йўналишда очилади.

2-Томирлар тутамини автоматик қисқич билан 5 дақиқа ушлаб турилади, шу билан томирлардаги ўзгаришлар бор-йўқлиги аниқланади.

3-Шундан кейин биполяр коагуляторда кон-томир тутами 3 см масофада коагуляция қилинади (16-4-расм).

4-Коагуляцияланган томирлар қайчи билан кесилади (16-5-расм).

5-Троокарлар қорин бўшлиғидан чиқарилиб, лейкопластр ёпиштирилади ёки тикилади.

Операциядан кейинги беморларга коцерватив даво, яъни тухум қон айланишини яхшилашга қаратилади.

Шулардан инфузион терапия (реополиглюкин) 2 кун, ГБО- 3 кун, курантил, трентал 10 кун. Тухум ҳолати 1-3-7-кунларда УЗД орқали текширилиб турилади.

Лапароскопик операциядан кейин 3-кун бемор уйига жавоб берилади. Иккинчи босқич операцияси 4 ойдан кейин ўтказилади.

Иккинчи босқич операцияси қайта лапароскопиядан бошланади. 5 ммлик троокар киритилади, пневмоперитенеум ҳосил қилинади, 2 та кўшимча 3-5 ммлик троокарлар киритилади.

Операция кетма-кетлиги:

1. Тухум граспер қисқичи билан оҳиста кўтарилади, аста-секин қорин орқа пардаси клетчаткасидан ажратилади.

2. Асосий томир тутами яна коагуляция қилинади ва тухумдан 3 см узокликда чандик томонга ажратилади.

3. Дистал чов канали томонда ва ичкарида қорин пардасидан вагинал парда ажратилади (16-7-расм).



16-6 -расм. Уруғдон ва унинг ортигиши
қовши бўшлиғидаги кўриниши.

4.2-3 см ажратилган gubernaculum testis
биполяар коагуляторда коагуляцияланади ва
кайчи билан кесилади (16-8,16-9-расм).



16-7-расм. Уруғдонни атроф
туқималардан ажратилиши.

16-8-расм. "Gubernaculum testis" нинг
коагуляцияси.

16-9-расм. "Gubernaculum testis" нинг
қирқилиши.

5.Париетал қорин пардасидан 3см масофага лаҳтак ҳосил қилинади, дессектор ва қайчи билан ўткир тўмтоқ йўллар билан ажратилади.

6.D.defferens сийдик қопи билан ёпишган жойгача ажратилади.

Шундай қилиб, ажратилган тухумни ташкил қилувчи уруғ тизимчаси ва



16-10-расм. Ductus deferens ёнидан томир йўлагини ҳосил қилиши.

2.Қўл остимиздаги ўтказувчи билан ташқаридан ичкарига 5-11мм троакар қорин бўшлиғига киритилади.

3.Видеооптика назоратида автоматик қисқич кремоляр ўтказилади ва ажратилган тухум ушланади.

париетал қорин пардаси лаҳтагини ҳосил қилади. Кейинги босқич тоннель ҳосил қилишдан иборат.

Кетма кетлиги.1.Тонель ҳосил қилиш учун ёрғоқ кесилгандан кейин керакли томондан 5-11мм троакар билан лапароскоп назоратида тўмтоқ йўл билан ўтказилади (16-11-расм).



16-11-расм. Қорин бўшлиғидан ёрғоққа тоннель ҳосил қилиши.

4.Айланиб қолмасидан троакардан тухум ёрғоққа чиқарилади ва терига тикилади (16-12,16-13-расмлар).

5.Ички чов ҳалқаси,париетал қорин пардаси эндоскопик усулда тикилади.

6.Қорин олд деворидаги жароҳатлар тикилади.

кенгайди, коннинг уруғдон венасида буйрак венасига ретроград оқиши кийинлашади. Бу босим ҳисобига уруғдон девори веналари ва эгатсимон чигал веналарида варикоз деформациясига олиб келади. Бемор горизантал ҳолатга ўтганда аорта мезентериал “пинцет” (қискич) очилади, буйрак венасида босим тушади ва уруғдон венасидан эгатсимон чигалга ўтувчи кон буйрак венасига оқади. Узок вақт давомида вена қонининг тўпланиши натижасида уруғдонда склеротик ўзгаришлар ривожланади ва сперматоген эпителий ривожланиши бузилади. Бу

пайтда яна гемототестикуляр барьер шикастланади, базал мембрана уруғдон ва унинг оқ қавати функциясини бажарувчи мембрана Сертоли тўқимаси ҳам шикастланади. Аутоиммун агрегация ривожланади. Умумий айланувчи кон оқиши билан антитела циркуляцияси орқали ўнг уруғдон гематотестикуляр барьерига ҳам ўтиб, унинг функцияси ва морфологиясини ҳам бузиши мумкин. Кейинчалик бунинг оқибатида умумий сперматогенез пасаяди ва бепуштлиқ ривожланиши мумкин.

17.2. АНЪАНАВИЙ ДАВОЛАШ ВА

ДИАГНОСТИКА ХУСУСИЯТЛАРИ

КЛИНИК КЎРИНИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Варикоцеле бўлган болаларда кўпинча шикоят бўлмайди, касаллик кўпинча профилактика кўриги вақтида аниқланади. Катта ўғил болаларда чап ёрғоқ соҳасида бироз оғриқ ва оғирлик ҳиссини сезишлари мумкин. Текширув тик турган ҳолатда ўтказилади. Ривожланган варикоцеледа чап ёрғоқ осилган, тери остидан кенгайган

веналар эгати кўринади. Бу “қопдаги ёмғир чувалчанги” симптоми дейилади. Уруғдонни горизантал ҳолатда аниқланиши, ҳамирсимон консистенцияли ва ўлчамлари кичрайган бўлиши мумкин. Кремастер симптоми пасайган ёки йўқ бўлиши мумкин. Ётган ҳолатда веналар чўқади.

Варикоцеле клиникасида 3 даража фарқланади:

I даража - кенгайган веналар бемор веркитал ҳолатда турганда, қорин

II даража – кенгайган ва чалкашган веналар мойяк пардаси остидан аниқ

III даража – веналар кўз билан кўринадиган даражада аниқ кўринади.

Горизантал ҳолатда йўқолмайдиган варикоцеледа қорин пардаси орти бўшлиғи ҳосилаларини аниқлаш учун текширувлар

мускуллари таранглашган ҳолатда фақат пальпация орқали аниқланади.

кўринади, горизантал ҳолатда веналар чўқади.

пальпацияда уруғдон кичрайган ва ҳамирсимон консистенцияга эга бўлади.

ўтказилади (экскретор урография, УТТ, КТ). Варикоз вақт ўтиши билан ўсиб боради. Уруғдон трофикасининг бузилиши

чуқурлашади, бунинг сабаби-орган ишемияси ва ёрғоқ ичи ҳароратининг кўтарилиши ҳисобланади, бу эса ўз

Даволаш. Операциядан асосий мақсад-уруғдон веналари орқали патологик қон оқишини йуқотишдан иборат. Иванисевич ва Паломо операциялари шу мақсадда ўтказилади. Биринчи мақсад: ички чов

навбатида сперматогенез учун хавфли фактор ҳисобланади.

ҳалқасида юқоридаги кенгайган вена устуни (ёки устунлари)га боғлам қўйишдан иборат. Иккинчи мақсад: уруғдон артериясига ҳам боғлам қўйиш.

17.3. ВАРИКОЦЕЛЕДА ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Бизнинг юртимизда ва хорижда уруғ тизимчаси барча томирларини лапароскопик клипплаш кенг тарқалган. Бу усулнинг афзаллиги кам инвазивлиги ва қулайлигидир. Бемор операциядан кейинги биринчи кунда уйига жавоб берилиши

Кўрсатмалар: Болаларда барча идеопатик варикоцеле ҳолатлари, шу жумладан, операция ўтказилгандан кейинги эрта рецидив ҳолатлар (бу

мумкин. Оптик катталаштириш коллатералларни кўриш ва лимфатик томирларни идентификация қилиш имконини беради, бу эса гидроцеле ривожланиши ва рецидивлар олдини олади.

ҳолатларда операциядан олдинги анатомик ҳолатларни ва варикоцеле рецидивнинг аниқ сабабини аниқлаш учун ангиографик текширув ўтказилади)

Қарши кўрсатмалар:

1. Лапароскопия ўтказишга қарши умумий кўрсатмалар.
2. Нисбий кўрсатмалар – қорин бўшлиғида ва қорин парда орти бўшлиғида кўп сонли операция ўтказилганда (асосан, кичик чанок ва қорин бўшлиғи чап ярмидаги операциялар ўтказилганда).

Уруғдон венасини лапароскопик боғлаш методикаси

Лапароскопик стойка ва операторларнинг жойлашган ўринлари 17-1-расмда кўрсатилган. Операциядан олдин сийдик қопи бўшатилади, наркозга кириш вақтида ошқозон зондланади:

Лапароскопик операция босқичлари:

1. Троакар киритиш ва пневмоперитонеум қилиш.
2. Чап уруғдон томир тугами устидаги қорин пардасини очиш.
3. Уруғдон тугами томирларини дессектор билан ажратиш.
4. Уруғдон артериясини излаш ва ажратиш.
5. Лимфа тугамларини топиб, ажратиш.
6. Томирлар тугам ва қолган элементларни боғлаш.
7. Қорин пардаси орти соҳасини ревизия қилиш ва коллатерал томирларни коагуляция қилиш.
8. Париетал қорин пардаси деффектини тикиш.



17-1-расм. Тиббий ходимлар ва ускуналарнинг жойлашиши.

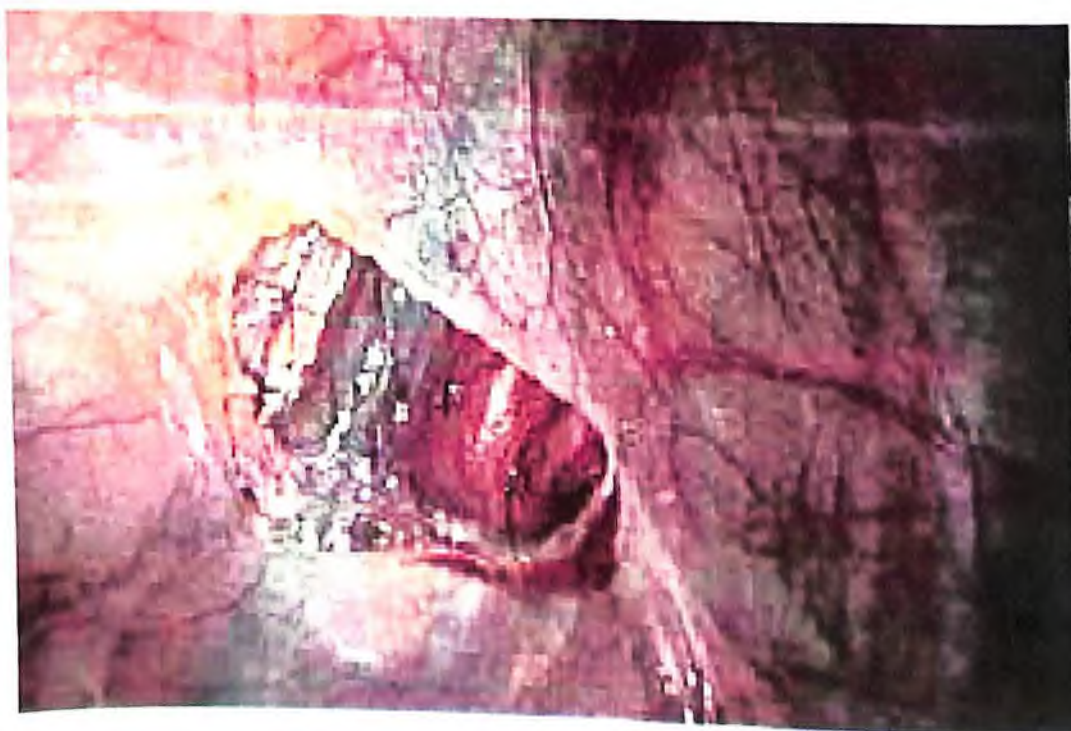


17-2-расм. Троакарларнинг жойлашиши:

1-5,5 ммлик троакар; 2-5,5 ммлик троакар; 3-5,5 ммлик троакар.

Биринчи босқич. Пневмоперитонеум қилиш учун очик лапароскопия бажарилади, биринчи 5 мм учи тумтоқ троакар киндик ҳалқаси юқори қисмига ўрнатилади. Пневмоперитонеумдан кейин

10-11 мм.см.уст. назорати остида (5 мм қўндаланг кесма 30°) иккита қўшимча 5 ммлик троакар стандарт нуктага киритилади: Чап ёнбош соҳасидаги нуктага контралатерал Макбурне нуктасига ва қов



17-3-расм. Париетал қорин пардасининг очишиши.

усти ўрта чизиғига жойлаштирилади (троакар нуктасининг жойлашиши 17,2-расмда). Беморга Тренделенбург ҳолати

берилади. Ўнг тарафга 15-20° эгилади ва қорин бўшлиғи ревизияси бошланади.

Ревизия вақтида баҳоланади:

1. Қорин вагинал ўсимтасининг ҳолати. Вагинал ўсма облитерацияга учрамаган ҳолларда операция ўтказилгандан кейин лапароскопик герниопластика қилинади.
2. Чов соҳаси ва чап ёнбош соҳасининг чандиқларига аҳамият бериш ва чандиқларини ажратиб бажариш (энг кўп чов халқаси ичидаги чандиқларни чов канали чуррасидан кейин) анатомик муҳим тизилманинг нормал кўриниши учун.
3. Ички чов каналининг сигмасимон ичакка қандай нисбатада жойлашишини аниқлаш 10-15 % ҳолатларда, чап уруғдон томир тутами яхши кўриниш бўлиши учун аҳамиятга эга.

Иккинчи босқич. Париетал қорин пардаси уруғдон томир тутамига кўндаланг ҳолатда чов каналдан 3-5 см қолдириб,

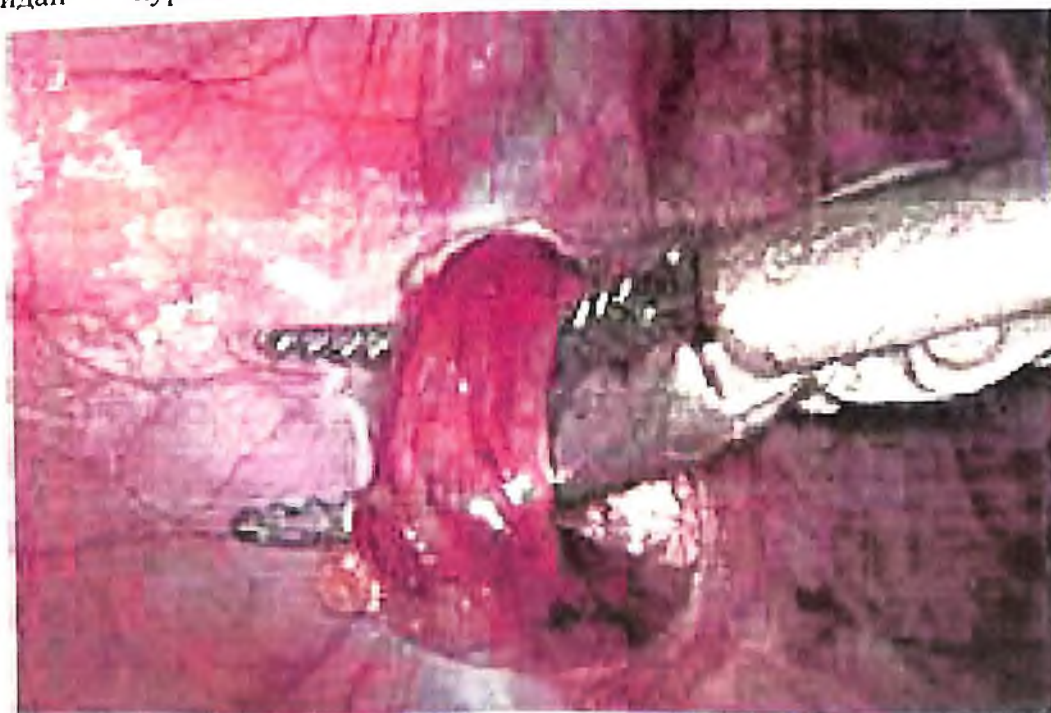
Учинчи босқич. Қорин пардаси очилгандан кейин чов канали устидаги тўқималар тўмток дессектор ёрдамида ажратилади 17-4-расм, ажратилган тутам

Туртинчи босқич. Бутун томир тутамидан уруғдон артериясини ажратиб олиш, мойк артерияси ва бошқа томирлар структурасидан кўришиб турадиган

кесилади. Кесим узунлиги 1-1,5 см қилиб, қайчи ёрдамида кесилади ва коагуляция қилинади.

остидан ушлаб туриш учун ипак ип кўйилади (сўрилмайдиган материал - ипак, нуrolон; ип узунлиги-8,0 см атрофида).

пульсация билан ажралиб туради. Бу пульсацияни кучайтириш учун (ажратиш вақтида артерия қон томир спазми)



17-4-расм. Барча қон-томир туталарини ажратиш.

препаровка соҳаси кенгайтирилиб, тутам соҳасига 4,0 мл 2 % ли папаверин эритмаси юборилади. Бу, асосан, артерия пульсациясини пасайтириш ва уни ажратишда қулайлик ҳосил қилади. Артериянинг кенгайган девори эҳтиётлик билан юпқа веналардан ажратилади ва тагидан ип ўтказилади. Ҳозирги вақтда уруғдон артериясини ажратмаса ҳам бўлади, деб ҳисоблаймиз (асосан, ўтказилган текширувлар ва шу жумладан,

уруғдоннинг операциядан сўнг қон билан таъминловчи артерия сақловчи операция ва артериялар боғлангандаги операциялар анализларини солиштириш). Ҳозирги вақтда биз уруғдон артериясини ажратишни муҳим, деб ҳисобламаймиз ва операциянинг бу босқичини инкор қиламиз (асосан, артерия сақловчи операцияларда ва артерия боғлангандаги операциялар солиштирилгандаги натижаларга қаралади).



17-5-расм. Лимфа томирларини ажратиши.

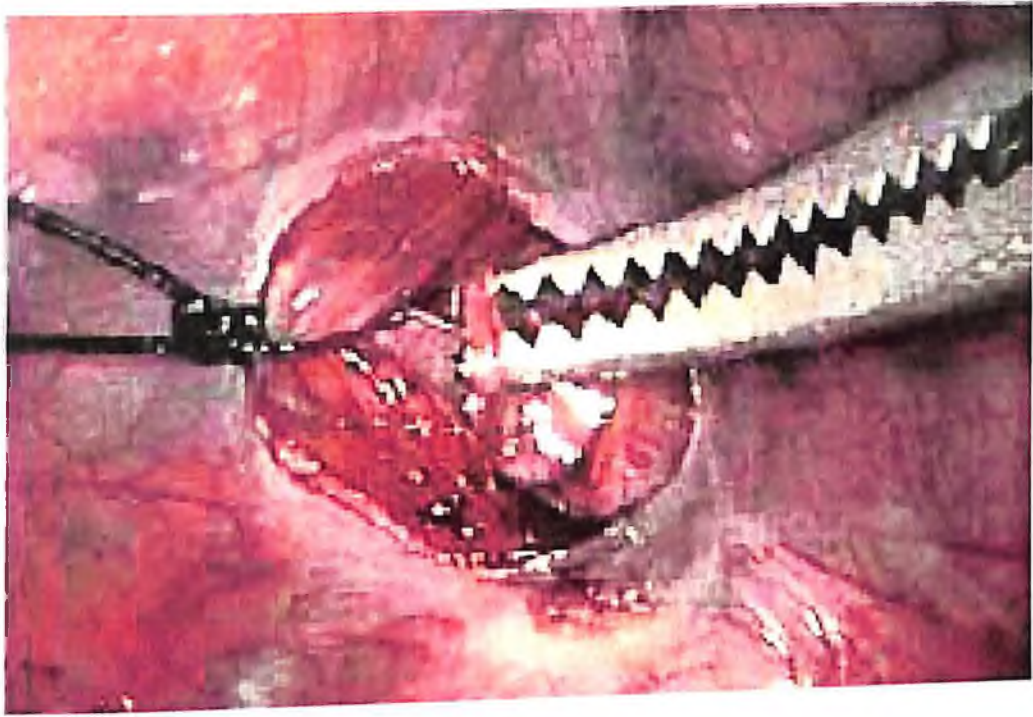
Бешинчи босқич. Лимфатик йўллари ажратиш ва сақлаш - биз лапароскопик операциянинг бу йўлини муҳим, деб биламиз. Бу мақсадларда ҳозирги вақтда биз лимфа оқини йўлига бўёқ модда юбориб, иш жараёнида ва махсус анатомик текширувларни ўтказишда лимфа йўллари аниқлашда, операция атрофини кенгайтиришда, бошқа тузилмаларни

Олтинчи босқич. Лимфатик йўл ажратилгандан кейин ип ушлагич боғланади, қолган томирлар тутами барча гўкималар билан бирга боғланади. Шу жумладан, кенгайган веналар ҳам, иккинчи шундай лигатура (ипак, нуролон, №0)

фарқлашда, (ингичка деворли оқин томир ҳосилаларини ажратиш қулай бўлиши учун).

Лимфатик томирлар (асосан 4-5та) тутамдан ёрдамчи дессектор ёрдамида ажратилади, тагидан ушлаш учун ип киритилади (17-5-расм).

томирлар тутами тагидан киритилади, элементлар ажратилмасдан сақланган ҳолда биринчи лигатурага 0,5-1,0 см масофада боғланади. Бу учун ҳамма ҳолларда интрокорпорал техника қўлланилади (17-6-расм).



17-6-расм. Қон-томир тутамини боғлаш.

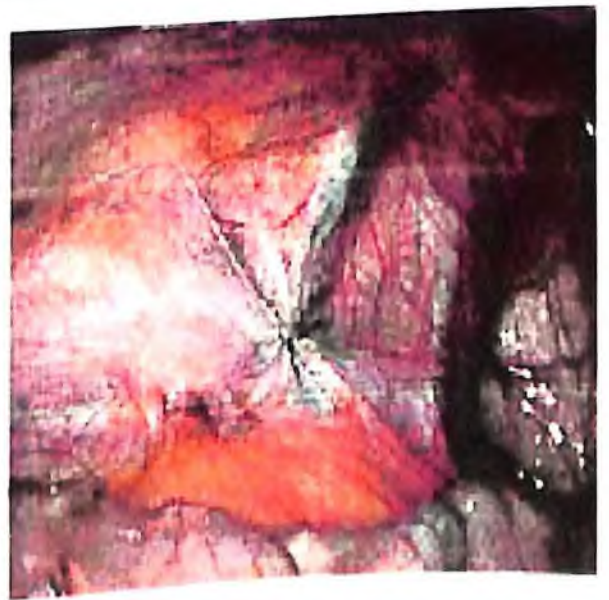
Еттинчи босқич. Қорин пардаси орти бўшлиғи ревизия қилинади ва касаллик рецидивининг сабабчиси бўлган веноз коллатераллар коагуляция қилинади.

Саккизинчи босқич. Қорин пардасининг очилган қисми "Z"симон тикилади (викрил, ПДС № 5,0 17-7- расм). Операциядан кейинги чап ички чов канали

соҳасининг умумий анатомик кўриниши 17-8-расмда кўрсатилган. Операция (СО2) карбонат ангидрид ва троакарларни чиқариш билан тугатилади. Троакар киритилган соҳалар узок таъсир қилувчи маҳаллий анестетик кўйиш, пластр ёпиштириш ёки тикиш мумкин (ПДС № 5,0).



17-8-расм. Операциядан кейинги кўриниш.



17-7-расм. Париетал қорин пардасини тикиш.



17-9-расм. Беморнинг операциядан олдинги кўришиши.



17-10-расм. Беморнинг операциядан кейинги кўришиши (3-кун).

17.4. ВАРИКОЦЕЛЕДА ЛАПАРОСКОПИК АРАЛАШУВНИНГ ҚУЛАЙЛИГИ

Болалар ёшидаги варикоцеленинг катта ёшли беморлардаги бепуштликка алоқадорлиги ҳақида, кейинги вақтларда кўп сонли муҳим хорижий адабиётларда чоп этилган.

Уруғдонни гистологик текширишда организм гармонал фонини ўрганишда, маълум бўладикки, касаллик ёшига қараб ривожланади ва ўз вақтида ўсмирлар ва болаларни даволашни талаб қилади.

Даволашнинг асосий патогенетик исботланган методи, ҳозирги вақтгача хирургик аралашувлар билан эндоваскуляр склеротерапия бўлган. Бу методикалар кўп йиллар давомида урологик клиникалар ютуғи бўлиб келган, лекин камчиликдан холи эмас.

Уларга кўп ҳажмли рецидивлар, хирургик фаолиятнинг инвазивлиги ва яна кўпчилик беморларда тери ости трансфеморал склеротерапиянинг уруғдон веналарининг анатомик тузилиши билан боғлиқ.

Бизнинг натижаларга кўра варикоцеле уруғдон венасини боғлаш билан ўтказилган лапароскопик операция натижаларидан қўйидаги хулосага келишимиз мумкин:

1. Тери ости трансфеморал склеротерапия билан солиштирганда, лапароскопик операцияларда уруғдон томир тутами ҳар хил вариантда жойлашади. Лапароскопик операция кам инвазивли, операциядан кейин оғрик

синдромининг тўлиқ йўқолганлиги, стационарда ётиш кунининг камлиги билан очик хирургик методларга кўра катта қулайликка эга.

2. Операция соҳасининг оптик катталаниши, майда анотомик структураларни ва веноз коллатералларни кенгаймаган ва кесишган веноз коллатералларни кўриш имконини беради.
3. Операция вақтида оптик катталаниш ҳамма ҳолатларда лимфа тутамларини ажратиш ва сақлаш, унга қушимча бўёқ (уруғдон тўқимасига оид бўёқлар) қўшмасдан, уруғ тизимчаси артериясини (хирург хоҳишига кўра) сақлаш имконини беради.
4. Лапароскопик операцияларнинг ўзига хослиги – эгатсимон чигали венаси флебитини (склеротик метод қулайлиги), операциядан кейинги асоратлар, операция жароҳатининг яллиғланиши

(очик усулда ўтказилган операциялардан кейин) кузатилмайди.

Шу жумладан, бирламчи чап томонлама варикоцеледа, уруғдон венасини боғлаш ҳамма ёшда қўлланилади. Тўғри бажарилган операцияларда касалликнинг қайталаниши асоратлари кузатилмайди. Операция вақтида ва операциядан кейинги асоратлар келиб чиқмайди.

Варикоцеле лапароскопик бартараф этишда қутулиши мумкин бўлган асоратлар

- Вереш игнасини киритишда ичак деворларини жароҳати
- қон томирлар жароҳати ва ички қон кетиш
- ягона тухумни қон билан таминлайдиган томир боғланса ёки клипса қўйилса тухум атрофияси
- лимфа томирлари тулик ажратилиши бажарилмаса лимфостаз кузатилиши.

БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАРИ

18.1. БУЙРАК КАСАЛЛИГИДА ЛАПОРОСКОПИК МУОЛАЖАЛАР

Кўрсатмалар:

1. Буйракнинг туғма ва орттирилган касалликларида буйрак функциясининг тўлик йўқолиши нефрэктомия ва нефроуретерэктомияга кўрсатма ҳисобланади.
2. Буйракнинг яхши сифатли кисталари – кистани лапороскопик резекция қилишга кўрсатма:

Қарши кўрсатмалар.

1. Болаларда лапороскопия ўтказишга умумий қарши кўрсатма.
2. Буйракнинг ёмон сифатли ўсмаларига гумон қилинганда.
3. Ярим қарши кўрсатма – буйракда кўплаб ўтказилган операциялар.



18-1- расм. Тиббий ходимлар ва
ускуналарнинг жойлашуви.

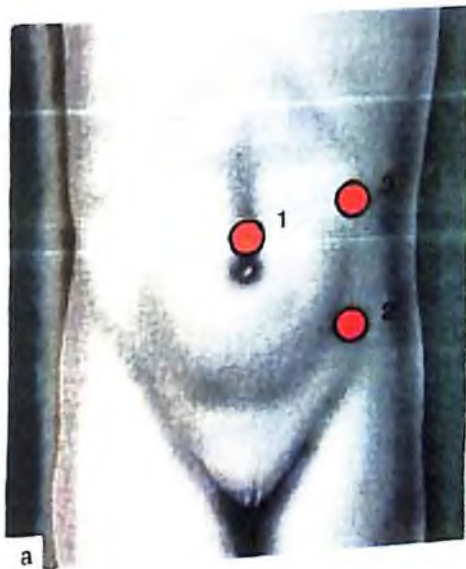
18.2. Лапороскопик нефрэктомия ва нефроуретерэктомия усуллари

Операция босқичлар:

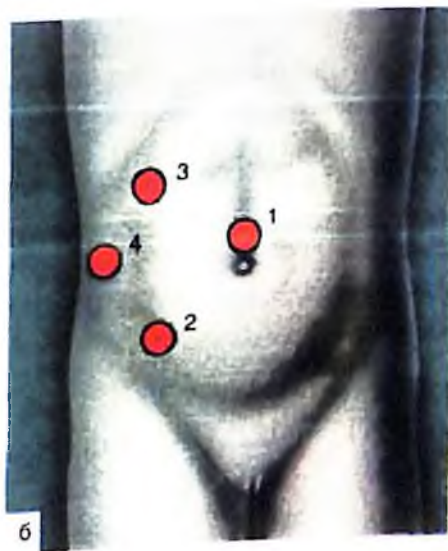
1. Очик лапороскопия ва пневмоперитонеум ҳосил қилиш.
2. Троакарларни ўрнатиш.
3. Қорин пардасини очиш, жигар ёки талоқни йўғон ичак бурчагидан ажратиш.
4. Буйрак пастки ва юқори қисмини ажратиш, сийдик найини топиш.
5. Буйрак кон-томир тутамини ажратиш ва кесил.

6. Сийдик найини ажратиш ва кесиш.
7. Касалланган аъзони олиб ташлаш.
8. Операциянинг якуни.

1 – босқич. Операцияда бемор орқаси билан ётади. Тиббий ходимлар ва асбобларнинг жойлашуви 18-1-расмда. Операцияда хирург ва хирург ёрдамчилари иштирок этади. Очик лапароскопия амалга оширилади, киндик юқорисидан 5-10 ммлик троакар лапароскоп учун 8-12 мл пневмоперитонеум ҳосил қилинади.



2 – босқич. Бемор ён бошига ётқизилади, видеоэкран назорати билан троакарлар ўрнатилади, ўнг буйракда ишланганда 3 та қўшимча троакарлар киритилади, 1таси доимий жигар ўнг бўлагини ушлаш учун керак бўлади. Чап буйракда ишланганда 3та троакар ишлатилади, лапароскоп учун порт ҳам киради, ўнг ва чап буйракдаги операцияларда троакарларнинг жойлашуви 18-2-а,б расмда.



18-2-расм. Троакарлар жойлашуви: а-чап буйракда; б-ўнг буйракда. 1-5,5 ммлик ёки 11 мм троакар; 2-5,5 ммлик троакар; 3-5,5 ммлик троакар; 4-5,5 ммлик троакар.

№1 троакар (5,5ммлик) киндикнинг юқори томонидан ассистент учун лапароскоп ва аъзони суриш мақсадида.

№2 троакар (5,5ммлик) олдинги акселляр чизикдан латерал 3-4 см киндикдан пастда.

Ўнг буйракдаги операцияларда ёрдамчи асбоб, чапдаги операцияларда асосий хирург туради.

№3 троакар (5,5ммлик агар клип апилятор ишлатилса, 11мм) ўрта ўмров чизиги бўйлаб латерал коворға равоғидан 1-2см пастда, оператор ишлатади.

№4 троакар (5,5ммлик) ретрактор билан жигар бўлагини ушлаш учун ассистент туради.

3 – босқич. Бемор ёнбош қилинган ҳолда қорин пардаси орти соҳаси кенг очилиб, йўғон ичак кўтарилувчи ёки тушувчи қисми жигар ёки талок бурчагидан ажратилади. Нефроуретерэктомияда париетал қорин пардасидан кичик чанок ва сийдик найи кенгрок очилади.

Операциянинг бу босқичи қисқич ёки монополяр қисувчи коагуляция қайчи ёрдамида амалга оширилади. Қоринни очганда ёнбош томирларга жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Йўғон ичакнинг талок бурчагида, йўғон ичак ва талок орасида бойлам, талок ва буйрак орасида бойлам бор. Ушбу бойламларни ажратишда биполяр

коагуляциядан, ўткир қайчилардан, талокни эзиб қўймаслик ва ошқозонностибезига зиён етказмаслик мақсадга мувофиқ. Йўғон ичакни ажратиш duodenum ўнгда, аорта чапда очилгунча медиал томонга йўналтирилади.

4 –босқич. Йўғон ичакни медиал ва қорин орти пардасини кенг очгандан кейин буйракнинг ўзини диссекция қилинади, бизнинг фикримизча, бу босқич бошланишида сийдик найини ажратиш кейинги босқични енгиллаштиради. Сийдик найини ажратишда ҳамма вақт ёнбош томирлар билан циркуляр айланган ҳолда ушлагичга оламиз (18-3-расм). Ушбу ушлагич ёрдамида сийдик найи буйрак жомигача тўмтоқ ва монополяр коагуляция



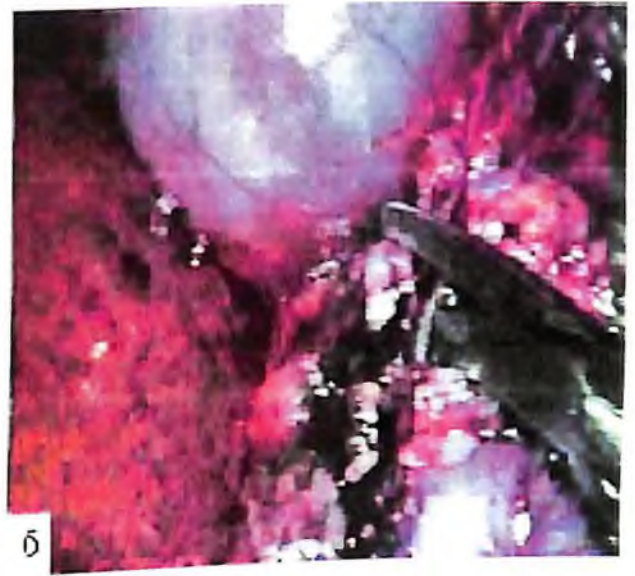
18-3-расм. Сийдик найини ажратиши.

ёрдамида буйракнинг пастки қутби ажратилади (18-4-расм). Буйрак капсуласини ажратишда ён тўқималар осон ажралади. Буйрак юқори понасини ажратиш ноқулайликлар туғдиради. Жигарнинг ўнг бўлаги ёки талокни ажратиш жуда муҳим роль ўйнайди. Буйрак капсуласини ажратиш буйрак ости безини жароҳатдан асраб қолади.

5–босқич. Буйрак томирлар тўпламини ажратиш операциясининг муҳим босқичларидан биридир. Яхши ёритиш ва операция майдони яхши кўринишини таъминлайди, турли диаметрдаги томирларни ажратиш ва кесишни осонлаштиради.



18-4-расм. Буйракнинг пастки қутбини ажратиши.



18-5-расм. Рудиментар томирлар тутами коагуляцияси (а) ва қирқиши(б).

Буйрак медиал томонини ажратишда, ажратилган тўкима, ичида қон-томирлар, биполяр коагуляцияда ва қайчида кесилади. Барча ҳолларда биполяр коагуляцияда адекват қон тўхтатиш учун керак.

Яхши ривожланган қон-томирлар тутами бўлганда буйрак томирларини ажратиш операциянинг муҳим босқичларидан бири. Буйракнинг катталиги, буйрак жомининг кенгайиши гидронефроз билан операция килинганда қўшимча қийинчиликлар туғилади. Буйрак жомини пункция қилиб сўриб олиш буйрак дарвозасини ажратишда қўлланилади. Буйрак вена ва унинг артерияси тўмток йўл билан ажратилади. Кўпинча буйрак артериясига биринчи клипса қўйилади, кейин юпқа деворли буйрак венаси ажратилади, кесилади. Барча кузатувларда титан клипсалар томир деворини ёшади, баъзида қорин бўшлиғида

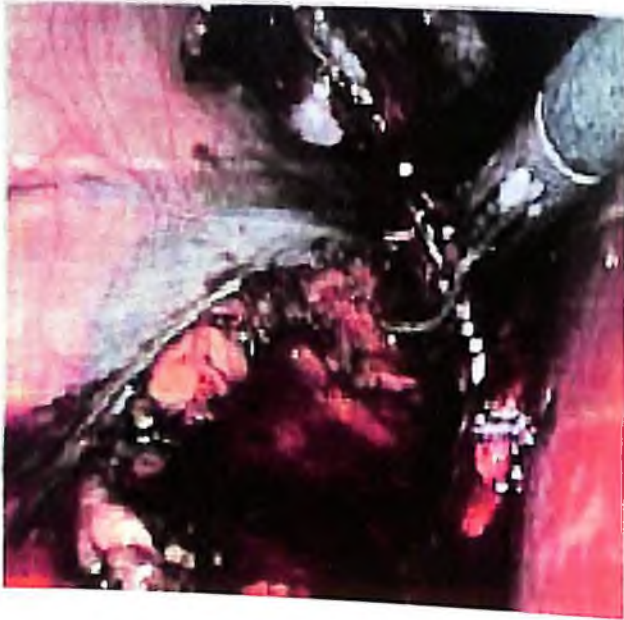
интракорпорал боғлаш катта томирлар учун қўлланилади.

Баъзи ҳолларда томир тутами циркуляр мобилизация қилинади ва 2-3 сўрилмайдиган ипак билан тикилади. Бундай вазиятларда интракорпорал иплар билан боғлаш маъқул.

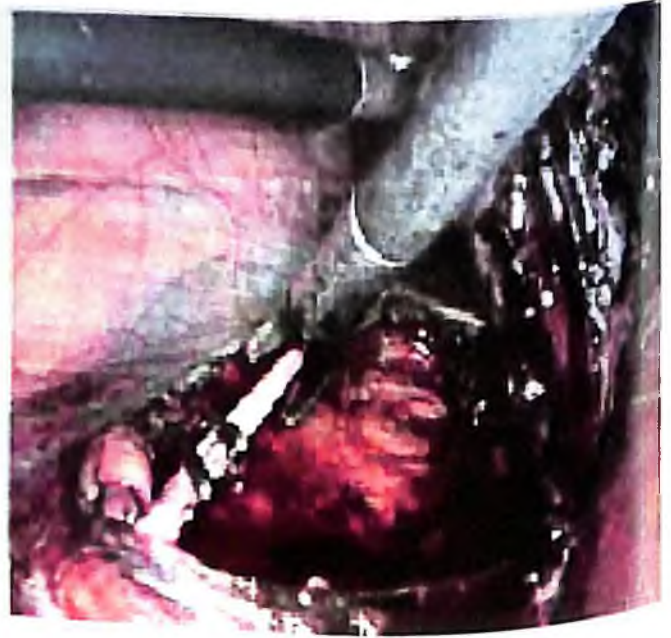
6 –босқич. Буйрак томир тутамини ажратишда сийдик найи билан боғлиқ сийдик найи қорин орти пардасидан енгил ажралади.

Нефроуретерэктомия килинганда сийдик найи сийдик копига қўйилган жойгача ажратилади, кесилади.

Сийдик найини кичик чанок бўшлиғида ажратиш нозик ҳисобланади, ички ёнбош артерия, уруғ йўли, йўғон ичак, сийдик копи жойлашган, шунинг учун бунда қўшимча троакар ва асбобалар киритилади 18-6,18-7-расм.



18-6-расм. Сийдик найини кичик
чаноққа кирши қисмидан қирқши



18-7-расм. Сийдик найини.
қовуққа бириккан жойидан қирқши



18-8-расм. Қорин олдинги деворининг
ташиқи кўришиши

7-босқич. Кесилган буйрак сийдик найи билан киндикдаги кесмадан чиқарилади. Агарда кесмадан ўтмаса 1,5 смгача кенгайтирилади. Шунинг учун олдиндан кистани ичи очилади ва ичидаги суюқлик аспирация қилинади (мультикистоз, гидронефрозда).

8-босқич. Буйрак қорин бўшлиғидан чиқарилгандан кейин охириги муолажа бошланади. Қорин бўшлиғи кўрилади, буйрак туби физиологик антисептик ва гепарин билан ювилади, куритилади. Ҳимояланган дренаж айрим ҳолларда 12-48 соат давомида бажарилади. Бемор орқаси билан ётади, ёғон ичак эрта мобилизацияси эркин туради, троакарлар чиқарилади. 11ммлик кесма қаватма-қават тикилади (18-8-расм).

18. 3. ЛАПАРСКОПИК БУЙРАК КИСТАСИНИ

ОЧИШ МЕТОДИКАСИ ОПЕРАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИ

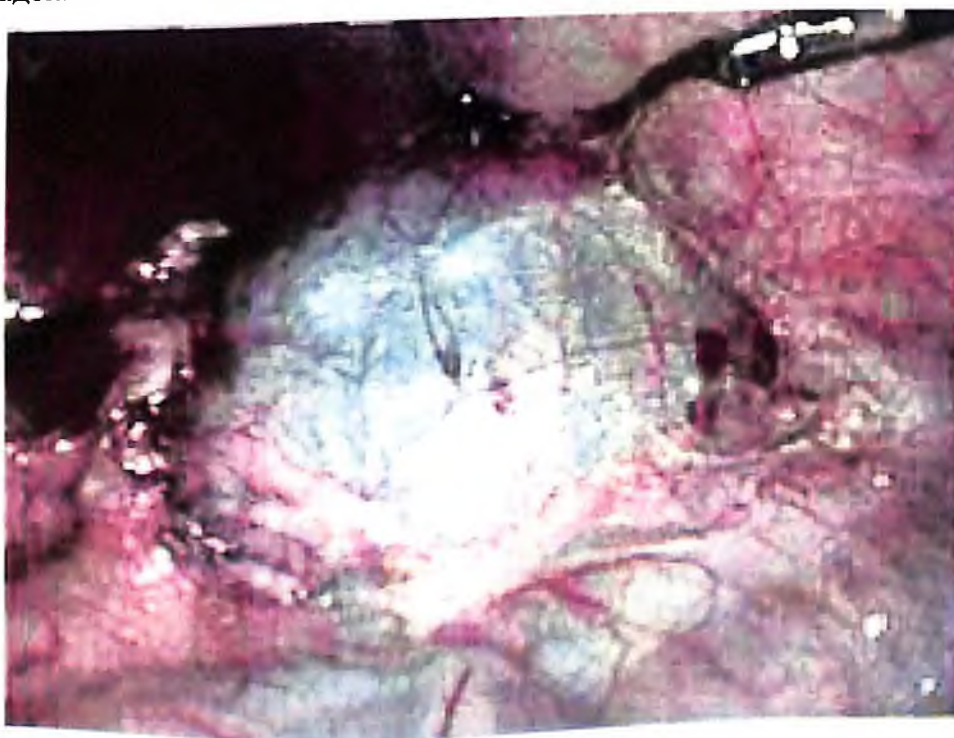
1. Очик лапароскопия, пневмоперитонеум ҳосил қилиш.
2. Троакарни жойлаштириш.
3. Париетал қорин пардасини очиш, йўғон ичак мобилизацияси, буйракдаги кистанинг бир қисмини ажратиш.
4. Кистани ажратиш.
5. Киста деворини кесиш ёки олиб ташлаш, ички қаватига ишлов бериш.
6. Операциянинг якуни.

1 –босқич. Бемор орқаси билан ётганида очик лапароскопия ва 5-10 ммлик тўмтоқ троакар киндик юкорисидан киритилади ва 8-12мм сим.уст. пневмоперитонеум ҳосил қилинади. Ускуналар, тиббий ходимларнинг жойлашуви нефрэктомия қилингадек.

2 –босқич. Бемор ёнбош ҳолатда лапароскоп назаротида 2 та кўшимча 5 ммлик троакар нефрэктомия жойлаштирилгандек бўлади.

3 –босқич. Лапароскопик ревизия қилинганда, кўп ҳолларда париетал қорин пардаси орқали киста кўриниб туради. Бемор ёнбош ҳолда ётқизишиб, қорин орти пардаси орқали париетал қорин парда очилади. Жигар ва талоқ бурчаги йўғон ичак ёки кистанинг устидан очилади (18-9-расм). Шунинг учун кўпинча буйракни бутунлай очишга ҳожат қолмайди.

Буйракнинг киста томонидан мобилизацияси, асосан, тўмтоқ диссекция ва монополяр коагуляция ёрдамида қилинади.



18-9-расм. Париетал қорин пардасини қирққиш.

4 –босқич. Тўмтоқ диссекция ва синчиклаб монополяр коагуляция ёрдамида аста-секин буйрак кистасидан ажратилади, киста девори атроф тўқималаридан тозаланади. Киста ва буйрак тўқимаси ўртасидаги чегара аниқ кўринганда тўлиқ диссекция қилинган, деб ҳисобланади (18-10-расм).

5 –босқич. Киста деворлари ажратилгандан сўнг лапораскопик игна билан пункция қилиниб, ичидаги суюқлик олинади (18-11-расм) ва цитологик текширувга юборилади. Шундан кейин киста очилади ва



18-10-расм. Кистани буйрак перенхимаси соҳасидан ажратиши.

6 –босқич. Операция тугаллангандан кейин корин бўшлиғи тафтиш ва санация қилинади, операция ўрни ювилади ва кўпинча киста олинганда дренаж найча қолдирилади, у 24

ичидаги суюқлик сўргичда сўриб олинади. Киста девори айлангириб моно ва биполяр коагуляторда олиб ташланади. Кистанинг ички қавати охиригача очилади. (15 %да ҳаммасини олишга имкон бўлади), қолган қисми биполяр коагуляторда, кейин 70 % спиртда ва 5 % йод эритмаси куйдирилади (18-12- расм). Киста қирралари биполяр коагуляция қилинади ва ички қисми яхшилаб гемостаз қилинади. Айрим ҳолларда паранефрал тўқима билан тампонада қилинади ёки «Tachocom», «spongostan» билан.



18-11-расм. Кистанинг пункцияси.

соатдан кейин олиб ташланади. 11 ммлик кесма киндик устидан қаватма-қават тикилади ёки 5 мм кесилган тикилади ёки лейкопластрда ёпиштирилади (18-13-расм).



18-12-расм. Киста қирқилиб, унинг бұшлигини 5% йоднинг спиртли эритмеси билан шлов бериши.



18-13-расм. Қорин олди деворининг ташқи томондан кўриниши

18.4. БУЙРАК ПАТОЛОГИЯСИДА

МАҚСАДЛИ ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАР

Буйрак патологияларида лапароскопик операциялар катталар ва ёш болаларда эндоскопик жарроҳлик учун мутлоқ янги. Бу турдаги операцияларнинг пайдо бўлишига баъзи муаллифларнинг қилган ишларида қорин ичи бұшлигидаги асоратларига нефроурологик операциялар сабаб бўлди. Лекин охириги йилларда лапароскоп техника ва операцияларда катта тажриба орттирилди, лапароскоп дастурлар мижоз ҳаёти учун хавфсиз эканлиги аниқланди. Ҳозирги вақтда малоинвазив ёндошишнинг 2 тури, яъни қорин бұшлиги ортида жойлашган аъзолар учун I-лапароскопик. Ретроперитоник усулда кўпгина хирурглар ўз амалиётларида трансперитоннал дастурлардан фойдаланишмоқда.

1. Лапароскопик ўнг ва чап буйракка кириш анатомик жиҳатдан жуда қулай, олд қорин пардаси тўқималари кам жароҳатланади, буйракнинг барча бўлақлари ва сийдик йўлини визуал кўриш жуда қулай.
2. Буйрак кисталари учун бажариладиган операцияларда буйракнинг кистоз бұшлигини мобилизация қилиш учун қулай
3. Операциягача бўлган вақтда буйракнинг аниқ ҳолати, асосан, яққол гипоплазияда, дистопияда буйрак қон-гомилар архитектурасида, буйракдаги кисталаридаги аниқ хирургик аралашувларда, айниқса, асбоблардан клип-аппликатор,

- эндоскоптерлардан фойдаланишга имкон яратади.
4. Буйракни олиб ташлаш учун буйрак ҳажми, кон-томирлар гипоплазиясида уларни биполяр ёки монополяркоагуляция қилишда бу операциялар жуда қулайдир. Бундан ташқари, яхши сифатли кистани қорин бўшлиғи ортидан олиб ташлашда техник қийинчиликлар туғилмайди. Факатгина аплазияга учраган буйракни қорин орти ёғ тўқимасидан топиш бироз мушкул.
 5. **Операция вақтида қийинчиликлар** пайдо бўлса, албатта, сийдик йўлини қидириш ва топиш керак (ёнбош кон-томирлар билан кесишиб ўтган жойдан ёки кичик чанокқа тушиб қолган ҳолатларда). Кейин эса сийдик йўлини сийдик жомига ўтиш жойига қараб, аста-секин мобилизациялаб бориш керак.
 6. Ажратиш жараёнида катта ҳажмли буйракни олиб ташлаш ҳам бир оз қийинчилик туғдиради, буйрак усти капсуласини ажратишда, асосан, унинг атрофидаги аъзолар, буйрак усти безининг жароҳатланишидан асраш керак бўлади.

Муаллифларнинг таъкидлашларича, операцияларнинг ўртача давомийлиги 45

дақиқани ташкил қилади. Операция даврида асоратлар деярли кузатилмайди.

Беморларнинг клиникада бўлиш ўрин-кунлари 2 баробар қисқаради, асоратлар сони 3 мартагача камаяди.

Буйрак патологияларида лапароскопик бартараф этишда кутулнинг мумкин бўлган асоратлар

- Учраши мумкин бўлган қийинчиликлардан бири қорин пардани етарлича очилмаслиги буйрак олд юзасини етарлича ажратишда қийинчиликлар кузатилади. Ретроперитонеал пиелопластикада ёки пиелолитотомияда бу ҳолат кузатилмайди, аммо троакарларни тўғри жойлаштирмаслик операция жараёнида қийинчиликларга олиб келади. Операция вақтидаги асоратларга кон томирлар жароҳати ва қон кетиши, пешоб найи жароҳати
- бемор етарлича тайерланмаган бўлса ичаклар деворининг жароҳати
- нефроэктомиядан сўнг қон томирларга қўйилган лигатура ва клипсаларни етишмовчилиги
- пешоб найи чўлтоғи етарлича боғланмаган ёки клипса етарлича қўйилмаса пешоб қорин бўшлиғига тарқаб ичаклар парези (пешобли перитонит) чақиради.

19-БОБ.

ЧОВ ЧУРРАСИ

Чов чурраси болаларда энг кўп учрайдиган хирургик касаллик бўлиб, қорин пардаси қин ўсимтасининг битмаслиги ва чурра қопининг бўлиши билан характерланади. Болаларда туғма (қийшиқ) чурралари чов каналининг ички ва ташқи халқасида ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Орттирилган (тўғри) чурралар болаларда кам учраб, асосан 10 ёшдан ошган болаларда кўп учрайди. Орттирилган чурранинг ҳосил бўлиши қорин бўшлиғида босимнинг ортиши натижасида ҳосил бўлади.

Чов чурраси қиз болаларга нисбатан ўғил болаларда 8-10 марта кўп учрайди. Бунга сабаб мойкнинг ёрғокка тушишидир.

Таснифи. Икки турдаги чов чурраси фарқланади:

- Тизимча чурраси (90 % ҳолларда қин ўсимтасини проксимал қисмининг битмаслиги).
- Ёрғок чурраси (10 %да қин ўсимтасини тўлиқ ёпилмаслиги қорин бўшлиғи аъзолари ёрғокка тушиб, мойк билан бирга бўлади).

Этиологияси ва патогенези. Боланинг туғилиш вақтига келиб, қин ўсимтаси 80-85 %да тўлиқ облетерацияга учрайди. Айрим ҳолатларда эса (15-20 %) қин ўсимтасининг қисман ёки тўлиқ облетерацияга учрамаганлигини кузатиш мумкин. Қорин бўшлиғида босим ортиб, қорин зўриққанида ёки бола қичкирганида, йиғлаганда ички органлар, кўпинча чурра халтаси ичида ингичка ичак, катта чарви, бачадон ва унинг ортиқлари, кўричак гумбази чурра қопига тушади ва чов чурраси ҳосил бўлади.

19.1. АНЪАНАВИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Чов чуррасининг клиник белгилари бола ҳаётининг 1-ҳафтасидан бошлаб яққол намоён бўлади. Кўпинча ота-оналар бола зўриққанда ҳосил бўладиган ва тинч ҳолатда кузатилмайдиган чов соҳасидаги халқасимон ёки чов-ёрғок чурраларида

овалсимон ҳосила пайдо бўлади. Чов-ёрғок чуррасида клиник манзара ёрғок соҳасидаги бўртиқликнинг бўлишига ва беморнинг тинч горизонтал ҳолатида ҳосиланинг қорин бўшлиғига эркин тўғриланиши кузатилади. Болада чов

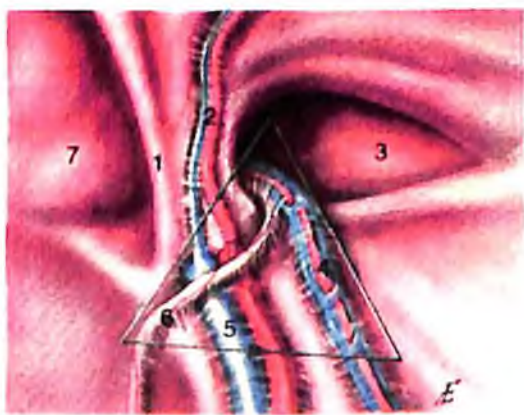
канални бармоқ билан текшириб кўрилганда ҳосиланинг қорин бўшлиғига эркин тўғриланиши ва чов ҳалқасининг кенгайганлиги ҳамда бола йиғлаганда “туртки” симптомининг мусбатлигини кузатиш мумкин.

Даволаш. Болалар хирургиясида энг кўп тарқалган усуллардан бири Дюамел бўйича чурра олиш операциясидир. Операциянинг асосий моҳияти шундан иборатки, чурра қопи проксимал қисмдан ажратилиб боғланади ва бўйинчасидан кесилади.

Чурра қопининг периферик қисми олинмайди (ажратилмайди). Узок муддатли текширувлар натижаси шуни маълум қиладики, эркакларнинг бепуштлиги, одатда, анъанавий оператив даво қилинганларда уруғ тизимчаси элементлари зарарланишига нибатан оператив даво муолажаси қилинмаганларга кўра икки марта кўп учрайди. Шуни ҳисобга олиб, чов чуррасини даволаш замон талабига кўра янги технологиялар асосида билан даволаш самарали ҳисобланади.

19.2. ЛАПАРОСКОПИК ГЕРНИОПЛАСТИКА

Ўлкамиз ва чет эл олимлари тадқиқотлари шуни кўрсатадики, лапароскопик герниопластика болаларда ҳам катталар қатори ўз ўрнини топди. Кўпчилик хирурглар анъанавий чурра олишдан кўра лапароскопик герниопластика фойдали эканлигини тан олишди. Шунга қарамадан, ҳозирги кунда йиғилган



19-1-расм. Ўнг чов соҳаси. Қорин бўшлиғи томондан кўриниши:

- 1-медиял киндик боғлами;
- 2-пастки қорин ости артерия ва вена,
- 3-қийшиқ чов чуррасининг кўриниши; 4-уруғ тизимчаси томирлари;
- 5-ташқи ёнбош вена ва артерия;
- 6-уруғ йўли;
- 7-тўғри чов чуррасининг кўриниши.

малакалар лапароскопик герниопластиканинг юқори самарадорлигининг яққол исботидир.

Кўрсатма. Қорин пардаси кин ўсимтаси битмаслигининг барча формалари.

Қарши кўрсатмалар. Сикилган ичак деворида қон айланишнинг тикланмаслиги, чурра қопи флегмонаси ҳамда чов ва чов ёрғок чурраларининг қорин бўшлиғида тўғриланмаслигидир.

Лапароскопик операцияга тўхталишдан олдин, чов соҳани ичкаридан ташқарига қараб лапароскопик тасвирини кўриб чиқамиз.

Маълумки, туғма чов чурраси кийшиқ чурра бўлиб, бунда деффект чов каналининг ички ҳалқасида чувалчангсимон томирлар латерал томони ва Пупарт бойлами устида бўлади. Тўғри чов чурраларида деффект чувалчангсимон томирларининг медиад соҳасида, сон чурраларида Пупарт бойлами остида жойлашган бўлади. Деффект ўлчами бир неча (мм)дан 3-4 смгача (гигант чурралар) кузатилади. Бизни фақат туғма кийшиқ чов чурраси қизиқтиради.

Лапароскопик герниопластика бошлашдан олдин тақдир учбурчагини ўзлаштириш лозим. (19-1-расм). Яъни медиал томондан уруг йўли, латерал томондан мойк томирлари билан чегараланган. Учбурчак чўққиси чов канали ички ҳалқаси соҳасида жойлашган.

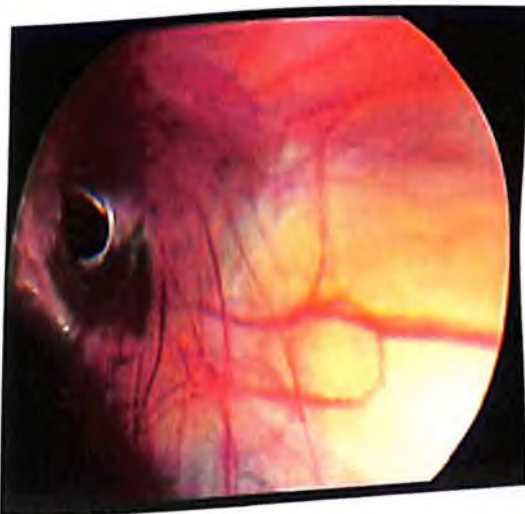
Бу учбурчак ичида ёнбош томирлар жойлашган.

Лапароскопик герниопластика вақтида ёнбош томирлар зарарламаслиги учун имкон қадар тақдир учбурчагига яқинлашмаслик лозим.

19.2. ЛАПАРОСКОПИК ГЕРНИОПЛАСТИКА УСУЛИ

Болаларда чов чурраси лапароскопик герниопластикаси 1995 йилда М.В.Щебенков томонидан ёзилган. Қорин бўшлиғига 3 та 5,5 ммлик троакар киритилади. Биринчиси-5 ммлик оптика учун киндик ҳалқасининг юқори

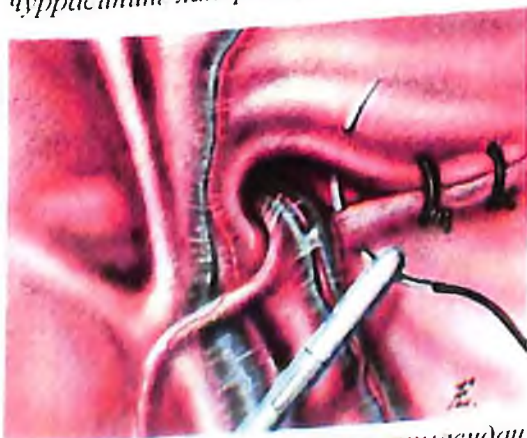
қиррасидан, иккинчиси-ўрта ўмров чизиги бўйлаб, мезогастрал соҳадан, учинчи-троакар эса иккинчи троакарда контралатерал жойлаштирилади.



19-2-расм. Ўнг томонлама чов чуррасининг лапароскопик кўриниши.



19-3-расм. Лапароскопик герниопластикада кесиб киришлар: 1-5,5 ммлик троакар; 2-5,5 ммлик ёки 3 ммлик троакар; 3-5,5 ммлик ёки 3 мм троакар



19-4-расм. Чурра қотининг қирқмасидан лапароскопик герниопластикани ўтказиши.

Бемор 15-20° Тренделенбург ҳолатда ётади. Стол муолажа бажариладиган соҳанинг қарама-қарши томонига 15-20°га буралган бўлади. Ўнг томонлама мезогастрал соҳадаги троакардан монополяр коагуляцияли қайчи ва нина тутқич киритилади. Чап томонлама мезогастрал соҳадаги троакардан қўшимча асбоблар, яъни атраватик қисқичлар, лигатур қайчилар киритилади. Тақдир учбурчаги чўққиси чегараланиб, ички чов ҳалқаси

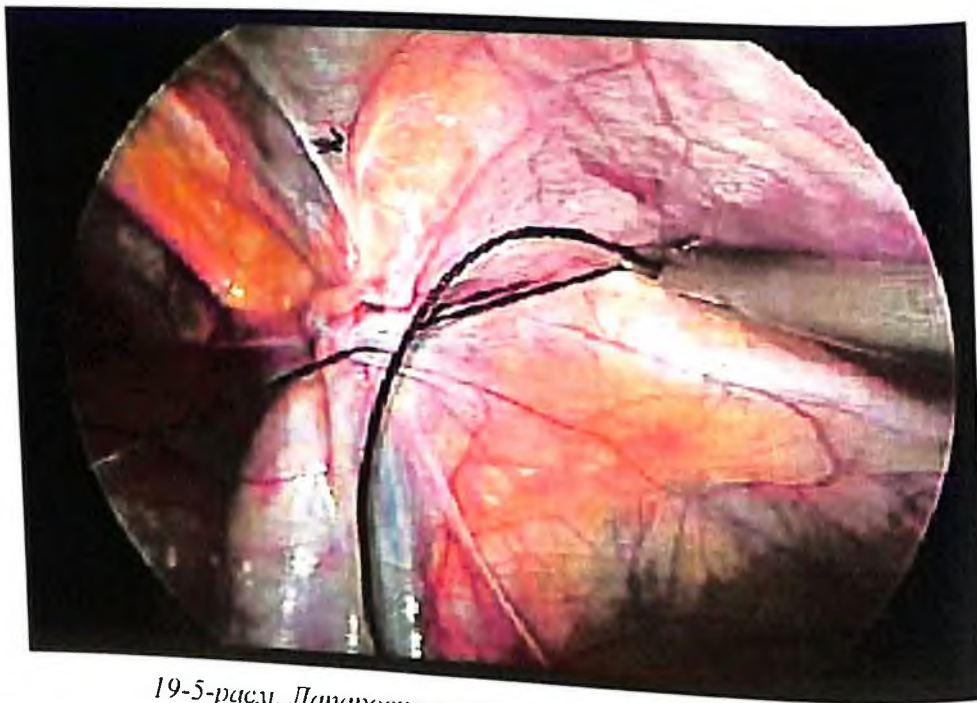
соҳасидан қорин пардаси атравматик қискич билан ушланади ва шу жойдан монополяр қайчида коагуляцияланади ҳамда ички чов канали ҳалқаси соҳасидан кесилади. Шу йўл билан чурра копи бўйинчасининг $3/4 - 4/5$ қисмидан кесилади. Чурра қопининг кесилган қисми

Тикиш материали кичик санчувчи нинали этибонд 2-0 ҳисобланади. Чов канали ички ҳалқасининг пастки медиал юзасида жойлашган тақдир учбурчаги чўккиси соҳасидаги қорин пардаси чокка олинмайди. Операция вақтида уруғ тизимчаси элементлари ўтадиган соҳа билан ишлаш вақтида хушёрлик талаб этилади.

Рецидив олдини олиш мақсадида доимо деффект 2,0 - 2,5 смдан ошган ҳолларда чов

ўз-ўзидан чов каналининг дистал қисмига бекитилади. Қорин парданинг ҳосил бўлган деффекти қисетли чокка олинади. Бунинг учун қорин пардасини очмасдан туриб, интракорпарал ёки 2-3 та алоҳида тугунли чоклар қўйилади (19-4-расм).

каналининг ички ҳалқаси пластикага кўрсатма ҳисобланади. Шу сабаб латерал чок қўйилади. Қорин кўндаланг мушагининг пастки қирғоғи ҳамда чов бойлами 2-3 та тугунли чоклар билан сўрилмайдиган тикиш материали ёрдамида ички ҳалқа деффекти 1,0-1,5 смга қисқартирилади. Шундан кейингина қорин пардаси қисетли чокка олинади (19-5, 19-6-расм).



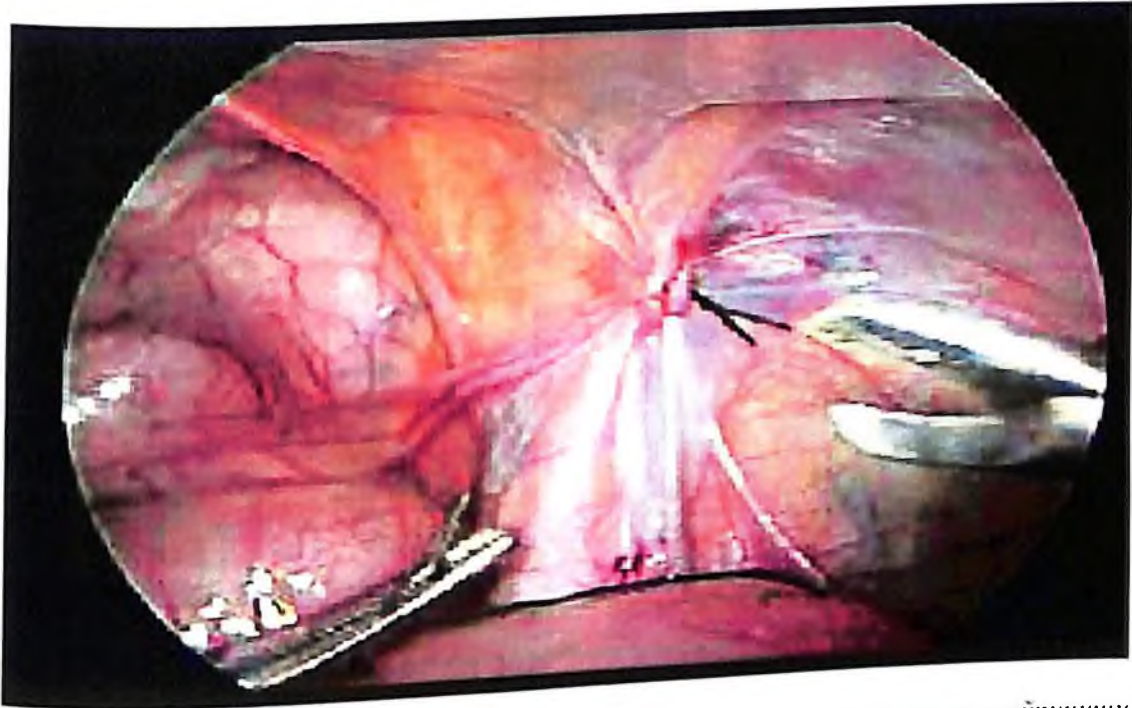
19-5-расм. Латароскопик герниопластика. Ички чов ҳалқасини "Қисет" усулида тикиши.

Чурра копи бўйинчасидан ҳосил бўлган чўлтоқ Z - симон чок орқали перитонизация қилинади (19-7-расм).

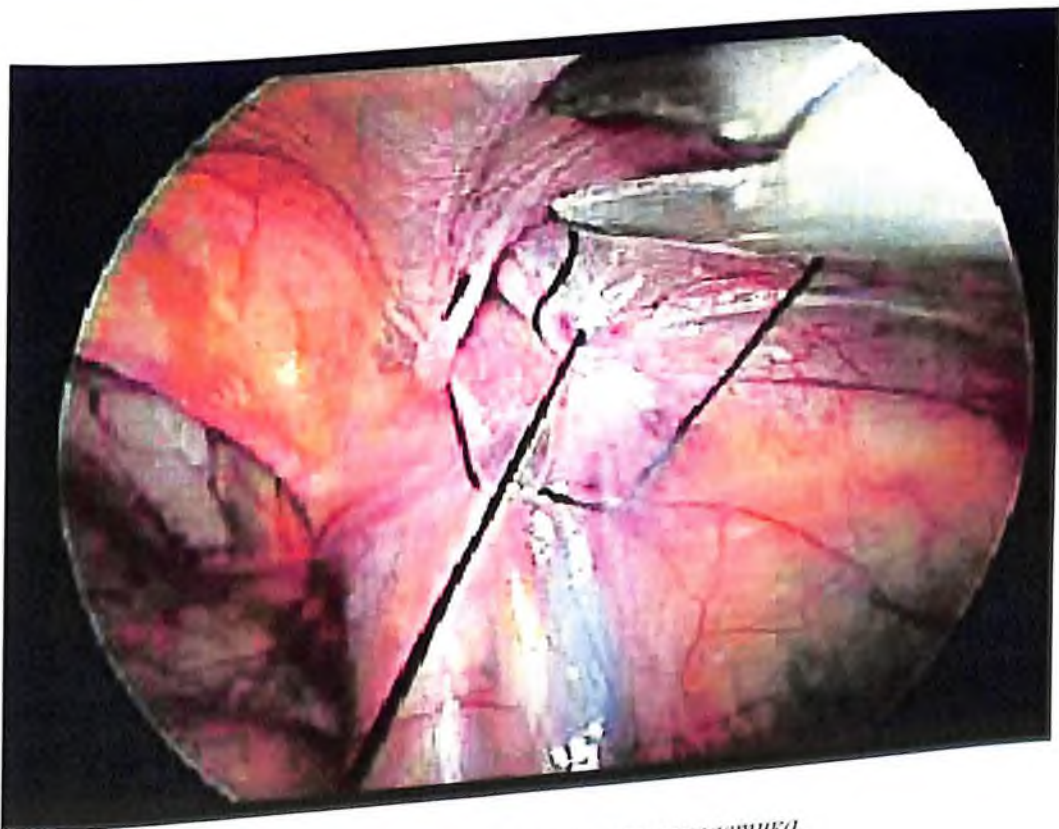
Кейинги босқичда қарама-қарши томондаги чов соҳаси кўрилади. Қорин пардаси қин ўсимтасининг битмай қолиш ҳолатларида қарама-қарши томонда бир вақтнинг ўзида худди шундай операция ўтказилади.

Юқоридаги лапароскопик герниопластика
бу Дюамел бўйича анъанавий чурра

олишдек, яъни чурра қопи бўйинчасидан
ажратилади, боғланади ва кесилади.



19.6-расм. Лапароскопик герниопластикадан кейин ички чов ҳалқасининг кўриниши.



19.7-расм. Лапароскопик герниопластика.

Охирги йилларда М.В.Шебенков томонидан бу усул модификацияланди. Муаллиф чурра копи бўйинчасидан кесишни бекор қилиб, фақат кисетли чокда тиқишни таклиф қилди. Агар ички чов канали ҳалқаси 1,5 смдан катта бўлган

ҳолатларда корин пардаси билан биргаликда кўндаланг мушакнинг пастки қиргоғи ҳамда пупарт бойлами қўшиб олиниб, корин пардаси бутунлиги бузилмасдан чов канали ички ҳалқаси пластикаси амалга оширилади.



19-8-расм. Лапароскопик герниопластикадан олдинги ва кейинги кўринишлар.

19.3. ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ЛАПАРОСКОПИК АРАЛАШУВНИНГ ҚУЛАЙЛИКЛАРИ

Маълумки, болаларда чов чуррасининг ҳосил бўлиши корин пардаси қин ўсимтасининг битмай қолиши ҳисобланади. Шунинг учун фақатгина чурра копи бўйинчасидан боғланади, ҳалос. Болаларда кўп ҳолатларда катталарга нисбатан чов канали пластика қилинмайди. Шуниси билан ҳам анъанавий герниопластика кам жароҳатли (чов соҳасидаги тери кесмаси 3,0 смдан ошмайди), оддий (чов канали пластикасиз чурра копи бўйинчасидан боғланади), операция давомийлиги 10-15 минутдан ошмаслиги билан ҳам қулайдир. Лекин анъанавий операция вақтида, яъни чурра

қопини ажратиш пайтида уруг тизимчаси элементлари жароҳатланиши нағижасида кейинчалик мойк атрофияси ва бепуштликка олиб келиш эҳтимоли бор. Бундан ташқари, хирург анъанавий операция пайтида қарама-қарши томондаги чов канали ички ҳалқасини кўролмайди. Кўп ҳолатларда (15% гача) операциядан маълум бир вақтдан кейин ота – оналар қарама-қарши томонда чурра ҳосил бўлганлигидан шикоят қилишади. Бундай ҳолатларда қайта операция қилиш зарур бўлади.

Лапароскопик операция шундай камчиликлар ечимини топди, яъни биринчи операция вақтида қорин парда қин ўсимтасининг битмаслиги аниқланиб, бу патология бир вақтнинг ўзида радикал коррекция қилинади.

Лапароскопик герниопластиканинг моҳияти

1. Болаларда лапароскопик герниопластика чов чуррасини даволашда операция давомидаги уруғ тизимчаси элементлари зарарланиши ҳамда кам жароҳатлилиги билан самарали.

2. Лапароскопик кесим ёрдамида қорин пардаси қин ўсимтасининг қарама – қарши томонда битмаслиги аниқланиб, бир босқичда икки томонлама лапароскопик герниопластика бажариш имкониятини беради.

Чов чуррасини лапароскопик усулда бартараф қилишда қийинчиликлар ва кутилиши мумкун бўлган асоратлар

-операция вақтида чов канали ички тешиги соҳасига ички аъзолар ёпишиб туриши ва уларни ажратишда қийинчилик бўлиши мумкин

-Верш нинасини киритишда қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланиши

-чов канали ички халқасига сиртмоқ куйиш вақтида уруғ тизимчасини сиртмоққа кўшиб олиш ёки жароҳатлаш

-кўйилган сиртмоқнинг етишмовчилиги

- операциядан сунги даврда уруғ йули ёки мойк парда истискоси кузатилиши.

ТУҒМА ПИЛОРОСТЕНОЗ

20.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТ

Туғма пилоростенезда пилорик сфинктернинг гипертрофияси ҳисобига ошқозон пилорик қисмининг ўтказувчанлиги бузилиши кузатилади. 1000 та янги туғилган чақалоқдан 0,5-3 тасида пилоростенез

Классификацияси

Эндоскопик кўринишига (фиброэзофагогастроуденоскопия) кўра туғма пилоростенез воронкасимон, бўртиб

Этиологияси ва патогенези. Ҳозирги вақтда туғма пилоростенезнинг келиб чиқиши генетик мойиллик билан боғланади. Пилоростенезнинг келиб чиқиши кариндошлар оила қурганда келиб чиқиши

Клиник кўриниши ва диагностикаси

Пилоростенезнинг бирламчи клиник белгилари чақалоқ туғилгандан сўнг ҳаётининг 2-ҳафтаси охирида, 3-ҳафтанинг бошларида намоён бўлади. Чақалоқни овқатлантириш оралиғида "фонтансимон" қусиш асосий симптомдир. Қусуқ массаси туриб қолган ва ивиб қолган сут каби бўлиб, нордон хидга эга. Қусуқ массаси ҳажми охирги берилган сут ҳажмидан кўпроқ бўлади. Чақалоқ танасининг вазни камайиши кузатилади ва 2-2,5 ойлигида туғилгандаги вазнидан ҳам камроқ бўлиши мумкин.

Касаллик ўткир кечганида симптомлар ҳафта мобайнида ўткир ва кучли ривожланади. Чақалоқ вазни қўшилмасдан камаяди, ўткир дегидратация ва метаболик бузилишлар кузатилади. Ўткир ости формасида симптомлар секин-аста

Даволаш. Анъанавий усул сифатида пилоростенез 1912 йилда бажарилган Fredet-Ramsdet усулида пилоромиотомия ҳозирги кунгача кенг қўлланилади. Бу усул кам

учрайди. 3 ойликкача бўлган болаларда бошқа ичак тутилишларига нисбатан пилоростенез биринчи ўринни эгаллайди. Ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан 5 баробар кўпроқ учрайди.

турувчи ва шаклланмаган турларга бўлинади. Клиник кечишига кўра: ўткир, ўткир ости ва энгил формалари бор.

Кўп кузатилади, айниқса, ўғил болаларда. Бу туғма нуқсонда ошқозоннинг пилорик қисмида морфологик ўзгаришлар (мушак толалари ва нерв элементларининг гистохимик бузилиши) кузатилади.

ривожланиб, метаболик ва сув-электролит бузилишлар яққол кўринмайди.

Касалликнинг ташхисланишида анамнез, клиник белгилар ва қўшимча (рентгенологик, УТГ ва эндоскопик) текширувлар катта аҳамиятга эга. Болани текширувда гипотрофия ва эсикоз каби симптомларга аҳамият берилади. Қорин кўрилганда эпигастрал соҳанинг шишиши ва "қум соати" кўринишидаги перистальтика кўрилади. Бу белгилар кўпинча овқатлантирилгандан сўнг ва қорин пальпациясида яққол кўринади. Кўп ҳолларда ошқозон пилорик қисмининг мушаклар гипертрофияси ҳисобига калинлашганлигини пайпаслаб, аниқлаш мумкин.

Охирги йилларда пилоростенез диагностикасида фиброгастроуденоскопия ва УТГ дан фойданиш кенг қўлланилмоқда. инвазив, оддий ва радикал усулдир. Эндохирургиянинг ривожланиши лапароскопик пилоромиотомия бажарилиши мумкинлигини исботлади

20.2. ЛАПАРОСКОПИК ПИЛОРОМИОТОМИЯ.

1990 йилнинг май ойида J. Alain ва D. Grousseauлар биринчи бўлиб янги туғилган чақалоқда туғма пилоростенозда лапароскопик пилоромиотомия операциясини бажаришди.

Лапароскопик пилоромиотомияга кўрсатмалар: Ўткир, ўткир ости ва енгил формалари.

Лапароскопик пилоромиотомияга қарши кўрсатмалар: Юрак туғма нуқсонлари ва ўпка аномалиялари.

20.3. ЛАПАРОСКОПИК ПИЛОРОМИОТОМИЯНИ БАЖАРИЛИШ УСУЛИ.

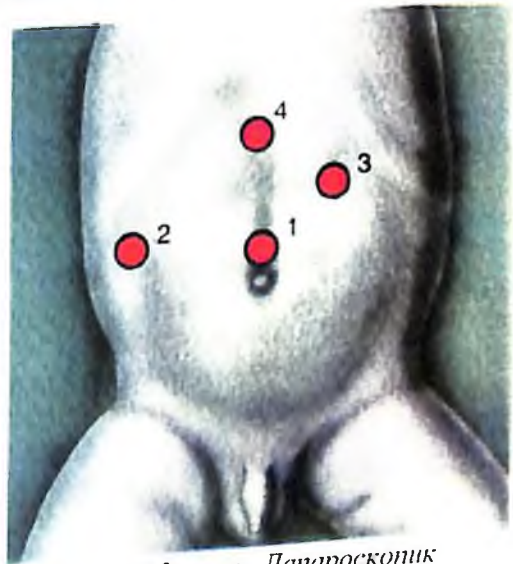
Лапароскопик пилоромиотомия бажарилиши учун махсус лапароскопик анжомлар: атравматик қисқич, пилоротом ва диссектор лозим. Атравматик қисқич тариқасида эндоскопик ичак қисқичидан ҳам фойдаланиш мумкин. Бундан ташқари, бачадон найларини ушлаш учун қўлланиладиган қисқичлардан ҳам фойдаланиш мумкин. Бу анжомлар операция вақтида ошқозон пилорик қисмини жароҳатламасдан яхши фиксациялаб, улаб туради. Пилоротом – бу эндоскопик скальпель. Кесувчи қисмининг узунлиги 2 мм бўлади. Бу скальпелда эркин ҳолда етарли чуқурликда ичакнинг шиллик қаватини жароҳатламасдан серомиотомия бажариш мумкин. Мушак қаватини кенгайтириб очиш

учун диссектордан фойдаланилади. Баъзан гемостаз қилиш ҳам керак бўлади, бунда эндоскопик биполяр пинцетдан фойдаланилади.

Лапароскопик пилоромиотомия учун операциядан олдин беморни тайёрлаш анъанавий усулдан фарқ қилмайди. Ошқозонга зонд ва сийдик қопига эса катетер қўйилади. Эндотрахеал наркоз билан олиб борилади. Операция бажарувчи ходимлар: хирург, операция ҳамшираси ва ассистентдан ташкил топади. Операция бажарувчи ходимлар жойлашув ўринлари 20.1-расмда берилган.

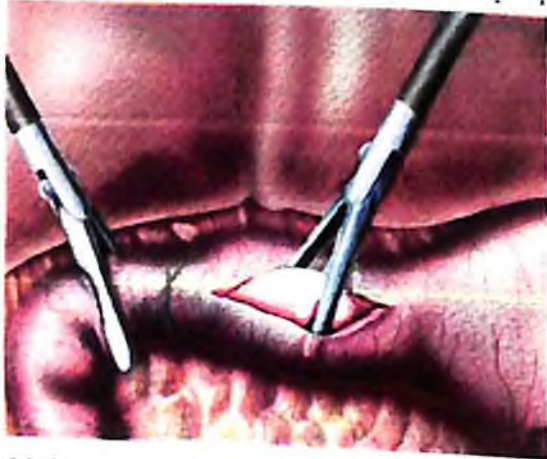


20-1-расм. Лапароскопик пилоромиотомия жараёнида ходимлар ва асбоб-ускуналарнинг жойлашуви.

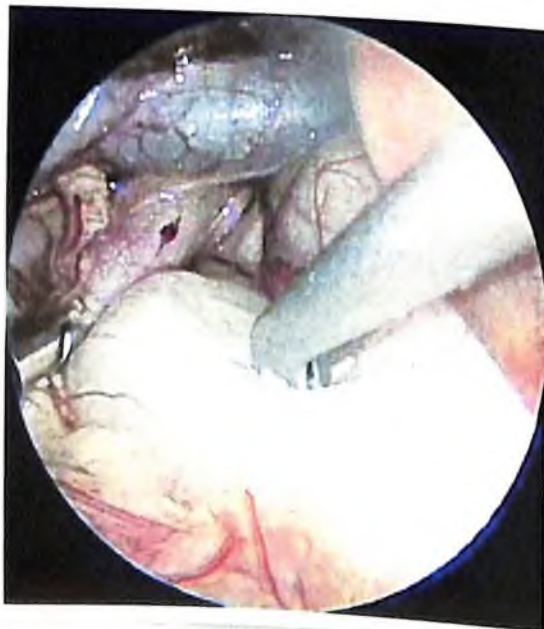


20-2-расм. Лапароскопик пилоромиотомия жараёнида троакарлар жойлашуви: 1-5,5 ммлик троакар; 2-5,5 ммлик ёки 3 ммлик троакар; 3-5,5 ммлик ёки 3 ммлик троакар; 4-5,5 ммлик троакар.

Операция майдонига ишлов берилгандан сўнг CO_2 газни 5-8 мм.с.м.уст.да 0,5-1 л/мин тезлигида пневмоперитонеум ҳосил қилинади. Пневмоперитонеум ҳосил қилингандан сўнг қорин бўшлиғига видеокамерали 3 ёки 5 ммли (30° ли) телескоп киритилади. Телескоп назорати остида қорин бўшлиғига иккита 3 ёки 5,5 миллиметрлик троакарлар



20-3-расм. Пилорик жом гипертрофиясига учраган мушакларнинг серомиотомияси ва диссекцияси.



20-4-расм. Лапароскопик пилоромиотомия.

киритилади. Биринчи троакар ўнг ёнбош соҳада Мак-Берней нуқтасида пилорусни фиксациялаб ушлаш учун атравматик қисқич учун киритилади. Иккинчи ишловчи троакар чап коворга ровоғидан 2 см пастдан олдинги қўлтиқ ости чизиғи бўйлаб пилоротом ва диссектор учун киритилади (20.2 – расм).

Операциянинг биринчи босқичида ташхис аниқланади. Ташхис аниқлангандан сўнг пилоротом билан гипертрофиялашган ошқозон пилорик қисмининг олдинги ён юзида қон-томир йўқ қисмидан узунасига серомиотомия қилинади. Кесувнинг чуқурлиги 2 мм, узунлиги 20 мм, кесув йўналиши 12 бармоқли ичакдан ошқозонга қараб бўлиши керак. Бундан сўнг диссектор билан гипертрофиялашган мушак қавати шиллик қавати бўртиб чиққунга қадар кенгайтирилади (20.3-расм). Керак бўлганда, биполяр пинцет билан гемостаз қилинади. Агарда шиллик қавати бутунлиғига шубҳа бўлса, назогастрал зонд орқали метилен кўк эритмаси юборилади. Шундан сўнг, троакарлар телескоп назорати остида троакарлар қорин бўшлиғидан чиқарилади ва десуфляция (CO_2 газини қорин бўшлиғидан чиқариш) бажарилади. Теридаги жароҳатлар тикилади.

Операциядан кейинги даво очик усулда бажарилган операциядан сўнгги даволашдан фарқ қилмайди. Овқатлантириш операциядан 4 соат ўтгандан сўнг бошланади.

Пилоростенозда кутилиши мумкин бўлган қийинчиликлар ва асоратлар

- анъанавий операциядаги каби лапароскопик пилоромиотомияда ҳам пилоромиотомия вақтида пилорик қисмининг шиллик қаватини очиб қўйиш.
- етарлича пилоромиотомия қилинмаслиги сабабли операциядан сўнг қусишни давом этиши
- гипертрофиялашган зонадан ташқарида миотомия ўтказиш

21-БОБ.

ЛЕДДА СИНДРОМИ

21.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Янги туғилган чақалокларда туғма юқори ичак тутилишига олиб келувчи сабаблардан кўр ичакнинг аномал фиксацияланиб, эмбрионал чандиқлар билан 12 бармоқли

ичакнинг сиқилиши ёки ўрта ичакнинг чегараланган буралиши бўлиши мумкин. Бу икки нуқсоннинг бирга келиши Ледда синдроми дейилади.

Классификацияси. Клиник амалиётда Ледда синдромининг икки хил кўриниши мавжуд:

1. Ўрта ичакнинг буралиши кузатилмасдан, кўричак аномал жойлашуви

хисобига эмбрионал чандиқлар билан 12 бармоқли ичакнинг сиқилиши.

2. Фақат ўрта ичакнинг буралиши.

Ледда синдромининг ўткир ва ўткир ости клиник кўринишлари бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Ледда синдроми ҳомила ривожланишининг 10-12- ҳафтасида келиб чиқади ва ичакларнинг нормал буралишининг иккинчи босқичнинг бузилиши билан боғлиқ. Бунда ўрта ичак ичак туткичининг юқори артерияси чиқиш жойида фиксацияланиб қолади. Ингичка ичак ковузлоклари қорин бўшлигининг ўнг ярмида жойлашади, кўричак эпигастрал

соҳада, йўғон ичак эса чап тарафда жойлашади. Бундай ҳолатда туткичининг илдизида буралиш ва странгуляцион тутилиш келиб чиқиши эҳтимоли пайдо бўлади. Кўричак эпигастрал соҳада жойлашиб, эмбрионал чандиқлар билан фиксацияланиб, 12 бармоқли ичакни сиқиб кўяди ва ичак тутилиши келиб чиқади.

21.2. АНЪАНАВИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Клиник кўриниши ва ташхислаш. Ледда синдромига характерли симптомларидан мекониал нажаснинг келмаслиги ва патологик аралашалар билан қушишдир. Беморнинг аҳволи ёмонлашиб,

безовталанади, баъзан коллаптоид ҳолат кузатилади.

Кўрилганда қориннинг юқори соҳаларида енгил шиш кузатилади. Қорин бўшлиғи умумий рентгенографиясида ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг кенгайиши хисобига

икки суоқ сатх кўрилади, ингичка ичакда газ камайиши ёки умуман аниқланмаслиги кузатилади.

Ташхислашни ошқозонни зондлаш орқали ҳам аниқлаш мумкин. Бунда зонд орқали КШП миқдорда турган қолдик (сафро ва ўт) ажралма ажралади.

Даволаш. Ўрта ёки кўндаланг лапаротомия билан қорин бўшлиғи тафтиш қилинади. Ледда синдроми аниқлангандан

Барий сульфат билан ирригография қилиб, тўғри ташхис қўйиш мумкин. Ледда синдромида кўричак юқори жойлашиб, сигмасимон ичак медиал жойлашади, бунда кўндаланг-чамбар ичак пастроқ жойлашиб қисқарганга ўхшаб кўринади. Лекин охириги ташхисга операция вақтида аниқлик киритиб, хирургик муолажа қайси йўсинда ўтказилиши аниқланади.

сўнг аввал буралиш тўғриланиб, кейин 12 бармоқли ичакнинг сиқилишини бартараф қилиш Ледда усулида бажарилади.

22.3. ЛЕДДА СИНДРОМИНИ

ЛАПАРОСКОПИК ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Бемор операция столида енгил Тределенбург ҳолатида жайлаштирилади. 21-1-расмда операция жараёнида

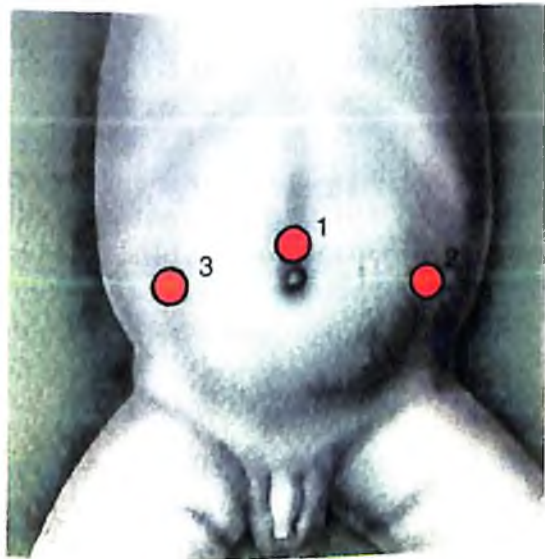


21-1-расм. Операция жараёнида ходимлар ва асбоб-ускуналарнинг жойлаштириши.

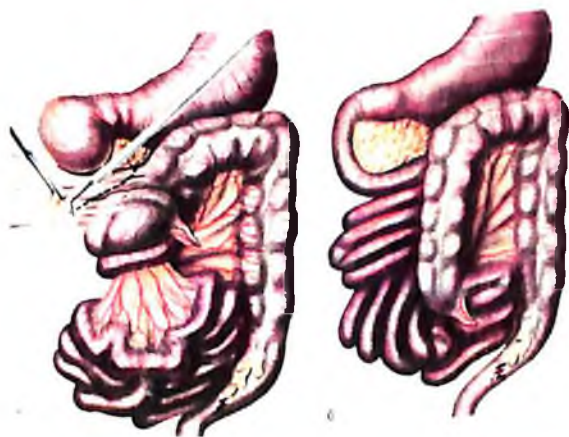
лапароскопик жамланма ва ходимларнинг жойлашув ўринлари кўрсатилган.

Киндик чурчасининг юқори қисмидан тўмтоқ 3,5 ёки 5,5ммли. троакар қорин бўшлиғига киритилиб, 8-10 мм.сим.уст. СО₂ гази билан пневмоперитонеум ҳосил қилинади ва қорин бўшлиғига видеокамерали телескоп киритилади. Эндовидеосистема назорати остида иккита 3,5 ммли троакар ўрнатилади (21-2-расм). Троакарлар киндик сатҳида ва қорин пастки қаватининг ўрта қисмига жойлаштирилади. Операция вақтида 3 ммли (Граспер, қисқичлар, диссекторлар, қайчи, монополяр илмоқ, биполяр коагулятор каби) лапароскопик анжомларни қўллаш мақсадга мувофиқ.

Лапароскопик текширув Ледда синдроми аниқлаш учун қорин бўшлиғи ревизиясида бошланади. Бу тўғма нуқсонни лапароскопик ташхислаш кийин эмас, кўричак чувалчангсимон ўсимга билан юқори жигар остида ва ўрта чизикка



21-2-расм. Ледда синдромида троокарларнинг жойлашиши: 1-5,5 ммлик троокар; 2-5,5 ммлик ёки 3 ммлик троокар; 3-5,5 ммли ёки 3 ммли троокар.



21-3-расм. Ледда синдромининг схематик кўриниши: а-эндоскопик муолажа ўтказишга қадар; б-қорин пардаси чандирларини қирққиш ва кўричакни чапга тортиши.

якинрок жойлашган бўлади ва қорин пардаси туғма чандиклари билан фиксацияланган бўлади. 12 бармоқли ичак узун ва букиган ҳолатда бўлади. Ичак буралиши соат циферблати бўйлаб йўналган бўлиб, енгил аниқланади (21-3-расм, а). Агарда буралиш оқибатида странгуляция белгилари бўлмаса, биринчи навбатда кўричак ва 12 бармоқли ичакни фиксациялаган қорин пардаси туғма чандиклари кесилади. Эмбрионал торткичлар кесилгандан сўнг кўричак чап томонга тортилади (21-3-расм, б).

Буралишни бартараф этиш учун иккита атравматик қискич ёрдамида соат стрелкага қарама-қарши йўналишда тўғриланади. Чувалчанг-симон ўсимта эндоскопик усулда олиб ташланади. Операциядан сўнги кечиши анъанавий усулдан фарқ қилмайди.

Ледда синдромини лапароскопик бартараф қилиш вақтида қийинчиликлар ва асоратлар

- Вереш игнасини киритиш вақтида ичаклар аномаль жойлашиши сабабли ичаклар жароҳатланиши
- Операция вақтида туғма чандиклар ажратишда қийинчиликлар кузатилади
- ичаклар ажратилиши вақтида ичак девори ва қон томирлар жароҳати

МЕЪДА ҚИЗИЛҮНГАЧ РЕФЛЮКСИ

22.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Гастроэзофагеал рефлюксда қизилўнгач пастки қисми сфинктери мустаҳкам эмаслиги сабабли меъда аралашмаларининг қизилўнгачга отилиб чиқиши кузатилади. Бунда фақат аралашманинг қизилўнгачга ўтишигина

Классификацияси. Гастроэзофагеал рефлюкснинг бирламчи ва иккиламчи турлари фарқланади. Эндоскопик манзарасига кўра қизилўнгачдаги ўзгаришларнинг уч тури фарқланади:

Этиологияси ва патогенези

Қизилўнгачнинг пастки қисмида аниқ яққол билиниб турадиган анатомик сфинктер йўқлигига қарамасдан, аксарият тадқиқотчилар қизилўнгач абдоминал қисмини унинг анатомик сфинктери, деб ҳисоблайдилар. Айрим муаллифлар Гис (меъда туби билан қизилўнгач орасидаги) бурчакнинг ўткирлиги катта аҳамиятга эга, деб ҳисобласалар, бошқалари қизилўнгач иннервациясининг адекватлик даражаси, яна бирлари эса Губарев бурмаси (қизилўнгач пастки қисмида шиллик каватнинг бурмаси) ривожланганлик даражаси ва ниҳоят, яна бирлари диафрагма оёқчалари қизилўнгачни қай даражада сиқиб туришини катта аҳамиятга эга, деб ҳисоблайдилар.

Диафрагманинг қизилўнгач ўтадиганга тешиги чурраси ҳам патологик жараёнда илгирок эгади. Бунда, айниқса,

эмас, балки унинг қизилўнгач девори билан узоқ муддатли таъсирда бўлиши, таркибининг кислотали характерда эканлигидир. Буларнинг барчаси рефлюкс эзофагит деган иккиламчи патологик ўзгаришларга сабаб бўлади.

катарал, фибриноз ва ярали эзофагит. Қизилўнгач ичидаги муҳитнинг реакциясига қараб нордон (рН 4,0 дан кам) ва ишқорий (рН 7,0 дан юқори) турлари фарқланади.

қизилўнгач кардиал фаолиятининг бузилишига сабаб бўлувчи аксиал чурралар катта аҳамият касб этади. Чурранинг бу турида Гис бурчаги катталашади, диафрагманинг қизилўнгачга ўтадиган тешиги кенгаяди, босим градиенти пасаяди ва ҳоказо.

Бола ҳаётининг дастлабки йилида кузатиладиган қизилўнгач ахалазияси ҳам бу жараёнга ўз хиссасини қўшади.

1950 йилда Баррет ички қисқа қизилўнгач (меъданинг юқори қисмида қизилўнгачга хос бўлган шилликкаватнинг пайдо бўлиши) сиптомини илмий адабиётларда ёритди. Бунда гастроэзофагел рефлюкс натижасида қизилўнгач шилликкавати меъдага метоплазия бўлиши тушунилади.

Кимёвий куйишлар, қизилўнгачда бажарилган операциялар ҳам гастроэзофагеал рефлюксга сабаб бўлиши мумкин.

22.2. АНЪАНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Клиник манзараси ва диагностикаси

Гастроэзофагеал рефлюкснинг болаларда ўзига хос бўлган аломатларидан бирикусиш, безовталаниш, иштаҳанинг ёмонлашиши, кусик массасида кон бўлиши, камдан-кам ҳолларда меъда ичак йўлининг юқори қисмидан кон кетиши ҳисобланади. Каттарок ёшдаги болалар тўш ортида ва эпигастрал соҳада оғрикка шикоят қиладилар.

Чандикли жараёнлар оқибатида қизилўнгач ўтказувчанлигининг бузилиши дисфагия, тана вазнининг камайиб кетиши билан характерланади.

Рефлюкс эзофагитдан ташқари асоратларнинг оғири — меъда аралашмалари билан аспирация бўлишидир. Бу, айниқса, чала туғилган ёки кичик ёшдаги болаларда ўлим хавфини туғдирувчи асоратлардан биридир. Бу асоратнинг уйку маҳалида рўй бериши кўпинча ўлим билан якун топади.

Даволаш. Позицион терапия — консерватив терапиянинг асоси ҳисобланади. Рефлюксни юзага келишига сабаб бўлувчи омилларни камайтириш учун беморни вертикал ҳолатда тутиш, қабул қилинадиган озиқ маҳсулотлари ҳажмини камайтириш ва қуюқлигини кучайтириш, ҳаёт тарзини ўзгартириш, овқат таркибини яхшилашлар киради. Бу тадбирларнинг барчаси рефлюкснинг камайишига ва айрим ҳолларда бутунлай йўқолишига олиб келади.

Қуйидагилар рефлюксни оператив даволаш учун кўрсатма бўлади:

Айрим муаллифлар рефлюкс эзофагитнинг фақат ўпкадаги патологик жараёнлари билангина эмас, балки бронхиал астманинг юзага келиши билан ҳам боғлаб кўрсатадилар.

Шундай қилиб, оғир пневмониялар, тез-тез қусишлар, бронхиал астманинг юзага келиши рефлюкс эзофагитни диагностика қилиш учун қаратилган асосий кўрсатмалардан ҳисобланади.

Диагностикада қуйидагилар катта аҳамият касб этади:

1. Қизилўнгачни барий сульфат воситасида рентгенологик текшириш.

2. Қизилўнгачни рНни мониторинг текшириш.

3. Гастроэзофагеал сцинтиграфия.

4. Эзофагеал монометрия.

6. Эндоскопия.

1. Жонлантириш муолажаларини талаб қилувчи апноэ реакциялари.

2. Қайталаниб ёки узок муддат кечувчи пневмониялар, бўғилиш симптомлари.

3. Эзофагитлар.

4. Қизилўнгачнинг пептик яралари.

5. Баррет синдроми.

6. Консерватив терапиянинг самара бермаслиги.

7. Мижоз консерватив терапиядан умрбод воз кечганида.

22.3. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКСДА ЛАПАРОСКОПИК МУОЛАЖАЛАР

Болаларда энг самарали усуллардан бири –Ниссен операцияси хисобланади. Бу усулда меъданинг тубида қизилўнгачни ўраб олувчи манжет яратилади.

Гастроэзофагеал рефлюксда лапароскопик муолажалар техникаси

Операция хонасида тиббий ходимларнинг жойлашиши 22-1-расмда ўз аксини топган.

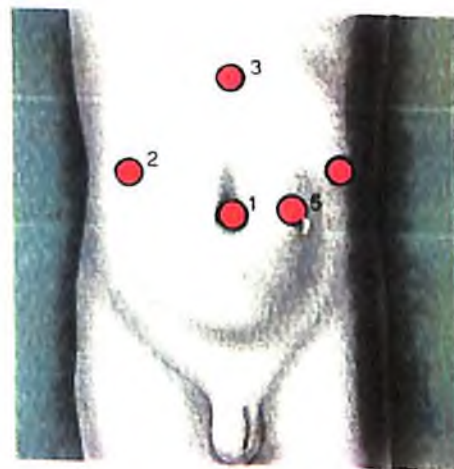
Бола меъдасига (ёшига мос ўлчамли) зонд киритилади.

Очик лапароскопия усули билан параумбиликал соҳада 5 ёки 11 ммлик дастлабки троакар киритилиб, 8-10 мм симоб устунига тенг пневмоперитонеум қўйилади.

Лапароскопик фундопластикани биринчи марта бельгиялик хирург Ниссен 1991 йилда таклиф этган бўлиб, бугунги кунда жаҳоннинг кўпгина мамлакатларида муваффақият билан қўлланилмоқда.

Қорин бўшлиғини тафтиш қилиш жараёнида кўшимча троакарлар киритиш жойлари ахтарилади, бунинг учун қорин бўшлиғи ўлчами, гепатоспленомегалиянинг мавжудлиги, скелет аномалиялари ва агар гастростомия қўйиш зарурияти тугилса, бу ҳолатни этиборга олиш лозим.

Троакарларни жойлашиш ўринлари 22-2-расмда ўз аксини топган.



22-2-расм. Троакарларнинг жойлашиши:
1-5-5,5 ммлик троакарлар.

22-1-расм. Тиббий ходимлар ва
ускуналарнинг жойлашиши.

Беморнинг ҳолати Тренделенбург ҳолатига тескари равишда 10-15 даража қияликда бўлади.

Жигар оҳисталик билан тепага, меъда эса пастга тортилади.



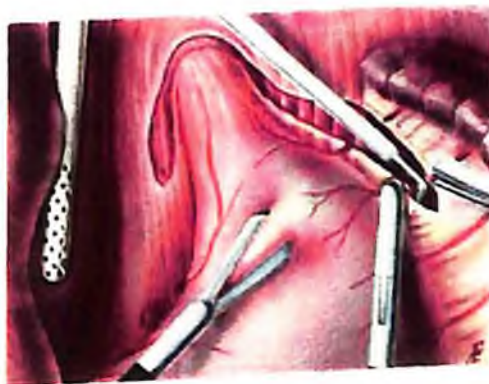
22-3-расм. Қизилўнгачнинг қорин қисмини ажратилиши.

Қизилўнгачнинг орқа қисмидан қўшимча препарат қилдириб, диафрагманинг иккала оёқчалари экспозиция қилинади (бунда сайёр нервнинг орқа тармоғи

Ошқозон туби қизилўнгач орқа деворида ҳосил бўлган тоннель орқали ўралади (22-5-расм) ва ўралган ошқозон туби диафрагманинг иккала оёқчалари 2-0 рақамли ипак ёки Этибонд иплари билан ўзаро яқинлаштирилиб чокланади (22-6 расм), бунда чокка меъда ва қизилўнгач биргаликда олинади. Операция жараёнида жигар, талок ва аортани шикастлаб қўйишдан эҳтиёт бўлиш лозим.

Иккала қўлда ушланган атравматик қисқич билан қизилўнгачнинг орқа

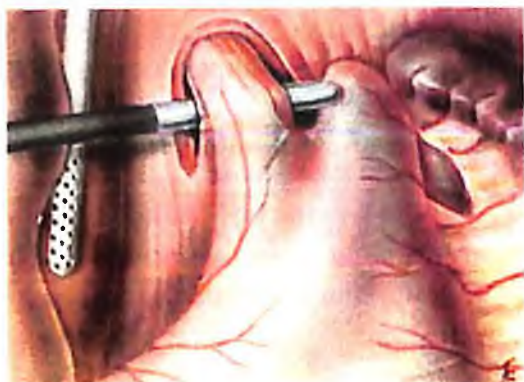
Қизилўнгач меъдага ўтиш соҳасидаги қоринпардаси қирқилади (22-3-расм) ва қизилўнгачнинг олд ҳамда ён қисмлари сафарбар қилиниб, кичик қон томирлар синчиклаб, коагуляцияланади (22-4-расм), шундан кейин қизилўнгачни чап томонга тортиш ва орқа томонини диссекциялаш имкони пайдо бўлади.



Расм. 22-4-расм. Меъдани сафарбар қилиши.

сақлиниб қолинишига ва шикастланмаслигига алоҳида эътибор қаратилади).

томонига ўтилади. Меъдада ҳосил қилинган манжет кенглиги текширилганидан кейин қўйилган чоклар устидан яна чоклар қўйилади (22-7- расм). Ҳосил бўлган манжет қизилўнгач ўнг оёқчасига ҳам тикилади (22-8- расм). Операциядан кейин орадан маълум муддат ўтиб, чокларнинг ситилиб кетиши олдини олиш учун иккинчи қатор чок қўйилади. Айрим муаллифлар ушбу мақсад учун диафрагманинг ўнг оёқчасини ҳам чоклайдилар.



22-5-расм. Меъда туби қизилўнғач орқасидан олиб ўтилади.



22-6-расм. Манжета қизилўнғач қўшиб чокланади.



22-7-расм. Манжетага иккинчи қатор чок қўйилади.



22-8-расм. Манжета диафрагманинг ўнг оёқчаси чокланади.

Фундопластика яқунлангандан кейин зарурият туғиладиган бўлса, гастростома қўйилади.

Операциядан кейинги даврда 6-24 соат мобайнида оғриқсизлангириб туриш лозим. Бемор болани ҳаётининг операциядан кейинги иккинчи кундан бошлаб, кам-камдан озиқлантириш мумкин.

Бемор бола операциядан 2-3 кун ўтиб, уйига жавоб берилади.

Меъда-қизилўнғач рефлюкси лапароскопик усулда операция қилиш вақтида қийинчиликлар ва асоратлар

- Меъда-қизилўнғач рефлюксини лапароскопик баргараф қилиш вақтида қизилўнғач корин бўшлиғи соҳасини ажратиш қийинчилик туғдиради ва ишлаш учун ноқулай жой ҳисобланади
- ошқозон девори жарохати
- қизилўнғач девори жарохати

23-БОБ.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИ

Жигар эхинококкози катталарга 27.1 %дан 59 % нисбатда болаларда учрайди. Болаларда кўшма эхинококк паразит билан зарарланиши жигарда ва бошқа аъзолар эхинококкози 12.5 % учрайди, бу рақамлар йиғиндиси 39.6 % ташкил қилади.

Эхинококк кистасининг организмга эндоген ва экзоген таъсирлари (холсизлик, доимий тана ҳароратининг кўтарилиши, операция, чуқур стресслар) натижасида тез ривожланиши кузатилади. Бемор баланинг умумий ахволини бахлаш давомида нафақат зарарланган аъзо, балки организмнинг умумий ҳолатини, гомеостаз, аллергия ҳолатини ҳисобга олиш шарт. Мактабгача бўлган ёшдаги болаларда кўшма эхинококкоз кўп учрайди. Бу ёшдаги болаларда эндотоксикоз, аллергияциянинг умумий ва маҳаллий белгилари тез ривожланади. Болаларда катталарга нисбатан эхинококкоз кистаси тез ривожланади. Спородик (тасадифий) эндемик ўчоқлардан узокда учраган эхинококкоз кистасининг катталиги 8-10 см бўлади.

Болалардаги жигар эхинококкозининг клиник кечишини уч боқичга бўлиш мумкин. Бошланғич босқич, авж олиш босқичи, асоратлар босқичи.

1-босқич. Бошланғич босқич-эхинококкоз кистаси қайси органда жойлашса ҳам ёки кичик эхинококк кистаси жойлашган бўлса, бола терисида рангпарлик, анорексия, озиш, адинамия, кўзгалувчанлик кузатилади. Бундай клиник кўриниш кўпинча эндемик ўчоқдан узокда спородик зарарланган болаларда кузатилади. Бу

белгиларга нормохром анемия, тана вазнининг камайиши, эозинофилия, лимфопения, ЭЧТнинг кўтарилиши кўшилади. Бу боқичда жигар иш фаолияти бузилмаслиги мумкин. Эхинококк кистаси физикал ёки санографик текширувларда тасадифий топилади.

Эндемик ўчоқларда юкоридаги клиник белгилар учраса, эхинококкоз касаллиги хақида ўйлашга ундайди.

2-босқич. Эхинококкоз касаллигининг авж олиш босқичи. Жигар эхинококк кистаси катталашишида болада ўнг қовурғаси остида тўмтоқ оғриқ ёки оғирлик бўлади. Касалларда умумий ҳолсизликнинг ошиб бориши, чарчок, хансираш, вақти-вақти билан аллергия реакциялар ва сурункали эндотоксикоз белгилари кучайишини кузатиш мумкин. Бу-бола организмдаги паразит активлигининг ошиши билан боғлиқ. Болада эхинококк кистаси ўсиши билан зарарланган қисм устидаги терида деформация кузатилади. Кўп ҳолатларда эхинококк касаллиги қовурғалар оралиги кенгайиши ва торакал бурчак деформацияси билан кечади. Баъзида жигарнинг қўйи чегараси қовурғадан пастга тушади. Буларнинг ҳаммаси жигар вазифасининг бузилишига олиб келади, трансмилаза ошиб кетади, диспротеинемия, анемия, склеранинг саргайиши кузатилади.

3-босқич. Эхинококк касаллигининг асоратлари:

Асоратланишнинг 3 хил шакли фаркланади:

-Эхинококк кистасининг ёрилиши.

-Эхинококк кистасининг йиринглаши.

-Эхинококк кистасининг кальцинатланиши.

85 % ҳолатларда эхинококк кистаси ёрилади. Бу ҳолат киста тез ривожланишида киста деворининг юпқалашиши, атроф тўқималарга бирикиб кетади, киста ичи босими 400-800 с.у.дан юқори бўлганда киста ёрилиш эҳтимоли юқори бўлади. Эхинококк кистасининг ёрилиши тананинг ҳар қандай қалтис ҳаракати (кориндаги енгил жароҳат, қаттиқ йўтал, дефекация вақтида қаттиқ кучаниш) туфайли юз бериши мумкин. Эхинококк кистаси Кацзон синамаси ўтказилганда ҳам юз бериши мумкин, бу синама организмда аллергия реакцияни кўзгатади.

Эхинококк кистаси ёрилган вақтда бемор корнида қаттиқ оғрик, кўнгил айниши,

қусиш, умумий ҳолсизлик ва анафилактик шок белгилари (нафас ва юрак қон-томир тизимида чуқур ўзгаришлар, терининг кичиши, тошмалар) кузатилади, беморнинг қорин бўшлиғи пайпасланганда, ўсмасимон ҳосилани сезиш мумкин. Қонда лейкоцитоз, эозинофилия, лейкопения, ЭЧТ ошиши кузатилади.

Эхинококк кистасининг йиринглаши 10 % ҳолда кузатилади. Бу ҳолат ўлик паразит кистасининг ва иккиламчи киста инфекцияланганидан келиб чиқади. Йиринглаган эхинококк кистаси жигар абсцессига олиб келади. Йиринглаган эхинококк кистаси қорин бўшлиғида ёки жигар ичи ўт йўлларида ёрилиши мумкин.

Эхинококк кистасининг кальцинатланиши. Кальцинатланиш 1-2% кузатилади. Эхинококк кистаси атрофи кальцинатланиб, фиброз тўқималанади. Бу ҳолат организмнинг химоя хусусияти кучайганида юз беради.

23.1. ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ

Жигар эхинококкози иммунологик, санографик, клинко-лаборатор, паразитологик усуллар ёрдамида текширилади.

Имунологик текширув-сералогик синамалар орқали ўтказилади. Бу текширув 98 % ишончли ҳисобланади. Паразит ўлганда, паразит кистаси йиринглаганда, организм имуностатуси тушиб кетганда, 1-2 % диагноз қўйишда қийинчилик туғдиради. Шунинг учун бир вақтнинг ўзида бир неча хил сералогик текширув тавсия этилади.

Санографик текширувларда, УТГ текширувида 4-5смлик ҳажмдаги кисталар кўринади. КТ текширувида 1см ҳажмдаги кисталар кўринади. УТГ ва КТ

текширувлари эхинококк кисталари ҳақида жуда кўп маълумотларни аниқлашга кўмак беради.

Клиника-лаборатор текширувлар (қоннинг умумий таҳлил)да лейкоцитоз кўтарилмаганлигини кўриш мумкин, ЭЧТ ошади, лимфацитопения, гипоалбуминемия, гаммаглобулин ва трансамилазанинг ошиши кузатилади.

Паразитологик текширувда қорин бўшлиғи ва киста бўшлиғидан пункция қилиб олинган суюқлик таркиби аниқланади.

Даволаш

Эхинококк кистаси балаларда даволаш принциплари асосида олиб борилади.

Болада эхинококк кистаси аниқланиши билан актив даволаш чора-тадбирлари олиб борилади. Даволаш консерватив ёки хирургик йўл билан олиб борилади, баъзида иккаласи биргаликда олиб борилади. Эхинококк кистаси кичик ва майда кисталар ўлчами 5 смгача бўлса, кисталарни хирургик даволашда мураккаблик туғдиради, бунда консерватив даволаш кулай ва самарали ҳисобланади.

Эхинококк кистаси ўрта ва катта ўлчамли кисталарда олдин консерватив даво олиб

борилади ва киста ўлчами кичиклашмаса, хирургик (кам инвазив ва анъанавий усулда) олиб ташланади. Химия терапиядан сўнг киста ҳажми кичраяди ва киста ичи суюқлиги хиралашади. Агарда эхинококк кистаси стационарга киста перфарацияси билан мурожаат қилинганда операция шошилишч қилинади. Операциядан олдин анафилактик шок белгилари бартараф қилиниб, гомеостаз тикланади. Анафилактик шок вақтида операция қилиш бола ҳаётига хавф туғдиради.

23.2. ЯККА ЎРТА ВА КИЧИК ЭХИНОКОКК КИСТАСИ

Кичик жигар эхинококк кистаси 10-100 млгача ҳажмдаги кисталар. Организмда сурункали эндотоксикоз белгилари (умумий ҳолсизлик, адинамия, иштаҳанинг пасайиши, нормахром анемия) кузатилади. Объектив кўрик вақтида жигарда ўсмасимон **ҳосила** пайпасланади, пайпаслаганда **огрикенз.** Пайпаслаш

давомида 50 мл ҳажмдаги кисталарни аниқлаш мумкин. Бундай кисталар УТТ ва КТ текширувида аниқланади.

Хирургик даволашда операция олди тайёргарлиги 7-10 кун давом этади. Кесим киста топик жойлашувига қараб, танланади.

Операция техникаси. Жигар эхинококк кистасининг юзаси 100 млгача ҳажмда бўлган кисталар жигар паренхимасидан чиқиб турса, идеал эхинококкэктомия қилинади. Бу ҳажмдаги кисталарни операцияда ёрмасдан олиб чиқиш мумкин. Ўртача катталиқдаги кисталарнинг таркибий қисми пункция қилиниб, сўриб олинади. Болалардаги эхинококк кистасининг хитин қобиғи катталарга нисбатан юққа бўлади. Шунинг учун

ёрилиш эҳтимоли катта бўлади. Кичик ва ўрта ҳажмдаги кисталар қолдик бўшлиғи чарви билан тўлдирилади. Майда ҳажмдаги кисталар бўшлиғи Дельбе бўйича капитанаж қилинади (узлуксиз чок қўйилади). Н.Ф Березкин қолдик бўшлиқ четлари эластик бўлса, ичига қайрилиб тикилади. Бўшлиққа "сигарет"симон дренажловчи най қўйилади ва 3-4 кунда олиб ташланади.

23.3. ЖИГАРНИНГ КАТТА ВА ГИГАНТ ЭХИНОКОКК КИСТАСИ

Катта эхинакок кистаси 500-1500 млгача бўлган кисталар 1500дан катта ҳажмдаги кисталар гигант кисталар ҳисобланади.

Клиник кечиши. Беморнинг умумий ахволи оғир. Аллергик фонда сурункали эндотоксикоз белгилари юзага чиқади. Умумий ҳолсизлик, териси оқимтир, жисмоний ривожланишдан орқада қолганлиги, тана вазнининг етишмовчилиги, нормохром анемия, қоннинг қуюқлашиши, эозинофилия, трансамилазанинг ошиши, кўпчилик касалларда кўкрак қафаси деформацияси

Даволаш

Асоратланмаган эхинокок кистаси бор бемор бола режали равишда 7-10 кун

Оператив даволаш

Операция давомида кесим кистанинг топографик жойлашишига қараб танланади.

Эхинококк кистасининг таркибий қисми пункция қилиниб сўриб олинади ва киста бўшлиғи тазаланиб, қуруқ томпон билан артилади. Шундан сўнг 96%ли спирт билан ишлов берилади ва киста бўшлиғи кўздан кечирилганда ўт йўллари окмаси аниқланса, окмани бартараф қилиш мақсадида марлили томпон 15 дақиқа қўйилади. Агар томпон олинганда окма бартараф қилинмаган бўлса, окма тикилади. Қолдик бўшлиқни бартараф

кузатилади (ўнг томонлама қовурға ташқарига кенгайди, пастки апертураси кенгайяди), ўнг қовурға остида оғриқ ва оғирлик.

Жигарнинг гигант кистаси орқа қисмда ўсган бўлса, диафрагмани кўтаради, эхинококк кистаси жигарнинг остки қисмида ўсган бўлса, бўйракни босади.

Катта ва гигант эхинококк кистали болалар юрган вақтида қорнида оғирлик ҳис қиладилар.

давомида операцияга тайёрланади. Гомеостазни тиклаш лозим

қилиш мақсадида қолдик бўшлиқ тикилади ва дренажланади.

Қолдик бўшлиқни бартараф қилиш мақсадида қолдик бўшлиқ четлари тикилади, бу ҳолат қониктирмаса, чарви қон-томир сакланган ҳолда тикилади. Чарви қалталик қилган ҳолларда мазли томпон қўйилади.

Жигарнинг диафрагма юзасидаги қолдик бўшлиқни бартараф қилиш қийинчилик тугдиради. Бунда қолдик бўшлиқ четлари қайириб тикилиб, яхшилаб дренажланади ва бу бўшлиқда ажралмаларнинг йиғилиб, йиринглаш олдини олади.

23.4. КЎПЛАМЧИ ЭХИНОКОККОЗ.

Жигарда иккита ёки ундан ортиқ эхинококк кистаси аниқланса, кўпламчи эхинококкоз дейилади. Жигарнинг кўпламчи

Клиник кўриниши

Жигарнинг кўпламчи эхинококкози клиник кўриниши эхинококкоз кистаси жойлашига, ҳажмига, ҳолатига қараб, клиник кўриниши намоён бўлади.

Жигарнинг кўпламчи эхинококкоз кистаси ўлчамига қараб, 3 груҳга бўлинади:

-катта киста 500-1500 мл ҳажмдаги кисталар

-кичик ва ўрта кисталар 100-500 млгача ҳажмли кисталар

-майда 100 млгача ҳажмли майда кисталар.

Жигарда 2-3та катта эхинококк кисталари бўлса, беморнинг умумий аҳволи оғир, бўлади. Бундай беморларда юқори

эхинококкози кам учрайди. Организмнинг ҳимоя вазифаси жуда паст ёки ревизия ҳолати шунга олиб келади.

даражадаги сурункали эндотоксикоз белгилари, яъни тана вазнининг етишмовчилиги, маҳаллий белгиларнинг кучайиши, жигар етишмовчилиги аниқланади.

Кўп учрайдиган белгилар: Қорин бўшлиғида ўсмасимон ҳосила, ўнг қовурга ёйи деформацияси, қорин олди девори ассимметрияси, жигарнинг катталашганлиги, ўнг қовурга остида тўмтоқ оғрик ва оғирлик ҳис қилиш кузатилади. Қонда нормаҳром анемия, моноцитопения, лимфоцитопения, эозинофилия, ЭЧТ ошганлиги, дизпротенимия, протромбин эндексининг пасайиши, трансамилазанинг ошиши, АЛТ, АСТнинг ошиши кузатилади.

23.5. ЖИГАРНИНГ ЎРТА ВА КИЧИК ҲАЖМДАГИ ЭХИНОКОКК КИСТАСИ

Ўрта ва кичик ҳажмдаги эхинококк кистасида маҳаллий ва жигар етишмовчилиги белгилари кучли ривожланмаган бўлади. Бундай беморлар чуқурроқ текширилганда, эндотоксикоз

белгилари, тана вазнининг етишмаслиги ва қондаги ўзгаришлар (нормаҳром анемия, эозинофилия, ЭЧТ нинг юқорилиги) кузатилади. Бундай беморларни операцияга узоқ муддат тайёрлаш лозим бўлади.

23.6. ЖИГАРНИНГ КЎПЛАМЧИ МАЙДА ВА КИЧИК ЭХИНОКОКК КИСТАСИ

Бундай ўлчамдаги эхинококк кисталарига УТТ ва КТ ёрдамида тасодифий ташхис қўйилади. Бундай бемор болаларда ўз тенгдошларига нисбатан жисмоний

Даволаш

Хирургик даволашни белгилашда эхинококк кистасининг жойлашиши ва ҳажмига муҳим.

Жигарнинг катта қўшма кисталарида хирургик кесим етарлича бўлиши зарур, чунки бу иккинчи кистага ҳам етиб бориш имконини беради. Киста олиб

ривожланишдан биров орқада қоладилар. Қон таҳлили текширилиб кўрилганда, оз микдорда ўзгаришлар маълум бўлади.

ташлангандан сўнг қолдик бўшлиғи зарарсизлантирилгандан сўнг қолдик бўшлиқ чарви билан тўлдирилиб, “сигарет”симон дренажланади. Қолдик бўшлиқ ҳажмини кичрайтириш ва фаол дренажлаш қолдик бўшлиқ тезроқ битишига олиб келади.

Жигардаги кўпламчи ўрта ва кичик ҳажмдаги кисталарни олиб ташлаш.

Жигарнинг кўпламчи ўрта ва кичик кисталарини олиб ташлаш операция вақтида қийинчилик туғдиради чунки эхинококк кисталарининг жойлашиши ҳар хил бўлиб, умумий ҳажми 600-1300 мл.ни ташкил қилади. Операция вақтида бошқа аъзоларда (талоқ, ичак тутқичи, қорин пардаси орти соҳаси аъзолари) ҳам эхинококк кистаси борлиги аниқлаш мумкин. Кўпламчи жигар эхинококкози операция вақтида кам травматик бўлиши

мақсадида биринчи киста бўшлиғидан иккинчи ва бошқа кисталар олинади. Чуқурроқ жойлашган майда кисталар фақат зарарсизлантирилади. Бунинг учун кистанинг таркибий қисми пункция йўли билан олиниб, пункция игнаси олинмасдан, киста бўшлиғига 2%ли формалин эритмаси кистанинг ярмигача юборилиб, 2-3 дақиқадан сўнг, сўриб олиниб, фурациллин билан ювилади. Таклиф қилинган усул 3-4 ёшли болаларда қўлланилади.

23.7. ЖИГАРНИНГ IV СЕГМЕНТИДАГИ ЭХИНОКОККОЗИ

Эхинококкоз касаллигининг энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади. IV сегмент жигарнинг марказида жойлашиб, жигар тўқимаси билан ҳар томонлама ўраб олинган бўлади.

Жигарнинг IV сегментида жойлашган эхинокок кистасининг ички босими ошиб,

киста ўт йўллари ва жигарнинг IV сегментидаги ўсувчи киста ўт йўллари ва дарвоза венасини босиши кузатилади. Жигарнинг IV сегментидаги киста ички босими ошиб, ёрилиш хавфи юқори бўлиб ўт йўлларида ёки қон-томир ичига ёрилади.

Клиник кўриниши

Жигар IV сегментидаги эхинококк кистаси жигар дарвоза венасини ва ўт йўлини босиши натижасида жигар вазифасининг бузилиши ҳисобидан:

-сурункали эндотоксикоз

-апатия

-тана массасининг етишмовчилиги (17-21%да)

Диагностикаси

Эхинококкоз касаллигини текширишда УТТ ва КТ текшируви ишончлидир.

Даволаш

Операция олди тайёргарлиги 9-10 кунни ташкил қилади.

Операция олди тайёргарлик вақтидаги чора-тадбирлар:

-химия терапия (киста ичи босимини пасайтириш мақсадида)

-гомеостазни бартараф этиш

-сурункали эндотоксикозни бартараф этиш

-аллергик ҳолатни сусайтириш.

Жигар IV сегментидаги кистани операция қилиш давомида ҳар хил қийинчиликлар туғилиши мумкин. Эхинококк кистасининг ўт қоғига ёпишиб кетиши, кистанинг хитин

-нормохром анемия

-Қон таҳлилида: трансамилаза, ЭҚТнинг ошиши, лейкопения, эозинопение бўлади.

Бемор ўнг қовурга остида оғрик ҳис қилади, пайпаслаганда ўсмасимон ҳосила пайпасланади.

қобиғи ўт йўлларида чандикланиб кетиши. Операция давомида ўт йўли зарарланиб, ўт йўли окмаси юзага келиши мумкин.

Жигардаги 10 см ва ундан катта эхинококк кисталари қолдиқ бўшлиғини тикиш йўли билан бартараф қилиб бўлмайди. Шунинг сабаб ўт йўли окмаси ва киста қолдиқ бўшлиғини бартараф қилиш учун окма ва чарвини олиб келиб, тикилади, дренажланади.

Ўт қоғи ва ташқи ўт йўли эгилишини тиклаш

Жигарнинг IV сегментидаги катта эхинококк кистаси олиб ташлангандан сўнг қолдиқ бўшлиқ девори бўшашиб, ўт қоғи ва ташқи ўт йўли қийшиқлиги юзага келади. Қийшиқликни бартараф қилиш учун қолдиқ бўшлиқ ўнг қирғоғининг фиброз тўқимаси қолдиқ бўшлиқ ички юзасига 2.0-2.5 см қайрилиб, тикилади.

23.8. АСОРАТЛАНГАН ЭХИНОКОКК КИСТАСИ

Асоратланган эхинококкоз болаларда кўп учрайди. Асоратланган жигар эхинококк кистаси бўлган болаларда сурункали

эндотоксикоз етишмовчилигининг даражаси кузатилади.

ва жигар субкомпенцасия

Қорин бўшлиғи ва жигар эхинококк кистасининг ёрилиши.

Эхинококк кистасининг ёрилиши икки хил бўлади: макро ва микро перфорация.

Макро ёрилиш жигарнинг олдинги ва пастки юзасида жойлашган кисталарда кузатилади.

Микро ёрилиш жигарнинг ташқи ён ва диафрагма ости юзасида жойлашган кисталарда кузатилади.

Гигант ва катта кисталар тананинг қалтис ҳаракати натижасида ёрилиши мумкин.

Макро перфорация кузатилган беморнинг клиник белгилари:

-қориндаги қаттиқ оғриқ

-совуқ тер ва тана ҳароратининг кўтарилиши

-артериал босимнинг пасайиши

-артериал босим ва юрак турткиси аниқланмайди

Операция ҳажми

Операция жараёнида кистанинг таркибий қисмини тозалаб, олиб ташланади, киста бўшлиғи куруқ салфетка билан тўлдирилади. Қорин бўшлиғидан паразитларни олиб ташлаш мақсадида қорин бўшлиғи антисептик (фурациллин, хилоргексидин) эритмалари билан ювилади ва суюқлик электроатсос ёрдамида сўриб

Эхинококк кистасининг йиринглаши

Эхинококк кистасининг йиринглаши кўпламчи эхинококк кистасига нисбатан кўпроқ учрайди. Эхинококк кистасида дастлаб паразит ўлади, кейин эса иккиламчи зарарланиш сифатида йиринглаш кузатилади. Кўп ҳолатларда

-хансираш

-терида популёз тошманинг ҳосил бўлиши

-қорин бўшлиғи пайпасланганда ўсмасимон ҳосиланинг аниқланмаслиги

-қорин бўшлиғида эркин суюқликнинг аниқланиши.

Давоси

Жигар эхинококк кистасининг ёрилишида анафилактик шок, инсон ҳаёти учун муҳим аъзолар вазифасининг бузилиши кузатилади.

Бундай ҳолатда биринчи ўринда шокни бартараф қилиш зарур, гомеостазни тиклаш учун 4-6 соат, баъзида 12-24 соат сарф бўлади.

Операцияда кистанинг таркибий қисми тозалаб олинади, киста бўшлиғи куруқ салфетка билан артилади.

олинади. Ўтли оқмалар тикилади. Қолдиқ бўшлиқ 96% ли спирт билан ювилади.

Шошилич операция вақтида асоратланмаган киста аниқланса, қолдирилиб, режали равишда операция қилинади.

Йиринглаган ва бошқа кисталарнинг таркибий қисми қиз пуфакчалардан иборат бўлади. Бу пуфакчалар ўлиш жараёнида ўт ёки йирингга тўлган бўлади. Йиринглаш чакирадиган микроблар киста атрофидаги аъзолардан ёки жигарнинг дарвоза венаси

орқали тарқалиши мумкин. Болаларда жигар эхинококк кистаси йиринглаши кам кузатилади, чунки бола организмда паразит яшовчанлиги юқори. Баъзида ўлган киста билан йиринглаган кистани фарқлаш кийинчилик туғдиради. Ўлган паразит

Клиникаси

Эхинококк кистаси ўлгунга қадар қаттиқ эластик бўлади, ўлган киста эса юмшаб қолади, ҳамирсимон бўлиб, оғриқ камрок бўлади. Жигар эхинококкози йиринглагандан сўнг беморнинг умумий аҳволи оғирлашади, қовурға остида доимий

кистаси кулранг гомоген тусга киради ва буни йиринглаган кистадан ажратиш қийин бўлади. Йиринглаган паразит кистаси бактериялардан ҳоли бўлади. Шу сабабли йиринглаган паразитар киста бактериологик текширишни талаб этади.

оғриқ пайдо бўлади. Қорин мушаклари ихтиёрий ва беихтиёр таранглашиши кузатилади. Баъзан эхинококк кистасининг йиринглаши жигар абсцесси клиникасини беради (тана хароратининг кўтарилиши, титраш, совуқ тер ажралиши).

23.9. ҚОРИН БЎШЛИҒИНИНГ КЎПЛАМЧИ ЭХИНОКОККОЗИ

Қорин бўшлиғининг кўпламчи эхинококкози эхинококкоз касаллигининг энг оғир шакли ҳисобланади. Қорин бўшлиғининг кўпламчи эхинококкози келиб чиқишига қараб, икки хил шакли фарқ қилинади (бирламчи ва иккиламчи).

Бирламчи эхинококкоз ташки муҳитдан организмга тарқалиб, кўпаяди. Бундай зарарланиш I ёшгача бўлган болаларда кўп учрайди. Бу эндемик регионларда кузатилади. Касалликнинг бундай шакли психик бўлиб, кўп касалланадиган болаларда кузатилади.

Бирламчи эхинококкознинг клиник кечиши секин-аста ривожланади. Қачондир бирор-бир киста катталашса, клиник белгилар юзага келади. Бир ёшгача бўлган бемор болаларда эндотоксикоз белгилари ва аллергияга мойиллик кузатилади (гинотрофия, авитаминоз, анемия, умумий аҳволнинг оғирлашиши, анорекция, кохекция ривожланади. УТТ ва қорин бўшлиғи пайпаслаганда у тасодифан аниқланади.

Иккиламчи эхинококкоз жигардаги ва талоқдаги эхинококк кистасининг ёрилишидан сўнг ривожланади. Бундай беморлар қориндаги оғриқ ва умумий аҳволнинг ёмонлигидан шикоят қиладилар. Клиник белгилари эхинококк кистасининг жойлашиши, катталиги, жойлашган жойига қараб, юзага чиқади. Жигарнинг пастки қисмидаги эхинококк кистаси ёрилиши натижасида нафакат қорин бўшлиғига, балки қорин пардаси орти соҳага, парааортал соҳага тарқаб, иккиламчи эхинококкозни келтириб чақиради.

Ёлгон эхинококкоз касаллигида кичик ҳажмдаги эхинококк кистаси ёрилиб, таркибий қисми қорин пардаси бурмаларига ёки чўнтагига тўпланиб, қиз хужайраларни ҳосил қилади. Бундай эхинококк операция вақтида қорин бўшлиғи тафтиш қилинганда тасодифий топилади. Ёлгон эхинококкозда УТТ ва КТ текширувида текис, аниқ киста четлари бўлмайди.

Диагностикаси

Қорин бўшлиғининг бирламчи ва иккиламчи кўпламчи эхинококкози

КТ эхинококк кистасини 1см. ҳажмдаги кисталардан бошлаб кўриб бошлайди

Давоси

Қорин бўшлиғининг кўпламчи эхинококкозини даволаш чора-тадбирлари

4-5-курс химия терапиядан сўнг кичик кисталар чандикланиб, қотади, катта кисталарнинг ички босими пасаяди. Катта

УТТ 4-5см.ҳажмдаги кисталарни кўриш мумкин.

ва ўрта ҳажмдаги кисталар операция йўли билан олиб ташланади. Кисталарнинг ёрилиши эҳтимоли кўп бўлгани сабабли кўп босқичли операциялар оралиғи узок бўлмаслиги керак.

23.10. ТАЛОҚ ЭХИНОКОККОЗИ

Талок эхинококкози болалар ёшида кам учрайди. (Пўлатов А.Т. 1989 й) бўйича умумий эхинококкозни 1.8% ташкил қилади.

Талок эхинококкози билан касалланган беморларда клиник белгилар секин- аста юзага чиқади. Диагноз кўпинча тасодифий текширишлар (КТ, УЗД ёки рентгенография) вақтида аниқланади.

Талок эхинококкози кучайган экспансив ўсиш билан характерланади. Талок зарарланишининг икки хил шакли фарқланади:

-талокнинг чегараланган зарарланиши

-аралаш кўпламчи зарарланган талок ва бошқа аъзоларда.

Талокнинг ёлғиз эхинококк кистаси мактабгача ёшдаги болаларда учрайди. Талокнинг кўшма зарарланиши кўпроқ эндемик регионларда учрайди. Талокни солитар кисталари бошқа кисталарга нисбатан тез ўсади. Кичик ўлчамдаги талок кисталари узок вақт клиникасиз кечиши мумкин, 6-7 ёшли болаларда 400 мл ҳажмли

кисталар учрайди, катта ёшли болаларда 2-3 литр ҳажмли кисталар учрайди.

Талок эхинококкоз касаллигининг клиник кечиши

Асоратланмаган талок эхинококкози клиник белгиларсиз кечади. Катта ҳажмдаги кисталарда чап коворга остида оғрик, пайпаслаганда чап коворга остида ўсмасимон ҳосила пайпасланади, чап коворга ёйи ташқарига бўртган бўлади.

Талок эхинококкоз касаллиги билан касалланган талок атроф тўқималарга битишмалар орқали бирикиб кетади ва бемор нафас олганда, киста кўкрак қафаси билан бирга кўтарилиб тушади.

Талок эхинококкози билан касалланган беморларга оид симптомлари:

-чап коворга остида оғирлик ва оғрик сезиши

-пастки торокал апертура деформацияси

-перкуссияда тоник чегаранинг аниқ аниқланиши ва сагиттал ҳаракати (Брун симптоми).

Талок эхинококкози диагностикаси

Асоратланмаган талок эхинококк кистасини диагнозлашда киста ҳақидаги маълумотларни УТГ ва КТ текшируви орқали етарлича маълумот олиш мумкин. Дифдиагностикаси талок эхинококк кистаси ва бошқа кисталарни фарқлаш

Давоси

Талок эхинококкози хирургик йўл билан даволанади. Қолдиқ бўшлиқ Пўлатов А.Т.

мақсадида беморда аллергологик синамалар ўтказилади.

Қондаги ўзгаришлар диспротеинемия, нормахром анемия, эозинофилия, ЭЧТнинг ошиши кузатилади.

ва Березкин Н.Ф усули бўйича бартараф қилинади.

23.11. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИК

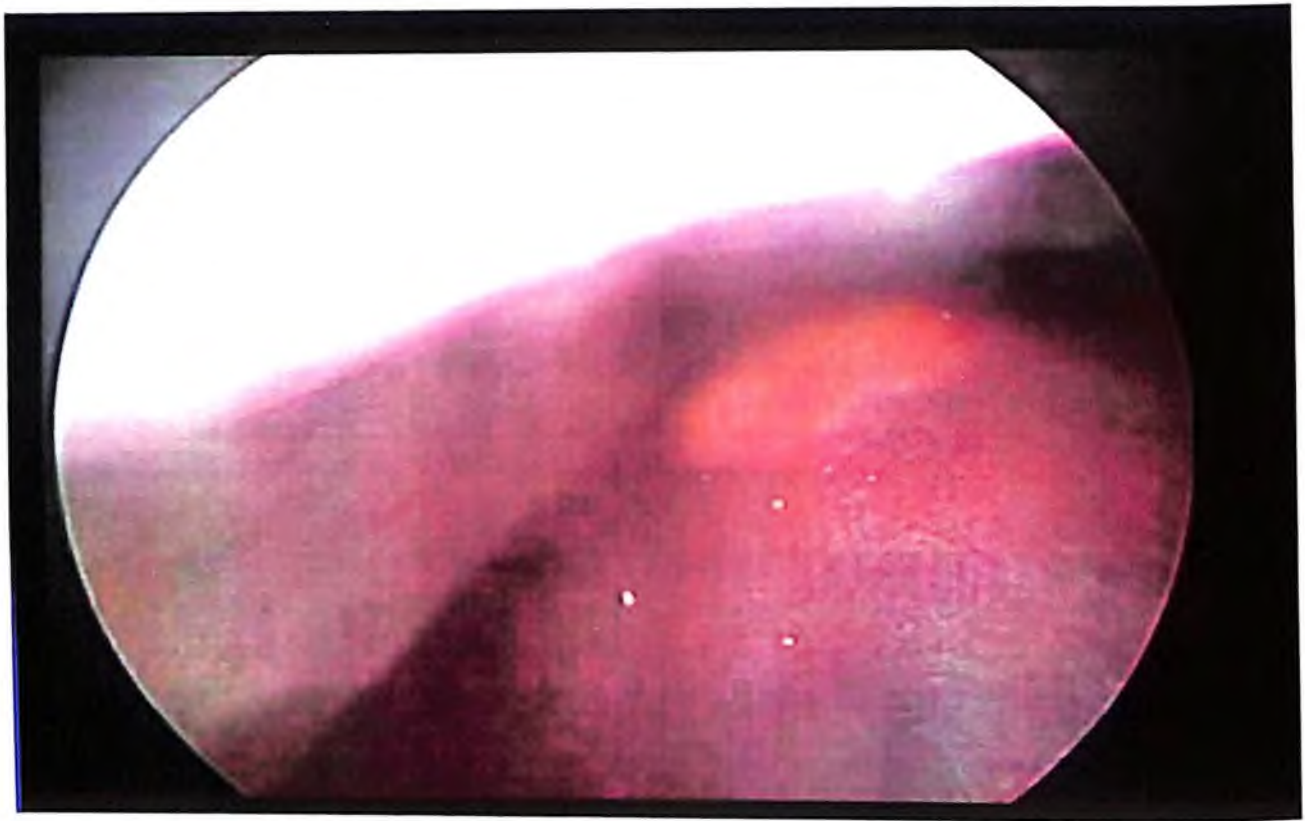
ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСИ

Эндовидеохирургик технологияларнинг ривожланиши хирургик амалиётни кенгайтиришга, кам инвазив усулда кенгайтиришга имкон беради. Жигар эхинококкозини лапароскопик усулда даволашга қизиқишнинг ортиши шундан иборатки, анъанавий усулда жигар эхинококкэктомиясида оғир операция жароҳати ва узок вақт беморларнинг реабилитацияси билан боғлиқ.

Эхинококкоз хирургияда операция вақтида диссеминация олдини олиш мақсадида апаразитар принципларга қатъий риоя қилиш талаб этилади.

Адабиётлардаги маълумотларга кўра, жигар эхинококкозида 6 смга қадар бўлган эхинококк кисталарини лапароскопик

усулда олиш мумкинлиги ва жойлашишига кўра жигарнинг III, IV, V, VI, қисман VII сегментаридан олиш тавсия этилади. Сабаби бу сегментлардан эхинококк кистасини қулай пункция қилиш ва хитин қобиғини олиш қулайлиги назарга олинади. Ҳозирги вақтда жигарнинг ҳамма сегментларидан, яъни диафрагма остидан ҳам эхинококк кисталарини лапароскопик усулда олиш имкониятлари пайдо бўлди. Бу имконият кўплаб эхинококк касаллигида лапароскопик операцияларни кўллаб, операцияда янги техникалардан фойдаланишга имконият тугилди. Жигар эхинококк кисталарини лапароскопик усулда олишга қарши кўрсатмалар қуйидагилар:



23-1-расм. Видеолапароскопти қорин бўшлиғига киритиб, киста локализациясини аниқлаш (VIII сегмент эхинококк кистаси).

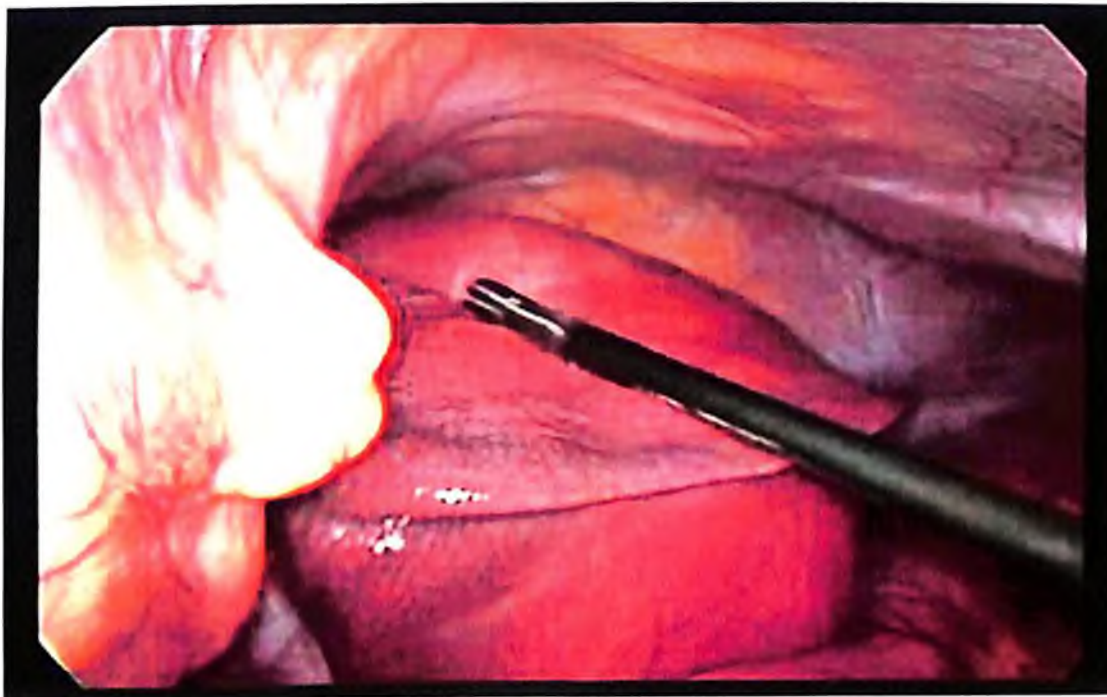
1. Жигарда кўп (4-5дан ортиқ) эхинококк кисталари.
 2. Эхинококк кистаси жигар паренхимасининг ўрта қисми, яъни 2 смдан чуқурроқда жойлашиши.
 3. Кўплаб қайталанган жигар эхинококкози.
2. Қорин бўшлиғи ревизия қилинади ва эхинококк кистасининг жигарда жойлашган сегменти аниқлаб олинади (23-2-расм).

Жигарда лапароскопик эхинококкэктомия операциясидаги операция жараёнининг босқичлари:

1. Биринчи 11 ммли троакар киндик атрофидан қорин бўшлиғига киритилади ва қорин бўшлиғида 8-13 мм.см.уст.га қадар пневмоперитонеум ҳосил қилинади (23-1-расм).

3. Киста локализацияси аниқлаб олиниб, яна 2та 5,5 ммлик троакар ва 1та 11

ммлик троакар кулай нуқталардан корин бўшлиғига киритилади (23-3-расм).



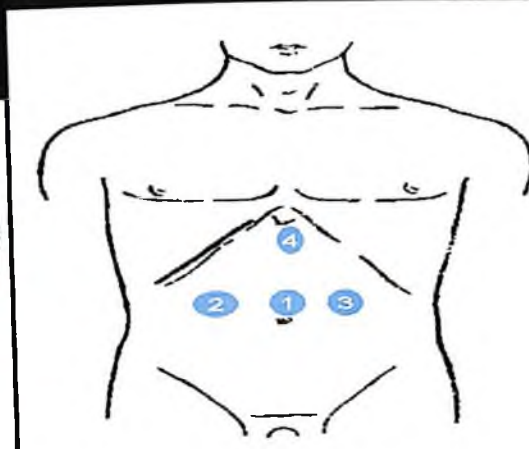
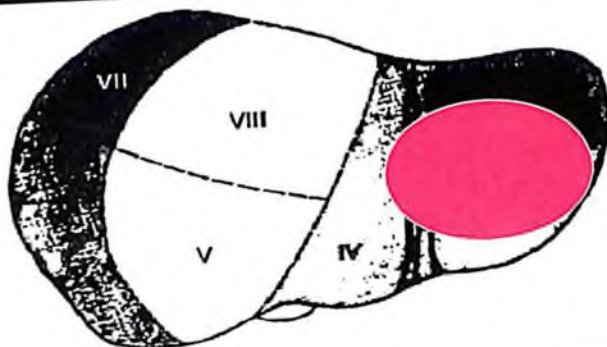
23-2-расм. Видеолaparоскопни қорин бўшлиғига киритиб, киста локализациясини аниқлаш (жигар чап бўлагининг эхинококк кистаси).

4.



23-3-расм. Жигарнинг унг бўлаги жойлашганда троакарларнинг ўрнатилиши нуқталари (1- ва 4-нуқталарда 11ммлик троакар, 2- ва 3-нуқталарда 5,5 мм троакар).

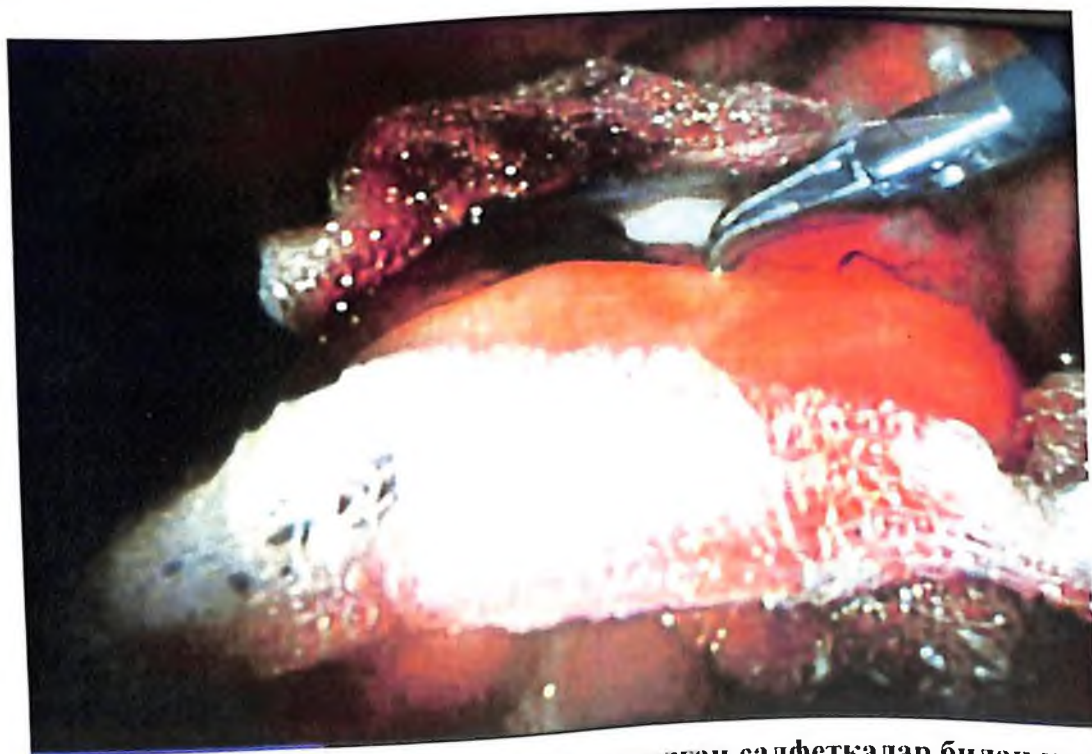
Жигарнинг чап бўлагидаги эхинококк кисталарда троакарлар жойлашуви



23-4-расм. Жигарнинг чап бўлаги жойлашганда троакарларнинг ўрнатилиши нуқталари (1- ва 4-нуқталарда 11ммлик троакар, 2- ва 3- нуқталарда 5,5 ммлик троакар).

5. Жигар юзасида кўриниб турган киста фибрози қаватининг атрофи 60% ли глицерин эритмаси билан шимдирилган салфеткалар билан қопланади (23-5 расм).

6. Фиброз қаватининг ўрта қисмида киста бўшлиғи пункция қилинади, пункция нинаси 5 ммлик троакар орқали ёки тери орқали юбориш мумкин ва пункция нинасини тезда отсосга улаш керак ва



23-5-расм. Киста атрофининг глицерин шимдирилган салфеткалар билан қопланиши

пункциядан сўнг киста суюқлиги атрофга
окиб кетмаслиги учун пункция

қилинадиган жойга қўшимча отсос найчаси
қўйилади.



23-6-расм. Киста бўшлигини пункция қилиши ва суюқликни аспирация қилиши босқичи.

7. Киста бўшлигида босим камайгандан сўнг пункция нинаси орқали киста бўшлигига аспирация қилинган суюқлик ҳажмига қараб, 60%ли глицерин эритмаси юборилади ва 10 минут экспозиция берилади. Қайта глицерин аспирация қилиниб, фиброз қобик атрофидан эндоскопик қисқичлар ёрдамида фиброз қобик кўтарилади ва эндоскопик

қайчи билан фиброз қавати кесиб, очилади. Фиброз қобигида ҳосил бўлган тешик орқали 11 ммли отсос найча киста бўшлигига юборилиб, вакуум отсос ёрдамида хитин қобиги олинади (23-7-расм). Хитин қобигини эндоконтейнер ёрдамида қорин бўшлиғидан олиш усули ҳам мавжуд (23-8-расм).

Вакуум отсос ёрдамида хитин қобиғи олиниши



23-7-расм. Фиброз қавати очилиб, 11 ммлик троакар орқали вакуум отсос ёрдамида хитин қобиғини олиш.

Хитин қобиғини эндоконтейнер ёрдамида олиш.



23-8-расм. Хитин қобиғини эндоконтейнерга жойлаштириб олиш усули.

8. Қолдик киста бўшлиғи видеооптика ёрдамида ревизия қилинади, агарда сафро оқмаси аниқланса, биполяр коагуляция ёрдамида ёки Ethibond №4,0 билан тикиб, оқма баргараф этилади. Киста қолдик

бўшлиғига қайта 60%ли глицерин эритмаси билан ишлов берилади. Жигар тўқимасига қадар фиброз қобик циркуляр эндоскопик қайчи билан кесиб олинади (перицистэктомия) (23-9-расм).



23-9-расм. Фиброз қобикъ жигар тўқимасига қадар циркуляр кесиб олиши.

8. Киста қолдик бўшлигини бартараф этиш капитонаж усулида тикиш билан (23-10-расм) ёки катта чарви билан қоплаб яқунланади (23-11- ва 23-12- расмлар). Агарда бу усулларни бажаришнинг иложи бўлмаганда, киста қолдик бўшлиғи очик усулда, яъни бўшлиқда полихлорвинил найча қолдирилади. Полихлорвинил найча ажралма тугугунга қадар қолдирилиб, УТТ

билан кўрилгандан сўнг текширилиб олиб ташланади.

Операция сўнгида гемостаз қилинади, қорин бўшлиғидаги ҳаво қисқарилиб, троакарлар олинади ва операция жароҳатлари тикилади.

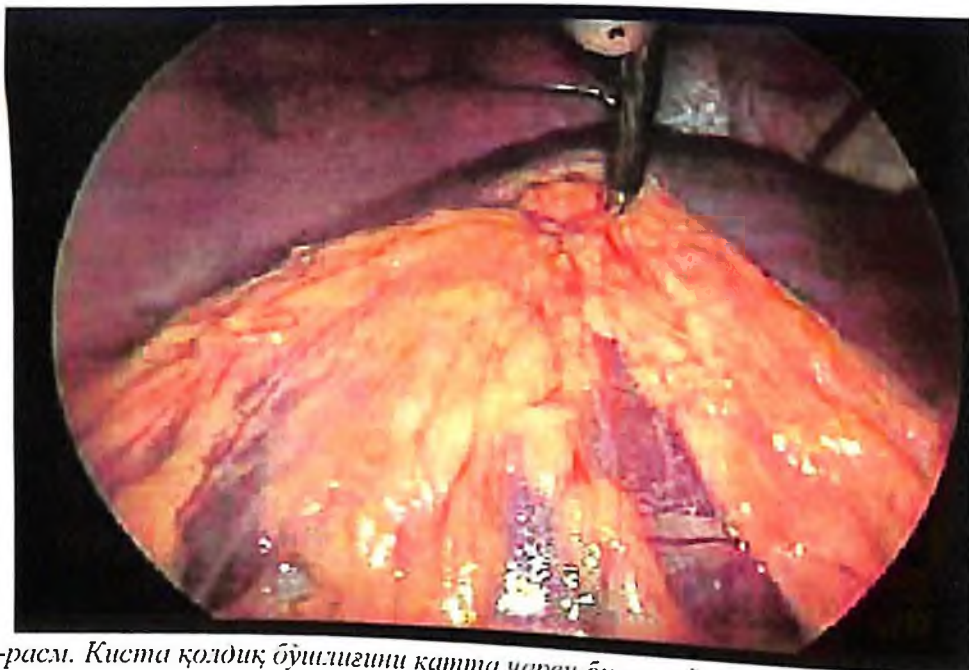
Эндоскопик эхинококкэктомиянинг анъанавий усулдан афзалликлари:

- операциядан кейинги даврнинг енгил кечиши

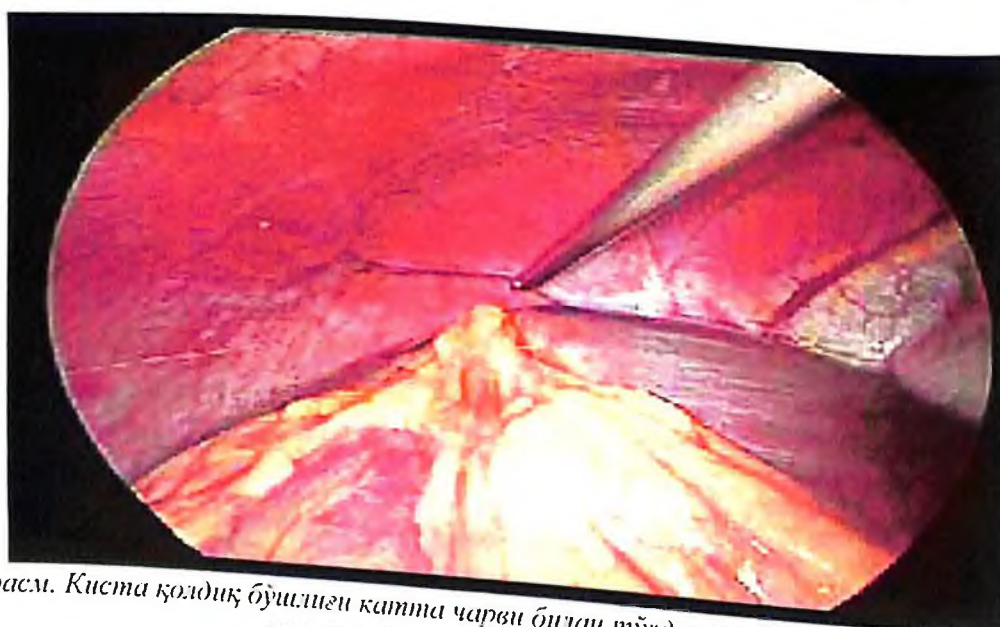
Киста қолдик бўшлиғи капитонаж усулида бартараф этилиши



23-10-расм. Киста қолдик бўшлигини капитонаж усулида тикилиб бартараф этилиши.



23-11-расм. Киста қолдиқ бүйлигини катта чарви билан тўлдириб бартараф этилиши.



23-12-расм. Киста қолдиқ бүйлиги катта чарви билан тўлдирилиб, бартараф этилиб, чарви жисгар тўқимасига фиксацияланиши.

- оғрик ва ичаклар парезининг бўлмаслиги
- беморни эрта фаолланиши ва ичаклар пассажиининг эрта тикланиши
- ётоқ кунининг 2 баробар камлиги
- операция жароҳати асоратларининг йўқлиги.

Шуни айтиш мумкинки, болалар абдоминал хирургиясида лапароскопик усул етакчи ўринни эгаллаган.

**Қорин бўшлиғи аъзолари
эхинококкозида лапароскопик
операциялар қийинчиликлари ва
асоратлари**

- Қорин бўшлиғи аъзолари эхинококкоз касаллигини лапароскопик бартараф қилиш вақтида қийинчилиги эхинококк кистаси катта қон томирлар ва ўт қопи ёнида жойлашиши бир оз қийинчилик туғдиради чунки қон томирлар ва ўт қопи жарохати эхтимоли бор, эхинококк кистаси

аъзолар тўқимаси ичида жойлашган бўлса, киста олиш вақтида тўқимадан қон кетиш эхтимоли бор.

- Агар эхинококк кистаси жигарнинг диафрагмаль юзасида жойлашса, техник қийинчиликлар туфайли, хитин қобиги тулик олинмаслиги, капитонаж етарли даражада мустаҳкам булмаслиги

- Эхинококк кистаси суюқлиги диссеминацияси анафилаксияга ва кечки даврда яна кисталар ҳосил булишига олиб келиши.

24-БОБ. ЛАПАРОСКОПИК ХИРУРГИЯНИНГ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ЙЎЛЛАРИ

Лапароскопик операцияга кириша туриб, унутмаслик керакки, операциянинг ҳар қандай босқичида ҳам асоратлар бўлиши мумкин.

Қорин бўшлиғининг дастлабки икки пункцияси энг масъулиятли босқич бўлиб (пневмоперитонеум ҳосил қилиш ва эндовидеотизимни қўшиш учун троакарни кўр –кўрона киритиш) бу жараёнга катта эътибор бериш лозим.

Қорин бўшлиғи пункция қилинганидан кейин нинанинг учи қорин бўшлиғида турганлигига ишонч ҳосил қилиш ва фақат шундан кейингина CO₂ ни киритиш лозим. Бу босқичда тери ости, қорин пардаси олди, катта чарви эмфиземаси ва ҳатто ретрокарбокисперитонеум каби асоратлар юз бериши мумкин. Ушбу асоратлар операция маҳалида беморнинг умумий аҳволига ва хирургик муолажанинг кечишига сезиларли таъсир кўрсатмаслиги мумкин. Одатда, CO₂ операциядан кейинги 2-3 кун мобайнида бутунлай сўрилиб кетади. Аммо, шунга қарамадан, ушбу асоратлар операция ўтказилишига қўшимча мураккабликларни келтириб чиқариши ҳам истисно этилмайди.

Пневмоперитонеум қўйилганидан кейин қорин бўшлиғининг иккинчи пункцияси конуссимон троакар

воситасида қўйилиши лозим. Бунда троакар қорин бўшлиғига секинлик билан бурама ҳаракатлар воситасида киритилади. Бу жараёнда ҳимоя механизми троакарлардан фойдаланиш мумкин эмас. Бундай троакарлар қорин бўшлиғига эндовидеотизим назорати остида киритилиши шарт. Магистрал кон-томирлар, қорин бўшлиғи аъзолари (меъда –ичак тизими, қовуқ, жигар, талок)нинг шикастланишини қуйидаги омиллар билан боғлаш мумкин. Троакарнинг ҳимоя механизми у қорин олд деворидан тўлиқ ўтганидан кейингина ишга тушади. Агар қорин пардасини троакарнинг ўткир учи перфорация қилган бўлса, троакар ичкарига итарилганида (агар пневмоперитосум заиф қўйилган бўлса), магистрал кон-томирларнинг шикастланиши эҳтимоли кучаяди. Шу боисдан ҳам ҳимоя механизми троакарни қорин бўшлиғига фақат эндовидеотизим назорати остидагина киритиш лозим.

Қорин бўшлиғини ўтмас учли троакар билан бевосита пункция қилиш дастлабки босқичларда кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олади. Бундан ташқари, дастлабки троакарни киритиш учун бугунги кунда оптик троакар ишлаб чиқилган бўлиб, троакар учини қорин олд деворининг барча қаватларидан ўтишини назорат қилишга имкон яратади

24.1. ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИДАГИ

ҚОН ТОМИРЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИ.

Бу ҳол троакар киритиш нуқтасини нотўғри танлаш оқибатида юз беради (одатда троакар қорин олд деворидаги юқори ва пастки эпигастрал артерия тармоқларига тўғри келганида). Мазкур асорат шикастланган қон-томирни чоклаш орқали бартараф этилади. Бу асорат лапаротомияга ўтмасдан бартараф этилади.

Демак, ушбу асорат юз бермаслиги учун қорин олд деворида троакар киритиш нуқтасини тўғри танлаш, уни киритишдан аввал диафаноскопия воситасида қон-томирлар проекциясини аниқлаш муҳим. Шу билан бирга, қорин ичи соҳасидан ҳам уни назорат қилиш зарур.

24.2. РЕДЕР ҚОВУЗЛОҒИ БОҒЛАНГАНДА

ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТАНИНГ ҚИРҚИЛИБ КЕТИШИ.

Ушбу асорат қовузлокни боғлаш маҳалида қаттиқ тортилганида юз беради. Мазкур асоратни ҳам лапаротомияга ўтмасдан бартараф этиш мумкин. Ўсимтанинг асосига яккам-дуккам тугунли чоклар қўйилади. Одатда, операциядан кейинги давр силлиқ кечади. Профилактика

мақсадида Редер қовузлоғи боғлаб қўйилганидан кейин уни қаттиқ тортмасликни маслаҳат берамиз. Бу тавсия, айниқса, ўткир аппендицит тифлит билан асоратланганда юз беради. Бундай ҳолатда Endo-Gia 30 механик чокловчи аппарат воситасида тикиш мақсадга мувофиқдир.

24.3. РЕДЕР ҚОВУЗЛОҒИ

ТУГУНИНИНГ ИШЛАМАСЛИГИ.

Мазкур асорат синтетик чоклаш материалига биполяр коагулятор яқин жойлашиб, термик таъсир кўрсатганида юз беради. Коагуляция маҳалида ни тортилади ва Редер қовузлоғи тугунчасининг ечилиб кетишига олиб келади. Асорат, одатда, операция, назорат-

кўрик пайтида аниқланади ва жиддий асоратларга олиб келмайди. Ечилиб кетган Редер қовузлоғининг ўрни қайтадан боғланади. Шу боисдан ҳам бундай асоратлар юз бермаслиги учун одатдаги чоклаш материаллари (РДС, хромлаштирилган кетгут) ишлатиш лозим.

Шу билан бирга, ип охирида камида 0,7 см колдирилиши шарт, биполяр

коагулятори эса Редер қовузлогини камида 0,5 см масофа узокликда қўйилиши лозим.

24.4. АППЕНДИКУЛЯР АРТЕРИЯ ТАРМОҒИДАН ҚОН КЕТИШИ.

Бу чувалчангсимон ўсимта ичактуткичи етарли даражада коагуляция қилинмаганлиги ҳисобига юз беради. Шу билан бирга, ичактутқич коагуляция қилинмаган соҳадан қирқилганида ҳам кузатилиши мумкин. Ушбу асорат ҳам

операцияда осон бартараф этилади. Аммо шунга қарамасдан, уни бартараф этиш қўшимча муолажа ўтказиш заруриятини юзага келтириб, операция муддатининг узайишига олиб келади.

24.5. КОВАК АЪЗОЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.

Ушбу асорат лапароскопик операцияда юз бериши мумкин бўлган энг оғир ва мудҳиш асоратлардан бири ҳисобланади. Айниқса, бундай асоратлар аввал қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари ёки ёпик шикастланиши боис лапаротомияни бошдан кечирган беморларда кузатилади. Бунинг оқибагида аввалги лапаротомия ўрнига ичак қовузлогини битишиб кетган бўлиб, дастлабки троакар киритишда юз

Юқоридаги асоратларни қай даражада учраши ва жадаллигидан қатъи назар, бугунги кунда лапароскопия болалар хирургиясида ўз ўрнини мустаҳкам эгаллади ва қуйидаги афзалликларга сабаб бўлади.

1. Барча хирургик муолажаларда травматизмнинг камайиши ҳамда операциядан кейинги даврнинг силлик кечиши.

2. Операциядан кейинги давр асоратларнинг кескин камайиши.

бериши мумкин. Бундай асорат юз бермаслиги учун қорин олд деворида лапароскопия троакарини киритиш ўрнини тўғри танлаш, уни аввалги лапаротом қирқимидан анча олисда танлаш лозим. Айрим ҳолларда, аввалги битишма ўрнини аниқлаш учун мини лапароскопия ўтказишга ҳам тўғри келиши ва фақат шундан кейингина катта диаметрли лапароскопни киритиш мумкин.

3. Госпитализация муддатларининг нисбатан қисқариши.

4. Косметик натижаларнинг қониқарли бўлиши.

Кам инвазив лапароскопик технологияларни қўллашни таҳлил қилиш унинг анъанавий қирқимларга қараганда бир неча қарра афзал эканлигини ҳамда истиқболлари порлоқ эканлигини кўрсатди.

25-БОБ.

ТОРАКОСКОПИК ХИРУРГИЯ

25.1. УСУЛ ТАРИХИ

Торакоскопия диагностика усули сифатида 90 йилдан бери маълум. Биринчи Н. Jacobaeus (1910 й) томонидан Nitze цистоскопия яратилган. У 1913 йилда биринчи марта плевра битишмаларини куйдириш ва плеврадан биопсия олиш амалиётларини бажариб, торакоскопик амалиётлар бажариш мумкинлигини кўрсатиб берди. Кейинчалик торакоскопия юқори маълумот берувчи асосий ташхислаш усули сифатида ривож топди.

70-йиллар ўрталарида В. Rodgers ҳаммуаллифлари билан бирга болаларда торакоскопия амалиётини бажардилар. Улар ригид кўзгулар ва модификацияланган асбоблар ёрдамида кўкрак қафаси жароҳатларини текширганлар. Шу билан бирга, оддий диагностик ва терапевтик манипуляциялар-плевра ва паренхимадан биопсия олиш амалиётларини бажарганлар. Муаллифлар усулнинг диагностик қимматини юқори баҳолаганлар, тўғри диагноз кўйиш 93-98% ни ташкил қилган. Биринчи марта С.Я. Долецкий ва ҳаммуаллифлари, болалардаги деструктив пневмония ва унинг асоратларини торакоскопия усули билан даволаганлар. Кейинчалик В.Г. Гельд (1971, 1976 йиллар) болалардаги плевра эмпиемасини даволаш учун 34 та торакоскопик амалиёт ўтказилган. В.М.

Сергеев ва Л.Г. Бондарчук ташхислаш ва даволашда торакоскопияга кўрсатмаларни келтириб ўтганлар.

Клиник амалиётга хирургик лапароскопиянинг кириб келиши торакоскопияни тезда ривожланишига имкон яратди. 80-90-йилларда замонавий ва мукамаллаштирилган асбобларнинг ихтро этилиши кўкрак қафасидаги мураккаб амалиётларни ҳам бажариш имконини берди.

Бугунги кунда ихтисослаштирилган клиникаларда тўш орти аъзолари ва ўпкadan видеобиопсия олиш, плевра эмпиемасида торакоскопик санация, медиастенитларда торакоскопик дренажлаш ва плевра бўшлиғидан ёт жисмларни олиб ташлаш амалиётлари бажарилмоқда. Видеотехниканинг мукамаллашиши ва замонавий эндохирургия асбобларнинг, шу қаторда тикувчи аппаратларнинг ҳам яратилиши, ўпканинг торакоскопик резексия амалиётини бажариш имконини берди. Биринчи мартаба Россиянинг Уфа шаҳрида 1996 йилда Е.И. Сигалов томонидан 7 ёшли болани видеоассосиатив пулмонэктомиа амалиёти муваффақиятли бажарилди.

25.2. ВИДЕОТОРАКОСКОПИК

АМАЛИЁТДА ИШЛАТИЛАДИГАН АСБОБЛАР

Кўкрак қафасининг эндоскопик жарроҳлиги замонавий, сифатли ва ишончли асбоб-ускуналарсиз бўлмайди. Лапароскопик жарроҳликнинг ривожланиши натижасида орган ва

тўқималарни катталаштириб кўрсатувчи кичик диаметрли телескоплар ва асбоблар, юқори имкониятларга эга видеотизимлар пайдо бўлди.

25.3. ОПТИК СИСТЕМАЛАР

Оптик эндоскопик тизим телескоп-тасвирни окулярга юборувчи линзалардан иборат.

25.4. ЁРУҒЛИК МАНБАИ

ВА ОПТИК ТОЛАЛИ КАБЕЛ

Бу ускуна ички операция майдонни ёритиш учун мосланган. Ёруғлик манбаининг галоген ва ксенон лампали турлари фарқланади. Видеоторакоскопик амалиётларда юқори кучланишли спектрли ёруғлик окимини ҳосил қилувчи ксенон

ёруғлик манбаидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Телескоп ёруғликни узатувчи оптик-толали кабель турли хил ёруғлик манбаларига махсус ўтказгичлар билан таъминланган бўлиши мумкин.

25.5. ВИДЕОСИСТЕМА

Эндоскопик хирургия асри, шубҳасиз, амалиёт видеокамераларининг яратилиши билан бошланди. Видеокамера камера бошчасида жойлашган ярим ўтказгич кристаллар ёрдамида оптик сигнални электрон турга ўтказилади. Видеосигнал узатилиш хилига қараб, турли ўлчамдаги

суратларнинг олинishi ва уни мониторга узатадиган бир ва уч чипли видеокамералар фарқланади. Шундай қилиб, С-ВС стандартидаги уч чипли видеокамера 650 телевизион линиягача ўлчамдаги юқори сифатли сурат олиш имконини беради. Бундан ташқари, камера бошчаси кичик

ўлчамли, енгил ва эргономик характерга эга бўлиши керак.

Видеоторакоскопик амалиётда қўлланадиган мониторларга энг юкори талаблар қўйилади. Баъзан маиший (оддий) телевизордан ҳам фойдаланса бўлади, лекин узоқ давом этувчи амалиётларда хирург кўзига ортикча юк тушади.

Иккита монитор ишлатилганда инверсион кўзгу суратлар билан ишлаганда хирургик кўникмалар керак бўлади.

Видеомагнитофон замонавий эндохирургия тўпламининг зарур қисмларидан бири саналади ва амалиётларни видео-ҳужжатлаш учун жуда керакдир. Сифатли видео-архиви Бетасам, У-матис ва С-ВС русумидаги аппаратлар билан жамлаш мумкин.

25.6. ЭЛЕКТРОХИРУРГИК УСКУНАЛАР

Хавфсиз гемостаз ва тўқималарни кесиш учун эндоскопик хирургияда электрокоагуляция ишлатилади. Видеоторакоскопияда ишлатиладиган ускуналар моно ва биполяр тартибда

ишлайди ва лапароскопияда ишлатиладиган шундай ускуналардан умуман фарқ қилмайди. Коагуляцион ускуналар монополяр тартиб учун пассив электрод билан таминланган.

25.7. АСПИРАЦИЯ-ИРРИГАЦИЯ СИСТЕМАСИ

Бу эндоскопик амалиётнинг жуда мухим қисмларидан биридир. Ускуна плеврал бўшлиқдан турли хил суюликларни олишга ҳамда операция майдонини қуриштириш учун ишлатилади.

Аспирацион-ирригатор оддий хирургик электросўргичдан юкори сўриш имконияти билан фарқ қилади. Тўпламга бундан ташқари найча ҳам қиради.

25.8. АСБОБЛАР

Болаларда видеоторакоскопик амалиётларда ишлатиладиган эндохирургия асбоб-ускуналар ишлатишга қулай, эргономик ва педиатрик талабларга мосланган бўлиши керак.

Кириш учун қўлланиладиган асбоб-ускуналар. Троакарлар, торокал

эндохирургияда қўлланилади ва торокопорт деб аталади, каниюла ва тўмтоқ учли стилетдан ташкил топади. Каниюлалар, одатдагидек, қовурғалараро бўшлиқда ушлаб турилиши учун керак бўладиган бурмаларга эга. Пневмотораксларда ишлашни қулайлаштириш мақсадида торокопортларга резина манжеталар

уланади. Торакопортларни ишлаб чиқарувчи фирмалар таклиф қиладиган диаметри – 5; 10.5; 12 мм.

Ушлаш, ажратиш ва кесишга керак бўладиган асбоб-ускуналар. Ўпка тўқималари ва кўкрак қафасидаги анатомик ҳосилаларни ажратиш учун стандарт асбоб-ускуналардан фойдаланилади. Лапароскопик хирургияда хирургик, анатомик, фиксацияловчи грасперлар ишлатилади ва яна “Алиес” типидagi кискичлардан ҳам фойдаланилади. Болалар хирургиясида кўпинча 5 ммли асбоблардан фойдаланилади.

Тўқималарни кесиш электродлар ва қайчилар ёрдамида амалга оширилади. Электродларнинг ишчи қисмлари турли шаклда – шарсимон, кураксимон, Л- ва Ж-симон бўлиши мумкин. Қайчиларнинг кесувчи қисми ҳар хил шаклда бўлиши мумкин.

Деярли барча асбоб-ускуналар электрокоагуляторга уланадиган жойга ва ишчи қисм бўйлаб айланувчи механизмга эга.

Плеврал бўшлиқлардаги операцияларда қўлланиладиган махсус асбоблар мавжуд. Юмшоқ ишчи қисми – “Эндо Лунг”, “Басоск” лар ўпка тўқимасига жуда кам зарар етказган ҳолда ушлаш имконини беришига алоҳида эътибор қаратмоқ лозим. Видеоторакоскопик амалиётлар тўпламида бундай асбоблар камида иккита ёки учта бўлмоғи лозим. Бундан ташқари, ўпкани

турли йўналишларда безарар ушлаб тура оладиган эндоретракторлар ҳам зарур.

Тўқималарни лигирлаш ва тикиш учун керак бўладиган асбоб-ускуналар.

Қўл ва автоматик тикув асбоблари фаркланади. Қўл чокини ассистент эндоскопик игна тутқич билан ушлайди. Экстракорпорал чок билан тугунни қўйиш учун махсус таёкча мавжуд. Стандарт тикув материалдан фойдаланса ҳам бўлади. Механик чок “Эндо Ститч” аппарати ёрдамида қўйилади.

Турли фирмалар томонидан ишлаб чиқариладиган эндоаппликаторлар бир ёки кўп зарядли бўлиши мумкин ва плеврал бўшлиқларда унча катта бўлмаган қон-томирларни тикишга мосланган.

Чизикли эндостеплерлар деб аталадиган автоматик тикув аппаратлари (“ЭНДО-ГИА” 30, 60 ёки “Эндопат” ЕЗ 30, 45 мм ва бошқалар) бир вақтнинг ўзида плеврал бўшлиқ тўқимаси, қон-томирлари ва бошқа ҳосилаларни тикиш имкониятига эга. Тикиш узунлиги ва кенлиги билан фарқланадиган бир неча хил эндостеплерлар ишлатилади. Уларнинг кўпи айланувчи механизмли, баъзилари хатто ажралувчи ишчи қисми ҳамдир. Степлер олти қаторли титан клипслар билан қуролланган. Аввало, эндостеплерлар ўпка резекцияси, пульмонэктомия, сегментар биопсияларда қўлланилади.

25.9. ТОРАКОСКОПИК АМАЛИЁТИНИНГ УМУМИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Ҳозирги вақтгача торакоскопик амалиётларнинг икки хили мавжуд – видеторакоскопия ва видеоассистирланган торакоскопия. Биринчиси- кўкрак қафасига троакор кириш йўли билан, иккинчиси минни торакотомия билан ўтказилади. Видеоторакоскопик операциялар кам зарарли, энг яхши косметик натижали, лекин махсус эндохирургик ускуналар билангина ўтказилади. Видеоассистирланган торакоскопик операциялар ҳам кам зарарли амалиётлар сарасига киради. Лекин улар ўтказилишида операция қилинаётган объект видеотасвир олинишидан ташқари манипуляциянинг визуал назорати амалга оширилади. Бундан ташқари, амалиёт нарҳини пасайтириш мақсадида умумжарроҳлик асбоблар ва

тикув материалларидан ҳам фойдаланса бўлади.

Юқорида қайд этилган торакоскопиянинг икки усули бир-бирини тўлдиради.

Видеоторакоскопик амалиётни ўтказишда техник қийинчиликлар ва махсус асбоблар билан таъминланиш камчиликлари бўлган ҳолатларда видеоассистирланган амалиётни бажарса бўлади.

Видеоторакоскопик ва видеоассистирланган амалиётларни ўтказиш бугунги кунда жуда қийин, сабаби улар махсус асбоб-ускуналарни талаб қилади.

25.10. ТОРАКОСКОПИК АМАЛИЁТ МЕТОДИКАСИ

Беморнинг операция столидаги ҳолати оддий классик торакал хирургиядагидан фарқ қилмайди. Бемор ўнг ёки чап ёнига ётқизилади, гомолатерал кўлини юқорига ва бироз орқага қилинади. Белга валик шундай ҳолатда кўйиладики, бунда ёнбош суягининг қаноти кўкрак қафаси сатҳи билан бир хил бўлиши керак. Анестезиолог бемор бошида бўлади. Охирги икки момент жуда муҳимдир, юқори жойлашган ёнбош суяк қаноти ва анестезиология асбобларининг ва оптик системанинг ёрқин ишлашига ҳалақит қилиши мумкин. Бундан ташқари, беморнинг бундай ҳолати қовургаларнинг тез тушишини ва торакопортларнинг ўрнатилишини осонлаштиради. Беморнинг бу ҳолати барча торакоскопик операцияларда қўлланиши мумкин, лекин ўтказилаётган амалиётдан келиб чиққан ҳолда ва кўкрак қафаси операция қилинаётган соҳасига

киришни қулайлаштириш мақсадида юқоридаги ҳолатни ўзгартиришга тўғри келади. Кўкрак қафаси олдинги юзаси операцияларида бемор орқага 20-300га, кўкрак қафасининг орқа юзаси патологияларида эса 20-30° олдинга эгилиши лозим.

Амалиёт гуруҳининг жойлашуви ўтказилаётган амалиётдан келиб чиққан ҳолда танланади, лекин асосий хирург камера билан битта чизикда бўлади ва монитордаги тасвирни тўғри проекцияда кўра олиши керак. Ишни қулайлаштириш учун иккита монитор ўрнатган маъқул, шунда хирург ва унинг ёрдамчиси қийинчиликсиз амалиётни ўтказадилар. Мониторлар бемор бош тарафига операция столига нисбатан 45° бурчак остида ўрнатилади.



25-1-расм. Видеторокоскопик операцияда беморнинг операция столида жойлашиши

Биринчи торакопортни киритиш доим асосий масъулиятли ҳолатлардан саналади, чунки ҳеч нимани кўрмаган ҳолда киритилади. Хирург доимо дастлабки клиник ва инструментал текширувлар асосида мазкур касалликда кўкрак қафаси ҳақида тасаввурга эга бўлиши ва плеврал бўшлиғига киришда бўлиши мумкин бўлган асоратлар ва келиб чиқиши мумкин асоратларга тайёр туриши керак.

С. Ротенберг операцияни “Вереш” игнаси ёрдамида кўкрак қафасига паст оқим (1 л/мин) ва паст босим остида (4 мм.г.уст) CO_2 инсуффляцияси билан бошлашни таклиф қилади. Бу ўпкани коллабирланишига ва торакопорт билан зарарланишига олдини олади. Операцияни ўтказиш учун клапанли торакопортлардан фойдаланилади, улар CO_2 нинг узоқ инсуффляциясини таъминлайди ва ўпкани коллабирланган ҳолатда ушлаб туради. Бундай методикани бемор бир ўпкали вентиляцияни кўтара олмаган ҳолларда қўлланади.

Биринчи торакопортни кўкрак қафасига киритишнинг стандарт нуқтаси

кўл кўтарилган ҳолатда курак бурчаги соҳасидаги нуқта ҳисобланади. У орқа кўлтик ости чизиғи бўйича 4-5-қовургалараро бўшлиғига тўғри келади. Бу нуқта анатомик ҳосилалардан анча ҳоли ҳисобланади (пастдан–диафрагма, медиал–кўкс оралиғи, юқоридан–аорта томирлари). Зарарланиш хавфи юқори аъзо бу ерда ўпка, лекин, биринчидан-у кўрсатилган ҳосилалардан эластикрок, иккинчидан-тўғри ўтказилган бир ўпкали вентиляцияда коллабирланади, бу эса унинг зарарланиш хавфини камайтиради.

Бундан ташқари, биринчи стандарт нуқта монитордаги икки ўлчамли тасвирнинг нотўғри тасвирланиши, шунингдек, текширилаётган объектдан ҳар хил масофада турган телескоп тасвирларни нотўғри қабул қилиши каби визуал муаммоларни ҳам ҳал этади.

Барча ҳолатларда торакопорт кўйишнинг катъий методикаси келтирилган. Киритилаётган торакопорт диаметрига мос бўлган тери кесмаси қилинади. Кейин хирургик қисқич билан тўмтоқ усулда тери ости ёғ қавати, кўкрак қафаси мушаклари, қовургаларнинг



25-2-расм. Торакопорт ўрнатиши.

ажратилади. Ҳосил қилинган канал орқали торакопорт киритилади. Бундай кириш хавфсиз ва кам зарарли, унча кўп вақт олмайди.

Кўкрак деворида дренаж тешик бўлганда баъзи бир касалликларда биринчи торакопортни ўша тешик орқали киритиш қулай, чунки дренаж атрофидаги бўшлиқни кўриш, кенгайтириш, битишмаларни очиш ва энг асосийси-оптик жой ҳосил қилиш мумкин. Бу ҳолатда биринчи троакарни киритиш ностандартдир.

Инструментал торакопортларни киритишда назорат зарур. Торакопорт сони, диаметри ва улар киритиладиган нуқталар ўтказилаётган амалиётга боғлиқ ҳолда танланади (25.2-расм).

Амалиётдан кейинги даво классик турдаги операция давосидан фарқ қилмайди, лекин шуни эслатиб ўтиш керакки, видеоторакоскопик операцияларнинг кам зарарлилиги беморни эрта оёққа туришига, қўлланиладиган оғрик қолдирувчи дорилар сонини камайтиришига, дренаж най кам вақт ушлаб

Пирамида қондасини қўллаш ўринлидир. Унинг учда кўкрак қафасидаги операция объекти, қирралари киритилган асбоблар ва оптик система, асоси эса торакопортлар ўрнатилган нуқта.

Операциянинг асосий босқичлари. Эндоскопик амалиётнинг асосий босқичларини бажариш кўкрак қафаси хирургиясининг классик принципларини бузмаган ҳолда ўтказилиши лозим. Видеоторакоскопия фақат кириш ва хирургик кўкрак ичи амалиётини ўзгартиради, холос. Янги асбоб-ускуналарни яратилиши операциянинг асосий босқичларини кам зарарли ва хавфсиз қилади, ҳамда асоратларни камайтиради.

турилади, беморнинг стационарда бўлиш вақтини камайтиради.



25-3-расм. Плевра битишималарини ажратиши (монополяр режимда).

Шундай қилиб, ўтган асрда диагностик мақсадда яратилган видеоторакоскопия узок замонавийлашиш йўлини босиб ўтди. Замонавий аппаратура,

видеосистема ва махсус асбоблар туфайли у кўкрак қифасида муоммоси бор беморларининг хирургик давосининг юқори эффектив усулига айланиб улгурди.

26- БОБ.

БОЛАЛАРДА ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ОПЕРАЦИЯЛАРИДА УМУМИЙ ОФРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Видеоторакоскопик операциялар анестезиологиянинг янгича ёндошувини талаб қилади.

26.1. ЎПКА СУНЪИЙ

ВЕНТИЛЯЦИЯСИННИГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Видеоторакоскопик операцияларда хирургларга қулайлик яратиш учун операция қилинадиган ўпка нафас актида иштирок этмаслиги лозим. Бунга бир ёки икки бўшликли манжетли эндотрахеал трубка (7,8 ммлик) ёрдамида бронхларни алоҳида интубация қилиш орқали эришилади (26-1-расм). Икки бўшликли эндотрахеал трубкалар қўйидагиларни таъминлайди:

а) иккала ўпканинг бир вақтдаги вентилляциясини;

Кичик ёшдаги болаларга манжетли бир бўшликли эндотрахеал найчалар ишлатилади. Уларнинг диаметри ҳар бир боланинг трахеобранхиал дарахти анатомик хусусиятларига боғлиқ. Бир ўпка вентилляциясини қўллаш қон оксигенациясини камайтиради ва юрак зарбини сусайтиради, ўз навбатида кислород етказилишини бузади.

б) фақат битта ўпка вентилляциясини;

в) ҳар бир ўпкани турли режимдаги вентилляциясини.

Икки бўшликли эндотрахеал трубкани кичик ёшдаги болаларга қўллаш чекланган, энг кичик ўлчамдаги трубкаларни 11 ёшдан катта бўлган болаларга қўллаш мумкин (26-2-расм).

Вентилляцияда иштирок этмайдиган ўпкада қон айланиши туфайли оксигенацияни камайиши ва уни вентилляция давом этаётган ўпкадан келаётган қон билан аралашуви сезиларли даражада камайтиради. Бундан ташқари, PO_2 нинг камайиши бир ўпкали вентилляцияга ўтишда вентилляция қилинадиган ўпканинг олдинги ҳолати ва кичик қон айланиш доирасидаги аввалги қон тақсимланишига ҳам боғлиқ.



26-1-расм. Трахея интубацияси.



26-2-расм. Карленс найчаси воситасида бир томонлама сунъий нафас бериши.

Анестетиклар таъсирида миокард қисқариш қобилятининг пасайиши, эндохирургик муолажа туфайли “зўриқиш”нинг камайиши, шунингдек, беморнинг гайриоддий ҳолати натижасида қоннинг тўпланиб қолиши юрак зарбини камайтиради. Буларнинг барчаси оксигенацияга салбий таъсир кўрсатади.

Бир ўпкали вентиляция ўтказилганда гипоксия ривожланиш хавфини юқорида кўрсатиб ўтилган сабаблар белгилайди.

Юқорида санаб ўтилган патофизиологик бузилишлар олдини олиш учун бир ўпкали вентиляция қўлланилганда $PaCO_2$ ни 40 мм. сим. уст. да ушлаб туриш учун катта нафас ҳажми то 12-15 мл/кг ва юқори нафас сони тавсия этилади. Лекин бунда нафас олишнинг чўкки босими сезиларли равишда ошади ва ўртача 26,5-37 см. сув устинини ташкил қилади.

Бундан ташқари, ўпканинг функционал қолдиқ ҳажмини ошириш

ва қўшимча альвеолаларни нафас актида иштирок этиши учун нафас чиқаришнинг охирида мусбат босим берилади. Бунда ўпкадаги қонтомирлар қаршилиги камаяди ва вентиляция қилаётган ўпкада юқори даражадаги перфузия ҳосил қилинади. Мусбат босим 5-8 см. сув устуни даражасида ушлаб турилади. Бир ўпкали вентиляция ўтказилганда нафас чиқаришнинг охирида мусбат босим берилиши нафас оладиган аралашмадаги кислород концентрациясини 50-70 % кўрсаткичда ушлаб туришга имкон ярагади.

Шундай қилиб, умумий оғриқсизлантириш бир ўпка вентиляцияси билан ўтказилганда нафас аралашмасидаги кислород концентрациясини 50-70 %, нафас ҳажми 12-15 мл/кг ва нафас чиқариш охиридаги босим 5-8 см.сув устунига тенг бўлиши керак.

Видеоторакоскопик операция туганидан 5-10 дақиқа олдин ёрдамчи вентиляцияга ўтиш зарур.

26.2. АНЕСТИЗИОЛОГИК УСУЛ ВА ПРЕПАРАТНИ ТАНЛАШ

Видеоторакоскопик операцияларда одатдаги торакотомия каби комбинациялашган умумий анестезия мушак релаксантлари билан бирга қўлланилади.

Кетамин. Нафас ва юрак кон-томир системаси фаолиятини сўндирмасдан тез гипнотик самара беради ҳамда чуқур аналгезияни таъминлайди. Лекин кетамин дозасига боғлиқ равишда юрак қисқаришини тезлаштиради, А/Б ва ўпка артериясидаги босимни оширади, миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини кучайтиради. Кетаминнинг энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлари галлюцинация, бошмиа пўстлоқ қисми ассоциатив алоқанинг бузилиши, мия қон айланиш тезлигининг кучайиши ва церебрал кон-томирлар периферик қаршилигининг ошишидир. Кетамин дозаси вена ичига юборилганда 2 мг/кг, мушак орасига юборилганда 10 мг/кг, галлюцинация олдини олиш учун кетаминни седуксен ёки дроперидол билан бирга қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Гексенал ва тиопентал натрий 1 %ли эритма сифатида 7-10 мг/кг дозада қўлланилади. Улар уйку чақиради ва наркотик самара беради. Вена ичига юборилганда наркотик таъсири тез юзага келади. Адабиётлардаги маълумотларга қараганда, барбитуратлар миокардга депрессив таъсир кўрсатади, А/Б ва юрак зарби ва ҳажмини бир оз камайтиради. Ўз навбатида компрессатор равишда юрак ритми тезлашади.

Диприван (пропофил) умумий анестезия воситаси ҳисобланади, таъсири тез бошланади ва қисқа муддат давом этади. Диприван индукция учун

Наркоз индукцияси турли воситалар билан амалга оширилади.

қўлланилганда ўртача А/Б пасаяди ва юрак қисқариш сони бир оз ўзгаради. Гемодинамик параметрлар қанчалик кам ўзгарса, салбий гемодинамик ўзгаришлар шунчалик кам учрайди. Бемор наркоздан тез чиқади, ҳуши аниқ бўлади. Бош оғриши, операциядан кейинги кўнгил айниши ва қусиш кам содир бўлади. 8 ёшдан катта болаларда индукция учун доза 2,5 мг/кгни ташкил қилади. 8 ёшдан кичик болалар учун доза юқорироқ бўлиши мумкин. Анестезияни ушлаб туриш учун дипривак 9-15 мг/кг/соатдан доимий инфузия қилинади.

Амнезил (базис наркоз) фторотан гемодинамикага салбий таъсир қилмайдиган субнаркотик доза (0,3-0,5 ҳажм %) да қўлланилади.

Аналгезия—тез кучли, лекин қисқа аналгетик самара берадиган марказий аналгетик фентонил ишлатилади. Максимал самараси вена ичига юборилгандан 1-2 минутдан сўнг юзага келади. Аналгетик таъсирининг давомийлиги 30 мин. дан ошмайди. Фентанил болюс усулда кеснидан олдин ва операция пайтида 0,007 мг/кг/соат дозада юборилади. Бундай усулда наркоз камроқ бошқариладиган бўлади ва қонда фентанил концентрацияси тезда ўзгаргани учун гемодинамика беқарор (ностабил) бўлади. Шунинг учун энг яхшиси, бир марта болюс усулда юбориб, кейинчалик 5 мкг/кг доимий инфузия қилишидир. Видеоторакоскопик операциянинг травматик пайтида

фентанилнинг юбориш тезлиги оширилади. Операция тугашидан 10 мин. олдин фентанил тўхтатилади.

Мушаклар релаксацияси.
Бу мақсад учун энг яхшиси деполеризацияга қарши релаксанти тракриум қўлланилгани маъқул. Унинг таъсири вена ичига 0,5-0,6 мг/кг юборилгандан 90 сониядан сўнг бошланади ва 25-30 мин. сақланади. Тракриумни бронхлар интубацияси учун ҳам узок давом этадиган

Операциядан кейинги даврда
огриксизлантириш учун. Охирги пайтларда но-наркотик (яллиғланишга қарши) аналгетиклар муваффақият билан қўлланилмоқда. Уларнинг аналгетик самараси антикинин ва антипростогландин таъсири билан боғлиқ. Бундай гуруҳдаги воситалардан кетопрофен ўзини яхши танитди. Кетопрофен биринчи марта

миоллегияни ушлаб туриш учун ҳам қўллаш мумкин.

ВТО жараёнида тракриум инфузамат орқали 0,3-0,6 мг/кг/соат тезликда доимий инфузия қилинади. Операция тугашидан 15 мин. олдин тракриум юбориш тўхтатилади.

операциядан ўртача 1,5-2 соатдан сўнг юборилади.

Албатта антибактериал терапия, симптоматик терапия ва ушлаб турувчи инфузион терапия (глюкоза, тузли ва плазма ўрнини босувчи эритмалар) физиологик эҳтиёжнинг 2/3 қисми микдорида марказий веноз босимни ва гематокритни назорат қилган ҳолда амалга оширилади.

26.3. ВИДЕОТОРАКОСКОПИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА ИНФУЗИЯ-ТРАНСФУЗИЯ ТЕРАПИЯСИ

Умумий огриксизлантириш жараёнида қон айланишни адекват ушлаб туриш муҳим ҳисобланади. ВТО лар минимал қон кетиш билан фарқланади, лекин беморнинг операциядаги ҳолати, қон газ таркибининг ўзгариши, анестетиклар таъсирида миокард қисқариш хусусиятининг пасайиши ва хирургик манипуляция туфайли “перенагрузкани” камайиши гемодинамикани ўзгаришига сабаб бўлади.

Болалар ВТО ларида гемодинамик бузилишларни коррекция

қилишда инфузия-трансфузия терапиясининг роли муҳимдир.

Бу профилактик чора-тадбирларнинг қўлланилиши катта аҳамиятга эга. Кириш наркози пайтида УАКХ нинг 10 % микдори дагешперводемик гемадилуция ўтказиш (реополиглюкин, полиглюкин, тузли эритмалар), шунингдек, интраоперация даврида бевосита 5-7 мл/кг соат микдорида инфузия қилиш лозим.

ВТО ларда инфузия воситаси сифатида биринчи навбатда гидроксизтил крахмалнинг 2-авлоди асосидаги 6 % ли инфузион коллоид эритма – ИНФУКОЛГЕК дан

фойдаланилган маъқул. Охирги маълумотларга қараганда, гиповолемияни даволаш учун оптимал эритма ҳисобланади, шунингдек, микроциркуляциянинг бузилиши профилактика ва даволашда яхши самара беради.

Инфузия терапияси МВБ назорати остида олиб борилади. Гематокрит кўрсаткичини 29-34 % да ушлаб туриш мақсадга мувофиқдир.

26.4. УМУМИЙ АНЕСТЕЗИЯ ЎТКАЗИЛГАНДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН АСОРАТЛАР ВА ҚИЙИНЧИЛИКЛАР

Бемор операция ҳолатида ётқизилганда постурал реакция содир бўлиши мумкин. Кириш наркозида инфузия терапияси ўтказилиши бу асоратни камайтиради.

Интраоперация асоратларидан бири бронх секретлари билан эндотрахеал найчанинг обтурация бўлишидир. Мазкур асоратда нафас олишдаги чўкки босим 45 см. сув устунидан ошади. PO_2 камаяди, $PaCO_2$ кўпаяди. Бу каби белгилар намоён бўлганда эндотрахеал трубка ўтказувчанлигига ишонч ҳосил қилиш ва бронхларни санация қилиш зарур.

ВТОларда навбатдаги асорат микроателектаз, ўпка контомирларининг гипоксик торайиши ва бошқалар туфайли вентиляция қилинаётган ўпка функционал имконсиз бўлиши мумкин. Болаларда ушбу сабаб асоратга узок давом этадиган операциялар сабаб бўлиши мумкин.

Бу ҳолат PO_2 ва $PaCO_2$ ни текшириш орқали аниқланади. $PaCO_2$ бирданига ошиб кетганида қарама-қарши тарафдаги ўпка вентиляцияга қўшилади.

Шуни унутмаслик керакки, ҳар қандай ВТО очик торакотомияга ўтиши мумкин. Бу ҳолатда фентанилни қўшимча болуос усулида юбориш ва икки ўпка вентиляциясига ўтиш талаб қилинади.

Болалар ВТО ларида умумий анестезиянинг хусусиятлари:

1. Бир ўпка вентиляциясини таминлаш лозим.
2. Нафас чиқариш охирида мусбат босим бериш бир ўпка вентиляциясида кислород етказишни оптималлаштиради.
3. Энг адекват ва бошқариладиган комбинациялашган умумий анестезия бу—фентанил, тракриум ва диприванни инфузион усул билан қўллашдир.

БРОНХОЭКТАЗИЯ

27.1. Умумий маълумотлар

Бронхоэктазия – нафас олиш тизимининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, бронхларнинг патологик кенгайиши,

Классификацияси. 1978 йилда Ю.Ф. Исаков ва ҳаммуаллифлари томонидан киритилган классификация кенг қўлланилади.

1. Келиб чиқиши бўйича: туғма, дизонтогенетик, орттирилган (ателектатик, эмфезематоз, аралаш).
 2. Шакли бўйича: цилиндрик, копсимон, кистасимон.
 3. Тарқалиши бўйича: бир томонлама, икки томонлама (кенг, қисман) сегменти ҳам кўрсатилади.
 4. Ривожланишига кўра: локал, диффуз.
 5. Кечиши бўйича: ремиссия ва кўзғалиш даврлари (тез, кам).
- Этиологияси ва патогенези. Полиэтиологик касаллик ҳисобланади.

уларда йирингли яллиғланиш жараёнининг кечиши ва пневмосклеротик ўзгаришлар билан характерланади.

Бронхоэктаз шаклланишининг асосий сабаблари бронхиал дарахтининг туғма аномалияси, нафас аъзоларининг сурункали касалликлари, юқори нафас олиш йўллари зарарловчи болалар инфекция касалликлари, нафас олиш йўлларидаги ёт жисмлар; баъзи туғма ва тизимли касалликлар. 6,1-21% ҳолларда бронхоэктазия ёшлиқда стафилакоккли пневмония ва плевра эмпиемаси натижасида келиб чиқади.

Касалликнинг ривожланиш механизми икки асосий омилга боғлиқ: сурункали яллиғланиш жараёни ва бронхларнинг дренаж функциясининг бузилиши.

27.2. КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

Бронхоэктазининг клиникаси ўпкадаги зарарланиш ҳажмига, бронхитнинг тарқалганлиги ва даражасига боғлиқ. Ўпканинг бир бўлаги жароҳатланганда болаларда белгилар кам бўлиши мумкин, кўпроқ қисми зарарланганда беморда ҳолсизлик, тез чарчаш, жисмоний ривожланишдан биров орқада қолиш кузатилади. Асосий шикоятлари совуқ ва салқин ҳавода пайдо

бўлувчи даврий ёки доимий йўтал ҳисобланади. Касалликнинг кўзғалиш даврида ёки касаллик ривожланганда йўтал балғам билан кечади, хансираш кам бўлади, лекин зарарланиш кенг бўлганда ёки касаллик кўзғалиш даврида тинч ҳолатда ҳам кузатилиши мумкин. Объектив кўрикда кўкрак қафаси ассимметрияси, кўрак қафаси экскурсияси чегараланиши кузатилади.

Перкуссияда ателектатик бронхоэктазда товуш қисқариши, эмфизематоз турида тимпаник товуш эшитилади. Аускультацияда зарарланган соҳада турли калибрли хириллашлар эшитилади. Касаллик белгилари эрта аниқланиб, ўз вақтида ва тинимсиз консерватив терапия ўтказилганда касаллик енгил ўтади.

суратининг деформацияси ва кучайиши кузатилади.

Бронхоскопия инструментал текширувлар орасида етакчи ўринни эгаллаб, бронхиал дарахт ҳолатини объектив баҳолашга, яллиғланиш жараёнининг тарқалганлиги ва характерини аниқлашга имкон беради.



27-1-расм. Видеофибробронхоскопия. Чапдан бронхоэктазия.

Бронхоэктазнинг асосий рентгенологик белгилари тортмалар, тўрсимон ёки катаксимон шаклда ўпка

Бронхография бронхоэктазда асосий рентгенологик текширувлардан бири ҳисобланади. Бронхография ёрдамида бронхлардаги ўзгариш характерини ва тарқалганлигини аниқлаш мумкин. Бу усул, асосан, беморни операциядан олдин текширишда аҳамиятлидир. Бронхлардаги цилиндрик, қопсимон ва кистасимон кенгайишлар қайтмас ўзгаришлардир (27-2-расм).

Ангиопульмонография — бронхоэктазияларда артериал ёки веноз қон оқими фазасидаги ўзгаришларни

Фибробронхоскопия катта диагностик имкониятларга эга бўлиб, мониторда катталаштирилган тасвирни олиш имконини беради (27-1-расм).

аниқлашга асосланган қимматли диагностик усулдир. Бу усул ёрдамида касалликларнинг тўғма ёки орттирилганлигини, ўпка тўқимасининг зарарланганлик даражасини аниқлаш мумкин.

Кўкрак қафаси КТси денситометрик маълумотларга асосланиб, ўпка паренхимасидаги зарарланиш ўчоғи ҳолатини баҳолашга ёрдам беради. Бронхоэктазнинг эмфизематоз турида ўпка зичлиги нормага етмайди ва — 850,0 дан — 970,0 бирлик ташкил

пальпаторда ёки пальпаторни олиб, қўл билан очиб, кўрув майдонини ҳосил қилиш керак. Яққол чўнтакланиш жараёни амалиётга қарши кўрсатма бўлгани учун амалиёт қандай давом этиш масаласини ҳам ҳал қилиш керак бўлади.

Иккинчи босқич. Иккинчи торакопорт (10 ммлик) оптик тизим ёрдамида 7-ковурга оралиғига ўрнатилади. Бу нуқта оптик тизим учун қулай ҳисобланади. Ўпка илдизидан узок жойлашиб (диафрагмал синусда), биринчидан, плевра бўшлиғини тўлиқ кўриш мумкин, иккинчидан, бошқа асбобларга ҳалакит бермаган ҳолда манипуляция бўлаётган жойга яқинлашиб, тасвирни катталаштириш мумкин.

Учинчи ва тўртинчи торакопортлар (12 ммлик) ўрта ўмров чизиги бўйлаб

Катта эътиборни бўлақлар аро тўсиққа қаратишимиз лозим. Агар бўлақлар аро тўсиқ бўлмаса ёки яхши ривожланмаган ҳолатда бу амалиётни бажариш қийин, ўпка илдизига кириш қийин бўлганлиги сабабли амалиётни бу йўл билан амалга ошириш имкони бўлмаслиги мумкин.

оралиққа, паравертебраль чизик бўйлаб 6-ковурга оралиғига жойлаштирилади. Учинчи торакопорт ковурга ва сўргич оралиғида жойлашиши фақатгина косметик томондан эмас, балки қизларда сут беши жароҳати олдини олиш билан ҳам асосланади.

Торакопортларни тўғри жойлаштириш амалиётни бажариш учун ҳам қулайдир. Бошқа муаллифлардан фарқли ўларок, бизда торакопортлар ромб шаклида жойлаштирилади (27-3-расм).



27-3-расм. Торакопортларнинг ромбсимон жойлашиши.

Ромб шаклида жойлаштиришнинг қулайликлари:

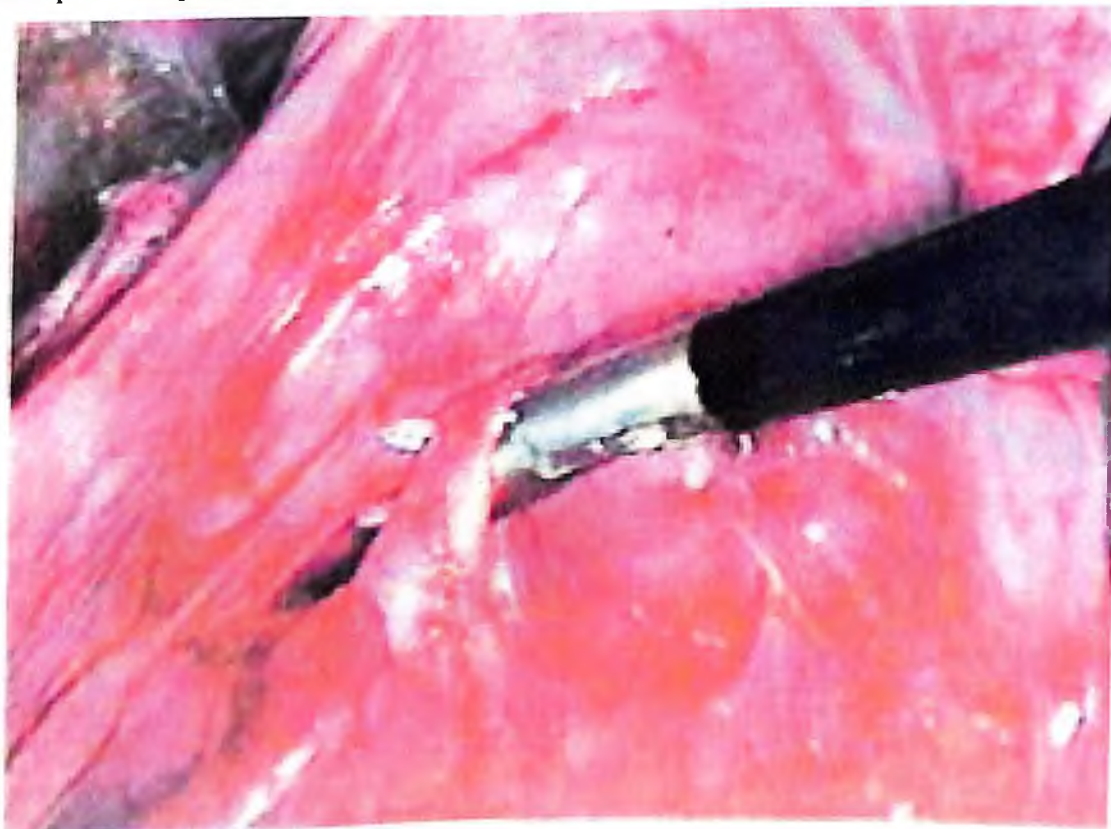
1. Томирлар, бронхлар, ўпка тўқимасига тикувчи мосламаларни турли бурчакда киритиш мумкин.
2. Кўкрак кафасидаги аъзоларни турли позицияларда кўриш мумкин.
3. Ўпка илдизида турли манипуляцияларни бажаришнинг имкони мавжуд.

Учинчи босқич. Энг масъулиятли ва ҳавфли босқич ҳисобланади. Юқори бўлак биринчи торакопорт орқали киритилган Вавсоок тутқичи ёрдамида ушлаб, юқorigа кўтарилади. Пастки бўлак эса учинчи торакопорт орқали киритилган Вавсоок тутқичи билан карама-карши томонга тортилади. Бўлаклар аро битишма тўртинчи торакопорт орқали киритилган

электрод ёки коагулятор ёрдамида бир-биридан ажратилади ва пастки бўлак илдизи очилади.

Эндостеплер яхши кириши учун томир тутами бир-биридан 10 мм масофада мобилизация қилинади. Базал пирамида артерияси ажратилганда VI сегмент ва пастки бўлак артериялари алоҳида мобилизация қилинади ёки базал пирамиданинг умумий тутами ажратилади. Ўпка бўлаклари базал пирамида артерияларини ажратиш ва тикиш жараёнида “ENDO-GIA 30” ёки “EZ-35” (“Auto Suture”, “Ethicon”) дан фойдаланилади.

Пастки бўлак артериялари тикилгач, Вавсоок тутқичларининг ўрни алмаштирилади. Учинчи торакопорт орқали пастки бўлак ушланади ва



27-4-расм. Ўпканинг пастки бўлак артериясини ажратиши.

юқорига кўтарилади. Бунда кардиал бойлам яхши кўринади. Ички қайчилардан фойдаланиб, монополяр режимда кардиал бойлам пастки бўлак венасигача кесилади. Шу билан бир қаторда, артерия ҳам ажратилиб пастки бўлак венага мобилизация қилинади (

27-4-расм).

Артерия ва веналарни кесиш ва тикиш амалиётлари тўғри эндостеплерлар ёрдамида бажарилади, чунки уни тўртинчи торакопорт орқали киритиш қулай (27-5-6-расм).



27-5-расм. Артерияга эндостеплер қўйиши.



27-6-расм. Ўтказиш пастки бўлак артериясини ажратиши.

Кейин пастки бўлак бронхи скелети ясалади. Бунда гемостазга қаттиқ эътибор бериш керак, қон кетиши олдини олиш мақсадида ҳар бир кесилган нарсага алоҳида эътибор бериш керак. Перибронхиал лимфа тугунлари олиб ташланадиган пастки бўлакка иложи борича мобилизация қилинади. Лимфа тугунларининг сурункали яллиғланиш касалликларида барьер функциясини бажармай, чўлтоқ ва плевра бўшлиғининг инфекция манбаи бўлиб хизмат қилгани учун уларни олиб ташлаш керак. Пастки бўлак бронхининг резекцияси ва тикиш амалиёти тўғри эндостеплер ёрдамида бажарилади.

Тўртинчи босқич. Резекция қилинган бўлак 25-30 мм га кенгайтирилиб, биринчи торакопорт орқали олиб ташланади.

27.6. ТИЛСИМОН СЕГМЕНТНИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИК ЙЎЛ БИЛАН РЕЗЕКЦИЯ ҚИЛИШ.

10 ммли торакопорт ўрнатиб, зонд-пальпатор ёки оптик система ёрдамида оптик бўшлиқ ҳосил қилиш билан амалиёт бошланади. Видеокузатув остида бўшлиқ ҳосил қилиш жараёнида биринчи торакопорт ўрнатилади. У орқали коагуляцион диссекторлардан фойдаланиб, ўпка ва тилсимон сегмент битишмалардан ажратилади. Видеокузатув остида паравертебраль чизик бўйлаб 4-5-қовурга оралигига иккинчи торакопорт (12ммли) ўрнатилади. Babcock тутқичи билан тилсимон сегмент ушлаб юқорига

Резекция қилинган бўлакни олиб ташлаш қулай бўлиши учун уни пластик пакетга жойлаштирилади. Плевра бўшлиғига суюқликлар (фурацилин, 0,9%ли NaCl, хлоргексидиннинг сувли эритмаси) юборилади ва ИВЛ аппаратларидан фойдаланиб, аэро ва гемостаз назорат қилиб борилади.

Бешинчи босқич. Амалиёт анъанавий торакотомия сингари плевра бўшлиғига дренаж найча қўйиш билан яқунланади. Найча тўртинчи торакопортга қўйилади. Қўйиш жараёни эндоскопик йўл билан назорат қилинади. Троакар жароҳатлар тугунли чоклар билан тикилади.

кўтарилади. IV ва V сегментларнинг умумий бронхи ажратилади. Тилсимон сегментнинг резекция чегарасини тўғри эндостеплер ёрдамида тикиб, ўпкага ҳаво юбориб, аниқланади. Резекция қилинган қисмлар плевра бўшлиғидан бирор торакопорт йўли орқали олиб ташланади. Тилсимон сегмент кичик бўлганлиги учун олиб ташлашда кийинчиликлар бўлмайди. Бунда ҳам пластик пакетлардан фойдаланилади. Аэро ва гемостаз текширилгач, дренаж найча қўйиш билан амалиёт яқунланади.

27.7. ПАСТКИ БЎЛАКНИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ УСУЛИ БИЛАН ОЛИБ ТАШЛАШ АМАЛИЁТИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.



27-7-расм. Бронхга чизиқли эндостеплер қўйиши.



27-8-расм. Кесилган бўлакни олиб ташлаш.

Ўнг пастки бўлакни видеоторакоскопик резекцияси ўзига хосликларга эга. Улардан энг муҳимлари пастки бўлак венасининг қисқалиги ва резекция чегарасини аниқлаш қийинлигидир. Пастки бўлак венасини ўз тармоқлари бўйлаб мобилизация қилиш керак. Венани кесиш ва тикиш мобилизация қилинган вена остидан эндоретрактор браншлари эркин ўта

олганида тўғри эндостеплер ёрдамида бажарилади (27-7-расм). Резекция чегарасини тўғри белгилаш учун бронхнинг пастки бўлакдан ўрта бўлаккача бўлган қисми модификация қилинади ва ундан юқорида жойлашган қисмларига ҳаво юбориб кўрилади. Узун чўлтоқ синдромининг олдини олиш учун эндостеплерни тўғри жойлаштиришга эътибор бериш керак (27-8-расм).

28- Боб.

ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИ

Эмпиема (грекчадан *empyema* – бўшлиқларга йиринг тўпланиши) организмнинг бирор берк бўшлиғида ёки кавак аъзосида йиринг тўпланиши. Эмпиемани абцесдан фарқлаш лозим (абцес – тўқималарнинг ўчоқли йиринглаши натижасида ҳосил бўлган йирингли бўшлиқ). Плевра эмпиемаси –

плевра бўшлиғининг оғир яллиғланиш жараёни бўлиб, унда йиринг тўпланиши, йирингли интоксикация ва нафас етишмовчилиги белгилари бўлади. Катталарга нисбатан болаларда бу касаллик кўп учрайди. Плевра эмпиемаси 90 % дан ортиқ ҳолатларда стафилококкли инфекциянинг оқибати ҳисобланади.

Классификацияси. Эмпиеманинг 3 та морфологик босқичи фарқланади:

- I босқич. Экссудатив ёки ўткир босқич-плевра бўшлиғида кам миқдордаги суюқлик (pH 7,2 дан паст) йиғилиши билан характерланади, уни кўкрак қафасидан осон олиб ташлаш мумкин.

- II босқич. Фибриноз- йирингли босқич кўп сонли полиморф ядроли хужайралар ва фибрин тўпламлари

Этиология ва патогенези. Плевра

эмпиемаси кўп ҳолларда иккиламчи жараён бўлиб, ўпкада яллиғланиш жараёнининг оқибати ва асорати сифатида ривожланади. Плевра бўшлиғига инфекция тушиши ўпкада патологик жараён бўлганда абцесснинг плеврага ёрилиши, шунингдек, контакт ва лимфоид йўллар билан амалга ошади. Инфекция тушишининг биринчи йўли кўп учрайди. Септикопиемияда йирингли ўчоқ

ҳосил бўлиши, плевра суюқлигининг pH 7,2дан паст, глюкоза миқдори 6,2 ммоль/л дан паст бўлиши, кўплаб чегараланган бўшлиқлар пайдо бўлиши билан характерланади.

- III босқич. Ташкилий босқичда экссудат қуюқлашади, фибрин эса фибробластларга шимилиб, ўпка тўқимасининг йирингли эришини чегараловчи зич парда ҳосил қилади.

метастазланиши ва кўкрак қафаси аъзолари зарарланганда плевра яллиғланиши ҳам кузатилиши мумкин. Плевранинг бирламчи инфекцияланиши – кам учрайдиган ҳолатдир. Плевра эмпиемасини кўп ҳолларда *Staphilococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* чақиради. Шунинг эътиборига олиш лозимки, плевра бўшлиғидан олинган экмалар 30-35 %да манфий натижа беради.

28.1. КЛИНИКА ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Клиник белгилари кўйндагиларга асосланган:

1. Плевра бўшлиғидаги суюқлик ҳисобига ўпканинг эзилиши натижасида ўпка катта юзасининг нафасда иштирок этмаслиги.
2. Плевра бўшлиғида йиринг йиғилиши билан токсик маҳсулотлар сўрилиши ҳисобига интоксикациянинг кескин ортиши кузатилади.

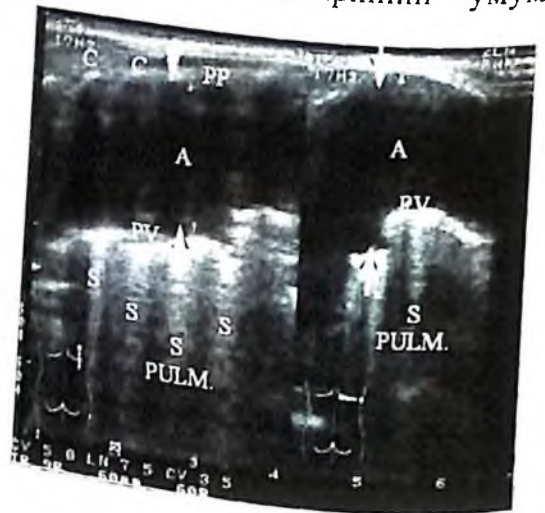


28-1-расм. Плевра эмпиемаси билан тушган беморнинг обзор рентгенограммаси



28-3-расм. 2-босқичдаги плевра эмпиемасининг сонографик манзараси.

Клиник жиҳатдан интоксикация ҳолсизлик, апатия, иштаҳа пасайиши, кечкурунлари тана ҳароратининг ортиши (ҳарорат эгри чизигининг гектик характерда бўлиши) билан намоён бўлади. Плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиб бориши билан хансираш, тери қопламлари цианози кучайиб боради. Обьектив текширилганда, кўкрак қафаси зарарланган қисмининг нафас актида ортида қолиши, перкуссияда перкутор товушнинг қисқариши, аускультацияда – нафас ўтказувчанлигининг сусайиши аниқланади. Плевра эмпиемасини аниқлашда асосий инструментал текширув усули – рентгенологик усул. Кўкрак қафаси аъзоларининг умумий



28-2-расм. 1-Босқичдаги плевра эмпиемасининг сонографик манзараси. PP-париетал плевра; А-анэхоген зона.

рентгенографиясида плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиши гомоген сояланиш сифатида намоён бўлади (28-1-расм). Бироқ бу усул ёрдамида кўкрак қафасидаги суюқликнинг тахминий ҳажми ва характерини аниқлашнинг имкони йўқ. Шу сабабли нур диагностикасида замонавий бўлган УТТ ва КТ катта аҳамиятга эга.



28-4-рasm. 3-босқичдаги плевра эмпиемасининг сонографик манзараси.



28-5-рasm. Бемор КТ тасвирида плевра эмпиемасининг III босқичи.

Плевра эмпиемасининг асосий эхографик белгиси – плевра варақларидан бир жинсли ёки бир жинсли бўлмаган эхонегатив плевра бўшлиғида эркин тарқалган бир жинсли эхонегатив суюқликнинг борлиги. Плевра эмпиемасининг фибриноз-йирингли босқичи учун эса суюқликдаги қўшилмаларнинг миқдорига боғлиқ холда кўп сонли майда сигналлар ҳисобига бир жинсли бўлмаган структура характерлидир. Бундан ташқари, плевра варақларининг

ўртача қалинлашиши кузатилади (28-3-рasm).

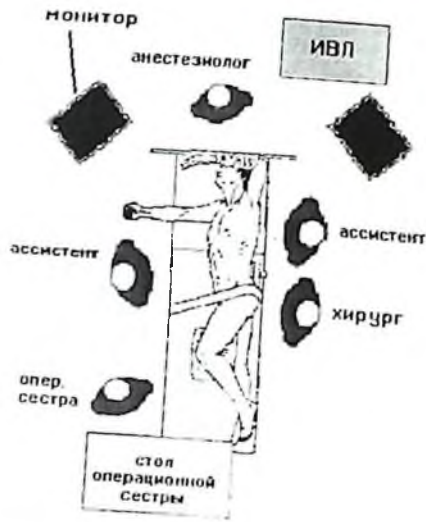
Плевра эмпиемасининг шаклланиши босқичида плевра бўшлиғида суюқлик фонида чизикли эхоструктура кўринишдаги фибрин иплари ва швартлар (чандиқлар) кўринади. Улар эркин плевра бўшлиғини катакчаларга бўлиб, структураси жиҳатдан асалари уясини эслатади (28-4-рasm).

Плевра бўшлиғи ҳолатининг объектив манзарасини олиш, ўпка сиқилишига олиб келган плевра бўшлиғидаги суюқлик локализациясини аниқлаш, касаллик босқичини аниқлашга КТ ёрдам беради. Плевра бўшлиғидаги суюқлик зичлигини Хаунсфилд бирликлари бўйича аниқлашга мумкин. Экссудация босқичидаги эмпиемада бу кўрсаткич 15-20 бирликка, фибриноз-йирингли босқичда – 20 дан 40 гача, ташкилий босқичда 40 ва ундан юқори бирликка тенг (28-5-рasm).

Инструментал-нур диагностикаси плевра эмпиемасининг турли хирургик даво усулларида бўлган кўрсатмаларини аниқлаш имконини беради.

Даволаш. Плевра эмпиемасини хирургик даволашдан мақсад-плевра бўшлиғидаги суюқликни адекват равишда дренажлаш, шунингдек, ўпка тўқимаси ҳажмининг тўлиқ тикланишини таъминлаш. Бунга такрорий пункциялар йўли билан ёки микроторакоскопия йўли билан плевра суюқлиги актив ёки пассив аспирациясини ўрнатиши орқали плевра бўшлиғини дренажлаш йўли билан эришиш мумкин.

Плевра эмпиемасини даволашнинг ушбу хирургик усули касалликнинг



28-6-расм. Операцияда тиббий ходимларнинг жойлашиши.

биринчи боскичида кўпинча яхши

28.2. ВИДЕОТОРАКОСКОПИК ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛИ

Операция умумий анестезия остида, ўпкаларнинг алоҳида интубацияси билан ўтказилади. Бу ҳолат ҳаракатсиз коллабирланган ўпкада хирургнинг



28-7-расм. 1-троакардан пальпация қилиши учун зонд юбориши.

натижа беради. Эмпиеманинг фибриноз-йирингли ва шаклланиш боскичларида плевра бўшлиғини ёпик дренажлаш баъзида яхши натижа бериши мумкин. Плевра эмпиемасини II-III боскичларида катталар хирургиясида хирургик даволашнинг анъанавий усули-торакоскопик декорткация ва плевролиз билан ёки очик дренажлаш ҳисобланади. Бу усуллар асоратларнинг кўплиги ва юқори жароҳатлилик хусусиятига кўра болалар хирургиясида кенг қўлланилмайди. Клиник амалиётга видеотороскопиянинг киритилиши плевра эмпиемасининг II ва III боскичларида хирургик даволашга кўрсатмаларнинг кенгайтишига имкон берди.

ишлаши учун оптимал шароит яратиб беради. Бемор соғлом томонга ёнбошлатилади, кўпинча юқорига ётқизилади. Операция 2 хирург томонидан амалга оширилади. Асосий хирург беморнинг орқа томонида, ассистент эса қарама-қарши томонда жойлашади (28-6-расм).

Плевра бўшлиғига кириш плевра эмпиемасидаги тўқималарнинг яллиғланганлиги сабабли қийинчилик туғдиради. Хирург бу ҳолатда жуда эҳтиёткор бўлиши керак. Кўкрак қафасида тешиқлар бўлмаганда биринчи 10 ммли торакопорт очилади. Оптик системаси учун курак бурчаги соҳасига (орқа қўлтик ости чизиги бўйича IV-V ковурагалар оралиги) киритилади. Плевра бўшлиғида дренаж найча бўлса у оқим

микроторакотомик кесма орқали торакопорт киритилади. Шу йўл орқали 10 ммли тўмток зонд –пальпатор киритиб, эҳтиёткорлик билан ўпкани плеврадан ўтмас йўл билан ажратилади. Шу йўл билан кўкрак қафасида торакопорт атрофида минимал даражадаги оптик масофа яратилади (28-7-расм).

Сўнг оптика киритилиб, плевра бўшлиғи текшируви ва оптик масофа

кенгайтириди. Ишчи торакопортлар фақат видео-назорат остида ўрнатилади, бу билан эса ўпкадаги яллиғланган паренхима ва диафрагма жароҳатлашининг олди олинади. Визуал назорат остида ўпкани максимал ажратиш мақсадида барча чандиклар бартараф қилинади. Parietal ва висцерал плеврадан қалинлиги 2 дан 10 ммгача бўлган желесимон йирингли-фибриноз парда механик тарзда олиб ташланади (28-8-расм).



28-8-расм. Parietal ва висцерал плеврадан йирингли фибриноз

Бу муолажа яллиғланган плеврага максимал авайловчи таъсир этиш мақсадида юмшоқ эндокистиклар билан амалга оширилади. Ўпкада аниқланган

абсцессларни эндоигналар билан ёки йўғон пункцион игна билан кўкрак девори орқали (видео-назорат остида) пункция қилиш лозим (28-9-расм).



28-9-расм. Кортикал абсцесснинг пункцияси.

Кортикал абсцесс унинг капсуласини кесиш орқали очилади (28-10-расм). Асосий ҳолларда абсцесс очилганда майда оқмалар аниқланади. Бу ҳолат оператив аралашувнинг асорати ҳисобланмайди, оқманинг бўлиши ўпка тўқимасининг абсцесс бўшлиғи деструкцияси билан боғлиқ.

Шуни таъкидлаш лозимки, плевра, пиемасида бронхоплевраль оқмаларнинг бўлиши видеоторакоскопия учун қарши кўрсатма бўла олмайди.

Амалиётдан кейинги даврда плевра бўшлиғи дренажланганда ва актив ёки



28-10-расм. Кортикал абсцесси батомом очилди.

пассив аспирация усуллари
 қўлланганда, оқмалар қисқа муддатда
 ёпилади. Амалиёт охирида плевра
 бўшлиғи антисептик эритмалар билан
 ювилади. Плевра бўшлиғини
 дренажлаш троакар киритиш

йўлларида бири орқали бажарилади
 Амалиёт видеоназорат остида ўп
 ҳажмини тиклаш мақсадида ўпка
 форсирланган шишириш била
 яқунланади

28.3. ПЛЕВРА ЭМПИЕМАСИДА ТОРАКОСКОПИК АРАЛАШУВНИНГ МАҚСАДГА МУВОФИҚЛИГИ

Плевра эмпиемаси замонавий
 антибактериал воситаларнинг кенг
 қўлланишига қарамасдан, кенг
 тарқалган патология ҳисобланади ва
 летал оқибатнинг сабабларидан бири
 ҳисобланади. Плевра эмпиемасини
 хирургик даволашнинг муҳим
 принциплари – ўз вақтида плевра
 бўшлиғини дренажлаш ва ўпка
 фаолиятини яхшилаш мақсадида унинг
 тўлиқ тикланишини таъминлаш. Плевра
 пункциялари ва плевра бўшлиғини ёпиқ
 дренажлаш касалликнинг I экссудатив
 босқичида эффектив ҳисобланади.
 Плевра эмпиемаси II ва III босқичларга
 ўтиши кўнчилик муаллифларнинг
 фикрича, оператив даволанишга
 кўрсатма ҳисобланади. Шубҳасиз,
 анъанавий торакотомиянинг юқори
 жароҳатлилик хусусияти кўпчилик
 хирургларни чеклаб қўяди.

Плевра бўшлиғини
 видеоторакокопик санацияси плевра
 эмпиемасининг II ва III босқичларида
 эффектив хирургик даволаш усули
 ҳисобланади. Ҳозирги кунда ушбу
 касалликни видеоторакокопик
 даволашнинг афзалликлари –
 амалиётдан кейинги ноқулоқликнинг
 камлиги, яхши косметик натижа ва
 амалиётдан кейинги стационар
 даволаниш муддатларининг
 қисқарганлиги – баҳсга ўрин йўқ, чунки
 бу етарлича текширувлар ёрдамида
 исботланган. J.Rodriguez фикрига кўра,
 ушбу амалиётни ўтказишнинг оптимал
 муддати плевра эмпиемасининг
 фибриноз – йирингли босқичи
 ҳисобланади.

29- БОБ.

БОЛАЛАРДА ЎПКА ЭХИНОКОККОЗИ

29.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Ўпка эхинококкози тиббиёт ва халқ хўжалигида жиддий муаммоларга олиб келувчи оғир паразитар касалликлардан биридир. Ёмон санитар эпидемиологик муҳит билан боғлиқ ҳолда эхинококкоз

билан касалланган беморлар сони йилдан-йилга ортиб бормоқда. Эхинококкоз касаллиги 30-53% ҳолларда ўпка тўқимасида жойлашади.

Классификацияси. А.В.Мельников (1935й.) таснифи кенг тарқалган бўлиб, унинг клиник кечиши: 1.Бошланғич (симптомсиз) паразит инвазияси биринчи клиник белгилари намоён бўлгунча давом

этади. 2.Асоратланмаган кисталар учун характерли бўлган симптомларнинг намоён бўлиш босқичи. 3.Асоратлар босқичи (йиринглаш, перфорация, эхинококк кистасининг оҳакланиши).

Этиология ва патогенези. Эхинококкоз кўзгатувчиси *Echinococcus granulosus* бўлиб, улар жинсий етилиш босқичида йирткич ҳайвонлар—ит, бўри, шоқолларнинг ингичка ичагида личинка бўлиб, йирик ва майда шохли молларда, одамнинг аъзо ва тўқималарида паразитлик қилади. Паразит шунингдек, сут эмизувчиларнинг 70 хилида мавжуд.

Одам, одатда, ҳайвонлар билан бевосита алоқада бўлганда уларнинг ифлосланган юнги орқали зарарланади. Кам ҳолларда одамларнинг нафас йўллари орқали-аэроген зарарланишлар кузатилади. Кўпинча ўнг ўпка зарарланади.

29.2. АНЪАНАВИЙ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

Клиникаси ва тапхислаш. Узок вақт давомида касаллик белгиларсиз кечади. Беморлар, асосан, умумий ҳолсизликка, иштаҳа пасайишига, қуруқ йўтал

хуружларига, хансираш ва кўкрак қафасидаги оғрикларга шикоят қилади. Эхинококк кистаси асоратлари умумий аҳволнинг оғирлашиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, аллергия реакциялар, нафас

Барча амалиётларда операция гуруҳи хирург ва иккита ассистентдан иборат бўлиши керак. Гуруҳ аъзоларининг барчасига қулай бўлиши учун иккита монитор бўлиши керак. Биринчи торакопорт ва оптик асбоб кистадан максимал узокликда жойлаштирилади. Плевра бўшлиғи ревизияси ва битишмалар очилгач, киста кидириб топилади. Одатдагидай видеоторакоскопияда гидатидоз эхинококк кистаси учун типик

симптомакомплекс-оқиш фиброз парда, маҳаллий битишмалар ва кулранг ателектаз топилади (29-1-расм). Кейин учта троакар киритилади.

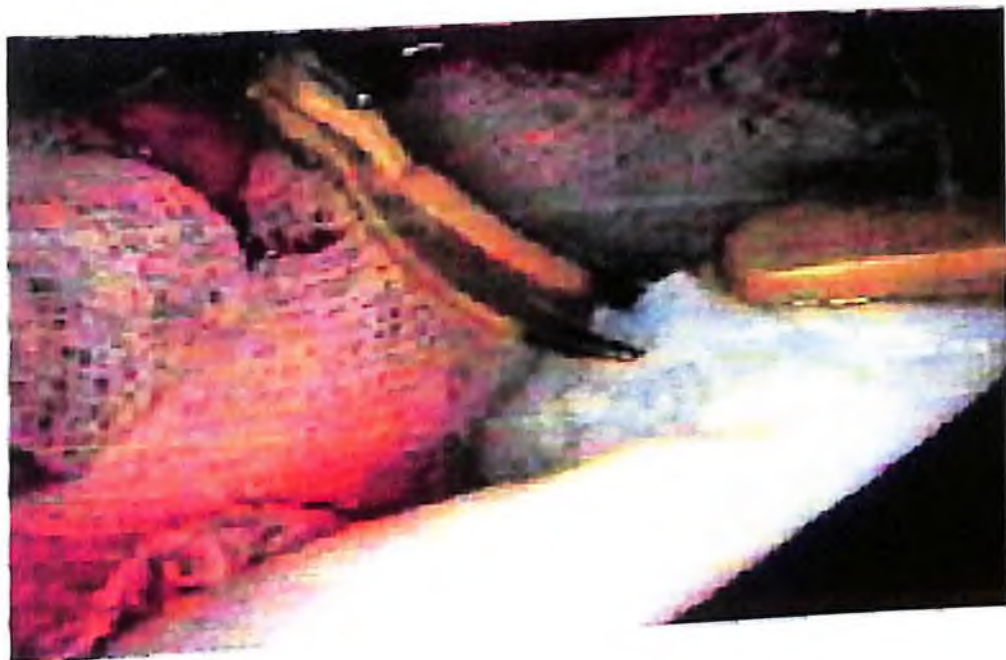
Анти ва апаразитар жарроҳликка амал қилиш мақсадда киста формалин шимдирилган сальфеткалар билан ўралади. Кейин узун ва кенг игна кистанинг кўкрак қафаси деворига энг яқин нуқтасидан киритилади (расм 29-2).



29-2-расм. Тери орқали эхинококкоз кистасининг пункцияси.

Игна орқали электросўргич ёрдамида киста бўшлиғидаги масса сўриб олинади. Бир вақтда пункция соҳасига плевра бўшлиғини киста суюқлиги билан зарарланиш олдини олиш мақсадида эндоскопик аспиратор киритилади. Олинган суюқлик эхинококк бошчалари мавжудлигини аниқлаш мақсадида экспресс текширувга юборилади. Кейин бўшлиққа 10 минут давомида формалин ва глицериндан иборат антипаразитар суюқлик юборилади. Сўнгра суюқлик чиқариб ташланади, игна олинади, пункция соҳаси Граспер қисқич билан ушланади. Кейин фиброз парда коагуляция электрод ёрдамида ажратилади (29-3-расм). Киста

бўшлиғига аспиратор киргизиб, қолдик суюқлик олиб ташланади. Хитин пардани фиброздан секинлик билан ажратилади. Сўнгра киста бўшлиғига кенг (18 ммгача) торакопорт киргазилади. Хитин пардасини Watcock ёки Endolung қисқичи билан ушлаб олинади ва ташқарига ажратиб олинади. Киста бўшлиғига торакопортни тўғри киргизиш муҳим бўлиб ҳисобланади: плевра бўшлиғини хитин парда билан алоқасини йўқотиш учун торакопортнинг дистал охири унинг бўшлиғида бўлиши керак (29-4-расм). Торакопорт орқали киста бўшлиғи кўшимча санациясини антипаразитар композиция билан ўтказиш зарур.



29-3-расм. Киста фиброз капсуласини ажратилиши.



29-4-расм. Хитинли қопламани олиб ташлаш мақсадида киста бўшлиғига торакопорт киритилиши.

Сўнгра фиброз капсула ўпка нормал тўкимасининг чегарасигача кесилади ва оптик система ёрдамида киста бўшлиғи кўрилади. Сифатли видеотасвир борлиғи майда кисталарни аниқлаш ва олиб ташлаш

имкониятини беради. Шу билан бирга, гидатидоз кумнинг аниқланиши цисталар очилганлигидан далолат беради. Киста бўшлиғи видеоскопиясида кичик бронхиал окмаларни кўриш ва бартараф этиш мумкин. Бу босқичда анестезиолог



29-5-расм. Эхинококк киста фиброз бўшлигининг видеоскопик кўриниши.

беморни бир томонлама ўпка вентилициясига ўтказди, хирург эса аэроостазни бошқаради. Бизнинг катта бўлмаган малакамиз шуни кўрсатадики, бунда эндоскопик қўл чокини қўллаш мақсадга мувофиқ. Эндоскопик капитонаж, қилиш ҳам мумкин, лекин бу амалиётнинг муҳим босқичи эмас. Киста бўшлиғи кенг найча билан дренажланади. Плевра бўшлиғи антисептик эритмалар билан ювилади ва алоҳида кириш йўли орқали дренажланади. Торакопорт киргизилган тешиклар тикилади. Видеоторакоскопик амалиётни асоратланмаган ва периферик тарқалиши унча катта бўлмаган (50 мм) эхинококк кисталарида қўллаш мумкин. Катта бўлган (60-70 мм) ва ўпка тўқимаси паренхимасида чуқур тарқалган эхинококк кисталарида, бронхиал окмаларни тикишда техник қийинчиликлар бўлганда видеоассистирланган операция қилиш мумкин. Бу технология кам травматик ва катта гидитидозли кисталарнинг хирургик коррекциясини адекват бажариш мумкин.

Ўпка эхинококкозини торакоскопик усулда бартараф қилиш бир қатор хоталар кузитилиши мумкин

- беморнинг умумий ва касаллиги етарлича таххисланмаганлиги
- Торакоскопияга кўрсатма ва қарши кўрсатмани тегишлича ўрганилмаганлиги
- торакоскопик усулни ва хирургнинг имкониятларини баҳоламаслик
- ноадекват огриксизлантиришни танлаш
- троакарларни жойини нотўғри танлаш
- операция вақтида катта қон томирлар жарохати
- операция вақтида эхинокок кистаси бронхлар билан окма ҳосил қилган бўлса суюқлик ёки қон бронхлар орқали иккинчи ўпкага ўтиб аспирация чақириси
- Эхинококк кистаси суюқлиги диссеминацияси анафилактияга ва кечки даврда яна кисталар ҳосил бўлишига олиб келиши.

30-БОБ.

КЎКРАК ҚАФАСИДАГИ ЁТ ЖИСМЛАР

30.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Турли хил йўллар билан кўкс оралиғи ва плевра бўшлиғига ёт жисм тушиши болалар ёшида кам.

Классификацияси

Ёт жисм кирган ва жойлашган жойига қараб:

- плевра бўшлиғи ёт жисми
- олд ва орқа кўкс оралиғи ёт жисми
- перикард ёт жисми

Этиология ва патогенези

Кўкрак қафасига ёт жисм кўкрак қафаси ташқаридан жароҳатланиб кириши ёки кўкрак қафасида хирургик аралашув оқибатида юзага келиши мумкин.

30.2. АНЪАНАВИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Клиник диагностика ва **кўриниши** —бемор кўкрак қафасида оғриққа шикоят қилади, кўпинча бемор ёки унинг ота-онаси кўкрак қафасидан жароҳат олганлигини тасдиқлаб туришади. Трахея ва кизилўнгач ёт жисмида уларнинг жароҳатланиши билан бирга гипертермия, нафас олишнинг кийинлашиши, дисфагия, қайт қилиш, безовталик, умумий аҳволининг ёмонлашуви кузатилади. Баъзида касаллик симптомларсиз кечади.

Кўрик вақтида бемор олган жароҳатнинг чуқурлигига шифокор этибор бериши зарур. Жароҳат атрофи пальпациясида эмфизематоз крепитацияси аниқланиши мумкин. Аускультацияда зарарланган томонда



30-1-расм. Кўкрак қафаси умумий рентгенограммаси. Ўнг плевра бўшлиғидаги ёт жисм.

нафас эшитилмаслиги ёки хириллашлар эшитилиши мумкин. Кўкрак қафаси умумий рентгенограммасида кўкрак қафаси ёт жисми аниқланади. (30-1-расм).

Давоси

Ҳар доим оператив йўл билан даволанади. Торакотомия амалга оширилади, кўкрак қафаси тафтиш қилинади, кўкрак қафаси ичида қон кетиш манбаи аниқланиб, бартараф

Қўшимча текшириш усуллари сифатида эзофагоскопия, бронхоскопия ва кўкрак қафаси КТ текшируви ташхисни аниқлашда ёрдам беради.

этилади, ёт жисм ҳам аниқланади ва олинади. Жароҳат қаватма-қават тикилади ва плевра бўшлиғи дренажланади.

Кўкрак қафаси ичидаги ёт жисмнинг торакоскопик диагностикаси ва давоси

Ҳозирги кунда ривожланиб бораётган кам инвазив эндоскопик хирургия торакоскопия йўналиши

бўйича афзалликлари кам инвазивлиги ва юқори даражадаги маълумотларни беришини таъкидлаб ўтиш жоиздир.

30.3. Торакоскопия услуби

Торакоскопия амалиёти умумий наркоз остида, СНО (ИВЛ) аппарати билан, амалиёт ўтказилаётгандан ўпканинг нафас олишда қатнашмаслигини таъминлаб, бемор соғ ўпкаси томонга ётган ҳолда ўтказилиши керак (30-2-расм).

Очик пневмотораксда кўракнинг пастки бурчагидан торакопорт видеосистемаси билан биргаликда киритилади. Кейинги иккита ёки учта торакопортлар (жароҳатнинг хусусияти ва ҳолатига қараб,) учта бурчак ҳосил қилиб киритилади. Плевра бўшлиғида қон ёки йиринг аспирация қилинади. Қон кетиш манбаи аниқланса,



30-2-расм. Диагностик торакоскопияда беморнинг ҳолати.

монополяр каогуляцияда қон кетиши бартараф этилади. Зарурият бўлганда, клипса ёки интракорпорал чок қўйилади. Ёт жисм аниқланса, ўтмас йўл билан атроф тўқималардан ажратиб олинади. Кўкс оралиғи ёт жисмида ўтмас учли грасперлар билан кўкс

оралиғи очилиб ёт жисм олинади (30-3-расм). Ёт жисм ўлчами каттароқ бўладиган бўлса, троакар кирган жойдан миниторакотомия қилинади (30-4-расм). Операция плевра бўшлиғини санация ва дренажлаш билан яқунланади.



30-3-расм. Чап плевра бўшлигидаги ёт жисм (хирургик игна) ни торакоскопик олиши.



30-4-расм. Кўкрак қафасидаги ёт жисмни олиш учун миниторакотомия.



30-5-расм. Ўнг плевра бўшлигидаги ёт жисм (дренаж найча қолдиги) нинг торакоскопик кўриниши.



30-6-расм. Ёт жисмнинг торакопорт ёрдамида олиниши. Дренаж найча қолдиги.



30-7-расм. Плевра бўшлигидан олинган ёт жисм. Хирургик ниша.

31- БОБ. ДИАФРАГМАЛ ЧУРРАЛАР

31.1. ДИАФРАГМА РЕЛАКСАЦИЯСИ ВА ЧИН ДИАФРАГМА ЧУРРАСИНING КОРРЕКЦИЯСИ

Кириш

Диафрагмал чурра-корин бўшлиғи аъзоларини табиий ёки патологик тешиклар орқали кўкрак қасасига ўтиши. Диафрагмал чурра болаларда

эмбрионал даврда диафрагмани нормал ривожланишининг бузилиши оқибатида келиб чиқади (31-1-расм).



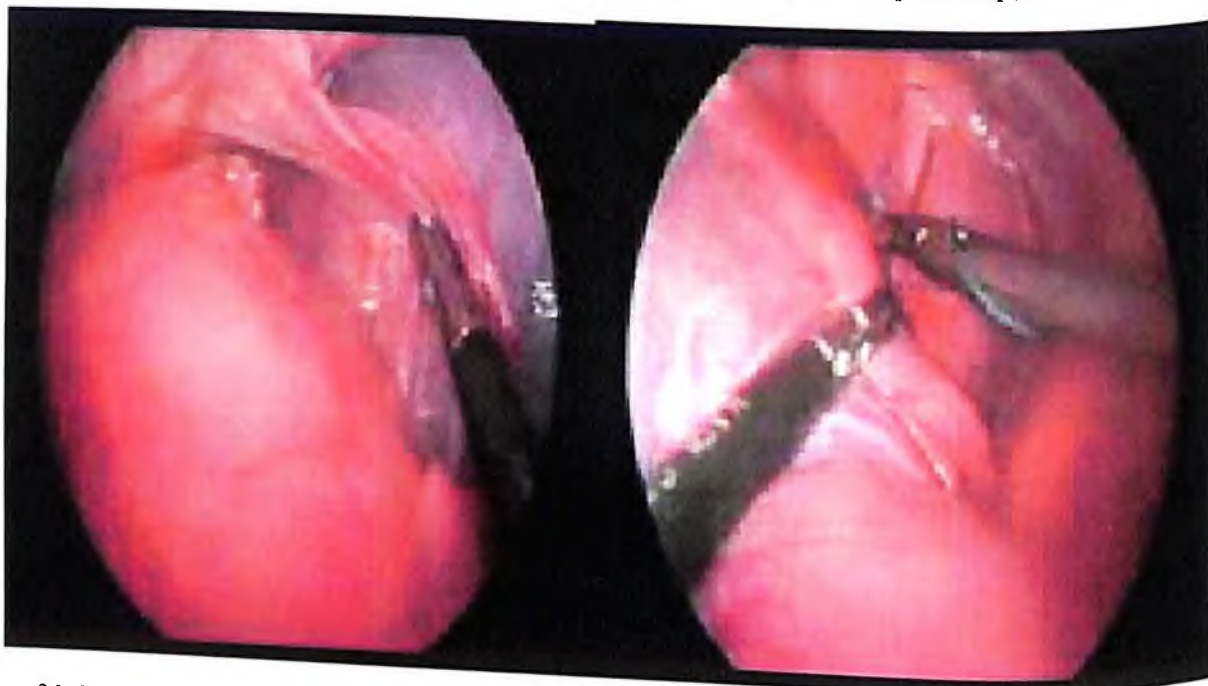
31-1-расм. Диафрагма релаксациясининг рентгенограммаси.



31-2-расм. Диафрагма релаксациясининг торакоскопик кўриниши.

Диафрагмал чуррани даволаш, асосан, янги туғилган болаларда хирургия, анестезиология ва реаниматологиянинг муаммоси бўлиб келмоқда. Торакоскопиянинг ривожланиши муносабати билан

диафрагмал чуррани эндохирургик усулда бартараф қилиш имкониятини берди. 1995 йил биринчи марта 6 ойлик беморда диафрагмал чуррани торакоскопик йўл билан бартараф қилинди (31-3-4-расмлар).



31-3-расм. Диафрагма релаксациясининг торакоскопик операцияси кўриниши. Бирламчи йиғувчи чоклаш.



31-4-расм. Диафрагма релаксациясининг торакоскопик операцияси. Бирламчи йиғувчи чоклаш.

Чин диафрагмал чурра- диафрагма яхши ривожланмаган қисмдан қорин бўшлиғи аъзоларини қорин бўшлиғи босими натижасида кўкрак қафаси аъзолари томон сурилиши, чурра доим ўз чурра ҳалтасига эга бўлади.

Диафрагма тўқимасининг юпқалашиб қолиши диафрагма релаксациясидан дарак беради. Диафрагма релаксацияси диафрагма нервининг жароҳати ёки диафрагма мушакларининг туғма патологияси ҳисобига юзага келади.

Клиника ва диагностикаси

Чин диафрагма чурранинг клиник белгилари юзага келишида кўкрак қафаси аъзоларини қанчалик босилишига боғлиқ бўлади. Чин диафрагма чурранинг клиник белгилари кўпроқ 3 ёшгача, баъзан янги туғилган чақалоқларда юзага чиқади. Клиник белгиси цианоз ва ҳансирашдир. Ёшидан ошган бола овқат егандан сўнг қоринда ва кўкрак қафасида нохушлик ҳис этади. Диафрагма релаксациясида клиник белгилар яққол юзага чиқмаслиги мумкин, белгилар юзага чиқса, ўсишдан орқада қолади, тахипноэ, кўнгил айниши, қусиш, баъзида нафас бузилиши бузилиб, беморни ИВЛга ўтказиш зарурати келиб чиқади. Чин диафрагма чурраси ва диафрагма релаксациясини аниқлашда асосий ўринда

турадиган текшириш -рентгенограмма. Рентгенограммада кўкрак бўшлиғида қорин бўшлиғи аъзолари (жигар, талок, ичаклар) сояси аниқланади. Чурра таркибий қисмини аниқлаштириш мақсадида контрастли рентгенограмма текширилади, пассаж ёки ирригография қилинади.

Диафрагма релаксацияси рентгенограммасида диафрагма ёйи 2-3-қовурғалардан юқори жойлашиши аниқланади.

Диафрагма чуррасида кераклигича маълумот берадиган текширув усуллари КТ ва УТТ ҳисобланади.

Операцияга кўрсатма

Диафрагмал чурра ва диафрагма релаксациясини эндохирургик даволашга

кўрсатмалар анъанавий даволаш усули кўрсатмаларидан фарқ қилмайди.

31.2 ОПЕРАЦИЯ УСУЛИ.

Торакоскопик пластика амалиёти умумий наркоз остида, СНО (ИВЛ) аппарати билан,

амалиёт ўтказилаётган ўпка нафас олишда қатнашмаслигини таъминлаб, бемор соғ ўпкаси томонга ётган ҳолда ўтказилиши лозим.

Операция босқичлари:

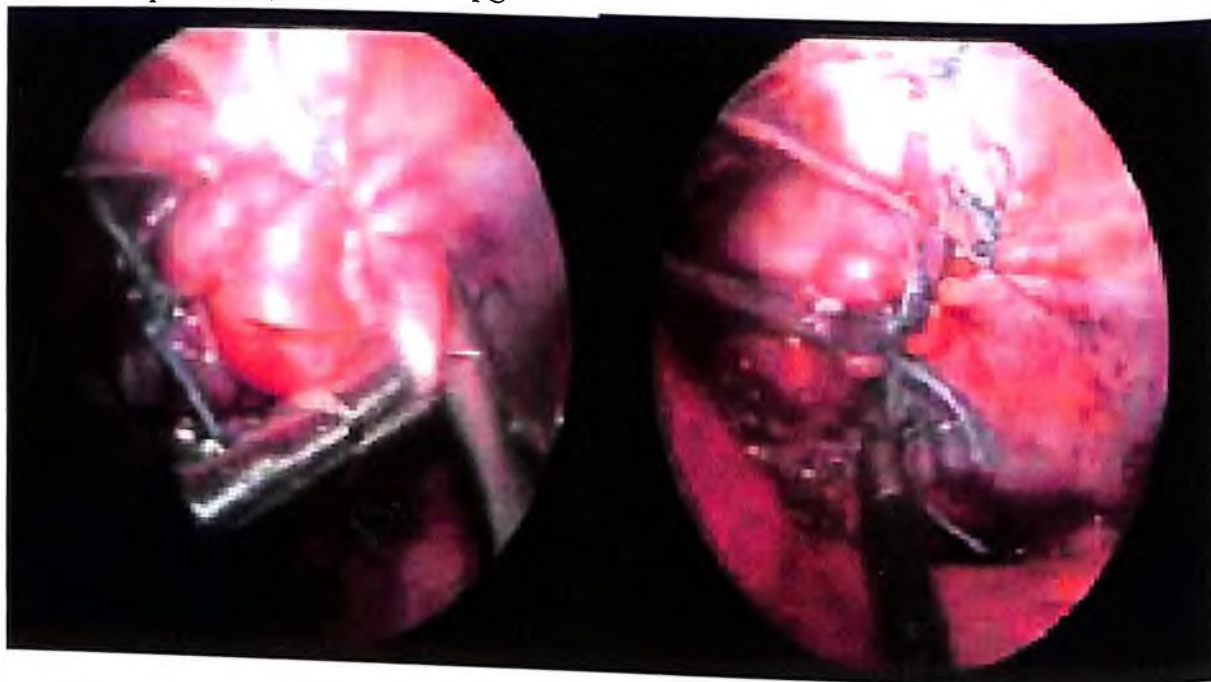
- плевра бўшлиғи тафтиши
- чурранинг таркибий қисмини қорин бўшлиғига тўғрилаш
- диафрагмага чок кўйиш

-плевра бўшлиғини дренажлаш.

Диафрагмал чурранинг ТС пластикасида 3та троакар ишлатилади. Биринчи троакар 3.5 ёки 4.7 ммлик эндоскоп учун. Иккинчи ва учинчи троакарлар 3.5 ёки 4.0 ммлик асбоблар учун. Биринчи троакар куракнинг пастки бурчагидан киритилади. Қолган иккита троакар 4-5-қовурғалар оралигидан олд қўлтиқ ости чизик ва орқа қўлтиқ ости чизик бўйлаб киритилади. Стандарт бўйича плевра бўшлиғига 6-8 мм сим.уст. газ

юборилади. Плевра бўшлиғида газ босими юқори бўлиши ҳисобига чурранинг таркибий қисми қорин бўшлиғига тўғриланади ва диафрагма тўқимасига 2/0 ёки 3/0 Ethibond ип ёрдамида йиғувчи чок қўйилади. Диафрагма тўқимасини йиғувчи чоклашда қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатлаб қўйишдан эҳтиёт бўлиш зарур. Диафрагма тўқимасида мушаклар валиги суст ривожланган бўлса, диафрагма четлари кўкрак қафасига тикилади. Диафрагма релаксациясини ТС

пластикасида диафрагмал чурра ТС пластикаси каби бемор соғ томонга ётади. 4-5-ковургалар оралиғидан 3 та троакар жойлаштирилади ва диафрагма тўқимасига 2/0 ёки 3/0 Ethibond ип ёрдамида йиғувчи тугунли чоклар қўйилади (31-5-расм). Диафрагмал чуррани ва диафрагма релаксациясини ТС пластикасининг охириги босқичида плевра бўшлиғи тафтиш ва санация қилиниб, дренаж най қолдирилмайди.



31-5-расм. Диафрагма релаксациясининг торакоскопик операцияси. Йиғувчи чоклашдан сўнг кўриниши.

31.3 ПАРАСТЕРНАЛ ЧУРРАНИ ЛАПАРОСКОПИК БАРТАРАФ ҚИЛИШ

Парастернал чурра ковурга тўш суяги бурчагидан кўкс оралиғига чурра ҳалтаси ва унинг таркибий қисми кириб ҳосил бўлади. Парастернал чурра тўш суягининг ўнг ва чап томонида ҳосил

бўлади. Ўнг томондан ҳосил бўлган парастернал чурра Моргани чурраси, деб номланади. Чап томонда ҳосил бўлган чурра Ларрей, деб номланаган.

Клиника ва диагностикаси

Парастернал чурра кўпроқ ёши каттароқ болаларда ва катталарда юзага келади. Бемор эпигастрал соҳада оғрик

ва ноҳушлик хис қилганига шикоят қилади. Баъзида беморда ичак

тутилиши юзага келиб, парастернал чурра аникланади.

Кўкрак қафасининг умумий рентгенограммасида юрак ва диафрагмал бурчакда соя аникланади.

Операцияга кўрсатма

Парастернал чурранинг аникланиши тўғридан-тўғри операцияга кўрсатмадир. Умумжаҳон

Чурранинг таркибий қисмини аниқлаш мақсадида ошқозон-ичак трактида контрастли текширув ўтказилади. КТ ва УТТ текширувлари ташхисни асослашда муҳим ўрин тутади.

эндохирурглари парастернал чуррани лапароскопик йўл билан бартараф қилишни қабул қилганлар.



31-б-расм. Диафрагма релаксациясининг рентгенограммаси (Операциядан кейин 3 кун).

Операция

Парастерналь чурра лапароскопик йўл билан бартараф қилинади.

Операция жараёнинг кетма-кетлиги:

-чурранинг таркибий қисмини қорин бўшлиғига тушириш

-чурра ҳалтасини ажратиш

-диафрагма пластикаси ва қорин бўшлиғи деворига диафрагманинг фиксацияси.

Лапароскопик диафрагмал чуррани бартараф қилишда 3 та троакарларни: 3.5-4,7 ммлик ишлатилади. 1- троакар

4,7 ммлик киндик ҳалқасининг устки қисмидан эндоскоп учун киритилади. Иккита 3.5 мм. ўлчамдаги троакар киндик ҳалқасининг ўнг ва чап томонларидан киритилади.

Биринчи босқичда чурра аникланиб, чурра таркибий қисми қорин бўшлиғига эҳтиётлик билан туширилади ва диафрагмадаги дефект кўздан кечирилади. Иккинчи босқичда чурра ҳалтаси ажратилади, ажратиш вақтида моно ёки биполяр коагуляторлардан фойдаланилади. Ажратилган чурра ҳалтаси троакарлар орқали ташқарига олиб чиқилади. Кейинги босқичда

диафрагмада ҳосил бўлган дефект тугунли “П” симон чоклар (Ethibond 2/0

ёки 3/0) билан тикилади ва диафрагма қорин деворига тикилади.

Хулоса

Парастернал чуррани лапароскопик бартараф қилиш хирургик давонинг энг

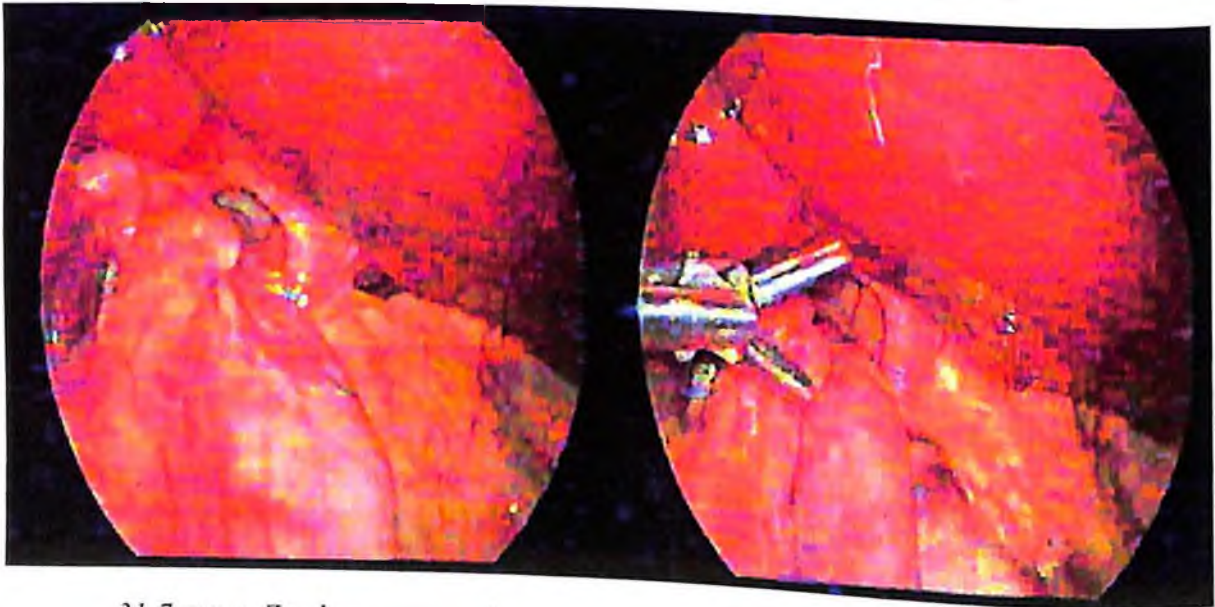
қулай шакли бўлиб, у яхши натижалар бериб келмоқда.

31.4 ДИАФРАГМА ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ

ЧУРРАСИНИ ЛАПАРОСКОПИК БАРТАРАФ ҚИЛИШ

Диафрагма қизилўнғач тешигининг чурраси-қорин бўшлиғи аъзоларининг тўш орти соҳасидан қизилўнғач тешиги орқали кўкс оралиғига қорин пардаси билан ўралиб чиқишидир. Иккита гуруҳга бўлинади: эзофагиал ва параэзофагиал. Эзофагиал чуррада қизилўнғач ва ошқозон

бирлашган қисми диафрагмадан юқорида жойлашган бўлиб, юрак сурилишига олиб келади ва натижада Гисс бурчаги текисланиб кетади. Параэзофагиал чуррада қорин бўшлиғи аъзолари қизилўнғач билан кўкрак қафасига сурилади, юрак сурилиши кузатилмайди (31-7-расм).



31-7-расм. Диафрагма қизилўнғач тешиги чурраси лапароскопик кўриниши.

Клиникаси ва диагностикаси

Клиник белгининг ривожланишида ошқозон таркибий қисми қизилўнғачга қайтиб чиқиши оқибатида рефлюкс эзофагит ривожланишидан келиб чиқади. Кўпинча 1ёшгача беморларда клиник белгилар юзага чиқади. Катгарок ёшдаги болаларда тўш орти соҳасида оғриқ ва қизилўнғач қайнаши безовта қилади. Кичик ёшдаги болаларда қайт қилиш геморрагик

синдром клиникаси билан юзага келади, қайт қилиш 90 % беморларда кузатилди. 50 % беморларда геморрагик қайт қилиш, мелена кузатилади. Диафрагма қизилўнғач тешигининг чуррасига хос хусусиятлардан бири тез-тез аспирацион пневмониянинг кузатилиши. Параэзофагиал чурра кўп беморларда симптомсиз кечади. Диагностикасида умумий рентгенограмма

ва контрастли рентгенограмма ташхислашда етарлича маълумот беради. Контрастли рентгеноскопияда беморга Тренделенбург ҳолатига кўйилганда ошқозоннинг таркибий қисми қизилўнгачга қайта чиқиши кузатилади. Диафрагма

қизилўнгач тешигининг чурраси билан касалланган беморда ЭФГДС қилинса, қизилўнгач диафрагмал торайиши аниқланмайди ва ошқозон кардиал қисми етишмовчилиги кузатилади.

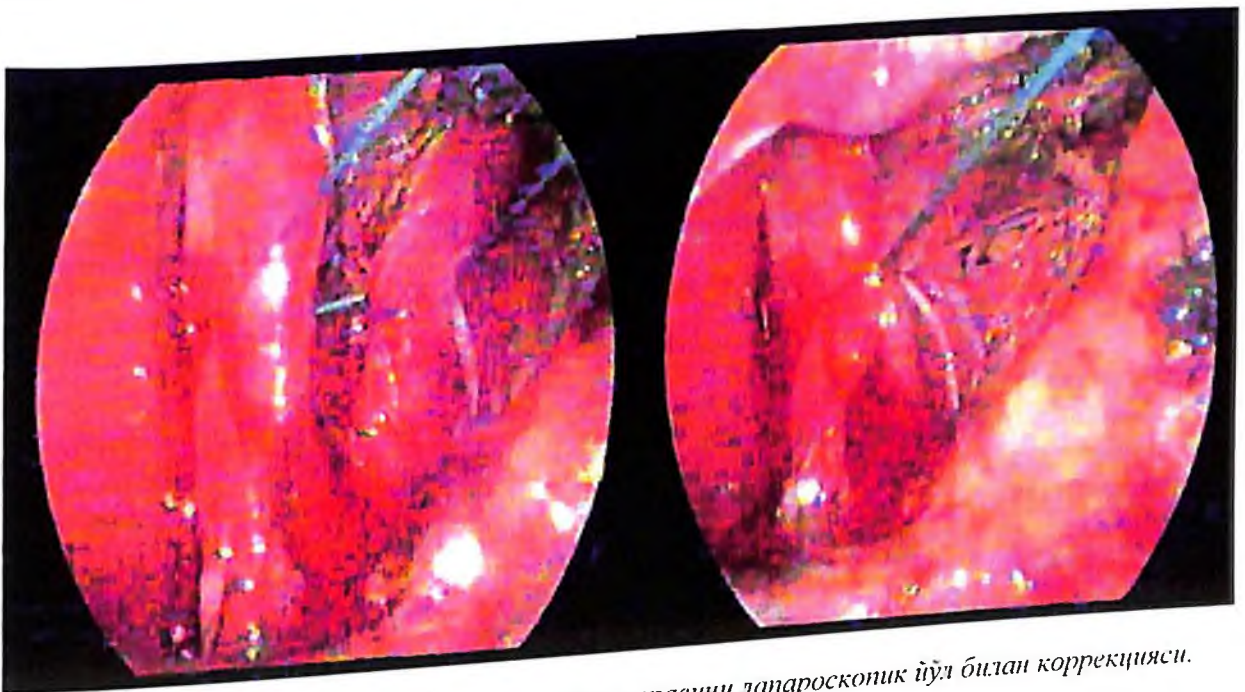
Операцияга кўрсатма

Диафрагма қизилўнгач тешигининг чурраси барча шаклининг аниқланиши операцияга кўрсатма деб, ҳисобланади.

Операция жараёни

Диафрагма қизилўнгач тешигининг чурраси лапароскопияси анъанавий, яъни операция йўл билан бартараф қилинади:
-ошқозон ва қизилўнгач қорин бўшлиғи қисмини тушириш
-чурра ҳалтасини кесиб, ажратиш

-диафрагма оёқларини тикиш (хиатапластика) ва қизилўнгачни диафрагмага тикиш
-ошқозон туби ва кардиасини ажратиш
-диафрагмага чап оёқчасига тикилган қизилўнгач қисмидан 1,5-2,0 см. юқоридан Ниссен манжетини ҳосил қилиш.



31-8-расм. Диафрагма қизилўнгач тешиги чуррасини лапароскопик йўл билан коррекцияси.

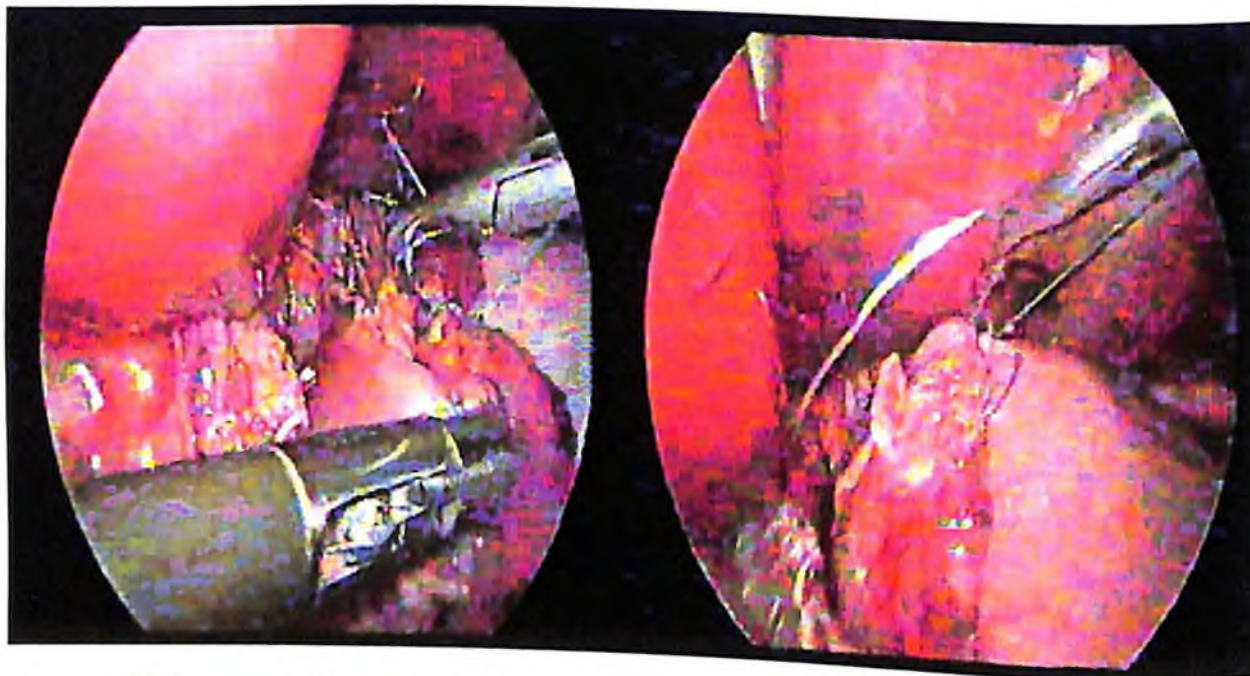
Диафрагма медиал ва латерал оёқчаларини тикиш (Хиатопластика).

Бемор операция столига орқаси билан ётқизилган, оёқлари пастга 10-15° буқилган ҳолатда, қорин бўшлиғига ўлчамаи 3,5-5 ммли 5 та троакар киритилади:
1-троакар киндик устидан ўрнатилади (эндоскоп)
2-троакар ўнг қовурга остидан ўрнатилади

3-троакар ҳанжарсимон ўсимта остидан ўрнатилади
4-троакар чап қовурга остидан ўрнатилади
5-троакар чап ёнбош соҳасидан ўрнатилади.
Биринчи троакар 4.5мм ўлчамда бўлиб киндик устидан ўрнатиб, қорин бўшлиғига CO₂ газ 10-14 мм сим.уст. босими остида

киритилади, шу троакардан эндоскоп киритилиб, қорин бўшлиғи тафтиш қилинади. Визуал кузатув остида қолган тўртта троакар киритилади.

Қизилўнгачнинг орқа қисми диафрагма оёқчасига тикилиб, Ниссен манжети ҳосил қилинади (31-9-расм).



31-9-расм. Диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси лапароскопик коррекцияси.

Ниссен бўйича фундопликация манжети.

Операциядан сўнги даврда унинг натижаси 6 ойдан сўнг маълум бўлади. Бемор шифохонада бир маротоба ёшига мос овқатланганда дисфагия кузатилмаса, умумий аҳволи қониқарли бўлса, уйига жавоб берилади. Назорат текширувлар (контрастли ва ЭФГДС) беморда шикоят бўлмаса, ўтказилмайди.

Диафрагмал чурраларда торакоскопик ёки лапароскопик усулдан фойдаланилганда кутилгани мумкин бўлган қийинчиликлар ва асоратлар
-диафрагмал чурраларни торакоскопик ёки лапароскопик усулда бартараф қилишда

Хулоса

Диафрагма қизилўнгач тешигининг чурраси лапароскопик бартараф қилиш усули очик усулга қараганда кам жароҳатли

Қорин бўшлиғи тегишлича тафтиш қилингандан сўнг ошқозон ва қизилўнгач қорин бўшлиғи қисми пастга туширилади ва электро-каогулятор ёрдамида чурра ҳалтаси кесиб, ажратилади (31-8-расм).

курув майдонининг камлиги қийинчилик тўғдиради, торакоскопик операция вақтида қорин бўшлиғи аъзолари плевра бўшлиғида чандиқланган ҳолатда бўлса уларни ажратишда қийинчиликлар кузатилади.
-чурра ҳосиласини ажратиш вақтида аъзоларнинг жароҳатланиши
-чурра дарвозасига кўйилган чоклар етишмовчилиги касалликни кайталашига олиб келади
-операция вақтида невр ёки қон томир тўқималар остида бўлганлиги сабаб пластика вақтида тўқималарга кўшиб тикилиши

ва яхши натижалари билан ўз афзаллигини кўрсатмоқда.

32- БОБ

ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИНИ ЛАПАРОСКОПИК ЙЎЛ БИЛАН БАРТАРАФ ҚИЛИШ

32.1. УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

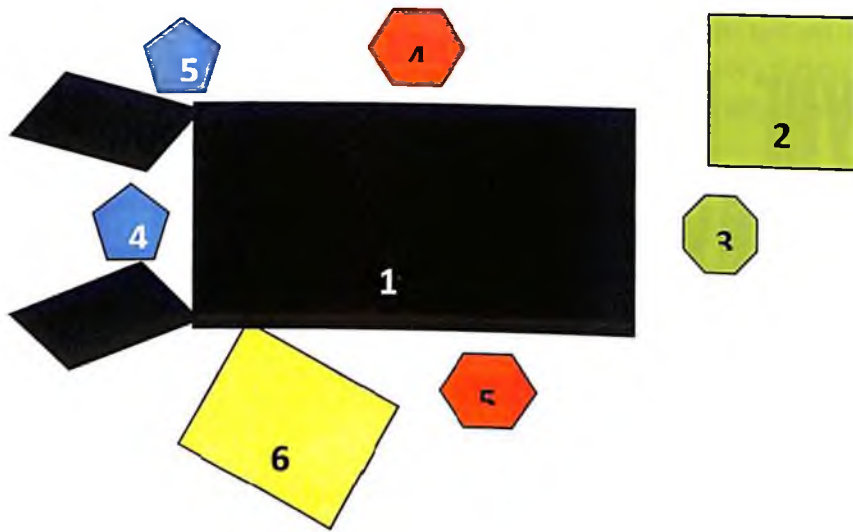
Проктологик касалликлар ичида йўғон ичак ахлат стази болалар ёшида 39-40 %ни ташкил қилади (Наврўзов С.Н. 1987 й. Салов П.П. 1994 й. Маев И.В. 2001 й). 1886 йилдан буён бу касаллик, болалар педиатри Н. Hirschsprung номи билан номланиб келинмоқда. 1948 йил О. Swenson йўғон ичак нерв билан таъминланишини ўрганиб чиқиб, аганглиоз қисмдаги паталогик ўчоқдан ташқари йўғон ичакнинг бошқа қисмида ҳам гистологик ўзгариш юз беришини аниқлади ва бу операция вақтида резекция ҳажмини белгилашда муҳим ўрин тутди.

Болалар колопроктологиясида лапароскопия янги ривожланиб келаётган соҳадир. 1995 йил Georgeson К. Е. биринчи бўлиб Гиршпрунг касаллигини лапароскопик операция билан бартараф қилди. Муаллифлар ёзишича, янги технология билан операция қилишда ўзига хос натижалар бор: операция вақти ва операциядан сўнгги асоратларнинг камайиши, операциядан сўнгги даврнинг енгил кечиши, жисмоний фаоллигининг тез тикланиши, шифохонада бўлиш ўрин-кунларини қисқаришига олиб келди.

32.2. ЛАПАРОСКОПИК ОПЕРАЦИЯ



Бемор орқаси билан ётган ҳолатда тизза ва чанок сон бўғимидан оёқлари букилиб, ташқарига керилади ва махсус ускунага боғлаб, маҳкамланади.

Операция жараёнида ускуна ва тиббий ходимларнинг жойлашиши (32.1- расм)да кўрсатилган.



32-1-расм. Тиббий ходимлар ва ускуналарнинг жойлашиши схемаси.

1- операция столи; 2- анестезиологик ускуналар; 3- анестезиолог; 4- хирург; 5- ассистент; 6- эндовидеохирургик жамланма;

 - операциянинг абдоминал босқичида хирургларнинг жойлашиши;
 - операциянинг оралиқ босқичида хирургларнинг жойлашиши.

1-босқич. Киндикнинг юқорисидан 1.0-1.2 см кесим кесиб 10 ммли телескоп учун 1-троакар киритилади. Қориннинг тўғри мушаги чап қирғоғидан киндик рўпарасидан 2-3 см тепадан ёки пастдан 5

ммли асбоб учун 2-троакар киритилади. Қориннинг тўғри мушаги ўнг қирғоғидан киндик рўпарасидан 2-3 см тепадан ёки пастдан 5 ммли асбоб учун 3-троакар киритилади (32.2-расм).

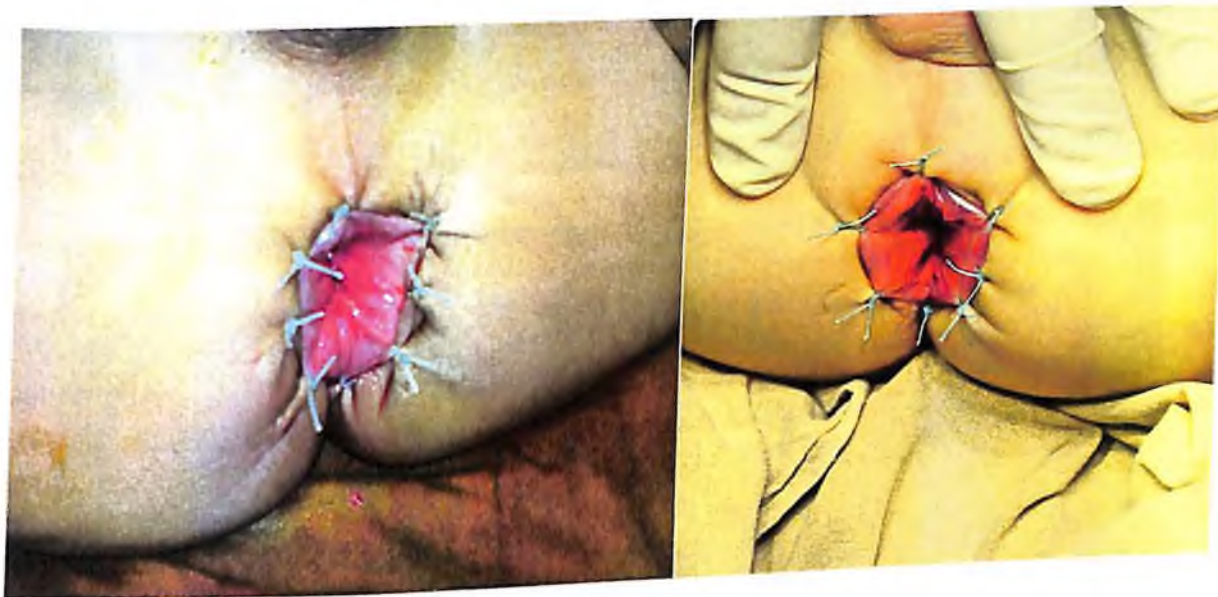


32-2-расм. Троакарларнинг жойлашиши.

Қорин бўшлиғи кўздан кечирилади. Кўзатувдан сўнг катта чарвининг қорин бўшлиғи тепа қисмига юмшоқ қисқич ёрдамида юборилади. Тафтиш давомида йўғон ичакнинг торайган қисми ва супрастенник кенгайиш қисми аниқланиб, резекция ҳажми белгилаб олинади. Резекция қилиниши керак бўлган қисм ичак туткичидан биполяр каогулятор ёрдамида мобилизация қилинади. Мобилизация ўлчами резекция ҳажми билан боғлиқ бўлади. Мобилизация сигмасимон ичак ва

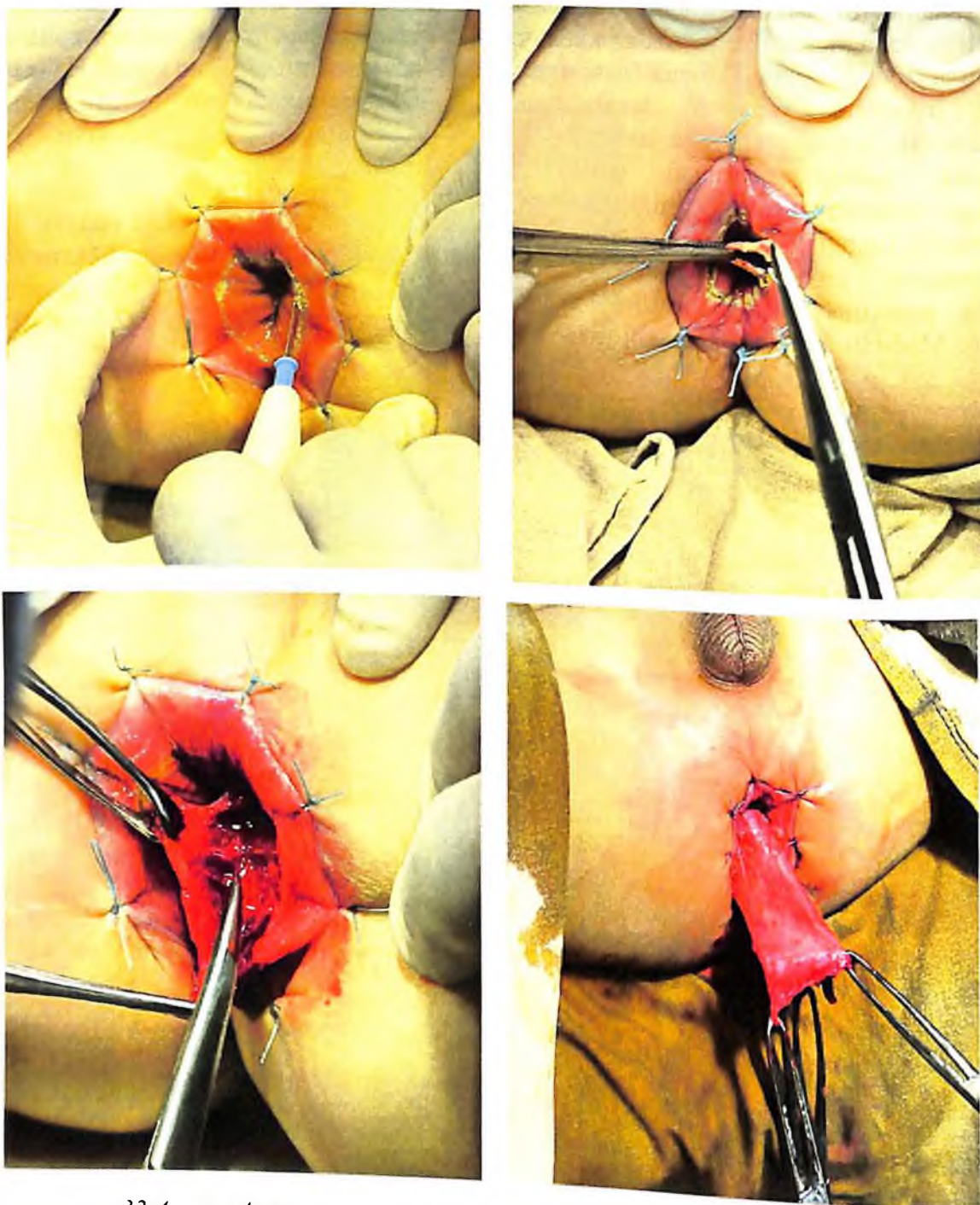
тўғри ичак тишсимон чизикдан 2-3 см юқоридан мобилизация қилинади. Бу жараёнда чап томон сийдик найи кўриниб туришини таъминлаш керак. Ичак етарлича мобилизация қилинганлигига ишонч ҳосил қилингандан сўнг иккинчи босқичга ўтилади.

2-босқич. Операция оралик сохада бажарилиб, анус эҳтиётлик билан дивуляция, яъни анус атрофига 8 та тутқичли чок кўйилади (32-3-расм).



32-3-расм. Анусга тутқичли чоклар.

Тўғри ичак бўйлаб 5-6 см. циркуляр анал канали ва тўғри ичак канали шиллик кавати тўмтоқ ва ўткир йўл билан диссекция ва мобилизация қилинади (32-4-расм).

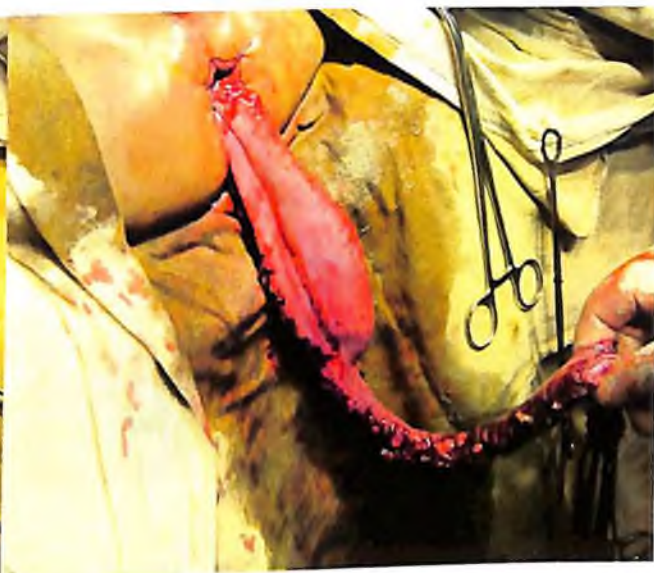


32-4-расм. Анал канали ва тўғри ичак каналининг демукозацияси.

Шундан сўнг, Люер қисқичи ёрдамида ичак трансанал йўл билан оралик соҳага чиқарилади (32-5, 32-6-расм).



32-5-расм. Трансанал эвагинация.



32-6-расм. Йўгон ичакнинг оралик соҳасига мобилизация қилинган қисми.

Бу босқичда мобилизацияланган ичак тутқичининг тўғри жойлашиши лапароскопик везуал кузатув остида бўлиб, тортилмасдан туширилади. Туширилган

ичакнинг ортиқча қисми кесиб олиниб, П симон сўрилувчи колоанал анастомоз қўйилади (32-7, 32-8-расмлар).



32-7-расм. Туширилган йўгон ичакнинг ортиқча



32-8-расм. Колоанал анастомоз қўйиши.

Колоанал анастомоз қўйилгандан сўнг туткичли иплар киркилади ва анал



кўриниши.

канали, тўғри ичак бўшлиғига 1 кунга газ чиқарувчи най қўйилади (32-9, 32-10-расм).



бузилиши.

Қорин бўшлиғи олд деворидаги операция жароҳатлар чокланади (33-11-расм).



32-11-расм. Операциядан сўнг қорин олд деворининг кўриниши. Олиб ташланган йўгон ичак қисми гистологик текширувга юборилади (32-12-расм).



32-12-расм. Олиб ташланган йўгон ичакнинг қисми.

Гиршпруг касаллигини лапароскопик операция вақтида кутилиши мумкин бўлган қийинчиликлар ва асоратлар

-бемор ҳар қандай операция муолажасига пухта тайерланмаган бўлса операция вақтида қийинчиликлар кузатилади. Булардан бемор ичаклари етарлича тайерланмаган бўлса операция вақтида ичакларда ишлаш вақтида қийинчилик ёки ичаклар девори жарохати юзага келади.

-ичак мобилизациясида ичак деворини жарохатланиши

-ичак деворини мобилизация қилиш вақтида қўшни аъзолар жарохати.

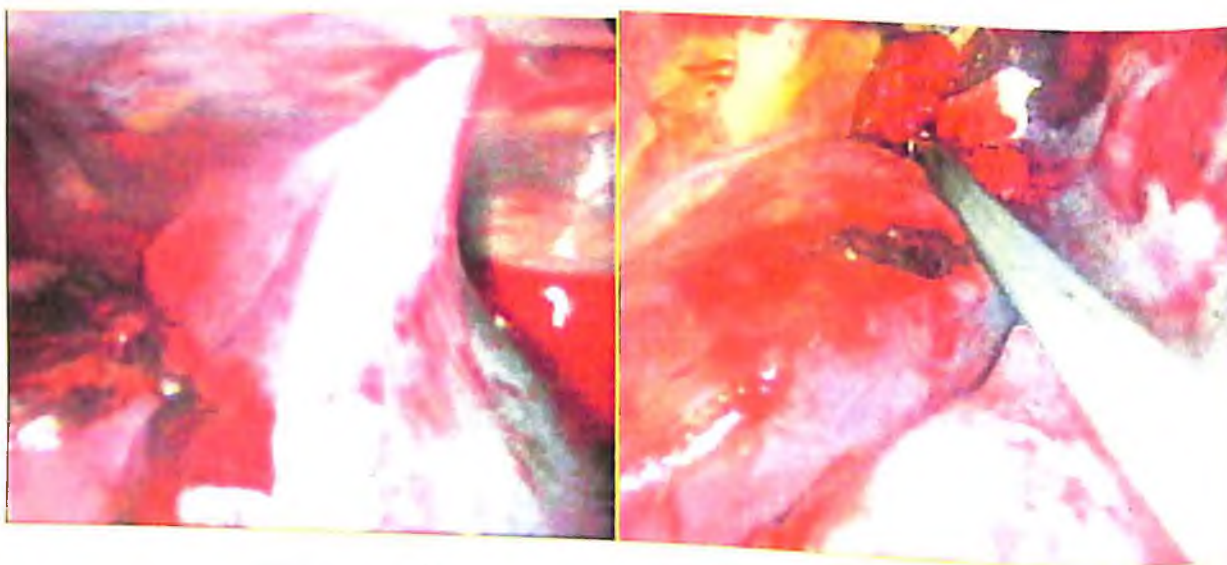
-Сигмасимон ичак девори мобилизация қилиш вақтида пешоб найини жарохатланиши

33- Боб.

КЎКРАК БЎШЛИГИ АЪЗОЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ.

Кўкрак қафаси жароҳатларида хирургик тактикаси аниқланади. Бу жароҳатни кўкрак қафасини тешиб кирувчи ва тешиб кирмаслигини аниқлашдир. Бу ерда критерий бўлиб париетал плевранинг жароҳатланиши асосий критерийдир (М. Абакумов). Кўкрак қафасини тешиб кирувчи жароҳатлар ички аъзоларнинг

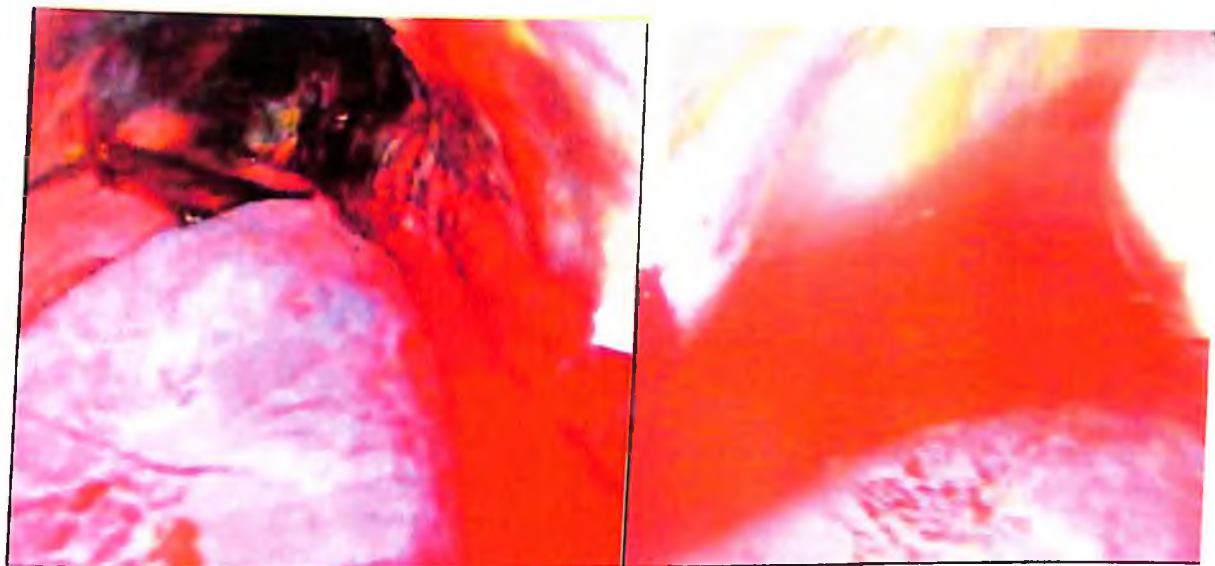
зарарланиши ёки зарарланмаслиги билан кечади. Жароҳатларнинг яна бир аҳамиятли жойи шундаки, улар диафрагмани зарарлаб, жароҳат каналини қорин бўшлиғига йўналишидир. Бу жароҳатларда иккита сероз парданинг зарарланиши кузатилади (33-2-расм).



33-2-расм. Кўкрак қафаси аъзоларининг қўшма жароҳати.

Кўкрак қафаси жароҳатларида қовургалар жароҳати бир ёки бир неча бўлиши мумкин ёки бир ва икки томонлама бўлади. Бунда

асоратли (тери ости эмфиземаси, гемоторакс, пневмоторакс) ва асоратсиз турлар бор (33-3-4-расм).



33-3-расм. Кўкрак қафаси аъзоларининг қўшма жароҳатидаги гемоторакс.

Пневмоторакс ва гемоторакснинг классификацияси кўкрак қафасида ҳаво қон миқдори ва ҳажми хирургик амалиётининг тактикасини белгилайди. П. Куприянов классификацияси бўйича: чегараланган (ўпканинг 1/3 қисми коллабирланган), ўрта (ўпка паренхимаси ярми коллабирланган), катта (ўпка паренхимаси ярмидан кўпи коллабирланган), тотал (ўпканинг тўлиқ коллапси).

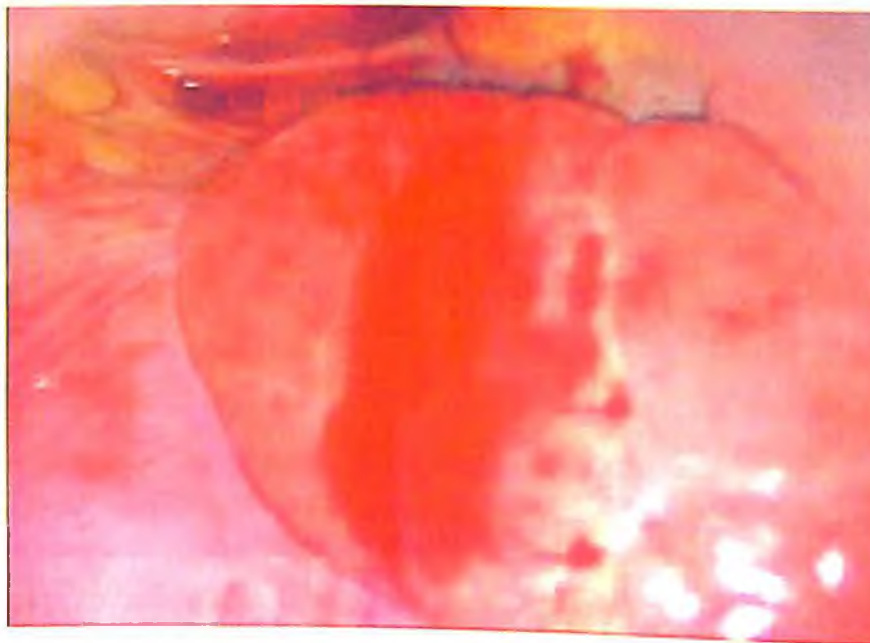
Кўкрак қафаси жароҳатлари нафас олиш жараёнини бузилиши (нафас

гемоторакс, кўкрак қафаси патологик ҳаракатчанлиги) ёки магистрал томирлардан қон кетиши ёки уларнинг сикилиши, юрак тампонадаси ва шок ҳисобига беморнинг ҳаётига хавф солиши мумкин. Бунда аниқ ташхис ва оптимал даво тактикасини аниқлаб олиш лозим, чунки қизилўнгач ва диафрагма жароҳати, юрак ва ўпка тўқимасининг эзилиши, кўкс оралиғи аъзоларининг зарарланиши тезкор равишда тегишли даво тактикаси қўлланилмаса, ноҳуя оқибатларга олиб келиши мумкин (33-5-расм).



33-4-расм. Ўпка илдизи соҳасидаги жароҳат.

йўллари обструкцияси, пневмоторакс,



32-5-расм. Ўпка тилсимон сегментининг (санчилган) жароҳати.

Кўкрак қафаси жароҳатларида жароҳат оғирлигини баҳолашда - Revised Trauma Score, Injury Severity Score, Abbreviated Injury Scale ва система TRISS (жароҳат оғирлигининг анатомик ва физиологик кўрсаткичлари, бемор ёши, жароҳат механизми ҳисобга олинган) шкалалардан ҳам фойдаланса бўлади.

Жароҳат механизми ва хирургик тактикаси вариантларидан қатъи назар даво- диагностик алгоритми қўйидагича:

- травматик шокка қарши кураш
- плевра бўшлиғини эрта ва адекват дренажлаш
- ўпка тириклик ҳажмини тиклаш
- нафас йўллари обструкциясини бартараф этиш
- кўкрак қафаси герметиклигини таъминлаш
- қон кетишини бартараф этиш
- симптоматик терапия.

Кўкрак қафаси жароҳатларида эндоскопик техника ва асбобларнинг қўлланилиши торакоскопиянинг аҳамиятини кенгайтди. Маълумотлар таҳлилида (R.T.Villavicencio, 1999 й) торакоскопия

диафрагма жароҳатларида 98 %, гемоторакс эвакуациясида 90 %, плевра ичи қон кетишларида 82 % самардорликни кўрсатади, 62 %да лозим бўлмаган торакотомия ва лапаратомиянинг олди олинди.

Диагностик ва даволаш мақсадида торакоскопияга кўрсатмалар:

-гемопневмоторакс

-кўкрак қафасининг юрак олди соҳаларидаги жароҳатлари

-торакоабдоминал соҳада жароҳатлар

-диафрагманинг зарарланиши

-таранглашган пневмоторакс.

Торакотомияга абсолют курсатмалар: юрак ва магистрал томирларнинг жароҳати, катта ва тотал гемоторакс, гемоперикард, юрак тампонадаси, йирик бронхларнинг ёрилиши, трахеянинг шикастланиши. Нисбий кўрсатмалар бўлиб ўқотар куролдан кўкрак қафасининг зарарланиши, кўкрак қафасидаги юмшоқ тўқималарнинг

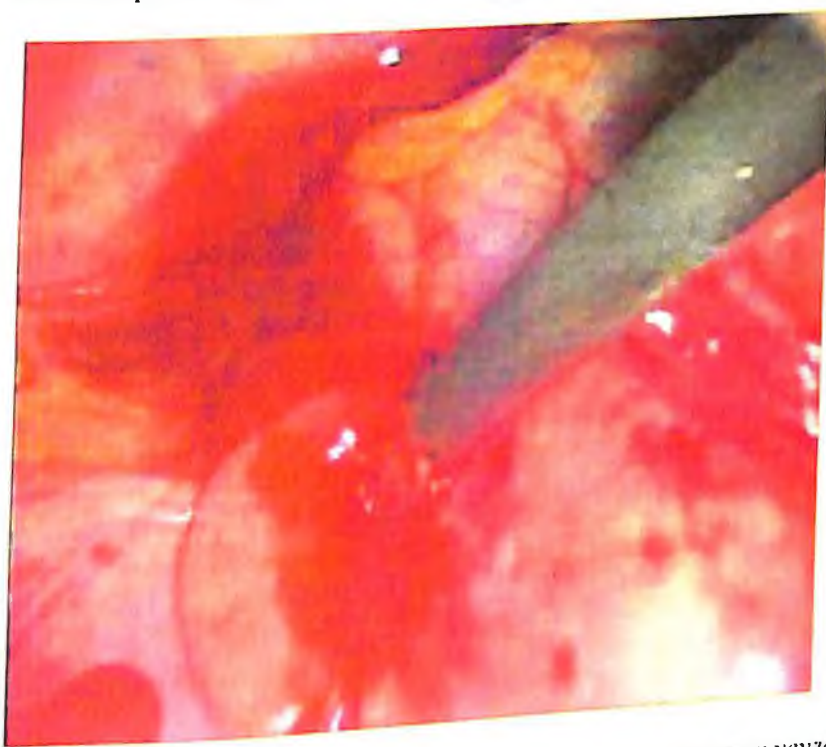
жароҳатланиши билан кечувчи очик пневмотораксдир.

Торакоскопик операцияларда кўкрак қафаси ревизиясини дастлаб перикард, кўкс оралиги, ўпка илдизидан бошлаш лозим. Агар юрак ва магистрал томирлар жароҳати аниқланса, торакотомияга ўтиш керак. Диафрагма юзасини ревизия қилишда лапаратомия ёки лапароскопияни танлаш лозим.

Кўкрак қафаси типик жароҳатларида плевра ичида қон кетишига қовурғалараро артерия ёки кўкрак қафаси ички артериясининг шикастланиши сабаб бўлади. Бунда артерияни клипсалаш, экстракорпорал ёки интракорпорал чок қўйиш, суст қон кетишларда эса артерияни

олиниши, ўпка ҳажмининг эрта ва тўлиқ тикланиши, аэростаз ва гемостазнинг тўлиқ ўрнатилиши беморларнинг эрта фаоллашувига, тез реабилитацияланишига, стационар даволаниш муддатининг қисқаришига замин яратади. Агар торакоскопия амалиёти ўтказиш тартибларига қатъий амал қилинса, бу метод юқори информатив, кам инвазив, ишончли, аниқлиги билан кўкрак қафаси жароҳатларида торакотомияга альтернатив ҳисобланади. Лекин шу билан бирга, торакоскопия торакотомияга абсолют кўрсатмалар бўлганда, гемодинамик кўрсаткичлари ностабил беморларда анъанавий усуллардан устун бўла олмайди.

Бизда олинган натижалар шуни кўрсатадики, ишлаб чиқилган даво –



32-б-расм. Кўкрак қафаси аъзоларининг қўшимча жароҳатида торакоскопик усулда монополяр коагуляция.

коагуляция қилиш лозим бўлади (32-б-расм).

Торакоскопия ўтказилган беморда операциядан сўнг оғрик синдромининг камлиги, эрта дренаж найларнинг

диагностик алгоритм ўзининг юқори самардорлигини ва тезкор хирургик амалиётда кўкрак қафаси шикастланиши билан тушган беморларда торакоскопиянинг афзалликлари устун туришини кўрсатди.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Абдуллаев, Э. Г. Феденко, В. В. Ходос Г. В. и др. //Диагностические ошибки, осложнения, непредвиденные ситуации при использовании традиционной лапароскопии и видеолапароскопии в экстренной хирургии / Ж. Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №5. - С. 32-35.
2. Аблаева Д.Н., Есин О.Р. Эндоскопическая профилактика спайкообразования брюшной полости в раннем послеоперационном периоде // Вестн. РГМУ.-2006.-№ 2 (49).-С. 100.
3. Абзаров, А.А. Гнелица Н.В., Чупрынин Б.Д. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических операций. // Эндоскопическая хирургия. - 1999. -№ 2. - 3.
4. Акилов Х.А. Сайдазимов Е.М., Агзамходжаев С. //Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени. //Анналы хир.гепатол. - 2002. - № 7. - 302-303.
5. Арутюнян, Ю.А. Захарян Ч. //Лапароскопическое лечение кист печени. //Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 2. - 5.
6. Алексеева Л.А. Лапароскопическая диагностика и лечение непальпируемых яичек у детей: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 2000.
7. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Чуприс Ф.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестн. хир.-2009.-№ 2 - С. 27-30.
8. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Вопросы безопасности адгезиолиза при спаечном абдоминальном синдроме // Эндоскоп. хир.-2006.-№2.-С. 14.
9. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А. Бессимптомные спайки брюшной полости хирургическое тактика при лапароскопических операциях // Эндоскоп. хир.- 2006.-№ 4.-С. 10.
10. Блинников О.К. Лапароскопия в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости у детей: Автореф: дис. ... канд. мед. наук.-М., 1988.
11. Буянов В.М., Перминова Г.И., Сиротинский В.В., Соколов А.А. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника // Клин. хир.-1989.-№ 4.-С. 36-37
12. Граников О.Д. Лапароскопия при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости у детей: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989.
13. Джумабаев Э.С., Ахлиддинов О.А. Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендэктомия? // Хирургия. - 2004. - №2. - С. 69-72.
14. Дронов А.Ф. Лапароскопические операции у детей раннего возраста // «Достижения современной хирургии»: Материалы 3-го Российского науч. Форума «Хирургия-2001г.». –М, 2001. – С. 403-405.
15. Дронов А.Ф. Коколина В.Ф. Чундакова М.А. Острый ампулярный сальпингит с пельвиоперитонитом // Врач. – 1997. - № 5.- С. 17-21.
16. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Лапароскопическая аппендэктомия у детей // Там же.- 1992. - № 12. – С. 13-16.
17. Дронов А.Ф. Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопия в лечение аппендэктомия у детей. - М., 1998.
18. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия у детей: опыт 2300 операций // Хирургия. - 2000. - №6. - С. 30-36.

19. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.К. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей // *Анн. хир.* – 1996. – № 4. – С. 18-22.
20. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Залихин Д.В. и др. Опыт первых 100 лапароскопических холецистэктомий у детей // *Эндоскоп, хир.* – 2000. – №1-С. 12-33.
21. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Лапароскопическая хирургия при патологии селезенки у детей // *Там же.* – 1998. – № 4. – С. 18- 22.
22. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И. Лапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля // *Там же.* – 1999. – № 2. – С. 19-20.
23. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф., Блинников О.И. Лапароскопия в лечении острой кишечной непроходимости у детей // *Хирургия.* – 1985. – № 7. – С. 11-14.
24. Куш Н.Л., Тимченко А.Д. Лапароскопия у детей // *Вестн. хир.* – Т. 102, № 5. – С. 92-94.
25. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.В., Байбеков И.М. /Эхинококкоз. – Ташкент. 1999. – 208 с.
26. Поддубный И.В. Даренков И.А., Дронов А.Ф. и др. Лапароскопическая окклюзия яичковых вен при ворикоцеле у детей // *Эндоскоп, хир.* – 1996.- № 1. – С. 17-19.
27. Поддубный И.В., Дронов А.Ф., Коварский С.Л. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении синдрома не пальпируемых яичек // *Там же.* – 2000. – № 2.- С. 51-52.
28. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. М: Медицина 2004; С.-224.
29. Рошаль Л.М. Ургентная лапароскопии – переворот к ургентной детской хирургии // «Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии»: Материалы симп. – М., 1994. – С. 35-36.
30. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. /Видеолапароскопия как выбор метода лечения при эхинококкозе печени у детей. //5-науч-практ конфер по детской хирургии Белорусский гос.мед.университет «Актуальные вопросы детской хирургии. Минск 2010; 20-21 мая С. 370-372
31. Финкельсон Е.И., Граников О.Д. лапароскопия при кишечной непроходимости // *Вест. хир.* – 1980.- Т. 124, № 5.- С 95-98.
32. Шебеньков М.В. Лапароскопическая герниорафия у детей // *Эндоскоп, хир.* – 1995. – № 4. – с. 7-9.
33. Angelini D., Brassetti B., Puce E. et al. //Laparoscopic surgical treatment in abdominal emergencies: personal experience / *J.G. Chir.* – 2002. – № 4. – P.151-153
34. Al-Shareef Z., Hamour O.A., Al-Shlash S. et al. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts with a liposuction device. *JSLs* 2002; 6: 4: 327-330.
35. Detry O., Leonard Delwaide P., et al. Laparoscopic liver resection of a hydatid cyst. // *Rev. Med. Liege.* – 2005. – Vol.60, 9. – P.700-702.
36. Box N.M.A., Georgeson K.E., Najmaldin A., Valla J.S., *Endoscopic Surgery in Children.* Berlin; Heidelberg:- Spinger, 1999.
37. Box N.M.A., van derZee D/C/ Laparoscopic treatment of intestinal malrotation in children // IV International congress for endosurgery in children. – Orlando, 1995/ - P. 41.
38. Busic Z., Lemac D., Stipancic I., Busic V., et al. /Surgical treatment of liver echinococcosis- the role of laparoscopy. // *Acta Chir Belg.* – 2006. -Vol. 106(6).-P. 688-91.
39. Kumar R., Erian M., Sinnot S. et al. /Laparoscopic appendectomy in modern gynecology // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* – 2002. – № 3. – P. 252-263
40. Coran A.G., Beiss D., Hirshci R. et al. The efficacy of anterior fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux in children // 111 International congress endoscopy-laparoscopy in children. – Münster, 1994. – P. 5.
41. Fujimoto T., Segawa O., Lane G.J. et al. Laparoscopic surgery in newborn infants // *Surg. Endosc.* – 1999. – Vol. 13, No. 8. P. 773-777.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Абдуллаев, Э. Г. Феденко, В. В. Ходос Г. В. и др. //Диагностические ошибки, осложнения, непредвиденные ситуации при использовании традиционной лапароскопии и видеолапароскопии в экстренной хирургии / Ж. Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №5. - С. 32-35.
2. Аблаева Д.Н., Есин О.Р. Эндоскопическая профилактика спайкообразования брюшной полости в раннем послеоперационном периоде // Вестн. РГМУ.-2006.-№ 2 (49).-С. 100.
3. Абзаров, А.А. Гнелица Н.В., Чупрынин Б.Д. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических операций. // Эндоскопическая хирургия. - 1999. -№ 2. - 3.
4. Акилов Х.А. Сайдазимов Е.М., Агзамходжаев С. //Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени. //Анналы хир.гепатол. - 2002. - № 7. - 302-303.
5. Арутюнян, Ю.А. Захарян Ч. //Лапароскопическое лечение кист печени. //Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 2. - 5.
6. Алексеева Л.А. Лапароскопическая диагностика и лечение непальпируемых яичек у детей: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 2000.
7. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Чуприс Ф.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестн. хир.-2009.-№ 2. - С. 27-30.
8. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. Вопросы безопасности адгезиолиза при спаечном абдоминальном синдроме // Эндоскоп. хир.-2006.-№2.-С. 14.
9. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Воробьев А.А. Бессимптомные спайки брюшной полости хирургическое тактика при лапароскопических операциях // Эндоскоп. хир.- 2006.-№ 4.-С. 10.
10. Блинные О.К. Лапароскопия в диагностике и лечении спаечной кишечной непроходимости у детей: Автореф: дис. ... канд. мед. наук.-М., 1988.
11. Буянов В.М., Перминова Г.И., Сиротинский В.В., Соколов А.А. Лапароскопия при острой непроходимости кишечника // Клин. хир.-1989.-№ 4.-С. 36-37
12. Граников О.Д. Лапароскопия при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости у детей: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989.
13. Джумабаев Э.С., Ахлиддинов О.А. Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендэктомия? // Хирургия. - 2004. - №2. - С. 69-72.
14. Дронов А.Ф. Лапароскопические операции у детей раннего возраста // «Достижения современной хирургии»: Материалы 3-го Российского науч. Форума «Хирургия-2001г.». –М. 2001. – С. 403-405.
15. Дронов А.Ф. Коколина В.Ф. Чундакова М.А. Острый ампулярный сальпингит с пельвиоперитонитом // Врач. – 1997. - № 5.- С. 17-21.
16. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Лапароскопическая аппендэктомия у детей // Там же.- 1992. - № 12. – С. 13-16.
17. Дронов А.Ф. Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопия в лечение аппендэктомия у детей. - М., 1998.
18. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия у детей: опыт 2300 операций // Хирургия. - 2000. - №6. - С. 30-36.

19. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.К. Лапароскопия в лечении кишечной инвагинации у детей // *Анн. хир.* – 1996. - № 4.- С. 18-22.
20. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Залихин Д.В. и др. Опыт первых 100 лапароскопических холецистэктомий у детей // *Эндоскоп, хир.* - 2000. - №1-С. 12-33.
21. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Лапароскопическая хирургия при патологии селезенки у детей // *Там же.* – 1998. - № 4. – С. 18- 22.
22. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Лапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля // *Там же.* – 1999. - № 2. – С. 19-20.
23. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф., Блинников О.И. Лапароскопия в лечении острой кишечной непроходимости у детей // *Хирургия.* – 1985. - № 7. – С. 11-14.
24. Куш Н.Л., Тимченко А.Д. Лапароскопия у детей // *Вестн. хир.* –Т. 102, № 5. – С. 92-94.
25. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.В., Байбеков И.М. /Эхинококкоз. – Ташкент. 1999. – 208 с.
26. Поддубный И.В. Даренков И.А., Дронов А.Ф. и др. Лапароскопическая окклюзия яичковых вен при вориоцеле у детей // *Эндоскоп, хир.* – 1996.- № 1. – С. 17-19.
27. Поддубный И.В., Дронов А.Ф., Коварский С.Л. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении синдрома не пальпируемых яичек // *Там же.* – 2000. - № 2.- С. 51-52.
28. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. М: Медицина 2004; С.-224.
29. Рошаль Л.М. Ургентная лапароскопии – переворот к ургентной детской хирургии // «Актуальные вопросы лапароскопии в педиатрии»: Материалы симп. – М., 1994. – С. 35-36.
30. Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Вахидов А.Ш. /Видеолапароскопия как выбор метода лечения при эхинококкозе печени у детей. //5-науч-практ конфер по детской хирургии Белорусский гос.мед.университет «Актуальные вопросы детской хирургии. Минск 2010; 20-21 мая С. 370-372
31. Финкельсон Е.И., Граников О.Д. лапароскопия при кишечной непроходимости // *Вест. хир.* – 1980.- Т. 124, № 5.- С 95-98.
32. Шебеньков М.В. Лапароскопическая герниорафия у детей // *Эндоскоп, хир.* – 1995. - № 4. – с. 7-9.
33. Angelini D., Brassetti B., Puce E. et al. //Laparoscopic surgical treatment in abdominal emergencies: personal experience / *J.G. Chir.* – 2002. - № 4. – P.151-153
34. Al-Shareef Z., Hamour O.A., Al-Shlash S. et al. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts with a liposuction device. *JLS* 2002; 6: 4: 327-330.
35. Detry O., Leonard Delwaide P., et al. Laparoscopic liver resection of a hydatid cyst. // *Rev. Med. Liege.* - 2005. - Vol.60, 9. - P.700-702.
36. Box N.M.A., Georgeson K.E., Najmaldin A., Valla J.S., Endoscopic Surgery in Children. Berlin; Heidelberg:- Spinger, 1999.
37. Box N.M.A., van derZee D/C/ Laparoscopic treatment of intestinal malrotation in children // IV International congress for endosurgery in children. – Orlando, 1995/ - P. 41.
38. Basic Z., Lemac D., Stipancic I., Basic V., et al. /Surgical treatment of liver echinococcosis- the role of laparoscopy. // *Acta Chir Belg.* - 2006. -Vol. 106(6).-P. 688-91.
39. Kumar R., Erian M., Sinnot S. et al. /Laparoscopic appendectomy in modern gynecology // *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* – 2002. - № 3. – P. 252-263
40. Coran A.G., Beiss D., Hirshci R. et al. The efficacy of anterior fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux in children // 111 International congress endoscopy-laparoscopy in children. – Miinster, 1994. – P. 5.
41. Fujimoto T., Segawa O., Lane G.J. et al. Laparoscopic surgery in newborn infants // *Surg. Endosc.* - 1999. – Vol. 13, No. 8. P. 773-777.

42. Gans L., Berci G. Peritoneoscopy of infants and children // *J. Pediatr. Surg.* – 1973. – No. 8. – P. 399-405.
43. Holcomb G.W., Braren H.V. Laparoscopic nephrectomy in infants // IV international congress for endosurgery in children. – Orlando, 1995. – P. 1.
44. Josanni V., Gagnazz A., Mattioli G. et al. Nissen fundoplication in children: Laparoscopic technique // III international congress endoscopy- laparoscopy in children. – Minister, 1994 – P. 15.
45. Moraitis D., Kini S. U., Annamaneni R. K. Laparoscopy in complicated pediatric appendicitis // *JLSLS.* – 2004. - № 4. – P. 310-313.
46. Paddoubnyi I.V., Dronov A.F., Kovarskyi S.L. Laparoscopic procedures in pediatric urology: Abstracts of II international congress of pediatrics endosurgery: - Madrid, 1998. P. 15-16.
47. Schleeff., Willital G. H. The role of laparoscopy for diagnostic and therapeutic procedures in reflux disease in children // III international congress endoscopy- laparoscopy in children. – Minister, 1994.- P. 32.
48. Wu J. M., Chen K. H., Lin H. F. et al. Laparoscopic appendectomy in pregnancy // *J. Laparoendosc Adv. Surg. Tech A.* – 2005. - № 5. – P. 447-450
49. Wu J. M., Lin H. F., Chen K. H. et al. Impact of previous abdominal surgery on laparoscopic appendectomy for acute appendicitis // *J. Surg. Endosc.* – 2006. - № 11. – P. 1789-1791
50. Yang H. R., Wang Y. C., Chung P. K. et al. Laparoscopic appendectomy using the Liga – Sure Vessel Sealing System // *J. Laparoendosc Adv. Surg. Tech. A.* – 2005. - 4. – P. 353-356.

