

GOSPITAL XIRURGIYASI

O'QUV QO'LLANMA

Z.B. Kurbaniyazov

S.S. Davlatov

Q.E. Raxmanov

A.F. Zayniyev

Buxoro: "Sadriddin
Salim Buxoriy"
Durdona



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI**

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

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, Q.E. Raxmanov, A.F. Zayniyev

GOSPITAL XIRURGIYASI

o`quv qo`llanma

**(Xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning davolash ishi 5510100
va kasb ta`limi -5111000 fakultetlari 5 kurs talabalari uchun)**

Toshkent – 2022

UO'K 617-089(075.8)

KBK 54.5ya7

G 69

Gospital xirurgiyasi [Matn]: o'quv qo'llanma / Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, Q.E. Raxmanov, A.F. Zayniyev. - Buxoro: "Sadridin Salim Buxoriy" Durdona, 2022. - 218 b.

Taqrizchilar:

- Safoyev B.B.** Buxoro davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- Karabaev X.K.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti 2 – son xirurgik kasalliklar va urologiya kafedrası professori, t.f.d.

Annotasiya «Gospital xirurgiya» o'quv qo'llanmasida ayrim a'zo va tizimlarning xirurgik kasalliklarida tekshirish usullari va semiotika keltirilgan. Shuningdek asosiy kasalliklar klinik kechishi va ularni davolash usullari yoritilgan. «Gospital xirurgiya» kitobi tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalariga dars o'tish dasturi asosida tuzilgan bo'lib, a'zo va tizimlarning anatomik – fiziologik xususiyatlariga doir bo'lgan gozirda mavjud va yangi ma'lumotlarni ketma – ket yoritgan, shuningdek har xil joyda joylashgan xirurgik kasalliklarning etiologiyasi va patogenezini, diagnostika usullari, kompleks davolash usullari va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish usullari keng bayon qilingan. «Gospital xirurgiya» o'quv qo'llanmasi xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning davolash ishi 5510100 va kasb ta'limi -5111000 fakultetlari 5 kurs talabalari uchun mo'ljallangan. Shuningdek, umumiy amaliyot shifokorlari va xirurglarga ham ushbu qo'llanma foydali hisoblanadi.

Mazkur o'quv qo'llanma O'zbekiston Respublikasi oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2021 - yil 23 - noyabrdagi 500 - raqamli buyrug'iga binoan chop etishga ruxsat etilgan. Qayd raqami 500 - 850.

ISBN 978-9943-7968-7-4

© Buxoro: "Sadridin Salim Buxoriy" Durdona. 2022

© Z.B. Kurbaniyazov va bosh. O'quv qo'llanma

SO'Z BOSHI

Keyingi yillarda xirurgiya fanining zo'r berib rivojlanishi zamirida, ilgari faqatgina yirik ilmiy markazlar imtiyozi hisoblangan ko'pgina murakkab diagnostika uskunalarining – rentgen televizion qurilmalar, ultratovush yordamida va endoskopik tekshiruv uskunalari xizmatidan nafaqat yirik klinikalar foydalanish, balki viloyat va tuman kasalxonalari amaliyotiga keng miqyosda kirib kelishi, yangidan yangi diagnostik uskunalar (angiografiya, kompyuter tomografiya, doplerografiya va b.) xizmatidan keng ko'lamda foydalanish, burun tasavvur qilish qiyin bo'lgan yangi texnologiyalarning shiddat bilan kirib kelishi va ular bilan bog'liq bo'lgan endoxirurgik va miniinvaziv operatsiyalar uchun moslama yoki uskunalar taraqqiyoti yotadi. Albatta, bularning barchasini, etakchi omil – jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilm ahli orasida namoyon etish, ular tajribasiga tayangan holda takomillashtirish, yuqori samarali jarrohlik amaliyotlari usul va uslublarini ishlab chiqish va ularni amaliyotga keng tadbiiq etishsiz, tasavvur qilish qiyin.

Binobarin, bugungi kun torakal, qon tomir va endokrin xirurgiyasi nafaqat surunkali kasalliklarda, balki ushbu tizimlarning o'tkir kasalliklarida, hamda murakkab tug'ma va orttirilgan patologiyalarda ham torakoskopik operatsiya uslublaridan foydalanish, ko'pgina boshqa surunkali va o'tkir xirurgik kasalliklarida kichik yoki kam invaziv operatsiya taktikasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'lib, kundan kun odat tusiga aylanib bormoqda. Bundan tashqari, xirurgiya sohasida yangidan-yangi yo'nalishlar paydo bo'lishi, oldingi qo'llanmalarda ularning ifoda

etilmagani, yangi qo`llanmani yaratish va ushbu masalalarni ham unga kiritish zaruratini yuzaga keltirdi.

Bugungi kunga kelib, yurtimizda xirurgik kasalliklar bo'yicha chop etilgan barcha qo`llanmalarni qaytadan ko'rib chiqib, ularga shu ixtisoslikning bugungi holati va kelajagini inobatga olgan holda, o'zgartishlar va to'ldirishlar kiritish ehtiyoji tug'ildi. Talabalarga dars berishdagi qat'iy izchillikka rioya qilgan holda, ilmiy asosda tabobatning bu murakkab sohasida insoniyat to'plagan tajribalarni ularga etkazishga harakat qilindi. Zero undan, bugungi kun talabalari foydalanib, ertangi kunda aholiga davr talabiga munosib ravishda xizmat ko'rsatishlari lozim bo'ladi.

Shu qatorda, 50 yildan beri faoliyat olib borayotgan fakultet va hospital jarrohligi klinikasining boy tajribasi ham e'tiborga olingan. Ushbu asarni yaratishda bevosita hissa qo'shgan shogirdlarga, muallif ulkan minnatdorchilik bildiradi.

Qo`llanmani yozishda, mualliflar xirurgiyaga oid mavjud ma'lumotlarni bayon etgani holda, kasalliklarni aniqlash va davolashning yangi usullari bilan tanishtirishga harakat qildilar. Bu borada o'lkamiz olimlarining qo'shgan ulkan hissalarini haqida ham so'z yuritishga urindik. Bularning hammasi, bo'lajak jarrohlarning yangi avlodini tarbiyalashga va ularning xalqimizga malakali xizmat ko'rsatishiga yordam beradi degan umiddamiz.

KO'KS ORALIG'I KASALLIKLARI

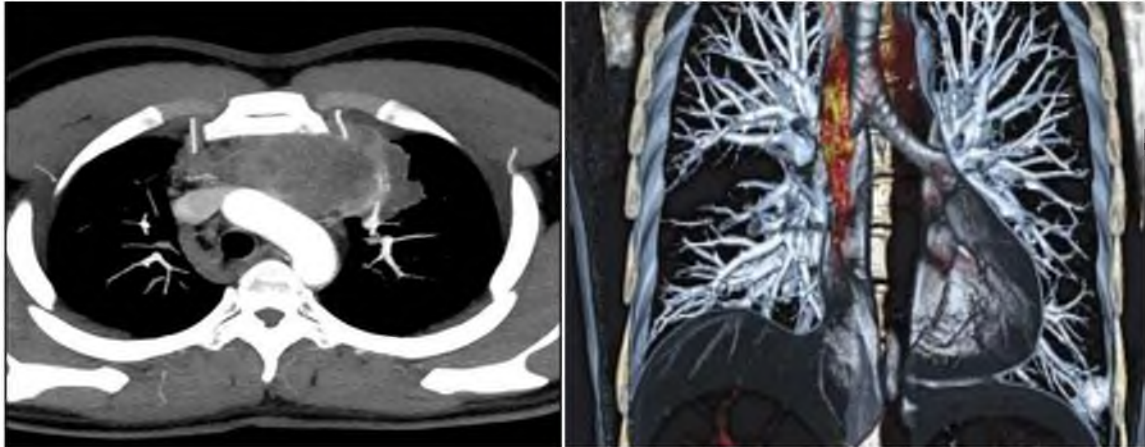


Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Ko'ks oralig'i – ko'krak bo'shlig'ining orqa tomondan umurtqa pog'onasi, oldingi tomondan ko'krak, yon tomonlardan mediastinal plevra va pastdan diafragma bilan chegaralanib turadigan qismi bo'lib, ko'ks oralig'i yuqorida aniq chegaralarsiz bo'yin sohasiga o'tadi. Ko'ks oralig'i shartli ravishda yuqori va pastki qismlarga bo'linadi, uning sathi IV ko'krak umurtqasidan o'tadi. Traxeya yuqori ko'ks oralig'ini shartli ravishda oldingi va orqa ko'ks oralig'iga bo'ladi, yurak xaltasi esa pastki va oldingi, o'rta va orqa ko'ks oralig'iga bo'ladi.

Ko'ks oralig'i topografikanatomik bog'liq a'zolar va to'qimalarning yig'indisi hisoblanadi. Yuqori ko'ks oralig'ida traxeya, qizilo'ngach, ayrisimon bez, aorta ravog'i, elka-bosh venalari, ko'krak limfatik yo'li joylashgan bo'ladi. Pastki ko'ks oralig'ining oldingi va o'rta qismlarida yurak va perikard joylashgan bo'lib, o'rta qismining yuqori uchdan birida esa traxeya bifurkatsiyasi, o'pka arteriyasi, aortaning yuqoriga ko'taruvchi qismi joylashadi. Nihoyat, pastki orqa oralig'ida aortaning pastga tushuvchi qismi, qizilo'ngach, ko'krak limfa yo'li, simpatik va parasimpatik nervlar o'tadi.

Tekshirish usullari. Ko'ks oralig'ida joylashgan a'zolarini tekshirishning asosiy usullari har tomonlama rentgenologik tekshirishdir (rentgenoskopiya, polipozitsion rentgenografiya, komp'yuter tomografiya).



1– rasm. Kompyuter tomografiyada ko`ks oralig`ini normal ko`rinishi.

Komp`yuter tomografiya – zamonaviy, batafsil ma`lumot beruvchi tekshiruv usuli hisoblanib, ko`krak qafasidan kerakli har qanday darajada ko`ndalang kesma olishga va unda joylashgan barcha a`zolar haqida batafsil ma`lumot olishga imkon beradi.

Bundan tashqari, ko`ks oralig`ining aniq diagnostikasi uchun quyidagi usullar qo`llanilishi mumkin.

Pnevmomediastikografiya – ko`ks oralig`iga gaz kiritilgandan keyin amalga oshiriladigan rentgenologik tekshiruv. Ko`ks oralig`i o`smalarining chegaralarini aniqlashga yordam beradi. Sun`iy pnevmotoraks – plevral bo`shliqqa gaz yuborish bilan bog`liq tekshirish usuli bo`lib, o`pkaning o`smasini ko`ks oralig`idagi o`smalar va kistalardan tafovut qilish imkonini beradi.

Angiografiya – yurak va yirik qon tomirlarga kateter yordamida rentgenkontrast moddalar yuborib rentgen tasvirlarni olib tahlil qiluvchi tekshirishdan iborat.

Biopsiya olish va diagnozni uzil-kesil aniqlash uchun: bronxlar orqali punktsiya, torakoskopiya, transtorakal aspiratsion biopsiya, mediastinoskopiya yoki periarterial mediastinotomiya qilinib material olinadi va undan preparat tayyorlanib, mikroskop yoki elektron mikroskop yordamida tekshiriladi.

Ko`ks oralig`i jarohatlari

Ko`ks oralig`ining ochiq va yopiq jarohatlari farq qilinadi. Ularni yana a`zolar jarohatlanmagan yaralanishlar, oldingi ko`ks oralig`i

jarohatlangan yaralanishlarga bo'lish mumkin. Klinik manzarasi qaysi a'zoning qay darajada jarohatlanganiga, hamda qon oqish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Yopiq jarohatlar ko'pincha ko'ks oralig'i yirik qon tomirlarining jarohatlanishi oqibatida ichga qon ketish, gematoma shakllanishi kabi patologik jarayonlar bilan o'tadi. O'pka va bronxlar jarohatlanganda ko'ks oralig'i emfizemasi rivojlanadi. Ko'ks oralig'i gematomasi va emfizemasi nafas qisishi, tsianoz, venalarning bo'rtib chiqishi bilan namoyon bo'ladi. Odatda bu holda, rentgenogrammada ko'ks oralig'ining kengayganligini, gematoma paydo bo'lganida rentgentasvirda qorong'ilashgan soya chegaralarini va emfizemada esa aksariyat yorug' tortganligi aniqlanadi.

Davolash: yallig'lanishga qarshi muolaja o'tkazish, xayotiy muhim a'zolar ishini bir meyorga solishga qaratilgan bo'ladi. Operatsiya qilish uchun ko'rsatma bo'lib, a'zolar, yirik qon tomirlarning yorilib ulardan profuz qon ketishi, ko'ks oralig'i a'zolarining ezilishi, ular faoliyatining keskin pasayib ketishi kabi holatlar hisoblanadi.

Ochiq jarohatlar. Klinik manzarasi jarohatlangan a'zo turiga, qon ketishning hajmi yoki darajasiga bog'liq.

Davolash – xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladigan operatsiya hajmi – jarohat turi va xarakteriga bog'liq.

Yallig'lanish kasalliklari

O'tkir mediastenit – ko'ks oralig'i kletchatkasining o'tkir yiringli yallig'lanishi. Uning paydo bo'lishiga, aksariyat hollarda ko'ks oralig'ining ochiq jarohatlari, o'tkir uchli yot jismlar vositasida teshilishi, kimyoviy moddalar ta'sirida kuyishi, ba'zan esa asbob-uskunalari yordamida tekshirishda jarohatlanishi yoki bo'yinning chuqur flegmonasining tarqalib ketishi sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. O'tkir mediastenit umumiy va mahalliy simptomlarning jadal rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Kasallik haroratning birdaniga 39-40°S darajagacha ko'tarilishi, gektik xarakterdagi isitma, et junjikishi, kuchli terlash bilan boshlanadi. Shu holatda nafas qisishi, tsianoz, taxikardiya erta boshlanadi, arterial qon bosimi pasayadi, og'ir intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlar odatda ko'krak va bo'yin sohasidagi tortishadigan sanchiqli kuchli og'riqlarga shikoyat

qiladilar. Bo`yinni egish va to`g`rilashda, boshni yon tomonlarga burishda, ko`krakni bosishda og`riq kuchayadi. Bemorlar majburiy holatni egallaydilar (boshini oldinga qilib qaddini baland qo`yib yotadilar). Qizilo`ngach, bronxlar teshilganda mediastinal, so`ngra esa teri osti emfizemasi vujudga keladi.

Qon tahlilida yuqori leykotsitoz, leykoformulaning chapga siljishi, EChTning oshganligi ma`lum bo`ladi. Rentgenogrammalarda ko`ks oralig`i ko`lankasining kengayganligi, ichi bo`sh a`zolar teshilganda esa, ko`ks oralig`ida gaz borligi qayd etiladi.

Davolash: Muolaja tadbirlarini o`tkazish bilan birga jarrohlik amaliyoti (operatsiya) qo`llaniladi. Bundan maqsad infeksiya manbaini bartaraf etish, ko`ks oralig`ini antiseptik eritmalar bilan doimiy yuvib turish uchun qo`sh bo`shlig`li silikon naychalar bilan adekvat drenajlashdan iborat. Muolaja tadbirlari bakteriologik tekshiruvlar tahlili va nazorati ostida antibakterial muolaja, diurez stimulyatsiyasi bilan birga detoksikatsion infuzion muolaja, hamda bemorning immunologik holatini quvvatlaydigan muolajalar o`tkazishdan iborat.

Surunkali mediastenit o`tkir mediastenitning oqibati bo`lishi mumkin. Unga sil, antipolipoz, zaxm sabab bo`lishi ehtimoli bor. Idiopatik sklerozlovchi mediastenit ham farq qilinadi.

Klinik ko`rinishi. Surunkali mediastenit uzoq vaqt mobaynida belgisiz kechishi mumkin. Keyinroq esa, ko`krak qafasida og`riq, tana haroratini subfebril ko`rsatkichlargacha ko`tarilishi, yo`tal, nafas olishda qiynalish va uning qisishi, lanjlik, holsizlik, yutish jarayonida qiynalishlar, ko`krakda siqilish sezgisining paydo bo`lishi kuzatiladi. Bu simptomlar odatda sil (o`pka yoki limfatik tugunlar sili), zaxm kabi spetsifik kasalliklaridagi bo`ladigan klinik belgilar bilan o`tadi. Sklerozlovchi mediastenitda, kasallikning rivojlanishi jarayonida asta-sekin yuqori kovak venaning ezilishi bilan bog`liq simptomlarning paydo bo`lishi (yuz kerikishi, qo`lda shish, tsianoz paydo bo`lishi), ko`krak teri osti venalarining g`oyat darajada kengayishi sodir bo`ladi.

Diagnozni tasdiqlash uchun qizilo`ngach va yuqori kovak venasiga kontrast modda yuborib rentgenologik tekshirishdan foydalaniladi.

Davolash: spetsifik antibakterial preparatlar tayinlashdan iborat. Idiopatik sklerozlaydigan mediastenitda nurlash, kortikosteroidlar qo`llash

maqsadga muvofiq bo'ladi. Hayotiy muhim a'zolar ezilganda, xirurgik usullarni tanlashga to'g'ri keladi.

Ko'ks oralig'i o'smalari va kistalari

Ko'ks oralig'i o'smalarining talaygina gistologik turlari mavjud.

Kelib chiqishiga ko'ra ular:

- nevrogen (ganglionevromalar, neyroblastomalar, simpatikoblastomalar, oreoxomotsitomalar, nevrinomalar va nevrogen sarkomalar);

- mezenximadan kelib chiqqan (fibromalar, fibrosarkomalar, lipomalar, liposarkomalar, limfangiomalar, gemangiomalar, angiosarkomalar va b.);

- limfatik tugunlar retikulyar to'qimasidan paydo bo'lgan (limfosarkomalar, retikulosarkomalar, limfogradulematoz);

- embriogenez buzilishi oqibatida paydo bo'ladigan ayrisimon yoki qalqonsimon bezlardan kelib chiqadigan (dermoid kistalar va teratomalar, seminomalar, xarinoepitelioma, ko'krak qafasi ichidagi buqoq) o'smalari bo'ladi.

Ko'ks oralig'i kistalari haqiqiy tselamik kistalar va perikard divertikullariga, bronxogen va enterogen parazitar kistalarga bo'linadi. Bular embriogenez jarayonining buzilishlari oqibatida kelib chiqadi.

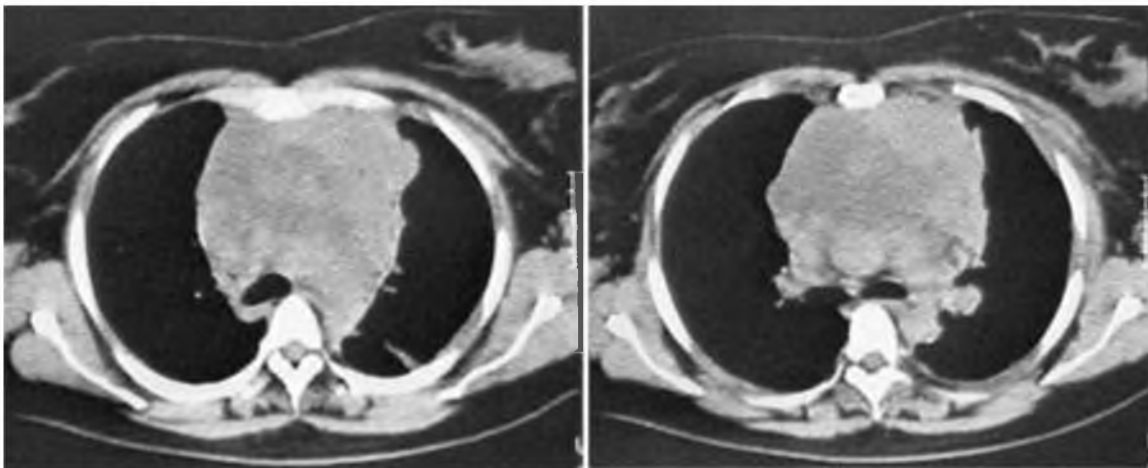
Ko'ks oralig'i o'smalari va kistalarini soxta o'smalar, anevrizmalardan (aorta, o'pka arteriyasi, toq vena anevrizmasi), diafragma churrasi, qizilo'ngach o'smalaridan tafovut qilish kerak bo'ladi.

Klinik manzarasi. Ko'ks oralig'ining o'smalari va kistalari ilk bosqichlarda belgisiz kechadi va ko'pincha profilaktika maqsadida o'tkazilgan rentgenologik tekshiruvlarda aniqlanadi. Keyinchalik o'sib ketganda va atrofdagi a'zolarini ezib qo'yganida, ko'krak qafasida og'riq, nafas olishning qiyinlashuvi kabi belgilar paydo bo'ladi. Ko'ks oralig'ining o'smalari rivojlanishi jarayonida kasallikka simpatik nerv aloqador bo'lganida Gorner simptomi aniqlanadi, qaytuvchi nerv qo'shilganda esa tovushning bo'g'ilishi kabi belgilar kuzatiladi. Yurakning ezilishi oqibatida, ko'krak qafasining o'ng yarmida og'riq paydo bo'ladi, yurak ritmining buzilishlari kuzatiladi.

Nevrogen o`smalar orqa miyaning ezilishi belgilari – sezuvchanlik buzilishining turli xil turlari, parez, falajlar, kichik chanoqda joylashgan a`zolar faoliyatining buzilishlari bilan namoyon bo`lishi mumkin.

Yuqori kovak venasining qattiq ezilishi – “yuqori kovak vena” simptomokompleksining (belgilar majmuasi) rivojlanishiga olib keladi. Bunda yuz, bo`yin, qo`llar, gavdaning yuqori yarmida shish va tsianoz paydo bo`ladi. Shu bilan birga o`smaga aloqador simptomlar paydo bo`lishi ham ehtimol. Ko`ks oralig`i o`smalarining ko`pchiligi xavfsiz o`smalardan hisoblanib, odatda o`smalar o`lchamining kattalashishi oqibatida a`zolarning ezilishi yuzaga kelganda, xirurgik yo`l bilan olib tashlanadi. Ko`ks oralig`i o`smalarining ko`pchiligi, vaqt o`tishi bilan xavfli o`smalar turiga aylanishi mumkin. Demak, ko`ks oralig`i o`smalari diagnostika qilinganda, bemorning ahvoli imkon bersa, profilaktik nuqtai nazardan uni jarrohlik amaliyoti usullarini qo`llab olib tashlash, ayni maqsadga muvofiq bo`ladi.

Ko`ks oralig`i o`smalari va kistalarining ayrim turlari diagnostikasi, kasallikning klinik manzarasi va davolash. Nevrogen o`smalar – ko`ks oralig`ining ko`proq uchraydigan xavfsiz o`smalaridan hisoblanadi. Ular odatda, orqa ko`ks oralig`i sohasida joylashadi.



2 – rasm. Ko`ks oralig`ining gigant o`smasi (KTdan kesma).

Nevrogen o`smalar simpatik nerv gangliylari va o`zaklari, adashgan va qovurg`alararo nervlar, orqa miya pardalaridan kelib chiqadi. Gistologik tuzilishi jihatidan bular neyrofibroma, neyromioma, ganglionevroma, paraganglioma, feoxromotsitomalaridir. Orqa miya ildizlaridan chiqadigan

o'smalar qisman orqa miya kanali ichiga, qisman esa ko'ks oralig'iga "qum soat" kabi shaklda bo'lib o'sadi. Shu munosabat bilan bemorlar orqadagi og'riqqa shikoyat qiladilar, ularda orqa miyaning bosilish belgilari, parezlar va falajliklar rivojlanadi.

Rentgenologik alomatlar: tuxumsimon yoki yumaloq shakldagi intensiv gomogen soyaning aniq chegaralari bor, ko'ks oralig'ining orqa yuqori bo'limlarida joylashadi, sun'iy pnevmotoraks qo'yilgandan keyin yaxshiroq aniqlanadi.

Davolash – xirurgik yo'l bilan o'sma olib tashlanadi.

To'sh suyagi orti (ichki) buqoq. Ko'krak qafasining to'sh suyagi ortida joylashgan ichki buqoq tireoptoz (qalqonsimon bezining to'sh suyagi ortiga tushishi) va ko'ks oralig'ida joylashgan qo'shimcha qalqonsimon bezlar ham kiradi. Aksariyat o'ng tarafda, buqoqning bu turi ko'proq uchraydi. Ko'krak qafasining to'sh suyagi ortida joylashgan ichki buqoqning muhim belgilaridan biri bo'lib, traxeyaning ezilishi, siqilishi yoki deviatsiyasi (bir tomonga surilishi) hisoblanadi. Buqoqning o'lchamlari katta bo'lganda ko'ks oralig'idagi yirik qon tomirlarining ezilishi simptomlari: bo'yin teri osti venalarining kengayishi va pulsatsiyasi, bosh og'rig'i, yuz salqishi "kompresion sindrom" rivojlanishi mumkin.

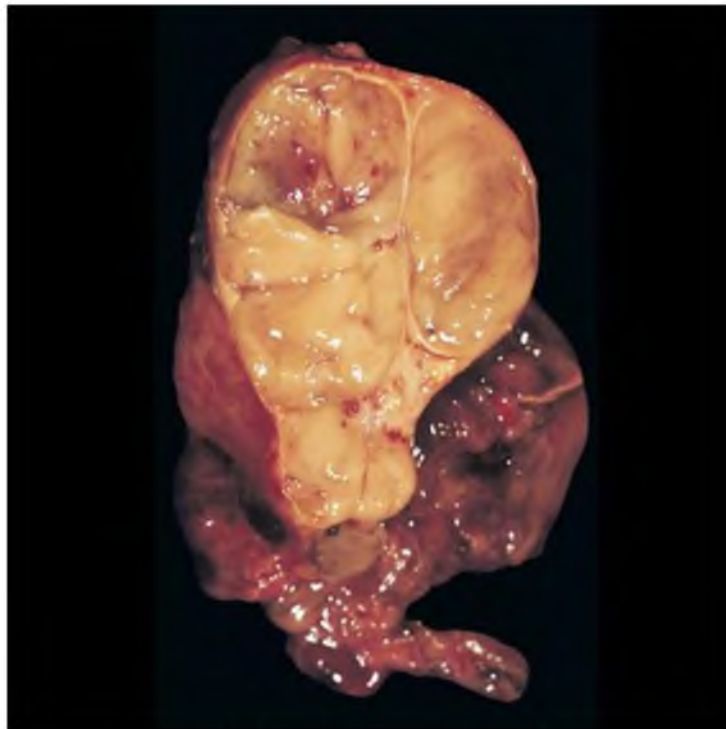


3 – rasm. Qalqonsimon bez to'sh orti sohasida joylashish varianti.

Rentgenologik tekshiruv qo`llanilganda traxeya va qizilo`ngachni joyidan siljiganligining aniq chegaralari soya (ko`lanka) sifatida aniqlanadi. Ko`pincha I131 bilan skanerlash aniqroq ma`lumot beradi.

Davolash – buqoqni xirurgik yo`l bilan olib tashlashdan iborat.

Timomalar – ayrisimon bez o`smalari, xavfsiz va xavfli bo`lishi mumkin. “Kompression sindrom” dan tashqari aregenerator anemiya, Kushing sindromi namoyon bo`ladi. Ko`p hollarda miasteniya belgilari (skelet mushaklarining birdaniga bo`shashishi, chaynash, yutish, nutq, nafas olishning buzilishi, mushak gipotrofiyasi) bilan o`tadi. Bu simptomlar antixolinesteraza preparatlari yuborilgandan keyin kamayadi. Diagnostika usullaridan mediastinografiya batafsilroq ma`lumot beradi. Davolash – bezni operatsiya yo`li bilan olib tashlashdan iborat.

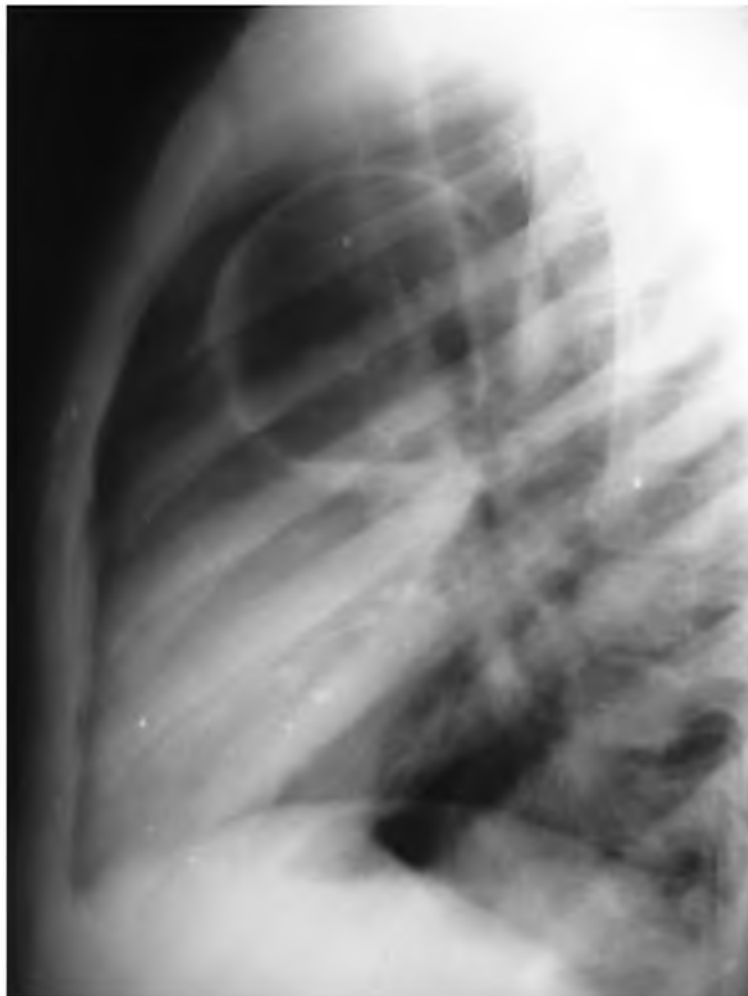


4 – rasm. Ayrisimon bez o`smasi, makropreparat.

Dermoid kistalar va teratomalar. Dermoid kistalar endoderma elementlaridan rivojlanadi, devorlari qalin, bo`shlig`ida yopishqoq suyuqlik, teri va soch kabi tarkibiy qismlar bo`ladi. Teratomalar o`rta ko`ks oralig`ida bir necha pusht varaqlaridan rivojlanadi. Odatda, og`riq va “kompression sindrom” paydo bo`lgandagina diagnostika qilinadi. Davolash – xirurgik yo`l bilan olib tashlashdan iborat.

Perikard kistalari. Embrional davrda to'qimalarning rivojlanish nuqsoni bilan bog'liq. Aksariyat o'ng kardiodiafragmal burchakda joylashadi. Kechishi ko'pincha simptomlarsiz. Katta o'lchamlarda bo'lganda yurak sohasida og'riq, aritmiyalar qayd qilinishi mumkin. Rentgenologik tekshirishda aniqlanadi. Davolash – kistani xirurgik yo'l bilan olib tashlashdan iborat.

Bronxogen kistalar. Odatda traxeya va yirik bronxlarga taalluqli bo'ladi. Ularning o'lchamlari kattalashgan sari, bemorlarda shikoyatlar birin-ketin paydo bo'ladi. Ular quruq yo'tal, nafas qisishi, stridoroz nafas olish holida yuzaga chiqadi. Rentgenologik tasvirda traxeyaga tegib turgan yumaloq soya aniqlanadi. Davolash – kistani xirurgik yo'l bilan olib tashlashdan iborat. Operatsiyaga ko'rsatma bo'luvchi asoratlari: yiringlash, perforatsiya (teshilish) hisoblanadi.



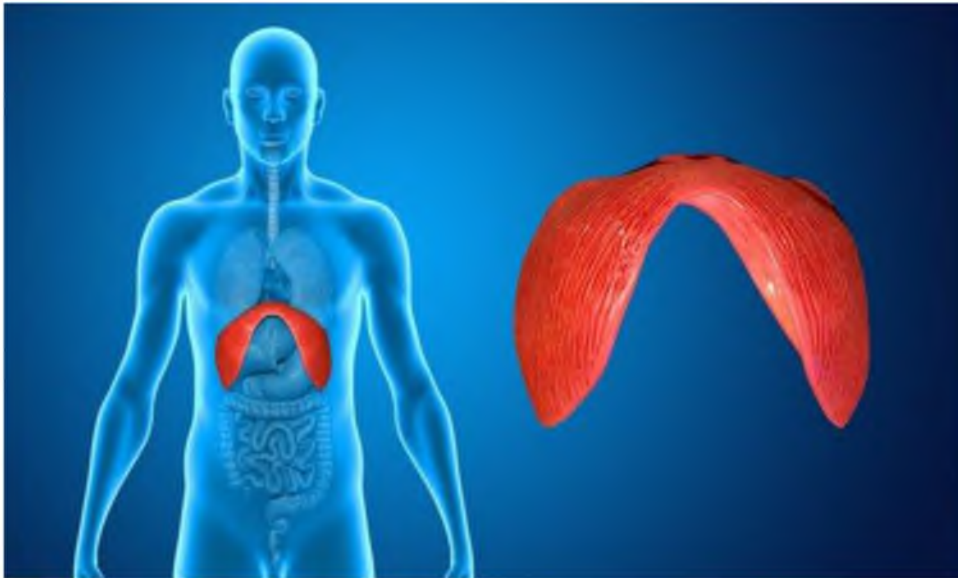
5 – rasm. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'pka bronxogen kistasi

Enterogen kistalar. Orqa ko`ks oralig`ining pastki bo`limlarida joylashadi. Birlamchi ichak naychasidan rivojlanadi. Kistalarning ichki pardasi xlorid kislota ishlab beradigan me`da epiteliysi bilan qoplanganligi tufayli devorida yaralar paydo bo`lishi, qon oqishi, perforatsiyasi yuz berishi mumkin. Ular ichi kovak a`zolariga, perikard, plevra bo`shlig`iga teshib kirib, yiringlashni hosil qilishi ehtimoli bor. Diagnostika uchun pnevmomediastenografiya ko`p ma`lumot beradi. Davolash – kistalarni operatsiya yo`li bilan olib tashlashdan iborat.

Lipomalar – ko`pincha o`ng kardiodiafragmal burchakda joylashadi. Simptomsiz kechadi. Katta o`lchamlargacha etishi mumkin, shundagina ko`ks oralig`i a`zolarining bosilish simptomlari yuzaga keladi. Rentgenologik tekshirishda aniqlanadi. Davolash – operatsiya qilinib, o`sma olib tashlanadi.

Limfomalar. Mediastinal limfatik tugunlardan rivojlanadi. Odatda oldingi ko`ks oralig`ida joylashadi. Tabiatiga ko`ra xavfli hisoblanadi. Simptomlari intoksikatsiya bilan bog`liq – lohaslik, darmon qurishi, tana haroratining ko`tarilishi (isitma), oriqlab ketish, terida qichima paydo bo`lishi kabilardir. Katta o`lchamlarga etganda: yo`tal, ko`krakda og`riq, ko`ks oralig`i a`zolarining ezilishi belgilari bo`ladi. Diagnostika uchun rentgenologik tekshiruv, mediastenoskopiya, mediastenotomiya o`tkaziladi. Davolash – xirurgik yo`l bilan davolash erta bosqichlaridagina amalga oshiriladi, keyinchalik nur va kimyoviy preparatlar bilan davolanadi.

DIAFRAGMA KASALLIKLARI



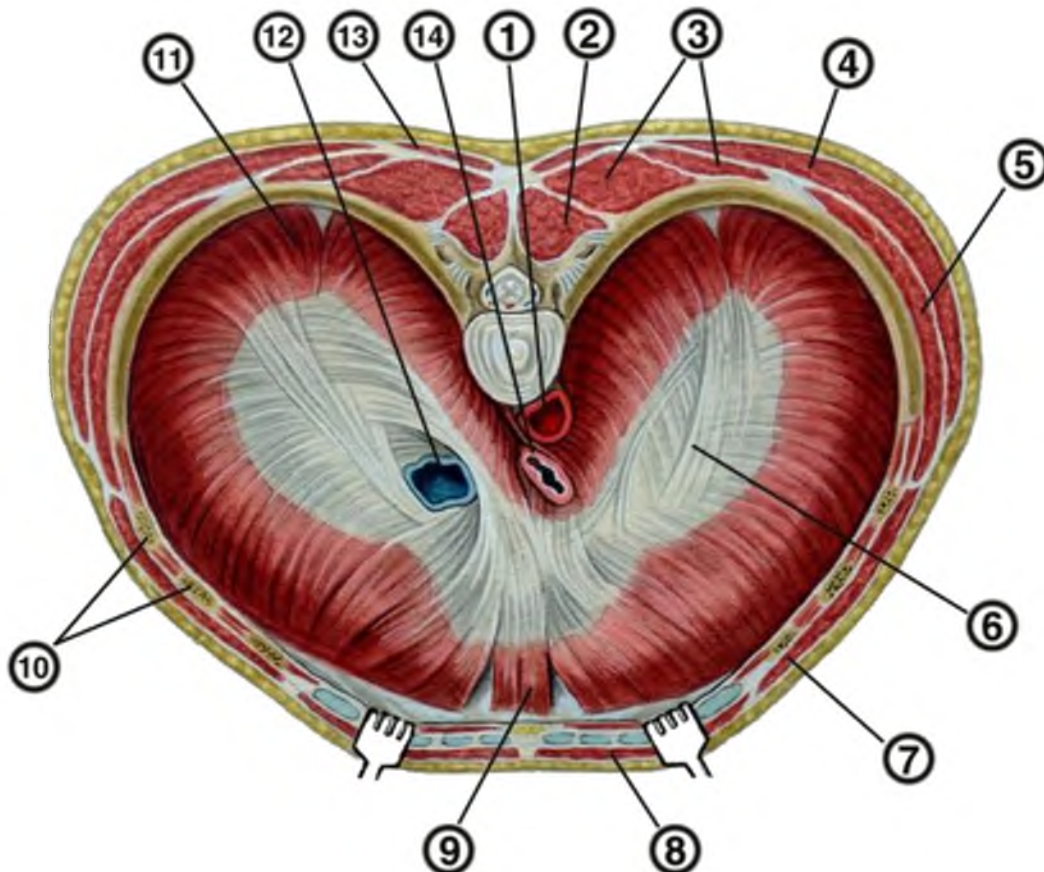
Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Diafragma (diaphragma – yunoncha «to'siq») yoki to'sh-qorin to'sig'i, ko'krak bo'shlig'i a'zolarini qorin a'zolaridan ajratib turadi. U yassi yupqa mushakdan iborat bo'lib, uning tolalari ko'krak qafasining pastki gumbaz qismining butun doirasi bo'yicha boshlanib, yuqoriga boradi va radial holda pay tizmasiga o'tib, o'ng va chap tomondan ko'krak bo'shlig'iga chiqib turadigan gumbazsimon qabariqlar hosil qiladi. Shunga muvofiq holda diafragmada ikkita qism farq qilinadi: markaziy pay qismi va chekka-mushak qismi. Keyingisi yana uch qismga: to'sh, qovurg'a va bel qismlariga bo'linadi. Diafragmaning ko'krak qismi biroz nozikroq ifodalangan bo'lib, ba'zi hollarda esa, hatto bo'lmasligi mumkin. Odatda u to'sh-xanjarsimon o'sig'ining ichki yuzasi va qorin to'g'ri mushaklari qinining orqa varag'idan boshlanadigan bir necha kalta tutamlardan iborat bo'ladi. Diafragmaning bu qismi kletchatka bilan to'lgan kichkina va tor uchburchak yoriq – ko'krak-qovurg'a bo'shlig'i yoki Larrey uchburchagi bilan qovurg'a bo'limidan ajralgan bo'ladi.

Qovurg'a qismi VII-XII qovurg'alar tog'aylarining ichki yuzasidan ko'ndalang qorin mushagi o'siqlari bilan navbatlashadigan alohida mushak tutamlaridan boshlanadi, so'ngra yuqoriga ko'tarilib pay markaziga o'tadi va diafragma gumbazlarining kattagina qismini hosil qiladi. Qovurg'a qismi, Boxdalek uchburchagi nomini olgan boshqa, huddi shunday

O`quv qo`llanma

uchburchak yoriq vositasida diafragmaning kuchliroq ifodalangan bel qismidan ajratilgan. Diafragmaning bel qismi har tomonlama uchta mushak “oyoqcha”lar: tashqi, oraliq va ichki “oyoqcha”lardan tashkil topgan bo`ladi.



6 - rasm. Diafragma (ko`krak qafasi tomonidan ko`rinishi):

1 - aorta; 2 - ko`ndalang o`siq mushagi; 3 – umurtqani to`g`rilovchi mushak; 4 – belning serbar mushagi; 5 – oldingi tishli mushak; 6 – pay markazi; 7 – qorin tashqi qiyshiq mushagi; 8 – qorin to`g`ri mushagi; 9 – diafragmaning to`sh qismi; 10 - diafragmaning qovurg`a qismi; 11 - diafragmaning bel qismi; 12 – pastki kovak vena; 13 – trapesiyasimon mushak; 14 – qizilo`ngach.

Diafragmaning qizilo`ngach teshigi ko`pchilik tadqiqotchilarning ma`lumotlariga binoan uning asosan o`ng ichki “oyoqcha”si hisobiga hosil bo`ladi. Qizilo`ngach teshigi barcha tomoni berk tog`orasimon shaklga ega bo`lib, XI ko`krak umurtqasi sathida, aksariyat o`rta chiziqdan birmuncha

chap tomonda joylashadi. Diafragma qizilo'ngach teshigining eni normada 1,0 sm dan 3 sm gacha bo'lib, uzunligi esa 3,5 dan 6 sm gacha kattalikka ega bo'ladi. Diafragmaning qizilo'ngach teshigi orqali qizilo'ngachdan tashqari, chap va o'ng adashgan nervlari o'tadi.

Diafragma o'pka bilan tutashgan joylarda va diafragmal-mediastinal, hamda diafragmal-qovurg'a sinuslar sohasida plevra bilan qoplangan bo'lib, uning payidan, qorin ichi fastsiyasining bir qismi hisoblangan biriktiruvchi to'qima plastinkasi boshlangan bo'ladi.

Diafragmani juft mushak – diafragmal arteriya (a. musculophrenica) lar va aortaning juft tarmoqlari: yuqorigi diafragmal arteriya va oltita pastki qovurg'alararo arteriyalar orqali qon bilan ta'minlanadi. Diafragmaning asosiy arteriyalari o'ng va chap pastki diafragmal arteriyalar bo'lib, ular aslini olganda butun diafragmani u yopishgan chiziq bo'ylab vaskulyarizatsiya qiladi. Ko'p sonli limfatik tomirlar diafragma qatlamlariga muvofiq joylashgan to'rlar hosil qiladi. Diafragmadan limfa oqishi, uning mushak-pay elementlari qisqarishi tufayli, ko'p sonli limfatik tugunlar vositasida ruy beradi.

Diafragma ikkita diafragmal nervlar (nn. phrenici), ikkala tomondagi oltita pastki qovurg'alararo nervlar (n. intercostalis) tarmoqlaridan innervatsiya qilinadi, shuningdek o'ng va chap diafragmal chigallaridan nerv tolalarini oladi.

Diafragma churralari. Diafragma churrasi deb, qorin bo'shlig'i a'zolarining diafragmadagi tug'ma yoki orttirilgan nuqson orqali ko'krak bo'shlig'iga surilishiga aytiladi.

Klassifikatsiyasi va klinikasi. Barcha diafragmal churralar ikkita katta sinfga: travmatik va travmatik bo'lmagan churralar turlariga bo'linadi. Churra qopining bor yoki yo'qligiga bog'liq holda, churralar soxta va chin churralar deb ham nomlanadi.

Travmatik diafragmal churralar odatda soxta bo'lib chiqadi, biroq chin bo'lishi, ya'ni qorin churrasi qopiga ega bo'lishi ham mumkin, bu ko'krak-qorin to'sig'ining jarohati hajmiga bog'liq bo'ladi.

Travmatik bo'lmagan chin diafragma churralari qaerda joylashganidan qat'iy nazar, tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin.

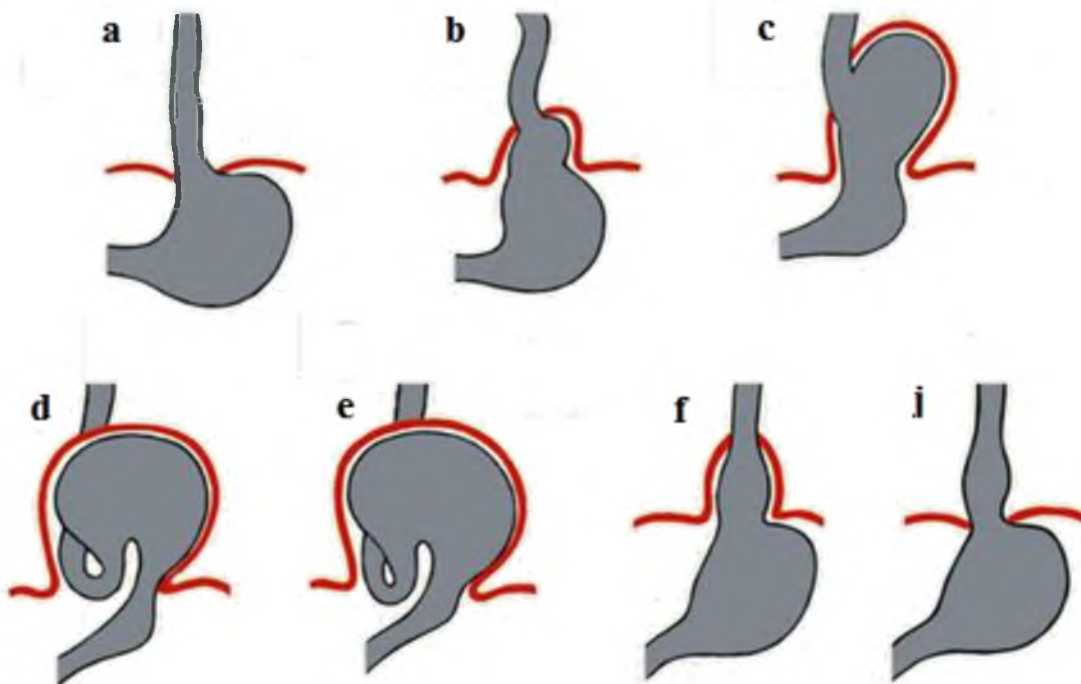
Diafragmal churralarining quyidagi tasnifi keltirilgan (B.V. Petrovskiy bo'yicha):

Travmatik churralar:

soxta va chin.

Travmatik bo'lmagan churralar:

1. Soxta tug'ma churralar.
2. Diafragma kuchsiz sohalarining chin churralari.
3. Atipik lokalizatsiyali chin churralar.
4. Diafragma tabiiy teshiklarining churralari:
 - a) qizilo'ngach teshigi churrasi;
 - b) diafragma tabiiy teshiklarining kam uchraydigan churralari.



7 – rasm. Diafragmal churralarining turlari.

a - qizilo'ngach; b - kardial; c - fundal; d - subtotal; e - total;
f - orttirilgan kalta qizilo'ngach; j - tug'ma kalta qizilo'ngach

Diafragmal churralarning umumiy simptomatikasi. Diafragmal churralarning klinik ko'rinishlari uchta asosiy omilga bog'liq bo'ladi:
1. diaframadagi nuqson orqali ko'krak qafasiga tushgan churra darvozalaridagi qorin bo'shlig'i a'zolarining ezilishi va buralib qolishi;

2. churraga tushgan qorin bo'shlig'i a'zolarining o'pkaga kompressiyasi va ko'ks oralig'i surilishi; 3. difragma funktsiyalarining buzilishi va to'xtashi. Shunga muvofiq holda diafragmal churralarda uchraydigan barcha simptomlar quyidagilarga bo'linishi mumkin: a) joyi o'zgargan qorin bo'shlig'i a'zolari faoliyatining buzilish muddati bilan bog'liq gastrointestinal belgilar; b) o'pkaning ezilishi va yurakning surilishiga bog'liq kardiorespirator simptomlar.

Bemorlar to'sh osti sohasida, ko'krak qafasida, qovurg'alar ostidagi og'irlik sezgisi va og'riqdan, ayniqsa ko'proq ovqat eyilgandan keyin paydo bo'ladigan nafas qisishi va yurak urishiga shikoyat qiladilar. Ko'pincha churra tomondagi ko'krak qafasida bilqillagan va quldiragan tovushlar eshitiladi, bemor gorizontol holatda yotganda nafas qisishi kuchayadi. Ovqatlangandan so'ng bemor egan ovqatini qayt qilgach keyin o'zini birmuncha engilroq his qiladi.

Qizilo'ngachning ham buralib qolishi bilan kechadigan me'da buralishida, paradoksal disfagiya belgilari rivojlanadi (qattiq ovqat suyuq ovqatdan ko'ra osonroq o'tadi). Klinik belgilarning yuzaga chiqish darajasi, bevosita me'da-ichak yo'llarining to'liqlik darajasiga bog'liq bo'lishi, katta diagnostik ahamiyatga ega.

Ko'krak qafasining tegishli yarmidagi yoki epigastral sohadagi qattiq og'riqning orqaga, kuraklarga o'tishi – diafragmal churraning qisilib qolganidan darak beradi. Kovak a'zoning qisilib qolishi, uning devorini nekrozga uchrashi yoki teshilishi, piopnevotoraks rivojlanishiga va uning avj olishiga olib kelishi mumkin. Anamnezda jarohatlanish bo'lgani, yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlarning borligi, zararlangan tomonda ko'krak qafasi xarakatchanligining pasayishi va qovurg'alararo oraliqlarning kengayganligi, uzoq muddatdan beri mavjud bo'lgan churralarda – qorinning ichga botishi, ko'krak qafasining tegishli yarmi ustida to'mtoq tovush yoki timpanitning aniqlanishi, me'da va ichaklarning to'lish darajasiga ko'ra tovush kuchining o'zgarishi, bu sohada ichak peristaltikasi yoki chayqalish shovqini eshitilayotganda nafas shovqinlarning sustlashishi yoki mutlaqo bo'lmasligi, ko'ks oralig'idagi to'mtoq tovushning sog' tomonga surilishi, diafragmal churra borligiga xaqida dalolat beradi.

Odatda, uzil-kesil diagnoz rentgenologik teshiruv natijasiga qarab qo'yiladi. Rentgenologik manzarada: ko'krak qafasiga surilgan qorin a'zolari tabiati va hajmiga, me'da-ichak yo'llarining to'lish darajasiga bog'liq.

Me'da tushishida ko'krak qafasining chap tomonida suyuqlik ichish va ovqat eyishda ko'tarilgandigan katta gorizontalsath ko'rinib turadi. Ingichka ichak qovuzloqlari tushganda o'pka maydoni fonida ayrim yorug'langan va soyalashgan qismlar ko'rinib turadi. Taloq yoki jigarning surilganligi o'pka maydonining tegishli bo'limida qorong'ulanish beradi. Ayrim bemorlarda diafragma gumbazi va undan yuqorida joylashgan qorin a'zolari yaxshi ko'rinib turadi.

Me'da-ichak sistemasi a'zolarini kontrast modda yordamida tekshirilganda, churraga tushgan a'zolarining tarkibi va tabiati aniqlanadi. Churraga tushgan a'zolarini diaframadagi teshik sathida bosib ko'rish asosida (churra darvozalari simptomi) churra darvozalarining joylashgan joyi va o'lchamlari aniqlanadi.

Davolash: diafragmal churralarda siqilish imkoniyati borligini hisobga olib, profilaktik niyatda operatsiya qilish kerak bo'ladi. Churra o'ng tomonlama joylashganda operatsiyani IV qovurg'alar orasida bajariladigan transtorakal kesma (yo'l) orqali qilinadi, parasternal churralarda qulayroq kesma yuqori-o'rta laparotomiya, chap tomonlama churralarda esa VII-VIII qovurg'alararo transtorakal kesmalar tavsiya etiladi. Amaliyot jarayonida bitishmalar ajratilgach, diaframadagi nuqson chetlari ozod qilingandan so'ng, surilgan a'zolar qorin bo'shlig'iga joylashtiriladi va nuqson alohida tugunli choklar yordamida dublikatura hosil qilib tikiladi. Nuqson o'lchamlari katta bo'lganda diafragmani kapron, neylon, teflon kabilardan tayyorlangan protezlar yordamida (alloplastika) mustahkamlash maqsadga muvofiq bo'ladi.

Parasternal churralarda (Larrey churrasi, retrosternal churra) surilgan a'zolar o'z bo'shlig'iga joylashtiriladi, churra xaltasi kesib olib tashlanadi, diafragma nuqsoni chetlariga va qorin mushaklari qinining orqa varag'iga, suyak ustki pardasi, to'sh va qovurg'alarga birin-ketin II-simon choklar qo'yiladi.

Qisilgan diafragmal churralarda transtorakal yo'l bilan kiriladi, qisib turgan halqa kesilgach, churra xaltasining tarkibini tashkil qiluvchi a'zolar

sinchkovlik bilan tekshiriladi. A'zoning yashashga moyilligi saqlangan bo'lsa, uni qorin bo'shlig'iga kiritilib, churra darvozasi defekti bartaraf etiladi. Agarda hayotga noloyiq holat topilsa, ya'ni a'zo ortga qaytmas o'zgarishlarga uchragan bo'lsa, uni olib tashlash lozim bo'ladi.

Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralari. Diafragmaning tabiiy teshiklaridan ko'p hollarda churra chiqadigan joy qizilo'ngach teshigi hisoblanadi. Churraning ayni shu turi ko'krak, qorin bo'shliqlari to'sig'ining ko'proq tarqalgan patologiyasi hisoblanadi.

Qizilo'ngach teshigi churralarining tasnifi (B.V. Petrovskiy bo'yicha):

- I. Qizilo'ngach teshigining sirpanuvchan tipdagi churralari:
 - 1) qizilo'ngach teshigining qizilo'ngach churrasi;
 - 2) qizilo'ngach teshigining kardial churrasi;
 - 3) qizilo'ngach teshigining kardio-fundal churrasi.
- II. Qizilo'ngach teshigining paraezofagial tipdagi churrasi:
 - 1) qizilo'ngach teshigining fundal churrasi;
 - 2) qizilo'ngach teshigining antral churrasi;
 - 3) qizilo'ngach teshigining ichak churrasi;
 - 4) qizilo'ngach teshigining qo'shma me'da-ichak churrasi;
 - 5) qizilo'ngach teshigining charvi churrasi.
- III. Qizilo'ngach teshigining gigant (katta) churralari:
 - 1) qizilo'ngach teshigining subtotal me'da churrasi;
 - 2) qizilo'ngach teshigining total me'da churrasi.
- IV. Kalta qizilo'ngach:
 - 1) orttirilgan kalta qizilo'ngach;
 - 2) tug'ma kalta qizilo'ngach.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Diafragma qizilo'ngach teshigining sirpanuvchan churralarida simptomlar reflyuks-ezofagit bilan bog'liq bo'ladi. Bemorlar to'sh orqasida, xanjarsimon o'siq sathida, to'sh ostida, qovurg'alar ostidagi achishtiradigan yoki lo'qillagan og'riqdan shikoyat qiladilar, bu og'riq yurak, kuraklar yoki chap elkaga beriladi. Aksariyat bemorlarni terapevtlar stenokardiya kasalligi bo'yicha kuzatib boradilar. Og'riq bemor gorizontaal vaziyatda bo'lganda va jismoniy xarakat qilganda, gavdasini oldinga engashtirganda, ya'ni me'da-

qizilo'ngach refluyksi oson sodir bo'lganda kuchayadi. Og'riq vaqtda bemorlarda kekirish, zarda bo'lishi va qayt qilish kuzatiladi. Vaqt o'tishi bilan bemorlarda disfagiya paydo bo'ladi, ko'pincha u o'zgaruvchan xarakterga ega bo'ladi va qizilo'ngachning peptik strikturasi rivojlanganda doimiy tus oladi.

Ko'proq uchraydigan simptomi qon ketishi, odatda u yashirin bo'ladi, kamdan-kam qirmizi-qizil yoki kofe quyqasi rangidagi qayt qilish, qora rangdagi qatronsimon najas belgilari bilan namoyon bo'ladi. Anemiya (kamqonlik) kasallikning birdan-bir alomati bo'lishi mumkin. Qon ketishi diapedez yo'li bilan peptik ezofagitda eroziyalar va yaralardan sodir bo'lishi mumkin.

Diafragma qizilo'ngach teshigi churralariga diagnoz qo'yishda kontrast moda yordamida bajarilgan rentgenologik tekshiruv hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Tekshirish bemorni vertikal va gorizontaal vaziyatida, ba'zan esa ko'rsatmaga qarab Trendelenburg vaziyatida o'tkaziladi. Sirpanuvchan churralarda me'da kardial bo'limi shilliq pardasi burmalarining diafragmadan yuqorigacha davom etishi, qizilo'ngachning qisqargan-qisqarmaganligi, Gis burchagining ochiqligi, qizilo'ngachning me'daga balandroqda o'tishi, gaz pufagi hajmining kichrayishi, me'dadan qizilo'ngachga kontrast modda refluyksi qayd qilinishi muhim diagnostik omillardan hisoblanadi. Kardiyaning diafragma ustida joylashuvi, diafragma qizilo'ngach teshigi kardial churrasining patognomonik belgisi hisoblanadi.

Ezofagoskopiya qizilo'ngachning uzunligini aniqlashga, ezofagit belgilarining og'ir yoki engilligiga baho berishga, kardiya etishmovchiligi darajasini aniqlashga va yara nuqsonlari malignizatsiyasini istisno qilishga imkon beradi.

Paraezofagial churralar fundal, ichak, ichak-me'da, charvi turlariga bo'linadi. Odatda bu holatlarda, kardiya joyida qoladi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi orqali esa qizilo'ngach yaqinida me'da va ichaklarning ko'ks oralig'iga surilishi ro'y beradi. Sirpanuvchan churralardan farqli ravishda paraezofagial churralarda qisilishining rivojlanish ehtimoli ko'proq bo'ladi. Paraezofagial churralarda klinik manzara churraning turi va ichidagi tarkibiy qismiga, atrofdagi a'zolarining surilish darajasiga bog'liq bo'ladi. Bunda kardiyaning yopish faoliyati buzilmagan bo'ladi.

Me'da-ichak yoki yurak-o'pka a'zolari faoliyatining buzilishiga shikoyatlar ustunlik qilishi mumkin. Ko'pincha me'daning ko'krak bo'shlig'iga surilishi sodir bo'ladi, bunda epigastral sohada va to'sh orqasida ovqatlanishdan so'ng disfagiya, kekirish va undan so'ng og'riqlar vujudga keladi. Churra qisilganda esa, keskin og'riq, qon aralash qusish kuzatiladi.



8 – rasm. Oshqozon ichak traktining kontrastli tekshiruvda paraesofageal churra.

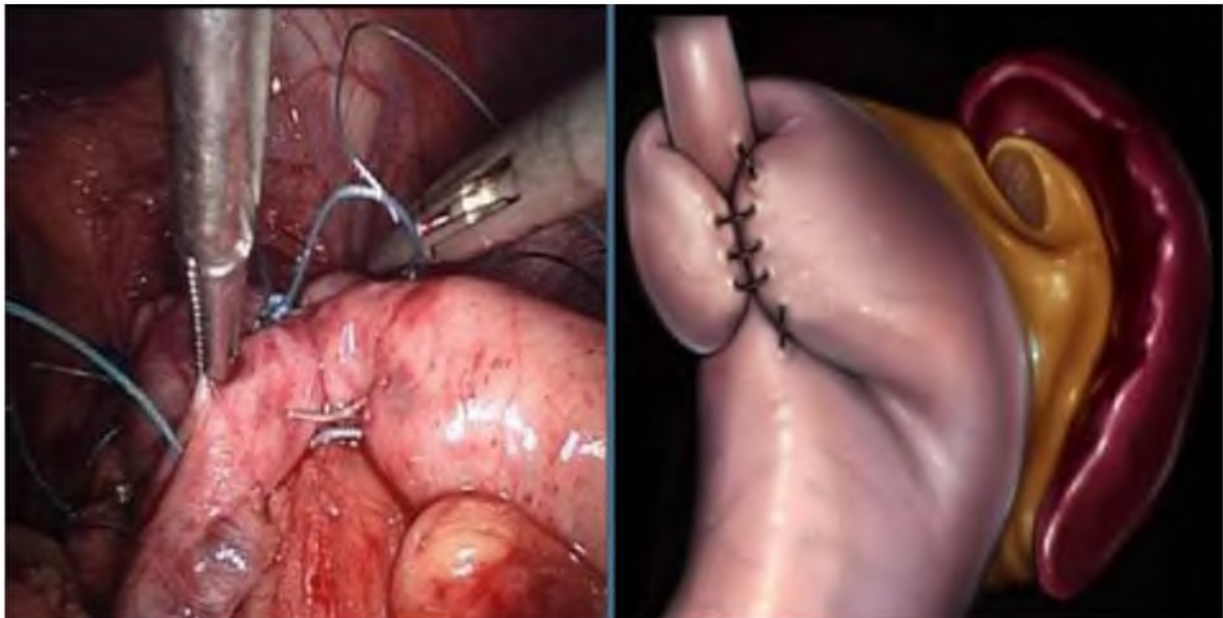
Me'dani kontrast modda bilan to'ldirilib o'tkaziladigan rentgen tekshiruvda, kardiyaning diafragmaga nisbatan joylashuvi aniqlanadi. Me'daning ko'krak qafasiga surilgan qismi holati va uning qizilo'ngach hamda kardiya o'zaro munosabati o'rganiladi.

Hozirgi vaqtda diafragmal churralarini diagnostika qilishda UTT, KT va MRTdan keng foydalanilmoqda.

Davolash. Diafragmaning qizilo'ngach teshigi asoratlanmagan sirpanuvchan churralarida me'da-qizilo'ngach reflyuksini pasaytirishga, ezofagit hodisalarini kamaytirishga, qorin bo'shlig'i ichidagi bosim oshishining oldini olishga qaratilgan muolajalar olib boriladi. Bemorlarga

tanasining bosh tomonini baland ko'tarib qo'yib uxlash, gavdani reflyuks paydo bo'lishini engillashtiradigan holatlarga yo'l qo'ymaslik, ichak faoliyatini muntazam ravishda kuzatib turish tavsiya qilinadi. Qizilo'ngach teshigi churrasi borligiga bog'liq holda kasallikning klinik manzarasi og'ir bemorlarda terapevtik choralarning natija bermasligi, jarrohlik usulda davolash uchun bosh ko'rsatma hisoblanadi.

Operatsiya qorin a'zolarini joyiga solish va diafragmaning qizilo'ngach teshigi defektini bartaraf etishdan iborat. Paraezofagial churra kardiya etishmovchiligi bilan birga kelganda Nissen taklif etgan usul bo'yicha fundoplikatsiya operatsiya amalga oshiriladi.



9 – rasm. Laparoskopik orqa krurorafiya, Nissen usulida fundoplikatsiya operatsiyasi

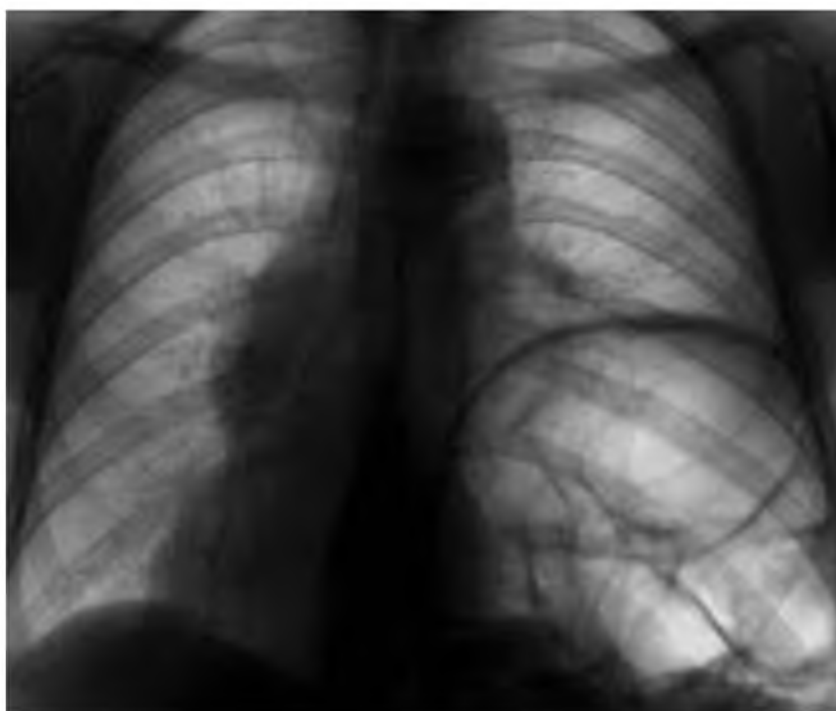
Diafragma relaksatsiyasi. Diafragma relaksatsiyasi – diafragmaning yupqalashishi oqibatida unga yaqin joylashgan qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'krak bo'shlig'iga qarab surilishi nazarda tutiladi. Bu holatda diafragma yopishadigan chetlari odatdagi joyda qoladi.

Relaksatsiyaning tug'ma (diafragma mushaklarining to'liq o'sib etilmaganligi yoki aplaziyasi zahirida) va orttirilgan (aksariyat diafragmal nerv shikastlanishi natijasida) turlari tafovutlanadi. Diafragmaning butun gumbazi zararlanib ko'krak qafasiga surilgan bo'lsa, relaksatsiya to'liq va uning biror bo'limi (chegaralangan bo'limi) yupqalashganda qisman

bo'lishi mumkin. Diafragma relaksatsiyasida zararlangan tomondagi o'pkaning ezilishi va ko'ks oralig'ining qarama-qarshi tomonga surilishi ro'y beradi, me'da yoki ichakning ko'ndalang va uzunasiga buralishi yuz berishi ehtimoli ham bo'ladi.

Klinik manzarasi. Chegaralangan o'ng tomonlama relaksatsiyada belgilar diafragmal churradagi singari bo'ladi. Churraning darvozalari yo'qligi hisobiga, bu holatda qisilib qolish xavfi bo'lmaydi.

Diagnoz – qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'krak qafasining tegishli yarmiga surilishi, o'pkaning ezilishi, ko'ks oralig'i a'zolarining surilish belgilari asosida qo'yiladi. Rentgenologik tekshirish diagnozni tasdiqlaydigan asosiy usul hisoblanadi. Ko'krak qafasiga surilgan a'zolar ustidan diagnostik pnevmoperitoneum qo'yilganda diafragma soyasi aniqlanadi.



10 – rasm. Diafragma relaksatsiyasining rentgenologik ko'rinishi.

Davolash. Aniq ifodalangan klinik simptomlar bo'lganda jarrohlik usulida davolash zarur bo'ladi. Operatsiya surilgan qorin bo'shlig'i a'zolarini normal holatga keltirish va yupqalashgan diafragmaning dublikaturasini hosil qilish yoki uni polivinilalkogol, teri-mushak laxtaklari yordamida plastika qilishdan (mustahkamlash) iborat.

QIZILO'NGACH KASALLIKLARI



Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Qizilo'ngach (oesophagus) – halqumni me'daning kardial qismi bilan tutashtirib turadigan kovak a'zo bo'lib, balog'at yoshidagi odamda uning uzunligi 24-29 sm ni tashkil etadi. Qizilo'ngach devorining qalinligi o'rta hisobda 3-4 mm atrofida bo'lib, uzuksimon tog'ayning pastki cheti, VI bo'yin umurtqasi sohasidan boshlanadi va uning pastki qismi (2-4 sm) qorin bo'shlig'ida joylashgan bo'ladi.

Quyidagi ma'lumotlar amaliy ahamiyatga ega: qizilo'ngachda uchta torayma bo'lib, yuqorigisi qizilo'ngachning kirish qismida yuqori qoziq tishlar oldingi chetidan taxminan 14-15 sm masofada, o'rta torayma aorta ravog'i va chap bosh bronx sohasida va pastkisi diafragma bilan kesishgan joyida bo'ladi.



11 – rasm. Qizilo’ngachga fiziologik toraymalari.

1 – xalqum toraymasi, 2 – aortal toraymasi, 3 – diafragmal toraymasi

Qizilo’ngach anatomik jihatdan uch qismga bo’linadi: bo’yin qismi (pars cervicalis – boshlanishdan orqa ko’ks oralig’iga kirish qismigacha – 5-6 sm), ko’krak qismi (pars thoracalis – ko’krak qafasidan diafragma gacha – taxminan 17 sm) va qorin qismi (pars abdominalis – diafragmadan chiqishdan me’daning kardial qismi bilan tutashguncha – 2-4 sm).

Qizilo’ngach o’z yo’lida qator a’zolar bilan duch keladi yoki ularga anatomik jihatdan yaqin, qizilo’ngachning oldingi tomonida yuqorida traxeya turadi. Traxeya bifurkatsiyasi sathida qizilo’ngachni chap bronx kesib o’tadi. Pastroqda esa, perikard bilan ajratilgan o’ng bo’lmaning orqa yuzasi joylashadi. Diafragmal teshik orqali o’tishning oxirida, endi qorin pardasi bilan qoplangan qizilo’ngach jigarning chap bo’lagiga tegib turadi. Qizilo’ngach orqasida umurtqa pog’onasining bo’yin qismi va birinchi ko’krak umurtqalari joylashadi. Th10 yordamida u ko’krak yo’lini (ductus thoracicus) kesib o’tadi va umurtqa pog’onasidan uzoqlashadi, qizilo’ngach orqasida ichkarida o’ng tomonda toq vena (v. azygos), chap tomonda ko’krak aortasi, ular orasida esa ko’krak yo’li joylashadi. Shu

yo`lda qizilo`ngach o`ng bronxial arteriyani, bir necha qovurg`alararo arteriyalar va venalarni, hamda undan plevra bilan ajratilgan v. hemiazygosni kesib o`tadi. Qizilo`ngach o`ng tomonda yuqorida traxeya bilan bekilgan. Xuddi shu erda o`ng qaytuvchi nervning tarmog`i o`tadi. Eng yuqori bo`limida u qalqonsimon bezning o`ng bo`lagiga tegib turadi. Chapda qizilo`ngach qalqonsimon bezning chap bo`lagi, shu bezning venalari bilan chegaralanib turadi. Unga traxeo-ezofageal burchakdan qizilo`ngachning oldingi sathiga o`tadigan chap qaytuvchi nerv yaqinlashadi. Uning yaqinida, chap o`mrov osti sohasida ko`krak yo`li joylashadi. Keyinroq qizilo`ngach aorta ravog`ining gorizontal qismiga yaqinlashadi, mediastinal plevra, kardiya sohasi, me`da tubiga tegib turadi. O`ng adashgan nerv qizilo`ngachga o`ng bronx bilan kesishgan sathida yaqinlashadi, bu IV-V ko`krak umurtqasi sathiga muvofiq keladi va qizilo`ngachning orqa yuzasida joylashib, qorin bo`shlig`iga kiradi. Chap adashgan nerv qizilo`ngachning oldingi devoriga yaqinlashadi. Shunday qilib, qizilo`ngach o`zining butun yo`lida traxeya, pastga tushadigan aorta, ko`krak yo`li, simpatik chegaradosh ustunning ko`krak qismi, o`pka va plevra, diafragma, yuqori kovak vena, perikard va yurakning orqa yuzasi bilan anatomik jihatdan yaqin yoki tegib turadi. Qizilo`ngach bo`yin qismi va ko`krak bo`limi boshlanishda aorta ravog`igacha o`rta chiziqdan birmuncha chapda yotadi. Ko`krak bo`limining o`rta qismida qizilo`ngach o`rta chiziqdan birmuncha o`ngga og`adi va diafragma ustida aortadan oldinda yotadi.

Shunday qilib, qizilo`ngach bo`yin bo`limida chapdan kesishga qulay. Ko`krak bo`limining pastki uchdan bir qismida qizilo`ngach pastga tushadigan aorta va yurak xaltasi orasida yotadi va unga chap tomonlama transplevral yo`l bilan yaqinlashish oson. Umuman olganda, qizilo`ngachning tuzilishi butun me`da-ichak yo`liga muvofiq keladi. Devori 4 qavatdan tashkil topadi – shiliq qavat (mucosa), shiliq osti qavati (submucosa), mushak qavati (muscularis) va tashqi biriktiruvchi to`qima pardasi (tunica adventicia). Qizilo`ngachning shiliq pardasi ko`p qavatli yassi epiteliy burmalaridan hosil bo`lgan. Qizilo`ngach ko`p qavatli yassi epiteliysining me`daning tsilindrsimon epiteliysiga o`tishi keskin, tishsimon chiziq ko`rinishda yuz beradi (linea zerrata). Ko`pchilik kishilarda u anatomik kardiyaning birmuncha yuqorida joylashgan.

Qizilo'ngachning mushak devori ichki doira mushaklar va tashqi bo'ylama tolalardan iborat. Ular o'rtasida g'ovak biriktiruvchi to'qima qatlami bo'ladi, unda yirik tomirlar va nervlar joylashgan. Bo'ylama mushak qavati odatda tsirkulyar qavatdan ikki baravar yupqa, qizilo'ngachning yuqori uchdan bir qismida mushaklar ko'ndalang-targ'il, mushak pardasining uchdan bir pastki qismi silliq mushaklardan tashkil topgan. Sfinkter ahamiyati bo'lgan mushak qavatining qalin qismi qizilo'ngachga kirish qismida va diafragmal torayma sathida bo'ladi. F.F. Saks (1964) fikricha, katta odamda qizilo'ngach mushak qavati tsirkulyar qatlamining qalinligi kardiya sohasida 2,2 mm, bu uning birmuncha proksimal qismlaridagi qalinligidan 1,5-2 marta ortiqdir. Qizilo'ngach tashqi tomondan g'ovak biriktiruvchi to'qima bilan o'ralgan, undan limfatik va qon tomirlar, biriktiruvchi to'qimadan iborat tortmalar o'tadi. Chunonchi, qizilo'ngachning oldingi chap devorini chap bronx asosi bilan bog'lab turadigan chap qizilo'ngach – bronxial boylami, qizilo'ngachning orqachap devorini aorta ravog'ining botiq yuzasiga taqab turadigan qizilo'ngachaortal boylami va qizilo'ngachning distal bo'limini diafragma taqab turadigan Morozov-Savvin boylami kabilar farq qilinadi. Qizilo'ngachning abdominal kesigi seroz parda bilan qoplangan bo'ladi.

Qizilo'ngachning qon bilan ta'minlanishi. Qizilo'ngach arterial qon bilan o'mrov osti arteriyasi tarmoqlarining yuqori qismida, yuqori qovurg'alararo va qalqonsimon bez arteriyasidan, ko'krak qismida pastki diafragmal va chap me'da arteriyalari tarmoqlaridan ta'minlanadi. Qizilo'ngach arteriyalari o'zaro keng anastomoz hosil qiladi. Bu hol shu a'zoda operatsiya o'tkazishda juda qo'l keladi. Venoz oqim pastki qalqonsimon, perikardial, orqa ko'ks oralig'i va diafragmal venalar orqali amalga oshiriladi. Qon vv. azygos va hemiazygosga quyiladi. Qizilo'ngach venalari asosan uzunasiga joylashgan bo'lib, uning pastki uchdan bir qismida shilliq parda osti va mushak pardalarida me'daning kardial qismi shilliq pardasi ostidagi chigalning davomi hisoblangan murakkab venoz chigal bo'ladi. Qon venoz chigaldan qizilo'ngach venalari bo'ylab, vv. azygos va hemiazygos ga va yuqori kovak venaga yo'naladi, bu venalarning klapanlari bo'lmaydi. Qizilo'ngachning qorin qismi venalari me'da venalari va qopqa vena bilan bevosita bog'langan. Qizilo'ngach

venalari orqali qopqa va kovak venalar sistemasi o`rtasida anastomoz amalga oshirilishini qayd qilib o`tish muhim. Qizilo`ngachning limfatik tomirlari me`daning chuqur limfatik tugunlariga quyiladi. Limfa qizilo`ngachning yuqori qismidan traxéal va traxeobronxial limfatik tugunlarga, pastki qismidan kardiya tugunlariga tushadi. Qizilo`ngach limfatik tugunlarining bir qismi bevosita ko`krak yo`liga ochiladi (D.A. Jdanov, 1952), buning qizilo`ngach rakining keyinchalik metastazlar berishida ahamiyati kattadir. Qizilo`ngachni parasimpatik n. vagi tarmoqlari va simpatik nerv sistemasi (gangl. stellatumning tolalari, arterial va kekirdak-xiqildoq chigali) orqali innervatsiya qiladi. Ikkala sistemaning nerv tolalari qizilo`ngach yuzasida chigallar: o`ng adashgan nerv tarmoqlari bilan chap-orqa qizilo`ngach chigalini, chap adashgan nerv tarmoqlari bilan o`ng oldingi qizilo`ngach chigalini hosil qiladi. Ulardan qizilo`ngach bag`rida intramural nerv chigalini (mushaklararo, auerbax) va shilliq parda osti (Meysner) chigalini hosil qiladigan tolalar chiqadi. Bular qizilo`ngach devorini innervatsiya qiladi. Qizilo`ngachning bo`yin qismi qaytuvchi nervlar, ko`krak qismi o`zaro anastomozlanadigan adashgan nervlar tarmoqlari va simpatik nerv tolalaridan innervatsiya qilinadi. Qizilo`ngachning quyi qorin nervidan (n. splanchnicus) tarmoqlar oladi. O`z-o`zini reflektor boshqarish intramural va ekstramural nerv tolalari va chigallari tomonidan amalga oshiriladi.

Qizilo`ngachning kuyishi

Qizilo`ngachning o`yuvchi ishqor, kuchli kislota, kamroq fenol, lizol, yod, sulema va boshqa ba`zi bir moddalardan kuyib qolish hollari ko`proq uchraydi. So`nggi vaqtlarda xonadonlarda kaustik soda kam ishlatila boshlangani munosabati bilan bu moddadan tasodifan kuyishlar soni kamayib ketdi, biroq ayrim joylarda u hali ham uchrab turadi. Ko`pgina mualliflarning ma`lumotlari bo`yicha so`nggi yillarda qizilo`ngachning sirka kislotadan (essentsiya) kuyib qolish soni birmuncha ko`paydi. Kuchli kislota ichib qo`yilganda eng ko`p o`zgarishlar qizilo`ngachda, o`yuvchi ishqor ichib qo`yilganda esa me`dada ozroq o`zgarishlar paydo bo`ladi deb hisoblanadi (chunki meda shilliq pardasi kislotalar ta`siriga ma`lum darajada chidamli bo`ladi).

Boshqa omillarning ham ahamiyati bor: ichilgan kimyoviy modda miqdori, me'dada ovqat borligi va x.k. Odatda kuyishdan keyin stenozlar qolgan bemorlarda og'iz va xalqum shilliq, pardasida ham tegishli o'zgarishlar kuzatiladi. Qizilo'ngach kardial sfinkteri ustidagi distal bo'lim, halqum-qizilo'ngach birikkan sohadagi proksimal bo'lim, shuningdek bifurkatsiya sathi eng qattiq zarar ko'radi. Qizilungach shilliq pardasidagi qattiq ta'sirotda javoban qizilo'ngach devorlari spazmga uchrashi natijasida o'yuvchi moddaning turib qolishi qizilo'ngach distal bo'limining birmuncha jiddiy zararlanishiga olib keladi. Ishqorlardan zaharlanishda qizilo'ngachda eng og'ir o'zgarishlar yuz beradi, deb hisoblaydilar, chunki bularda kislotalardan kuyishdan farqli ravishda qoraqo'tirning erib ketishi sodir bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Zararlanish darajasi zaharning miqdori va kontsentratsiyasiga bog'liq. Refleks tarzida tezda qayt qilish tufayli yutilgan suyuqlik miqdori odatda unchalik ko'p bo'lmaydi, biroq og'iz, qizilo'ngach va me'daning qattiq kuyib qolishi sodir bo'lishi uchun bir necha tomchi kuchli kislota yoki ishqor kifoya qiladi. Shilliq parda giperemiyasi va shishdan keyin tezda qizilo'ngach devori nekrozi sodir bo'ladi. Nekrozlangan qismlar mayda-mayda zarralar va yirik bo'laklar holida kuygan to'qimadan ko'chib tusha boshlaydi. Ayrim hollarda yara hosil bo'lishi yuza, boshqa hollarda chuqur bo'ladi. Shilliq pardaning yuza zararlanishlari birmuncha tez epiteliylanadi. Chuqur zararlanishlari esa granulyatsiya va biriktiruvchi to'qima hosil qilib bitadi, yaralanish 8-10 kungacha saqlanib qoladi. Yaralar juda sekin bitadi. Rivojlanayotgan biriktiruvchi to'qima asta-sekin (2-6 oy ichida) chandiqli (yamoqli) hosil qiladi va bujmayadi.

Agar shikastlanish shilliq parda bilangina chegaralanib qolgan bo'lsa, qizilo'ngach bo'shlig'i toraymagan holda yuza chandiqli hosil bo'ladi. Shilliq parda osti qavati va mushak qavati zararlanganda sklerozlangan, juda zich (Van Gekker bo'yicha qadoqsimon bujmayish), chuqur chandiqli to'qima hosil bo'ladi. Chandiqning ichki yuzasi notekis, rangsiz, ba'zan yara chaqasi bor. Chandiqli to'qimaning bujmayishi bir necha haftaga cho'ziladi. Qizilo'ngachning chandiqli o'zgarishlari, odatda, fiziologik toraymalar sathida: aksariyat o'rta (bronx-aortal) torayish sohasida, so'nra qizilo'ngachga kirish qismida yoki diafragmal teshik

sohasida hosil bo`ladi. Shunday qilib, kuyishda patologik o`zgarishlarning shartli ravishda 4 bosqichini farq qilish mumkin: 1) shilliq parda giperemiyasi va shishi; 2) nekroz va yara hosil bo`lishi; 3) granulyatsiya; 4) chandiqlanish.

Klinik manzarasi. O`yuvchi ishqor yoki kislota ichilgan og`ir hollarda og`iz bo`shlig`i, halqumda, to`sh orqasida yoki epigastral soxada qattiq achishish va kuchli og`riq paydo bo`ladi. Lablar shishib ketadi, bemor ranggi bo`zaradi. Bradikardiya yuzaga keladi. Shok, hushdan ketish va o`lim yuz beradi. Agar 1-2 kun ichida o`lim sodir bo`lmasa, hiqildoq shishishi, shilliq va qon aralash yoki shilliq parda bo`lakchalarini qusish sababli og`ir nafas qisishi yuzaga keladi. Lablar va og`iz bo`shlig`i shishgan, qonab turadi. Harorat ko`tariladi. Yutinib bo`lmaydi. Qizilo`ngach teshilishi sababli qon oqadi, o`tkir mediastinit belgilari paydo bo`ladi. O`lim 3-4 kun o`tgach sodir bo`lishi mumkin.

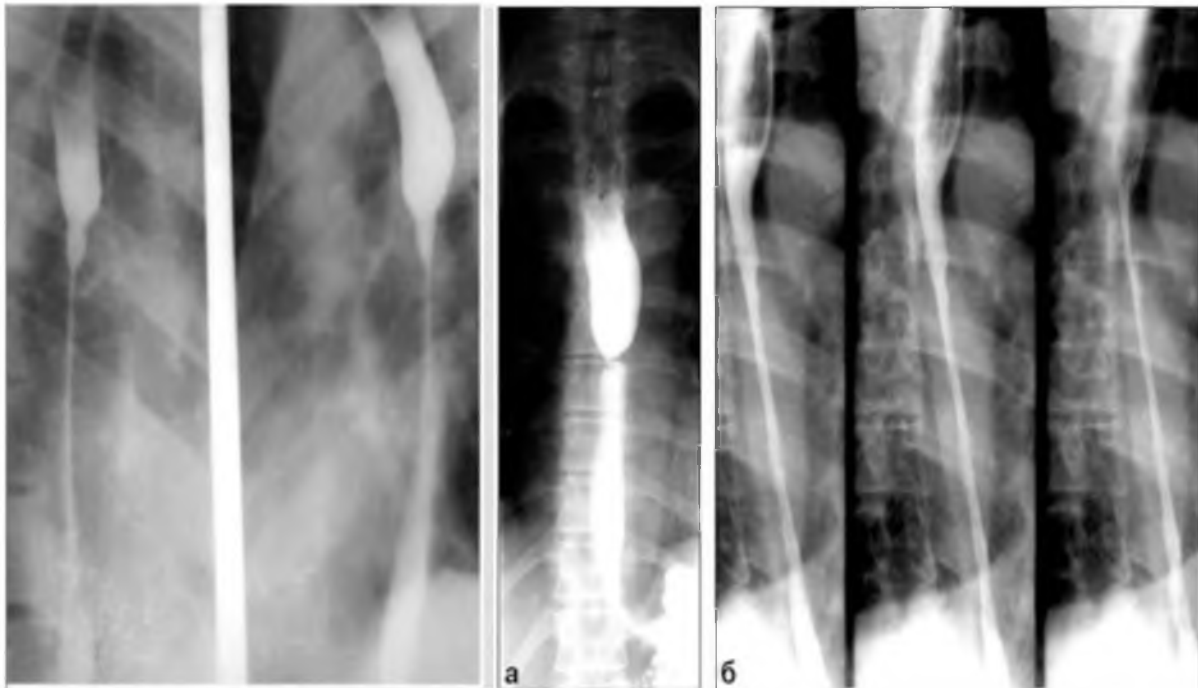
O`rtacha og`irlikdagi kechish hollarida bir necha kunlardan keyin og`riq kamayadi, biroq yutinish qiyinlashganicha qoladi, ko`p so`lak ajraladi yoki so`lak va qizilo`ngach shilliq pardasi bo`lakchalari qayt qilinadi. 10-20 kundan keyin bemor suyuqlikni asta-sekin yuta oladigan bo`lib qoladi, qizilo`ngach spazmlari keltirib chiqargan disfagiya kamayadi.

Ezofagoskopiya bilan pardalar bilan qoplangan, ba`zi joylarida eroziyasi, keyinroq chandiqli o`zgarishlari bo`lgan shilliq parda shishi ko`rinib turadi. Asta-sekin bemor bemalol yuta oladigan bo`ladi, biroq bir necha hafta o`tgach yana disfagiya paydo bo`ladi va u qizilo`ngachning chandiqli torayishi yuz berganda yanada kuchayadi: avvaliga qattiq, so`ngra esa suyuq ovqatning ham o`tishi qiyinlashadi. Bu disfagiya ko`p so`lak ajralishi va qizilo`ngachdan qusish bilan o`tadi. Qizilo`ngachdan qusish avvaliga ovqat eyish vaqtida, keyin bevosita ovqatdan keyin ham yuz beradi.

Kasallikning kechikkan muddatlarida qizilo`ngachning asta-sekin kengayishi natijasida toraygan joydan yuqorida qizilo`ngachdan qusish ko`proq bo`ladi. Och qolish oqibatida bemorning umumiy ahvoli nochorlashadi: bemor nihoyatda ozib ketadi, doimiy ochlik sezgisiga azob beradigan tashnalik ham qo`shiladi. Shunday qilib, qizilo`ngachning kuyishi 3 davrga bo`linadi: 1) o`tkir davr – shilliq pardada qizarish, shish

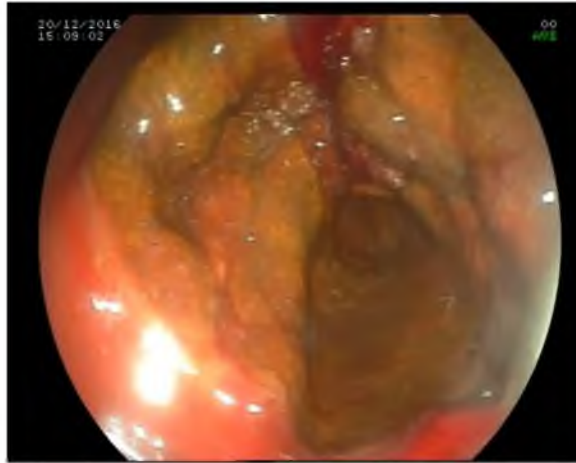
va yara paydo bo'lish vaqtida; bu davrda kuchli og'riq sababli yutish mumkin bo'lmay qoladi; 2) o'rtacha o'tkir – granulyatsiya davri; bemor ichish va ovqat eyish imkoniyatiga ega bo'ladi, biroq yutish og'riq bilan o'tishi mumkin; 3) surunkali – qizilo'ngachning tobora torayishi, disfagiyaning qaytalanishi, ozib ketish davri.

Rentgenologik tekshirish. Kamdan-kam rentgenologik tekshirish ob'ekti bo'ladigan qizilo'ngachning yangi kuyish hollarida shilliq parda burmalari shishini va lokal spazmlarni aniqlashga muvaffaq bo'linadi. Birmuncha kechikkan muddatlarda rentgenologik tekshirishda torayish bo'lgan joyni, darajasini, konturlarini aniq bilib olsa bo'ladi.



12 – rasm. Qizilo'ngach kuyishidan keyingi chandiqli torayishi.

Ezofagoskopiya. Halqasimon (eng ko'p uchraydigan formasi) torayishda ranggi o'rab turgan shilliq pardaga qaraganda ochroq fibroz halqa topiladi. Toraygan bo'shliq odatda markazda joylashgan va ko'pincha yulduzsimon shakldagi chandiqli bilan o'ralgan. Ba'zan torayish klapan shaklida bo'ladi. Ayrim hollarda kuyishdan keyingi stenozlarni rak stenozlaridan farq qilish qiyin bo'ladi. Torayish sohasi tepasida qizilo'ngachning ozmi-ko'pmi kengayganligi xavfli emasligidan dalolat beradi.



13 – rasm. Qizilo’ngach ximik kuyishining endoskopik ko’rinishi.

Kechishi va asorati. O’yuvchi ishqorlardan og’ir zaharlanishlarda bemorlar intoksikatsiya, shok, qizilo’ngach perforatsiyasi, yiringli asoratlar rivojlanishi va boshqa sabablardan nobud bo’ladilar. Qizilo’ngach va me’dadan og’ir qon ketish hollari asoratlar sifatida kuzatilishi mumkin. Kamdan-kam hollarda, odatda ishqorlardan kuyishda, qizilo’ngach – bronxial oqma yaralar paydo bo’ladi. Qizilo’ngachning kimyoviy moddalardan kuyishida aksariyat xirurgik davolashni talab qiladigan uning chandiqli torayishi eng ko’p uchraydigan asorat hisoblanadi. Qizilo’ngach torayishi bemorlarning anchagina holsizlanishiga olib keladi. Ayrim hollarda mediastinit, o’pka va plevra yiringli jarayonlari kabi asoratlar paydo bo’ladi.

Diagnostikasi unchalik qiyinchiliklar tug’dirmaydi. Anamnez va yo’qolmaydigan disfagiya rentgenologik tekshirish va ezofagoskopiya bilan aniqlanadigan qizilo’ngach torayishining etarli belgilaridan hisoblanadi. Davolash va profilaktikasi. Shoshilinch muolaja: tezlik bilan kasalxonaga yotqizish, morfin in’ektsiyasi va suyuqlik kiritish hamda me’dani yuvish uchun ko’p qilib moy surtilgan me’da zondi kiritishdan iborat. Ishqorlar bilan zaharlanishda suyultirilgan sirka kislota eritmasi yoki o’simlik moyi bilan, kislotalardan zaharlanishda soda eritmasi bilan yuviladi. Shubhali hollarda me’da sut yoki bufer eritmalari bilan yuviladi. Zond kiritishdan avval kimyoviy modda tabiatiga ko’ra soda, sirka kislota yoki sutni ko’p miqdorda ichish buyuriladi. Neytrallaydigan modda kiritish zaharlanishdan keyin dastlabki 4 soat ichidagina maqsadga muvofiq deb

hisoblanadi. Dastlabki kunlari hiqildoq shishishi, shok, aspiratsion zotiljam, periezofoqit, mediastinit, buyrak zararlanishi, atsidoz sababli degidratatsiya yoki koma singari asoratlar davolanadi. Profilaktika maqsadida antibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, neomitsin) parenteral yuboriladi. Agar bemor 3 kun ichida suyuqlik icha olmasa, gastrostomiya qilish buyuriladi. Og'ir disfagiya sutkasiga 2-3 l glyukoza eritmasi yoki 0,85%li NaCl eritmasi tayinlanadi. Sog'ayish davrida 1-2 xafta o'tgach rentgenologik tekshiruv o'tkazish qizilo'ngachning boshlanib kelayotgan torayishini aniqlashga imkon beradi.

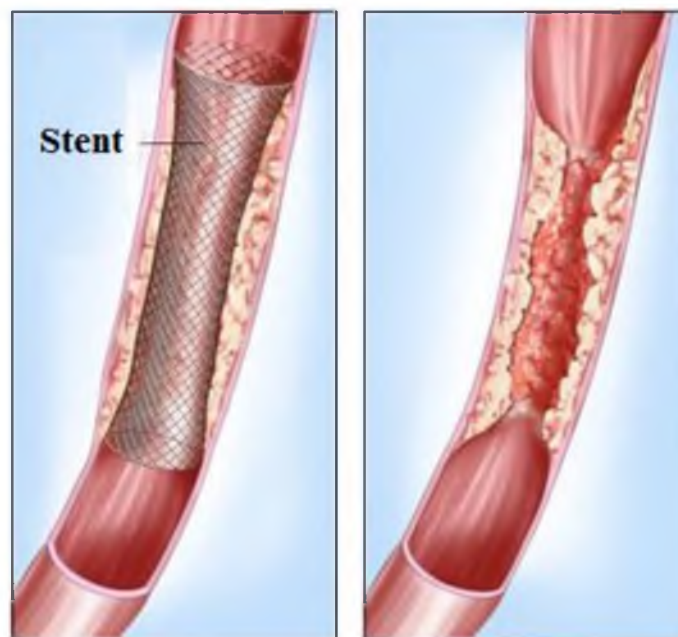
Kimyoviy kuyishdan keyin qizilo'ngach strikturasini davolashning asosiy usuli bujlash hisoblanadi, bu usul 90-95 foiz bemorlarning sog'ayib ketishiga olib keladi. Kuyishning 9-11-kunidan boshlab bujlashga turi bo'yicha, kechikib bujlash qizilo'ngachning rivojlanib bo'lgan torayishini kengaytirish maqsadida o'tkaziladi. Bujlash 7-haftadan boshlanadi. Bujlashni qizilo'ngachning kuyishdan keyin strikturalari qolgan hamma bemorlarda toraygan joy orqali metall o'tkazgich kiritish mumkin bo'lgan hollarda o'tkaziladi.

Bujlashga monelik qiladigan hollar: mediastinit, qizilo'ngach-bronxial oqma yarasi. Barqaror klinik natija olish uchun bujlash bilan davolashni bir necha haftalar va xatto oylar mobaynida o'tkazish zarur bo'ladi va quyidagilar qo'llaniladi: 1) og'iz orqali «ko'rmasdan» bujlash; 2) qizilo'ngachni rentgen kontrast kovak plastmassa bujlar bilan bujlash; 3) ezofagoskop nazorati ostida bujlash; 4) «to'xtovsiz bujlash» tamoyili bo'yicha bujlash; 5) retrograd bujlash. Og'iz orqali «ko'rmasdan» bujlash qizilo'ngachning yuqori va o'rta ko'krak bo'limlaridagi uncha katta bo'lmagan barmoqsimon strikturalarida qilinishi lozim.

Davolash maxsus bujlar yig'indisi yordamida o'tkaziladi. Agar buj oson o'tsa, keyingi gal raqamiga qarab yo'g'onroq buj kiritiladi. Bujlash usuli metall o'tkazgichlar va rentgenkontrast kovak bujlar qo'llanilganda takomillashtirilgan. U striktura yo'lini va bujning qizilo'ngach bo'yicha surilishini aniqlash uchun rentgenologik nazorat qilish imkonini beradi, bu hol muolaja samaradorligini oshiradi va qizilo'ngachning teshilish xavfini kamaytiradi. Ezofagoskop nazorati ostida bujlash o'tkazgichni kiritish qiyinlashgan ekstsentrik joylashgan strikturada, buralgan torayish kanalida, ro'y-rost suprastenotik kengayishda bajarilishi kerak. «To'xtovsiz bujlash»

naysimon, buralma yoki ko`p sonli strikturalari bor bemorlarda gastrostoma orqali qo`llaniladi. Og`iz orqali kiritilgan va gastrostoma orqali kiritilgan ipak ipga turli xil diametrdagi rezina naychalar mahkamlanadi. Ularni to`g`rilab, toraygan qism orqali o`tkaziladi va bir necha soatcha qoldiriladi. Gastrostoma orqali retrograd bujlash xavfsizroq hisoblanadi va bemorlar ularni osonroq, ko`taradilar. Ayrim bemorlarda ezofagit hosil bo`lishiga olib kelishi mumkin. Qizilo`ngach teshilishi va mediastini rivojlanishi bujlashning xavfli asorati hisoblanadi.

Qizilo`ngachning chandiqli strikturalarida operatsiyaga ko`rsatmalar: 1) qizilo`ngach bo`shlig`ining to`liq, obliteratsiyasi (berkilib qolishi); 2) striktura orqali buj o`tkazishga bir necha marta muvaffaqiyatsiz urinishlar; 3) takroriy bujlashdan keyin chandiqli strikturalarning tez qaytalanib turishi; 4) traxeya yoki bronx bilan qizilo`ngach oqma yaralari borligi; 5) bujlashda qizilo`ngachning takroriy teshilishi. Bemor juda ozib ketganda davolashning birinchi bosqichi sifatida unga gastrostoma qo`yiladi.



14 – rasm. Qizilo`ngach chandiqli strikturasini stentlash.

Operatsiya usulini tanlashda bemorning yoshi va umumiy xolati, qizilo`ngachning toraygan joyi va uning qancha sohani egallagani hisobga olinadi. Ko`pchilik bemorlarda bir bosqichli plastik operatsiyalar o`tkaziladi. Ko`p bosqichli plastikani esa, holsizlangan bemorlarda

bajariladi. Segmentar strikturalarda qizilo'ngachda har turli qisman plastik operatsiyalar qilinadi. Qizilo'ngachning quyi qismi yoki kardiyasi zararlanganda quyidagilar: chetki qizilo'ngach-me'da anastomozi qo'yish, zararlangan qismni rezektsiya qilish va uni me'daning katta egriligidan hosil qilingan naycha, ingichka yoki yo'g'on ichakdan olingan transplantat bilan almashtirish qo'llaniladi.

Halqum, qizilo'ngachning buyin yoki bo'yin-ko'krak bo'limi zararlanganda proksimal qisman plastika bajariladi. Ingichka va yo'g'on ichaklardan olingan transplantatlardan foydalaniladi. Transplantatning bir uchini qizilo'ngachning toraygan joyidan yuqorida, boshqa qismini undan pastda anastomoz qilinadi. Striktura ko'p joyni egallagan hollarda ingichka yoki yo'g'on ichakdan olingan transplantatni to'sh oldida va to'sh ichida (retrosternal, plevra ichi, mediastinum orqasida) joylashtiriladigan total plastika qilish tayinlanadi.

Kuyish sodir bo'lganidan 2 yil o'tmasdan sun'iy qizilo'ngach vujudga keltirishga kirishmaslik kerak. Shu muddat o'tgandan keyingina qizilo'ngachning chandiqlanish darajasi aniqlanishi mumkin va shakllanib bo'lgan chandiqli to'qimaning qizilo'ngach bo'shlig'ini konservativ usullar bilan kengaytirishga imkon bermasligi ma'lum bo'ladi.

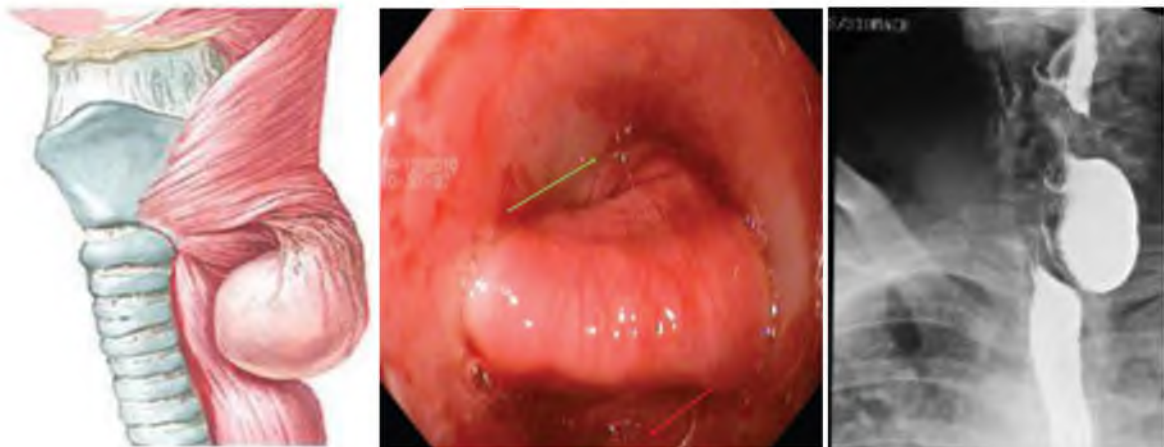
Qizilo'ngach divertikullari

Qizilo'ngach divertikullari – qizilo'ngach devorining chegaralangan bo'rtib chiqqan joylaridir. So'nggi vaqtlarda qizilo'ngach divertikullari, ilgari tasavvur qilinganidek, kam uchraydigan kasallik emasligi aniqlandi. Bu klinik amaliyotga rentgenologik tadqiqotlarning keng joriy qilinishi, aholining profilaktik maqsadlarda yalpi rentgenologik tekshiruvlardan o'tkazilishi bilan bog'liq.

Rokitansky, 1840 yildayoq divertikullarni pulsion va traktsion turlarga bo'lgan edi. Pulsion divertikullar qizilo'ngach bo'shlig'ida uning qisqarishlari vaqtida paydo bo'ladigan bosim ta'siri ostida qizilo'ngach devorining bo'rtib chiqishi natijasida hosil bo'ladi, traktsion divertikullarning paydo bo'lishi esa atrof to'qimalardagi yallig'lanish jarayoni va qizilo'ngach devorini kasal a'zo yo'nalishida tortadigan (tractio) chandiqdor hosil bo'lishi bilan bog'liq (o'pka ildizlari sohasida limfatik tugunlarga tomon yo'nalishda yoki bu tugunlar sildan

zararlanganda yuz beradigan traxeya bifurkatsiyasida). Ko`pchilik tadqiqotchilar traksion mexanizm divertikul rivojlanishining boshidagina kuzatiladi, deb hisoblaydilar. Keyinchalik divertikul kattalashadi va pulsion mexanizm ta`siri ostida o`z shaklini o`zgartiradi. Bu xildagi divertikullar pulsion-traksion divertikul nomini olgan.

Qizilo`ngach divertikullarini pulsion, traksion va aralash (pulsiontraksion) turlarga bo`lish bilan birga ularning joylashuvi bo`yicha klassifikatsiyasi ham qabul qilingan. Shu tariqa halqum-qizilo`ngach yoki Tsenker divertikullari, epibronxial (bifurkatsion, o`rta qizilo`ngach), epifrenal (epidiafragmal) va boshqa kam uchraydigan xillari farq qilinadi. Shuningdek tug`ma va orttirilgan, haqiqiy va soxta divertikullar farq qilinadi. Tug`ma divertikullar kamdan-kam uchraydi. Ko`pchilik hollarda ular orttirilgan bo`ladi.



15 – rasm. Halqum-qizilo`ngach, Tsenker divertikulining sxematik, endoskopik va rentgenologik ko`rinishi.

Devori normal qizilo`ngach devorining xamma qatlamlarini saqlagan divertikullar «haqiqiy», devori mushak qatlamidan mahrum bo`lgan divertikullar «soxta» degan nom olgan. Soxta divertikullar prognostik jihatdan yomonroq, chunki qisilib qolishi, cho`zilishi va hatto teshilishi mumkin. Qizilo`ngach divertikullari aksariyat 5 dan 70 yoshgacha, ayollarda erkaklarga nisbatan birmuncha ko`proq uchraydi. Halqum-qizilo`ngach divertikullari ko`pincha ularni batafsil tasvirlagan Zencer nomi bilan Tsenker divertikullari deyiladi. Halqum-qizilo`ngach divertikullari aslini olganda halqum distal bo`limining divertikullari

hisoblanadi, biroq, ularning paydo bo'lishi ko'pincha qizilo'ngach funktsiyasining buzilishi bilan o'tadi, shuning uchun qizilo'ngach patologiyasini bayon qilishda ushbu kasallik ustida to'xtalib o'tish o'z-o'zidan joiz hisoblanadi.

Tsenker divertikuli paydo bo'lishida, aftidan, mexanik omil – ovqat luqmasining halqum devorining kuchsiz joyini ko'p bosib turish, ehtimol, halqum mushaklari va qizilo'ngachga kirish qismidagi mushaklar qisqarishining uyg'unligi buzilishi asosiy ahamiyat kasb etsa kerak. Ayrim mualliflar halqum, halqum-qizilo'ngach divertikullari rivojlanishida embriologik shartsharoitlarning ahamiyatiga ishora qilib, embrionda halqum devoridagi shu xildagi bo'rtmalarni qayd qiladilar. Patologik anatomiyasi. Divertikul asta-sekin bir necha yillar ichida rivojlanadi. Halqum quyi bo'limi orqa devorida hosil bo'lgan divertikul qizilo'ngachning orqa devori va umurtqa pog'onasi orasida pastga tushadi.

Divertikul teshigi odatda enlik va halqumning to'g'ridan-to'g'ri davomi hisoblanadi va qizilo'ngach kirish qismi oldinga, hiqildoqqa siljigan. Divertikul katta-kichikligi har xil – kichkina botiqlikdan to nok kattaligigacha bo'ladi. U ovqat bilan to'lganda qizilo'ngachni oldinga qisib qo'yadi va yutishni juda qiyinlashtiradi. Divertikul qopchasida mushak tolalari bo'lmaydi va odatda atrofdagi to'qimalar bilan yopishib ketmagan bo'ladi. Divertikulning ichki yuzasi halqum shilliq pardasi bilan qoplangan. Ba'zan yuzasida eroziyalari bilan donador yoki yassi chandiqlari bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kichik divertikul bir necha yilgacha yuzaga chiqmasligi yoki halqumda achishish, qirilish sezgisi, yo'tal, halqumda yot jism bordek his qilish, yutinish buzilishi, ko'p so'lak oqishi, og'izdan badbo'y hid kelishi, ko'ngil aynishi kabi simptomlarni paydo qilishi mumkin. Ko'ngil aynish belgisi ba'zan me'da kasalligi to'g'risida o'ylashga majbur etadi. Divertikul qopchasi kattalashuvi bilan bir vaqtda yutishning buzilishi paydo bo'ladi. Bemorga hiqildoq orqasida ovqat to'xtab qolayotgandek tuyuladi, agar qopcha katta bo'lsa, qizilo'ngachning yuqori qismida to'xtab qolayotgandek bo'ladi. Ovqat luqmasi to'xtashi Bensaude va Gregorie «Blokada fenomeni» deb tasvirlagan qator simptomlar bilan o'tadi: bemor yutish harakatlari qiladi, shundan keyin yuzi qizarib, nafasi qisa boshlaydi, qayt qilganidan keyin engil tortadi.

Agar qayt qilmasa, boshi aylanadi, qisman hushdan ketish holati yuzaga keladi. Regurgitatsiya yoki qayt qilish har kuni bo'lsada, ovqat divertikulda kamdan-kam bir necha kun turib qoladi. Divertikul suyuqligining regurgitatsiyasi va uning nafas yo'llariga tushishi aspiratsion zotiljam kasalliklariga sabab bo'ladi.

Boshqa simptomlardan qaytuvchi nerv bosilishi oqibatida paydo bo'ladigan tovush bug'ilishi, traxeyaning bosilishi sababli nafas olish qiyinlashuvini ko'rsatib o'tish mumkin. Umumiy holat bir necha yilgacha unchalik o'zgarmay qoladi. Qator hollarda bemor ozib ketadi. Ko'zdan kechirilganda ko'pincha bo'yinda bo'rtib chiqqan joy ko'rinadi (bosh orqaga tashlanganda). Ba'zan u buqoqni eslatadi. Bo'rtma yumshoq konsistentsiyali bo'lib, bosilganda kichiklashadi. Bemorga suv ichirib bo'rtib chiqqan joy urib ko'rilganda chayqalish shovqinini eshitish mumkin (Kuper belgisi).

Rentgenologik tekshirishda kontrast modda divertikulni to'ldiradi, so'ngra esa qizilo'ngachga o'tadi. To'lgan divertikul qizilo'ngachning orqa yoki yon tomonidan ko'rinib turadi.

Kechishi va asoratlari. Kasallik juda sekin kechadi. Bemor tobora ozib ketadi. Aspiratsion zotiljam, o'pka abstsessi ko'p uchraydigan asoratlardan hisoblanadi. Divertikulning eroziyalangan shilliq pardasidan qon oqishi, peridivertikulit va periezofoagit, stenokardiya paydo bo'lishi ehtimol. Poliplar va rak rivojlangan hollar tasvirlangan. Ko'p hollarda bemor juda ozib ketadi, holsizlanish orta boradi, divertikul bo'shlig'ida ovqat qoldiqlari doimo yig'ilib turishi va ularning parchalanishi sababli yallig'lanish jarayoni – divertikulit rivojlanishi mumkin, bu o'z navbatida yiringli mediastinit va sepsis sababchisi bo'lishi mumkin. Qizilo'ngachning uchdan bir o'rta qismidagi divertikul, o'pka ildizi sathida bo'lib, qizilo'ngach bosh bronx bilan kesishadigan joydan bir oz yuqoriroqda joylashadi. Shuning uchun ular ba'zan epibronxial divertikullar deb ataladi. Qizilo'ngach o'rta qismidagi divertikullar traktsion turga taalluqli bo'ladi, ya'ni ularning kelib chiqishida ko'ks oralig'idagi turli yallig'lanish jarayonlarida vujudga keladigan va qizilo'ngach devori qismini u yoki bu yo'nalishda tortadigan (o'pka va plevra kasalliklarida, o'pka sili, plevrit, zotiljam) bitishmalarga katta ahamiyat beradilar. Ba'zan qizilo'ngachning bu bo'limida sof pulsion

divertikullar kuzatiladi. Ularning paydo bo'lishida qizilo'ngach innervatsiyasi buzilishi yoki reflektor ta'sirlar natijasida unda motorikaning izdan chiqishi asosiy ahamiyatga ega bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Qizilo'ngach o'rta uchdan bir qismining divertikuli, devorlarining konussimon yoki yumaloq bo'rtib chiqishi bilan ifodalanib, ular yuqoriga yo'nalgan, traxeya yoki boshqa a'zolar bilan biriktiruvchi to'qima bitishmalari orqali yopishgan. Bu divertikullarning diametri 1-2 sm va ahyon-ahyonda undan kattaroq, ular ko'p sonli bo'lishi mumkin. Divertikul devori qizilo'ngach devoriga o'xshash tuzilgan. Shilliq pardasi aksari giperemiyalangan, eroziyalari ham bo'lishi ham mumkin. Bunday divertikulning odatda bo'yni bo'lmaydi va qizilo'ngach bo'shlig'i bilan keng tutashib turadi, shunga ko'ra ularda ovqat tutilib va turib qolishi kamdan-kam bo'ladi.

Klinikasi. Bunday divertikullar ko'pincha klinik jihatdan hech qanday belgilar bilan yuzaga chiqmaydi, yutishning qiyinlashuvi, to'sh orqasidagi og'riq, qon ketishi kam bo'ladi. Agar bifurkatsion divertikullarning o'lchami kattalashib ketsa, ular og'ir azoblar keltirib chiqarishi mumkin. Bu xildagi divertikullar tamoman osoyishta kechadi. Ayrim hollardagina yiringlanish va abstsess hosil bo'lishi kabi asoratlari qayd qilinadi, biroq divertikullarning atrofidagi ko'p miqdordagi biriktiruvchi to'qimadan iborat bitishmalar yiringlikning tarqalib ketishiga yo'l qo'ymaydi. Yiringlikning bronxlar va bronx-qizilo'ngach fistula (oqma) si hosil bo'lishi, teshilishi (perforatsiya) juda kamdan-kam kuzatiladi. Yiringlikning qizilo'ngachga yoki aortaga yorilishi bundan ham kam uchraydi.

Qizilo'ngachning quyi uchdan bir qismi divertikullari (epifrenal) aksariyat qizilo'ngach ampulasidan yoki bevosita ampula tepasida joylashgan qismdan paydo bo'ladi yoki bundan ham proksimal qismida joylashuvi mumkin. Epifrenal divertikullar ko'pchilik hollarda pulsion hisoblanadi.

Patogenezi. Ko'pgina tadqiqotchilar traktsion divertikullardan farqli o'laroq, epifrenal divertikullarning paydo bo'lishini ovqat bo'laklarining qizilo'ngach devoridagi eng sust joylarni (mushak tutamlari ajralishi, tomirlar o'tadigan joy) bosib turishi bilan bog'laydilar. Ayrim mualliflar qizilo'ngach mushak devorining tug'ma zaifligiga katta ahamiyat beradilar.

Jackson ovqat bo`lagining bosimigina emas, balki «diafragma» sfinkteri qisqarishlarining buzilishi ham patogenetik jihatdan ahamiyatga ega deb hisoblaydi.

Patologik anatomiyasi. Epifrenal divertikullar qizilo`ngachning o`rta uchdan bir qismidagi divertikullarga qaraganda yirikroq bo`ladi. Faqat ayrim hollardagina ular katta bo`ladi va ularning sig`imi 100, hatto 200 ml ga etadi. Epifrenal divertikullar katta o`lchamli bo`lganida ham, ularda ovqat qoldiqlarining uzoq vaqt tutilib qolishi va buzilishi kamdan-kam kuzatiladi. Bu ularning diafragma va yurakka yaqin joylashganligi bilan izohlanadi: diafragma harakatlari va yurakning urib turishi epifrenal divertikulga o`tadi va ularning bo`shliqlari ritmik ravishda kichrayadi va kattalashadi, bu ularning bo`shalishiga imkon beradi. Shilliq, pardasi ko`pchilik hollarda o`zgarmagan qo`shni a`zolar bilan yopishib ketish hodisalari odatda yo`q. Klinikasi. Ko`pincha divertikullar unchalik jiddiy buzilishlar keltirib chiqarmaydi va rentgenologik tekshiruv vaqtidagina aniqlanadi. 15-20% bemorlarda noxush sezgi suyuqlik ichilgandan yoki qoringa bosilgandan keyin yo`qoladi. Ba`zan to`sh sohasida og`riq sezgisi, qayt qilish, aerofagiya, yo`tal, ishtaha yo`qolishi va ko`ngil aynishi kuzatiladi, qizilo`ngachdan qusish yuz berishi ham mumkin. Katta hajmdagi divertikul qizilo`ngachni bosib qo`yishi mumkin, shunga ko`ra ko`krakda og`riq (ayniqsa ovqatdan keyin) paydo bo`ladi, bu yurak urishi, nafas qisishi bilan o`tadi. Bu simptomlar divertikul bo`shalgandan keyin yo`qoladi.

Divertikullar rentgenologik jihatidan oson aniqlanadi. Bevosita diafragma ustida qizilo`ngach devorining turli o`lchamdagi bo`rtib chiqqan yumaloq yoki tuxumsimon konturlari aniqlanadi. Kasallik juda sekin kechadi. Ko`p hollarda divertikul o`lchami asta-sekin kattalashadi. Epifrenal divertikullarni diafragmaning qizilo`ngach teshigi churralaridan farq qilish lozim. Kamdan-kam hollarda unchalik katta bo`lmagan divertikullarni qizilo`ngach yarasidan farq qilishda qiyinchilik vujudga keladi. Divertikul bilan megaezofagus (kardiya axialaziyasi) belgilarining birmuncha o`xshashliklari bor.

Xalqum-qizilo`ngach divertikullariga davo qilish – konservativ. Davolash parhezga qat`iy rioya qilish, divertikulni drenajlash, yuvishdan iborat va operatsiya qilib davolashga monelik bo`lgandagina qo`llaniladi.

Operatsiya qilmasdan davolashda o'lim, divertikuldagi turli xil asoratlarga bog'liq va 33%ni tashkil etadi.

Operatsiya qilib davolash divertikulni kesish yoki invaginatsiya qilishdan iborat. Divertikuldagi yallig'lanish hodisalarini to'xtatishga qaratilgan konservativ davolash eng zarur tadbir hisoblanadi (qattiq parhez, 7-10 kungacha yallig'lanishga qarshi vositalar va antibiotiklar ishlatish). To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi cheti bo'ylab kesiladi, qalqonsimon bez chap bo'lagini yuqoriga va o'ngga suriladi. Oldin quyi qalqonsimon arteriyani bog'lab m. omohyoideus ni yuqoriga suriladi. Shundan keyin jarohatda qizilo'ngach va divertikul ko'rinib turadi. Divertikulni hamma tomondan bo'ynigacha ajratiladi, choklar bilan tikiladi va kesib olib tashlanadi T.A. Suvorova UKL-40 apparati yordamida mexanik chokdan foydalanishni tavsiya etadi. Divertikul olib tashlangandan keyin mushaklar va fastsiyalarga choklar solinadi. Jarohatni pishiq qilib tikiladi. Ovqat eyish va suyuqlik ichishga 3-4 sutkalarining oxiriga kelib ruxsat beriladi. Divertikul invaginatsiyasi (Girard) – divertikulni qizilo'ngach bo'shlig'iga joylashdan iborat. Bunday operatsiyani unchalik katta bo'lmagan divertikullardagina qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda qizilo'ngach divertikullarini operatsiya yo'li bilan davolashdagi xavf-xatar birmuncha yuqori. Shuning uchun divertikullarni taxminan 10-15% bemorlarda operatsiya qilinadi, xolos. Yaxshi bo'shalmaydigan, ko'pincha yallig'lanib turadigan va ro'yi rost klinik belgilari bo'lgan o'lchami katta divertikul xirurgik davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi. Parabronxial divertikullarni o'ng tomonlama torakotomiya bilan VI qovurg'alar orasida, epifrenal divertikullarni chap tomonlama torakotomiya bilan VII-VIII qovurg'alar orasida operatsiya qilgan ma'qulroq. Plevra bo'shlig'i ochilgandan keyin mediastinal plevra qirqiladi, qizilo'ngach topiladi. Qizilo'ngachga burun orqali zond kiritiladi va uni havo bilan kengaytiriladi. Bu divertikulni topish va ajratishni birmuncha osonlashtiradi. Divertikulni oyoqchasigacha ajratiladi. Diametri 2 sm gacha bo'lgan divertikullar jimjimador choklar bilan tikilishi mumkin. O'lchami 2 sm dan katta divertikullar esa olib tashlanadi. Divertikul bo'ynini uzluksiz yoki boshqacha chok bilan tikiladi, katta divertikullarda mexanik chok qo'llaniladi. Choklarning ikkinchi qatorini qizilo'ngachning mushak pardasiga qo'yiladi. Choklarning chizig'ini

parietal plevra (Depk), o`pka to`qimasi (Nissen), diafragma laxtagi (B.V. Petrovskiy, T.A. Suvorova), kapron devor (A.A. Vishnevskiy) va shu kabilar bilan mahkamlanadi. Bu tadbirlar choklarning sitilib ketmasligi uchun qilinadi. Operatsiyadan keyingi asoratlar qatoriga yana zotiljam va qizilo`ngach torayishini kiritish mumkin.

Qizilo`ngach o`smalari

Qizilo`ngach o`smalari: xavfsiz va xavfli o`smalarga bo`linadi. Qizilo`ngachning xavfsiz o`smalari kamdan-kam uchraydi. Palmer ma`lumotlariga binoan adabiyotda qizilo`ngach xavfsiz o`smalarining qariyb 350 hodisasi tasvirlangan. Qizilo`ngachning xavfsiz o`smalari ko`proq, erkaklarda uchraydi. O`smalar aksariyat qizilo`ngachning yuqori uchdan bir va o`rta qismida joylashadi.

Morfologik tuzilishi jihatidan bu o`smalar epitelial o`smalar qatoriga kiradi. Bularga qizilo`ngach poliplari, biriktiruvchi to`qimadan tashkil topgan o`smalar (fibroma, fibrolipoma), tomir to`qimasidan kelib chiqqan o`smalar (gemangioma), nerv to`qimasidan paydo bo`lgan o`smalar (neyrofibroma), mushak to`qimasidan hosil bo`lgan o`smalar (leyomioma) kiradi. Qizilo`ngachda aksariyat leyomiomalar (70% hollarda) rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Qizilo`ngachning xavfsiz o`smalari paydo bo`lishi, umuman o`smalarning paydo bo`lishi singari, etarlicha o`rganib chiqilmagan. Bu o`rinda juda issiq, qattiq va achchiq ovqatlar iste`mol qilish natijasida qizilo`ngach shilliq pardasining surunkali tarzda ta`sirlanib turishining ahamiyatini qayd qilib o`tish lozim.

Patologik anatomiyasi. Qizilo`ngachning xavfsiz o`smalari yakka va ko`p sonli bo`lishi mumkin. Bo`shliq ichidagi (intramural, shilliq pardadan tashqaridagi) xavfsiz o`smalar farq qilinadi. Ko`pchilik hollarda bo`shliq ichi o`smalari uchraydi. Ularda oyoqcha bo`lishi ham, bo`lmasligi ham mumkin. Oyoqchali o`smalar (aksariyat fibromalar) odatda qizilo`ngachning eng proksimal yoki distal bo`limida joylashadi. O`smaning o`lchamlari birmuncha katta. Eng yirik o`smani (leyomioma) Kepper tasvirlagan, uning og`irligi 1 kg 420 g bo`lgan. Leyomiomalar ko`p uchraydi, ular yakka-yakka va ko`p sonli tugunlar ko`rinishida bo`ladi. Qizilo`ngach devorining butun mushak qatlami ichiga diffuz kirgan ko`p sonli mayda tugunchalar ko`rinishidagi tarqalgan leyomiomatoz ham

uchrab turadi. Leyomiomalarning yuzasi odatda silliq, yumaloq tuzilmalar ko'rinishida, atrofdagi to'qimadan yaxshi chegaralangan, ular tartibsiz joylashgan mushak tolalari yoki ularning tutamlaridan iborat bo'lib, orasida ba'zan nekrozga uchragan qismlar, qon quyilishlar va ohaklangan qismlar uchraydi. Lipomalar yog' to'qimadan tashkil topgan bo'lib, kuchsiz stromasi bor, bo'laksimon tuzilgan.

Klinik manzarasi. Qizilo'ngachning unchalik katta bo'lmagan o'smalari simptomlarsiz o'tadi va me'da-ichak yo'lini rentgenologik tekshirishda, operatsiyalar yoki ochish vaqtida tasodifan topiladi. Eng ko'p uchraydigan disfagiya simptomi odatda vaqti-vaqtida yuzaga chiqadi va ko'p yillar ichida juda asta-sekin orta boradi (bu hodisa rakda juda kam uchraydi). To'sh orqasidagi og'riq, bosilish va to'lib ketish sezgisi, dispeptik hodisalar bundan keyingi o'rinda turadi. Poliplar va gemangiomalardan ba'zan profuz qon ketishi ehtimoli bor. Qizilo'ngachning proksimal bo'limida joylashadigan uzun oyoqchali poliplar qayt qilishda og'iz bo'shlig'iga, halqum va hiqildoqqa chiqib qolishi mumkin. Polip halqum yoki hiqildoqqa tushganda qattiq yo'tal xuruji, asfiksiya, ba'zida o'lim yuz berishi mumkin. Qizilo'ngachning katta xavfsiz o'smalari traxeo-bronxial shoxni bosib qo'yishi va o'pkaning yallig'lanish kasalliklariga, atelektazlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Traxeya, bronxlar, nervlar, yurak va ko'ks oralig'idagi boshqa a'zolarning qizilo'ngach devoridan tashqarida o'sayotgan o'smadan bosilishi natijasida nafas qisishi, yo'tal, yurak urishi, yurak sohasida og'riq va boshqa buzilishlar paydo bo'lishi mumkin. Qator hollarda o'sma ustidagi shilliq pardada nekroz, yallig'lanish va yaralar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Rentgenologik tekshirish. Qizilo'ngach polipozi qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalari rentgenologik manzarasini eslatishi mumkin. Polipning rentgenologik belgilari quyidagilar: 1) unchalik katta bo'lmagan yumaloq yoki oval to'lish nuqsoni; 2) oyoqchasi bo'lganda bu nuqsonning muayyan chegaralarda siljishi; 3) qizilo'ngach peristaltikasi buzilmagan; 4) qizilo'ngach devorlarining qayishqoqligi saqlanib qolgan; 5) qizilo'ngach bo'shlig'ining polip sathida duksimon kengayganligi; 6) ko'krak oralig'i soyasining kengayganligi. Qizilo'ngachning shilliq parda ostidagi qavatida joylashgan juda kichkina lipomalar (0,2-0,3 sm) rentgenologik jihatdan aniqlanadigan o'zgarishlar hosil qilmasligi mumkin.

Katta o`lchamdagi lipomalar tipik to`lish nuqsoni bilan qizilo`ngach bo`shlig`ining bekilib qolishiga sabab bo`ladi. Ezofagoskopiyada o`sma odatda osonlikcha aniqlanadi. Shilliq parda o`zgarmagan, biroq uning ovqat bo`lagidan shikastlanib turishi sababli yallig`lanish va yara-chaqalardan asarlar qolishi mumkin.

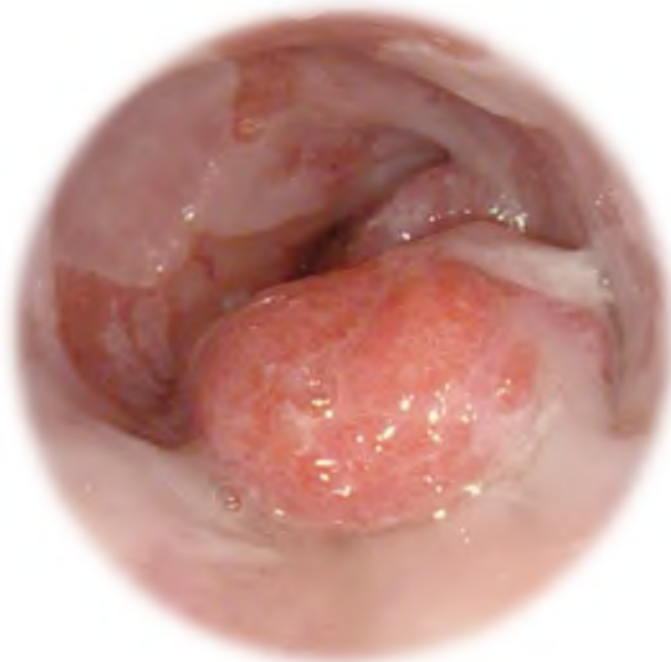


16 – rasm. Qizilo`ngach o`smasining rentgenologik ko`rinishi.

Diagnozi. Qizilo`ngachning xavfsiz o`smalariga rentgenologik va ezofagoskopik tekshirish asosida, shuningdek kasallikning klinik manzarasiga suyanib diagnoz qo`yiladi. Qizilo`ngachning xavfsiz o`smasini rakdan farq qilish aksariyat qiyin bo`ladi. Bunday hollarda disfagiyaning qancha vaqtdan buyon borligi, bemorning umumiy holatiga (tobora ozib ketish-ketmasligi, ishtaha aynishi – go`shtdan voz kechish, qonda o`zgarishlar – ROE tezlashuvi), o`mrov ustidagi limfatik bezlarning holatiga ahamiyat berish va rentgen suratlarni qunt bilan tahlil qilish zarur. Xavfsiz o`smalar silliq konturga, qator hollarda uzun oyoqchaga ega.

Ular atrofidagi shilliq parda qayishqoqligini va o`ziga xos tasvirini saqlab qoladi. Biroq faqat rentgenologik tekshirishlar ma`lumotlariga asoslanib rak borligini yoki yo`qligini hamisha ham bilib bo`lmaydi, chunki xavfli o`smalar kam oyoqchada joylashgan va etarlicha silliq konturlarga ega bo`lishi mumkin. Birmuncha ishonchli ma`lumotlar ezofagoskopiyada olinishi mumkin. Shubhali hollarda biopsiya qilinadi,

o'smaning xavfsiz xarakteriga shubha qilinganda biopsiyani nihoyatda ehtiyotlik bilan o'tkazish lozim, chunki gemangiomalarda kuchli qon oqishlar yuz berishi mumkin.



17 - rasm. Qizilo'ngach-me'da sohasidagi kartsinoma (endoskopiya).

O'smaning aynishi yoki boshqa asoratlari paydo bo'lishining oldini olish (qon oqishi, yallig'lanish va x.k.) uchun xirurgik davo (hatto o'smaning o'lchamlari kichik va simptomlari kam bo'lsa-da) qilinadi. Oyoqchali o'smani ezofagoskop yordamida olib tashlash mumkin. Qizilo'ngach ko'krak bo'limining intramural o'smalarida torakotomiya talab etiladi. O'smaning xarakteri, o'lchamlari va joylashuviga ko'ra uning enukleatsiyasi yoki qizilo'ngach rezektsiyasi operatsiyasi o'tkaziladi. Qizilo'ngach devoridagi katta nuqsonlar o'rnini to'ldirish uchun alloplastika (E.N. Vantsyan) yoki diafragma laxtagi bilan plastika qilinadi. Qizilo'ngach xavfsiz o'smalarini olib tashlash operatsiyasidan keyingi davr odatda asoratlarsiz o'tadi. Keyinchalik o'smaning qaytalanish hollari qayd qilinmagan. Xulosa qilib shuni aytish kerakki, qizilo'ngachning xavfsiz o'smalarini diagnostika qilishda klinik ma'lumotlarga oqilona baho berish bilan birga zamonaviy tekshirish usullarini qo'llanishining ahamiyati katta. O'smalarning xavfli aynishga uchrash imkoniyatini bartaraf qilish uchun ularni iloji boricha erta olib tashlash zarur.

O`PKA VA PLEVRA KASALLIKLARI



Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

O`pka – juft a`zo bo`lib, ikkala o`pka ham ko`krak qafasi ichida joylashgan. O`ng o`pkani chap o`pkadan ko`ks oralig`i ajratib turadi. Har bir o`pka ko`krak bo`shlig`ida tolali-elastik parda (plevra) bilan qoplangan katta bo`shliqni to`ldirib turadi. Bu parda, ya`ni parietal plevra yuzasini mezoteliy yassi hujayralari bilan qoplangan bo`lib, har bir o`pka ham, o`z navbatida shunday parda – vistseral plevraga o`ralgan bo`ladi.

Nafas olish harakatlari amalga oshirilayotgan vaqtda, har qaysi o`pkaning ko`krak qafasida ozod harakatlanishini ta`minlash uchun, parietal va vistseral plevralar orasida juda oz miqdorda sirpanuvchan xususiyatlari nihoyatda yuqori bo`lgan – plevralararo suyuqlik bo`ladi. Bu harakatlarda o`pkaning bronxlar va qon tomirlar kiradigan qismi – o`pka o`zagi (darvozasi) ishtirok etmaydi. Parietal plevra o`z navbatida 3 qismga bo`linadi: qovurg`a qismi, diafragmal va ko`ks oralig`i plevrasi.

O`ng o`pkaning hajmi, chap o`pkaga nisbatan kattaroq bo`lib, ayni vaqtda u birmuncha kalta va serbar bo`ladi. Har qaysi o`pkada uchta yuza: tashqi (qovurg`a), pastki (diafragmal) va ichki (ko`ks oralig`i) yuzalari farq qilinadi. Har bir o`pka egatlar vositasida bo`laklarga bo`linadi. Ikkala o`pkada bo`ladigan egatlardan biri – egri egat nisbatan yuqorida (o`pka

cho'qqisidan 6-7 sm pastda) boshlanadi, so'ngra pastga diafragma yuzasiga qiya holda tushib, o'pka to'qimasiga chuqur kiradi. Shu egatlar yordamida har bir o'pka yuqori va pastki bo'laklarga bo'linadi. Chap o'pkadan farqli ravishda o'ng o'pka yana ikkinchi – gorizontal egatga ega. U IV qovurg'a sathidan o'tadi. Shu bilan u o'ng o'pka yuqori bo'lagidan o'rta bo'lakni tashkil qiladigan ponasimon qismini ajratib turadi.

Shunday qilib, o'ng o'pkada uchta bo'lak: yuqori, o'rta va pastki bo'laklar bo'ladi. Chap o'pkada esa ikkita bo'lak: yuqori va pastki bo'lak tafovutlanadi. O'ng o'pkaning o'rta bo'lagiga chapda "til" bo'lagi to'g'ri keladi. O'pkalarning har bir bo'lagida bosh bronx tarmog'i hisoblangan alohida bronx bo'lagi bo'ladi. Bronx bo'laklari o'z navbatida segmentar bronxlarga bo'linib, ularning har biri o'pkaning tegishli bo'limi bilan birga bronx-o'pka segmenti nomini olgan segmentlarni hosil qiladi. Segment o'z tashqi ko'rinishi bo'yicha asosi o'pka periferiyasiga, cho'qqisi esa o'pka ildiziga qaragan piramida shaklini eslatadi. Insonda har bir o'pka asosan o'n segmentdan tashkil topgan bo'ladi, bunda yuqori bo'lakda 3 ta bronx-o'pka segmenti, o'rta bo'lagida va chap o'pkaning unga o'xshash til qismida 2 ta segment, pastki bo'lagida 5 ta (yuqori va 4 ta bazal) segmentlari bo'ladi. Ikkala o'pkaning pastki bo'laklarida hamma hollarning deyarli yarmida qo'shimcha segment uchraydi.

O'pkani segmentlarga bo'linishi klinika uchun katta ahamiyatga ega bo'ladi. Chunki bunga qarab, bemorda patologik "o'choq"ning qayerda joylashganini (lokalizatsiyasini) aniq topish va o'pkani maqsadga muvofiq (tejamli, segmentar) rezektsiya qilish imkoniga ega bo'lamiz. Bronx-o'pka segmentlari o'z arteriyalari va nervlariga, venalari esa segmentlararo biriktiruvchi to'qima tarkibida boradigan segmentlararo vena qon tomirlariga ega bo'ladi.

O'pkani qon bilan ta'minlashda ikkita sistema – o'pka va bronxial qon tomirlari qatnashadi. O'pka qon tomirlari sistemasi asosan nafas olish faoliyatida ishtirok etadi, bronxial qon tomirlar sistemasi esa, o'pka to'qimasini oziqlantirish faoliyatini bajaradi. Bronxial arteriyalar ko'krak aortasi tarmoqlari bo'lib, odatda bronxiolalargacha etib boradi, o'pka alveolalari esa o'pka arteriyasi sistemasi orqali amalga oshiriladi. Bronxial va o'pka arteriyalari tarmoqlari orasida anastomozlar bo'ladi. Venoz qon

oqimi v. azygos yoki v. hemiazygos ga quyiladigan qisman o`pka venalari, qisman esa bronxial venalar tomonidan amalga oshiriladi.

O`pka to`qimasi simpatik nerv tarmoqlari (II-IV bo`yin va I-V ko`krak tugunlaridan) va adashgan nerv tarmoqlaridan innervatsiyalanadi. O`pka to`qimasining limfatik tomirlari asosan bronxlarning tarmoqlanadigan joylardagi o`pka ichidagi limfatik tugunlarga quyiladi, bu limfatik tugunlarning olib ketadigan tomirlari esa, o`pka ildizi tugunlarigacha etib boradi va tugaydi. Limfa suyuqligi, o`pka ildizi limfa tugunlaridan traxeyaning yon qismida joylashgan, o`pkaning bosh regional limfatik tugunlariga oqib keladi. Gorizontaal (ko`ndalang) tekislikda o`pka ildizi tarkibi quyidagicha joylashadi: oldingi tomonda o`pka venalari, ular orqasida o`pka arteriyasi tarmoqlari va yanada orqaroqda bronx tarmoqlari yotadi, ya`ni tomirlar o`pka ildizining qolgan elementlaridan oldinda joylashadi. Bronxial arteriyalar bosh bronxlarning pastki yuzasiga yondoshib turadi. O`pka to`qimasi ichida o`pka tomirlari tarmoqlari va bronxlarning o`zaro munosabati odatda quyidagicha bo`ladi, bronxlar venalar bilan arteriyalar orasida joylashadi.

Maxsus tekshirish usullari.

O`pka kasalliklarining diagnostikasi eng avvalo bemorning shikoyatlarini, anamnezini va uni fizik usullar bilan tekshirish natijalarini o`rganishga asoslanadi. Odatda, o`pkasida xastaligi bor bo`lgan bemorlarning quyidagi shikoyatlariga e`tibor beriladi: yo`tal, qon tuflash, nafas qisishi, ko`krak qafasidagi og`riqlar. Bemor anamnezida kasallikning qanday boshlanganiga va rivojlanishiga katta ahamiyat beriladi. Kasallik boshlanishini sovqotishga aloqadorligi, yuqumli kasalligi bo`lgan bemorlar bilan yaqinligi aniqlanadi. Mehnat sharoitlari surishtiriladi. Ba`zi hollarda, bemorning uy hayvonlarini boqishga aloqadorligi, zararli odatlari: chekish, spirtli ichimliklarni surunkali iste`mol qilishi bor-yo`qligi alohida ahamiyatga ega bo`ladi. Kasallikning kechishida olib borilgan muolajaning qanchalik muvofiqligi sinchiklab o`rganiladi.

Fizik tekshiruv usullaridan: ob`ektiv ko`rik, paypaslab ko`rish, perkussiya qilish va auskultatsiyalar qo`llaniladi. Ular patologik jarayon va funktsional o`zgarishlarni aniqlashda, kasallikning kechishi to`g`risida tasavvur hosil qilishga imkon beradi va ko`pincha bemorni davolash

jarayonida uning holati dinamikasiga baho berish uchun asosiy dalillar hisoblanadi.

Nafas olish sistemasi kasalliklarini aniqlashda ajralayotgan balg'amni tekshirish, uning miqdori va fizik xususiyatlarini mikroskop yordamida tekshirish, bakterioskopiya va bakteriologik ekma natijalarini o'rganish alohida ahamiyat kasb etadi.

Rentgenologik usullarni qo'llash, o'pka patologiyasi bo'lgan bemorlarda diagnoz qo'yishda ko'pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Rentgenoskopiya ob'ektni turli holatda (pozitsiya), harakatda tekshirishga, plevral bo'shlig'ida suyuqlik va havoning miqdorini aniqlashga imkon beradi. Rentgenografiya – o'pkalar va ular ildizlaridagi ayrim o'zgarishlarni aniq ko'rish, dinamikada kuzatish va taqqoslashga yordam beradi.

Tomografiya usuli – qatlam-qatlam tasvirlar olish orqali, yirik segmentar va subsegmentar bronxlar bo'shlig'ining batafsil tasvirini olish, limfatik tugunlar holati to'g'risida xulosa chiqarishga yordam beradi. O'pka to'qimasidagi kichik patologik jarayonlarni aniqlashga, bullalar, kistalar, "o'choq"li soyalarni topishga imkon beradi. Kompyuter tomografiya – bugungi kunda keng qo'llaniladigan noinvaziv usullardan biri bo'lib, o'pkadagi har xil tuzilmalarning katta-kichikligini, joylashgan qismi va chegarasini yanada aniqroq va ravshanroq aniqlab beradi, ularning zichligiga baho berish imkoniyatini yaratadi.

Bronxografiya asosan: bronxoektatik kasallikka shubha qilinganda – bronxlarning zararlanganlik darajasini aniqlash uchun, o'pkadagi yiringli jarayonlarda – bronxlar zararlanganligini aniq hajmini aniqlash uchun (ayniqsa jarrohlik amaliyoti mo'ljallanganda) yoki surunkali nospetsifik zotiljam va markaziy o'pka raki o'rtasida differentsial diagnostika o'tkazish uchun zarur tekshiruv usullaridan biri hisoblanadi. Bu tekshirish usuli, odatda mahalliy anesteziya ostida olib boriladi va uni och qoringa (bemor ovqatlanmasdan turib) o'tkaziladi. Bemorda balg'am ko'p miqdorda ajralayotgan davrda, avval sanatsion bronxoskopiya, keyin esa bronxografiya qilinadi. Tekshiruvdan 30 minut oldin teri ostiga 1 ml atropin sulfat yuboriladi. Anesteziya uchun 0,5% li dikain eritmasi, 10% lidokain eritmasi yoki 5-10%li novokain eritmasi ishlatiladi. Eng avvalo, yuqori nafas yo'llari anesteziya qilinib, rentgenkontrast kateter

pastki burun yo`li orqali tovush yorig`iga kiritiladi va traxeyagacha surib kateter orqali 3-4 ml 10%li novokainni bosqichma-bosqich yuborish yo`li bilan traxeobronxial shox anesteziya qilinadi. Bronxografiya uchun quyidagi rentgenkontrast moddalar: sulfayodon, jeleyodon, propilyodon va b. qo`llaniladi. Odatda ulardan biri, 10-15 ml miqdorda rentgen nazorati ostida yuboriladi va suratga tushiriladi. Bundan so`ng, rentgenkontrast modda aktiv aspiratsiya yo`li bilan so`rib olib tashlanadi. Ko`rsatmalar: markaziy joylashgan bronx o`smalari, o`pkadan qon ketishi, traxeya va bronxlardagi yot jismlar, o`pkaning yiringli kasalliklarida diagnostika va sanatsiya qilish. Angiopulmonografiya o`pka arteriyasi yoki uning tarmoqlariga kateter o`rnatib, u orqali rentgenkontrast modda yuborib, uning rentgentasvirini olishdan iborat. O`pka patologiyasi tug`ma deb shubhalanganda, o`pka tomirlari patologiyasida, o`pka arteriyasi tromboemoliyasida, surunkali o`pka kasalliklarida o`pka-kapillyar qon oqimi buzilish darajasini aniqlashda, xavfli o`pka tuzilmalarida – jarrohlik amaliyoti o`tkazishning maqsadga muvofiqligi masalasini hal qilishda bajariladi.

Bronxial arteriografiya – bronxial arteriyalarni kateterizatsiya qilish va yuqorida ko`rsatilgan usul bo`yicha uning rentgentasvirini olish, o`pkadan qon ketish manbaini va uning sababini aniqlashda, shuningdek davolash maqsadida o`tkaziladi.

Diagnostik pnevmotoraks. Plevra bo`shlig`iga 300-600 ml havo yuborilgandan keyin rentgenografiya qilishdir. Bu usuldan, odatda o`pkaga aloqasi bo`lmagan tuzilmalar va o`pka ichidagi jarayonlarni differentsial diagnostika qilish uchun foydalaniladi.

Diagnostik pnevmoperitoneum – qorin bo`shlig`iga 1000-2000 ml havo yuborib, so`ngra rentgenografiya qilishdan iborat. Jigar, diafragma, diafragma ostida joylashgan a`zolar, plevra bo`shlig`i va o`pkadagi tuzilmalar holatini aniqlash, diafragmal churralarni differentsial diagnostikasi uchun foydalaniladi.

Radioizotoplar yordamida tekshirish usullari, jumladan izotop yordamida skanerlash, perfuzion stsintigrafiya, ingalyatsion stsintigrafiya – o`pkadagi qon oqimi va ventilyatsiya buzilishlarini aniqlashga imkon beradi. Bu usullardan foydalanish, bugungi kunda cheklangan bo`lib, ular

o'rnini ko'krak qafasi va o'pkani ultratovush yordamida tekshirish, komp'yuter tomografiya va boshqa noinvaziv usullar egallamoqda.

Torakoskopiya – torakoskop yordamida plevra bo'shlig'ini vizual ko'zdan kechirishdir. Ayniqsa, bu usul pnevmotoraks sodir bo'lganda nafaqat diagnostika uchun tekshiruv usuli, balki davolash uchun – pnevmotoraks sababini bartaraf etish, ma'lum operatsiyalarni o'tkazish uchun ham imkoniyat beradi.

Tashqi nafas olish funktsiyalarini tekshirish usullariga spiroografiya, umumiy pletizmografiya, pnevmotaxografiyalar kirib, ular nafas a'zolari kasalliklarini ilk bosqichida aniqlash, diagnoz qo'yish, funktsiyalarining buzilish yoki kompensatsiya darajasini aniqlash, davolash-profilaktika tadbirlarining ta'sirchanligiga baho berishga yordam beradi.

Nafas olish a'zolari nuqsonlari

O'pka gipoplaziyasi – o'pka parenximasi, periferik bronxlar va qon tomirlarining o'sib etilmasligidan iborat nuqson. Klinik manzarasi ikkilamchi yallig'lanish jarayoni bilan ta'riflanadi va bronxoektatik kasallikdan kam farq qiladi. Rentgenologik usullar (bronxografiya, angiopulmonografiya) va bronxoskopiya yordamida diagnostika qilinadi. Konservativ muolaja kamdan-kam foyda beradi. Operativ davolash: segmentektomiya, lobektomiya, pulmonoektomiyadan iborat.

O'pkaning kistoz gipoplaziyasi (polikistoz) – o'pka parenximasi, bronxlar va qon tomirlarning subsegmentar bronxlar va tarmoqlar darajasida kistoz bo'shliqlar shakllanishi bilan o'tadigan tug'ma kasalligidir. Klinik manzarasi yallig'lanish jarayonining qo'shilib kelishi va o'pkaning surunkali yiringli kasalliklari klinik manzarasiga o'xshash. Rentgenografiya, bronxografiya, angiopulmonografiya va bronxoskopiya yordamida diagnostika qilinadi. Davolash odatda jarrohlik usulida: lobektomiya, pulmonoektomiya. Konservativ muolaja (surunkali yiringli o'pka kasalliklaridagi muolajaga o'xshash) jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlik sifatida, shuningdek jarrohlik amaliyotiga monelik qiladigan hollardagina o'tkaziladi.

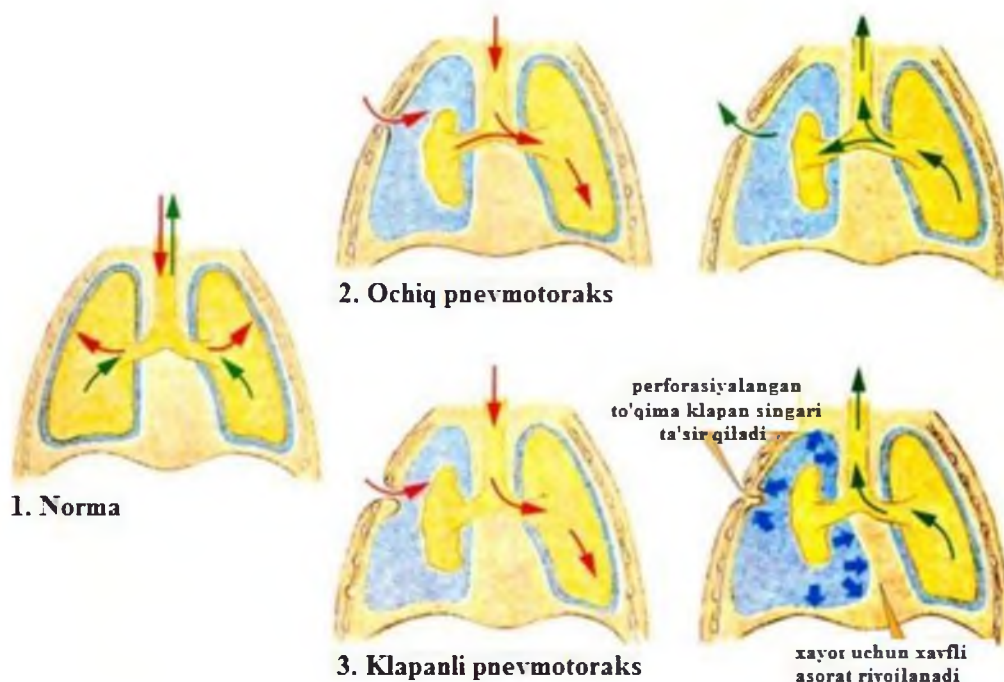
Ko`krak qafasi a`zolari jarohatlari

Ko`krak qafasi va uning a`zolari jarohatlari o`ta og`ir jarohatlar safiga kiradi, chunki ular aksariyat hollarda nafas olish a`zolari faoliyatini va qon aylanishining buzilishlarini keltirib chiqarib, bemorlarni o`limga giriftor qilishi mumkin. Traxeyaning ko`krak bo`limi va yirik bronxlar jarohatlari aksariyat ko`krakning yo`l-transport falokatlari vaqtida yopiq jarohatlanishining oqibati hisoblanadi. O`ziga xos belgilari: nafas olishning buzilishi, pnevmotoraks, ko`ks oralig`i emfizemasi, teri osti emfizemasi, gemotoraks va qon tuflash shular jumlasiga kiradi. Uzil-kesil diagnoz rentgenologik tekshiruvlar va bronxoskopiya va grafiyalar natijasining tahlili asosida qo`yiladi.

Davolash. Traxeobronxial shox butunligini tiklashga va qon oqishini to`xtatishga qaratilgan shoshilinch jarrohlik amaliyoti o`tkazishdan iborat bo`ladi. Pnevmo- va gemotoraks – ko`krak jarohatlarining o`ziga xos belgilaridan bo`lib hisoblanadi.

Pnevmtoraks

Pnevmtoraksning paydo bo`lishiga, ko`krak qafasining yopiq va teshib kiruvchi jarohatlanishlari, shuningdek bullyoz emfizema yoki polikistoz kasalliklarida o`pkaning spontan perforatsiyasi sabab bo`ladi.

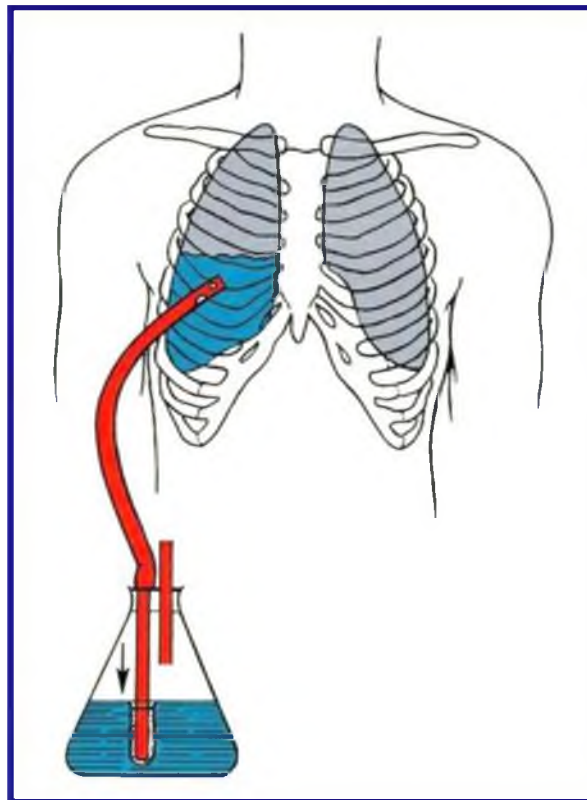


18 – rasm. Pnevmtoraks turlari.

Odatda plevral bo'shliqda klapan mexanizmi paydo bo'lishi munosabati bilan havoning progressiv yig'ilishi bilan xarakterlanadigan tenzion (klapanli) pnevmotoraks ular orasida eng xavfli hisoblanadi. Bu holat o'pkaning siqilishiga, ko'ks oralig'ining surilishiga olib keladi.

Klinik manzarasi: nafas qisishi, nafas olishning qiyinlashuvi, teri qoplamlari tsianozi, taxikardiya, arterial qon bosimining (AQB) tushib ketishidan iborat bo'ladi. Zararlangan tomonda perkussiya qilinganda quticha tovushi eshitiladi, auskultativ tekshiruvda nafas olish shovqini eshitilmaydi. Rentgenografik tekshiruvda: o'pka kollapsi, ko'ks oralig'ining sog'lom tomonga siljigani aniqlanadi.

Davolash. Plevral bo'shliq punktsiya qilinadi va yig'ilgan havoni so'rib olish uchun aktiv aspiratsiyaga ulanadi, keyin torakoskopiya o'tkaziladi. SHunday qilib, klapan pnevmotoraks ochiq pnevmotoraksga o'tadi.



19 – rasm. Byulau bo'yicha plevra bo'shlig'ini drenajlash.

Torakoskopiya aniqlangan o'pkaning talaygina jarohatlarida jarrohlik usuli qo'llanadi va bunda bajariladigan jarrohlik amaliyotining hajmi patologik jarayon hajmiga qarab belgilanadi. Kichik jarohatlarda

plevral bo'shliq orqa qo'ltiq chizig'i bo'yicha VII-VIII qovurg'alar orasida va o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha II qovurg'alar orasida drenajlanib, so'ngra aktiv aspiratsiya o'tkaziladi.



20 – rasm. Klapanli pnevmotoraksning rentgenologik ko'rinishi.

Germetik holat vujudga keltirilib o'pka yozilgandan so'ng 2-3 sutka o'tgach, drenaj 12-24 soatga qisib qo'yiladi. Rentgenologik tekshiruvda pnevmotoraks qaytalanmayotganiga ishonch hosil qilingach, drenajlar olib tashlanadi. Agar plevral bo'shliqda 3-4 sutka mobaynida germetik holat yuzaga kelmasa, jarrohlik usulida davolanadi. Hozirgi kunda endoskopik jarrohlik amaliyotlari rivojlanganligi tufayli, videotorakoskopik usulda jarrohlik amaliyoti bajarilishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

Travmatik gemotoraks

Ko'krak qafasining o'tmas va teshib kirgan jarohlari oqibatida paydo bo'ladi. Qon ketish manbalari: qovurg'alararo qon tomirlari, jarohatlangan o'pka, yirtilgan chandiqlar, yirik qon tomirlar va yurak jarohlari bo'lishi mumkin. Kasallikning kechishi. Qon yo'qotishning umumiy belgilari bilan birga anemiya va gipoksiya holatiga xos bo'lgan laborator ko'rsatkichlarning o'zgarishlari aniqlanadi.



21 – rasm. Gemotoraks.

Gemotoraksning rentgen manzarasi uning turiga qarab bo'ladi. Gemotoraks plevra bo'shlig'iga yig'ilgan qon miqdoriga qarab 3 xil turda bo'ladi: kichik gemotoraks, o'rtacha va katta gemotoraks.

Kichik gemotoraks – plevral bo'shliqda 500 ml gacha qon yig'ilishi. Bu holat bemorning tashqi ko'rinishiga va fizikal tekshiruv ma'lumotlarida kam aks etadi. Rentgenogrammada o'zgarishlar deyarli ko'rinmaydi.

O'rtacha gemotoraks – plevral bo'shliqda 500 dan 1000 ml gacha qonning yig'ilishi. Rentgentasvirda ko'krak qafasining qisman

qorong'ulashgan qismi yaxshi ko`rinib turadi. Odatda bemorning rangi oqarib ketgan, anemiya belgilari yaqqol ko`rinadi, sovuq ter bosgan, arterial qon bosimi pasaygan, puls va nafas olishi tezlashgan bo`ladi.

Katta gemotoraks – plevral bo`shliqda 1000 ml dan ko`proq qon yig`ilishi, rentgentsavirda o`pkaning shu tarafi (gemotoraks hisobiga) to`liq qorong`ilashgan, ko`ks oralig`i qarama-qarshi tomonga surilgan. Gemorragik shok belgilari ham yaqqol namoyon bo`ladi.

Davolash. Qon plevral bo`shliqda 1000 ml dan ko`proq bo`lganda qon ketish manbaini topish va qon ketishni to`xtatish, ya`ni shoshilinch torakotomiya o`tkazish talab etiladi. Kichik gemotoraksda – plevra bo`shlig`i punktsiyasi o`tkazilib, yig`ilgan qon alohida tadbirlar bilan aspiratsiya qilinib, autogemotransfuziya (o`ziga qayta quyish) amalga oshiriladi. Bu orada torakoskopiya o`tkazilib, qon ketish manbaini topish, uni ko`zdan kechirib qon yo`qotish tezligiga baho berish va elektrokoagulyatsiya yo`li bilan uni to`xtatish lozim bo`ladi. Yirik qon tomirlar jarohatlanganda, o`pka to`qimasidagi katta jarohatlar zudlik bilan jarrohlik usulida amaliyot o`tkazilishini talab qiladi. Qolgan hollarda, plevral bo`shliq orqa qo`ltiq chizig`i buylab VI qovurg`alar orasidan drenajlanadi, o`pka to`qimasi jarohatlanganda esa, o`rta o`mrov chizig`i bo`ylab II qovurg`alar orasidan drenajlanib, uzluksiz aktiv aspiratsiyaga ulanadi.

Muolaja: yo`qotilgan qon o`rnini to`ldirishga qaratilgan bo`lib, shokka qarshi qo`llaniladigan chora-tadbirlarni o`z ichiga oladi. Agar drenajlar bo`yicha qon yo`qotish 1 soat mobaynida 200 ml dan oshsa yoki 3 soat ichida soatiga 300 ml dan oshadigan bo`lsa, torakotomiya amaliyoti bajarilishi shart bo`ladi.

Ko`krak qafasining sanchilgan va o`q tekkan jarohatlanishlari

Bemor ko`p qon yo`qotib og`ir ahvolda keltirilganda, jarohat yurak yoki yirik qon tomirlar sohasida joylashganda shoshilinch «tipik» oldingi-yon tomonlama torakotomiya qilinib, ko`krak qafasi a`zolari taftish (reviziya) qilinadi va qon ketish manbaini topib, uni to`xtatish choralari ko`riladi. Agar bemor ahvoli barqaror bo`lsa, avvalo rentgenologik tekshiruv o`tkazish lozim bo`ladi. Plevra bo`shlig`iga teshib kirgan jarohatlarda (pnevmotoraks, gemotoraks) – torakoskopiya amaliyoti

qilinadi. Torakoskopiya yordamida ko'krak qafasining kaysi a'zosi jarohatlanligini aniqlash mumkin bo'ladi. Yirik qon tomirlar, o'pka to'qimasi jarohatlanib, yirik bronxlardan qon oqishi davom etayotganda jarrohlik amaliyoti o'tkazishga to'g'ri keladi. Agar aktiv qon oqishi va massiv havo kirganligining alomatlari bo'lmagan taqdirda plevra bo'shlig'i drenajlanadi. O'pka to'qimasida jarohatlanish bo'lmaganda orqa qo'ltiq chizig'i bo'yicha VI qovurg'alar orasidan, jarohat bo'lganda esa o'rta o'mrov chizig'i buylab II qovurg'alar orasidan drenajlanishi kerak bo'ladi. Diafragmaning yaralangani aniqlanganda laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolari taftishi o'tkazilishi kerak.

O'pkaning o'tkir yiringli kasalliklari

O'pkaning stafilokokk destruksiyasi – stafilokokklarning patogen shtammlari ta'siri ostida o'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishidir. O'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishi tez fursatda intoksikatsiyaning rivojlanishiga olib keladi.

Diagnostika uchun o'pkani rentgenologik tekshiruv va balg'amni bakteriologik tekshirish, hamda diagnostik bronxoskopiya o'tkazish muhimdir. Rentgenologik usul yordamida o'pka to'qimasining infiltratsiyasi, yallig'lanish o'choqlari, o'pkadagi ko'p sonli yupqa devorli bo'shliqlar, plevrit, pnevmotoraks aniqlanadi. Kasallik o'tkir boshlanadi (yuqori harorat, et junjikishi va b.), nafas qisishi, yiringli balg'am ajralishi belgilari bilan namoyon bo'ladi.\

Davolash. Maqsadga muvofiq antibakterial muolaja (bakteriologik ekmalar natijasiga ko'ra), antistafilokokk zardobini, stafilokokk bakteriofagini qo'llash, detoksikatsion muolaja, umumiy quvvatni oshiruvchi vositalar, sanatsion muolaja qo'llaniladi.

O'tkir o'pka abstsessi – o'pka to'qimasining chegaralangan yiringli yallig'lanishi va bo'shliqlar hosil bo'lishidir. Mikroaspiratsiya, bronxlar drenaj faoliyatining buzilishi, organizm himoya kuchlarining keskin pasayib ketishi, shartli patogen mikrofloraning faollashuvi, o'pka to'qimasida qon ta'minotining buzilishi va nekrozga uchrashi sababli yuzaga keladi. Abstsesslar gematogen, bronxogen, limfogen va travmatik tabiatga ega bo'lishi mumkin. Metapnevmonik va aspiratsion abstsesslar klinik amaliyotda birmuncha ko'proq uchraydi.



22 – rasm. Op'ka absstessi.

Abstesslar uchun biror bir spetsifik mikroflora yo'q. Ular streptokokk, stafilokokk, diplokokk, protey, fuzobakteriyalar va mikrofloraning boshqa turlaridan kelib chiqishi mumkin. So'nggi yillarda o'pkadagi yiringli jarayonlar rivojlanishida noklostridial anaerob bakteriyalar katta ahamiyatga ega.

Abstesslar joylashuviga ko'ra: periferik va markaziy, yolg'iz (yakka holda) va ko'p sonli, bir tomonlama va ikki tomonlama bo'ladi. Klinik manzarasida ikkita davr farq qilinadi:

1. Abstessning bronxga yorilgunga qadar bo'lgan davri.
2. Abstessning bronxga yorilgandan keyingi davri.

Birinchi davrda: kasallik yuqori harorat, ko'krakda og'riq, yo'tal, nafas siqishi, ko'p terlash belgilari bilan boshlanadi. Sekin-asta rivojlanayotgan intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Fizikal usullar bilan tekshirishda: perkutor tovushning qisqarishi, o'pkaning zararlangan qismi ustida nafas olish shovqinining sustlashishi yoki eshitilmasligini qayd qilish mumkin. Qon tahlilida yuqori leykotsitoz, qon formulasini chapga siljishi kuzatiladi. Rentgenogrammalarda zich, turli xil o'lchamlardagi soyalar ko'rinadi.

Ikkinchi davr: yo'talish paytida birdaniga ko'p miqdorda yiringli, badbo'y balg'am ajralashi, ba'zi hollarda balg'am qon bilan aralashgan holda ajraladi. Bu davrda odatda bemorning umumiy ahvoli birmuncha yaxshilanadi, intoksikatsiya belgilari kamayadi. Abstessning o'lchamlari

katta bo'lganda uning ustida amforik nafas shovqini va turli kalibrdagi nam xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tasvirda yorilgan abstsess, gorizontaal suyuqlik sathi va perifokal yallig'lanishi bo'lgan yumaloq bo'shliq shaklida namoyon bo'ladi. Bronxoskopiyada chegaralangan yiringli endobronxit aniqlanadi.

O'pka gangrenasi – o'pka to'qimasining bir qismi yiringli-irigan nekrozga uchrayshi. Bu jarayon o'pka abstsessidan farqli o'laroq, o'pka gangrenasida sog'lom to'qimadan chegaralangan kapsula bilan ajralib turmaydi (chegarasiz bo'ladi). Gangrenoz abstsess ham farq qilinadi, u o'pka to'qimasining bir qismini yiringli-chirigan nekrozi bo'lib, uning sekvestratsiyaga va o'pka to'qimasining zararlanmagan qismlaridan chegaralanib turishga moyilligi bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemorning ahvoli og'ir, isitma gektik tabiatga ega bo'ladi, bemor terlaydi, nafasi siqadi, ko'p miqdorda badbuy hidli balg'am ajraladi, bemor qon tupuradi. Rentgenologik tasvirda katta, shakli yo'q diffuz qorong'ilik aniqlanadi, uning tarkibida o'pka to'qimasining irib ketayotganini ifodalaydigan ko'p sonli yorug' soyalar ko'rinadi. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik aniqlanadi.



23 – rasm. O'pka gangrenasi.

O'tkir yiringli kasalliklarni kompleks davolash lozim bo'ladi. Hozirgi vaqtda asosiy davolash usuli konservativ muolaja bo'lib, ayni vaqtda kichik invaziv jarrohlik amaliyotlari: transtorakal, endobronxial

drenajlash, uzoq muddatli regionar infuziya uchun bronxial arteriyani kateterlash amalga oshiriladi.

O'tkir davrda operativ aralashuv kasallik asoratlari bilan kechgandagina (o'pkadan qon ketganda) yoki muolaja naf bermaganda, jarayonning tarqalishiga moyil bo'lganidagina qo'llaniladi. O'pkadagi o'tkir yiringli jarayonlarda konservativ muolajaning tamoyillari quyidagilardan iborat bo'ladi:

1. *Antibakterial muolaja* – bakteriyalar turini va ularning antibiotiklarga ta'sirchanlik darajalarini bakterioskopiya va ekish ma'lumotlarini hisobga olgan holda tayinlanadi, sulfanilamidlar ham ishlatiladi. Antibakterial muolajaning ta'sirchanligiga erishish uchun zararlanish o'chog'ida davo preparatlari konsentratsiyasini oshirib, ularni arteriyalarga yuboriladi. Bronxial arteriyaga kateter o'rnatib, muolajani o'sha orqali amalga oshirish eng samarali tadbir hisoblanadi. O'pkaning o'tkir yiringli xastaliklarida 60%gacha hollarda kasallik qo'zg'atuvchisi aeroblar bilan birga kelgan anaerob noklostridial infeksiya hisoblanadi. Noklostridial anaerob infeksiyaning belgilari deganda yiringli suyuqlikning badbo'y hidi, yallig'lanish o'choqlaridagi to'qimalar nekrozi, odatdagi bakteriologik tekshiruvning natijalari manfiy bo'lganda ham, tushuniladi. Anaeroblarga qarshi metronidazol (trixopol), tinidazol, klaforan, rifambitsin, doksitsiklinlar yaxshi ta'sir qiladi.

2. *Traxeobronxial yo'llar* – mikroorganizmlarni yo'qotadigan, yallig'lanishni kamaytiradigan, balg'amni suyuqlashtiradigan va uni ko'chiradigan dorivor aralashmalar yuborib *sanatsiya* qilinadi. Shuningdek bronxial shoxni kateterlash, mikrotraxeostomiya, sanatsion bronxoskopiya qilish yo'li bilan patologik suyuqlik tortib olinadi. Bunda sanatsiya uchun qo'llaniladigan aralashmalar tarkibiga 2% li kaliy bikarbonat eritmasi (2 ml), mikrofloraga sezuvchanlikni hisobga olgan holda antibiotiklar, antiseptiklar (dioksidin, furagin), balg'amni suyultiradigan moddalar (mukosolvin 10%-1,0), proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin 10-15 mg), bronxolitiklar (eufillin 0,5-1,0, 12%, novodrin 0,5%-0,5; efedrin 5%-0,5), gormonal preparatlar (gidrokortizon 25-50 mg) kiritish maqsadga muvofiq bo'ladi.

3. *O'pka abstsesslari va plevra empiemasini sanatsiya qilish* – abstsess bo'shlig'ini bronxoskopik yoki transtorakal yo'l bilan kateterlash,

torakotsentez orqali aktiv aspiratsiya qilish va yiringli bo'shliqni yuvishni tashkil qilishdan iborat. Traxeobronxial shoxni chetlab o'tib yiringli suyuqlikni evakuatsiya qilish, nafas olish a'zolari faoliyatini yaxshilaydi, intoksikatsiyani kamaytiradi, bemorni tezda sog'ayib ketishga yordam beradi.

4. *Detoksikatsion muolaja.* Siydik haydovchi preparatlar (laziks, gipotiazid va b.) orqali diurez stimulyatsiyasi yordamida vena qon tomiriga o'tkaziladigan infuzion (tuzli eritmalar) muolajani o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda detoksikatsiyaning birmuncha ta'sirchan, ekstrakorporal usullari – gemosorbtsiya, limfosorbtsiya, plazmoferez va qonni ultrabinafsha nurlatishdan foydalanilyapti.

5. *Suv-elektrolit buzilishlarni bartaraf etish.*

6. *Umumiy quvvatni oshiruvchi muolaja* – gemotransfuziya, plazma, qonning oqsilli o'rinbosarlari, glyukozaning kontsentrlangan eritmaları ni quyish, anabolik preparatlar, temir preparatlarini va vitaminlarni qo'llashdan iborat.

7. *Immunitetni oshiruvchi muolaja.* Stafilokokk anatoksini quyidagi sxemaga ko'ra yuboriladi: 3 kunlik tanaffus bilan 10 in'ektsiya – 0,1, 0,2, 0,3 ml va h. k. Antistafilokokk giperimmun zardob 100-150 ml 3-5 marta. Antistafilokokk gammaglobulin (mushak orasiga) 5 ml 8-10 marta kun ora. Taktivin. Dekaris 50 mg kunora 3-5 kun ichida. Prodigiozan in'ektsiyasi 30 kungacha: 0,2, 0,5, 0,6, 0,7, 1,0 mg. Metiluratsil 0,5 mg kuniga 2 marta 10-15 kun mobaynida.

Qonning ivish xususiyatlarini va mikrotsirkulyatsiyani normallashtirish qonning reologik xususiyatlarini yaxshilaydigan preparatlar, antiagregantlar (reopoliglyukin, aspirin, kurantil, trental) qo'llash. O'pkadagi og'ir destruktiv jarayonlarda DVS sindromining dastlabki ko'rinishlari borligini hisobga olib, antiferment-krioplazma bilan kompleks muolaja tadbirini o'tkazish tavsiya etiladi (100 ming birlik kontrikal venaga, 5 ming birlik geparin teri ostiga sutkasiga 4 marta, yangi muzlatilgan zardob).

O'pkaning surunkali yallig'lanish kasalliklari

O'pkaning surunkali yallig'lanish kasalliklari atamasiga, o'pkadagi davomli nospetsifik yallig'lanish jarayoni natijasida o'pka parenximasi,

bronxial va qon tomirlar sistemalari strukturasi o`ziga xos o`zgarishlar bilan o`tdigan va o`xshash klinik manzara orqali namoyon bo`ladigan patologik holatlarning katta bir guruhi birlashtiriladi. Bunday kasalliklarning o`ziga xos klinik belgilari: uzoq vaqt yo`talib yiringli balg`am ajratish, aksariyat qon tupurib yurish hisoblanadi. Kasallik odatda avj oladigan tabiatga ega bo`ladi, remissiya va avj olish davrlari bilan o`tadi. Avj olishi aksariyat yilning sovuq mavsumlarida qayd etiladi. Qo`zish davrida yiringli balg`amning miqdorini ortishi, gipertermiya qayd qilinadi. Bahorda avj olib boradigan nafas etishmovchiligi, surunkali intoksikatsiya belgilari aniqlanadi.

O`pkaning surunkali yallig`lanish kasalliklari diagnostikasida 2 bosqich farq kilinadi: birinchi bosqich – sinchiklab so`rab-surishtirishni o`z ichiga olgan klinik tekshirish, ikkinchi bosqich – rentgenologik, endoskopik, funktsional tekshirish usullarini o`z ichiga qamrab olgan asbob-uskunalar yordamida (instrumental) tekshirish. O`pkaning surunkali yallig`lanish kasalliklari aniqlanganda instrumental tekshiruvni ko`krak qafasini ikkita proektsiyada rentgenografiya qilish va maxalliy anesteziya ostida qilinadigan bronxofibroskopiyadan boshlanadi. Bunda qo`lga kiritiladigan ma`lumotlar jarrohlik amaliyoti o`tkazish kerak bo`lgan o`pka kasalliklari bor bemorlarni tanlab olishga va ayni vaqtda jarrohlik amaliyotiga muhtoj bo`lmay, terapevtik stasionarlarda davolanishi kerak bo`lgan bemorlarni aniqlashga imkon beradi. Tanlab olingan bemorlar guruhini ixtisoslashgan torakal bo`lim sharoitlarida sinchiklab tekshirish, tomografiya, bronxografiya, angiopulmonografiya bilan tenziometriya, radioizotop skannerlash, spiroografiya, reografiyalarni o`z ichiga oladi va aniq diagnoz qo`yishga, jarrohlik amaliyoti o`tkazishning zarurligi haqidagi masalani hal etishga hamda uning hajmini aniqlashga imkon beradi.

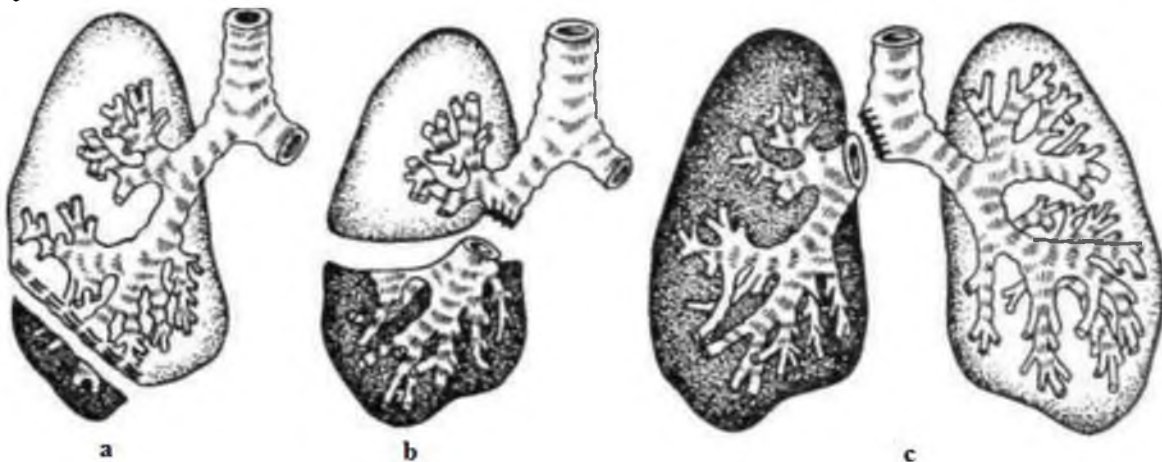
Yallig`lanish jarayoniga o`pkaning ko`pi bilan 3 bo`lagi qo`shilgan, bronxlar va o`pka parenximasida jiddiy morfologik o`zgarishlari bor bo`lgan bemorlar jarrohlik usuli bilan davolanishlari kerak. O`pkada lokal zararlanish bo`lganda funktsional tekshirish vaqtida aniqlangan nafas etishmovchiligi, qo`shilib kelgan og`ir patologiya borligi, keksa yoshdaligi, jarrohlik amaliyoti o`tkazishga monelik qiladigan hol hisoblanadi. Nafas etishmovchiligi belgilari unchalik ifodalanmaganda, qo`shilib kelgan

yashirin patologiyada jarrohlik amaliyoti o'tkazish masalasi individual hal qilinadi.

Surunkali o'pka abstsessi

O'pkada 2-3 oydan ko'proq vaqt mavjud bo'lgan nospetsifik yiringli bo'shliqning bo'lishi – o'pkaning surunkali abstsessi deyiladi. Surunkali abstsesslar paydo bo'lishiga o'pkasida o'tkir yiringli jarayonlari bo'lgan bemorlarni kasalxonaga kech yotqizish, muolaja jarayonining etarli bo'lmagani, uni statsionardan klinik jihatdan to'liq tuzalmasdan va rentgenologik tekshiruvsiz chiqarish sabab bo'ladi. Klinik manzarasi. Yiringli balg'am ajraladigan yo'tal, gipertermiya, o'rtacha ifodalangan intoksikatsiya simptomlari shular jumlasiga kiradi. Rentgenologik tekshiruvda ichki konturi aniq, nozikroq yallig'li gardishli va odatda ozroq suyuqlik sathi bo'lgan yumaloq bo'shliq ko'rinadi. Bronxografiyada bir yoki bir necha bronxlar bilan o'zaro bog'liq bo'lgan yumaloq bo'shliq aniqlanadi. Bronxoskopiyada yiringli chegaralangan endobronxit aniqlanadi.

Davolash. Radikal operativ davolash – segmentektomiya, lobektomiya, pulmonektomiya (24 – rasm). Konservativ muolaja tamoyillari o'tkir jarayondagi davolash kabi, jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik sifatida yoki jarrohlik amaliyotiga monelik qiladigan ko'rsatmalar bo'lganda (jarayonning ikki tomonlamaligi, keksalik yoshi, qo'shilib kelgan patologiya borligi), mustaqil davolash vositasi sifatida foydalaniladi.



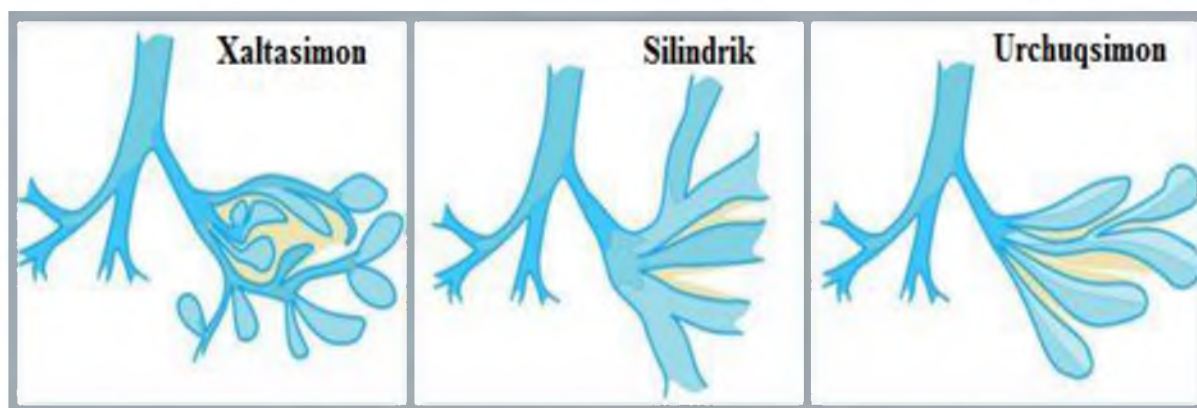
24 – rasm. O'pka rezeksiyasi. a – qirrali rezeksiya, b – bilobektomiya, c – pulmonektomiya.

Bronxoektatik kasallik

Bronx-o`pka sistemasining surunkali yallig`lanish kasalligi bo`lib, bronxlar devori elastik va mushak komponentlarining destruksiyasi munosabati bilan bronxlarning kengayib ketishidan (bronxoektazi) iborat bo`lgan kasallik hisoblanadi. Uning rivojlanish mexanizmini bronx-o`pka sistemasidagi tug`ma buzilishlar, boshdan kechirilgan yallig`lanish jarayonlari, yot jismlarning ta`siri oqibatlari va shu kabilar bilan bog`laydilar.

Bronxoektazlar turiga ko`ra tsilindrsimon, qopsimon va aralash turlarga bo`linadi. Atelektatik bronxoektazlar alohida guruhga ajratiladi. Bronxoektazlar ayniqsa bolalik, o`smirlik yoshida va navqiron yoshda birmuncha ko`proq uchraydi. Ko`pchilik bemorlar uzoq vaqt xasta bo`lib yuradigan kishilardir.

Anamnez to`g`ri yig`ilganda to`lqinsimon kechayotgan ko`p yillik kasallikni aniqlashga muvaffaq bo`linadi. Bunda qisqa muddatli avj olish davrlari davomli remissiya davrlari bilan almashinib turadi. Vaqt o`tishi bilan tez-tez avj olishi bo`lib turadi, remissiyalar esa qisqaradi.

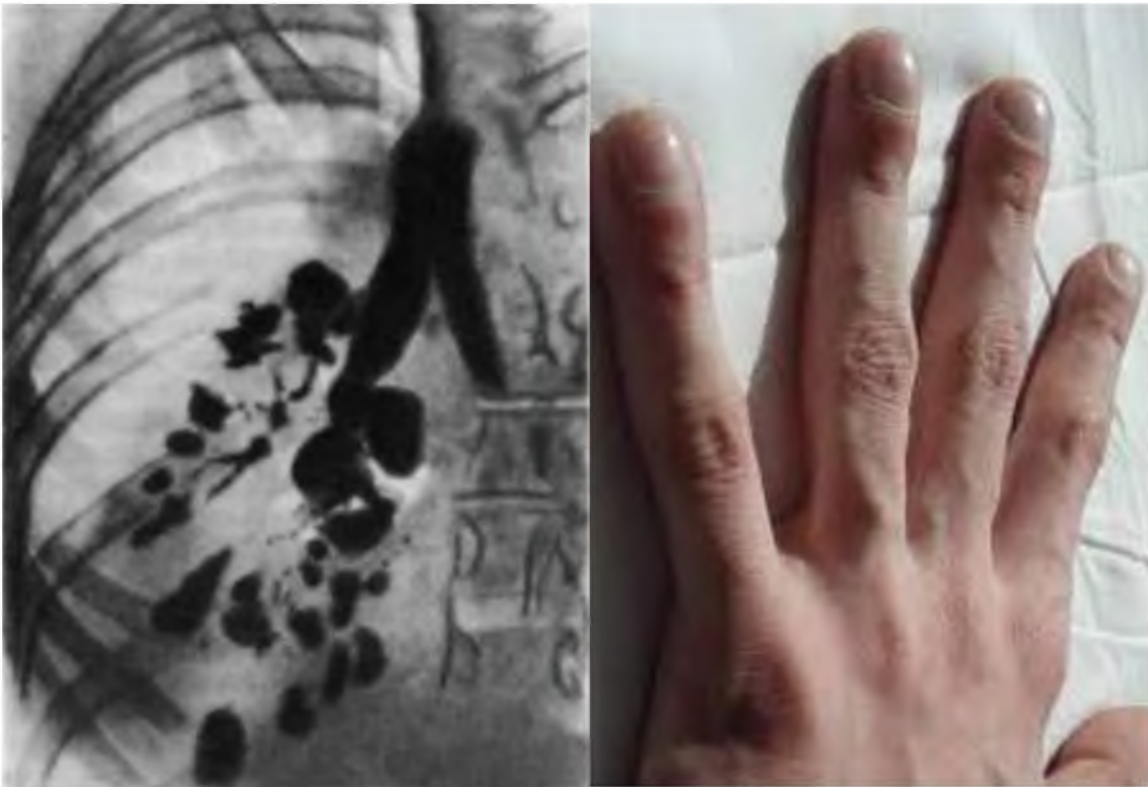


25 – rasm. Bronxoektaz turlari.

Kasallikning o`ziga xos simptomlari: o`pkabronx infeksiyasining tez-tez qo`zib turishi, yiringli badbo`y hidli (ko`pincha ertalab) balg`am ajralishi, nafas siqishi, qon tuflash, o`rtacha yuzaga chiqadigan intoksikatsiya belgilari hisoblanadi. Kasallikning so`nggi bosqichlarida bemor barmoqlari odatda nog`ora cho`plariga o`xshab ketadi, tirnoq falangalari esa soat oynalari ko`rinishiga ega bo`ladi. Zararlangan o`pka

qismi auskultatsiya qilib ko'rilganda, mayda pufakchali jarangdor xirillashlar eshitiladi.

Rentgenologik usulda tasvir olinganda, o'pkaning kasallangan erlarida fibroz qismlar strukturasi ari iniga o'xshash ko'rinishda ekanligi, o'pka ildizi soyasi strukturasi buzilganligi aniqlanadi. Bronxoskopiyada diffuz yoki aniq chegaralangan bronxit ajralib turadi, bronxlarning distal kengayish simptomi kuzatiladi (Sul belgisi). Bronxografiya tekshiruvu bu kasallikda eng ko'p ma'lumotlar beradi – bronxlarning kengayganligi aniqlanadi: ular tsilindrsimon, xaltasimon, kistasimon va aralash turlari ko'rinadi. Lokal zararlanishda jarrohlik usulda davolaniladi – segmentektomiya, lobektomiya, bilobektomiya, pulmonektomiya qo'llaniladi.



26 – rasm. Bronxoektatik kasallikning rentgenologik va klinik ko'rinishi (baraban tayoqchasi simptomi).

Konservativ muolaja faqatgina jarayon tarqoq bo'lganida, shuningdek jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik maqsadida o'tkaziladi.

O`rta bo`lak sindromi

O`rta bo`lakning surunkali yallig`lanishi. O`pkaning atelektazi hisobiga o`rta bo`lak bronxi o`tkazuvchanligining buzilishi oqibatida rivojlanadi. O`pkaning yallig`lanish kasalliklari umumiy sonidan 20-26% ni tashkil etadi. Kasallik o`rta bo`lak bronxining tuzilish xususiyatlariga, uning kattalashgan limfa tugunlari tufayli ezilishiga bog`liq, surunkali kechish xususiyatiga ega.

Klinik manzarasi. Yiringli balg`am ajralib turadigan yo`tal, qon tuflash, nafas siqishi, intoksikatsiya alomatlari bilan ifodalanadi. O`pkada o`rta bo`lak proektsiyasi ustida yirik-o`rtacha pufakchali xirillashlar eshitiladi.

Rentgenologik jihatdan o`rta bo`lak atelektazi, bronxoskopik jihatdan o`rta bo`lak bronxi o`tkazuvchanligining uning torayishi hisobiga buzilishi, chegaralangan yiringli endobronxit aniqlanadi. Bronxografiyada o`tkazuvchanlikning buzilishi, o`rta bo`lak bronxining «cho`ltog`i» aniqlanadi.

Davolash jarrohlik usulida – lobektomiya amaliyoti qilinadi. Jarrohlik amaliyotiga monelik qiladigan hollar bo`lganda (qo`shilib keladigan kasalliklar, keksa, yosh) konservativ muolaja olib boriladi.

O`pkadan qon ketish

O`pkadan qon ketishi – nafas yo`llaridan qon ajralib chiqishi, o`pkadagi turli kasalliklarning ko`p uchraydigan va xatarli asoratidir. O`pkaning surunkali yiringli kasalliklari orasida 10% dan 60% gacha hollarni tashkil etadi. Bunda ko`p miqdorda qon ketishi faqat qon yo`qotilishi jihatidan emas, balki tezda yuz beradigan asfiksiya sababli xavfli bo`ladi. L.M. Nedvetskaya klassifikatsiyasi bo`yicha o`pkadan qon ketishi 3 darajaga bo`linadi:

I darajasi – 300 ml gacha qon tuflash;

II darajasi – 700 ml gacha;

III darajasi – 700 ml dan ko`p qon yo`qotish.

O`pkadan qon ketishida jarrohlik aralashuv kerak bo`ladi, konservativ davolash naf bermayotgan ko`p qon ketishida shoshilinch jarrohlik amaliyoti o`tkaziladi. Oshig`ich hollarda qon ketish manbaini

aniqlay olmasdan bemor axvoli og'ir paytida, ko'pincha majburan jarrohlik amaliyoti qilishga to'g'ri keladi. Shuning uchun bunday hollarda jarrohlik amaliyoti natijalari rejali jarrohlik amaliyotlariga qaraganda birmuncha yomon bo'ladi. Shu munosabat bilan o'pkadan qon ketishini diagnostika qilish va davolashga yondoshishda quyidagicha taktika tavsiya qilinadi. Hamma bemorlarni turli jarrohlik amaliyotlarni bajarishga ko'rsatmalariga ko'ra quyidagi 2 guruhga bo'lish mumkin:

1-guruh – o'pkasidan qon ketishi I-II darajali bemorlar, ularda davolashdiagnostik tadbirlar intensiv davolash fonida shoshilinch bronxoskopiyadan boshlanishi kerak. Shoshilinch bronxoskopiya asfiksiyaning oldini olish, traxeobronxial shoxni qunt bilan sanatsiya qilish, qon ketishini to'xtatish uchun bronxni vaqtincha obturatsiya qilishni o'z ichiga olgan qator chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Bemor ahvoli barqaror bo'lgandan keyin yaqin 6-12 soatda bronxial arteriografiyani o'z ichiga olgan rentgenologik tekshiruv o'tkaziladi, diagnoz aniqlanadi va zarur bo'lganda zararlangan tomonda bronxial arteriya embolizatsiyasi bajariladi. Bunday taktika ko'pchilik bemorlarda qon ketishini vaqtincha to'xtatish, qon ketishi tufayli yuz bergan gomeostaz buzilishlarni yo'qotish uchun vaqtni qo'ldan boy bermaslik, bemorni qunt bilan tekshirish, diagnozni aniqlash va ehtiyotlab jarrohlik amaliyotini o'tkazishga imkon beradi.

2-guruh – o'pkasidan qon ketishi III darajali bemorlar. Bunda bemorlar kasalxonaga keltirilganda konservativ tadbirlar kompleksidan tashqari ularda rentgenologik tekshirish bilan birga (rentgenoskopiya, ko'krak qafasini 2 proektsiyada rentgenografiya qilish) fibrobronxoskopiya qilish zarur. Fibrobronxoskopiya qattiq bronxoskopiyaga o'tish sharoitlarida o'tkazilishi lozim, chunki bunday bemorlarda tekshiruv jarayonida ko'p qon ketish ehtimolini istisno qilib bo'lmaydi. Olingan bronxoskopik rentgenologik ma'lumotlar ko'pchilik bemorlarda qon ketish manbaini aniqlash, diagnoz qo'yish, keyingi tekshiruv va davolash rejasini tuzishga imkon beradi. Jarrohlik amaliyoti o'tkazishga monelik qiladigan hollari bo'lgan bemorlarda qon oqishining takroran ro'y berishiga qarshi zararlangan tomonda bronxial arteriyani embolizatsiya qilish kerak.

Piopnevmotoraks

Abstsess plevra bo`shlig`iga yorilganda yoki infektsiya plevrage subplevral joylashgan yallig`langan o`choqdan yiring tarqalganda paydo bo`ladi.

Ko`pincha bronx-plevral oqma yaralar paydo bo`lishi bilan o`tadi, bu o`pkaning qisman yoki to`liq kollapsiga va plevral bo`shliqning doimo infektsiyalanib turishiga olib keladi. Ahvolning og`irligi intoksikatsiya, nafas etishmovchiligining keskin oshib borishi kabi holatlarga bog`liq bo`ladi.

Rentgenologik tekshiruvda plevra bo`shlig`ida, aksariyat hollarda sathi va gaz pufaklari bo`lgan suyuqlik borligi aniqlanadi.

Bemorlarda plevra bo`shlig`ini punktsiya qilib yiringni aspiratsiya qilish, so`ngra drenajlash lozim bo`ladi. Plevra bo`shlig`ini aktiv aspiratsiya va flora sezuvchanlikni hisobga olgan holda fermentlar (tripsin, ximotripsin) va antibiotiklar qo`shilgan antiseptik eritmalar (furatsilin, furagin) bilan lavaj qilinadi. Punktsiyada plevra bo`shlig`ida germetik holatning yo`qligi, yo`tal paydo bo`lishi, plevra bo`shlig`iga dori moddalari kiritilayotganda ta`m va hid sezgisi bilan yuzaga chiqadigan bronxial oqma yarada germetiklik yaratishga va o`pkaning yozilishiga imkon beradigan keltiruvchi bronxni vaqtinchalik bronxoskopik okklyuziyalash tavsiya etiladi.

Jarayon surunkali turga o`tganda, xaltacha hosil qilgan plevra empiyasi shakllanganda (bunga aksariyat bronxo-plevral oqma yara borligi imkon beradi), jarrohlik yo`li bilan davolash – plevroektomiya bilan o`pka dekortikatsiyasi o`tkaziladi.

O`pkada patologik o`zgarishlar bo`lganda qo`shma jarrohlik amaliyotlari – plevroektomiya bilan lobektomiya, pleuropulmonektomiya qilish kerak bo`ladi.

Plevra empiyasi

Plevra empiyasi (yiringli plevrit) – vistseral va parietal plevranning chegaralangan yoki diffuz yallig`lanishi holda kechib, plevral bo`shliqda yiring yig`ilishi va yiringli intoksikatsiya zamirida, aksariyat nafas etishmovchiligi belgilari bilan o`tadi. Ko`pchilik hollarda plevra

empiemasi o'pkadagi yallig'lanish va yallig'li destruktiv jarayonlar, shuningdek ko'krak a'zolaridagi jarohatlar va operativ aralashuvlarning asorati bo'lib hisoblanadi. Plevra empiemasining ko'zg'atuvchilari turli xil mikroorganizmlar bo'lishi mumkin.

Etiologiyasiga ko'ra spetsifik, nospetsifik va aralash empiema farq qilinadi. Klinik kechishi xarakteri bo'yicha o'tkir va surunkali bo'ladi. Jarayonning tarqalganligiga ko'ra tarqalgan va chegaralangan bo'ladi. Tutashish xarakteri bo'yicha bronxial oqma yarasiz, bronxial oqma yarali, pleural oqma yarali bo'lishi mumkin.

Plevra empiemasi hamisha o'tkir jarayon sifatida, plevrada dag'al va barqaror morfologik o'zgarishlar paydo bo'lganda boshlanadi, bunda qoldiq bo'shliq shakllanadi, u uzoq kechadi, vaqti-vaqti bilan qo'zib turadi. Plevra empiemasi surunkali kasallik sanaladi.

Klinik manzarasi. Plevraning o'tkir empiemasi uchun umumiy intoksikatsiya belgilari, gipertermiya, et junjikishi, ko'krakda og'riq, bronxial oqma yara bo'lganda nafas qisishi, yiringli balg'am ajraladigan yo'tallar xos bo'ladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri qatlamlarining rangparligi, ba'zan tsianoz qayd qilinadi.

Ko'krak qafasi tekshirilganda zararlangan tomonning nafas olishda orqada qolishi qayd etiladi. Plevra bo'shlig'idagi ekssudat yig'ilgan joy proektsiyasi ustida tovush titrashining sustlashgani yoki umuman yo'qligi, perkutor tekshiruvda to'mtoqlashgani, auskultativ tekshiruvda nafas olish shovqinining zaiflashgani yoki bo'lmasligi aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, qon formulasining chapga siljigani, EChT oshganligi qayd qilinadi.

Diagnostikada rentgenologik usullar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Aniq diagnostika uchun rentgenografiya kamida 2 ta proektsiyada bajarilishi lozim. Tarqalgan empiemada plevra bo'shlig'ida ekssudat borligi yuqori chegarasi yoysimon (qiyshiq) qorong'ulik ko'rinishida aniqlanadi.

Chegaralangan empiemalarda aniq konturli har xil shakldagi gomogen soya aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ida bronxial oqma yara bo'lganda suyuqlik sathi bo'lgan havo aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ini punktsiya qilish natijalariga asoslanib aniqlanadi. Tarqalgan empiemada punktsiya orqa-qo'ltiq chizig'i buylab VI-VII qovurg'alar orasida o'tkaziladi. Chegaralangan turida – eng to'mtoqlangan nuqtasida va rentgenologik aniqlanadigan qorong'u joyida olib boriladi.



27 – rasm. Plevra empiemasi. Rentgenografiya.

Plevra empiemasi diagnozi punktsion usul bilan tasdiqlangandan, ya'ni yiring olinganda plevra bo'shlig'i drenajlanadi. Drenajlash plevra bo'shlig'idan yiringli suyuqlikni doimiy chiqarish yoki uni doimo antiseptiklar bilan yuvish, antibiotiklar yuborish, vakuum moslamalar yordamida siyraklantirishga imkon beradi. Drenajlash uchun ko'pincha Byulau troakari yordamida torakotsentez qilishdan foydalaniladi. Mahalliy davolash bilan birga tamoyili jihatidan o'pkaning o'tkir yallig'lanish kasalliklaridagi davolashga o'xshash intensiv muolaja amalga oshiriladi.

Plevraning o'tkir empiemasi asta-sekin surunkali turga o'tadi. Bunday o'tishning asosiy belgilari tana haroratining normal yoki subfebril haroratgacha pasayishi, kayfiyatning yaxshilanishi, yiringli ajralmaning kamayishi va qoldiq pleural bo'shliq hajmining barqarorlashuvi hisoblanadi. Biroq bu ahvol soxta yaxshilanishdir, chunki yiringli jarayon davom etadi va avj olib boradi, organizmning infektsiyaga chidami kamayadi va arzimagan noqulay sharoitlarda (sovqotish, charchash, qo'shilib kelgan kasalliklar) u qo'ziydi.

Plevraning surunkali empiemasini diagnostika qilish qiyin emas. Rentgenologik tekshiruv usullari hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bo'shliqning joylashuvini va o'lchamlarini aniqlash uchun tomografiya,

fistulografiya qilinishi kerak bo'ladi. Bronxografiya bronxial shox holatini aniqlash, bronxial oqma yaralar tabiati va joylashgan joyini aniqlash imkoniyatini beradi.

Surunkali empiemani davolashda odatda jarrohlik usuli qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda bronxial oqma yara o'pka to'qimasi rezektsiyasi bilan uchraganda plevrektomiya bilan o'pka dekortikatsiyasi eng ma'qul usul hisoblanadi.

O'pka kistalari

O'pkaning kistalar bilan zararlanishlari kelib chiqishi va morfologik tuzilishiga ko'ra turli xil kasalliklar guruhini tashkil qiladi. Qisman yoki to'liq suyuqlik yoki havo bilan to'lgan yupqa devorli bo'shliq shakllanishi ular uchun umumiy belgi hisoblanadi.

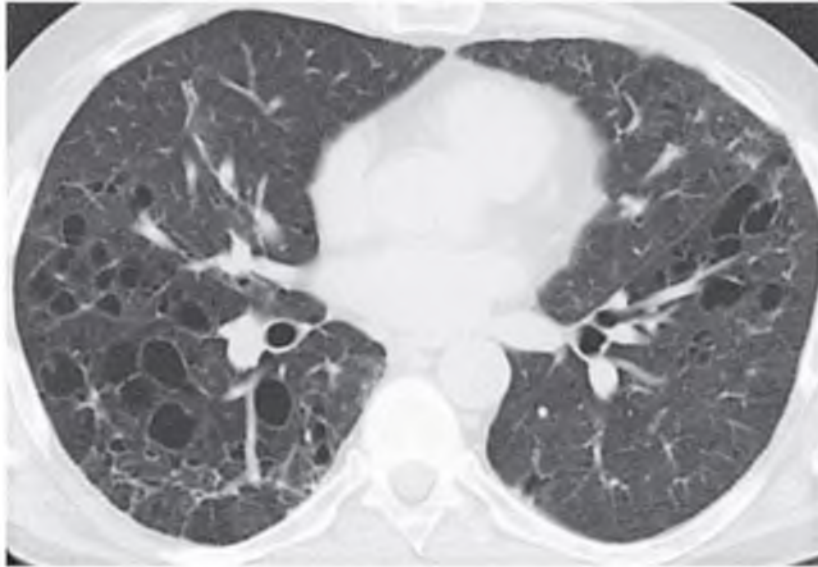
Kelib chiqishiga ko'ra kistalar tug'ma (haqiqiy) va orttirilgan (soxta) bo'lishi mumkin. Haqiqiy o'pka kistalari embrional va postnatal davrda o'pkaning shakllanish jarayonlari buzilishi natijasida vujudga keladi. Soxta kistalar ko'pchilik hollarda asosiy kasallikning yaxshi kechishi va tuzalishi (abstsess, exinokokk, sil kavernasi, o'pka ichi gematomasi) natijasida vujudga keladi. O'pkada o'choqli emfizema zaminida shakllanadigan havoli bo'shliqlarni haqiqiy va soxta kistalardan farq qilish lozim bo'ladi.

O'pka kistalarida klinik manzara ularda yallig'lanish jarayoni paydo bo'lgandagina yuzaga chiqadi. Bunda harorat ko'tarilishi, balg'am ko'chadigan yo'tal qayd qilinadi.

Diagnoz rentgenologik tekshiruv asosida qo'yiladi. Rentgenologik ikkita sindromlar guruhi – sharsimon va yumaloq tuzilmalar va yupqa devorli bo'shliqlar aniqlanadi.

Kista yiringlaganda rentgenologik manzara ko'p jihatdan o'tkir yoki surunkali o'pka abstsesslaridagi klinik manzarani eslatadi. Bronxografiyada kista bo'shlig'i kontrast bilan to'ldiriladi, ayni vaqtda o'rab turgan bronxial shox ham o'zgarmay qoladi.

Asoratlangan kistalarni davolashda jarrohlik usuli qo'llaniladi, u kistani olib tashlashdan yoki o'pka to'qimasi bir qismini rezektsiya qilishdan iborat. Radikal jarrohlik amaliyotga moneliklar bo'lganda o'pkaning yiringli kasalliklariga davo qilishning umumiy printsiplari bo'yicha konservativ davolash o'tkaziladi.



28 – rasm. Ikkala o`pka polikistozi.

O`pkaning parazitlar kasalliklari

O`pka exinokokki – mamlakatimizda eng ko`p tarqalgan parazitlar o`pka kasalligidir. Yurtimiz shu kasallikning endemik o`choqlaridan biri sanaladi. Gidatidoz va alveolyar exinokokkoz farq qilinadi. O`pka aksariyat gidatidoz jarayonga uchraydi.

Gidatidoz exinokokkoz – qo`zg`atuvchi – tasmaimon gijja *Echinococcus granulosus* bo`lib, hayvonlar, aksariyat itlar, bo`rilar ichagida parazitlik qiladi. Qo`ylar, yirik qoramol oraliq xo`jayini hisoblanadi. Asosan alimentar yo`l bilan yuqadi. O`pkada parazit lichinkalari diametri 14-20 sm ga etadigan kistalar shakliga ega bo`ladi. Kistalarning yupqa xitin pardasi bo`lib, uning atrofida zich fibroz parda rivojlanadi. Ular orasida yoriqsimon bo`shliq bo`ladi.

Uncha katta bo`lmagan kistalarda klinik belgilar bo`lmasligi mumkin. Kista o`sib atrofidagi a`zolari bosib qo`yganda klinik belgilar paydo bo`lishi mumkin. Exinokokk kistasi bronxga yorilganda qattiq yo`tal tutib, o`zida xitin parda uziq-yuluqlari va kichik palak otuvchi kistalarini tutgan ozroq miqdordagi suyuqlik ajralib chiqadi. Ko`pchilik hollarda bemorlarning ahvoli yomonlashadi, harorati ko`tariladi. Kista plevra bo`shlig`iga yorilganda keskin behollik, issiq suyuqlik quyilgandek bo`lishi, hushni yo`qotish, arterial qon bosimining tushib ketishi, sovuq ter paydo bo`ladi. Shoshilinch jarrohlik amaliyoti o`tkazilmasa, yiringli plevrit

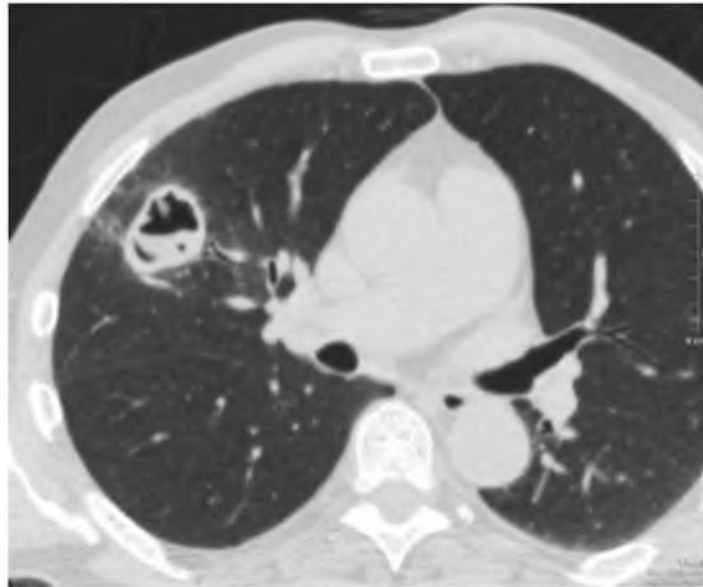
rivojlanadi. Exinokokk kistasi yiringlab ketganda tana harorati 38-39°S gacha ko'tarilib, ko'p vaqtgacha balandligicha qoladi. Yiringlagan kista yorilganda yo'tal bilan o'zida xitin pardasi qoldiqlari, skolekslar saqlagan yiringli suyuqlik ajraladi.

Diagnoz rentgenologik tekshiruv orqali aniqlanadi – o'pkada gomogen, konturlari aniq sharsimon tuzilmalar borligi shundan dalolat beradi. Qo'shni bronx yotoq yarasida exinokokkning xitin va fibroz pardasi orasiga, perikistoz yoriqqa havo tushganda rentgenogrammalarda cho'zinchoq o'roq shaklidagi va kista chetida joylashgan yorug' yo'l-yo'l gaz paydo bo'lishi qayd etiladi. Bronxografiyada bu bo'shliq kontrast modda bilan to'ladi (subkapsulyar kontrastlanish fenomeni).

Exinokokk bronxga yorilganda va yiringlaganda rentgenologik manzara o'pka abstsessidagi manzaraga o'xshash, ya'ni suyuqlik sathi konturlari aniq bo'shliq kurinadi. Laboratoriya ma'lumotlari: aksariyat eozinofiliya, yiringlanishda EChT oshishi, leykotsitoz qayd qilinadi. Diagnoz qo'yishga immunologik reaksiyalar (Katsoni, komplementni bog'lash, lateks-agglyutinatsiya) yordam beradi.



29 – rasm. O'ng o'pka pastki bo'lagi exinokokkozi (to'g'ri proektsiya).



30 – rasm. O`ng o`pka bronxga yorilgan exinokokkozi (KT).

Exinokokkoz jarrohlik usulida davolanadi: Vishnevskiy, Bobrov, Vaxidov usulidagi exinokokkektomiya, o`pkaning parazitlar kistasi bo`lgan qismini kesish. Xozirgi kunda endoskopik jarrohlik amaliyotlari rivojlangan tufayli, videotorakoskopik usulda exinokokkektomiya jarrohlik amaliyoti bajrilishi mumkin.

Ikki tomonlama jarayonda jarrohlik amaliyoti bosqichma-bosqich qilinadi. O`pkasida exinokokkozi bo`lgan bemorlarning qarib 50 foizida ayni vaqtda jigar ham zararlanishini eslatib o`tish lozim, davo taktikasi qo`llashda buni nazarda tutish lozim.

Alveolyar exinokokkoz – qo`zg`atuvchisi – Echinococcus multilocularis yovvoyi hayvonlar – bo`ri, tulki, qutb tulkisi ichagida parazitlik qiladi. Oraliq xo`jayini – olmaxon, suv qunduzi, nutriya. Hayvon terisini ishlash vaqtida, yuqumli manbalar suvidan ichilganda yuqadi. Avval jigarni zararlantiradi, undan o`pkaga o`sib kirishi mumkin. Xavfli o`sma kabi infiltrativ yo`l bilan tarqaladi. O`pkada kam uchraydigan parazitlar kasalliklardan paragonimoz, tsistitserkoz, toksoplazmoz, askaridoz, amyobiaz, bilgartsiozni (shistosomoz) eslatib o`tish mumkin.

Bronxlar va o`pkaning xavfsiz o`smalari

O`pkaning xavfsiz o`smalari gistologik tuzilishiga ko`ra turli-tuman. Ular o`pkadagi har qanday – epitelial (papilloma, adenoma), biriktiruvchi,

mushak to'qimadan (fibroma, mioma, nevrinoma), shuningdek o'pkaga xos bo'lmagan, embriogenez buzilishi natijasi bo'lmish abberant to'qimalardan (teratoma, gemartroxondroma) o'sib chiqishi mumkin.

Bronx ichidagi o'smalar (aksariyat adenomalar) bronx bo'shlig'ida o'sib qalinlashib, uning bo'shlig'ini toraytiradi, so'ngra batamom bekitib qo'yadi. Ko'p uchraydigan dastlabki belgilari uzoq vaqtgacha yo'talib yurish, asta-sekin kuchayib boradigan nafas siqishi, qon tuflash hisoblanadi. O'pka qismidagi gipoventilyatsiya sababli unda ko'pincha zotiljam rivojlanadi. Yiringli jarayon avj olishi yiringli balg'am paydo bo'lishiga olib keladi. Rentgenologik manzara gipoventilyatsiya uchastkalari yoki atelektazlarni aniqlashda yuzaga chiqadi. Tomogrammalarda bronx bo'shlig'ida o'sma soyasi ko'rinib turadi. Bronxografiyada bronx cho'ltog'i aniqlanadi. Bronxoskopiya diagnostika jihatdan eng ko'p ma'lumot beradi, bunda yuzasi silliq o'sma topiladi. Tajriba bronx ichida adenomasi bor ko'pchilik bemorlarda uzoq vaqtgacha to'g'ri diagnoz qo'yish qiyinligini ko'rsatmoqda. Yosh bolalarda simptomlar triadasi (yo'tal, asta-sekin oshib boradigan nafas siqishi, qon tuflash) bo'lganda vrach bronx ichida o'sma bormikan, deb taxmin qilishi va tegishli tekshiruv o'tkazishi lozim.

Davolash – jarrohlik usulida. O'smali bronx rezektsiya qilinadi. O'pkaning atelektaz bo'lgan qismida o'zgarishlar bo'lganda uni rezektsiya qilinadi.

Bronxdan tashqaridagi o'smalar odatda ko'p vaqtgacha sezilmay yuradi, ko'pincha ularni tasodifan yoki profilaktik rentgenologik tekshiruvda bexosdan aniqlanadi. O'sma kattalashgan sayin jarayonga bronxlar, vistseral plevra qo'shilgandan keyin ko'krakda og'riq, yo'tal, qon tuflash singari klinik belgilar paydo bo'ladi. Rentgenologik jihatdan bronxdan tashqaridagi xavfsiz o'smalarning semiotikasi qator umumiy o'xshash tomonlarga ega. Odatda bular yakka-yakka sharsimon, konturlari aniq gomogen tuzilmalardir.

Davolash – jarrohlik usulida. Jarrohlik amaliyoti o'smani o'pkaning juda kichik qismi bilan olib tashlashdan iborat. Ba'zan o'pka to'qimasini rezektsiya qilmasdan faqat o'smani olib tashlashni imkoniyati bo'ladi.

TUG'MA VA ORTTIRILGAN YURAK NUQSONLARI



Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Yuqori va pastki kovak venalar qonni yig'ib uni yurakning o'ng bo'lmachasiga tashiydi. Qon o'ng bo'lmachadan o'ng qorinchaga uch tavaqali klapan bilan ta'minlangan bo'lmacha-qorincha teshigi orqali tushadi. O'ng qorinchadan qon o'pka arteriyasi bo'ylab o'ng va chap o'pkalarga etadi. Ulardan arterial qon to'rtta vena orqali chap bo'lmachaga tushadi, keyin esa bo'lmachaqorinchaaro ikki tavaqali mitral klapan joylashgan teshik orqali chap qorinchaga tushadi. Keyin qon uchta yarimoysimon tavaqalardan tashkil topgan klapan bilan ta'minlangan aortal teshik orqali aortaga yo'naltiriladi. O'ng va chap bo'lmachalar bo'lmachalararo to'siq bilan bo'lingan, u o'z davomida qorinchalararo to'siqqa o'tadi.

Yurakning qon ta'minoti aortadan va Valsalva sinusi sohasidan chiqadigan ikkita toj arteriyasi tomonidan amalga oshiriladi. Yurak venalari toj sinusiga yoki bevosita o'ng bo'lmacha va qorinchaga quyiladi. Yurak mushagi strukturasi va faoliyati bo'yicha bir-biridan farq qiladigan ikkita element – qisqaruvchi miokard tolalari va o'tkazuvchi sistemadan tashkil topgan. Yurakning o'tkazuvchi sistemasi o'ng bo'lmacha devorida joylashgan sinus tugunidan (Keyt-Flak tuguni) iborat. Sinus tugunidan

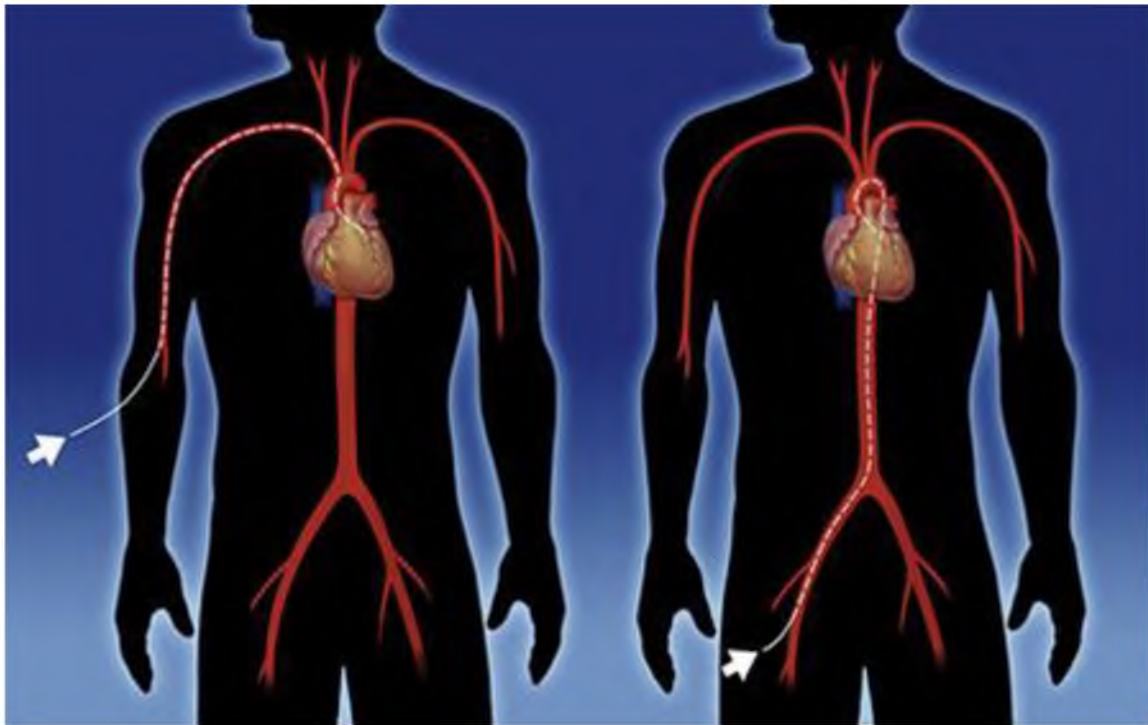
keladigan impulslar atrioventrikulyar tugunga tarqaladi, chap va o'ng oyoqchalarga bo'linadigan bo'lmacha-qorincha tutamlariga o'tadi.

Yurakning ish faoliyati davri (tsikli) qorinchalar sistolasi va diastolasi davriga bo'linib, ularning oxirida bo'lmachalar sistolasi sodir bo'ladi. Yurak qorinchalari tomonidan qon tomirlarga haydaladigan qon hajmi, yuza maydoniga bo'lingan minutlik qon hajmi – yurak indeksi deb ataladi. Katta odamda osoyishta holatda yurak indeksi 3,5-4 l ga ($\text{min} \cdot \text{m}^2$) teng, jismoniy ish bajarilayotganda esa, uning ko'rsatkichi 5-10 martaga ortadi. Chap qorincha va aortada normal bosim simob ustuni (Hg) hisobida 120 mm dan, o'ng qorincha va o'pka arteriyasida – 25 mm dan oshmaydi. Perikard esa, yurakni qoplab turgan berk seroz xalta hisoblanadi.

Maxsus tekshirish usullari. To'liq klinik diagnoz (tashxis) qo'yish, gemodinamika holatini aniqlash, yurak miokardi qisqarishi faoliyatini izdan chiqish (buzilish) darajasini aniqlash uchun, odatda quyidagi tekshiruv usullari qo'llaniladi:

I. Noinvaziv tekshiruv usullari: exokardiografiya, rentgenografiya, kompyuter tomografiya (KT), magnit-rezonansli tomografiya (MRT). Ultratovush tekshiruv yordamida (exokardiografiya) yurak to'sig'i, yurak klapanlari nuqsonlarini diagnostika qilish, miokard qisqarish funksiyasi buzilishlarini aniqlash, yurak ichi va markaziy gemodinamika xolatini aniqlash imkonini beradi. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi diagnostik usul sifatida keng qo'llaniladi, albatta bu tekshiruv 3 proektsiyada, qizilo'ngachni kontrastlagan holda bajarishili shart: to'g'ri, chap va o'ng qiyshiq pozitsiyalarda. KT va MRT yuqoridagi tekshiruv usullarini to'ldiradi.

II. Invaziv tekshiruv usullari: Yurak bo'shliqlarini Seldinger usulida kateterlar yordamida zondlash. Zond yuborishning uchta usuli farq qilinadi: venoz, arterial va yurakni igna orqali punktsiya qilish. Tekshirishda yurak bo'shliqlaridagi bosim o'lchanadi, qon gaz tarkibiga baho beriladi va ventrikulografiya bajariladi.



31 – rasm. Yurakning o`ng qismini (a) va chap qorinchani (b) zondlash.

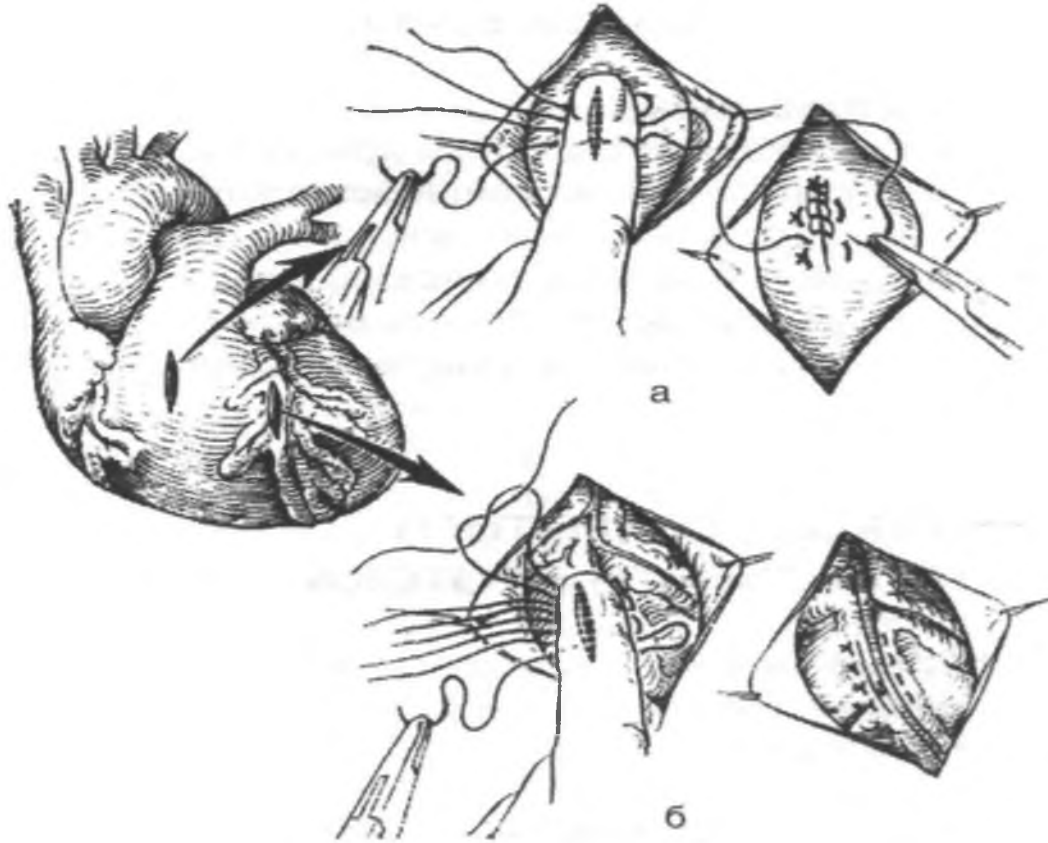
Selektiv koronarografiya – yurakning toj arteriyalariga kontrast modda yuborib, uning o`tkazuvchanligini aniqlash va baho berishga aytiladi.

Perikard va yurak shikastlanishlari

Jarrohlik amaliyotida perikard va yurak jarohatlari (shikastlari) ko`p uchraydi. Ular orasida sovuq (o`tkir) qurol zarbidan vujudga kelgan kesilgan yoki chopilgan jarohatlar ustunlik qiladi. Perikard va yurak yaralanishlari aksariyat, boshqa a`zolar, ko`proq esa o`pkaning shikastlanishi bilan birga uchraydi.

Klinikasi va diagnostikasi. Yurak yaralanganda, yumshoq to`qimalari jarohati ko`pincha quyidagi chegaralarda: yuqoridan – III qovurg`a, pastdan – qovurg`alar osti va to`sh osti sohasi, chapdan – o`rta qo`ltiq chizig`i, o`ngdan – parasternal chiziqda joylashgan bo`ladi. Bemorlar ko`rquv, xavotirlik hissi, bezovtalik, ko`krakda siqilish sezgisi, bosh aylanishi, behollik, havo etishmasligi va nafas olishning qiyinlashuvi sezgisi, bo`yinga, chap elkaga, qo`ltiq sohasiga o`tadigan og`riqdan shikoyat qiladi. Rangi-ro`yi oqaradi, sovuq ter bosadi, hushdan ketish va

shunga yaqin xolat yuzaga keladi. Ahvolning og'irligi faqat qon yo'qotishgagina emas, balki birinchi galda o'tkir yurak tamponadasiga (yurakning perikard bo'shlig'iga quyilgan qondan bosilishi) bog'lik bo'ladi.



32 – rasm. Yurak jarohatini tikish (sxematik tasvir).

O'tkir yurak tamponadasi

O'tkir yurak tamponadasi Bek triadasi bilan namoyon bo'ladi, arterial bosim keskin pasayib, ba'zan puls paradoksal bo'ladi. Markaziy venoz qon bosimi tez va birmuncha ortadi, rentgenoskopiyada yurak soyasi pulsatsiyasi aniqlanmaydi, auskultatsiyada yurak tonlarining keskin sustlashuvi namoyon bo'ladi. Rentgenogrammalarda yurak soyasi kengaygan, trapetsiya yoki shar shakliga o'xshaydi. Gemoperikard borligi EKG tishchalari voltaji pasayishiga olib keladi.

Davolash. Perikard punktsiyasi va undagi qonni aspiratsiya qilish, yurak tamponadasi rivojlanayotgan hollarda birinchi yordam ko'rsatishning ta'sirchan chorasi bo'lib, bemorni ixtisoslashgan davolash

muassasasiga transportda etkazish uchun zarur vaqtni yo`qotmaslik imkonini beradi. Yurak yaralangan degan tashxis qo`yilganda yoki unga shubha bo`lganda, yo`qotilgan qon o`rnini to`ldirish, gomeostaz buzilishlarini korrektsiya qilishni o`z ichiga olgan samarali reanimatsion tadbirlar o`tkazish bilan birga shoshilinch jarrohlik amaliyoti bajariladi. Bunda qovurg`alararo torakotomiya kesmasi qo`llanilib, perikard ochiladi, yurak jarohatini barmoq bilan bosib turib qon oqishi vaqtincha to`xtatiladi, hamda perikard bo`shlig`i qon ivindilaridan tozalanadi. So`ngra, yurak jarohatlari so`rilib ketmaydigan iplar bilan, II-simon choklar qo`yilib tikiladi. Perikardga esa, siyrak choklar qo`yilib, uning bo`shlig`iga kattaroq diametrlil (6-8 mm) drenaj naycha qo`yiladi. Mabodo amaliyot jarayonida yurak to`xtab qolsa, yurak bo`shlig`iga adrenalin yuborilib, to`g`ridan-to`g`ri massaj qilinadi. Qorinchalar fibrillyatsiyasida defibrillyatsiya amalga oshiriladi.

TUG`MA YURAK NUQSONLARI

Tug`ma yurak nuqsonlari, yurak embriogenezi jarayonlarining buzilishi yoki postnatal davrda normal shakllanish kechikishi oqibatida paydo bo`ladi. Ko`pchilik yurak nuqsonlarining asosiy belgisi – kichik va katta qon aylanish sistemasiga qonning aniq taqsimlanmasligidir. Bunga, odatda yurak to`siqlarida nuqson borligi sabab bo`ladi.

Tug`ma yurak nuqsonlari shartli ravishda uchta guruhga bo`linadi:

Birinchi guruh – venoz qonni arterial oqimga tushishi bilan bog`liq yurak ichida patologik tutashmalari bo`lgan nuqsonlar (o`ngdan chapga, birlamchi – ko`k): Fallo triadasi, tetradasi yoki pentadasi, uch tavaqali klapan atreziyasi, Eyzemenger sindromi, tomirlar transpozitsiyasi va b.

Ikkinchi guruh – arterial qonni venoz oqimga tushishi bilan bog`liq yurak ichida patologik tutashmalari bo`lgan nuqsonlar (chapdan o`ngga, birlamchi – oq): bo`lmachalararo to`siq nuqsoni, qorinchalararo to`siq nuqsoni, ochiq arterial yo`l va b.

Uchinchi guruh – qon aylanishining buzilishi. Ko`ks oralig`idagi magistral tomirlarning torayishi sababli kelib chiqqan nuqsonlar: o`pka arteriyasi stenozi, aortaning boshlanish qismi stenozi, aorta koarktatsiyasi.

Hozirgi paytda yurak tug`ma nuqsonlarining yuzdan ortiq turlari ma`lum bo`lib, ulardan asosiylari ustida to`xtalib o`tamiz.

Fallo tetradasi

Ushbu xastalik 1888 yilda frantsuz patologoanatomi Fallo tasvirlagan to'rtta doimiy belgilar bilan kuzatiladi:

1. O'pka arteriyasi torayishi.
2. Qorinchalararo to'siqning yuqori nuqsoni.
3. Aortaning o'ng tomonga surilishi.
4. O'ng qorincha gipertrofiyasi.

Fallo tetradasi

1. Qorinchalararo to'siq deffekti
2. O'pka arteriyasi stenozi
3. O'ng qorincha gipertrofiyasi
4. Aorta dekstrapozitsiyasi



33 – rasm. Fallo tetradasi.

Fallo tetradasida gemodinamikaning buzilishi o'pkaga qon tushishining kamayishi va venoz qonni o'ng qorinchadan aortaga o'tishidan iborat bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Kasallikning dastlabki alomatlari bola tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda uning qichqirishi va emishi vaqtida engil tsianoz ko'rinishida yuzaga chiqadi. Keyinchalik, tsianoz va nafas qisishi birmuncha yaqqol namoyon bo'ladi va 1-2 yoshga kelib doimiy tusga kirib, hatto bola tinch turganida ham yo'qolmaydi. Katta yoshdagi bemorlar nafas qisishi, tez charchash, bosh og'rig'i, jismoniy ishga layoqatsizlikdan noliydilar. Aksariyat bemorlar o'rindan turolmay yotadilar. Ahvol tobora yomonlashadi. Bemorlarning teri qoplamlari

ko`kimgtir tusga kiradi, barmoq bilan bosib ko`rilganda, shu joyda asta-sekin yo`qoladigan oqimgtir dog` qoladi. Ko`pincha bemor badanida, o`rta darajada kengaygan venalar ko`rinib turadi, ular ko`krak qafasi sohasida va bosh suyagi ustida ayniqsa yaqqol ko`zga tashlanadi. Tirnoq falangalari nog`ora tayoqchalari ko`rinishiga kiradi. Mushak sistemasi sust rivojlanadi.

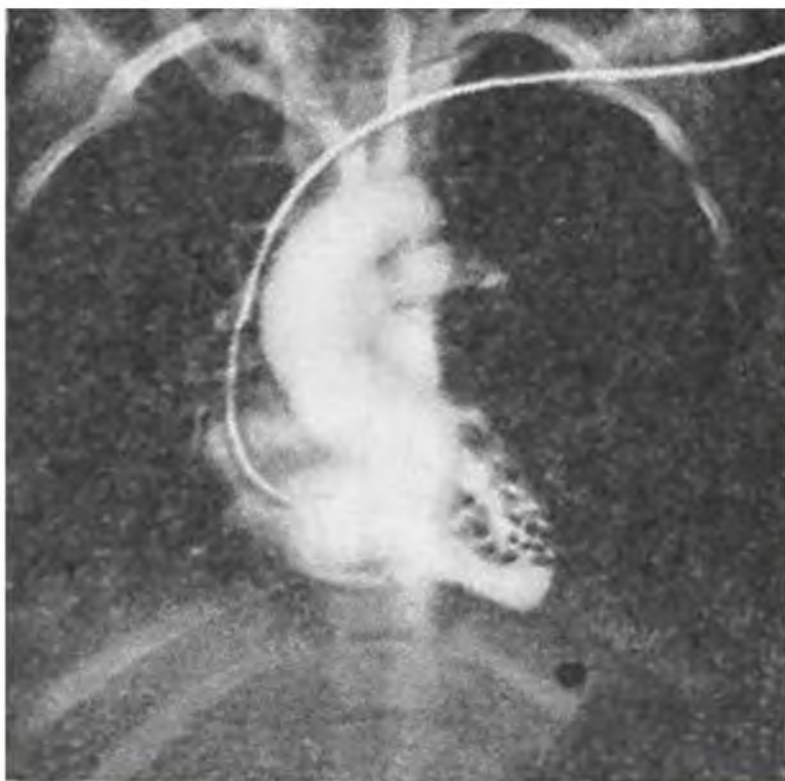
Ko`zdan kechirilganda aksari «yurak bukrisi» ko`rinadi. Auskultatsiyada yurak cho`qqisida I tonning qisqarganligi va o`pka arteriyasi II ton sustlashganligi aniqlanadi. II-III qovurg`alar orasida to`sh suyagining chap chekkasida sistolik shovqin eshitiladi. Qon analizlarida eritrotsitlar miqdori 6-10 12/l gacha va gemoglobin miqdori 130-150 g/l gacha ko`paygan.

Fonokardiogrammada o`pka arteriyasi ustida shovqin, nuqson sohasi ustida va qorinchalararo to`siqda shovqin qayd etiladi. Rentgenologik tekshiruvda quyidagilar aniqlanadi: yurak bir me`yorda kengaygan, yurak beli yaxshi bilinadi, cho`qqisi yuqoriga siljigan. O`pka arteriyasi sathidagi kontur yassi va ichiga botgan; aortaning yuqoriga ko`tariladigan qismi va ravog`i kengaygan; o`pkaning tasviri xiralashgan, ildizlari soyasi kamaygan bo`ladi. Yurakni zondlashda kateter bevosita o`ng qorinchadan aortaning yuqoriga ko`tariladigan qismiga o`tadi. O`ng qorinchaga kontrast yuborilganda ayni vaqtda o`pka arteriyasi va yuqoriga ko`tariladigan aorta to`ladi, o`pka arteriyasi stenozini aniqlanadi.

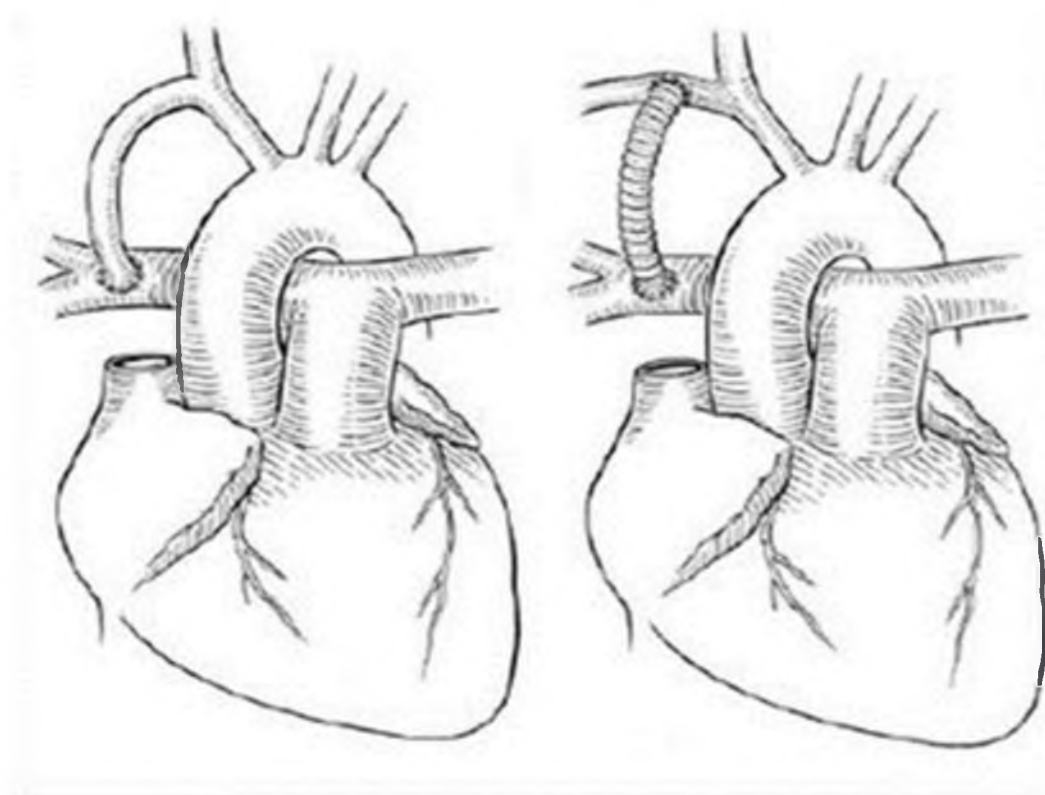
Davolash: faqat jarrohlik usuli qo`llaniladi. Fallo tetradasida jarrohlik amaliyotlari palliativ va radikal bo`lishi mumkin. Palliativ jarrohlik amaliyotlari aorta bilan o`pka arteriyasi o`rtasida tutashma (yo`l) xosil qilinib, kuchsiz arterilizatsiyalangan qonning aortadan o`pka arteriyasiga, toraygan qismini chetlab o`tib, tushishi ta`minlanadi.

Radikal jarrohlik amaliyotlari o`pka arteriyasi stenozini bartaraf etish, qorinchalararo to`siq nuqsoniga yamoq solishdan iborat bo`ladi. Shunday yamoq chiqish bo`limining ehtimol tutilgan torayishini bartaraf qilish maqsadida o`ng qorincha devori kesmasiga tikiladi. Eng ko`p tarqalgan amaliyotlarga Blelok-Tausig jarrohlik amaliyoti kiradi.

Bunda o`ng o`mrov osti arteriyasi va o`pka arteriyasini o`ng tarmog`i orasida anastomoz qo`yiladi. Odatda, radikal operatsiyadan oldin birinchi bosqichda palliativ usul qo`llaniladi.



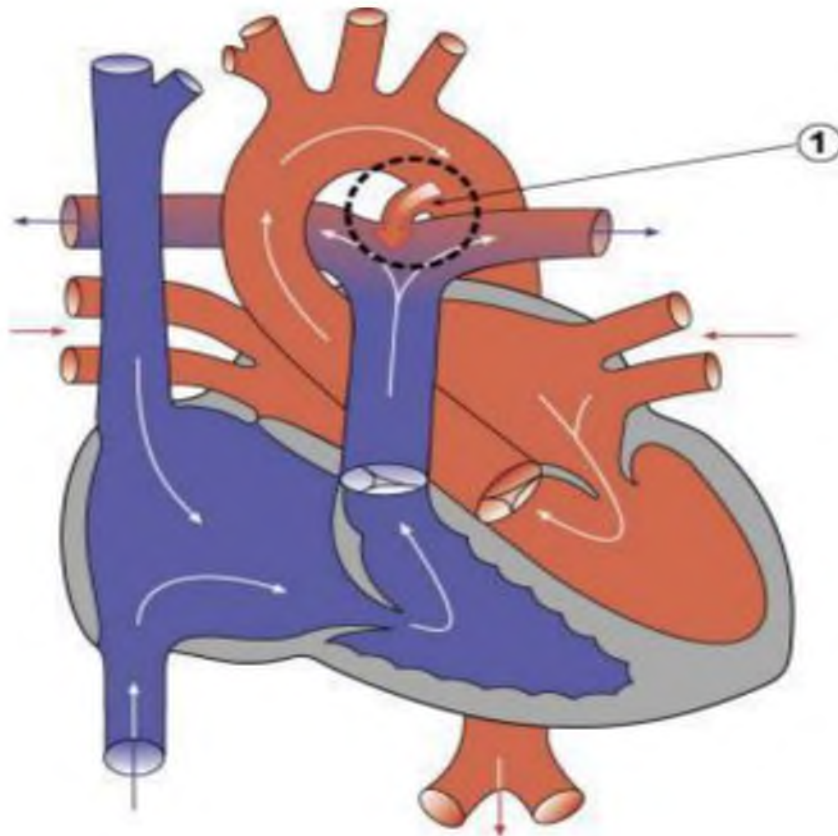
34 – rasm. Fallo tetradası (kontrast modda o'ng qorinchaga yuborilgan).



35 – rasm. O'mrov osti va o'pka arteriyasi anastomози (Blelok – Taussig amaliyoti).

Ochiq arterial yo`l

Ochiq arterial yo`l (боталлов проток) aortaning dastlabki bo`limini o`pka arteriyasi bilan biriktirib turadi. Embrional davrda ochiq arterial yo`l – normal fiziologik holat hisoblanib, odatda chaqaloq tug`ilganidan so`ng, tez orada bu yo`l obliteratsiyaga uchraydi. Bu jarayon buzilganda, u ochiqligicha qoladi va arterial qonni aortadan o`pka arteriyasiga o`tishi va shu munosabat bilan qator gemodinamik buzilishlar vujudga keladi. Katta qon aylanishi doirasidan kichik doiraga doimiy qonning o`tib turishi natijasida a`zolar va to`qimalarning qon bilan ta`minlanishi yomonlashadi, kichik qon aylanishi doirasida bosim ortadi, o`pka gipertenziyasi oshib borganda shovqin sistolik shovqinga aylanib, o`pka arteriyasi ustida juda yaxshi eshitiladi.



36 – rasm. Ochiq arterial yo`l.

Rentgenologik tekshirishda o`pka tasvirining quyuqlashuvi, o`pka arteriyasi va tarmoqlarining kengayishi qayd etiladi. Yurakni zondlashda o`pka arteriyasida bosimning ortishi, unda qonning kislorodga to`yinish darajasining yuqoriligi qayd qilinadi. Aortografiyada kontrast moddaning aortadan o`pka arteriyasiga tushishi aniqlanadi.

Davolash faqat jarrohlik usuli: ochiq arterial yo'lni bog'lash yoki bog'lab, so'ng uni kesishdan iborat.

Qorinchalararo to'siq nuqsoni

Qorinchalararo to'siqning bitmaganligi (nuqsoni) gemodinamikaning buzilishiga: arterial qonning chap qorinchadan o'ng qorinchaga, so'ngra kichik qon aylanish doirasiga o'tishi bilan ifodalanadi.



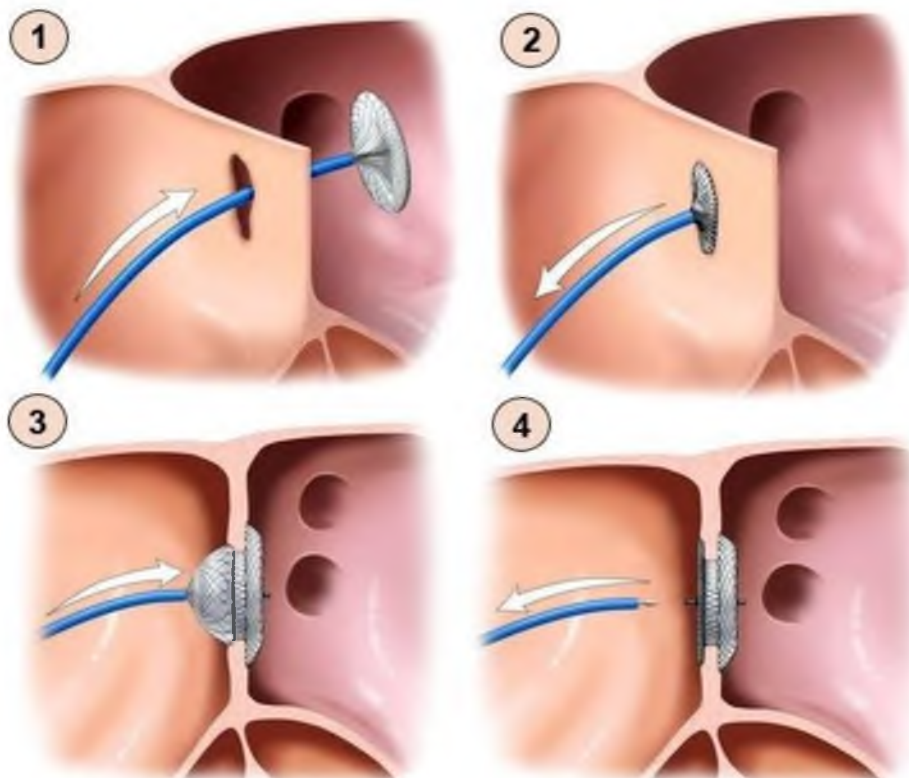
37 – rasm. Qorinchalararo to'siq nuqsoni.

Bu holatda, arteriovenoz shuntning borligi chap qorinchaning gipertrofiyasiga va o'pka gipertenziasining rivojlanishiga olib keladi. O'pkaning yuqori gipertenziasini venoz qonning katta qon aylanish doirasiga tushishiga, tsianoz paydo bo'lishiga va o'ng qorincha etishmovchiligi rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Klinikasi va diagnostikasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va bolalar hayotining dastlabki yillaridagi dekompensatsiya holatlari bilan og'ir kechadi. Kattaroq yoshdagi bolalarda simptomlar kamroq ifodalangan bo'lib, bemorda asosan nafas qisishi, tez charchash, yurak sohasidagi og'riq, yurak urishi kabi shikoyatlar bilan o'tadi.

Ob`ektiv tekshiruvda teri qoplamlarining rangparligi, bolaning o`shish va rivojlanishda tengdoshlaridan orqada qolishi qayd qilinadi. Yurak chegaralari o`ngga kattalashgan bo`lib, auskultatsiyada to`sh suyagining chap chekkasi bo`ylab kuchli sistolik shovqin, III-IV qovurg`alar orasida esa uning jarangliroq eshitilishi aniqlanadi. EKGda qorinchalar gipertrofiyasi qayd etiladi.

Rentgenologik tekshiruvda o`ng qorinchaning kattalashganligi, o`pka arteriyasi va uning tarmoqlarining kengayganligi, chap bo`lmacha va qorinchaning birmuncha kattalashganligi aniqlanadi. Yurak bo`shliqlari zondlanganda o`ng qorinchada qonning kislorodga to`yinish darajasining ortishi qayd qilinadi, kateter o`ng qorinchadan chap qorinchaga bimalol o`tishi mumkin. Kateter chap qorinchaga kiritilganda kontrast modda o`ng qorinchaga va o`pka arteriyasiga tushadi.



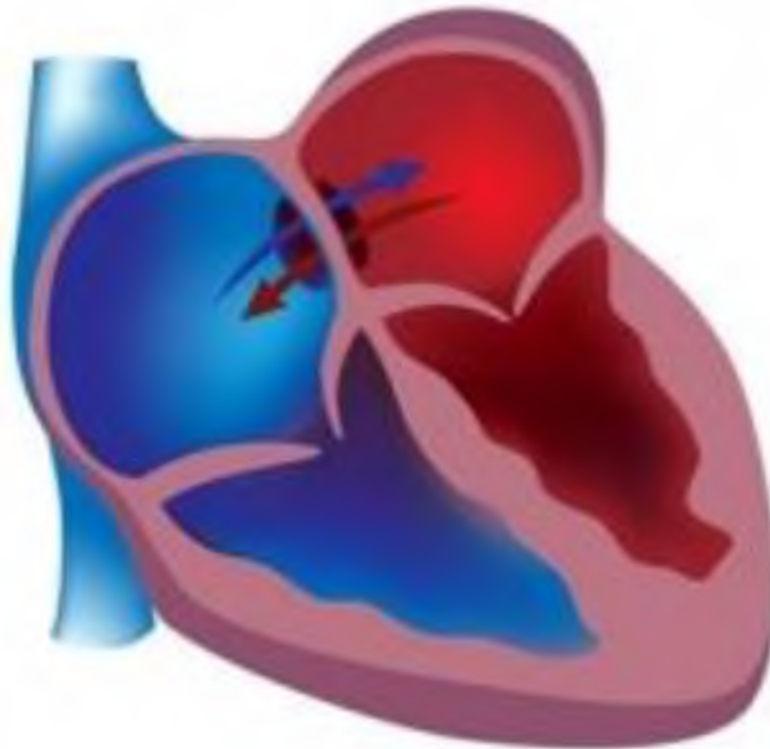
38 – rasm. Devor nuqsonlarini yopish uchun kateterli sistema – okklyuderdan foydalanish bosqichlari.

Davolash – faqat jarrohlik usuli. Qorinchalararo to`siqlardagi kichik nuqsonlarga II-simon choklar qo`yib uni bartaraf etishdan iborat. Katta nuqsonlarda u teshikni sintetik mahsulotdan tayyorlangan yamoq bilan bekitish yo`li bilan bartaraf etiladi. Rentgenendovaskulyar jarrohlikni

rivojlanishi bilan, davo usullarining yangi turlari ishlab chiqildi. Bunda, nuqsonni kateter va maxsus moslama (okklyuder) yordamida yopish usuli taklif qilinmoqda.

Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni

Yurakning tug'ma nuqsoni bo'lib, bunda o'ng bo'lmacha va chap bo'lmacha to'sig'ida teshik bo'lib, shu teshik orqali tutashgan bo'ladi. Bunda gemodinamikaning buzilishi arterial qonning chap bo'lmachadan o'ng bo'lmachaga o'tishi bilan bog'liq bo'ladi. Bu holatda, arterial qonning talaygina qismi normal qon oqimida qatnasha olmaydigan bo'lib qoladi. Arterial qon oqib kelishi natijasida o'ng bo'lmachada, o'ng qorinchada va o'pka arteriyasida bosim ko'tariladi (gipertenziya), bu esa o'z navbatida o'ng bo'lmachaning kengayishiga, o'ng qorincha gipertrofiyasiga, o'pka arteriyasining “bo'rtib chiqishi”ga olib keladi.



39 – rasm. Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni.

O'pka tomirlaridagi gipertenziya o'pkada qon aeratsiyasi darajasini pasayishiga olib keladi. Bu holatning avj olishi, o'pka fibrozini keltirib chiqaradi. Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni ko'pincha mitral klapan va o'pka tomirlaridagi o'zgarishlar bilan asoratlanadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Ushbu xastaligi bor bolalarda, ko`pincha jismoniy o`sb etilmaganlik qayd qilinadi. Asosiy shikoyatlar: nafas qisishi, yurak urishi xurujlari, odatdagi jismoniy xarakatda tez charchab qolishdan iborat. Bemorlar nafas yo`llarining yallig`lanish kasalliklariga oson beriluvchan bo`lib qoladilar.

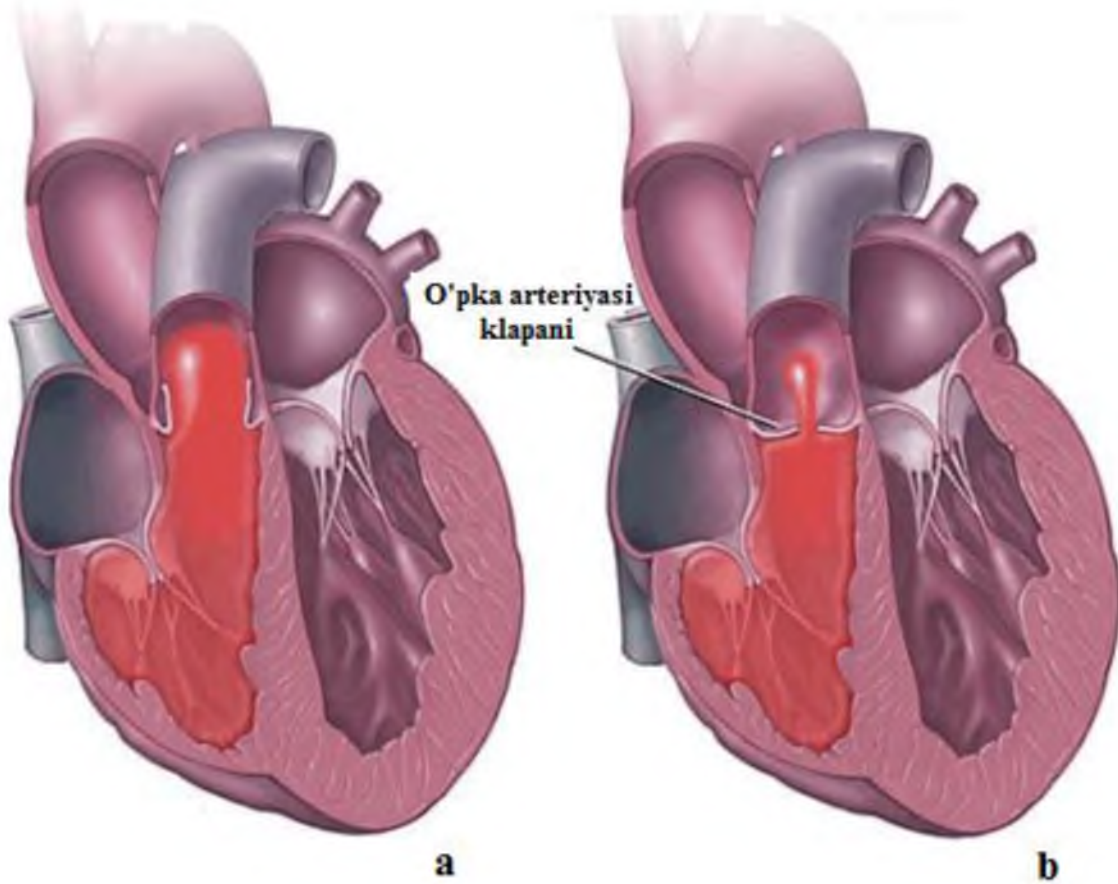
Ob`ektiv tekshirishda teri qoplamlari va shilliq pardalarning rangparligi, cho`qqi turtkisining kuchayishi, yurak “bukriligi” borligi qayd qilinadi. Auskultatsiyada to`sh suyagidan chaproqda, II qovurg`alar orasida o`pka arteriyasi ustida sistolik shovqin eshitiladi.

Rentgenologik tekshiruvda yurak o`ng qorinchasi va bo`lmachasi, shuningdek o`pka arteriyasi va uning tarmoqlarida kengaymalar ko`rinib turadi. Exokardiografik skanerlash – yurak o`lchamlaridagi o`zgarishlarni, yurak bo`lmachalararo to`siqning paradoksal harakatini ko`rsatib beradi. Yurak zondlanganda bosimning oshganligi, yurakning o`ng bo`limlarida va o`pka arteriyasida qonning kislorodga to`yinganligi qayd etiladi. Kateter nuqson orqali o`ng bo`lmachadan chap bo`lmachaga o`tishi mumkin.

Davolash – faqat jarrohlik usulda. Tug`ma nuqsonlarni 4-8 yoshda bartaraf etgan ma`qulroq. Operatsiya sun`iy qon aylanish yoki sun`iy gipotermiya sharoitlarida bajariladi. Kichikroq nuqsonlar tikib quyiladi, 1-2 sm dan ortiq nuqsonlarda sintetik yamoq solinadi.

O`pka arteriyasining torayishi

O`pka arteriyasining alohida torayishi – oqish (asianotik) turdagi nuqsonlarga kiradi. O`pka arteriyasi boshlanish joyining stenozi o`ng qorinchadan kichik qon aylanish doirasiga qon oqib kelishiga to`sqinlik vujudga keltiradi. Boshlang`ich davrda o`ng qorincha gipertrofiyasi yuz berib, keyinchalik o`ng qorincha etishmovchiligiga aylanadi. Ikkilamchi gipertrofiya va bo`lmacha kengayishi tufayli trikuspidal klanning nisbiy etishmovchiligi paydo bo`ladi.



40 – rasm. O'pka arteriyasi klapani a) normada va b) stenozidagi holati.

Klinikasi va diagnostikasi. Asosiy shikoyatlar: nafas qisishi (jismoniy xarakat vaqtida kuchayadi), yurakning tez-tez urishi, tez charchash, bolaning rivojlanishdan orqada qolishi. Ko'zdan kechirishda yurak “bukriligi”, to'shning chap chekkasida II qovurg'alar orasi paypaslab ko'rilganda sistolik titrash aniqlanadi. Perkutor tekshiruvda yurak o'lchamlarining o'ngga kattalashgani aniqlanadi. Auskultatsiyada – to'shning chap chekkasi bo'ylab II qovurg'alar orasida maksimal jaranglaydigan dag'al sistolik shovqin eshitiladi. EKG da o'ng qorincha gipertrofiyasi belgilari ko'rinadi. Rentgenologik manzara o'ng qorincha gipertrofiyasi, o'pka arteriyasining klapanlardan yuqori ko'tarilishi, o'pka arteriyasi periferik tarmoqlari bo'shlig'ining torayishi bilan ta'riflanadi. Yurak zondlanganda o'ng qorinchada bosimning oshishi kuzatiladi. O'pka arteriyasida bosim normal yoki bir oz pasaygani holda, u simob ustuni hisobida – 300 mm ga etishi mumkin.

Davolash – faqat jarrohlik usuli. Qon aylanishi to`xtatib quyilgan sharoitda stenozni bartaraf etish jarrohlik amaliyotlari o`tkaziladi.

Tug`ma aorta «og`zi» stenoz

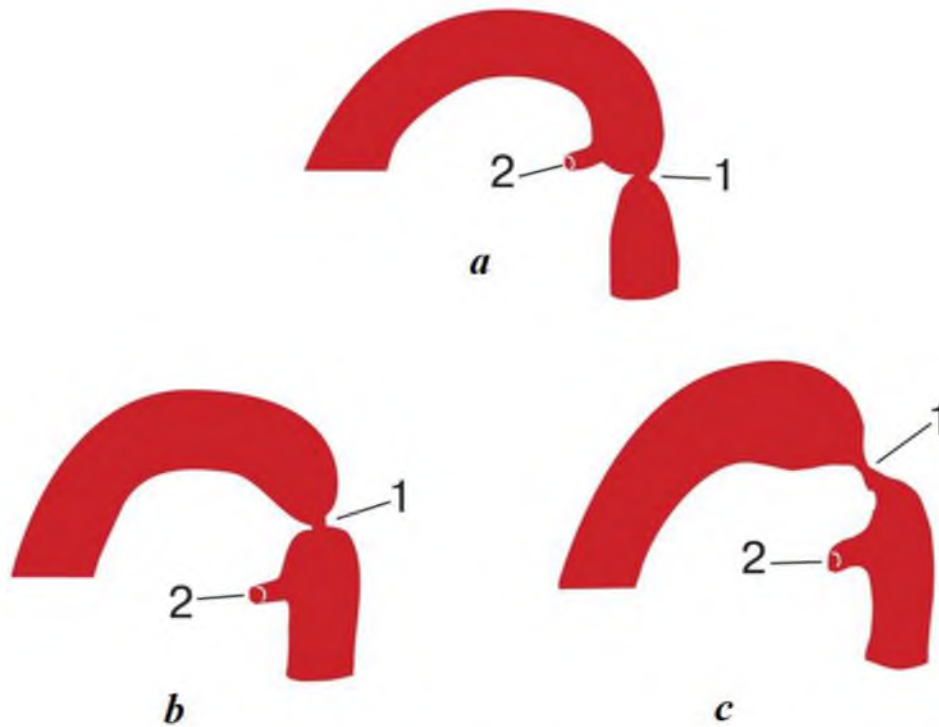
Klapan, klapan osti va klapan usti stenozlari tafovut qilinadi. Aorta «og`zi» stenoz qonni chap qorinchadan katta qon aylanish doirasiga o`tishiga to`squinlik qilib, uning ortiqcha ishlashiga, gipertrofiyaga uchrashiga, keyin esa dilatatsiyasiga va chap qorincha etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Gemodinamikadagi buzilishlar birinchi navbatda koronar va tserebral qon aylanishi buzilishida namoyon bo`ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Nafas qisishi, tezda charchab qolish, yurak astmasi xurujlari, stenokardiyaga xos og`riqlar, bosh aylanishi, hushdan ketish kuzatiladi. Ob`ektiv tekshirishda chuqqi turtkisining kuchayishi va chapga siljishi, aorta proektsiyasida dag`al sistolik titrash aniqlanadi. O`ng tomonda II kovurg`alar orasida bo`yin tomirlariga o`tadigan sistolik shovqin eshitiladi. Puls to`liqligi va tarangligi kuchsiz. Sistolik bosim pasaygan. EKG da levogramma, miokard ishemiyasi belgilari. Rentgenologik tekshirish yurakning gipertrofiyasi va kattalashgan chap qorinchi bilan tipik aortal konfiguratsiyasini aniqlaydi. Angiokardiografiya torayish joyi va o`lchamlarini aniq belgilash, chap qorincha bilan aorta o`rtasidagi bosim gradientini aniqlashga imkon beradi.

Davolash – faqat jarrohlik usuli, simob ustuni hisobida 30 mm dan oshadigan bosim gradientida bajariladi. Operatsiya sun`iy qon aylanish yoki gipotermiya sharoitlarida stenozni bartaraf etishdan iborat.

Aorta koarktatsiyasi

Aorta koarktatsiyasi – aorta bo`shlig`ining chegaralangan tug`ma torayganligi. Torayish ko`pincha chap o`mrov osti arteriyasi chiqadigan joydan pastroqda, aorta ravog`ining pastga tushadigan ko`krak aortasiga o`tadigan joyida joylashadi. Aortada toraygan joydan yuqorida qon bosimi oshadi, chap qorincha gipertrofiyaga uchrab, keyin dekompensatsiya xolati paydo bo`ladi. Bosh miya qon tomirlari havzasida gipertenziya, tserebral buzilishlar sifatida namoyon bo`ladi. Arterial sistemada bosim koarktatsiyadan pastda birmuncha pasaygan bo`ladi.

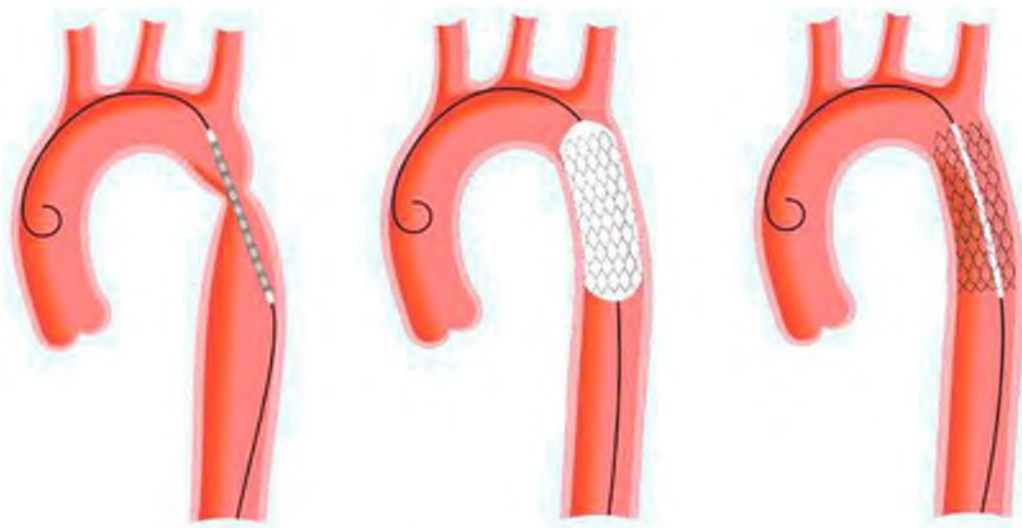


41 – rasm. Aorta koarktasiyasi turlari. a) postduktal, b) preduktal, c) preduktal katta hajmda. 1 – koarktasiya joyi, 2 – Ochiq arterial yo'l.

Klinikasi va diagnostikasi. Bemorlar bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurganda oyoqlarining tez og'rib qolishi, ko'zning xiralashishi, oyoqlar paresteziyasi va sovqotishidan shikoyat qiladilar. Oyoq arteriya qon tomirlarida puls bo'lmaydi. Qo'l arteriyalarida arterial bosim oshgan, oyoq arteriyalarida

90 esa aniqlanmaydi yoki birmuncha pasaygan. Bemor ko'zdan kechirilganda qovurg'alararo arteriyalar pulsatsiyasi, ularning ustida koarktatsiya joyi sohasida sistolik shovqinni aniqlash mumkin. Rentgenogrammalarda chap qorincha konturlarining kengayganligi qayd qilinadi, birinchi va ikkinchi ravoqlar konturlari 3 raqamini eslatadi. Angiokardiografiya – aorta toraygan joyini, shaklini, o'lchami va darajasini aniqlash imkonini beradi.

Davolash – faqat jarrohlik usuli. Zamonaviy miniinvaziv amaliyotlar orasida aorta koarktasiyasining toraygan qismiga stent qo'yish ko'plab bajarilmoqda.



41 – rasm. Aortaning toraygan sohasiga stent qo'yish.

Jarrohlik amaliyotlari aortaning toraygan qismini rezektsiya qilish va «uchma-uch» anastomoz qo'yishdan iborat. Uzaygan torayish bo'lgan hollarda aortaning rezektsiya qilingan qismi sintetik protez bilan almashtiriladi.

Orttirilgan yurak nuqsonlari

Revmatizm – orttirilgan yurak nuqsonlari shakllanishiga sabab bo'ladigan asosiy kasallikdir. Shu bilan birga septik endokardit, miokard infarkti, ko'krak qafasi jarohatlari uning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Revmatizmدا biriktiruvchi to'qima zararlanishi oqibatida turli klapanlarning qopqoqlari bir-biriga yopishib ketadi, bu stenozga yoki chetlarining yupqalashishi va deformatsiyasiga, kaltsiy tuzlari yig'ilishi natijasida klapan etishmovchiligiga olib keladi.

Aksariyat kombinatsiyalangan nuqson, ya'ni klapan etishmovchiligi bilan birga uning stenozlanishi vujudga keladi.

Mitral klapan stenoz

Mitral teshikning torayishi, qonni chap bo'lmachadan haydash uchun to'siq bo'lib hisoblanadi. Buning hisobiga, chap bo'lmachada bosim ortadi, bu o'pka tomirlarida va o'ng qorinchada bosimning oshishiga olib keladi. O'ng qorinchaga talaygina og'irlik tushishi uch tavaqali klapaning nisbiy

etishmovchiligiga, katta qon aylanishi venoz qismida qonning dimlanishiga, jigar shishiga va boshqa turdagi shishlarning rivojlanishiga olib keladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Mitral stenoz rivojlanishining boshlang'ich ilk davrida, uning to'liq kompensatsiyasida odatda shikoyatlar bo'lmaydi. Jarayon avj olib borganida: nafas qisishi, behollik, tez charchab qolish, yurak astmasi xurujlari, taxikardiya, yurak sohasida og'riq, bosh aylanishi, xushdan ketish yuzaga keladi. Qon tuflash mitral stenozga xos belgilardan biri hisoblanadi. Ko'zdan kechirishda bemorning rangpar yuzida o'ziga xos qizillik, burun uchi, lablarda, quloq suprasida, qo'l barmoqlaridagi tsianoz o'ziga diqqatni tortadi. Yurak cho'qqisi sohasida ko'krak qafasining diastolik titrashi aniqlanadi. Auskultatsiyada diastolik shovqin, birinchi va ikkinchi tonda o'zgarishlar seziladi, bu uch ohang «bedana ritmi» ohangini vujudga keltiradi. EKGda odatda, yurak o'qi o'ngga siljigan bo'ladi.

Fonokardiografiya baland I tonni, yurak cho'qqisi ustida diastolik shovqinni, o'pka arteriyasida II ton aktsentini, mitral “chertki” ni qayd qiladi. Rentgenogrammalarda yurak “beli” ning tekislanganligi, chap bo'lmacha va o'ng qorinchaning ko'ndalangiga kattalashgani, o'pka arteriyasining bo'rtib chiqqanligi ko'rinadi. Yurakni zondlashda torayish darajasi aniqlanadi.

Davolash. Davo usulini tanlash bemor ahvolining og'ir-engilligiga, gemodinamikaning buzilishi darajasiga, revmatik jarayonning kechish bosqichiga bog'liq. Revmatik jarayon sust kechayotganda uni statsionarda va davomli antirevmatik davolash yordamida bartaraf etishning iloji bo'lmaganda jarrohlik amaliyotini bajarishga to'g'ri keladi. Bemor ahvolining og'ir-engilligiga ko'ra yurak nuqsonlarining besh bosqichi farq qilinadi:

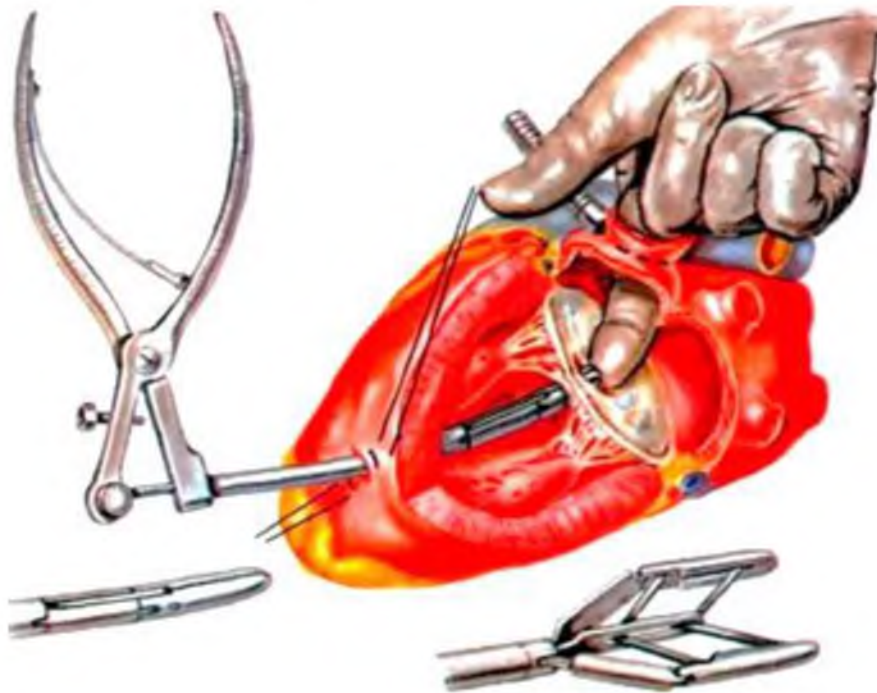
I bosqich – simptomlarsiz, jarrohlik amaliyoti bajarilmaydi.

II bosqich – buzilishlar jismoniy harakatda paydo bo'ladi. Jarrohlik amaliyoti jarayon avj olishini to'xtatadi va yaxshi natijalar beradi.

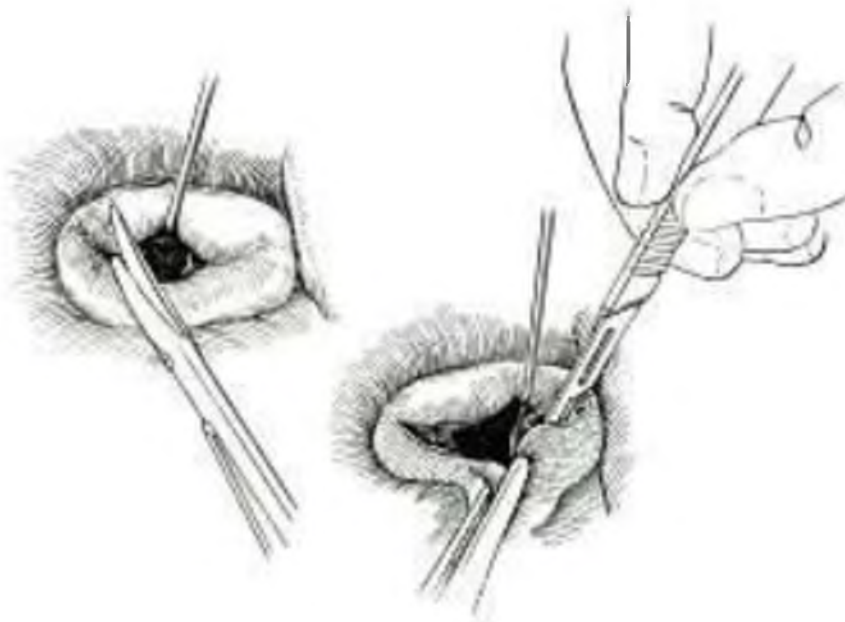
III bosqich – buzilishlar tinch turganda ham yuzaga keladi, odatdagi harakatda orta boradi. Jarrohlik amaliyotini bajarish uchun qulay fursat o'tgan, biroq uni qilish zarur bo'ladi.

O`quv qo`llanma

IV bosqich – parenximatoz a`zolarida va yurakda degenerativ o`zgarishlar bo`ladi. Jarrohlik amaliyotini bajarish muammoga aylanadi. Tavaqalarda ro`y-rost fibrinoz o`zgarishlar bo`lmaganda va mitral klapan kaltsinozida yopiq komissurotomiya, asoratlangan hollarda klapani protezlash bajariladi.



42 - rasm. Barmoq bilan komissurotomiya.



43 - rasm. Mitral stenoz. Mitral tabaqani kesish.

Mitral klapan etishmovchiligi

Mitral klapan tavaqalarining noto'liq yopilishi sistola vaqtida qonning qorinchadan bo'lmachaga qayta oqib kelishiga sabab bo'ladi. Chap qorincha katta miqdordagi qonni doimo itarib turishga majbur bo'ladi. Uning vazifasi ortadi, unda gipertrofiya va dilatatsiya rivojlanadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Nuqsonning bu turida kompensatsiyasida bemorlar o'zlarini qoniqarli his kiladilar, lablarda tsianoz kuzatilishi mumkin. Chap qorinchaning qisqarish xususiyati pasayib ketganda nafas qisishi, yurak urishidan shikoyatlar bo'ladi. Keyinchalik yurak astmasi xurujlari qo'shilishi mumkin. Ko'zdan kechirishda yurak turtkisi 3-4 sm gacha oshgan, chapga siljigan. Auskultatsiyada sistolik shovqin, o'pka arteriyasi ustida II ton aktsenti qayd qilinadi. Qizilo'ngachni kontrastlab rentgenologik tekshirishda chap qorincha va bo'lmachaning kattalashuvi aniqlanadi. Rentgenokontrast tekshirish chap qorinchadan bo'lmagan qon regurgitatsiyasi hajmini, mitral teshik maydonini, yurak bo'shliqlari va o'pka arteriyasidagi bosimni aniqlashga imkon beradi.

Davolash mitral stenoz bosqichidagi kabi. Kasallikning rivojlanish bosqichi va mitral etishmovchilik darajasi aniqlanadi. Kasallikning I bosqichidagi bemorlarga jarrohlik amaliyoti bajarilmaydi. Jarrohlik amaliyoti II va III bosqichlarda o'tkaziladi. IV bosqichda bemorlar jarrohlik amaliyotini ko'tara olmaydilar, V bosqichda jarrohlik amaliyoti bajarish mumkin emas. Mitral etishmovchilikning asoratlanmagan turlarida klapanda rekonstruktiv amaliyotlar bajariladi. Kaltsinoz va fibroz bo'lganda klapan protez bilan almashtirilishi kerak.

Aortal yurak nuqsonlari

Aortal klapan stenoz, etishmovchiligi, qo'shma zararlanishlari farq qilinadi. Bemorlar nafas siqishi, stenokardiyaga hos og'riq, yurak urishi, uning goh urib, goh to'xtab qolgandek bo'lishi, bosh aylanishi, hushdan ketib turishdan shikoyat qiladilar.

Ko'zdan kechirilganda pastga va chapga siljigan yurakning yuqoriga ko'tarilib turadigan cho'qqi turtkisi aniqlanadi. Aortal klapan etishmovchiligida hamma arteriyalar pulsatsiyasi kuchayishi, diastolik

bosimning keskin pasaygani holda sistolik bosimning oshishi qayd qilinadi. Aortal stenozda aortal klapan proektsiyasida dag'al sistolik shovqin eshitiladi. Klapan etishmovchiligida II tondan keyin birdaniga keladigan diastolik shovqin eshitiladi. Rentgenologik jihatdan yurak o'lchamlarining chap qorincha, yuqoriga ko'tariladigan aorta va uning ravog'i hisobiga kattalashuvi aniqlanadi. Yurak "beli" yaxshi ifodalangan. Yurak bo'shliqlarini kateterizatsiya qilish stenoz yoki klapan etishmovchiligi darajasini aniqlash imkonini beradi.

Davolash. Kasallikning II va III bosqichidagi bemorlar jarrohlik usulida davo qilinishlari kerak. Alohida stenozda jarrohlik amaliyoti chap qorinchada va aortada bosim gradienti 30 mm dan oshganda qilinishi kerak. Klapanidagi kuchsiz o'zgarishlarda klapan saqlab qolinadigan jarrohlik amaliyotlarini bajarish lozim. Qopqoqlar kuchli o'zgarishga uchraganda – aortal klapan protezlanadi.

Perikarditlar

Perikardit – perikardning vistseral va parietal varaqlarini yallig'lanishidir. Birlamchi perikarditlar va ko'krak qafasi a'zolari kasalliklarining oqibati sifatida paydo bo'ladigan ikkilamchi perikarditlar farqlanadi. Perikarditlar klinik kechishi bo'yicha o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi.

O'tkir perikardit. A'zolarining og'ir yallig'lanishi kasalliklarida yoki sepsisda paydo bo'ladigan ikkilamchi perikarditlar ko'proq uchratiladi. Ba'zida esa, o'tkir perikarditga jarohatlar, revmatizm, sil kasalliklari sababchi bo'ladi. Fibrinoz (quruq) perikardit perikardning vistseral va parietal varaqlarida fibrin tolalarining yig'ilishi bilan ta'riflanadi.

Kasallikning asosiy belgilari – yurak sohasidagi sanchiydigan va keskin og'riqlar bo'lib, ular chuqur nafas olganda va yo'talda kuchayadi, taxikardiya, nafas olishning tezlashuvi, tana haroratining qisqa fursatga ko'tarilishi hisoblanadi. Auskultatsiyada dag'al xususiyatga ega bo'lgan perikard ishqalanishi shovqini aniqlanadi, u yurak qisqarishlari bilan sinxron ravishda eshitiladi, oldinga engashilganda kuchayib, nafasni tutib turilganda yo'qolmaydi.

EKGda miokard subendokardial qavatida qon aylanishi buzilganidan dalolat beradigan o'zgarishlar qayd qilinadi.

Seroz perikardit. Perikard bo'shlig'ida yallig'lanish xarakteridagi seroz yoki seroz-fibrinoz suyuqlik yig'ilishidir. Asosiy simptomlari: to'sh orqasida kuchli og'riqlar, ular orqaga va elka ustiga o'tadi, nafas siqiladi. Atrofdagi a'zolarining perikardial ekssudatdan siqilishi sababli yutish qiyinlashadi, hiqichoq tutadi, ovoz bo'g'iladi. Tekshirib ko'rilganda cho'qqi turtkisi zaiflashgan, yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari bo'g'iq eshitiladi. Rentgenologik tekshirishda yurak soyasining kengayganligi, pulsatsiya pasayganligi qayd etiladi. EKGda asosiy tishchalarning pasayishi aniqlanadi. Perikard bo'shlig'ida ekssudat tez yig'ilganda yurak tamponadasi rivojlanishi mumkin, u oshib boradigan taxikardiya, arterial bosimning pasayishi, tsianoz, o'pka shishi rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Yiringli perikardit. Perikardda yiringli suyuqlik yig'ilishi bilan ta'riflanadi. Klinik manzarasi seroz perikarditdagi singari, biroq kasallik birmuncha og'irroq kechadi. Intoksikatsiya simptomlari – gektik harorat, et uvishishi, ko'plab terlash ustunlik qiladi. Perikard punktsiya qilinganda yiringli suyuqlik olinadi.

Davolash. Konservativ davo – antibiotiklar, analgetiklar, dezintoksikatsion davo, vitaminlar, immunitetni ko'taruvchi dorilar ishlatishni ko'zda tutadi. Perikardda suyuqlik bo'lganda bir marotaba yoki takroriy punktsiyalar qilish tavsiya etiladi. Yiringli suyuqlik bo'lganda perikardga mikrodrenaj o'rnatilib, uning bo'shlig'i antiseptik eritmalar, fermentativ preparatlar bilan yuviladi.

Surunkali ekssudativ perikardit. Kasallikning asosiy sababchisi – revmatizm. Perikard parietal varag'ining keskin qalinlashuvi, uning biriktiruvchi to'qimasining o'zgarishi, perikard bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik yig'ilishi bilan o'tadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Bemorlar nafas qisishi, yurak sohasida sanchikli og'riq, yurak urishi xurujlaridan shikoyat qiladilar. Ko'zdan kechirilganda tsianoz, yuz va bo'yin, qo'llarning o'rtacha shishishi qayd qilinadi. Yurak cho'qqisida turtki bo'lmaydi, yurak chegaralari kengaygan, uning tonlari bo'g'iq, arterial bosim pasaygan, venoz bosim oshgan bo'ladi. Rentgenologik tekshirilganda yurak chegaralarining anchagina

kengayganligi, yurak qisqarishlari amplitudasi pasayganligi ma'lum bo'ladi. EKG da asosiy tishchalar voltaji pasaygan bo'ladi.

Davolash – jarrohlik usulida. Perikardektomiya – perikard parietal varag'ini keng ko'lamda rezektsiyasi amaliyoti bajariladi.

Qisuvchi perikardit. Asosiy sababi – sil, kamroq revmatizm, nospetsifik infektsiya, jarohatlardir. Surunkali yallig'lanish jarayoni fibroz o'zgarishga, perikard parietal va vistseral varaqlarining qalinlashuviga olib keladi, ular qo'shilib ketadi, aksariyat hollarda ular kaltsifikatsiyaga uchraydi. Yurak xaltasi bo'shlig'i obliteratsiyaga uchraydi. Bularning hammasi yurak ishini qiyinlashtiradi, uning ezilib qolishiga va tomirlarining buralishiga olib keladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Bemorlarni nafas qisishi, yurak sohasida bosilish sezgisi, umumiy behollik bezovta qiladi. Yuz tsianozi, rangparlik, gavda va oyoqlarda shish, jigar o'lchamlarining kattalashuvi, unda dimlanish hodisalari qayd etiladi. Auskultatsiyada yurak tonlari bo'g'iq. Yurak chegaralari normada yoki toraygan. Arterial bosim pasaygan, venoz bosim ko'tarilgan. Rentgenologik jihatdan yurak soyasi konturlari deformatsiyalangan, yurak qisqarishlari amplitudasi kamaygan, ayrim qismlari harakatsiz. EKGda hamma usullarda voltaj pasayishi kuzatiladi. Ultratovush bilan skanerlashda turli qalinlikdagi perikardial bitishmalar, ohak bilan qoplangan qismlar topiladi.

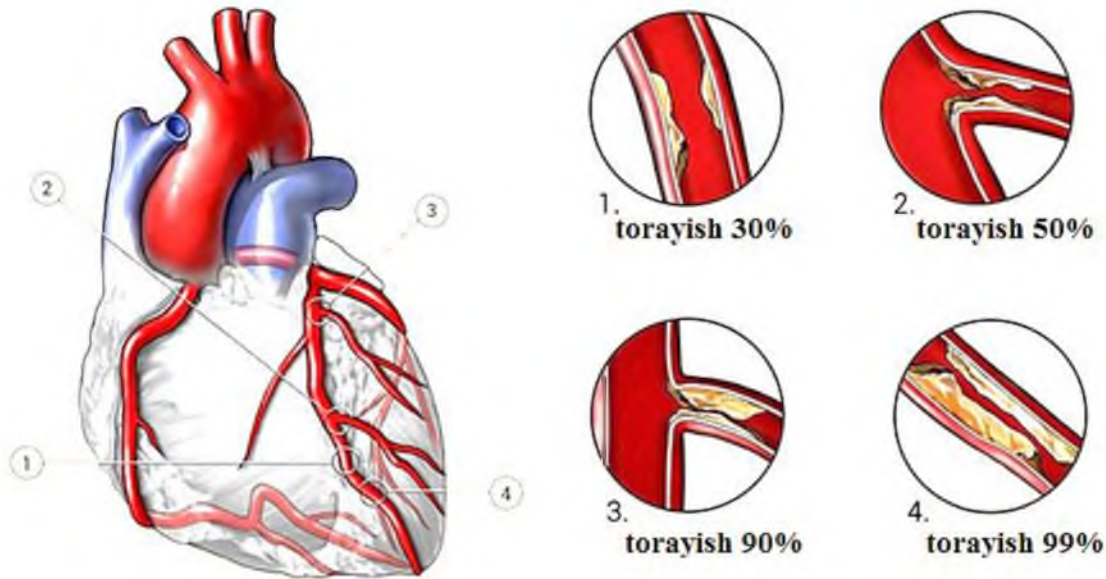
Davolash – jarrohlik usulida. Amaliyot o'zgargan perikardni radikal kesib olib tashlashdan iborat.

Yurak ishemik kasalligi

Yurak ishemik kasalligi, jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlarining ta'rifiga ko'ra, miokardning arterial qon bilan ta'minlanishining nisbiy yoki mutloq kamayishi oqibatida paydo bo'lgan yurakning o'tkir yoki surunkali disfunktsiyasidan iborat.

Yurak ishemik kasalligining rivojlanishi (patogenezi) asosan miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyoji bilan uning yurak mushagiga etkazilishi orasidagi muvozanatning buzilishidan iborat. Yurak ishemik kasalligining anatomik negizi 90% dan ko'p hollarda yurak arteriyalarining torayishi (stenoz) hisoblanadi. Yurak arteriyalari stenozini keltirib

chiqaruvchi sabablar orasida ateroskleroz, arteriit, emboliyalar va boshqalar birmuncha kam uchraydi.

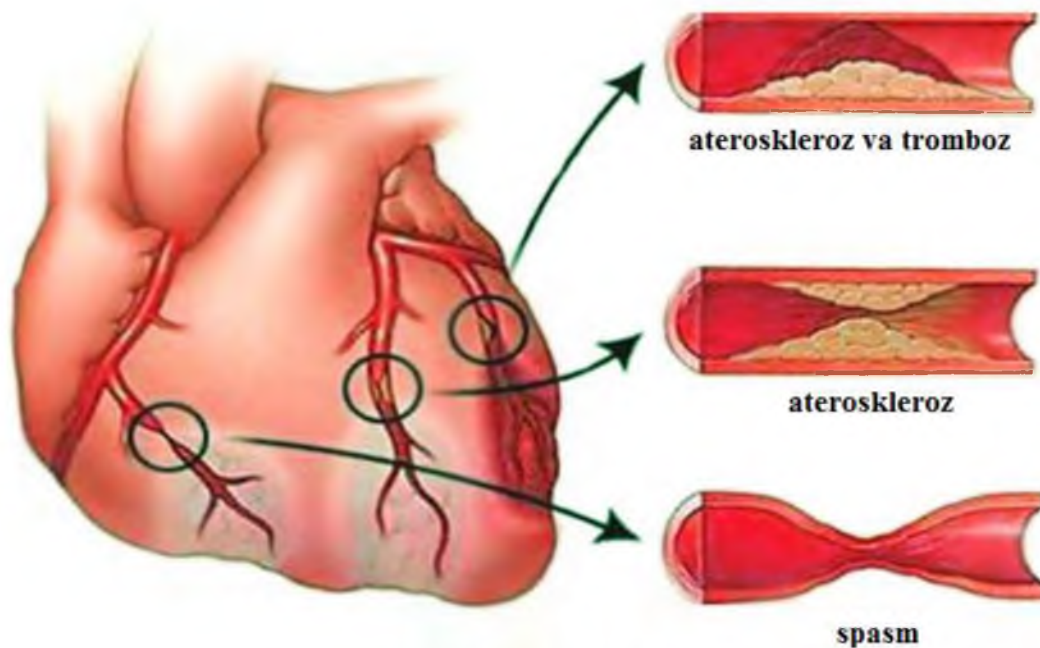


44 – rasm. Yurak ishemik kasalligida torayish darajasi.

Ateroskleroz birinchi galda yirik va oʻrta kattalikdagi arteriyalar ichki pardasini zararlantiradi. Mikroskopik oʻzgarishlar mohiyatiga koʻra aterosklerotik zararlanishlar 3 turga boʻlinadi: 1) lipid dogʻlar; 2) fibroz pilakchalar; 3) murakkab zararlanishlar.

Klinik simptomlar fibroz pilakchalar rivojlanganda yoki tomir devori murakkab zararlanganda paydo boʻladi. Odatda 25-30 yoshlarda fibroz pilakchalar birinchi navbatda aortada, toj tomirlar va uyqu arteriyalarida paydo boʻladi va asta-sekin oʻlchami kattalashib boradi. Fibroz pilakcha rivojlanishi taxminan turli xil mexanizmlar – lipidlar yigʻilishi va devor oldi trombozi hisobiga roʻy beradi. Bular aksariyat bir vaqtning oʻzida taʼsir qiladi.

Koʻpchilik hollarda ateroskleroz asosiy toj arteriyalarini proksimal boʻlimlarini, asosan kasallikning boshlangʻich bosqichida zararlantiradi. Koʻpincha aterosklerotik pilakchalar kasallik boshlanishida bukilgan yoki arteriyalardan yirik tarmoqlar chiqadigan joylarda yoki arteriyalap miokard bagʻriga kirgan sohasida joylashadi. Ateroskleroz miokard bagʻrida joylashgan toj arteriyalar qismlariga tarqalmaydi.



45 – rasm. Yurak ishemik kasalligining asosiy sabablari

Yurak ishemik kasalligi klassifikatsiyasi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ishchi guruhi ishlab chiqqan klassifikatsiyasi keng tarqalgan:

1. Yurak faoliyatining birlamchi to'xtashi.
2. Stenokardiya.
 - 2.1. Zo'riqish stenokardiyasi.
 - 2.1.1. Birinchi marta vujudga kelgan.
 - 2.1.2. Barqaror.
 - 2.1.3. Avj olib boradigan.
 - 2.2. Tinch turgandagi stenokardiya (spontan stenokardiya).
 - 2.2.1. Stenokardiyaning alohida turi.
3. Miokard infarkti.
 - 3.1. Q tishchali miokard infarkti.
 - 3.2. Q tishchsiz miokard infarkti.
 - 3.3. Postinfarkt kardioskleroz.
4. Yurak etishmovchiligi.
5. Yurak ritmining buzilishi.

Barqaror stenokardiyada dori-darmonlar bilan davolash naf bermaydi, bunda ta'sirchan jarrohlik usullarini qo'llash, jumladan toj

tomirlar angioplastikasi, aorta ichi kontrpulsatsiyasi, aorta-toj tomirlarini shuntlash amaliyotlari qo'llanilishini talab etadi.

Yurakning surunkali ishemik kasalligi

Yurak ishemik kasalligining asosiy va tez-tez uchrab turadigan simptomi to'sh sohasida jismoniy harakat vaqtida yuzaga chiqishi va tarqalishi jihatidan oshib boradigan bosimni his qilish hisoblanadi. Odatda og'riq, ko'krakda yoqimsiz sezgi bilan o'tadi, u chap elkaga, ko'lga yoki ikkala ko'lga, bo'yin, jag', tishlarga o'tadi. Bu paytda bemorlarda odatda nafas olish qiyinlashadi, vahima paydo bo'ladi. Ular harakatdan to'xtaydilar va xuruj o'tib bo'lguncha qimirlamay turadilar. Ularning teri koplamlari oqarib ketishi mumkin, kuchli xurujda peshonadan sovuq ter chiqadi. Nitroglitserin qabul qilingandan yoki jismoniy zo'riqish bartaraf etilgandan so'ng tasvirlangan belgilar odatda yo'qoladi.

Stenokardiya xurujining necha marta tutishi bilan aterosklerozga uchragan toj tomirlar darajasi o'rtasida bog'liqlik borligi aniqlangan. Stenokardiya xurujlari tutishi bilan toj tomirlar aterosklerozining og'ir-engilligi o'rtasida ham xuddi shunday bog'liqliklar borligi ma'lum.

Yurak ishemik kasalligining eng xatarli ko'rinishlaridan biri yurak etishmovchiligi bo'lib, u mehnat qobiliyatining vaqtinchalik yoki batamom yo'qotilishiga, nogironlikka va o'limga sabab buladi.

Stenokardiya diagnostikasida kasallik anamnezini aniqlashning muhim ahamiyati bor. Biroq ayrim bemorlarda kasallik boshqacha, atipik simptomatika bilan yoki simptomlarsiz o'tishi mumkin.

Diagnostik usullar orasida EKG muhim o'rin tutadi, u kasallikni diagnostika qilish, uning og'ir-engilligiga baho berish, joylashgan sohasini va miokarda qon aylanish etishmovchiligi va postinfarkt kardiosklerozning qancha joy egallaganini aniqlashga imkon beradi.

YuIKga (yurak ishemik kasalligi) shubha qilingan barcha bemorlarda 12 nuqtada EKG tekshiruvini o'tkazish lozim. Yurak ishemik kasalligi bo'lgan 35% bemorlarning tinch turgan holatida qayd qilingan EKGda miokard ishemiyasi belgilari aniqlanmaydi. Bunday bemorlarda tashxisni aniqlash va toj tomir qon aylanishining rezerv imkoniyatlarini bilish uchun bir qator qo'shimcha elektrokardiografik tekshiruvlar: jismoniy ish bilan sinamalar (veloergometriya) va EKGda 24 soatlik uzluksiz monitoring

o`tkazish maqsadga muvofiq bo`ladi. Agar koronar etishmovchilik asosini miokard vaskulyarizatsiyasining funktsional buzilishi – tojsimon arteriyalar spazmi tashkil qilsa, ergometrin sinamasi birmuncha namunali diagnostik test hisoblanadi. U EKGni nazorat qilib turgan holda ergometrin maleat (ergonovin) preparatini venaga oqim bilan yuborishdan iborat. Bunda EKGda ST segmentining izoelektrik chiziqdan surilishi va stenokardiya xuruji paydo bo`lishi sinamaning musbatligini ko`rsatadi.

Yurak ishemik kasalligi bo`lgan bemorni rentgenologik tekshirish ko`krak qafasi a`zolarini rentgenoskopiya va yurakni rentgenoelektrokimografiya qilishni o`z ichiga oladi, ular yurak ishemiyasi asoratlari borligi (yurak anevrizmasi, qorinchalararo to`siqning postinfarkt nuqsoni) va ko`krak qafasi a`zolarining qo`shilib keladigan kasalliklari to`g`risida tasavvur beradi.

Yurak ishemik kasalligida tekshirishning radionuklid usullari, xususan sokinlikda va jismoniy harakat bilan sinama o`tkazish vaqtida Tl201 bilan miokardni stsintigrafiya qilish, shuningdek radionuklid ventrikulografiya usulini qo`llash muhim diagnostik ahamiyatga ega. Bular chap qorinchaning funktsional holati to`g`risida ma`lumot beradi. Tekshirishning radionuklid usullari yurak zarbali va minutlik hajmini, aylanib yurgan qon xajmini, kichik qon aylanishi doirasida qon oqimi vaqtini va o`pkada aylanib yurgan qon xajmini o`rganishga imkon beradi.

Yurak exografiyasi noinvaziv usul bo`lib, yurakning tuzilishi va miokard funksiyasini tadqiq qilishga yordam beradi. Exokardiografiya usulidan chap qorincha funktsional qobiliyatini va yurak ishemiyasi kasalligini, qorinchalararo to`siqning postinfarkt nuqsoni yoki mitral klapan etishmovchiligi, chap qorinchaning infarktdan keyingi anevrizmasi singari yurak ichi gemodinamikasi asoratlarini o`rganishda foydalaniladi. Chap qorinchani o`rganishda exokardiografiya chap qorincha bo`shlig`i, qalinligi va orqa devori o`lchamlari, orqa devor kinetikasi, qorinchalararo to`siq xarakati, chap qorinchaning oxirgi sistolik va oxirgi diastolik hajmi, qon otilish fraktsiyasi, zarbali hajmi to`g`risida ma`lumot olishga imkon beradi. Miokard qisqaruvchanligining lokal buzilishlariga baho berishda exokardiografiya vaqtida nitroglitserin bilan farmakologik testdan foydalaniladi. Nitroglitserin qabul qilingandan so`ng gipoksiya sohasining yo`qolishi o`zgarishlarning ishemik xususiyatidan dalolat beradi. Bunda

miokard sistolik harakat amplitudasi oshgan bo'ladi. Miokard qisqaruvchanligining segmentar buzilishlarini aniqlashga imkon beradigan sektoral skanerlash (ikki o'lchamli exokardiografiya), chap qorincha devorlari kinetikasining lokal buzilishlarini diagnostika qilishda ayniqsa qimmatli hisoblanadi.

Chap qorincha funktsional qobiliyatiga baho berish uchun yurakning chap bo'limlarini kateterlash va chap qorinchada oxirgi diastolik bosimni va yurakdan otilib chiqqan qonni o'lchashning muhim ahamiyati bor. Yurakni kateterlashda bajariladigan chap tomonlama ventrikulografiya devorlari xarakatini va ularning kinetikasini o'rganish, shuning asosida qaytar (gipoksiya) va qaytmas (chandiqli) o'zgarishlar bo'lgan qorincha faoliyati buzilishlari o'rtasidagi differentsial diagnostika xajmlarini hisob-kitob qilish imkonini beradi. Nitroglitserin qabul qilishdan oldin va keyin chap tomonlama ventrikulografiyani bajarish mumkin. F. Sones ishlab chiqqan va 1959 yilda klinik amaliyotga joriy qilgan selektiv koronografiya yurak ishemik kasalligini diagnostika qilishning asosiy va ko'p ma'lumot beradigan usullaridan hisoblanib, bu kasallikni aniqlash va uni jarrohlik usulida davolash masalasini uzil-kesil hal qilishda juda qo'l keladi. U tojsimon arteriyalar va asosiy tarmoqlarini ko'rish, ularning anatomik va funktsional holatini, aterosklerotik jarayon darajasini, kompensator kollateral qon aylanishi, tojsimon arteriyalar distal oqimini o'rganish uchun mo'ljallangan. Selektiv koronografiya 90-95% hollarda tojsimon o'zanning anatomik holatini ob'ektiv va aniq aks ettiradi.

Yurak ishemik kasalligiga uchragan bemorlarga muolaja miokard gipoksiyasini bartaraf etish, shuningdek yurak ishemiyasining stenokardiya, yurak etishmovchiligi va yurak ritmi buzilishi singari klinik ko'rinishlarini yo'qotish yoki engillashtirishga qaratilgan. Kislorod sarfiga ehtiyoj bilan uni yurak mushagiga o'tkazish orasidagi buzilgan balansni dori-darmonlar bilan yo'qotish ikkita yo'l bilan amalga oshirilishi mumkin:

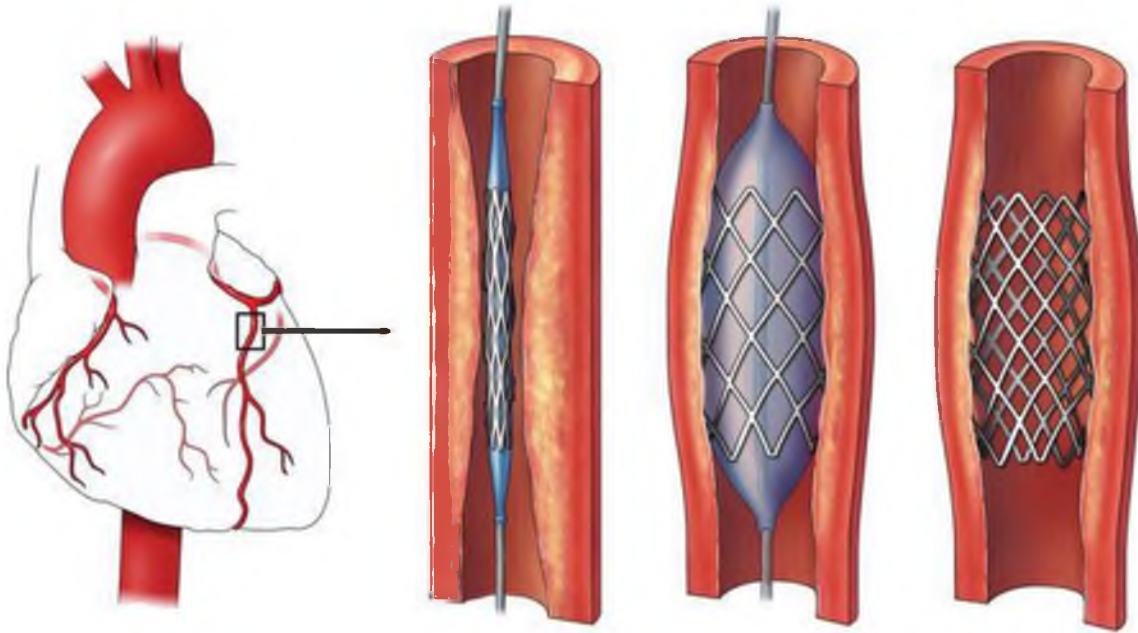
- 1) toj arteriyalarda qon oqimini kuchaytirish yordamida ishemiyaga uchragan miokard perfuziyasini yaxshilash;
- 2) ishemiyaga uchragan miokardning kislorodga extiyojini kamaytirish.

Tomirni kengaytiradigan ta'sir hisobiga koronar toj arteriyalaridagi qon oqimini yaxshilash uchun nitroglitserin va boshqa organik xamda anorganik nitrobirikmalardan foydalaniladi.

Yurak ishemiyasida yurak funksiyasini yaxshilash maqsadida beta-adrenergik retseptorlarni blokada qiladigan preparatlar (anaprilin, propranolol, obzidan, inderal) va boshqalar ishlatiladi.

Toj arteriyalar angioplastikasi. Toraygan toj arteriyalar bo'shlig'ini tiklash uchun A. Gruntzig 1977 yilda kardioxirurgiya amaliyotiga toj arteriyalar angioplastikasini joriy qildi. Bu usul stenozga uchragan toj arteriyalarni ballonli dilatatsiyasi (angioplastika) yo'li bilan miokardni revaskulyarizatsiya qilishdan iborat. Toj arteriyasida kaltsinoz bo'lmachagani va bu arteriyaning distal o'zani zararlanmagani holda toj arteriyaning proksimal bo'limlarda torayishi toj arteriyalarini angioplastika qilishga ko'rsatma hisoblanadi. Angioplastika quyidagicha o'tkaziladi. Odatdagi usulda koronografiya o'tkazilgandan keyin angioplastik kateter o'tkazgich-kateter bilan almashtiriladi, u orqali stenozlangan toj arteriyaga dilatatsion kateter kiritiladi. Dilatatsion kateter uchida diametri puchaygan xolatda 1,2-1,3 mm shishirilgan holatda esa maksimal diametri 3-3,7 mm ga etadigan balloncha bo'ladi. Kateterning puchaygan xolatdagi ballonchasini toj arteriyasi stenozni sohasiga rentgentelevizion nazorat ostida o'rnatiladi va uni 30% li kontrast modda eritmasi bilan 5 atmosfera bosimi ostida to'ldiriladi. Balloncha 5-60 sekund mobaynida shunday holatda turadi, shundan keyin uni bo'shatiladi. Zarurat bo'lganda ballonchani bir necha marta to'ldirish mumkin.

Stenoz darajasining 20% dan ortiqroq kamayishiga erishilganda angioplastika yaxshi natija berdi deb hisoblanadi. AQShdagi tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, toj arteriyalarini ballonli dilatatsiya qilishda taxminan 65% bemorlarda yaxshi natija olinadi. Toj arteriyalar angioplastikasi jarayonida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asosiy asoratlar: o'tkir miokard infarkti (5,3%), toj arteriya okklyuziyasi (4,6%), toj arteriya spazmi (4,5%), qorinchalar fibrillyatsiyasi (1,8%) hisoblanadi. Ushbu amaliyotda o'lim darajasi – 1,2% ni tashkil etadi.



46 – rasm. Toj tomirlar angioplastikasi

Angioplastika muvaffaqiyatli chiqqanda taxminan 80% bemorlarda stenokardiya xurujlari yo'qoladi yoki bir muncha kamayadi, 90% dan ko'p bemorlarda jismoniy harakatlarga moyillik paydo bo'ladi, miokardning qisqarish qobiliyati yaxshilanadi.

Yurak ishemik kasalligini jarrohlik usulida davolash. Yurak ishemik kasalligining patogenetik asosi miokardning kislorodga extiyoji bilan uning arterial qon bilan toj arteriyalar bo'ylab tushishi o'rtasida disbalans ekanligini hisobga olib, uni jarrohlik usulida davolash, avvalo yurak mushagining qon bilan ta'minlanishini yaxshilashga qaratilishi lozim.

Yurak ishemik kasalligida jarrohlik usulida ikkita asosiy guruhini tafovut qilish mumkin:

- 1) miokardning bilvosita vaskulyarizatsiyasini yaxshilash;
- 2) miokardning bevosita vaskulyarizatsiyasini yaxshilash.

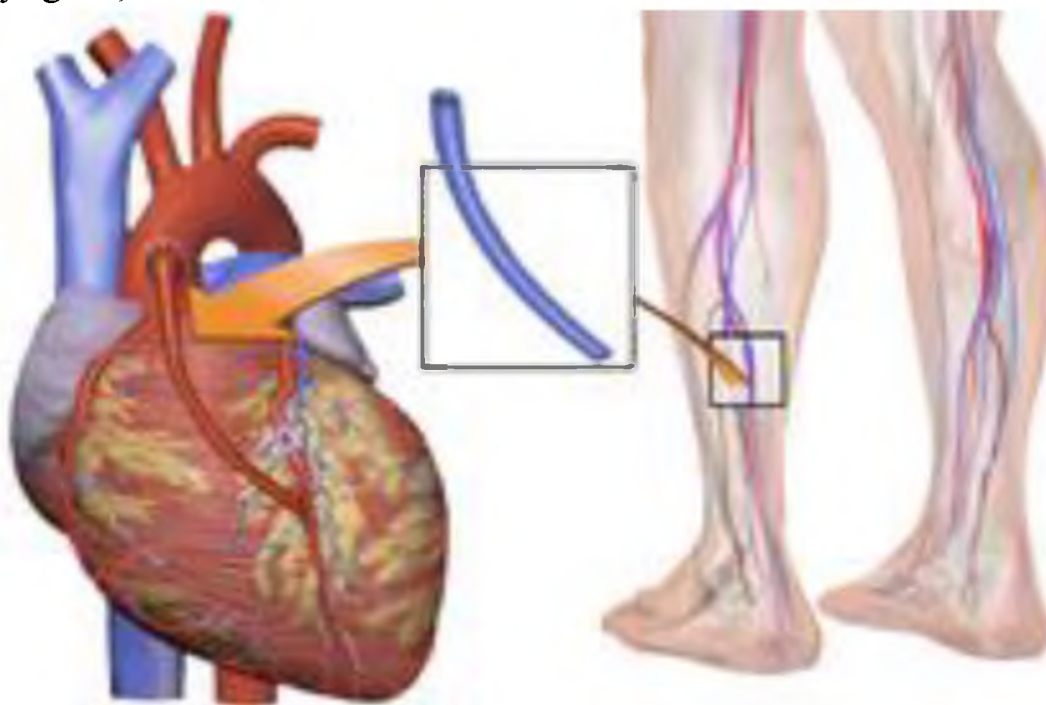
Birinchi guruhga perikard va epikard o'rtasida bitishmalar hosil bo'lishiga qaratilgan amaliyotlarni kiritish mumkin. Shu maqsadda epikardni skarifikatsiya qilish yoki kardioperikardiopeksiya (perikard bo'shlig'iga talkni purkash) o'tkazish taklif kilingan edi. Miokardni revaskulyarizatsiya qilish uchun to'qima transplantatlaridan foydalanish amaliyotlari: epikardga charvini, o'pka to'qimasini, ko'krak mushagini, mediastinal yog'ni, teri laxtagini, ingichka ichak bo'lakchasini tikib

qo'yish shunday amaliyotlar guruhiga kiradi. Bundan tashkari, miokardni bilvosita revaskulyarizatsiya qilish maqsadida ichki ko'krak arteriyalarini bog'lash, toj sinusini arterializatsiya qilish, ichki ko'krak arteriyasini miokard bag'riga implantatsiya qilish bajarilgan. Biroq miokardni bilvosita revaskulyarizatsiya qilishga qaratilgan hamma amaliyotlar o'zini oqlay olmadi, ularning ko'pchiligi kam ta'sirchan yoki umuman foydasiz bo'lib chiqdi, shu sababli ulardan hamma joyda voz kechildi.

Miokardni to'g'ridan-to'g'ri revaskulyarizatsiya qiladigan operatsiyalarning ikkinchi guruhi g'oyat ta'sirchanligi bilan ajralib turadi va butun dunyoda yurakning ishemiyasi bo'lgan bemorlarni davolashda tobora ko'p qo'llanilib kelinmoqda. Birinchi marta 1962 yilda D. Sabiston tomonidan bajarilgan aortokoronar shuntlash amaliyoti keng tarqalgan amaliyot bo'lib, bunda ateroskleroz bilan zararlangan va toraygan qismni chetlab o'tib, aorta bilan koronar tomir o'rtasida shunt vujudga keltirishdan iborat. 1964 yilda birinchi marta V.I. Kolesov bajargan mammarokoronar anastomoz miokardni bevosita revaskulyarizatsiya qilishning ta'sirchan usuli hisoblanadi. Operatsiyalarning bu guruhiga birinchi marta 1957 yilda S. Bailey bajargan va keyinchalik autovenoz va autoperikardial plastika bilan to'ldirilgan koronar arteriyadan endarterektomiyani kiritish mumkin. Biroq bu operatsiya natijalari qoniqarsiz va o'lim darajasi yuqori ekanligidan hozirgi vaqtda amalda qo'llanilmaydi.

Koronar arteriyadan endarterektomiya aortokoronar shuntlash bilan birga bajariladi. Koronar etishmovchilikda miokardning xirurgik revaskulyarizatsiyasining turli usullarini prof. V.I. Burakovskiy, V.S. Rabotnikov va B.V. Shabalkinlar faol ishlab chiqqanlar va bu usullar bugungi kunda keng qo'llanilmoqda. Hozirgi vaqtda ko'pgina mualliflar dori-darmonlar bilan davolashga rezistent yoki berilmaydigan tinch turgandagi va zo'riqish vaqtidagi stenokardiyani, aortokoronar shuntlash operatsiyasini o'tkazishga ko'rsatma deb hisoblamoqdalar. Koronarografiya ma'lumotlari bo'yicha toj arteriyalarining zararlanishi xirurgik davolashga ko'rsatma hisoblanadi. Miokardning qisqarish faoliyatini baholashga katta ahamiyat beriladi. Aortokoronar yoki mammarokoronar shuntlash amaliyotlari harakatsiz yurakda sun'iy qon aylanishi va bemor tana harorati 28-30°S gacha pasaytirilgan sharoitlarda bajariladi.

Aortokoronar shuntlash amaliyoti texnikasi. Yurak sohasiga odatda o'rta sternotomiya yo'li bilan kiriladi. Sternotomiyani bajarish bilan birga jarrohlarning ikkinchi brigadasi boldir yoki sondan katta teri osti venasini – autovenoz transplantatni oladi. So'ngra aortaning yuqoriga ko'tariladigan qismi va kovak venalarga naychalar qo'yilib, sun'iy qon aylanish apparatiga ulanadi. Aortaning yuqoriga ko'tariladigan qismini berkitiladi va sovutilgan kardioplegik eritma yordamida yurak harakatdan to'xtatiladi. Koronar arteriyalar bilan distal autovenoz transplantatlar qo'yiladi. So'ngra yuqoriga ko'tariladigan aortadan qisqich olib qo'yilgach va yurak faoliyati tiklangach yuqoriga ko'tariladigan aorta bilan autovenoz transplantat proksimal anastomozlar quyiladi. Amaliyotning oxirida, sun'iy qon aylanish apparati uzib qo'yiladi, aorta va kovak venalar dekanyulyatsiya qilinadi hamda sternotomik kesma perikard bo'shlig'iga drenaj naycha qo'yilgach, tikiladi.



47 – rasm. Aortokoronar shuntlash amaliyoti.

Oddiy chiziqli aortokoronar shuntlardan tashqari, bitta koronar arteriya ikkita sathida zararlanganda «sakrovchi» shuntidan foydalanish mumkin: venoz transplantat yordamida yuqori torayishni vena bilan arteriya o'rtasida yonboshidan yonboshiga anastomoz qo'yiladi, birmuncha distal torayishni esa o'sha transplantat bilan oxiridan yonboshiga

anastomoz qo'yiladi. Bir necha koronar arteriyalar shikastlanganda «ilonsimon», «ko'priksimon» yoki sekventsial shuntlar qo'llanilishi mumkin: bitta venoz transplantat bilan koronar arteriyalar o'rtasida va bitta distal anastomozni oxiridan yonboshiga qo'yish yo'li bilan revaskulyarizatsiya qilinadi.

Mammarokoronar anastomozning quyidagi turlari mavjud: 1) antegrad; 2) retrograd; 3) ichki ko'krak arteriyasidan «sakrovchi» shunt sifatida foydalanish.

Antegrad mammarokoronar anastomoz qo'yish uchun safarbar qilingan ichki ko'krak arteriyasini V-VI qovurg'alararo sathida kesib olinadi, uni koronar arteriya bilan "uchini yonboshiga" yoki "uchma-uch" usulda anastomoz qo'yiladi.

Retrograd mammarokoronar anastomoz qo'yish uchun safarbar qilingan ichki ko'krak arteriyasini uning o'mrov arteriyasidan chiqqan joyida qirqiladi. So'nggi vaqtlarda ichki ko'krak arteriyasini ikkita koronar arteriya uchun sekventsial shuntlar sifatida ishlatilmoqda. O'mrov osti arteriyasi boshlang'ich bo'limining shikastlanganligi, qo'lda arterial bosimning pastligi, ichki ko'krak arteriyasini ajratib olishni qiyinlashtiradigan o'pka emfizemasi mammarokoronar anastomoz qo'yishga monelik qiladigan hol hisoblanadi.

Yurak ishemik kasalligini xirurgik davolashda operatsiyadan keyingi o'lim darajasi R. Faboloro fikricha 2% dan oshmasligi kerak. Biroq bemorlarning bu ko'rsatkich birmuncha yuqori bo'lgan guruhlari bor. Aortokoronar shuntlash bo'yicha o'tkazilgan birlamchi amaliyotlarning 90% da bemorlar stenokardiya simptomlaridan xalos bo'ladi.

O'tkir miokard infarkti

Miokard infarkti yurak mushagi muayyan qismining ishemik nekrozidan iboratdir. Jarayonning tarqoqligi bo'yicha miokard infarktining ikkita turi farq qilinadi: 1) transmural va 2) endokardial yoki intramural.

Klinik kechishi bo'yicha asoratlangan va asoratlanmagan miokard infarkti farq qilinadi. O'tkir miokard infarkti klinik manzarasini belgilaydigan asosiy omillari toj arteriyalarining zararlanish va kollateral qon aylanishining yuzaga chiqqanlik darajasi hisoblanadi, yurak mushagining ko'p yoki oz shikastlanganligi va uning joylashuvi ko'p

jixatdan ana shularga bog'lik. O'tkir miokard infarkti joylashuviga ko'ra yurakning oldingi devori, yon va orqa devori o'tkir miokard infarktiga bo'linadi.

O'tkir miokard infarktini aniqlashda anamnez ma'lumotlaridan tashqari, elektrokardiografiya, ferment diagnostikasi (qon zardobida kreatinkinaza, aspartataminotransferaza, laktatdehidrogenazani aniqlash), Tc99 yoki Tl201 bilan radioizotop diagnostika, rentgenologik diagnostika, exokardiografiya, selektiv koronarografiya, chap tomonlama ventrikulografiya katta ahamiyatga ega.

O'tkir miokard infarktini davolashning zamonaviy usullari. O'tkir miokard infarktida davolash yurak faoliyati va qon aylanishini yaxshilab turish, asoratlarning oldini olish, miokardning xayotga layoqatli ko'proq qismini asrab qolishga qaratilishi lozim. Davolashni og'riq xurujini to'xtatish va ayni vaqtda oksigenoterapiya (burun kateteri orqali kislorod berish) o'tkazishdan boshlanadi.

Miokardning shikastlanish sohasini chegaralash maqsadida o'tkaziladigan tadbirlarning ikki guruhi qo'llaniladi:

- 1) infarkt bo'lgan va periinfarkt sohalarining koronar perfuziyasini yaxshilaydigan tadbirlar;
- 2) miokardning kislorodga extiyojini kamaytiradigan tadbirlar.

Birinchi guruhdagi tadbirlar: dori-darmonlar, endovaskulyar (invaziv) va jarrohlik usullar bilan yaxshilashga erishish mumkin. Konservativ davolash antispastik ta'siri bo'lgan preparatlar, qon shaklli elementlari agregatsiyasini kamaytiradigan preparatlar, beta-adrenergik retseptorlarni blokada qiladigan preparatlar, kaltsiy antagonistlarini o'z ichiga oladi. Konservativ davolash bilan bir qatorda buzilgan qon oqimini va infeksiyalangan sohani tiklashga, yurak mushagi shikastlari o'lchamini chegaralashga yordam beradigan qator endovaskulyar va jarrohlik usullari mavjud. Ular orasida koronar ichi trombolitik muolajasi, aorta ichi kontrpulsatsiyasi va aortokoronar shuntlash eng ta'sirchan usullardan sanaladi. Trombolitik preparatlarni koronar qon tomirga yuborish trombozga uchragan toj tomirni rekanalizatsiya qilishga, unda qon oqimini tiklashga, shikastlanish sohasini chegaralashga, miokard periinfarkt ishemiyalangan sohasining yashashga layoqatini saqlab qolish va o'tkir miokard infarktidan o'limni kamaytirishga qaratiladi. Okklyuziyalangan

toj qon tomiriga angiografik kateter kiritiladi va u orqali bir vaqtning o`zida 20000-40000 TB trombolitik preparatlar (streptaza, avelizin) yuboriladi, so`ngra minutiga 2000-6000 TB hisobida tomchilatib yuboriladi, bunda preparatning umumiy dozasi 2000024000 TB dan oshmasligi kerak. Butun muolajaga 1 soatcha vaqt sarf bo`ladi. Infarkt boshlangandan so`ng dastlabki 6 soat ichida o`tkazilgan trombolitik davolash taxminan 75-80% hollarda okklyuziya bo`lgan tomirni rekanalizatsiya qilishga imkon beradi. Trombolitik davolash samara bergandan keyin uzoq vaqtgacha (2-3 oy) antikoagulyantlar bilan davo olib boriladi. Toj arteriyalarda trombolitik davolashni to`liqroq tiklash uchun uni toj tomirlar angioplastikasi yoki aortokoronar shuntlash bilan birga qo`shib olib boriladi.

Aorta ichi kontrpulsatsiyasi yordamchi qon aylanishining eng tarqalgan usullaridan biri hisoblanadi. Bu usulning mohiyati shundan iboratki, aorta ichi balloni diastola fazasida tez shishib chiqadi, yurak sistolasi fazasida esa puchayib qoladi. Bu ballon Seldinger bo`yicha punktsion usul bilan son arteriyasi orqali o`tkaziladi va o`tkir koronar buzilishi sababli kelib chiqqan yurak etishmovchiligida ko`krak bo`limida o`rnatiladi. Bu sistolik arterial bosim pasayishiga va diastolik bosim oshishiga, miokardning kislorodga ehtiyoji kamayishiga va bir qator gemodinamik ko`rsatkichlarning yaxshilanishiga olib keladi. Kontrpulsatsiyaning asosiy ahamiyati chap qorincha ishini engillashtirish, koronar perfuziyani va miokard oksigenatsiyasini yaxshilashdir.

Hozirgi vaqtda reperfuziya 6 soatgacha muddat ichida bajarilsa, shikastlanish qayta rivojlanishga uchraydi, jarrohlik amaliyoti bundan kechikkan muddatlarda o`tkazilsa ham, periinfarkt sohasida qon ta`minoti yaxshilanadi deb hisoblaydilar. V.I. Burakovskiy va muallifdoshlari o`tkir miokard infarktida shoshilinch aortokoronar shuntlashga quyidagilar ko`rsatma bo`la oladi, deb hisoblaydilar: 1) koronografiya va translyuminal angioplastikadan keyin toj arteriyasining trombozi, shuningdek ilgari koronografiya o`tkazilgan va aortokoronar shuntlash rejali jarrohlik amaliyotlarini kutayotgan bemorda o`tkir miokard infarkti rivojlanishi; 2) aniq yuzaga chiqqan gemodinamik buzilishlar va kardiogen shok; 3) erta postinfarkt davrdagi turli xil asoratlar, ishemiya va nekroz sohasi kengayishi. Bu to`sh orqasida og`riqlar qaytalanishi, yurak ritmi va

o'tkazuvchanligining buzilishi, barqaror postinfarkt stenokardiyaning klinik belgilari, ko'rsatib o'tilgan asoratlarning birga kelishida namoyon bo'ladi. Miokardning talaygina qismini qon bilan ta'minlaydigan yirik toj tomir stenozi bo'ladigan mayda o'choqli miokard infarktida infarkt sohasi kengayishining oldini olish maqsadida revaskulyarizatsiya qilish maksadga muvofiq bo'ladi.

Transmural miokard infarktida jarrohlik amaliyoti bajarilishiga ko'rsatmalar bo'lganda uni faqat erta muddatlarda (xurujdan keyin 6 soat ichida), miokard infarkti zararlanishi qayta rivojlana oladigan fursatda o'tkazish lozim. Hozirgi vaqtda infarkt rivojlangandan keyin 6 soat ichida bajarilgan miokard amaliyotlarida o'lim 3,1% ni tashkil qiladi, bu dori-darmonlar bilan davolashdagiga qaraganda birmuncha kam. Bundan ortiq muddatlarda bajarilgan jarrohlik amaliyotlarda o'lim 10,3% ni tashkil etadi, bu dori-darmonlar bilan davolashdagi ulimga tahminan to'g'ri keladi.

Postinfarkt yurak anevrizmasi, qorinchalararo to'siqning postinfarkt nuqsoni, mitral klapaning postinfarkt etishmovchiligi kabi miokard infarktining asoratlarida qilinadigan jarrohlik amaliyotlar etarli darajada yaxshi ishlab chiqilgan va qo'llanilayapti. Bu jarrohlik amaliyotlari g'oyat murakkab va sun'iy qon aylanishi sharoitlarida bajariladi.

SIMPTOMATIK ARTERIAL GIPERTENZIYA



Bugungi kunda yurak-qon tomirlar tizimining kasalliklari aholining umumiy kasallanish strukturasi birinchi o`rinni egallab, mehnat qobiliyatini yo`qotish, erta nogironlik va o`limning asosiy sabablaridan biri bo`lib hisoblanadi. Yurak va qon tomirlar kasalliklari orasida arterial gipertenziya keng tarqalgandir. Yagona belgi, ya`ni yuqori arterial qon bosimi – barcha simptomatik arterial gipertenziyalarni bitta guruhga birlashtirib turadi. Bu guruhga kiradigan kasalliklarning klinik manzarasi, etiologiyasi bir-biriga o`xshamagan, patogenezi har xil bo`lgan turli nozologik birliklardan iborat kasalliklar bo`lib, ular terapiya, jarrohlik, urologiya va endokrinologiya kabi tibbiyot ixtisosliklarining muammolaridan biri bo`lib hisoblanadi.

Simptomatik arterial gipertenziyalarning quyidagi turlari farqlanadi:

- buyrak parenximasining shikastlanishi bilan bog`liq bo`lgan kasalliklar (pielonefrit, glomerulonefrit, siydik-tosh kasalligi, buyraklar polikistozi, diabetik nefropatiya va b.);

- buyrak usti bezi kasalliklari (feoxromotsitoma, Konn sindromi, ItsenkoKushing sindromi va b.);
- bosh miya kasalliklari bilan bog'liq bo'lgan arterial gipertenziyalar (entsefalit, o'smalar, bosh miya jarohatlari va b.);
- yirik qon tomirlari rivojlanishining nuqsonlari (aorta koarktatsiyasi, qorin aortasining tug'ma gipoplaziyalari va b.);
- vazorenal gipertenziya.

Vazorenal gipertenziya

Vazorenal gipertenziya (VRG) – buyrak arteriyalarida magistral qon oqimini buzilishi oqibatida va buyrak parenximasi, siydik chiqaruv yo'llarining birlamchi zararlanishi bilan bog'liq bo'lmagan simptomatik arterial gipertenziya turlaridan biridir. Barcha arterial gipertenziya turlari orasida vazorenal gipertenziya 2-5% ni tashkil etadi.

VRG negizini buyrak arteriyalarining yoki uning segmentar tarmoqlarining bir yoki ikki tomonlama torayishi yoki okklyuziyasi tashkil qiladi. Natijada arteriyaning patologik toraygan qismi orqali buyrakka qon kelishi anchagina kamayadi, bu o'z navbatida buyrak to'qimasining ishemiyasiga sabab bo'ladi. Ishemiyaning darajasi arteriya stenozining darajasiga bevosita bog'liq bo'ladi.

Etiologiyasi. Hozirga qadar VRG ning 40 ga yaqin sabablari mavjud. VRG kelib chiqish sabalariga ko'ra tug'ma va orttirilgan bo'ladi.

Tug'ma sabablari orasida quyidagilar ko'proq uchraydi:

- buyrak arteriyalarining fibroz-mushak displaziyasi,
- aorta va buyrak arteriyalari gipoplaziyasi,
- buyrak arteriyalari anevrizmalari,
- tug'ma arterio-venoz oqmalar.

Ortirilgan sabablar:

- ateroskleroz,
- nospetsifik aorto-arteriit,
- nefroptoz,
- buyrak infarkti,
- buyraklar jarohati,
- buyraklar o'smalari.

Ateroskleroz 40 yoshdan oshgan shaxslarda VRGning asosiy sababi hisoblanadi va 60-85% gacha bemorlarda uchraydi. Aterosklerotik pilakchalar ko'pchilik hollarda buyrak arteriyasini aortadan chiqish qismida yoki uning uchdan bir proksimal qismida joylashadi. Ko'pchilik hollarda buyrak arteriyasining bir tomonlama zararlanishi kuzatiladi, ayrim hollarda arteriya ikki tomonlama shikastlanadi, bu odatda 1/3 bemorlarda uchraydi va VRG ning bir muncha og'ir kechishiga olib keladi. Kasallik, ayollarga nisbatan asosan erkaklarda (2-3 marta) ko'p uchraydi.

VRG ning sabablari ichida fibroz-mushak displaziyasi aterosklerozdan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi. Fibroz-mushak displaziyasi asosan navqiron yoshda va hatto bolalik yoshida (12-44 yoshgacha) uchraydi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 28 yoshni tashkil qiladi. Ayollar erkaklarga qaraganda 4-5 marta ko'proq kasallanadi. Morfologik jihatidan fibroz-mushak displaziyasi asosan buyrak arteriyalari, ularning tarmoqlarini qamrab oladigan, arteriyaning mushak, intima qatlamlarida distrofik va sklerotik o'zgarishlar kechishi bilan xarakterlanadi. Bunda arteriyaning mushak elementlarini giperplaziyasi mikroanevrizmalar hosil bo'lishi bilan birga kuzatiladi. Natijada torayish va kengayishlarni (anevrizmalar) aralash joylashishi kuzatiladi. Bu arteriyalarga o'ziga xos tus beradi, ular marvarid yoki munchoq iplariga o'xshab qoladi. Patologik jarayon 2/3 hollarda bir tomonlama bo'ladi. VRG ning sabablaridan biri nospetsifik aorto-arteriit (Takayasu kasalligi) hisoblanadi.

Nospetsifik aorto-arteriit tarqalgan xarakterga ega bo'lgan kasallik bo'lib, patologik jarayon asosan aorta ravog'i tarmoqlari, torakoabdominal aorta va uning tarmoqlarida kuzatiladi. VRG ning boshqa sabablari orasida nospetsifik aorto-arteriit 17-22% ni tashkil qiladi. Bu kasallikda buyrak arteriyalarining zararlanishi aksariyat ikki tomonlama bo'ladi va har ikkala jinsdagi shaxslarda ham kuzatiladi, biroq asosan yosh ayollarda ko'proq kuzatiladi. Kasallik odatda 11-20 yoshda boshlanadi, 2-3 yildan so'ng buyrak arteriyalarining torayishi yuzaga chiqadi. Patogenezi bo'yicha bu kasallik autoimmun xarakterga ega bo'lib, etiologiyasi xozirgacha to'liq aniqlangan emas. Klinik jihatdan kasallik tana haroratining ko'tarilishi, leykotsitoz, EChT ning ortishi, gipergammaglobulinemiya, fibrinogenning oshishi va C-reaktiv oqsili paydo bo'lishi kabi belgilar bilan boshlanadi.

VRG yana quyidagi holatlarda yuzaga kelishi mumkin: buyrak arteriyasining ekstravazal kompressiyasi oqibatida, buyrak arteriyasi o'tkir trombozi yoki emboliyasi natijasida, buyrak arteriyalarida anevrizma hosil bo'lishi, buyrak arteriyalari gipoplaziyasi, nefroptoz, o'sma, kista, buyraklarning rivojlanish nuqsonlarida va boshqalarda.

Patogenezi. Buyrak arteriyasining torayishi yoki yopilib qolishi (okklyuziya) buyrakda qon oqimining kamayishiga va perfuzion bosim pasayishiga olib keladi. Buyrak to'qimasining ishemiyasi hosil bo'lish natijasida yukstaglomerulyar apparat (YuGA) ho'jayralari giperplaziyasi rivojlanadi va buning oqibatida renin (gormon) gipersekretsiyasi kuzatiladi. Renin jigarda hosil bo'lgan nofaol angiotenzinogeni angiotenzin I ga aylantiradi. Angiotenzin I esa angiotenzinni konvertatsiya qiladigan ferment ta'siri ostida angiotenzin II ga aylanadi. Angiotenzin II – eng kuchli vazokonstriktorlardan biri bo'lib, arteriolalarga bevosita ta'sir ko'rsatadi va ularni torayishiga olib keladi, tomirlarning periferik qarshiligini keskin ravishda ko'paytiradi. Bundan tashqari, angiotenzin II buyrak usti bezlari po'stloq qavati tomonidan aldosteron ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi, bu esa o'z navbatida organizmda natriy ionlari va suvning tutilishi bilan kechadigan ikkilamchi giperaldosteronizm rivojlanishiga olib keladi.

Periferik angiospazm, gipernatriemiya va gipervoliemiya, arterial gipertenziyani yanada chuqurlashishiga sabab bo'ladi. Kasallikning boshlang'ich davrlarida buyrak usti bezining po'stloq qismidagi o'zgarishlar funktsional xarakterga ega bo'lib, morfologik o'zgarishlar minimal holatda bo'ladi. Keyinchalik esa, o'zgarishlar organik tusga o'tadi: bez xujayralari gipertrofiyaga uchraydi va oqibatda buyrak usti bezining diffuz yoki tugunchali giperplaziyasi rivojlanadi.

Aldosteronni doimiy ravishda ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi, renin sekretiyanini kamaytiradi, shuning uchun ikkilamchi giperaldosteronizm rivojlanishi bilan kam reninli VRG shakllanadi. Klinik manzarasi. Simptomatik gipertenziyalarning ayrim turlariga (Konnsindromi, Kushing sindromi, feoxromotsitoma) xos patognomik simptomlar VRG da yo'q.

Bemorlarning shikoyatlarini quyidagicha umumlashtirish mumkin:

1. Tserebral gipertenziyaga xos belgilar: bosh og`rig`i, boshda og`irlik hissiyoti, quloqlarda shovqin, ko`z soqqalarida og`riqlar, xotiraning pasayishi, qoniqib uxlamaslik va b.

2. Yurak chap bo`limlariga ortiqcha og`irlik tushishi va koronar etishmovchiligi bilan bog`liq bo`lgan shikoyatlar: yurak sohasida og`riq, taxikardiya, to`sh ortidagi og`irlik hissi va b.

3. Bel sohasidagi og`irlik sezgisi, kuchli bo`lmagan og`riqlar, buyrak infarkti bo`lgan taqdirda – gematuriya.

4. Boshqa a`zolar ishemiyasi belgilari (buyrak arteriyalari bilan birga boshqa a`zolar magistral arteriyalari shikastlanganda).

5. Nospetsifik aorto-arteriitda umumiy yallig`lanish sindromi uchun xos shikoyatlar.

6. Ikkilamchi giperaldosteronizm uchun xos shikoyatlari: jinsiy zaiflik, paresteziyalar, tetaniya xurujlari, poliuriya, nikturiya, polidipsiya.

VRG taxminan 25% bemorlarda belgisiz kechadi.

Diagnostikasi. Diagnoz qo`yish uchun quyidagi anamnestik ma`lumotlar muhim ahamiyatga ega bo`ladi:

1. Bolalar va o`smirlarda barqaror gipertenziya rivojlanishi.

2. Kasalligi ilgari xavfsiz kechgan, gipotenziv muolaja esa samarali bo`lgan 40 yoshdan oshgan shaxslarda gipertenziyaning barqarorlashuvi va davolashga nisbatan refrakterlik. Bunday bemorlarda o`tuvchi oqsoqlik yoki bosh miya surunkali ishemiyasi belgilari ham bezovta qilishi mumkin.

3. Gipertenziya boshlanishining homilardorlik va tug`ruqlar bilan aloqadorligi (nefropatiasiz kechuvi).

4. Gipertenziya boshlanishining buyraklar sohasidagi asbob-uskuna yordamida tekshiruvlar yoki manipulyatsiyalar, buyraklardagi va qorin aortasidagi operatsiyalar bilan aloqadorligi.

5. Yurak nuqsoni, aritmiyalari bo`lgan bemorlarda yoki postinfarkt kardiosklerozi, boshqa arterial havzalarda emboliya hodisalari bo`lgan bemorlarda gipertenziyaning bel sohasidagi og`riq xurujlaridan keyin rivojlanishi.

Klinik tekshiruvni bemorlarni qo`l va oyoqlaridagi qon bosimini o`lchashdan boshlash lozim, bu koarktatsion sindromni istisno qilishga yordam beradi. Shuningdek bosimni gorizontal va vertikal holatda o`lchash

lozim. Agar ortostatik holatda qon bosimi yuqoriroq bo'lsa, nefroptoz to'g'risida o'ylash mumkin.

Qorin aortasi va buyrak arteriyalarini auskultatsiya qilish zarur asosiy usullardan biri hisoblanadi. Bunda taxminan 40% bemorlarda buyrak arteriyalari yoki qorin aortasi proektsiyasida sistolik shovqin eshitiladi. Sistolik shovqin yuza joylashgan arteriyalar: uyqu, o'mrov va son arteriyalari ustida eshitilishi – ateroskleroz va nospetsifik aortoarteriitda tizimli zararlanish belgisi sifatida diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bemorda quyidagi belgilar aniqlansa VRG kasalligi borligiga taxmin qilish mumkin:

- ikkita yoki undan ortiq gipotenziv preparatlar va diuretiklarga rezistent bo'lgan arterial gipertenziya;
- arterial gipertenziyani 20 yoshgacha bo'lgan ayollarda yoki 55 yoshdan yuqori bo'lgan erkaklarda paydo bo'lishi;
- tez avj olib boradigan yoki xavfli kechadigan gipertenziya;
- ateroskleroz kasalligining turli xil ko'rinishlari borligi;
- AAF ingibitorlari yoki angiotenzin II retseptorlarining blokatorlarini qo'llash fonida rivojlanadigan azotemiya;
- qorin aortasi va buyrak arteriyalari ustidagi sistolik shovqin;
- UTT da buyraklarning o'lchamlaridagi 1,5 sm dan oshadigan farqlar;

Yuqorida sanab o'tilgan belgilar VRG to'g'risida ko'pincha asoslangan taxmin qilishga imkon beradi, biroq ular bu diagnozni to'liq tasdiqlash imkoniyatiga ega emas.

VRG diagnozini tasdiqlash yoki rad etish uchun qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish zarur bo'ladi. VRG diagnostikasining eng ishonchli va to'g'ri usuli buyraklar angiografiyasi hisoblanadi, bu tekshiruvni fakat qon tomir kasalliklariga ixtisoslashgan markazlardagina bajarish mumkin.

Angiografiya stenoz jarayonining sababini aniqlashga, stenoz darajasi va uning joylashuviga baho berishga imkon beradi, bu esa xirurgik davolash to'g'risidagi masalani hal qilishda katta ahamiyatga ega.

Diagnostika uchun, bir qator kam invaziv, skrining usullari ham mavjud bo'lib, ular buyrak arteriyalarining zararlanganini topish, angiografiyaga ko'rsatmalarni aniqlash, gipertenziya genezini (kelib

chiqishi) aniqlash va ayrim bemorlarga angiografiya o'tkazish shartmasligini belgilab beradi. Jumladan, AAF ingibitorlari bilan stsintigrafiya, doppler – ultrasonografiya, magnitrezonans va KT angiografiya yuksak sezuvchanlika ega bo'lib, angiografiyagacha bo'lgan davrda skrining usul sifatida qo'llanilishi mumkin. Angiotenzinga aylantiruvchi ferment (AAF) ingibitorlari bilan renostsintigrafiya qilish. Buyrak arteriyasining funktsional ahamiyatga ega stenzida AAF ingibitorlarini qo'llanilishi, buyrak nefronlarida filtratsiya tezligining pasayishiga olib keladi. Bu hol efferent arteriolalar konstriktsiyasini bartaraf etish yoki sezilarli susaytirish tufayli kelib chiqadi. Renogrammaning xarakterli o'zgarishi buning oqibati bo'lib hisoblanadi. Stsintigrafiyada AAF ingibitorlari induktsiyalagan o'zgarishlar renovaskulyar gipertenziya uchun eng spetsifik diagnostik mezon hisoblanadi. AAF ingibitorlari qo'llanilganda normal stsintigrama olingan bo'lsa, VRG ehtimolini 10% dan kam desa bo'ladi.

Doppler-ultratovush tekshiruvi. Bu tekshiruv afzalligi uning noinvazivligi va arzonligidadir. Doppler-ultratovush tekshiruvi yordamida 2 ta usuldan foydalaniladi: buyrak arteriyalarini bevosita vizualizatsiyasi va Doppler to'lqinlari shaklini analiz qilish. Buyrak arteriyalarining bevosita vizualizatsiyasi. Bu usul asosiy buyrak arteriyalarini rangi yoki energetik doppler – bevosita ultratovush tekshiruvi bilan spektral doppler – ultratovush yordamida buyrak arteriyalari bo'ylab tezligini analiz qilishni o'z ichiga oladi.

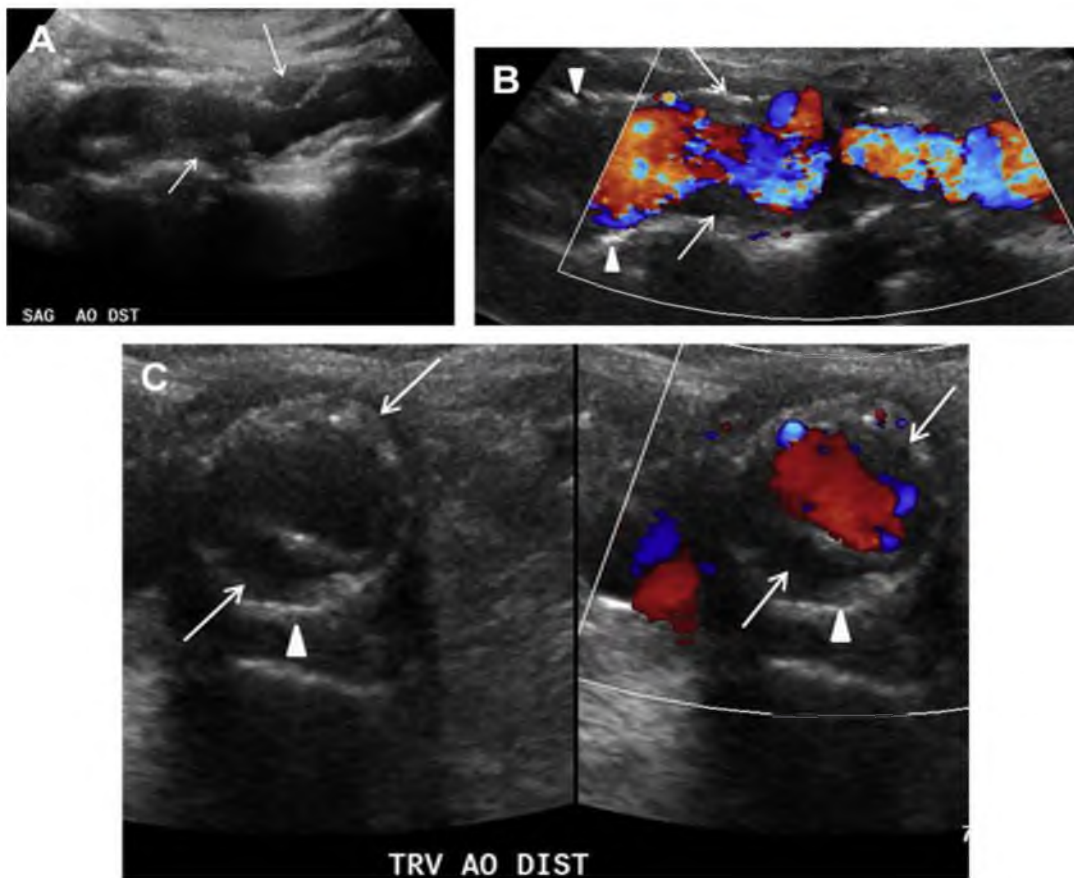
Uch o'lchovli ultratovush angigrafiyasi buyrak arteriyalarining batafsil ko'rishga imkon beradi, ta'svirning aniqligini uch o'lchovli magnit-rezonans angiografiyasi bilan taqqoslash mumkin bo'ladi.

Ultratovush (UT) yordamida tekshiruv vaqtida aniqlangan quyidagi belgilar buyrak arteriyasining ahamiyatga ega bo'lgan proksimal stenoz yoki okklyuziyasini diagnostik mezon hisoblanadi:

- buyrak arteriyasida maksimal sistolik tezlikning ortishi (100-200 sm/sek);
- maksimal sistolik tezlik buyrak-aortal koeffitsenti 3,5 dan ko'p;
- arteriyaning poststenoz sohasidagi turbulent qon oqimi;
- buyrak arteriyasini doppler signalisiz vizualizatsiya qilinishi okklyuziyadan darak beradi.



48 – rasm. Chap buyrak arteriyasining stenozi (KT angiogramma).



49 – rasm. Qorin aortasini kul rang shkalada skanerlash.

Bundan tashqari ultratovush tekshiruvi yordamida VRG bilvosita belgilarini, xususan ishemik atrofiya hisobiga buyrak o'lchamlarining kichrayishini aniqlash mumkin. Uzunligi 8 sm dan kichik buyraklar odatda ishemiya bilan og'ir shikastlangan bo'ladi. Bunday sharoitlarda revaskulyarizatsiya buyrak faoliyatining tiklanishiga yoki gipertenziyani bartaraf etishga olib kelmaydi va bu holat nefrektomiyaga ko'rsatma hisoblanadi.

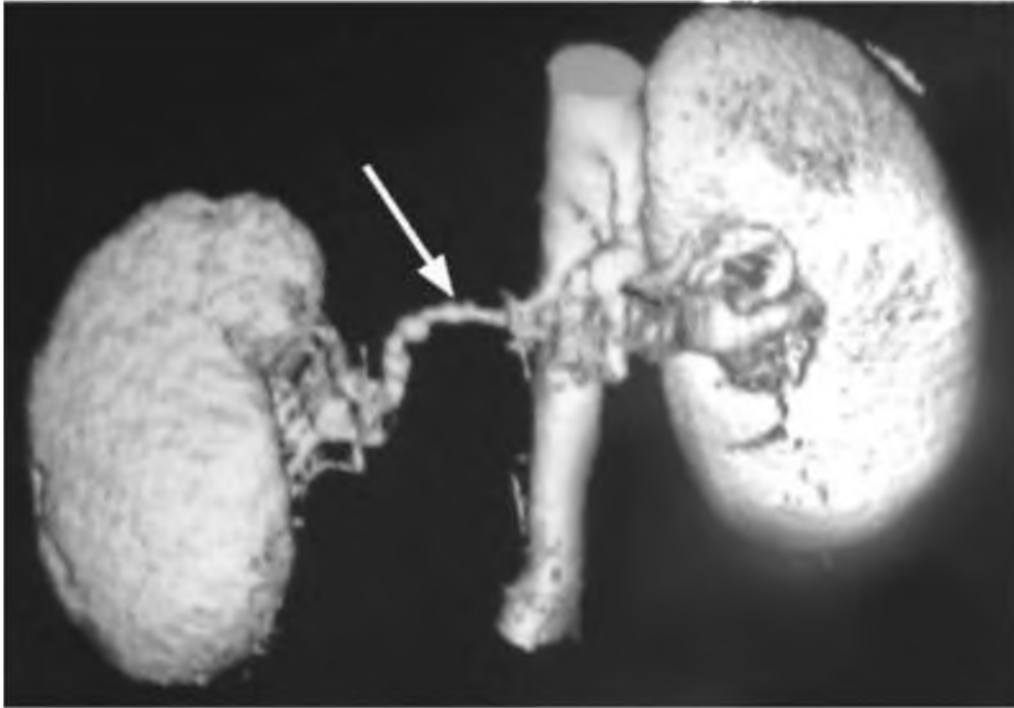


50 – rasm. Uch o'lchovli ultratovush (chapda) va magnit-rezonans angiografiya (o'ngda). O'ng buyrak arteriyalarining juft holda kelishi.

Magnit-rezonans angiografiya. Gadolinij kontrasti bilan magnit-rezonans angiografiya hozirgi vaqtda uch o'lchovli tasvirlarni shakllantirishga qodir yuksak sifatli tasvir hosil qiladigan tizim sifatida ishlatiladigan bo'ldi. Angiografik kontrast paramagnetik T1 effektni kamaytiradi. Qon yorqin rangda tasvirlanadi, ayni vaqtda harakatsiz to'qimalar to'q rangda qoladi.

Spiralli kompyuter tomografik angiografiya (KTA). Bu usul noinvaziv usullardan hisoblanadi.

Spiral KTA VRG si bor bemorlarda buyrak qon oqimini o'lchash, shuningdek, tomirlarning uch o'lchovli tasvirini olish uchun qo'llanilishi mumkin (150 ml gacha kontrast modda ishlatiladi). Ushbu tekshiruv buyrak arteriyasining 50% dan ortiq stenozini aniqlash uchun 98% sezuvchanlikka va 94% xoslikka ega. VRG ni diagnostika qilishdagi birincha qadam bu patologiyaning o'rta va yuqori ehtimoli bo'lgan bemorlarni klinik mezonlar bo'yicha tanlash hisoblanadi.



51 – rasm. Uch o'lchovli spiral KTA. Ung buyrak arteriyasi stenozini.

Noinvaziv skrining testlari buyrak arteriyasi stenozini gumoni yuqori bo'lgan bemorlarni maqsadli tanlab olishni ta'minlaydi, undan keng ko'lamda foydalanilganda rentgen angiografiyasining potentsial nojuy tasvirlarini kamaytirishga imkon beradi. Faqatgina kasallik ehtimoli yuqori bo'lgan bemorlardagina taxmin qilinayotgan buyrak arteriyasi stenozini aniqlash uchun rentgen tekshiruvini amalga oshirilishi kerak. Spiralli KTA buyrak qon tomirlarini sifatli vizualizatsiyasini ta'minlashi mumkin, biroq ko'p miqdordagi kontrastni talab qiladi. Xozirgi vaqtda MRT bemorlarga xavfli bo'lmagan tarzda buyrak tomirlari tasvirini sifatli darajada beryapti.

Davolash. Davolashning quyidagi turlarini farq qilish mumkin:

1. Konservativ usul – operatsiya o'tkazishga monelik bo'lganda.
2. Xirurgik usul:

- rekonstruktiv operatsiyalar: transaortal endarterektomiya, buyrak arteriyasi replantatsiyasi, buyrak arteriyasini protezlash;

- ikkilamchi geraldosteronizmni korrektsiya qilish uchun buyrak arteriyalari va buyrak usti bezidagi simultan operatsiyalar.

- nefrektomiya.

3. Rentgenendovaskulyar usullar:

- buyrak arteriyalarini translyuminal angioplastikasi (yoki rentgenoendovaskulyar dilyatatsiyasi – RED) stentlash yoki usiz;

- ikkilamchi geraldosteronizmni korrektsiya qilish uchun buyrak usti bezlaridagi simultan REA.

Renovaskulyar gipertenziyani davolashning eng samarador usuli xirurgik usul bo'lib, buyrak arteriyalarining stenozi sababini bartaraf etish va buyrakka normal qon oqimini tiklashga qaratilgan. 1952 yilga qadar xirurgik davolashning yagona usuli nefrektomiya bo'lgan, u bir tomonlama zararlanishda va kasallikning o'tib ketgan bosqichida amalga oshirilardi.

Hozirgi kunda buyrak ichi qon tomirlari torayishida yoki zararlangan buyrak gipoplaziyaga uchraganda va uning faoliyati yaqqol buzilgandagina nefrektomiya bajariladi. Bundan tashqari, buyrak o'lchamlarining 8 sm va undan kichik bo'lishi ham nefrektomiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. Qolgan hollarda buyrakda qon oqimini tiklashga qaratilgan, a'zoni saqlab qoladigan operatsiyalardan keng qo'lamda foydalaniladi. Xirurgik davolash natijalari VRG tashxisi va uning paydo bo'lish sababi nechog'lik erta aniqlansa, shunchalik samarador bo'ladi.

Ayni vaqtda VRG li bemorlarda xastalik hatto xavfli kechganda ham bemorga individual tanlangan gipotenziv vositalar yordamida ba'zan yaxshi natijaga erishishga muvaffaq bo'linadi. Biroq buyrak arteriyasi stenozi isbotlanganda muolaja o'tkazish tavsiya etilmaydi, chunki arterial qon bosimining pasayishi buyrakda qon oqimini yanada yomonlashuviga va qisqa vaqt ichida buyrakning ikkilamchi bujmayishiga, faoliyatining yo'qotilishiga olib keladi. Kasallikning etiologiyasiga ko'ra balonli dilatatsiya yoki stentlash 80% hollarda muvaffaqiyatli chiqishi mumkin. Biroq bu muolajalar invaziv bo'lib, arteriyaning yorilishi yoki qirqilishiga, buyrak yoki oyoqlarning ateromatoz emboliyasiga, kontrast keltirib chiqargan nefropatiya sababli o'tkir buyrak etishmovchiligiga, punktsiya sohasidan qon ketishiga va (kamdan-kam hollarda) bemor o'limiga olib

kelishi mumkin. Bu usullar, xirurgik vaskulyarizatsiya, ballonli dilatatsiya va stentlash imkoni bo'lmagan bemorlar, shuningdek operatsiya qilishni talab qiladigan qo'shilib kelgan qorin aortasi zararlangan bemorlar uchun zahira usul bo'lib qoladi.

BUYRAK USTI GIPERTENZIYASI

Buyrak usti gipertenziyasi ko'pincha uning o'smalari bilan bog'liq bo'ladi. Aldosteroma, feoxromotsitoma, buyrak usti bezlari po'stlog'ining aralash o'smalari, kortikosteroma, androsteroma, kortikoesteroma ko'plab uchraydi. O'smalarning hamma turlari ham xavfsiz, ham xavfli bo'lishi mumkin. Aldosteroma (birlamchi giperaldosteronizm, Konn sindromi) buyrak usti bezi po'stloq qismining ko'p qismida sohasidan rivojlanadi. Ko'pchilik bemorlarda o'sma xavfsiz tabiatli bo'ladi va faqat 5% hollarda xavfli o'sishi aniqlanadi. O'sma to'qimasi ortiqcha miqdorda aldosteron ishlab chiqaradi.

Patogenezi. Aldosteronning ortiqcha ishlab chiqarilishi organizmda turlituman biokimyoviy va morfologik o'zgarishlarga olib keladi. Bu kasallik uchun dastavval sezilarli tarzda elektrolit muvozanatining buzilishlari xos. Aldosteron buyrak kanalchalariga ta'sir etib, kaliy va suv reabsorbtsiyasi kamayishiga, natriy reabsorbtsiyasi ko'payishiga olib keladi. Kaliyning siydik orqali jadal suratda chiqarilishi, gipokaliemiya rivojlanishiga (3,0 mmol/l dan kam) olib keladi. Hujayradagi kaliy ionlari natriy va vodorod ionlari bilan almashinadi. Natriyurez pasayishi ho'jayra ichi va hujayra tashqarisidagi bo'shliqda natriy ionlari oshishiga olib keladi. Natriy gidrofil ion bo'lgani uchun suvni tutib turadi va o'ziga tortib oladi. Natijada to'qimalar shishishi, ayniqsa qon tomir devori shishi rivojlanadi, uning ichki bo'shlig'i arteriolalar darajasida kichrayadi. Qon tomir tonusi, periferik qon tomir qarshiligi ortadi va arterial gipertenziya rivojlanadi. Kasallik aksariyat navqiron yoshdagi ayollarda uchraydi.

Aldosteroma simptomlarini 3 guruhga bo'lish mumkin:

- 1) gipokaliemiya xisobiga rivojlangan neyro-mushak simptomlar;
- 2) aldosteronni bevosita buyrakka ta'siri natijasida vujudga kelgan simptomlar;
- 3) arterial qon bosimining oshishi bilan bog'liq bo'lgan simptomlar.

Neyro-mushak simptomlari gipokalemiya va nerv-mushak o'tkazuvchanligini buzulishi hisobiga kelib chiqadi. Bemorlar mushak bo'shashidan noliydilar, uning darajasi turlicha bo'lib, tez-tez charchashlar, oyoq mushaklarini egallaydigan bo'sh falajliklargacha olib keladi. Paresteziya va talsavalar (mushak tortishishi) ko'plab qayd etiladi.

Buyrak simptomlari orasida ko'proq poliuriya, nikturiya, gipostenuriya kuzatiladi. Siydik orqali ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotilishi sababli, polidipsiya (tashnalik) yuzaga keladi.

Arterial gipertenziya – aldosteromaning asosiy, ba'zan esa yagona simptomidir. Gipertenziya, odatda barqaror kechadi. AQB oshish darajasi o'rtachadan (160/100 mm Hg) to yaqqol 220-250/120-140 mm Hg gacha o'zgarib turadi. Ko'pchilik bemorlar yuqori arterial bosim bilan bog'liq kuchli bosh og'rig'iga shikoyat qiladilar.

Arterial gipertenziya yurak chap qorinchasining yaqqol gipertrofiyasiga olib keladi, gipokaliemiya belgilari paydo bo'ladi. Ko'z tubi tomirlari zararlanib, ko'pincha ko'rish faoliyati buziladi.

Konn sindromi diagnostikasi kasalliklarning klinik ko'rinishlarini va laboratoriya tekshiruvlari ma'lumotlarini tahlil qilishga asoslangan. Radioimmun tahlil plazmada, bazal sharoitlarda aldosteron konsentratsiyasini oshishini va 4 soatlik yurish sinamasidan so'ng uning paradoksal pasayishi, plazma renini aktivligining kamayishini aniqlaydi. Biokimyoviy tekshirilishlarda gipokaliemiya, gipernatriemiya topiladi. Siydik ishqoriy reaksiyasi muhim diagnostik qimmatga ega bo'lishi mumkin. Asbob-uskuna yordamida tekshiruv usullari orasida UTT va KTning ahamiyati katta.

Aldosteromalar kichik o'lchamlarda (1,5-2 sm) bo'lganligi sababli ularni UTT yordamida taxminan 60% bemorlarda topish mumkin. Diagnostikaning eng aniq usuli kompyuter tomografiyasi hisoblanadi. KT da zichliga past bo'lgan (10-14 N+ birligi) tuzilmalar aniqlanadi.

Davolash: bemorlarga adenalektomiya operatsiyasi bajariladi.

Feoxromotsitoma – katexolaminlar (adrenalin, noradrenalin) ishlab beradigan xromofin to'qimadan neyroektodermal kelib chiqqan o'sma bo'lib, ko'proq buyrak usti bezi miya qatlamidan rivojlanadi (90% hollarda). Feoxromotsitomani (paraganglioma) 10% hollarda buyrak usti bezidan tashqarida (aksariyat simpatik paraaoratal gangliyalarda,

qovuqda, orqa ko'ks oralig'ida) joylashgani aniqlanadi. Yolg'iz va ko'p sonli, xavfsiz va xavfli bo'lishi mumkin. Kasallik ko'pincha katta yoshdagi erkaklarda uchraydi.

Feoxromotsitomaning oilaviy tabiati to'g'risida ham ma'lumotlar bor. Feoxromotsitomali bemorlarda kelib chiqadigan buzilishlar patogenezida katexolaminlar gipersekretsiyasi va ularning umumiy qon oqimiga vaqti-vaqti bilan ko'p miqdorda tushishi asosiy ahamiyatga ega. Kriz vaqtida katexolaminlar, xususan noradrenalin darajasi normadan bir necha o'n barobar oshadi, ularning ortiqcha miqdori alfa va beta adrenoretseptorlarining qo'zg'alishini chaqiradi, bu esa arteriolalar darajasida yaqqol spazmga, umumiy periferik qarshilikning keskin ortishiga olib keladi, buning natijasida sistolik bosim ham, diastolik AQB ham oshadi.

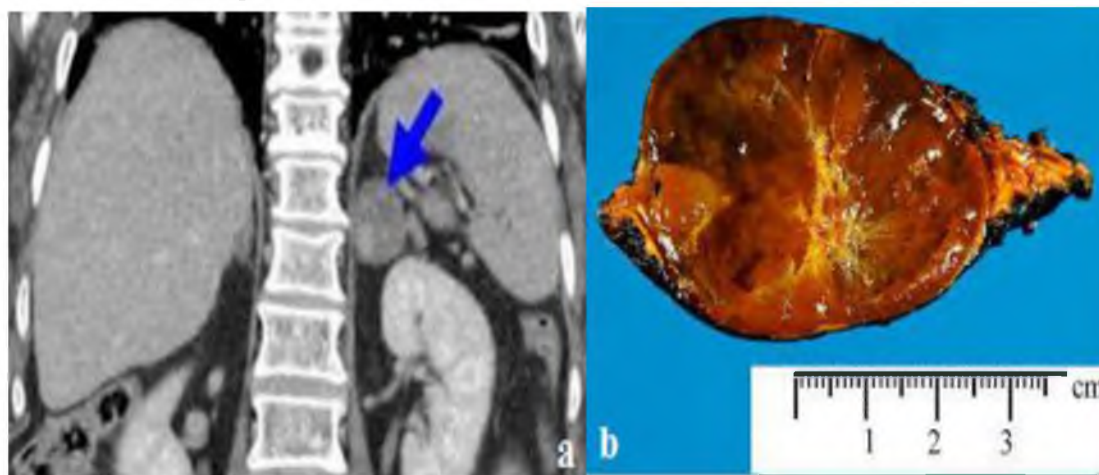
Klinik manzarasi. Feoxromotsitomaning asosiy simptomi arterial gipertenziya hisoblanadi. U uchta tipda – krizli (paroksizmal), barqaror va aralash kechishi mumkin va shunga ko'ra kasallik klinik kechishining tegishli tiplari farq qilinadi. Paroksizmal turida AQB 250-300 mm Hg gacha va bundan yuqoriga ko'tarilib, gipertonik krizlar qayd etiladi. To'satdan AQB oshishi, keskin bosh og'rishi, yurak urib ketishi, o'lim xavfi, et junjikishi, tana xaroratining oshishi, ko'p terlash bilan o'tadi. Aksariyat nafas qisishi, bel sohasida, qorinda, to'sh orqasida og'riq qayd etiladi. Ko'ngli behuzur bo'lishi va qusish kuzatilishi mumkin. Kriz davomiyligi bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi. Katexolaminlar gipersekretsiyasi natijasida rivojlangan kriz uchun giperleykotsitoz, giperqlikemiya va glyukozuriya xos. Kriz bo'lmaganda AQB me'yordan oshmaydi va bemorlarda shikoyatlar bo'lmaydi. Arterial gipertenziyaning barqaror turida krizsiz AQB ning barqaror oshishi qayd etiladi. Aralash turida katexolaminlik krizlar yuqori AQB fonida kuzatiladi (160/100–180/120 mm Hg). Bartaraf etilmagan katexolaminlik kriz o'lim bilan tugashi mumkin, bunga o'tkir yurak etishmovchiligi, o'pka shishi, bosh miyaga qon quyilishi sabab bo'lishi mumkin.

Diagnostikasi. Feoxromotsitomani aniqlashda klinik ko'rinishi bilan bir qatorda siydikda katexolaminlar kontsentratsiyasi tekshirishga asosiy o'rin beriladi (sutkali yoki krizdan keyin qilingan). Siydikda ikkala gormonlar kontsentratsiyasining bir vaqtning o'zida oshishi o'smaning

O`quv qo`llanma

buyrak usti bezi ustida joylashuviga bir muncha hosdir. Noradrenalinning kontsentratsiyasi adrenalina nisbatan yuqoriroq bo`lsa, o`sma buyrak usti bezidan tashqarida joylashuvi uchun hosdir. Amaliyotda siydikda adrenalin va noradrenalindan tashqari, vanilil-mindal kislota miqdori aniqlanadi. Bu kislota ikkala gormon metaboliti hisoblanadi va uning siydikdagi kontsentratsiyasi adrenalin va noradrenalin kontsentratsiyasidan bir necha o`n marta oshadi. O`smaning o`lchamlari katta bo`lganligidan ularni UTT va KT da osonlikcha topish mumkin.

Feoxromotsitoma faqat xirurgik usul bilan davolanadi. Bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi – o`sma (feoxromotsitoma) buyrak usti bezi bilan birga olib tashlanadi.



52 – rasm. Buyrak usti bezi feoxromotsitomasi. a) kompyuter tomogramma; b) makropreparat.

Buyrak usti bezlarining boshqa kasalliklari orasida endogen giperkortitsizm simptomokompleksini ko`rsatib o`tish lozim. Uning patogenezi bo`yicha har xil, biroq kasallikning klinik belgilari bo`yicha o`xshash bo`ladi. O`xshash klinik manzarasi glyukokortikoid gormonlar, avvalo kortizolning ortiqcha miqdorda ishlanishiga bog`liq. Itsenko-Kushing sindromi va Itsenko-Kushing kasalligi (o`smasiz turi) farq qilinadi. Itsenko-Kushing sindromi buyrak usti bezi qobig`i tutamli (dasta) sohasidan rivojlanadigan o`smadan vujudga keladi (xavfsiz o`sma – kortikosteroma, xavfli o`sma – kortikoblastoma). O`sma to`qimasi kortizol gormonini ortiqcha ishlab chiqaradi. Aksariyat hollarda 20-40 yoshdagi ayollar (deyarli 80%) kasallanadilar. Itsenko-Kushing sindromi va kasalligining klinik manzarasi etarli darajada tipik bo`ladi. Semizlik va

arterial gipertenziya kasallikning doimiy simptomlaridan hisoblanadi. Tez charchab qolish va mushak bo'shashishi, mehnat qobiliyatining pasayishi, jinsiy faoliyatning pasayishi erta paydo bo'ladi. Kechroq bu belgilar qatoriga osteoporoz qo'shiladi. Semizlik somatotropinning yog' safarbarlik ta'sirini tormozlovchi kortizol va AKTGning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq.

Itsenko-Kushing sindromida arterial gipertenziya krizsiz, barqaror kechadi, sistolik va diastolik bosimning mutanosib oshishi qayd etiladi, gipotenziv vositalarga ta'sirsiz bo'ladi. Bemorlarning tashqi ko'rinishi o'ziga xos – yuzi oysimon, yuz va ko'krak qafasining yuqori qismi rangi qip-qizil ko'kimtir, qorin, bel, ko'krak bezlari, sonlar terisida qip-qizil ko'kimtir yo'l-yo'l chiziqlar «qizil striyalar» bo'ladi. Terisi quruq bo'lib qoladi, oyoq-qo'llari terisi ko'kimtir-marmarsimon tus oladi.

Diagnostikasi. Qonda va siydikda 17-kortikosteroidlar (17-KS) konsentratsiyasi darajasini o'rganish, plazmada kortizol miqdorini aniqlash ahamiyatga ega. Kortikosteromada bu ko'rsatgich, ayniqsa o'sma xavfli tabiatga ega bo'lganda, bir muncha oshadi. Tekshiruv usullar orasida UTT va KT keng ishlatiladi.

Davolash. Itsenko-Kushing sindromi faqat xirurgik usul bilan davolanadi. Bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi – o'sma buyrak usti bezi bilan qo'shib olib tashlanadi.

Androsteroma. Buyrak usti bezi qobig'ining to'rsimon sohasida rivojlanadi. Klinik manzarasi androgenlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Kasallik navqiron va etilgan yoshda paydo bo'ladi. Ko'proq ayollar kasallanadilar. Bolalik yoshida qizlarda gipertrixoz paydo bo'ladi, bo'y o'sishi tezlashadi, mushaklari haddan tashqari rivojlanadi, tovushi past, dag'al bo'lib qoladi. O'g'il bolalarda barvaqt voyaga etish kuzatiladi, bo'yi baland emas, oyoqlari kalta. Ayollarda erkaklarga xos jinsiy belgilar paydo bo'lib maskulinizatsiya belgilari yuzaga keladi – teri ostidagi yog' qatlami kamayadi, mushaklari tez rivojlanadi, ko'krak bezlari atrofiyaga uchraydi, hayz ko'rish faoliyati buziladi; ko'pincha girsutizm paydo bo'ladi. Bemorning gormonal faoliyati tekshirilganda siydikda 17-KS miqdorining juda ko'pligi namoyon bo'ladi. O'smaning joylashuvini aniqlash uchun UTT va KT qo'llaniladi. Davolashda xirurgik usul ishlatiladi – bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi.

QON TOMIR KASALLIKLARI



Xozirgi zamon angiologiyasi o'z ta'sirini kardiologiya, terapiya, gastroenterologiya, seksologiya, nefrologiya, transplantologiyaning bir qator muammolariga yo'naltiradigan fandır. Angiologiya tufayli yurak ishemiyasi, miya, arterial gipertenziya kabi xastaliklarning patogenezini qayta ko'rib chiqish imkoniyati yaratildi. Tomirlarning ilgari ma'lum bo'lmagan yangi kasalliklari – nospetsifik aorto-arteriit va fibroz-mushak displaziya diagnostika qilinyapti va o'rganilyapti.

Anatomik-fiziologik xususiyatlar

Bemorlarni tekshirish usullarini yoritishdan oldin arterial tizimning ba'zi bir asosiy kasalliklari ustida to'xtalib o'tish zarur. Bular: ateroskleroz, nospetsifik aorto-arteriit, fibroz-mushak displaziyasi, obliteratsiyalovchi endarteriit. Ateroskleroz atamasini 1904 yilda Marshan taklif qilgan, bu aorta va arteriyalarning o'ziga xos kasalligidir. Bu kasallik arteriyalar intimasi ostida lipidlarning o'choqli yig'ilib biriktiruvchi to'qima atrofi o'sib qalinlashuvi, kaltsiy yig'ilishi va mediyaning o'zgarishi bilan bog'liq: asosiy sabablari – tashqi omillar (xolesteringa boy ovqat, xis-hayajonlar, gipokineziya, chekish), genetik moyillik, endokrin buzilishlar, modda almashinuvi buzilishlaridir.

Ateroskleroz patogenezining eng tarqalgan nazariyasi N.N. Anichkov, G.F. Lang, A.L. Myasnikovlar taklif qilgan neyrometabolitik nazariyadir. Hidrofil xolesterin kompleksi yaratilishida beqaror lipoprotein komplekslariga – 3/4 qismi lipidlardan iborat beta-lipoproteidlarga va 1/4 qismi oqsil bo'lgan xolesteringa katta ahamiyat beriladi. Ularning tomirlar orqali bunday tashilish usuli ishonchli emas, komplekslar erimaydigan lipidlar cho'kishi bilan oson parchalanadi. Xolesterinning bu esterlari erimaydigan komplekslar holida arteriyalar intimasida to'xtalib qoladi va asta-sekin yig'ilib, uning devoriga o'tadi. Urugvay xirurgi Palme tavsiya qilgan gemodinamik nazariyasi nuqtai nazardan ateroskleroz sistolik qon to'liqini zarblarining arterial devorni surunkali shikastlashi natijasi hisoblanadi. Bu arteriyalarning himoya sistemasi o'z vazifasini ado etolmaganda ro'y beradi. Aterosklerozning trombogen nazariyasini ingliz patologi Dugayt taklif etgan. Uning tadqiqotlariga binoan aortadagi tromblar avval g'ovak, so'ngra kontakt fibrindan tashkil topgan. Tromb yuzasi endotelii bilan qoplanadi, shunga ko'ra u go'yo tomir devorining tarkibiy qismiga o'xshab, intimaga joylanib olganday bo'ladi. Shundan keyin fibrin kondensatsiyasi va tromb hosil bo'lishi yuz beradi. Fibrin yig'ilishi takrorlanadi. Takrorlanish tez yuz bersa, fibrinning bir qatlami ikkinchi yangi qatlami bilan aloqaga kirishadi.

Nospetsifik aorto-arteriit – tomirlarning tizimli kasalligi bo'lib, asosiy xususiyati aortada va uning shox tarmoqlarida stenozlovchi, anevrizmatik yoki aralash jarayon hisoblanadi. Uni 1956 yilda Savori tasvirlagan. Nospetsifik aorto-arteriitning haqiqiy tarixi yapon vrachi M. Takayasuning 1905 yilda aorta ravog'i tarmoqlari zararlanishining klinik tasvirini bayon etishidan boshlangan. Aortitning allergik tabiatini hisobga olib, qator mualliflar uning autoimmun kelib chiqishi to'g'risidagi taxmini bayon qiladilar. Ayrim mualliflar uni kollagenozlar qatoriga kiritadilar, chunki unda kollagenozga xos yallig'lanish reaksiyalari, subfebrilitet, sistem zararlanish, klinik polilorfizm, ayrim musbat laboratoriya sinamallari qayd qilingan. Bu kasallikda, odatda, arteriyaning birlamchi tashqi qatlamlari zararlanadi, so'ngra jarayon tomirning birmuncha chuqur qatlamlariga tarqalib, intimani qalinlashtiradigan ikkilamchi yallig'lanish xodisalari yuz beradi.

Obliteratsiyalovchi endarteriit – oyoq distal arteriyalarining yallig'lanish kasalligi bo'lib, tromboz va o'tkazuvchanligining buzilishi bilan o'tadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Xozircha noaniq, uning rivojlanishini tushuntiradigan nikotin, infeksiyon, endokrin, buyrak usti bezi, trombogen nazariyalar rad etiladi. Arteriospazm rivojlanishida nikotin intoksikatsiyasining ishtiroki yaxshi ma'lum, biroq so'nggi yillarda chekadigan ayollar sonining ko'payishi ayollar o'rtasida endarteriit bilan kasallanish darajasini oshirgani yo'q. Bugungi kunda endarteriit rivojlanishida allergik komponentning ahamiyatini inkor etib bo'lmaydi. Neyrogen omil diqqatni tortadi. Endarteriitda nerv sistemasi zararlanishini ko'pgina mualliflar isbotlab berganlar, bunda morfologik o'zgarishlar oyoqdagi obliteratsiyaga uchramagan arteriya nervlarida ham topiladi. Arterial devorning maxalliy o'zgarishlari allergik komponentni ham o'z ichiga oladi. Autoantigenlar, autoantitelalar hosil bo'ladigan murakkab immun biologik reaksiyalar ro'y beradi, arteriya devorlarida morfologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Arteriyalarning fibroz displaziyasi – jarayon etiologiyasi xali to'liq o'rganilmagan. Birinchi marta De Kamp va Bixall tasvirlagan.

Gistologik tekshirishda o'rta parda normal elementlarining gipertrofiyasi aniqlanadi, natijada arteriya bo'shlig'i kentsentrik torayadi, u anevrizmatik kengaymalar bilan navbatlashadi. Katta anevrizmalar hosil bo'lishi ham mumkin. Asosan navqiron yoshdagi ayollar kasallanadilar. Fibroz displaziya ilgari faqat buyrak arteriyalarida uchrar edi. So'nggi vaqtlarda jaxon adabiyotida uning umumiy tomir kasalligi bo'lib, buyrak arteriyalaridan boshqa tomirlarni kasallantirishi haqida ilmiy ishlar paydo bo'ldi. Endovazal sabablardan tashqari, aorta va uning tarmoqlaridagi qon oqimi ularning turli ekstravazal omillardan bosilishi sababli buzilishi ham mumkin.

Aorta tarmoqlarining rivojlanish nuqsonlari, arteriyalarning uzayishi va patologik egri-bugriligi, umurtqa arteriyasi og'zining surilishi shular jumlasiga kiradi. Suyak kanalida umurtqa arteriyasining kompressiyasi buyrak osteoxondrozida osteofitlardan, umurtqalararo diskalar tushib qolganda va umurtqalar oldinga surilganda yuz berishi mumkin. Braxiotsefal arteriyalarda qon oqimi buzilishiga ularning karotid tana

o'smalaridan va bo'yin chandiqlaridan bosilishi kamdan-kam sabab bo'ladi.

Qorin stvoli anatomik joylashuviga ko'ra diafragma medial oyoqchasining fibroz boylami, quyosh chigalining gangliyalari va nerv tolalaridan bosilishi mumkin. Uning me'da osti bezi o'smasi, periarterial fibrozdan kompressiyaga uchrash hollari tasvirlangan. Tomir kasalliklarini aniqlash qiyinligiga qaramay, ularning ko'pchiligini bemorni odatdagi klinik tekshirishda bilib olsa bo'ladi.

Tekshirish usullari. Tomirlar patologiyasi bor bemorlarni tekshirish metodlarini 4 bosqichga bo'lish mumkin:

I. Ambulatoriyada tekshirish bosqichi.

1. Kasallik shikoyatlari, anamnezini, kechish xarakterini batafsil yig'ish va taxlil qilish. Odatda birinchi navbatda biror organda qon aylanishi etishmovchiligi bilan bog'lik simptomlar aniqlanadi. Ularning zararlangan organ funktsional aktivligi paytida paydo bo'lishi yoki kuchayishi o'ziga xosdir. Oyoqlarda yurganda og'rik paydo bo'lishi va tinch turganda yo'qolishi oyoq arteriyalari stenoz va okklyuziyasi simptomi yoki aorta bifurkatsiyasi simptomi hisoblanadi va «o'zgarib turadigan oqsoqlik» deyiladi. Qo'ldagi shunday og'riqlar qo'l arteriyalarining zararlanganidan dalolat beradi. Hazm cho'qqisida qorindagi og'riq vistseral qon aylanishi surunkali buzilganligini ko'rsatadi. Og'riqning xarakteri, kuchi, joylashuviga ko'ra muayyan tomir xavzasidagi qon aylanishi buzilishi, ishemiya darajasi va uning rivojlanish sur'atlari to'g'risida xulosa chiqarish mumkin. Parasteziyalar (uvishib qolish, igna sanchilganday, chumoli o'rmalaganday sezgi bo'lishi) ham qon aylanishi etishmovchiligi belgilaridir. Funktsional faollik paytida ular kuchayadi. Bosh aylanishi, sinkopal holatlar, vaqti-vaqtida ko'z ko'rmay qolishi braxiotsefal tomirlar yoki umurtqa arteriyasining stenozga uchrash oqibati hisoblanib, bosh miyada qon ta'minoti etarli emasligidan dalolat beradi. Ayrim hollarda bu simptomlar muayyan xarakatlar vaqtida paydo bo'ladi, bu holda tomirlar bosilishi va miya ishemiyasiga shubxa qilinishi mumkin. Ichning buzilib, gox, ketib, gox, qotib turishi vistseral qon aylanishi buzilishi simptomi bo'lishi mumkin, unga to'g'ri baho berish uchun ularning faoliyati, rivojlanish dinamikasi, ishlatilgan vositalarning ta'sirchanligi to'g'risidagi ma'lumotlar zarur.

2. Ko`zdan kechirish tomir kasalliklarining diagnostikasi uchun muxim to`qima trofikasi buzilishlarini aniqlashga imkon beradi. Mushak atrofiyasi odatda arteriyal qon aylanishi surunkali buzilganda rivojlanadi. Aorta koarktatsiyasi uchun qo`l-oyoq muskulaturasining nomutanosib rivojlanishi xos. Teridagi distrofik o`zgarishlar (uning yupka tortishi, soch to`kilishi kabi) ham ko`pincha shu soxadagi qon aylanishining surunkali etishmovchiligi belgisidir. Tomir xastaliklarida teri rangining o`zgarishi (rangparlik, tsianoz) diagnostika uchun qimmatlidir. Bu simptomlarning qaerda joylashganini nazarda tutish muxim. Shu tufayli bemorni to`liq, ko`zdan kechirish, gavda va qo`l oyoqlarining simmetrik qismlarini albatta taqqoslab qo`rish zarur.

3. Palpatsiya (paypaslab ko`rish) quyidagilarni aniqlash imkonini beradi: - gavda teri qismlaridagi xarorat o`zgarishiga baho berish va simmetrik segmentlar bo`yicha taqqoslash; - palpatsiyada ba`zi kasallik simptomini aniqlashga muvaffaq bo`linadi (masalan, arteriovenoz oqmada, sistolo-diastolik titrash, flebitlar borligi, aorta koarktatsiyasida qovurg`alararo arteriyalar pulsatsiyasi va x. k.); - tomirlar holatiga baho berish imkonini beradi; - oyoq-qo`llarning simmetrik satxlaridagi areteriyalar pulsatsiyasi palpator aniqlanadi va taqqoslanadi; - muayyan holatda paypaslab ko`riladi. Qorin bo`shlig`ini paypaslab, qorin arteriyasi anevrizmasini aniqlash mumkin.

4. Perkussiya tomir kasalliklari diagnostikasida kam ahamiyatga ega. Biroq u ma`lum ma`lumot olish imkonini beradi: masalan, qorin aortasi anevrizmasi yorilganda, qorin pardasi orqasi gematomasini aniqlashda, ko`ks oralitada tomir dastasi chegaralarini aniqlashda yordam beradi.

5. Tekshiruvni auskultatsiyasiz o`tkazishni to`la qimmatli deb hisoblash mumkin emas. Auskultatsiyani o`tkazsa bo`ladigan hamma nuqtalarda o`tkazish zarur. Normada magistral arteriya tepasida puls zarbini eshitish mumkin. Torayganda yoki patologik kengayganda sistolik shovqin, qon arterial o`zandan venoz o`zanga tushganda sistolo-diastolik shovqin paydo bo`ladi. U yoki bu arteriyani qaerida auskultatsiya qilishni bilish zarur. Chunonchi, uyqu arteriyasi bifurkatsiya soxasida ichki uyqu arteriyasining boshlang`ich bo`limi bilan birga pastki jag` burchagi orasida eshitiladi. Imo-ishora muskuli orqasida umrov arteriyasidan shovqinlar eshitiladi, shu nuqtaning o`zida o`ng tomonda braxiotsefal stvoldagi

shovqinlarni, o'mrov o'rtasidan 2 sm berida umurtqa arteriyasidan keladigan shovqinlarni aniqlash mumkin. Ikkinchi qovurg'alar orasida to'shdan o'ng tomonda yuqoriga ko'tariladigan aorta va aortal klapandan shovqinlar eshitiladi, to'shdan chap tomondan, uchinchi qovurg'alar orasida, yuqoriga ko'tariladigan aorta anevrizmali bemorlarda aorta klapani etishmovchiligida diastolik shovqin yaxshi eshitiladi. Pastga tushadigan ko'krak arteriyasidan va qorin aortasining proksimal bo'limidan stenotik shovqin qorinning o'rta chizig'i bo'ylab xanjarsimon o'siq ostida aniqlanadi. Qorin stvoli shovqini u bosilganda yoki stenozida xuddi shu nuqtada eshitiladi. Xanjarsimon o'siq bilan kindikning o'ng va chap tomoni o'rtasida pararektal chizik bo'ylab buyrak arteriyalari shovqinini eshitish mumkin. O'rta chiziq bo'ylab yuqoridan va kindik sathida qorin aortasi shovqinlari bo'ladi. Chov burmasi nuqtasida son arteriyasi shovqini eshitiladi. Taqim chuqurchasi o'rtasida shu nomdagi arteriya shovqini eshitiladi. Bemor shikoyatlari bo'lmaganda ham albatta tomirlarni eshitib qo'rish kerakligini ta'kidlab o'tamiz. Masalan, uyku arteriyasi ustida xarakterli shovqin eshitilishi, xatto klinik belgilari bo'lmaganda ham, uning stenozidan dalolat beradi. Gipertenziyali bemorlarda aorta yoki buyrak arteriyalari ustidagi shovqin uning vazorenal genezi xaqida taxmin qilish imkonini beradi. Shunga ko'ra tomirlarni auskultatsiya qilish tomir kasalliklarini erta yaxshiroq diagnostika qilishga yordam beradi.

6. Arterial bosim hamma qo'l-oyoqlarda, zarurat bo'lganda va tik turgan holatda Valsalva sinamasi bilan aniqlanadi.

II. Tekshirishning umumiy statsionar bosqichi quyidagilarni o'z ichiga oladi: - laboratoriya ma'lumotlari analizi – qon, siydikning umumiy analizi, qon bioximiyasi va elektrolitlari, koagulogramma, Zimnitskiy sinamasi, summar buyrak funksiyasi; - funktsional tekshirish ma'lumotlari (EKG, FKG, ostillosfigmoreografiya), rentgenologik ma'lumotlar, nevrologik, oftalmologik status ma'lumotlari, qorin aortasi va uning tarmoqlarini fonoangiografik tekshirish.

III. Tekshirishning ixtisoslashgan statsionar tipi. Qorin aortasi va tarmoqlari zararlanishini aniqlash maqsadida laboratoriya tekshiruv metodlari qo'llaniladi. Ichak va hazm organlari absorptsion va sekretor funksiyasi to'g'risidagi axborotni bemor koprogrammasini tekshirib olish

mumkin. Badbuy xidli, shilimshiq, neytral yog', mushak tolalari, biriktiruvchi to'qima miqdori ko'p, shakllanmagan axlat hazm organlarining sekretor va absorptsion funktsiyasi buzilganidan darak beradi.

Endoskopik diagnostika usullari (gastroduodenoskopiya, kolonoskopiya). Bu usullar abdominal patologiyaning kelib chiqishinigina emas, balki me'daichak yo'lidagi o'sma va boshqa organik kasalliklarni istisno qilishni o'ziga maqsad qilib qo'yadi. Arterial ostsillografiya periferik arterial sistemani tekshirishning tarqalgan metodlaridan biri hisoblanadi. Metodning moxiyati manjetkadagi turli bosimda puls to'liqlari kattaligini qayd qilishdan iborat, olingan egri chizik arteriyalar devorining cho'zilish amplitudasini aks ettiradi.

Sfigmografiya – arterial pulsni grafik qayd qilish metodikasidir. Bevosita yoki oddiy sfigmografiya arterial tomirning mazkur chegaralangan qismida yurak tsiklidagi o'zgarib turadigan bosim ta'siri ostida paydo bo'ladigan tomir deformatsiyasi darajasini xarakterlaydi. Oyoq-qo'llarning okklyuziyalovchi va stenozlovchi zararlanishlarida tomir devorining summar tebranishlarini qayd qiladigan hajmli sfigmografiyadan foydalanish maqsadga muvofiq. Bu oyoq qo'lining tekshirilayotgan sathidagi kollateral va magistral qon ta'minoti haqida umumiy tasavvur beradi.

Pletizmografiya – organ yoki gavda qismi hajmining ular tomirlarining qon bilan to'liqligi o'zgarishi bilan bog'lik tebranishlarini qayd qilish usulidir. U periferik gemodinamikaning muxim ko'rsatkichi – maksimal arterial bosimni qayd qilishning volyumetrik usuli negizini tashkil qiladi.

Reovazografiya – periferik qon aylanishi holatiga baho beradigan usul sifatida keng tarqalgan. Metod tekshiriladigan soha orqali yuqori chastotali tok o'tkazish va kompleks elektr qarshiligini grafik qayd qilishga asoslangan, bu qarshilik to'qimaning qon bilan to'liqligiga bog'liq holda o'zgarib turadi. Tekshiriladigan qismning qon bilan to'liqligi oshishi elektr toki pasayishiga, qon bilan to'liqlikning kamayishi esa qarshilikning oshishiga olib keladi. Reovazografiya periferik va tserebral hamda umumiy gemodinamikani o'rganishda ishlatiladi.

Angiotenziometriya – qon aylanishini o'rganishning 1952 yilda N.I. Arinkin taklif etgan kompleks usulidir. Pletizmo va sfigmografiya bu usulning asosini tashkil etadi. Bu usul bilan maksimal arterial bosim, venoz bosim, tomirlar tonusi, oyoq-qo'lning hajm-pulsga ta'luqli qon ta'minoti, qon oqimining hajm tezligi, yurakning sistolik hajmini tadqid qilish mumkin. Biroq metodikasi ko'p mehnat talab qiladi, apparatlari murakkab, shu tufayli metod klinikada keng qo'llanilmayapti.

Fonoangiografiya – qon oqimi buzilishlarida tomirlardagi shovqinlarni grafik qayd qilishdir. Shovqinlarni qayd qilish uchun maksimal shovqin proektsiyaga o'rnatiladigan oddiy fonokardiografik datchik ishlatiladi.

Kapillyaroskopiya – periferik tomirlarni vizual kuzatish usuli. Kapillyar qon aylanishi aksariyat kapillyarlar yaxshi ko'rinadigan tirnoq o'rnida (soxasi) tekshiriladi. Teri elektr termometriyasi – teri xarorati arterial va kapillyar qon aylanishi holatini aks ettiradi, shuningdek chuqur joylashgan to'qimalardagi metabolik jarayonlar aktivligi to'g'risida ma'lumot beradi. Haroratni universal tibbiy elektr termometr EGU-m bilan o'lchanadi. Haroratni o'lchash diapazoni 16° dan 42°S gacha.

Ultratovushli dopplerografiya. Metod asosini Doppler effekti tashkil qiladi. Yakinlashayotgan narsaning tovush chastotasi oshib, uzoqlashayotgan narsa tovushning chastotasi kamayishidan iborat. Uni periferik arterial sistemasining o'tkir va surunkali okklyuziyalarini diagnostika qilish, arterial o'zaklar okklyuziyasida arterial bosimni aniqlash, tomirlardagi rekonstruktiv operatsiyalar vaqtida qon oqimini aniqlashda foydalaniladi. Doppler tekshiruvi atravmatik; tomirlar patologiyasida muxim o'rin tutadi. Uyqu va umurtqa arteriyalarini tekshirishdan tashqari, oyoq-qo'llardagi tsirkulyator buzilishlarni diagnostika qilishda katta imkoniyatlarga ega. U arteriografiyani to'ldirishi mumkin.

Pnevmoretroperitoneografiya – aorta va uning tarmoqlari va qorin pardasi orti bo'shlig'ining differentsial diagnostikasida qo'llaniladi. Funktsional vena ichi urografiyasi – bunda kontrast modda yuborilgandan keyin 1, 3, 5, 10, 20, 30, 45, 60 minutdan keyin suratlar olinadi. Vaqt berayotganda kosacha-jomcha apparatining shakliga, deformatsiyasiga, ularning kontrastlanish tezligiga va kontrast moddaning chiqarilishiga

ahamiyat beriladi. Buyrak arteriyasi bir tomonlama zararlanganda ekskretor urogrammada quyidagi belgilar bo'lishi mumkin: - bitta buyrakda ikkinchisiga qaraganda kontrast paydo bo'lishining kechikishi; - buyraklar o'lchamlari o'rtasidagi tafovut 1 sm dan ko'p; - urografiya o'tkazilishining oxirida zararlangan buyrak kontrastlanishining paradoksal oshishi; - arteriyalarida okklyuziyasi bor bemorlarda normal retrograd pielogrammada buyrakning butunlay kontrastlanmasligi. Yod-gippuran-131 bilan radioizotop renografiya buyrakning 3 ta asosiy ko'rsatkichi: buyrakda qon oqimi, kanalcha epiteliysi sekretsiyasi va siydik chikaruvchi yo'llar holati to'rrisida ma'lumot beradi.

Buyraklarni skanerlash – buyraklar asta-sekin singdirib chiqaradigan neogidrin²⁰ ishlatiladi. Skanogrammalar qator buyrak anomaliyalari: distoniya, gipoplaziya, polikistoz, nefroptoz, pielonefrit, buyrak arteriyalari stenoz, buyrak segmenti infarktida ayniqsa kerak. Buyrak arteriyasining magistral stenozida, odatda, chegaralari tekis buyrakda neogidrin aktivligi konsentratsiyasining kamayishi aniqlanadi. Buyrakning parenximatov zararlanishlarida neogidrin aktivligi turli bo'limlarda xar hil darajada pasaygan.

Seriostsintigrafiya. Oddiy statik skanerlashdan farqli ravishda bu usul yoki dinamik skanerlash yod-gippuran-131 izotopi bilan «Daynami», «Gammakamera» kabi yangi apparatlarda o'tkaziladi. Metod buyrakning holati, o'lchamlari, shaklini aniqlash bilan bir qatorda uning izotop singdirish darajasini ko'rsatib beradi.

Kontrast tekshirish metodlari. Tomirlardagi morfologik o'zgarishlarni inson hayot vaqtida tekshirishning asosiy usuli angiografiya turli kasalliklarda qo'llaniladi. Tomirlarni kontrast tekshirish xirurgik davo qilinadigan bemorlarda va boshqa usullar kasallikka diagnoz qo'yishga imkon bermagan hollarda qo'llanilishi kerak. Xozirgi vaqtda monelik qiladigan hollar doirasi birmuncha toraygan, angiografiya, masalan, miokard infarktida, ishemik insultda va xatto buyrak etishmovchiligida ham o'tkaziladi. Bemorlarning kontrast moddalarni ko'tara olmasligi angiografiya o'tkazishga monelik qiladigan hol hisoblanadi.

Klinik amaliyotga angiografik tekshiruv metodlarining joriy qilinishi angiologiya rivojida katta turtki bo'ldi. Bu tekshiruvdan keyin deyarli hamma savollarga javoblar olinadi, bemorni operatsiya qilish-qilmaslik

masalasi hal qilinadi. Angiografiya o'tkazishda ehtimol, tutilgan asoratlarni yodda saqlash kerak. Hozir ixtisoslashgan bo'limlarda og'ir asoratlar 0,5-1,0% gacha uchraydi. Angiografiyaning quyidagi turlari bor.

Arteriografiya. Kontrast modda bevosita yaqin arteriyada yoki aortografiyada birmuncha olis qismlarda in'ektsiya qilinishi mumkin. Teri orqali punktsion arteriografiya qilish. Bu usul oyoq-qo'l tomirlarining diagnostikasida qo'llaniladi. Punktsion arteriografiyadan son arteriyasi distal bo'limi zararlanganiga, taqim osti arteriyasi va boldir arteriyalari kasalliklariga shubxa bo'lganda foydalaniladi. Aorta ravog'i tarmoqlari zararlanganligini diagnostika qilish uchun ham punktsion arteriografiyadan foydalanish mumkin. Umurtqa arteriyasini tekshirish uchun kontrast moddani qo'ltiq arteriyasini teri orqali punktsiya qilish yo'li bilan qon oqimiga qarshi yuboriladi.

Aortografiya. Xozir uning quyidagi metodlari qo'llaniladi. Aortani turli satxlarda punktsiya usuli bilan aortografiya qilish: - parasternal punktsiya aortaning boshlangich bo'limlari va toj arteriyalarni kontrast tekshirish uchun qo'llaniladi; - retroplevral punktsiya. Aorta pastki ko'krak bo'limini kontrast tekshirish uchun qo'llaniladi; - translyumbal punktsiya. qorin aortasi va oyoq arteriyalari ateroskleroz, aorto-arteriit yoki boshqa jarayon bilan zararlanganda ularni kontrastlash uchun 1929 yilda Dos Santos taklif etgan aortaning bevosita translyumbal punktsiyasi qo'l keladi. Agar qorin aortasi vistseral tarmoqdarini kontrastlash zarur bo'lsa, XII ko'krak umurtqasi satxida yuqori translyumbal aortografiya bilan aorta punktsiyasi bajariladi. Agar qorin aortasi bifurkatsiyasi va oyoq arteriyalarini kontrastlash vazifasi qo'yilgan bo'lsa, II bel umurtqasi pastki cheti sathida aortani pastki translyumbal punktsiya qilishdan foydalaniladi. Kateterni periferik arteriya orqali o'tkazish metodi ham bor. Aortaga son, elka, bilak, umumiy uyqu va kindik arteriyasi orqali o'tkazish va zarur satxda o'rnatilishi mumkin.

Aortani Seldinger usulida teri orqali, son orqali kateterlash keng qo'llanilyapti. Son arteriyasini igna bilan punktsiya qilinadi va u orqali tor ko'rinishidagi metall o'tkazgich kiritiladi. Igna chikariladi, o'tkazgich esa arteriya bo'shlig'ida qoldirilib, u orqali kateter kiritiladi. O'tkazgich chiqarilgandan keyin kateter aortaga yoki uning tarmoqlariga kiritiladi va aortografiya bajariladi. Son arteriyasi orqali zond kiritilganda yuqoriga

ko'tiriladigan va ko'krak aortasi, aorta ravog'i tarmoqlari, qorin aortasi kontrastlanishi va vistseral arteriyalar selektiv arteriografiya qilinishi mumkin. Selektiv angiografiya. Bunda kateter uchi (uchki bo'limi muayyan konfiguratsiyali maxsus kateter qo'llaniladi) qilinishi lozim bo'lgan tomirga kiritiladi, keyin kontrast modda in'ektsiya qilinadi.

Koronarografiya – toj arteriyalarni kontrast tekshitish. Koronarografiyaga ko'rsatmalar: 1) tipik stenokardiya va boshdan kechirilgan miokard infarktining klinik manzarasi; 2) boshqa kasalliklar bilan izoxlash mumkin bo'lmagan atipik og'riq; 3) yurak klapan apparati patologiyasi bilan bog'liq, bo'lmagan yurak ritmi buzilishi; 4) miokardni bevosita revaskulyarizatsiya qilish operatsiyasidan keyin aylanma shuntlar o'tkazuvchanligini aniqlash; 5) infarkt oldi holati va o'tkir miokard infarkti rivojlanishining dastlabki soatlarida. Koronarografiyaga monelik qiladigan hollar: 1) isitma holatlari; 2) parenximatuz organlarning og'ir holati; 3) yurak ritmining og'ir buzilishlari; 4) miya qon ta'minotining o'tkir buzilishlari; 5) yod preparatlariga ortiqcha sezuvchanlik.

Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari

Takayasu sindromi degan nom ostida braxiotsefal arteriyalarni toraytiradigan yoki tutilib qolishini keltirib chiqaradigan va bosh miya hamda qo'llar ishemiyasiga olib keladigan har xil etiologiyali kasalliklar guruxi birlashtiriladi. Yapon oftalmologi Takayasu 1908 yilda yosh ayollarda ko'z to'rsimon pardasi arteriyasining zararlanishi va qo'lda puls yo'qligi bilan ta'riflanadigan tomirlar kasalligini tasvirladi. Adabiyotda bu sindrom kashfiyotchi sharafiga Takayasu deb ataldi. Bu patologiya adabiyotda boshqa nomlar bilan ham yuritiladi, ulardan eng keng tarqalgani «aorta ravog'i sindromi», «puls yo'qligi kasalligi», «Martorelle sindromi», «yosh ayollar arteriiti», «Gigant xo'jayrali arteriit», «Takayasu sindromi» va boshqalardir. Bu kasallikning anchagina tarqalganligi va prognozining yomonligi, miya insultiga va davolash usullariga oid qarashlarning qayta ko'rib chiqilishi munosabati bilan uning klinik ahamiyati etarlicha muximdir.

Ishemik insult paydo bo'ladigan bemorlarning taxminan yarmida bosh miyani ta'minlaydigan kalla suyagidan tashqaridagi arteriyalarda zararlanishlar bo'ladi. Aterosklerozda bosh miyaning ishemik

zararlanishlari faqat arterial okklyuziyasi yoki stenozi sababli emas, balki serebral arteriyalarning aterosklerotik pilakchadan mikroemboliyasi natijasida ham rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezini. Braxiotsefal arteriyalar tutilib qolishni keltirib chiqaradigan etiologik omillar bir necha guruxlarga bo'linishi mumkin:

1. Arteriyalarning obliteratsiya qiladigan kasalliklari: - ateroskleroz; - nospetsifik aorto-arteriit; - obliteratsiyalovchi trombangit; - chakka arteriiti.

2. Aorta ravog'i anevrizmalari braxiotsefal arteriyalarning ikkilamchi torayishi bilan: - aterosklerotik; - zaxmli; - qatlamlanadigan anevrizmalar.

3. Aorta ravog'i tarmoqlarining rivojlanish nuqsonlari: - arteriyalarning patologik egri-bugriligi, og'izning surilish nuqsonlari; - arteriyalarning patologik egri-bugriligi, qovuzloqlar hosil qilish va angulyatsiyasi; - aorta ravog'i tarmoklari nuqsonlari.

4. Arteriyalar kompressiyasining ekstravazal omillari. Ateroskleroz ishemiik sindromning eng ko'p sababchisi hisoblanadi, bemorlarning taxminan 2/3 qismida aterosklerotik kelib chiqadigan braxiotsefal arteriyalarning zararlanishi bo'ladi.

Erkaklar ayollarga nisbatan 4 baravar ko'proq zararlanadi. Aterosklerozning muhim xususiyati shundaki, bosh miyaning kalla suyagidan tashqaridagi arteriyalarining zararlanishi intrakranial arteriyalarga qaraganda 5 marta ko'proq uchraydi. Uyqu arteriyasi bifurkatsiyasi va ichki uyqu arteriyasining boshlang'ich segmenti aterosklerotik pilakcha rivojlanadigan joy hisoblanadi. Ikkala uyqu arteriyasi bir xilda ko'p zararlanadi. Aksariyat patologik jarayonga o'mrov osti arteriyalari ham qo'shiladi, bunda chap arteriyasi o'ng arteriyasiga nisbatan 3 baravar ko'proq zararlanadi. Ko'pincha bemorlarda aorta ravog'i tarmoqlarining ko'p sonli zararlanishlari aniqlanadi.

Nospetsifik aorto-arteriit braxiotsefal tomirlar zararlanishining sabablari orasida ikkinchi o'rinda turadi. Aorto-arteriit uchun stenozlangan qismning birmuncha uzunligi xos. Aorto-arteriitning taxminan 75% hillarida aorta ravog'i tarmoqlarining ko'p sonli zararlanishlari kuzatiladi. Bu kasallik bilan aksariyat 30-40 yoshdagi odamlar, ko'proq ayollar (4:1) kasallanadilar.

Braxiotsefal tomirlarning normal o`tkazuvchanligini buzadigan uchinchi sabab – ekstravazal kompressiya hisoblanadi. Umurtqa arteriyasi og`zi surilganda, buralganda yoki oldingi zinapoyasimon muskul bilan bosilganda (umurtqa arteriyasi anomal chiqqanda) umurtqa arteriyasi bo`ylab qon oqimi kamayishi mumkin. Umurtqa arteriyalarining suyak kanalida stenozlanishi bo`yin osteoxondrozi rivojlanganda, osteofitlar, o`smalar tomonidan bosilganda ro`y berishi mumkin.

Braxiotsefal arteriyalarning patologik egri-bugriligi arteriyaning uzayishi va keskin diviatsiyasi, shu joylarda buralish va o`tkazuvchanlik buzilishi sodir bo`lishi bilan ta`riflanadi.

Qon oqimi izdan chiqishiga olib keladigan boshqa kasalliklar orasida kamdan-kam uchraydigan zaxm arteriitini qayd qilib o`tish kerak. Miya qon aylanishining buzilishlari yuqori arterial gipertenziya fonida rivojlana oladigan ichki uyqu arteriyasi anevrizmasiga bog`liq bo`lishi mumkin.

Klinikasi. Bu kasallikning klinik belgilari muayyan arteriyadagi okklyuziyaning joylashuviga va xarakteriga, izdan chiqqan magistral qon oqimining kompensatsiyasi bosqichiga bog`liq. Kasallikning patologik jarayonning topikasini va xarakterini aks ettiradigan klinik formalari (simptomlari) davolash usulini tanlashga imkon beradigan diagnozning zamonaviy turi xisoblanadi.

1. *O`mrov osti sindromi* – asosiy tarmoqlari chiqqandan keyin o`mrov osti arteriyasining eng distal qismidagi okklyuziya. Takayasu sindromida o`mrov osti arteriyasi bo`ylab qon oqimi deyarli 6% hollarda zarar ko`radi (B.V. Petrovskiy muallifdoshlari bilan). Ko`pchilik bemorlarda o`mrov osti sindromining etiologik omili arteriit, qolgan hollarda ekstravazal omillar, qo`shimcha bo`yin qovurg`alari va oldingi zina poyasimon mushak sindromi hisoblanadi. Bu sindromning mohiyati qo`l ishemiyasidir. Ishemiya darajasi kollateral qon aylanishi imkoniyatlari bilan belgilanadi. Dekompensatsiyalangan bosqich qo`l panjasi va bilakda ikkinchi – distal blok bo`lganda uchaydi, xolos.

2. *Umurtqa sindromi* – umurtqa arteriyasining ekstravazal bo`limida qon oqimining buzilishi va shu sababli miya tomirlarida etishmovchilik paydo bo`lishidir. Umurtqa sindromi alohida ko`rinishda qariyb 17% hollarda uchraydi. Umurtqa arteriyasining ekstrakranial bo`limida qon oqimi buzilishi uchta sathda – og`iz sohasida, suyak kanalida, kalla

suyagiga kirishdagi gorizontal qismda ro'y berishi mumkin. Qon oqimi buzilishiga ateroskleroz (70%), ekstravazal omillar va rivojlanish nuqsonlari sabab bo'lishi mumkin. Sindromning klinik belgilari bosh miya yarimsharlarining stvoli, ensa bo'laklari va ichki miya ishemiyasiga bog'liq bo'ladi.

3. *O'mrov osti-umurtqa sindromi*. O'mrov osti arteriyasi bloki shunday joylashadiki, qon oqimidan o'mrov osti arteriyasi ham, umurtqa arteriyasi ham ajralib qoladi. Ana shunga o'mrov osti-umurtqa sindromi deyiladi. Umurtqa arteriyasida qon oqimining aynishi sodir bo'ladi – qon oqimi miyadan qo'lga teskari yo'nalishda oqadi, chunki o'mrov osti arteriyasi sistemasidagi bosim Villiziy doirasidagiga qaraganda past bo'ladi. Bu fenomen adabiyotda «subclavian steal syndrome» – o'mrov ostida qon o'g'irlanish sindromi degan nom olgan bo'lib, uni 1960 yilda Contorni birinchi marta tasvirlagan. Elka kamari va ko'l ishemiyasining klinik ko'rinishi bu soxalarda kollateral qon aylanishi rivojlanganligidan va still-sindrom hisobiga odatda og'ir bo'lmaydi. Bemorlar ish vaqtida qo'llarining tez toliqib qolishidan, ularning uvishishi va sovqotishidan, barmoqlar va panjaning muzday bo'lishidan noliydilar, qo'l muskullari atrofiyaga uchraydi, qo'lda og'riq bo'ladi. Stillsindrom rivojlanishi vertebrobazillyar sistemada qon aylanishi etishmovchiligiga olib keladi, bu umrov osti-umurtqa sindromida ustunlik qiladigan belgi hisoblanadi.

4. *Uyqu arteriyalari sindromi* – shu tomirlar proksimal bo'limlarida qon oqimining buzilishidir. Umumiy uyqu arteriyasi bifurkatsiya sohasida undan pastki qismga nisbatan ko'proq zararlanadi. Ichki uyqu arteriyasini stenozga yoki okklyuziyaga olib keladigan asosiy etiologik omil ateroskleroz sanaladi. Uyqu arteriyasi sindromining klinikasi bosh miya katta yarimsharlari va ko'z soqqalari ishemiyasi bilan belgilanadi. Bemorlar bosh og'rishi, bosh aylanishi, xotira pasayishi, zararlangan tomonda ko'z ko'rmay qolishi, ba'zan xushdan ketishdan shikoyat qiladilar.

5. *Nomsiz arteriya sindromi* – nomsiz arteriyada qon aylanishining buzilishi. Bu o'zining turli-tuman klinik manzarasiga ko'ra braxiotsefal arteriyalar patologiyasidir. U go'yo bundan oldingi hamma sindromlarni o'ziga jamlab oladi va ayni vaqtda bu simptomlar ulardan mutlaqo farq qiladi. Nomsiz arteriya sindromining ko'rinishi bosh miyaning karotid tipi

bo'yicha hamda vertebrobazillyar tip bo'yicha ishemiyasidan, o'ng qo'ldagi arterial etishmovchilik va o'ng ko'z ko'ruv qobiliyati buzilishidan tashkil topadi. Kollateral qon aylanishining katta imkoniyatlariga qaramay, nomsiz stvol okklyuziyasi g'oyat xavfli ofat – patologiya sanaladi va serebral buzilishlar bunday bemorlarning amalda hammasida ertami-kechmi yuz beradi.

6. *Qo'shma formalari* – aorta ravog'i tarmoqlarining ko'p sonli zararlanishlari bir-biri bilan turlicha qo'shib kelib, 17-18% xollarda uchraydi (I.A. Belichenko, 1970). Bu, aftidan, braxiotsefal tomirlarning dastlabki aloxida ko'pgina zararlanishlarining nihoyasi hisoblanadi. Bu guruxda kasallikning eng uzoq davomlilik 4-5 yil bo'lishi bejiz emas. Klinik ko'rinishlari har bir ayrim holda g'oyat o'ziga xos va zararlangan arteriyalar soniga hamda okklyuziya darajasiga bog'liq. Umurtqa va karotid sindromlarning karotid va umrov osti-umurtqa sindromlarining birga kelishi kuzatiladi. Nihoyat, hamma ma'lum sindromlar birga uchrashi mumkin.

A.V. Pokrovskiy miyada qon aylanishi buzilishining quyidagi guruxlarini tafovut qiladi:

1. Simptomsiz okklyuziyalar – 23,6%.
2. Miya qon aylanishining tranzitor ishemiya xurujlari bilan o'tadigan ko'chma buzilishlari – 40,5%.
3. Distsirkulyator entsefalopatiya – 11%.
4. Ishemik insultlar va ularning qoldik hodisalari – 25%.

Diagnostikasi. Takayasu sindromi bo'lgan bemorlarda o'tkaziladigan diagnostik tadbirlar yig'indisini shartli ravishda uchta bosqichga bo'lish mumkin:

I. Umumiy klinik tekshirishlar bosqichi: so'rab-surishtirish va kasallikning anamnezini yig'ish, bemorni ko'zdan kechirish, aorta ravog'i tarmoqlarining holatini, shuningdek yuza joylashgan magistral arteriyalarni palpator va auskultativ aniqlash. Arterial bosim ikkala qo'l va ikkala oyoqda aniqlanadi.

II. Tekshirishning ixtisoslashgan statsionar bosqichi: - laboratoriya tekshirish usullari; - funktsional tekshirish usullari; - nefrologik tekshirish; - oftalmologik tekshirish; - otonevrologik tekshirish; - rentgen kontrast tekshirish (aortografiya yoki selektiv angiografiya).

III. Tekshirishning intraoperatsion bosqichi: aorta ravog'i braxiotsefal tarmoqlar taftishi, elektromagnit floumetriya, intraoperatsion angiografiya. Braxiotsefal arteriyalari zararlangan bemorlar uchun nevrologik, oftalmologik va otonevrologik xarakterdagi shikoyatlarning bir qanchasi xosdir.

Ko'zdan kechirish to'g'ri diagnoz qo'yish uchun xech qanday yo'l-yo'riqlar ko'rsata olmaydi. Paypaslab ko'rish chakka, uyqu, elka va bilak arteriyalaridagi pulsatsiyaning o'zgarishlarini aniqlab beradi. Umumiy uyqu va nomsiz arteriyalar okklyuziyasida zararlangan tomondagi na uyqu, na chakka arteriyalarining pulsatsiyasi, tabiiyki, aniqlanmaydi. Biroq ichki uyqu arteriyasi okklyuziyasida va uning stenozida bifurkatsiya soxasida chakka arteriyasining pulsatsiyasi (urib turishi) xatto kuchaygan bo'lishi mumkin, chunki butun qon oqimi tashqi uyqu arteriyasiga yo'naladi.

Arterial bosimni o'lchashni hamma qo'l va oyoqlarda olib borish kerak. O'mrov osti arteriyasi zararlanganda sistolik arterial bosim simob ustuni xisobida 80-90 mm gacha, puls bosimi simob ustuni xisobida 19-30 mm gacha pasayadi.

Auskultatsiya braxiotsefal tomirlar kasalliklarining birlamchi diagnostikasida asosiy ahamiyat kasb etadi. Bifurkatsiya va ichki uyqu arteriyasi stenozida pastki jag' burchagidagi sistolik shovqin bemorlarning 75 foizida eshitiladi.

Qonni laboratoriyada tekshirish natijalari quyidagicha bo'lishi mumkin: - qon elementlari (o'rtacha gipoxrom kamqonlik, o'rtracha leykotsitoz, eritrotsitlarning cho'kish tezligi tezlashgan); - plazma oksillari (gipoalbuminemiya, globulin fraktsiyalari, shuningdek fibrinogen oshishi); - immunologik reaksiyalar (musbat aktinuklear omil, Vasserman soxta musbat reaksiyasi).

Funksional tekshirish usullari. O'mrov osti arteriyasi okklyuziyasida reovazogrammalar balandligi asimmetriyasi va to'lqinlari xarakteri va qo'lning xajmiy sfigmogrammalari hamavaqt bor. Uyqu va nomsiz arteriyalar zararlanganini diagnostika qilishda uyqu va yuza chakka arteriyalarini sfigmografiya qilish katta yordam beradi. Okklyuziyada egri chizik to'lqinlari pasayadi va shakli o'zgaradi. Reoentsefalografiya katta yordam beradi, u uyqu arteriyasi bir tomonlama zararlanganda miya qon ta'minotining yarimsharlararo asimmetriyasi belgilarini aniqlaydi, hamma

braxiotsefal tarmoqlar okklyuziyasida esa hamma usullarda reogramma to`lqinlarining keskin pasayishini qayd qiladi. Braxiotsefal tomirlarning birlamchi diagnostikasida infraqizil spektrdagi termografiya qo`llaniladi. 0,6°C dan yuqori termoasimmetriya patologik deb hisoblanadi. So`nggi yillarda qon oqimini ultratovush bilan tekshirish usullari keng tarqaldi. Ultratovushli datchik doppler effekti printsiplida faqat arteriya pulsatsiyasini emas, balki undagi qon oqimi yo`nalishi va tezligini ham aniqlasa bo`ladi.

Nevrologik tekshirishlar. Bosh miya ishemiyasining nevrologik alomatlari qaysi tomir xavzasi zarar ko`rganiga, arteriyaning okklyuziya darajasi va rivojlanish sur`atiga, shuningdek, kollateral qon aylanishining qanchalik muvofiqligiga bog`liq. Shu munosabat bilan miya qon aylanishi etishmovchiligini karotid, vertebrobazillyar va birga uchraydigan karotidbazillyar tipi bo`yicha farq qilish zarur. Nevrologik simptomatikaning o`zi esa intermitirldaydigan yoki barqaror, doimiy xarakterda bo`lishi mumkin. Bosh og`rig`i – bosimning magistral arteriyalari okklyuziyasi bo`lgan bemorlarda qayd qilinadi. U taxminan bemorlarning 80 foizida bo`ladi. Og`riq aksariyat chakka soxasida, ba`zan boshning u yoki bu yarmida yoki tutash bo`ladi. Bosh aylanishi uchrashi jixatidan ikkinchi nevrologik simptom, bemorlarning kam deganda 35 foizida uchraydi. Bu simptom vestibulyar apparat funktsiyasi buzilishi va uning uzunasiga ketgan orqa dastasi sistemasi bo`yicha quyida joylashgan bo`limlari bilan aloqasiga bog`liq. Qisqa muddatga xushdan ketish hodisasi kam deganda 5% hollarda uchraydi, ular, aftidan, bosh miya to`rsimon formatsiyasining ishemiyasi bilan bog`liq bo`lsa kerak. Giperkinetik va amniostatik sindrom miyacha va o`zak qobiq osti tugunlari og`ir va uzoq muddatga ishemiya bo`lgan bemorlarda uchraydi. Talvasalar va epilepsiyasimon tutqanoqlar ahyon-ahyonda kuzatiladi. Bu holatlarning tabiati aniqlanmagan. Po`stloqqa taalluqli ko`rish qobiliyati buzilishlari. Bu guruxga bosh miya yarimsharlarida, asosan ensa bo`laklarida qon aylanishi etishmasligi natijasida yuzaga keladigan ko`rishning turli-tuman buzilishlari kiradi. Ko`rishning bunday buzilishlari 17% ni tashkil etadi.

Harakat buzilishlari – kasallikning eng ravshan va og`ir belgilaridan xisoblanadi. Nevrologik buzilishlar bu formasining umumiy protsenti 13,3% ni tashkil etadi (A.V. Pokrovskiy bo`yicha). Nutq buzilishlari

bemorlarning deyarli 11 foizida uchraydi. Ular ishemik uchoqda joylashuvi bo'yicha turli-tuman ko'rinishga ega bo'ladi. Nistagm – birmuncha ko'p uchraydigan nevrologik simptomlardan biri xisoblanadi. Vertebro-bazillyar sistemasida qon oqimi buzilgan bemorlardagina kuzatiladi. Ko'z harakatining buzilishlari nistagm singari uchraydi. Unda ko'z soqqalari harakati o'zgaradi, konvergentsiya va akkomodatsiya reaksiyalari buziladi. Miyachadan bo'ladigan simptomlar – asinergiya, dizmetriya, mushaklar distoniyasi bemorlarning taxminan 8 foizida uchraydi (B.V. Petrovskiy muallifdoshlari bilan). Yutish va fonatsiyaning buzilishlari (disfagiya, dizartriya) 6-7% xollarda kuzatiladi. Sezuvchanlikning buzilishlari parez bo'lgan tomonda bemorlarning 15 foizida kuzatiladi.

Vegetativ buzilishlar – ko'ngil aynishi, qayt qilish, rangparlik, bradikardiya, ter ajralishining buzilishi kamroq uchraydi.

Aorta ravog'i tarmoqlari okklyuziyasida oftalmologik simptomatika butun ko'ruv analizatorining ishemiyasidan vujudga keladi. Bunda quyidagi usullardan foydalaniladi: Periferik ko'ruv retseptori holatini o'rganish – oftalmoskopiya – ko'ruv nervi o'tkirligini tekshirish quyidagi testlar bo'yicha o'tkaziladi: - ko'rish o'tkirligi; - perimetriya (ko'ruv maydonini aniqlash); - rangli perimetriya; - yorug'lik sezuvchanlikni aniqlash; - to'r parda markaziy arteriyasini bosish; - oftalmotonus va ko'z ichidagi suyuqliq almashinuvi.

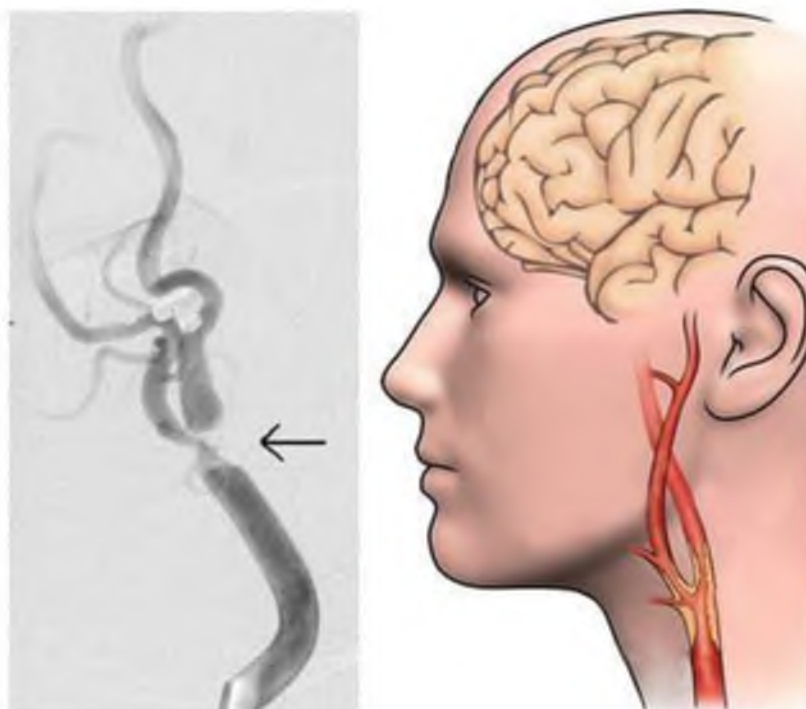
Otonevrologik tekshirish quyidagilarni o'z ichiga oladi: - LOR organlarini ko'zdan kechirish; - eshituv, vestibulyar, ta'm bilish, hid bilish funksiyasini aniqlash; - maxsus usullar (audiometriya); - maxsus sinamalar (kalorik sinama, miyachaga taalluqli ayrim sinamalar). Otonevrologik simptomatika LOR organlari va ularning funksiyalari ta'm, hid bilish, otokinetik retseptsiya) holatini aks ettirib, boshning xronik ishemiyasi sharoitlarida va aorta ravog'i tarmoqlari okklyuzion zararlanishining umumiy semiotikasida muhim o'rin egallaydi.

Braxiotsefal tarmoqlari zararlangan bemorlarni tekshirish vaqtida boshqa tomir xavzalarining birgalikda zararlanish simptomlariga (toj arteriyalar, qorin aortasining vistseral tarmoqlari, oyoq, arteriyalari) ahamiyat berish zarur.

Tekshirishning rentgen kontrast usullari. Hozirgi vaqtda braxiotsefal arteriyalarni rentgen kontrast tekshirishning quyidagi usullari qo`llanadi:

1. Kateterizatsion ko`krak aortografiyasi. Aortaning hamma bo`limlari, jumladan uning ravog`ini ham kateterlash 1953 yilda shved olimi Seldinger taklif qilgan metodika bo`yicha hozir hamma joyda amalga oshirilayapti.

2. Selektiv aortoarteriografiya. Aorta ravog`ida kateter borligi uni aortaning tarmoqlaridan biri og`ziga kiritib, so`ngra uni kontrastlash, ya`ni selektiv arteriografiya qilishga imkon beradi. Shunday bo`lishiga qaramay, selektiv aortoarteriografiya uchun ko`rsatmalar chegaralangan hollardagina o`tkazilishi mumkin.



53 – rasm. Uyqu arteriyalari stenozi va o`mrov arteriyalari okklyuziyasi.

Rentgen kontrast tekshirishdan keyingina braxiotsefal tomirlarning klinik zararlanishlarini aniqlash va xirurgik taktika to`g`risidagi masalani hal qilish mumkinligini qayd qilib o`tmok darkor.

Davolash. Operatsiyaga ko`rsatmalar:

1. Nomsiz arteriyaning umurtqa, o`mrov osti-umurtqa karotid sindromida kompensatsiya va subkompensatsiya bosqichida ateroskleroz va arteriit zaminida segmentar okklyuziyasi.

2. Ekstravazal zararlanishlar, patologik egri-bugrilik va nuqsonlarning hamma klinik formalarida kompensatsiya va subkompensatsiya bosqichida.

3. Og'riq sindromi bo'lgan aniq, yuzaga chiqqan qo'l ishemiyasida va trofik buzilishlari bo'lgan o'mrov osti sindromida.

4. Qo'shma (kombinatsiya qilingan) formalarida, kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan bosqichlarida bosh magistral arteriyalaridan birida qon oqimini yaxshilash uchun.

Operatsiya qilishga monelik qiladigan hollar:

1. Kasallikning angiospastik formalari.
2. Kompensatsiyalangan bosqichdagi o'mrov osti sindromi qo'l ishemiyasining aniq yuzaga chiqqan belgilari bo'lmaganda.
3. Kasallikning dekompensatsiyalangan bosqichlari.
4. Inkurabel holat.

Braxiotsefal arteriyalarning okklyuzion zararlanishlarida operatsiyani tanlash:

1. Uyqu, umurtqa, o'mrov osti va nomsiz arteriyalaridagi stenozlar, trombozlar va patologik egri-bugriliklardagi rekonstruktiv operatsiyalar: - arteriyaning zararlangan qismini anastomoz bilan oxiridan-oxiriga rezektsiya yoki nuqsonni alloprotez bilan almashtirish; - endarterektomiya va alloplastika bilan yoki busiz; - yuqoriga ko'tariladigan aortadan o'mrov osti, uyqu, nomsiz arteriyalarga alloprotez bilan chetlab o'tib (aylanib) shuntlash; - arteriyalarni, jumladan ekstratorakal arteriyalarni bir joydan ikkinchisiga ko'chirish operatsiyalari.

2. Ekstravazal kompressiyani bartaraf qiladigan operatsiyalar: - qovurg'a rezektsiyasi (buyin qovurg'asi yoki yuqorida joylashgan I qovurg'a); - skalenotomiya va o'mrov osti va kichik ko'krak mushagini qirqish; - arterioliz.

3. Simpatik va adrenal sistemalardagi operatsiyalar: - yuqori buyin simpatektomiyasi (C1-C2). - stollektomiya (C7), - ko'krak simpatektomiyasi (Th2-Th3), - periarterial simpatektomiya, - epinefrektomiya (bir yoki ikki tomonlama).

Takayasu sindromida muvaffaqiyatli chiqqan birinchi rekonstruktiv operatsiyani – ichki uyqu arteriyasidan endarterektomiyani 1953 yilda De Beki o'tkazgan. Bajarilgan operatsiyaning ko'rinishi mavjud

patologiyaga bog'liq A.V. Pokrovskiy fikricha, ichki uyqu arteriyasining keskin stenozida yoki okklyuziyasida tashqi arteriya tarmoqlari orqali qon oqimi bosh miyani qon bilan ta'minlash uchun amaliy ahamiyatga ega. Umumiy uyqu arteriyalari nospetsifik aorto-arteriit bilan zararlanganda tanlanadigan operatsiya rezektsiya qilib protezlashdir. Ikkala uyqu arteriyasi okklyuzion zararlanganda bir vaqtning o'zida bifurkatsiyani protezlashi bajarish mumkin. Braxiotsefal tomirlardagi rekonstruktiv operatsiyalardan keyin o'lim darajasi operatsiyaga ko'rsatmalarning to'g'ri aniqlanganiga, aralashuv lokalizatsiyasining, xirurg tajribasiga bog'liq va 1 dan 4% gacha hollarni tashkil etadi. A.V. Pokrovskiyning ma'lumotlariga ko'ra elka-bog' stvoli rekonstruksiyasida qon oqimini hamma bemorlarda tiklashga muvaffaq bo'linadi. Davolash fizkulturasi, massaj, dori-darmonlar bilan davolash mehnat qobiliyatining tezroq tiklanishiga imkon beradi.

Lerish sindromi

«Lerish sindromi» atamasi klinik amaliyotda qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalarning stenozlaydigan va okklyuziya qiladigan zararlanishlari natijasidagi buzilishlar yig'indisini ifodalashda ishlatiladi. Bu sindrom klinik manzarasini birinchi marta 1923 yilda frantsuz xirurgi Rene Lerish batafsil tasvirlagan. Bu kasallik patologik anatomik tekshirishlarda 0,14% xollarda uchraydi (Felson, 1954). Bemorlarning taxminan 25 foizida konservativ davolash ikkala oyoqni amputatsiya qilish bilan tugallanadi. Umr ko'rish va oyoq holati prognozi jiddiy: kasallikning dastlabki simptomlari paydo bo'lgandan 8 yil o'tgach, bemorlarning uchdan bir qismi nobud bo'ladi, bunda ularning yarmida gangrena sababli oyoqlari amputatsiya qilinadi, uchdan ikki qismidan amputatsiya birmuncha keyingi davrda qilinadi, qolgan uchdan bir qismida oyoq holati yomonlashib boradi.

Etiologiyasi. Qorin aortasi va yonbosh arteriyalarining stenozlaydigan zararlanishlari tug'ma va orttirilgan kasalliklardan yuz berishi mumkin. Tug'ma kasalliklarga aorta qorin bo'limi gipoplaziyasi yoki atreziyasini kiritish lozim. Kasallik ham yallig'lanish bo'lmaydigan, ham orttirilgan yallig'lanish kasalliklaridan kelib chiqishi extimol. Aortaning yallig'lanishga aloqador bo'lmagan kasalliklari orasida

ateroskleroz ko'p uchraydi (70-85%). Aortaning yallig'lanish kasalliklari orasida uning stenoziga – zaxm aortiti, infeksiyon arteriitlarning boshqa turlari, shuningdek nospetsifik aorto-arteriit sabab bo'lishi mumkin. Qorin aortasining okklyuziyalovchi kasalliklari klassifikatsiyasi jarayonning joylashuvi va turini hamda ishemiya manzarasining qandayligini hisobga olgan holda etiologik printsip bo'yicha tuziladi. Etiologiyasi bo'yicha qorin aortasi zararlanishi orttirilgan (ateroskleroz, nospetsifik aorto-arteriit, endarteriit, postembolik okklyuziya, shikast oqibatlari va b.) va tug'ma (gipoplaziya, aplaziya, fibroz-mushak displaziyasi) turlarga bo'linadi.



54 – rasm. Oyoqlar arteriyalarining aterosklerozda zararlanishini uchrashi.

Qorin aortasining stenotik zararlanishi yonbosh arteriyalarning bir yoki ikki tomonlama zararlanishi bilan o'tishi mumkin. So'nggi xili tipik Lerish sindromi hisoblanadi. Arteriyalarning zararlanish darajasi (stenoz yoki okklyuziya) va distal tomir o'zani holati, xususan son-taqim zonasida okklyuziya borligi va boldir arteriyalari okklyuziyalari borligini aniqlash muhim.

Son arteriyalari okklyuziyasida asosiy kollateral sifatidagi son chuqur arteriyasining o'tkazuvchanligi muhim ahamiyatga ega. Ishemik sindromning yuzaga chiqqanligiga ko'ra kasallikning 4 bosqichi farq qilinadi.

I bosqichda oyoqda og`riq, zo`r jismoniy harakatda, masalan, 1 km dan ko`p masofa bosib o`tilganda paydo bo`ladi.

Ishemiyaning II bosqichida og`riq, kamroq yo`l yurilganda vujudga keladi. 200 metrlik masofa shartli mezon qilib olingan. Agar bemor odatdagicha odimlab 200 m dan ortiq masofani og`riqsiz bosib o`tsa, uning holatini ishemiyaning II «A» bosqichi sifatida belgilaydilar. Agar normal odimlashda 200 m yurilmasdan og`riq paydo bo`lsa, bu – ishemiyaning II «B» bosqichi hisoblanadi.

Tinch turilganda yoki 25 m dan kam yurilganda og`riq tursa, bu – ishemiyaning III bosqichi sifatida qaraladi.

Ishemiyaning IV bosqichi to`qimalarning yara-nekrotik o`zgarishlarga uchrashi bilan ta`riflanadi.

Klinikasi. Arterial o`zagining aorta-yonbosh segmenti zararlanganda oyoq ishemiyasi klinik manzarasi rivojlanishiga faqat 3 ta omil sabab bo`lishi mumkin: 1) aorta ateromatoz pilakchalari yaraga uchrab, distal o`zanning ateromatoz emboliyasi; 2) terminal aorta va umumiy yonbosh arteriyalarining trombozi; 3) oyoqlar distal bo`limlari (son va taqim osti segmentlari) birgalikda aterosklerotik zararlanishi. Xuddi shu «ko`p qavatli» aterosklerotik zararlanish zo`riqish ishemiyasi manzarasi, so`ngra tinchlikdagi oyoq ishemiyasi avj olishiga olib keladi. Bu jarayon oyoqlarning ro`yrost trofik o`zgarishlari bilan, gangrena rivojlanishi bilan tugallanadi. Oyoqlarning klinik yuzaga chiqadigan ishemiyasi qorin aortasi terminal bo`limining to`liq okklyuziyasida yoki aortayonbosh segment stenozida paydo bo`ladi. Qorin aortasi stenozlovchi zararlanishlarining klinik manzarasi joylashgan o`rniga, uzunligiga, kollateral qon aylanishi avj olishiga va kasallikning qachon boshlanganiga bog`liq va chanoq organlari, dumba va oyoq muskullarida ishemiya avj olishi bilan aloqador bo`ladi. Bemorlar yurganda birinchi galda boldir muskullaridagi og`riqdan noliydilar. Og`riq tekis joydan yurganda to`satdan paydo bo`ladi va tez o`tib ketmaydi. Bemor to`xtab qolishga majbur bo`ladi. Toqqa ko`tirilganda yoki zinapoyadan chiqilganda og`riq tezrok paydo bo`ladi. Qorin aortasi zararlangan bemorlarning amalda qariyb 90 foizi oqsoqlanib qolganliklari sababli vrachga murojaat qiladilar.

Aorta okklyuziyalarida ishemik og`riqlar asosan dumba muskullarida, boldir va son muskullarida (aksariyat orqa va lateral satxi

bo'ylab) xarakat vaqtida paydo bo'ladi. Erta bosqichda oqsoqlanishning bu turi dumbalar soxasida va sonlarning orqa yuzasida tortishish ko'rinishidagi og'riq sezgilari yuzaga kelishidan iborat bo'ladi. Vrachlar ko'pincha buni bel-dumgaza radikuliti yoki kuymich nervi yallig'lanishi deb hisoblaydilar. Ayrim bemorlar chanoq tubi mushaklarining arterial etishmovchiligi simptomlarini – sfinkterdan bo'ladigan oqsoqlikni qayd qiladilar. Bemorlar odimlashdagi og'riqdan tashqari oyoq uvishishi, sovqotishini qayd qiladilar. Bundan tashqari, oyoqlardagi tuklar to'kilib, oyoq barmoqlaridagi tirnoqlar sekin o'sadi. Qorin aortasi okklyuziyalovchi kasalliklarining ikkinchi klassik simptomi jinsiy ojizlik hisoblanadi. Qorin aortasi okklyuziyasida bu simptom 53,7% bemorlarda aniqlanadi. Jinsiy maylsizlik kelib chiqishida chanoq organi ishemiyasi bilan birga surunkali arterial spinal etishmovchilik muhim o'rin tutadi. Ko'zdan kechirilganda oyoq mushaklarining oz-moz gipotrofikligi ma'lum bo'ladi. Bemorlarning yarmida teri katlamlari, ayniksa oyoq panjasining rangi o'zgargan – tsianoz, shish va giperemiya bo'ladi. Paypaslab ko'rish panjalarning ikkala arteriyalarida (panjaning orqa arteriyasi va orqa katta boldir arteriyasi) pulsatsiya yo'qligini topishga yordam beradi. Odatda taqim osti arteriyasida ham pulsatsiya bo'lmaydi. Ko'proq zararlangan tomondagi son arteriyasida ham odatda pulsatsiya bo'lmaydi. Ayni vaqti – boshqa periferik arteriyalarning pulsatsiyasini ham aniqlash shart. Auskultatsiya qorin aortasi zararlanishining eng muhim diagnostik belgisi – sistolik shovqinni topishga imkon beradi, u ko'proq son arteriyalari ustida eshitiladi. Bemorlarning deyarli uchdan bir qismida sistolik shovqin qorin aortasining naqt tepasida aniqlanadi. Bu shovqin aksariyat stenozlangan tomir ustida eshitiladi, okklyuziyalangan arteriya ustida u bo'lmasligi mumkin. Qorin aortasi zararlanganda oyoqlardagi arterial bosim aniqlanmaydi yoki keskin pasaygan bo'ladi. Bemor qorni bosib yotganida arterial bosimni aniqlash uchun manjetkani soniga qo'yiladi va stetoskop bilan taqim osti arteriyasi eshitib ko'riladi.

Diagnostika. Tekshirishning instrumental usullari oyoqlardagi qon oqimi buzilishlari xarakterini aniqlashga imkon beradi. Ultratovush bilan o'tkaziladigan usullar g'oyat oddiy. Chunonchi, doppler effektida ishlayotgan ultratovush datchigi oyoq magistral arteriyalari o'tkazuvchanligini va arterial bosimni aniqlashga yordam beradi.

Reovazografiya, pletizmografiya, hajmli sfigmografiya va boshqalar oyoqlarda magistral qon oqimi pasayganini qayd qilish, ultratovush to`lqinining kechikishini aniqlab berishi mumkin. Hajmli sfigmografiya va reovazografiyani qayd qilishda distal o`zan funktsional holatiga baho berish uchun nitroglitserin bilan sinamaga katta ahamiyat beriladi.

Punktsion polyarografiya odatda to`qimalarda kislorodning anchagina pasayishini aniqlaydi. Biroq bu usullarning hammasi oyoqdagi qon aylanishini mikdoriga qaraganda ko`proq sifat holatini xarakterlaydi. Mushakdagi qon oqimini izotop usulida mikdoriy aniqlash – oyoqdagi qon aylanishini xarakterlaydi. Birok tinch turilganda mushakdagi qon oqimi ko`rsatkichi kam ma`lumot beradi, ishemiya darajasi xarakat vaqtida aniqlaydi.

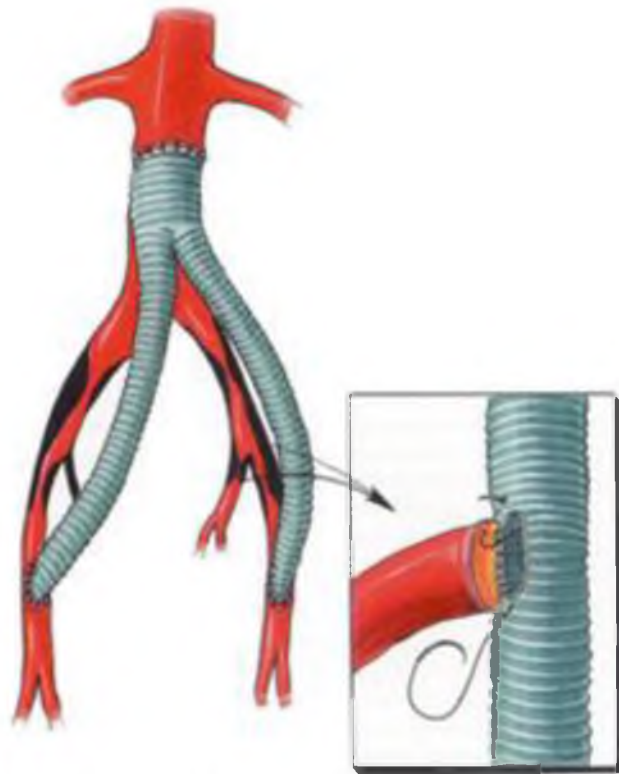
Radioizotop angiografiya aortani ko`ribgina qolmay, balki undagi qon oqimi buzilishini qayd qilishga imkon beradi, biroq qorin aortasi zararlanishi topik diagnostikasining asosiy usuli rentgen kontrast aortografiyasi bo`lib qoladi. Uni xirurgik davolash taxmin qilinganda utkazish lozim.

Translyumbal aortografiya tanlanadigan usul hisoblanadi. Qorin aortasi zararlanishining angiografik manzarasi juda xilma-xil, qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalarning stenotik o`zgarishlari eng ko`p uchraydi. Aterosklerotik jarayonlar uchun chekka to`lish nuksonlari, aorta va arteriya konturlarining stenoz uchastkalari bilan tekislanib qolganligi xos. Travmatik shikastlar uchun okklyuziyadan proksimalroqda aortaning normal ko`rinishi va zararlanishining segmentar xarakteri tipikdir. Postembolik okklyuziyada bu joydan yuqoridagi aorta devorlari tekis, ateroskleroz belgilari yo`q. Yonbosh arteriyasining tug`ma gipoplaziyasida uning bo`shligi bir tekis toraygan kontrastlanish nuqsoni yo`q. Yonbosh arteriyasining fibroz-mushak displaziyasi ko`p sonli torayish zonalari bilan xarakterlanadi, bunda arteriya cho`tkalar ko`rinishiga ega bo`ladi. Ishemik belgilar xarakteri jarayonga distal tomir o`zani tortilishiga bog`liq. Katta kollateral (pastki ichak tutqich, ichki yonbosh, bel, dumgaza arteriyalari va b.) arteriya tarmoqlari va oyoq arteriyalari o`rtasida katta anastomoz bog`lanishlar hosil qiladi. Oyog`ida og`riq borligidan shikoyat qilayotgan bemorda loaqal bitta son arteriyasida pulsatsiya bo`lmasa va agar qorin aortasi, yonbosh va son arteriyalari ustida sistolik shovqin eshitilsa, Lerish

sindromiga osonlikcha diagnoz qo'yish mumkin. Instrumental tekshirish usullari bilan oyoqlardagi qon aylanishi buzilishlari aniqlanadi. Agar operatsiya bilan davolash to'g'risidagi masala xal qilinayotgan bo'lsa, bemorni aortografiya qilish kerak.

Differentsial diagnostika qilishda obliteratsiyalovchi endarteriit – 20-30 yoshdagi erkaklar kasalligi to'g'risida unutmash kerak, bunda boldir tomirlari zararlanadi. Bunday bemorlarda son, ko'pincha esa taqim osti arteriyasi yaxshi pulsatsiya qiladi, sistolik shovqin bo'lmaydi. Endarteriitli bemorlarda aortografiyada odatda aorta, yonbosh va son arteriyasi o'tkazuvchanligining sonning uchdan bir pastki qismigacha normal bo'lishi qayd qilinadi. Arteriyalar konturlari tekis, silliq. Takim osti arteriyasi va boldir arteriyalari odatda okklyuziyalangan va boldirda shtoporsimon kollaterallarning mayda tarmoqdagina ko'rinib turadi. Aorta okklyuziyalarida dumbada sonning orqa yuzasi bo'ylab paydo bo'ladigan og'riq ba'zan kuymich nervi yallig'lashi diagnozi qo'yilishiga sabab bo'ladi. Periferik arteriyalar spazmga uchraganligi va oyoq panjasida pulsatsiya aniqlanmasligi, oyoqlarning esa muzdayligi bu spazmni yanada oshiradi. Biroq kuymich nervi yallig'lashida og'riq, jismoniy harakatga bog'liq bo'lmaydi, ular tinch turganda yo'qolmaydi va tunda qo'zishga moyil bo'ladi. Bunday bemorlarda tomir shovqini bo'lmay, balki kuymich nervi yallig'lanishining butun nevrologik simptomatikasi aniqlanadi. Operatsiya qilib davo qilinmasa, kasallik prognozi jiddiy, chunki buzilishlar tobora avj olib boradi. Ko'pchilik bemorlar simptomlar paydo bo'lgandan 1-2 yil o'tgach mexnatga layokatsiz bo'lib qoladilar.

Davolash. Qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyasi zararlangan bemorda IIB, III va IV bosqichlardagi ishemiya operatsiya qilib davolashga ko'rsatma hisoblanadi. I va IIA bosqichlarda konservativ davolash kerak bo'ladi. Yangi bo'lgan miokard infarkti, 3 oy bo'lib o'tgan insult, III darajadagi yurak etishmovchiligi, og'ir o'pka emfizemasi, jigar tsirrozi, jigar va buyrak etishmovchiligi operatsiya usulida davolashga qarshilik hisoblanadi. Son chukur arteriyasi distal bo'limlarining okklyuziyasi va boldir hamma uchala arteriyasining to'liq tutilib qolganligi operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.



55 – rasm. Lerish sindromida o`tkaziladigan shuntlovchi operatsiya.

Hozirgi vaqtda Lerish sindromini operatsiya usuli bilan davolash tomir xirurgiyasining yaxshi ishlab chiqilgan bo`limi hisoblanadi. Qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalari normal o`tkazuvchanligini tiklash uchun rekonstruktiv operatsiyalarning xar uchala turi: rezektsiya qilib protezlash, alloshuntlash va endarterektomiyadan foydalaniladi. Qorin aortasi okklyuziyasida rezektsiya bilan (aortani kesib tashlamay) protezlash o`tkaziladi. Agar qorin aortasining stenozlovchi zararlanishida (yoki yonbosh arteriyalari o`tkazuvchanligi saqlanib qolgan bo`lsa, bifurkatsion aorta-son alloshuntlashni amalga oshirgan yaxshi. Bemorning og`ir somatik holatida oyoqlarda qon aylanishini tiklash uchun «yuza» yonbosh-son yoki chatishma son-son va chatishma yonboshson shuntlash metodlaridan foydalanish mumkin. Oyoqning xatto III va IV darajali ishemiyasida 70% bemorlarda rekonstruktiv operatsiya qilish va oyoqni saqlab qolish mumkin.

Ko`pchilik bemorlarda tomirlarning ikki tomonlama zararlanishi uchraydi. Klinikasi bir tomonda ifodalangan bo`lishiga qaramay, tomirlar

rekonstruksiyasini ikkala tomondan bajarish zarur. Qorin aortasidagi operatsiyalarda o'lim 2 dan 10% gacha o'zgarib turadi. Ko'pchilik bemorlarda xirurgik davolash natijalari yaxshi. 83% bemorlarda yaxshi natija saqlanib qoladi. Operatsiya qilingan 10-15% bemorlarda ateroskleroz jarayoni avj olishi yoki distal anastomozlar soxasida yangi intima o'sib qalinlashuvi sababli rekonstruksiyalangan segment trombozi tufayli simptomlar yana paydo bo'lish ehtimoli bor. Tomir protezlari odatda asoratlar bermaydi. Oyoq distal tomir o'zani o'tkazuvchanligi saqlanib qolganda (son chukur arteriyasi va loaqal bitta boldir arteriyasida) bemorda takror operatsiya o'tkazish mumkin, u 75% bemorlarda yaxshi chiqadi va oyoqda qon aylanishi qayta tiklanadi.

Rekonstruktiv operatsiyalar natijasi ko'p jixatdan qon tomir o'zani holatiga bog'liq. Oyog'ida gangrenalari bo'lgan bemorlar guruxida rekonstruktiv operatsiyadan 5 yil o'tgach yaxshi natijalar va amputatsiyaga mahkum bo'lgan bemorlarda oyoqning saqlanib qolish 58% hollarda qayd qilingan. Lerish sindromida rekonstruktiv operatsiyalar ko'pchilik bemorlarda simptomlarni bartaraf etadi va normal xayotga qaytish imkonini beradi.

Rentgenendovaskulyar dilatatsiya. So'nggi vaqtlarda angiografiya va rentgenendovaskulyar xirurgiyaning jadal rivojlanishi munosabati bilan yangi istiqbolli yo'nalish – zararlangan arteriyalarning translyumbal angioplastikasi bilan bir vaqtda nitinol spiral yordamida endoprotezlash vujudga keldi (I.X. Rabkin va b.). Yonbosh va son arteriyalarining rentgenendovaskulyar dilatatsiyasi rekonstruktiv operatsiyalar hajmini kamaytirishga, o'limni kamaytirishga va keyingi natijalarni yaxshilashga imkoniyat yaratdi.

Konservativ davolash. Qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalari zararlanib, ishemiyaning I-IIA darajasi bo'lgan bemorlarda 1-2 oygacha konservativ davo qilinadi. Bunday davoni yiliga 2-3 marta rekonstruktiv tomir operatsiyalaridan keyin o'tkazish maqsadga muvofiq. Quyidagi preparatlar guruxlari ishlatiladi:

1. Ganglioblokatorlar: bupatol, midokalm, vaskulat.
2. Me'da osti bezlari preparatlari: andekalin, dilminal, angiotrofin, padutin, depo-padutin, depo-kallikrein, priskol, vazolastin.

3. Tomirlarni kengaytiradigan preparatlar: papaverin, noshpa, nikoshpan, kamplamin, galidor.

4. Antikoagulyantlar: fenilin, pelentan, neodikumarin, sinkumar va b. O`tkir trombozda heparin, streptaza, streptokinaza va urokinaza ishlatiladi.

5. Qon reologik xossalarini yaxshilash hamda dezagregatsiya maqsadida aspirin, kurantil, anginin va prodektin qo`llanish maqsadga muvofiq. Mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash uchun reopoliglyukin (5-10 infuziya) tayinlanadi.

6. Baroterapiya, diodinamik toklar (Bernar toklari), massaj, vodorod sulfidli vannalar.

Rekonstruktiv operatsiyalardan keyin bemorlarga 0,5 g dan kuniga 3 marta aspirin, 1 tabletkadan kuniga 3 marta kurantil, yiliga 2-3 marta 1-2 oylik komplamin bilan davolash kurslari va fizioterapevtik davo tayinlanadi. Davolash fizikulturasi zarur. Tomirlar operatsiyalaridan keyin bemorlar 1-3 oygacha mexnatga layokatsiz bo`ladilar. Ishemiya simptomlari barham topgandan keyin bemorlar o`z ixtisosligi bo`yicha ishlay oladilar: yiliga 2 marta ambulatoriyada profilaktik davo kurslari oladilar.

Qorin aortasining surunkali okklyuziyalari

Qorin aortasining surunkali stenozlari va okklyuziyalari oyoq ishemiya manzarasi bilan o`tdigan og`ir kasalliklar hisoblanadi, ularni Lerish 1940 yilda yaxshi tasvirlab bergan. Terminal qorin aortasining stenozlovchi zararlanishlari tug`ma va orttirilgan kasalliklarga bog`liq, bo`lishi mumkin. Aorta qorin bo`limining gipoplaziyasi va atreziyasini tug`ma kasalliklarga kiritish mumkin.

Etiologiya va patogenez. Qorin aortasining torayishi va to`liq obturatsiyasi yallig`lanishsiz o`tdigan va yallig`lanish bilan o`tdigan orttirilgan kasalliklardan kelib chiqishi mumkin. Yallig`lanishga aloqador bo`lmagan aorta kasalliklaridan aterosklerozni ko`rsatib o`tish mumkin. Aortaning intimal sarkoma, qorin bo`shlig`i va genitalliy o`smalaridan zararlanish imkoniyati juda kam bo`ladi. Aortaning yallig`lanish kasalliklari orasida uning stenozga uchrashiga zaxm arteriiti, infeksiyon arteriitlarning boshqa turlari, shuningdek nospetsifik aortit sabab bo`ladi (V.S. Smolenskiy, 1964). Tomirlarning obliteratsiyalovchi kasalliklari

bo'lgan bemorlar orasida qorin aortasi okklyuziyalari 1-3% hollarda uchraydi. Lerish sindromi bo'lgan bemorlar orasida bu patologiyaning salmog'i yanada yuqori. Qorin aortasi okklyuzion zararlanishlarining asosiy etiologik omili ateroskleroz hisoblanib, u 50-100% ni tashkil etadi (B.V. Petrovskiy, M.D. Knyazev va b.). Aorta bifurkatsiyasi rezektsiyasi bilan birga alloprotezlash operatsiyasini birinchi marta 1960 yilda V.S. Savelev bajargan. O'zbekistonda qorin aortasi okklyuzion kasalliklari to'g'risidagi ta'limotga Sh.I. Karimov, U.O. Oripov, V.V. Voxidov katta xissa qo'shdilar.

Qorin aortasi surunkali okklyuziyalarining klinik manzarasi.

Qorin aortasining terminal bo'limidagi okklyuziyaning klinik manzarasi ko'pincha oyoqlardagi ishemiyalardan iborat. Biroq, okklyuziya jarayonining turli variantlari va darajalari, ularning qancha joyni egallagani, aorta distal yoki proksimal segmentlari va oyoq, buyrak va vistseral arteriyalarining shunday zararlanishi bilan birga uchrashi kasallikning kechishini va klinik manzarasini keskin o'zgartiradi hamda prognozni og'irlashtiradi. Bu diagnostikaga, taktika tanlashga va operatsion aralashuv hajmiga o'z ta'sirini ko'rsatadi, Lerish sindromi bilan qorin aortasi okklyuziyasi o'rtasida aniq chegara bo'lishi zarurligini talab etadi.

Yuqorida aytilganlardan xulosa qilib, qorin aortasi okklyuziyasining zararlanish darajasi va hajmiga ko'ra quyidagi variantlarini farq qilish maqsadga muvofik:

1. Pastki ichak tutqich arteriyasi darajasigacha bo'lgan qorin aortasi okklyuziyasi, unda antegrad qon oqimi saqlanib qolgan – past okklyuziya.
2. Yuqori ichak tutqich arteriyasi darajasigacha tromb chetki ichak tutqich arteriyasi darajasidan yuqoriga tarqalgan qorin aortasi okklyuziyasi – o'rta okklyuziya.
3. Tromb buyrak arteriyalari og'zigacha tarqalgan aorta qorin bo'limi okklyuziyasi – yuqori okklyuziya.
4. Tromb buyrak arteriyalari og'zigacha yoki undan yuqori tarqalib, patologik jarayonga antegrad qon oqimi reduktsiyasi yoki u yo'qligi tufayli buyrak arteriyasi trombozi qo'shilib o'tadigan aorta qorin bo'limi okklyuziyasi – qorin aorta bo'limining yuqori okklyuziyasi vazorenal gipertenziya va surunkali abdominal ishemiya sindromi bilan.

Qorin aortasining pastki okklyuziyasida oyoqlarda qon aylanishi etishmovchiligining klinik manzarasi quyidagicha xarakterlanadi: yurishda oyoq og`rishi, 100-200 m yurilganda oqsoqlanish. Og`riq oyoqning xar qanday bo`limida, jumladan distal bo`limlarida bo`lishi mumkin. Biroq og`riq ko`prok son va dumbalarda bo`lib, yurishda va jismoniy xarakatda paydo bo`ladi.

Qorin aortasi yuqoriga ko`tiriladigan trombozi jarayoniga pastki ichak tutqich arteriyasi tortilgan o`rta okklyuziyada oyoq, ishemiyasining yuqorida tasvirlangan ko`rinishi og`irlashadi. Bundan tashqari, o`nga chanoq, organlaridagi yo`g`on ichak terminal bo`limi ishemiyasining klinik manzarasi qo`shiladi. Bu patologiyada sonlar ichki yuzasi, chov, jinsiy organlar terisida uvishib qolish sezgisi ko`zatiladi. Aksariyat bemorlar bel soxasida doimo og`irlik yoki og`riq sezadilar, shu sababli bel-dumgaza radikulita va deformatsiya qiladigan spondilyozdan muvaffakiyatsiz davolanadilar. To`g`ri aniqlangan diagnozgina bu og`riqlarning xaqiqiy tabiatini aniqlashiga imkon beradi.

Ishemik sindromning belgilaridan biri ichning kabziyat yoki ich ketishi ko`rinishida buzilishidir, og`irroq, hollarda ich kelmay va siydik ajralmay qoladi. Tez charchab qolish, yurish va xarakat vaqtida son va dumbalarda og`riq, paydo bo`lishi qorin aortasining o`rta okklyuziyasi deb shubxa qilishga imkon beradigan simptomdir. Yangi kollaterallar vazifasi buzilib, kasallikning yanada avj olishi ishemiya zonasi kengayishiga olib keladi va odatda oyoq distal bo`limlarining qon bilan ta`minlanishi yomonlashadi. Bu kasallik klinik manzarasiga ta`sir ko`rsatadi. Bu qorin aortasi o`rta okklyuziyasi bor bemor uchun xos. Ayrim xollardagina distal bo`limlarda ishemiya proksimal yo`nalishda ortib borishi mumkin.

Vizual ko`zdan kechirishda amalda hamma hollarda boldir va son muskullari atrofiyasi hamda teri qoplamlarining rangparligi yoki marmarsimonligini payqash mumkin. Oyoq panjasidagina emas, balki boldir, son va dumba soxasida teri xarorati pasayishi mumkin.

Qorin aortasi yuqori okklyuziyalarning doimiy va xarakterli belgilaridan biri bu patologiya uchun patognomonik bo`lgan impotentsiya hisoblanadi. Uning etakchi sababchisi gorsimon tanalardan antegrad qon bilan to`liqligining pasayishidir. Jinsiy ojizlik qorin aortasi inter- va suprarenal segmentlari zararlangan qorin aortasi yuqori okklyuziyasi

bo'lgan bemorlarning 55 foizida aniqlanadi. Oyoqlar, shok organlari va yo'g'on ichak ishemiyasi simptomlariga arterial gipertenziya simptomatikasi qo'shilib keladi. Ko'pchilik hollarda ular buyraklar qon ta'minoti bo'lishi bilan bog'liq. Biroq qator hollarda arterial gipertenziya buyrak arteriyalari zararlanmay o'tadigan qorin aortasining pastki okklyuziyasi bo'lgan bemorlarda aniqladi.

Ichak tutqich arteriyasidan pastdagi qorin aortasi okklyuziyasi bemorlarning 35 foizida, o'rta va yuqori okklyuziyalarda esa bu raqam 65 foizga etadi. Bu dalil shuni ko'rsatadiki, okklyuzion jarayon qorin aortasida proksimal tarqalganda arterial gipertenziyali bemorlar soni ko'payadi.

Qorin aortasi okklyuziyasiga shubxa tug'diradigan simptomlardan biri oyoqning hamma nuqtalarida pulsatsiyaning yo'qligi hisoblanadi.

Diagnostikasi. Qorin aortasi okklyuziyalari klinikasi etarlicha ravshan va ko'pchilik hollarda diagnoz qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Endi diagnoz qo'yish masalasi dastlabki qorin aortasi obturatsiyasi darajasini aniqlash, oyoqlarda qon aylanishi kompensatsiyasi darajasini, periferik o'zan holatini bilish mutaxassislarning hozirgi kundagi vazifasi hisoblanadi. Kasallik diagnostikasida buyrak arteriyalari va qorin aortasi vistseral tarmoqlari holatini, shu magistral arteriyalardan qon bilan ta'minlanadigan organlarning zararlanish darajasini aniqlash muxim va nixoyat, o'zil-kesil diagnoz qo'yishga imkon beradigan tekshirishlar yig'indisiga miya va toj tomirlar qon oqimi holatini o'rganish ham kirishi kerak.

Tekshirish bosqichlarini shartli ravishda ambulator, dastlabki va klinik bosqichlarga bo'lish mumkin:

I. Tekshirishning ambulator bosqichi maxsus jixozlar talab etmaydi va xar kaday tibbiy muassasada o'tkazilishi mumkin. Anamnez yig'ish – mas'uliyatli davr va quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak: bemorning yoshi, kasallikning birinchi simptomlaridan boshlab boshlangan davri, ishemiya zonasining dinamikada ko'payishi, uning yuqoridan pastga yoki pastdan yuqoriga tarqalishi kabilar. Bel va chov soxalaridagi ishemiyani aniqlashga, fiziologik yo'nalishlarning buzilishi, axlat xarakteriga alohida ahamiyat berilishi lozim. O'zgarib turadigan cho'loqlik intensivligi va xarakteri, oyoqda og'riq sindromi borligi, trofik buzilishlar

rivojlanganligini aniqlash zarur. Jinsiy funktsiyaning buzilish darajasi, davolashning nechog`lik naf berayotganligini albatta bilish kerak.

Bemorni ko`zdan kechirishda teri rangining o`zgarganligiga, oyoqlar, chanoq kamari va jinsiy organlarda atrofiya borligiga, trofik buzilishlarga ahamiyat berish zarur. Oyoqlar magistral arteriyalari, jinsiy olat orqa arteriyasining albatta paypaslashdan tashqari, paypaslash mumkin bo`lgan hamma arterial tomirlar paypaslab chiqiladi. Hamma arteriyalar auskultatsiya qilinishi lozim. Oyoqlarda va qo`llarda arterial bosimni o`lchash muxim ahamiyatga ega. Qorin aortasi okklyuzion zararlangan bemorlarning 85 foizida oyoqlar ishemiyasi uchun xos muskul atrofiyasi simptomi aniqlanadi. Ayni vaqtda mushak tonusi, mushak kuchi va ish kobiliyatining pasayishi qayd qilinadi. Birmuncha distal okklyuzion zararlanishlardan farqli ravishda bu simptom ko`pincha ikki tomonlama va boldir muskullari bilan birga son va chanoq kamari muskulllarini ham qamrab oladi.

II. Terminal aorta va yonbosh arteriyalarning okklyuzion zararlanishlari bo`lgan bemorlarni tekshirishning dastlabki klinik bosqichi muayyan izchillikda o`tkazilishi va oyoqlar ishemiyasini hamda boshqa xayotiy muxim organlar (miokard, miya, vistseral organlar, buyraklar) funktsiyasini o`rganishga qaratilmog`i lozim. Shuning uchun tekshirishning bu bosqichi ikkita yo`nalishga bo`linadi.

Birinchi yo`nalishning vazifasi – oyoqlar magistral va kollateral qon oqimi holatini, tomirlarning stenozlovchi zararlanishi qaerda joylashgani va holatini, oyoqlar regional gipoksiyasi darajasini, shuningdek qonning koagulyatsiya va reologik xossalarini aniqlashdan iborat. Bemorlarni tekshirishni bajarish uchun quyidagi diagnostik testlar: arterial osteografiya, teri termometriyasi, kapillyaroskopiya, hajmli sfigmografiya, reovazografiya, oyoqlar termografiyasi, ularni skanerlash, vena ichi radioizotop angiografiyasi, terida va mushaklarda qon oqimini o`rganish, polyariografiya o`tkaziladi.

Ikkinchi yo`nalishning vazifasi – magistral qon oqimi holati va boshqa organlarning funktsional holatini aniqlash lozim, buning uchun bemorlarda umumiy klinik va qonni bioximiyaviy tekshirishlar, EKG, FKG, EEG, buyraklar va me`da-ichak yo`li organlarini tekshirish shart. Oyoqlarda to`qima (teri va muskul) qon oqimini mikdoriy aniqlash hozirgi

vaqtda xujayra membranalari orqali bemalol o'tadigan radioaktiv izotoplar yordamida o'tkaziladi. Bu metodikalarning qimmatli tomoni shundaki, to'qimalar birligi orqali oqadigan qon miqdori qon aylanishining buzilish darajasini va kasallikning klinik manzarasini belgilaydigan asosiy omillardan biri hisoblanadi. Mikrotsirkulyatsiyani izotoplar yordamida o'rganish metodi atravmatik, ko'p axborot beradi, sezuvchanligi bilan ajralib turadi, o'rganilayotgan ob'ektdagi effektiv qon oqimi to'g'risida tushuncha beradi. Bemorlarni oldindan klinik tekshirish oyoqlarning qon bilan ta'minlanishining buzilish darajasini aniqlash va magistral qon oqimi tiklangandan keyin trofik buzilishlarning qayta tiklanishiga imkon beradi. Tekshiruvning xuddi shu bosqichida xayotiy muxim organlarning ishlashi, koronar va braxiotsefal arteriyalar xavzasida qon oqimini kompensatsiya qilish darajasi to'g'risida etarli axborot olish mumkin. Bularning jami operatsiyaga umumiy ko'rsatmalarni belgilash va operatsiyadan keyingi davrni prognoz qilish imkoniyatini beradi. Biroq topik diagnozni uzil-kesil aniqlash, rekonstruktiv operatsiya usuli va hajmini tanlash uchun yakunlovchi tekshiruv – kontrast angiografiya qilish zarur. Rentgen kontrast tekshirishdan maqsad okklyuziya va stenozning qayerda joylashgani va darajasini bilish, patologik jarayon soxasida tomirlar devori holatini aniqlash, kollateral o'zan holatini topish va obstruktsiyadan distalroq masofada magistral arteriyalarni to'ldirish hisoblanadi. Ikkita satxni: qorin stvolidan boshlab hamma asosiy tarmoqlari va son hamda taqim osti arteriyalari, shuningdek boldir tomirlari bilan tugallanadigan qorin aortasini qayd qiladigan seriyali angiografiya birmuncha afzal sanaladi.

Translyumbal aortografiya tanlash metodi hisoblanadi. Qorin aortasi okklyuziyasiga shubxa qilinganda dastlabki tekshirish metodlariga asoslanib, aorta XII ko'krak umurtkasi satxida yuqori translyumbal punktsiya qilinishi kerak. Aorta-yonbosh zonasidagi okklyuziyali jarayonda II bel umurtqasi tanasining yuqori cheti satxida past translyumbal punktsiya qilinishi mumkin. Angiografik manzara aorta va uning tarmoqlari zararlanishining bevosita va bilvosita belgilaridan tarkib topadi. Aorta bo'shlig'ining to'liq okklyuziyasi uchun u yoki bu satxda aorta kontrast tasvirining uzilishi xarakterli. Uzilish chizig'i notekis, gorizontal yo'nalishga ega. Okklyuziya soxasi ustida ba'zan aorta

kontrastlanish darajasining bir oz kuchsizlanishi ma`lum bo`ladi, bu trombotik massalarning aortaning oldingi-orqa yarim doirasi bo`yicha okklyuziya bo`lgan joydan yuqorida tarqalganligiga bilvosita ishora bo`lishi mumkin. Bu fenomenni yon tomonlama aortogrammada bevosita angiografik belgilar bilan tasdiqlash mumkin. Okklyuziya distal chegarasining darajasi angiogrammalar seriyasida ko`rinadi.

Qorin aortasining buyrak arteriyalari va vistseral tarmoqlar zararlanganiga shubxa qilingan yuqori okklyuziyalarida ikkita proektsiyada seriyali angiogramma qilinadi. Bu kontrast moddaning buyrak arteriyalari va vistseral tarmoqlar bo`ylab tarqalishini vizualizatsiya qilish, shuningdek kollateral qon aylanishini aniq bajarilishi uchun zarur. Qorin aortasi angiografik okklyuziyalarning quyidagi ta`rifi bor: Qorin aortasining past okklyuziyasi – kontrast tasvirning pastki ichak tutqich arteriyasi og`zi satxida yoki undan pastda uning antegrad to`ldirilishi bilan uzilishi. Qorin aortasining o`rta okklyuziyasi – kontrast tasvirning pastki ichak tutqich arteriyasi satxida yoki undan yuqorida uning retrograd to`ldirilishi bilan uzilishi. Qorin aortasining yuqori okklyuziyasida asosiy jarayonga qo`shilmagan buyrak arteriyalari satxida kontrast tasvirning o`zilishi ular kontrast modda bilan to`lganda buyrak arteriyalari satxida qayd qilinadi. Buyrak arteriyalarining qo`shilib ketgan zararlanishida okklyuziya darajasi odatda notekis, buyrak arteriyalari og`zini qamrab olgan bo`ladi. Qorin aortasining jarayonga buyrak arteriyalari va vistseral tarmoqlar qo`shilgan yuqori okklyuziyasi boshqa rentgenologik ta`rifga ega. Kontrast tasvirning uzilish sathi buyrak arteriyalari og`zi sathida aniqlanadi, uning chetlari suprarenal segmentga tarqalishga moyilligi borligidan bilinmaydi. Bu segment aksariyat kuchsiz kontrastlangan, bu trombnining buyrak arteriyalari og`zidan yuqoriga tarqalganligidan darak beradi. Agar oldingi-orqa proektsiyada buyrak arteriyalari etarli darajada ko`rinsa, vistseral tarmoqlarni bu proektsiyada hamisha ham aniqlab bo`lmaydi. Yuqorida ko`rsatilganidek, bu qorin stvoli og`zi va yuqori ichak tutqich arteriyasining qatlamlanishi bilan bog`liq.

Ateroskleroz va nospetsifik aorto-arteriitda qorin aortasi okklyuziyasining angiografik semiotikasi, xar xil manzaraga ega. Ateroskleroz uchun kontrast tasvir o`zilishning notekis tasbexsimon

chetlari bo'lgan zararlanishning diffuzligi xarakterli. Nospetsifik aortoarteriitda zararlanish hajmi katta. Tomir konturlarining chetlari sillik, aniq.

Qorin aortasi va tarmoqlarining bevosita va bilvosita belgilari farq qilinadi. Bevosita belgilarga aorta va tarmoqlari konturining kontrast tasvir yo'qligi bilan uzilishi kiradi. Tomirning retrograd to'lishi, kontrast tasvirning kuchsizligi, asimmetrik to'lgan o'zanida kontrastning tutilib qolish bilvosita belgilaridan hisoblanadi. Angiografiya ma'lumotlarini o'rganish zararlanish hajminigina emas, balki kollateral qon oqimi yo'llari hisobiga qon aylanishini kompensatsiya qilish yo'llarini ham aniqlash imkonini beradi. Chunonchi, masalan, qorin aortasining o'rta okklyuziyalarida kollateral qon aylanishi ikkita sistema hisobiga amalga oshiriladi. Birinchisi – qorin aortasi past okklyuziyasidagi kabi lyumbal arteriyalar sistemasi: Ikkinchisi – yuqori va pastki ichak tutqich arteriyalarida shakllanadigan qovurg'alararo anastomoz (Riolan ravog'i). Qorin aortasining yuqori okklyuziyalarida kollateral qon aylanishi asosan ichak tutqicharo anastomoz sistemasi orqali amalga oshiriladi (Riolan ravog'i).

III. Tekshirishlarning intraoperatsion bosqichi quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1. Qorin aortasi va tarmoqlarini reviziya (taftish) qilish. 2. Aortada va uning tarmoqlarida arterial bosimni aniqlash – elektr manometriya. 3. Elektr magnit floumetriya.

Operatsiya vaqtida aorta-yonbosh segmenti okklyuzion zararlanish darajasini va qancha masofadiligini baholash g'oyatta muxim. O'z-o'zidan ma'lumki, oddiy reviziya, paypaslab ko'rish ularning zararlanish darajasi to'g'risida taxminiy tushuncha beradi, xolos. Oyoq arteriyalari bo'ylab qon oqimi buzilishining darajasi to'g'risida aorta bilan okklyuziya bo'lgan joydan distal masofadagi magistral arteriya o'rtasidagi bosim gradientini o'lchash – elektr manometriya muayyan tasavvur beradi. Qon oqimini tekshirishning birmuncha ishonchli metodi elektr magnit floumetriya bo'lib, gemodinamik buzilishlarning og'ir-engilligi to'g'risida uzilkesil tushuncha bera oladi. Tekshirishning intraoperatsion bosqichi diagnozni to'kis-tugal aniqlash va optimal operatsiya rejasini tanlashga yordam qiladi.

Qorin aortasi surunkali okklyuziyalarining Sh.I. Karimov bo'yicha klassifikatsiyasi:

I. Okklyuziya darajasi:

1) qorin aortasining past okklyuziyasi: - pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanmasligi bilan; - pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanishi bilan;

2) qorin aortasining o`rta okklyuziyasi pastki ichak tutqich arteriyasi okklyuziyasi bilan;

3) Qorin aortasining yuqori okklyuziyasi: - buyrak arteriyasi zararlanmasligi bilan; - buyrak arteriyalari zararlanishi va vazorenal gipertenziya sindromi bilan; - buyrak arteriyalari va vistseral tarmoklarning zararlanishi, vazorenal gipertenziya va abdominal ishemiya bilan.

II. Periferik o`zan xolati:

1) distal blok yo`q;

2) distal blok bor.

III. Oyoqlar ishemiyasi darajasi:

1 bosqichi – kompensatsiya;

2 bosqichi – o`tib ketadigan buzilishlar;

3 bosqichi – barqaror tomir etishmovchiligi;

4 bosqichi – gangrenalar.

IV. Boshqa tomir havzalarining birgalikda zararlanishlari:

- braxiotsefal tomirlar miya tomirlari etishmovchiligi bilan zararlanishi;

- toj arteriyalar yurak surunkali ishemik kasalligi bilan birga zararlanishi.

Davolash. Qorin aortasining surunkali okklyuzion zararlanishlari xirurgik patologiyadir. Patologik jarayonning ishemiyaga uchragan zonalarini kompensatsiya qiladigan kollateral yo`llar o`zilishi bilan avj olishi, tomirlarning okklyuziyadan distalroq zararlanishi oyoq gangrenasiga o`tadigan og`ir ishemiyaga sabab bo`ladi. Proksimal tromb sathining orta borishi qon oqimidan buyrak va vistseral arteriyalarning uzilib qolish xavfini tug`diradi, bu buyraklar va qorin bo`shlig`i organlari funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Normal qon oqimini tiklashga va shu tariqa xayotiy muhim organlar funksiyasini saqlab qolishga faqat xirurgik yo`l bilan erishiladi.



56 – rasm. O'ng oyoq gangrenasi.

Xirurgik operatsiya nechog'lik erta bajarilsa, natija shunchalik yaxshi bo'ladi. Operatsiyani xarakteri bo'yicha 3 guruhga bo'lish mumkin:

1. Rekonstruktiv yoki radikal.
2. Bilvosita rekonstruktiv (umrov osti va qo'litiq-son).
3. Palliativ (vaqtincha engillashtiradigan).

Palliativ operatsiyalar rekonstruktiv operatsiya qilish mumkin bo'lmagan hollardagina qo'llanilishi mumkin. Periarterial simpatektomiya, epinefrektomiya shular qatoriga kiradi. Bu operatsiyalarni bajarishdan maqsad periferik tomir o'zanini desimpatizatsiya qilish va kollateral qon aylanishini yaxshilashdan iborat. Bemor xayotini qutqarib qolishga qaratilgan majburiy tadbir bo'lgan oyoqni amputatsiya qilishni (kesish) ham shartli ravishda shular qatoriga kiritish mumkin.

Bilvosita o'tkaziladigan rekonstruktiv operatsiyalar (distantion o'mrov osti-son va qo'ltik-son arteriyalarini shuntlash) quyidagi sharoitlarda bajarilishi kerak:

1. Yurak-tomirlar sistemasi va boshqa xayotiy muxim organlarning og'ir buzilishi sababli letal natijaga olib borish ehtimoli bo'lgan bemorning og'ir umumiy holati. Asosiy rekonstruktiv operatsiyadan oldin tez avj olib boradigan intoksikatsiya hodisalari va gemostazning og'ir buzilishlarini bartaraf etish uchun dastlabki bosqich sifatida o'tkaziladi.

2. Oyoqning tez avj olib boradigan ishemiyasida va qorin aortasi okklyuziyalarida radikal operatsiya o`tkazish imkoni bo`lmaganda.

Magistral qon oqimini tiklashning asosiy turi uni rezektsiya qilib alloprotezlashdir. Bugo`ngi kunda bu operatsiya plastik xirurgiyani rivojlantirishdagi muhim bosqich hisoblanadi.

Rekonstruktiv operatsiyalar bajarishga quyidagilar mutlaqo monelik qiladigan hollar hisoblanadi: - tez-tez xurujlar bo`lib turadigan, nafas qisadigan, yaqinda (6 oygacha) boshdan kechirilgan miokard infarkti bo`lgan toj tomirlar etishmovchiligining og`ir formalari; - miya qon aylanishining yangi (6 oygacha) buzilishlari gemiplegiya xodisalari bilan; - buyrakning organik zararlanishlari subkompensatsiyalangan buyrak etishmovchiligi hodisalari bilan.

Operatsiya vaqtidagi asoratlari. Eng jiddiy asoratlardan biri operatsiya vaqtida qon ketishidir. Qon ketishining sabablari: tomirlarning shikastlanib qolish, anastomozning etarlicha germetik emasligi, aorta distal bo`limining bog`lanmaganligi va gipokoagulyatsiyalar.

Operatsiya vaqtidagi protez trombozi ko`p uchraydigan asorat hisoblanadi. Tromboz sabablari: tomirlardagi qonning distal stazi, tromb uzilishi, arterial bosim tushib ketishi bilan yuz beradigan gipovolemiya.

Operatsiyadan keyingi davr asoratlari: yurak-tomirlar, nafas va o`tkir buyrak etishmovchiligi, ichak infarkti, peritonit, oyoq-qo`llar gangrenasi, qon ketishlar, eventeratsiya, operatsion jaroxatning yiringlab ketishi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi

Qorin aortasi vistseral tarmoqlarining surunkali okklyuzion zararlanishlari bilan o`tadigan simptomlar kompleksi adabiyotda turli nomlar ostida yuritiladi. «Qorin anginasini» atamasi eng ko`p tarqalgan va ko`pchilik uni qabul qilgan.

Kasallikning uchta simptomi bor: ovqat eyilgandan keyin hazm jarayoni cho`qqisida qorinda anginoz xurujsimon og`riq paydo bo`lishi, ichak disfunktsiyasi, tobora oriqlab ketish. A.V. Pokrovskiy muallifdoshlari bilan «surunkali abdominal ishemiya sindromi» degan atama birmuncha asosli deb hisoblaydilar, u patologik jarayon xarakterini, uning mohiyatini – ishemiya va abdominal lokalizatsiyasini aniq ta`kidlaydi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi ostida qorin aortasi vistseral tarmoqlarining surunkali zararlanishlari sababli hazm organlaridagi qon aylanishi etishmovchiligi va klinik jixatdan qorinda og'riqlar, ichaklar disfunktsiyasi tushuniladi. Bu odatda ovqat eyilgandan keyin hazm organlarining funktsional aktivligi cho'qqisiga chiqqanda paydo bo'ladi, qisman bemorlarda tobora oriqlab ketish kuzatiladi. Qorin aortasi vistseral tarmoqlarining surunkali okklyuzion zararlanishlarini 1843 yildan boshlab o'rganilgan. Bu davrda nemis patologoanatom Tademan murdani yorib ko'rayotganida yuqori ichak tutqich arteriyasi stvolida okklyuziyani aniqlagan. Amaliyotga tekshirishning rentgen kontrast usullarining joriy qilinishi vistseral qon aylanishining surunkali buzilishlarini o'rganishda ikkinchi bosqich hisoblanadi. 1958 yilga kelib, Mikkelson va Zaro angiografiya yordamida yuqori ichak tutqich arteriyasi stenozini aniqladilar va birinchi marta qorin anginasining inson xayotligidagi diagnozni qo'ydilar.

Kasallikning nechog'lik uchrashi hanuzgacha aniq ma'lum emas, bu operatsiyadan oldingi diagnostikaning qiyinligi bilan tushuntiriladi. Patologoanatomik ma'lumotlarga ko'ra, qorin arteriyasi zararlanishi 20-45%, yuqori ichak tutqich arteriyasining zararlanishi o'rta hisobda 30% hollarda kuzatiladi. Angiografik tekshirishda vistseral arteriyalar zararlanishi ham turlicha aniqlanadi va 4 dan 54% gacha hollar o'rtasida bo'ladi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi turli sabablardan kelib chiqishi mumkin. Bu sabablar ikkita asosiy guruhga bo'linadi.

Etiologiya va patogenezi. 1. Intravazal – tomirlarning xar xil organik stenozlovchi kasalliklari: ateroskleroz, nospetsifik aorto-arteriit, fibromuskulyar displaziya, vistseral tarmoqdar anevrizmasi, turli patologiyalar, tug'ma rivojlanish nuqsonlari.

2. Vistseral tarmoqlar kompensatsiyasini keltirib chikaradigan ekstravazal sabablar: qorin stvolining diafragma elementlari, gangliyalalar va kuyosh chigali nerv tolalaridan bosilishi. Vistseral tarmoqlarning periarterial fibrozdan deformatsiyasi va ularning qo'shni organlarining o'smalaridan bosilishi.

Surunkali abdominal ishemiyaning asosiy simptomi og'riq hisoblanadi. Surunkali abdominal ishemiyada og'riq,

simptomokompleksining kelib chiqishi quyidagicha: to`qima ishemiyasi gipoksiyaga, metabolik o`zgarishlarga, atsidoz rivojlanishiga, oksidlanib ulgurmagan maxsulotlar va gistaminsimon moddalarning ko`p miqdorda yig`ilishiga olib keladi, ular organ ichida joylashgan nerv oxirlarini ta`sirlantiradi. To`qimalar ishemiyasi to`g`risidagi signallar ishemiyaga uchragan organ va vegetativ markaz joylashgan joyda og`riq, bilan namoyon bo`ladi. Og`riqning epigastriyda joylashishi, o`ng qovurg`alar ostiga o`tishi, yuqori ichak tutqich arteriyasi xavzasidagi ishemiyada butun qorin bo`ylab tarqalishi shu bilan izoxlanadi. Normada qonning bir havzadan ikkinchisiga oqib tushishi, shuningdek qonning bitta magistralning turli tarmoqlari o`rtasida qayta taksimlanishi shu bosqichda turgan organlarga etarli miqdorda kon etkazib berilishini ta`minlaydi. Qorin stvoli okklyuziyasida qon aylanishining etishmasligi yuqori ichak tutqich arteriyasi havzasidan qon oqib o`tishi bilan to`ldiriladi. Hazm jarayoniga yuqori ichak tutqich arteriyasi havzasidan qon bilan ta`minlanadigan organlar qo`shilmagan paytda qorin stvoliga qon oqib kelishi etarli bo`ladi. Ichaklarga ovqat lukmasi tushgan va surilgan sayin qon oqimi keskin kamayadi, chunki ichaklarning o`zi qo`shimcha qon tushishiga muhtoj bo`ladi. Stvol havzasiga qon tushishining kamayishi tegishli organlar, birinchi galda jigar ishemiyasiga olib keladi, chunki jigar hazm jarayonining boshidan oxirigacha funktsional jixatdan faol holatda bo`ladi.

Yuqori ichak tutqich arteriyasining okklyuzion zararlanishlarida ishemiya aksariyat qorin stvoli havzasida rivojlanadi. Jigar hazm jarayonining butun tsikli ichida etarli darajadagi qon miqdoriga muhtojligi sababli qorin stvoli havzalaridan qon oqib ketishi uning ishemiyasiga olib keladi. Yuqori ichak tutqich arteriyasi okklyuziyasida birinchi galda pastki ichak tutqich arteriyasi (Riolan ravog`i) kengayadi va qon oqimini to`ldirishda qatnashadi. Qorin-ichak tutqich anastomozi – qonni etkazishning birmuncha qisqa yo`li kamroq qatnashadi. Og`riq intensivligi hazm organlari ishemiyasining darajasiga bog`liq.

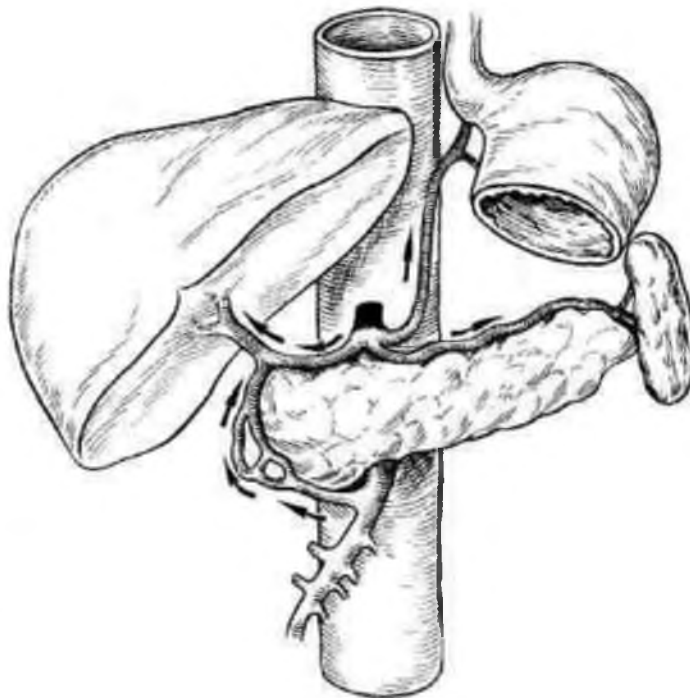
Ishemik buzilishlarning boshlang`ich bosqichlarida og`riq simptomlari kompleksi davriyligi va intensivligida muayyan qonuniyatni aniqlash qiyin. Shunga qaramay, ko`pchilik bemorlar ko`p ovqat eyilgandan va «parhez buzilgandan» keyin og`riq paydo bo`lishidan

noliydilar. Bu hol birmuncha ehtiyotlaydigan ovqat rejimiga o'tishga majbur etadi, bu axvolni vaqtincha engillashtiradi. Tez orada bemorlar og'riq paydo bo'lishida ovqatning sifatidan ko'ra uning miqdori ahamiyatli ekanligini payqab qoladilar. Bu qonuniyatni bilib olib, ular ko'p ovqat eyishdan o'zlarini tiyadilar, uni oz-ozdan eyishga xarakat qiladilar – «smeal meal sindrome». Ovqat eyilganda qorinda azobli og'riq paydo bo'lganligidan bemorlar ovqatdan yuz o'girishga majbur bo'ladilar.

Abdominal ishemik og'riqlarning paydo bo'lishi va davomiyligida muayyan qonuniyatni kuzatish mumkin. Ko'pchilik bemorlar og'riq ovqatdan 15-20 minut o'tgandan keyin paydo bo'lishidan noliydilar. Og'riq ovqat ingichka ichakdan o'tib bulguncha, ya'ni taxminan 2-2,5 soat davom qiladi.

Og'riq simptomokompleksi aksariyat qorin stvoli xavzasida qon aylanishi buzilishlarida (76,3%), kamroq yuqori ichak tutqich arteriyasi zararlanishlarida (37,4%), atigi 8,1% hollarda pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanishlarida kuzatiladi.

Klinikasi. Shunday qilib, surunkali abdominal ishemiya sindromida og'riq xarakteri va joylashuvi turlicha bo'lishiga qaramay, uning muayyan o'ziga hos belgilari ham bor: u ovqat eyishga, tegishli hazm tsikli vaqtiga va o'ng qovurg'alar ostiga beriladi, ovqat hazm qilish keskin chegaralanganda bosiladi.



57 – rasm. Surunkali abdominal ishemiya qon aylanish holati.

Surunkali abdominal ishemiyaning ikkinchi simptomi – ichak disfunktsiyasidir. U taxminan 60-80% hollarda kuzatiladi va uning motor, sekret ajratish va absorbtion funktsiyasi buzilishida yuzaga chiqadi. Bu simptomlarning og'ir-engilligi ishemiya darajasiga bog'liq. Ilk bosqichlarida – qorin dam bo'lishi, aerokaliya, qattiq qabziyat yoki ich ketib turishi bilan namoyon bo'ladigan qorindagi yoqimsiz hodisalar kuzatiladi. Biroq, bu simptomlar asta-sekin avj olib boradi. Qabziyat asta-sekin ich ketar bilan almashinib, bu juda og'riqli bo'ladi.

Yuqori ichak tutqich arteriyasidagi qon aylanishi buzilishi uchun ichakning ham motor-sekretor, ham absorbtion funktsiyasining buzilishi xosdir. Pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanganda evakuator funktsiyaning buzilishi ko'zatiladi: uzoq vaqtgacha qabziyat bo'ladi, «qo'y qumalog'i» ko'rinishidagi axlatga aksariyat qon aralashgan bo'ladi, tug'ri ichak sfinkterlari funktsiyasi pasayadi.

Shunday qilib, ichak ishemiyasi (surunkali) ikkita asosiy formada yuzaga chiqadi: yuqori ichak tutqich formasi – ichakning sekretor va absorbtion funktsiyasi ustunlik qiladi (proksimal enteropatiya) va pastki ichak tutqich formasi – ichak terminal bo'limining evakuator funktsiyasi buziladi (terminal kolopatiya). Bemorlarda ovqatdan yuz o'girish, ichakning sekretor va absorbtion funktsiyalari pasayib ketadigan surunkali abdominal ishemiyaning uchinchi simptomi tobora oriqlab ketish hisoblanadi. Bu simptom bemorlarning 35-45 foizida aniqlanadi. Pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanishlarida klinik belgilar ko'pincha bo'lmaydi, bu magistral qon oqimi tanqisligining yuqori ichak tutqich arteriyasi hisobiga yaxshi qoplanishidan dalolat beradi.

Yo'g'on ichak chap qismidagi qon aylanishining surunkali buzilishlari kechishida 3 bosqich farq qilinadi: kompensatsiyalangan bosqich, funktsional buzilishlar bosqichi bo'lib, bunda yo'g'on ichak kolopatiyasi sindromi rivojlanadi va ishemik kolitlar, segmentar stenozlar, yo'g'on ichakda gangrena rivojlanishi bilan o'tadigan organik buzilishlar bosqichi.

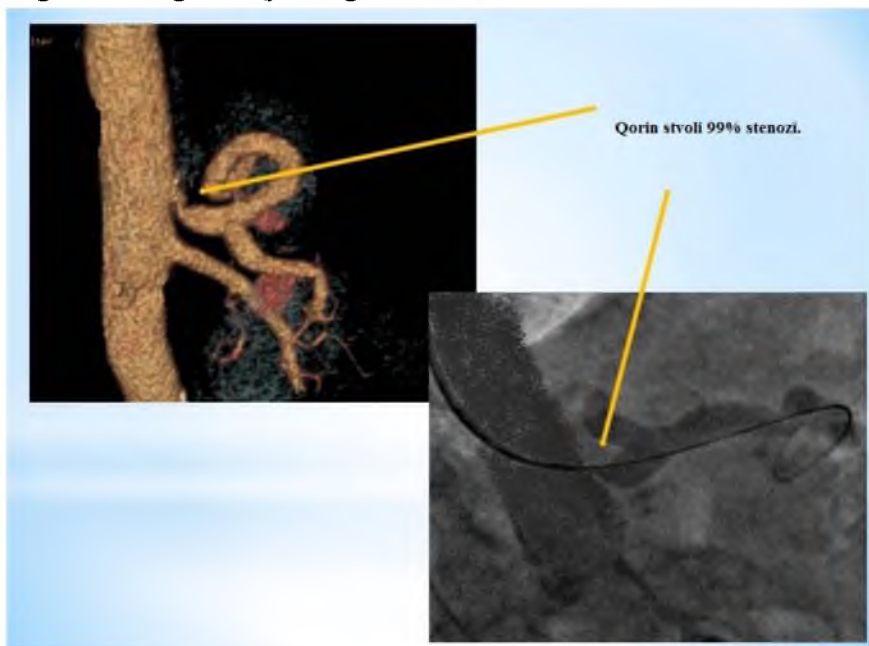
Diagnostikasi. Surunkali abdominal ishemiya sindromi bo'lgan bemorlarda o'tkaziladigan diagnostik tadbirlar yig'indisini shartli ravishda uch bosqichga bo'lish mumkin:

1. Umumiy klinik tekshiruvlar bosqichi: bemordan batafsil soʻrabsurishtirish va kasallik anemnezini yigʻish, bemorni koʻzdan kechirish, qorin aortasi va uning tarmoqlarini, shuningdek yuza joylashgan magistral arteriyalarni (uyqu, oʻmrov osti, yonbosh, son arteriyalari kabi) palpator va auskultativ aniqlash, qorin aortasi va uning tarmoqlarini fonoangiografik tekshirish.

2. Tekshiruvning ixtisoslashgan statsionar bosqichi: funktsional diagnostika usullari, laboratoriyada tekshirish usullari, meʼda-ichak yoʻli rentgenoskopiyasi, gastroduodenoskopiya, kolonoskopiya, qorin aortografiyasi, selektiv tseliako- va mezenterikografiya.

3. Tekshiruvning intraoperatsion bosqichi: qorin boʻshligʻi organlari, qorin aortasi va vistseral tarmoqlarini taftish qilish, vistseral arteriyalarni elektromanometriya va elektrofloumetriya qilish.

Bemorlardan soʻrab-surishtirishda va fizik tekshiruv usullarida surunkali abdominal ishemiya sindromi borligi toʻgʻrisida taxmin qilishga asos boʻladigan tayanch nuqtalar quyidagilardir: - koʻp martalab tekshirish va terapiyaning naf bermaganligi; - ogʻriq simptomokompleksi va ichak disfunktsiyasining ovqat eyish bilan aloqadorligi; - ogʻriq simptomokompleksi kuchi va davomlilikining hazm organlarining funktsional jixatdan faolligiga – hazm tsikliga muvofiq kelishi; - boshqa arterial xavzalarda (braxeotsefal, buyrak, yonbosh, son kabi) qon aylanishi buzilishi belgilarining mavjudligi.



58 – rasm. Qorin stvoli stenozi

Surunkali abdominal ishemiya sindromini diagnostika qilish uchun qator funktsional sinamalar taklif etilgan, ulardan ko'p qismining mohiyati hazm yo'liga nagruzka tushirish yo'li bilan abdominal simptomokompleksni yuzaga keltirishdan iborat. Biroq, bu sinamalarning diagnostik qimmati yuqori emas, shuning uchun ular keng qo'lamda tan olinmadi va klinik amaliyotda qo'llanilmadi.

Laborator tekshiruvlar. Ichak absorbtсион va sekretor funktsiyasining holati to'g'risidagi axborotni bemor koprogrammalarini o'rganib olish mumkin. Badbo'y xidli, shilimshik, neytral yog', muskul tolalar, biriktiruvchi to'qimaga boy, shakllanmagan suyuk, axlat hazm organlarining sekretor va absorbtсион funktsiyalari buzilganligidan dalolat beradi. Vitamin B12 bilan o'tkaziladigan sinama (Shillenger testi) yo'g'on ichak distal bo'limining absorbtсион holati to'g'risida ma'lumot beradi. Metod Co56 bilan nishonlangan vitamin B12 ning radioaktiv dozasi peroral qabul qilinganda 24 soat ichida siydik bilan ajratilgan vitaminni aniqlashga asoslangan. Normal sharoitlarda qabul qilingan dozaning 10 dan 30 foizigacha chiqariladi. Absorbtсион buzilganda siydik bilan ajratilgan vitamin miqdori kamayadi. Me'da ichi pH-metriyasi usulida me'da sekretsiyasini tekshirishning muayyan ahamiyati bor. Rentgenoskopiya ichak motor funktsiyasining buzilganini, shuningdek qator destruktiv o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Diagnostikaning boshqa usullari bilan birga bu ma'lumotlar muayyan qimmatga ega bo'ladi. Endoskopik tekshirish usullari (gastroduodenoskopiya va kolonoskopiya) abdominal patologiyaning tomirlardan kelib chiqishinigina emas, balki me'da, o'n ikki barmok ichak va yo'g'on ichakda o'sma va boshqa organik kasalliklar bor-yo'qligini aniqlashni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi.

Qorin aortasi vistseral tarmoqlarining okklyuzion zararlanishlarini angiografik diagnostika qilish surunkali abdominal ishemiya sindromining asosiy diagnostika usuli hisoblanadi. Rentgen kontrast usuligina qorin aortasi vistseral tarmoqlarining zararlanganini aniq va abdominal patologiyaning tomirli genezini isbotlab berishga imkon yaratadi. Vistseral tarmoqlar Seldinger bo'yicha retrograd angiografiya usuli va Dos Santos bo'yicha translyumbal punktsion aortografiyada kontrastlanishi mumkin. Angiografiyaning u yoki bu usulini qo'llanish terminal aorta, yonbosh va

son arteriyalari holatiga bog'liq. Ular ateroskleroz bilan zararlanganda Seldinger bo'yicha retrograd aortografiya qo'llanishi mumkin emas, chunki okklyuziyalovchi jarayon zond kiritilishiga to'sqinlik qiladi va eng muximi son arteriyasi trombozi yuz berish xavfini vujudga keltiradi. Shunday sharoitlarda yuqori translyumbal aortografiya qo'llanish lozim. Ikkita – oldingi, orqa va yon proektsiyalarda tekshirishda qorin aortasi vistseral tarmoqlarining xalati to'g'risida zarur ma'lumot olish mumkin. Aortogramma va selektiv angiogrammalarni taxlil qilishga asoslanib angiografik simptomlarni farq qilsa bo'ladi.

Quyidagilar biror magistral tarmoq zararlanganidan darak beradi: - qorin-ichak tutqich va ichak tutqicharo anastomozlar irmoqlari kollateral qon aylanish yo'llarining kengayishi; - okklyuziyalangan magistral tarmoqlar va stvollarining retrograd to'lishi; - qo'shni zararlanmagan magistralning kompensator kengayishi; - buyrak arteriyasi diametrining taloq arteriyasi diametridan oshganligi; - zararlangan magistral va uning tarmoqlarining birmuncha aniq kontrastlanishi; - kontrast moddaning zararlangan magistraldan aortaga qayta o'tmasligi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromini intraoperatsion diagnostika qilish vistseral tarmoqlarni taftish qilishdan iborat. Arteriya devorlarining qalin tortishi, aterosklerotik pilakchalar va boshqa o'zgarishlar borligi aniqlanadi. Arteriya ustida palpatsiyada aniqlanadigan titrash qon aylanishi buzilganini ko'rsatadigan belgi hisoblanadi. Zararlangan arteriyada stenozlangan uchastkadan distalrokda arterial bosimni aniqlash va uni aortadagi bosim bilan taqqoslash tsirkulyator buzilishlarning og'ir-engiligi to'g'risida tushuncha beradi. Zararlangan arteriya bo'ylab qon oqimi reduksiyasi darajasini aniqlashga imkon beradigan elektromagnit floumetriya birmuncha faol ko'rsatkichlar beradi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi diagnozining to'g'riligiga shubxa tug'ilgan sharoitlarda qorin bo'shlig'i organlarini hazm yo'lidagi organik kasalliklarni aniqlash (yoki istisno qilish) maqsadida taftish o'tkazish lozim.

Davolash. Vistseral qon aylanishining surunkali buzilishi – xirurgik muammodir. Normal qon oqimini faqat operatsiya yo'li bilan tiklash mumkin. Surunkali abdominal ishemiyaning subkompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan bosqichi operatsiya qilishga ko'rsatma

hisoblanadi. Okklyuziya jarayoni (kompensatsiya bosqichi) asimptom kechganda vistseral qon oqimi quyidagi hollardagina korrektsiya qilinadi: - qorin aortasi va uning boshqa tarmoqlari zararlanganligi tufayli o'tkazilayotgan operatsiya gemodinamika sharoitlarini o'zgartirib, buzilgan vistseral qon aylanishini yanada og'irlashtirishi va kompensatsiya holatidagi izdan chiqqan vistseral qon oqimini battar buzishi mumkin; - vistseral tarmoqlar qorin aortasining o'z patologiyasi tufayli bajarilayotgan operatsiya aralashuvi zonasida bo'lib qoladi. Birga qo'shilib kelgan zararlanishlarning turli xil variantlari bo'lganda xirurgik taktika va operatsion aralashuv to'g'risidagi masalani xal qilishda umuman patologiya xarakteridan kelib chiqish lozim.

Klinik amaliyotda quyidagi birga keladigan zararlanishlar uchraydi: bir necha vistseral tarmoqlar varianti; vistseral va buyrak arteriyalari varianti; vistseral tarmoqlar va qorin aortasi, vistseral va buyraklar va qorin aortasi tarmoqlari varianti. Qorin stvoli va yuqori ichak tutqich arteriyasi zararlanganda ikkala arteriyadagi buzilgan qon aylanishini bir vaqtning o'zida korrektsiya qilishga xarakat qilish zarur.

Proksimal vistseral tarmoqlar va buyrak arteriyalarining qo'shilib kelgan zararlanishlarida abdominal qon oqimini korrektsiya qilish kerak. Vistseral tarmoqlar va qorin aortasining qo'shilib kelgan zararlanishlarida ham qon oqimini bir vaqtning o'zida korrektsiyalashga xarakat qilish kerak. Pastki ichak tutqich arteriyasining revaskulyarizatsiyasi to'g'risidagi masala muxim, terminal aorta rekonstruksiyasida va yonbosh-son shuntlashda ishemik buzilishlar yo'g'on ichakning chap yarmida paydo bo'ladi. Bu o'rinda protez bilan aortaning proksimal anastomози darajasi ahamiyatga ega. Uni pastki ichak tutqich arteriyasi chiqadigan joydan yuqorida qo'yilganda ichak ishemiyasi rivojlanishi uchun sharoitlar vujudga keladi, chunki asosiy qon oqimi shunt bo'ylab yo'naladi, pastki ichak tutqich arteriyasidan qon oqimi esa reduktsiyalanadi. Shuning uchun aorta-son shuntlashda proksimal anastomoz pastki ichak tutqich arteriyasi satxiga qo'yiladi.

Qorin aortasi vistseral tarmoqlaridagi qon oqimini korrektsiya qilishda operatsiya qorin aortasiga va uning tarmoqlariga yaxshi yo'l ochibgina qolmay, balki xirurgning ilgari mo'ljallab qo'ygan operatsiya rejasiga o'zgartirish kiritishga imkon berishi kerak. IX qovurg'alararo

orqali o'tiladigan chap tomonlama torakofrenolyumbotomik yo'l afzal deb hisoblanadi. Xirurgik korrektsiya usulini tanlash okklyuziyalovchi jarayon tabiatiga va xarakteriga bog'liq.

Qorin stvoli ekstravazal kompressiyasida adekvat qon oqimini tiklash ko'p hollarda arteriyani bosib turadigan omillardan ozod qilishning o'zi kifoya qiladi. Operatsiyalarning rekonstruktiv usullari: - transaortal va transarterial trombendarerektomiya; - arteriyalarni rezektsiya qilish va protezlash; - replantatsiya operatsiyasi; - arteriyalararo shuntlash operatsiyalari. Arteriya proksimal segmentida etarlicha diametrdagi chegaralangan zararlanish bo'lishi trombendarerektomiyaga ko'rsatma hisoblanadi. Endarterektomiyani transarterial va transaortal usullar bilan amalga oshirish mumkin.

Transarterial endarterektomiyaning moxiyati zararlangan arteriya segmenti ustidan o'tkazilgan arteriotomik kesma orqali o'zgargan intima va pilakchalarni olib tashlashdan iborat. Arteriyani rezektsiya qilish va protezlash qorin aortasi vistseral tarmoqlarini rekonstruktsiya qilishning asosiy usullaridan biri sanaladi. Arteriyada hosil bo'lgan nuqson o'rmini to'ldirish uchun diametri 8-10 mm bo'lgan lavsan-ftorlon to'qima protezlaridan va autoven-plastikadan foydalaniladi.

Vistseral tarmoqdarni protezlashga ko'rsatma bo'lib, zararlanish etiologiyasidan qat'iy nazar zararlanishning prolongatsiyali formalari hisoblanadi. Replantatsiya operatsiyasining moxiyati zararlangan segmentni rezektsiya qilish va uni aortaning o'zgarmagan qismiga qayta tikishdan iborat. Replantatsiya to'g'risidagi masalani asosiy stvoli etarlicha uzun bo'lgan ichak tutqich arteriyalari zararlangan takdirdagina o'rtaga qo'yish mumkin.

Shuntlash operatsiyalari. Bu operatsiyalarning moxiyati zararlangan segmentni chetlab o'tib qon oqimini tiklashdan iborat. Operatsiyalarning turli xil metodikalari ishlab chiqilgan, ularni shartli ravishda 2 guruhga bo'lish mumkin: aorta-arterial shuntlash va arteriyalararo anastomoz operatsiyalari. Shuntlashda qon oqimi zararlangan arteriya bilan qon oqimi manbai o'rtasiga qo'shimcha kiritma (allo- yoki automaterialdan) qo'yish yo'li bilan tiklanadi. Qon shu kiritma bo'ylab okklyuziyalangan magistral xavzasiga yo'naladi. Shartli rekonstruktiv (dekompressiyalaydigan) operatsiyalar. Qorin stvoli ekstravazal kompressiyasida bajariladi va uni

bosib turgan omillardan ozod qilishni o`z oldiga maqsad qilib qo`yadi. Dekompressiyalaydigan operatsiyalarga: diafragmaning o`rta fibroz boylamini qirqish, diafragma medial oyoqchasini qirqish – krurotomiya, gangliyalarni olib tashlash va quyosh chigali nerv tolalarini qirqish, arteriyalarni o`rab turgan fibroz to`qimalardan ozod qilish – arterioliz kiradi. Shunday qilib, vistseral qon aylanishi buzilishini xirurgik yo`l bilangina korrektsiya qilishga erishish mumkin.

Asoratlari. Operatsiya bajarish jarayonida va operatsiyadan keyingi davrda yuz berishi mumkin bo`lgan asoratlar bu xavfli sharoitlarni profilaktika qilishni, bular paydo bo`lganda esa bartaraf etish choralarini ko`rishni talab etadi. Yuraktomirlar, nafas va o`tkir buyrak etishmovchiligi, ichak infarkti va peritonit aksariyat o`lim bilan yakunlanadi. Rekonstruktiv segment trombozlari, qon oqishlar, operatsion jaroxat yiringlashi, qorin bo`shlig`i organlari eventratsiyasi xirurgik davolashning etarlicha og`ir oqibatlarini hisoblanadi va organni, ba`zan esa bemor xayotini ham qutqarib qolish maqsadida shoshilinch tadbirlar ko`rishni talab etadi.

Oyoqlarning surunkali kritik ishemiyasi

Etiologiyasi. Ateroskleroz, obliteratsiyalovchi endarteriit (trombangiit), diabetik angiopatiya oyoqlar surunkali kritik ishemiyasini (OSKI) kelib chiqishiga sabab bo`lishi mumkin. V.S. Savelev (1997) bo`yicha oyoq arterialarining surunkali obliteratsiyalovchi kasalliklari (OASOK) nozologik turlari bo`yicha quydagilarga ajratiladi: ateroskleroz – 81,8%, obliteratsiyalovchi trombangiit – 14%, diabetik angiopatiya – 6% va nospetsifik aorto-arteriit (periferik shakli) – 9% holatlarda uchraydi. A.V. Gavrilenko (2000) esa aterosklerozni 82,2%, endarteriitni 17,6%, aorto-arteriitni 0,3% kasallarda aniqlagan. Aorta va oyoqlar arterialari obliteratsiyalovchi aterosklerozi yurak va miya qon tomirlari jarohatlaridan keyin uchinchi o`rinda turadi. Birlamchi OSKI aterosklerozda 61,1% hollarda ko`p qavatli zararlanishi bilan kuzatiladi. Aorta-son segmentining zararlanishi 50,6% holatlarda, boshqa arterial segmentlar bilan birgalikda zararlanishi esa 49,4% holatlarda uchraydi.

Patogenezi. OSKI o`rta va kichik diametrli, magistral va kollateral arteriyalarda qon aylanishining etishmovchiligi sababli kelib chiqadi.

Proksimal zararlanishda kollateral qon aylanishining rivojlanishi darajasi ichki yonbosh va chuqur son arteriyalari zararlanish darajasiga bog'liq bo'ladi. Tomirlarning distal zararlanishida kollateral qon aylanishi rivojlanishi juda sust bo'ladi. Bu holatda boldirning pastki uchligida va oyoq panjalarida mushaklar gipotrofiyasi va trofik o'zgarishlar rivojlanadi. Oyoq arteriyalarning surnkali obliteratsiyalovchi kasalliklari (OASOK) patogenezi nafaqat magistral qon tomirlar yopilishi bilan tushuniladi, bu holat shu kasalliklarda qon aylanishini to'liq o'rganishni talab qiladi. Obliteratsiyalovchi kasalliklar bilan og'riqan bemorlarni morfologik tekshiruvda mikrotsirkulyatsiyaning barcha sathida o'zgarishlar aniqlangan. Arteriolalar konturlarining notekisligi, g'adir-budirligi, torayishi va devorlarining qalinlashishi kuzatiladi. Kapillyarlar ham keskin deformatsiyaga uchragan va to'g'nog'ichsimon kengayib ketgan bo'ladi. Kasallik og'irlashishi bilan ishlab turgan kapillyarlar soni kamayadi, ularda qon aylanishi keskin sekinlashadi. Tomir bazal qavati kengayadi, perikapilyar skleroz kuchayadi, kapillyarlarning bir qismi parchalanadi va nekrozga uchraydi. Magistral arteriyalarning yopilgan qismidan pastda tomir ichi bosimning kamayishi, arteriola va kapilyarlarning yopilishi kuzatiladi. Kapillyar qon aylanishining etishmovchiligi bemorlarda trofik yaralarni kelib chiqishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi.

V.S. Savelev (1997) bo'yicha, oyoqlarning og'ir darajali ishemiyasi arterial qon aylanishi etishmovchiligining asta-sekin zo'rayishi sababli kuzatiladi va oyoqlar arteriyalarining periferik qismida qon aylanishining dekompensatsiyasiga olib keladi. Kritik ishemiyaga xos bo'lgan patofiziologik fenomenlar kuzatiladi: perfuzion bosimning keskin kamayishi, qonni arteriovenoz shuntlanishi, boldirni ishemik shishishi, regulyator sistemalarni disbalansi, trombotsit va neytrofilli leykotsitlar biologik aktiv substansiyalarini giperproduksiyasi. A'zoga kislorodni etkazib kelishini keskin kamayishi va hujayra metabolizmining buzilishi boshlang'ich sabablardan biridir. Bunda mushak qon aylanishining buzilishi kelib chiqishi va oyoqlar ishemiyasi darajasiga bog'liq bo'lgan metabolik o'zgarishlar to'qimalarda regionar endotoksikozni kuchaytiradi. Bu o'z navbatida eritrotsitlar va boshqa xujayralar membranasiga ta'sir qilib, umumiy intoksikatsiyaga olib keladi. Tomir tonusini oshishi, arterial qon aylanishining kamayishi va venoz gipertenziyasi, ishemiyani

zo`raytiradigan arteriolo-venulyar shuntlashga olib keladi. Keyinchalik kasallikni zurayishi a`zodagi qon etishmovchiligini yanada ko`paytiradi. Bu esa, o`z navbatida a`zodagi distal qismlarda arteriovenoz shuntlashga va og`ir ishemiya (“tinchlikdagi og`riqlar”) klinikasini yuzaga keltiradi. Bu erda gemodinamik buzilishlar «xalqali zo`rayish» hosil bo`ladi, natijada arterial oqimining keskin susayishiga, arteriovenoz vazoplegiyaga, venoz dimlanish va arteriovenoz shuntlashning proksimal tarqalishiga olib keladi. Boldirning ishemik shishi, keyinchalik esa yumshoq to`qimalarda destruktiv jarayonlar, ya`ni kritik ishemiya rivojlanadi.

Boldir ishemik shishiga olib keluvchi sabablar: venoz dimlanish, limfovenoz etishmovchilik, kallikrein-kinin tizimining faollashuvi, zararlangan a`zo to`qimalaridagi gipoksiya, giperkapniya va atsidoz, antioksidant faolligini kamayishi bilan kechuvchi lipidlarning perikisli oksidlanishi faollashuvi, trobotsit va leykotsitlarning faolashuvi, ularning qon tomir devoriga adgeziyasining ortishi (biologik aktiv substansiyalarning ko`p chiqarilishi bilan) natijasidagi endoteliyning funksiyasini buzilishi, oksidlovchi fermentlarning faolligini kamaytiruvchi autolitik fermentativ jarayonlar. Bu buzilishlarning hammasi, a`zo mushaklarning ishemiyasini qaytmas ekanligini ko`rsatadi.

Qandli diabet asoratlaridan oyoqlarning diabetik gangrenasi jarrohlar diqqatini o`ziga tortadi. Bu asoratlarning kelib chiqishiga oyoqlar makro- va mikroangiopatiyasi, neyropatiya sabab bo`lgan. Yaqin kunlarga bizning adabiyotlarimizda “diabetik panja” atamasi ishlatilmagan, shuning uchun, shifokorlar bu jarayonni mustaqil kasallik deb hisoblashmagan, lekin bu muammo juda dolzarb hisoblanadi.

"Diabetik panja" atamasi – yig`ma tushuncha bo`lib, katta tibbiyot entsiklopediyasida bu atama panjadagi anatomo-funksional o`zgarishlar simptomokopleksi deb hisoblanadi. Yiringli-nekrotik jarayonlarning rivojlanishiga diabetik neyropatiya, mikro- yoki makroangiopatiya, osteoartropatiya sabab bo`ladi. "Diabetik panja" sindromi kandli diabet kasalligida 30-80% holatlarda uchraydi. Bu guruhda oyoqlar amputatsiyasi 15 barobarga ko`p bajariladi.

“Diabetik panja” rivojlanishida uchta asosiy omillar, ya`ni neyropatiya, makro- yoki mikroangiopatiya va infeksiya muhim o`rin tutadi. Oyoqlarning periferik qon tomirlari zararlanishi, asosan panja

tomirlari neyropatiyasi bilan uzviy bog'liq bo'lib, klinik manzarali yoki yashirin kechishi mumkin. Neyropatiya “diabetik panja” rivojlanishida asosiy boshlang'ich omil bo'lib hisoblanadi. Qon tomir o'zgarishlari diabetning yashirin davrida paydo bo'lib, diabetni kelib chiqishini oldindan xabar beruvchi belgisi bo'lishi mumkin.

Qandli diabetda qon tomir devoridagi mikroskopik o'zgarishlardan gialinoz, bazal membrana qavatini qalinlashishi, qon tomir devorida oqsil-lipid PA-pozitiv moddalarini yig'ilishi va keyinchalik ularni kamayishi kuzatiladi va bu o'zgarishlar tomir ichi obliteratsiyasiga olib keladi. Bu holatni boldir mushaklari perinevral arteriolalarida, kapillyarlarida, teri va panja mushaklari arteriolalarida uchratish mumkin. Arteriola, prekapillyarlar, kapillyarlar, postkapillyar va venulalardagi o'zgarishlar diabet uchun xos bo'lib, boshqa to'qima va a'zolarida ham aniqlanadi. Qator chet el va o'z olimlarimizning fikriga ko'ra, mikroangiopatiya asorat emas, balki qandli diabet klinik sindromining neyropatiya singari, asosiy qismi bo'lib hisoblanadi. Elektron mikroskopiya va maxsus miqdoriy tahlil usuliga yordamida diabet kasalligida arteriyalar advetitsiyasi aksonlari sonining kamayishi aniqlanadi. Nerv oxiri va mushak xujayrasi oralig'i biriktiruvchi to'qima bilan to'ladi, bu esa mushak to'qimasi yuzasidagi mediator kontsentratsiyasi va effektor xujayralar yuzasiga etib boradigan mediator tezligiga ta'sir qiladi. Xarakat nervlaridagi degenerativ o'zgarishlar panja mushagining atrofiyasi, uning deturtsiyasi, panjadagi “yuqori bosim nuqtalarining” o'zgarishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida yumshoq to'qimalarda o'zgarishlar va zararlanishlarni kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Vegetativ nerv sistemasining zararlanishida panja terlashining kamayishi, infektsiya darvozasi bo'luvchi panja terisini qurishi, darz ketishi va qadoqlar paydo bo'lishi kuzatiladi.

Yuqorida aytilganlarning barchasi “diabetik panjani” keltirib chiqaruvchi angiopatiya va neyropatiya bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik jarayonlar ekanligini, hamda panja mikrotsirkulyatsiyasini keskin kamayishiga sabab bo'lishini ko'rsatadi. Diabetik mikroangiopatiyani zo'rayib borishi natijasida infektsiya qo'shilishi kuzatilishi mumkin, bunda yiringli-nekrotik jarayonlar, ya'ni oyoqlarning diabetik gangrenasi kuzatiladi. Bunga teriga o'sib kirgan tirqoq, ishqalanish, tiralishlar va boshqalar sabab bo'ladi. Diabetik gangrena

o`ziga xos xususiyatlariga ega: ko`pincha nam bo`ladi, tez rivojlanuvchi nekroz bilan birga kuzatiladi, jarayonni cheklanishi kuzatilmaydi. F.S. Tkach (1987) fikricha, ikkita patogenetik shaklni farqlash kerak: 1) tomir zararlanishi ustunligi bilan; 2) og`ir mikroangiopatiya fonidagi infeksiyon jarayon – gangrena ustunligi bilan kuzatiladigan. Diabetik mikroangiopatiyada – nam gangrena, obliteratsiyalovchi endarteriitda esa quruq gangrena kuzatiladi.



59 – rasm. Chap oyoq kritik ishemiyasi – 3 barmoq quruq gangrenasi.

Tashxislash. Laborator tekshiruv usullaridan qondagi fibrinogen miqdorini, plazmani geparinga tolerantligini, qondagi geparin miqdorini, antitrombin III miqdorini, qonni fibrinolitik faolligini aniqlash zarur. Bundan tashqari, trombositlar agregatsion funksiyasini tekshiruvchi usullar mavjud. Bularning hammasi bemor qonining reologiyasi ko`rsatkichlari bo`lib, bemor ahvolini baholash uchun omil bo`lishi mumkin. Qonda umumiy xolesterin, zichligi past xolesterin lipoproteidlar, zichligi yuqori xolesterin lipoproteidlar, triglitseridlar, aterogen koeffitsienti aniqlanishi mumkin.

Obliteratsiyalovchi aterosklerozda arteriyalar devorida va qon plazmasida lipidlar perekisi miqdori yuqoriligini aniqlanishi mumkin. Bunda arteriya qanchalik og`ir zararlansa, qonda malon dialdegidning miqdori shunchalik yuqori bo`ladi. Aterosklerozda lipidlar perekisli oksidlanishiga sabab deb antioksidant etishmovchiligi hisoblanadi. Bunga

alimantar buzilishlar, chekish va endoteliyda fagotsitlar faolligini aktivlashtiruvchi immun va mikrobl o millar sabab bo'ladilar. A.A. Tarkovskiyning (1996) fikricha, lipidlar perekisli oksidlanish mahsulotlarining yuqori miqdori va antioksidant aktivlashuvi ko'rsatkichlarining kamligi oyoklar kritik ishemiyali guruhda kuzatiladi.

OSKI aniqlashda funktsional va rentgenologik tekshiruv usullari qo'llaniladi. Funktsional usullarga reovazografiya, sfigmografiya, pletizmografiya, ostsilloografiya va ultratovush dopplerografiyalar (UTDG) kiradi. Rentgenologik usullarga esa rentgenkontrastli, digital subtraksion va magnit-rezonans angiografiya kiradi.

Ko'rsatilgan funktsional tekshiruv usullaridan reovazografiya o'ziga xos o'ringa ega. Bu usulda to'qimalardan yuqori chastotali tok o'tganda hosil bo'ladigan pulsli tebranishlar yozib olinadi. Bunda arterial, venoz, kapillyar holati birgalikda yozib olinadi, ammo har birini alohida aniq o'zgarish darajasini ham aniqlab bo'lmaydi va bir oyoqni yo'qligida ko'rsatkichlar olinmaydi. Sfigmografiya, pletizmografiya, ostsilloografiya, taxiostsilloografiya kabi usullar nisbiy ma'lumot beradilar, kollateral holatini ko'rsatishmaydi va tomirlar holati xaqida noto'liq tushuncha beradilar. OSIKni keng tarqalgan noinvaziv tekshiruv usullaridan biri bo'lgan ultratovush dopplerografiya, ob'ektiv usul hisoblanadi, klinik va metodik chegarasizligi bilan, yuqori informativligi bilan ajraladi. Unda elka-oyoq indeksini (OEI) hisoblash, regionar qon oqimi holati xaqida xabar olish, atravmatik va kasal uchun bezarar qo'llash, regionar gemodinamikani buzilishlarida, oyoqlar ishemiya darajasini aniqlashda omil sifatida ishlatish mumkin.

Angiografiya tekshiruv usuli qon tomir jarrohligini rivojlanishiga katta hissa qo'shgan va oxirgi 10 yillik ichida asosiy tekshiruv usul bo'lib qolgan. U «oltin standart» tekshiruv usuli bo'lib, ko'p hollarda tomirlarni zararlanishida jarrohlik taktikani aniqlaydi, hamda oyoq gangrenasida amputatsiya uchun eng qulay joyni aniqlaydi. Angiografiyadan so'ng asoratlar qator olimlar fikricha 0-14% ni tashkil etadi.

Bu usullar yuqori ma'lumotligiga qaramay kapillyarlarda qon oqimi xaqida ma'lumot bermaydilar. Vaholanki OASOKda zararlangan oyoqning to'qimasida qon aylanishini va metabolizmini baholashda kapillyarlardagi qon oqimi holati katta rol o'ynaydi. Kapillyaroskopiya –

mikrotsirkulyatsiyani oddiy tekshiruv usuli hisoblanadi. Lekin bunda mikrotsirkulyatsiyani miqdoriy buzilishini va okklyuzion jarayonni joyini aniqlab bo'lmaydi.



60 – rasm. Oyoq kritik ishemiyasi kuzatilgan bemor angiogrammasi. Yuzaki son arteriyasi okklyuziyasi.

Xozirgi paytda to'qima qon oqimini o'rganuvchi yangi tekshiruv usullardan biri bo'lgan lazerli doppler floumetriyadir (LDF). LDF turli xil funktsional testlarni (reaktiv postokklyuzion giperemiya testi, Valsalva sinamasi, pozitsion sinama, vazaprostanli sinama) ishlatib oyoqlar subkritik va kritik ishemiyasi bo'lgan bemorlarda mikrotsirkulyator reaktivlik darajasini aniqlaydi. Kislorodni panja va boldirda teriosti kuchlanishini (TcPO₂) aniqlash mikrotsirkulyatsiya tizimida qon oqimi xaqida baho beradi, kasallik klinik manzarasini aniqlashtiradi va OSKili bemorlarni ajratadi.

Shunday qilib, OSKIda arterial rekonstruktsiyani bajarish uchun tomirlar zararlanganligini darajasini bilish kerak. Buning uchun bemorga umumiy klinik va laborator tekshiruvlar, mikrotsirkulyatsiyani (LDF, TcPO₂) aniqlash, qorin aortasi va oyoqlar arteriyalarini ultratovush tekshiruvlar (UZDG, UDS), oyoqlar aortoarteriografiyasi bajarilishi zarur.

Shu tekshiruv algoritmini qo'llaganda ko'pgina (90%) bemorlarda jarrohlik amaliyoti bajarish uchun ko'rsatma aniqlanadi. Tekshiruvning oxirgi boskichi arteriyaning intraoperatsion reviziyasi bo'lib hisoblanadi, bunda operatsiya qilib bo'lmaydiganlarni 8% da rekonstruktsiya uchun sharoit aniqlanishi va oyog'ini saqlab qolinishi mumkin.

Davolash. OSKInii davolanishi murakkab masalalardan bo'lib, uni hal qilish nafaqat oyoqni saqlab qolinishi balki hayot tarzini yaxshilanishga va hayotni uzaytirishga imkon beradi. Oyoqlar kritik ishemiyasini tashxislash va davolash buyicha Rossiya konsensusida (2002 y.) bemorlarning hozirgi kunda asosiy davolash printsipi bo'lib kompleksli va individual yondashuv hisoblanadi, bunga – operatsiyadan oldingi intensiv konservativ davo, operativ davo (bevosita yoki bilvosita revaskulyarizatsiya, nostandart va palliativ amaliyotlar, amputatsiya), amaliyotdan keyingi davrning adekvat olib borilishi, operatsiya yoki amputatsiya o'tkazgan bemorlarning rehabilitatsiyasi va bemor hayotining oxirgacha dispanserli kuzatuv kiradi.

Konservativ davo OSKInii kompleksli davosining ayrilmas qismi bo'lib, amaliyotdan oldingi tayyorgarlik, jarrohlik amaliyotini bajarish va amaliyotdan keyingi asoratlarni kamaytirish uchun zarur. Konservativ davoning hozirga paytgacha ishlatib kelingan spazmolitik terapiya patogenetik asoslanmagan va hozirga vaqtda kam ishlatilmoqda. Asosan qon reologiyasini va mikrotsirkulyatsiyasini yaxshilaydigan, qonni ivish tizimi faolligini pasaytiradigan, fibrinolizni kuchaytiradigan dori vositalariga etibor berilmoqda. Bugungi kunda pentoksifillinni cho'zdirilgan shakli, ya'ni Vazonit – retard 600 ishlab chiqilgan. Bu dori OASOK bilan og'rikan bemorlarda effektiv davo hisoblanadi. Uning noxush ta'siri 2% holatlarda uchraydi va dorini to'xtatishga sabab bo'lmaydi. Tiklid esa trombotsitlarni spontan va ADF-indutsirlangan agregatsiyasini kamaytiradi, dezagregatsiyani yaxshilaydi, bu hol esa periferik arteriyalar aterosklerozi bo'lgan bemorlarda trombogen xavfni kamaytiradi.

Antitrombotsitar davo – OASOK va boshqa genezli bemorlar kompleks davosida asosiy yo'nalishdan biridir. Klopidoqrel (plaviks) yuqori antitrombotsitar ta'sirli dori-vositasi va trombotsitlar agregatsiyasi maxsus va kuchli ta'sir etuvchi ingibitori bo'lib hisoblanadi. Har xil

genezli tomir patologiyalarida (nevrologik, psixiatrik, oftalmologik) ishlatiladigan dorivositalaridan biri bo`lib tanakan hisoblanadi. 1984 yilda tanakanning antifibrinogenni faollashtiruvchi ta`siri aniqlangan. Undan tashkari, tanakanning trombositlar va eritrotsitlar giperagregatsiyasiga tormozlovchi ta`siri aniqlangan, bu esa qonni reologik holatini yaxshilaydi, trombni hosil bo`shlishiga va silliq mushaklar tonusini kuchaytiradigan mediatorlarni ishlab chiqarishiga yo`l qo`ymaydi. Tanakan ambulator va statsionar davolashda har xil darajali OASOK bemorlarida ayrim Rossiya mutaxassisleri tomonidan tavsiya etiladi (V.M. Koshkin, 1998; A.V. Pokrovskiy s soavt., 1997; V.A. Yanushko s soavt., 1999). OSKI kelib chiqish patogenezidan ma`lumki, endoteliyni funktsional faolligi pasayadi (avvalo antitrombotsitar) va prostoglandinlarni ishlab chiqishi kamayadi. Bu holat prostoglandinlar guruhiga kiruvchi dori vositalarini ishlab chiqarishiga turtki bo`ldi. PGE1 ni asosiy ta`sir mexanizmiga ishemik to`qimada trombositlar agregatsiyasini va tromb hosil bo`lishini kamaytirish, to`qimalarni zararlanishini oldini olish, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilash, kislorod bilan adekvat ta`minlash, qon oqimini ko`paytirishi antisklerotik ta`siri va normal metabolizmni tiklanishi kiradi. Shuni aytib o`tish kerakki, vazaprostanni ishlatishdan oldin sinama o`tkazish lozim, bunda mikrotsirkulyator tizimining dorini vazadilyator ta`siriga sezuvchanligi aniqlanadi. Vazaprostan bilan davo OSKIda arterial qon oqimining distal zararlanishida va boshqa davo usullar qolmaganda, birlamchi amputatsiyadan afzal bo`lishi mumkin. Vazaprostan jarrohlik amaliyotga tayyorgarlikda ham ishlatilish mumkin. OSKIni asosiy davo usuli bu jarrohlik usulidir. Rekonstruktiv jarrohlik usullar 45-55% bemorlarda amaliyotdan keyin 5-8 yil ichida oyoqlarni saqlab qolish imkoniyatini beradi. Aorta-son shuntlash operatsiyasi aorta-son zararlanishida mavjud bo`lgan usullar ichida «oltin standart» bo`lib hisoblanadi. Shu sohani o`zini zararlanishida va periferik oqimni saqlanganligida yaxshi natijalar olish mumkin, ammo bu hol faqat 6,1% holatlarda uchraydi.

Obliteratsiyalovchi aterosklerozga xos bo`lgan zararlanish bu “ko`pqavatlilik”, bunda asosan aorta-son va son-taqim osti segmentlari zararlanadi, bu esa oyoqlarni chuqur ishemiyasiga olib keladi. Uning uchrashi – 25,6-36,7% ni tashkil etadi. Bunday hollarda iloji boricha

birdaniga ikkita zararlangan segmentlarni tiklash operatsiyasi o'tkaziladi. Arterial oqimining proksimal va distal qismlari zararlanishida muvaffaqiyatsiz rekonstruktiv operatsiyalar foizi anchagina yuqori bo'ladi. Shuning uchun proksimal qismini alohida zararlanganidagina amaliyotni bajarilishi tavsiya etiladi. Jarayonga periferik oqim qo'shilganda rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlari muvaffaqiyatsiz bo'ladi.

Sintetik protezlarni ishlab chiqarilishi bilan qorin aortasi va yonbosh arteriyalarda juda kam holatlarda endarterektomiya bajarilmoqda. Birinchi bo'lib ochiq endarterektomiyani 1947 yilda J.C. Dos Santos bajardi. 1967 yili H. Harrison et al. eversion endarterektomiya usulini taklif etishdi. Keyingi yillarda ayrim jarrohlar shu usulga qaytib kelishdi. P.O. Kazanchyan (2002) aorta-son sogmenti sohasida eversion endarterektomiya amaliyotidan so'ng 4 yil ichida 91,3% holda arteriya o'tkazuvchanligini kuzatdi, bunda asoratlari va o'lim holatlari kuzatilmadi. Tomirlar kaltsinozi bu jarrohlik amaliyotni bajarilishini chegaralaydi. Kritik ishemiyada rentgenendovaskulyar amaliyotlar tanlov usuli emas, tomirlar oqimini davomiyligi va ko'p qavatli zararlanishi buni chegaralaydi. Oqsoqlanishi bor bemorlarda son-taqim osti sohasida stenozni dilyatatsiya qilingandan 5 yildan so'ng arteriya birlamchi o'tkazuvchanligini 50% bemorlarda saqlanadi. Agar ikkita yoki uchta arteriyalar zararlangan bo'lsa, unda 5 yildan so'ng birlamchi o'tkazuvchanlik 25% bemorlarda saqlanadi. OSKI bor bemorlarda natijalar yomonroq bo'ladi, angioplastika amaliyotdan keyingi davrida 90% yaxshi natijali bemorlarning 6 oydan so'ng 24% da tomir o'tkazuvchanligi saqlanadi. Chuqur son arteriyasining okklyuzion-stenotik jarayon bilan zararlanishi 46,3-72% obliteratsiyalovchi aterosklerozli bemorlarda kuzatiladi. Ma'lumki, 60 yoshdan oshgan bemorlarda OASOK 20% hollarda uchraydi. Rekonstruktiv amaliyotga ko'rsatma bo'lganda bemor yoshi ahamiyatga ega emas, bunda hamroq kasalliklar (YuIK, arterial gipertenziya, miya qon aylanishini buzilishi, qandli diabet va b.) mavjudligida har xil asoratlarni oldini olish maqsadida ekstraanatomik shuntlash (son-o'mrov osti, son-qo'ltiq osti, son-son alloshuntlash) jarrohlik amaliyotlarni qo'llash zarur bo'ladi.

Rekonstruktiv amaliyot natijasi periferik qon oqimining holatiga bog'liq bo'ladi. Bitta tibial arteriya saqlangan holda ham bevosita rekonstruktiv amaliyot oyoqni saqlab qolishi mumkin.

Ammo, keyingi paytlarda kollateral qon tomirlarni mikroskopiya sharoitida "in situ" autovenoz protezlash xaqida ma'lumotlar paydo bo'ldi. Bunda autovenaning distal qismi pastga tushuvchi tizza arteriyasi bilan anastomozlanadi. Ayrim hollarda distal panja shuntlashlar yaxshi natijalar beradi. Shunt sifatida katta teri osti venasi ishlatilib, distal qismi panja arteriyalari bilan ulanadi. 1 va 3 yildan so'ng shuntlarni kumulyativ o'tkazuvchanligi 58,1% va 39,5% tashkil etadi, 55,8 va 46,5% hollarda oyoq saqlanib qolinadi.

Aorta va oyoqlar magistral arteriyalarida rekonstruktiv operatsiyalar soni ko'payganligi va ularga ko'rsatmalar kengayganligi sababli, muvaffakiyatsiz rekonstruktiv amaliyotlardan so'ng qayta operatsiyalar sonini ko'payishiga olib keldi. Qayta rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlardan so'ng amputatsiyalar soni birinchi yil oxiriga 30,1%ni, uchinchi yil oxiriga – 52,4%, beshinchi yil oxiriga – 63,3%ni tashkil etadi. OSKI da boldir va oyoq panja venoz qon oqimini arterializatsiyasi, revaskulyarizatsion osteotrepansiyasi, bel simpatektomiyasi, katta charvi autotransplantatsiyasi kabi palliativ amaliyotlar amputatsiyalar sonini 50-65 dan 15-25% gacha kamaytirishi mumkin. Oyoqning ishemiyaga uchragan distal qismiga arterial qonni etkazib berish uchun vena qon oqimi yo'llarini ishlatish jarrohlarni ko'p yillar davomida qiziqtirib kelgan. Arterializatsiyadan so'ng yaxshi natija faqat yakka hollarda uchragan, masalan Halsted A.E. bo'yicha (1912) – 42 kasaldan faqat 3 tasida. Trombozlar ko'pligini muallif venoz tomirida klapanlar mavjudligi bilan bog'laydi. Lekin hozirgi paytda bu jarrohlik usul juda keng foydalanilmoqda. A.V. Pokrovskiy (2000) ma'lumotlari bo'yicha oyoq panjasi venoz oqimini arterializatsiyadan so'ng 94,3% bemorlar oyoqlarini amputatsiyadan saqlab qolish imkoniyatini berdi. 5 yildan so'ng 45,3% bemorlarda shunt o'tkazuvchanligi saqlanib qoldi, oyoqlar esa 88,3% holda saqlanib qolindi. Gavrilenko A.V. (2002) ma'lumotlari bo'yicha boldir va panja yuzaki venoz oqimini arterializatsiyasidan so'ng 2 yildan keyin 83,3% bemorlarni oyog'ini saqlab qolindi, bunda xamma holda shuntlar yopilishi kuzatildi.

Yuqoridagilarning baridan shunday xulosa kelib chiqadiki, boldir va panja yuzaki venalarini arterializatsiyasi tanlash usullaridan biri bo'lib hisoblanadi va amaliyotdan 3 oydan so'ng arterializatsiya qilingan venani o'tkazuvchanligi oyoqni saqlab qolinishiga ta'sir qilmaydi, bu esa shuntni trombozidan so'ng oyoqda kuchli kolateral qon aylanishini rivojlanishi haqida dalolat beradi.



61 – rasm. Oyoq panja venasining arterializatsiyasidan keyingi angiogramma.

Venoz qon oqimi arterializatsiyasini kamchiligi shundaki, 15-30% holatlarda autovena kichikligi, unda patologik o'zgarishlar bo'lganligi (flebit, varikoz kengayishlar) yoki uni oldingi operatsiyalarda ishlatilganligi sababli jarrohlik amaliyoti o'tkazilmaydi, undan tashqari amaliyotni bajarish uchun maxsus asbob-uskuna kerak. Bu holatlarda boshqa usullardan foydalanishga to'g'ri keladi. Bel simpatektomiyasini (BSE) birinchi bo'lib 1924 yili Diez bajargan, Rossiyada esa BSEni birinchi bo'lib P.A. Gertsen bajardi, va uni natijalari haqida 1926 yili VIII jarrohlarning s'ezdida ma'lumot berdi. Hozirgi paytgacha bu jarrohlik amaliyoti o'z ahamiyatini yo'qotmagan va barcha «zaxiralar» tamom bo'lganda, amputatsiyadan afzal oxirgi imkoniyat bo'lib qoladi.

1987 yil F.N. Zusmanovich tomonidan taklif kilingan revaskulyarizatsion osteotrepantsiya (ROT) ham OSKI bemorlarni davolashda o'z o'rnini topgan. ROT dan so'ng suyak-ko'mik qon oqimini kuchayishi, mavjud bekilgan kollaterallarning ochilishi kuzatiladi (paraossal, mushak, mushaklararo, paraartikulyar, teriosti) va yumshok, ayniqsa suyak to'qimalarda metabolik aktivlik oshadi. Son-taqim osti segmenti zararlanishida va distal turlarda yaxshi natija (76%) kuzatiladi. Taxminan 20 yil oldin OKI da zararlangan oyoqqa yumshok to'qimali laxtakni o'tkazish usuli haqida ma'lumotlar paydo bulgan edi. V.G. Samoday (2003) OSKI bor bemorlarga yumshok to'qimalarani mikrotomirli autotransplantantatsiyasini bajardi. Bunda orka keng mushak, katta charvi va oldingi tishli mushak laxtagini ishlatdi. 9 yildan so'ng oyoqlarni saqlab qolish kumulyativ ko'rsatikichi – 81,2%, aralash revaskulyarizatsiyalaridan so'ng – 83,5% tashkil qildi. Shunday qilib, OSKI bemorlarda amaliyotlarni tanlash arterial qon oqimini zararlanish sathi va darajasi, oyoqlar ishemiyasini darajasi va mavjud bo'lgan hamroh kasalliklarga bog'liq. Undan tashqari, oyoqlar arterial qon oqimi to'liq zararlanganda ham amputatsiya tanlash operatsiyasi bo'laolmaydi, chunki rekonstruktiv amaliyotlar natijasiz bo'lganda ham palliativ va nostandart revaskulyarizatsion jarrohlik amaliyotlari oyoqlarni saqlab qolish imkoniyatini beradi.

Birinchi martaba arteriya ichiga in'ektsiyani 1665 yili Maltalyatti bajardi, lekin bu usul ko'pchilik olimlar (V.A. Opel, Lerish, Dos Santos, Fonteyn, N.N.Burdenko, V.V. Kovanov, F.A. Andreeva i dr.) tomonidan XX asrni boshlaridan qo'llanila boshladi. U paytda arteriya ichi og'riqsizlantirish usuli hali keng tarqalmagan bo'lsada, arteriya ichiga davo sifatida navokainni yuborish ko'pchilik tomonidan tan olingan edi.

Arteriya ichiga dori vositalarni yuborganda ularni zararlangan joyda o'zgarmagan holda yuqori kontsentratsiyasi, davo ta'sirini kuchayishi, angioretseptorlarga bevosita ta'siri va dori vositalarni odam tanasiga toksik ta'siri kamayishi kuzatiladi. Undan tashqari a'zo va to'qimalardagi ishemik o'zgarishlar kamayadi, mikrotsirkulyator va metabolik jarayonlar yaxshilanadi, trofik o'zgarishlar yo'qoladi, yallig'lanish jarayonlari kamayadi va tuzalish tezlashadi. Arteriya ichi infuziyasining oqimli va fraktsion usullari mavjud.

Bugungi kunda oqimli usul ko'prok ishlatiladi, chunki fraktsion usulda arteriya ichiga dorilar yuborilganda ularning kontsentratsiyasi tez kamayadi va tomir kengaytiruvchi ta'sir qisqa muddatli bo'ladi. Uzoq muddatli arteriya ichi kateter terapiya (UMAKT) birinchi bo'lib 1951 yili H. Birman va C. Klopp tomonlaridan eksperimentda sarattonni regionar ximioterapiya usuli sifatida ishlab chiqilgan. UMAKT da yaraning tezroq bitishi, ishemik sindromni kamayishi, oyoqlarni kollateral qon oqimini yaxshilanishi kuzatiladi va bu usul OSKI bo'lgan bemorlarda amaliyotga tayyorlash yoki mustaqil davo sifatida tavsiya qilinadi.

Ko'pincha S.A. Gasparyan usulidagi pastiki qorin arteriyasini kateterlash bajariladi. Lekin bu usulda katta va chuqur kesma talab qilinadi va asoratlari ham ko'p kuzatiladi. Eng kam asorat kuzatiladigan va oddiy usullardan bu son arteriyasini kateterlashdir. Arteriya ichiga dorilarni yuborish uchun Seldinger usulida kontrlateral son arteriyasi punktsiya qilinadi, kateter aorta bifurkatsiyasidan o'tkazilib zararlangan tomonga Bechman usuli bo'yicha o'rnatiladi. Bu usulni afzalligi shundaki, zararlangan tomonda operatsiya qilish va bu usuldan bir necha marotaba foydalanish mumkin. Lekin ikkala son arteriyasi okklyuziyasida va qorin aortasini devitsiyasida Bechman bo'yicha katetrlashning iloji bo'lmaydi.

UMAKT usuldan foydalanilganda yuboriladigan dorilarni ahamiyati juda katta. Hozirgi paytda, buning uchun, reopoliglyukin, geparin, pentoksifillin, nikotin kislotasi, salkoseril, no-shpa, askorbin kislotasi, vitaminlar, vazaprostan, gormonlar, kontrikal, antibiotik kabi dori vositalaridan foydalaniladi. Bu dorilar mikrotsirkulyatsiyani va qonni reologiyasini yaxshilash, yallig'lanishni oldini olish maqsadida foydalaniladi.

Oyoqlari yiringli-nekrotik zararlanish bilan kechuvchi qandli diabet kasalligida gemosorbtsiya keng qo'llaniladi va bunda davolash natijalari yaxshilanadi. Oyoqlari qorasonga uchragan qandli diabetli bemorlarda vena ichiga leykokontsentrat yuborilganda ham yaxshi natijalar kuzatiladi. Bundan tashqari, diabetik mikroangiopatiyada giperbarik oksigenatsiya vaqtida geparino terapiya o'tkazilganda to'qimalar qon aylanishi yaxshilanadi.

Maxaliy davolashda yiringli-nekrotik yarani keng ochib, maxalliy insulinni, vitaminli, dimeksidli va fibrinolizinni bog'lamlar qo'yish,

nekrozlangan to`qimalarni xirurgik lazer bilan kesib olib tashlash kerak. Adabiyot ma`lumotlariga qaraganda, bel simpatektomiyasidan olingan natijalari turlicha. Ayrim olimlar diabetik oyoq bilan bel simpatektomiyasi yaxshi natija bermaydi deb yozishadi, boshkalari esa aksincha, bu amaliyotdan so`ng, yaxshi natijalar kuzatgan.

Saqlab qoluvchi davo usuli ham mavjud bo`lib, unda zararlangan oyoq tomonda buyrak usti bezi qisman rezektsiyasi va bel simptaektomiyasi bajariladi. Bu jarrohlik amaliyoti asosan magistral arteriyalarda qonqarli qon oqimi saqlangan holda mikrotsirkulyatsiya buzilishidan kelib chiqadigan kritik ishemiyada bajariladi.

Oxirgi o`n yil ichida past chastotali ultratovush kavitatsiyasi klinik tajribajada o`z o`rnini topdi. Past va o`rta chastotali ultratovush tebranishlar yara jarayoniga turlicha ta`sir qiladi. Uning ta`sirida yarani xujayra elementlari, lizosomal enzimlar kavitatsion parchalanadi, xemotoksik omillar va bakteriotsid kationli oqsillar hosil bo`ladi va buning hisobiga yara tozalanishi tezlashadi. Bu omillar ekssudatni proteolitik aktivligini kuchaytiradi, neytrofillarni fagotsitar va antibakterial aktivligini rag`batlantiradi, nekrozga uchragan to`qimalarda ultratovush dezintegrator bo`lib ta`sir qiladi va ularni ko`chishini tezlashtiradi.

Keyingi yillarda yiringli yaralarni ultratovush sanatsiyasi va yiringlinekrotik yumshoq to`qimalarni lazer bilan davolash keng qo`llanilmokda. Bu usulning ko`p musbat tomonlari mavjud: atravmatikligi, abakterial muhitni hosil qilishi, regenerativ jarayonlarni rag`batlantirishi va qonni reologik xususiyatini yaxshilashi. Lazer nurlari mikroba assotsiatsiyalarini sonini kamaytiradi va ularning antibiotiklarga sezgirlikini oshiradi. Lazerni qo`llagandan so`ng yara usti sohasi 81-90% hollarda sterilizatsiyalanadi.

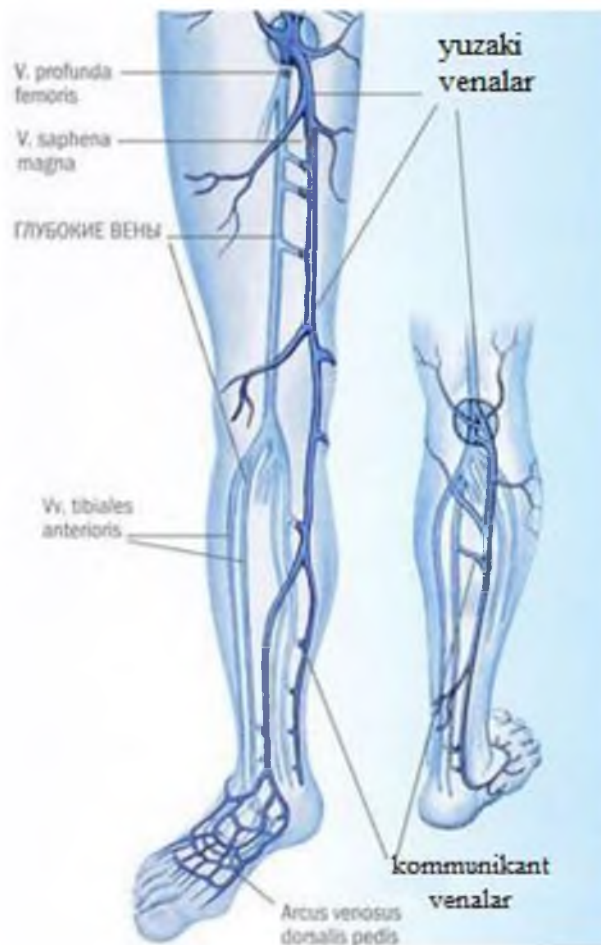
Oxirgi yillarda oyoq panjasi yiringli-nekrotik zararlanishini davolashda, boshqa fizik usullar bilan birgalikda suvda eriydigan ko`p komponentli surtmalar juda keng qo`llanilmokda. Ko`pkomponentli surtmalarga antibakterial dori vositalari (antibiotik, sulfanilamid, antiseptik), to`qima almashinuv jarayonlarni regulyatori – metiluratsil, mahaliy antiseptik – trimekain va gidrofillar kiradi. Levomekol va levosin ko`pgina grammusbat va grammanfiy bakterialarga (ichak tayokchasi) ta`sir etadi. Ko`p komponentli surtmalar yara jarayonini 1 fazasida xirurgik

ishlov nozarurligi yoki boshqa hollarda ko'rsatilgan. Surtamalarni qo'llash davolanish muddatini qisqartiradi, oeqni operativ davoga yoki autodermoplastikaga tayyorlaydi.

Yiringli yaralarni sanatsiya qilishda keng ishlatiladigan ozonoterapiya haqida ham aytib o'tish kerak. "Ozonator 1M" apparati Kirov nomli NPO Olmaota shahrida ishlab chikariladi. Ham grammusbat, ham grammanfiy aerob va anaeroblar ozonga birxil sezuvchan. Oyoklarni diabetik gangrenasida kompleks davolashda arteriya ichi kateter terapiya kamrok ishlatiladi. Bu usulni qo'llaganda sonni o'rta va yuqori uchligidan amputatsiya sonini 18,3% gacha kamaytirsa bo'ladi.

Qandli diabetli bemorlarda oyoqlarda tarqoq mikroangiopatiya va modda almashinuvi buzilishining o'ziga xosligi sababli vena ichiga yuborilgan dori vositalardan kutilgan natija kuzatilmaydi. Hosil bo'lgan yiringli-nekrotik o'chok, infeksiyon agentni mavjudligi va intoksikatsiyani zo'rayib borishi hisobiga bemor ahvoli yomonlashib boradi. Shuning uchun, bu holatda arteriya ichiga dorilarni yuborish usuli yuqori natijali usullardan hisoblanadi, chunki bunda yuborilgan dorilarni, ya'ni antibiotiklarni kontsentratsiyasi regionar ko'payishiga erishiladi.

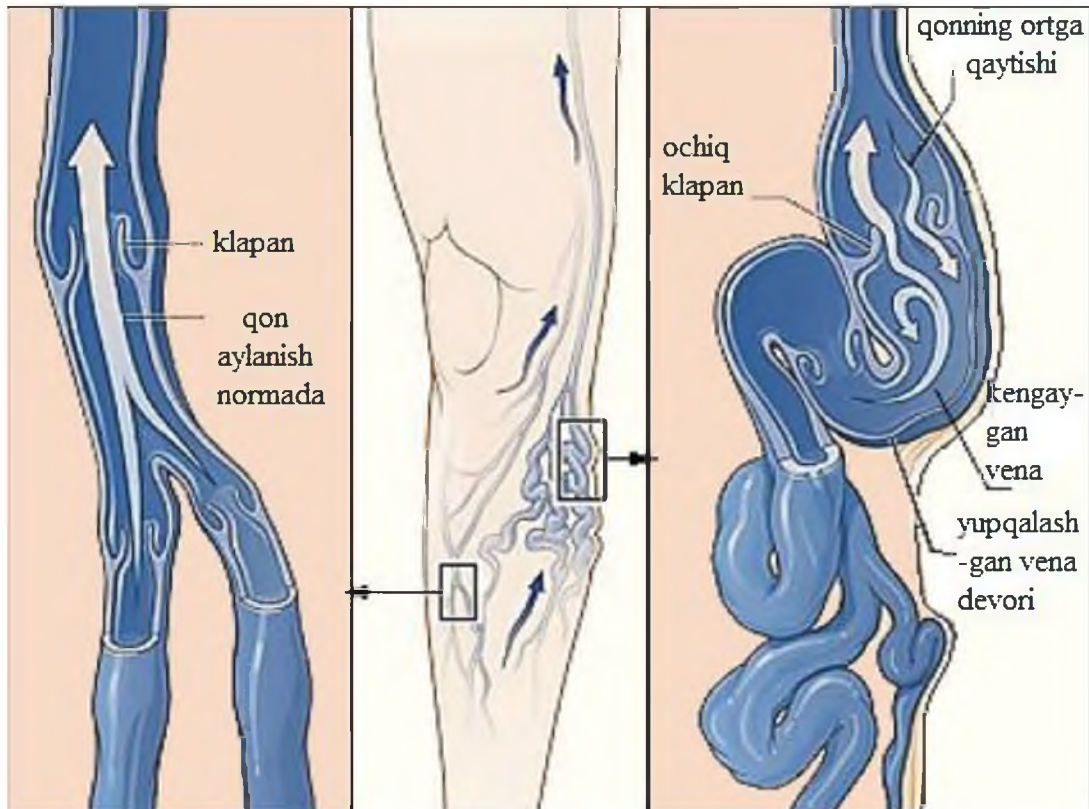
VENA VA LIMFA TOMIRLARI KASALLIKLARI



Anatomik-fiziologik xususiyatlari. Oyoqlarda yuzaki, chuqur hamda komunikant (perforant) venalar tafovut qilinadi. Yuzaki venalar katta va kichik teri osti venalaridan iborat. Katta teri osti venasi oyoq panjasining medial chekka venasidan boshlanib, boldir va sonning medial yuzasi bo'ylab ko'tarilib, oval teshik orqali son venasiga quyiladi. Katta teri osti venasining son venasiga quyilish joyida uning bir necha tarmoqlari (v. pubenda externa, v. epigastrica superficialis, v. circumflexa ileum superficialis, vv. saphena accessoria medialis et lateralis) mavjud.

Kichik teri osti venasi oyoq panjasi lateral chekka venasining davomi hisoblanadi va taqim osti sohasida taqim osti venasiga quyiladi. Katta va kichik teri osti venalari o'rtasida ko'p sonli anastomozlar bo'ladi. Oyoqlarning chuqur venalari shu nomdagi arteriyalar bilan birga o'tadigan juft venalardan tashkil topgan bo'lib, oldingi va orqa katta boldir venalari qo'shilgach, taqim osti venasini hosil qiladi. Taqim osti venasi son venasiga davom etib, pupart boylami sathida tashqi yonbosh venaga o'tadi,

u esa ichki yonbosh venasi bilan qoʻshilib umumiy yonbosh venasini hosil qiladi.

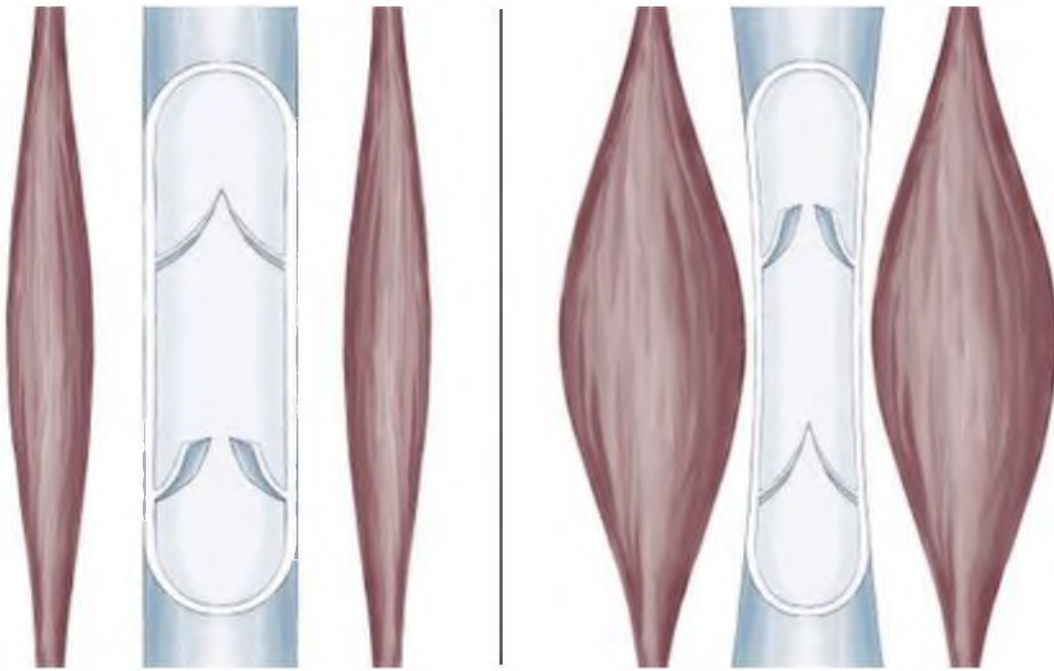


62 - rasm. Normal va varikoz kengaygan venadagi gemodinamika holati.

Yuzaki va chuqur venalar orasidagi aloqani komunikant venalar amalga oshiradi. Venoz klapanlar odatda qonning yuzaki va chuqur venalari boʻylab retrograd (ortga, teskari) oqishiga, komunikant venalarda esa, chuqur venalardan yuzaki venalarga retrograd oqishiga toʻsqinlik qiladi.

Venoz qon oqimi quyidagi omillarga koʻra amalga oshiriladi:

1. Qon kapillyarlar orqali oʻtgandan keyingi “qoldiq bosim”.
2. Boldir va sonning “mushak-venoz nasosi” ishi (“venoz yurak” deb ham ataladi).
3. Yondosh yotgan arteriyalar pulsatsiyasi.
4. Diastola vaqtida yurakning soʻrib oladigan taʼsiri.
5. Nafas olish vaqtida koʻkrak qafasidagi manfiy bosim.



63 – rasm. Boldir “mushak-venoz nasosi” ning me’yordagi sxemasi.

Odatda oyoqlar va qo`llardan qonning 80-90% gacha qismi chuqur venalar bo`ylab oqib o`tadi.

Venalarning klapan etishmovchiligini aniqlash. Oyoq yuzaki venalari ostial klapani etishmovchiligini aniqlash uchun Troyanov-Trendelenburg va Gakkenbrux sinamalarini o`tkazish lozim bo`ladi.

Troyanov-Trendelenburg sinamasi. Bemor gorizontaal vaziyatda yotib oyog`ini yuqoriga ko`taradi. Yuzaki venalar bo`shaganidan so`ng, katta teri osti venasining son venasiga quyiladigan joyi topilib, barmoq bilan bosiladi va barmoqni olmasdan turib bemorning o`rnidan turishi so`raladi. Bu sinamani bajarishda, barmoq bilan bosmasdan jgut qo`ysa ham bo`ladi. Odatda katta teri osti venasi bo`shaydi, 20-30 sekund o`tgach venalar pastdan yuqoriga qarab qon bilan to`la boshlaydi. Agar ostial klapani etishmovchiligi bo`lsa, barmoq olingandan (yoki jgut echilgandan) keyin, venalar tezda yuqoridan pastga qarab qon bilan to`ladi. Troyanov-Trendelenburg sinamasi musbat bo`lgani, katta teri osti venasining klapanlari etishmovchiligidan darak beradi.

Gakkenbrux sinamasi (yo`tal turtkisi). Bu sinamada, bemor yo`talganda katta teri osti venasi son venasiga quyiladigan joyga qo`yilgan barmoqlar turtkini sezadi. Gakkenbrux sinamasining musbatligi – katta teri osti venasi ostial klapanidagi etishmovchilikni ko`rsatadi.

Chuqur venalarning o'tkazuvchanligi Delbe-Pertes "marsh" sinamasi va Pratt-1 sinamasi orqali tekshiriladi.

Delbe-Pertesning "marsh" sinamasini o'tkazish uchun bemor tik holatda turganida songa, faqat yuzaki venalarni bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. Bemordan 5 daqiqa yurish yoki bir joyda turib odimlash ("marsh" qilish) talab etiladi. Bunda teri osti venalarining puchayishi kuzatiladi va bu chuqur venalarning o'tkazuvchanligidan dalolat beradi. Yurishdan keyin venalarning bo'rtishi va boldir sohasida og'riq paydo bo'lishi, chuqur venalarda to'siq borligidan yoki jgutdan pastdagi komunikant venalarning ishlamasligidan dalolat beradi.

Pratt-1 sinamasi. Boldir aylanasiga o'lchangandan keyin bemor chalqancha yotqiziladi va venalar bo'shalgandan so'ng, oyoqqa teri osti venalarini bosib turadigan elastik bint bog'lanib, 10 minut yurish taklif etiladi. Og'riqning paydo bo'lishi chuqur venalar zararlanganini ko'rsatadi. Takror tekshiruvda boldir aylanasi o'lchamining ortishi – chuqur venalarning o'tkazuvchan emasligini ko'rsatadi.

Komunikant venalar klapanlarining holati haqida tushunchani Pratt-2 sinamasi, uch jgutli Sheynis sinamasi va Talman sinamasi beradi.

Pratt-2 sinamasi. Yotgan holatda teri osti venalari bo'shatilgandan so'ng oyoq panjasidan boshlab elastik bint bog'lanadi. Songa pupart boylami ustiga jgut bog'lanadi. O'rindan turish taklif qilinadi. Jgut ostiga ikkinchi elastik bint bog'lanadi. So'ngra pastdagi bint o'ram-o'ram qilib echiladi, yuqoridagi bintni esa oyoqqa bintlar orasida 5-6 sm ochiq joy qoladigan qilib pastga o'raladi. Bintlardan ozod bo'lgan uchastkada venalarning tez to'lishi bu erda ishlamaydigan klapanlari bo'lgan komunikant venalar borligini ko'rsatadi. Ularga ko'k dori surtib belgilab qo'yiladi.

Sheynisning uchta jgutli sinamasi. Teri osti venalari bo'shatilgandan keyin bemorga yotgan holatida: sonning yuqori uchdan bir qismiga, son o'rtasiga va tizzadan pastga uchta jgut qo'yiladi. O'rindan tik turish taklif qilinadi. Oyoqning jgutlar bilan chegaralangan biror qismida venalarning tez bo'rtib chiqishi shu sohada klapanlari ishlamaydigan komunikant venalar borligidan dalolat beradi.

Talman sinamasi. Uchta jgut o'rniga yumshoq rezina naychadan yasalgan bitta uzun (2-3 m) jgut ishlatiladi. Uni oyoqqa pastdan yuqoriga

spiral qilib bog`lanadi. Jgut o`ramlari orasida 5-6 sm masofa qolishi kerak. Oyoqning jgutlar bilan chegaralangan biror kesigida venalarning tez bo`rtib chiqishi shu uchastkada klapanlari ishlamaydigan komunikant venalar borligidan dalolat beradi.

Venalarni tekshirishning maxsus instrumental usullari.

1. Funktsional-dinamik flebomanometriya. Boldirga elastik bint solinadi, oyoq panjasi lateral tomonidagi venalardan birini punktsiya qilinib elektromanometr bilan ulanadi. Venoz bosimni oyoq mushaklari tarang qilingandan (Valsalva sinamasi) va mushak ishidan (10-12 marta turib o`tirilgandan) keyin bosimi o`lchanadi. Chuqur venalar o`tkazuvchanligida Valsalva sinamasida bosim 10-15 mm suv ustuniga ko`tariladi, sistolik (mushaklar qisqarganda) va diastolik (mushaklar bo`shashtirilganda) bosim 4550 mm suv ustuniga oshadi, sistola-diaistola gradienti birmuncha kamayadi. Mushak ishidan keyin bosim asta-sekin dastlabki darajasiga qaytadi.

2. Teri elektrotermometriyasi – qo`shimcha usul. Varikoz venalar va tugunlar ustidagi teri haroratining $0,3-0,5^{\circ}$ ga yuqoriligi oyoqni osiltirib o`tirishda haroratning farqi katta bo`lishi qayd qilingan.

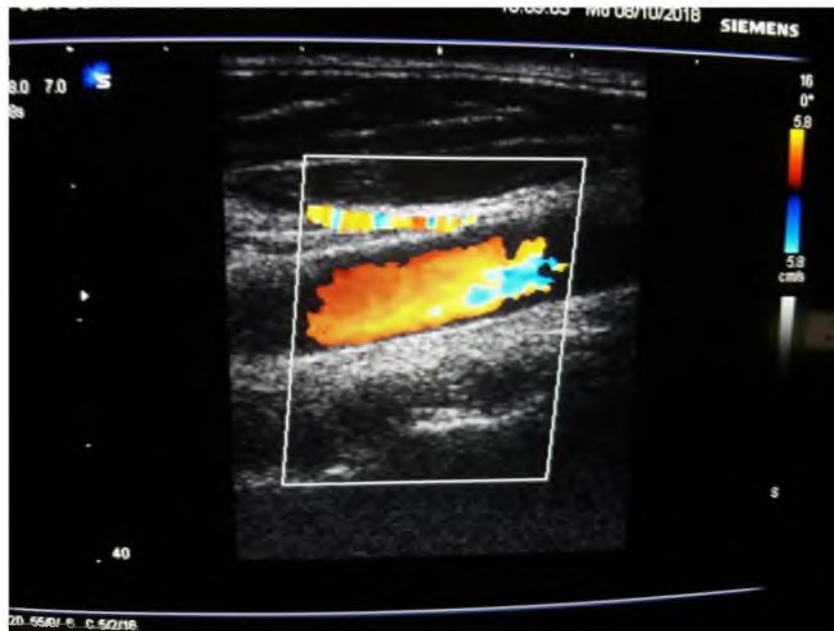
3. Termografiya birmuncha kulrang fonda oqish uchastkalar ko`rinishidagi kengaygan venalarni aniqlab beradi.

4. Ultratovush dopplerografiyasi. Bu tekshiruv orqali oyoq venalari qon o`tkazuvchanligi, qon oqimi tezligi, klapanlar etishmovchiligi va regionar qon bosimi aniqlanadi.

5. Ultratovush angioskanerlash (ultratovush dupleks tekshiruvi). Bu tekshiruv orqali oyoq venalarini holati, o`lchami, o`tkazuvchanligi, klapanlar holati va etishmovchiligi, qon oqimi tezligi va hajmi, varikoz kengaygan venalar holati, ichida tromb bor yoki yo`qligi, trombnning dinamikada o`sish darajasi kabi ma`lumotlarni aniqlash mumkin. Bu tekshiruv usuli noinvazivligi va tekshiruvni ko`p marta takrorlash mumkinligi tufayli hozirgi kunga kelib angiologiyada eng yaxshi ma`lumot beruvchi tekshiruv usuliga aylandi.

Flebografiya funktsional sinamalar chuqur venalarning o`tkazuvchanligi va komunikant venalarning holati to`g`risida aniq tasavvur bermagan hollarda qo`llaniladi. Kontrast modda vena ichiga yuboriladi. Distal va proksimal flebografiya qo`llaniladi. Distal

flebografiyada kontrast modda (ultravist, omnipak, verografin, va b.) oyoq panjasi lateral tomonidagi venalarning biriga yoki medial chekka venaga yuboriladi.



64 – rasm. Ultratovush angioskanerlash.

Tekshirish bemorning vertikal vaziyatida funktsional sinamalardan foydalanib (funktsional-dinamik flebografiya) o'tkaziladi. Seriyali angiografiya qo'llaniladi: birinchi suratni in'ektsiya qilingan zahoti (tinchlik fazasi), ikkinchisini bemor oyoq uchida ko'tarilgan vaqtda (mushak tarangligi fazasi), uchinchi – oyoq uchini bosib 10-12 marta turib o'tirilgandan keyin (relaksatsiya fazasi) olinadi. Flebogrammalarda chuqur venalarning o'tkazuvchanligi aniqlanadi, kontrastniig tutilib qolishidan esa ishlamay qolgan komunikant venalarning u erda joylashganini aniq bilib olishga muvaffaq bo'linadi.

Proksimal flebografiyada kontrast modda son venasiga katta teri osti venasini Seldinger bo'yicha punktsiya qilish va kateterlash yo'li bilan yuboriladi. Son venasi klapan apparatining holati va yonbosh venalarning o'tkazuvchanligi aniqlanadi.



65 – rasm. Distal flebografiya.

OYOQ VENALARINING VARIKOZ KASALLIGI

Oyoq venalarining varikoz kasalligi (*varicus venus cruris*) – deganda ular devorining qopsimon kengayishi, teri osti venalari uzunligining oshishi va ilonsimon egri-bugri bo`lib qolishi tushuniladi. Bu kasallikda zararlangan oyoqda venoz qon aylanishining buzilishi va trofik o`zgarishlar kuzatiladi. Ushbu xastalik yuzaki venalarning butun uzunligida joylashuvi mumkin, chuqur venalarning zararlanishi mumkinligi ham aniqlangan.

Oyoq venalarining varikoz kengayishi aholining 17-37% da kuzatiladi. Shifoxonalarda u xirurgik bemorlarning umumiy soniga nisbatan 2,0-3,3% ni tashkil etadi. Ayollar erkaklarga qaraganda 3 marta ko`proq kasallanadilar. V.S. Savelev va E.P. Dumpe (1970) aholining 15-20% vena kasalliklari bo`yicha operatsiya usulida davolanishga muhtoj deb hisoblaydilar.

Etiologiyasi va patogenezini. Oyoq venalarining varikoz kasalligi birlamchi va ikkilamchi deb tafovut qilinadi. Agar birlamchi varikoz

kasallik klapan etishmovchiligi, venalar tonusi pasayishidan rivojlansa va kasallikning ko'proq uchraydigan turi xisoblansa, venalarning ikkilamchi varikoz kengayishi chuqur venalar tromboflebitidan keyin kompensator rivojlanadi.

Venalarning varikoz kasalligi rivojlanishiga doir bir necha nazariyalar mavjud bo'lib ular quyida keltirilgan.

Mexanik nazariya – kasallik rivojlanishini uzoq vaqt oyoqda turib qolinganda yoki venalarning proksimal bo'limlari ezilganda (masalan, xomiladorlikning ikkinchi yarmida) oyoqdan qon oqib ketishi qiyinlashuvi sababli venalardagi bosimning oshishi bilan izohlaydi. Eng uzun vena – katta teri osti venasi gravitatsion effekt natijasida yuqori qon bosimi ta'siriga uchraydi. Shunga ko'ra bu kasallikni yana oyoqda turib bajariladigan kasbli mutaxasislarning kasalligi ham deb ataydilar.

Klapan etishmovchiligi yoki *irsiy moyillik nazariyasining* tarafdorlari kasallik avj olishini venoz klapanlarining tug'ma bo'lmasligi yoki ularning o'sib etilmaganligi sababli funktsional etishmovchiligi bilan izohlaydilar.

Neyroendokrin nazariya tarafdorlari organizmdagi gormonal qayta qurish (xomiladorlik, menopauza, voyaga etish davri, tug'ruq va b.) tufayli vena devorining sustlashib qolishiga asosiy ahamiyat beradilar. Bunda chanoq a'zolariga qon oqib kelishi ko'payadi, arteriola-venulyar anastomozlar ochiladi va venalar tonusi pasayib ketganligidan qon oqib ketishga qiyinchilik tug'diradi.

Qator tadqiqotchilar venalarning varikoz kengayishi rivojlanishida arteriola-venulyar anastomozlar etakchi ahamiyatga ega deb hisoblaydilar. Arteriola-venulyar anastomozlar noqulay omillar ta'siri ostida ochilib ketadi, natijada oyoqqa ko'p miqdorda qon yuqori bosim ostida tusha boshlaydi, venalar bo'shlig'i kengayadi va venalarning ikkilamchi klapan etishmovchiligi rivojlanadi, varikoz tugunlar paydo bo'ladi. Varikoz kasalligining bu arterial turiga Parks-Veber-Rubashev kasalligi kiradi.

Yuqorida aytilganlardan venalarning varikoz kengayishi quyidagi qator omillarning bir vaqtda ta'sir qilishi natijasida kelib chiqishi ayon bo'ldi:

a) moyil qiladigan omillar: venalarning tug'ma yoki orttirilgan o'zgarishlari: faoliyat ko'rsatmaydigan arteriola-venulyar anastomozlar borligi, neyroendokrin buzilishlar, vena devori tonusining pasayishi;

b) keltirib chiqaradigan omillar: oyoq venalarida bosimni oshiradi va venoz qon oqib ketishini qiyinlashtiradi.

Venalarda qon bosimi oshishi va venoz dimlanish yuzaki venalar, keyinroq komunikant venalarning klapan etishmovchiligiga, bu esa o`z navbatida mushaklar qisqarganda qonning chuqur venalardan yuzaki venalarga oqib kelishiga olib keladi. Arteriola-venulyar anastomozlar ochiladi, kapillyarlardagi qon oqimi pasayadi, staz rivojlanadi. Perikapillyar bo`shliqda ko`p miqdorda suyuqlik, elektrolitlar, qonning shaklli elementlari, plazma oqsili to`planadi. Terida va teri osti kletchatkasida biriktiruvchi to`qima rivojlanadi, mayda tomirlar va kapillyarlar devorida gialinoz va skleroz rivojlanadi, to`qimalarda almashinuv jarayonlari buziladi. Klinik jihatdan bu shishlar va trofik buzilishlar (terida pigmentatsiya, dermatit, ekzema, yaralar) bilan namoyon bo`ladi.

Klassifikatsiyasi.

Anatomik shakllari bo`yicha: magistral, sochma, aralash.

Tarqalishi bo`yicha: chegaralangan, generalizatsiyalashgan, o`tib ketadigan.

Klinik klassifikatsiyasi:

1) oddiy (asoratlanmagan) turi, 40 yoshgacha uchraydi va hamma hollarning 18% ni tashkil qiladi.

2) asoratlangan turi, aksariyat 50 yoshdan keyin uchraydi va hamma hollarning 32% ni tashkil etadi.

Asoratlari: ekzemalar, piodermiyalar, trofik yaralar, tromboflebitlar, varikoz venalardan qon oqishi.

Kasallikning bosqichlari bo`yicha: kompensatsiyalangan, subkompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan.

Qonning chuqur venalardan yuzaki venalarga o`tish darajasiga ko`ra varikoz kasallikning turlari (V.S. Savelev bo`yicha, 2000):

1. Yuqori veno-venoz qon reflyuksi bilan o`tdigan varikoz kasalligi (teri osti venasi ostial klapani etishmovchiligida).

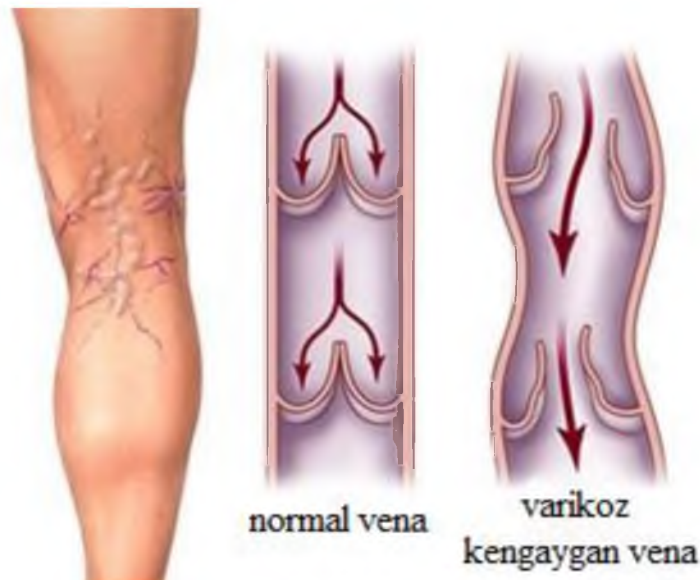
2. Past veno-venoz qon reflyuksi bilan o`tdigan varikoz kasalligi (komunikant venalari etishmovchiligida).

3. Veno-venoz aralash qon reflyuksi bilan o`tdigan varikoz kasalligi.

Rossiya flebologlarining 2000 yili o'tkazilgan yig'ilishida varikoz kasalligining surunkali venoz etishmovchiligi (SVE) darajasi, varikoz kasalligi turlari va asoratlariga asoslangan yangi klassifikatsiyasi taklif qilindi:

Varikoz kasalligining turlari SVE darajasi:

1. Teri ichi va segmentar varikoz, venovenoz reflyukssiz - "Og'ir oyoq" sindromi
2. Segmentar varikoz yuzaki va komunikant venalar reflyuksi bilan - O'tib ketuvchi shish.
3. Tarqalgan varikoz yuzaki va komunikant venalar reflyuksi bilan - doimiy shish, giper- yoki gipopigmentatsiya, lipodermatoskleroz, eczema.
4. Varikoz kengayish chuqur venalar reflyuksi bilan - Venoz trofik yaralari.



66 – rasm. Varikoz kasalligida venoz reflyukslar sxemasi.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Chap oyoq o'ng oyoqdan ko'ra ko'proq zararlanadi, ikki tomonlama zararlanish 35-43% xollarda uchraydi. Bemorlarning 75-80%da katta teri osti venasi, 5-10% kichik teri osti venasi zararlanadi, bemorlarning 7-10% patologik jarayonga ikkala vena tortiladi. Kasallikning klinik manzarasi uning bosqichlariga, asoratlari bor-yo'qligiga ko'ra turli-tuman bo'ladi.

Kasallikning kechishida latent faza, kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya bosqichlari farq qilinadi. Venoz qon aylanish kompensatsiyasida bemorlar tik turilganda ro'y-rost

ko`rinadigan va egri-bugri yo`llar, tugunlar, bo`rtib chiqqan chigallar ko`rinishidagi kengaygan venalar borligidan shikoyat qiladilar. Bemorlarni oyoqning o`rta darajada og`irlashishi, to`laligi, vertikal holatda charchab qolishi bezovta qiladi. Oyoqda shishlar yo`q yoki kechga tomon paydo bo`ladi va dam olingandan so`ng yo`qoladi. Bemorlar mexnatga layoqatli bo`ladilar.

Subkompensatsiya bosqichida oyoq tez charchaydi, shishganday sezgi paydo bo`ladi, og`ir tortadi, pastki mushaklar tortishadi, terisi qichishadi, paresteziya, boldir va oyoq panjasida shish paydo bo`ladi. Shishlar kechga tomon yoki uzoq vaqt oyoqda turilganda paydo bo`ladi. Tungi dam olishdan keyin ertalab ular yo`qoladi, biroq dam olishdan so`ng hamisha yo`qolavermaydi. Ichki to`piq ustida tsianoz va teri pigmentatsiyasi paydo bo`ladi.

Dekompensatsiya bosqichida doimiy shish, uvishib qolish, zararlangan tomonda qichishish paydo bo`ladi. Boldir yug`on tortadi, tsianozga uchraydi, shishadi. Shishlar tez ketmaydi, tungi uyqudan so`ng yo`qolmaydi. To`qimalarning trofik buzilishlari, dermatitlar, skleroz, teri osti kletchatkasi induratsiyasi qo`shiladi.

Varikoz kasallik asoratlari: trofik yaralar, tromboflebitlar, varikoz kengaygan venalardan qon ketishi, ikkilamchi limfedema, ekzema qo`shiladi. Trofik yaralar odatda yakka, ba`zan ko`p sonli bo`ladi, boldir uchdan bir pastki qismining ichki yuzasida joylashadi. Yaralar yassi, ularning tubi silliq chetlari notekis shaklda, ajralma kam chiqadi. Varikoflebit – varikoz venalar kengayishi tromboflebitida venalar yo`li bo`ylab qattiqlashishi, og`riydigan zich tugunlar paydo bo`lishi, qizarishi va yurish qiyinlashuvi hamda umumiy va mahalliy harorat ko`tarilishi kabi belgilar paydo bo`lishi bilan rivojlanadi. Venalarning varikoz kengayishidan qon ketishi – yupqalashib va teri bilan birikib ketgan vena arzimas darajada shikastlanganda yuz beradi. Shikastlangan vena distal qismiga bosuvchi bog`lam yoki jgut yordamida qon ketishini osongina to`xtatish mumkin.

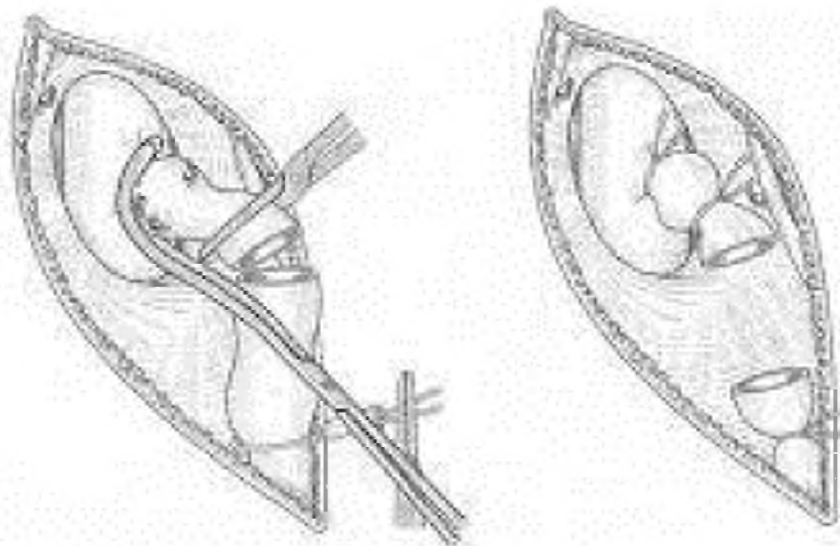
Qiyosiy tashxis posttromboflebitik sindromi, yuzaki venalarning ikkilamchi kompensator varikoz kengayishi, venalarning tug`ma kasalliklari (Parks-WeberRubashev va Klippel-Trenone sindromi) bilan o`tkazish lozim.

Davolash. Konservativ muolaja, sklerozlovchi davo va jarrohlik amaliyotlari usullari qo'llaniladi.

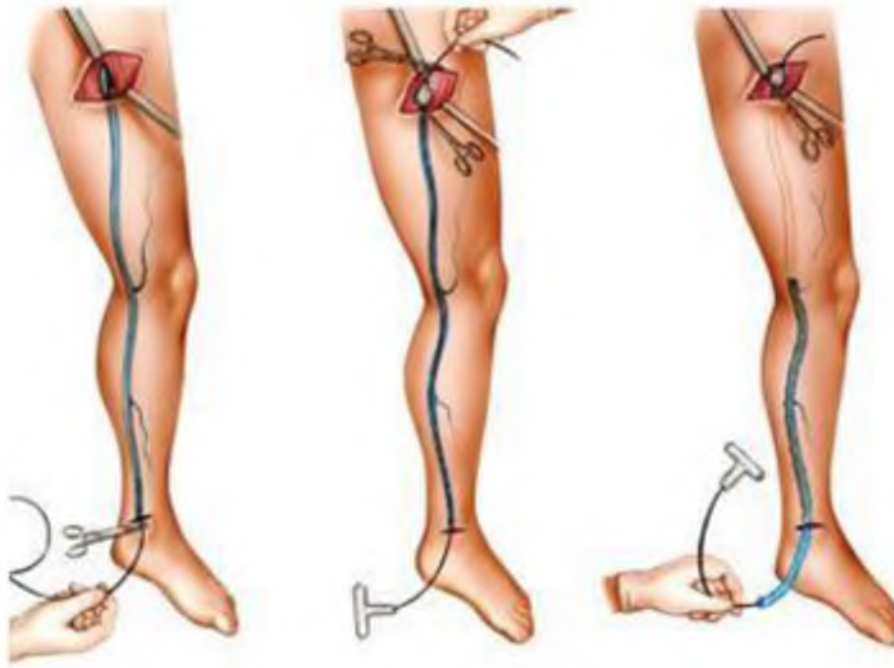
Bemorni konservativ davolash kasallikdan holi qilmaydi, balki asoratlarning oldini oladi, zo'rayib ketishdan saqlaydi. Uni operatsiyaga monelik qiladigan hollar bo'lganda qo'llash mumkin. Konservativ davo kompleksiga elastik paypoq kiyish, oyoqni elastik bintlash, davolash fizkulturasi, bemorlarni engil ishga o'tkazish, og'ir yuk ko'tarmaslik va uzoq vaqt tik oyoqda turmaslik kiradi.

Sklerozlovchi davo kasallikning boshlang'ich bosqichida kengaygan venalarning ayrim tugunlari yoki qismlarini obliteratsiya qilish uchun qo'llaniladi. Bunda varikoz tugunlarga yoki kengaygan venalarga sklerozlaydigan eritmalar (etoksisklerol, fibro-veyn, trombovar va b.) yuboriladi. In'ektsiya qilinadigan joy doka sharcha bilan artiladi va dori yuboriladi, sungra oyoqqa elastik bint bog'lanadi. Bemorga 2-3 soatgacha yurish taklif qilinadi.

Xirurgik davo varikoz kasallikni davolashning birdan-bir radikal usuli hisoblanadi. Og'ir yurak, o'pka, jigar va buyrak xastaliklarida, xomiladorlik davrida, keksa odamlarda va yiringli kasalliklar bo'lganda uni o'tkazib bo'lmaydi. Operatsiya katta teri osti venasini va uning tarmoqlarini son venasiga quyiladigan joyidan bog'lash (Troyanov-Trendelenburg operatsiyasi yoki krossektomiya), katta teri osti venasini Bebkokk bo'yicha olib tashlashdan iborat, buning uchun Bebkokk yoki Grizendi zondi qo'llaniladi.



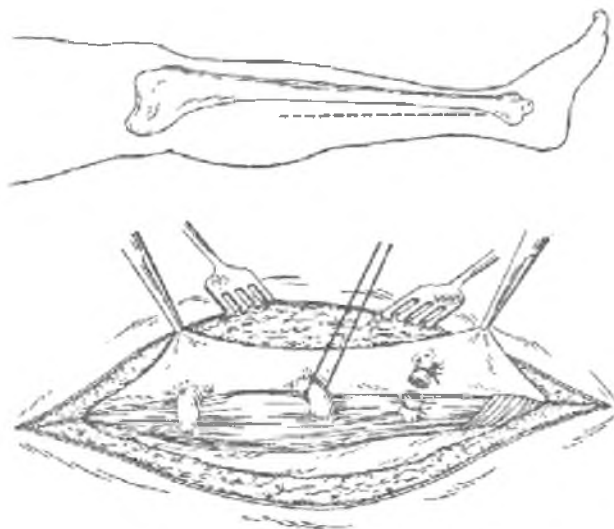
67 – rasm. Krossektomiya. Troyanov - Trendelenburg operatsiyasi.



68 – rasm. Bebkokk operatsiyasi.

Venalarning juda buralib ketgan uchastkalari Narat bo'yicha kichikroq kesmalar orqali olib tashlanadi. Ishlamay qolgan komunikant venalar bo'lganda bu venalarni albatta bog'lab qo'yish kerak. Operatsiya boldirning ichki yuzasi bo'ylab 12-15 sm uzunlikda kesib komunikant venalarni bog'lashdan iborat.

Trofik o'zgarishlar bo'lmaganda komunikant venalar fastsiya ustidan (Kokket bo'yicha), teri va teri osti kletchatkasi trofik o'zgarishlarga uchraganda esa fastsiya ostidan Linton bo'yicha bog'lanadi.



69 – rasm. Linton operatsiyasi.

Mayda teri osti venalarining olib tashlanmagan uchastkalari teri orqali ketgut bilan (Shede-Koxer, Sokolov bo'yicha) qo'shimcha tikiladi.

Xozirgi vaqtda endoskopik xirurgiyani avj olib rivojlanishi SVEda, komunikant venalar etishmovchiligida, ayniqsa trofik yaralar kuchli rivojlanganda endoskopik usulda perforant venalarni bog'lash katta ahamiyatli davolash usuli hisoblanadi.



70 – rasm. Endoskopik usulda perforant venalarni bog'lash

Amaliyotdan keyingi davrda bemorlarga elastik bintlash yoki elastik paypoqlar kiyish, dezagregantlar, fleboprotektorlar va davolash mashqlari tavsiya etiladi.

O'tkir tromboflebit va flebotromboz

O'tkir tromboflebit va flebotromboz bir-biridan farq kiladi. Flebotrombozda tromb venaning sog'lom qismida hosil bo'ladi, so'ngra vena devorining yallig'lanish reaksiyasi qo'shiladi. Tromboflebitda tromb yallig'lanib, o'zgargan vena devorida rivojlanadi. O'tkir tromboflebit deganda vena devorining bo'shlig'ida tromb hosil bo'lishi bilan o'tadigan yallig'lanish tushuniladi. Kasallik rivojlanishida infeksiya, travmatik shikastlar, xavfli o'smalarning ahamiyati muhim. Aksariyat tromboflebit varikoz kasallik kechishini og'irlashtiradi. Tromb hosil bo'lishi

patogenezida venoz devor strukturasi buzilishi, qon oqimi pasayishi, qon ivish xususiyatining oshishi ahamiyatli. Chuqur va yuzaki venalarning tromboflebiti farq qilinadi. Yuzaki venalarning o`tkir tromboflebiti trombo bo`lgan vena yo`li bo`ylab og`riq, bu og`riqning harakat va jismoniy ish vaqtida kuchayishi bilan yuzaga chiqadi, yallig`lanishning hamma belgilari aniqlanadi. Tromb sohasi ko`zdan kechirilganda teri qoplamlarining giperemiyasi va shishi qayd qilinadi, paypaslab ko`rilganda vena yo`li bo`ylab ipsimon og`riqli zichlashma aniqlanadi, odatda u atrof to`qimalardan aniq chegaralanib turadi. Yallig`lanishli infiltrat atrofdagi to`qimalarga va teriga kamroq tarqaladi. Oyoqning zararlangan bo`limi hajmi o`zgarmaydi yoki 1-2 sm ga kattalashadi. Mahalliy va umumiy harorat ko`tariladi.

Bemorlarning umumiy holati kam o`zgaradi, tana harorati subfebril bo`ladi. Ba`zan tromb yiringli parchalanib, septik holat vujudga keladi. Kasallik kechishi og`irlashganda katta teri osti vena sistemasi bo`yicha yuqoriga ko`tariladigan tromb rivojlanishi va jarayon yuzaki son venasi orqali yuqoriga ko`tarilganda, o`pka arteriyasi tromboemboliyasi xavfi vujudga keladi (1-3%).

Davolash. Agar jarayon boldir chegaralaridan tashqariga chiqmasa, bemorlarni ambulator sharoitda konservativ davolasa bo`ladi. Jarayon songa tarqalganda bemorlar shifoxonaga yotqiziladi.

Medikamentoz davolash kompleksiga bevosita va bilvosita antikoagulyantlar, qon tarkibini, mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydigan preparatlar (aspirin, trental, venoruton, indometatsin, traksivazin, flebodia), yallig`lanishga qarshi (reopirin, nimesil, dikloberl), desensibilizatsiya qiladigan (dimedrol, suprastin, tavegil va b.) dorilar kiradi. Surtmali bog`lamlar (geparin, traksivazin, lioton surtmalari) maxalliy qo`llaniladi. Oyoqni elastik bintlar bilan bog`lanadi, yurish tartibga solinadi. Jarayon songa tarqalganda o`rinda yotish, oyoqni Beller shinasida baland vaziyatda qo`yish lozim bo`ladi.

Son venasining yuqoriga ko`tariladigan trombozining oldini olish uchun Troyanov-Trendelenburg (krossektomiya) usulida shoshilinch operatsiya qilinishi kerak. Agar bemorning ahvoli yo`l qo`ysa, tromblangan yuzaki venalarni teri uchastkalari va infiltratlangan teri osti kletchatkasi bilan kesiladi (Madelung operatsiyasi).

Oyoq chuqur venalarining o'tkir tromboflebitlari va trombozlari tomirlar o'tkir okklyuziyasining eng ko'p joylashadigan sohasidir. Ular suyak singanda, operatsiyadan keyin, yurak-tomir patologiyasi bo'lgan bemorlarda, qandli diabeti bilan kasallangan keksalarda va onkologik bemorlarda rivojlanishi mumkin.

Venalar trombozi ular o'smalardan, kattalashgan bachadon bilan bosilganda, mushak taranglashtirilganda yuz berishi mumkin. Chap yonbosh venasi trombozida uning o'ng yonbosh arteriyasi bilan ezilishi ahamiyatga ega.

Klinikasi trombnig joylashgan joyiga ko'ra turli-tuman bo'ladi. Agar jarayon boldirning hamma venalarida joylashmagan bo'lsa, klinikasi o'zgargan bo'ladi. Boldir mushaklarida xarakat qilganda kuchayadigan og'riq, boldirning pastki uchdan bir qismida shish, harorat ko'tarilishi qayd qilinadi. Oyoq panjasi bukilganda boldirda og'riq paydo bo'ladi (Xomans simptomi). Boldirning o'rta uchdan bir kismi Riva-Rochchi apparati manjetkasi bilan kompressiya qilinganda xuddi shunday og'riq paydo bo'ladi (Lavenberg simptomi). Boldirning har uchala chuqur venalari zararlanganda keskin og'riq, boldirda taranglashish sezgisi va shish, aksariyat teri tsianozi paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi. Son venasi zararlanganda sonda shish paydo bo'ladi. Tromblangan vena yo'li bo'ylab paypaslash og'riq beradi. Son va taqim venalarining birgalikdagi trombozida boldir va son sohasida shish, og'riq, xarakat cheklanganligi paydo bo'ladi. Jarayonning son venasidan proksimal yuqoriroqqa tarqalishi zararlangan oyoq hajmining ortishi, og'riq kuchayishi, teri qoplamlari tsianozi bilan o'tadi.

Ileofemoral trombozda dastlabki kunlar mobaynida oyoqda, oyoq panjasidan to chov burmasigacha, ba'zan esa dumba sohasigacha tarqaladigan tsianoz va shish orta boradi. Kasallikning 2-3-kuniga kelib shish qattiq bo'lib qoladi, sezuvchanligi pasayadi. Psevdoembolik yoki og'riqli oq flegmaziya (bu arteriyalar spazmi bilan birga kechadi), hamda ko'k flegmaziya (yuzaki venalar tromboflebiti bilan birga kechadi) farq qilinadi. Oq flegmaziya oyoqda to'satdan pulsatsiya qiladigan og'riq, uning muzday bo'lishi va uvishishi, sezuvchanligi kamayishi, tarang tortishi kuzatiladi. Teri qoplamlari rangpar bo'ladi. Ko'k flegmaziya oyoqda shish va tsianoz anchagina bo'ladi, u oyoqni baland vaziyatda

qo'yilganda ham kamaymaydi. Periferik tomirlar pulsatsiyasi yo'qoladi. Flegmaziyaning ikkala turi ba'zan venoz gangrena rivojlanishiga olib keladi.

Oyoq venalari o'tkir trombozining diagnostikasi kasallikning klinik manzarasi ma'lumotlariga, ultratovush dopplerografiyasi, ultratovush angioskanerlash va flebografiyaga asoslanadi, bunda to'lish nuqsoni borligi yoki magistral venalar "amputatsiyasi", distal venalar kengayishi aniqlanadi.

Davolash kompleks olib borilishi kerak. Operatsiya o'pka arteriyasi tromboemboliyasi yoki venoz gangrena xavfi bo'lganda hayotiy ko'rsatmalar bo'yicha qilinadi.

Tromboz joylashuvi va uning tarqalishiga ko'ra quyidagi operatsiyalar bajariladi:

1) son venasini distal bog'lash (boldir venalarining alohida trombozida);

2) son-taqim segmentidan tromboektomiya yoki son venasini boglash (son-taqim segmentining birlamchi chegaralangan trombozida);

3) yonbosh venadan tromboektomiya, aloxida zararlangan holatda;

4) pastki kovak vena plikatsiyasi, uning bo'shlig'ida tor kanallar hosil qilish.

5) endovaskulyar jarrohlikni rivojlanishi bilan yonbosh venalarida va pastki kovak venasi trombozida, ayniqsa bu venalar flotatsiyalanuvchi trombozida o'pka arteriyasi tromboemboliyasini oldini olish maqsadida pastki kovak venaga kavafiltr (zontiksimon, qum soatiga o'xshash va b.) o'rnatish samarali foyda beradi va kam invazivli muolaja hisoblanadi.

Dori-darmonlar bilan davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) bevosita va bilvosita ta'siri bo'lgan antikoagulyantlarni (geparin, fraksiparin, kleksan, fragmin) qon ivish vaqti va protrombin indeksini nazorat qilgan holda qo'llash;

2) kasallikning boshida o'rindan turmay oyoq holatini baland qilib yotish;

3) surtmali bog'lamlarni mahalliy qo'llanish (geparinli, troksivazin, lioton surtmalari);

4) trombolitik preparatlarni qo'llash (fibrinolizin, streptokinaza, urokinaza);

- 5) dezagregatsion ta'siri bor preparatlar (trental, kurantil, reopoliglyukin);
- 6) yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiradigan preparatlar (aspirin, nimesil, reopirin, dikloberl);
- 7) fleboprotektorlar (troksivazin, detraleks, venoruton, flebodia).
- 8) antibakterial davolash;
- 9) simptomatik davolash.

Postromboflebitik sindrom (PTFS)

Bu oyoq chuqur venalarining boshdan kechirilgan trombozi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi, aholining 1,5-5 foizida uchraydi. Chuqur venalar trombozining eng ko'p uchraydigan natijasi tromb rekanalizatsiyasi, kamroq – tromblangan venalarning obliteratsiyasi hisoblanadi. Tromb hosil bo'lish jarayoni kasallik boshidan boshlab 2-3 – haftadan boshlanadi va bir necha oydan 5 yilgacha muddatda rekanalizatsiya bilan tugallanadi. Zararlangan vena klapanlariga shikast etganda rigid sklerozlangan naychaga aylanadi. Paravazal fibroz rivojlanadi. Zararlangan chuqur venalarda bosim oshishi natijasida avvaliga funktsional, so'ngra a'zo jihatidan faoliyatsiz bo'lib qolgan komunikant venalar tizimida bosim ortadi. Oyoq venalarida refluks yuz berib, u chuqur venalardan teri osti venalariga oq boshlaydi, arteriola-venulyar anastomozlar ochiladi. Boldirning uchdan bir pastki qismida, eng yirik perforant venalar va ortostatik venoz bosim eng yuqori bo'lgan medial to'piq ustida o'zgarishlar ayniqsa chuqur bo'ladi. Mikrotsirkulyatsiyaning buzilishlari trofik yaralar hosil bo'lishiga sababchi hisoblanadi.

Klinikasi. Eng erta simptom – zararlangan oyoqda og'irlik sezgisi va og'riq, bular uzoq vaqt oyoq ustida turilganda ko'payadi va bemor oyog'ini ko'tarib yotganida kamayadi. Tungi vaqtlarda va uzoq vaqt tik turib qolishda aksariyat boldir mushaklarida tortishish paydo bo'ladi. Oyoqdagi shish hatto tungi uyqudan keyin ham yo'qolmaydi. Yonbosh venalar zararlanganda shish butun oyoqni qamrab oladi, son venasi zararlanganda boldir va sonning uchdan bir pastki qismini, boldirning chuqur venalari trombozida – to'piqlar sohasini va oyoq panjasini egallaydi. Bemorlarning 65-75 foizida venalarning varikoz kengayishi

rivojlanib, u katta va kichik teri osti venalari sistemasini egallaydi. Yonbosh venalari zararlanganda oldingi qorin devori teri osti venalari kengaygan. Boldir uchdan bir pastki qismi to`qimalari, ayniqsa, to`piq medial sohasining induratsiyasi xarakterli. Teri va teri osti yog` to`qimasi zich, harakatsiz, qo`ng`ir yoki to`q jigar rang tusda. Ko`pincha o`zgarib qolgan terida qattiq qichishtiradigan nam ekzema paydo bo`ladi. Shu erning o`zida trofik yaralar joylashgan ular uzoq vaqt, qaytalanib kechadi. Trofik yaralar yakka-yakka yoki ko`p sonli, chetlari sklerozlangan, tubi silliq, yumshoq granulyatsiyalar bilan qoplangan, oz-moz suvlanib turadi.

PTFS ning 4 klinik turi: shish-og`riqdi, varikoz, yarali va aralash turlari farq qilinadi. Ilgari chuqur venalar trombozi bo`lib o`tganligi PTFSdan dalolat beradi. Delbe-Pertes va Pratt-1 funktsional sinamalarining natijalari chuqur venalar o`tkazuvchanligi buzilganligini ko`rsatib, diagnozni tasdiqlaydi. Ultratovush doppler tekshiruvida tromblashgan venalarda qon oqimi yo`qolishi yoki susayishi, qonni yuzaki venalarda oqishi tezlashuvi, ultratovush dupleks tekshiruvida esa tromblashgan venalar intima-media holati, ichidagi tromb holati, vena o`tkazuvchanligi, komunikantlardagi qon oqimi, tezligi va hajmlari haqida ma`lumotlar aniqlanadi. Tekshiruv natijasi to`liq qoniqtirmagan holatda dinamik flebografiya ma`lumotlari tashhisni tasdiqlaydi.



71 – rasm. Boldir va to`piq sohalaridagi trofik yaralar.

Differentsial tashhisni varikoz kasalligi, Parks-Veber sindromi, yurak va buyrak kasalliklari, chanoq o'smalari, limfedema kasalligi bilan o'tkaziladi.

Davolash kompleks tarzda olib boriladi.

Konservativ davo:

- 1) elastik bintlar taqish;
- 2) siydik haydovchi vositalar;
- 3) ratsional ishga joylashtirish;
- 4) desensibilizatsiya qiladigan davo;
- 5) mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydigan vositalar;
- 6) trofik yaralarda antibiotiklar va antiseptiklar, proteolitik fermentlar tayinlanadi;
- 7) dermatitlar hamda ekzemada tarkibida rux yoki talk bo'lgan aralashmalar, ftorokort, flutsinar, kuriozin.
- 8) fleboprotektorlar.

Jarrohlik usulida davolash. Quyidagilarni amalga oshirish uchun ko'p sonli amaliyotlar taklif qilingan:

1. Paydan taqim venasi ekstravazal klapanini yaratish (Psatakis jarrohlik amaliyoti).
2. Zararlangan oyoqdan sog'lom tomoniga kesishma autovenoz qov usti safeno-son shunti orqali qon oqib ketishini vujudga keltirish (Palma jarrohlik amaliyoti).
3. Venaning zararlangan sohasini teri osti venasidan olingan transplantat bilan almashtirish.

PTFS ni davolashda yuzaki va kommunikant venalardagi jarrohlik amaliyotlari (Bebkokk bo'yicha flebektomiya, Linton, Kokket, Felder jarrohlik amaliyotlari hamda endoskopik usulda perforant venalarni bog'lash) va fastsioplastika eng ko'p tarqalgan. Operatsiyadan keyingi davrda doimiy elastik bintlash tavsiya qilinadi.

Limfa tomirlari kasalliklari

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar. Kapillyarlar tarmog'ini hosil qiladigan limfokapillyarlar limfatik tizimining ildizlari hisoblanadi. Yuzaki va chuqur limfatik tomirlar farq qilinadi. Yuzaki limfatik tomirlar limfani teri va teri osti kletchatkasidan yig'ib, katta va kichik teri osti venalari yo'li

bo`ylab yuradi, yuzaki chov limfatik tugunlariga quyadi. Chuqur limfatik tomirlar limfani chuqur yotgan to`qimalardan oladi, qon tomirlar bilan birga yuradi va taqim hamda chuqur chov limfa tugunlariga quyiladi, bular limfani yuzaki chov tugunlaridan ham qabul qiladi. Chuqur chov tugunlaridan limfa oqimi bel tugunlariga yonbosh tomirlari va tugunlari orqali kelib, ular o`ng va chap bel limfatik tugunlarini shakllantiradi. Oxirgilari bir-biri bilan qo`shilib, ko`krak limfatik yo`lini hosil qiladi. Limfatik tomirlar devorining mushak elementlari va klapan apparati limfaning proksimal yo`nalishda aktiv oqishiga imkon beradi.

Limfangoit – limfatik tomirlarning o`tkir yallig`lanishi, u ikkilamchi kasallik hisoblanadi, teri va mahalliy yiringli o`choqlarga infektsiya tushib zararlanishining ko`p sodir bo`ladigan asorati hisoblanadi. Limfangoitlar birlamchi o`choq bilan bir vaqtda yoki undan ancha keyin paydo bo`ladi.

Klinikasi jarayonning joylashuviga, infektsiya virulentligiga va organizm reaksiyasiga bog`liq. Yuzaki va chuqur limfatik tomirlar limfangoitlari, yallig`lanish xarakteriga ko`ra oddiy va yiringli turlari farq qilinadi. Yuzaki limfatik tomirlar limfangoiti xarakteri bo`yicha yuzaki oddiy limfangoit yoki to`rsimon limfangoit, shuningdek poyasimon limfangoit ko`rinishida bo`lishi mumkin.

O`tkir yuzaki limfangoitda yallig`lanish mayda limfatik tomirlarda paydo bo`ladi. Teri qizaradi, tomirlar yo`li bo`ylab ipsimon zichlashish paydo bo`ladi. Bemorlar achishish, qattiq qichishish, umumiy lohaslik va harorat ko`tarilishidan shikoyat qiladilar. O`tkir yuzaki limfangoitda (poyasimon limfangoit) jarayon yirik limfatik tomirlarga tarqaladi. Birlamchi o`choqdan regional limfatik tugunlargacha boradigan qizil yo`l-yo`l chiziqlar paydo bo`ladi. Keyingilari kattalashadi va og`riqli bo`lib qoladi. Harorat 39°C gacha ko`tariladi, et uvishishi mumkin.

Chuqur limfatik tomirlarning o`tkir limfangoitida terida o`zgarishlar bo`lmaydi, biroq bemorlar oyoqni bosa olmaydilar, shishlar paydo bo`ladi, tomirlar yo`li bo`ylab og`riq bo`ladi. Umumiy hodisalar yuzaki limfangoitga o`xshash, biroq og`irroq o`tadi. Yiringli limfangoitda umumiy belgilar yuzaga chiqqan, harorat 39°C gacha ko`tariladi, et uvishadi. Umumiy behollik bo`ladi, oyoq-qo`llar qaqshab og`riydi. Ba`zan kasallik kechishi abstsess, flegmona, saramas, tromboflebit, kamqonlik va sepsis rivojlanishi bilan og`irlashadi.

Davolash. Avvalo birlamchi o'choqqa davo qilish kerak. Osoyishta sharoit va oyoqlarni immobilizatsiya qilish, yog'li bog'lamlar, antibakterial davolash tavsiya qilinadi.

Oyoqlar surunkali limfostazi (filoyoqlik kasalligi)

Teri, teri osti kletchatkasi va fastsiyada limfa hosil bo'lishining buzilishi, shuningdek limfa oqimining buzilishi bilan bog'liq. Ko'proq ayollarda uchraydi. Limfostazning tug'ma va orttirilgan formalari farq qilinadi. Limfostazning tug'ma formalari limfatik sistemaning o'sib etilmaganligi bilan bog'liq bo'lgan filsimon kasallikning irsiy shakllari ma'lum. Orttirilgan yoki ikkilamchi limfostaz rivojlanishiga oyoqlardan limfa oqib ketishini qiyinlashtiradigan omillar sabab bo'ladi: jarrohlik amaliyotidan keyin qolgan chandiqlar, yumshoq to'qimalarning o'smalari, limfatik tomirlar olib tashlangandan keyin uning zonasidagi o'zgarishlar, nur bilan davolash, teridagi, teri osti kletchatkasidagi limfatik tomir va tugunlardagi shikastlanishlar, saramas yallig'lanishi, limfangoit va limfadenitlar shular qatoriga kiradi.

Klinikasi va diagnostikasi. Kasallik kechishida ikkita bosqich farq qilinadi.

Birinchi bosqich – limfedema bosqichi barmoqlar asosida, oyoq panjasi orqasida, boldir-tovon bo'g'imi sohasida shishlar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Shish yumshoq, og'rimaydi, ertalab dam olib turilgandan keyin yo'qoladi. Shishgan to'qimalar ustidagi teri osongina burmalar hosil qilib yig'iladi.

Ikkinchi bosqichi – fibredema bosqichi bir necha yildan keyin yuz beradi. Shish oyoqning proksimal bo'limlariga tarqaladi, zich va doimiy bo'lib qoladi, uzoq vaqt gorizontal holatda bo'lishda ham yo'qolmaydi; terini burma qilib yig'ib bo'lmaydi. Oyoq hajmi kattalashadi, shakli o'zgarib qoladi, ish qobiliyatipasayib ketadi. Terida giperkeratoz va giperpigmentatsiya rivojlanadi. So'galsimon o'sib qalin tortgan tuzilmalar hosil bo'ladi. Filoyoq kasalligi yoriqlar va yaralar bilan zararlanganda mo'l limforeya kuzatiladi. Zararlangan oyoq aylanasi sog'lom oyoqdan 30-40 sm ga oshgan bo'ladi.

Bevosita limfografiya – limfogrammalar asosida uzil-kesil tashxis qo'yishga imkon beradi, zararlangan oyoqda limfa oqadigan yo'llar

ko`riladi, limfostazning ikkilamchi formalarida to`siq borligi va darajasi aniqlanadi.

Davolash. Konservativ davolash quyidagilarni o`z ichiga oladi: 1) oyoqni elastik bintlar bilan bintlash, elastik paypoqlar kiyish; 2) to`qimalar trofikasini (vitamin B1, C, riboflavin), qon aylanishini (galidor, no-shpa), mikrotsirkulyatsiyani (trental, nikotin kislotasi, komplamin) yaxshilaydigan preparatlar; 3) desensibilizatsiya qiladigan vositalar (suprastin, tavegil, dimedrol); 4) yallig`lanishga qarshi davolash (nimesil, dikloberl, reopirin); 5) gialuronidaza ta`siri bor preparatlar (lidaza) va biologik stimulyatorlar (shishasimon tana), hamda fermentlar (vobenzim, flobenzim); 6) davolash jismoniy tarbiyasi, fizioterapevtik va balneologik davolash.

Konservativ davolash vaqtincha naf beradi. Davolashning ishonchli usuli jarrohlik usuli hisoblanadi. Zararlangan tomondagi sklerotik o`zgargan teri osti yog` to`qimasi va fastsiyasini qisqa kesib qilinadigan plastik jarrohlik amaliyotlari qo`llaniladi. Biroq bu jarrohlik amaliyoti shikastlantiruvchi, unda yog` emboliyasi rivojlanishi, teri laxtagi jonsizlanishi va kasallikning qaytalanish xavfi bo`ladi. Jarrohlik amaliyotlarining ikkinchi guruhi yuzaki limfatik tomirlar va teri osti venalari tarmoqlari o`rtasida skarp uchburchagi sohasida yoki taqim chuqurchasi sohasida mikrojarrohlik usulida limfo-venoz anastomozlar qo`yishdan iborat. Odatda 6-10 ta limfo-venoz anastomozlar qo`yiladi. Bu jarrohlik amaliyoti patogenetik jihatdan asoslangan va zararlangan oyoqdan limfa oqib ketishini yaxshilashga qaratilgan. Bunday amaliyotga mikrojarrohlikning joriy qilinishi tufayli muvaffaq bo`lindi.

Qaydlar uchun

Qaydlar uchun

MUNDARIJA

SO'Z BOSHI	4
1-MAVZU: KO'KS ORALIG'I KASALLIKLARI	5
2-MAVZU: DIAFRAGMA KASALLIKLARI	15
3-MAVZU: QIZILO'NGACH KASALLIKLARI	26
4-MAVZU: O'PKA VA PLEVRA KASALLIKLARI	48
5-MAVZU: TUG'MA VA ORTTIRILGAN YURAK NUQSONLARI	78
6-MAVZU: SIMPTOMATIK ARTERIAL GIPERTENZIYA	114
7-MAVZU: QON TOMIR KASALLIKLARI	130
8-MAVZU: VENA VA LIMFA TOMIRLARI KASALLIKLARI	194

Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, Q.E. Raxmanov, A.F. Zayniyev

GOSPITAL XIRURGIYASI

o`quv qo`llanma

**(Xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning davolash ishi 5510100
va kasb ta`limi -5111000 fakultetlari 5 kurs talabalari uchun)**

<i>Muharrir:</i>	<i>G. Murodov</i>
<i>Texnik muharir:</i>	<i>G. Samiyeva</i>
<i>Musahhih:</i>	<i>M. Raximov</i>
<i>Sahifalovchi:</i>	<i>M. Arslonov</i>

Original – maketdan bosishga ruxsat etildi: 20.04.2022. Bichimi 60x84.
Kegli 14 shponli. «Times New Roman» garn. Ofset bosma usulida.
Ofset bosma qog`ozi. Bosma tabog`i 14. Adadi 100.
Buyurtma № 101.



«Sharq-Buxoro» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Buxoro shahar O`zbekiton Mustaqilligi ko`chasi, 70/2 uy.
Tel: 0(365) 222-46-46