

M.M. ALIYEV

BOLALAR XIRURGIYASI

DARSLIK

I TOM



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

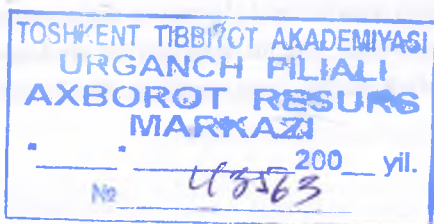
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI**

M.M. Aliyev

BOLALAR XIRURGIYASI

I tom

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi tomonidan
tibbiyot oliy o'quv yurtlaritalabarlari uchun darslik sifatida tavsiya
etilgan*



**TOSHKENT
“YANGI NASHR”
2018**

YŷK 577.1.196(0.75)
84.4(5)

Taqrizchilar:

X.A. Akilov – ToshVMOI Xirurgiya va bolalar xirurgiya kursi kafedrası mudiri, t.f.d., professor

N.Sh. Ergashev – ToshPTI Gospital bolalar xirurgiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor

K.Sh. Turdieva – ToshPTI O‘zbek, rus va lotin tillar kafedrası mudiri f.f.n., dotsent

Bolalar xirurgiyasi: Darslik 2-tomli // M.M. Aliyev,
– Toshkent: « Yangi Nashr » 2018. 375b.

Dasrlık Oliy va O‘rta maxsus ta‘lim vazirligining 2016-yil 6-apreldagi 137 - sonli buyrug‘iga asosan horijiy adabiyotlardan qayta to‘ldirilib ishlandi. «Bolalik davri fakultet xirurgiyasi» darsligi tibbiyot oliy o‘quv yurtlari 4–5-kurs talabalariga bolalar xirurgiya fanidan dars berish bo‘yish bo‘icha tasdiqlangan dasturga to‘liq mos keladi. O‘z ichiga bolalar va o‘smirlarda kuzatiladigan orttirilgan o‘tkir xirurgik kasalliklarni (1-tom) va tug‘ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarini (2-tom) oladi. Har bir nazologiyada etiologiya, patogenez, klinika, diagnostika va davolash usullari keng yoritilgan. Har bir bob oxirida nazorat testlari keltirilgan.

ISBN 978-9943-22-157-4

© “YANGI NASHR”, 2018 y

© M.M. Aliyev va boshq. 2018 y

MUALLIFLAR JAMOASI

Aliyev Maxmud Muslimovich	<i>T.f.d., professor ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası mudiri</i>
Razumovskiy Aleksandr Yur'evich	<i>T.f.d., professor RFA correspondent-a'zosi, N.I. Piragov nomidagi RIITU Bolalar xirurgiya kafedrası mudiri. Moskva shaxri Sog'liqni saqlash departamentining Bosh bolalar xirurgi</i>
Agzamxodjayev Talat Saidolimovich	<i>T.f.d., professor ToshPTI Anestezilogiya va reanimatologiya bolalar anesteziologiyasi va reanimatologiyasi kafedrası mudiri</i>
Allabergenov Odilbek Tadjiddinovich	<i>T.f.d., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası professori</i>
Nosirov Abdusattor Axadovich	<i>T.f.d., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası dotsenti</i>
Sapayev Otabek Kadirovich	<i>T.f.dotsent TTA Urganch filiali Bolalar xirurgiyasi anestezilogiya va reanimatologiyasi kafedrası mudiri</i>
Djalalov Mirkamol Djalalovich	<i>T.f.n., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası dotsenti</i>
Chuliyev Matyokub Sulaymanovich	<i>T.f.n., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası dotsenti</i>
Tilavov Uktam Xamrayevich	<i>T.f.n., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrası dotsenti</i>

<i>Narbayev Temur Turayevich</i>	<i>T.f.n., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrasi dotsenti</i>
<i>Raxmatullayev Akmal Abadbekovich</i>	<i>T.f.n., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrasi dotsenti</i>
<i>Terebayev Bilim Aldamuratovich</i>	<i>T.f.n., ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrasi dotsenti</i>
<i>Bayaxmedov Fatxulla Fayziyevich</i>	<i>ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrasi katta o'qituvchi</i>
<i>Xolmetov Shuxrat Shamxatovich</i>	<i>ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrasi assistenti</i>
<i>Turayeva Nadira Nazarovna</i>	<i>T.f.n. ToshPTI klinikasi rejali xirurgiya bo'limi mudiri</i>
<i>Agzamxodjayev Saidanvar Talatovich</i>	<i>PhD. ToshPTI klinikasi bolalar urologiyasi bo'limi mudiri</i>
<i>Yuldashev Rustam Zafarjanovich</i>	<i>RIIAPTM bolalar xirurgiya ordinator shifokori</i>
<i>Dexkanbayev Avaz Abdunomonovich</i>	<i>RIIAPTM bolalar xirurgiya ordinator shifokori</i>

**BOLALARDA ORTTIRILGAN
KASALLIKLARNING
URGENT XIRURGIYASI**

I tom

MUQADDIMA

Darslik Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2016-yil 6-apreldagi 137 - sonli buyrug'iga asosan horijiy adabiyotlardan qayta to'ldirilib ishlandi.

Bolalarda o'tkir xirurgik kasalliklar, odatda, to'satdan, soppa-sog' vaqtida yoki tushunarsiz holsizlik fonida namoyon bo'ladi. Ularni to'g'ri va o'z vaqtida payqashni umumiy amaliyot shifokori, pediatr va jarroh oldidagi kundalik, ko'pincha, adashadigan va eng mas'uliyatli vazifalari sarasiga kiritish mumkin. UTT, endoskopiya, MSKT va MRT, ekspress laboratoriya, radionuklid tekshiruvlari kabi zamonaviy tashxislash vositalarining ulkan zaxirasiga qaramasdan, tashxislashdagi adashishlar hamda konservativ yoki xirurgik davolash uslubi va muddatlarini tanlashdagi taktik xatoliklar soni yetarlicha yuqori darajada qolmoqda.

O'z-o'zidan ravshanki, fundamental fanlar yutuqlariga asoslangan klinik tibbiyotning rivojlanishi, ko'pincha, laborator va instrumental tekshirishlar bilan to'ldirilgan klinik belgilarning ko'p yillik va izchil tahliliga tayanadi. Shunga ko'ra, to'g'ri tashxis qo'yish va eng yaxshi davo taktikasida – shifokorning chuqur, serqirra bilimiga, «klinik fikrlash» deb ataladigan ko'p munozarali va har doim ham ishonchli bo'lmagan belgilardan yagona va eng to'g'ri qaror qabul qilishga imkon beradigan fikrlarning mantiqiy zanjirini tuza olish qobiliyatiga bog'liq bo'ladi. Aynan ana shu vazifani bajarishga, «Bolalar xirurgiyasi va pediatriyasi»ning maqsadi va dasturi yo'naltirilgan bo'lishi lozim.

Qanday qilib klinik fanlarda birinchi qadamini qo'yayotgan talabani kasallikning haddan tashqari ko'p belgi va alomatlari, har bir nozologik birlikning asosida yotuvchi laborator va instrumental tekshirishlar natijalarini «o'qishga» o'rgatish mumkin? Qanday qilib fundamental va boshlang'ich klinik fanlarda olingan bilim, ko'nikma va malakalarni

uyg'unlashtirish mumkin? Ushbu savollarga javob talabada ko'pgina «klassik» belgilardan to'g'ri tashxis qo'yish, davolash mahorati va yondashishni aniqlashga imkon beradigan tekshirishlar majmuasini tashkil qiladi. Laborator va instrumental tekshirishlarga ko'rsatmani aniqlab beruvchi tashxislash algoritmini shakllantira oladi. Masalan, «o'tkir qorin» mavzusini o'qitganda, qorin bo'shlig'ining deyarli barcha o'tkir xirurgik kasalliklari asosida yallig'lanish yotadigan «yallig'lanishli» va hazm yo'li o'tkazuvchanligining buzilishi bilan kechadigan – «mexanik» turlariga birlashtirishimiz mumkin. Bunday ikkita asosiy guruhga ajratish, birinchi navbatda, tashxislash nuqtayi nazaridan bizni qoniqtiradi. Masalan, shikastlanish yoki kavak a'zoning yorilishi oqibatida qorin bo'shlig'iga qon quyilishi, birinchi navbatda, qorin pardaning ta'sirlanishi bilan namoyon bo'ladi va OIT (oshqozon-ichak trakti) o'tkazuvchanligining o'tkir dinamik buzilishi bilan kechadigan qorin bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanish jarayonlari guruhiga qo'shish mumkin. Mazkur darslikning birinchi tomida biz bolalarda eng ko'p uchraydigan orttirilgan xususiyatli o'tkir xirurgik kasalliklarni yoritishni ma'qul ko'rdik, negaki, talabalar umumiy xiruriya va xirurgik kasalliklar kafedralarida o'rgangan har qanday yoshlar bolalarda uchraydigan bu kasalliklar kattalardagi xirurgik kasalliklar bilan ko'p o'xshashliklarga ega bo'ladi. Shunday bo'lsa-da, ko'rilayotgan mavzularda kasalliklarni xirurg nuqtayi nazarida o'sayotgan organizm anatomo-fiziologik xususiyatlarini tavsiflash diqqat-markazida bo'ladi.

Garchi tug'ma nuqsonlarning ham ko'pchiligi shoshilinch davo talab qilsa-da, «tug'ma nuqsonlar va anomaliyalar xirurgiyasi» bo'limining (II bo'lim) alohida ajratilish sababi, nafaqat nuqsonlar bilan tug'iladigan bolalar tug'ilish sonining ortishiga sabab bo'ladigan omillarning ko'payishi, ularni aniqlash murakkabligi, chaqaloqlik davrigagina xos anatomo-fiziologik xususiyatlar, ko'pincha, patologik jarayonning tez kechishi bilan balki hozirgi kunda neonatal xirurgiya intranatal davrni ham o'z ichiga oluvchi, jiddiy e'tibor va tushunchani talab qiladigan mustaqil fan sifatida ajralib chiqqanligi bilan ham izohlanadi.

I QISM

BOLALARDA ORTTIRILGAN KASALLIKLAR SHOSHILINCH XIRURGIYASI

1-BOB. BOLALAR XIRURGIYASINING UMUMIY MASALALARI

Bolalar xirurgiyasining umumiy prinsiplari bir qancha omillardan tarkib topgan bo'lib, tashxis qo'yish yoki xirurgik davolashda, ularga amal qilmaslik, ko'pincha to'g'rilab bo'lmaydigan asoratlarga olib keladi. Birinchi navbatda, bu – bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlari: alohida a'zo va tizimlarning nisbatan «yetilmaganligi», tuzilishning doimo rivojlanib va shakllanib borishi, ularning yengil zararlanishi, qon yo'qotish, shikast, sovuq qotish yoki qizib ketishga yuqori sezuvchanligidadir. Keltirilgan omillar bolalar xirurgidan anatomiya, fiziologiya, biokimyo, patologik anatomiya, pediatriya, nur tashxisi, anesteziologiya-reanimatsiya asoslarini chuqur bilishni va bolalar xirurgiyasining mustaqil va yetarlicha murakkab fan sifatida shakllanish bosqichidayoq bolalar xirurgiyasining asoschilari tomonidan yozib qoldirilgan bir qator qoida, mezon va shartlarni so'zsiz bajarishni talab qiladi. Aynan shu nuqtayi nazardan bolalar xirurgiga qo'yiladigan quyidagi talablar juda muhim hisoblanadi:

- o'suvchi organizmning anatomiyasini va fiziologik xususiyatlarini, har bir patologiyada yoshga xos o'zgarishlarni aniq ravshan bilish;
- kasallikni oddiy, eng kam invaziv va kam shikastli tashxislash usullari bilan aniqlab bilish;
- har bir bolada patologik jarayon o'ziga xosligi va kompensator imkoniyatlarni qat'iy hisobga olish;
- to'g'ri operatsiya oldi tayyorgarligi, premedikatsiya, mos og'riqsizlantirish, infuzion davo va boshqalarni tanlash;
- xirurgik davo yondashuv va usulini to'g'ri tanlash, operativ davoning eng maqbul muddatlarini aniqlash;

- ko‘zlangan natijaga mumkin qadar oddiy va kam shikastli usullar bilan erishish, lozim bo‘lganda esa operatsiyani bir necha bosqichlarga bo‘lish yoki vaqtincha tadbir amaliyotini bajarish;
- bemorni davolashni faqat nazoratdagi reabilitatsiya tadbirlari bajarilgandan keyingina tugallangan, deb hisoblash.

(S.Ya. Dolestkiy, 1988)

Oxirgi o‘n yillikda bolalarda xirurgik kasalliklarning klinikasi, kechishi, davolash muddati va usullarida sezilarli o‘zgarishlar yuz berdi. Tashxislash prinsiplari va usullari, jumladan, exoskanerlash, Dopplerometriya, chuqur endoskopik va kompyuter-tomografik tekshirishlar ma‘lum evolutsiyaga erishdi. Shunga qaramasdan, yuqorida keltirilgan tartib va qoidalar hozirgi kunda ham dolzarbligicha qolmoqda. Ta‘kidlab o‘tish lozimki, bolalarda xirurgik kasalliklarni davolashning real muvaffaqiyatlariga erta tashxislash va ixtisoslashgan bolalar xirurgiyasi bo‘limlariga o‘z vaqtida yo‘naltirilgan sharoitdagina erishish mumkin. Ko‘pincha, bunga konkret patologiyani pediatr va xirurg tomonidan tushunishning umumiyligida erishiladi.

1.1. Bolalar xirurgiyasida etika (axloq) masalalari

Xirurgiyada borgan sari og‘ir bemorlarni davolashga imkon beradigan yangi zamonaviy texnik va boshqa imkoniyatlarning paydo bo‘lishi bilan shifokor yanada ko‘proq muhim hamda chalkash odob-axloq va etika muammolariga duch kelmoqdalar. Miloddan avvalgi V asrdan hozirgi vaqtgacha shifokor bilan bemor, shuningdek, hamkasblar o‘rtasidagi munosabatni aniqlashtiruvchi Gippokrat qasami – «yaxshi bajar» va «zarar qilma», degan etikaning asosiy tamoyillari aks ettirilgan. XVIII va XIX asrlarda shifokor va uning faoliyati haqidagi tasavvurlar Angliyada va keyinchalik 1846-yilda Amerika Meditsina Assotsiatsiyasiga (AMA) asos solinganda qabul qilingan shunga o‘xshash etika kodeksida yanada rivojlantirildi. XX asrgacha tibbiyot hukmronlik qilgan mazkur kodekslar har xil holatlarda ziddiyatlarni kamaytirishga, shifokor va bemorning roli hamda javobgarligini o‘ziga xos tarzda aniqlab berishga yo‘naltirilgan edi.

Katta yoshli odamning mustaqil qaror qabul qilish huquqi, bemorning kasalligi haqida to‘liq ma‘lumotga ega bo‘lishi va shunga

asoslanib, davolanishga rozilik berish huquqi qonun bilan mustahkamlangan. Gʻarbiy jamiyat bu masalada yetarlicha rivojga erishilib, koʻp sonli yuridik shakl va qonunlarda bir qator mezonlarni tasdiqlab qoʻyganlar. Lekin ularda bolalar yoki koma holatidagi kabi «idroksiz» bemorlarning huquqlari unchalik aniq-tiniq yoritilmagan. Shunga oʻxshash, lekin ancha murakkab etika muammolari bilan pediatrlar va bolalar xirurglari toʻqnash keladi. Koʻpchilik mutaxassislarni, bioetika sohasining ustalarini ham qoʻshgan holda, ushbu jarayoning mukammallashtirishga doimiy davomli harakatlariga qaramasdan, bolalar va goʻdaklarga nisbatan tibbiy qaror qabul qilish mexanizmi koʻpincha maqbul darajadan uzoq boʻladi.

Bolalarga nisbatan qaror qilish, shunga oʻxshash vaziyatda kattalarnikidan nimasi bilan farq qiladi? Asosiy farqi shundaki, katta yoshli odam boladan farqli ravishda, tanlangan davo usuliga rozi boʻlish yoki boʻlmaslik yuridik huquqiga ega boʻladi. Shuningdek, unda oʻzining fikrini inobatga olishga shifokorlarni majburlash imkoniyati bor. Oʻz navbatida, shifokor bemor tanlagan, lekin oʻz nuqtayi nazarida (ushbu holatda) maqsadga nomuvofiq, noqonuniy yoki ayni holatda unchalik ham yaxshi boʻlmagan davo usulini bajarishdan bosh tortish huquqiga ega. Katta yoshli odamning davolashga nisbatan shaxsiy tanlovi, jamiyatning barcha qatlamlarida, madaniyati, dini, ijtimoiy holatidan qatʼiy nazar, hurmat qilinadi.

Gʻarbiy jamiyatda, yuridik mustaqil oʻsmirlardan tashqari, bolalarni faoliyatga qodir shaxsiyat sifatida hisoblamaganligi uchun bolaga nisbatan tibbiy qaror, odatda, ota-onalar yoki vasiylar tomonidan qabul qilinadi va ular, tabiiyki, deyarli barcha holatda bolaning foydasiga hal qilinadi. Bolalarga nisbatan tibbiy qarorni qabul qilishda hisobga olinadigan etika tamoyillari Jahon Sogʻliqni Saqlash Tashkiloti tibbiy etikasi tamoyillari oʻzagiga mustahkamlangan boʻlib, unda «... teng samarali usullar ichidan murakkabligi, ogʻriqliligi, qimmatbaholigi jihatidan eng kamini tanlash lozim» deyilgan. Ota-ona va vasiylarning vazifasi – taklif qilingan davolash usullaridan bola foydasiga eng yaxshi javob beradigan tamoyillarni eʼtiborga olishlaridadir. Agar «bola manfaati» pediatr va bolalar xirurglari tomonidan qaror qabul qilishlari mexanizmiga asoslangan boʻlsa, ikkita amaliy savol yuzaga keladi:

Har qaysi aniq holatda, bunda «bola manfaatini» qanday aniqlash mumkin? Bu foydani himoya qilishni kimga ishonish mumkin?

Bolalar xirurglari baxtga, ko‘pincha, kasallik kechish «ssenariysi» qoidadagidek, nisbatan oddiy (tashxislash–operatsiya–sog‘ayish) va etik ziddiyatlar bilan bog‘lanmagan. Bunda, odatda, bola foydasi uchun bajarilishi zarurligi kundek ravshan (traxeya – qizilo‘ngach oqmasini bartaraf qilish, appendiksni olib tashlash, ichak tutilishini bartaraf qilish) hamda zarur qarorni qabul qilishda ota-onaga vrach bilan bamaslahat va hamkorlikda ish tutish shubhasiz hech qanday murakkablik tug‘dirmaydi. Lekin so‘nggi yillarda jamiyatning bolaga nisbatan munosabatini o‘zgarib borishi, bolani o‘ziga xos huquqlarga ega shaxs sifatida qabul qilinadigan bo‘lgandan so‘ng, etik muammolar murakkabligi ortib bormoqda. Bu ma‘lum darajada yangi texnologiyalarning tatbiq qilinishi va muvaffaqiyatli qo‘llanilishi bilan ham bog‘liq. Keltirilgan muammolar shifoxonalar va sud zallarida doim yuzaga keladi, u bilan matbuot sahifalari to‘ldirilgan bo‘ladi. Natijada, «bola foydasi» va buning himoyachisi kim bo‘lishi haqidagi asos bo‘ladigan tushunchalar shubha ostida qola boshladi.

Bu yerda hozirgi vaqtda bolalar xirurglari oldida nazariy doirada ham, klinik amaliyotda ham yuzaga keladigan etika xulosalari (ikkilanishlar) ko‘pligini teranlik bilan tasavvur qilish mumkin emas. Ayniqsa, murakkab masalalar muhokama qilinganda, ayrim fikrlar doirasi katta diapazonda o‘zgarib turadigan jamiyatda, etika tamoyillariga rioya qilish zarurligi bilan bog‘liq bir qator qiyinchiliklar yuzaga kelishini faqatgina qisman tasvirlab berish mumkin. Murakkab bahsli savollarning etika nuqtayi nazaridan tahlili, ko‘pincha, mutlaqo qarama-qarshi harakatlar tavsiyasiga olib keladi, garchi har bir qarorda etika tamoyillariga rioya qilingan bo‘lsa ham lekin ustun qo‘yishlar hamma joyda har xil, chunonchi, diniy, ijtimoiy va hokazolar.

Hamisha ham hayotni saqlovchi operatsiyalar qizilo‘ngach va ichak atreziyalarida chaqaloqning foydasiga mos keladimi? Ushbu savolga javoblar bolalar xirurglari, yuristlar va ota-onalarda qat‘iy «ha»dan shartli «yo‘q»gacha o‘zgarib turadi. Ikkinchi fikr shu bilan asoslanishi mumkinki, qo‘shimcha og‘ir va tuzalmas patologiya borligida

hayotni saqlovchi amaliyotlarni bajarish hamma vaqt ham bolaning foydasiga mos kelmaydi, shuning uchun ham etika nuqtayi nazaridan ko'rsatilmagan. Bu muammoga mutlaq qarama-qarshi qarashlar ham mavjud. Birovlar «har qanday tirik mavjudot», to'laqonlimi yoki yo'qmi, qutqarib qolinishi kerak. Boshqalari bunda o'zgacha nuqtayi nazarga tayanadi. Bu zid tasavvurlar «hayotga daxlsizligi yoki hayot sifati?» va «yashash huquqi yoki o'lish huquqi?» kabi soddalashtirilgan formulada aks ettirilgan. Murakkab etika masalalarini bunday sodda formulagacha soddalashtirilishi, odatda, aynan har bir bolaning individual foydalari yotadigan oraliq vaziyatlarning katta spektrini rad qiladigan qarama-qarshi vaziyatlarni aks ettiradi.

Parenteral oziqlantirish, ekstrakorporal membranali kislorod bilan to'yintirish, transplantatsiya kabi hayotni ta'minlash texnologiyalaridagi muhim yutuqlar bemor hayotini uzaytirish va uning sifatini yaxshilashga yordam bersa-da, bir vaqtning o'zida bolalar xirurglari uchun ko'p savollarni chigallashtiradi. Ayniqsa, hozirgi vaqtda etika nuqtayi nazaridan ham eng yaxshi qarorni qabul qilishda hisobga olinishi lozim bo'lgan ko'p sonli mezonlar ichidan tanlab olish qiyinchilik tug'diradi. Ayniqsa, qiyinlashish yana shuning bilan ham bog'liqki, hikmatli so'zga ko'ra, etika maqsadida eng yaxshi maslahat «dalillar» asosida, u qanday ta'sir etishini bilganingdagina berilishi mumkin. Afsuski, har bir vaziyatda oldin maslahat beriladi, keyin «dalillar» paydo bo'ladi va hech qachon bu maslahatga amal qilish natijasi qanday bo'lishini ishonch bilan aytish mumkin emas. Etika muammolarining yechimining qiyinligi, umumiy qabul qilingan an'anaviy davolash usullari bilan tenglikda yangi, ba'zida yaxshiroq, lekin amaliyotda tasdiqlanmagan, qaysidir darajada «ilmiy tajribaga asoslangan» davolash usullari bilan bog'liq. Ota-onalarga qaror qabul qilishi uchun bemorning ahvoli haqidagi ma'lumotni taqdim qilinganda, shifokor mutlaqo rostgo'y bo'lishi kerak. Nafaqat kutilayotgan xavf yoki oqibat haqida, balki tavsiya etilayotgan usul shartli – an'anaviymi yoki yangi – tajribaviymi ekanligi haqida ham gapirishi lozim. Afsuski, ko'pincha yangi, rivojlanib borayotgan, hayotda keng qo'llanilayotgan davolash usuli hamma tomonidan rasmiy tan olinishi uchun juda ko'p vaqt talab qilinadi.

Ko'pgina mamlakatlarda bola huquqlarini himoya qiladigan qonunlarda davolashning muvaffaqiyatsiz usuli tanlaganda, ota-onalar jazoga tortiladi, negaki, aynan ular davolashning eng samarali usullarini qo'llanilishini ta'minlashlari lozim, deb hisoblashadi. Biroq tarixdan ayrim diniy yoki aqidaparastlik guruhlarining tibbiy davolashni rad qilib, uni samaradorligi sinalmagan noan'anaviy usullar bilan almashtirishga intilishlari, bolalarning nafaqat nogironligiga, balki o'limiga sabab bo'lgan hodisalar ham ma'lum. Bosh javobgarlikni ota-onalarga yuklash bilan birga, sud organlari ota-onalarning qarshiliklariga qaramasdan, bolaga hayotiy ko'rsatma bo'yicha qon quygan shifokorlarga xayrixohlik bilan qarashadi. Shunday bo'lsa-da, bola huquqlari himoyasi bo'yicha ayrim davlatlar qonunlarida davolashning muvaffaqiyatsiz natijasi noan'anaviy usullari diniy sabablarga ko'ra qo'llanilishi va hattoki shu bois, ota-onalarning hayotni saqlab qoluvchi amaliyotlardan bosh tortishi holatlarda ham ota-onalarning javobgarlikdan ozod qiluvchi moddalar uchraydi.

Etika bo'yicha ayrim mutaxassislar davolanishiga qaror qabul qilishda, bolaning o'zini ishtiroki oshgan sari, uning qarorini tan olgan va hurmat qilgan holda, bolaning o'zini roziligini olish haqida ko'p gapirmoqdalar. Bu taklif mazmun-mohiyatiga ko'ra keng qo'llab-quvvatlangan holda, bunday yondashuv oilada munosabatlarni buzib, ota-onaning obro'si zarariga bolaning mustaqilligini orttiradi, deb hisoblovchilar orasida qarshilari ham yo'q emas. Nima bo'lganda ham, bolalar xirurgiyasi sharoitida bolaning o'zini roziligi mohiyatini qanday ishlashi ma'lum emas. Bola asosli tanlash imkoniyatiga ega bo'lmaganligi sababli, xirurg boladan operatsiyaga yoki davolashga roziligini so'ramaydi.

Boshqa bahsli masala – tibbiyotning moliyalash manbalari muammosi. Bir tomondan ko'pchilik tibbiy yordamni ta'minlash uchun davlat xazinasidan mablag' sarflashning me'yori belgilanishi kerak, deb hisoblashadi. Boshqa tarafdin adolatlilik, halollik kabi ahloq qoidalari sog'liqni muhofaza qilishga yo'naltirilgan mablag'larni ishlatishda cheklanishlar bo'lmasligini ko'zda tutadi. Salomatlik uchun pul sarflanishiga nisbatan chegara qo'yilishi lozimligiga ishonch o'sib borayotgan jamiyatda barcha xirurgik davolanishga

muhtojlarni – homila, bolalar, katta odamlarning talablarini qondirish qiyin. Shunday bo‘lsa-da, bolalar xirurglari axloq mezonlariga asoslanib, bemor foydasini ko‘zlaydigan an’anaviy qadr-qimmatlarning moliyaviy qiziqishlar bilan aralashib ketishiga yo‘l qo‘ymasligi kerak.

1.2. Bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlari

Asab tizimi. Asab tizimining shakllanishi tug‘ilish vaqtiga ham anatomik, ham funksional jihatdan yakunlanmagan bo‘ladi. Yetilgan chaqaloqning miyasini massasi taxminan tana vaznining taxminan 10 %ini tashkil qilsa-da, asab hujayralarining soni kattalardagi miqdorning 25 %ini tashkil qiladi. Miya po‘stlog‘ining eng jadal rivojlantirish davrlaridan biri homiladorlikning III choragiga to‘g‘ri keladi. Shuning uchun bu davrda har xil noxush omillar, birinchi navbatda, gipoksiyaning shikastlovchi ta’sirining ehtimoli eng yuqori bo‘ladi. Asab tizimi har xil qismlarida asab tolalarining mielinlashishi har xil vaqtda kechadi. MNSda oldin sezgi neyronlari, keyin harakat neyronlari mielinlanadi, sirtqi tizimda esa – aksincha. Tug‘ilish vaqtiga o‘zak tuzilmalari taxminan 60 %ga, bosh miya po‘stlog‘i esa 10–20 %ga shakllangan bo‘ladi. Miyaning jadal o‘sish davri taxminan homila rivojlanishining o‘rtalarida boshlanadi va hayotining ikkinchi yili oxirida yakunlanadi. Miyaning yarim sharlarining mielinlashishi, asosan, postnatal kechib, hayotining 3–4-yilida yakunlanadi.

Homilada og‘riq his qilish uchun barcha neyrofiziologik tarkibiy qismlar gestatsion davrning o‘rtalaridayoq tayyor bo‘ladi. Mielinizatsiyaning yakunlanmaganligi mutlaqo faoliyat yo‘qligini nazarda tutmaydi, faqat impulslar o‘tkazish vaqti biroz sekinlashadi, buni esa neyronlar orasidagi masofaning qisqaligi qoplab yuboradi. Shuning uchun anesteziolog doimo chaqaloqlar, hattoki o‘ta chala tug‘ilganlari ham og‘riqni his qilishini va unga qon bosimining oshishi, taxikardiya, miya ichi bosimining oshishi, kuchli neyroendokrin reaksiya bilan javob qaytarishini esda tutishi lozim. Bu esa nafaqat operatsiya vaqtida, balki har qanday og‘riqli muolajani bajarganda analgeziya yoki anesteziyani ta’minlash muhimligini bildiradi. Bundan tashqari, chaqaloqlarda og‘riq sezish bo‘lag‘asi kattaroq

bolalar yoki katta yoshdagilarga nisbatan ancha past bo'ladi. Kichkina bola og'riqni mahalliyashtirib bilmaydi, shuning uchun javob reaksiyasi nisbatan tarqoq xususiyatli bo'lib, kompensator imkoniyatlarni tez sarflab qo'yadi. Bunda, birinchi navbatda, nafas va qon aylanish tizimining me'yorda faoliyat ko'rsatishi buziladi. Shu sababli, operatsiya vaqtida, operatsiyadan so'ng va jadal davolash davrida yaxshi og'riqsizlantirish davolash natijalari va bemor yashovchanligini yaxshilaydi.

Miyada qon aylanishini boshqarish neyroqumoral omillar majmuasi tomonidan amalga oshiriladi. Kattalarda o'rtacha AB 50 dan 150 mm sim. ust. gacha chegaradagi o'zgarishlarda miyadagi qon oqimi o'zgarishsiz qoladi, deb hisoblanadi. Chaqaloqlar uchun esa bunday diapazon chegarasi aniqlanmagan, lekin hech shakshubhasiz, u kattalarinikidan ancha tor bo'ladi. Go'daklarda miyaning qon aylanish autoregulatsiyasi gipoksiya, operatsiya hayajoni, gipotermiya va boshqa noxush omillar ta'sirida tez buziladi. Bu holatda tizimli ABning tebranishlari bosh miya arterial oqimiga to'siqsiz ta'sir qilib, miyada qon oqimining sezilarli «fluktuatsiyasini» chaqiradi. Bunda o'zi shusiz ham mo'rt bo'lgan pusht negiziga to'g'ri keladigan subepidermal soha tomirlari tomir ichi bosimining tebranishlariga dosh bermaydi va yoriladi, natijada periventrikulyar (PVK), yon qorinchalar bo'shlig'iga yorilgandan so'ng esa, qorincha ichi qon quyilishlariga sabab bo'ladi.

Miya tomirlarida bosim oshishiga sabab bo'lib, nafaqat tomir tonusi autoregulyatsiyasining yo'qotilishi asosida tizimli ABning tebranishlari nafaqat miya ichi, shuningdek, ko'krak ichi bosimining oshishi bilan bog'liq venoz qon oqimining qiyinlashishi ham sabab bo'lishi mumkin. PVK gipoksemiya, giperkapniya, respirator-metabolik asidoz, arterial gipotenziya, gemodinamik ahamiyatli bo'lgan FAP, yuqori MVB bilan kechadigan to'laqonli yurak yetishmovchiligi oqibatida rivojlanishi mumkin.

Ayniqsa, PVKning vrach aralashuvi tufayli qo'zg'atilgan kasallik omillariga e'tibor qaratish kerak. Masalan, o'pkaning sun'iy ventilatsiyasi (O'SV) jarayonida bosimning keskin parametrlarini qo'llash, bolaning respirator desinxronizatsiyasi, pnevmotoraks

rivojlanishi va o'pkadan havo yo'qotilishining boshqa sindromlarida ko'krak ichi bosimining keskin oshishi tizimli ABning to'satdan tebranishlariga, shuningdek, bosh miyada qon oqimining qiyinlashishiga va keyinchalik PVK rivojlanishiga olib keladi. Aylanadigan qon hajmi (AQH) yetishmovchiligining kolloid preparatlar bilan tez to'ldirilishi va giperosmolyar eritmalarning oqimli yuborilishi, trubka kiritish, traxeya va bronxlarni davolash chora-tadbirlarini ko'rish, davolash diagnostik manipulyatsiyalarning qo'pol bajarilishi tizimli AB va qon gaz tarkibining keskin tebranishlarini chaqirib, PVK rivojlanishini yuzaga chiqaradi.

Orqa miya suyuqligi (likvor) miya qorinchalari hamda bosh miya va orqa miyaning o'rab turuvchi subaraxnoidal bo'shliqni to'ldirib turadi. Likvor bosh miya qorinchalari xorioidal chigallari tomonidan ishlab chiqariladi. Katta yoshli odamda bir kecha-kunduzda 750 ml atrofida orqa miya suyuqligi ishlab chiqiladi, bu esa butun likvor tizimi hajmidan taxminan 5 marta ko'pdir. Dastlab suyuqlik oqimi xorioidal chigal pulsatsiyasi hisobiga yaraladi. Yon qorinchalardan likvor Monro teshigi orqali uchinchi qorinchaga, keyin Silviy suv yo'li orqali to'rtinchi qorinchaga, keyin esa Lyushki va Majandi teshigi orqali subaraxnoidal bo'shliqqa orqali bosh miya yarim sharlarini yuvib tushadi. Subaraxnoidal bo'shliqdan likvor qisman to'r parda tomirlariga qayta so'riladi, qisman esa orqa miyaga yo'naladi.

Likvor tizimining bekilib qolishi bosh miya istisqosining rivojlanishiga – bosh miya qorinchalar tizimi kengayishiga, bosh aylanasining kattalashib ketishiga olib keladi. Agar berkilish Lyushki va Majandi teshiklariga yaqin joylashgan bo'lsa – «bog'lanmagan» va agar likvor teshiklar orqali miya asosiga erkin oqib tushadigan, faqat uning subaraxnoidal bo'shliqdan drenaji qiyinlashgan bo'lsa –«bog'langan», deb aytiladi.

Bosh miya istisqosini davolashda, bel va miya qorinchasi punksiyalarini takrorlash, shuningdek, likvor ishlab chiqarilishini pasaytiradigan vositalar (masalan, asetazolamid 100 mg/kg/sut dozada) yordamida vaqtinchalik samaraga erishish mumkin. Bosh miya istisqosi kuchayib borganda tanlangan usul bo'lib, ventrikuloperitoneal (miya qorinchasi-qorin pardasini) shuntlash hisoblanadi.

Nafas tizimi. Bolalarda burun bo'shlig'i nisbatan tor bo'lib, uning tubi shunday bukilganki, til halqum orqa devorida kattalarnikiga nisbatan ko'proq yuzada tegib turadi. Shuning uchun kislorod ingalatsiyasida yoki niqob yordamida anesteziya qilinganda, yuqori nafas yo'llarining erkin o'tkazuvchanligini ta'minlashda qiyinchilik yuzaga kelishi mumkin. Yosh bolada burun yo'llari katta odamnikiga nisbatan tor bo'ladi va shu sababdan burun shilliq qavati shishganda yoki uning sekretsiyasi oshganda, burun yo'llarining to'liq berkilishi yuz beradi. Chaqaloq tezlik bilan burun orqali nafasdan og'iz orqali nafas olishga o'ta olmaganligi sababli, unda havo yetishmasligi yuzaga kelishi mumkin.

Chaqaloqda hiqildoq katta odamnikiga nisbatan uch umurtqa yuqorida, ovoz boylami III bo'yin umurtqasi to'g'risida joylashgan bo'ladi. Til, hiqildoq usti tog'ayi va hiqildoqning anatomik munosabatlari to'g'ri laringoskopiya va traxeya intubatsiyasi o'tkazishni murakkablashtirib, nam o'tkazmaydigan qiyshiq tig'ini qo'llashni qiyinlashtirishi mumkin. Hiqildoq usti tog'ayi kattalardagiga nisbatan uzun va keng bo'lib, tana uzunasiga nisbatan 45° da joylashadi. Shuning uchun laringoskop uchi bilan hiqildoq usti tog'ayini ko'tarmasdan, ovoz tirqishini ko'rib bo'lmaydi.

Nafas yo'llarining eng tor qismi traxeya uzuksimon tog'ay sohasi hisoblanadi. Ushbu sohada shilliq qavatning 1 mm ga (masalan, kataral yallig'lanishda) qalinlashishi nafas yo'llari bo'shlig'ini chaqaloqlarda 75 %ga va kattaroq bolalarda 20 %ga toraytiradi. Aynan shu bois ham shilliq qavat shishi kichik bolalarda juda xavfli va nafas yo'llarining deyarli to'liq berkilishiga tez olib kelishi mumkin.

Chaqaloqda traxeya uzunligi bor-yo'g'i 5 sm gacha, shu sababli, intubastion naychani kiritish va birlashtirishda juda ehtiyotkorlik talab qilinadi. Traxeya devori anchagina yumshoq bo'lib, hatto anesteziolog nafas niqobi qo'yish chog'ida ham barmoqlari bilan qisib qo'yishi mumkin.

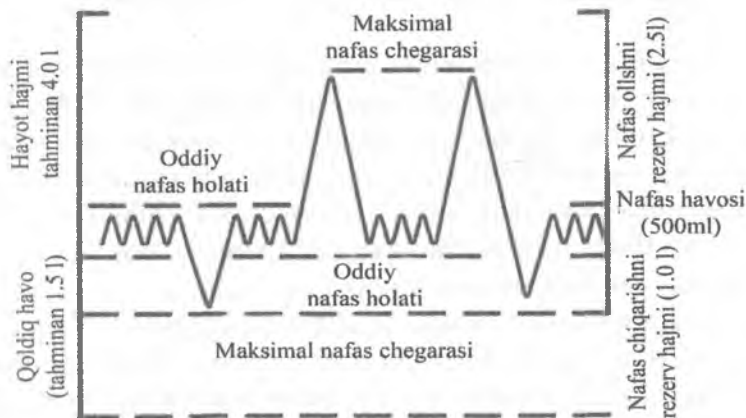
Kichik bolaning ko'krak qafasi kattalarnikiga nisbatan ancha egiluvchan bo'lib, bolada nafas yo'llari bekilib qolishida ko'krak qafasining bo'shroq joylari yaqqol tortilishi erta ko'rinadi. Bola o'pkasining kengayishi uchun zaruriy qarshi plevra ichki bosimi

hosil qila olmaydi. Shu sababli, nafas hajmini oshirish imkoniyati cheklangan bo'ldi, nafas chiqarish uchun nafas yo'llarining yopishi erta yuz beradi.

Bolaning ventilatsiya hajmini keskin oshirish qobiliyati cheklanganligi yana kattalarnikiga nisbatan qovurg'alarning gorizontall joylashganligi va asosiy nafas mushagi bo'lgan diafragma gumbazi egilganligining kamligi bilan ham bog'liq. Chaqaloqlar va kattalarda mushak tolalarining tarkibi ham keskin farq qiladi. I tur tolalar (sekin qisqaradigan va charchoqqa chidamli) chala tug'ilgan bolalarda bor-yo'g'i 10 %ni, yetuk tug'ilgan bolalarda 30 %ni va bir yoshdan keyin kattalarnikiga yaqin (55 %) miqdorga yaqinlashadi.

Pastki nafas yo'llarining to'qimalar tuzilishi kattalarda va bolalarda deyarli farq qilmaydi. Yetuk tug'ilgan chaqaloqda taxminan 24 mln alveola bo'lib, 3 oylikda u 3 baravar, 1 yoshida 5–6 baravar oshadi (kattalarda 300–600 mln). Chaqaloq o'pkasining umumiy gaz almashinuv yuzasi kattalarnikidan 20 marta kichik bo'lib, taxminan tana vazniga o'zaro nisbatani mos keladi.

O'pkaga eng ko'p nafas olishda jami gaz hajmi, ya'ni o'pkaning umumiy sig'imini bir qator turg'un hajm va sig'imlarga bo'lish qabul qilingan. O'pka hajmlarining umumiy qabul qilingan terminologiyasi 1.1-rasmda keltirilgan.



1.1-rasm. O'pka hajmlarining umumiy qabul qilingan terminologiyasi

Homilada birinchi nafas harakatlari homiladorlik davrining 11-haftasidayoq aniqlanadi. Nafas davri kam hollarda 10 daqiqadan ko'p davom etadi va 1–2 soat davom etadigan nafas qisilishi bilan almashinadi. Homiladorlikning III choragida nafas harakatlari davomiyligi sutkasiga bir necha soatga yetadi.

Tug'ilish jarayonida o'pkadan 30 ml/kg ga yaqin suyuqlik adsorbsiyalanadi. Birinchi bir necha nafas olishlar yuqori transpulmonal bosim rivojlanishi bilan (50 sm H₂O ga yaqin) kechib, keyin o'pka to'liq ochiladi. Yetuk tug'ilgan chaqaloqda o'pkaning umumiy sig'imi taxminan 160 ml ni tashkil etadi va buning taxminan yarmi funksional qoldiq sig'imiga to'g'ri keladi. Chaqaloqning nafas hajmi taxminan 6 ml/kg ga, minutlik ventilatsiya – 200–300 ml/kg/min ga to'g'ri keladi.

Ma'lumki, o'pkaga kirgan havoning hammasi ham perfuziyalanadigan alveolalarga yetib borib, gaz almashinuvida qatnashavermaydi. Nafas hajmining (V_T) qon bilan gaz almashinuvida qatnashmaydigan qismi o'lik nafas bo'shlig'i (V_D) deb aytiladi. Nafas hajmida o'lik bo'shliq fraksiyasi (V_D/V_T) barcha yosh guruhlarida deyarli bir xil (0,3) bo'ladi. Biroq, chaqaloqlarda o'lik bo'shliqning mutlaq o'lchamlarining kichikligi (2 ml/kg) ularda narkoz va nafas apparatlarining unsurlarini tanlashga alohida e'tibor qaratishni talab qiladi.

O'pkaning miqdoriy hajmi, alveolyar ventilatsiyasi (V_A) kattalarnikiga nisbatan (60 ml/kg/min) chaqaloqlarda ancha yuqori – 100–150 ml/kg/min.

Alveolyar havo va tashqi muhit o'rtasida gaz almashinuvi nafas mushaklarining ritmik qisqarishi natijasida amalga oshadi. Mushak quvvatining kattaligi gaz harakati hajmi va tezligini aniqlab beradi, shuning uchun ushbu ko'rsatkichlarning o'zaro ta'siri, ma'lum darajada mexanika qonunlari asosida tasvirlanishi mumkin. Havoning nafas yo'llaridan harakatlanishiga ikki xilda – tekis va notekis (aerodinamik) qarshilik qo'yilishi mumkin.

Klinik fiziologiyada o'pka va ko'krak qafasining elastik xususiyatlarini tavsiflash uchun ko'pincha «податливость»/«kengayuvchanlik» – elastikka qarama-qarshi kattalik atamasi qo'llaniladi. Kengayuvchanlik (C) bosim o'zgarish birligiga nisbatan hajm o'zgarish qobiliyati sifatida aniqlanadi: $C = \Delta V / \Delta P$ va 1 sm sim. ust. ga litrda

belgilanadi. O'pkaning kengayuvchanligi yoshga nisbatan kuchli o'zgaradi (chaqaloqda $C_L=0,004$ l/sm H_2O ga teng bo'lsa, katta odamda $-0,15$ l/sm H_2O).

Kengayuvchanlik kattaligi o'pkaning morfologik xususiyatlari, o'pka tomirlarida qon hajmi, oraliq bo'shliqda suyuqlik miqdori, gaz almashinuvida qatnashadigan bronxlar faoliyatiga bog'liq bo'ladi. O'pka cho'ziluvchanligining pasayishi nafas olishning qiyinlashish alomatlarini, o'pka shishi, o'pka torayishi, to'qima ichi emfizema, davomli operatsiyalardan so'ng kuzatiladi.

Nafas yo'llarning aerodinamik qarshiligi, havo hajmli harakati tezligiga erishish uchun zarur bo'lgan bosim farqi kattaligi: $R_{AW} = \Delta P/V$, sm $H_2O/(l \cdot s)$ bilan aniqlanadi.

Aerodinamik qarshilik kattaligiga havo yo'llari radiusi, ularning uzunligi, shuningdek, havoning yopishqoqligi juda katta ta'sir o'tkazadi. Biroq yuqori nafas yo'llari umumiy aerodinamik qarshilikning 20%ni ham tashkil qilmaydi. Bu bronxlar bo'linishining to'rtinchi bo'g'inidan boshlab ularning bo'shliqlari yig'indisi oshib borishi bilan bog'liq. Shuning uchun klinik amaliyotda aerodinamik qarshilikning sezilarli oshishi yuqori va quyi nafas yo'llarining birinchi uch bo'g'inining o'tkazuvchanligi buzilgandagina kuzatiladi. Bo'g'ma laringit, ovoz bog'lami osti shishida, torayuvchan traxeobronxitda aerodinamik qarshilikning keskin oshishi kuzatiladi. Shuni esda tutish lozimki, chaqaloqqa nazogastral zond qo'yish, nafas yo'llarining aerodinamik qarshiligini 50 %dan ko'p oshirishi mumkin.

Alveolyar-kapillar membrana orqali gazlar o'tishi fizika qonunlariga asosan amalga oshadi. Vaqt birligida o'pka membranasi orqali o'tadigan gaz miqdori, ya'ni diffuziya tezligi membrananing ikkala tomonidagi gaz bosimi farqiga to'g'ri va diffuziya qarshiligiga qarama-qarshi proporsionaldir. O'pkada gazlar diffuziyasi qarshiligini tavsiflash uchun qarama-qarshi kattalikni, ya'ni o'pkaning diffuzion qobiliyati deb ataladigan o'tkazuvchanlik qo'llanilishi qabul qilingan. Bu 1 minutda alveolyar-kapillar membrana orqali membrananing ikkala tomonida gaz parsial bosimi farqi 1 mm sim. ust. ga teng bo'lganda o'tadigan gaz miqdoriga teng. Diffuzion imkoniyat o'pka yuzasiga proporsional bo'ladi, shuning uchun pediat-

riya amaliyotida, odatda, diffuzion qobiliyatning absolyut sonlariga emas, balki uning funksional sig'imga nisbatiga e'tibor qaratiladi. Bu tavsif barcha yosh guruhlaridagi bolalarda deyarli bir xilda bo'ladi.

Odatda, gazlar diffuziyasining buzilishi, kislorod-gaz almashinuvida namoyon bo'ladi, negaki, uning eruvchanligi va mos ravishda, diffuzion qobiliyati karbonat angidridnikidan 20 baravar past bo'ladi. CO₂ ning alveolyar-arterial farqi, diffuziya 10 martadan ko'p pasayib ketgandagina orta boshlaydi. Diffuzion qobiliyatning buzilishi o'pka shishi, nafas olishning qiyinlashish alomatlarini, to'qima ichi pnevmoniyasi, bronx-o'pkaning to'liq rivojlanmaganligi va boshqa bir qator kasalliklarda kuzatiladi. Biroq, diffuziya qobiliyatining ancha sezilarli buzilishlari samarali gaz almashinuvi yuzasi kichrayganda, masalan, o'pka to'qimasining katta rezeksiyasida, ko'pincha esa, ventilatsion-perfuzion nisbatlarning sezilarli buzilishlarida yuzaga keladi.

Ventilatsion-perfuzion nisbatlar. O'pkada gazlar almashinuvi samaradorligi nafaqat alveolyar ventilatsiya yoki o'pkada qon aylanishining mutlaq ko'rsatkichlari, balki bu kattaliklarning nisbatlari bilan ham bog'liq. Hayotining birinchi kunlarida o'pka perfuziyasi ventilatsiyasidan ustun turadi. Keyinchalik umumiy ventilatsion-perfuzion nisbat darajasi, kattalardagi kabi 0,8 ni tashkil qiladi. Sxematik tarzda ventilatsiya va qon aylanishi taqsimlanishining 3 varianti keltirilishi mumkin.

1. Ventilyatsiya qon aylanishiga mos keladi ($V_A/Q = 0,8$). Bunda alveolalardan oqib chiqadigan qonning gaz tarkibi me'yorda bo'ladi.

2. Ventilyatsiya qon oqimidan ustun turadi ($V_A/Q > 0,8$). Bu variant me'yoriy qon bilan ta'minlanadigan alveolalarning giperventilatsiyasida yoki me'yoriy ventilatsiyada, o'pkada qon aylanishining pasayishi kuzatiladi. Bunda qondagi kislorodning parsial bosimi me'yorda, PaCO₂ esa kamaygan bo'ladi.

3. Ventilyatsiya qon aylanishidan kam bo'ladi ($V_A/Q < 0,8$). Bu holat saqlangan qon aylanishi fonida ventilatsiya pasayganda yoki qon aylanishi tezligi me'yoridan ortiq bo'lganda yuzaga keladi. Bu holatda qondagi kislorod kamayishi rivojlanadi, karbonat angidridning parsial bosimi, uning yuqori singish qobiliyati sababli uzoq vaqt me'yorida saqlanib qoladi.

Operatsiya va narkoz vaqtida umumiy, shuningdek, mahalliy ventilyastion-perfuzion nisbatlarda sezilarli o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu o'zgarishlarni yuzaga chiqaradigan bosh sabablardan biri bu operatsiya vaqtida bemorning uzoq vaqt harakatsiz yotishi hisoblanadi. Taxminan 1–2 soatdan so'ng mahalliy ventilatsiyaning pastdan yuqoriga siljishi yuzaga kelib, bir vaqtning o'zida, asosan, o'pkaning pastki bo'laklari qon bilan ta'minlanadi. Bundan tashqari, gorizontal holatda yotgan bemorda, o'pkaning tiriklik sig'imi (O'TS) diafragma gumbazining yuqori turganligi sababli 8–10 %ga qisqaradi. Shuningdek, ventilyastion-perfuzion nisbatga yana O'SV, giperoksik nafas aralashmalari ingalyatsiyasi, anestetik, miorelaksant va boshqa dori vositalarining ta'sir ham bo'ladi. Aytib o'tish lozimki, O'SV va bemor holati, ko'pincha ventilatsiyaning mahalliy taqsimlanishiga ta'sir qilsa, anestetiklar, asosan, mahalliy qon bilan ta'minlashni o'zgartiradi.

O'pkani qon bilan ta'minlashining buzilishi katta miqdorda qon quyishlardan so'ng kuzatilishi mumkin. Bu buzilishlarning patogenezi o'pka kapillarlarini qon shaklli elementlari agregatlari (eritrositlar, leykositlar, trombositlar) bilan tiqilib qolishi bilan bog'liq. Agregatlar, odatda, eski qonda saqlanadi, lekin ular, ayniqsa, gipotenziya va shokda tomir ichida ham hosil bo'lishi mumkin. Bunday buzilishlar gaz va yog' emboliyasida ham kuzatiladi.

O'pkada qon aylanishi taqsimlanishida sezilarli o'zgarishlar o'pka arteriyasida bosim kamayganda yuzaga chiqadi. O'pkaning yuqori bo'laklari perfuziyasi to'xtaydi, o'lik nafas bo'shlig'i ortadi. O'pka arteriyasida bosim pasayishi tomir kengaytirilganda va asab tizimini blokadalash apparatlari qo'llanganda, qon ketishi yoki suyuqlik yo'qotib, qon hajmi kamayishi oqibatida boshlanishi mumkin.

Ventilatsion-perfuzion nisbatlar buzilishining eng og'ir darajasi o'pka ichi veno-arterial shuntlashda yuzaga keladi. Bu holat alveolalar ventilatsiyasi to'liq to'xtaganda, lekin qon aylanishi saqlanib qolganda kuzatiladi. Ventilyatsiya to'xtashi va o'pka torayishlar rivojlanishi, ko'pincha bronxlar yopilib qolishida, nafas yo'llarining erta ekspirator berkilishida yoki surfaktant miqdorining kamayishi bilan bog'liq alveolalar birlamchi kollapsidada yuzaga

keladi. Oldiniga alveolalar kollapsini yoki nafas yo'llarining erta ekspirator berkilishidan qat'iy nazar, oxir-oqibat, hamisha o'pka torayishi ro'y beradi, chunki yopiq alveoladagi gaz qonga so'rilib ketadi. Alveolalar bo'shsh tezligi uni to'ldirgan gaz xususiyatiga bog'liq. Kislorod yoki geliy-kislorod aralashmasida nafas olish, havodan nafas olganga nisbatan bir necha marta tezroq bo'ladi.

Surfaktant – bu alveolyar epiteliy va havo chegarasida joylashgan monomolekulyar qatlamdagi yuza-faol moddalar. Surfaktant sirt taranglik kuchini kamaytirib, nafas chiqarish davrida alveolalar puchayib qolishiga qarshilik ko'rsatadi. U yana balg'am bo'lakchalarini eritib, ularning to'planishiga qarshilik qilib, yopishishini kamaytiradi. Bundan tashqari, surfaktantning lipidli tarkibiy qismlari makrofagal fagositlar faolligini oshirib, interleykinlar (IL-1 va IL-6) sekretsiyasini pasaytirib, yallig'lanishni kamaytiradi.

Surfaktant 90 %ga lipidlardan va 10 %ga apoprotein oqsillaridan tashkil topadi. Lipidlarning asosiy qismi fosfolipidlarga to'g'ri kelsa, barcha fosfolipidlarning 70 %dan ortig'ini fosfatidilxolinlar, asosan, yuza-faollik xususiyatiga ega bo'lgan dipalmitoilfosfatidilxolin tashkil qiladi. Surfaktant 2-turdagi alveolyar epiteliyal hujayralar tomonidan homila hayotining 22–26-haftasidan ishlab chiqila boshlanadi. 32-haftagacha surfaktant sintezi metiltransferaza yordamida, homilaning kechki muddatlarida va tug'ilgandan so'ng ancha samaraliroq bo'lgan fosfoxoltransferaza yo'li bilan ishlab chiqiladi. Katta yoshli odam o'pkasida yuza-faol fosfolipidlarning yangilanish tezligi 14 soatni tashkil qilsa, chaqaloqlik davrida u 10–12 marta yuqori bo'ladi. Erta patologik holatlar moslashuv davrida gipoksiya, giperventilatsiya, giperoksiya, sovuq qotish, qizib ketish kabilar surfaktantning parchalanish tezligini oshiradi.

Surfaktantning yetarlicha sintez bo'lmasligi va (yoki) tez faolsizlashuvi, alveolalar kichik diametri, ko'krak qafasining yuqori egiluvchanligi, o'pka to'qimasining kam cho'ziluvchanligi chala tug'ilgan bolalarda o'pkaning avj oluvchi torayishiga va respirator distress-sindrom (RDS) rivojlanishiga olib keladi. Qog'onoq suvlarida fosfolipid (letsitin/sfingomielin) konsentratsiyasini homila o'pkasining yetilganlik darajasini aniqlash uchun ishlatiladi. L/S

nisbatining 1 dan kamligi gestatsion rivojlanishning 32-haftasigacha, 35-haftasida 2 ga va yetuk tug‘ilgan bolada 4–6 ga teng bo‘ladi.

O‘pkaning gaz almashinuvidan tashqari funksiyalari. Nafas yo‘llarida o‘tirgan tanachalar va ayrim mikroorganizmlar alveolyar makrofaglar tomonidan yutiladi, keyin hilpillovchi epiteliy chiqarib tashlaydi yoki gidrolaza ta‘sir ostida hazm qilinib yuboriladi. Plazmatik hujayralar ishlab chiqaradigan immunoglobulin A (IgA) ayrim viruslarni neytrallaydi va bakteriyalar lizisiga imkon yaratadi. Shuningdek, himoya funksiyasini interferon, lizotsim, laktoferrin ham bajaradi.

Alveolar epiteliyning me‘yorda faoliyat ko‘rsatishining buzilishi sun‘iy havo o‘tkazish yo‘llari (intubatsion naycha, traxeostomik kanyulya) qo‘llanilganda, havo aralashmasining yetarlicha namlanmasligi va isitilmasligi, ingalatsion anestetiklar va dori moddalarning (ftorotan, azot I va II oksidi, kortikosteroidlar, sapardailatlar va b.) toksik ta‘sirida, shuningdek, asidoz, gipoksemiya, gipokapniya, gipotermiya va boshqa ko‘pgina patologik holatlarda yuzaga keladi.

O‘pka qondagi ko‘p biologik faol moddalarning muhim boshqaruvchisi hisoblanadi. O‘pka hujayralari tomonidan gistamin, E va F prostaglandinlari, bradikinin, serotonin, angiotenzin II va boshqa ko‘p substansiyalar sintezlanadi va bo‘shatiladi. Shu vaqtning o‘zida, angiotenzin I, serotonin, ATF, prostaglandinlar, noradrenalin kabi vazoaktiv moddalar qon o‘pkadan bir marta o‘tganda to‘liq yoki ancha miqdorda yo‘qotiladi yoki sustlashadi.

O‘pkalar cho‘ziluvchan rezervuar sifatida ko‘p miqdorda suyuqlikni saqlab, qon oqimi to‘xtovsizligini ta‘minlashi va AQHni boshqarishda qatnashishi mumkin. Bundan tashqari, o‘pkaning kapillar to‘ri qonni patologik aralashmalar – hujayra reagentlari, fibrin quyqalari va boshqalardan tozalaydigan biologik filtr vazifasini ham bajaradi.

Nafasning boshqarilishi. Chaqaloqlarda kattalardagi kabi ventilyatsiyani boshqaruvi beixtiyor va biokimyoviy mexanizmlar yordamida amalga oshiriladi, biroq bu tizimning ishlash samaradorligi ancha past bo‘ladi. Masalan, giperkapniyaga javoban juda qisqa muddatli va juda kam darajada ventilyatsiya hajmining oshishi

kuzatiladi. Agar gipoksemiya bilan qo‘shilib kelsa, giperkapniyaga reaksiya umuman bo‘lmasligi ham mumkin.

Shu bilan birga, chaqaloqlar PaO_2 o‘zgarishlariga juda sezgir bo‘ladi. Giperoksik nafas aralashmalarining berilishi ventilatsiya hajmining sezilarli kamayishiga olib keladi. Gipoksemyaga reaksiya bolaning ona qornidagi va tug‘ilgandan keyingi yoshi va tana haroratiga bog‘liq bo‘ladi. Chala tug‘ilgan va 1 haftadan kichik yetuk tug‘ilgan bolalar normotermiya holatida gipoksemyaga, odatda, ikki fazali ta’sirlanish bilan javob beradi: qisqa davrda nafas olish tezlashishi keyinchalik nafas siqilish bilan almashinadi. Sovuq qotgan chaqaloqlarda gipoksemyaga javoban nafas siqilishi, oldin ventilatsiya oshmasdan yuzaga keladi.

Nafas chuqurligi va tezligini boshqaradigan o‘pka baroresseptorlaridan reflekslar chaqaloqlarda kattalarnikiga nisbatan kuchliroq ifodalangan bo‘ladi. Nafas yo‘llarida bosim oshganda, nafas hajmining sezilarli oshishi va sonining kamayishi kuzatiladi. Shuning uchun doimiy musbat nafas (DMN) usuli chaqaloqlarda nafas buzilishlarini davolashda tez-tez va muvaffaqiyatli qo‘llanilmoqda, lekin bu reflekslarning anestetiklar va og‘riq qoldiruvchi vositalar ta’sirida pasayishini ham esda saqlash kerak.

Ko‘pchilik chala tug‘ilgan va qisman yetuk tug‘ilgan bolalarda ko‘pincha davriy nafas (5–10 soniyadan almashib turadigan taxipnoe va apnoe davrlari) kuzatiladi. Bu davrlarda PaCO_2 miqdorining va yurak qisqarishlar sonining ozroq o‘zgarishlari kuzatilib, bu ahamiyatga ega funksional o‘zgarishlar chaqirmaydi. Davriy nafas olish, odatda bolaning 1–2 oyligida yo‘qolib ketadi.

Qon aylanish tizimi. Yurak kurtagi homilaning 2–3 haftaligida boshlanib, homila rivojlanishning 6-haftasiga kelib yurak to‘rt kamerali va atrioventrikulyar klapanli bo‘ladi. Shu sababli aksar yurak tug‘ma nuqsonlari (YuTN) aynan shu davrda shakllanadi.

YuTN rivojlanishining eng ko‘p sabablariga xromosomal buzilishlar, biror gen mutatsiyasi, atrof-muhit nojo‘ya ta’sirlari (alkogolizm, infeksiyalar, dori vositalari) va onadagi qandli diabet va fenilketonuriya kabi ayrim kasalliklari kiradi. Ko‘pincha YuTN ayrim sindromlar tarkibida bo‘ladi.

Ona alkogolizmida ko'pincha qorinchalararo va bo'lmachalararo to'siqlar, ochiq arterial yo'l nuqsonlari shakllanadi. Taxminan 30 % hollarda embriofetal alkogol alomatlari yuzaga keladi. Dori vositalaridan teratogen ta'sirga ega amfitaminlar, progestagenlar, ayrim gipotenziv va talvasaga qarshi vositalar, oral kontratseptivlar mavjud.

Nisbatan yaxshi kislorodga to'yingan qon (CaO_2 – 80 %) yo'ldoshdan kindik venasi va aransiy yo'li orqali pastki kavak venaga tushib, u yerda homila tanasi pastki qismlaridan kelayotgan qon bilan aralashadi. Keyinchalik faqat aralash arteriovenoz qon aylanib, homilaning birorta a'zosi, jigardan tashqari, 60–65 %dan ko'p kislorodga to'yingan qon bilan ta'minlanmaydi.

Yurak o'ng bo'lmachasining o'ziga xos tuzilishi sababli, qonning katta (taxminan 2/3) qismi oval teshik orqali bevosita chap bo'lmachaga o'tib, u yerda o'pka venasidan keladigan qon bilan aralashadi. Bu qon chap qorinchaga o'tib, u yerdan ko'tariluvchi aortaga, bosh va qo'llarga yo'naltiriladi. Pastki kavak venadan chiqqan qonning qolgan qismi o'ng bo'lmachada yuqori kavak venachadan tushgan qon bilan aralashadi va o'ng qorinchadan o'pka arteriyasiga chiqariladi. O'ng qorinchadan chiqarilgan qonning 90 foizga yaqini arterial yo'ldan pastga tushuvchi aortaga o'tadi, qolgan 10 foizi esa o'pka aretriyasi tizimi orqali o'pkani oziqlantirishga yo'naladi. Shunday qilib, oval teshik va aretrial yo'l kavak venalardan keladigan qonlarni o'pkani chetlab o'tib, katta qon aylanish doirasiga o'tishini ta'minlaydigan aylanma shunt vazifasini bajaradi. O'ng qorincha va o'pka arteriyasidagi bosim chap qorincha va aortadagi bosimdan 10–20 mm sim. ust. ga baland tursa, o'pka tomirlari qarshiligi umumiy tizim qarshiligidan 4–5 marta ustun turadi.

Kindikni bog'lash, uni kuchsiz tomir qarshiligi yo'ldoshda qon aylanishini to'xtatadi. Bolaning birinchi nafasleri bilan alveolalar havo bilan to'ladi va arteriyalar mexanik tarzda cho'ziladi. O'pkaning tomir qarshiligi taxminan besh marta pasayadi va o'pkada qon aylanishi ham shunchaga ortadi.

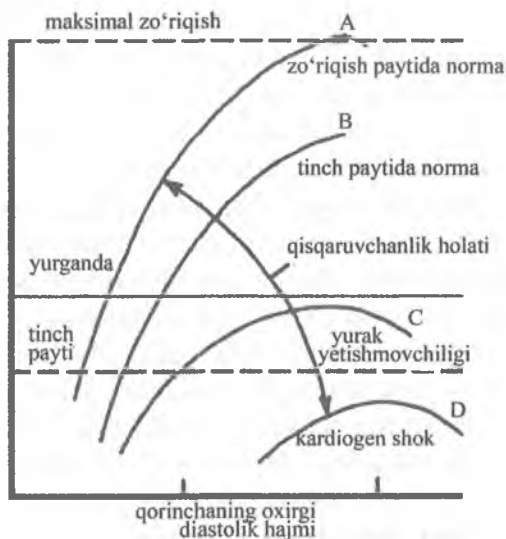
Tomir qarshiligining pasayishida kislorodga to'yinishning yaxshilanishi va adenozin, bradikinin, prostasiklin va endogen azot

oksidi kabi vazoaktiv moddalarning ajralib chiqishi ham muhim ahamiyat kasb etadi. O'pkaning tomir qarshiligini tez pasayish davri 3–12 soatni tashkil etadi. Bu davrda o'pka arteriyasidagi bosim aortanikidan past bo'ladi va mos ravishda aretrial oqim orqali qon oqimi o'zgaradi ya'ni chapdan o'ngga yo'nalgan bo'ladi. Keyinchalik o'pka arteriyasi tizimida bosimning doimiy pasayishini, asosan, o'pka tomirlarining morfologik qayta tuzilishi bilan bog'lashadi. Arteriola va mayda arteriyalarning kengaygan mushak qavatining qisqarishi 2–3 oy davom etadi. Bu o'zgarishlarning yakuniy natijasi o'pkadan aylanma qon oqimini ta'minlaydigan boshlang'ich aloqa yo'llarining yopilishi bo'ladi. Hatto ularning to'liq yopilishi yuz bermasa ham, kichik va katta qon aylanish doirasida tomir qarshiligi nisbati o'zgaradi va tomir qarshiligining muntazam oshishi qonni o'pka yo'lga yo'naltiradi.

Qon aylanishini boshqarilishi. Yurak-qon tomir tizimi ish faoliyatini tashkil qiladigan asosiy ko'rsatkichlar bu yurak haydalmasi va minutlik hajmi (YuH, YuMH) hisoblanadi. YuMH bu – yurak faoliyati ko'rsatkichi bo'lib, bir minut davomida yurak qorinchalaridan haydalgan qon kattaligini ko'rsatadi. Har xil yosh va vazndagi bemorlarda YuHni taqqoslash uchun uni tana yuzasiga nisbatini oladilar va shunday qilib, yurak ko'rsatkichini (YuK) hisoblaydilar. Tomir urish tezligini oshirish bilan YuMHni birmuncha ko'tarish mumkin, lekin yurak qisqarishlar tezligi fiziologik me'yor doirasida saqlanib qolsa, YuMHni oshirishga urish hajmini oshirish bilan ham erishish mumkin.

Urish hajmi (UH) – bu yurakdan har bir qisqarish, ya'ni sistola vaqtida haydab chiqariladigan qon hajmi. Uning kattaligini uch omil aniqlab beradi: 1) yuklanma (нагрузка) oldi; 2) yuklanmadan keyin; 3) miokardning qisqaruvchanlik holati. Mexanika nuqtayi nazaridan mushak qisqaruvi miokardga tinch (diastola) va qisqarish (sistola) vaqtida ta'sir qiluvchi bir qancha kuchlar bilan aniqlanadi. Tinchlik vaqtida miokard holati yuklanma oldi va elastikligi bilan aniqlanadi. Qorincha yuklanma oldi – bu qonning diastolik hajmi bo'lib, u ma'lum darajada oxirgi diastolik bosim va miokard cho'ziluvchanligi

bilan bog‘liq. Klinik sharoitda diastolik bosim va cho‘ziluvchanlikni o‘lchash – og‘ir vazifa. Shuning uchun bu ko‘rsatkichlarni tavsiflash uchun klinik sharoitda qorincha va bo‘lmachalar to‘lish bosimi aniqlanadi, bu esa amaliyotda yuklanma oldi haqida xulosa qilishga imkon beradi. Yuklanma oldining klinik mezoni bu – qorinchalardagi oxirgi diastolik bosim (ODB) kattaligi. Starling qonuni ODB va UH o‘rtasidagi o‘zaro bog‘liqlikni tavsiflab beradi (1.2-rasm).



1.2-rasm. Starling qonuni: A va B chiziqlar o‘zgarishsiz yurakda qorincha ODB (yuklanma oldi) oshishi bilan yurak haydalmasi oshishini namoyish qiladi. Qayd qilish lozimki, bir xil ODB bo‘lganda qisqaruvchanlik yuqori bo‘lsa – yurak saqlanmasi ham yuqori bo‘ladi. Zararlangan yurakda (C va D) yurak haydalmasi kam va yurak yetishmovchiligi va yurak zo‘riqishidagi kabi ODB yuqori ko‘rsatkichlarga oshsa – yanada pasayadi.

Sistola davrida miokard holati qisqarish qobiliyati va yuklanma keyini kattaligiga bog‘liq bo‘ladi. Ya‘ni sog‘lom bolalarda tomir qarshiligi va arterial bosim oshganda mos ravishda yurak qorinchalari qisqarish quvvati oshadi («gomeometrik boshqarish» qonuni), chap va o‘ng bo‘lmachalarda yurak haydalmasi va bosim o‘zgarmaydi.

Miokard qisqarish qobiliyati yetishmovchiligi belgilarida yurak haydalmasi va tomir qarshiligi o'rtasida bog'liqlik yuzaga keladi.

Yuklanma keyini – chap qorincha bo'shshida qarshilik ko'rsatish. Uning kattaligiga eng ko'p arteriyalar va arteriolalar ta'sir ko'rsatadi. Yuklanma keyinining eng aniq indikator – umumiy periferik tomirlar qarshiligi. Amaliyotda yuklanma keyini kattaligi haqida aortadagi o'rtacha bosim bo'yicha xulosa qilinadi. Miokard qisqaruvchanligi (контрактильность) bu – miokardial tolalar o'zining qisqarish kuchini o'zgartirish xususiyati. Yuklanma oldi ham, yuklanma keyini ham miokard qisqaruvchanligiga yaqqol ta'sir qiladi. Shu bilan birga, ular kateterlash usullarini qo'llab bo'lsa ham, sog' yurak qisqarish holatining haqiqiy ko'rsatkichlarini aniqlashni murakkablashtiradi. Miokard qisqaruvchanligini ventrikulografiyani bir vaqtning o'zida qorincha ichki bosimini qayd qilish bilan amalga oshirganda aniq baholash mumkin. Klinik amaliyot uchun taklif qilingan ko'pgina formula va koeffitsiyentlar miokard qisqaruvchanligini bilvosita aks ettirishi mumkin. Shu bilan birga, shuni e'tiborda tutish lozimki, bu omillardan har biri (yuklanma oldi, yuklanma keyini va miokard qisqaruvchanligi UHga mustaqil ravishda shunday ta'sir qilishi mumkinki, u o'zining eng chekka ko'rsatkichlariga yetishi mumkin. Shunday ekan, harakatning bu omillarni «miokardga kislorod yetkazishi/ehtiyoj balansi» nisbatiga ta'sirini hisobga olib qilish kerak.

Yuklanma oldini boshqarish. Yuklanma oldini qo'shimcha suyuqlik quyish bilan oshirish mumkin. U vena toraishida oshadi va diurezni kuchaytirganda, venalar kengayganda yoki urish hajmi oshganda pasayadi. Operatsiyadan so'ng chap qorincha to'lishining aniq ko'rsatkichi haqida yurak bo'shliqlarini kateterlash yordamida yurak ichi gemodinamikasini o'rganish ma'lumotlari bo'yicha yoki exokardiografiya tekshiruvlari yordamida bilvosita xulosa qilish mumkin. Ayrim hollarda qorinchalar kam cho'ziluvchan, diastolik hajmni sezilarli oshirish uchun ko'proq to'ldiruvchi bosim kerak bo'ladi. Yuklanma oldini haqiqatan kamaytiradigan va klinik amaliyotda tez-tez uchraydigan omillardan biri gipovolemiya (aylanib yuruvchi qonning kamayishi)dir. U yurak haydalmasini kamaytiradi. Gipovolemiya chap bo'lmachada bosim pasayishi bilan tavsiflanadi.

Rentgenologik tekshirishda bu holat o'pkaning venoz surati pasayishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Gipovolemiyani davolash nisbatan oddiy, u o'rin bosuvchi eritmalar infuziyasi bilan davolamalga oshiriladi. Nazorat asosida yurak haydalmasi oshganda, chap qorinchada bosim darajasini aniqlash yotadi.

Yuklanma keyinini boshqarishda yuklanma keyinini pasaytirish YuMHni oshirishga olib kelishi sababli, jadal davolashda yurak haydalmasi va miokard funksiyasini boshqarish uchun keng qo'llaniladi. Operatsiya o'tkazilgan bolalarda, ayniqsa chaqaloqlarda, ko'pincha umumiy periferik qarshilik oshishi kuzatiladi. Ma'lumki, tomir kengaytiruvchilar arterial tomir qarshiligini pasaytiradi, bunda yurak haydalmasi ko'tariladi. Miokard nasos funksiyasining yanada yaxshilanishi miokard qisqarish funksiyasini yaxshilashga qaratilgan vositalar (masalan, dopamin) yordamida erishilishi mumkin.

Miokard qisqaruvchanligini boshqarish. Inotrop vositalarni yuborish miokardial tolalarning kuchi va cho'ziluvchanligini oshiradi, bu har qisqarishda chap qorinchaning yaxshi bo'shashiga olib keladi. Shu sababli yurak haydalmasi oshadi. Ideal inotrop vosita miokard qisqaruvchanligini sezilarli ravishda oshirishi, lekin bunda yurak qisqarishlar soniga ta'sir qilmasligi kerak. Afsuski, hozirgi vaqtda bunday vosita yo'q. Lekin, hozir vrachda har biri miokard inotrop xossalarini oshiradigan bir qancha vositalar bor.

Eng qulay inotrop agent dopamin – noradrenalinning tabiiy o'tmishdoshi hisoblanadi. Dopamin miokard qisqaruvchanligini oshiradi hamda umumiy o'pka va umumiy periferik tomir qarshiligini pasaytiradi.

Inotrop vositalarni buyurganda ularning metabolik samarasini hisobga olish lozim. Inotrop vositalar miokardning kislorodga ehtiyojini oshiradi, bu esa, o'z navbatida, toj tomirlar qon oqimini oshirishni talab etadi. Yuzaga kelgan muvozanat buzilishi miokard ishemiyasini oshirishi yoki nekroz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Buni, birinchi navbatda, chala tug'ilgan bolalarni davolayotganda hisobga olish zarur.

Ovqat hazm qilish tizimi. Qizilo'ngach embriologisi va anatomiyasi. Qizilo'ngach va traxeya embrion birlamchi ichagidan rivojlanadi. Ularning ajralishi karina sohasida boshlanadi va kranial yo'nalishda davom etadi. Bu murakkab jarayonlarning buzilishida qizilo'ngach atreziyasi va traxeya atreziyasi kabi nuqsonlar rivojlanishi mumkin. Aslida traxeya tog'aydan iboratligi sababli, qizilo'ngach anomaliyalarida, odatda, o'z devorida tog'ay qoldiqlarini saqlaydi. Qizilo'ngachning kistoz zararlanishi uning to'liq kistoz ikkilanishi yoki bronxogen kistalari, devorida nafas yo'llari shilliq qavati ham, tog'ay ham uchragan holda namoyon bo'lishi mumkin.

Qizilo'ngach mushak devori ichki aylanma va tashqi bo'ylama muskullardan tashkil topgan. Qizilo'ngach o'zining seroz qobig'iga ega emas. Uning ko'ndalang-targ'il mushakdan tashkil topgan yuqori uchdan bir qismi erkin nazoratda bo'lsa, sirtqi uchdan ikki qismi avtonom boshqariladigan silliq mushakdan tashkil topgan. Qizilo'ngach shilliq qavati o'zining xususiy bezlariga ega bo'lib, qattiq tiqilib qolganda ular ko'p miqdorda shilliq ishlab chiqaradi.

Xirurgik nuqtayi nazardan qizilo'ngachni bo'yin, ko'krak va qorin qismlarga ajratilishi mumkin. Bo'yin qismi hiqildoq bilan o'zaro qalin bog'langan. Qizilo'ngach devorining eng yupqa sohasi bevosita uzuksimon-halqum mushaklari pasti va orqasida joylashgan. Qizilo'ngachning teshilish xavfi yuqori bo'lgan bu qismi qalqonsimon-bo'yin tomirlaridan oziqlanadi.

Qizilo'ngachning ko'krak qismi aorta ravog'ini yon tomondan aylanib o'tadi hamda uning tomir halqasi deb nom olgan anomaliyasida ancha siqilgan bo'ladi. Bu qismda qizilo'ngach aorta va perikard bilan o'zaro qalin bog'langan bo'lib, qizilo'ngach yot jismi va kimyoviy kuyishlarida ham ular zararlanishi mumkin. Qizilo'ngachning o'rta qismi yon va orqa tomondan segmentar qon bilan ta'minlanib, bu qismning judayam faol ishlatishi ulangan joyning bitishiga salbiy ta'sir o'tkazishi mumkin.

Qizilo'ngach qorin qismi qizilo'ngachning pastki (PQQ) sfinkteri mexanizmini ta'minlaydi (23-bobga qarang) va diafragma tarmog'i va oshqozon tomirlaridan mo'l qon bilan ta'minlangan bo'ladi. Kuch-

li qayt qilganda (Buxave sindromi) va portal gipertenziyada varikoz rivojlanganda, bu qism shilliq qavatining yorilishi – qizilo‘ngach pastki uchdan bir qismida ko‘p qon ketishining yashirin manbayi bo‘ladi.

Og‘riqsizlantirish o‘tkazilganda, shuningdek, jadal davolash jarayonida oshqozonni zondlash o‘tkaziladi, shuning uchun ham xirurg kabi anesteziolog ham qizilo‘ngachning yosh bo‘yicha o‘lchamlarini bilishi lozim (1-jadval).

1-jadval

Bolalarda qizilo‘ngach o‘lchamlari		
Yoshi	Uzunligi, sm	Diametri, sm
Chaqaloqlar	10	0,7–0,8
1 yosh	12	0,9–1,0
5 yosh	16	1,1–1,2
10 yosh	18	1,2–1,5

Erta yoshdagi bolalarda kardial sfinkterning fiziologik sustligi va shu vaqtning o‘zida qorin bo‘yni mushak qavatining yaxshi rivojlanganligi kuzatiladi. Bu hammasi qusish va qayt qilishga sharoit yaratadi. Bu haqda unutmazlik lozim, anesteziya, ayniqsa, yallig‘lanishga qarshi vositalar qo‘llab o‘tkazgan hollarda, sust oshqozon tarkibining oqib chiqishi (shu bois kech bilinadigan) – qusish sababli aspiratsiya va og‘ir aspiratsion pnevmoniya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Oshqozon sig‘imi yoshga mos ravishda 1–2 yoshgacha ortib boradi. Uning keyingi o‘sishi nafaqat tana uzunligi, balki ovqatlanish xususiyatlariga bog‘liq. Chaqaloqlar va ko‘krak yoshidagi bolalarda oshqozon sig‘imining taxminiy kattaliklari 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval

Erta yoshdagi bolalarda oshqozon sig‘imi	
Yoshi	Sig‘im, ml
Chaqaloqlar	30–50
3 oy	100
1 yosh	250

Ko'rsatilgan kattaliklar taxminiy bo'lib, patologiya sharoitida olingan. Masalan, oshqozon-ichak yo'li yuqori qismlari tutilishida oshqozon devori cho'zilib, uning sig'imini 2–5 martagacha cho'zishi mumkin.

Har xil yoshdagi bolalarda oshqozon sekretsiyasi fiziologiyasi kattalarnikidan deyarli farq qilmaydi. Oshqozon shirasi kislotaliligi kattalarnikidan biroz past bo'lishi mumkin, lekin bu ko'pincha, ovqatlanish xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Oshqozon shirasi pH miqdori ko'krak yoshidagi bolalarda 3,8–5,8, kattalarda hazm jarayoni avjida 1,5–2,0 gacha pasayadi.

Oshqozon harakatchanligi normal sharoitlarda ovqatlanish xarakteriga, shuningdek, neyreflektor impulslarga bog'liq bo'ladi. Adashgan nervning yuqori faolligi gastrospazmni, ichki asabniki esa qorin bo'ynining qisilishini qo'zg'atadi.

Chaqaloqlar ichagi orqali ovqat (ximus) ning o'tish vaqti 4–18 soatni, kattaroq yoshdagi bolalarda – bir sutkagacha bo'ladi. Bu vaqtdan 7–8 soati ingichka ichak orqali o'tishga, 2–14 soati yo'g'on ichakdan o'tishga sarflanadi. Ko'krak yoshidagi bolalarni sun'iy ovqatlantirishda hazm vaqti 48 soatgacha yetishi mumkin.

Bolalar xirurgi nazaridan ichak nayining har xil bo'limlari funksional xususiyatlari muhim hisoblanadi. Masalan, ingichka ichakning xirurgik kasalliklarga eng ko'p chalinadigan qismi yonbosh ichak hisoblanib (Kron kasalligi, NEK, YaNEK, Mekkel divertikuliti, yonbosh ichak-chambar ichak invaginatsiyasi va b.), davolash jarayonida, ko'pincha, baugin qopqasini hamda yonbosh ichak-ko'richak burilish qismini qon bilan ta'minlanishini saqlab qolish maqsadida, ichakning bu qismini kesib tashlash yoki uning yaqin bo'g'imini teshib qo'yish zarur bo'lib qoladi. Holbuki, bola uchun ichakning eng zarur qismi yonbosh ichak bo'lib, aynan shu yerda o'sayotgan organizmga zarur bo'lgan ovqatning asosiy ingrediyentlari so'riladi.

Siydik ajratuv tizimi. Homilada nefronlar farqlanishi taxminan homila rivojlanishining 35-haftasida yakunlanadi. Homila yetarlicha ko'p miqdorda siydik ajratib, u homilani o'rab turuvchi (qog'onoq) suvining asosiy qismini tashkil qiladi. Tug'ilgandan so'ng siydik

chiqarish yetarlicha yuqori darajada saqlanadi, keyin biroz pasayib, birinchi hafta oxirlarida yana ko‘payadi. Chaqaloqlarda diurezning me‘yorda tezligi 1–3 ml/kg/soatni tashkil qiladi.

Suyaklarga nisbatan buyraklar joylashuvi kattalardagidan farq qiladi. Buyraklar pastki qutbi chaqaloqlarda ko‘p hollarda yonbosh suyagi qirrasidan pastda joylashadi, 2 yoshdan katta bolalarda ungacha yetmaydi, 3–5 yoshda esa buyrak topografiyasi katta odamlarnikiday bo‘ladi. Tug‘ilganda buyrak tuzilishi bo‘lakchali bo‘ladi. Bu tuzilish 2–4 yoshgacha saqlanadi, keyin yo‘qolib ketadi.

Siydik naylari bolalarda nisbatan bo‘shlig‘i keng, egri-bugri, mushak tolalari kuchsiz rivojlangan bo‘ladi.

Siydik pufagi erta yoshdagi bolalarda suyak joylashgan belgilariga ko‘ra kattalarnikiga nisbatan yuqoriroqda bo‘ladi. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda u qorin oldingi devoriga tegib turadi, yoshi kattalashgan sari kichik chanoq sohasiga tushadi.

Chaqaloqlarda glomerulyar filtrlash tezligi kattalarnikiga nisbatan bir necha marta kam bo‘ladi (3-jadval). Sog‘lom bolada bu funksiyaning cheklanganligi, qonda mochevina va kreatinin miqdorining oshishiga olib kelmaydi, biroq osmotik yuklanmaning oshishida suv hamda elektrolitlarning anchagina tutilib qolishi – hujayra sirtidagi suyuqlikning gipertonik tarqalishi degan holat yuzaga keladi. Chaqaloqlarda buyrak konsentratsion xususiyati ham pasaygan va siydikning maksimal osmolyariligi hayotining birinchi kunlarida 700–800 mosmol/kg dan oshmaydi. Faqat 6 oylikda 1200 mosmol/kg gacha ko‘tarilishi mumkin. Buyraklarning KIHni saqlash funksiyasi go‘daklarda qoniqarli hisoblash mumkin, negaki hayotining birinchi kunlaridan siydik kislotaliligi pH 4,5–5,0 darajasida saqlanishi mumkin, bu esa nordon metabolitlar chiqarilishini ta‘minlaydi. 90 %dan ko‘p og‘ir ahvoldagi chaqaloqlarda ishemik nefropatiya deb ataladigan, buyrak faoliyatining buzilishi rivojlanib, uning asosiy sababi yurak haydalmasining pasayishi va buyrak oqimining kamayishi hisoblanadi. Prerenal omillar ta‘siri o‘z vaqtida bartaraf qilinmasa, patologik o‘zgarishlar buyrak parenximasining o‘zida ham ro‘y beradi.

Bolalarda buyrak faoliyatining ayrim ko'rsatkichlari						
Ko'rsatkich	Chala tug'ilgan bolalar	Chaqa-loqlar	1-2 hafta	6 oy - 1 yosh	1-3 yosh	O'smir-lar
glomerulyar filtrlash tezligi, ml/min/ 1,73 m ²	14±3	40±15	65±25	77±15	96±20	120±15
Buyrakda qon oqimi, ml/min/ 1,73 m ²	40±6	88±4	220±40	352±70	540±110	620±90
Maks. konsentratsion qobiliyat, mosmol/kg	480	700	900	1200	1400	1400
plazma kreatinini, mk/mol/l	110	88	35	18	35	60-120

1.3. Bolalarda operatsiya oldi tayyorgarligi xususiyatlari

Ayni vaqtda bemor holatini baholash, uning xirurgik amaliyotga tayyorligi masalasini hal etish va anesteziyaning eng qulay usulini tanlash ko'p omillarga bog'liq bo'ladi. Anamnez yig'ishda bemor yoki yaqin qarindoshlarda psevdoxolinesteraza yetishmovchiligi, yomon sifatli gipertermiya yoki porfiriya kabi behush qilishdagi asoratlar yuz berganligi muhim ahamiyatga ega. Lekin anamnezda ushbu asoratlarning yo'qligi ularning paydo bo'lish ehtimolini inkor qilmaydi. Har xil og'riq qoldiruvchilar qo'llanishida allergik reaksiyalar va nojo'ya ta'sirlar yuzaga chiqishi mumkin. Ko'pincha anamnezni sinchiklab surishtirganda, ota-onalar oldin ular inkor etgan allergiya to'g'risida ham aytib yuborishi mumkin. Shuning uchun allergiya to'g'risidagi savolni astoydil va ko'p martalab so'rayverish shart emas. Yaqin o'rtada boshdan kechirgan kasalliklar haqida surishtirish shart.

Odatda, umumiy ko'rik asosida, bemor operatsiya qilinganmi yoki yo'qligi haqida tasavvur hosil bo'ladi. Tumov yoki yo'tal borligida, agar ular surunkali bo'lib, boshqa biror belgi, masalan, ishtaha yoki harakatchanlik pasaymagan bo'lsa, bemor operatsiya

qilinishi mumkin. Agar yaqinda tumov boshlangan, yoki kasallikning boshqa belgilari (faollik, ishtaha pasayishi, harorat ko'tarilishi) bo'lsa, operatsiyani yaxshisi sog'ayguncha kechiktirgan ma'qul. Hech qachon harorat ko'tarilishiga bepisand bo'lmaslik, kasallikning ishonchli sababi aniqlanmaguncha, u o'tkir deb baholash va operatsiyani kechiktirib turish lozim.

Barcha bemorlarni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish haqidagi savol munozaraligicha qolmoqda. Amaliyot ko'rsatishicha, odatdagi tahlillar yangi ma'lumotni kam beradi va ularning natijalari, ko'pincha og'riqsizlantirish xususiyati haqida qaror qabul qilishda aks ettirilmaydi. 1987-yilda Amerika Anesteziologlar jamiyati anesteziyaga tayyorgarlik ko'rishda odatdagi laboratoriya tahlillari va skrining testlarga zarurat yo'q, degan qaror qabul qilgan. Laboratoriya tekshiruvlarga ko'rsatmalar haqida qaror har bir muayyan holatda, mazkur bemor va taxmin qilinayotgan operatsiya amaliyoti xususiyatidan kelib chiqib qabul qilinishi kerak. Bunday yondashuvda bemorni, va shu orqali ota-onalarni jarohatlanishi, mutlaqo befoyda bo'lgan tibbiy muolajalar tannarxi va ziyonini kamaytiradi.

Premedikaciya, shubhasiz, har qanday narkozni rejalashtirganda zarur. Oldindan og'riqsizlantirish qisman laringo'spazm xavfini kamaytiradi va bemorni narkozga kiritish uchun ketadigan vaqtni qisqartiradi. Hozirgi kunda ishlatiladigan ingalatsion (sevoflyuran, izoflyuran) og'riq qoldiruvchilar efir yoki ftorotanga xos kamchiliklardan xoli, bu esa bolani operatsiyadan oldinroq uxlatishga imkon berib, ruhiy shikastni ma'lum darajada kamaytiradi. Midazolam 0,3–0,5 mg/kg dozada ichishga berilganda, yetarlicha samaraga ega va diazepam kabi judayam uzoq ta'sir qilmaydi. Shuningdek, sintetik uxlatuvchilar qandaydir nostandart tarzda, masalan, fentanil shimiladigan tabletkalari yoki sufentanil intranazal qo'llanilishi ham mumkin. Metogeksital rektal induksiya yoki premedikasiya uchun birday muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Ayrim tibbiyot muassasalarida maxsus induksion (jihozlangan) xonalar mavjud, u yerda bemorni narkozga kiritishda ota-onalarning qatnashishiga ruxsat beriladi, bu esa farmakologik preparatlar qo'llaganga nisbatan

ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Dori-darmonlar tayyorgarligi bilan bog'liq yoqimsiz muammolardan, birinchi navbatda, gipoksiyani va ortiqcha tinchlantirishda narkozdan chiqishining cho'zilishi mumkinligini aytib o'tish lozim. Nihoyat, yaxshi «yo'lga qo'yilgan» anesteziologning bemorga operatsiyadan oldingi tashriflari bemor va ota-onalarning qo'rquv va vahimasini bartaraf qilish uchun juda foydali bo'lib, ko'pincha dori vositalaridan samarasi kam bo'lmaydi.

Xirurgik amaliyot o'tkazilishi lozim bo'lgan ko'pchilik bolalar mavjud bo'lgan kasalliklari bo'yicha har xil dorilar bilan davolanishadi. Bunday holatda, davolash oral va aerozol vositalarni qo'llagan holda, operatsiyagacha davom ettirilishi kerak. Istisno tariqasida, kardioxirurgik bemorlarda digoksin (lanoksin) qo'llanilishi hisoblanadi. O'tkazilayotgan davoni to'xtatmagan holda, kasallik qaytalanishining oldini olish, shuningdek, anesteziyaning silliq va xavfsiz kechishini ta'minlash mumkin.

Aspiratsion pnevmoniya har qanday anesteziyaning asorati bo'lishi mumkin. Aspiratsiya xavfini pasaytirishning asosiy usuli – oshqozon hajmini kamaytirish maqsadida, operatsiyadan oldin ovqat va suyuqlik qabul qilishni cheklashdan iborat. Biroq yeyish va ichishdan cheklash bolada notinchlik va ota-onalarning bezovtaligiga sabab bo'lishi, ba'zan degidratatsiya va gipoglikemiyaga olib kelishi mumkin. Shu bois bolani uzoq vaqt ovqat va ichimliksiz tutib turish kerak emas. Toza suyuqlikni ichishiga, operatsiyadan 2–3 soat oldin ruxsat etiladi. Lekin tibbiyot xodimi tomonidan statsionar sharoitida operatsiyadan oldingi ochlik muddatini nazorat qilish ancha murakkab. Shuning uchun oxirgi ovqatlantirish vaqtini birmuncha oldini olib, ichimlik (toza suyuqlik bilan) ichishni hamda ovqatlanishni 4 soatgacha, ovqat, shuningdek sut ichishni 6 soat deb belgilash oqilona bo'ladi. Me'da tarkibining kislotaliligini pasaytirish yoki me'da hajmini kichraytirish bilan aspiratsiya xavfini kamaytirish mumkin. Bu maqsadda ranitidin kabi H_2 – retseptorlar blokatorlari muvaffaqiyat bilan qo'llanilishi mumkin. Eng yaxshi samaraga erishish uchun dorini operatsiyadan eng kamida 90 minut oldin qabul qilish lozim, garchi uni qabul qilishning eng maqbul vaqti – munozarali va murakkab masala. Oshqozonni

tezroq boʻshatishga va uning hajmini kichraytirishga serukal qoʻllash ham imkon beradi. Oshqozon luqmasining pH ini pasaytirishda natriy sitrat kabi qalqon hosil qiluvchi vositalar ham samarali. Bu guruhdagi maxsus dori vositalar hozirgi vaqtda operatsiyadan oldin tavsiya qilinmaydi, lekin aspiratsiya xavfi boʻlganda, birinchi navbatda, tezkor amaliyotlarda ular qoʻllanishi mumkin.

Oʻz-oʻzini nazorat uchun testlar

1. Oʻzbekistonda birinchi bolalar xirurgiyasi kursi qaysi yilda va qayerda ochildi?

- A) 1928-yilda Oʻrta Osiyo universitetida;
- B) 1947-yilda Toshkent Medistina institutida;
- D) 1961-yilda Andijon Medistina institutida;
- E) 1955-yilda Samarqand Medistina institutida;
- F) 1972-yilda Toshkent Pediatriya institutida.

2. Oʻzbekistonda bolalar xirurglari maktabining asoschisi kim?

- A) prof. K.X. Toxirov;
- B) prof. A.S. Sulaymonov;
- D) prof. M.A. Axmedov;
- E) prof. A.M. Shamsiyev;
- E) prof. A.I. Saidaliyev.

3. Bolalar xirurgiga qanday talablar qoʻyiladi?

A) oʻsuvchi organizmning anatomo-fiziologik xususiyatlarini aniq bilish;

B) kasallikni tashxislash oddiy, eng kam invaziv va oz shikastli usullari bilan aniqlab bilish;

D) har bir bolaning patologik jarayoni xususiyatlarini hamda uning oʻrnini toʻldiruvchi imkoniyatlarini qatʼiy hisobga olish;

E) oqilona operatsiya oldi tayyorgarligi, medikamentoz tayyorgarligi, maqbul ogʻriqsizlantirish usulini tanlash;

F) barcha javoblar toʻgʻri.

4. Bolani operatsiya qilish qarorini qabul qilishda qanday axloq qoidasi ustun turishi kerak?

- A) bola foydasi;
- B) klinika va vrach foydasi;
- D) bola ota-onalarining foydasi;
- E) yuridik foyda;
- F) moliyaviy foyda.

5. Xirurgik kasalliklarning klinik belgilarida bolaning anato-mo-fiziologik xususiyatlari nima bilan namoyon bo'ladi?

- A) umumiy belgilarning mahalliy belgilardan ustun turishi;
- B) og'riqni mahalliy lashtirib bilmaslik;
- D) kuchli bezovtalik va injiqlik;
- E) faqat harorat reaksiyasi bilan;
- F) uyquchanlik va ko'rikka sust reaksiya.

6. Erta yoshdagi bolalarda o'qchish va qayt qilishga nima moyillik tug'diradi?

- A) kardial jomning fiziologik sustligi;
- B) me'da tarkibining davomli turib qolishi;
- D) bola emizilgandan so'ng gorizontal holatda bo'lishi;
- E) zich yo'rgaklash;
- F) duodeno-gastral refflyuks.

Adabiyotlar

1. Национальное руководство по детской хирургии. Под ред. Ю.Ф. Исакова, М., 2010.
2. Физиология ребенка. Пер. с англ. Б. Бейтс, 2005.
3. Патифизиология. П.Ф. Литвицкий, М., 2002, в 2 т.
4. Клиническая анатомия для хирургов. Пер. с англ., Под ред. Р. Савалджи, Г. Эллиса, 2000.
5. Bingham R. et al. Textbook of Pediatric Anaesthesia, 2008, L.

2-BOB. BOLALARDA O‘TKIR XIRURGIK KASALLIKLAR SINDROMLARI

Mazkur bobda biz bolalarda ko‘p uchraydigan, tug‘ma va orttirilgan xarakterdagi, barcha yosh guruhlarida ham uchrashi mumkin bo‘lgan, kattalardagi xirurgik kasalliklar bilan umumiy jihatlariga ega bo‘lgan o‘tkir xirurgik kasalliklarga xos bo‘lgan sindromlarni yoritishni maqsadga muvofiq, deb bildik. Bunda bolalarga xos bo‘lgan isitma va reflektor reaksiyalar, umumiy holsizlik va endotoksemiya belgilaridan boshlanadigan pediatriya amaliyotidagi kasalliklar simptomlarining an’anaviy yoritilishidan, ular pediatriya va bolalar kasalliklari propedeutikasi darsliklarida batafsil yoritilganligi uchun ataylab uzoqlashdik. Bolalarda o‘tkir xirurgik kasalliklarni tashxislashda, ularning ahamiyatini kamsitmagan holda, biz yosh pediatrlar va xirurglarga taxminiy tashxisni aniqroq qo‘yish, tashxislash usullari va davolashning maqbul hajmini aniqlab olishga imkon beradigan eng asosiy sindromlarga to‘xtalishni lozim topdik.

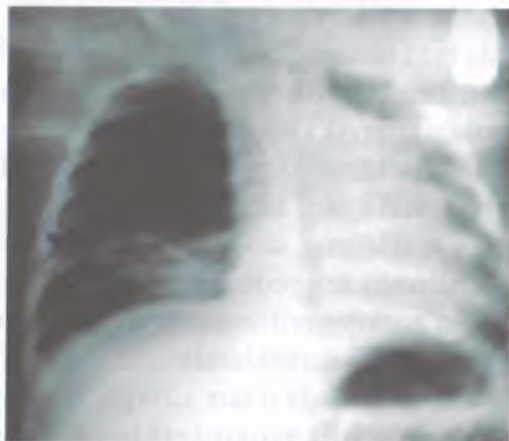
2.1. Ko‘krak qafasi a‘zolarining o‘tkir xirurgik kasalliklari sindromlari

Bolalarda ko‘krak qafasi a‘zolari o‘tkir xirurgik kasalliklarining namoyon bo‘lishini uch yetakchi klinik sindromga birlashtirish mumkin:

- ko‘krak ichi taranglashish sindromi;
- atelektatik sindrom;
- mediastinal taranglashish sindromi.

Ko‘krak ichi taranglashish sindromi (KITS) – bu ko‘krak ichida bosimning oshishi, o‘pkaning siqilishi, ko‘ks oralig‘ining zararlangan tomonga qarama-qarshi tomonga siljishi yoki Ko‘ks oralig‘ining o‘zida perikard ichi yoki perikarddan tashqaridagi yallig‘lanish jarayonlari bilan bog‘liq bosimning oshishi bilan kechadigan patologik holatdir.

O'pka zararlanganda KITS bronxogen kista, o'pkaning bakterial buzilishining bullyoz shakli, exinokokk kistalari, o'pkaning tug'ma lozar va oraliq emfizemasi va o'pka o'smasi sababli kelib chiqqan o'pka ichi taranglashishi tufayli yuzaga chiqishi mumkin (2.1-rasm).



2.1-rasm. O'ng o'pka yuqori va o'rta bo'laklari tug'ma lozar emfizemasi

KITSning *plevra ichi taranglashishi* deb aytiladigan boshqa sabablari, ko'pincha nam va yiringli plevritlarning har xil shakllari, pnevmotoraks, piotoraks, gemo- va xilotoraks, shuningdek, diafragma churralari va «asfiktik siqilish» sindromi bo'ladi (2.2-, 2.3-, 2.4-rasmlar).



2.2-rasm. O'ng tomonlama total pnevmotoraks



2.3-rasm. Gemotoraks o'ngda



2.4-rasm. Piotoraks o'ngda

Bolalarda KITS ko'pincha o'pkaning bakterial destruksiyasi (O'BD) asorati sifatida pnevmo-, pio- yoki piopnevotoraks ko'rinishida namoyon bo'ladi. Og'ir pnevmoniya bilan kasallangan bolalar ko'pincha noto'g'ri davolashda ushbu sindromning rivojlanish xavf guruhiga kiradi. O'pka ichi va o'pkadan tashqari jarayonlar sababli, chaqirilgan KITS ning klinik ko'rinishi ko'pincha o'xshash va tashxislash asoslari umumiy bo'ladi. KITSning qo'qqisidan, anamnezda biron-bir ma'lumotlarsiz namoyon bo'lishi juda kam uchraydi. O'tkir rivojlanadigan KITS ning sabablari orasida: chaqaloqlarda va erta yoshdagi bolalarda spontan pnevotoraks, tug'ma bo'lak emfizemasi, soxta diafragma churrasi, katta yoshdagi bolalarda exinokokk kistasi yorilishi, bronxogen kistaning o'tkir kattalashuvi, oldin simptomsiz kechgan, plevralosti bullyoz emfizemasi, jarohatdan keyingi o'pka kistalari va diafragma churralari ko'p uchraydi. KITS o'tkir boshlanishi, odatda, yo'tal xurujidan keyin bemor ahvoli yomonlashuvining avj olib borishi, apnoe, bezovtalik, hansirash va ko'karish bilan xarakterlanadi. Kattaroq yoshdagi bolalar eng qulay holatni topishga harakat qilib, ko'pincha kasal tarafiga yonboshlab oladi. Kuchsiz ipsimon pulslı taxikardiya rivojlanadi. Ko'krak qafasi shikastlangan tarafining nafas harakatidan orqada qolishi yoki «nafasning g'ayritabiiy turi» e'tiborni jalb qiladi.

Perkutor – o'pka tovushining to'mtoqlashuvi, ba'zan to'liq to'mtoqlikkacha pio-, xilo-, yoki gemotoraksdan darak berishi mumkin; timpanit – O'BD bullyoz shaklida, o'pka emfizemasida, taranglashgan bronxogen kistada; quticha tovushi taranglashgan pnevotoraksqa, soxta diafragma churrasining asfiktik siqilishiga xosdir. O'pka tovushi timpaniti va to'mtoqlashuvining birga kelishi yorilgan kista yoki piopnevotoraksdan darak berishi mumkin. Perkutor ko'ks oralig'i chegaralari ko'krak qafasining nafas aktidan orqada qolayotgan qismidan qarama-qarshi tomonga siljigan bo'ladi.

Auskultatsiya o'pka faoliyatining keskin susayishini, kollaps yoki opka emfizemasi bo'lishidan qat'iy nazar, aniqlaydi. Bronxoplevral oqma orqali havo o'tishi sababli, yuzaga keladigan nafas olishda esuvchi yoki hushtak shovqini eshıtıladi. Soxta diafragma churrasi-

ning «asfiktik siqilishida», ko‘pincha chap plevra bo‘shlig‘ida peristaltika shovqinlari eshitaladi.

Sanab o‘tilgan belgilar ko‘krak qafasining tik holatdagi to‘liq tasvirining shoshilinch rentgenografiyasini talab qiladi:

- pnevmotoraks va o‘pkaning lobar emfizemasida – o‘pka suratining yo‘qligi, shikastlangan tarafdagi shaffoflikning kuchayganligi, ko‘ks oralig‘ining sog‘ tarafga siljishi;

- piopnevmotoraksda – plevra bo‘shlig‘ida gorizontaal suyuqlik sathi, ko‘ks oralig‘i soyasining sog‘ tomonga siljishi;

- pio-, xilo- va gemotoraksda – zararlangan tomonda o‘pka maydonining gomogen soyalanishi, ko‘ks oralig‘i soyasining sog‘ tomonga siljishi;

- o‘pka ichi tarangashuvida – o‘pka maydonida taranglashgan kista konturi, bronxga yorilganda suyuqlik sathi bilan;

- «asfiksik siqilishda» – ichak qovuzloqlarining uyachasimon yorug‘lanishi, yoki «mayda kosachalar»;

- mediastinitda – ko‘ks oralig‘i soyasining kengayishi.

Davolash-tashxislash tadbirlari:

- pnevmo-, pio-, xilo-, gemo-, piopnevmotoraksda – o‘rta qo‘ltiq osti liniyasida 6–7-qovurg‘a oralig‘ida plevra bo‘shlig‘ining punksiyasi;

- o‘pka ichi kistalarida – punksiya ultratovush datchigi yordamida ingichka ignali punksiya;

- bo‘lak emfizemasida – punksiya samaradorligi shubhali!?

«Asfiksik siqilishga» gumon bo‘lganda, oshqozon va ichak qovuzloqlari teshilish xavfi yuqori bo‘lganligi sababli, punksiya o‘tkazish qat‘iyan mumkin emas!

KITSDa davolash taktikasi asosiy jarayon kechish xususiyatlari va uning asoratlari bilan belgilanadi. Demak, pio-, xilo- va gemotoraks tasdiqlanganda, plevra bo‘shlig‘ini yuvish va doimiy drenajlash uchun torakostentez qo‘yish lozim. Drenajlash passiv (Byullau bo‘yicha) yoki o‘pkaning samarali yozilmaganida faol bo‘lishi mumkin. Bronxoplevral oqma orqali taranglashgan pnevmotoraksda sal boshqacha usullar qo‘llaniladi. Faqat bola bezovtalanganda, faoliyat ko‘rsatadigan kichik oqmalarda plevra bo‘shlig‘ini passiv drenajlash shubhasiz bemor holatini yengillashdiradi, o‘pka yozilib,

bronxoplevral oqim kamayganda, o'pkaning zararlangan qovurg'a-plevra qismini «tamponlash» maqsadida faol drenajlashga o'tish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bronxoplevral oqma (BPO) O'BDda yoki o'pka tug'ma kistalari-ning plevra bo'shlig'ida yorilganda kuzatiladi. Bunda oqma diametri yoki ko'p sonli oqmalar diametrining yig'indisi shu darajada yirik bo'lishi mumkinki, bunda plevra bo'shlig'ini drenajlash bilan o'pkaning yozilishiga erishib bo'lmaydi. Ko'pincha, O'BD bo'lgan bolalarda, rivojlanadigan BPOning klinik belgilari ko'krak ichi bosimini oshib borishi bilan bog'liq, avj olib boruvchi nafas yetishmovchiligida namoyon bo'ladi. Nafas olish vaqtida, bir uchi suvga tushirilgan drenajdan to'xtamay havo ajralishi, BPOni o'ziga xos belgisi sanaladi. Auskultatsiya vaqtida bronxial oqmaning o'ziga xos shovqini aniq eshitiladi, bu plevra bo'shlig'idan faol aspiratsiya vaqtida yanada kuchayadi. «Klapan mexanizmi» shakllangan katta bronxial oqmada faol aspiratsiyaga ulash «o'g'irlash» sindromi deb aytiladigan holat rivojlanishiga va nafas yetishmovchiligining yomonlashuviga olib keladi. Bu holda, vaqtinchalik bronxni qidiruvchi okkluziyasi va plevra bo'shlig'ini Geraskin (1978) usulida drenajlash bilan birga qo'llash samarali chora hisoblanadi.

Atelektatik sindrom (AS) yoki nafas yo'llarining tiqilib qolish sindromi nafas yo'llari o'tkazuvchanligining o'tkir buzilishi bilan kechadigan (berkilish, qisilish, infiltrat yallig'lanish) jarayonlarni o'z ichiga oladi. AS patogenezi asosida yotadi:

- yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi – burun bo'shlig'i orqa teshigi atreziyasi, ranula, ovoz boylami osti laringiti, hiqildoq o'tkir shishi, hiqildoq va traxeya yot jismi, traxeya stenozi va membranalari, traxeya va bosh bronxlarning o'sma va giperplaziyalangan tugunlar bilan bosib qo'yishi;

- periferik bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi – obturatsion va spastik atelektazlar, yot jismlar, bronxlarning o'sma va yallig'langan tugunlar bilan bosilishi;

- terminal bronx va bronxiolalar o'tkazuvchanligining buzilishi – yopishgan destruktiv pnevmoniya, o'tkir lobit, diffuz aspiratsion pnevmoniyalar;

- respirator distress sindrom.

AS klinik kechishi, o'tkir nafas yetishmovchiliga xos bo'lgan boshqa har qanday sindromdagi kabi, kompensatsiya, sub- va dekompensatsiya bosqichlariga ega:

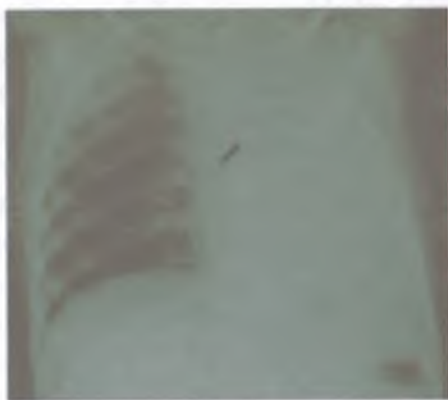
- kompensatsiya bosqichi burun qanotlari kerilishida kuchsiz shovqinli nafas bilan, lekin yordamchi mushaklar ishtirokisiz, kam hollarda bo'yinturuq chuqurchasining tortilishi bilan burun lab uchburchagining kuchsiz sianozi, bemor nisbatan tinch, pO_2 – me'yorda, pCO_2 – yuqori chegarada, pH – respirator asidoz belgilari bilan namoyon bo'ladi;

- subkompensatsiya bosqichiga yordamchi mushaklar faol ishtiroki bilan shovqinli nafas, bo'yinturuq chuqurchasining yaqqol tortilishi, sianoz, taxipnoe va kuchli taxikardiya, ko'krak qafasi zararlangan tomonda nafas aktidan orqada qolishi, bemor bezovtaligi va qo'zg'aluvchanligi kuchli, $pO_2 \leq 80-85$ mm sim. ust., $pCO_2 > 40-45$ mm sim. ust., pH – metabolik asidoz belgilari xos;

- dekompensatsiya bosqichi es-hushning noaniqligi, akrosianoz, taxiaritmiya, qiynalib, «hushtaksimon» nafas deyarli barcha yordamchi mushaklar ishtiroki bilan namoyon bo'lib, bu asfiksiya bosqichiga o'tishi hush yo'qotilishi, nafas olishga kamgina harakatlar, bradikardiya (yurakning qisqaruvchanligini pasayishi) dan asistoliya (yurakning to'xtashi)gacha, $pO_2 < 70$ mm sim. ust., $pCO_2 > 60$ mm sim. ust., pH – alkolizatsiyaga mayl bilan belgilanadi.

Auskultativ AS bo'lgan bolalarda nafas susayishi, bronxospazmga xos quruq hushtaksimon hirillashlar, quyuq balg'am bo'lganda guvillovchi hirillash, pnevmoniyada har xil kalibrli nam hirillashlar eshitaladi. Perkutor tovush qisqargan, ko'ks oralig'i a'zolari kasal tomonga siljigan bo'ladi.

AS rentgenologik belgilari massiv, o'pka parenximasi infiltratsiyasiga bog'liq har xil zichlikdagi soyalanishdan to gomogen soyalanish va ko'ks oralig'i soyasining zararlangan tomonga siljishida ko'rinadigan total atelektazgacha o'zgarib turadi (2.5-rasm).



2.5-rasm. Chap bosh bronxdagi yot jism oqibatida chap o'pka total atelektazi

Chaqaloqlarda o'pkaning nisbatan anatomik va funksional yetilmaganligi oqibatida kelib chiqqan respirator-distress sindromida kompensatsiya bosqichi 1–2 soatdan, subkompensatsiya bosqichi esa – 24–48 soatdan ko'p davom etmaydi.

Mediastinal taranglashuv sindromi (MTS) ko'ks oralig'ida bosim oshishi, shu joydagi a'zolarning bosilishi va ular faoliyatining buzilishi bilan xarakterlanadi (2.6-rasm).



2.6-rasm. Yiringli perikardit

MTS rivojlanish sabablari perikardial va perikarddan tashqaridagilarga bo‘linadi (M.R. Rokitskiy, 1988). Perikardial sabablarga, ko‘pincha ekssudativ perikardit va O‘BD og‘ir kechishida rivojlanuvchi yiringli perikarditlar kiradi. Bolalarda gemo- va pnevmoperikard nihoyatda kam tashxislanadi. Perikarddan tashqari taranglashishlar avj oluvchi mediastinal emfizema (O‘BD), mediastinal churra (lobar emfizema), abscesslar, o‘smalar bilan chaqirilishi mumkin.

Klinik jihatdan perikardial sababli MTS yurak tamponlashning quyidagi belgilari bilan namoyon bo‘ladi:

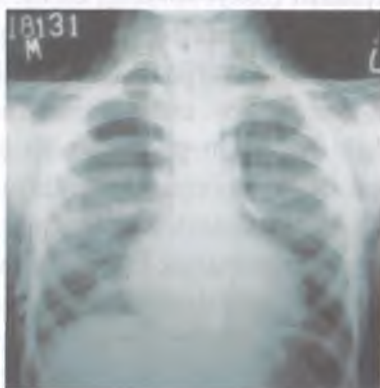
- yurak chegaralarining kengayishi;
- cho‘qqi turtkisining kuchsizligi;
- bo‘yin venalarining bo‘rtib shishib chiqishi;
- markaziy vena bosimning oshishi;
- taxikardiya;
- yurak tovushlarining bo‘g‘iqligi;
- EKG voltaji pastligi.

Perikarddan tashqari MTS rivojlanish sabablari:

- O‘BD;
- ko‘k yo‘tal;
- O‘RVI;
- ko‘krak qafas shikastlanishlari;
- bronxlar yot jismlari (peribronxial interstitsial emfizema);
- qizilo‘ngach yot jismlari va perforatsiyasi;
- ko‘ks oraliq‘i o‘smalari.

Avj oluvchi mediastinal emfizema rivojlanishiga ko‘pincha O‘BD, kam hollarda esa bronxlar, qizilo‘ngach yot jismlari, ko‘k yo‘tal, O‘RVI, ko‘krak qafasi shikastlanishlari sabab bo‘ladi. Bronxlar shikastlanganda havo peribronxial bo‘shliq orqali ko‘ks oraliq‘iga chiqadi va interstitsial emfizemani shakllantiradi. Mediastinitlar sababi, ko‘pincha qizilo‘ngachda uzoq muddat yot jism qolib ketganda shikastlanishi va plevra bo‘shlig‘idagi yiringli-yallig‘lanish jarayonlari sabab bo‘ladi. Ko‘pincha mediastinit boshlanishini yo‘tal xuruji bilan bog‘laydilar.

Perikarddan tashqari MTS klinik belgilari ko'ks oralig'ida yig'ilgan havoning tez bo'yin, yuz, gavda teri osti qatlamida tarqalishi hisoblanadi. Qaytar nerv tarmog'i bosilishi bilan bog'liq ovoz bo'g'iqligi paydo bo'ladi, hansirash va sianoz, markaziy gemodinamika buzilishlari o'sib boradi. Bolaning yuzi salqigan, terisi taranglashgan, paypaslaganda krepatatsiya seziladi, qovoqlar shishgan, ko'zlar yumilgan, ko'krak oldingi devori havoli yostiqni eslatadi, ko'pincha emfizema qorin va sonlarga tarqalgan bo'ladi. Auskultativ – yurak tonlari bo'g'iqlashgan, taxikardiya. Juda og'ir hollarda yurak ekstrakardial tamponadasi, asistoliyagacha rivojlanishi mumkin. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida havo bilan kengaygan ko'ks oralig'i, emfizemaning boshlang'ich bosqichlarida ko'ks oralig'i soyasi fonida to'qimalarni ajratayotgan havo pufakchalari ko'rinishi mumkin (2.7-rasm).



2.7-rasm. Mediastinal emfizema

Yuz, bo'yin, ko'krak oldingi devorining kuchli emfizemasi, rentgenogrammada qo'ltiq osti chuqurchasida va bo'yinda havo borligi ko'rinadi.

Yallig'lanishli genezdagi mediastinitlarda birinchi o'ringa yiringli-septik sindrom klinikasi bilan kuchsiz ifodalangan mediastinal taranglashish belgilari chiqadi. Mediastinitlardagidek, ko'ks oralig'i

o'smalarida MTSning asta-sekin o'sib borishi kuzatiladi. O'smaning joylashgan o'rniga ko'ra yuqori kavak venasining (sianoz, yuz, bo'yin shishi, bo'yin venalari shishib chiqishi), kavak venalar teshigining (qon kam oqib kelishi sababli, kuchayib boruvchi yurak yetishmovchiligi), qizilo'ngachning (disfagiya), traxeyaning (inspirator hansirash) torayish belgilari namoyon bo'ladi.

Shunday qilib, ko'krak qafasi a'zolari eng ko'p uchraydigan o'tkir xirurgik kasalliklari sindrom bo'yicha tashxislash ta'rifini tugatayotib, alohida kasallikka xos belgilarni sindromlarga umumlashtirishga imkon berishi, ko'p belgilarning umumiyligi, nafaqat bemor sog'ligi va hayotiga xavf soluvchi holatlarni tez aniqlashga, balki kasallik va uning asoratlarini davolashning eng muvofiq taktikasini aniqlashga imkon beradi.

Ko'krak qafasi a'zolari o'tkir kasalliklarini sindrom bo'yicha davolash (Shifokorning birinchi malakali yordami).

Ko'krak qafasi o'tkir xirurgik kasalliklarini sindrom bo'yicha davolash, bemorda asosiy kasallikni, uning xarakterini, joylashuvini va o'ziga xos asoratlarini aniqlashga yo'naltirilgan shoshilinch tekshirish bilan parallel olib borilishi kerak. Aynan ushbu shart-sharoitlar e'tiborga olinganda tashxisni aniqlash, va shunda, sindrom bo'yicha davolash ko'proq patogenetik yo'naltirilgan bo'ladi. Agar har qanday xirurgik kasallik va uning asoratlarini jadal davolashning umumiy qoidalari ma'lum darajada universal hamda yetakchi patologik sindromlarning deyarli barcha yig'indisida qo'llanilishi mumkin bo'lsa, bevosita shikastlanish o'chog'iga ta'sir qilish usullari farqlanadi va asosiy jarayon va uning asoratlari xususiyatlari bilan aniqlanadi. Aynan shu joyda «asosiy zarba yo'nalishini» aniqlash, yetakchi, bevosita hayotga xavf soluvchi sindromni aniqlash va uni bartaraf qilish lozim. Ushbu asosiy qoidaning buzilishi bemor stasionarga murojaatining birinchi soatlarida kerakli davo olmasdan, reanimatsion holatga tushishiga sabab bo'ladi.

Shu nuqtayi nazardan biz ko'krak ichi taranglashish sindromida shoshilinch xirurgik yordam ko'rsatish prinsipial xususiyatlarini

yoritishga harakat qildik. Hech shak-shubhasiz, ushbu sindrom ko'krak qafasi dekompressiyasi, adekvat nafas va yurak faoliyatini tiklashga yo'naltirilgan shoshilinch tadbirlarni talab qiladi.

1. **O'pka taranglashga kistasi yoki bullasi** (pufakcha) – kistani yengillashtiruvchi punksiyasi:

– punksiya muvaffaqiyatsizligida va taranglashish kuchayib borganda kistani Monaldi bo'yicha drenajlash;

– drenajlangan kista orqali ko'p bronxial oqimda – kistaga keluvchi bronxning okklyuziyasi (bekitib qo'yish), ahvoli mo'tadillashgach – radikal operatsiya.

2. **Tug'ma o'tkir lobar emfizema** – zararlangan bo'lakni drenajlovchi bronx okklyuziyasi oldindan taranglashgan bo'lakni ko'psonli igna bilan punksiya qilish bilan birga, shoshilinch bronxoskopiya va lobektomiya.

3. **Taranglashgan pnevmo-, pio-, piopnev motoraks** – plevra bo'shlig'ini shoshilinch yengillashtiruvchi punksiyasi keyinchalik drenajlash va Byullau bo'yicha passiv aspiratsiya bilan yiringli-septik jarayonni jadal davolash. Destruksiya o'choqlari topilganda – bronxoskopik sanatsiya, drenajlanuvchi bronx okklyuziyasini Moraldi bo'yicha drenajlash. Yiringli-septik jarayonni davolashning muvaffaqiyatsizligida – plevra bo'shlig'ini ikki tomonlama drenajlash, doimiy lavaj (yuvish) maqsadida.

4. **Taranglashgan gemotoraks** – plevra bo'shlig'i punksiyasi va drenajlash faol aspiratsiyaga ulash bilan gemostatik va antibakterial davolash;

5. **Massiv bronxoplevral oqma** – plevra bo'shlig'ini drenajlash faol aspiratsiyaga ulash bilan, «o'g'irlash» sindromi yuzaga kelganda, Byullau bo'yicha passiv drenajlashga o'tkazish va tegishli bronx okklyuziyasi, antibakterial terapiya;

6. **Atelektatik sindrom** – traxeobronxial daraxt bronxoskopik sanatsiya, yot jism va tiqilib turgan moddalarni (yiring, quyuq shilliq) olib tashlash, o'pka ichiga antibiotiklar yuborish, intubatsiya qilish imkoniyati bo'lmaganda – punksiya yoki operativ traxeostomiya.

7. **Mediastinal taranglashish sindromi** – shoshilinch supra-yugulyar mediastinotomiya va oldingi ko‘ks oralig‘ini drenajlash, yiringli-septik jarayonni jadal davolash. Pnevmo-, piopnevmo-toraksni istisno qilish uchun rentgen-nazorat shart. Perikardial taranglashishda – Larreya nuqtasida perikard punksiyasi, yiring bo‘lganda – perikard bo‘shlig‘ini drenajlash va tozalash, yiringli-septik jarayonni jadal davolash.

Keltirilgan MTSni davolash sxemasi ma‘lum darajada shartli va barcha darajadagi bolalar xirurgiya bo‘limlarida qat‘iy me‘yor maqomini talab qilmaydi. Shu bilan birga, yuqorida keltirilgan sindrom bo‘yicha tashxislash va hartomonlama jadal davolash fonida shoshilinch xirurgik yordam ko‘rsatish qaytmas holatlar sonini kamaytirib, bola hayotiga xavf soluvchi asoratlarni baratarf etishga imkon beradi.

2.2. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari o‘tkir xirurgik kasalliklari sindromlari

Xirurlarga odat bo‘lib qolgan «o‘tkir qorin» deb ataluvchi, o‘ziga shartli ravishda «peritoneal sindrom» deb ataladigan, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining o‘tkir yallig‘lanishli jarayonlari qorin pardaning ham jalb qilinishi bilan kechadigan (*xolesistit, appenditsit, pankreatit, peritonit, Kron kasalligi, mezoadenit, qorin ichi qon ketishlari va b.*) va «intestinal sindrom» deyilib, oshqozon-ichak yo‘li o‘tkazuvchanligining buzilishi bilan kechadigan – (*tug‘ma va orttirilgan ichak tutilishining barcha turlari, pilorostenoz, ichak atreziya va membranalari, ileus, ichak ikkilanishi, enterokistomalar, o‘smalar*) ikkita xavfli patologik holatni birlashtiradi.

Qorin bo‘shlig‘ida o‘tkir jarayonni aniqlab olishda biz qorin bo‘shlig‘ining deyarli barcha xirurgik kasalliklari uchun umumiy bo‘lgan uchta belgisidan kelib chiqamiz: *qorinda og‘riq, qusish, ichak o‘tkazuvchanligining buzilishi*. Keltirilgan har bir belgini yuqorida aytilgan sindromlar vaziyatidan ko‘rib chiqamiz.

Peritoneal sindrom yalligʻlanish jarayoni bilan bogʻliq deyarli har qanday nozologik birlikka xos boʻlib, qorinda ogʻriq, qusish va ichak oʻtkazuvchanligining buzilishi bilan kechadi. Bu kasalliklar guruhiga kavak va parenximatoz aʼzolar yorilishi bilan bogʻliq va albatta, qorin pardaning taʼsirlanishi yoki yalligʻlanishiga olib keladigan qorin ichi qon ketishlarini ham qoʻshdik. Ushbu simptomlarning ketma-ketligi va paydo boʻlish vaqti, ularning xarakteri hamda joylashuvi muhim hisoblanadi. Oʻz-oʻzidan maʼlumki, oxirgi holat hech mubolagʻasiz erta yoshdagi bolalarga kam taalluqli boʻlib, ularda tashqi va ichki tasirlovchilarga nisbatan umumiy reaksiya ega. Kattaroq yoshdagi bolalarda sinchiklab surishtirganda, maʼlum joylashuvdagi ogʻriqning paydo boʻlish vaqti va xususiyatini aniqlab olish mumkin. Masalan: epigastral sohada (oʻtkir gastrit, pankreatit), oʻng qovurgʻa ostida (oʻtkir xolesistit, xolangit), kindik atrofida (Mekkel divertikuliti, Kron kasalligi, qorin ichi qon ketishlari), qorin pasti va yonbosh sohalarda (oʻtkir appenditsit, tuxumdon apopleksiyasi). Shuningdek, ogʻriq xarakteri: toʻmtoq ogʻriq, butun qorin sohasi boʻylab tarqalib, keyin yonbosh sohasida joylashadigan, jadalligi kuchayib borib, kam hollarda birdan yoʻqoladigan (oʻtkir appenditsit, perforatsiya), orqa, chov sohalariga uzatiladigan, oʻrab oluvchi ogʻriq (xolesistit, chanoq sohasida joylashgan appenditsit, pankreatit), tarqoq, maʼlum joylashuvga ega boʻlmagan ogʻriq (peritonit, Kron kasalligi, Mekkel divertikuliti), qorin pastidagi ogʻriq asta-sekin jadalligi pasayib boradigan ogʻriq (tuxumdon apopleksiyasi).

Uchrash soni va paydo boʻlish muddati boʻyicha ikkinchi oʻrinda qusish belgisi turadi. Bu belgi ham maʼlum nozologiyaga xos boʻlishi mumkin. Masalan: bir yoki ikki martalik qusish (appenditsit, tuxumdon kistasi buralib qolishi, divertikulit), koʻp sonli va toʻxtovsiz qusish (pankreatit, Kron kasalligi, peritonit).

Peritoneal sindromga xos nisbatan kechki belgi ichak oʻtkazishining buzilishi ichak parezi (peritonit), kam hollarda qisqa muddatli diareya yoki qabziyat bilan namoyon boʻladigan ichak qisilishi sifatida namoyon boʻlishi hisoblanadi.

Oshqozon-ichak yoʻli oʻtkazishining buzilishi bilan bogʻliq **intestinal sindrom** ham yuqoridagi belgilar bilan namoyon boʻladi: qorinda ogʻriq, qusish va axlat kelmasligi. Bunda keltirilgan simptomlarning har biri maʼlum turdagi ichak tutilishigagina xos boʻlishi mumkin. Har qanday patologik jarayondagi kabi intestinal sindrom ham qorinda ogʻriq paydo boʻlishi bilan boshlanadi. Ogʻriq xarakteriga koʻra ichak tutilishi sathi va turini aniqlash mumkin. Masalan: oʻtkir, xurujsimon, bartaraf qilinmaydigan ogʻriq (chandiqli, strangulatsion ichak tutilishi), toʻmtoq, simillovchi, intensivligi oʻsib boruvchi ogʻriq (obturatsion ichak tutilishi), oʻtkir ogʻriq «vaqtincha susaishi» bilan birga, davomiyligi qisqarib boradi (invaginatsiya).

Boshqa ikki belgining namoyon boʻlish vaqti, qusish va axlat chiqishining toʻxtashi ichak tutilishi sathi (yuqori yoki pastki), kam hollarda turiga (strangulyastion ichak tutilishida reflektor qusish) bogʻliq boʻladi. Masalan: erta va yengillik beruvchi qayt yuqori mexanik ichak tutilishiga xos, safro aralashmasi bilan yoki usiz qayt tutilish sathi Fater soʻrgʻichi sathidan yuqorida yoki pastda ekanligidan darak beradi, kechki, «yengillik bermaydigan», ichak saqlamasida qayt qilish – ichak tutilishi sathining pastligidan, favqulodda koʻngil aynish – paralitik ichak tutilishiga xos.

Najas chiqishining toʻxtashi ham ichak tutilishi sathi va turini taxmin qilishga imkon beradi. Masalan, kichik porsiyalarda, tupukdek axlat, qusish va qorinda ogʻriq boʻlganda, yuqori ichak tutilishi yoki invaginatsiyaga xos. Invaginatsion ichak tutilishi kechki muddatlarda parchalangan eritrositlar (erkin gemoglobin) sizib chiqishi bilan bogʻliq «malina jelesi» koʻrinishidagi axlat bilan namoyon boʻladi. Najasning toʻliq kelmasligi davriy tenezmlar (ogʻriqli soxta qistash) bilan pastki obturatsion yoki strangulatsion ichak tutilishidan darak berishi mumkin.

Yuqorida sanab oʻtilgan belgilar qorin boʻshligʻining vertikal holatdagi, imkoni boʻlsa, toʻgʻri va yon proyeksiyadagi kechiktirib

bo'lmaydigan rentgenografiyasini, exoskanerlashni qorin bo'shlig'i a'zolarining Doppler va rangli manzarasini chiqarishni talab qiladi.

Peritoneal sindromning rentgenologik manzarasi:

1. «Soqov qorin» – yallig'lanish jarayoni rivojlanishining dastlabki bosqichlarida (2.8-rasm).

2. Kuchli pnevmatoz, kam sonli va mayda «Kloyber kosachalari» – kasallik kechishining kechki bosqichlarida (2.9-rasm).



2.8-rasm. «Soqov qorin»



2.9-rasm. Kuchli pnevmatoz

Exoskopiya va rangli tasvirlash:

1. A'zoning yallig'lanish belgilari (devorlar qalinlashuvi, exozichlik pasayishi, «sovuq va issiq» tonlar – o'tkir xolesistit, o'tkir appendisit, pankreatit) (2.10-rasm).

2. Qon oqimi va pulsatsion indeks reduksiyasi (2.11-rasm).

3. O't qopida exo bir jinsli bo'lmagan saqlama (2.12-rasm).

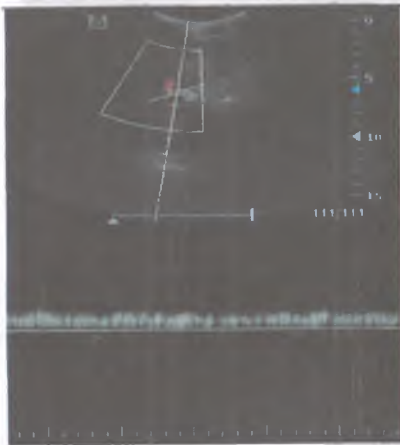
4. Parenximatoz a'zolar – jigar, taloq, oshqozon osti bezi tuzilishining buzilishi (2.13-, 2.14-rasmlar).

5. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik (2.15-rasm).



2.10-rasm. O'tkir appenditsit.

Bosish sinamasi bilan uzunasiga skanerlash, bunda appendiks bosilmaydi, o'simta devorining qalinlashganligi va atrofida erkin suyuqlik aniqlanadi.



2.11-rasm. Qon oqimi va pulsatsion indeks reduksiyasi

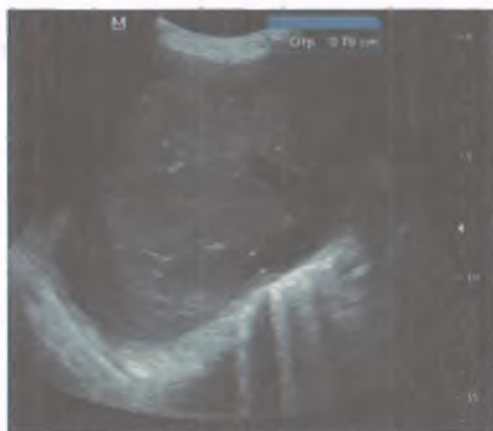


2.12-rasm. Xolelitiiaz



2.13-rasm. Jigar gematomasi

2.14-rasm. Ko'ndalang skanerlashda oshqozon osti bezi boshchasi va tanasi sathida psevdokistalar borligi



2.15-rasm. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik

Intestinal sindromni rentgenologik ko'rinishi (manzarasi):

1. Diafragma gumbazining yuqori turishi (2.16-rasm).
2. Ikkita «Kloyber kosachasi» – duodenal tutilish (2.17-rasm).
3. Mayda «Kloyber kosachalari» – yuqori ichak tutilishi (2.18-rasm).
4. Yirik va kam sonli Kloyber kosachalari – pastki ichak tutilishi (2.19-rasm).

5. Ichak qovuzloqlari va kosachalarning asimmetrik joylashuvi – strangulatsiya.



2.16-rasm. O'ng tomonda diafragma gumbazining yuqori turishi



2.17-rasm. Ikkita «Kloyber kosachasi» (double-buble), oshqozon va 12 barmoq ichak proksimal qismiga tegishli havo va suyuqlik sathi, ichak distal qismlarida havo yo'qligi



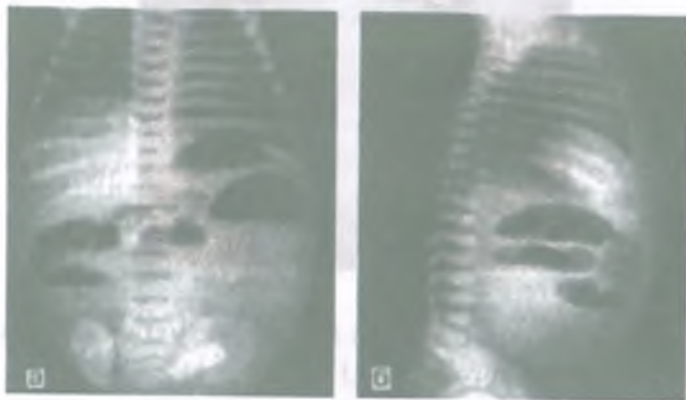
2.18-rasm. Yuqori ichak tutilishi (S – stomach, D – duodenum, J – jejunum)



2.19-rasm. Pastki ichak tutilishi

Exoskopiya:

1. Ichida suyuqlik saqlovchi kengaygan ichak qovuzloqlari – pastki ichak tutilishi (2.20-rasm).
2. «Soxta buyrak» – invaginatsiyasi (2.21-rasm).
3. Qorin bo‘shlig‘ida erkin suyuqlik – ichak tutilishi kechki muddatlari.



2.20-rasm. Suyuqlik saqlovchi kengaygan ichak qovuzloqlari – pastki ichak tutilishi, obzor rentgenogramma



2.21-rasm. «Soxta buyrak» ichak – invaginatsiyasi UT belgisi

Bolalarda «oʻtkir qorin» **sindrom boʻyicha davolash** antibakterial, yalligʻlanishga qarshi va dezintoksikatsion davo bilan birga, vaqtinchalik, aniq tashxis qoʻyilguncha, medikamentoz davolashda ogʻriq qoldiruvchi hamda spazmolitiklarni cheklab turishni nazarda tutadi. Ushbu sindromni davolash bolalar xirurgining zimmasida boʻladi. «Oʻtkir qorin» sindromini radikal va palliativ xirurgik davolash masalalari keyingi boblarda batafsil koʻrib chiqiladi.

2.3. Siydik ajratuv tizimi oʻtkir xirurgik kasalliklari sindromlari

Siydik ajratuv tizimi oʻtkir xirurgik kasalliklari quyidagi sindromlar bilan xarakterlanadi:

1. Siydik chiqaruv yoʻllari obstruksiyasi sindromi;
2. Siydik sindromi.

Ogʻriq boshlanishi xarakteriga koʻra siydik chiqaruv yoʻllari obstruksiyasi sathi va darajasini taxmin qilish mumkin. Masalan: bel sohasida oʻtkir ogʻriq, irradiatsiya (tarqalish) siz, koʻngil aynishi, qusish va anuriya bilan kechishi buyrak kosachalari va jomchasi obstruksiyasiga xos (siydik tosh kasalligi, yiringli pielonefrit, buyrakning qon quyqasi bilan toʻsilishi), chov sohasiga tarqalgan ogʻriq – siydik nayi obstruksiyasidan darak beradi, qorin pastida ogʻriq, oʻtkir siydik tutilishi, siyish tezligining pasayishi bilan kechsa – infravezikal obstruksiya belgisi (STK, siydik pufagi polipi, ureterotsele, uretra orqa qismi klapani, meatostenoz, sistit). Buyraklar sohasini tukillatib urganda ogʻriq gemo-, leykosit- va proteinuriya (siydikda oqsil miqdori oshishi) bilan kelsa (Paster-natskiy simptomi), nafaqat siydik yoʻllari obstruksiyasining, balki yalligʻlanishning ham ishonchli belgisi hisoblanadi.

Siydikda qon shaklli elementlari ajralishi bilan namoyon boʻladigan siydik sindromi (makrogematuriya), buyraklar lat yeyishi, jarohatlari, yorilishlaridan darak beradi. Piuriya – siydik chiqaruv yoʻllaridagi yiringli-yalligʻlanish jarayonlari belgisi (pielonefrit, yiringli sistit), proteinuriya – buyrak parenximasi zararlanishidan guvohlik beradi. Siydik bilan tuz va qumlar ajralishi minerallar almashinuvi buzilish belgisi, tosh hosil boʻlishining boshlanishi boʻlishi mumkin.

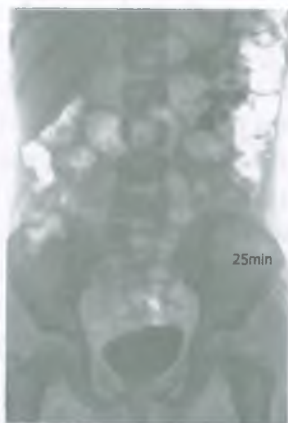
Yuqorida keltirilgan sindromlar aniqlanganda, qorin parda orti sohalari a'zolarini instrumental tekshirish exoskanerlash va siydik pufagiga siydikning haydalishini Dopplerometriyasini, urofloumetriyani o'tkazish maqsadga muvofiq. Supravezikal obstruksiya belgilari buyrak KJT, siydik nayining kengayishi, buyrak parenximasi qalinligining yupqalashishi hisoblanadi. Buyrak jarohatlarida buyrakning qon quyqasi bilan to'silishi, shikastlangan buyrak va buyrak atrof to'qimasining suyuqlik (qon va siydik) bilan imbibitsiyasi (singishi) manzarasini ko'rish mumkin. Siydik pufagidanqovuqqa siydik haydalishi Dopplerometriyasida bir tomonlama anuriya (siydik tutilib qolishi) faktini aniqlash mumkin.

Obstruktiv sindrom rentgenologik belgilari:

1. Buyrak va siydik yo'llari proyeksiyasida konkrement soyasi bo'lishi (2.22-rasm).

2. Ekstkretor urografiya – buyrak yig'uvchi tizimi va siydik yo'llarida kontrast ushlanib qolishi, buyrak kosachalari va jomining kengayishi ko'rinadi (2.23-rasm).

3. Miksion sistografiya – qovuq-siydik nayi reflyuksi belgilari (2.24-rasm).



2.22-rasm. Chap buyrak proyeksiyasida korallsimon tosh soyasi (ekskretor urogramma, 25 min.)



2.23-rasm. Ekskretor urogramma – buyrak yig‘uvchi tizimi va siydik yo‘llarida kontrast modaning turib qolishi, chapda buyrak kosachalari va jomi kengayishi (45 min.)



2.24-rasm. Miksion sistogramma – chapda qovuq-siydik nayi refluyuksi, 3d-ja

Siydik sindromining borligi tez-tez batafsil urinogrammani siydik solishtirma og'irligi va soatlik diurezni o'lchash bilan qaytarish zarurligini bildiradi.

Bolalar xirurgi tomonidan obstruktiv va siydik sindromlarini *sindrom bo'yicha davolash* deganda, birinchi navbatda, siydik qopini kateterizatsiyasi, perkutan sistostomiya, siydik nayi va jomni uretra orqali stentlash, perkutan nefrostomiya bilan siydik oqimi-ning (passaji) buzilishini bartaraf qilish nazarda tutiladi. O'z-o'zidan ma'lumki, birinchi ikki amaliyot infravezikal obstruksiya va QSNR ko'rsatma bo'lib, bolalar pediatrik va xirurgik yordam ko'rsatishning barcha darajalarida amalga oshirilishi mumkin. Siydik nayi va jomni stentlash, perkutan nefrostomiyani ixtisoslashgan bolalar xirurgiyasi va urologiyasi bo'limlarida amalga oshirish maqsadga muvofiq. Shubhasiz, siydik ajratuv tizimi o'tkir xirurgik kasalliklarida bemorga birinchi malakali tibbiy yordam sifatida tavsiya qilinayotgan xirurgik amaliyot usullari uroseptiklar, antibiotiklar, spazmolitiklar va diuretiklar bilan medikamentoz davolashni birga olib borishni istisno qilmaydi.

O'z-o'zini nazorat testlari

1. Sindrom nimani bildiradi?

- A) muayyan patologiya uchun xos bo'lgan simptomokompleks;
- B) kasallikning klinik belgisi;
- D) kasallik mahalliy va umumiy belgilari namoyon bo'lishi;
- E) o'tkir kasallik asorati;
- F) davolash usulini tanlashga ko'rsatma.

2. Ko'krak ichi taranglashish sindromi nima bilan xarakterlanadi?

- A) ko'krak qafasida bosim oshishi;
- B) ko'ks oralig'i a'zolarining siljishi;
- D) yurak haydalmasining kamayishi;

- E) qon minutlik hajmining o'sishi;
- F) nafas hajmining ortishi.

3. Mediastinal taranglashish sindromining rentgenologik belgisi qanday?

- A) ko'ks oralg'i soyasining kengayishi;
- B) ko'ks oralg'i a'zolarining siljishi;
- D) ko'ks oralg'i soyasining torayishi;
- E) ko'ks oralg'i soyasi o'zgarmaydi;
- F) diafragma gumbazining yuqori turishi.

4. Yuqori ichak tutilishida qusish xarakteri...

- A) erta, yengillik beruvchi qusish;
- B) kechki, yengillik bermaydigan qusish;
- D) ichak saqlamasi bilan qusish;
- E) to'xtovsiz, bartaraf qilinmaydigan qusish;
- F) bir, ikki martalik qusish.

5. O'tkir appenditsitda og'riq xarakteri qanaqa?

- A) doimiy, intensivligi kuchayib boruvchi;
- B) davriy, yaxshi bo'lish davrlari bilan;
- D) oldiniga chidab bo'lmaydigan, keyin pasayib boradigan;
- E) bel sohasiga irradiatsiyalanadigan;
- F) to'mtoq, asta sekin yo'qolib ketadigan.

6. Axlatida «malina jelesi» bo'lishi nimaga gumon qilishga uchun asos bo'ladi?

- A) ichak invaginatsiyasiga;
- B) nekrotik enterokolitga;
- D) ichak polipoziga;
- E) orqa chiqaruv teshigi yorilishiga;
- F) Kron kasalligiga.

7. «Siydik sindrom» nimani anglatadi?

- A) leykosituriya, piuriyani;
- B) gematuriyani;
- D) nikturiyani;
- E) oliguriyani;
- F) poliuriyani.

8. Anuriya nimani anglatadi?

- A) siydik pufagida siydik yo‘qligini;
- B) oliguriyani;
- D) oligoanuriyani;
- E) gipoizostenuriyani;
- F) dizuriyani.

Adabiyotlar

1. Хирургические болезни детского возраста . Под ред. Ю.Ф. Исакова, М., 2004, том 1.
2. Педиатрия для педиатрических факультетов. Под ред. А.М. Запруднова, М., 2004, в 2-т.
3. Пропедевтика внутренних болезней. Б. Бейтс: Пер. с англ., 2003.
4. Национальное руководство по детской хирургии. Под ред Ю.Ф. Исакова, М., 2010.
5. Mark D. Stringer et al. Pediatric Surgery and Urology, 2006.
6. В.А. Михельсон, В.А. Гребенников – Детская анестезиология и реанимация, М., 2008.

3-BOB. KO‘KRAK QAFASI A‘ZOLARINING O‘TKIR JARROHLIK KASALLIKLARI

3.1. Traxeobronxial daraxtning yot jismlari

Bolalik yoshida o‘tkir nafas olish obstruksiyasiga olib keladigan xavfli bo‘lgan patologiya va holatlarning turlari uncha ko‘p emas. Bunday epizodlar, birinchi navbatda, nafas olish yo‘liga yot jismlarning tushishi natijasida bo‘lishi mumkin. Bunga xos simptomlar – kutilmaganda bo‘g‘ilish, ovoz yo‘qolishi, ba‘zan inspirator stridor (nafas olishdagi xirillash) rivojlanishi bilan nafas qisishi. Imkoni boricha yot jismning xarakterini va hodisaning vaqtini aniqlash, shuningdek, mavjud simptomlarning og‘irligini to‘g‘ri baholash juda muhim. Garchi yot jismlar traxeobronxial daraxtning har qanday bo‘limida aniqlanishi mumkin bo‘lsa-da, lekin «karina» ostida ular holatlarning 10 %dan kamrog‘ida joylashadi. Ko‘pchilik yot jismlar o‘ng asosiy bronxga tushadi. Aspiratsiyalanadigan (Yutib yuboriladigan) jismlar turli bo‘ladi, masalan: ovqatlardan yong‘oqlar, sabzi bo‘laklari, cho‘chqa nimtasi va baliq yoki tovuq suyaklari, qalam, turli jinsdagi metall buyumlar, o‘yinchoq qismlari, tugmalar, folga va hatto tishgacha. Anamnezda yot jismning xarakteriga ko‘rsatma tashxisda yordam beradi.

Klinik tasvir o‘z ichiga tutqanoqli yo‘tal, qusishga chaqiruvlar, bo‘g‘ilish, nafas olishning qiyinlashishini oladi. Shilliq parda va bronxlarning paydo bo‘lgan holatga «o‘rganish»ga «intilishi» simptomsiz interval bilan kuzatilishi mumkin, bu ba‘zan yot jism yo‘talda chiqqandek yoki bola uni yutib yuborgandek yolg‘on taassurot uyg‘otadi. Nafas olishning doimiy qiyinlashuvi, shuningdek, emfizema yoki atelektazning yaqqol sezilishi keyingi tekshiruvlar uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Rentgenografiya nafaqat rentgenokonstrast yot jismni namoyon qiladi, balki uning lokalizatsiyasini o‘rnatadi (3.1-rasm).

Ayon bo‘lmagan tashxis yoki jiddiy shubhalarda bronxoskopiya ko‘rsatilgan. Nafas olish yo‘llariga tushgan va olib tashlanishiga erishilmagan yot jism pnevmoniya, o‘pka absessi, bronxoektazlar, o‘pka

qon ketishi yoki bronx eroziyasi va teshilishiga olib kelishi mumkin. Tashxis qanchalik erta qo'yilib, yot jism qancha tez olinsa, sanab o'tilgan asoratlar rivojlanish ehtimoli shuncha kam bo'ladi.



3.1-rasm. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi, o'ng o'pkaning to'liq kollabirlanishi (yot jism chap asosiy bronxda)

Bronxoskopiya. Yot jismlarni olib tashlanishi uchun bu jarayon faqatgina umumiy narkoz ostida o'tkazilishi lozim, chunki u juda murakkab bo'lishi va uzoq vaqtga cho'zilishi mumkin. Shu bois ham umumiy anesteziyaning har qanday potensial kamchiliklari bronxoskopiyaning amaliy ma'qulligi hamda samaradorligi, shuningdek, bunda bolaga og'riqsizlantirish ko'rinishida anatomik va psixologik jarohatning sezilarli kamaytirilishi bilan «o'lchanadi».

Bu yerda laringoskopiyadagi kabi jamoa bilan ishlash tamoyillariga rioya qilish lozim. Bunda venaga yo'l ta'minlanishi va kuza-tish laringoskopiyadagidan ko'ra, ko'p bo'lmasa, kam ahamiyatga ega bo'lmaydi. Yot jismlarning olib tashlanishi, bu – katta tajriba va ijodiy yondashuvni talab qiladigan san'at.

Bu uslubni tubdan mukammallashtirgan sezilarli yutuq teleskopik qurilma va fibrooptika bilan jihozlangan bronxoskopning yaratilishi hisoblandi, u keng ko'rish burchagi (hatto kichik tubus

orqali ham) va ajoyib vizualizatsiya bilan ta'minlaydi, shu bilan birga, o'pkaning to'g'ri ventilatsiyasini amalga oshirish va uskunalarni to'siqsiz boshqarish imkonini beradi (3.2-rasm).



3.2-rasm. Bolalar fibrobronxoskopi



3.3-rasm. Bronxoskop komplekti

Bronxoskopning o'tkazgich teshigi kichik bo'lsa, bronxoskop-siz, mustaqil qo'llanishi mumkin bo'lgan, bu apparat uchun maxsus ishlab chiqilgan qisqichlar qo'yiladi (3.3-rasm). Bu qisqichlardan katta o'lchamdagi bronxoskop yoki ezofagoskopga kiritgan holda foydalanish ham mumkin. Qisqichlar yot jismni yo'qotish va endoskop tubusini joyida qoldirgan holda, ko'zning bevosita nazorati ostida uni bir qo'l bilan olib tashlash imkonini beradi. Kichik o'lchamdagi oddiy bronxoskoplardan bilan ishlash qiyin, chunki ko'rish maydoni juda cheklangan. Lekin hatto bu kichik ko'rish maydoni apparat teshigi orqali instrument o'tkazilganda yanada kichrayadi. Natijada, yot jismning «ushlanishi» «ushlab ko'rish» yoki ko'rmasdan amalga oshiriladi.

Kichkina teleskopik bronxoskop bilan hatto eng kichik bronxga kirib, tekshiruvni tez o'tkazish mumkin. Yot jism topilganda, apparat ko'rish maydonini siljiltmagan holda, qisqichlarni erkin boshqarish imkonini beradi. Agar yot jismni ushlashga erishilmasa, unda bronxoskop teshigi orqali Fogerti kateteri kiritiladi, uni yot jism orqasiga ehtiyotkorlik bilan distal o'tkaziladi, balloncha shishiriladi va kateterni yot jism bilan birga chiqarishadi. Ehtimoli bo'lgan keskinlashuvlardan, birinchi navbatda, qoidaga ko'ra, shilliq yoki

qonning oqishi, yoki ajralishi, yoki bu ikkala sababning birligi bilan bog'liq saqlanadigan obstruksiyani aytib o'tish lozim. Operatsiyadan keyingi jarayonning borishi doimiy nazorat va odatiy umumiy davolash, shuningdek, sanatsiya, aerezollar va ko'rsatmalar bo'lganida, steroid terapiyani o'z ichiga oladi.

3.2. Qizilo'ngach yot jismlari va kuyishi

Erta yoshlagi bolalar og'izga solish mumkin bo'lgan deyarli barcha narsani, ko'pincha, ular polda emaklab yurishganida bevosita ularning yonida bo'lgan jismlarni yutishadi. Aytib o'tilganidek, bu, odatda, ignabandlar, ayollar taqinchog'ining kichik qismlari, tugmalar, tangalar, o'yinchoqlar, metall buyumlarning barcha turlari, kalitlar, pistalar, batareykalar bo'ladi. Oiladagi ancha katta yoshli bolalar ba'zan chaqaloqqa umuman mos kelmaydigan ovqat berishadi yoki o'zlari og'izlarida ushlab turgan narsani to'satdan yutib yuborishadi. Ba'zan bunga yiqilish yoki orqadan sabab bo'ladi. Baliq yoki jo'ja suyak bo'laklari har qanday yoshdagi bola tomonidan yutilishi mumkin (3.4-rasm).



3.4-rasm. Yot jism qizilo'ngach yuqori uchdan birida (tanga).

Yot jismning qizilo'ngachda qolishi yoki oshqozonga o'tishi, uning o'lchami va shakliga bog'liq. Boshqa omillar ham rol o'ynaydi – anatomik toraytirish (tug'ma, yallig'lanish xarakteriga ega, operatsiyadan keyingi) va qisilib qolish.

Qizilo'ngachda yot jismning aksar uchraydigan alomatlari – og'riq, so'lakni ko'p ajralishi va ovqatni yuta olmaslik. Agar yot jismning qizilo'ngachga tushishi sezilmagan bo'lsa, murojaat uchun rivojlana-yotgan aspiratsion pnevmoniya, isitma, yo'tal, qizilo'ngach teshilishi yoki hosil bo'lgan traxeo-qizilo'ngach teshigi simptomlari xizmat qiladi.

Yot jism bo'yinning fiziologik toraymalari bilan ikki proyeksiyada o'tkazish kerak bo'lgan rentgenografiyada namoyon bo'lishi mumkin. Norentgenokonstrast yot jism tushganida shubha qilinayotgan obstruksiyani topishga yordam beradigan bariy bilan tadqiqot ko'rsatilgan. Yot jism oshqozonga o'tgan yoki o'tmaganligini aniqlash uchun qorin bo'shlig'ini umumiy rentgenogramma qilinishi kerak.

Qizilo'ngachdan yot jismni olib tashlash tadbirining muvaffaqiyati, uskunaning to'g'ri tanlanishi, bola anatomiyasi va bu muolaja texnikasini bilish, shuningdek, shifokorning tajribasi va bu, ba'zan murakkab, san'atga egaligining birligiga bog'liq. Yaqinda yutilgan, o'tkir bo'lmagan yot jism, masalan, tanga yoki tugma, ba'zan yot jismdan distalroq o'tkazilgan Foley kateteri yordamida ekran nazorati ostida bemorning sedatatsiyasidan so'ng yo'qotilishi mumkin. Balloncha qandaydir rentgenologik qorishma bilan shishirishadi va yot jismni kateter bilan birga olib tashlanadi. Qolgan barcha holatlarda yo'qotish ezofagoskopiya qo'llagan holda bevosita ko'z nazorati ostida amalga oshiriladi.

Ezofagoskopiya. Bu tadbirni oldingi bo'limlarda ta'riflangan (laringoskopiya va bronxoskopiya) o'sha tarkib guruhi va o'sha sharoitlarda umumiy narkoz ostida o'tkazishadi. Ham yot jismga, ham endoskopga tiqilib qolish bilan bog'liq obstruksiyaning oldini olish uchun itubatsiya (trubka kiritish) zarur. Bronxoskopiyadagi kabi umumiy anesteziya tadbirni, diqqat bilan, shoshilmasdan, juda xavfsiz ham bemor, ham jarroh uchun qulay usulda amalga oshirish imkonini beradi. Bemorni narkozga kiritgandan va uni operatsiya stoliga immobilizatsiyasidan so'ng bo'yinni ko'krakka egiltirishadi, boshni

esa tortishadi. Stolning bosh tomonini tushirishadi yoki olib tashlashadi. Bemorning relakslanganogʻzini ochib, tishlarni chap qoʻlda himoya qilgan holda, jarroh juda noziklik bilan qiziloʻngachga yoʻl ochish uchun hiqildoqni avaylab oldinga koʻtarib, til ildizi ustida ezofagoskopni boshqaradi. Endoskop uchi bilan nozik harakatlar uni qiziloʻngachning boʻyin boʻlimiga kiritish imkonini beradi. Keyingi tadqiqot va harakatlar yot jism shakliga va holatiga bogʻliq. Bronxoskopiyadagi kabi teleskopik endoskop aniq, yorqin, kattalashtirilgan tasvirni taʼminlaydi va bevosita koʻz nazorati ostida boshqarish imkonini bergan holda, oddiy endoskop oldida shubhasiz ustunliklarga ega.

Qiziloʻngachning yot jismlari, odatda, miqdori boʻyicha aspiratsiyalangan jismlardan oshadi, bu mos keluvchi oʻlchamlardagi endoskopni tanlashni talab qiladi. Qoʻl ostida doim turli qisqich va nay toʻplamlari boʻlishi kerak. Agar teleskop oʻlchamlari boʻyicha katta uskunani kiritilishiga toʻsqinlik qilsa, u olib tashlanadi. Shunda tadbirni yoritish uchun proksimal (toʻgʻridan toʻgʻri) joylashtirilgan yorugʻlik manbayidan foydalangan holda, ochiq trubka orqali amalga oshirishadi.

Ayrim oʻtkir jismlar (masalan, ochiq toʻgʻnogʻich) olib tashlanayotganda devorchaga sanchilish mumkin, shuning uchun ularni ohista oshqozonga surish maʼqulroq. Eshitish apparati, kompyuter, fotoqurilma va fonarlarning yutilgan batareykalari, ularning ehtimoli boʻlgan korroziya taʼsir boʻyicha alohida muammoni oʻzida namoyon etadi. Ular teshilish, mediastinit va hatto traxeoqiziloʻngach teshik ochgunga qadar zudlik bilan olib tashlanishi kerak. Silliq sirtli ogʻir jismlarni, masalan, bolalar oʻyinidagi shariklarni ushlab juda qiyin boʻladi. Bunday holatlarda uskunalar uchun moʻljallangan teleskopik endoskopning biopsiya kanali orqali yot jismdan oʻtgan holda undan distalroq Fogerti kateterini kiritishadi. Ballonchani ozgina shishirishadi va kateterni yot jism bilan birga olib tashlashadi. Asoratlar, birinchi navbatda, yot jism keltirib chaqirgan yoki uni olib tashlashga urinishlarda hosil boʻlgan qiziloʻngach teshilishi koʻrinishida boʻlishi mumkin.

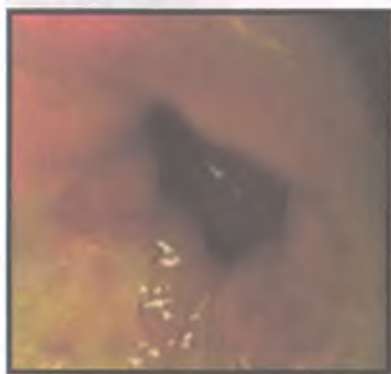
Qiziloʻngach kuyishi. Bolalik yoshida qiziloʻngach kuyushlari konsentrsiyalangan (toʻyingan) kislota va ishqor qorishmalarini yutish natijasida hosil boʻladi. Koʻpincha 1–3 yoshdagi bolalar aziyat chekishadi. Kattalardan farqli oʻlaroq, bolalar kuydiradigan

moddalarni katta miqdorda kam hollarda yutishadi, bu nafaqat zararlanish, balki qizilo'ngach va oshqozon kuyishiga olib keladi. Qizilo'ngachning chandiqli torayishi muammoga aylanadi. Qaynoq suv yoki kaliy permanganat kristallari bilan kuyishlar, ko'pincha og'iz-hiqildoq va qizilo'ngach yuqori bo'limlari kuyishiga olib keladi, lekin bunda stenoz (torayish)lar kamdan kam rivojlanadi. Aksariyat og'ir kuyishlar konsentrasiyalangan kislotaga (uksus, sulfat, azot, tuz) va ishqor qarishmalarni (kaustik soda, akkumulator suyuqligi) yutish tufayli bo'ladi. Bunday kuyishlarni davolash katta qiyinchiliklar keltirib chiqaradi va hatto to'g'ri o'tkaziladigan terapiyalarda ham doimo qizilo'ngachning chandiqli torayishidan qochib bo'lmaydi.

Qizilo'ngach kuyishlarining klassifikatsiyasi:

I daraja (yengil) – shish va giperemiya bilan namoyon bo'ladigan shilliq qavatning kataral yallig'lanishi bilan xarakterlanadi (3.5-rasm). Epiteliyning sirtqi qatlamlari shikastlanadi. Shish va giperemiya 3–4 sutkaga kamayadi, kuygan sirtning epitalizatsiyasi olingan jarohatdan so'ng 1-hafta oxirida yakunlanadi.

II daraja (o'rta og'irlikda) – shilliqning ancha chuqur shikastlanishi, uning epitelial qoplamasi nekrozi va qo'pol bo'lmagan, yengil yechiladigan fibroz qoplamalari darajasi hosilalari bilan kuzatiladi (3.6-rasm).



3.5-rasm. Qizilo'ngachning I daraja kuyishi

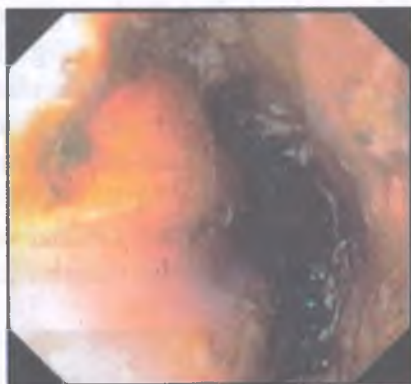
3.6-rasm. Qizilo'ngachning II daraja kuyishi

Ko‘pincha jarohatlarning bu darajasi kislota va to‘yinmagan ishqorlar bilan kuyishda ro‘y beradi. Kuygan sirtning tuzalishi va to‘liq epitelizatsiya kamdan kam holatlarda stenozga olib keladigan kichkina chandiqlar hosil bo‘lishi bilan 2–3 hafta davomida sodir bo‘ladi.

III daraja (o‘g‘ir) – ishqor va to‘yingan kislotalar bilan kuyishda rivojlanadi va shilliq, shilliq osti qatlam, ko‘pincha qo‘pol, uzoq saqlanadigan (2–3 haftadan ko‘p) fibroz qoplama va qo‘tirlar hosil bo‘ladi va qizilo‘ngach mushak devorchasi nekrozi bilan namoyon bo‘ladi (3.7–3.8-rasmlar). Ular bitmaganida qizilo‘ngach teshigini chandiqli torayishiga olib keluvchi granulatsiyalar bilan to‘ladigan yaralar paydo bo‘ladi.



3.7-rasm. Qizilo‘ngachning III darajali kuyishi



3.8-rasm. Qizilo‘ngachning kimyoviy kuyishi (ishqor)

Qizilo‘ngach kuyishlarining klinika va diagnostikasi. Qizilo‘ngach kuyishining birinchi simptomlari o‘tkir og‘riq va yallig‘lanish jarayoni bilan xarakterlanadi. Bolalar o‘ta notinch, tana harorati ko‘tariladi, kuchli so‘lak oqishi va disfagiya (yutishning buzilishi) kuzatiladi. Uchuvchi moddalar yoki issiq suyuqliklar aspiratsiyalarda kuyishda hiqildoq shishishi sababli qo‘zg‘aluvchi nafasning o‘tkir yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Stridoroz nafas olish

va aralash turdagi nafas qisishi namoyon bo'ladi. O'tkir davrning eng ko'p uchraydigan keskinlashuvi aspiratsion pnevmoniya, kamroq holatlarda aspiratsion bronxolit hisoblanadi.

Qizilo'ngachning og'ir kuyishi bo'lgan bolalarda birinchi hafta oxirida holat birmuncha yaxshilanadi. Disfagiya va so'lak ajralishi kamayadi, bolalar isitmalamaydi, bo'tqa va suyuq ovqatni yuta oladilar. Agar qizilo'ngachning yengil va o'rta kuyish darajalarida klinik yaxshilanishi qizilo'ngachning normal tuzilishi tiklanishi bilan kuzatilsa, qizilo'ngach jarohati og'ir va noto'g'ri davolanganda, bunday yaxshilanish «yolg'ondakam yaxshilanish davri» deyilib, qisqa muddatli bo'ladi. 5–6 haftadan so'ng bolada qizilo'ngachning chandiqli torayishi rivojlanishi tufayli kelib chiqadigan qizilo'ngachli qusish ko'rinishida, disfagiya alomatlari paydo bo'ladi. Jarayon suyuq ovqat va so'lakni yutish qiyinlashishigacha yomonlashadi, degidrotatsiya va darmonsizlik tez rivojlanadi.

To'yingan oltingugurt va azot kislotalari bilan og'ir kuyishlarda, odatda, «vaqtinchalik yaxshilanish davri» bo'lmaydi, bu qizilo'ngach devorining barcha qatlamlari chuqur zararlanganligi, ularning og'ir yallig'lanishi va mediastenit bilan bog'liq. Bolalar uzoq vaqt isitmalashadi, disfagiya saqlanadi.

Faqatgina klinik tasvir va anamnezga qarab kuyish darajasini aniqlash mumkin emas. Hatto og'iz bo'shlig'i va hiqildoq kuyish alomatlari bo'lmaganida ham qizilo'ngach kuyishini inkor etib bo'lmaydi. Qizilo'ngach kuyish tashxisini aniqlashga faqatgina kuydiradigan moddalar qabul qilgani shubha qilinayotgan barcha bemorlarga ko'rsatilgan fibroezofagoskopiya (FEGDS) yordam berishi mumkin. O'tkir kuyishlarda FEGDS bajarish muddati masalasi bahsliligicha qolmoqda. Ayrim mualliflar FEGDSni kuyish og'irligiga qaramasdan, jarohatdan so'ng 5–7 kun keyin o'tkazishni tavsiya etishadi, bu I, II va III kuyish darajalarini differensiyalash va ehtimoli bo'lgan jarohat xavfini qisqartirish imkonini beradi. Boshqalar klinik simptomlarga qarab ish ko'rish kerak, deb hisoblashadi. Shunday qilib, kuyishning yengil va o'rta darajalarida FEGDS jarohatdan so'ng birinchi sutkalarda bajarilishi, og'ir darajada esa – 5–6 kundan erta bo'lmagan vaqtda o'tkazilishi mum-

kin. Biroq, ma'lumki, kuyishdan so'ng birinchi hafta oxirida II va III darajalarni differensiyalash qiyin. Odatda, qo'pol fibroz yara va kuyishning III darajasiga xos bo'lgan granulyatsiyalar bo'lishi bilan yarali sirtlarni ko'rish mumkin bo'lgan 3-hafta so'ngidagi takroriy FEGDSda qizilo'ngachning zararlanish og'irligini aniq farqlash mumkin. Bu tadqiqot qizilo'ngachning profilaktik erta bujlanishiga ko'rsatmalarni aniqlash, og'ir va davomli strikturalarning oldini olish imkonini beradi.

Qizilo'ngach kuyishlarini davolanishi bolaning boqilishi va qusishning chaqirilishi yoki oshqozonning nay orqali yuvilishi bilan boshlashadi. Bunda oshqozon yuvilishi qancha erta va to'liqroq o'tkazilgan bo'lsa, zaharlanish yoki qizilo'ngach og'ir kuyishi rivojlanishining xavfi shuncha kam bo'ladi. Kaliy permanganat kristallari askorbin kislotasi qorishmasida namlangan tampon bilan olib tashlanishi kerak.

Ifodalangan disgafiya holatlari va og'riqlarda bolaga narkotik analgetik, antipiretiklargacha og'riqsizlantiruvchi belgilashadi. Zaharlanish alomatlari ifodalanganligiga qaramasdan, sorbentlardan foydalangan holda infuzion, detoksikatsion terapiyani o'tkazishadi. Hiqildoq shishishi va nafas yetishmovchiligi holatlarida burun ichida novokain blokadasini amalga oshirishadi, kislorod ingalyatsiyasini belgilashadi, vena ichiga gidrokortizon, kalsiy xloridi qorishmalarini kiritishadi, sedative (og'riq qoldiruvchi) terapiya o'tkazishadi. Nafas yetishmovchiligini ifodalovchi traxeostomiyadan saqlanish imkonini beradigan burun orqali traxeyaga intubatsiyasi tavsiya etilishi mumkin. Bolaning gidrobalans va samarali ovqatlanishi saqlab turilish uchun oldindan zaytun yog'i yoki o'simlik yog'i, maxsus «dori qorishma» bo'tqalarni yutgan holda, suyuq ovqatni qabul qilish, nay orqali ovqatlanish va talabga javob beradigan ingradientlarning parenteral kiritilishi muhim hisoblanadi.

Qizilo'ngach kuyishlarini davolashda qizilo'ngachning qo'pol chandiqli qisilishi rivojlanishiga uchramaslik imkonini beradigan qizilo'ngachning erta profilaktik bujlanishi o'ta muhim hisoblanadi. A. Yu. Razumovskiy (2005) ma'lumotlariga ko'ra profilaktik bujlash o'tkazilganida, bolalik davrida chandiqli torayish kamdan kam holat-

larda shakllanadi. Bolalarda profilaktik bujlashni qizilo'ngachning II va III darajali kuyishlarida o'tkazishadi va odatda, o'tkir yallig'lanish to'xtashi bilanoq, jarohatdan so'ng 7–8 kun o'tib boshlashadi. Bu maqsadda uchi to'mtoq plastmassali termolabil bujlardan foydalanishadi. Bunday buj issiq suvda qizdirilganida u o'q bo'yicha kuchga qattiqligini saqlagan holda yumshoq va qayishuvchan bo'ladi. Bujlarni yosh o'lchamlarida amalga oshirish maqsadga muvofiq, kichik o'lchamdagi bujlar qizilo'ngachning chandiqli qisilishi rivojlanishining oldini olmaydi. Profilaktik bujlash uchun bujlarning yosh o'lchamlari 1-jadvalda keltirilgan. Bujlash statsionar sharoitlarda (teshilish xavfi), bolani oldindan o'simlik yog'i va 1–2 %li lidokain qorishmasi ichirilgan holda o'tkazishadi. Bujlash seanslari soni FEGDS yakunlari bo'yicha aniqlanadi, odatda, haftasiga 3 marta. To'liq epitelizatsiya haqida guvohlik qiladigan kuyishning II darajasi bo'lgan bolalarda 3–4 haftadan keyingi nazorat FEGDS (hammasi bo'lib 5–6 seans) 2–3 oydan so'ng endoskopik nazorat bilan bujlashni to'xtatish uchun asos beradi.

1-jadval

Profilaktik bujlash uchun bujlarning yoshiga mos o'lchamlari

Bolalar yoshi	Sharyer shkalasi bo'yicha bujlar raqami
3–6 oy	28–30
6–12 oy	30–32
1–2 yosh	32–36
2–5 yosh	36–38
5–8 yosh	38–40
8 yoshdan katta	40–42

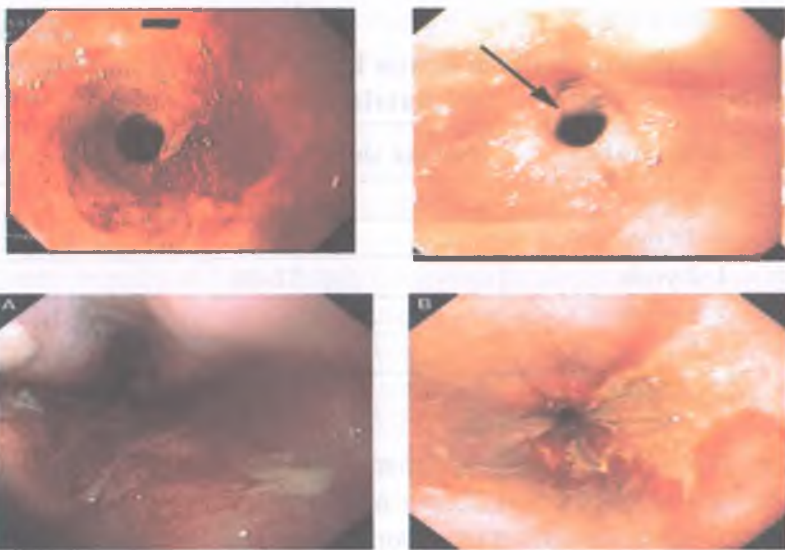
Kuyishning o'g'ir darajasida 3 martali bujlashni (haftasiga) 3–4 haftagacha va keyinchalik endoskopik nazorat ostida 2–3 oy mobaynida haftasiga 1 marta, keyin 2–3 oy davomida oyiga 2 marta va 6 oy davomida oyiga 1 marta o'tkazish maqsadga muvofiq (Yu.F. Isakov, 2004).

Oshqozonga endoskop o'tkazish imkonini bermaydigan shilliq qavati o'tkir yallig'lanish jarayoni va mediastenit alomatlari

qizilo'ngach devorining regidligi tufayli aks etgan disfagiya bilan kuzatiladigan qizilo'ngachning og'ir kuyishlarida to'g'ri bujlashni o'tkazish mumkin emas. Shuningdek, davolanmagan bolalarda va kuyishdan so'ng, 4-5 va undan ko'p haftadan keyin qizilo'ngach o'tkazisining buzilishi shikoyatlari bilan kelganlarida, to'g'ri bujlashni o'tkaish noto'g'ri va xavfli hisoblanadi. Bunday holatlarda sim-o'tkazgichda bujlash yoki gastrostomaning shakllanishi va ip bilan bujlash maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Qizilo'ngach strikturalari. Gastroezofageal reflyuks, kimyoviy kuyishlar va anastomoz sohasida chandiqlar, bezarar stenoz (torayish) sabablari bo'lgan bolalarda bo'lishi mumkin (3.6-rasm).

Anastomotik strikturalar ba'zan gastroezofageal reflyuks bilan keskinlashadi. Shu sababli, aksar holatlarda davolash nafaqat berkilishni bartaraf etish bartaraf etish, balki gastroezofageal reflyuksni yo'qotish usuli bilan uning qaytalanishi haqida ogohlantirishdan iborat bo'lishi kerak.



3.6-rasm. Qizilo'ngach chandiqli strikturalarining ezofagoskopik tasviri

Anastomoz sohasida toraish, odatda, uzunligi bo'yicha kichik, bu vaqtda esa kuyish bilan yuzaga kelgan stenozlar qizilo'ngachni sezilarli uzunlikda egallab olishi mumkin. Qizilo'ngach peptik strukturalari, odatda, uning pastki uchdan bir qismida joylashadi, ularning uzunligi kichik, shunga qaramasdan ular juda qiyin davolanadi.

Qizilo'ngach stenozlari ko'p vaqtlardan buyon ma'lum, ularning bujlash bilan davolanishi esa juda qiziqarli tarixga ega. Sirkulyar strikturalar dilatatsiyasi, odatda, chandiqli to'qimani «uzishga» yo'naltirilgan va agar bujlash triamsinolonning mahalliy inyeksiyasi bilan amalga oshirilsa, ta'sir yaqqol seziladi.

Hozirgi kunda qo'llaniladigan dilatatsiya usullari turlicha. Bu, birinchi navbatda, Tucker kengaytiruvchilari kiritiladigan simlarning o'tkazilishi, shuningdek, simobli to'ldiruvchiga ega Hurst bujlaridan, ip va simlari, simli o'tkazgichga ega Savary kengaytiruvchisi va nihoyat, eng zamonaviy ballonli kengaytiruvchilardan foydalaniladi. Bujlar bilan tangensial kengayish uslubi va ballonlar bilan radial bujlashni taqqoslaganda (ham keskinlashuvlar, ham alohida natijalarning nisbati bo'yicha), ikkinchi usul (ballonli bujlash) ancha xavfsiz va samarali sanalib ko'proq tarafdorlarga ega bo'ladi.

Qizilo'ngach atreziyasiga qo'yilgan anastomoz zonasidagi strikturalardan tashqari toraish, shuningdek, yo'g'on ichakning ulangan transplantatining har qanday uchida hosil bo'lishi mumkin. Garchi ayrim holatlarda bunday stenozlarning bujlanishi samarali bo'lsa-da, lekin, ko'pincha oshqozon ichidagi nordon reflyuksi tufayli bunday strikturalar muammosi ko'p yillar davomida o'ta jiddiyligicha qolmoqda va takroriy bujlashni talab qiladi.

Qizilo'ngach distal qismining peptik stenozlari reflyuks-ezofagit) ni bujlanishi va konservativ (operatsiyasiz) terapiya bilan muvaffaqiyatli davolanadi. Biroq davolash bilan shug'ullanuvchi ko'pchilik jarrohlar, bu kombinatsiya (peptik stenoz -f- reflyuks-ezofagit) ni fundoplikatsiya dilatatsiyasi bilan to'ldirishadi, bu reflyuks yo'qolishiga olib keladi. Agar fundoplikatsiya (dilatatsiya bilan birga) va qizilo'ngachning asosiy plastikasi samaradorligini taqqoslasak, unda fundoplikatsiya natijalari yaxshiroq va keyingi asoratlar miqdorining kamligi ma'lum bo'ladi.

3.3. O‘tkir destruktiv pnevmoniya

Bolalarda qator o‘tkir bakterial pnevmoniyalar «o‘pkaning bakterial destruksiyasi (O‘BD) deb ataladigan, o‘pkani destruktiv jarayonlarning rivojlanishi bilan kechadi. Bu kasallik o‘tkir pnevmoniyalarning keng guruhidan og‘ir kechishi, o‘pka ichi abscesslarining hosil bo‘lishi, plevral, ba‘zan mediastinal keskinlashuvlarning ulanishi va yuqori letallik bilan ajralib turadi. O‘pkaning bakterial destruksiyasi bo‘lgan bolalarning erta diagnostikasi va o‘z vaqtida kasalxonaga yotqizib, jarrohlik bo‘limida davolash, o‘lim oqibatlar sonini sezilarli kamaytirish va davolash natijalarini yaxshilash imkonini berdi.

Hozirgi vaqtda destruktiv jarayon bilan kuzatiladigan bakterial pnevmoniyalar etiologiyasida patogen stafillokokk bilan bir qatorda, grammanfiy flora (proteya, sinegnoy tayoqchasi, klebsiell), shuningdek, uning assotsiatsiyalari bilan zararlanish chastotasi o‘smoqda. Ko‘pincha virus infeksiyasi O‘BDni yoqish mexanizmi bo‘lib xizmat qiladi.

O‘BD klassifikatsiyasi. O‘BDning ko‘pgina tasniflanishlari mavjud, ular orasida oddiyligi va amaliyligi bilan ajralib turadigan Yu.F. Isakov (2004) tomonidan taklif qilingan tasniflanish e‘tiborni o‘ziga jalb qiladi:

I. O‘pkaning o‘tkir bakterial destruksiyasi :

- Genez bo‘yicha – birlamchi (aerobronxogen), ikkilamchi (gematogen).

- Klinikorentgenologik shakllar bo‘yicha:

- o‘pka ichi asoratlari bilan destruksiya (abscesslar (yiringlashlar), bullar (pufakchalar));

- plevral asoratlar bilan destruksiya: piotraks (plashsimon, chegaralangan, umumiy – plevra empiemasi (yiringlashi)), piopnevmo-toraks va pnevmotoraks (chegaralangan, taranglashgan, taranglashmagan).

- Kechishi bo‘yicha – o‘tkir, cho‘zilgan, septik.

II. O‘tkir destruksiya cho‘zilishi (surunkali shakllari):

- o‘pkaning surunkali abssessi (yiringlash);

- plevra surunkali empiemasi;
- plevra orttirilgan kistalari.

O'BD klinika va diagnostikasi. 80 % atrofida O'BD o'pkaning aerobronxogen zararlanishi bilan birlamchi hisoblanadi. O'pkaning gematogen infeksiyalanishi sezilarli darajada kam sodir bo'ladi va yumshoq to'qima va suyaklarning o'tkir yiringli zararlanib, septik kechishida rivojlanadi (yiringli omfalitlar, flegmonlar, o'tkir gematogen osteomielit va boshqalar). O'BD ko'proq uch yoshgacha bolalarda rivojlanadi, bu kasallik kechishining qiyinlashishiga sabab bo'ladi.

O'BDning boshlang'ich patomorfologik davrlari bir, ikki hissasi yoki o'pkani to'liq egallagan holda, tez tarqalish natijasida o'pkaning subplevral qatlamida infiltratning shakllanishi bilan xarakterlanadi. Klinik tomondan bu bolaning umumiy holati tez yomonlashuvi, intoksikatsiya o'sishi, gipertermiya va nafas yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha neyrotoksik va astmoid alomatlar qo'shiladi.

Boshlang'ich davrda asosiy belgilari kam namoyon bo'ladi mumkin: pnevmoniyaga xos bo'lgan xirillash va o'pka tovushining ifodalangan zaifligi yo'qligi, nafas olishning sezilmas sustlashishini kuzatish mumkin xolos. Gemogrammada leykositoz neytrofil siljishlar va yuqori EChT bilan ifodalangan. Umumiy alomatlarining ustunligi kasallik diagnostikasini qiyinlashtiradi. Diagnostika uchun o'pkaning rentgenogrammasi va exoskanerlanishi hal qiluvchi usul bo'lib xizmat qiladi. Diagnostika va to'g'ri davolash usulini tanlashning qiyinligini hisobga olgan holda, biz O'BD shakllari klinikodiagnostik xususiyatlarining murakkabligi va asoratlar og'irligi o'sib borishi tartibini alohida-alohida izohlashni maqsadga muvofiq deb topdik.

O'BDning bullyoz shakli, ayniqsa, yengil kechishi va ijobiy yakuni bilan ajralib turadi. O'BDning patomorfologik bu shakli rentgenogrammada yaxshi ko'rinadigan, bullalar – dumaloq shakldagi havo bo'shliqlarining turli kattaliklarda va joylarda hosil bo'lishi bilan kichik bronx va bronxiolalar devorining uzilishi bilan mikroabsseslarning shakllanishida xarakterlanadi.

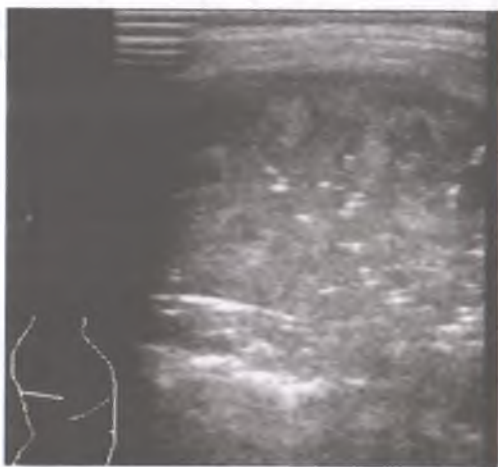
Jarayonning ijobiy kechishi bullarda yiring yo'qligi tufayli bo'ladi. Bullar shakllanish vaqtida bolaning umumiy holati yaxshilanadi, isitmalash to'xtaydi, ishtaha yaxshilanadi, periferik qon oqimi normallashadi. Nafas yetishmovchiligi kasallikning bu shakli uchun xos emas. Ko'pgina kuzatuvlarda konservativ davolash (yo'naltirilgan antibiotik terapiya) samarali bo'ladi, bullalar issiz yo'qoladi.

O'pkada absedirlanish (yiring paydo bo'lish) kechikkan diagnostika va noto'g'ri davolashda infiltratsiya bosqichida rivojlanadi. Absesslar turli kattalikda va lokallashuvda bo'lishi mumkin, ba'zan ikkala o'pkada ham topiladi. Bronxda drenirlangan va drenirlanmagan shakllar farqlanadi. Ikkinchi shakl nisbatan ijobiy kechadi. Rentgenogrammada drenirlangan absess bronxda suyuqlik darajasi bilan qoralashgan dumaloq shakllar namoyon bo'ladi (3.7-rasm).



3.7-rasm. O'pka shakli. O'ng o'pkaning drenirlangan absessi

Drenirlanmagan absessni infiltratdan ajratish qiyin. Bunday holatlarda Doppler usulida rangli kartogramma bilan exoskanerlash va infiltrat sohasining nisbatan exozichligi (exogistogrammalar) aniqlanishi dalil bo'ladi (3.8-rasm).



3.8-rasm. UTT. Havosiz pnevmonik manbada destruksiyaning shakllanayotgan qismlari

Drenirlangan abscess o'pkaning yiringlagan kistasidan diagnostik farqlanish alomatlari abscess (yiring)ga xos va ingichka kapsula bo'lganida, kistaga xos bo'lgan o'pka to'qimasidan aniq chegaralanadigan perifokal infiltratsiyasiz bo'lishi hisoblanadi. Infiltratning klinik absedirlanishi (yiring paydo bo'lishi) bola holatining yomonlashuvi, gektikkacha (sillasini quritadigan) yuqori isitma, intoksikatsiyaning o'sishi, nevrologik va nafas olish buzilishlari ulanishi bilan namoyon bo'ladi.

O'BDning bu shaklini ommaviy antibakterial va dezintoksikatsion terapiya bilan bir qatorda davolanishi bronxial daraxtning bronxoskopik sanatsiyasini, kerak bo'lganida esa, katta va yomon drenirlanadigan abscesslarda drenirlanadigan bronx og'iz kateterizatsiyasini va abscess bo'shlig'ining antiseptiklar bilan yuvilishini ham o'z ichiga olishi kerak. Ko'rsatilgan terapiyaning samaradorligi vibratsion massaj, postural drenaj o'tkazish va nebulayzer terapiya bilan birlashishga bog'liq. Plevral asoratlar bilan O'BD nafaqat o'pka to'qimasi, balki plevral pardalar zararlanishi bilan bo'ladigan kasallikning eng og'ir shakli hisoblanadi. Yullig'lanish jarayoni eng avval visseral plevrani tortadi. Rivojlanayot-

gan yallig'lanish faqatgina o'pkaning butun sirtini egallaydigan va «plashsimon plevrit» sifatida namoyon bo'ladigan visseral plevra bilan cheklanishi mumkin (3.9-rasm).



3.9-rasm. Chapda plashsimon plevrit

Plevritning bu shakli, ko'pincha suyak plevrasi ham egallaydi va noto'g'ri davolanganda fibrotoraksqa transformatsiyalanishi mumkin bo'lgan empiemaga aylanadi (pitoraks). So'nggisi o'pkaning turg'un kollabirlanishiga, zararlangan gemotoraks hajmi kichrayishiga, uzoq muddatlarda esa skoliozga olib keltiradi (3.10-rasm).



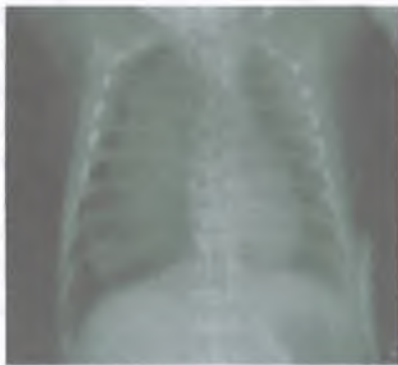
3.10-rasm. Fibrotoraks

Ko'pincha subplevral shakllangan va bronx bilan aloqasi bo'lgan abscesslar atonik, oson tushadigan terminal bronx va bronxiolalar hosil qiladigan klapan mexanizmi tufayli taranglashgan piopnevmo- toraksni vujudga keltirib, plevral bo'shliqqa o'tadi (3.11-rasm).



3.11-rasm. Chapda piopnevmo- toraks

O'BD asoratlarning bu shakli eng xavfli hisoblanadi va nafas olish va yurak-tomir yetishmovchiligini kamaytirish maqsadida ko'krak ichi bosimini dekompressiya qilinishidan iborat bo'lgan jarrohlik yordamini zudlik bilan o'tkazilishini talab qiladi. Plevral pardalar orasidagi ulanishlarning hosil bo'lishi chegaralangan pio- yoki pnevmotoraks shakllanishiga olib keladi (3.12-rasm).



3.12-rasm. O'ngda taranglashmagan pnevmotoraks, o'pka kollapsi

Davolash. Davolash muvaffaqiyati mikroflora xarakteri va bolaning immun holatiga bog'liq. Biroq, o'z vaqtida diagnostika, to'g'ri antibiotik terapiya va jarayonning rivojlanish davrlarida muolajaning jarrohlik uslublarini mos tanlanishi asosiy holatlar hisoblanadi. O'BDlarning plevral asoratlarini davolashda jarrohning asosiy vazifasi plevral bo'shliqning samarali sanatsiyasi va kollabirlangan o'pkani to'g'rilanishi, taranglashgan pnevmo- yoki piopnevmo-rakstda passiv yoki faol drenirlash orqali plevral bo'shliqni dekompressiyasini o'tkazish (Byullau bo'yicha) hisoblanadi. Dambalam, plevral bo'shliqning faol, passiv drenirlanishida ham o'pkani to'g'rilashga erishib bo'lmaydi, buning sababi bronxeoplevral teshiklar hisoblanadi. Bu asorat va o'pka rearatsiyasini samarali yo'qotish tadbiri teshikka ega bronxlarning qisqa muddatda (14–15 kun) qidiruv oklyuziyasi xizmat qiladi (V.I. Geraskin, 1984). Chegaralangan va total fibrotoraks (o'pka deplevrizatsiyasi) jarrohlik bilan davolanish natijalari o'ta og'ir va samarasiz hisoblanadi. So'nggi yillarda kasallikning erta diagnostikasi yaxshilanishi, keng spektral antibiotiklarning qo'llanilishi va o'z vaqtida o'tkazilgan jarrohlik muolajasi fibrotraksning shakllanish tezligini va O'BD surunkali shakllarining rivojlanishini sezilarli ravishda qisqartirdi.

3.4. Bronxoektatik kasallik

Bronxoektazlar chaqnaydigan epiteliy va peribronxial to'qimalar darajasida uzoq davom etadigan yallig'lanish-destruktiv jarayonini o'zida namoyon etadi. Mushakning cho'ziluvchanligini yo'qotilishi sababi nafas olish yo'llarining shilliqdan ajrala olishga qodir emasligi hisoblanadi. Yiringli secretning turib qolishi pnevmoniya retsidivi va keyinchalik destruksiyaga olib keladi. Natijada, bronxlarning drenaj funksiyasi buzilishi natijasida ularning kengayishi sodir bo'ladi. Bronxoektaziya (bronxlar kengayishi) – ko'proq bolalik yoshi kasalligi. Ma'lumki, 5 yoshgacha bo'lgan bolalar bronxoektaziya chalingan kasallar orasida 50 %ni, 10 yoshdan 18 yoshgacha bo'lganlari esa 75 %dan ko'pini, 20 yoshdan oshganlar orasida taxminan 8–10 % tashkil qiladi.

Bronxoektazlarning sabablari turlicha. Qator holatlarida kasallik

dizontogenetik bronxoektazlar deb ataladigan, Bronx-o'pka tizimi-ning tug'ma anomaliyasi rivojlanishi natijasida yoki postnatal nuqsonning rivojlanishi sodir bo'ladi. Kartagener 1933-yilda o'z ichiga sinusit (burun bo'shlig'ining kasallanishi), ichki a'zolarning teskari joylashuvi va bronxoektazlarni oladigan sindromni ta'rifladi. Situs inversus (a'zolari teskari joylashgan) va dekstrokardiyasi (yuragi o'ngda joylashgan) 20 % bemorlarda bronxoektaz bo'ladi, bu vaqtda ularning umumiy populyatsiyadagi eng yuqori tezligi 0,5 %ni tashkil etadi.

Ushbu bo'limda biz tez-tez to'qnash keladigan ustunlikka ega va o'ta kech diagnostikalanadigan va buning natijasida, ko'pincha bolalarni majruh qiladigan orttirilgan bronxoektazlarga to'xtalishni maqsadga muvofiq, deb hisobladik.

Klassifikatsiyasi.

Bronxoektazlar quyidagicha farqlanadi:

- genez bo'yicha – tug'ma, orttirilgan, dizontogenetik;
- shakli bo'yicha – silindrik, duksimon, qopli, kistoz;
- tarqalganligi bo'yicha – bir tomonlama, ikki tomonlama, o'pka bo'lak va segmentlarini ko'rsatilishi bilan;
- jarayon kechishi bo'yicha – keskinlashuv, remissiya.

Orttirilgan bronxoektazlar orasida, ko'pincha, qopli va kistoz shakllar jarrohlik yo'li bilan davolanadi. O'tkir pnevmoniyadan so'ng bronxogrammada aniqlanadigan silindrik bronxoektazlar, ba'zan asliga qaytaradigan qobiliyatga ega.

Etiologiya va patogenezi. Bronxoektazlarning rivojlanishiga asosan orttirilgan xarakterdagi patologiyaning turli ko'rinishlari olib kelishi mumkin. Ko'pincha ular erta yoshda kechgan, takroriy pnevmoniyalar natijasi hisoblanadi. O'tkir pnevmoniyaning davomli yoki surunkali rivojlanishiga, kech boshlangan yoki tugallanmagan muolaja, antibiotiklarning noto'g'ri qo'llanishi, raxit, gipotrofiya va boshqalarga sharoit yaratishi mumkin. Bunday etiologiyadagi pnevmoniyalar, ko'pincha bronxlar deformatsiyasi va peribronxial va interstitsial to'qimalarda yallig'lanish rivojlanshiga olib keladigan surunkali obstruktiv bronxit bilan kuzatiladi.

Bronxial daraxtning obstruksiyasi ichkaridan ham, tashqaridan ham distalroq joylashgan o'pkaning mos keluvchi bo'gimlarida in-

feksiya to'planishi bilan atelektazlarga sabab bo'ladi. Natijada, barqaror o'zgarishlar yuzaga keladi. Kichik bolalarda bronxoektazlarning asosiy sababi bakterial yoki virusli o'pka infeksiyasi hisoblanadi. An'anaviy ravishda, shuningdek, boshdan kechirilgan qizamiq, gripp va ko'kyo'talga alohida ahamiyat beriladi. Biroq rivojlangan davlatlarda bu kasalliklar hozirgi vaqtda kamdan kam holatlarda etiologik omil hisoblanadi. Shunga qaramasdan, ular dunyoda hamon o'pkadagi ko'pgina ikki tomonlama infeksiyon jarayon sababli kistofibrozi singari bronxoektazlarning eng keng tarqalgan turi hisoblanadi.

Bronxoektazlarning rivojlanshiga olib keladigan patologiyaning boshqa turlaridan bronxlarning yot jismlari, allergiyali o'pka aspetgillezi, alfa-antitripsin yetishmovchiligi va IgH oshishi bilan IgA, agammaglobulinemiya va disgammaglobulinemiya, sarkoidoz, limfadenopatiya bilan tuberkulez, o'tkir leykemiya, abscesslar, o'simtalar, lokalizatsiyalashgan kistalar, astma va allergiyaning turli ko'rinishlarni aytish kerak. Gastroezofageal refluks retsivirlaydigan o'pka infeksiyasiga olib kelishi isbotlangan, lekin bunda bronxoektazlar kam rivojlanadi. Bronxoektazlarni chaqiradigan tashqi bosimga limfotugunlar kattalashishi bilan bog'liq o'rta hissa sindromi misol bo'lishi mumkin.

Bronxoektazlarning klinikasi. Bronxoektazlari bo'lgan bolalarda, odatda, qon qusish bilan birga, kam keladigan surunkali yo'tal kuzatiladi. Bolalar rivojlanishdan to'xtashi mumkin. Ota-onalar bolada ko'p uchraydigan shamollash kasalliklari va pnevmoniyalarni kuzatishadi. Ko'pincha kasallik tarixi yozuvlarida qaytalanadigan bronxopnevmoniya tashxisi topiladi. O'pka sepsisining qaytalanauvchi manbalari bronxoektazlar lokallashadigan o'pka bo'limlariga xos.

Diagnostikasi. Bronxoektazlari bor bolalar deyarli har doim ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'zgarishlarga ega bo'ladi. Ko'p ma'lumotni bronxografiya ko'rsatadi (3.13-rasm). Biroq kasallik shakli, lokalizatsiyasi, o'zgarishlar tarqalganligi va og'irligini aniqlash imkonini beradigan KT ma'qul hisoblanadi (3.14-rasm). O'pkada o'tkir yallig'lanish jarayonidan so'ng ba'zan traxeobronxial daraxtning qayta tiklanadigan silindrik dilatatsiyasi hosil bo'ladi. Shu bois, o'pka sepsisining keskinlashuvidan so'ng, diagnostik xatolikka

yo'l qo'ymaslik maqsadida rentgenologik tekshiruvni bir necha haftaga kechiktirish tavsiya etiladi, lekin bronxlarning silindrik kengayishini, odatda, qopli bronxoektazlardan farqlashlash qiyin emas. Bolalarda bronxoektazlarning o'ziga xos lokallashuvi – pastki bo'laklar, lekin til bo'g'imi yoki o'ng o'rta bo'lakni ham tortish ko'p uchraydi.



3.13-rasm. O'ng o'pka bazal segmentlarining bronxoektazlari



3.14-rasm. Chap o'pka bazal segmentlarining qopli bronxoektazlari

Bronxoektazlari bor bolaning immunologik tekshiruvi leykogramma bilan qonning to'liq tahlili, ta'sirchanlikning oshganligini aniqlashda teri sinovi va immunoglobulinlarning (IgG, IgA, IgM va IgE) miqdoriy darajasini baholashni o'z ichiga olishi kerak. Yo'naltirilgan antibakterial terapiya uchun namlikning bakteriologik tekshiriluvini muhim.

Davolash. Agar antibiotiklar va postural drenirlash bilan to'liq davolash kursidan so'ng infeksiya davom etsa, lekin chegaralansa, zararlangan o'pka to'qimasi kesilishi haqidagi masala ko'rib chiqilishi kerak. Kichik bronxoektazlarda simptomsiz kechganda, odatda, o'pka rezeksiyasi talab qilinmaydi.

Jarrohlik muolajasi kasallik bir tomonlama va o'pkaning faqat bir bo'lagini tortilgan holatlarda eng yaxshi natijalarni beradi. Bronxoektazlar, odatda, yondosh segmentlarga tarqalmaydi. O'pka rezeksiyasiga asosiy belgi – ko'p yo'talish (65 %). Boshqa ko'rsatmalardan qaytalanuvchi pnevmoniya, isitmalash, bolaning kasalligi tufayli maktabga doimiy qatnash imkonini yo'qligi, takrorlanadigan qon qusish va og'izdagi yomon hidlarni aytish kerak.

Operatsiyada segment yoki o'pka bo'lagi rezeksiyasi tanlanadi. Agar jarayon ikki tomonlama bo'lsa, unda operatsiyalar orasidagi muddat 2–3 oydan kam bo'lmasligi kerak. Oldin og'irroq zararlangan tomon operatsiya qilinadi. Ko'pincha, birinchi operatsiyadan so'ng bola holati shunchalik yaxshilanadiki, keyingi operatsiya talab qilinmaydi. Jarayonga pastki bo'lakning bazal segmentlari jalb qilinganida segmentar rezeksiyani keragi yo'q, lobektomiya o'tgazilgani yaxshi. Pastki bo'lakning og'ir bronxoektazlarida chapdan, ko'pincha til segmenti zararlangan. Shu sababli, ushbu lokalizatsiyada uni, mabodo zarur bo'lsa, pastki bo'lak bilan birga, tekshirish va olib tashlanishi talab qilinadi. O'ng pastki bo'lakda bronxoektazlar aniqlangan bolalarda, ko'pincha jarayon o'rta bo'lakni ham qamrab oladi. Katta yoshdagi bolalarda, bronxoektazi bo'lgan kattalardagi kabi bronxial arteriyalari, odatda, kengayib, bu operatsiya vaqtida texnik qiyinchiliklarga sabab bo'lishi mumkin.

Zamonaviy bosqichda bronxoektazlarda a'zo saqlash muolajalari ishlab chiqilgan, ularning maqsadi lob- va bilobektomi-

yalar oqibatining profilaktikasi (pastda yotuvchi segmentlarning osilishi, kasallik qaytanalishi, oʻrta devor aʼzolarining siljishi va oʻpkaning saqlangan qismlari emfizematoz oʻzgarishlari) hisoblanadi. Kam oʻzgaradigan oʻpka parenximasi va qon aylanish kichik doirasining butunligini saqlashga yoʻnaltirilgan bu usullar orasida (bronxlar ekstirpatsiyasi, zararlangan bronxlar plombalanishi) bronxlar endoplombirovkasi ustunlik qiladi (Stepanov E.A. hammuallif., 1985, Aliyev M.M. hammuallif, 2008). Aʼzo saqlash muolajalarining alohida natijalarini oʻrganish bolalik yoshida aʼzo yoʻqotiladigan operatsiyalarga raqib boʻladigan davolashning bu uslublari ustunliklari haqida xulosa qilishga asos boʻladi (3.15-rasm).



3.15-rasm. MSKT – chap oʻpka bazal segmentlarining plombalanishidan soʻng bir yil oʻtgach

3.5. Oʻpkaning kistoz hosilalari

Bolalarda oʻpka kistalari tez-tez uchrab turadi. Tugʻma va orttirilgan oʻpka kistoz hosilalari farq qiladi, ularni farqlab olish nafaqat rentgenologik, balki morfologik tadqiqotda ham qiyin. Taranglashgan va taranglashmagan kistalar, shuningdek, bolalik yoshida koʻp uchraydigan parazitli kistalar (oʻpka exinokokkozi)

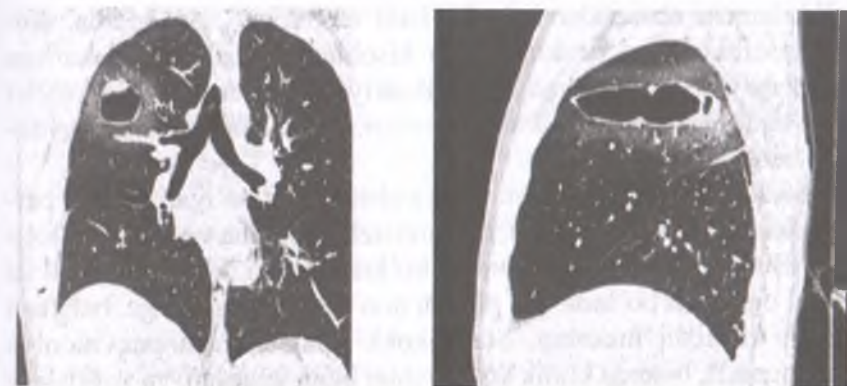
klinik ahamiyat kasb etadi. Shularni hisobga olib biz orttirilgan kistalar, o'pka abscesslari va o'pkaning exinokokk kistalarida to'xtalishni maqsadga muvofiq deb hisobladik.

O'pkaning orttirilgan kistalari. Neonatal (tug'ilish) davrda, ayniqsa, muddatidan oldin tug'ilgan bolalar, ventilatsiyada joylashganida interstitsial emfizema, lobar emfizema va parenximatuz kistalar hosil bo'lishi mumkin. Patologiyaning bu ko'rinishlari har biri faqatgina e'tiborli kuzatuvni talab qilgan holda, teskari rivojlanishga spontan yo'liqishi mumkin. Agar zararlanish o'rta devorni siljitgan va o'pkaning ham «kasallangan», ham qarama-qarshi tomondan siqilishiga sabab bo'lgan holda rivojlansa, jarrohlik muolajasi ko'rsatiladi. Tug'ma anomaliyalarda differensial tashxis qiyin emas, chunki orttirilgan zararlanishlar ventilatsiyada joylashgan bolada postnatal paydo bo'ladi.

Emadigan va undan katta yoshdagi bolalarda kistoz zararlanishlar o'pka kontuziyasi yoki parenxima yoxud bronx yorilishi bilan kuzatiladigan ko'krak qafasi jarohati natijasida hosil bo'ladigan posttravmatik bo'lishi mumkin. Tug'ma anomaliyalarda differensiyalashga o'pkaning shikastlanish joylarida jarohat kistalarini lokalizatsiyasi yordam beradi. Bu hosilalarni aniqlash uchun jarohatlangan o'pkaning soxta kistalari terminini ishlatish to'g'riroq bo'ladi, chunki ular epiteliyal qoplamaga ega emas. Tajribaviy tadqiqotlar kistoz zararlanish rivojlanishi patogenezi asosida nafas olish yo'llarining shikastlanishi, o'pkaga kiradigan havo bosimi va o'pka parenximasi egiluvchanligining buzilib yotishini ko'rsatdi. Simptomsiz kechgan holatlarda, kistalar kattalashmasa hamda respiratorli distress qo'zg'amas, sinchiklab kuzatish bilan cheklanish mumkin, bunda, odatda, spontan tuzalish boshlanadi. Favqulodda hollarda infeksiyaning qo'shilishi tashqi drenirlash yoki jarrohlik yo'li bilan kistalarni kesilishi talab qilinishi mumkin.

Orttirilgan xarakterdagi o'pkaning infeksiyadan keyingi zararlanishlariga stafilokokk pnevmoniya holatidagi oeyingiz hosilalari. ov E. pnevmatotseleni kiritish mumkin. Pnevmatotseleda anamnezda infiltrativ jarayonda va keyinchalik bo'shliqda ingichka yoki hatto umuman ko'rinmaydigan devorcha hosil bo'lishi bilan boshdan kechirilgan o'pka infeksiyasi kuzatiladi. Odatda, bunday bo'shliqlar

suyuqlikka emas, faqat havoga ega bo‘ladi (3.16-rasm) va aksariyat holatlarda teskari spontan rivojlanishga yo‘liqadi.



3.16-rasm. Ko‘krak qafasi KTsi. Postravmatik pnevmatotsele to‘g‘ri va yon proyeksiyalarda

O‘pka absessi lokallashtgan infeksiya holatida bo‘shliq paydo bo‘lishi bilan o‘pka parenximasi yiringlashi sodir bo‘lganida hosil bo‘ladi. Antibiotik terapiyani klinik amaliyotga kiritilishi bo‘yicha birlamchi o‘pka absesslari qaytalanishi kamaydi. Odatda, immuniteti zaiflashgan og‘ir bemorlar, shuningdek, kichik yoshdagi bolalarda hosil bo‘ladigan ikkilamchi absesslar bilan to‘qnashishga to‘g‘ri keladi.

Etiologiya va patogenez. Birlamchi o‘pka absesslariga taalluqli sabab sifatida ko‘rilishi mumkin bo‘lgan omillar: nafas olish yo‘llarining yuqori bo‘limlaridagi operatsiyalar, ko‘pincha, tonsillektomiya va tishlar ekstraksiyasi kabilarni, shuningdek, yot jismlar aspiratsiyasini, bolaning uzoq vaqt hushsiz holatda bo‘lishini o‘z ichiga oladi. Boshqa ma’lumotlarga ko‘ra, birlamchi o‘pka absesslari bo‘lgan bolalarda aytib o‘tilgan oldindan bildiruvchi omillar kam uchraydi. Bu kuzatuvlarda 75 % absesslar o‘ng pastki hissaning yuqori segmentida, o‘ng yuqori hissaning orqa segmentida yoki chap pastki hissaning yuqori segmentida bo‘lgan. Penitsillinga chidamli piogen stafilokokk

bolalarda, ko'pincha ham birlamchi, ham ikkilamchi o'pka absesslarini chaqiradi. Bundan tashqari, alfa- va betagemolik streptokokklar, *Pseudomonas* – mikroorganizmlar va ichak tayoqchasi uchraydi.

Ikkilamchi absesslar ko'p bo'lishi mumkin. Ular, odatda, doimiy kasalliklarning keskinlashuvi hisoblanadi, qandaydir ma'lum lokalizatsiyaga ega bo'lmaydi va aksariyat holatlarda stafilokokklar qo'zg'agan, lekin ba'zan *Pseudomonas*, *Klebsiella* va ichak tayoqchasi ham uchraydi.

Klinika va diagnostikasi. O'pka absesslari bo'lgan deyarli barcha bolalarda harorat oshishi, darmonsizlik, ishtaha yo'qolishi kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'pincha ko'krak qafasi sohasida yo'tal va plevral og'riqlar bo'ladi. Ko'pincha qon qusish bilan birga, balg'am ajralishi bo'lishi mumkin. Stafilokokk bilan aralash pnevmoniya aniqlanganda, boshqa klinik ko'rinishlar ham, xususan, ya'ni absess plevral bo'shlig'iga ochilsa septik shokka olib kelishi mumkin.

Kasallikning erta bosqichlarida ko'krak qafasi rentgenogrammasi ishonarli bo'lmashligi mumkin. Pnevmoniyaning lokallashgan manbai dastlab bo'shliqdek ko'rinib, rivojlanishi sababli qora tusda bo'ladi. Odatda, ko'p absesslar ikkilamchi bo'ladi. Bronx bilan aloqa ro'y berganida havoga ega pufakli suyuqlik darajasi paydo bo'ladi. Kichik bolalarda stafilokokkli pnevmoniyada yuqtirilgan pnevmatotsele nisbatan ingichka devorli va yetarlicha osonlik bilan ancha qalin devorli, uzoq vaqt mavjud bo'lgan o'pka absesslaridan farqlanishi mumkin. Rentgenogrammalardagi ifodalangan o'zgarishlar hatto faol kompleksli terapiya o'tkazilganidan so'ng, ko'pincha, to'liq yo'qoladi. Absess bo'shlig'i, uning lokalizatsiyasi va devorlari qalinligini ko'rsatadigan KT juda qimmatli ma'lumotlarni beradi. Muolaja bo'lmaganligi tufayli o'pka absessi bir necha haftadan so'ng, ayniqsa, qalin devorli va antibiotiklar ta'siriga chidamli bo'lib, surunkali bosqichga o'tadi.

Davolash. Antibiotik terapiya davomli bo'lishi shart. Tekshiruvlar natijasi va ta'sirchanlikni aniqlash asosida amalga oshiriladigan mos keluvchi antibiotiklarning to'g'ri tanlanishi juda muhim. Agar absessdan stafilokokklar o'ssa, yarimsintetik penisillinlar belgilash kerak. Faol antibiotik terapiyada absess 4–5 hafta davomida ingichka devorli bo'shliqqa aylanadi, so'ngra, uchinchi oy oxirida, barcha bo'shliqlarning 75 foizi to'liq yo'qoladi. Kichik bolalar-

da kasallikning erta bosqichlarida ichini aspiratsiya yoʻli bilan bronxoskopik davolash juda samarali boʻladi. Fibrooptik bronxoskopiyani, birinchi navbatda, tashxisning tasdiqlanishi va agar kerak boʻlsa, davolash maqsadida barcha bemorlarda oʻtkazish lozim.

Jarrohlik muolajasi surunkali qalin devorli abscess 4×6 sm oʻlchamlaridan katta boʻlganida, shuningdek, kichik yoshdagi bemorlarda bir necha hafta va undan koʻp vaqt davomida oʻtkazilgan faol antibiotik terapiyada natija boʻlmagan holatlarda tavsiya etiladi. Odatda, lobektomiya talab qilinadi, lekin baʼzan faqat abscessning oʻzini kesib tashlash mumkin boʻladi. Operatsiyaga boshqa koʻrsatmalardan kasallikning empiriyaga oʻtishi bilan kuchayishi va koʻp qon qusishni aytib oʻtish kerak. Mustaqil ravishda yoʻtalishga qodir boʻlmagan, immuniteti zaif kichik bolalarda kasallikning erta bosqichlarida katta, davolab boʻlmaydigan, surunkali oʻpka abscessining rivojlanishini oldini olishga yordam beradigan transbronxial aspiratsiya maqsadga muvofiqligi haqidagi masala koʻrib chiqilishi kerak. Birlamchi oʻpka abscesslaridagi oʻlim darajasi deyarli noʻlga teng boʻlib, ikkilamchi zararlanishda u oʻta yuqori – 75 %dan 90 %gacha qolmoqda.

3.6. Oʻpka exinokokkozi

Exinokokk koʻpincha qishloq hududlarida yashovchi bolalarda tez-tez uchraydi va deyarli barcha aʼzolarga zarar yetkazishi mumkin. Zararlanish darajasi boʻyicha birinchi oʻrinda jigar turadi. Exinokokk kistaning oʻpkada joylashuvi boshqa aʼzolarga nisbatan 6–35 %ni tashkil etadi. Asosan, oʻng oʻpka zararlanadi, ikkala oʻpkada ham exinokokk koʻpincha pastki boʻlaklarda joylashadi.

Klinika va diagnostikasi. Bolalarda oʻpka exinokokkozi klinik namoyon boʻlishlari turlicha va parazitning biologik xususiyatlari, bola organizmining reaktivligi, kista joylashuvi va oʻlchamlari hamda asoratlar boʻlishiga bogʻliq. Koʻpchilik mualliflar kattalar bilan taqqoslaganda, bolalarda exinokokk tez oʻsishini taʼkidlashadi. Koʻpincha oʻpka exinokokkning asoratlanmagan shakli alomatsiz kechadi va kasallik tasodifan, rentgenologik tekshiruvda aniqlanadi. Kattalar bilan taqqoslaganda bolalarda parazitning tez oʻsishi kuza-tiladi, shuning uchun alomatsiz davri, odatda, 1–2 yildan oshmaydi.

Asoratlanish rivojlanishi bilan birga, bolalar ko'krakdagi og'riqlar, quruq yo'tal, isitmaning davriy oshishi, umumiy darmonsizlik, vaqti- vaqti bilan qon qusishga shikoyat qilishadi. Odatda, o'pka exinokokkozi bor bolalar tengdoshlaridan jismoniy rivojlanishda ortda qolishadi, semirmaydi, rangi o'chgan, tez charchashadi.

Kasallikning klinik kechishi uch bosqichga bo'linadi:

1-bosqich – alomatsiz kechadi;

2-bosqich – kista o'sishi, o'pkadagi yallig'lanish jarayoni va oraliq a'zolarining siljishi bilan bog'liq klinik alomatlar paydo bo'ladi;

3-bosqich – exinokokk kistalar tomonidan asoratlarning rivojlanishi (bronxga kirishi, yiringlash).

Exinokokk kistalar bronxga ochilgandan so'ng katta yoshdagi bolalar «og'zini to'ldirib» yo'talib shaffof suyuqlik chiqarishadi, bu anafilaktik reaksiya bilan birga kechishi mumkin. Bu vaqtda namlikda parazit unsurlarini topish mumkin. Kistaning tarkibi bronxga chala bo'shassa o'tkir abscess simptomlari (titrash, isitmalash, nafas qisishi) kuzatiladi. Exinokokk kistaning plevral bo'shliqqa o'tishi pnevmogidrotoraks klinikasi bilan birga kechadi. Perforatsiyadan so'ng kista infeksiyalanadi va yiringlash boshlanadi.

Diagnostikasi. Yuqorida keltirilgan klinik alomatlar o'zgaruvchan va har doim ham o'pka exinokokkoziga xos emas. Obyektiv tekshiruv uslublari rentgenogramma, MRT, KT va UTT hisoblanadi (3.17-rasm).



3.17-rasm. Chap o'pka pastki qismining exinokokki

Asoratlanmagan o'pka exinokokkining rentgenologik tasviriga oval, aniq soyaning o'zgarmagan o'pka to'qimasi fonida bo'lishi xos hisoblanadi, bunda qovurg'a-diafragmal sinusi bo'sh qoladi. Faqat pastki qismlardan chiquvchi katta kistalarda, parazit soyasi jigar soyasi bilan qo'shib ketishi mumkin. Bir necha tomogrammalarda, nafas olish aktiga mos ravishda kista shakli va konturlarining o'zgarishi kuzatilishi mumkin.

Boshqacha rentgenologik manzara kasallikning asoratlangan bosqichida kuzatiladi. Exinokokkni fosh qiluvchi eng oddiy rentgenologik omil havo pufagida suyuqlik sathining bo'lishi hisoblanadi. Kista bronxga kirganida «g'ijimlangan qog'oz»ga xos soya paydo bo'ladi. Kistaning plevral bo'shliqqa yorilganligi haqida pnevmogidrotoraks va ko'ks oraliq'i a'zolarining siljishi guvohlik beradi.

ECHT o'sishi, eozinofiliya va anemiya kuzatiladi. Exinokokkozi diagnostikasida tekshiruvlarning immunologik usullari katta ahamiyatga ega: pretsipitatsiya reaksiyasi, bog'langan komplement reaksiyasi, skoleks-pretsipitatsiya reaksiyasi, Katsoni anafilaktik reaksiyasi. Keyingi yillarda ko'pgina mualliflar Katsoni reaksiyasi nidiagnostik qiymati kamligini aytib, uni bajarishdan bosh tortishmoqda.

O'pka exinokokkozi jarrohlik yo'li bilan **davolanadi**. Garchi so'nggi yillarda punksiyon usullar targ'ib qilinsa-da, jarrohlik yo'li bilan davolashning qulay fursati parazitning xitnli qobiqchasini olib tashlanishi va qoldiq bo'shliqning antipaprazitar ishlov berish, bronxial teshiklarning yopilishi va qoldiq bo'shliqning kapitonaji (yo'qotilishi, bo'shliq chetining tikilishi) hisoblanadi. Kapitonajning maqsadi – qoldiq bo'shliqni yo'qotish. Operatsiyadan yoki parazitning punksiyon olib tashlashdan so'ng, uzoq muddat Zentel (albendazol) bilan antiparazitar terapiya majburiy hisoblanadi.

3.7. Diafragma churrasi

Qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'krak qafasiga churra bo'rtishi diafragmaning beshta sohasida paydo bo'lishi mumkin. Eng ko'p qizilo'ngach teshigi churrasi, ya'ni oshqozoni ko'ks oralig'iga kiri-

shi uchraydi. Tugʻma nuqson orqa-yonbosh qismdagi diafragma rivojlanishining buzilishi (Bogdalek nuqsoni) natijasi hisoblanadi. Diafragmaning toʻsh suyagi va yondosh qovurgʻalarga anomal birikishi, bu sohada koʻks oraligʻiga ichak oʻtadigan teshik hosil boʻlishiga sabab boʻladi. Kindik tizimhasi epigastral churrasi-ning diafragma hamda perikarddagi (Kantrell pentadasi) retroster-
nal (koʻkrak ichidagi) nuqson bilan birga kelishi, perikardga qorin boʻshligʻi aʼzolarining oʻtishiga olib keladi.

Diafragmaning pay yoki mushak qismlarining yupqashishi (ye-
tarli darajada rivojlanmaganligi tufayli), uning eventratsiya (qo-
rin churra)siga sharoit yaratadi. Enventratsiya turi boʻyicha qorin
boʻshligʻi aʼzolarining churrali boʻrtib, koʻkrak qafasiga tegishiga,
shuningdek, diafragmal nerv jarohati natijasida yoki Verding-Goff-
man kasalligida boʻlganidek orqa miya (C-3, 4) boʻyin boʻlimining
old shox hujayralarining tugʻma nuqsonida diafragma mushaklari-
ning falajiga olib keladi.

Diafragma anatomiyasi. Diafragma nafas olish jarayonida
muhim rolni oʻynaydigan, koʻkrak va qorin boʻshligʻini ajratadi-
gan gumbazsimon fibroz-mushakli devorni oʻzida namoyon etadi.
Diafragmaning fibroz qismi (payli markaz) markazga koʻra koʻproq
oldinda joylashgan va uning butun sirti 35 %ini egallaydi. Mushak
boʻlimi tigʻsimon oʻsimtadan boshlanadigan qisqa mushak tolalari
(1), pastki 6 qovurgʻalardan chiqadigan qismlar (2), mos ravishda
m. psoas va quadratus lumborum ni qoplaydigan medial va lateral
yoysimon paychalardan chiqadigan mushaklar (3), umurtqa qismi
– birinchi uchta bel umurtqalaridan chiqadigan oyoqchalardan
(4) tashkil topgan. 80 % odamlarda lateral yoysimon paychalar
va qovurgʻa yoyidan boshlanadigan mushaklar orasida diastaz
mavjud. Bu fibroz membrana bilan qoplangan teshik vertebroko-
stal (umurtqa-qovurgʻa) yoki lyumbokostal (bel-qovurgʻa) uchburchak
nomiga ega. Bogdalek aynan ana shu boʻlimning kuchsizligi
tugʻma orqa lateral diafragma churralarining paydo boʻlish sababi
hisoblanishini isbotlagan.

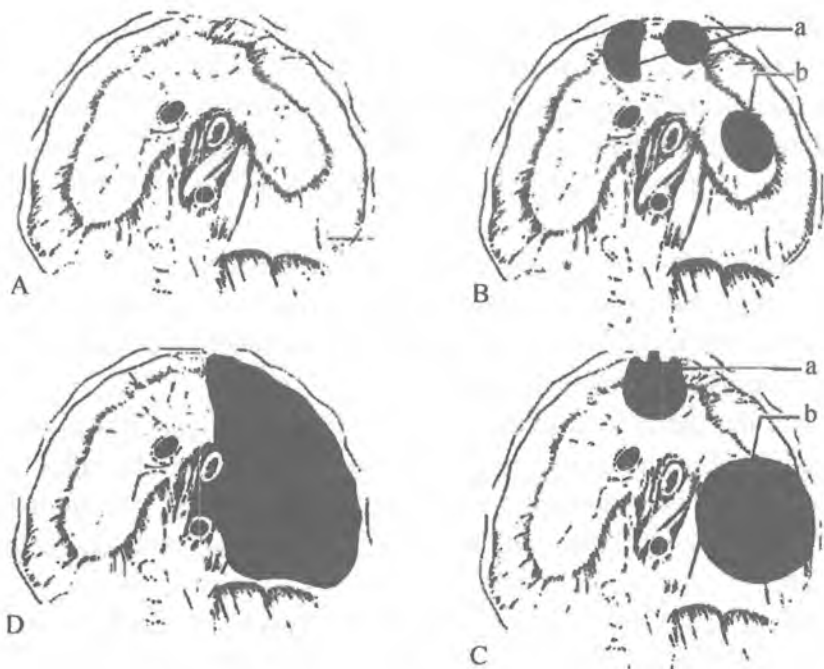
Me'yordagi diafragmada uchta eng «muhim» teshik mavjud: (1) kavak vena payli markaz orqali o'rta liniyadan o'ngda o'tadi; (2) qizilo'ngach teshigi o'rta liniyadan chapda va kavak venadan orqaroqda joylashgan; (3) aorta, oldida kesishadigan diafragmaning o'ng va chap oyoqchalari bilan chegaralangan umurtqa tanalarida yotadi.

Adabiyotda a'zolarining aorta yoki kavak vena teshigi orqali churraning bo'rtishi holatlariga ta'rif yo'q, lekin oshqozonning qizilo'ngach teshigi orqali prolabiliranishi ko'p uchraydi va bu holat yosh ulg'ayishi bilan ortib boradi.

Tug'ma diafragmal churra (TDCH) o'lik tug'ilganlarni hisobga olgan holda, chaqaloqlarning 2000 dan 1 ta holatida uchraydi. TDCHning asl mohiyati, amaliyotga homilaning ultratovushli tekshiriluv keng kiritilganidan so'ng, nisbatan ko'proq tushunarli bo'ldi.

Qorin ichida aniqlangan TDCHning barcha holatlaridan 70–75 %i sersuvlik bilan bog'lashadi. Sersuvlik darajasining bu ko'rsatkichi, ehtimol birmuncha oshirilgan, chunki ultratovushli tekshiruv uchun asosiy sabablardan biri aynan gestatsion davrga mos kelmaydigan bachadonning katta o'lchamlari, ya'ni homiladorlikda sersuvlik bo'lgan ayollar tekshiruvdan ko'proq o'tkaziladi. Shunga qaramasdan, sersuvlik mavjud bo'lganda, TDCHli bolalar orasidagi letallik, ayniqsa baland va 72–89 %ni tashkil qilishi shubha uyg'otmaydi. Sersuvlik kam bo'lganida esa bu ko'rsatkich pastroq, lekin hozirgi kunda ham 50 %dan oshadi.

Ko'pchilik TDCHli yoki onasi sersuv bo'lgan bolalar o'tkaziladigan eng maqbul reanimatsion tadbirlarga qaramasdan, tug'ilishi bilanoq o'pka yetishmovchiligidan nobud bo'ladi. Sersuvlik, ehtimol, oshqozon ko'krak qafasiga bortib chiqqanida gastroezofagel o'tish yoki pylorus bukilishi sababli yutiluvchi amniotik (yo'ldosh) suyuqligining harakatiga to'sqinlig qiladi.



3.18-rasm. Eng ko‘p uchraydigan diafragma nuqsonlari (churra darvozalari): A – normal diafragma – lyubmokostal uchburchak kavak (a) lateral pay yoyi va 12-qovurg‘adan boshlanadigan mushaklarning turli yo‘nalishlarda ajralishi bilan shartlangan. B, (a) Morgani teshigi, ko‘krak suyagi va qovurg‘alardan chiquvchi mushaklar orasidagi diastaz bilan hosil qilingan. (b) ko‘ndalang devor va plevroperitoneal burmalarning qo‘shilishining buzilishi bilan shartlangan diafragmaning kichik orqa lateral nuqsoni. C (a), Kantrella pentadasi bilan mos keladigan diafragmaning peritoneal-perikardeal nuqsoni va to‘sh yorigi. (b) ko‘krak devorining lateral sirtigacha tarqaladigan diafragmaning katta orqa lateral nuqsoni, biroq orqada diafragma valigi mavjud. D, aortal va ezofageal oyoqchalar bo‘lingan diafragma chap gumbazining ageneziyasi (tug‘ma yo‘qligi) – juda kam uchraydigan turi.

Oshqozon qorin bo'shlig'ida, o'z joyida joylashgan holatlardan ko'ra oshqozonning plevral bo'shlig'iga prolabilanishida, ko'pincha letallik ancha baland. Medial joylashgan diafragmaning katta nuqsoniga ega kasallarda, odatda, churra ichida oshqozon bo'ladi. Ko'krak qafasiga ko'chgan a'zolar soni qancha ko'p bo'lsa, o'pka shunchalik rivojlanmaganligi ravshan (3.18-rasm).

TDCH bo'lganda boshqa a'zo va tizimlarning qo'shma anomaliyalari ko'p uchraydi, chunki embrionga salbiy ta'sirlar ichki organlar shakllanishining erta davrida (homilaning 8-haftasida) hosil bo'ladi. TDCH va qo'shma anomaliyali bolalardan 32 foizi o'lik tug'iladi. 36 %ga yaqin chaqaloqlar jarrohlik bo'limiga tushishga qadar jon beradi. O'lik tug'ilgan va tug'ilganidan so'ng tez jon beradigan bolalarning deyarli barchasida anensefaliya, mielomeningosele, gidrosefaliya, ensefaosele kabi og'ir asab tizimi anomaliyalari, jiddiy yurak nuqsonlari aniqlanadi. Og'ir anomaliya va chala tug'ilganlikning o'zaro birlashishi, o'limning yuqoriligiga sabab bo'ladi. Operatsiya yo'li bilan muolajagacha tirik qoladigan chaqaloqlarning ko'pchiligi, odatda, vaqtida tug'ilgan va boshqa anomaliyalarga ega emas. Diafragma nuqsonlari – kichik teshik yoki ko'krak-qorin devorining barcha tarkibiy qismlari, shu jumladan, oyoqlarni yoqligi hisoblaganda, umumiy yetishmasligini o'zida ifodalashi mumkin. Ba'zi bir mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, TDCH 80 % holatlarda – chapda, 1 % holatda – ikki tomonda uchraydi. 20–40 % kasallarda plevro-peritoneal churra qopi shikastlanmagan bo'ladi. U ichak prolabilanishini chegaralagan vaqtda, odatda, bolalar tirik qoladi. Qiz bolalarda diafragmal churralar o'g'il bolalarga qaraganda ikki marta ko'p uchraydi.

Patofiziologiya. Bola tug'ilishida, havoning o'pkaga o'tishida qiyinchiliklar ro'y beradi, chunki nafas olishning eng muhim mexanizmi yo'q – diafragmaning qisqarishi, bundan tashqari, ko'ks oraliq'i qarama-qarshi tomonga siljigan va buning natijasida ikkala o'pka ham siqilgan bo'ladi. Nafas olishda rivojlanuvchi manfiy bosim, ichakning ko'krak qafasiga o'tishiga sharoit yaratadi. Respirator distress vaqtida, bola ichakni cho'zadigan, katta hajmdagi

havoni yutishi ham ahamiyatga ega, chunki bu keyinchalik o'pkaning siqilishiga olib keladi.

Churra o'z-o'zidan, hatto normal rivojlangan o'pkada ham nafas yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. O'pka gipoplaziyasining har qanday darajasi oksigenatsiya va uglekislotaning chiqarilishining buzilishiga olib keladi. Gipoplazalangan o'pkalarda alveola va kapillar yo'l sirtining kamayishi hisobiga gaz almashinuvi pasayadi. Bu o'pkalarning cho'ziluvchanligi oz va sekin to'g'rilanadi. O'pka arteriyasida tarmoqlar soni kamayadi, shuning uchun o'ng qorincha qonni kichik tomir yo'li orqali kuch bilan surishga majbur, bu o'pka arteriyasi kengayishi va o'ng yurakda bosim oshishiga olib keladi.

O'pka arteriyalari terminal bronxiollarda distal tarqaladigan o'zgacha qalin mushak tolalariga ega. Bu mushak qatlami, ayniqsa, vazokonstriksiya mediatorlariga (qon tomirlari torayishiga sabab bo'luvchi omillarga) ta'sirchan. Natijada gaz almashinuvi va o'pkada qon oqimining buzilishi, o'pka gipertenziyasi va o'ng qorincha yetishmovchiligi rivojlanadi. Shuningdek, qonning arterial oqim va oval oyna orqali o'ngdan chapga aylanma yo'li hosil bo'ladi, bu tizimli gipoksiya, giperkapniya, asidozni chuqurlashtiradi va o'pka tomirlarining torayishini oshishiga olib keladi.

Agar o'pka tomirlarining klinik torayishi boshlangan bo'lsa, unda uni to'g'rilash juda qiyin. Shu sababli, TDCH tashxisi qo'yilgan zahoti, kechiktirmasdan faol davolanishni boshlash zarur.

Diagnostika. Tashxis homilador ayollarning tug'ishidan oldingi davrida ultratovushli tekshiruvda qo'yilishi mumkin. Sersuvlik va ko'krak qafasida joylashgan cho'zilgan oshqozonning mavjudligi yomon xabarni bildiradi. Agar TDCH diagnostika qilingan bo'lsa, unda homilaning boshi, umurtqasi, yurak va buyragini diqqat bilan kuzatib, boshqa nuqsonlarning yo'qligiga ishonch hosil qilish kerak. Xromosom va moddalar almashinuvi anomaliyalarni aniqlash uchun amniosentez yoki xorion-biopsiya o'tkaziladi. Agar TDCH yagona ajralgan anomaliya bo'lsa, unda homilaning qorin ichi nuqsonlarini tuzatish imkoniyati va mezonlari haqidagi masalani ko'rib chiqish

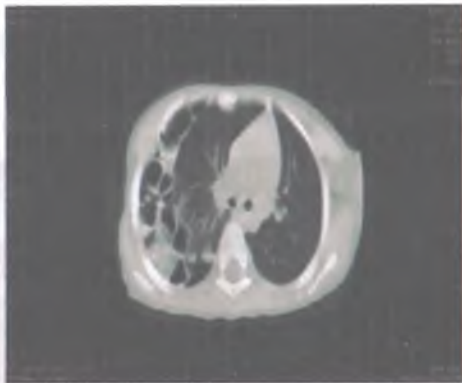
kerak. Tug‘ilishdan so‘ng tashxis qiynalib nafas olish, sianoz, qayiqsimon qorin (3.19-rasm), yurak tovushlarining o‘zgarishi, shuningdek, churra tomonda havoning yo‘qligiga qarab o‘rnatiladi.



3.19-rasm. Diafragmal churrada bolaning tashqi ko‘rinishi (bushagan (cho‘kkan) qorin)

Odatda, traxeyaning o‘rta liniyadan bir tomonga siljish va ko‘krak qafasda ichak shovqinlari aniqlanmaydi. Aytib o‘tilgan alomatlarining og‘irligi katta ko‘lamga ega: TDCHli barcha bolalarning 65 % tug‘ilganidan so‘ng tez orada nobud bo‘ladi, 5 % va undan ko‘prog‘i ba‘zan tashxis qo‘yilishidan oldin alomatlarsiz oy va yillab yashaydi. Ko‘krak qafasi rentgenografiyasidan oldin (diagnostikaning asosiy usuli) oshqozonga naycha kiritilishi maqsadga muvofiq. Agar havo ichakni to‘ldirgungacha rentgenogramma qilinadigan bo‘lsa, unda shikastlangan tomonda ko‘krak qafas soyalanadi, ammo traxeya va yurak qarama-qarshi tomonga siljigan va kontrilateral o‘pka o‘lchamlari kamaygan bo‘ladi.

Ko‘pincha ichak havoga to‘lgan bo‘ladi, bunda ba‘zan bu havo soyalari yanglishib, o‘pka kistasining turli shakllari sifatida qabil qilinadi (3.20-rasm).



3.20-rasm. Chapda yolg'on diafragmal churraning KT rentgenogrammasi (gemitoraksda ichaklar halqasi).

Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, diafragma churralarining 5 %dan 25 %gacha tug'ilgandan so'ng 1-oydan to keksayguncha namoyon bo'ladi. Ba'zan tashxis churra alomatsiz kechadigan bemorlarda ko'krak qafasi rentgenologik tekshirishda tasodifan aniqlanadi. Agar alomatlar paydo bo'lsa, ular juda yengil yoki aksincha, nafas olish yo'llari tomonidan nafas olishning qiyinlashuvi ko'rinishida, shuningdek, OITni berkilib qolish holatida o'ta og'ir bo'lishi mumkin. Nafas olish bilan bog'liq alomatlar ba'zan harorat va yo'talda bo'ladigan o'pka infeksiyasini eslatadi. O'pkaning siqilishi nafasning qisqarishiga sabab bo'lashi mumkin.

Fizikal va rentgenologik tekshiruv ma'lumotlari plevral yiring, empiema yoki o'pka kistalarini farqlashga yordam beradi. Agar ko'krak qafasining rentgenogrammasida diafragma noaniq shakllansa, «o'pka kistalari» aniqlanadi, oshqozon-ichak trakti bo'yicha xiralashgan moddaning yo'li o'rganilganida diafragma orqali ingichka ichakning o'tganligi ko'rinsa, operatsiyani qorin orqali kirib amalga oshirish kerak. Qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish diafragma kavagida ichak siqilishi bilan bog'liq bo'ladi, bu o'tishni qiyinlashishiga yoki ichakda (ichaklarning buralishi sababli yoki usiz) qon almashuvi buzilishiga olib keladi.

Operatsiyagacha davolash. TDCHli va nafas yetishmovchiligi aniqlangan chaqaloq endotraxeal respiratorli yordam talab etadi. Ventilyatsion niqobdan boshlash kerak emas, chunki bunda havo oshqozon va ichaklarga kiradi. Bemor intubatsiyalangan va sun'iy nafas apparatiga ko'chirilganidan, yaxshi nafas olishga kurashda bolaning o'zini qatnashishi oldi olinishi va ichakning ko'krak qafasiga ko'chishini oldini olish uchun miorelaksant (mushaklar faoliyatini susaytiruvchi dori)larni kiritish lozim.

Vakuum-so'rg'ichga ulangan nazogastral nay bilan qorin bosimini pasaytirish tadbiri o'tkaziladi. Ventilyatsion bosim 45 mm sim. ust. dan kam darajagacha tushirilishi kerak, chunki tug'ma yaxshi rivojlanmagan o'pka yuqori bosimda juda oson shikastlanadi.

Markaziy venalarga kateterlar o'rnatiladi. Aortada arterial oqimning yaqin yoki uzoqligida PaO_2 ning farqini aniqlash imkonini beradigan o'ng oqim yo'lining kateterizatsiyasini o'tkazish maqsadga muvofiq. Agar PaO_2 tashqi aortada o'ng oqim yo'lidano'ra pastroq bo'lsa, bu o'pka gipertenziyasi (arterial bosimining balandligi) va/ yoki gipoplaziyasi (yaxshi rivojlanmaganligini) borligini bildiradi. TDCHda shuntlanish o'ngdan chapga keng yoyilgan bo'lib, PaO_2 tashqi aortada ko'pincha 40 mm sim. ust. dan past, bu jigar, ichak va buyrak ishemiyasiga olib keladi.

Natijada hosil bo'ladigan gipoksiya, giperkapniya va asidoz juda qiyin tuzaladi va buning uchun uzoq vaqt talab etadi. Shu sababli PaO_2 va pH larinig nazorati birdek muhim yoki ventilatsiya mexanikasi shunday sozlangan bo'lishi zarur, toki u gipokapniya va alkalozni qo'zg'atsin. Asosiy maqsad – PaO_2 40 mm sim. ust. dan ko'p bo'lishi, PaCO_2 30 mm sim. ust. dan kam bo'lishi va pH 7,5 dan ko'p bo'lishi kerak, bu o'pka qon tomirlari kengayishining eng yuqori darajasiga erishish imkonini beradi. Alkaloz chaqirish uchun soda kiritilishi talab qilinishi mumkin.

Odatda, TDCH bo'lgan bolalarda gipoksiyaga javoban plazmaning kapillarlardan teriga chiqishi natijasida, tomirlarning torayishi va aylanub yuruvchi qonning kamayishi kuzatiladi. Shu sababli Ringer-laktat eritmasidan katta hajmda yuborish zarur. PO_2 40 mm sim. ust. darajasida to'qimalarga qon yoyilishi mo'tadil

bo'lgunicha ushlab turilishi kerak, to'g'ridan to'g'ri usullar bilan o'lchanmaydigan ham qon hajmi tengligiga, ham yurak faoliyatiga bog'liq holat. Yurakning o'ng bo'lmachasida bosim nazoratini amalga oshirish muhim. Ringer-laktat eritmasini vena ichiga bir necha soniyali yuborish vaqtida bosimni tez ko'tarilishi, vena oqimining to'liqligi bir xilligini hamda yurakning o'ng bo'limlari faoliyatining yetishmovchiligi bor-yo'qligini aniqlash imkonini beradi. Tartibli qon bosimi va yurak urish tezligi ham qon hajmi holati va yurak faoliyatini aks ettiradi.

Aorta va yurakning o'ng bo'lmachasida kislorod tarkibi farqi ($DA - VO_2$) 5 ml/100 ml chegarasida bo'lishi kerak.

$$DA - VO_2 = (1,39 \times Hb) \times (SaO_2 - SvO_2)$$

* Hb – gemoglobin; SaO_2 – arterial to'yintirish; SvO_2 – venoz to'yintirish.

Bu ko'rsatkichning ancha baland qiymati to'qimalarga qon yoyilishi sekinlashganligini bildiradi.

Aralash venoz (yurakning o'ng bo'lmachasi)ni saturasiyasi ham, to'qimalarga kislorodning kirishi hamda chiqishini aks ettiradi va 65 %dan yuqori darajada qo'llanilishi kerak. Agar bolada normal harorat, atrof-muhitning harorati esa – 28 °C yoki undan yuqori bo'lsa, kapillar qon oqimining teri kapillarlarini bosilganidan so'ng 3 soniya ichida qayta tiklanishi kerak. Exokardiografiya yurak va uning o'ng bo'limlarining qisqartirish qobiliyatini pasaytirishi o'pka va uchtabaqali klapan regurgitاسiyasi o'pka arteriyasidagi yuqori bosimining oshishini bildiradi. Gipoksiya davri qancha davomiy bo'lsa, gipoksik kardiomiopatiya, buyrak va jigar yetishmovchiligi va plazmaning kapillarlardan to'qimalarga chiqishining rivojlanish xavfi shuncha yuqori bo'ladi.

O'pka gipertenziasining hosil bo'lishi va o'ngdan chapga shuntlanish TDCHli bolalarni davolashda jiddiy muammo keltirib chiqaradi. Afsuski, faqat o'pka tomirlarini kengaytirib, ayni vaqtda tizimli qon tomirlarining kengayishini keltirib chiqirmaydigan dori yo'q. Ko'pchilik to'qima zaxiralaridan gistaminning ajralishi evaziga tomirlarning kengayishiga olib keladigan tolazolinni ma'qul ko'rishadi. Shuning uchun bu dori kapillarlardan to'qimalarga qon-

ning chiqishiga yordam beradi va mos ravishda gipovolemiya hamda tizimli gipotenzini rivojlantiradi.

Prostaglandin va asetilxolin kabi boshqa dorilar ham oʻrganilgan, biroq ularning chaqaloqlik davrida ishlatilishi oʻpka vazokonstriksiya kamayishi bilan birga tizimli gipotenziyaga ham olib keladi.

Vazodilatatsiya va oʻpka vazokonstriksiyasi kamayishiga, shuningdek, nafas olish qorishmasiga azot chala oksidi qoʻshilishini yaratadi. Bu, xususan, oʻpka tomir oqimi yaxshi rivojlangan bolalarda kutilgan samara kuzatiladi. Azot chala oksidi tez buziladi, shu sababli tizimli gipotenziya hosil boʻlmaydi. Hozirgi vaqtda gaz almashinuvi va oʻpka gipertenziyasini qayta tiklashning eng yaxshi usuli ekstrakorporal membranali oksigenatsiya hisoblanadi (EMA).

Moʻtadil plazmali almashinuvda, lekin yurak funksiyasi past boʻlgan holatda oʻng yurak boʻlmacaasi va muntazam bosimga taʼsiri doimiy ravishda kuzatilgan holda dobutamin va/yoki dopamin (2–15 mg/kg/daq) quyish talab qilinishi mumkin.

Ventilyatsion yordam oddiy sunʼiy nafas apparati (SNA) yoxud yuqori chastotali (yuqori chastotali SNA) – tebratish yoki purkash yoʻli bilan amalga oshirilishi mumkin. Odatiy ventilatsiyada nafas olish/nafas chiqarish soʻnggida bosim 45/6 dan baland boʻlmasligi kerak, bu barot jarohatdan saqlanish imkonini beradi. Nafas olish chastotasi 125 nafas/daqqa darajada ushlab turiladi, bu PCO_2 ning pasayishiga sharoit yaratadi. Agar oddiy SNA samarali boʻlmasa, unda 400 nafas/daqqadan yuqori chastota va past ventilyatsion bosimli VCH SNA qoʻllash lozim. Ventilyatsiyaning eng maqbul tartibi oʻrnatilganidan soʻng, preduktal yoki postduktal PO_2 , PCO_2 va pH koʻrsatkichlari yo yaxshi yakunni oldindan koʻrish, yoki koʻrsatkichlarni EKMO oʻtkazilishiga qoʻyish imkonini beradi. Hozirgi vaqtda operativ davolash, odatda, 24 soat va undan koʻp vaqtga qoldiriladi. Bu davr mobaynida ventilatsiyaning eng maqbul tartibi oʻrnatiladi, bu reaktiv oʻpka gipertenziasining eng oz miqdoriga tushirishi va hatto yoʻqotilishiga umid qilish imkonini beradi. Mantiqning oddiy qonunlariga binoan, garchand, ventilatsiyaning yaxshilangan mexanikasi uchun churrali boʻrtishni kamaytirish kerakdek tuyulsa-da, aslida operativ muolaja bemor holatini yomonlashtirishi mumkin. Bola zaiflashganda,

mexanik ventilatsiyaning turli usullari diafragmal churrani kamaytirmasdan ham gaz almashinuvini yetarlicha samarali ta'minlashi mumkin.

Jarrohlik usulida davolash. Bola holati turg'unlashishi bilan operativ muolaja amalga oshiriladi. Ftorotan va pavulondan foydalanilgan umumiy narkoz tomir reaksiyasini oz miqdoriga keltirishga yordam beradi. Epigastral sohadagi ko'ndalang kesim yoki qorinning yuqori-o'rta qismini ochish maqsadga muvofiq. Bu joydan ichakni olib tashlash, ichakni qorin bo'shlig'iga joylashtirish uchun qorin devorini tortish, kerak bo'lganida qorin churrasini shakllantirish va agar keyinchalik gastroezofageal reffyuks rivojlanishi mumkin, degan taxminga asos bo'lsa, ko'rsatmalar bo'yicha gastrostomiya yoki fundoplikatsiya kabi qo'shimcha muolajalarni bajarish oson. Ko'krak qafasidan a'zolari olib tashlagandan so'ng, ko'krak bo'shlig'i 20 %dan ko'p holatlarda mavjud bo'lishi mumkin bo'lgan churra qopchasi bor-yo'qligi diqqat bilan tekshiriladi. Qopcha kesib tashlanishi kerak.

Agar diaphragma o'zida ingichka teshikni namoyon etsa, uni tarqalib ketmaydigan 2-0 yoki 3-0 choklar bilan tikishadi. Bir necha santimetr kenglikdagi katta nuqsonlar tikilishi mumkin, shunga qaramasdan, natijada diafragma tekislanadi va nafas olganda, uning ko'tarilib-tushishlari yo kuchsizlanadi yoki umuman yo'qoladi. Shuning uchun ko'krak bo'shlig'i kattalashtiriladi, bu alveolyar sohalarning cho'zilishiga olib keladi. Shuningdek, qorin bo'shlig'i hajmi kamayadi. Shu sababli katta nuqsonni plastik material bilan yopgan yaxshiroq. Diafragmani tikishdan avval ko'krak qafasining pastki qovurg'alararo bo'shliqlardan biri orqali chiqariladigan drenaj qo'yiladi.

Diafragma tiklangandan so'ng qorin devorining qorin bo'shlig'i hajmini va unda ichakni joylashtirish uchun imkoniyatni oshirish maqsadida qo'l bilan kengaytiriladi. Biroq bu usulda hamisha ham kutilgan natijaga erishib bo'lmaydi. Bu holatda, qorin churrasiga ishlov berilishi yoki Tixomirova bo'yicha qorin oldi devori plastikasiga murojaat qilish mumkin. Chet elda qorin bo'shlig'i devori qorin ichi bosimining sezilarli darajada oshmasidan taqqoslanishi mumkin

bo'lmaganligi uchun qorin churrasiga ishlov berilgan holda, yara chetlari bo'ylab silikon qoplama tikishadi. Operatsiyadan keyingi bir hafta davomida qoplamaning hajmini qorin devoriga yaqin olib kelib, qopdek bog'lagan holda tobora kamaytiriladi. Yara chetlari sezilmas tortib yaqinlashtirilishi mumkin bo'lgan holatga kelganda qorin devori yarasining ikkilamchi tikilishi amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyingi davo. Plevra bo'shliqning drenirlanishini vakuumdan foydalanib emas, passiv aspirasidan (Byullau bo'yicha suvli tortish) foydalanib amalga oshirishadi, chunki bu bolalarda o'pka endobronxial bosim oshganida oson yiriladi. Passiv aspirasida o'pkaning tobora kengayishiga nisbatan havo va suyuqlik plevral bo'shliqdan oqadi. O'z-o'zidan nafas olish yoki yo'talda havo intraplevral sohadan juda shiddat bilan chiqadi va plevral bo'shliqda sezilarli zararlanish hosil bo'lishi mumkin. Bunda alveollarning haddan tashqari cho'zilishi, o'pka kapillar to'qimalariga qon yoyilishining buzilishi, qonda gaz ko'rsatkichlarining yomonlashuvi kelib chiqadi. Bunday holatda, havo bo'shlig'ining ortiqcha cho'zilishini kamaytirish uchun havoni plevral bo'shliqqa qayta instillyatsiyasi amalda kerak bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda «sog'lom» o'pka ko'ks oralig'ining o'rta sohasini, shuningdek, hatto churra tomonga siljigan holda to'g'rilanadi. Keyinchalik shu tomondagi o'pka cho'ziladi va o'sadi, biroq u har doim ham ko'ks oralig'ini o'rta sohasiga siljiydigan darajada kattalashmaydi. Pnevmotoraksli barojarohat ham churra tomonda, ham qarama-qarshi tomonda hosil bo'lishi mumkin. Bunday holatda qon gazlari konsentratsiyasi ko'rsatkichlari kutilmaganda pasayadi va mos ravishda kutilayotgan natija sezilarli darajada yomonlashadi.

Gipokapniya va pH darajasini 7,5 dan yuqori ushlab turish uchun ventilyatsion yordamni operatsiyadan keyin davom ettiriladi. Ventilyatsiyaning har qanday tartibini sozlash, ko'pincha, bosimning, chastota yoki FIO₂ ning pasaytirilishini juda sekin o'tkazish kerak, chunki kichik o'zgarishlar ham o'pka vazokonstriksiyasini birdaniga kuchaytirishi mumkin. Ko'pchilik bolalarda o'pka shunchalik

yomon darajada rivojlanganki, to'g'ri ventilatsiyaga erishishning imkoni bo'lmaydi. Tirik qolishni 10–15 %ga oshirishni yuqori ventilatsiyadan foydalanib ta'minlash mumkin, bu operativ muolajani keyinga qoldirib, shu vaqt ichida o'pka arteriyalari holatini to'g'rilash imkonini beradi.

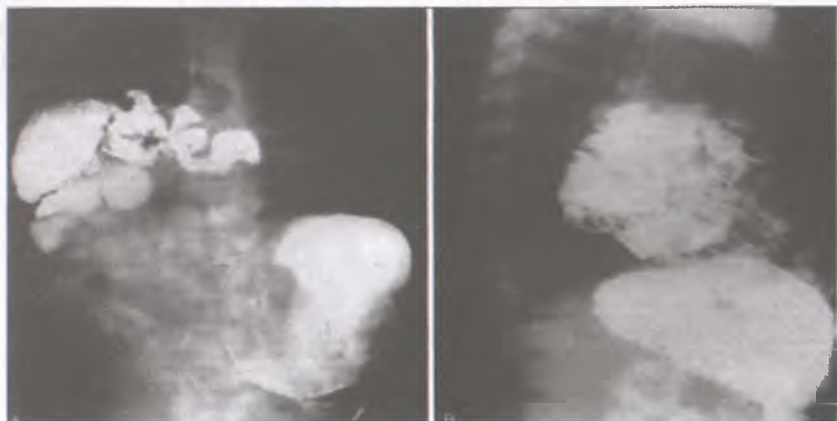
Operatsiyadan keyingi 24–48 soatlarda belgilangan plazma hajmning kapillar orqali yo'qotilganligi sababli Ringer-laktat eritmasi bilan venaga qon quyilishi kerak. Oldindan bo'lgan og'ir gipoksiyada kardiomiopatiya va buyrak yetishmovchiligi ro'y berishi mumkin. Shu sababli suyuqlikning vena ichiga kiritilishida o'ng yurakda bosimni kuzatish va ba'zan exokardiografiya zarur. Agar o'ng yurakda bosim oshsa, dopamin yoki dobutamin quyish zarur bo'lishi mumkin.

Perinatal markazlarda tirik tug'iladigan bolalar orasida, bevosita operativ davolash o'tkazilganda, o'lim soni 60–65 %dan oshadi. Tug'ilishidan simptomatikaga ega va bolalar jarrohlik markazlariga nisbatan muvaffaqiyatli ko'chirilgan bemorlardan 35–50 foizi o'ladi. Hayotining dastlabki 6–24 soati ichida shoshilinch jarrohlik davolanishini talab qiladigan bolalarda, o'lim soni, kattaroq yoshli bemorlar bilan taqqoslaganda ancha yuqori.

Statsionardan chiqariladigan bolalarda keyinchalik o'pka holati katta chegaralarda o'zgarishi mumkin. Operatsiyadan oldingi va keyingi davrlar nisbatan muvaffaqiyatli o'tgan holatlarda, o'pka mo'tadil ishlaydi, bu vaqtda esa o'pka gipoplaziyasining og'ir ko'rinishlarida ventilyatsion funksiyaning buzilishi kuzatiladi, shuning uchun ham bunday bemorlarni dastlabki bir necha oy respirator infeksiyaning qatlamlanishidan himoya qilish kerak.

Retrosternal churralari. Retrosternal churralarining ikki shakli mavjud. Kantrell pentadasida diafragmaning retrosternal bo'limi va pericardda tug'ma nuqson bo'ladi epigastral diastazi yoki kindik tizimchasi churrasi bilan birga keladi. Ko'pincha bunda ko'krak suyagining sirtqi qismi qisqa yoki tirqish, shuningdek, yurak nuqsonlari, odatda, qorinchalararo to'siq nuqsoni, Fallo tetradas yoki chap

qorinchadan chiqadigan miokard divertikuli kuzatiladi. Retrosternal churraning ikkinchi turi parasternal yoki Morgan teshigi orqali churra nomiga ega (3.21 rasm).

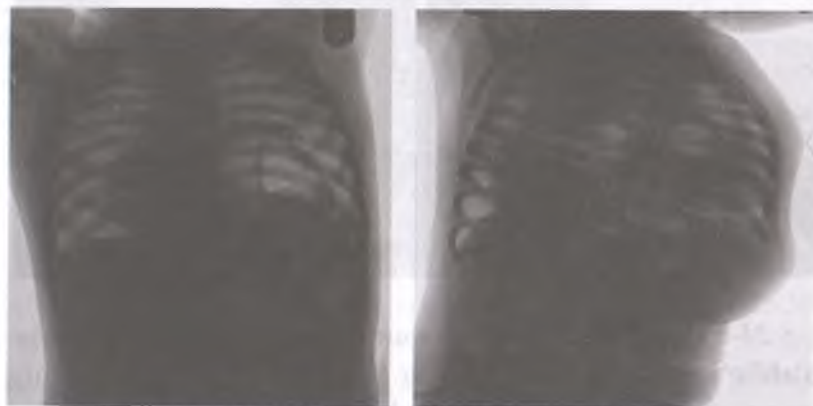


3.21-rasm. Old orqa (A) va yon (B) proyeksiyalarda qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasining R-grammalari. Morganning o'ng teshigi orqali churrali bo'rtish.

Bu holatda, churrali bo'rtishi diafragmaning ko'krak va qovurg'a chetlari orasidan tomirlar (epigastric/internal mammary) o'tadigan kichik teshik orqali sodir bo'ladi. Bu churralar bir, shuningdek, ikki tomonli bo'lishi mumkin. Pentada churrasidan farqli o'laroq parasternal bo'rtishda churra qopi mavjud. Ko'krak ichi churralarning bu ko'rinishining ko'pchilik holatlari ortiqcha vaznga yoki anamnezda jarohatga ega kattalarda ta'riflangan. Yog'li to'qima kichik diafragmal nuqsonni «ochgan» va keyinchalik jigar va ichakni kiritish uchun yo'l ochgan holda, nuqsonga suqilishi mumkin. Ko'pchilik kattalarda kechishi simptomsiz va odatda, tashxis ko'krak qafasining boshqa sabablar bo'yicha rentgenogrammasida tasodifan qo'yiladi.

Bolalarda parasternal churralar tug'ma orqa lateral diafragmali churralarning 20 tadan 1 ta chastotasida uchraydi va uning kattalarda kechishidagi farqi, odatda, yo'tal, bo'g'ilish, qusish va epigastral so-

hada yoqimsiz tuyg'ular qo'zg'agan holda klinik ko'rinishlarga ega bo'ladi. Ko'pincha anomaliyalarning turli birlashmalari, ayniqsa, yurakning tug'ma nuqsonlari va Daun kasalligi kuzatiladi. O'ng tomon chap tomonga qaraganda 5 marta ko'p zararlanadi. Churra-ning tarkibida (kamayuvchi chastota tartibida) jigarning bir qismi, ingichka ichak, yo'g'on ichak, taloq va oshqozon bo'lishi mumkin (3.22-rasm).



3.22-rasm. Chap tomonlama parasternal churra

Operativ davolash laparotomiya (qorinni ochish), torakotomiya (ko'krak qafasini ochish) yoki birgalikdagi torakoabdominal kirish yo'li bilan amalga oshiriladi. Katta nuqsonda uning orqasi diafragmal nervga juda yaqin joylashishi mumkin, shu bois ham bunday joylashuvda diafragma choklar qo'yilganida, nervning shikastlanishidan qochish imkonini beradigan torakal kirishdan foydalangan ma'qul. Ikki tomonli churralar transabdominal kirishni talab etadi.

Diafragma eventratsiyasi (diafragmaning churrasi). Diafragma eventratsiyasi neyrogen sabablar yoki pay markazi yoxud diafragmaning mushak qismi nuqsoni rivojlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Neyrogen sabablar old shox hujayralarining tug'ma mavjud bo'lmasligi (Verdnig-Goffman kasalligi) yoki diafragmal nervning shikastlanishini o'z ichiga oladi. Qiyinchilik bi-

lan kechadigan tug'ishlarda, xususan, bolaning tug'ish yo'llaridan o'tishida, ko'pincha bo'yin yoki yelkaning cho'zilishi sababli nerv shikastlanadi. Odatda, bunday hollarda yelka tutashgan joyining falaji (Erb-Dyushen falaji) ham qo'shilishi mumkin. Diafragma eventratsiyasini bo'yin va ko'ks oralig'idagi operatsiya vaqtidagi diafragma nervidagi jarohat, shuningdek, uning oldida lokallashadigan yallig'lanish jarayoni yoki o'simtalar chaqirishi mumkin.

Tug'ma eventratsiyaga keladigan bo'lsak, u ba'zan diafragma-ning kichik qismi bilan chegaralanadi, ba'zida esa ko'krak bo'shlig'i to'sig'ini to'liq qoplaydi, shunday ekan, faqat plevroperitoneal membrana mavjud bo'ladi. Bu holatda, eventratsiya va churrali qopga ega TDCH orasidagi farq shartli bo'ladi. Tug'ma eventratsiya, ko'pincha chapda uchraydi, lekin ikki tomonlama zararlanish ham qayd etilgan. O'lchamlari bo'yicha katta churrali bo'rtish qorin ichidan o'pka gipoplaziyasi rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Garchi trisomiya 13-15 va 18 kuzatilganligi qayd etilgan bo'lsa-da, boshqa qo'shma anomaliyalar kam uchraydi.

Qorin ichidagi davomiy bosimda erkin «osilib turgan» diafragma ko'krak qafasiga tegadi, bu bemorning ahvolini chalqancha yotganida og'irlashadi. Nafas olish vaqtida ko'krak ichki bosimi a'zolarining churrali bo'rtib, ko'krak qafasiga tegishini oshishiga va ko'ks oralig'ining qarama-qarshi tomonga ko'chishiga olib keladi. Odatiy klinik alomatlar – respiratorli distress va pnevmoniya. Ba'zan epigastral sohadagi yoqimsiz hislar, qusish va hatto mos keluvchi simptomdagi qorin burashi kabi alomatlar JKT tomonidan rivojlanadi.

Diagnoz diafragmaning yuqori turganini ifoda qiladigan ko'krak qafasi rentgenografiyasi yordamida o'rnatiladi. Ekran ostida yoki UTTda o'rganilganda, nafas olish va chiqarish vaqtida, uning paradoksal harakatini ko'rish mumkin. Eventratsiyaning o'simta, o'pkaning tug'ma kistalari, sekvestratsiya, yallig'lanadigan o'pka infiltrati va plevral yiring bilan diffirensal diagnostikasi uchun pnevmoperitoneum, jigarning izotop skanerlanishi, OITning kontrast o'rganilishi va kompyuter tomografiyasidan foydalanish tavsiya qilinadi.

Diafragmal nervning orttirilgan falaji holatida, balki davolashni boshlash paytini kutgan ma'qul. Mabodo ventilyatsion yordam 2

haftadan ko‘proq zarur bo‘lsa, u holda jarrohlik muolajasini qo‘llash kerak. Simptomsiz o‘tadigan kichik lokal eventratsiya operatsiya talab qilmaydi. Diafragmaning katta qismi zararlangan holatda, bu o‘pka funksiyasiga salbiy ta‘sir ko‘rsatadi, shuning uchun ham jarrohlik amaliyotini qo‘llanilishi kerak. Operatsiya torakotomik yo‘l va yettinchi qovurg‘a orasi orqali amalga oshiriladi. Diafragmani tarqalmaydigan materialdan keng choklar bilan qat-qat gofirovkalanadi. Agar diafragmaning diafragmal nerv bilan qo‘zg‘atilgan qismi zararlangan bo‘lsa, choklarni qo‘yish vaqtida transtorakal yo‘l nerv shoxchalarini ko‘rish va uning shikastlanishidan qochish imkonini beradi.

Ikki tomonlama eventratsiyada va nerv falajlanishi kuzatilgan holatlarda hamda difragmaning ko‘p qismi jarayonga qo‘shilganda trans abdominal aralashuv samarali hisoblanadi.

3.8. Ko‘krak qafasi va ko‘krak bo‘shlig‘i a‘zolarining jarohatlari

Bolalarda ko‘krak qafasi jarohati kam uchraydigan shikastlanish bo‘lishiga qaramasdan, yuqori letallikka (26 %) sabab bo‘ladi. Salbiy yakunga olib keladigan asosiy mexanizm, bu – yo‘l harakati hodisalaridir. Ko‘krak qafasiga teshib kiradigan jarohatlar kamroq uchraydi va shisha bo‘laklari, toshlar, o‘q otar va sovuq qurollar kabi jismlar bilan yuzaga keladi. Torakal jarohatlanishlar ko‘proq bolani mashina urib yuborganida (37 %), keyin avtomobil yo‘lovchisi bo‘lgan bola avariya uchraganida jarohat olishidan (31 %) kelib chiqadi. Ko‘krak qafasi jarohati bo‘yicha shifoxonaga yetqazilgan bolalarning deyarli yarmini maktabgacha va boshlang‘ich sinf yoshidagi bolalar tashkil etadi.

Ko‘krak qafasi shikastlangan bolalarning jarohatini og‘irligi, odatda, yuqori, chunki 80 %dan ko‘p holatlarda turli a‘zo va tizimlarning ko‘plab shikastlanishlari bo‘ladi, bunda jarohatlarning yarmidan ko‘pida bosh shikastlanishi bilan birgalikda kuzatiladi.

Yo‘l-transport hodisalarida olingan torakal jarohatli bolalar orasida jarohat koeffitsiyentining o‘rtacha qiymati 11 dan kam, og‘ir jarohatning o‘rta koeffitsiyenti esa – 30 % atrofida, letallik 30 %ni

tashkil etadi. Ko'krak qafasining eng og'ir shikastlanishlari bolalar bilan qo'pol muomaladan kelib chiqadi. Bu mexanizmida jarohatning o'rta koeffitsiyenti 8 %ni, letallik esa – 50 %ni tashkil etadi. Letallik darajasi nol bo'lgan ko'krak qafasining yengil shikastlanishlari yiqilishlarda kuzatiladi. Agar jarohat og'irligining o'rtacha koeffitsiyenti bo'yicha xulosa qiladigan bo'lsak, unda torakal shikastlangan bolalar orasida yashab ketish ehtimoli, taxmin qilinganlarning bor-yo'g'i 0,701 ni tashkil etadi. Statistika bo'yicha isbotlangan bu ko'rsatkich, bolalarda ko'krak qafasi a'zolarining jarohatlaridan hosil bo'lgan shikastlanishning umumiy jiddiyligi to'satdan ortishini bildiradi.

Bolalarda ko'krak qafasining shikastlanishlari xuddi shu jarohatning yoshi kattalarnikidan xususiyatiga ko'ra ham, natijasiga ko'ra ham farq qiladi. Torakal jarohat bilan jabrlanganlarning katta guruhlarini taqqoslaganda, yoshi katta bemorlarda qovurg'a sinishlari 75 % holatda, bolalarda esa, faqat 32 %da kuzatilishi belgilangan.



3.23-rasm. O'ngdan ko'krak qafasi a'zolarining to'mtoq jarohati, o'ng tomondan eksudativ plevit

Aytib o'tish kerakki, bola yoshida o'pka va ko'ks oralig'ining shikastlanishlari qovurg'a sinmagan holatlarda ham kelib chiqishi mumkin, bunga bolalarda ko'krak qafasi suyak-tog'ay tuzilishlarining yuqori elastikligi sabab bo'ladi. Yoshi kattalarda 20 %ga yaqin o'lim holatlari kechikkan muddatlarda kuzatiladi, bolalarda esa bu ko'rsatkich (kechikkan o'limlar) 1 %dan kam (3.23-rasm). Shunday bo'lsa ham, umumiy o'lim soni bolalarda kattalarga qaraganda ikki marta ko'p.

Ko'krak devorining shikastlanishlariga lat yeyish, yumshoq to'qimalarning shikastlanishi va qovurg'alarining sinishini o'z ichiga oladigan, ko'krak qafasining yuzaki jarohatlari kiradi. Qovurg'alari singan bolalar, odatda, bunday jarohat olganlarga qaraganda ancha og'ir ahvolda bo'lishadi. Fiziologik kasalliklar darajasi, anatomik shikastlanishlarning kengligi va letallik, singan qovurg'alar soniga parallel ravishda ortadi. Bunda lokalizatsiya va sinish darajasi yirik tomirlar va ko'ks oralig'ining qo'shma shikastlanishlariga nisbatan sezilarli rol o'ynamaydi.

Jarohatga bolaning eng birinchi va odatiy reaksiyasi bu biri – aerofagiya va taxipnoe. Buning natijasida kelib chiqadigan oshqozonning cho'zilishi, diafragmaning ekskursiyalarini kamaytiradi va nafas olishni qiyinlashtiradi. Ichaklarning reflektor to'silishida bolaning ahvoli yanada og'irlashadi. Medaning kengaishini kamaytirish va aspiratsiyaning oldini olish uchun nazogastral nay kiritilishi zarur. Qovurg'alarining sinishi o'pka parenximasi shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan respiratorli buzilishlar va nafasning cheklanishiga olib keladigan lokal og'riq bilan namoyon bo'ladi. Yengil og'riqlar og'riqsizlantiradigan dori-darmonlar bilan yechilishi mumkin, biroq kuchli og'riqlarda, qovurg'alararo lido- yoki novokain blokadasini o'tkazish lozim. Qovurg'alarining sinishi, ba'zan plevra yoki qovurg'alararo tomirlarning shikastlanishlari natijasida, pnevmotoraks va qon ketishni keltirib chiqaradi. Bolalarda qo'shni qovurg'alarining ko'plab sinishlari («Tebranadigan» ko'krak qafasi) ko'krak suyagi sinishlari ancha kam uchraydi.

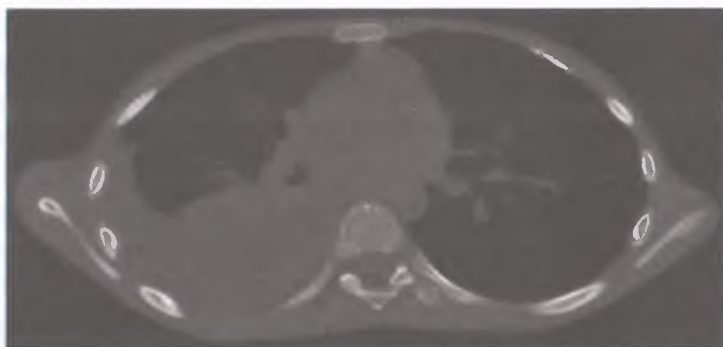
Ko'krak qafasi a'zolarining jarohatlari. Ko'krak qafasining yopiq jarohati o'pkaning parenximatoz qon oqishi va shishishi (contu-

sion) bilan shikastlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Shikastlanishning bu turi natijasi gipoksiya va nafas yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladigan o'pka ichi shuntlanishi oshishi hisoblanadi. Parenximaning zararlanishi suyuqlik va qonning alveolalarga transsudatsiyasi (sizib kirishi)ga olib keladi, bu, o'z navbatida, ventilatsiya/perfuziya munosabatini buzadi va oksigenatsiyani yomonlashtiradi. Bu holatda, ventilatsiyani puflash ta'sirida oshirish yo'li bilan yaxshilashga urinish, barojarohatga va oxir-oqibat o'pka fibroziga olib kelishi mumkin.

Suyuqlik oshib ketishi va shikastlangan o'pka holatining ke-yinchalik yomonlashuvi bo'lmasligi uchun o'pka arteriyasini kate-tirizatsiyalash kerak, bu o'pka-kapillarning bosimini turg'unlashish monitoringini amalga oshirish imkonini beradi. Endotraxeal intu-batsiya va musbat bosim bilan sun'iy ventilatsiya chiqish oxiriga yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Uzoq vaqt davomida talab qilinishi mumkin bo'lgan ventilyatsion terapiya o'tkazish muvaffaqiyatli bo'lishligini mustahkamlashga neyromushak blokadasi yordam beradi. O'pkaning og'ir lat yeyishida, ba'zan 290–300 mosm/l chegarasidagi zardob osmolyarlikni ushlab turishga yo'naltirilgan muolaja zarur. Shikast-langan parenximalarning infeksiyasini davolashni maqsad qilingan antibiotik terapiyaning xususiyati o'pka aspiratidan sochiladigan flora bilan aniqlanadi. O'pka parenximasining jarohati kompyuter tomografiyasida aniqroq tasdiqlanadi (3.24-rasm).

Ko'pincha, KT-tekshirishida oddiy rentgenogrammalarda aniqlanmaydigan pnevotoraks ayon bo'ladi. O'pka ichi zararlanishiga shubha uyg'otadigan klinik alomatlariga keladigan bo'lsak, unda ularga, birinchi navbatda, ko'krak qafasining oddiy rentgenogram-masida normal tasvir fonidagi gipoksiya ($P_{O_2} < C$ 100 mm Hg va $FIO_2 = 1$) alomatlari tegishli. Bir hissaning lat yeyishida letallik 15 %ni, bir necha hissalarining zararlanishida 43 %ni tashkil etadi.

Pnevmotoraks, gemotoraks va gemopnevmotoraks ko'krak qafasi jarohatlarida bir xil chastotada uchraydi, biroq plevral bo'shliqda qon bo'lganida eng ko'p letallik kuzatiladi. Bola yosh-dagi pnevotraks ba'zan alomatsiz o'tadi, ba'zida esa og'ir di-tress bilan namoyon bo'ladi.



3.24-rasm. Ko'krak qafasi MSKT, gemotoraks o'ngda.

Fizikal tekshiruvda ko'rib chiqilganida ko'krak qafasi shilinishi, teri osti emfizemasini, zararlanish tomonda nafasning kuchsizlanishi yoki yo'qolishi va perkussiyada giperrezonansni namoyon qilish mumkin. Ba'zan traxeyaning qarama-qarshi tomonga siljishi aniq ko'rinadi. Nafas yetishmovchiligi alomatlari taxipnoe, rangsizlik va sianoz kuzatiladi. Ko'krak qafasining rentgenogrammasi plevral bo'shliqda havoni va toraygan o'pkani namoyon qiladi (3.25-rasm).

Torakosenez va drenirlash bola holatini darrov yaxshilaydi. O'pka o'z hajmidan ko'ra 15 % kichraygan alomatsiz pnevmotoraksda drenirlashsiz kuzatish ko'rsatilgan, chunki havo bir zumda so'rilib ketishi mumkin. Agar gipoksiya yoki respiratorli distress alomatlari bo'lsa, shuningdek, sun'iy ventilatsiya talab qilinadigan holatlarda mos keluvchi diametrdagi naychani tanlab (katta bolalarda nay French – N20, kichiklarida esa – N12), plevral bo'shliqqa drenaj qo'yish kerak.

Pnevmoatraks qisilishi (3.26-rasm) o'pkaning zararlangan tomonda nafaqat kollapsiga, balki ko'ks oralig'ining surilishi, shuningdek, qarama-qarshi o'pkaning bosilishi va zararlangan tomonda diafragmaning tushishiga olib keladi. Mediastinal tuzilmalarning sezilarli dislokatsiyasi kavak venaning qayrilishiga, tizimli venozli yurakka

qaytish va yurak chiqarishlarini kamayishiga, shuningdek, potensial letal yurak-tomir kollapsiga olib keladi. Bunday holatda plevral bo'shliqning zudlik bilan punksiyalanishi va drenaj nayning kechiktirmasdan, kiritilishi bilan havoning aspiratsiyasi zarur.



3.25-rasm. Pnevmotoraks o'ng o'pkaning kollapsi

Pnevmoetraksni qisilishi respiratorli ditress va shok alomatlari bo'lgan ko'krak qafasi jarohatiga ega har qanday bolada taxmin qilish mumkin. Pnevmoetraks qisilishi, ba'zan tez rivojlanmasdan, intubatsiyadan so'ng, birmuncha kechikib rivojlanadi, chunki o'pka parenximasining ochiq shikastlanishi bo'lgan bolalarda sun'iy ventilatsiyada ijobiy bosim rivojlanishi mumkin.

Teshib kiruvchi jarohat, ba'zan ochiq pnevmoetraks yoki havoning ko'krak devori orqali «so'rilishi» kabi kam uchraydigan shikastlanishga olib keladi. Ko'krak devorida ochiq kavak mavjud bo'lganida, havo plevral bo'shliqqa ham kiradi, ham tashqariga chiqadi, natijada, ko'krak ichi salbiy bosimi paydo bo'lmaydi, bu esa ventilatsiyaning jiddiy buzilishlariga olib keladi. Bu holatda, yarani ko'krak qafasi ger-

metikligini tiklash maqsadida tikish, jarohatdan chetroqda alohida teshik orqali drenaj nayini o'rnatish va antibiotiklarni kiritish lozim.



3.26-rasm. Chapdan pnevmoetraks

Gemotoraks. Yirik tomirlarning shikastlanishi yosh bolalarga xos emas, chunki bolalarda teshib kiruvchi jarohatlar kam uchraydi. Biroq gemotoraks qovurg'alararo arteriyaning shikastlanishi bilan qovurg'aning sinishi natijasida hosil bo'lishi ham mumkin. Ko'krak bo'shlig'iga ko'p qon tushishi ifodalangan gipotenziyaga olib keladi. Gemotoraksni davolashda torakostomik nayni qo'yishgacha venaga yo'l ochish juda muhim, yo'qsa qonning plevral bo'shliqdan tez chiqishi gipovolemiyani keskinlashtirishi va hatto yurakning to'xtashiga olib kelishi mumkin. Ko'krak qafasi jarohati bo'lgan bolada, gipotenzianing qon yo'qotilishining ko'rinadigan alomatlari-

siz rivojlanishi, ko'pincha pnevmotoraks bilan birlashadigan gemo-
toraksqa shubha uyg'otishi kerak.

Plevral bo'shliqdan qonning chiqishini aniqlashda o'rta aksil-
lyar liniya bo'yicha o'tkazilgan torakostomik nay orqali amalga
oshirish eng yaxshi usul. Xuddi shunday drenirlash, o'pkaning soz-
lanishiga sharoit yaratadi va qon yo'qotilishini nazorat qilish imko-
nini beradi. Qonning nay orqali 1–2 ml/kg/soat tezlik bilan ajralishi
bevosita gemostazni amalga oshirish uchun torakotomiyani talab
qiladi. «Qo'l ostida» reinfusion tizim bo'lganda, aspiratsiyairlan-
gan qonning autotransfuziyasining ehtimoli bo'ladi. Boshqa dre-
nirlashda ko'krak qafasida qolgan qon o'pkaning zararlanishi bi-
lan fibrotoraksqa olib kelishi va skoliozni rivojlantirishi mumkin.
Bu asoratlarning olidini olishda, ba'zan plevral bo'shliqdan hosil
bo'lgan qonni olish maqsadida amalga oshiriladigan plevranning
dekortikatsiya operatsiyasi talab qilinadi.

Xilotoraks. Qorin bo'shlig'idan ko'krak bo'shlig'iga o'tib, lim-
fatik yo'l keyinchalik qizilo'ngach o'rtasining uchdan biridan chap
tomonida o'rta liniyani kesib o'tgan va chap o'mrov osti hamda ich-
ki bo'yintiriq venalari qo'shiladigan sohada venoz tizimga oqqan
holda aortadan o'ngda joylashadi. Jarohatli xilotoraks tananing
huddan ziyod egilishida, ko'krak yo'lining uzilishi natijasi sifatida
hosil bo'ladi. Teshib kiruvchi jarohatda yo'l kamdan kam shikast-
lanadi. U, shuningdek, qizilo'ngach traxeoqizilo'ngach teshigini
yo'qotish maqsadida mobillashtirilishi amalga oshirilayotganda
yoki kardiojarrohlik muolajasi operatsiyasi vaqtida yatrogen jaro-
hatlanishi mumkin.

Ko'krak yo'lining uzilishi ko'ks oralig'i yoki plevral bo'shliqda
limfaning yig'ilishiga olib keladi. Tashxis, odatda, kech qo'yiladi,
chunki nafas olish buzilishiga olib kelish uchun limfa sezilarli
darajada yig'ilishi kerak. Xilotoraks tashxisi aspiratsiya vaqtida,
ko'krak qafasidan yog'i bor oq xira suyuqlik ajralganida ayon
bo'ladi.

Dastlabki davolash plevral bo'shliqning triglitseridlarning oral kiritilishi bilan birga, drenirlanishi yoki limfa oqimini kamaytirish maqsadida umumiy parenteral ta'minotdan tashkil topadi. Empyema xilotoraksda kam hosil bo'ladi, chunki limfa bakteriostatik xususiyatlarga ega. Agar 4–6 hafta davomida dori-darmonlar bilan davolash muvaffaqiyatsiz bo'lsa, unda ko'krak yo'lini bog'lash operatsiyasi ko'rsatilgan. Ochish ko'krak qafasning limfa oqimi kuzatilgan tomonidan amalga oshiriladi. Shikastlangan yo'lni topishga muolajadan oldin yog'li ovqatning belgilanishi, operatsiyagacha son suyagiga yoki intraoperatsion diafragmaning teshigiga Evans sinkasini kiritish yoki plevral bo'shliqning fiziologik qorishma bilan to'ldirilishi kabi usullar yordam beradi.

Ba'zan keltirilgan uslublarni qo'llash bilan qidiruv muvaffaqiyatsiz bo'ladi. Bunday holatda, yo'lni ko'krak qafasning o'ng yarmi tomoni diafragma ustidan darrov bog'lash kerak.

Surunkali limfaning doimiy yo'qotilishi limfositlar sonining sezilarli kamayishiga va natijada – immun yetishmovchiligiga olib keladi. Oxir-oqibat limfositopeniya va ozish rivojlanadi. Bu holatda, bola o'tkir zamburug' infeksiyasi, ko'pincha kandidozning obyektiga aylanadi.

Traxeya va bronxlarning shikastlanishi. Bolalarda teshib kiruvchi jarohatlarning kam uchrashi sababli, traxeya va asosiy bronxlarning shikastlanishlari kamdan kam uchraydi va odatda, bolaning ko'krak qafasiga qandaydir juda og'ir jismlar tushganida, ezadigan jarohatlarda (krash sindrom) hosil bo'ladi. Traxeobronxial daraxtning uzilishini pnevmotoraks bilan aloqa uchun qo'yilgan torakostomik nay orqali havoning doimiy ko'p ajralishi kuzatilgan holatlarda kutish kerak. Bu shikastlanishning boshqa alomatlari – mediastinal yoki teri osti emfizemasi, qon tupurish, pnevmotoraks qisilish va keng ko'lamdagi o'pka torayishi.

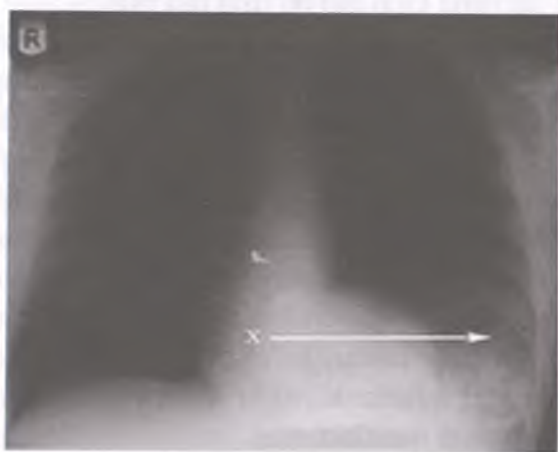
Tashxis qo'yish uchun bronxoskopiyani o'tkazish lozim, bunda tanlov uslubini o'tkazish, qat'iy anesteziya bilan bronxoskop tadqiqot

hisoblanadi. Agar bola intubatsiyalangan bo'lsa, unda fibro-optik bronxoskop qo'llanilishi maqsadga muvofiq. Traxebroxeal shikastlanishlar traxeya va bronxlarni ko'rib chiqishda namoyon bo'ladi. Biroq jarohatning bu turi klinik alomatlar bo'yicha ayon va tashxis shubha uyg'otmaydigan holatlarda, oldindan bronxoskopiya qilmasdan, kechiktirilmagan torakotomiya kerak bo'lishi mumkin. Traxeyaning yuqori bo'limlari zararlanganda, uning tikilishi va traxeostomiya amalga oshiriladi. Pastki traxéal yoki bronxial shikastlanishlarda eng yaxshi yo'l o'rta ko'krak suyagini yorish hisoblanadi. Bronxning keng zararlanishi, ba'zan o'pkaning mos keluvchi hissasining kesishni talab qiladi. Bunday muolajalarning kechikkan keskinlashuvi, nafas olish yo'llarining torayishi bo'lishi mumkin.

Yurakning lat yeyishi. Bolalardagi yopiq jarohatlarda miokard lat yeyishi kam uchraydi. Odatda, u yetarlicha lokallashgan va tezlikda o'tadi. Bunda elektrokardiogrammada ST-T tishchalarning o'zgarishi yoki o'tkazuvchanlikning buzilganlik alomatlari kuzatiladi. Yurak shikastlanishining eng ta'sirchan ko'rsatkichi – kreatin-fosfokinaz (KFK) faolligining oshish, lekin yodda tutish kerakki, o'rganishdagi bu uslubning yolg'on natijalari ham uchraydi. Shikastlanishning kengligi exokardiografiya va radionuklidli angiografiya yordamida aniqlanadi. Garchi, ko'pgina lat yeyishlar asoratlarsiz o'tsa-da, lekin ba'zi holatlarda, og'ir aritmiya yoki yurak yetishmovchiligi rivojlanishi mumkin.

Shunday ekan, yurak lat yeganiga shubha bo'lgan barcha bolalarda, yurak urishining uzoq vaqtli kuzatuv, EKG o'zgarishida bir necha marta o'rganish va KFK-izoenzimlar darajasining aniqlanishi o'tkazilishi kerak. Bevosita to'g'ridan to'g'ri yurak jarohati miokard uzilishiga olib kelishi mumkin, bu, odatda, o'limga olib keladi. Yurak klapanlarining so'rg'ichsimon mushaklarini yoki qorinchalararo to'siq jarohati o'z vaqtida tashxis qo'yilmasa o'lim holatiga olib kelishi mumkin. Bolalardagi jarohatning bu turlari exokardiografiya yordamida to'g'ri tashxislanadi.

Diafragma jarohatlari. Ko'krak qafasi pastki yoki yuqoridagi – qorin bo'limlarining og'ir to'mtoq jarohati eng ko'pi chap tomondan diafragmaning shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Bu shikastlanish kamdan kam va odatda, yuqori tezlikli magistrallarda yo'l-transporti hodisalarida uchraydi. Qorin ichi bosimining juda oshib ketishi diafragmal mushakning uzilishiga olib keladi, buning natijasida qorin bo'shlig'i a'zolari ko'krak qafasiga ko'chadi. Ba'zan bunday holatlarda ularning qisilishi sodir bo'ladi yoki nafas olish buzilishi rivojlanadi. Diafragma konturining vertikal rentgenogrammasidagi o'zgarishlar yoki nazogastral nayning noto'g'ri joylashuvi tashxisni tasdiqlaydi (3.27-rasm).



3.27-rasm. Diafragma yorilishidan so'ng plevral bo'shliqdagi taloq

Shikastlanishlar aniqlanmagan ba'zi holatlarda, diafragma nafas olishning buzilishi yoki qorin bo'shlig'i a'zolarining qisilishi ancha kech rivojlanadi hamda zudlik bilan operatsiyani talab qilishi mumkin. Bu jarohat taloqning ko'krak bo'shlig'iga siljishiga kamdan kam olib keladi, mabodo bu sodir bo'lsa, unda taloq, o'z navbatida, torakostomik nayning qo'yilish vaqtida shikast-

lanishi mumkin. Diafragma shikastlanganida operativ muolajani laparotomik yoʻldan amalga oshirgan maʼqul, bu qorin boʻshligʻi aʼzolarining birlashgan jarohatlarini oʻtkazib yubormaslik imkonini beradi. Koʻkrak qafasining pastki boʻlimlarida sanchilgan va oʻq otib teshilgan jarohatlarda (gʻudda liniyasidan pastda) nafaqat diafragma, balki qorin boʻshligʻining kavak aʼzolari ham shikastlangan boʻlishi mumkin.

Chaqaloqlarda koʻkrak qafasining shikastlanishi. Respiratorli distress-sindromni davolashda oʻpkaning sunʼiy ventilatsiyasini keng qoʻllanishi oqibatida chala tugʻilgan chaqaloqlarda koʻkrak qafasining yatrogen jarohati oshdi. Bunga oʻxshash shikastlanishlar, odatda, SNAdagi yuqori bosim, bevosita oʻpka parenximasiga endotraxeal nay orqali ehtiyotsizlik bilan kiritiladigan soʻruvchi kateterlarda yoki plevral boʻshliqqa torakostomik nayning qoʻyilishida oʻpka teshilishni keltirib chiqaradi.

Yosh bolalarda nafas yetishmovchiligini samarali davolash usuli, oʻpkaning mexanik ventilatsiyasi oʻtkazilayotganda, koʻpincha yuqori inflyatsion bosim va nafas chiqarish oxirida, musbat zaryadning qoʻllanilishi talab qilinar ekan, bunday holatda, Pnevmotraksni qisilishining hosil boʻlishi, yetarlicha tabiiy hisoblanadi va chaqaloqlarda SNAning barcha holatlarining 25 %ida uchraydi. Bu keskinlashuvning rivojlanishi yuqori ventilyatsion bosimda, havo peribronxial soha oldidan kirishi va visseral plevranning uzilishini chaqirishi bilan tushuntiriladi. Oʻz vaqtida oʻtkazilgan pnevmotraksning davolanishi hayotiy muhim, chunki chaqaloqlarda u deyarli doim qisilgan boʻladi. U maʼlum tajriba va qator muhim detallarni hisobga olishni talab qiladi. Shuning uchun agar tortilgan pnevmotraks diagnostikalangan, lekin shu vaqtda bola oldida boʻlgan shifokorlarda mos keluvchi qobiliyatlar boʻlmasa, unda bemor holatini turgʻunlashtirishda inyeksiyalar uchun oddiy N22 kateteri bilan torakotsenez qilgan maʼqul. Drenaj nayning plevral boʻshliqqa qoʻyilishi esa, keyinchalik ancha tajribali odam tomonidan va mos keluvchi sharoitlarda amalga oshirilishi mumkin. Bunday holatlarning 25 %larda uchraydigan, oʻpkaning shikastlanishidan qochish uchun koʻkrak qafasiga kirishda egik qis-

qichdan foydalanish maqsadga muvofiq. Shu maqsadda qo'llanilgan troakara o'pkaning shikastlanishi ehtimolini oshiradi, shuning uchun troakardan foydalanish kerak emas. Nay ko'krak bo'shlig'iga kiritilganidan, uning uchi darrov plevral bo'shliq gumbaziga, yuqoriga yo'naltirilishi kerak.

Ventilyatsion terapiyaning yana bir ehtimoli bo'lgan keskinlashuvi – so'ruvchi kateterni chaqaloq bolaning intubatsion nayiga juda chuqur kiritib yuborilganida bronx perforatsiyasi. Bronxning yatrogen perforatsiyasini holati intubatsion naydan so'rilganidan, yoki agar qonli namlik sanirlanganda, yoki so'ruvchi kateter bilan sanatsiyadan so'ng pnevmotraks hosil bo'lishidan va ko'krak qafasiga kiritilgan drenaj naydan havo chiqishi doimiy davom etganidan yomonlashadigan yosh boladan kutish kerak. Chaqaloqlarda bronxoplevral yaralar, odatda, ko'p letallikka olib keladi. Davolash torakotomiya va shikastlangan o'pkaning tikilishidan iborat bo'ladi. Operatsiyaga ko'rsatkichlar havoning doimiy ko'p miqdorda ajralishi, o'pkaning qat'iy kollapsi va plevral bo'shliqning adekvat drenirlanishiga qaramasdan progresslanadigan gipoksiya hisoblanadi. Agar turli og'irlik va tana o'lchamlari bo'lgan bolalarda orokarinal va nazokarinal masofalarning kattaliklarini aks ettiruvchi sxemani yodga olinsa, bronx perforatsiyasini so'ruvchi kateter bilan oldini olishning ehtimoli bor.

Nazorat testlari

1. Bronxlarning yot jismining rentgenologik alomatlariga xos xususiyatlari:

- A) bo'lak va segmentlarning atelektazi
- B) vikar emfezima
- D) ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi
- E) ko'ks oralig'i a'zolarining og'riqli tomonga siljishi
- F) diafragma gumbazining yuqori turishi

2. Qizilo'ngachda yot jism bo'lishining klinik alomatlari:

- A) disgafiya
- B) qizilo'ngachli qusish
- D) nafas qisishi
- E) ko'krakdagi og'riqlar
- F) shok

3. Qizilo'ngacha kuyganida vaqtli bujlash muddatlari:

- A) o'tkir yallig'lanish tugatilganidan 2-3 hafta o'tganidan so'ng
- B) fibrin izlar yo'qolganidan 1-1,5 oy o'tgach
- D) hatto yallig'lanish alomatlari bo'lganida ham 10 kundan so'ng
- E) qizilo'ngachning katta qorinli siqilishining birinchi alomatlarida 2-3 oydan so'ng
- F) suyuq ovqat yutish saqlanganda 3-4 oydan so'ng

4. O'BD ning patologoanatomik klassifikatsiyasi?

- A) byulyoz, absedlanadigan, o'pka-plevral
- B) o'pka ichi, o'pka tashqarisi
- D) keskinlashgan, keskinlashmagan
- E) kistonziya, multikistonziya
- F) bo'lak, segment

5. «Plashsimon» plevritning rentgenologik alomati?

- A) ko'ks oralig'i a'zolarining siljishsiz gemotrikaksning gomogenli qoralashishi
- B) o'pka maydonining bo'lakli qoralashishi
- D) ko'ks oralig'i a'zolarining og'riqli tomonga siljishi bilan o'pkaning gomogen qoralashuvi
- E) ko'ks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga siljishi bilan o'pkaning gomogen qoralashuvi
- F) ko'ks oralig'i soyasining kengayishi bilan ikkala o'pkaning ham polisegmentar qoralashishi

6. Bronxga ochilgan o'pka absessining rentgenologik alomati?

- A) suyuqlik darajasi va perifokal infiltratsiyaga ega dumaloq soya

- B) perifikal infiltratsiyasizi dumaloq soya
- D) «g'ijimlangan qog'oz» soyasi shu'lasidagi shaklsiz soya
- E) aniq ifodalangan kapsulali dumaloq soya
- F) yoritilganlikning alohida qismlariga ega elipsoped soya

7. Uzoq vaqt bitmayotgan bronxoplevral teshiklarni davolashning optimal uslubi:

- A) teshikka ega bronxning qidiruvli okklyuziyasi
- B) torakotomiya, teshikning tikilishi
- D) plevral bo'shliqning doimiy drenerlanishi
- E) plevral drenajni faol aspiratsiyaga davriy ulash
- F) plevral bo'shliqning faol aspiratsiyasi

8. Exinokokkoz bilan kimlar kasallanadi:

- A) it va bo'rilar bilan yaqin aloqadagilar
- B) hayvon jigarini iste'mol qilganda
- D) shoxli mollarning o'pkasi iste'mol qilinganda
- E) mushuklar bilan yaqin aloqadagilar
- F) ichakdan bo'lgan kolbasalarni iste'mol qilganda

9. Bolalarda ko'krak qafasining yopiq jarohatida ko'pincha quyidagilardan qaysi biri o'rin tutadi:

- A) opkaning kontuziyasi (lat yeyishi)
- B) o'pkaning shikastlanishi bilan qovurg'alarning sinishlari
- D) pnevmotraks
- E) gemotoraks
- F) bronx va o'pkaning yorilishi

10. Bolaning qovurg'alari singanida quyidagilardan qaysilari zarur:

- A) rentgen suratini olish
- B) bola ko'krak qafasini choyshab bilan qisib bog'lash
- D) o'tkazuvchan novokainli blokadani amalga oshirish

- E) pnevotraks bo'lganida – plevral bo'shliqni drenirlash
F) tinchlik bo'lishini va kislorod ingyatsiyasini ta'minlash

Adabiyotlar

1. Bola yoshidagi torakal jarrohlik. E. A. Stepanov. M., 2005. 2-nashr.
2. Bolalarda torakal jarrohlikda endojarrohlik operatsiyasi. A. Yu. Razumovskiy, B. Mutipov, M., 2010.
3. Bolalarda o'tkir destruktiv pnevmoniyalar. A. M. Shamsiyev. Toshkent. 1996.
4. Pediatric Thoracic Surgery . Dakshesh H. Parikh et al., London. 2009.
5. Newborn Surgery. Prem Puri. London, 2013.

4-BOB. BOLALARDA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING O'TKIR XIRURGIK KASALLIKLARI

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'rkir xirurgik kasalliklari quyidagicha tasniflash mumkin:

- oshqozon-ichak trakti kasalliklari (yallig'lanishli va oshqozon-ichak traktini o'tkazuvchanligining buzilishi);
- parenximatoz a'zolar kasalliklari (kelib chiqishi travmatik va yallig'lanish);
- o'tkir ginekologik kasalliklar.

Yuqoridagi kasalliklarni klinik jihardan umumiy terminga birlashtirish mumkin. Kop yillik tajribaga qaramasdan «o'tkir qorin»ni tashxislash davo usilini tanlash hozirgi davrda ham muammoligicha qolmoqda.

4.1. O'tkir appenditsit

O'tkir appenditsit – tezkor xirurgik muolaja o'tkazish zarur bo'lgan kasallik bo'lib, bolalar orasida keng tarqalgan. A.F. Dronovning (2008) ma'lumotiga ko'ra «bolalarda barcha qorin bo'shlig'ida o'tkaziladigan tezkor operatsiyalar orasida appendektomiya 75 %ni tashkil qiladi». Bolalarda kattalarga nisbatan chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishi juda tez yuzaga keladi va peritonit bilan asoratlangan destruktiv shakllari ko'p uchraydi. Bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlari kasallikning kechishi, semiotikasiga katta ta'sir o'tkazgan holda klinik belgilari butunlay kattalardan farq qiladi. Kattalar o'z kasalligi o'tkir appenditsit ekanligini o'zi aniqlay oladi, bolalar esa aniqlay olmaydi.

Etiologiya va patogenezi. Yuzlab ilmiy izlanishlar olib borilishiga qaramasdan o'tkir appenditsit etiologiyasi va patogenezi hozirga qadar mavxum bo'lib qolmoqda. Morfologik ilmiy izlanishlar

shuni isbotladiki, chualchangsimon o'simtaning yallig'lanishi bakteriyalarning shilliq parda, shilliq parda osti va mushak qavatlariga o'tishi natijasida rivojlanadi. Ko'pchilik mualliflarning fikri bo'yicha o'simta bo'shlig'idagi tiqilgan fekalitlar (axlat toshlari), gelmintlar to'plami va shartli patogen mikroorganizmlarning aktivlashishi yallig'lanishning boshlang'ich mexanizmi bo'lib xizmat qiladi. Natijada yuzaga keladigan o'simta devoridagi shish, leykositlar infiltratsiyasi, limfatik follikulalarning giperplaziyasi, o'simta bo'shlig'ining butunlay tutilishi, o'simta devorida qon va limfa harakatining pasayishi, tutqich to'qimasining shishi, ishemiya va trombozga olib keladi. Bu o'zgarishlar oxir-oqibat o'simta devorida destruktiv jarayon (o'simta bo'shlig'ida yiring to'planishi, devorida nekroz va perforatsiya) yuzaga kelishiga olib keladi.

Appenditsit klassifikatsiyasi. O'tkir appenditsitning juda ko'p klinik-morfologik klassifikatsiyalari mavjud. Ammo klinik amaliyotda ikki guruh morfologik o'zgarishlar tafovut qilinadi.

1. Chualchangsimon o'simtada nodestruktiv o'zgarishlar (oddiy yoki kattaral shakl, surunkali appenditsit yoki surunkali appenditsit xuruji)

2. Destruktiv shakl (flegmonali, gangrenali, gangrenali-perforativ).

Diagnostik qiyinchiliklar odatiy va surunkali shakllarda namoyon bo'ladi. Bu shakllar ba'zi noxirurgik kasalliklarga o'xshash kechadi (ichak infeksiyalari, abdominal sindrom bilan o'tuvchi respirator-virusli kasalliklar, mezoadenitlar va boshqalar).

O'tkir appenditsit klinikasi va diagnostikasi. O'tkir appenditsitning klinikasi bolalarda umumiy ajralib turuvchi alomatlarining mahalliy alomatlardan ustunligi bilan ta'riflanadi va ko'p jihatdan bolaning yoshi, o'simtaning anatomik joylashishi hamda bola organizmining reaktivligiga bog'liq bo'ladi. Bu xususiyatning asosida bola organizmining to'liq yetilmaganligi, jumladan, markaziy va vegetativ asab tizimining yetilmaganligi yotadi. Bolalar, ayniqsa, 3 yoshga yetmagan bolalar og'riq joyini ko'rsata olmaydi, og'riq kuchi va xususiyatini ayta olmaydi. Agar katta yoshli bemorlar shikoyatini eshitib, anamnezini batafsil yig'ilsa, ishonch

bilan dastlabki diagnoz qo'ysa bo'ladi. Bo'lajak operatsiyadan havotirda bo'lgan bemor bolalarning ota-onalari esa savollarga «aralash-quralash» javob berishlari, vrachdan shu javoblar ichidan keraklilarini ajratib olish va qo'shimcha savollar bilan maqsadga erishish talab qilinadi. Kasallik anamnezini yig'ish mobaynida, vujudga keladigan qiyinchiliklar qatorida, kasallik obyektiv belgilarini aniqlashda ham murakkabliklar yuzaga keladi. Bu bemor bola bilan muloqotning qiyinligi, vrachning malakasi, tekshirish usulini yaxshi o'zlashtirganligi va boshqa omillarga bog'liq. O'tkir appenditsit diagnozini qo'yishda, bu omillarning ta'siri, ayniqsa, 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda namoyon bo'ladi.

Yuqorida qayd qilinganidek qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklariga xos bo'lgan uch asosiy alomat o'tkir appenditsitga ham xosdir: og'riq, qayt qilish va ichak faoliyatining buzilishi. Tana haroratining subfebril va undan yuqori ko'tarilishi, kichik va maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga xosdir. Og'riq vaqti-vaqti bilan kuchayuvchi doimiy xususiyatga ega bo'ladi. Ba'zida bolalar ma'lum joydagi qattiq og'riqqa shikoyat qiladilar, to'shakda majburiy – o'ng tomonga yonboshlagan, oyoqlarini tizza va bo'ksa bo'g'imlarida bukkan holatni ma'qul ko'radilar. Yoshi katta bolalar ba'zida og'riq qorinning o'ng tarafi yoki o'ng yonboshi sohalarida ekanligini ko'rsatadi. Og'riq sohasi va xususiyati chuvalchangsimon o'simtaning anatomik joylashishiga bog'liq. Masalan, o'simta chanoq sohasida joylashganda, bolalar qorinning pastki sohalaridagi og'riqdan shikoyat qiladi. Bunda «tupuksimon» ich ketishi hamda tenezm (og'riqli soxta qistash) kuzatiladi. Retrostekal joylashganda esa og'riq intensiv xarakterga ega bo'lmaydi.

Bir yoki ikki marta beixtiyor qayt qilish o'tkir appenditsitga xos. Faqat kichik yoshdagi (3 yoshgacha) bolalarda qayt qilish ko'p marotaba bo'lishi mumkin. Ichak faoliyatining buzilishi ham bolaning yoshiga qarab o'zgaruvchan bo'ladi. Agar katta yoshdagi bolalarda qabziyat ko'p kuzatilsa, kichik yoshdagi bolalarda bir yoki ikki marotaba ich ketishi (diareya) kuzatilishi mumkin. Qayt qilish va ichak faoliyatining buzilishi ko'p jihatdan qorin parda yallig'lanishiga

(qitiqlanishiga) bog'liq. Shu narsani esda tutish kerakki, ota-onalar, ko'pincha bola ahvolini yengillashtirish maqsadida, tana haroratini ko'tarilganda, bezovtaligini nazarda tutgan holda, «o'zbiarmonlik» bilan og'riq qoldiruvchi, tana haroratini tushiruvchi spazmolitik doridarmonlarni qo'llaydilar. Bu esa yuqorida qayd etilgan alomatlarni pasaytirishga va tashxis belgilashda xatoliklarga yo'l qo'yilishiga olib kelishi mumkin.

O'tkir appenditsit kasalligini aniqlash maqsadida qorinni tekshirishda 30 dan ziyod alomatlar ko'rsatilgan. Ammo bolalar xirurgi uchun uchta alomat asosiy bo'lib qoladi: qovurg'a bilan qorin sohasini paypaslab ko'rilgandagi lokal og'riq (Filatov simptomi) (1), qorinning o'ng bo'lagidagi himoya (sust) taranglashuvi (2) va qorin pardasining ta'sirlanishi (Shetkin-Blyumberg simptomi) (3). Qolgan barcha alomatlar bolalarda aniqlanishi qiyin hamda ikkinchi darajali ahamiyatga ega usullar hisoblanadi.

Qorinni tekshirish bola nafas olguncha bir o'ng, bir chap tarafini ikki qo'llab (yuzaki) paypaslashdan boshlanadi. Bunda paypaslashni qovurg'a osti sohasidan boshlab pastga ikkala yonbosh sohaslariga yo'naltiriladi. Bu usul nafaqat og'riq sohasini, balki mushaklarning qattiq taranglashuvini o'tkir appenditsitga xos yumshoq taranglashuvidan farqlashga imkon beradi. Xirurglar tomonidan keng qo'llaniladigan yana bir usul ustida to'xtab o'tamiz. Paypaslash chap yonbosh sohasidan boshlanib, soat strelkasiga qarama-qarshi yo'g'on ichak yo'nalishi bo'ylab qadam-baqadam paypaslab boriladi. O'ng yonbosh sohasiga yotganda, bola og'riqdan shikoyat qila boshlaydi, qo'l esa shu sohada mushak taranglashganini sezadi. Mushaklar tarangligi mavjudligi aniq bo'lmasa (o'simtaning retrostekal, noodatiy joylashuvi), «nuqtali» perkussiyadan foydalaniladi. Bunda vertikal joylashtirilgan ko'rsatkich barmoq ustida qorinning har xil nuqtalari sohasida perkussiya o'tkaziladi.

Pirovardida, qorin parda ta'sirlanishini (Shetkin-Blyumberg simptomini) aniqlanadi. Bu quyidagicha bajariladi. Qorin devori

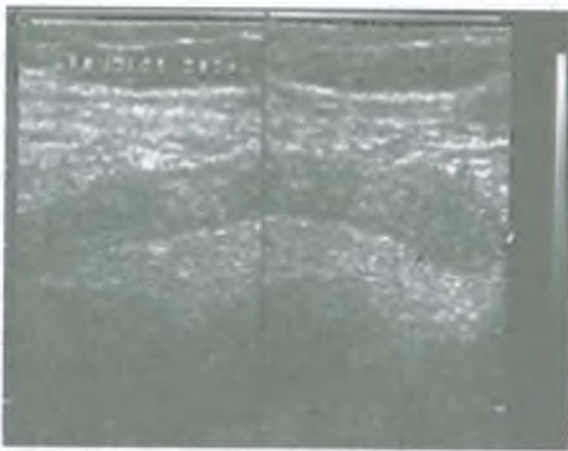
sekin-asta bosib boriladi va tezda tortib olinadi. Shetkin-Blyumberg simptomining ijobiyligi, qo'l tortib olinganda, bola qattiq og'riq paydo bo'lganligini aytadi.

Chuvolchangsimon o'simtaning tos sohasida joylashuvi, appendikulyar infiltrat, abscess va ginekologik kasalliklarini aniqlashda barmoq yordamida rektal (to'g'ri ichak) ikki qo'llab tekshirish usuli katta ahamiyat kasb etadi.

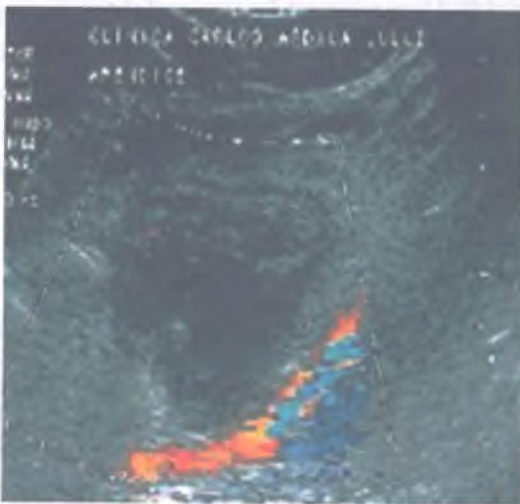
Diagnoz qo'yishda gumon, ikkilanish vujudga kelgan hollarda (lokal og'riqning bo'lmasligi, muskul tarangligining gumonli bo'lishi, qorin parda ta'sirlanishining aniqlanmasligi), ammo qorinda aniq bo'lmagan og'riqning saqlanib turishida, diagnostik xatoga yo'l qo'ymaslik maqsadida statsionar sharoitida qat'iy kuzatuv olib borish shart.

Organizmدا yallig'lanish jarayoni mavjudligini aniqlashda qonni laborator tekshirish ma'lum ahamiyatga egadir. Qonda leykositlar sonining qisman ko'tarilishi (12–17x10⁹/l.), leykositlar formulasining biroz chapga siljishi 50–60 % hollarda o'tkir appenditsitga xosdir. EChT (eritrotsitlar cho'kishining tezligi) oshishi bilan giperleykositoz faqat 5–7 % hollarda uchraydi. Boshqa hollarda leykositlar soni o'zgarmagan, ba'zida esa kamayishi ham mumkin.

O'tkir appenditsit diagnostini aniq qo'yishda, qo'shimcha tekshiruv usullaridan, jumladan, elektrotermometriya, teplovideniye, elektromiografiya, UTT, KT, MRT va laparoskopiya usullaridan foydalanish mumkin. Yuqorida qayd etilgan 3 tekshiruv usuli qorin bo'shlig'idagi umumiy yallig'lanish jarayonini ko'rsatib, lokal o'zgarishlar ishonchligi past darajada ekanligi bois hozirgi paytda keng miqyosda qo'llanilmayapti. KT va MRT tekshiruv usullari qimmat bo'lish bilan birga, lokal o'zgarishlar va ularning xarakterini to'g'ri talqin qilib bera olmaydi. Doppler rangli tasviri bilan o'tkaziladigan UTT usuli e'tiborga loyiqdir. Usulning ishonchligi va o'ziga xosligi, albatta, shu sohani yaxshi egallagan shifokor tomonidan qo'llanilsa 80 %ni tashkil qiladi (4.1–4.2-rasm).



4.1-rasm. Bo'ylama kesimda o'simtaning tasviri



4.2-rasm. Bo'ylama skanerlashda teshilgan appendiksning ko'rinishi

Oxirgi o'n yilliklarda laparoskopik usul nafaqat diagnostikada, balki o'tkir appenditsitni davolashda ham keng ko'lamda

qo'llanilmoqda. Laparoskopiya operatsiyagacha bo'lgan davr mobaynida chuvalchangsimon o'simtani ko'z bilan ko'rish va uning morfologik tuzilishiga baho berishga imkon yaratuvchi yagona usul hisoblanadi. A.F. Dronovning (2005) ta'biricha, laparoskopiyani qo'llash 40 % asossiz appendektomiya o'tkazishni kamaytiradi.

Davolash. XIX asr oxiri 1887-yil T.G. Morton birinchi bo'lib muvaffaqiyatli «appendektomiya» operatsiyasini bajargandan so'ng, o'tkir appenditsitni davolash butunlay xirurglar qo'liga o'tdi. 1889-yil Charlz Mak-Burney yozgan edi: «Mening fikrimcha, o'tkir appenditsitda og'riqning eng sezilarli nuqtasi, bir barmoq bilan bosilganda, o'ng yonbosh suyagining oldingi-yuqori o'sig'i bilan kindik orasidagi chiziq orasidagi bir yarim, ikki dyuymni (3,8 va 5 sm) tashkil qiladi» (Ashkraft K.U.). Mak-Burney ta'kidlagan nuqta ayni an'anaviy appendektomiya bajarish (kesim o'tkazish) uchun mo'ljal bo'lib qoldi. Hozirgi paytda, appendektomiya operatsiyasini bajarishda, an'anaviy va laparoskopik usullarning har xil variantlari taklif qilingan: antegrad, retrograd appendektomiya, kiset chok bilan o'simta cho'ltog'ini cho'ktirish va boshqalar. Barcha usullarning asosiy maqsadi bitta, ya'ni yallig'langan o'simtdan xalos bo'lish.

4.2. Nekrotik enterokolit

Nekrotik enterokolit (NEK) – polietologik sindrom, o'linga sabab bo'luvchi og'ir kasallik. Chaqaloqlarning 5 %da uchraydi va og'ir asoratlarga sabab bo'ladi. Bu kasallikning ko'pchiligi chala tug'ilgan, vazni 1500 gr va undan kam vazndagilarda uchraydi. Uzoq yillar davomida bu kasallik to'g'risida aniq bir fikr-ma'lumotlar yo'q edi. Boshqa bir qancha kasalliklarning asorati: funksional ichak tutulishi, qorin bo'shlig'i absessi, ichak teshilishi, appenditsit, ishemik enterokolit, chaqaloqlar ichak infarkti va boshqalar. 1964-yilda, bu patologiya to'g'risida birinchi ma'lumot berilgan. 1967-yilda, bu kasallikni xirurgik davosi to'g'risida manbalarda yozilgan.

Etiologiyasi – ko‘p omilli: perinatal davrda o‘tkazgan ishemiya, stress holat, chaqaloq ichaklarining rivojlanish nuqsonlari, posnatal davrdagi ovqatlanish tartibining buzilishi va boshqalar. NEK uchrashi 2,4 : 1000 chaqaloqda kuzatilib, neonotologiya bo‘limlarida intensiv davoga muhtoj bo‘lganlarning 2,1 %ini tashkil etadi.

Patogenezi – stress holatlarda, ichaklar ishemiya va sirkulyar holatning izdan chiqishi. Qon oqimining markazlashishi yoki mezintral qon oqimining buzilishi. Ichak shilliq qavati himoyalalanishining bo‘lmasligi. Ichak tomirlarida mikrofloralarning to‘planishi evaziga, qon oqimining buzilishi. Ichak shilliq qavatida yaralar hosil bo‘lishi va koagulyastion nekroz, ishaklarning teshilishi.

Klinik nuqtayi nazardan NEK keng qamrovli kasallik bo‘lib: yengil kechuvi, hech qanday asoratsiz o‘tishidan tortib, ko‘pchilik hollarda og‘ir asoratlarga va o‘limga sabab bo‘luvchi kasallikdir. NEK nafaqat chala tug‘ilgan chaqaloqlarda, ba‘zan vaqtida tug‘ilgan va undan katta yoshdagilarda ham uchraydi.

• Adabiyotlardagi berilgan manbalarga ko‘ra, kasallik homilaning 31 haftaligida yuzaga keladi, bolaning o‘rtacha vazni – 1460 gr bo‘ladi.

• 16–18 % hollarda kasallik, chaqaloq hayotining birinchi kunlarida uchraydi.

NEK sabab bo‘luvchi omillar – turlicha, kasallikning boshlanishida va keyingi davrida ham unga xos bo‘lgan, aniq biror-bir belgi yoki NEKning boshqa kasalliklarini farqlab olish uchun juda qiyin. Mutaxassislar fikriga ko‘ra, NKE sabab bo‘luvchi omillar:

• chaqaloqlar gipoksiyasi va asfiksiyasi (apnoe, o‘tkir bronxo-o‘pka kasalliklari);

• gipovolemik shok;

• tug‘ruq paytida bolaning teskari (orqasi bilan) kelib qolishi;

• egizaklar tug‘ilishida, namoyon bo‘luvchi sariqlik;

• yurakning tug‘ma nuqsonlari;

• qon va qon o‘rnini to‘ldiruvchi vositalarni quyish;

• qo‘shimcha giperosmolyar aralashmalarga o‘tkazish;

• kindik arteriyasi va venasining kateterizatsiyasi, dori vositalarini yuborish.



4.3-rasm. NEKda chaqaloqning tashqi ko‘rinishi

Katta yoshdagi bolalarda, umumiy sovuq qotish, yurakning tug‘ma nuqsonlari va og‘ir diareya sabab bo‘ladi.

Operatsiyadan keyingi NEK. 1980-yildagi manbalarda, operatsiyadan keyin NEKning kelib chiqqanligi to‘g‘risida ma‘lumot berilgan. Olma po‘stlog‘i sindromi bilan operatsiya qilingan ikkita bemorda, og‘ir ichak nekrozi bo‘lganligi aniqlangan.

NEK ning klinik ko‘rinishlari: kasallikning erta 1–10 kunlarida namoyon bo‘ladigan belgilari: tana haroratining o‘zgaruvchanligi, bolaning uyquchanligi, terisining rangparligi (oqargan) va boshqalarni, sepsisdan farqlash qiyinchilik tug‘diradi. Klassik uchlik simptomi: qorinning dam bo‘lishi, gemokolit, me‘dada ovqatning turub qolishi. Kuchayib boruvchi jarayon: qorin oldi devori terisining qizarishi, shishi, ichak tutilish belgisi, asidoz, anuriya, qusish, qon aralash najas, apnoe, holsizlik, teri yuzasida toshmalar toshishi va boshqalar.

Kasallikning kechishi bo‘yicha: yashin tezligida (chaqmoqsimon) rivojlanuvchi shakli; o‘tkir kechishi shakli; o‘tkir osti shakli;

lokal shakli; multisegmentar shakli; ichakda keng tarqalgan yoki pannekroz shakli.

Diagnostikasi. Batafsil anamnez yig'iladi, homiladorlikning kechishi, tug'ruq jarayoni, asfiksiya, ko'rsatilgan yordam va boshqa bir qancha holatlarni aniqlash. Klinika-laborator-instrumental tekshiruvlardan boshlanadi.

Laborator diagnostikasi. Barcha laborator o'zgarishlar sepsisga xos bo'ladi. Umumiy qon va siydik. Qonning barcha tahlillari; trombositopeniya – qonning ivish jaroyoni buziladi, DVS, neytropeniya. Qonning quyulish, protrombin va tromboplastin vaqti cho'ziladi.

Gipernatrimiya, bo'shliqlarga suyuqliklarning to'planishi. Axlat tahlilida qon bo'lishi. Kislota-ishqor muvozanatining izdan chiqishi xos bo'ladi. Ekmaga: qon, siydik, najas va boshqalar olinadi. NEK boshlanishida 3/1 bemorlarda leykositlar kamayishi, yana bir qismida o'zgarmasligi mumkin, qolgan bir qismida – yuqori bo'lsa, juda og'ir ahvoldagilarida leykositoz past bo'ladi.

NEK – qon tahlilida trombositar o'zgarish xos bo'ladi.

Kislota-asosi. Arterial qonda gaz aniqlanadi va asidoz kuzatiladi. Arterial qon ko'rsatgichida pH 7,2 dan past bo'ladi. 4 soat davom etgan metabolik asidozdan keyin, bemorning ahvoli yomonlashib, zardobdagi natriyning miqdori tez tushib ketadi. Giponatrimiya, sepsis, suyuqlik yo'qotish, ichak nekrozi evaziga bo'shliqlarga suyuqlik yig'ilishi kuzatiladi.

Nur diagnostikasi. Qorin bo'shlig'ini rentgenografiya tasviri. NEK bo'ladigan rentgenologik alomatlar yaxshi o'rganilgan, ichak qovuzloqlarining kengayishi – juda ko'p kuzatiladigan alomatlardan biri. Ko'plab ichak qovuzloqlarining kengayishi, ichak tutulishining belgisi 4.4-rasmda ko'rsatilgan.

Keng tarqalgan pnevmatoz bu o'limga sabab bo'luvchi ko'rsatkichlardan biridir. Qayta rentgen tasviriga tushirilganda ichak qovuzloqlarining harakatsizligi (ichak holatining o'zgarmaganligi) ichak ishemiyasining belgisi bo'ladi.



4.4-rasm. NEK rentgenologik tasviri



4.5-rasm. Darvoza venasida gaz ko'rinadi

Ichaklarda gaz to'lishining susayishi va nomutanosib joylashishi, ichak peristaltikasining izdan chiqishi ichak ishemiyasidan darak beradi.

To'satdan istisqoning paydo bo'lishi noxush holat, ya'ni qorin pardasining ta'sirlanishi, bakterial peritonitning belgisidir. Bu o'zgarish

ikkilamchi ichak teshilishi evaziga yoki ichak devoriga infeksiyaning yetib borishi natijasidir. Darvoza venasida havoning bo'lishi – juda og'ir holatdir. Portal sistemada havoning bo'lishi jigarga boradigan qon oqimni izdan chiqaradi (4.5-rasm).

Rentgen tasvirida me'daning kengayishi – NEKning yana bir belgisi bo'lib, qorinning o'n ikki barmoqli ichakka o'tadigan qismidagi shish, o'tkazuvchanlikning izdan chiqishi, bu bakteriyaning shilliq qavatga ta'siri me'da shilliq qavatining ta'sirlanishidir.

Kontrast tekshiruv va davolash. Qorin bo'shlig'ida erkin gaz bo'lganda, bariy bilan kontrast tekshiruv o'tkazilmaydi. Agarda rentgen tasviri aniqlik bermasa va o'zgarishlar kuzatilmasa, ichaklar davriy aylanishining (buralib qolishi, agangliozda) buzilishiga shubha qilinganda, irrigogramma qilinadi.

Radioizotop skanerlash. Qorin bo'shlig'i a'zolarini skanogrammasida, pirofosfat texnesiy-99 t – izotopdan foydalaniladi, izotop nekrozga uchragan to'qimalarda to'planadi. Bu usulda jigar va ichakdagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin bo'ladi.

Ultratovush yordamida darvoza venasidagi havoli pufaklarni va boshqa o'zgarishlarni ko'rish mumkin.

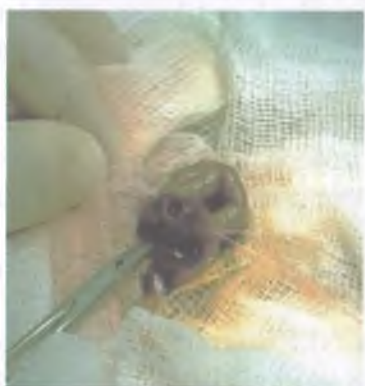
Yadro magnit rezonans (YaMR)da. NEKni erta diagnostikasida YaMR qo'llash mumkin. Rentgen tasviri va klinik belgilari hali aniq bo'lmaganda foydalansa bo'ladi. Keng ko'lamda qo'llash hozircha o'z tasdig'ini topmagan.

Davosi. Kasallikka gumon bo'lganida, enteral ovqatlantrish to'xtatilib, nazogastral zond qo'yilsa va erta diagnostika qilinib, konservativ davo muolajalari boshlansa samara beradi. Emlash javobi kelgunga qadar, penitsillin va aminoglikozidlar boshlanib, periferik venadan oziqalantirish boshlasa foydali bo'ladi. Ba'zi bir hollarda, anoerob floralarga qarshi – makrolidlar yoki metronidazol (flagil) qo'shilsa ham bo'ladi.

Klinik va rentgenologik kuzatuv natijalari samara bera boshlasa, shu davoni 10 kungacha davom ettiriladi. Nazogastral zondni oldinroq olsa ham bo'ladi, faqat enteral ovqatlantrish 2 haftaga to'xtatiladi. Samarali natijadan keyin kam-kamdan hollarda sekin-astalik bilan ovqatlantrishga o'tsa bo'ladi.

Kuchayib boruvchi NEKda qorin bo'shlig'ida havoning bo'lishi, me'dada ko'p miqdorda shilliqning to'planishi, ichakda pnevmatoz va axlatda qon bo'lganida, parenteralnoe oziqalantirish 3 haftaga cho'ziladi. Ichaklarga tinchlik berilsa, shu muddat ichida, zararlangan ichakdagi jarohatlar bitadi.

Xirurgik davoga ko'rsatma. Ko'pchilik hollarda qorin bo'shlig'ida havo bo'lishi va peritonizim hollari. Juda kam hollarda, ichak pnevmatozi. Xirurgik muolajani o'tkazishdan maqsad, ichaklar faoliyatini tekshirish, perforatsiyani oldini olish, ichak nekrozi aniqlash va rezeksiya qilishdan iborat bo'ladi.



4.6-rasm. NEK ichak rezeksiyasi

Hozirda xirurgik aralashuvga quyidagi yangi qo'shimchalar kritildi:

- Qorin bo'shlig'ida o'smasimon hosila aniqlanishi, qorin bo'shlig'ida abscess yoki konglomeratning kuzatilishi, bir-biriga yopishgan, nekrozga uchragan ichak qovuzlog'idir.

- *Qorin oldi devorida yallig'lanishi alomatlari bo'lganida.* Qattqlik, shish, teri osti yog' qavatidagi fibroz o'zgarish – unga yaqin bo'lgan abscess, peritonit yoki ichak gangrenasidan dalolat beradi.

- *Spetsifik rentgenologik o'zgarish.* Ichak gangrenasiga xos bo'lgan o'zgarish, ichakning turli hajmda kengayishi va istisqo bo'lishi.

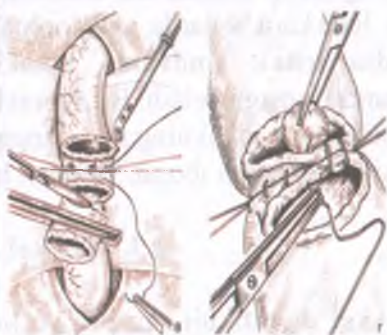
- *Laborator tahlillarida bo'ladigan o'zgarishlar.* O'tkir boshlangan

trombositopeniya, koagulyastion o'zgarish, og'ir giponatrimiya va saqlanib turgan asidoz bu ichak nekrozining belgisidir.

• *Qorin bo'shlig'ining (abdominal) paratsentezida:* (1) loyqa suyuqlik, qo'ng'ir rangli ajralma ajralishi, (2) Gramm bo'yicha bo'yalganda, to'qimadan tashqarida bakteriyalar bo'lishi, (3) ko'p miqdorda leykositlar bo'lishi, (4) leykositlar formulada neytrofillarning oshib ketishi – 80 % va undan yuqori bo'lishi.

Yuqoridagi aytilganlardan tashqari operatsiyaga ko'rsatma: (1) bemordagi klinik o'zgarishlar, umumiy ahvolining og'irlashishi, (2) qorin oldi devorining doimiy tarangligi, (3) me'da-ichak tizimining quyi qismidan kuchli qon ketish, (4) rentgen tasvirida, ichaklardagi havo (gaz)ning tezda kamayib, asstitning rivojlanishi va (5) og'ir trombositopeniya shular jumlasidan.

Operativ davosi. NEKning operativ davosi, uning xususiyatiga bog'liq bo'lib, intraoperatsion (qorin bo'shlig'i) ochilgandan keyingina aniqlanadi. Ya'ni bunda ileosekal soha zararlangan yoki zararlanmaganligi muhim ahamiyatga ega. Juda katta sohada zararlangan ichakni rezeksiya qilishda, 24 soatdan keyin relaparotomiya qilinib, yana rezeksiyaga zarurati yo'qligini ham e'tiborga olish lozim. Qilingan xirurgik muolajadan keyin faol zaruriy davo o'tkaziladi. Relaparotomiyadan keyin ichaklar qayta tekshirilganda ularning faoliyati nisbatan tiklanganligi ko'riladi (4.7-rasm).



4.7-rasm. Stoma uchma-uch anastomoz

Ichak rezeksiyasida imkon qadar uni qoldirish, bola hayot faoliyati uchun juda muhimdir. Rezeksiya qilingandan keyingi sog'lom ichakni qorin oldi devoriga, ikkala ichak oxirlarini birgalikda (imkoni bo'lsa) yoki alohida-alohida (stoma) chiqariladi.

Chegaralangan, yakka teshikli (perforatsiyalarda) shu sohaning o'zini qorin oldi devoriga chiqarilgani ma'qul bo'ladi.

Ichaklarda tez rivojlanuvchi, sepsis, aralash o'zgarish, nekroz va gangrena bo'lgan hollarda «tamom-batamom» anastomoz qo'yilmaydi. Bunday holatlarda, konservativ yoki operativ davodan keyin yashab ketish ehtimoli juda kam.

Birlamchi anastomoz qo'yishga ko'rsatmalar: agarda jarayon chegaralangan bo'lib, distal qismiga yetib bormagan bo'lsa, ko'ndalang-chambar ichakka qo'yiladi; agarda qisqa vaqt ichida ichak perforatsiyaga uchrab, qorin bo'shlig'ida chegaralangan holatda; ichakning boshlang'ich qismlarida bo'lganda, yuqori sohalarga stoma qo'ymagan ma'qul bo'ladi.

Asoratlari. Ichaklar bitishmasi (striktura), NEKning bitish jarayonida yuzaga keladi va rezeksiyaga sabab bo'ladi. Toraymalar, ko'proq yo'g'on va yonbosh ichaklarda kuzatiladi.

20–25% hollarda bitishmalar konservativ davo muolajasidan keyin kuzatiladi. 6–8 haftadan keyin ichak tutulish belgilari bilan namoyon bo'la boshlaydi.

Ba'zi bir bemorlarda, bitishma (striktura), xirurgik davodan keyin, ichakning distal qismlarida, enterostomaga o'xshash belgilersiz rivojlanadi. Juda kam hollarda, ichki oqmalar hosil bo'lishi mumkin bo'ladi.

Kalta ichak sindromi. Ichaklarning ko'p qismi rezeksiya qilinganda yuzaga keladi. Bu asorat bo'lmasligi uchun qorin bo'shlig'ini ochganda, ichakning zararlangan qismini aniqlash va shu sohani rezeksiya qilishdan iborat. Bundan tashqari, asoratlar ham mavjud.

4.3. Mekkel divertikuli

Mekkel divertikuli sariqlik yo'lida uchraydigan boshqa tug'ma nuqsonlar bilan birga uchraydigan kasallik bo'lib, ingichka ichak kasalliklarining eng ko'pi hisoblanadi. Lekin Mauo bu fikrga

qo'shilmagan holda ta'kidlagan ediki: «Mekkel divertikulini, ko'pincha gumon qiladilar va axtaradilar, ammo kam uchratadilar».

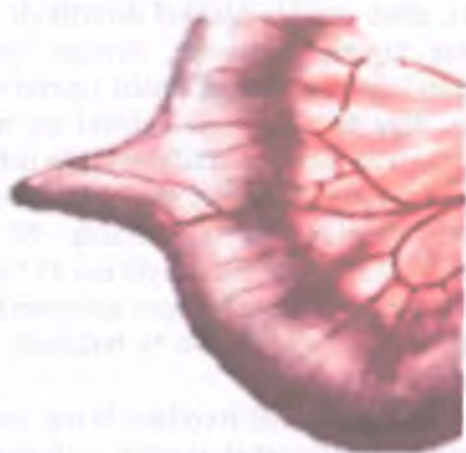
Mekkel divertikuli taxminan 2 % uchraydi. Ko'pincha u inson umrining oxirigacha belgi bermaydi, ba'zida autopsiyadagina aniqlanadi. Ba'zi mualliflar ta'kidlashicha, divertikulning klinik belgilari va unga teng asoratlari 25 % hollarda uchraydi. Agarda bu ikkala statistik ma'lumotni to'g'ri deb qabul qilsak, ya'ni Mekkel divertikuli uchrashining salmog'i 2 %, klinik belgilar bilan kechishi va asorati 25 %ni tashkil qilsa, umumiy populyatsiyada har ikki yuz odamdan biri hayot mobaynida Mekkel divertikuli bilan bog'liq bo'lgan klinik alomatlar yoki asoratlarni boshidan kechiradi. Lekin bu ancha yuqori ko'rsatkich bo'lib ishonchliligiga shubha tug'diradi. 15 yil mobaynida 1 million aholi orasida o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, faqatgina 4 % aholi umri mobaynida Mekkel divertikuliga xos alomatlarni boshidan kechirgan ekan. Shuni e'tiborga olgan holda aytish mumkinki, aholi orasida Mekkel divertikuli 1:1200 nisbatda uchraydi. Boshqa tug'ma nuqsonlar, ayniqsa embrional kindik churrasi, oshqozon-ichak tizimi nuqsonlari (qizilo'ngach va to'g'ri ichak atreziyasi), nerv va yurak-tomir tizimi tug'ma nuqsonlarida Mekkel divertikuli yo'ldosh nuqson sifatida ko'p uchraydi.

Mekkel divertikulining klinik belgilari kichik yoshdagi bolalarda eng ko'p uchraydi. Masalan, 1 oylik bolalarda – 85 %, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda – 77 %, 4 yoshdan keyin esa 15 %ni tashkil qiladi. Mekkel divertikuli bilan bog'liq bo'lgan simptomlar mavjudligiga qarab birinchi ikki yillik yoshida 50 % bolalarda to'g'ri diagnoz qo'yish mumkin.

Patofiziologiyasi. Embrional rivojlanishning dastlabki bosqichlarida (boshlangich) primitiv ichak sariqlik yo'li orqali sariqlik qopi bilan birikadi. Rivojlanishning 5-haftasida orqaga rivojlanish, ya'ni 6-haftaga kelib qorin old devori va ingichka ichak o'rtasidagi aloqa obliteratsiyaga uchrash va surilib ketish yo'li bilan uziladi.

Sariqlik yo'lining har xil patologiyasi, uning qisman yoki to'liq involyutsiyasiga (obliteratsiyaga uchrab surilib ketishi) bog'liq. Masalan, yonbosh ichak bilan qorin old devorini (kindik sohasida) tutashtiruvchi sariqlik yo'li butunlay ochiq bo'lishi mumkin. Bunda

kindikdan vaqti-vaqti bilan ichak ajralmasi chiqib turadi. Sariqlik yo‘li distal qismining obliteratsiyaga uchramasligi, kindikning noto‘liq oqmasiga sabab bo‘ladi. Bu turdagi oqma to‘liq oqмага nisbatan ko‘p uchraydi. Sariqlik yo‘li proksimal va distal qismining obliteratsiyaga uchrab, o‘rta qismi ochiq qolishi qorin bo‘shlig‘ida kista rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Ba’zida omfolomezenterial oqim (yo‘l) obliteratsiyaga uchrasayu, lekin surilib ketmasa, yonbosh ichak va kindik orasida fibroz to‘qimadan iborat tizimcha qoladi. Bu esa uning atrofida ichak qovuzloqlarining buralib qolishi natijasida strangulatsion yoki obturatsion ichak tutilishini keltirib chiqarishi mumkin. Sariqlik yo‘li involyutsiyasining to‘liq oxiriga yetmasligi yana bir patologik holat – Mekkel divertikuliga sabab bo‘ladi. Mekkel divertikuli yonbosh ichak tutqichining qarshi tarafida joylashgan bo‘ladi. Uning asosi keng yoki tor bo‘lib, yonbosh ichak qon tomirlari orqali oziqlanadi (4.8-rasm).



4.8-rasm. Mekkel divertikuli

Divertikul bir necha santimetr uzunlikka ega bo‘ladi, lekin jahon adabiyotida qayd etilgandek, ba’zida «bahaybatlari» ham uchrashi mumkin (4.9-rasm).



4.9-rasm. Murakkab invaginatsiyada gigant divertikul

Mekkel divertikulining asosi keng bo'lgan hollarda, ichidagi ximusning bemalol yonbosh ichakga bo'shalib turishi, devoridagi intramural limfatik to'qimalarning kamligi patologik holatning simptomsiz o'tishini ta'minlab turadi. Divertikul devorini, ko'pincha geterotopik to'qimalar tashkil qiladi. Ko'pincha bu oshqozon shilliq qavati to'qimasi bo'lib, divertikuldan qon ketgan hollarda u 80 %ni (4.10-rasm.), simptomsiz o'tuvchi hollarda bu ko'rsatkich 10 %ni tashkil etadi. Geterotopik to'qimalardan oshqozon osti bezi to'qimasi divertikuli 2-6 % hollarda uchraydi. Boshqa a'zo to'qimalari, masalan, 12 barmoqli ichak, och, yonbosh va yo'g'on ichak to'qimalari yanada kam hollarda uchraydi.



4.10-rasm. Divertikuldan qon ketishi

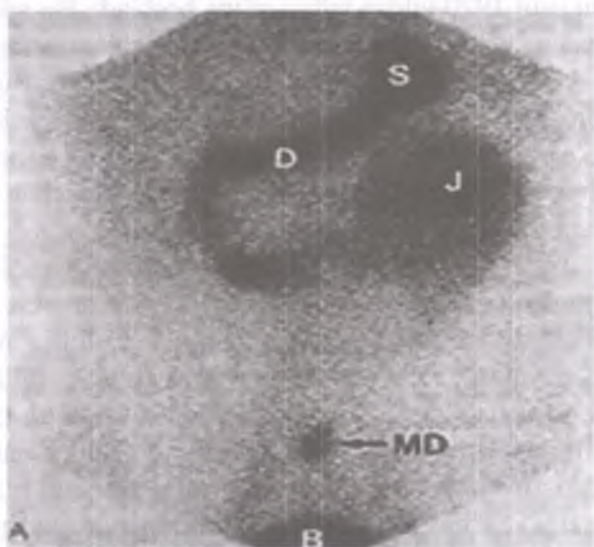
Klassik adabiyotlardan birida 413 ta bemor to'g'risida ma'lumot berilgan. Bulardan 97 %ini Mekkel divertikuli tashkil qiladi. Shu hisobdan 74 % divertikul uchi ozod holda, 23 % qorin bo'shlig'ining oldi devoriga, qolgan 3 % boshqa to'qimalarga yopishganligi qayd qilinadi.

Klinika va diagnostikasi. Mekkel divertikuliga xos uchta asosiy simptom mavjud: ichakdan qon ketish, qorinda og'riq va kam hollarda ichak tutilishi. Ichakdan qon ketish 25–56 % hollarda uchraydi. Qon kam miqdorda ketsa, oshqozon-ichak tizimining distal qismlarida o'tish sekinlashuvi sababli najas qora rangda keladi. Ba'zida qon ketish ko'p miqdorda bo'lsa, najas to'q qizil rangga bo'yaladi. Najasning malina jelesi sifatida kelishi, uning ichak shillig'i bilan aralashganligini ko'rsatadi. Lekin bu hollarda ichak invaginatsiyasi bilan qiyosiy diagnostika o'tkazish zarur bo'ladi. Mekkel divertikulida qon oshqozon-ichak tizimining distal qismidan ketishi sababli qon qusish bunda qayd qilinmaydi. Qon ketish og'riqsiz kechadi. Anemiya belgilari rivojlanadi. Adabiyotda berilgan bir ma'lumotga ko'ra, 49 ta Mekkel divertikulidan qon ketgan bolalardan 41 nafariga konservativ davo mobaynida hech bo'lmaganda bir marotaba qon quyish zarur bo'lgan. Ko'pincha qon ketishini konservativ yo'l bilan bartaraf qilsa bo'ladi. Diaqnoz aniqlangandan so'ng, operativ davo o'tkazish sharoitni hisobga olgan holda belgilanadi. Qon ketish ko'p miqdorda bo'lib, konservativ davo yordam bermagan hollarda, tezkor usulda operatsiya o'tkazish talab qilinadi.

Mekkel divertikulidan qon ketish manbayi, undagi peptik yara hosil qiluvchi qo'zg'algan oshqozon shilliq pardasi hisoblanadi. Ko'p hollarda qonayotgan yara oshqozon bilan yonbosh ichak shilliq pardalari kesishgan (tutashgan) sohada yoki yonbosh ichakning divertikul joylashgan devorining qarama-qarshi ichak tutqichi tarafida kuzatiladi.

Divertikulning belgilaridan yana biri, qorin bo'shlig'ida yallig'lanish mavjudligini ko'rsatuvchi og'riqdir. Bu klinik ko'rinish 25 % bemorlarda uchraydi. Yallig'lanish alomatlari odatdagidek divertikulit bilan bog'liq. Lekin amaliyotda operatsiyagacha doimo xirurglar tomonidan appenditsit deb baholanadi. Qorindagi noxushlik, odatda, kindik atrofi sohalarida seziladi. Keyinchalik esa divertikulning ko'chma bo'lganligi sababli, qorin bo'shlig'ining turli joylarida

kuzatilishi mumkin. Divertikulitning uchdan biri perforatsiya bilan yakunlanadi. Bunda, albatta, divertikulda peptik yara hosil qilgan oshqozon shilliq pardasi mavjud bo'ladi. Qorindagi og'riq, ba'zida divertikulning ingichka asosida buralib qolishi natijasida ham paydo bo'ladi. Bunday asorat divertikulning ishemiyasiga, ba'zida esa perforatsiyasiga yoki flegmonasiga ham sabab bo'ladi (4.11-rasm).



4.11-rasm. Mekkel divertikulida ssintigrafiya

Uchinchi kam ahamiyatga ega bo'lmagan, 30–35 % bemorlarda uchraydigan klinik ko'rinish – ichak tutilishidir. Bu kichik yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi. Katta yoshdagi bolalarda esa divertikulning boshqa klinik ko'rinishlari uchraydi. Operatsiyagacha ichak tutilishi diagnozi divertikul asorati sifatida juda kam qo'yiladi. Mekkel divertikulida ichak obstruksiyasining mexanizmi bir nechta sabablarga bog'liq bo'ladi. Shulardan biri ichak invaginatsiyasidir. Divertikul fibroz tortma bilan qorin old devoriga tutashgan hollarda, uning atrofida ichak qovuzloqlari aylanib qolishi yoki ichki churra hosil bo'lishi mumkin. Divertikulda ichak obstruksiyasi yuqorida

ko'rsatilgan uchala sabablar natijasida (invaginatsiya, ichak buralishi, ichki churra) bir xil darajada uchraydi.

Mekkel divertikuli diagnozini qo'yish uning klinik belgilari va shifokorning bu kasallik to'g'risidagi ma'lumoti darajasiga bog'liq. Oshqozon-ichak tizimi pastki qismlaridan qon ketish, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda, ko'pincha Mekkel divertikuli bilan bog'liq bo'ladi. Oshqozon shilliq pardasini sstintografiya usulida aniqlash 1967-yili taklif qilindi. Klinikada bu usul 1970-yildan tatbiq qilina boshladi. Bu tekshiruvning prinsipi shundan iboratki, oshqozon shilliq ishlab chiqaruvchi hujayralari radioizotop moddani yutish va ekskretsiya qilish xususiyatiga ega. Radionuklidning anomal akkumulyatsiyasi aniqlansa, tekshiruv ijobiy hisoblanadi. Bunda Mekkel divertikuli, ko'pincha, qorinning o'ng yonbosh sohalarida aniqlanadi. Yonbosh ichak harakatchan bo'lganligi sababli boshqa sohalarda ham aniqlanishi mumkin.

Sstintografiya usulida Mekkel divertikulini aniqlash ilmiy adabiyotlarda ko'rsatilishi bo'yicha 50–92 %ni tashkil qiladi. Bu usulda Mekkel divertikuli aniqlansa, oshqozon shilliq pardasining boshqa ektopiyalari va yolg'on ijobiy natijalar bilan qiyosiy diagnostika o'tkazish zarur. Agarda Mekkel divertikuliga jiddiy va asosli shubha hosil bo'lsa-da, sstintografiyada salbiy natija olinsa, diagnostik laparoskopiya o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Qorin og'rigi va ichak tutilishi belgilari bilan murojaat qilgan bolalarda, kamdan kam hollarda operatsiyadan oldin Mekkel divertikuli diagnozi qo'yiladi. Agar bolaning yoshi va simptomlar yig'indisi ichak invaginatsiyasiga gumon tug'dirsayu, peritonit belgilari bo'lmasa, yo'g'on ichakni bariy eritmasi bilan to'ldirib irrigografiya o'tkazish zarur. Bu faqat tekshiruv usuli bo'lmay, davolash usuli ham hisoblanadi. Mekkel divertikuli diagnostikasida oshqozon-ichak tizimining yuqori (passaj) va pastki qismlarini (irrigografiya) kontrast rentgenologik tekshirish hech qanday bahoga ega emas.

Ko'pincha xirurglar ichak tutilishi yoki peritonit belgilari bilan tushgan bolalarni «o'tkir qorin» tashxisi bilan diagnostik laparotomiya o'tkazishga majbur bo'ladilar, chunki ichak tutilishi yoki peritonitning sababi aniq bo'lmaydi. Shunday operatsiyalarda ba'zan Mekkel divertikuli aniqlanadi.

Davosi. Mekkel divertikulining xirurgik davosi operatsiyagacha diagnoz qo'yilgan yoki tasodifan operatsiya paytida, topilma sifatida aniqlanganligiga bog'liq. Ko'pchilik oshqozon-ichak tizimidan qon ketgan bemorlarda qon ketish spontan holda to'xtaydi va operatsiya vaqtida aktiv qon ketish kuzatilmaydi. Bu hollarda divertikulni «ponasimon» rezeksiya qilib, ko'ndalangiga tikish kerak.

Operatsiya vaqtida qon ketish divertikul devoridan ekanligiga amin bo'lish zarur. Chunki ba'zida qon yonbosh ichakning tutqich yoki uning qarama-qarshi tarafidan ketadi. Bunday hollarda, divertikul bilan birga, yonbosh ichakni segmentar rezeksiya qilish zarur. Bunday operatsiyalarning natijasi doimo yaxshi bo'ladi, qayta qon ketish kuzatilmaydi.

Mekkel divertikuli sababli ichak invaginatsiya qayd etilsa, avval dezinvaginatsiya o'tkazilib, keyin divertikulektomiya bajariladi. Agar bu operatsiyada ichak hajmi torayishi kuzatilsa, yonbosh ichakni divertikul bilan birga, sementar rezeksiyasi bajariladi. Af-suski, ko'p hollarda, invaginatning infiltratsiyasi, nekrozi tufayli dezinvaginatsiya qilishning iloji bo'lmaydi. Bunda divertikul bilan birga, yonbosh ichakni segmentar rezeksiyasi va anastomoz bajariladi. Ba'zida esa invaginat to'qimasining chuqur o'zgarishlari tufayli rezeksiya va vaqtinchalik stoma qo'yishga to'g'ri keladi.

Bolalarda ichak obstruksiyasi, ba'zida sariqlik yo'lining qoldig'i atrofida ichakning buralib qolishi yoki ichki churra hosil bo'lishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bu hollarda xirurgik davo ichak buralishni va churrani bartaraf qilish, sariqlik yo'li qoldig'ini rezeksiya qilish tavsiya etiladi. Divertikul esa yuqorida qayd etilgan usullarda rezeksiya qilinadi. Mekkel divertikuli sababi bilan yuzaga keladigan invaginatsiyada, ichak buralib qolishida va ichki churrani siqilishida divertikulning perforatsiyasi yoki ichak gangrenasi kabi og'ir asoratlar kelib chiqishi mumkin. O'lim, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda infeksiya (peritonit) bilan bog'liq bo'lib 10 %ni tashkil qiladi. Operatsiyadan keyingi yaqin va uzoq davrlarda, boshqa laparotomiya operatsiyasini o'tkazgan bolalar kabi chandiqli ichak tutilishi xavfi yuqori bo'ladi.

Kindik nuqsonlaridan granuloma (Fungus) bolalarda ko'p uchraydi. Bu nuqson kumush nitrati eritmasida kuydirish yo'li bilan

oson davolanadi. Samara bo‘lmagan taqdirda sariqlik yo‘li yoki peshob yo‘lining to‘la bitmaganligidan dalolat beradi. Bunday hollarda, finajasografiya yordamida tashxisga aniqlik kiritish mumkin. Sariqlik yo‘li yoki peshob yo‘lining bitmagan qoldig‘ini oddiy kesib olib tashlash usuli bilan bartaraf qilinadi. Oshqozon-ichak tizimi bilan oqma hosil qilgan hollarda, operatsiya yonbosh ichakning bir qismini «ponasimon rezeksiya qilish» yo‘li bilan bartaraf qilinadi.

Mekkel divertikulining simptomsiz kechishi hollarida, xirurgik usul qo‘llash bir muncha qiyinchiliklar tug‘diradi. Bola yoshi ulg‘aygan sari, divertikul klinik belgilar berishi kamayishini hisobga olgan holda, operatsiya paytida, behosdan divertikul aniqlansa, rezeksiya o‘tkazish faqat kichik yoshdagi bolalarda tavsiya etiladi. Katta bolalarda esa divertikul devori paypaslanib ko‘rilishi kerak. Agarda devori qattiqlashganligi aniqlansa, rezeksiya o‘tkazish shart. Chunki bu oshqozon shilliq pardasining yoki oshqozon osti bezining ektopik joylashganligini belgisi hisoblanadi.

Operatsiya davrida agar boshqa patologik jarayon topilmasa, divertikulektomiya o‘tkazish kerak bo‘ladi.

4.4. Kron kasalligi

1932-yil Kron, Ginzburg va Oppengeymer terminal ileit nomi bilan yangi nozologik birlikni amaliyotga tatbiq etdilar. Ularning ta’kidlashicha, bu kasallik ingichka ichakning boshqa turlaridan mutlaqo farq qilgan holda, yonbosh ichakni jarohatlaydi. Lekin keyinchalik shu narsa ma’lum bo‘ldiki, kasallik, asosan, yo‘g‘on ichakda va kam hollarda oshqozon-ichak tizimining boshqa sohalarida uchraydi. 1959-yil Brooke. 1960-yil Lockhart-Mammery va Morton Kron kasalligining yo‘g‘on ichak turi va yarali kolit butunlay alohida patologiya ekanligini ta’kidlab o‘tdilar. Kron kasalligi erkaklar va ayollarda bir xil miqdorda uchraydi. Lekin oq tanli odamlarda qora tanlilarga nisbatan 5 barobar ko‘p uchraydi. Turli millatlar ichida esa yahudiy millati orasida, bilinarli darajada ko‘p uchraydi. Kasallik epidemiologiyasini o‘rganish shu narsani ko‘rsatadiki, oxirgi uch 10 yillik ichida bemorlar soni tez ortib bormoqda.

Etiologiya va patogenezi. Kron kasalligining etiologiyasi hozirgacha aniq emas. Lekin yarali kolitga xos 5 etiologik sabab Kron kasalligiga ham tatbiq etilsa boʻladi. Genetik va infeksiyon sabablar asosiy omillar hisoblanadi, chunki ikkalasi ham Kron kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarda mavjud. Har bir bemorda limfangioektaziya va mezenterial limfangiopatiya kabi morfologik oʻzgarishlar kuzatilishi «obstruktiv limfangitni» asosiy sabablardan biri ekanligini koʻrsatadi. Kron kasalligida ichakning shilliq osti qavatida shish, fibroz, limfa yoʻllarining kengayishi hisobiga devori qalinlashgan boʻladi. Shilliq pardasida kichik-kichik ariqsimon yaralar kuzatiladi. Uning koʻrinishi «tosh koʻcha»ni eslatadi. Shunday yaralardan tashqari, sohalarda shilliq pardaning tuzilishi deyarli oʻzgarmagan holda boʻladi. Koʻp hollarda, ichakning tutqich yuzasida, shilliq pardada uzunasiga ketgan chuqur yarali ariqchalar paydo boʻladi. Baʼzida bu yaralar ichakning barcha qavatlarini qamrab teshiklar, chandiqlar va surunkali abscesslar hosil qiladi. Koʻp yadroli ulkan epitelial hujayralardan iborat granulomalar 60 % bemorlarda uchraydi. Bunday granulomalar shilliq osti qavatida, baʼzida seroz osti, muskul qavati va regional limfa bezlarda topiladi. Kron kasalligi boʻyicha operatsiya davrida ichak devorining qalinlashganligi, seroz osti tomirlarning kengayganligi, qattiqlashganligi va torayganligini hisobga olgan holda, yalligʻlanishning uzunligini oson aniqlab ola oladi. Lekin, bazida yalligʻlanish segmentar xususiyatga ega boʻladi.

Klinika va diagnostikasi. Kron kasalligi, koʻpincha katta yoshdagi odamlarda uchraydi. Lekin oxirgi yillarda, bolalarda ham tez-tez uchramoqda. Koʻpgina mualliflarning eʼtiroficha, 20 % bemorlarda kasallik belgilari 15 yoshgacha boʻlgan davrda paydo boʻlgan. Baʼzi adabiyotlarda kichik yoshdagi bolalarda ham uchrab turishi qayd qilinadi. Kasallikning belgilari quyidagilardan iborat: ogʻirlik massasini yoʻqotish (90 % hollarda), qorin ogʻrigʻi (70 %), diareya (67 %), tana haroratining koʻtarilishi (25 %). Baʼzida kasallikning dastlabki belgilari boʻgʻimlarda ogʻriq (artrit) bilan boshlanadi. Kron kasalligida toʻgʻri ichakdan axlat aralash qon kelish, yarali kolitga nisbatan kam uchraydi. Lekin faqat yoʻgʻon ichak lokalizatsiyasida «qonli diareya» Kron kasalligiga xos belgi hisoblanadi. Deyarli 2/3

qism kasallarda diagnoz bir yildan keyin aniqlanadi. Kasallarning 1/3 qismida birlamchi diagnoz oshqozon-ichak tizimiga bog'liq bo'lmagan tashxislar bilan davolanadi.

Yarali kolitda kasallik kechishi qaytalanuvchi, zo'rayish davri vaqtincha zaiflashish bilan almashib turuvchi xususiyatga ega bo'lsa, Kron kasalligida doimiy bo'ladi. Kasallikning bolalarga xos shakli «ileokolit» hisoblanadi (55 %). Yo'g'on ichak (34 %) va ingichka ichak (10 %) shakllari kamroq uchraydi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi biopsiya qilinganda, Kron kasalligiga xos granulomalar aniqlanadi. Ba'zida, kasallikning og'ir shakllarida barmoqlarning «to'g'nog'ichsimon» yo'g'onlashishi rivojlanadi.

Kron kasalligiga chalingan bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, og'irligi kam bo'ladi. Kasallikning ileosekal shaklida eng ko'p uchraydigan belgilardan biri, qorinning o'ng pastki to'rtidan birida og'riq paydo bo'lishidir. Kolorektal shaklida perianal yaralar, yoriqlar paydo bo'ladi. Ular, ko'pincha og'riqli va oqmalar, granulomatoz to'qimadan iborat g'adir-budir yuzalar hosil qilib, oraliq sohasiga tarqalishi mumkin. Ba'zida yaralarning jadal rivojlanishi natijasida, perianal soha muskullari ham jarohatlanishi mumkin. Ingichka ichak, sigmasimon va to'g'ri ichakdan yuqorida joylashgan yo'g'on ichak jarohatlanganda, sigmoidoskopiyada shilliq parda o'zgarishsiz bo'ladi. Kron kasalligining rektal shaklida shilliq pardada chiziqsimon yaralar aniqlanadi.

Laborator tekshiruvlarda anemiya, EChT oshganligi, gipoalbuminemiya, LgA ko'rsatkichining oshganligi qon quyilishi vaqtining cho'zilishi kabi ko'rsatkichlar kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvda oshqozon-ichak tizimining barcha sohalarida – qizilo'ngachdan tortib to'g'ri ichakgacha Kron kasalligiga xos o'zgarishlar aniqlanadi, lekin eng ko'p uchraydigan sohalar yonbosh va yo'g'on ichak hisoblanadi. Shuningdek, ichak oqmalari, qorin bo'shlig'i abscesslari, o'smasimon hosilalar va terining jarohatlanishi kuzatiladi.

Kron kasalligiga ichki oqmalar va yo'llar hosil bo'lishi xosdir. Bunday asoratlar qorin og'rig'i, qorin devorining taranglashuvi va qorinda o'smasimon hosila paypaslanishi kabi klinik belgilar bilan o'tadi. Oqma, ko'pincha, yonbosh ichakning so'nggi qismi

bilan ko'tariluvchi chamber yoki sigmasimon ichaklar orasida vujudga keladi. O'tkir appenditsit diagnozi bilan appendektomiya operatsiyasi o'tkazilgandan so'ng, tashqariga ochilgan oqma hosil bo'lsa, bemorda Kron kasalligi bo'lishi mumkinligi ehtimoli mavjud. Bunda finajasogrammada oqma chugalchangsimon o'simtaning asosiga emas, balki yonbosh ichakning so'nggi qismiga ochilganligi ko'rinadi. Ba'zida oqma ichak bilan siydik qopi yoki uretraga ochilishi mumkin. Bunda siydik yo'llarining infeksiyasi, siydik bilan havo yoki ichak massasi ajralganda, Kron kasalligining asorati ekanligini tasdiqlaydi.

Kron kasalligida yo'g'on ichakning dilatatsiyasi (megakolon) va perforatsiyasi kamdan kam hollarda uchraydi. Biroq ichakning distal qismlarining obstruksiyasi ichak perforatsiyasi bilan tugashi mumkin. Kasallikda steroid terapiya perforatsiyaga sabab bo'la olmaydi. Shuni ta'kidlab o'tish joizki, Kron kasalligi kolorektal sohaning karstinomasiga sabab bo'lishi mumkin. Statistik ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, Kron kasalligining bunday asorati aholi orasida uchraydigan ko'rsatkichga nisbatan 20 barobar ko'p. Bemor bolalar uzoq davr mobaynida konservativ davo oladilar. Davoning asosiy komponentlaridan biri oqsilga boy, yuqori kalloriyalı parhezdir. Dag'al, qattiq oziq-ovqatlar tavsiya etilmaydi. Steotoriya dardi bor bemorlarga yog'li ovqat kam miqdorda iste'mol qilish va qo'shimcha trigliseridlar tavsiya etiladi.

Sulfosalazin (azulfidin) qo'llash, yarali kolitlarda (YaK) samarali natija bergan holda, Kron kasalligida ta'siri kam. Shunga qaramasdan, uni qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Steroid gormonlar qo'llash quyidagi hollarda tavsiya etiladi: (1) xirurgik davoga ko'rsatma bo'lmagan holda, konservativ davo yordam bermasa; (2) bemorda toksikoz belgilari bilan umumiy ahvolining og'ir bo'lishida; (3) bemorda asosiy kasallikdan tashqari ichakdan tashqari ko'rinishlar (artralgiya, teri kasalliklari) mavjud hollarda; (4) og'ir bemorlarda keng tarqalgan, operatsiya qilish mumkin bo'lmagan enteritda. Ambulator davo yordam bermasa, bemor ahvolining og'irlashishi yoki ovqatlanishning buzilishi kuchaygan hollarda, kasalxonaga yotqizilishi shart. Enteral oziqlantirishning

to'xtatib, parenteral oziqlantirishga o'tish, elektrolit, vitamin, mikroelementlar tanqisligini bartaraf etish, ko'pincha, bemor ahvolining yaxshilanishiga olib keladi.

Operativ davo. Kron kasalligida operativ davo kam hollarda, bemorning butunlay sog'ayib ketishiga olib keladi. Bu kasallikning tez-tez qaytalanishi bilan bog'liq. Ba'zida operatsiya bemor ahvolining sezilarli darajada klinik yaxshilanishiga olib keladi. Bu esa dori-darmonlar dozalarini qisqartirishga, yoki umuman to'xtatishga sabab bo'lishi mumkin. Operativ davoga kasallikning zo'rayishishi dalil hisoblanadi. Jumladan, bola bo'yining o'smasligi, konservativ davoning ta'sir qilmasligi, ichak tutilishi, ichak oqmalari (ichki va tashki), pararektal abscess va oqmalar, qon ketish, qorin og'rig'i va qorin bo'shlig'i abscessi kabilardir. Operatsiyadan oldin va keyin butunlay enteral oziqlantirishni to'xtatib, umumiy parenteral oziqlanishga o'tish, operatsiyadan keyin kuzatiladigan asoratlarni kamaytirishga, bemor ahvolining tiklanishiga va ko'pincha, faol hayot tarziga qaytishiga sabab bo'ladi.

Kron kasalligining ileostekal shakli, ko'pincha ichak tutilishiga olib keladi va operatsiya o'tkazishga sabab bo'ladi. Bu barcha ichak tutilishlarning 90 %ni tashkil qiladi. Aksincha, kolorektal shaklida deyarli ichak tutilishi kuzatilmaydi. Lekin bu shaklda ichakdan qon ketish ko'p uchraydi. Bunda o'sishdan qolish, ikkilamchi jinsiy belgilar rivojlanishining orqada qolishi ikkala jinsga xosdir.

Operatsiya mobaynida zararlangan (yallig'langan) ichakni rezeksiya qilish va anastomoz qo'yish optimal uslub (usul) hisoblanadi. Rezeksiyani «sog'lom» to'qima bo'ylab o'tkazish zarur degan tushunchalar, hozirgi paytda zarur emasligi tasdiqlandi. Shu sababli, rezeksiyani faqat yallig'langan ichak chegarasida o'tkaziladi. Yallig'langan sohada o'tkazishga to'g'ri kelsa ham, anastomozning bitishiga ta'sir ko'rsatmaydi. Bu esa operatsiyadan keyin kuzatilishi mumkin bo'lgan «kalta ichak sindromi»ni yuzaga kelmasligini ta'minlaydi. Yallig'lanish ichakning boshqa sohalarida ham ayrim-ayrim joylashishi kuzatilsa (agar ularda obstruksiya yoki boshqa asoratlar bo'lmasa), ular o'z holida qoldiriladi. Ileostoma yoki «chetlab o'tish» anastomozni ichak rezeksiyasiga nisbatan

ko'p asoratlar bilan o'tadi hamda kam hollarda kasal ahvolining yaxshilanishiga olib keladi. Operatsiya paytida, ichki oqmalar aniqlansa, ular rezeksiya qilingan ichak bilan birga olib tashlanadi. Agar oqma rezeksiya qilinuvchi yallig'langan ichakdan uzoqda joylashgan bo'lsa, ichakning bu sohasi ham oqma bilan birga, alohida qo'shimcha rezeksiya qilinib anastomoz qo'yiladi.

Kron kasalligida qorin og'rig'i tufayli operatsiya paytida, ileostekal sohada kuchli yallig'lanish aniqlanmasa, appendektomiya operatsiyasi bilan chegaralanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, Kron kasalligi tufayli appendektomiyadan keyin yuzaga keladigan oqmalar, mazkur kasallik aniqlanmagan bemorlarga nisbatan 6 marta ko'p uchraydi. Kron kasalligida bu kasallik bo'lmagan bolalarga nisbatan appenditsit kam uchraydi. Agarda yallig'lanish 12 barmoqli ichakda joylashgan bo'lib, yuqori ichak tutilishi aniqlansa, gastroeyunoanastomoz operatsiyasi bajariladi. Bunda, och ichakda yaralar hosil bo'lishining oldini olish maqsadida vagotomiya ham bajariladi. Lekin shunga qaramasdan, kasallikning qaytalanishi uchrab turadi. Adabiyotlarda ko'rsatilishicha, operatsiyadan keyin 3 yil ichida qaytalanish 50 %ni tashkil qiladi, vaqt o'tishi bilan esa qaytalanish 90 %ga yotadi. Bu ko'rsatkichlar shuni ko'rsatadiki, operativ davolab, bu kasallikni butunlay yo'q qilishning iloji yo'q. Lekin operatsiya ichak tutilishi, anoreksiya, doimiy qorin og'rig'i singari hollarda, bemorlarni sog'lom turmush tarziga qaytishiga yordam beradi. Ko'p hollarda, rezeksiya o'tkazilib, anastomoz qo'yilgan hollarda, kasallik (anastomozning proksimal yoki distal qismlarida) qaytalanadi. Bunda konservativ (medikamentoz) davolash 70 % hollarda yaxshi natija beradi. Ileostoma qo'yilgandan keyin qaytalanish, ko'pincha, uning proksimal qismida vujudga keladi. Birlamchi rezeksiya o'tkazilgan bemorlarda qaytalanish tufayli qayta operatsiya o'tkazish taxminan 30 % hollarda zarur bo'ladi. Bemor ahvolining qayta operatsiyadan keyin yaxshilanishi 50 % hollarda kuzatiladi. Operatsiyadan keyin perianal oqmalar paydo bo'lgan bemorlarda, yaraning bitishi juda qiyin bo'ladi yoki umuman bitmaydi. Bu hollarda oqmani kesib tashlab to'g'ri drenajlash yaxshi natija beradi.

Bolalarda Kron kasalligi tufayli operatsiyadan keyin qaytalanishi (restidivi) yuqori bo'lishiga qaramasdan, bemor bolalarning ahvoli ancha yaxshilanadi. Ishtahasi ochiladi, tana og'irligi oshadi, ko'p vaqt mobaynida qorindagi og'riq bo'lmaydi. Shunga qaramasdan, ko'p hollarda, qayta-qayta operatsiyalar (rezeksiya) o'tkazishga to'g'ri keladi. Bunda bolalarning ahvoli qayta yaxshilanadi. Afsuski, Kron kasalligini davolashda bir operatsiya bilan muvaffaqiyatga erishish kam hollarda uchraydi.

4.5. O'tkir peritonit

Peritonit – qorin pardasining yallig'lanishi, bolalar yoshida ko'p uchraydigan xirurgik kasallikdir. Peritonitda qabul qilingan tasnif: etiologiyasiga ko'ra – aseptik va infeksiyon; infeksiya tushish yo'liga ko'ra – preforativ, septik (kontaktli, gematogen) va kriptogen (noma'lum); tarqalish jarayoniga ko'ra – umumiy va mahalliy; umumiy – diffuz va tarqalgan; mahalliy – chegaralangan (infiltrat, abscess), chegaralanmagan; eksudat turiga ko'ra – seroz, yiringli, xilyoz, qonli, safroli va axlatli bo'ladi. Peritonitni keltirib chiqaruvchi sabablar turlicha bo'lib, qorin bo'shlig'i a'zolarining yorilishi yoki jarohatlanishi hamda gematogen va kriptogen (noaniq) yo'l bilan infeksiya organizmga tushib, qorin pardani yallig'lantiradi.

Bolalarda peritonit kelib chiqishi turlicha bo'lib, kasallikning mudatiga, bolaning yoshiga, himoya kuchiga ko'ra turli ko'rinishlarda namoyon bo'lishi mumkin. Shuning uchun kasallik erta yoshdagi bolalarda juda xavfli va og'ir kechadi. Tarqoq peritonitning kelib chiqishiga; erta yoshdagi bolalar charvining kaltaligi, ichak qovuzloqlari plastik xususiyatining o'zligi, spetsifik immunologik javobning sustligi va kichik yoshdagi bolalarda qorin parda rezorbsiya xususiyatining sustligi kabi anatomo-fiziologik xususiyatlar sabab bo'ladi.

Patogenezi. Peritonit patogenezida gemostaz buzilishining 4 ta asosiy sindromi kuzatiladi: zaharlanish, ishqor-kislota buzilishi, suv-tuz almashinuvining buzilishi va gipertermik sindromlardir.

Zaharlanish – mikroorganizm va makroorganizm chirishi va zaharlarining qonga tushishidan kelib chiqadi. Bunda gistaminsimon

moddalar qon tomir devorlarini parezga olib kelib, bu holat qon aylanishining markazlashishiga yoki dekompensatsiyasiga olib keladi.

Ishqor-kislota muvozanatining buzilishi metabolik asidozni yuzaga keltiradi. Peritonitda nafas olishning buzilishi esa diafragma va moddalar almashinuvining buzilishidan kelib chiqadi. Chunki, bunda ogʻriq taʼsiri, qorin boʻshligʻidagi dimlanib toʻplangan gaz, suyuqlik va ichakning perez oqibatida kengayishi diafragmani siqib, uning harakatini chegaralab qoʻyadi. Bu, ayniqsa, erta yoshdagi bolalarda nafas olish diafragmal turda boʻlganligi va qovurgʻalarning gorizontol holatda joylashganligi uchun yaqqol koʻzga tashlanadi.

Diafragma harakat amplitudasining kamayishi, gipoksiya holati va bemor haroratining koʻtarilishi, nafas olish chastotasining tezlashishi bilan kompensatsiyalanadi.

Juda ogʻir holatda, peritonit bilan ogʻrigan kasallarda, metabolitik asidoz holatining kuzatilishi prognostik jihatdan noxush holat boʻlib, u koʻplab vaziyatda xlor, kaliy miqdorining kamayishi, makroergik aloqaning yoʻqligi, «peritoneal buyrak» va plazma miqdorining kamayishi bilan namoyon boʻladi.

Suv-tuz almashinuvining buzilishi, asosan, normo- va gipovolemik dehidratatsiya bilan kechadi. Peritonitda qusish, suyuq ich ketishi oqibatida qorin boʻshligʻiga suyuqlik va elektrolitlarning toʻplanishi va ichakda perez alomatlari kuzatiladi. Bundan tashqari, nafas olishning tezlashishi (oʻpka orqali), haroratning koʻtarilishi – teri orqali koʻp miqdorda suyuqlik va tuzlarni yoʻqotishga sabab boʻladi.

Agar qusish orqali koʻp miqdorda kaliy va xlor tuzlari chiqsa, bu metabolik alkaloz holatini tezlashtiradi.

Gipertermik sindrom. Ombredan sindromi erta yoshdagi bolalarda katta ahamiyat kasb etadi. Bunda qonga soʻrilgan zaharlar (toksin), termoregulator markazga taʼsir etib, periferik gemodinamikaning buzilishi oqibatida teri orqali issiqlik ajralishining kamayishiga sabab boʻladi.

Yuqorida keltirilgan sindromlarning har xil rivojlanish darajasi, kasallikning boshlanish davriga, tarqalgan peritonitning rivojlanish tezligiga, bolaning yoshiga, premorbid holatiga va boshqa sabablarga bogʻliqdir.

Shularni hisobga olgan holda, peritonit kechishi 3 bosqichga bo'linadi: 1-bosqich – zaharlanish, dehidratasiya, gipertermiya va nafas olish buzilishining ustunligi bilan kechishi; 2-bosqich to'ksik faza, organizmda zaxarlanish kuzatiladi;

3-bosqich – peritonitning asoratlanish bosqichli bo'lib, septikopiemiya, ichak tutilishi, gipo- va disproteinemiya bilan kechadi.

Bu bosqichlarni bir-biridan farqlashning doim imkoniyati bo'lmas-da, har qalay ularning har birida u yoki bu buzilishlarning rivojlangan holatlari ko'zga tashlanadi.

Diplokokkli peritonit. Diplokokkli peritonit maktabgacha yoshdagi va undan katta bolalarda, ayniqsa, qiz bolalarda ko'p uchraydi. Qiz bolalarda infeksiya qorin bo'shlig'iga qin orqali va kam holatlar-da enterogen va gematogen yo'llari orqali tushadi. Kasallikning katta maktab yoshida juda kam uchrashi (qiz bolalarda qindagi). Deterleyn tayoqchalarining paydo bo'lishi, uni kislotali muhitni yaratib, patogen mikrofloraning paydo bo'lishiga to'sqinlik qilishi bilan izohlaydi.

Klinikasi. Kasallikning o'tkir va birdan boshlanishi «birinchi soat simptomi» bilan ta'riflanadi, qorinda dastlab og'riq o'tkir boshlanib, ba'zan uning pastki bo'limlarida, ba'zan hamma joyda bo'ladi. Isitmasi 39–40 °C ga ko'tariladi. Qusish bir necha marta takrorlanib, ba'zan tez suyuq axlat keladi.

Bola bezovtalanib, noliy boshlaydi. Og'ir holatlarda aksi – ya'ni kamhollik, kamharakatlilik, es-xushni yo'qotish va alaxlash kuzatiladi. Terisi oqarib, ko'zi chaqchayadi. Tili qurib, oq karash bog'laydi. Qorindagi og'riq pastda, asosan, o'ngda aniqlanadi. Mushak taranglashib, o'ng chanoq sohasiga tarqaladi. Shetkin-Blyumberg sinamasi ijobiy bo'ladi. Ba'zan qizlarda qindan shilliq-yiringli ajralma chiqishi aniqlanadi. Leykositoz 18–20000. Kasallikning klinik belgilari o'tkir va tez kechganligi sababli kasal, asosan, kechiktirilmasdan kasalxonaga yotqiziladi va o'z vaqtida davolanib, taralib chiqib ketadi.

Appendikulyar peritonit. Kasallik o'tkir appenditsitdan keyin bir necha vaqt o'tgandan keyin paydo bo'ladi. Anamnezdan kasalda, og'riq qorinda paydo bo'lib, bir marta qusadi va harorati ko'tariladi. Keyinchalik og'riq bir necha vaqt kamayib, harorati yuqoriligi-cha turadi. Kasalning umumiy holati birmuncha yaxshilanadi. Ke-

yinchalik esa yomonlasha borib, qorindagi og‘riq kuchayadi, kasal qusa boshlaydi. Bunday kasalda oraliq yaxshilanish davri chuvalchangsimon o‘simta destruksiyasi va nerv tugunlarining nekrozi bilan xarakterlansa, kasallikning og‘irlashishi o‘simta perforatsiyasi, ya’ni peritonitning boshlanishi bilan ifodalanadi. Bunday paytda, bilmagungacha biror antibiotik berish kasaldagi peritonit aniqlanmasligiga sabab bo‘lib, og‘ir asoratlarga va oqibatlariga olib keladi.

Kasal tekshirilganda, umumiy ahvoli ancha ayanchlilikiga ko‘zga tashlanadi. Terisi oqargan, «marmarsimon» rangda, tili qurigan va oq karash boylagan, qisman hansirash kuzatiladi. Ba’zan puls chas-totasi bilan harorat darajasi o‘rtasidagi birlik buzilib, kollaptoid holat yuzaga keladi. Qorin doim og‘riydi, mushaklar taranglashadi va Shetkin-Blyumberg simptomi o‘ng chanoq sohasida kuzatiladi. Ba’zan tenezm, ich ketishi va og‘riqli tez-tez siyish holatlari kuzatiladi. To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirilganda, ichakning oldingi devori og‘riqli osilgan holatdaligi aniqlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda, kasallikning dastlabki davrida, umumiy ahvoli uncha o‘zgarmagan bo‘ladi. Keyinchalik nafas olish va yurak urishi tezlashadi. Metabolik jarayonlarning buzilishi natijasida, keyinchalik kasalning umumiy ahvoli battar yomonlashadi.

Davosi. Appendikulyar peritonitni davolashda operatsiyaga tayyorlash, operatsiya va operatsiyadan keyingi davr asosiy o‘rin tutadi. Operatsiyaga tayyorlashdan asosiy maqsad gemodinamik buzilishlarni kamaytirish, kislota-ishqor va suv-tuz almashinuvini kamaytirishdan iborat (4.12-rasm).

Operatsiyadan ko‘zga tutiluvchi maqsad – birlamchi o‘choqni bartaraf qilish, qorin bo‘shlig‘ining lozim bo‘lgan sohasini yiringdan tozalab drenajlashdan iborat.

Operatsiyadan keyingi davrda esa kasalni o‘rinda 30° burchak ostida yotish holatini, qo‘yilgan drenaj naylardan ekssudatlar chiqishini ta’minlash kerak. Yurak va nafas olish tizimi faoliyatini tiklash, zaharlanishni kamaytirish kislota-ishqor va tuz-suv almashinuvini mo‘tadillashtirishga qaratilgan kompleks davo tadbirlarini olib borishdan iborat.



4.12-rasm. Peritonit

Chaqaloqlar peritoniti. Kelib chiqish sabablari turli-tumanligi, klinik kechishida o'ziga xos xususiyatlari bo'lganligi, shuningdek, davolash muolajalari o'tkazilishida o'ziga xos tadbirlarni talab qilishi uchun peritonit chaqaloqlik davrining og'ir yiringli septik kasalliklaridan hisoblanadi.



4.13-rasm. Chaqaloqlar peritoniti



4.14-rasm. Yiringli fibrinoz peritonit

Aksariyat hollarda, chaqaloqlarda peritonitning kelib chiqishi, ichak devorlarining teshilishi natijasida, qorin pardaning infeksiyali yallig'lanishi (ikkilamchi peritonit) bilan bog'liqdir. Ba'zi hollarda esa qorin devori yiringli kasalliklarida, omfalitda infeksiya tushishi hisobiga chaqaloqlarda birlamchi (septik) peritonit kelib chiqadi.

Ichak devorining teshilish sabablari xilma-xildir. Bular jumlasiga mexanik ichak tutilishida, ichaklarning bir necha bor kengayishi, ichak devorlaridagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, shuningdek, o'rta ichakning ichak tutqich atrofida bir necha bor yoki qisman o'ralib qolishi, qorin bo'shlig'ining ichki churralari natijasida, ingichka ichakning ma'lum bir sohalarida, qon bilan ta'minlanishidagi o'zgarishlar kiradi. Ichak devori mushak qavatining aplaziya yoki gipoplaziyasida ham perforatsiya ko'p kuzatiladi (4.13-rasm).

Qorin bo'shlig'i kavak a'zolarining travmatik yoki yatrogen perforatsiyasi (oshqozonni zondlash yoki to'g'ri ichakka yel chiqaruvchi naycha qo'yish) tufayli ham ikkilamchi peritonit vujudga kelishi mumkin. Ikkilamchi peritonitni keltirib chiqaruvchi sabablardan eng ko'p uchraydigan nekrozli enterokolitdir. Murakkab patogenezli ichak parezi bilan kechadigan bu kasallikda, dastlab ichak devorlarining o'tkazuvchanligi keskin oshishi hisobiga qorin pardaning septik yallig'lanishi, keyinchalik perforatsiya natijasida esa peritonit alomatlari va oqibatlarining kuchayishi kuzatiladi (4.14-rasm). Chaqaloqlar peritonitni davolash natijalari, faqat jarrohlik muolajasining turiga bog'liq bo'lmasdan, u chegaralanmagan peritonitning oldini olishdagi profilaktika tadbirlarini ko'rish va o'z vaqtida aniq tashxis qo'yishni ham talab qiladi.

Kasallikning **klirik manzarasi** qorin pardaning umumiy yallig'lanish belgilari bilan kechsa-da, kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarning turli-tumanligi davo yo'lini tanlashda differensial yondashishni talab qiladi.

Birlamchi (septik) peritonit. Qorin pardaga infeksiyaning tarqalishi kontakt, gematogen yoki limfa yo'llari bilan kechadi. Kasallik omfalit, kindik sepsisi yoki boshqa septik jarayon asosida boshlanib, o'tkir tus ola boshlaydi. Bolaning umumiy ahvoli og'irlashadi, qorinda kuchli dimlanish paydo bo'lib, u safro hamda ichak ajral-

masi bilan qayt qila boshlaydi. Peritonitga xos mahalliy belgilar: qorin devori qatlamlarining shishi hisobiga teri yaltiroq tus oladi, qon tomirlardagi o'zgarishlar natijasida, giperemiya va venalarda-gi staz esa ushbu tomirlarning kengaygan tasvirini aks ettiradi. Bu o'zgarishlar qorin devori sathining butunlay qoplab olishi bilan birga, tashqi tanosil a'zolari sohasiga ham tarqaladi. Palpatsiya qilib ko'rilgandagi og'riq, bolaning bezovtalanishi bilan namoyon bo'lsa, perkussiya va qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planganligi aniqlanadi.

Qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasvirida havoga to'lgan ichaklarning «qalqib» turishi, qorin bo'shlig'idagi yig'ilgan suyuqlik hisobiga bo'lib, bunday alomat «suzuvchi ichaklar» simptomi deb ataladi.

Ikkilamchi (perforatsiyali) peritonitni keltirib chiqaruvchi sabablar turli-tuman bo'ladi, bunda dastlabki klinik belgilar shu kasallikka xos manzara (tug'ma ichak tutilishi, tug'ilish jarayonidagi jarohatlanish) bilan birgalikda, birlamchi peritonitga xos umumiy va mahalliy belgilar ham kuzatilishi mumkin.

Ikkilamchi peritonitga xos bo'lgan holat bola umumiy ahvolidan to'satdan og'irlashishi bo'lib, u kavak a'zolarida yuzaga kelgan perforatsiyadan dalolat beradi va ichak suyuqligining qorin bo'shlig'iga quyilishiga bog'liqdir.

Jarohatlar tufayli yatrogen, shuningdek, tug'ma ichak tutilishidagi perforatsiyalarda ichak suyuqligining qorin bo'shlig'ining hamma sohalari-ga tezda tarqalishi kuchli og'riq bilan kechib, bolada shok yoki kollaps holatini vujudga keltiradi. Asoratli enterokolitda esa ichak suyuqligi ayrim hollarda, ichaklarning bir-biriga yopishib qolishi va hosil bo'ladigan turli chandiqlar hisobiga qorin bo'shlig'ining ba'zi (perforatsiya sohasida) joylarida to'planadi, xolos. Demak, kuzatiladigan umumiy va mahalliy belgilar peritonitning tarqalish va rivojlanish darajasi bilan bog'liq bo'ladi. Shuning uchun umumiy chegarasiz hamda chegarali, yopiq perforatsiyali peritonitlar tafovut qilinadi.

Umumiy, tarqoq perforatsiyali peritonitda, qisqa vaqt ichida (1–2 soat), paydo bo'lgan septik peritonitga xos klinik belgilar jadal ravishda kuchayib boradi. Qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasvirida, diafragma gumbazlari ostida, muallaq havo va qorinda suyuqlik borligining aniqlanishi tashxisni tasdiqlaydi.

Chegarali epik perforatsiyalarda esa qorin bo'shlig'ida abscess paydo bo'lib, bunday yiringli jarayon qorin devori bilan yonma-yon turishi mumkin. Abscess joylashgan sohada shish, terida flyuktuatsiya kuzatiladi. Qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasvirida, havoning ichaklar bo'ylab tekis tarqalmaganligi, ayrim sohalarda, ichak devorlarining qalinlashuvi hisobiga kuzatiladigan dimlanish asosida, havoning yig'ilishi va pnevmostaz kuzatiladi. Har xil o'lchamdagi bunday o'zgarishlarni qorinning turli sohalarida, bir yoki bir necha joyida uchratish mumkin.

Chaqaloqlar peritonitida o'tkaziladigan davo muolajalari qorin parda yallig'lanishining xususiyatiga va kechishiga, keltirib chiqaruvchi sabab hamda asoratning turiga bog'liq bo'ladi. Birlamchi septik peritonitda, asosan, konservativ davo muolajasi o'tkazilib, bunda asosiy sepsis o'chog'ini davolash bilan birgalikda, antibiotiklarni ham tomirga, ham mushak orasiga yuboriladi, dezintoksikatsiya tadbirlari o'tkaziladi, mikrosirkulyatsiya buzilishlariga qarshi tadbirlar (reopoliglyukin, trental), ichak parezining oldini olish va davolash, desensibilizatsiyalovchi davo ham o'tkaziladi. Yaralik yoki nekrotik enterokolitda 1–3 dozada bifidumbaktrim berish, ilik antiseptik moddalar hamda na'matak yoki chakanda moyi bilan davolovchi ho'qnalar qilish, bu kasallikda o'tkaziladigan maxsus davo tadbirlari bo'lib hisoblanadi.

Birlamchi septik peritonitda laparostentez yordamida qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish eksudatini so'rib olish va antibiotiklar yuborish, shuningdek, elektroforez yo'li bilan antibiotiklarni qorin devori orqali yuborish ham yaxshi samara beradi. Chaqaloqlar peritonitda yarim o'tkazgichli lazer nurlari bilan kontakt usulida qorin bo'shlig'ini nurlantirish amaliyotga tadbiiq qilina boshlandi. Bola umumiy ahvolining barqarorlashuvi, intoksikatsiya alomatlarining kamayishi va peritonit mahalliy belgilarining susaya borishi, konservativ davo muolajalarini davom ettirishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Perforatsiyali peritonitda shoshilinch jarrohlik tadbirlarini o'tkazish taqozo qilinadi. Perforatsiyali chegarasiz peritonitda trans- yoki pararektal laparotomiya o'tkazilib, ichakdagi o'zgarishlarning turi, soni va joylashuvini hisobga olib tegishli yordam ko'rsatiladi. Ichak devoridagi yakka perforatsiya teshiklarining qirralari kesib tozalangach, ko'ndalangiga 2 qatorli choklar qo'yiladi.

Yarali yoki nekrozli enteroklitda jarohatlangan soha bir necha sm ni tashkil qiladigan bo'lsa (enterokolitning lokal turi), bu paytda, ichakning mazkur qismi rezeksiya qilinib, uchma-uch anastomoz qo'yiladi. Tarqalgan yiringli perforatsiyali peritonitda va nekrozli enterokolitning diffuz turida operatsiya muolajasi qorin bo'shligi sanatsiyasi hamda Mikulich bo'yicha ileostoma qo'yish bilan tugatiladi. Qo'yilgan ingichka ichak stomasi (oqmasi) zararlangan joydan yuqoriga qo'yiladi. Yo'gon ichak perforatsiyalarida esa perforativ teshikni tikish bilan jarohatlangan joyning proksimal qismiga vaqtinchalik chok qo'yiladi.

Operatsiyadan keyingi davrda davo muolajalari, asosan, infeksiyaga qarshi kurashga, organizmning fiziologik faoliyatini mo'tadillashtirishga, ichak pareziga qarshi olib boriladi, 3–4 kun davomida peridural og'riqsizlantirishni o'tkazish yaxshi natija beradi.

4.6. O'tkir pankreatit

O'tkir pankreatit – oshqozon osti bezining yallig'lanishi, bolalarda nisbatan kam uchraydi. Biroq pankreatit bo'lganda, keskinlashuv va letallik bolalarda katta yoshlidagilarga qaraganda ko'p uchraydi. Katta yoshlilardagilarda pankreatitning ko'p uchraydigan sababi, alkogol iste'mol qilinishi va o't yo'llarining kasalliklaridir. Bolalik yoshida bu sabablar kam uchraydi, bu ma'lum diagnostik muammolarni yaratadi.

Bolalik yoshida pankreatitning etilologiya va patogenezi turlicha bo'ladi. Ko'pincha, bolalarda o'tkir pankreatit qorinning jarohati natijasida kelib chiqadi. Jarohatsiz o'tkir pankreatit asosida ko'p sabablar yotadi. Ko'pchilik tadqiqotchilar bu kasallikni idiopatik hisoblashadi, garchi bunday fikrlashni tushuntirish qiyin bo'lsa ham. Bolalarda pankreatitning boshqa taxmin qilinadigan sabablaridan ximioterapivtik preparatlar va kortikosteroidlar, virusli va bakteriyali infeksiyani, kistofibrozni, o't yo'llari kasalligini va ba'zi hollarda, bu patologiyalarning oilaviy variantini (pankreatit) aytish kerak.

Pankreatitning «jismoniy» sababi o'zini-o'zi yoqtirmaslik (autoliz) hisoblanadi. Afsuski, bu jarayonning aniq mexanizmini tushunish qiyin. Oshqozon osti bez ekzokrin enzimlarni juda katta tezlikda ajratadi va ularning bevosita bezning o'zida yuqori konsentrat-

siyasini qoʻllaydi. Enzimlar himoya zimogenlarida (proenzimalarda) soʻngan shaklda yigʻiladi. Himoya ekzokrin bezlarning teshik pH va protezli ingibitorlar bilan taʼminlanadi. Turlicha kelgan qonning (obstruksiya, jarohat, kimyoviy jarayonlar) bezga quyilishi, bezdagi himoya membranalarini buzishi va enzimlarni faol holatga «qoʻyib yuborishi» mumkin. Buning orqasidan bezda yo oʻz-oʻzidan toʻxtashi yoki umumiy buziluvchi oʻzgarishlar chaqirishi mumkin boʻlgan, oʻzini-oʻzi hazm qilish jarayoni boshlanadi.

Oʻtkir pankreatitning klassifikatsiyasi:

- oʻtkir shish yoki oʻtkir interstitsial pankreatit.
- oʻtkir gemorragik pankreatit.
- oʻtkir pankreonekroz.

Bolalik yoshida koʻpincha pankreatitning birinchi ikki shakli uchraydi.

Oʻtkir pankreatitning klinikasi epigastral sohada, koʻpincha oʻrab oluvchi xususiyatga ega, kutilmagan kuchli ogʻriqlar, koʻp marotaba qusish bilan namoyon boʻladi. Teri qoplamalarining sianotik rangi, sayoz nafas olish, tezlashgan yurak urishi, harorat oshishi unga xos.



4.15-rasm. Oʻtkir pankreatit, destruktiv shakl. Oshqozon osti bezi oʻlchamlarining kattalashuvi, chiziqlarning aniq emasligi, qorinning orqa devori va oshqozon osti bezi orasidagi masofaning kattalashuvi

Qorin birmuncha shishgan, lekin nafas olish aktida ishtrok etadi, epigastriyada og‘riqli, kamdan kam holatda qorin oldi devorining mushaklari tortilishi aniqlanadi. Intoksikatsiya alomatlarining zo‘rayishi, pankreatik peritonitning rivojlanishiga dalolat beruvchi, qorin bo‘shlig‘ida erkin suyuqlikning paydo bo‘lishidir.

Diagnostikasi. O‘tkir pankreatit tashxisi qorinda og‘riq bo‘lgan bemorlarda, amilaza zardobining yuqori darajasi namoyon bo‘lishi asosida qo‘yiladi. Diagnostikaning qiyinchiliklari amilaza zardobining darajasi ko‘tarilishi, ba‘zan boshqa sabablar, ko‘pincha ingichka ichakning yopilishi, jigarning jarohatli yoki yallig‘lanib zararlanishi va hattoki salpingit bilan yuzaga kelishi bilan tushuntiriladi. Patologiyaning bu ko‘rinishlarida diagnostikaga amilaza klirensi va kreatin klirensining munosabatini o‘zida namoyon qiladigan, amilazaning buyrak klirensini aniqlash yordam berishi mumkin. Bu ko‘rsatkich hatto buyrak funksiyalarining buzilishi bo‘lganida ham zardob amilaza mahsulotini aniq baholash imkonini beradi:

$$\frac{\text{Siydik amilazasi x Zardob kreatinini}}{\text{Zardob amilazasi x Siydik kreatinini}} \times 100$$

Normal holatda bu munosabat 5 %dan kam bo‘ladi, o‘tkir pankreatitda esa 7–14 %gacha ko‘tariladi. Pankreatit diagnostikasida, ba‘zan, hatto zardob amilazasidan ko‘ra ancha ta‘sirchan ko‘rsatkichga ega bo‘lgan zardob lipazasini aniqlash qimmatli hisoblanadi.

Tibbiy vizualizatsiya usullaridan exoskanerlashda, oshqozon osti bezi o‘lchamlarining kattalashuvi, boshchaning shishi, densitometrik ko‘rsatkichlarning o‘zgarishi (zichlashishi)ni yaxshi kuzatilishini aytish mumkin (4.15-rasm).

Davolash. Bezda destruktiv jarayonning cheklanishi yoki sekinlashishi, bu –kasallikni davolashda asosiy maqsad va masala hisoblanadi. O‘tkir pankreatitni davolash bir-birini cheklamaydigan ikki yo‘nalishdan tashkil topadi: jarrohlik va konservativ. Dastlabki davolash pankreatitni chaqiradigan sababga yo‘naltirilgan bo‘lishi kerak. Agar etiologik rolni qandaydir preparatlar o‘ynagan bo‘lsa, unda ularni qabul qilishni to‘xtatish kerak. Kimyoviy terapiya o‘tkaziladigan holatlarda, pankreatitning sababi ayon va kimyoviy terapiyani to‘xtatish

lozim. Biroq bemor glyukokortikosteroidlar olgan holatlarda, masala bir tomonlama yechilmaydi. Steroidlarni qabul qilish vaqtida ba'zi bir pankreatit rivojlanishida, bemorlar, odatda, tez-tez immun buzilishlari bilan bog'liq juda og'ir holatlarda bo'ladi. Va garchi, steroidlarning qabul qilinishini to'xtatish mantiqqa to'g'ri kelsa-da, biroq og'ir kasal bemorlarda, bu nafaqat pankreatitning kechishiga ta'sir ko'rsatmasligi, balki boshqa keskinlashuvlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Pankreatitning oilaviy varianti bo'lgan bolalarda kasallik, ko'pincha surunkali shaklda yoki hatto simptomsiz kichadi. Agar qon ketishi yoki qorindagi og'riq ko'rinishidagi to'satdan keskinlashuv yuzaga kelsa, davolash kechiktirilmasdan boshlanishi kerak. Odatda, u ichakka «tinchlik» yaratish maqsadida mos keluvchi oddiy parhez belgilanishidan iborat bo'ladi. Agar bunday taktika natija olib kelmasa, ba'zan jarrohlik muolajasini ham o'z ichiga olgan, ancha keskin choralar qo'llaniladi.

Pankreatit infeksiya ko'rinishida paydo bo'lgan holatlarda, davolash uning sababiga yo'naltirilgan bo'lishi kerak. Ko'pincha bu virusli infeksiya. Ko'pgina virusli kasalliklar, masalan, tepkining o'zi tuzaladi. Afsuski, oshqozon osti bezi o'zida viruslarni yig'ishga qodir a'zolar qatoriga kiradi, unda sitomegaloviruslarning yig'ilish holatlari ko'p ta'riflangan. Tobora o'sib borayotgan bola yoshida a'zolarining transplantatsiyasi oshqozon osti bezining virusli zararlanishi chastotasining o'shishi bilan kuzatilishining ehtimoli bor. Oldinlari, bakterial infeksiya sabab bo'lgan pankreatit, garchi davolash faol jarrohlik bo'lsa-da, 100 %li letallik bilan kuzatilgan.

Bez yo'llari kasalliklari fonida pankreatiti bo'lgan bemorlarda, odatda, asosiy patologiyani jarrohlik tuzatishini talab qilinadi. Biroq pankreatitning kuchayish holatlarida, shubhasiz, birinchi navbatda, pankreatitni yengish uchun standart terapiyani o'tkazish va faqat shundan so'nggina operativ muolaja haqidagi masalaga to'xtalish kerak.

Pankreatitga olib kelgan jarayon yo'qotilgan yoki to'xtatilganidan so'ng oshqozon osti bezining «tinchligini» ta'minlashga yo'naltirilgan davolash tadbirlari birinchi o'ringa chiqadi. Eng avvalo, bu nazogastral nayning qo'yilishi va infusion terapiyadir. Bunday bemorlarda, ko'pincha suyuqlikni sezilarni yo'qotilishi va elektrolitli siljish ko'rsatkichlari kuzatiladi. Ayrim og'ir holatlarda kalsiy glyukona-

tingin kiritilishi kerak bo'lishi mumkin. Agar bez destruksiyasi endokrin yetishmovchiligi va giperglikemiyaga olib kelsa, insulinoterapiya zarur. Bundan tashqari, promedol belgilagan holda og'riqlarni to'xtatish kerak. Morfin bu maqsadda ishlatilishi mumin emas, chunki nazariy jihatidan u Oddi sfinkterining yopilishiga olib kelishi va shunday qilib oshqozon osti bezidagi oqimga to'sqinlik qilishi mumkin.

Ovqatlanish ko'pincha eyunostomik nay orqali entral emas, ichki giperalimentatsiya yo'li bilan amalga oshiriladi, chunki parenteral ovqatlanish ichak va bezda samarali «tinchlik»ni ta'minlaydi. Shuningdek, somatostatin, glyukagon, antixolinergik medikamentoz vositalar, gistamin blokatorlar, proteaz ingibitorlar tavsiya etiladi. Biroq bu preparatlardan birortasi ham ishonchli aniq samarani bermaydi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash. O'tkir pankreatitning jarrohlik yo'li bilan davolanishi faqatgina konservativ terapiya foyda bo'lmaganida yoki tashxis aniq bo'lmagan holatlarda ko'rsatiladi. Agar operatsiya qorin bo'shlig'i a'zolarining oldindan konservativ terapiyasiz o'tkir jarrohlik patologiyasini olib tashlash maqsadida amalga oshirilsa, unda yallig'langan bez sohasida o'ta faol harakatlarni bajarmagan holda, juda ehtiyotkor bo'lish kerak. Jarrohlik muolajasi qorin bo'shlig'ining yuvilishi, aniq nekrozlangan to'qimalarning olib tashlanishi va mos keluvchi drenirlanishning ta'minlanishidan, ya'ni oshqozon osti bezidan yetarli chiqishni yaratish bilan cheklanishi kerak. Bunga kichik charvining e'tiborli reviziyasi va oshqozon-yog'on-ichak birlashmasini ajratish yo'li bilan erishiladi. Qorin devori yarasini zich tikishadi va operatsiyadan so'ng pankreatitning konservativ davolanishini boshlashadi. Bezgak va intoksikatsiya kabi keskinlashuvlar paydo bo'lganida mos keluvchi choralar kechiktirilmay ko'rilishi kerak. Agar davolash, ayniqsa immune buzilishlariga ega bolalarda o'z vaqtida va kechiktirilmay o'tkazilsa letallik 15 %dan oshmasligi kerak.

4.7. Oshqozon-ichakdan o'tkir qon ketishlar

Bolalarda o'tkir oshqozon-ichak qon ketishlarining sababi oshqozon shilliq qavatining yorilishi (Melori-Veys sindromi), eroziya va yara (reflyuks-ezofagit, oshqozon va 12 barmoq ichakning yara

kasalliklari, yarali-nekrotik enterokolit, Mekkel divertikuliti, ichak polipozi, ichak nayining tubular ikkilanishi va boshqalar) bo'lishi mumkin. Sanab o'tilgan oshqozon-ichak traktiga qon ketishi bilan kuzatilishi mumkin bo'lgan kasalliklarning ko'pligiga qaramasdan, ularning chastotasi va hayotga xavfliligi katta emas. Bundan tashqari, ishlab chiqilgan diagnostikaning standartlari va davolash protokollari amaliyotda bo'lgan pediatr va jarrohlarga ko'rsatilgan kasalliklarning gemorragik keskinlashuvlari bilan yetarlicha omadli kurashish imkonini beradi.

Chaqaloqlarning gemorragik kasalligi (chaqaloqlarning melenasi) tug'ilgandan 2–5 kundan so'ng namoyon bo'ladigan oshqozon-ichak qon ketishining o'z-o'zidan davomiyligi bilan xarakterlanadi. Kasallik turg'unlashgan ichak florasi bo'lganida ichakda hosil bo'ladigan K vitaminining yo'qligi yoki yetarli emasligi natijasida kelib chiqadigan protrombin defitsiti bilan shartlangan. Kasallikning eng ko'p namoyon bo'ladigan ko'rinishi – chaqaloqlarning melenasi. Bu qon ketishlarining sababi ko'pincha oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shillig'ining eroziyasi hisoblanadi. Klinik tasvir uchun kuniga 3–4 marta ko'p qonli axlat ketishi xos. Davolanish – H₂ blokatorlar bilan joylanadigan K vitamini.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning peptik yarasi 1–3 yoshdagi bolalarga xos bo'lib, ko'p uchramaydi. Bu yosh guruhida oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning zararlanishi klinik kechishi bo'yicha katta yoshdagi bolalardagi yaradan ancha farq qiladi. Ular, odatda, o'tkir va juda og'ir kechadi. Ularning boshlanishi juda o'tkir, yara nuqsoni qon tashuvchi tomirlarga tekkan holda mushak qatlamiga kiradi, bu ko'p qon ketishi va a'zoning perforatsiyasiga olib keladi. Ko'pchilik peptik yaraga stress, bosh suyagi, miya, kuyish jarohatlari olib keladi. Diagnostika gastroduodenoskopiyaga asoslanadi. Davolash – jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi.

Diafragmaning qizilo'ngacha teshigi churralari ikki tipda bo'ladi: ezofageal, bunda oshqozonning kardial bo'limi bilan qizilo'ngach ham tepaga siljiydi, paraezofageal, bunda oshqozon tepaga siljiydi, qizilo'ngach esa qo'zg'almay qoladi. Yetakchi simptomlardan biri churra darvozasida oshqozon jarohati bilan bog'liq qonli qusish hisoblanadi.

Qon oqimi va anemiyaning kelib chiqishi kislotali oshqozon tarkibining qizilo'ngachga qaytishi va oshqozonning ezofageal halqaga egilishi bilan bog'liq. Davolash – (gerniorafiya) antireflyuks mexanizmni shakllantirgan holda, churraning olib tashlanishi (Nissen operatsiyasi).

Melori-Veys sindromi – bu kuchaygan, qaytariladigan (to'xtatib bo'lmaydigan) qusish, jarohat natijasida oshqozon shilliq subkardial bo'limining shikastlanishi (yirtilishi). Kasallik bolalarda kattalarga qaraganda kamroq uchraydi. Davolash ko'pincha konservativ, yoki qonayotgan tomirlarning endoskopik koagulyatsiyasi.

Ichak polipozlari. Bolalarda yog'on ichakning barcha polipoz holatlarining 90 %dan ko'pi yuvinil (gamartom) polioplarga to'g'ri keladi. Bu yo'g'on ichak to'qimalarining embryonal rivojlanishining buzilishi natijasida hosil bo'ladigan tugunli o'simtasimon hosilalar. Yuvenil polioplilar yoqtiradigan lokalizatsiya to'g'ri va sigmasimon ichak hisoblanadi. Polip o'lchamlari bir necha millimetrlardan 3 sm gacha va undan ko'p santimetrlargacha bo'ladi. Ular qattiq najas massalari va kolonoskopiya bilan jarohatlaganda oson qonaydi. Polip oyoqchalarining keyinchalik nekroz va qon ketishi bilan aylanishi og'ir keskinlashuvi hisoblanadi. Diareya, ko'p qon ketishi, gipoproteinemiya, ochilishlar, istisqo bilan kuzatiladigan oshqozon-ichak traktining yuvenil polioplari generatsiyalangan shakli 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'p hollarda letallik bilan tugaydi.

Massiv xarakteri ularni hayotga xavf tug'diradigan, va qon ketishlarini to'xtatish bo'yicha kechiktirilmas choralarini qabul qilish va chuqur bilim talab qiladigan qatorga qo'yadigan portal gipertenziya tufayli yuzaga keladigan qizilo'ngach-oshqozon qon ketishlari muammolari boshqalaridan bir muncha ajralib turadi. Bizning portal gipertenziyasi bo'lgan bolalarni davolashdagi 20 yildan ortiq tajribamiz, bu bo'limni ifodalashining muhimligini aniqlab berdi.

Portal gipertenziya. Bolalardagi portal gipertenziya o'ziga xos va murakkab jarrohlik muammosi hisoblanadi. Portal gipertenziyaning klinik namoyon bo'lishlari portal vena tizimida bosimning oshishi bilan kechadigan jigar va taloqning turli kasalliklarida yetarli darajada bir tipli hisoblanadi. Shu tufayli ularni alohida nozologik birliklarni emas, portal bosim oshishi – portal gipertenziya

sindromi bilan shartlangan simptomokompleks nuqtayi nazaridan ko'rib chiqish maqsadga muvofiq. Portal tizimdagi bosimning oshishi (qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishidan qon ketishlari, gipersplenizm, istisqo) katta yoshli bemorlar va bolalarda bir xil, biroq etiologiya, yakunlari va davolanishi juda farq qiladi. Masalan, katta yoshli bemorda qizilo'ngachning varikoz venalaridan qon ketishining boshlanishi ko'pincha preterminal namoyon bo'lish, yoki eng yaxshi holatda, bemor holatining yaqin kelajakda muqarrar yomonlashuvini oldindan bildiradigan oldindan aytish nuqtayi nazari-dan og'ir simptom hisoblanadi. Bolalarda esa eng kamida yarim ho-latlarda qon ketishi izolatsiyalangan namoyon bo'lish ko'rinishida paydo bo'ladi, lekin, normal jigar metabolizmi fonida, portal gipertenziya portal venasining trombozi natijasi yuzaga kelganda hayotga xavf soladi. Hatto portal gipertenziya sirroz natijasida rivojlangan holatlarda ham bolalik yoshida katta yoshdagilardan ko'ra natija ancha yaxshi. Shu sababdan, bolalarda portal gipertenziyani davolash masalasi palliativ choralarini amalga oshirish yo'li bilan bola holatini shunchaki bor-yo'g'i vaqtinchalik yaxshilash emas, o'sish va rivojlanish uchun optimal sharoitlar yaratish, shuningdek, hayot «sifatini» yaxshilash va uning maksimal cho'zilishi hisoblanadi.

Etiologiya va patogenezi. Portal gipertenziya qonning jigarga venoz oqimiga qarshilik qilinishi natijasida hosil bo'ladi va obstruksiya joyiga qarab jigar tashqarisi, jigar ichi va jigar usti shakllariga sinflanadi. Jigar parenximasining o'zi shuningdek, yuqori portal bosim ta'siri ostida bo'ladigan portal gipertenziyadan (jigar usti, sinusoid ostida, sinusoidal) portal tizimdagi yuqori bosim jigar parenximasiga ta'sir qilmaydigan (sinusoidal dan oldin, jigar tashqi obstruksiyasi) patologiya shakllarini ajratish lozim. Ikkinchi holatda jigar hujayralari funksiyasi buzilmagan, bu vaqtda birinchisida yetarlicha xarakterli bo'lgan sinusoidal tuzilishli o'zgarishlar gepatotsitlar bilan plazma komponentlarini qabul qilinishiga qarshilik qilgan va jigar yetishmovchiligi rivojlanishiga sharoit yaratgan holda, jigarga effektli qon oqimining kamayishiga olib keladi. Bundan tashqari, parenximatov gipertenziyasi bo'lgan bemorlar istisqoga beriluvchan, ularda koagulyatsion buzilishlar ko'proq rivojlanadi, qon ke-

tishlari ba'zan juda og'ir, va bunday bemorlarga shuntlaydigan operatsiyalar yomon ta'sir qiladi. Parenximatof bo'lmagan gipertenziya bo'lgan bunga qarama-qarshi holatda, jigar funksiyasi normal (yoki deyarli normal), qon ketish epizodlari unchalik intensiv emas va prognozi ancha yaxshi.

Portal gipertenziyaning rivojlanishi uchun zarur bo'lgan omil, portal tizimda kuchaygan visseral qon ketishi hisoblanadi. Qon ketishi kamayganida, turg'un yurak yetishmovchiligida, passiv sirkulyatorli stazga qarama-qarshi holatda, kislorodning chiqarilishi oshadi va kislorod bo'yicha arteriovenoz farqi oshadi, portal gipertenziyada portal sirkulatsiya giperdinamiklik bilan farq qiladi. Portal tizimda qon oqishi tezlashgan, yurakning qon haydashi orta, ayniqsa taloq sohasida arteriovenoz fistillar ochiladi va tutqich tomirlaridagi venoz qon yuqori oksigeneratsiyalanadi.

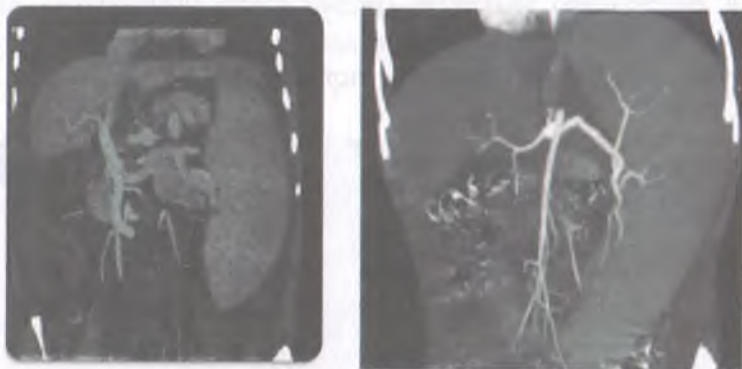
Portal gipertenziyaning klassifikatsiyasi:

- jigar usti portal gipertenziyasi – rivojlanish nuqsoni, pastki kavak vena yoki jigar venalarining trombozi natijasida hosil bo'ladi (venooklyuzion kasallik, Badd-Kiara sindromi);
- jigar ichi portal gipertenziyasi – fibroz yoki sirrozga olib keladigan jigarning surunkali kasalliklarida rivojlanadi;
- jigar osti portal gipertenziya – portal venasi yoki uning jigar ichi tarmoqlari obstruksiyasi natijasida rivojlanadi («portal venasining kavernozi transformatsiyasi»).

Jigar usti obstruksiyasi. Jigar venalari obstruksiyasi (Badd-Kiara sindromi) – bolalarda portal gipertenziyaning kam uchraydigan holati. Bu sindrom, odatda, patologiyalarning turli ko'rinishlari va quyidagi kabi omillar bilan birga uchraydi: qon kasalliklari, ayniqsa politsitemiya, tizimli qizil teri sili, halokatli kasalliklar, masalan, buyrak usti yoki buyrakdan, buyrak venalari membranasidan chiqadigan karsinoma. Sindromning kechishi, odatda, juda ayyor va ba'zan hepatomegaliya, qorindagi og'riqlar va istisqoning paydo bo'lishi bilan to'g'ri tashxis qo'yilguniga qadar oylar va yillar o'tadi. Biroq, qorinda kuchli og'riqlar, qusish, sezilarli hepatomegaliya paydo bo'ladigan va istisqo tez rivojlanadigan o'tkir shakli ham mavjud. Badd-Kiara sindromi postsinusoidal obstruksiyani o'zida namoyon

etar ekan, undagi jigarining zararlanishi turg'unlikning markazlashgan sinusoidal o'choqlaridan jigar hujayralarining markaziy nekrozigacha ifodalangan va progresslanadigan bo'ladi. Deyarli doim istisqo yuzaga keladi.

Jigar ichi obstruksiyasi. Bola yoshida safro yo'llarining atreziyasi va jigar sirrozlari – portal gipertenziyaga olib keladigan jigar ichi obstruksiyasining eng ko'p uchraydigan sabablari (4.16-rasm)dir.



4.16-rasm. MSKT, portal qon aylanishining jigar ichi blokadasi (sirroz), jigar sirrozida seliakogramma.

Gistopatologik tadqiqotlar operativ muolaja yordamida erishilgan safroning effektli oqimidan so'ng ham jigar hatto chaqaloqlik davrida turli darajada fibroz jarayon bilan zararlangan bo'lishini ko'rsatadi. Biliar atreziyasi bo'lgan va Kasai operatsiyasi natijasida safroning effektli oqimiga erishilgan bemorlar jigar faoliyatining normal ko'rsatkichlariga ega va yoshiga mos ravishda o'sish va rivojlanishda davom etadi. Qolganlar jigar zararlanganligining u yoki bu klinik ko'rinishlariga ega bo'ladi, bunda ularning uchdan ikkisi yashab ketish imkonini beradigan jigar transplantatsiyasiga muhtoj. Bu guruhda postsinusoidal obstruksiya jigar venalarining regeneratsiyalanadigan qismlar bilan ezilishining yakuniy natijasi hisoblanadi.

Jigarning tug'ma fibrozi. Jigarning tug'ma fibrozi hayotning birinchi ikki yilida namoyon bo'ladigan gepatosplenomegaliya bi-

lan xarakterlanadigan jigarining izolatsiyalangan mustaqil kasalligi bo'lishi mumkin. Shu bilan birga jigar fibrozi buyrak kasalliklarining turli ko'rinishlari bilan birga uchraydi, ulardan eng ko'p uchraydigani infantile polikistoz hisoblanadi. Jigar fibrozi tashxisi presinusoidal obstruksiyani chaqiradigan jigardagi chiziqli fibrozlarni ifodalaydigan gistopatologik tadqiqot ma'lumotlari asosida qo'yiladi. Garchi bunda hepatomegaliya kuzatilsada, lekin jigarining surunkali kasalliklarining alomatlari yo'q (4.17-rasm).

Jigar parenximasi saqlangan (presinusoidal obstruksiya), gepatotsellyulyar funktsiya buzilmagan, zardobli bilirubin, transaminaz, ishqoriy fosfataza va protrombinli vaqt, odatda, normal bo'ladi.



4.17-rasm. Jigarining tug'ma fibrozida SPG va MSKT

Portal gipertenziya jigarining tug'ma fibrozi eng ko'p keskinlashuvi hisoblanadi. Bunda bolalarda, odatda, gepatosplenomegaliya uchraydi va ko'pincha qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon oqishi hosil bo'ladi.

Boshqa sabablar. Bolalardagi jigar ichi portal gipertenziyasining boshqa sabablaridan lokal biliar sirroz, antitrypsin yetishmovchiligi, surunkali faol hepatit, rentgen – yoki kimyoviy terapiyaning salbiy ta'sirlarini aytish kerak. Bemorlarda kisto-

fibroz bilan hosil bo'ladigan, portal gipertenziyali lokal billiar sirrozning rivojlanish chastotasi bolalarda 0,5 dan 8 %gacha va o'smirlarda 5 dan 20 %gacha bo'ladi.

Jigar tashqi obstruksiyasi. Bolalarda portal gipertenziyasining eng ko'p uchraydigan sababi perinatal omfalit, chaqaloqlik davrida kindik venasining kateterizatsiyasi, abdominal namoyishlar bilan sepsis, dehidratatsiya natijasi bo'lishi mumkin bo'lgan portal venasining trombozi yoki obliteratsiya hisoblanadi. Biroq, portal gipertenziyaning barcha holatlarining yarmida etiologik omilning namoyon qilishning iloji bo'lmaydi. Jigar sirrozi bo'lgan bolalardan farqli o'laroq portal venasi trombozi bo'lgan bemorlar, odatda, jigar sintetik funksiyasining normal ko'rsatkichlariga (bilirubin, protrombinlangan vaqt, albumin), lekin portal gipertenziyasining ayon, ifodalangan namoyishlariga (varikozli qon oqish va gipersplenizm) ega bo'ladi (4.18-rasm).



4.18-rasm. Jigar tashqi (jigar osti) portal gipertenziyasi (SPG, MSKT).

Portal gipertenziyaning klinika va diagnostikasi. Ko'pincha portal gipertenziyaning sababidan qat'iy nazar birinchi namoyon bo'lish joyi qizilo'ngach-oshqozon hisoblanadi. Portal bosimning oshishi portal qonni kollateriyalar bo'ylab aylanib o'tishga majbur qiladi.

Klinik munosabatda bu yoʻllardan eng muhimi oshqozonning qisqa va pastki venalar orasidagi kollaterali, qiziloʻngachning pastki uchdan biri va oshqozon tubining shilliq osti venoz tomirlari va keyinchalik juft boʻlmagan vena tizimi hisoblanadi. Varikozlardan qon ketishi, odatda, profuz va harorat oshishi (ORVI) va aspiratsiyain qabul qilish fonida koʻpincha 3–5 yoshda kutilmaganda boshlanadi. Portal gipertenziya natijasida qon ketishining oʻziga xos tomoni xalq ichida «jigar bilan qusish» deb nom olgan, qon quyqalarini qusish hisoblanadi.

Sogʻlom bolada, kutilmaganda oshqozon-ichak traktining yuqori boʻlimlaridan qon ketishi boshlanganda va bunda anamnezida jigarining surunkali kasalligi haqida maʼlumotlar boʻlmaganida, portal vena trombozi tashxisi birinchi navbatda koʻrib chiqilishi kerak. Oʻrganilganda taloqning kattalashgani, jigarining normal yoki kichraygan oʻlchami, sariq kasalligi va yulduzsimon angiomlarning yoʻqligi ifodalanadi, boʻy koʻrsatkichlari esa bola yoshiga mos boʻladi. Jigarining sintetik funksiyasi, odatda, normal koʻpincha 80 000–100 000 chegarada trombositopeniya kuzatiladi.

Yuqorida taʼriflangandan farqli oʻlaroq, sirrozi boʻlgan koʻpchilik bolalarda jigar kasallanishi tashxisi koʻpincha oshqozon-ichak qon ketishi boshlanishidan ancha oldin qoʻyiladi. Masalan, safro yoʻllarining atreziyasi hayotning birinchi oylarida tashxislanadi. Postvirusli sirrozi boʻlgan bemorlarda, odatda, anamnezida boshdan kechirilgan neonatal yoki virusli gepatit haqida koʻrsatmalar boʻladi. Sklerozlaydigan xolangit, Badda-Kiari sindromi va kisto-sirrozda antitripsinning yetishmovchiligida sirroz tobora rivojlanishi va baʼzan qon ketishiga cha shubha uygʻotmasligi mumkin. Badda-Kiari sindromining oʻtkir shakli, qiziloʻngachdan qon ketishi rivojlanishi va istisqodan oldin, odatda, qorinda oʻtkir ogʻriqlar va sariq kasalligi paydo boʻladi.

Splenomegaliya va gipersplenizm. Qon ketishi boʻlgan koʻpchilik bolalarda splenomegaliya ham namoyon boʻladi. Biroq 25 %ga yaqin kuzatishlarda boshqa barcha munosabatlarda sogʻlom boʻlgan bolada, portal gipertenziyaning birinchi namoyon boʻlishi sifatida boshqa simptomlarda aniqlanadi. Portal gipertenziya va splenomegaliya orasidagi yaqin aloqaga qaramasdan, taloq oʻlchamlari portal gipertenziya darajasi, jigar kasalligining davomiyligi va oshqozon-ichak qon ke-

tishining og'irligi bilan korreliqlanmaydi. Agar splenomegaliya uzoq vaqt davomida bo'lsa, gipersplenizm hosil bo'lishi mumkin. Leykositlar sonining 5000 va trombositlarning – 150 000 tagacha tushishi xos, lekin klinik ahamiyatga ega trombositopeniya va leykopeniya, odatda, bo'lmaydi. Vaqt o'tishi bilan taloqda fibroz va trabekulalarning qalinlashishi va retikuloendotelial hujayralarning giperplaziyasi kabi ikkilamchi o'zgarishlar rivojlanadi. Bu o'zgarishlar taloq o'lchamlari kattalashishiga olib keladi, shuningdek, aylanib o'tish uchun anastomozlarning yaratilishi bilan operativ muolajadan so'ng ham qandaydir darajada saqlanadigan qoldiq splenomegaliyani tushuntiradi.

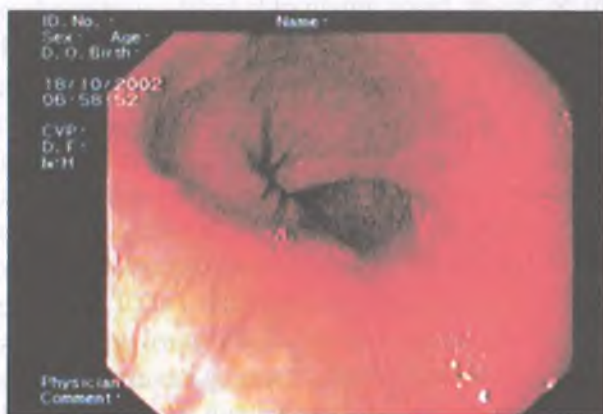
Istisqo. Istisqo suyuqligi dastlab oshqozon-ichak traktining seroz sirti bilan ajraladi, lekin, shuningdek, jigar venalari bo'yicha qonning oqishida to'siqlar bo'lgandagidek, jigar sirtidan ham ajralishi mumkin. Limfa tugunlar istisqoning suyuqlik absorbsiyasi munosabatida, o'z imkoniyatlaridan foydalanib bo'lganidan so'ng, u yig'ila boshlaydi. Garchi limfatik absorbsiyaga salbiy ta'sir qiluvchi o'ziga xos omillar haqida kam narsa ma'lum bo'lsa-da, biroq amaliyotda tortilgan istisqoda paratsentez qorin ichi bosimini pasaytirishi va limfatik kanallarga tashqi bosimning yo'qotilishi hisobiga istisqoning suyuqlik absorbsiyasiga sharoit yaratishi mumkin. Asosan, istisqo presinusoidal ko'ra ko'proq postsinusoidal portal gipertenziyada (Badda-Kiari sindromi, sirroz) rivojlanadi. Birinchi holatda, istisqoning suyuqligi ham jigar sirtidan, ham ichak seroz qobiqchasidan ajraladi. Port vena trombozida istisqo kam hosil bo'ladi, ko'pincha u boshdan kechirilgan qon ketishi natijasi bo'lishi mumkin.

Portal gipertenziya tashxisi qorin bo'shlig'i UTTi va visseral tomirlarning dopplerografiyasi asosida qo'yilishi mumkin. Jigar tashqi portal gipertenziasiga xos alomat portal venaning kavernozi transformatsiyasi va jigarning normal tuzilishi hisoblanadi. Jigar ichi portal gipertenziasida jigar «oq» jigargacha (jigar fibrozi) zichlangan, baland past, portal va taloq venalari yaxshi o'tuvchan, kengaygan. Jigar usti portal gipertenziasida jigar venalari yoki pastki kavak venalarning okklyuziyasi xos. Dopplerogrammada portal gipertenziyaning barcha shakllarida vitseral venalardagi qon oqimi o'rta tezligidan sezilarli pasaygani kuzatiladi. Portal gipertenziyaning parenximatov shakllari uchun (sirroz, fibroz) nafaqat kompensatorli arteriovenoz shuntlash,

balki umumiy gipervolemiya tufayli kelib chiqadigan visseral qon aylanishining giperdinamik tipi xos. Boshqa uslublar oldida ultratovush yordamida o'rganishning ustunligiga, uning noinvanizligi va infuzion terapiya va reanimatsiya fonida qo'llash mumkinligi kiradi.

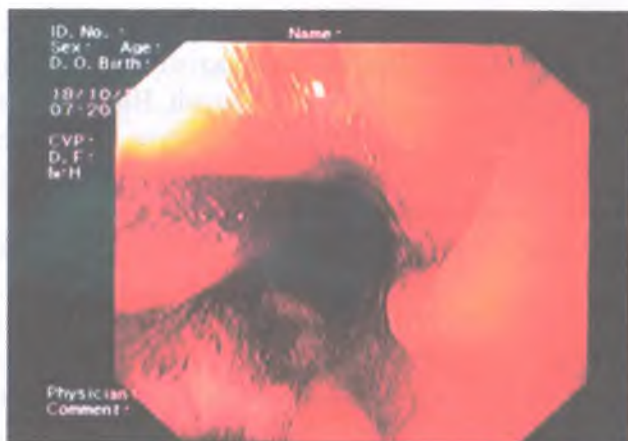
Portal gipertenziyada keyingi zarur bo'lgan o'rganish uslubi qizilo'ngach va oshqozonning kardial bo'limining varikoz kengaygan venalari, shuningdek, portal-gipertenzion gastropatiya aniqlanadigan EF-GDS hisoblanadi. Qizilo'ngach va kardiya venalari portal gipertenziyasi bo'lgan bolalarda, qon ketishining deyarli yagona manbayi bo'ladi. Bolalarda oshqozon-ichak trakti boshqa bo'limlaridan (gemorroidal venalar) qon ketishi juda kam uchraydi. Klinik amaliyotda Shersinger tomonidan taklif qilingan qizilo'ngach va oshqozonning varikoz kengaygan venalarining (VKV) klassifikatsiyasi keng qo'llaniladi:

I daraja – tortilmagan, qon ketishi xavfi kam bo'lgan, 0,1–0,2 sm diametrli qizilo'ngach va kardiyaning pastki uchdan biri VKVsi (4.19-rasm).



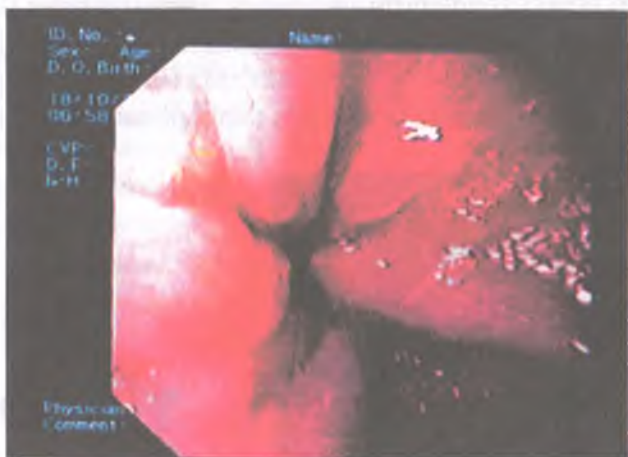
4.19-rasm. Qizilo'ngach venalarining 1 darajada varikoz kengayishi

II daraja – tortilgan, qon ketishi xavfining o'rta darajasi bilan qizilo'ngach va kardiyaning pastki va o'rtasining uchdan bir qismi VKVsi (4.20-rasm).



4.20-rasm. Qizilo'ngach venalarining II darajada varikoz kengayishi

III daraja – 0,4 sm diametrdan kattaroq, tortilgan, qon ketishining katta xavfi bilan qizilo'ngachning yuqori uchdan bir qismigacha VKV si (4.21-rasm).



4.21-rasm. Qizilo'ngach venalarining III darajada varikoz kengayishi

Jarrohlik yo‘li bilan davolashni rejalashtirish uchun visseral tomirlarning kontrastli o‘rganilishini o‘tkazish lozim. Keng ko‘rib chiqilgan uslub splenoportografiya hisoblanadi. Biroq o‘rganishning bu uslubidagi axborot taloq venasining basseyni bilan cheklanadi. Mezenterial basseynning kontrastlanishi qaytadigan mezenterikoportografiya bilan amalga oshiriladi.

Zamonaviy bosqichda tadqiqotlarning bu uslublari nafaqat portal gipertenziya sababini aniqlash, balki bolalarda jarrohlik muolajasi uslubini tanlashga aniqlik kiritish (portotizimli shuntlash tipi, azigoportal tarqoqlik) imkonini beradigan visseral tomirlarni kontrastlanishi bilan MSKT va MRTga o‘rinlarini bo‘shatishdi.

Jigarning punksiyon biopsiyasi bilan amalga oshiriladigan tashxisning morfologik verifikatsiyasi juda muhim hisoblanadi. Bu tadqiqot nafaqat sirroz makoni yoki jigar sirrozining parenximatoz portal gipertenziyaning boshqa shakllari bilan differensial diagnostikasi uchun, balki jarrohlik muolajasi va davolash uslubini tanlash uchun zarur.

Portal gipertenziyani davolash. Oshqozon-ichak traktining yuqori bo‘limlaridagi qon ketishini davolash doim, uning sababidan qat’iy nazar, hajmning to‘lishi, oshqozonning bo‘shatilishi va sovuq suv bilan yuvilishi uchun zondlanishi va kontakt gemostatikalar (lagoden) va bemorning umumiy holatini turg‘unlashtirishga yo‘naltirilgan choralarni qo‘llashdan boshlanishi kerak. Ba’zida Blekmor (Sengstaken-Blakemore) nayi yordamida tamponada talab qilinadi (4.22-rasm).



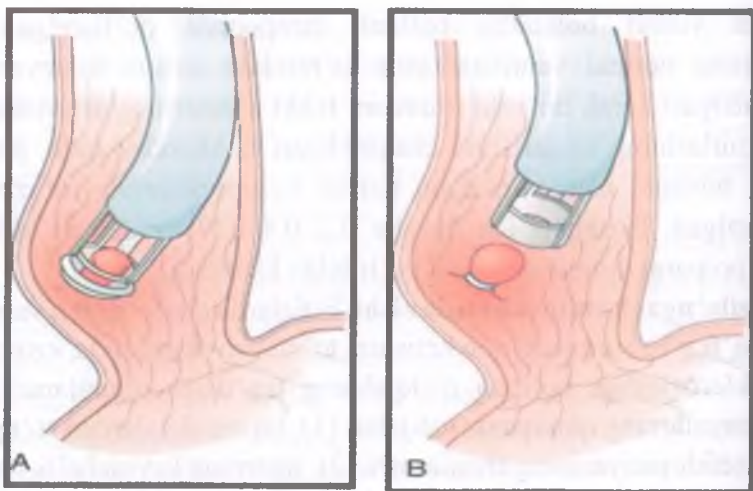
4.22-rasm. Blekmor nayini o‘rnatish prinsipi

Erta yoshli bolalarda ballonli tamponada qo'llanilganida, o'pkaning normal ventilatsiyasini ta'minlash uchun traxeyaning intubatsiyasi kerak bo'lishi mumkin. Ichki a'zolarning arterial oqimi tomirlarining qisqarishini chaqiradigan va shunday qilib, portal venoz bosimni kamaytiradigan tizimli vazopressinning infuziyasi ko'rsatilgan. Boshlang'ich dozalar 0,2–0,4/1,73 m²/daq ni tashkil etadi, preparat doimiy infuziya yo'li bilan kiritiladi.

Qizilo'ngach endosklerozlanishi. Bolalarda qizilo'ngach varikozidan o'tkir va surunkali qon ketishini to'xtatish maqsadida, ezofegal endosklerozlashga bo'lgan qiziqishning tug'ilishi, shuntlanadigan operatsiyalarning qoniqarsiz natijalari (1), bu muolajalardan so'ng jigar ensefalopatiyasining rivojlanishi (2), jigarning keyinchalik transplantatsiyasini qiyinlashtirishi mumkin bo'lgan jarrohlik muolajalaridan kechish xohishi bilan bog'liq. O'tkir varikoz qon ketishi bo'lgan bolalarda endosklerozlash qon ketishi to'xtaguniga qadar, har 2–3 kun takrorlanadi. Biroq qizilo'ngach devori nekrotizatsiyasi bilan yaralanishi va skleroterapiya oqibatida, perforatsiyaning yuqori xavfi haqida unutmaslik kerak. O'tkir qon ketishi bo'lmagan bemorlarda endosklerozlash oshqozon-ichak o'tish sohasidagi varikozlar literlanmaguniga qadar 6 haftadan 3 oygacha oraliqda amalga oshiriladi.

Hozirgi vaqtda, varikozlarni ingichka ligatura (ip) bilan endoskopik bog'lash uslubi qo'llanilmoqda, bu ularning literlanish (bitib ketishi)ga olib keladi va skleroz qo'zg'atadigan moddalarning inyeksiyasidan qochish imkonini beradi (4.23-rasm).

Bu usulning klinik qo'llanilishi oldindan o'tkazilgan natijalarining tahlili endoskopik ligir (bog')lash, kuchli qon ketishni ishonchli to'xtatishning imkonini beradi, bu uslubning qayta qo'llanilishida varikozlar to'liq yo'qotilishi mumkin. Qizilo'ngach endosklerozlanish va ligirlashning kiritilishi va tarqalishi bilan bolalar jarrohlik amaliyotidan qizilo'ngachning devaskulyarizatsiyasi va qizilo'ngach yoki oshqozon kesishuvini ko'zda tutuvchi muolaja uslublari deyarli ketdi.



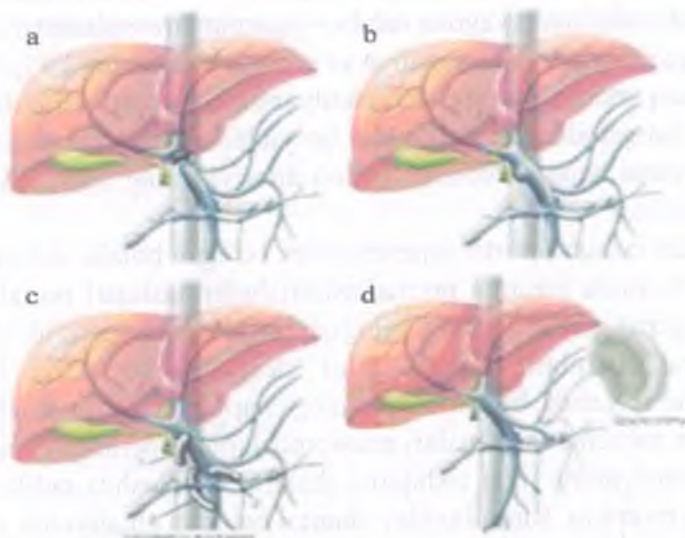
4.23-rasm. Varikoz tugunlarining endoskopik ligirlanishi

Palliativ muolaja hisoblanadigan azigo-portal tarqoqlik operatsiyalari ensefalopatiyaning yuqori xavfi bilan jigar sirrozi va kamdan kam holatda, erta yoshdagi bolalarda «shuntabel» tomirlar boʻlmaganida koʻrsatilgan. Shuningdek, bu operatsiyalar, «ilojsiz» operatsiyalari kabi konservativ terapiya omadsiz boʻlganida, qon ketishlarida koʻrsatilgan. Bolalarda azigo-portal tarqoqlik operatsiyalari orasida quyidagilar keng tarqalgan:

- Patsior operatsiyasi – kardiya va oshqozon kengaygan varikoz venalarini shaxmat tartibida tikish bilan gastrotomiya;
- Tanner-Bairov operatsiyasi – barcha qatlamlar orqali oshqozon tubining sirkulyar tikilishi;
- Sigaur operatsiyasining abdominal bosqichi – oshqozon qiziloʻngachning kardial boʻlimi umumiy tashqi devaskulyarizatsiyasi.

Bolalarda azigo-portal tarqoqlikning 300 dan ortiq operatsiyasidagi tajribamiz Sigaur operatsiyasining abdominal bosqichining taloq arteriyasining tikilishi bilan birga oʻtkazilishi foydasiga guvohlik qiladi.

Shuntlaydigan operatsiyalar. Port tizim tomir anastomozlarni qo'yish operatsiyalari oshqozon-ichak qon ketishlari va istisqo xavfini yo'qotish maqsadida ko'rsatilgan (4.24-rasm). Biroq, jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda bu muolajalarni qo'llashdagi ikki eng katta kamchiliklar quyidagilar: (1) portal qonni tizimli aylanishga eltish natijasi sifatida jigar ensefalopatiyasi va (2) jigarga portal qon oqimining kamayishi yoki to'liq to'xtashi natijasida, jigarning zararlanishi jarayonining tezlashishi.



4.24-rasm. Port tizim anastomozlarning tiplari: A – portokaval yonga yakun. B – portovokal yonga-yon. C – proksinal splenorenal. D – distal splenorenal.

Shuntlaydigan operatsiyalardan so'ng ensefalopatiyaning uzoq muddatlarda rivojlanish chastotasi 27 % dan 63 % gacha bo'ladi. Bu ensefalopatik o'zgarishlar, ayniqsa, visual xotiraning va makon va zamonga moslashishning yo'qolishi, shuntlaydigan operatsiyalardan keyin faqat 15–20 yil o'tgach, namoyon bo'lishi mumkin.

Jigar sirrozidagi shuntlaydigan operatsiyalar faqatgina jigar transplantatsiyasiga nomzod hisoblanmagan bolalarda va qon ketishi ol-

dinroq bajarilgan azigo-portal tarqoqlik operatsiyalarida konservativ terapiyaga bo'ysunmagan holatlardagina davolash mumkin bo'lgan uslub sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. Hatto distal splenorenal anastomozning (Worren operatsiyasi) ustunligi vaqt o'tishi bilan yo'qoladi, chunki jigar basseynidagi yuqori bosim qizilo'ngachdagi past bosimga selektivikning yo'qolishi bilan o'tadi va shu tariqa standart to'g'ri porttizimli shuntga transformatsiyalanadi. Shu bilan birga, jigar sirrozi rivojlanishining vaqtli bosqichlarida (Child A, B) bolalardagi bajarilgan selektiv shuntning samarali ishlash holatlari kam emas. Jigar sirrozini davolashning yagona uslubi – jigarning transplantatsiyasi.

Hozirgi vaqtda splenomegaliya va gipersplenizmning yo'qotilishi uchun taloq arteriyasining endovaskulyar parenximatoz embolizatsiyasidan, favqulodda ko'rsatkichlar bo'yicha azinoportal tarqoqlash operatsiyasini bajarish uchun – taloq arteriyasining ligirlanishidan foydalanishadi.

Jigardan tashqari portal gipertenziviyasi bo'lgan bolalar uchun portal vena tizimida bosimni normallashtirishidan tashqari portal vena bo'yicha gepatoportal qon oqimining qayta tiklanishini ta'minlaydigan mezoportal shuntlash operatsiyasini ideal deb ko'rsatish kerak. Boshqacha aytganda, bu portal venaning chap tarmog'i (jigar ichi) bilan yuqori mezenterial venalari anastomozlanish operatsiyasini, portal gipertenziyaning jigar tashqarisi shaklini davolashda radikal deb hisoblash mumkin. Biroq bunday shuntni bajarish amaliyotda 30–35 %dan oshmaydi. Shu bilan birga, porttizim shuntlash variantlari o'z qiymatini yo'qotmagan: splenorenal proksimal, distal, anastomoza-niing «yonga yon» tipida va mezokoval «yonma-yon» tipi va «N»-shuntlar. Ko'pincha shuntlash uslubini tanlash bola yoshi va portal vena basseyni trombozlari tarqalganligiga bog'liq.

Shubhasiz, portal gipertenziviyasi bo'lgan bolalarni davolashda muhim shart, uning shakliga qanaqaligidan qat'iy nazar, jigar parheziga qat'iy rioya qilish, gepatoprotektorlaydigan va immunomodellashtiradigan terapiyani o'z ichiga oladigan, uzoq vaqtli operatsiyadan keyingi rehabilitatsiya hisoblanadi.

4.8. O'tkir ichak tutilishi

O'tkir ichak tutilishi erta yoshli bolalar orasida keng tarqalgan va o'lim foizi yuqori. Bu, o'z navbatida, kech tashxizlash va noto'g'ri davolash sabablidir. Ko'pchilik holatlarda, tashxislashda bolalarning o'ziga xos anatomo-fiziologiyasini e'tiborga olishmaydi. Natijada, og'ir asoratlar va nohush oqibatlariga olib keladi.

4.8.1. O'tkir orttirilgan ichak tutilishi

Orttirilgan ichak tutilishi mexanik va dinamikka bo'linadi. Mexanik tutilish guruhiga obturatsion, strangulatsion va aralash berkilish – invaginatsiya kiradi. Ichakdan o'tishning to'liq yoki qisman buzilishi, ingichka yoki yo'g'on ichakning har qanday qismida lokallashishi mumkin.

Obturatsion ichak tutilishi ko'pincha ichak teshigining zich najas massalari, askaridalar, ba'zida o'simta bilan obturatsiyasi natijasida paydo bo'ladi. Har qanday yoshdagi bolalarda, ichak tutilishining eng ko'p uchraydigan sababi sifatida qabziyatning paydo bo'lishiga yo'g'on ichak rivojlanishining anomaliya va nuqsonlari (megadolixokolon, Girshprung kasalligi, ichakning tug'ma va orttirilgan stenozlari) xizmat qiladi.

Obturatsion ichak tutilishi diagnostikasida e'tibor bilan yig'ilgan anamnez muhim ahamiyatga ega. Unga erta va uzoq vaqtli qotishlarga shikoyatlar xos. Najasni faqatgina tozalash ho'qnasi yoki bo'shashtiruvchi preparatlarni qabul qilgandan so'ng olinishi mumkin. Odatda, ovqatlanish tartibining noto'g'riligi va bolaning yetarlicha parvarishlanmasligi, ko'pincha qorin bo'shlig'i o'simtasi sifatida qabul qilinadigan najas ko'payishiga, najas toshlari hosil bo'lishiga olib keladi. Ichak teshigining to'liq obturatsiyasida bola holati yomonlashadi, qorin shishishi o'sadi, tobora to'xtatib bo'lmaydigan xususiyatga ega bo'lgan qusish paydo bo'ladi. Endotoksemiya hodisasi rivojlanadi. Hosilotning palpatsiyasida, bosishda qoladigan «chuqurcha simptomi» unga xos hisoblanadi. Shubhali holatlarda, kontrast modda najas toshining har tomonidan oqib, uning soyasi aniq shakllanishiga olib keladigan contrast rentgenologik tadqiqot o'tkazish maqsadga muvofiq.

Obturatsion ichak tutilishining davolanishini xona haroratidagi 1–2 % tuz qarishmasi bilan sifonli klizmalardan boshlanadi. Noto'g'ri

texnika va klizmalarning izotonik qorishma bilan o'tkazilishi, suyuqlik va najas intoksikatsiyasining salmoqli rezorbsiyasi tufayli keladigan og'ir keskinlashuvlarga olib kelishini yodda tutish kerak, chunki bu, «suvli shok» va miya shishi rivojlanishi bilan, bolaning umumiy holatini to'satdan yomonlashishi kuzatiladi. Sifon klizmalar bilan parallel ravishda biriktiruvchi to'qimaga boy parhezni, o'simlik moyi va laktulozani (dyufalak, medulak) ichishni buyurishadi. So'nggisining dozasi bola yoshi va erishilgan bo'shashtirish natijasiga qarab tanlashadi.

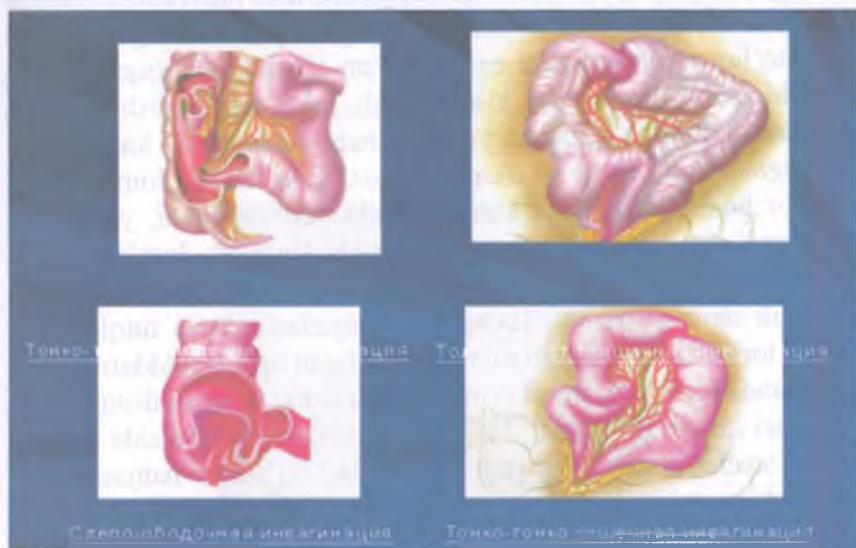
Qabziyat yo'qotilganidan so'ng, uning sababini aniqlash uchun ichak traktining kontrast o'rganishini (passaj, irrigografiya) amalga oshirishadi. Baugen qopqasida ichak teshigi obturatsiyasi tufayli bo'ladigan pardali berkilishi, so'nggi yillarda juda kam uchramoqda. Konservativ tadbirlar (gelmintga qarshi preparatlar, sifon klizmalar) muvaffaqiyatsiz bo'lganida, operativ muolajaga murojaat qilinadi, bunda teshikni ochmasdan yumshagan askarida tugunini ichakning pastdagi bo'limlariga surgan ma'qul.

Strangulyatsion ichak tutilishi tug'ma anomaliyalar yoki operatsiyadan keyingi davrda, ulash jarayoni tufayli kelib chiqishi mumkin. Unga embrional tasma atrofida o'ralgan ichak halqasining strangulyatsiyasi (safro o'tish obliteratsiyasining buzilishi) yoki halqaning ichki churraga, tutqich (qatqorin) nuqsonida qisilishiga xos. Ko'pincha appendektomiyadan so'ng, odatda, chuvalchangsimon o'simta cho'l-tog'idan chiquvchi va ichak halqalaridan birining bosilishiga olib keladigan zich tasma shakllanadi. Strangulyatsion berkilishning klinika va diagnostikasi qiyinchilikni o'zida namoyon qilmaydi. Asosiy alomat qorindagi kuchli xurujsimon og'riqlar hisoblanadi. Bola juda bezovta, oqaradi, tizza-tirsak holatini egallashi mumkin. Og'riqlar qusish va najas ushlanishi bilan birga bo'ladi. Ko'pincha kollaptoid holati rivojlanadi. Qorin kasallikning erta muddatlarida shishmagan, yumshoq, unga kuchaygan, shaloplaydigan peristaltik shovqinlar bo'lishi xos hisoblanadi. Rentgenogrammada kengaygan ichak halqalarida suyuqlikning ko'p darajalari namoyon bo'ladi (Kloyber kosalari).

Davolash – faqat jarrohlik yo'li bilan. Strangulyatsion berkilishni chaqiradigan tasma yoki ulanmaning, laparoskopik yoki laprotom kesilishi bilan amalga oshiriladi.

Invaginatsiya (ichak tutilishining aralash shakli) ham obturatsiya (ichak yoʻlining invaginat bilan yopilishi), ham strangulyatsiya (kiritilgan ichak tutqichi siqilishi) omillari birlashadigan mexanik berkilishning alohida koʻrinishini oʻzida namoyon etadi. Invaginatsiya – koʻproq koʻkrak yoshidagi bolalarda boʻladigan kasallik (90 %gacha), ayniqsa, u 3–9 oy yoshida koʻp uchraydi. Oʻgʻil bolalar qiz bolalardan koʻra koʻproq yoʻliqadi.

Ichak bir qismining boshqasiga kirishi ingichka va yoʻgʻon ichakning turli qismlarida hosil boʻlishi mumkin. Invaginatsiyaning koʻp uchraydigan lokalizatsiyasi ileosekal soha (ileosekal invaginatsiya) hisoblanadi. Bunda, koʻpincha ikkilik (murakkab) invaginatsiya sodir boʻladi, avval ingichka ichak ingichkasiga, keyin yoʻgʻoniga (4.25-rasm) kiradi.



4.25-rasm. Ichak invaginatsiya turlari

Katta yoshdagi bolalarga xos ingichka ichak invaginatsiyasi kam uchraydi. Erta yoshdagi bolalarda, koʻpincha oʻz ixtiyori bilan yoʻl qoʻyladigan malasorbsiya sindromi va enteritlarda tezlashgan peristaltika tufayli kelib chiqadigan ingichka ichakning «fiziologik in-

vaginatsiyasi» o'z o'rniga ega bo'ladi. Yo'g'on ichakning izolatsiyalangan invaginatsiyasi noyob chalkashlikni namoyon etadi.

Etiologiya va patogenezi. Sirkular mushaklar qisqarishi ustun bo'lgan ko'ndalang va sirkular mushaklar qisqarish koordinatsiyasi buzilishi bilan bog'liq ichak peristaltikasi to'g'ri maromining buzilishi invaginatsiya sababi, deb hisoblashadi. Bu jarayon asosida quyidagilar yotadi:

- ovqatlanish tartibining o'zgarishi;
- qo'shimcha ovqat kiritilishi;
- dispepsiya;
- enterokolitlar;
- Mekkel divertikuli;
- polip va o'simtlar.

Invaginatsiya paydo bo'lishi uchun yosh o'tishi bilan kamayadigan ko'krak yoshidagi bolalarda uzun umumiy tutqich va baugin qopqasining to'liq yopilmasligiga ega, yo'g'on ichakning ortiqcha harakatlanshi asosiy omillar deb hisoblashadi: ichak belgilanish jarayoni yakunlanadi, tutqich qisqaradi va invaginatsiya chastotasi kamayadi.

Invaginatsiya klinika va diagnostikasi. Kasallik sog'lomlik fonida o'tkir boshlanadi. Bola kutilmaganda bezovtalanadi, yig'laydi, oyoqlarini qimirlatadi. Bezovtalik xuddi shunday kutilmaganda tugaydi, lekin qisqa vaqt ichida yana boshlanadi. Keyingi xurujlarda quvonchli davr qisqaradi, invaginat chuqurlashuvi va tutqichning ko'proq tortilishi va siqilishi tufayli bo'ladigan og'riq shiddati ortadi.

Tez orada oldin reflektor, keyin esa obturatsion ichak tutilishi tufayli bo'ladigan qusish qo'shiladi. Harorat, odatda, normal holatda qoladi. Birinchi soatlarda ichakning pastki bo'limlari bo'shshasi natijasida najas bo'lishi mumkin. Keyinroq to'g'ri ichakdan invaginit boshidan terlaydigan erkin gemoglobin hisobiga to'q qizil rangdagi shilliq ajraladi. Bu simptom invaginatsiya uchun patognomik hisoblanadi. Invaginirlangan ichakda tutqichning siqilishi natijasida qon va limfa aylanishining ifodalangan buzilishlari kelib chiqadi, invaginat boshi oqadi, bu dez-invaginatsiyani qiyinlashtiradi. Kechikkan diagnostika va ifodalangan strangulyatsiyada ichak devorchasi nekrozi kelib chiqishi mumkin. Bola holatining og'irligi haqida intoksikatsiya, taxikardiya, quruq va o'ralgan tilning ifodalangan hodisalari bo'yicha qaror chiqarish mumkin.

Qorin tekshiruvini bola uxlayotganda, sohta yaxshilanish davrida amalga oshirgan maʼqul. Qorin, odatda, shishmagan, yumshoq, paypaslash mumkin. Chiquvchi ichak yoʻli boʻyicha oʻngda, odatda, jigarga yaqin joyda ogʻriqli, yumshoq-muloyim konsistensiyaga ega oʻsimtali hosila paypaslanadi. Baʼzan hosilaning paypaslanishi peristaltika va ogʻriq xurujlari kuchayishiga olib keladi. Invaginat joyi kasallik muddati, tutqich uzunligi va ichak harakatchanligiga qarab oʻzgaradi. Invaginat yoʻgʻon ichak boʻylab oʻtib, orqa yoʻldan toʻgʻri ichak tushishiga olib kelgan holda aynish holatlari taʼriflangan. Barmoqli reaktal tekshiruvda, koʻpincha oʻsimtani bimanual ushlashga erishiladi, orqa yoʻldan barmoq olinganda, «malina jelesi» aralashmasiga ega shilliq ajraladi.

Tadqiqotlarning instrumental uslublari orasida palpatsiyalanadigan oʻsimta ustida buyrakni eslatadigan tasvir hosil boʻladigan («psevdo-buyrak» simptomi) qorin boʻshligʻi UTTini aytib oʻtish lozim. Rentgenogramma, odatda, kam axborotli, Kloyberning kosalari invaginatsiyaning kechki bosqichlarida paydo boʻlishi mumkin.



4.26-rasm. Havo bilan irrigogramma, invaginat boshi koʻrinmoqda

Invaginatsiyaning klinik alomatlari bo'lganida, invaginatsiyaning boshlang'ich muddatlarida (10–12 soat) davolovchi ham bo'ladigan, irrigografiyaning havo yoki suyuqlik bilan bajarilishi maqsadga muvofiq (4.26-rasm).

Biroq og'riqlar so'nishida namoyon bo'luvchi ifodalangan ichak nekrozi va strangulyatsiya hodisalarida, bosimning oshirilishi bilan dezinvaginatsiyaga urinishlar ichak yorilishi va peritonitga olib keladi.

Operativ davolash bolaning kech olib kelinishida qo'llaniladi, u invaginat sog'ish usuli bilan dezinvaginatsiya qilinadi (4.27-rasm).



4.27-rasm. Sog'ish yo'li bilan dezinvaginatsiya

Ichak nekrozi aniqlangan yoki sog'ish imkoni bo'lmagan holatlarda invaginat rezeksiyasini, ko'pincha ko'richak, silindr ichida amalga oshirishadi. So'nggisining yo'lini baugin qopqasidan 1,5–2 sm chetroqda teniya bo'yicha ochib, invaginatsiyalangan ichakni rezeksiya qilinib, ileosekoanastomoz qo'yish lozim. Invaginatsiya sababi polip yoki Mekkel divertikuli bo'lgan holatlarda, anastomozning uchma-uch yoki yonga-yon yotqizilishi bilan polip yoki divertikul bilan ichak qismlarida rezeksiyasi amalga oshiriladi. Operatsiya tugashi bilan tez dezintoksikatsion va yallig'lanishga qarshi terapiya bilan bir qatorda, 5–6 soatdan so'ng, har kuni 10–15 ml qo'shgan va ovqatlantirish orasidagi vaqtni 3 soatgacha oshirgan

holda, 2 soat oralig'ida 15–20 ml ona suti bilan ovqatlantirishni boshlashadi. Prognoz bemorning statsionarga kelib tushish muddati va o'z vaqtida o'tkazilgan operatsiyaga bog'liq.

4.9. Qorin bo'shlig'ining kistoz hosilalari

Qorin bo'shlig'ining kistoz hosilalari kelib chiqishi, lokalizatsiyasi va anatomik tuzilishi bo'yicha turli hosilalarni o'zida namoyon etadi. Katta kistalar, ko'pincha buralib qolishi, ichakdagi to'siq, yiringlash ko'rinishidagi keskinlashuvlarni chaqiradi, bu ularni qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklari guruhiga kiritishga sabab bo'ladi.

Klassifikatsiyasi:

- anatomik tuzilishi bo'yicha haqiqiy va yolg'on kistalarga ajratishadi;
- kelib chiqishiga ko'ra jarohatli, parazitalarga bo'lishadi
- joylashishi va klinik kechishi bo'yicha qorin bo'shlig'ining haqiqiy kistalari katta charvi kistalari, tutqich kistalar, enterokistomalar (ichak kistalari), tuxumdon kistalariga bo'linadi.

Katta charvi kistalari limfoid to'qima sohasining distopiyasi yoki limfatik yo'llarning to'silib qolishi natijasida hosil bo'ladi va uning bargchalari orasida joylashadi. Ular ingichka devorchali, pallachalardan tuzilgan va seroz suyuqligi bilan to'lgan. Bu kistalarning kattaligi turlicha, klinik sezilmas darajada kichik, ichki a'zolarni ezadigan darajada ulkan o'lchamlarda. Katta kistalar ichakni, ko'pincha, qisman, ba'zida esa to'liq o'tib bo'lmas qiladi.

Katta charvi kistasi bilan jabrlangan bemorlar qorinning katta-lashuvi, qusish bilan birga keladigan davriy og'riqlarga arz qilishadi. Ko'pincha qorin oldi devoriga yaqin joylashgan, qimiraydigan og'riqsiz o'simtani paypaslashga erishiladi. Qorin bo'shlig'ining UT-Tida aniq kapsula va chegaralarsiz anexogen hosilalar topiladi. Yon proyeksiyada rentgenologik o'rganishda, qorin oldi devorida joylashgan va ichak halqalarini ortga siqadigan o'simta hosilalari aniqlanadi.

Charvi kistalari, odatda, limfatik to'qima distopiyasi natijasi hisoblanadi va charvining har qanday bo'limida uchrashi mumkin. Ular bargchalari orasida joylashadi va ichak devori bilan bog'liq emas. Charvi

kistalarining tarkibi, odatda, seroz suyuqlik bo'lad, ular baland (charvi ildizida) joylashganida esa xilez suyuqligi bo'lishi ham mumkin.

Kasallikning erta klinik namoyon bo'lishi, odatda, bolada hech qanday noxush hislar uyg'otmaydigan qorin o'lchamlarining tobora kattalashishi hisoblanadi. Kistalar o'lchamining kattalashishiga qarab, davriy ravishda qusish va og'riqlar kuzatilishi mumkin. Kistalar buralishi holatida bola holati birdaniga yomonlashadi, qusish ko'payadi, og'riqlar kuchayadi.

Charvi kistalari uchun qorin bo'shlig'ida oson siljiydigan, aniq chegara va tekis konturlarga ega bo'lgan paypaslanadigan hosilaning juda harakatchanligi xos. Ayniqsa, ingichka ichak qatqornining harakatchan kistalari. Katta charvi kistalari strangulyatsion ichak to'silishi va yiring shakllanishi bilan buralishi mumkin. Bu holatlarda bolalar o'tkir qorin klinikasi bilan jarrohlik statsionariga keladi.

Enterokistomalar yoki ichak kistalari, shuningdek, ichakning ikki marta ko'payishi yoki duplikatsiyasi nomlari ostidagi kasallik. Uning asosida ichak naychasining noto'g'ri rivojlanishi yotadi. Enterokistomalar 60 % kuzatishlarda ingichka ichak sohasida joylashadi.

Klinik simptomlar enterokistoma bo'shlig'ining suyuqlik bilan to'lishida namoyon bo'lad. Bunda bolalar qorinda noxushlik va ko'pincha kuchayadigan og'riqlar his qilishadi. To'liq yoki qisman ichak tutilish manzarasi paydo bo'lishi mumkin. Enterokistoma yaralangan shilliq pardasidan qon ketishi yoki uning devorini keyinchalik og'ir peritonit rivojlanishi bilan perforatsiyasi ehtimoli bor. Rentgenologik o'rganishlar, odatda, kam axborot beradi. Polipozitsion UTTda kistasimon anexogen hosilalarni yoki ichak devorining ikkilanish alomatlarini aniqlashga erishiladi.

Tuxumdonning kistalari qizlarda bittalik va ko'p, bir yoki ikki tomonli bo'lad. Haqiqiy va tuxumdon teratomalarga ajratishadi.

Klinik simptomlari kista o'lchamlari va rivojlangan keskinlashuvlarga bog'liq. Yirik asosli kichik kistalar, odatda, o'tkir appenditsit tasvirini yodga soluvchi alomatlar tez rivojlanadigan devorchaning yorilishida tashxislanadi. Bunda qorindagi og'riqlar va qusishdan tashqari, hushdan ketish holatlari kuzatilishi mumkin. UTTda qorin bo'shlig'ida, erkin suyuqlik aniqlanadi. Masala qorin bo'shlig'ida uzun

oyoqchaga ega kistaning gemorragik yiringi yoki buramasi topiladigan lapartomiya vaqtida hal qilinadi. Katta kista va teratomlar ko‘pincha qorinda aniqlanmagan og‘riqlar bilan birga keladi. Qorinning pastki sohalariidagi palpatornoni oson siljiydigan, elastic dumaloq shaklga ega, ko‘pincha og‘riqsiz hosila bilan aniqlashga erishiladi. Hosilani kichik dumg‘azaga suqilganida u qo‘zg‘almas bo‘ladi, najas va dizuriya ushlanib qolish ehtimoli bor. Tuxumdon kisti rektal bimanual o‘rganishda yaxshi palpirlanadi. UTT va MSKT axborotli hisoblanadi.

Davolash. Qorin bo‘shlig‘ining barcha kistalari patologik hosi-
laning o‘chirilishiga yo‘naltirilgan operativ muolajani talab qiladi. Tuxumdonning katta kistini ba‘zan tuxumdon bilan birga olib tashla-
shadi. Tuxumdonning ko‘plab kichik kistalarida alohida kistalarning
punktirlanishi va tashkil etuvchilarning aspiratsiyasi bilan chekla-
nish mumkin. So‘nggi yillarda tuxumdon kistalaridagi deyarli bar-
cha muolajalar laparoskopik bajarilmoqda.

4.10. Qorin old devorining churrallari

Qorin old devorining eng ko‘p uchraydigan churrallari:

- kindik;
- spigeliyev;
- epigastral.

Kindik churrallari hozirgi vaqtda bolalar jarrohi to‘qnash ke-
ladigan eng ko‘p uchraydigan muammolarga kiradi. Bel soha-
sidagi qorin devorida va spigeliev liniyasidagi churralar ancha
kamroq uchraydi.

Embriologiya. Gestatsion muddatning 10-haftasida o‘rta ichak
normal holatda qorin bo‘shlig‘iga qaytadi va qorin devori yo-
piladi. Tananing lateral devorchalari (somatoplevra) yolk ichak
bo‘yinchasini qisgan holda medial egiladi, buning natijasida yolk
oqimi hosil bo‘ladi. Somatoplevra kisetning tarang tortilishini yot-
ga solgan holda yolk oqimi atrofida qisqaradi. Qorin devorining
yopilishi sodir bo‘ladigan bu soha kindik hisoblanadi. Unga amni-
on, tana stebelchasi, yolk qopchasi va alantois qoldiqlari va kindik
tomirlari yopishadi.

Kindik sohasi lateral to'g'ri mushaklar bilan, orqadan – parietal qorin va olddan – teri bilan chegaralangan. Kindik halqasining fibroz komponentlari mushaklarning to'g'ridan to'g'ri harakati natijasida yopila olmaydi. Erta ko'krak yoshida kindik yopilishi davom etadi va hatto kindik arteriyalari obliteratsiyasi jarayoni hisobiga kuchayadi. Ko'pgina holatlarda churralar kindik venasi sohasida kindik halqasida paydo bo'ladi. Nima uchun ba'zi bolalarda kindik churrasi rivojlanishi noma'lumligicha qolmoqda?

Patogenezi. Bolalarda kindik churrasining paydo bo'lishiga ehtimol, raxit, ovqatlanishning buzilishi va bu bolalarning yetarlicha pre-, postnatal parvarishlanmasligi sabab bo'lsa kerak. Kindik churralari, ko'pincha kam vaznli bolalarda bo'ladi. Kindik churralarini kindik fassiyasining yo'qligi holatlarining ancha yuqori foizlari bilan bog'lab tushuntirish ham haqiqatga yaqin ko'rinadi. Kindik churrasining spontan yopilishi mustasnodan ko'ra ko'proq qoida hisoblanadi.

Davolash. Ikki eng muhim omillar o'zini-o'zi davolashga bo'lgan imkoniyatni baholash imkonini beradi – bu bola yoshi va fassial nuqsonning o'lchamlari. Agar kindik churrasi 3–5 yoshdan so'ng saqlanib qolsa, unda u spontan yopilishi haqiqatdan yiroq, shuning uchun ham bunday bolalarni operatsiya qilish kerak, deb hisoblashadi. Ko'p yillik kuzatishlar ichki diametrik 1,5 sm dan katta bo'lgan birorta churra o'z-o'zidan yopilmasligini ko'rsatdi. Agar spontan yopilish boshlansa, unda u 3–4 yoshgacha sodir bo'lishi kerak.

Operativ davolashga ko'rsatmalar. Kindik churrasida jarrohlik muolajasiga absolyut ko'rsatmalar quyidagilar: churraning qisilishi, strangulyatsiya va evisteratsiya. Bu keskinlashuvlardan, ko'pincha churraning qisilishi sodir bo'ladi. Qisilishga nuqson diametri 1,5 sm dan kichik bo'lgan churralar ko'proq yo'liqadi. Kindik churralarida strangulyatsiya kamroq hosil bo'ladi.

Qisilgan kindik churrasida kindik sohasidagi og'riqlar va palpatsiyadagi og'riqlar kuzatiladi. Bemorning sedotatsiyasi, ba'zan qisilishning likvidatsiyasiga sharoit yaratadi. Agar churrani «ochish»ga erishilsa, operatsiya yaqin vaqtda o'tkazilishi kerak. Agar qisilishni yo'qotib bo'lmasa, favqulodda muolaja amalga oshiriladi. Kindik churrasini jarrohlik bilan davolanishiga nisbatan ko'rsatmalar qu-

yidagilar: 4 yoshdan so'ng churraning persistirlanishi va ko'krak yoshidagi bolalarda katta xartumsimon churralar.

Epigastral churralar kindik usti o'rta liniyasi bo'yicha (oq liniya) aponevroz sohasida nuqsonlar o'rnida hosil bo'ladi. Bolalarda bu churralar ko'p uchraydi, odatda, ular kichik, shu bilan birga, fassial nuqson orqali qorin oldi yog'ining hissalarini prolabirlaydi. Klinik namoyon bo'lishlar og'riqlar va palpatsiya yoki shunchaki teri ostida yo'l bo'ylab yoki epigastral sohada o'rta chiziq yonida joylashgan, to'g'rilanmas, kichik palpirlanadigan o'simta ko'rinishidagi hosila bo'lganda og'riqlardan iborat. Ba'zan bu churralar ko'p bo'lishi mumkin. Bevosita kindik ustida joylashgan epigastral churralar paraumbilikallarga tegishli va ko'pincha kindik churralar bilan birga keladi.

Oq liniya qorin devori lateral mushaklarining har bir qatlamidan chiqadigan va o'rta liniya bo'yicha qarama-qarshi tomon tolalari bilan ulanadigan pay to'qimalarining to'qimasini o'zida namoyon etadi. To'qimalarning o'rta liniya bo'ylab bu kesishishi, yagona liniya yoki uchtali kesishish ko'rinishida bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, diafragmaning ko'krak-qovurg'a qismidan chiqadigan kichik pay to'qimalari bevosita qovurg'a chetidan shamshirmand o'simta va kindik orasidagi masofa o'rtasida, ular medial egiladigan joyga qorin devori to'qimalari bilan ulanish uchun vertikal tushadi.

Epigastral churralarning hosil bo'lishi taranglashish, yo'tal yoki qorinning tortishishi ta'siri bilan tushuntiriladi, bular o'rta liniya bo'yicha ingichka pay to'qimalarining, ayniqsa, kirish joyida ko'p hosil bo'ladigan o'rta epigastral zonaga diafragmal to'qimalarning yorilishiga olib keladi. Portlash natijasida, odatda, ko'ndalang yo'nalishda – rombsimon yoki oval shaklda nuqson hosil bo'ladi. Etiologiyaning alternativ tushuntirilishi tug'ma fassial nuqsonning borligini yoki uning qon tashuvchi tomirlar bilan fassiyaning teshilish joyida hosil bo'lishini ko'zda tutadi. Bunday churralar operativ davolanishi kerak, hatto o'tkir simptomlar bo'lmaganda ham, chunki ular tobora kattalashishga moyil. Bolalarda jarrohlik bilan davolash yaxshi natija beradi. Retsividlar deyarli bo'lmaydi.

Spigeliev churralar. Spigeliev fassiya yarim oyli liniya va to'g'ri mushakning qini lateral cheti orasidagi ko'ndalang aponevrozning

bir qismini o'zida namoyon etadi. Spigeliev churralar ichki tug'ma segmentar ichki egri tortilmalar va qorinning ko'ndalang mushaklarida hosil bo'ladi. Bu churralar kuchanganda yoki baqirganda, qorinning yon tomoni yoki pastki bo'limda shishadigan o'simtasimon hosilalar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Churra qopchasining ichida charvi yoki ichak halqalari bo'lishi mumkin. Noaniq holatlarda diagnostika uchun ultratovushli o'rganish yoki KTdan foydalanishadi. Har qanday spigeliev churra operativ davolanadi, bu churra qisilishi va strangulyatsiyaning oldini olish imkonini beradi.

Operatsiya boshlangunigacha churra joyini belgilash kerak, chunki fassial nuqsonni bola narkoz ostida bo'lganida aniqlash qiyin bo'ladi. Churra ustida ko'ndalang kesish amalga oshiriladi. Tashqi egri fassiyani uning to'qimalari yo'li bo'yicha kesiladi. Churra qopchasini ajratib, uni kesib tashashadi va tikishadi. Ko'ndalang aponevroz va ichki egri mushakni birga yoki bu qatlamlarning har birini alohida tikish mumkin, shundan so'ng tashqi egri fassiya tikiladi. Churraning retsidivi kamdan kam hosil bo'ladi.

4.11. To'g'ri ichakning orttirilgan kasalliklari

To'g'ri ichakning tushishi bola yoshida yetarlicha ko'p uchraydi, lekin, odatda, mustaqil emas, diareya, qotishlar bilan kechadigan kasalliklar, kuchsizlangan bemorlar (turli sabablarga ko'ra) yoki ovqatlanishning buzilishida hosil bo'ladigan patologiya hisoblanadi. Rektal prolapsni to'g'ri ichakning churrali bo'rtishi sifatida ko'pgina holatlarda – kengaygan levator apparat orqali ko'rib chiqish mumkin. Defekatsiya vaqtida taranglatish va hojatxonada uzoq vaqt o'tirish (ham diareyada, ham qotishlarda) tomir (suspensory) va boshqa, to'g'ri ichakning osilishiga olib keladigan, kamroq ko'rinadigan tuzilmalar dumg'aza qornining cho'zilishiga sabab bo'ladi, buning natijasida prolaps yuzaga keladi. Ba'zan tushgan ichak qalin ichak invaginati hisoblanadi. Invaginatsiyada to'g'ri ichakni osadigan apparat buzilmagan bo'lsa, lekin kuchanish bilan bog'liq levator mexanizmning cho'zilishi, shu'lada invafinat bilan birga, prolapsga sharoit yaratadi. Dumg'aza diafragma mushak tuzilmasi hisoblanar-

kan, unda agar prolaps qaytalanishini oldi olinsa, mushak to'qimalari qisqaradi va patologiya o'zi davolanishi mumkin. Ovqatlanish buzilishlarini yo'qotilishi ham rektal prolapsning spontan davolanishiga sharoit yaratadi.

Tashxis, odatda, anal teshigi sohasida noxush hislardan bezovta bo'layotgan bolalarining ichaklarida «chiqishni» (yorqin-qizil, shilimshiq) ko'rgan ota-onalar qo'yishadi. Ba'zan birinchi simptom qonning ajralishi hisoblanadi. Tushgan to'g'ri ichak defekatsiya aktini tugatgandan so'ng, birdaniga ichkariga ketishi yoki ba'zi hollarda ota-onalarning o'zi uni to'g'rilashi mumkin. Ba'zida esa bolalar (hatto 3 yoshli) to'g'ri ichakning tushishini mustaqil to'g'rilashni juda tez o'rganib olishadi. Va odatda, keyingi defekatsiyagacha tushish qaytarilmaydi. Ba'zan hojatxonada juda kam o'tirish prolapsga olib keladi. Ko'pincha bolani ko'rib chiqqanda prolaps ko'rinmaydi, chunki bolalar, odatda, bunday holatda anal teshigini erkin qo'yolmaydi va yetarlicha kuchanolmaydi.

Tipik prolaps ba'zan orqadan oldindagidan ko'ra birmuncha katta bo'ladigan shilliq chiqish ko'rinishida bo'ladi (4.28-rasm).



4.28-rasm. To'g'ri ichakning tushishi

Barmoq bilan tekshirish olib borish kerak. Barmoq «chuqurlashib», anal teshigiga tushgan shilliq oldiga bor-yo‘g‘i 1–2 sm ga kirishi mumkin. Agar barmoq chuqurroq kirsam – bu invaginatsiya borligini bildirishi mumkin. Biroq hayotda, ko‘pincha patologiyaning bu ikki ko‘rinishini klinik farqlash juda qiyin, hatto agar tashxisni aniqlashtirish uchun nafaqat rektal, balki rentgenologik o‘rganish o‘tkazilsa ham.

Bola hojatxona yoki tuvakda o‘tirgancha kuchanishni davom ettirayotganida, dumg‘aza diafragmasi va rektal sfinkterlar cho‘zilganidan, prolaps o‘z-o‘zidan yo‘qolishi imkoniyatlari birdaniga kamayadi. Ichakni bo‘shatishning to‘g‘ri rejimi o‘rnatilishi, bunday bolalarga xos bo‘lgan defekatsiyaga doimiy chaqirilishni yo‘qtishiga yordam berishi mumkin, bu, o‘z navbatida, dumg‘aza mushaklariga o‘zining normal funksional aloqalarini tiklash imkonini beradi. To‘g‘ri ichakning tortilgan osadigan apparati bunday holatda qisqarish imkoniyatiga ega bo‘ladi va shundan so‘ng, ba‘zan spontan davolanish keladi.

Diagnostikasi. To‘g‘ri ichaki tushgan bemorlarni kistafibroza (KF) tekshirish kerak. Irrigografiya kamdan kam diagnostik qiymatga ega bo‘ladi, chunki tekshirish vaqtida prolaps, odatda, bo‘lmaydi, mos ravishda, shilliqning tushishi va irrigogrammada topilgan o‘zgarishlar orasidagi aloqani o‘rnatish qiyin.

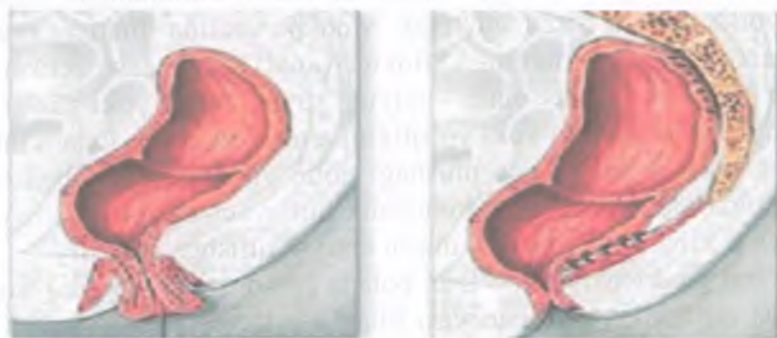
Davolash. To‘g‘ri ichakning tushishini konservativ davolash birinchi navbatda bu patologiyaning hosil bo‘lishiga sharoit yaratgan najas xususiyatining buzilishlarini davolashga yo‘naltirilgan tadbirlardan iborat. Prolaps bo‘lgan bolalarga (u bartaraf qilinmasidan) hojatxona (unitaz) yoki tuvakdan foydalanishiga ruxsat berilmasligi kerak. Diareya yoki surunkali qotishlarning sababini bartaraf qilish, ayniqsa, muhim. Bunday nojarrohlik, etiologik davolashga KFda enzimoterapiya xizmat qilishi mumkin.

Rektal prolapsning ayrim shakllarida ancha samarali jarrohlik yo‘li bilan davolash ko‘rsatilgan. Ko‘pincha Tirsh tomonidan ta‘riflangan perianal qisqartirishni amalga oshirishadi, ustiga-ustak, bu muolaja ambulator qilinishi mumkin. Bunga o‘xshash operatsiya anal teshigini mustahkamlaydi va prolaps qaytalanishining oldini oladi, chunki dumg‘aza mushaklari yana o‘zining normal holatini tiklaydi. Tirsh operatsiyasining keng qo‘llanilishi, uning samarador-

ligidan dalolat beradi, lekin ba'zan juda qattiq qo'yilgan choklardan anal teshigining eroziyasi, shuningdek, lokal infeksiyaning rivojlanishi haqida xabarlar paydo bo'ladi.

30 % tuz yoki 70 % spirt qorishmasidan foydalangan holda, sklerozirlaydigan terapiya zararsizlantirilgan yallig'lanish va anal teshigi atrofidagi chandiqni davolashga javoban hosil bo'lishi tufayli samaradorligi haqida gapiradigan o'z tarafdorlariga ega. Qanaqa qorishma kiritilishidan qat'iy nazar inyeksiyani ba'zan takroran amalga oshirish kerak.

K.U. Ashkraft dumba qatlamlari bo'yicha kesilgan joy orqali dum suyagini olib tashlash, mushaklardagi teshiklarni siqish (hiatus) va to'g'ri ichakni pastga prolabilolmaydigan darajada dumg'azaga «osish»ni maslahat beradi (4.29-rasm).



4.29-rasm. Orqa sagittal yo'l bilan ichak fiksatsiyasi

Muallif fikriga ko'ra, bu tadbir darrov osadigan mexanizm yaratish va hiatusni siqish imkonini beradi, bu esa prolapsni davolashning barcha konservativ va operativ uslublarining asosiy maqsadi hisoblanadi.

Gemorroy mustaqil kasallik sifatida bolalarda kam uchraydi. Agar bolada gemorroidal tugunlar bari bir paydo bo'lsa, bunda, odatda, portal gipertenziyada, sababi ko'proq portal venaning jigardan tashqari trombozi hisoblanadi. Portal gipertenziyaning etiologiyasi-

ga keladigan bo'lsak, unda, bizning so'nggi yillardagi tajribamizga binoan, uning asosida, ko'pincha kistafibroz yotadi. Gemorroidal tugunlarni jarrohlik yo'li bilan davolanishiga ko'rsatmalar kam beriladi. Mahalliy simptomatik davolash, gemorroiy bilan birga keladigan qon ketishi va qichishlarning hosil bo'lishi ehtimolini kamaytiradi. Davolashning juda muhim omili – shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish. Perianal teri tugunlari (bo'rtmachalar) e'tibor bilan va doimiy o'tkaziladigan gigiyena tadbirlari yordamida davolanishi mumkin. Agar yosh bolada teri tuguni kattalashsa, unda, ba'zan uni kesib tashlash maqsadga muvofiq. Bunga o'xshash teri tugunchalari qandaydir boshqa kasallikning kamdan kam alomatlari hisoblanadi, ammo ayrim holatlarda, ular anal yoriqlarining bitishi natijasida ham hosil bo'lishi mumkin.

Gemorroyni jarrohlik yo'li bilan davolash, u aniqlangan vaqtda, ehtiyotlik bilan o'tkazilishi kerak. Muolaja vaqtida sfinkterga zarar yetkazmaslik o'ta muhim. «Sfinkter (anal), shubhasiz, ichkarida nima borligini farqlay oladi – quyuq, suyuq tarkib yoki gazlar. U xo'jayin shim kiygan yoki yo'qligini aniq ayta oladi. Odam tanasining boshqa hech qaysi mushagi doim yordamga kelishga tayyor holda, odam nomusini bunchalik himoyachisi hisoblanmaydi. Shuga o'xshash, mushaklar, ularni ehtiyot qilishga arziydi».

Portal gipertenziyasi bo'lgan bolada gemorroidal tugunlar trombozida quyqaning evakuatsiyasi bilan kesish muolajasi zarur. Gemorroidal tugunlardan qon ketishida, portal vena tizimida bosimni tushirishga, ya'ni portal gipertenziyaning o'zini davolashga urinishni hisobga olmaganda, davolashning hech qanday uslublari deyarli mavjud emas. Sfinkter spazmasiga, u esa o'z navbatida, venoz quyqasining oshishiga olib keladigan kriptlarning yallig'lanishi mahalliy davolashga yaxshi bo'ysunadi. Bunday holatlarda ko'p kriptomiya ham omadli bo'lishi mumkin.

Perianal va perirektal abscesslar, ko'pincha ko'krak yoshidagi bolalarda bo'lib turadi. Ular, odatda, lateral anal teshigining og'riqli shishishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Odatda, na abscess simptomining birinchi paydo bo'lishida, na uning rivojlanish vaqtida, anamnezda najas xarakterida qandaydir o'zgarishlarga ko'rsatkichlar yo'q.

Fluktuatsiya bo‘lmagan va mos ravishda, favqulodda drenirlashga ko‘rsatkichlar bo‘lmagan holatlarda, o‘tiradigan vannalar yoki boshqa shunga o‘xshash tadbirlar belgilanadi. Bunday abscesslarning uchdan biriga yaqini hech qanday oqibatlarisiz va qaytalanishlarsiz tuzaladi. Qolgan holatlarda (uchdan ikki) abscesslar jarrohlik drenirlanishini talab qiladi yoki spontan yiriladi. Ko‘krak yoshidagi bolalarda jarrohlik muolajasi anesteziyasiz amalga oshirilishi mumkin, bir yoshdan keyingi yoshlarda esa umumiy og‘riqsizlantirish ostida, abscess bo‘shlig‘ining tamponadasi va tekislanishi bilan amalga oshirish kerak. Spontan drenirlanadigan taxminan 50 % abscesslar anal yarasi shakllanishi bilan tugaydi.

Bolalarda ishiorektal abscesslar juda kam uchraydi. Biz bu patologiyani kuzatgan barcha holatlarda, u ichakning surunkali yallig‘lanish kasalliklari bilan birga kelgan.

Anal yaralari, ko‘pincha bolalarda, anal abscessining ikki yoki undan ko‘p keskinlashuvlaridan so‘ng hosil bo‘ladi, buning natijasida yiringning kichik miqdorda doimiy ajralishi davom etadi yoki bir necha kun, yoki haftda davomida yana hosil bo‘ladigan kichik punajasa shakllanadi. Yaralar, ko‘pincha anal teshigidan lateral lokallashadi. Ba‘zan bir vaqtning o‘zida ikki yara hosil bo‘ladi.

Davolash. Anal yaralarini jarrohlik yo‘li bilan davolashning eng to‘g‘ri uslubi yaraning butun yo‘li va granulyatsion to‘qimani olib tashlash bilan fistuloektomiya yoki kriptektomiya bajariladi. Yarani ochiq holda qoldirishadi, bu, odatda, bolaning ota-onasida «norozilik» uyg‘otadi, lekin bolaning o‘ziga noqulaylik olib kelmaydi. Adabiyotda yaraning tikilishi haqida xabar mavjud, bunda mualliflar kasal yuqtirmasdan ham yaxshi tuzalishlarga ega bo‘lishgan.

Anal yoriqlari bolalarda, odatda, bola yura boshlagan vaqtda, bir yoshlar atrofida rivojlanadi. Odatda, bu vaqtda, oldin ko‘proq suyuq bo‘lgan ovqat quyuqlashadi, parhez almashadi. Mos ravishda kal massalarining konsistensiyasi ham almashadi – ular zich bo‘ladi, ba‘zan haddan ziyod. Natijada, odatda, orqada o‘rta soha bo‘yicha lokallashadigan, anal yoriqlariga olib keladigan kalning zich bo‘lishidan oldin qotishlar rivojlanishi mumkin. Yoriqlar bo‘lganida, defekatsiyaning og‘riqliligi bolani ichakni bo‘shatishdan to‘xtatishi

mumkin, bu esa, o'z navbatida, qotishni keskinlashtiradi va natijada, nuqsonli doira hosil bo'ladi: qotishlar qancha og'ir bo'lsa, ichakning har safar bo'shatilishi bilan yoriqlar chuqurlashadi, yoriqlar qancha chuqurlashsa, ular shuncha yomon tuzaladi. Yoriqlar, odatda, yurishni boshlagan va ichakni bo'shatishning og'riqliligidan defekatsiyani to'xtatishga qodir bolalarda kuzatiladi. Tashxis kal massalarida qon quyqalarining paydo bo'lishi, defekatsiya akti vaqtida bolaning bezovtaligi (yig'lashi), anal teshigi yoriqlari aniqlanadigan tekshirish ma'lumotlari asosida o'rnatiladi.

Yoriqlarni kesib tashlashga kamdan kam hollarda majbur bo'linadi. Bu bemorlarni vannaga o'tirish va kal massalarini yumshatadigan ich suradigan (laktuloza) belgilab davolash maqsadga muvofiq. Kal massalarini yumshatishning har qanday boshqa uslublari samarali bo'lishi mumkin.

Ancha katta bola va o'smirladagi anal teshigi yoriqlari, ko'pincha, ichakning surunkali kasalliklari, ayniqsa, Kron kasalligi bilan bog'liq. Kron kasalligida anal yoriqlari kasallik boshlangandan bir necha oy keyin paydo bo'lishi mumkin, biroq bordiyu shifokor yoriqlarning shu sababi, haqida o'ylasa, unda Kron kasalligiga xos yallig'lanish o'zgarishlarini e'tibor bilan o'rganishda, ularni namoyon qilish unchalik qiyin emas. Kron kasalligi va uning anal hosilalarini jarrohlik bilan davolanishi, odatda, yara yoki yoriqlarning tuzalishiga olib keladi. Kron kasalligida, ba'zan, hatto rektouretroperineal yara ham paydo bo'lishi mumkin, bu murakkab korrigurlyadigan operativ muolaja uchun ko'rsatma bo'lishi mumkin.

4.12. Qorinning yopiq jarohatlari

Bola yoshidagi barcha jarohatlar orasida qorinning yopiq jarohatlari eng murakkab diagnostik muammoni o'zida namoyon etadi. Bolalarning qorin bo'shlig'idagi boshqa o'tkir jarayonlar bilan taqqoslaganda, qorin jarohatlanganida, bitta ustunlik bor – anamnezda ko'p holatlarda jarohat mexanizmi va ehtimoli bo'lgan qorin bo'shlig'idagi o'tkir jarayon haqida malumot olish mumkin. Anamnez yig'ilishida jarohat sharoiti, zarb kuchi va joylashgan

sohasiga alohida e'tibor qaratiladi. Shunga qaramasdan, qorinning yopiq jarohatlarida har doim ham aniq tashxis o'rnatib bo'lmaydi. Ichki a'zolarining har qanday jarohati kechiktirib bo'lmas aralashuvni talab qiladigan, og'ir falokat xavfini o'zida yashiradi, shu sababdan, qorin yopiq jarohati bo'lgan bolalar xirurgiya bo'limi sharoitlarida e'tiborli va doimiy kuzatuvga muhtojlar.

Etiologiya va patogenezi. Qorin jarohatlarining eng ko'p sababi balandlikdan, velosipeddan yiqilish, avto jarohatlar, qoringa zarblar hisoblanadi. Ko'pincha o'g'il bolalar aziyat chekishadi. Qorinning yopiq jarohatida ichki a'zolarining shikastlanishlari og'irligi va darajasiga ta'sir qiluvchi omillar orasida, ularning jarohat vaqtidagi holati katta ahamiyatga ega. Qorin pressi mushaklarining faol tortilishi, ko'pincha ichki a'zolari shikastlanishlardan asraydi, jarohat qorin old devorining lat yeyishi bilan chegaralanadi. Kavak a'zolarining (qorin, ichaklar, o't pufagi, qovuq) to'ldirilishi, uning ichidagilari bo'sh qorin bo'shlig'iga chiqishi bilan yengil yorilishiga olib keladi. Parenximatoz a'zoning patologik o'zgarishlari uning hatto yengil jarohatlarda ham og'ir shikastlanishlariga olib keladi.

Qorinning yopiq jarohatida ichki a'zolar shikastlanishining klassifikatsiyasi kavak va parenximatoz a'zolarining o'ziga xosliklaridan kelib chiqadi:

- kavak a'zolarining to'liq uzilmasligi (shilliq parda yorilishi, muskul yorilishlari);
- kavak a'zolar devorining to'liq yorilishi;
- parenximatoz a'zolarining kapsula osti yorilishi;
- parenximatoz a'zolarining (ichki a'zo gematomlari) ikki taraflama yorilishlari;
- kapsula butunligining buzilishi bilan parenximadagi yoriq va yorilishlar;
- a'zoning ezilishi;
- a'zo qismi yoki butun a'zoning yorilishlari.

Qorin yopiq jarohati klinikasi, yuqorida aytilganidek, uch eng muhim sindromga asoslanadi: og'riq, qusishning o'ziga xosliklari va ichak funksiyalarining buzilishi.

Og'riq doimiy va yetakchi simptomlardan biri hisoblanadi,

ko'pincha jarohat lokallashuvi o'chog'ini ko'rsatadi. Parenximatoz a'zoning jarohatlanishida o'ng (jigar) yoki chap (taloq) qovurg'a ostida kuchsiz og'riqlar kuzatiladi. Ko'pincha bolalar og'riqlarning tarqalishini yelka ustida (frenikus alomati) ko'rsatishi mumkin. Bel-da bo'ladigan og'riqlar oshqozon osti bezi shikastlanishlariga xos. Bo'sh a'zolarining shikastlanishida, bolalar o'tkir lokalizatsiyasiz butun qorin bo'yicha kuchli og'riqqa shikoyat qilishadi.

Qusish oshqozon osti bezi jarohatini hisobga olmaganda, parenximatoz a'zo shikastlanishining doimiy omili hisoblanmaydi, u ma'lum vaqtdan so'ng paydo bo'ladi, odatda, bir yoki ikki kun, bu gemo- yoki safro peritonitining rivojlanishini bildiradi. Kovak a'zoning yorilishlarida o't aralashmasi, keyinroq esa, ichak ichi aralashgan qaytarish ko'p kuzatiladi. Qaytarish yengillatadigan emas, og'riqli. Qorin pardasining yorilishlarida – qonli qusish.

Ichak funksiyasining buzilishi kechroq, bir necha soatdan so'ng peritonitning o'sish omillari (ichak falaji) bilan birga rivojlanadi. Lekin jarohatning birinchi soatlarida kichik diareya bilan kuchsizlanish kuzatilishi mumkin.

Odatda, bemor qoringa oyoqlarini tortib, majburiy holatga o'tadi. Qulay holatni egallagan (og'riqni yengillatadigan) bola uni xohlamay o'zgartiradi, jigar yoki taloqning shikastlanishida esa og'riq to-monga yotishga harakat qiladi.

Ichki qon ketishlarida teri qoplamalar va shilliq pardaning oqargani e'tiborni o'ziga qaratadi. Jiddiylashgan yuz tuzilishi bo'sh a'zo shikastlangan va peritonitga chalingan bolalarga xos. Bemor holati toksikoz va eksikozni o'sishi bilan yomonlashadi. Tana harorati dastlabki kunlarda subfibril bo'lishi mumkin, keyinchalik 38–39 °C gacha ko'tariladi. Peritonitning rivojlanishi bilan yurak urish tezligi va harorat orasidagi farq o'sishi kuzatiladi: tananing nisbatan baland bo'lmagan haroratida, yurak qisqarishlarining sezilmas (daqiqasiga 20–30) tozalanishi kuzatiladi. Arterial bosimning dinamik kuzatilishi, qorin ichi qon ketishining og'irligini aniqlash imkonini beradi. Gemodinamik ko'rsatkichlarning turg'unligi yaxshi prognostik alomat hisoblanadi.

Qorin yopiq jarohati bo'lgan bolalarni tekshirishda eng ahamiyatli diagnostik omillar quyidagilar hisoblanadi: qorin old devor

mushaklarining sust tortilishining (defense musculorum) ifodalanishi va kavak a'zolarining devorlari shikastlanishida, yaxshi ifodalanadigan qorinning bezovta bo'lish alomatlarining mavjudligi; qorin bo'shlig'ida erkin gaz haqida bildiradigan jigar xiraligining yo'qolishi; yotiq joylarda perkutor tovushlarning qisqarishi – erkin qorin bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi alomati; peristaltik shovqinlarning susayishi yoki yo'qolishi – ichak falaji.

Instrumental tekshiruvni vertikal holatda qorin bo'shlig'ini rentgenogrammasidan boshlash maqsadga muvofiq, bu bo'sh a'zoning yorilishida diafragma gumbasi ostida erkin gaz yo'lakchasini namoyon qilish imkonini beradi, gomogen qorong'ulikning mavjudligi esa – qorin ichi qon ketishini bildiradi (4.30-rasm).



4.30-rasm. Qorin bo'shlig'ida erkin gaz

So'nggi yillarda, tajribaning oshishi bilan qorin bo'shlig'i parenximatoz a'zolarining shikastlanishlarini aniqlashda UTTning ahamiyati o'smoqda. Sonografiya jarohatlangan a'zo va uning shikastla-

nish darajasini, yorilish yoki gematomaning joylashuvi, «ikki taraflama» yorilish xavfini, qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik hajmini va boshqalarni aniqlash imkonini beradi. Shubhasiz, mohir qo'llarda laparoskopiya diagnostika jihatdan eng ko'p axborot beradigan usul hisoblanadi.

Laboratoriya uslublaridan eng muhim va axborotlisi shubhasiz, nafaqat qon yo'qotish og'irligini (eritrosit, gemoglobin, gemotokritning tushishi), balki qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonining ifodalanganligini (leykoformulaning chapga siljishi bilan leykositoz, yuqori EChT) aniqlash imkonini beruvchi ochiq gemogramma hisoblanadi. Biokimyoviy izlanishlardan kislotashqor va suv-tuz muvozanati buzilishining ifodalanishi muhim hisoblanadi.

Qorin yopiq jarohatlarini davolash ham konservativ terapiya, ham operativ aralashuvni ko'zda tutadi. Konservativ davolash tinchlik, mahalliy gipotermiya, mos keluvchi dietoterapiya va eng muhimi, organizmning hayotiy muhim funksiyalarining qat'iy nazoratini o'z ichiga oladi. Qorin bo'shlig'ining ko'p marta ultratovushda skanerlanishi, operativ aralashuvga ko'rsatkichlarni o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi. Masalan, kapsula osti gematomaning shakllanishi bilan parenximatuz a'zoning shikastlanishida jigar yoki taloqning «ikki taraflama» yorilishi deb ataladigan, kapsula yorilishi va ichki qon ketishi ehtimoli xavfini aniqlash mumkin.

Laparotomiyani jadal shokka qarshi va gemostatik terapiya fonida bajarish kerak. Aniqlangan jarohat va uning xususiyatiga qarab muolaja ko'lami belgilanadi. Shunday qilib, jigar shikastlanishida, omentopeksiya bilan gemostatik choklar o'tkazishadi. Taloq jarohatlanganda, aralashuv hajmi shikastlanish jiddiyligiga bog'liq va qutbli rezeksiya va splenektomiya bilan tugatilishi mumkin. Oxirgisini bajarishda taloq to'qimachasining charviga reimplantatsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi. Oshqozon osti bezining boshchasi va tanasining jarohatlarida yorilish tikilganidan so'ng, charvi qopchasini samarali drenajining yaratilishi muhim, alohida oqibatlargisiz rezeksiya qilinishi mumkin bo'lgan, dum yorilishi xavfi kamroq. Bo'sh a'zolarining shikastlanishi oshqozon-ichak traktining diqqat

bilan tekshirilishini talab qiladi. Bu yerda shuningdek, operativ muolaja hajmi aniqlangan yorilishlar jiddiyligi, deserozatsiya, gematomaning kattaligi, peritonit muddati va tarqalganligiga bog'liq. Operatsiya ichak butunligini tiklash va qorin bo'shlig'ining e'tiborli tozalash maqsadini ko'zlaydi. Bemorning statsionarga kech olib kelinishida va ichakning ko'pgina shikastlanishlarida, enterostoma yotqizish yo'li bilan jarohatlangan ichak halqalarini vaqtinchalik o'chirilishiga ko'rsatmalar aniqlanishi mumkin.

Nazorat testlari

1. Pilorostenoz bilan kasallangan bemorni kontrast rentgenologik o'rganganda nimalar aniqlanadi?

- A. 24 soatdan so'ng oshqozon va yo'g'on ichakda kontrast
- B. 1 soatdan so'ng oshqozon va qisman ichakda kontrast
- B. 2 soatdan so'ng ingichka ichakda kontrast
- Г. 24 soatdan so'ng yo'g'on ichakda contrast.

2. Jigar exinokokkozini erta diagnostikasi uchun axborotli uslub:

- A. Ultratovushli diagnostika
- B. rentgenologik diagnostika
- B. Katsoni sinovi
- Г. Radioizotop diagnostika

3. Portal gipertenziyaning tipi haqida tadqiqotning qanday uslubi axborot beradi?

- A. Splenoportografiya
- B. Jigarning reografiyasi
- B. Jigarning exografiyasi
- Г. Xolesistografiya

4. Qorin bo'shlig'ining kavak a'zolari shikastlanganida rentgenogrammada nimalar aniqlanadi?

- A. Diafragma gumbasi ostida erkin gaz
- B. Kloyberning birlik pallalari

- B. Kloyberning ko'plik pallalari
- Г. Suzuvchi ichak simptomi

5. Invaginatsiyada tadqiqotlarning rentgenologik uslubi qanday vaqt davomida davolash uslubi bo'lib ham xizmat qilishi mumkin?

- A. 0–12 soat
- Б. 12–24 soat
- B. 24–36 soat
- Г. 36–48 soat

6. Qanday yoshda ichak invaginatsiyasi ko'proq uchraydi?

- A. 4 oydan 1 yoshgacha
- Б. Chaqaloqlik davri
- B. 3 yoshgacha
- Г. 1 yoshdan so'ng

7. 1 yoshgacha bo'ladigan invaginatsiyaning sabablari?

- A. Noto'g'ri ovqatlantirish
- Б. qurt bilan zararlanish
- B. Peyts–Egeps sindromi
- Г. Mekkel divertikuli

8. Ichak invaginatsiyasi patogenezida asosida nima yotadi?

- A. Ichak mushaklarining sirkulyar va ko'ndalang qisqarishlarining muvozanatdan chiqishi
- Б. Qatron qon aylanishining buzilishi
- B. Aganglioz ichaklar
- Г. Reflyuks ileit

9. Ichak invaginatsiyasida najas xarakteri:

- A. «malina jelesi» ko'rinishidagi najas
- Б. Degtasimon najas
- B. Axolik najas
- Г. Qon quyqalari bilan shilliq, ko'kat

10. O'ng yonbosh sohasidagi lokal kasallik simptomi kim tomonidan taklif qilingan?

- A. Filatov
- B. Rovzing
- B. Sitkovskiy
- Г. Koxer

11. Qanday peritonitni aseptic deb atashadi?

- A. Mekoneal
- B. Diplokokk
- B. Appendikulyar
- Г. Sil

12. Bolalarda tug'ma chov-moyak churralari paydo bo'lishining asosiy sababi?

- A. qorin vaginal o'simtasining yorilmasligi
- B. Keng chov halqasi
- B. Qorin olddevorining to'liq rivojlanmasligi
- Г. Meteorizm va qotishlar

13. Mekoinli ileus qanday sababga ko'ra paydo bo'ladi:

- A. Oshqozon osti bezining kistofibroza
- B. Yo'g'on ichakning o'simta bilan obturatsiyasida
- B. Ingichka ichakning qo'shimcha tomir bilan ezilishida
- Г. Ichak devorining neyrogen dilyatatsiyasida

14. Jigar tashqi portal gipertenziyasiga xos simptomlar qaysilar?

- A. Jigar va taloqning kattalashishi
- B. Jigarining kichrayishi
- B. Splenomegaliya va jigar o'lchamlarining kichrayishi
- Г. Taloq o'zgarmagan holda jigarining kattalashishi

15. Jigar tashqi (jigar osti) shaklda portal gipertenziya sindromining etiologiya va patogeneziga nimalar kiradi?

- A. portal venaning angiomatoz transformatsiyasi

- Б. portal vena, uning tarmoqlari trombozi
- В. portal vena tizimining flebiti
- Г. surunkali gepatit

Adabiyotlar

1. Bolalarda o'tkir qorin. P.A. Matsenko, V.A. Urusov. 2-nashr. 1978.
2. Bolalar jarrohligi . K.U.Ashkraft, T.M. Xolder: ingl.dan tarjima. T.2. 1997.
3. Qorindagi og'riq. Lloyd M. Nayxus: ingl.dan tarjima, M., 2000.
4. Bolalarda portal gipertenziyani jarrohlik yo'li bilan davolash. A.Yu. Razumovskiy, V.E. Rachkov. M., 2012.
5. Ovqat hazm qilish a'zolarining patofiziologiyasi. Xenderson D.M. M., 2007. 288 c.
6. Aetiology and management of extrahepatic portal vein obstruction in children. Add el-Hamid N. et al. J/Pediatric gastroenterology. 2008. vol.47 (5). P. 630-634.
7. Pediatric Surgery. Arnold G. Coran et al. Seventh edition/ 2012.

5-BOB. BOLALARDA UROGENITAL TIZIMNING O‘TKIR JARROHLIK KASALLIKLARI

Bola yoshidagi orttirilgan o‘tkir jarrohlik kasalliklari orasida ahamiyati va uchrash chastotasiga ko‘ra shartli ravishda klinik namoyon bo‘lishlarida ko‘p umumiyliklariga ega bo‘lgan quyidagi kasalliklarga bo‘lish mumkin bo‘lgan siydik ajratish tizimining patologiyasi sezilarli solishtirma vaznga ega:

1. Bola yoshidagi *o‘tkir yallig‘lanish kasalliklari* o‘ziga xos xarakterga ega emas va ko‘pincha urostaz yoki chiqadigan urinogen infeksiya tufayli yuzaga keladigan sisto-uretrit, sistit, ereterit, pielonefrit ko‘rinishlarida namoyon bo‘ladi;

2. Mamlakatimizda mintaqaviy patologiya hisoblanadigan siydik-tosh kasalligida yosh ahamiyatga ega emas va har qanday yosh va jinsdagi bolalarni zararladi;

3. Har qanday boshqa jarohatlar kabi siyish a‘zolarining jarohatdan shikastlanishlari bolalarning ehtiyotsizligi va faolligi bilan bog‘liq. Ko‘pincha buyraklarning yopiq jarohati va o‘g‘il bolalarda uretra yorilishlari kuzatiladi. Ko‘pincha bunday jarohatlar nefrektomiya bilan yakullanadi, utretalar yorilishi esa – o‘zida murakkab jarrohlik muammosini aks ettiradigan postravmatik tuzilishlar bilan tugaydi.

O‘tkir urologik kasalliklarning umumiy klinik namoyon bo‘lishlari to‘rt asosiy sindrom hisoblanadi:

1. *Siydikning o‘zgarishi (siydik sindromi)* ham son jihatdan (poliuriya, oliguriya, anuriya), ham sifat jihatdan bo‘lishi mumkin (leykosituriya, eritrosituriya, proteinuriya, bakteriuriya, pH ning o‘zgarishi va boshqalar). Poliuriya – diurezning kattalashishi, oliguriya – diurezning kichrayishi, anuriya – siydik ajrlashining to‘liq to‘xtashi;

2. *Siyishning buzilishlari* (dizuriya) siydikni o‘tkir ushlab, pollakuriya (tozalangan siyish), ishuriya (siyishni surunkali ushlab fonda siydik ushlabmaslik), siydikni to‘liq ushlabmaslik va ushlab olmaslik;

3. *Og'riqli sindrom;*

4. *Gipertonik sindrom.*

Poliuriya, odatda, to'ldiruvchi xarakterga ega: buyraklarning konsentratsion funksiyasining pasayishi (gipoizostenuriya) kunlik diurezning oshishi bilan birga kechadi, bu ma'lum bosqichda azotli shlaklarning chiqarilishini ta'minlaydi. U, odatda, buyrak parenximasining o'lishi bilan birga keladigan buyrakning ikki tomonlama zararlanishida kuzatiladi (ikki tomonlama gidronefroz, ikkilamchi tortishgan buyrak bilan yakunlanadigan pielonefrit).

Oliguriya – siydik miqdorining kamayishi degidratatsiya natijasi bo'lishi mumkin (diareya, qusish, gipertermiya, kuchaygan teri ajralishi va boshqalar). Bunda yuqori konsentratsiyalangan siydik ajraladi. O'tkir urologik kasalliklar fonida oliguriyaning paydo bo'lishi anuriya – buyrak yetishmovchiligiga olib keladi deb hisoblashadi.

Anuriya – siydik ajralishining to'liq to'xtashi, bunda siydikning o'tkir ushlanishi bilan farqi pufak tarkibiga ega emas. Anuriyani chaqiradigan sabablarga qarab, uni to'rt asosiy turga ajratishadi:

Anuriyaning prerenal shakli buyraklarning qon bilan effektli perfuziyasi buzilishi bilan xarakterlanadi (qon kelishining buzilishi, gemodinamikaning va organism suv-tuz balansining umumiy buzilishlari);

Anuriyaning renal shakli buyrak parenximasining chuqur degenerativ o'zgarishlari tufayli kelib chiqadi. U og'ir ikki tomonlama buyrak kasalliklari natijasida paydo bo'lishi mumkin – obstruktiv uropatiya, pielonefrit, buyraklarning polikistozida, o'tkir zaharlashda (sulema, sulfanilamidlar);

Anuriyaning postrenal shakli, odatda, ikkala siydik tozalaydiganlarning to'liq obturatsiyasida kelib chiqishi mumkin. Unga ko'p kuzatiladigan, yuqori siydik yo'llarining toshlar bilan to'silishi natijasida rivojlanadigan kalkulez anuriya misol bo'la oladi. Ko'pincha postrenal anuriya anastomoz kameraning shishishi natijasida, ikki tomonlama ureteroplastika bajarilayotganda hosil bo'ladi.

Reflektor anuriya sog'lom buyrak funksiyalarini turli periferik qo'zg'atuvchilar ta'siri ostida to'xtatishi bilan xarakterlanadi. Shok, ko'p qon yo'qotishda paydo bo'ladi, buyraklardan birining o'tkir blokadasida o'z o'rniga ega bo'lishi mumkin. Reflektor anuriya gene-

zida buyrak funksiyalarining jabrlanishiga olib keluvchi buyrak tomirlarining spazmi bosh rolni o'ynaydi. Bunda reflektorli anuriyaning murakkab mexanizmi barcha bo'g'inlari kortikal regulyatsiyaga ega.

Siydikning sifat jihatidan o'zgarishlari makroskopik yoki uni quyqasining mikroskopik o'rganilishida aniqlanadi. Urologik amaliyotda ikki yetakchi simptom leykosituriya va gematuriya eng katta amaliy ahamiyatga ega.

Leykosituriya (piuriya) – siydik bilan leykositlarning katta miqdorining ajralishi, bu siydik traktining yallig'lanish jarayoni haqida guvohlik beradi. Ko'pincha u pielonefit yoki chistit alomati hisoblanadi. Bolalarda leykosituriya ko'pincha siydik ajratuvchi yo'llarning dinamik yoki mexanik osbstruksiyasi va siydik stazi (siydik tozalovchi stenozasi, siydik yo'llari toshlari yoki pufak-siydik tozalash reflyuksi) bilan chaqirilgan ikkilamchi bo'ladi. Leykosituriya simptomi raprlastirlangan va urologik kasalliklarning shunchalik keng doirasiga xoski, uning paydo bo'lishi piuriyaning sababini ayon qilish uchun maxsus tadqiqotlarni talab qiladi. So'nggi yillarda ko'pgina urologik kasalliklar, tashxisning aniqlanishi tugagunigacha «siydik traktining infeksiyasi» sifatida shakllanadi.

Gematuriya (eritrosituriya) – qonning siydik bilan ajralishi qator urologik kasalliklarda uchraydi (siydik-tosh kasalligi, zaharlanish) va buyrak jarohatlarida yetakchi simptom hisoblanadi. Gematuriya siydikning ko'zga ko'rinadigan darajada oqarib qon oqishigacha (makrogematuriya) ifodalangan bo'lishi, shuningdek, faqatgina siydik qoldig'ining mikroskopik tadqiqotida aniqlanishi mumkin (mikrogematurgiya).

Buyrak yoki siydik ajratuvchi yo'llarning jiddiy shikastlanish alomati bo'lgan makrogematuriya diagnostik va davolash choralarni zudlik bilan o'tkazilishini talab qiladi. Makrogematuriyaning manbalari buyraklar (zaharlanish), siydik tozalovchilar (konkrement migratsiyasi), siydik pufagi (sistit) va uretra (yorilish) bo'lishi mumkin. Bolalarda makrogematuriya kasallikning yagona simptomi bo'lishi yoki boshqa simptomlar bilan birga kelishi mumkin, ulardan eng ko'p uchraydigani og'riq hisoblanadi.

Og'riqli sindrom pastki siydik yo'llari (sistit, uretrit) va jinsiy a'zolarining (o'g'il bolalarda balanopostit va qiz bolalarda vulvovagi-

nit) yallig‘lanish jarayoni uchun xos bo‘lgan siydik chiqarishda, o‘tkir og‘riqlar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Sistitda og‘riq siydik chiqarishning oxirida, uretra va jinsiy a‘zolarining yallig‘lanish jarayonida – siydik chiqarishning boshida kuzatiladi. Bemor og‘riqdan o‘ziga joy topolmaydigan buyrak va siydik tozalovchilarining sanchib og‘rirlari ajralib turadi. Agar birinchisi (buyrak) irradiatsiyasiz buyrak proyeksiyasida aniq lokallashgan bo‘lsa, unda siydik tozalovchilarining sanchib og‘rirlari ko‘pincha «o‘tkir qoringa» olib keladi, chov va moyakni irradiatsiyalaydi. Erta yoshdagi bolalarda tez-tez qusish, najasning ushlanishi, gipertermiya va qorin bo‘shlig‘ida falokat ko‘rinishida umumiy simptomatika prevalatsiyalanadi. Siydik pufagi yoki siydik chiqarish kanalida konkrement topilganida og‘riq siydikning o‘tkir ushlaniishi bilan birga keladi, «qo‘l simptomi» bo‘lishi mumkin.

Bola yoshidagi gipertonik sindrom (nefrogen gipertoniya) birmuncha kam uchraydi va buyrak arteriyalarining qisqarishi (ishemiya), gidronefroz, buyrakning ikkilamchi tortilishiga olib keladigan surunkali pielonefrit natijasi bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha urologik kasallar orasidagi nefrogen gipertoniya tranzitor bo‘ladi. Shunga qaramasdan, gipertonik sindromning hosil bo‘lishi shifokorni buyrakning og‘ir, ehtimol qaytarib bo‘lmas zararlanishi haqida ogohlantirishi kerak.

5.1. Siydik tosh kasalliklari

Urolitiaz. Urolitiaz bolalarda ko‘p uchraydigan xastalik bo‘lib, endemik mintaqalarda, ayniqsa, keng tarqalgan. Urolitiaz bolalarda jadal rivojlanib, tezda asoratlarga olib kelishi bilan ajralib turadi. Bolalar urolitiaz har tomonlama chuqur o‘rganilgan bo‘lib, bunda Markaziy Osiyo mintaqasidagi olimlarning hissasi juda katta (K.X. Toxirov, A.T. Pulatov, A.S. Sulaymonov K.S. Ormantayev, S.R. Raximov, M.M.Aliyev, J.B. Beknazarov, A. M. Shamsiyev, N. Utegenov, va boshqalar). Shuningdek, uning etiopatogenezi hali barcha mohiyatlar aniq emas.

Etiopatogenezi. Hozirgi zamon tadqiqotchilarining nuqtayi nazaridan kelib chiqib shuni aytish mumkinki, bu xastalikning paydo bo‘lishida format va kauzal genezlar mavjud. Formal genezda tosh hosil bo‘lishining asosiy sababi fizik-mexanik jarayon hisoblanadi. Bu jarayon asosida

kimyoviy-kolloid va elektrofizik o'zgarishlar yotadi. Kauzal genez esa o'zida organizmning genetik omilini ko'zda tutadi. Keyingi yillarda bu kasallikning asosiy sababi polietiologik degan fikr tan olingan.

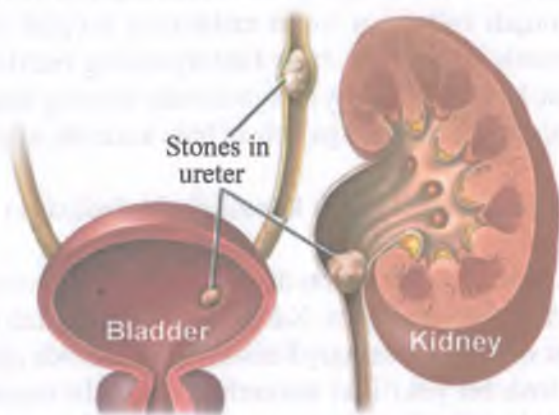
Buyrakda tosh yoki toshlar paydo bo'lishi haqida ko'p nazariyalar mavjud. Kolloid nazariyasiga asosan, siydikda kristalloid-kolloid muvozanati buzilishidan uning tarkibida polisaxaridlar va mukoproteidlar ortib ketadi. Natijada kristallar siydik tagiga cho'kib, tosh hosil bo'lishiga sharoit yaratiladi. Matritsa nazariyasiga asosan, eng avvalo, toshning oksid asosi hosil bo'ladi. Uning atrofida ikkilamchi tuzlar yig'iladi. Haqiqatan ham tosh strukturasi tekshirishda, uning yadrosi organik substansiyadan iborat ekanligi aniqlandi. Umuman olganda, buyrakda tosh hosil bo'lish jarayoni juda murakkab va ko'p bosqichlidir. Tubulopatiya va moddalar almashinuvi buzilishi etiologik omillar bo'lib xizmat qilsa, uning yuzaga kelib rivojlanishida har xil ekzo- va endogen, umumiy va mahalliy patogenetik omillar katta rol o'ynaydi. Giperparatireoidizm, suyaklar shikastlanishi va buning natijasida siydik orqali kaltsiy va fosfat tuzlarining ko'plab chiqishi endogen patogenetik sabablardir. Jigar funksiyasining buzilishi, me'da-ichak sistemasi kasalliklari tufayli organizmda suvning kamayib, qon konsentratsiyalashuvining yuzaga kelishi ham katta ahamiyatga ega.

5.2. Buyrak-tosh kasalligi (Nefrolitiaz)

Nefrolitiaz nisbatan ko'p uchraydi. Deyarli O'zbekistonning barcha mintaqalarida bir xilda tarqalgan. Xastalik ayniqsa maktab yoshigacha bo'lgan bolalar orasida tez-tez qayd etilishi bilan alohida ajralib turadi.

Buyrakda tosh bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Toshlarning buyrakdagi soniga nisbatan yagona buyrak toshi yoki bir necha buyrak toshi farqlanadi. Tojsimon – korall tosh yoki toshlar buyrak kosachalariga o'sib kirib, davolashda ancha qiyinchiliklarni tug'diradi. Buyrakdagi toshlar har xil o'lcham va shakllarga ega bo'lishi mumkin. Bu sifatlarni aniqlash amaliy jihatdan katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, potrama ham farq qilinadiki, bunda tosh yoki toshlar ham bitta yoki ikkita buyrakda, siydik yo'llarida hamda qovuqda birdaniga paydo bo'lishi mumkin.

Klinkasi. Nefrolitiazning asosiy belgilari quyidagilardir: belda og‘riq bo‘lishi, gematuriya, leykosituriya, piuriya, dizuriya va mayda toshlarning siydik bilan chiqishi. Yuqorida ko‘rsatilgan belgilarining bo‘lishi, tosh yoki toshlarning o‘lchami, shakli, joylashgan o‘rni hamda yallig‘lanish jarayoni bor yoki yo‘qligi, shuningdek, uning faolligi bilan chambarchas bog‘langan. Kichkina tosh buyrak kosachalarida joylashgan bo‘lsa, urodinamika kamdan kam izdan chiqadi, demak, og‘riq simillagan tusda bo‘ladi. Harakatchan toshda esa buyrak kosacha bo‘yni yoki buyrak jomchasi teshigiga tosh tiqilib qolishidan, buyrak ichki bosimi oshadi va bunda buyrak sanchig‘i kuzatiladi. Nefrolitiazda buyrak sanchig‘i ko‘pincha to‘satdan boshlanadi, bemorning bel sohasida qattiq og‘riq turib, sonning old yuzasiga, chov va qovga, o‘g‘il bolalarda olat va urug‘donlarga, qizlarda diloqqa beriladi. Buyrak sanchig‘i xuruji davrida ko‘ngil aynishi yoki qayt qilish ham kuzatiladi (5.1-rasm).



5.1-rasm. Siydik yo‘llarida tosh tiqilib qolish sohalari.

Ko‘krak yoshidagi bolalarda buyrak sanchig‘i o‘ziga xos ko‘rinishda kechadi. Ular to‘satdan chinqirib yig‘lab, oyoq-qo‘llarini tipirchilatib bezovta bo‘ladilar. Bu paytda ularning ichi ketadi yoki aksincha, qabziyat bo‘ladi. Tana harorati ko‘tarilib, ahvol og‘irlashadi.

Xuruj paytidagi chinqirib yig'lashni har xil o'yinchoqlar ko'rsatish ham, ovutishlar ham, ona ko'kragi ham bartaraf qila olmaydi. Bu paytda bolaning qorni paypaslansa, buyrak sohasidagi muskullar taranglashuvini payqash mumkin. Odatda, buyrak xurujidan keyin bolaning siydigi qizarishi mumkin, ammo bu belgining bo'lishi shart emas. Biroq, ko'pincha mikrogematuriya qayd etiladi.

Maktab yoshigacha bo'lgan bemorlarda esa buyrak sanchigan paytida bel sohasi emas, balki qorinda og'riq bo'ladi va bunga abdominal sindrom deyiladi. Bu paytda qorinning barcha yuzasi yoki o'ng, yoki chap tomoni og'rishi, hatto bu holatda bemorda qorinning o'tkir jarrohlik kasalliklari gumon qilinib, noto'g'ri tashxis qo'yilishi, hatto operatsiya qilinishi ham mumkin.

Gematuriya 90 foiz holda kuzatiladi, biroq, mikrogematuriya tez-tez uchrashini unutmaslik lozim. Toshning qirralari bilan buyrak kosachalari yoki jomchasi shilliq pardasining tinalishi yoki shikastlanishidan gematuriya kelib chiqadi.

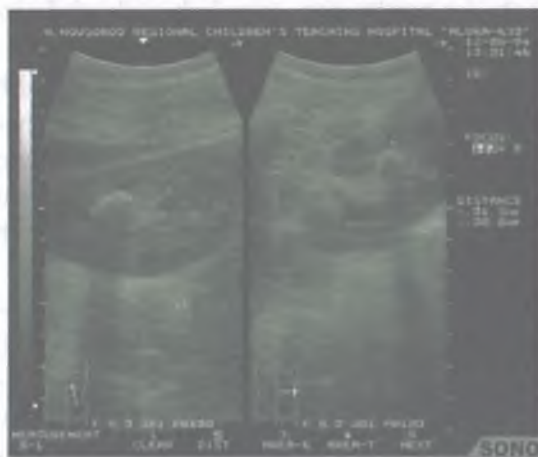
Nefrolitiaz pielonefrit bilan asoratlanganida leykosituriya kelib chiqadi va vaqt o'tishi bilan u piuriyaga aylanadi. Bemorning harorati oshib, bel sohasidagi og'riq kuchayganda, odatda, piuriya ham aniq ko'zga tashlanadi. Biroq, barcha hollarda ham buning bo'lishi shart emas, chunki tosh siydik yo'lining boshlanish qismini yopib qo'yib, o'zgargan siydik qovuqqa tushmasligi ham mumkin.

Shuni alohida qayd etish lozimki, ko'pincha siydikdagi o'zgarishlar bemor yoki uning ota-onasi tomonidan payqalmasdan, qimmatli vaqtlar boy beriladi. Agar e'tibor qilinsa, bola yugurganda, sakraganda, tez-tez harakat qilganida qorni yoki belida sanchig'i borligini, hatto shu sababli, badantarbiya mashg'ulotlarida qatnasha olmayotganligini bilib olish mumkin. Toshlarning o'lchami yetarli ravishda kattalashganda, buyrak ichi bosimi to'satdan va birdaniga oshib ketish hollari ro'y bermaydi va natijada, buyrak sanchig'i ham bolalarni bezovta qilmaydi. Qattiq og'riq sim-sim og'riqqa aylanadi, odatda, bu xildagi og'riq bilan bolalar ota-onalariga shikoyat qilmaydilar.

Tashxisi. Nefrolitiazni aniqlashda bemorlar va ularning ota-onalaridan to'g'ri va batafsil anamnezni yig'ish katta ahamiyatga ega. Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirganda, ularning jismoniy ko'rinishiga alohida

ahamiyat bermoq lozim. Ularning rangi oqargan bo‘lib, rivojlanishda o‘z tengqurlaridan orqada qoladilar. Chuqur paypaslaganda buyrak sohasida og‘riq borligini aytishadi. Ko‘pgina bemorlarda gipotrofiya va raxit belgilari yaqqol ko‘zga tashlanib, ularning yoshi qanchalik kichik bo‘lsa, bu sifatlar shunchalik yaqqolroq ko‘rinadi. Siydikni tahlil qilganda, deyarli barcha bemorlarda proteinuriya aniqlanadi. Leykosituriya va eritrosituriya darajasi har xil nisbatda bo‘lishi mumkin. Qon tahlilida esa anemiya, eritrositlar cho‘kish tezligining oshgani, ayrim hollarda anizisitoz, poykilotoz ham kuzatiladi.

Ultratovush tekshirishda buyrak sinuslari sohasida akustik soya beruvchi exopozitiv tosh aniqlanadi (5.2-rasm). Hal qiluvchi tashxis usuli – rentgendir. Avvalo tasviriy rentgen bajariladi. Rentgen tasvirida tosh soyasi 90–95 foiz hollarda yaqqol ko‘rinadi (5.3-rasm).



5.2-rasm. O‘ng buyrak nefrolitiya- 5.3-rasm. Umumiy rentzining eografik tasviri. Akustik soya genogrammada o‘ng buyrak sohasida tosh soyasi.

Ayrim hollarda rentgenokonstrast, ya‘ni tasviriy rentgenda ko‘rinmaydigan toshlar ham uchraydi. Bunday toshlarni aniqlashda, ekskretor urografiya tengi yo‘q usul hisoblanadi. Bu usul orqali

nafaqat toshni, balki buyrakdagi ikkilamchi o'zgarishlarni, toshning aniq joylashgan o'rnini ham bilsa bo'ladi. Buyrakning funksional holatiga ham baho beriladi.

Buyrakdagi toshlarni aniqlashda ultratovush apparatlaridan foydalanishning amaliy ahamiyati juda katta. Bu apparatlar yordamida 3 mm dan katta toshlarni bemalol aniqlash mumkin.

Davosi. Nefrolitiazni davolash hozirgi kunda eng dolzarb muammolardan biridir. Toshning joylashgan o'rni, shakli, katta-kichikligi, asoratlangan yoki asoratlanmaganligiga qarab ko'pgina davo usullari mavjud. Bemorlarni dorilar bilan hamda sanatoriy-kurort sharoitida davolash konservativ usul hisoblanadi va unga quyidagi ko'rsatmalar asos bo'ladi:

- toshning o'lchamlari 0,3x0,5 sm dan katta bo'lmay, yumaloq va yuzasi silliq hamda joylashgan yeridan chiqib ketishiga ishonch bo'lgan taqdirda va buyrak faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatmasa;

- tosh buyrak kosachasida joylashgan bo'lib, urodinamika buzilmagan va pielonefrit xuruji kuzatilmagan hollarda.

Operatsiya bilan davolashga vaqtincha moneliklar bo'lsa, konservativ terapiya operatsiyaga tayyorlash va operatsiyadan keyingi davrlarda ham qo'llaniladi. Ushbu vaziyatda konservativ terapiya deganda, tosh yoki toshlarni operatsiya qilmasdan tushirish, operatsiyadan oldin va keyin har xil asoratlarning oldini olish tushunilishini unutmaslik lozim. Konservativ terapiya quyidagi natijalarga erishish uchun o'tkaziladi:

- og'riqni bartaraf etish (spazmolitik, analgetik, sedativ dorilar yordamida, ignarefleks terapiya). Antibakterial moddalar yordamida infeksiyani yo'qotish.

- dietoterapiya, vitaminoterapiya, kurortda davolash yordamida nefrolitiaz qaytalanishi va har xil asoratlarning oldini olish. Toshning erib ketishiga sharoit yaratish va uning erkin chiqib ketishiga erishish.

- buyrak sanchig'i xurujida birinchi yordam – issiqlik muolajalari (issiqlik vannasi, buyrak sohasiga grelka qo'yish va h.k.), teri – os-

tiga 2 %li promedol eritmasi, 0,1 %li atropin eritmalarini birgalikda yuborish, urug' naychasi (ug'il bolalarda) yoki yumaloq bachadon boylamiga (qizlarda) Loren–Epshteyn usulida 0,25 %li novokain eritmasini yuborishdan iborat.

Parhez. Eng avvalo, qaysi tuz almashinuvi buzilganini aniqlash va shunga muvofiq ovqat ratsionini tuzish lozim. Agar bemorda uraturiya yoki urat toshlari bo'lsa, siydikda ishqor ko'payishiga erishmoq zarur. Buning uchun sut-qatiqli ovqatlar hamda o'simliklardan tayyorlangan taomlarni ko'proq iste'mol qilgan ma'qul. Go'shtli ovqatlarni chegaralash darkor. Fosfaturiya yoki fosfat toshlarida siydikni ishqorli reaksiyadan nordonlik tarafga o'tkazishga to'g'ri keladi. Bunda sut, ishqorli suv, qatiq ovqat ratsionidan olib tashlanadi va go'shtli ovqatlar buyuriladi. Oksaluriya va oksalat toshlarida sutli ovqatlar, tuxum, ko'katlar, kartoshka, pomidor, dukkaklilar, shokolad iste'mol qilinmaydi. Bemorlarga go'sht, meva tavsiya etiladi. Mineral suvlar bilan davolashdan asosiy maqsad – nordon ishqor muvozanatini tiklash, diurezni kuchaytirish va siydik chiqarish yo'llari peristaltikasini yaxshilashdir. Sanatoriy-kurort sharoitida davolashni tosh tushganidan yoki u operatsiya usuli bilan olib tashlangandan keyin tavsiya etilsa, kutilgan natijani beradi. Buyrakda qum yig'ilgan taqdirda sanatoriy-kurort sharoitida davolashning ahamiyati ayniqsa katta.

Konservativ davosi. Toshning mustaqil tushishiga erishmoq maqsadida terpenlar guruhiga kiradigan sistenal, artemizol, anatin, avisan kabi dorilar ishlatiladi. Bulardan tashqari, spazmolitiklar – no-shpa, papaverin, platifillin, atropin ham qo'llaniladi. Konservativ davolashning eng ahamiyatlisi – bu litolitik terapiyadir. Keyingi yillarda bu muammoni xal qilishda birmuncha yutuqlarga erishildi. Ayniqsa, urat toshlarini eritishda yaxshi natijalar qo'lga kiritildi. Bu maqsadda blemarin, soluran, uramid, magurlit, urolit, milurit singari dorilar keng qo'llanila boshlandi. Siston bilan davolash ham ijobiy natijalarni ko'rsatmoqda. Ayniqsa operatsiyadan keyin bu dorilar yordamida davolash natijasida buyrakda toshlarning qayta hosil bo'lishining oldi olinadi.

So'nggi paytlarda litotriptor (ya'ni toshlarni ultratovush yordamida maydalash) apparatlari amaliyotga joriy etildi. Albatta, bu davolash usulining operatsiyaga nisbatan katta afzalliklari bor. Ammo shu bilan bir qatorda, yechilmagan muammolar ham mavjud. Masalan, litotriptor ta'sirida buyrak pardasi ostida qon to'planishi, buyrak parenximasi gematomasi, buyrak qon tomirlari zararlanishi, biriktiruvchi to'qimaning o'sishi kabi salbiy o'zgarishlar ham kuzatiladi. Demak, hali bu sohada ko'p muammolarni hal qilmoq lozim.

Operatsiya usuli bilan davolash. Konservativ davolash usullari, shu jumladan, litotripsiya natijasiz yoki ularga moneliklar bo'lsa, bemorlarni operatsiya qilib davolashga to'g'ri keladi. Operatsiyani asoratlari bo'lmasdan ilgari bajarilsa maqsadga muvofiqdir. Operatsiyadan maqsad, toshni olib tashlashdan tashqari, siydik dimlanishini bartaraf qilish hamda infeksiyaga qarshi kurashish uchun sharoit yaratishdir. Nefrolitiazda operatsiya usulini tanlash ancha muammo tug'diradi. Eng avvalo, toshning joylashgan o'rni va buyrak jomining buyrakka nisbatini nazarda tutmoq kerak.

Pielolitotomiya. Nisbatan yengil operatsiya usuli bo'lib, odatda, buyrak jomi buyrak tashqarisida joylashganda bajariladi. Buyrak jomi buyrak ichida joylashgan taqdirda buyrak darvozasi tabaqalari qovuq kergich bilan tortilib, buyrak jomi devoriga yo'l ochiladi. Bunday hol, ko'pincha maktab, ayniqsa, ko'krak yoshidagi bolalarda kuzatiladi. Pielolitotomiyada buyrak parenximasi zararlanmaydi. Ayniqsa, buyrak joyidan qo'zg'atilmay, pielolitotomiya bajarilsa, buyrakning kelgusi faoliyati yaxshi kechadi.

Nefrolitotomiya. Buyrak parenximasini kesib, toshni olib tashlash. Buyrak jomi orqali toshni olib tashlashning iloji bo'lmagan taqdirda va ko'pincha tojsimon tosh bo'lgan taqdirda qo'llaniladi. Agar tosh kosachalarda bo'lsa yoki buyrak jomi buyrak ichkarisida joylashganda ham bu usuldan foydalaniladi. Nefropielolitotomiya (pielonefrolitotomiya). Toshni olib tashlashda ham buyrak parenximasi kesilib, buyrak jomi devori qirg'iladi. Ko'pincha tojsimon yoki ko'pgina toshlar bo'lganda qo'llaniladi.

Asoratlari. O‘z vaqtida davolanmasa, kalkulez pielonefrit, gidronefroz, yiringli paranefrit, pionefroz, buyrakning ikkilamchi bujmayishi kabi asoratlar rivojlanadi. Bu asoratlarning kelib chiqishida urokinamikaning buzilishi katta rol o‘ynaydi. Asoratlarning oldini olishning eng yaxshi yo‘li – nefrolitiazni o‘z vaqtida aniqlash va zarur chora-tadbirlarni ko‘rishdir.

Ikki tomonlama nefrolitiaz. Urolitiazning eng og‘ir turi – bu ikki tomonlama nefrolitiazdir. Bu kasallikning etiopatogenezi, klinik belgilari bir tomonlama nefrolitiazdan deyarli farq qilmaydi. Ammo klinik kechishi, asoratlari, bir tomonlama nefrolitiazga nisbatan og‘irlik darajasi, davolash jarayonining o‘ziga xosligi bilan ajralib turadi. Agar o‘z vaqtida davolash tadbirlari ko‘rilmasa, 70 foiz holda surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Ikki tomonlama nefrolitiazning yana bir jihati shundaki, 50 foiz holda buyrakda korall (toj)simon toshlar aniqlanadi (5.4-rasm). Kalkulez gidronefroz va kalkulez pielonefrit asoratlari tez rivojlanadi.



5.4-rasm. Umumiy urorentgen tasviri.
Ikki tomonlama korall toshlar.

Davosi. Eng avvalo, paratireoid bezlarining funksiyasini tekshirib, ushbu xastalikning bezlar funksiyasiga aloqasi bor yoki yo'qligini qat'iy ravishda aniqlash va shunga muvofiq davolash usulini qo'llash lozim. Agar qalqansimon yon bezlari adenomasi bo'lsa, eng avvalo, ushbu xastalikni bartaraf qilmoq kerak. So'ngra buyrak toshlardan tozalanadi. Buning uchun nefrolitiazda qo'llangan jarrohlik usullari qo'llaniladi. Operatsiyadan keyin buyrak asoratlarini yo'qotish va sanatoriy-kurort sharoitida davolashni o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

5.3. Siydik nayi toshi (ureterolitiaz)

Ureterolitiaz siydik-tosh kasalligining tez-tez uchrab turadigan turlaridan biridir. U bir yoki ikki tomonlama bo'ladi. Bunda ko'pincha yagona tosh bo'lib, u siydik nayining pastki qismida qayd etiladi. Shuningdek, ko'plamchi toshlar, ya'ni birdaniga ham siydik nayida, ham qovuqda uchrashi mumkin.

Uretero va nefrolitiazning natijasi. Buyrak jomidagi tosh har xil sabablarga ko'ra pieloureteral segmentdan o'tib, siydik yo'li peristaltikasi va buyrak jomidan berilayotgan kuch ta'sirida qovuqqa tomon siljiydi. Biroq toshning uchta fiziologik toraymadan o'tishi ancha qiyin va tosh shu joylarda turg'unlashishi ham mumkin (siydik yo'lining yuqori qismida, ureteraning umumiy yonbosh arteriyasini kesib o'tgan joyida va nihoyat, qovuqqa ochilish qismida). Mana shu siljishlar davomida o'z klinikasini namoyon qiladi.

Klinikasi. Ureterolitiazda og'riq (siydik nayi sanchig'i), gematuriya, dizuriya hamda 90–95 foiz hollarda kalkulez pielonefritga xos belgilar kuzatiladi. Bu klinik belgilar bolaning yoshi, toshning joylashgan o'рни va tosh shakli, siydik yo'lining berkilish darajasi hamda paydo bo'lgan asoratlarga bog'liq Og'riq bel yoki qorin sohasida bo'lib, tashqi jinsiy a'zolariga berilishi mumkin. Kichik yoshdagi bemorlarda esa og'riq bezovtalanish, chinqirib yig'lash bilan namoyon bo'ladi. Ko'proq mikrogematuriya

aniqlanadi. Makrogematuriya 20 foiz hollarda uchraydi. Shuni ta'kidlash kerakki, tosh siydik nayida qanchalik pastda joylashgan bo'lsa, dizuriya belgisi shunchalik yaqqol rivojlangan bo'ladi.

Agar toshning obturatsiyalash darajasi yuqori bo'lib, siydik yo'lining toshdan yuqori qismida siydik dimlanishi kuchli bo'lsa, u holda bemorning ahvoli ancha og'irlashadi. Bunda bel og'rib, joyidan qimirlash ham bemor uchun qattiq azobga aylanadi. Ba'zan bemor xasta tarafdagi oyog'ini qorniga tizzasidan bukib, shu yonboshiga yotib oladi. Infeksiyaning faolligi oshib, tana harorati ko'tariladi. Pollakiuriya rivojlanadi. Qorin paypaslanganda kattalashgan buyrak qo'lga unnaydi. O'lchami katta bo'lgan buyrakni paypaslash ancha og'riqli bo'lib, uning yuzasi silliq, harakatsiz, biroq joyidan qimirlatishga urinish kuchli og'riqqa sabab bo'ladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda tosh ko'pincha siydik yo'lining yuqori qismiga qattiq tiqilib qoladi va buyrak ichidagi bosim shunchalik darajada oshib ketadiki, bu shu buyrakda siydik hosil bo'lmasligiga olib keladi. Bu reflektor ravishda kontrlateral buyrak ham berilib, xuddi shu hol ushbu buyrakda ham aniqlanadi. Natijada siydik ajralishi umuman to'xtaydi, ya'ni anuriya vujudga keladi. Toshli buyrakda chin anuriya, qarama-qarshi buyrakda esa soxta anuriya kuzatiladi.

Bolaning ahvoli haddan tashqari og'irlashadi. U yig'layverib, holdan ketadi. Bola qusishi yoki uning ichi ketishi ham mumkin. Ichi dam bo'lish hollari ham ko'p uchraydi. Tezda endotoksikoz rivojlanadi. Qovuqdan bir tomchi ham siydik kelmaydi yoki siydik miqdori haddan tashqari kam bo'lib, odatda, uning rangi go'sht yuvindisiga o'xshaydi. Bolaning qorni paypaslab ko'rilganda ikkala buyrakning ham kattalashgan va taranglashgani aniqlanadi. Biroq, bu belgilar o'ng tomonda ko'proq bo'lishi mumkin. Chunki chin anuriya ko'pincha o'ng buyrakda yuzaga keladi. Tezda yordam berilmasa, bolaning ahvoli og'irlashib qolishi mumkin.

Tashxisi. Bemor anamneziga va kasallikning klinik manzarasiga alohida e'tibor beriladi. Ultratovush tekshirishda siydik nayining pastki 1/3 qismini exoskanerlash qilinganda exopozitiv soya beruvchi

harakatlar kuchaytiriladi. Albatta, bu usullar toshning o'lchamiga mos ravishda, ya'ni uning qovuqqa tushishiga ishonch bo'lgan taqdirda o'tkaziladi. Konservativ davolash usullari yordam bermagan taqdirda tosh sistoskopiya va Dormiya tuguni yordamida olib tashlash mumkin (5.7-rasm).



5.7-rasm. Qovuqdagi toshni sistoskopiya usulida Dormiya tuguni bilan siydik nayi pastki 1/3 qismidan toshni olib tashlash

Ureterolitotomiya. Yuqori siydik nayiga operativ kesma tanlash toshning joylashgan o'rniga bog'liq. Asosan uch guruhga bo'linadi: qorin parda sirtidan, qorin parda ichidan, kombinatsiyalangan. Siydik nayining yuqorisidagi toshni olish uchun Fedorov bo'yicha ko'ndalang-qiyshiq lyumbotomiya qilinadi. O'rta qismidagisi esa qiyshiq pararektal qirqiladi. Pastki qismida joylashgan toshni olib tashlash uchun yonbosh sohasidagi Pirogov tirqishidan foydalaniladi. Qorin pardaning orqa tarafi ochilgandan keyin siydik nayi va tosh turgan joy topiladi. Tosh siljimasligi uchun uning yuqorisidan turniket o'tkaziladi va toshning ustidan siydik nayi uzunasiga kesiladi hamda tosh olib tashlanadi. Toshning olib tashlangan joyi

novokain hamda furasillin bilan obdon yuviladi. So'ngra siydik nayining qovuq tomon o'tkazuvchanligi tekshiriladi va siydik nayining jarohati shilliq qavatlarini chokka olmasdan ketgut bilan tikiladi. Jarohat joyiga rezina naycha keltiriladi va qorin old devori jarohati qavatma-qavat tikiladi.

5.4. Qovuq toshi (sistolitiaz)

Qovuqdagi toshlar, asosan, buyrak va siydik naylaridan tushgan toshlardir. Shuning uchun qovuqda toshlar bo'lganda albatta yuqori siydik chiqarish yo'llarini ham yaxshilab tekshirib, tosh bor yoki yo'qligini aniqlash shart.

Klinikasi. Qovuqda toshi bor bolalarning ko'pchiligida kamqonlik, raxit, gipotrofiya kasalliklari qayd etiladi. Asosan dizuriya belgilari: siyish paytida og'riq bo'lishi, siydikning o'qtin-o'qtin chiqishi yoki siydik oqimining to'satdan bo'linib qolib, bir ozdan keyin yana boshlanishi kabi belgilar kuzatiladi. Siyish oxirida bola qattiq bezovtalanadi, chunki qovuq bo'yniga kelib qolgan tosh, detruzorning qisqarishidan, uning shilliq qavatlarini kuchli ta'sirlaydi yoki qon tomirlarini zararlaydi. Shuning uchun ham shunday bo'lishini bilib, bola siyish akti to'liq amalga oshirishdan qo'rqadi va sun'iy ravishda siydigini tutib yuradi, bu holda siydik doimo tomchilab chiqadi. Ko'pincha siyish oxirida makrogematuriya aniqlanadi.

Odatda, bu belgilar toshning o'lchami kichik bo'lganida ko'rinadi. Toshning o'lchami katta bo'lsa, yaqqol belgilar kuzatilmaydi. Bunda siydik uretradan tutilib-tutilib chiqishi, siyishni yengillashtirish uchun bola har xil holatlarda bo'lishi (masalan, yonboshlab yoki chalqanchasiga yotishi va b.), siyish oxirida ozgina bezovtalanishi mumkin.

Tashxisi. Eng avvalo, klinik belgilarga e'tibor beriladi. Ultratovush tekshirishda qovuqda ovol shaklga ega bo'lgan o'zidan akustik soya beruvchi tosh aniqlanadi (5.8-rasm). Tasviri rentgenogramma hal

qiluvchi ahamiyatga ega. Rentgen tasvirida toshning o'lchami, uning shakli va soni aniqlanadi (5.9-rasm). Rentgen tasviriga buyrakni ham tushirish shart. Kichik yoshdagi bolalarda rentgeno-kontrast toshlar ham tez-tez uchraydi. Buni aniqlash uchun sistoskopiya bajariladi. Uretra orqali temir kateter bilan qovuq kateterlanganida toshga urilgani bilinadi.



5.8-rasm. Qovuq konkrementining exografik tasviri



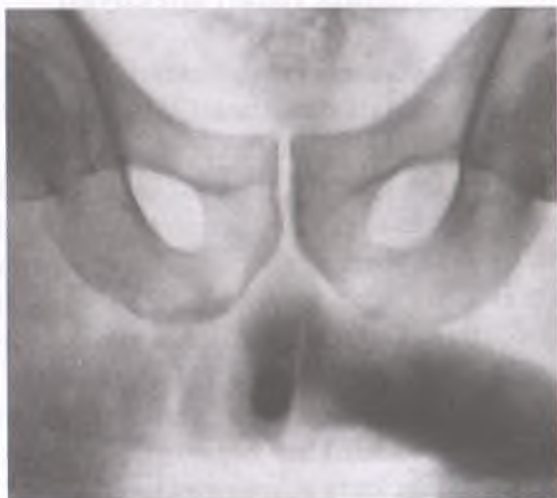
5.9-rasm. Qovuq toshi. Umumiy rentgen tasvir.

Davosi. Episistolitotomiya bajariladi. Qovuq usti sohasi o'rta chizig'idan kesilib, qovuq ochiladi va tosh olib tashlanadi. Qovuq devori ikki qavat qilib tikiladi. Agar operatsiya paytida qovuqdan siydik bilan birga yiring chiqsa, qovuqda rezina naycha qoldiriladi.

Uretra toshi. Odatda, siydik nayidan tushgan tosh uretraning ichki teshigiga kelib tiqiladi. Bola qattiq bezovta bo'lib, chinqirib yig'laydi. Avvalo, siydik tomchilab chiqa boshlaydi, keyin esa uretra shilliq qavati shishganligidan siydik umuman chiqmay qo'yadi. Qovuq haddan tashqari kattalashib, siydik uretradan sizib chiqa boshlaydi. Bu siydikning o'tkir tutilishi, deb ataladi. Uretraning

toshdan qattiq obturatsiyalanishidan kuchli og‘riq paydo bo‘ladi. Bu og‘riq kuchini kamaytirish uchun bolalar tashqi jinsiy a‘zolarini barmoqlari bilan silab ezg‘ilaydilar. Umumiy rentgen tasvir orqali tashxis qo‘yish mumkin (5.10-rasm).

Qovuqdagi bosim ortishidan tosh uretraning distal tarafi tomon siljiy boshlaydi. Tosh uning membrana qismida yoki uretra tashqi teshigi tutash joyida tiqilib qolishi sababli shishib, flegmonaga aylanib ketishi ham mumkin.



5.10-rasm. Umumiy rentgen tasvir. Uretra toshi.

Davosi. Tosh tiqilib qolganda K.X. Toxirov tomonidan taklif qilingan va amaliyotda keng qo‘llanilayotgan usuldan foydalaniladi: 1 %li iliq novokain eritmasi glitserin bilan teng yarim qilib aralashiriladi va uretraning tashqi teshigidan kerakli kuch bilan yuboriladi. Oqibatda tiqilib qolgan tosh qovuqqa qaytib tushadi va siydik kuchli oqim bilan chiqadi. Shundan keyin qovuqqa rezina kateter qo‘yiladi va bola rejali ravishda operatsiya qilinadi.

Agar tosh uretraning distal qismida tiqilib qolgan bo‘lsa, konservativ usuldan foydalaniladi: analgetik, spazmolitik eritmalar

yuborilib, bola badanini kuydirmaydigan issiq vannaga solinadi (sathi qovuq usti sohasigacha chiqishi zarur). Bu usuldan keyin ham tosh uretradan chiqib ketmasa, Toxirov usuli qo'llaniladi. Agar tosh uretraning tashqi teshigiga kelib tiqilib qolgan bo'lsa, teshik kengaytirilib, tosh pinset yoki «moskit» qisqichi bilan olib tashlanadi. Shuni esda tutish kerakki, bolalarda uretraga tiqilib qolgan toshni ustidan kesib bo'lmaydi, ya'ni uretrolitotomiya qilinmaydi.

5.5. Siydik yollari infeksiyasi

Bolalar o'rtasida siydik chiqarish tizimining yallig'lanishi tez-tez uchraydi. Ularni vaqtida davolamaslik turli asoratlarni keltirib chiqaradi va eng og'ir hol – buyrakning ikkilamchi bujmayishi hisoblanadi. Pielonefrit, paranefrit, sistit, uretrit, balanopostitlar siydik chiqarish sistemasidagi yallig'lanish kasalliklaridir.

Pielonefrit. Buyrak jomi, kosachalari hamda parenximasining yallig'lanishi pielonefrit deb ataladi. Hozirgi vaqtda antibiotiklar va boshqa uroseptiklarning keng qo'llanilishiga qaramasdan, pielonefrit bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Bu kasallikning kelib chiqishida angina, pnevmoniya, furunkulyoz, sepsis kabi yuqumli kasalliklar, organizmda surunkali yiringli o'choqlarning mavjudligi katta ahamiyatga ega.

Etiologiyasi va patogenez. Bolalarda pielonefritning rivojlanishi hozirgi paytgacha to'liq o'rganilmagan yoki noaniqligicha qolmoqda. Biroq pielonefritni chaqaloqlar va bir yoshgacha bo'lgan bolalarda, rivojlanishi organizmning infeksiyaga nisbatan chidamsizligi, umumiy va mahalliy immunitetning deyarli yo'qligiga borib taqaladi. Pielonefrit rivojlanishida, albatta, bakterial invaziyaning ahamiyati juda katta. Mikroblar buyrakka gematogen, limfogen va urogen yo'llar bilan tushadi. Ko'pincha pielonefrit ikki tomonlama bo'ladi. Pielonefritni qo'zg'atuvchi mikroblar qatoriga birinchi navbatda *E. coli*, keyin esa stafilokokk, protey yoki ularning aralashmalari kiradi. Buyrakda yallig'lanish–yiringlash jarayonida buyrak kanalchalari yemiriladi va natijada qondagi mikroblar siydik yo'liga ham

o'tadi. Hozirgi paytda pielonefrit kelib chiqishida mikroblarning buyrak kanalchalari epiteliysi yuzasida cho'kishi va uning u yerda rivojlanishiga olib keluvchi sabablar katta ahamiyatga ega ekanligi barcha olimlar tomonidan e'tirof etilgan. Bunga sabab – siydik dimlanishidir. Siydik dimlanishi esa har xil nuqsonlar, buyrak jomi va siydik yo'li peristaltikasi, siydik yo'li sistoidlari funksiyasining buzilishi, buyrak limfatik sistemasi drenajlash qobiliyatining izdan chiqishi sababli kuzatiladi.

Tasnifi. Amaliy jihatdan N.A. Lopatkin va V.Ya. Rodoman (1974) tomonidan taklif etilgan tasnif qulay. Bu tasnifga asosan, birlamchi va ikkilamchi pielonefrit farq qilinadi. O'z navbatida, ular o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin. O'tkir pielonefritning seroz (shilliqli) yiringli, apostematoz, buyrak karbunkuli va nekrotik papillit kabi turlari tafovut qilinadi. Odatda, o'tkir pielonefrit o'z vaqtida davolanmasa u surunkali shakliga aylanadi. Surunkali pielonefritning esa faol yallig'lanish, latent yallig'lanish hamda remissiya bosqichlari farq qilinadi. Bu bosqichlarning (bundan remissiya bosqichi mustasno) natijasi esa ikkilamchi buyrak bujmayishi yoki pionefrozdir.

Klinikasi va tashxisi. Bolaning funksional va immunobiologik holati hamda yosh davrlarining o'ziga xosligi bilan chambarchas bog'langan. Kichik yoshdagi bolada pielonefritning umumiy belgilari yaqqol ko'zga tashlanadi. Mahalliy belgilar noaniq bo'lib, o'ziga xosligi kuzatilmaydi. Siydik sindromi yaqqol bo'lmasdan, tashxisni qo'yishda tez-tez xatoliklarga yo'l qo'yiladi.

Chaqaloqdarda va ko'krak yoshidagi bolalarda siyish jarayoni buzilib, tana harorati ko'tariladi. Bolaning ishtahasi yo'qolib, rangi oqaradi, qayt qilib, ichi ketishi mumkin. Yuqorida ko'rsatilgan belgilar asosida og'ir toksikoz va dehidratatsiya boshlanadi, siydikda leykosituriya, makrogematuriya (mikrogematuriya), proteinuriya, silindruriya qayd etiladi. Qonda anemiya, eritrositlar cho'kish tezligining kuchayishi, leykositoz ro'y beradi. Katta yoshdagi bolalarda ham toksikoz simptomlari paydo bo'ladi. Ular

bel sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladilar. Biroq, bu og'riq qorin sohasida ham bo'lishi mumkin. Ayrim hollarda bemorlar tizza va son bo'g'imlarini bukkan holda ushlab yotishga majbur bo'ladilar. Odatda, bu belgilar buyrak o'lchamlari ancha kattalashib, yiringli jarayon buyrak atrofi to'qimasiga o'tganda kuzatiladi. Yallig'lanish jarayoni natijasida bemorlarda gepatorenal sindrom rivojlanib, gepatitga xos klinik belgilar ham ko'rinishi mumkin.

Qiyosiy tashxisi. Ba'zida o'tkir pielonefrit bilan bemor qorinning pastki sohasida og'riqdan shikoyat qiladi, bunday holatda kasallikni o'tkir holesistit, appendisit yoki divertikulit bilan chalkashtirish mumkin. Siydik nayi va qovuqqa yondashgan appendikular, tubo-ovarial va divertikular abscesslar piuriya bilan kechadi. Siydik nayi bo'ylab tosh ko'chganda, pielonefrit belgilari namoyon bo'lishi mumkin, ammo bemorda tana haroratining ko'tarilishi va leykosituriya kuzatilmaydi.

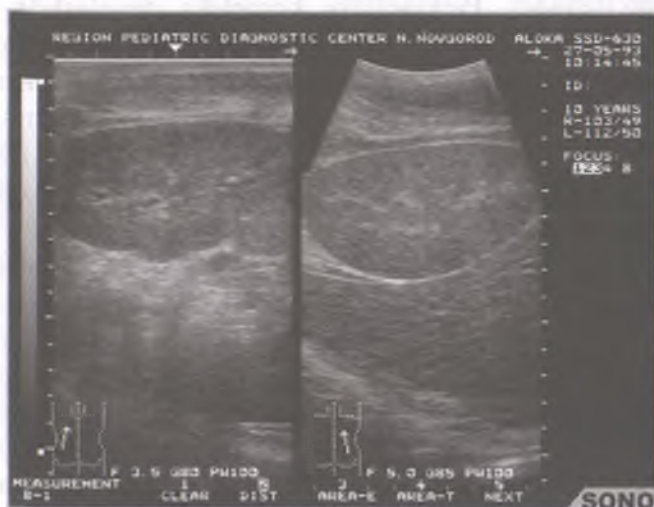
Surunkali pielonefrit. Surunkali pielonefrit o'zining to'liqinsimon kechishi bilan tavsiflanadi. Ayrim bemorlarda bu xastalik latent shaklda kechadi. Latent pielonefritning simptomi aniq emas. Ko'pchilik bemorlarda bu kasallik dispanser ko'rigidan o'tayotganda tasodifan aniqlanadi. Ayrim bemorlarda ishtahaning yomonligi, behollik, tana haroratining subfebril bo'lishi, qorin sohasida simillovchi og'riq aniqlanadi. Bolalarda siyish jarayonida qisqa muddatli og'riq bo'lishi, tana haroratining ko'tarilishi, belda uvishgan og'riq ota-onalarning diqqatini o'ziga jalb qilishi mumkin. Ammo bu simptomlar tezda o'tib ketadi. Shu sababli ota-onalar bu shikoyatlar bilan kamdan kam murojaat qiladilar.

Bemorlarni maxsus usullar bilan tekshirganda ularda urodinamikaning bir qadar izdan chiqqanligini ko'rish mumkin. Albatta, bu hol organizmning kompensator kuchlari tufayli bo'ladi.

Surunkali pielonefrit ayrim salbiy sabablarga ko'ra kuchayganda, tana harorati yuqori darajalarga ko'tarilib, bosh og'riydi, ko'ngil aynib, bemor qayt qilishi mumkin. Tez-tez siyish og'riq bilan birgalikda kuzatiladi. Asosiy simptomlardan biri – piuriya yoki

bakteriuriya. Bunda siydik loyqalanadi, ipir-ipir cho'kmalar paydo bo'ladi yoki siydikda oq ipsimon hosilalar suzib yuradi.

Tashxisi. Pielonefritda ultratovush tekshirish qilinganda yallig'langan buyrak parenximasining exogenligi oshganligini kuzatishimiz mumkin, buyrak sinuslari zichligining va sinus devori giperexogenligini oshganligi aniqlanadi (5.11-rasm).



5.11-rasm. Ikki tomonlama pielonefrit. Exografik tasvir

Keyingi tekshirish usuli bu – ekskretor urografiya. Buyrak hajmi asimmetriyalanishi, buyrak parenximasi yupqalashganligi, jom – kosachalar tizimining deformatsiyalanganligi, kontrast moddaning notekis ajralishi, jom-kosachalar adinamiyasi ekskretor urogrammada aniqlanadigan belgilardir.

Davosi. Pielonefritni davolash uning bosqichiga bog'liq Birlamchi pielonefritda bemorga parhez, antibakterial va stimullovchi terapiya buyuriladi. Shuni aytish lozimki, pielonefritni davolashda qo'llaniladigan deyarli barcha antibiotiklar potensial nefrotoksik ta'sirga ega. Bularga kanamitsin, neomitsin va tetrasiklin guruhi

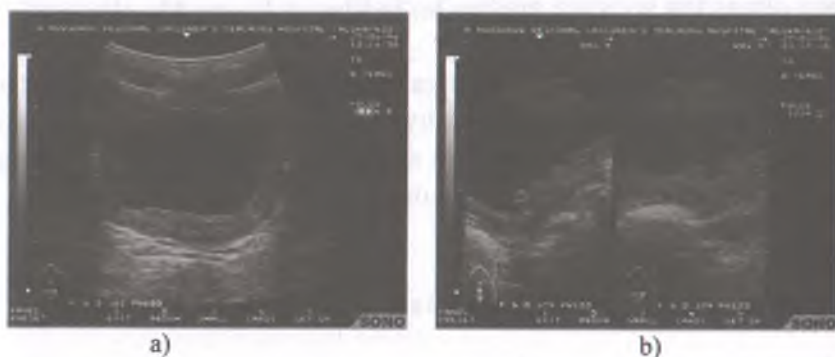
kiradi. Shuning uchun bu antibiotiklar guruhini pielonefritda qo'llamagan ma'qul. Pielonefritni davolash uchun eng kam nefrotoksik ta'sirga ega penitsillin guruhi, seporin, eritromitsin va levomitsetin kabilarni ishlatish maqsadga muvofiq Nitrofuranlar (furadonin, furagin) va nalidoksin kislota hosilalari (negram, nevigramon) yaxshi natijalar beradi. Pielonefritni davolashda gram-musbat va grammanfiy mikroblarga nisbatan antibakterial dori 5-NOK qo'llaniladi. Pielonefritni kompleks davolashda dorivor giyohlar (dalachoy, moychechak, marvarak, na'matak, oq qayin kurtagi, buyrak choyi va h.k.) ham yaxshi natija beradi. Kasallikni davolash uzoq muddatni talab qiladi. Shuning uchun stimullovchi moddalar, vitaminlar (A, C, B₁, B₆, B₁₅, B₁₂ va hokazolar.), dibazol, anabolik gormonlar, giposensibillovchilarni (pipolfen, dimedrol, suprastin va hokazolar.) qo'llash maqsadga muvofiqdir.

Sistit. Qovuq shilliq qavatining yallig'lanishidir. Bolalarda tez-tez uchraydi. Sabablariga qarab birlamchi va ikkilamchi, kechishiga ko'ra esa o'tkir hamda surunkali bo'ladi. Birlamchi sistit ko'pincha 4-12 yashar bolalarda qayd etiladi. Sistitning bu turi ayniqsa qiz bolalarda ko'p kuzatiladi, bunga sabab esa ularda vulvit va vulvovaginitning tez-tez aniqlanishidir. Birlamchi sistitning asosiy qo'zgatuvchisi E. coli, protey va stafilokokklar nisbatan kam uchraydi. Ikkilamchi sistit yuqori siydik yo'llaridan doimo tushib turadigan mikroblar sababli rivojlanadi. Ko'pgina hollarda sistitning patogenetik mexanizmini aniqlash juda ham qiyin.

Yallig'lanish jarayonining boshlanish davrida qovuq shilliq qavati shishib, shilliq osti va muskul qavatlari hujayralarida infiltrat paydo bo'ladi. Mikroba hamda metabolik toksinlar qovuq devorining barcha qavatlaridagi intraretseptorlarni ta'sirlashidan tez-tez siydik kelib, siyishda og'riq hamda siygandan keyin ham qovuqda siydik qolgandek his paydo bo'ladi. Yallig'lanish jarayoni siydik yo'lining qovuqdagi teshigi yopilish mexanizmiga salbiy ta'siridan qovuq-siydik yo'li reflyuksi ro'y beradi.

Klinikasi. Bemorni tez-tez siyish va siyish paytida og'riqning bo'lishi bezovta qiladi. Yallig'lanish jarayoni buzilganda siydikda yiring paydo bo'ladi. Og'riq siyishning oxirida ayniqsa kuchayadi.

Siydik tiniq bo‘lmay, ayrim hollarda siyish oxirida makrogematuriya yoki piuriya kuzatiladi. Paypaslaganda qorin pastida, qovuq usti sohasida og‘riq paydo bo‘ladi. Tana harorati ko‘tarilishi mumkin. Siydik tahlilida leykosituriya, mikrogematuriya, proteinuriya va qonda esa leykositoz aniqlanadi. Ultratovush tekshirishda qovuqni to‘ldirilgan va bo‘shatilgandan keyin shartli ravishda ko‘rish lozim. O‘tkir sistitda qovuq devorining qalinlashganligini ko‘rish mumkin, surunkali sistitda qovuq devorida qalinlashish bilan birga, uning deformatsiyasi aniqlanadi (5.12-rasm).



5.12-rasm. Sistitning exografik tasviri: a – o‘tkir sistit, qovuq devori qalinlashgan 9 mm; b – surunkali sistit, qovuq devori konturi qalinlashgan, deformatsiyalangan, exogenlik oshgan.

Davosi. Tashxis qo‘yilishi bilan darhol konservativ terapiya o‘tkaziladi. O‘tkir sistitda va surunkali sistitning qo‘zigan davrida bemor yotishi lozim. Ovqatiga achchiq va sho‘r ta‘m beruvchilarni qo‘shmaslik lozim. Diurezni yaxshilash maqsadida shifo giyohlari beriladi va qovuq ustiga issiq grelka qo‘yiladi. Infeksiyaga qarshi antibiotiklar va nitrofurani preparatlari qo‘llaniladi. O‘tkir sistitda qovuqqa har xil antiseptik vositalar yuborish mumkin emas. Surunkali sistitni davolashda esa yuqoridagi tadbirlar bilan bir qatorda qovuqqa har xil antiseptik eritmalar yuborilib, qovuq instillatsiya qilinadi.

Balanopostit – olat boshi va kertmak varaqlarining yallig‘lanishidir. Xastalik asosan tug‘ma va orttirilgan fimoz natijasida kertmak qopchalari ichida yallig‘lanish boshlanib, olat boshiga ham o‘tishi sababli kelib chiqadi.

Klinik belgisi yallig‘lanish belgilari hamda fimoz tufayli siydik tutilishi asosan kuzatiladi. Ba‘zan kertmak teshigining torayishidan (yallig‘lanish tufayli) siydik ingichka oqim bilan chiqadi. Yallig‘langan joylar siydik ta‘siridan bezillab, achishib og‘riydi va bundan bolalar qiynaladilar. Shu sababli, ular siyishdan qo‘rqib, siydikni sun‘iy ravishda tutib turishga harakat qiladilar. Ammo uddasidan chiqa olmasdan siyishga majbur bo‘ladilar va bu paytda ular qattiq, chinqirib yig‘lashga tushadilar.

Davosi. Yallig‘lanish jarayoniga qarshi dorilar qo‘llaniladi. Olat iliq antiseptik (furasillin yoki kaliy permanganat eritmaları bilan) vanna qilinadi. Mahalliy 5–10 %li sintomitsin emulsiyasini qo‘llash yaxshi natijalar beradi. Balanopostitning tez-tez qaytalanishi sirkumtsiziyaga ko‘rsatmadir.

5.6. Qovuq-siydik nayi reflyuksi (QSNR)

Veziko-ureteral segmentda tugallanmagan embriogenez veziko-ureteral reflyuksning kelib chiqishida asosiy rol o‘ynaydi. Bundan tashqari, qovuq bo‘yni kontrakturasi, uretra orqa qismi klapani, uretra stenozi ham veziko-uretera reflyuksiga sabab bo‘lishi mumkin. Bu nuqson ko‘pincha pielonefrit hurujiga va ureterogidronefrozga sabab bo‘ladi.

Etiologiya va patogenez: QSNR polietiologik kasallik hisoblanadi. Birlamchi QSNR ning sababi siydik nayi teshigining tug‘ma nuqsonlaridir:

- siydik nayi teshigining «voronkasimon» bo‘lishi;
- siydik nayi teshigining L beto uchburchagidan tashqarida joylashishi, distopiyasi;
- siydik nayi shilliq osti qavatining qisqa bo‘lishi;
- paraureteral ivertikul.
- ikkilamchi QSNR sabablari:

- organik infravezikal obstruksiya (uretra strikturasi yoki klapani, qovuq boʻyni sklerozi, uretra tashqi teshigi tsenozi);
- qovuq disfunktsiyasi (detruzor-sfinkter diskordinatsiyasi);
- mikrotsista;
- Leto uchburchagi va siydik nayi teshigining yatrogen jarohatlanishi.

Epidemiologiya: QSNR bolalar orasida populyatsiyasi 1–2 %ni tashkil etadi. Siydik yoʻllari infeksiyasida bemorlarning 50–70 %ida QSNR aniqlanadi. Oʻgʻil bola va qiz bolalar orasida uchrash nisbati 6:1. Adabiyotdagi oxirgi maʼlumotlar boʻyicha ota-onasi QSNR bilan kasallangan bolalar 70 % shu kasallik bilan xastalanish ehtimoli bor. Bir tomonlama zararlanish 50–60 % va ikki tomonlama zararlanish 40–50 % holatda kuzatiladi.

Klassifikatsiya: hozirgi paytda QSNR polietiologik kasalligi isbotlangan. QSNR birlamchi va ikkilamchi turlari farqlanadi. Birlamchi (tugʻma) QSNRning sabablari: UVSning displaziyasi, siydik nayi shilliq osti qavatining qisqaligi va siydik nayi teshigining distopiyasi. Ikkilamchi QSNR sabablari tugʻma va orttirilgan sabablar yotadi, qovuq yalligʻlanishi, qovuqning neyrogen disfunktsiyasi, IVO, UVS yatrogen jarohatlanishi.

Sistogramma tekshirish usuli yordamida passiv va aktiv QSNR aniqlanadi. Qovuq kontrast bilan toʻldirilib rentgen tasvir olinganda reflyuks aniqlansa passiv QSNR va siysh akti paytida aniqlansa aktiv QSNR deyiladi. Normada siydik nayi teshigi qovuqdagi 60–80mm sm ust gacha boʻlgan bosimni ushlay oladi.

Butun dunyo boʻyicha qabul qilingan klassifikatsiyada (1985-y.) veziko-ureteral reflyuksning 5 darajasi tafovut etiladi:

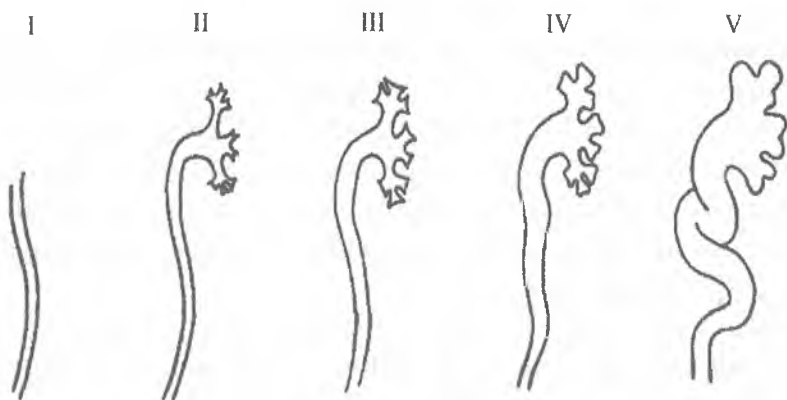
- I daraja – kontrast modda siydik nayining distal qismigacha chiqadi.
- II daraja -- kontrast modda bilan siydik nayi, buyrak jomi va kosachalari toʻladi.
- III daraja – siydik nayi, buyrak jomi hamda kosachalari ozgina kengayib, buyrak kosachalari gumbazi yumaloqlashadi.

- IV daraja – siydik nayi kengayib, egri-bugrilashadi hamda buyrak jomi kosachalari deformatsiyalanadi.

- V daraja – ureterogidronefroz rivojlanib, buyrak parenximasi yupqalashadi (5.13-rasm).

Klinikasi. O‘ziga xos klinik belgilar kuzatilmaydi. Bu xastalik, ko‘pincha asoratlar paydo bo‘lgandan keyingina aniqlanadi.

Bolalar siygan paytlarida bel sohasida og‘riq sezishadi, tana haroratining ko‘tarilishi kuzatiladi. Bundan tashqari, ularda tez-tez siyish ham kuzatiladi. Bemor siydigi analiz qilinganida leykosituriya, mikrogematuriya, ba‘zan onda-sonda makrogematuriya ham qayd etiladi.



5.13-rasm. Qovuq siydik nayi reflyuksining 5 darajasi

Tashxisi. Miksion sistouretrografiya bajariladi. Kontrast mod-daning siydik nayiga chiqishi va uning buyrak jomi kosachalari tizimida ko‘rinishi tashxisni tasdiqlaydi. Bu kasallikning ko‘p uchrashi va klinik belgilarining aniq namoyon bo‘lmasligi sababli, tashxis qo‘yishning ketma-ketligi quyidagicha:

I Ambulator-poliklinik:

- Klinik-laborator tekshirish;
- UTT;
- Radioizotop renografiya;

- UFM;
- Ekskretor urografiya;
- Miksion sistoureterografiya.

Yoshgacha boʻlgan bolalarda oxirgi ikkita tekshirishni statsionar sharoitda oʻtkazish lozim, radioizotop renografiyani dinamik nefrossintografiya bilan almashtirish mumkin.

II Klinik:

- Klinik-laborator tekshirish;
- UTT;
- Dinamik nefrossintografiya (koʻrsatma boʻyicha);
- Ekskretor urografiya;
- Miksion sistoureterografiya;
- UFM, Sistometriya va profilometriya (koʻrsatma boʻyicha);
- Sistoskopiya.

III Katamnestik:

- Klinik-laborator tekshirish;
- UTT;
- Radioizotop renografiya;
- Miksion sistoureterografiya;
- Ekskretor urografiya;
- UFM, sistometriya.

ToshPTI klinikasida kuzatuvda boʻlgan 146 ta bemorlarni tashxisot oʻtkazish orqali QSNR da UVS antireflyuks mexanizm buzilish sabablarini oʻrganib chiqdik. Shu orqali ureterovezikal segmentda antireflyuks mexanizm buzilish darajasini aniqlash mezonlari ishlab chiqildi.

Davosi. Eng avvalo, konservativ yoʻl bilan davolanadi. Chunki veziko-ureteral segment nuqsoni yosh oʻtishi bilan yetilib, rivojlanishi va refllyuks yoʻqolishi mumkin.

Bunga uroantiseptiklar bilan davolash, elektrostimulatsiya qilish, shifobaxsh giyohlar yaxshi yordam beradi.

Siydik yoʻllaridagi infeksiyani bartaraf qilish maqsadida antibakterial davo quyidagi tartibda olib boriladi:

- Yarim sintetik beta-laktam aminopenitsillinlar;
- Amoksisillin klavulon kislotasi bilan 40 mg/kg kuniga 7–10 kun;

- 2-davr sefalosporinlar: sefuroksim va sefaklor 20–40 mg/kg 7–10 kunga;
- 3-davr sefalosporinlar: sefiksim 8 mg/kg, seftibuten 7–14 mg/kg 7–10 kunga.

Uroseptiklar bilan davolash:

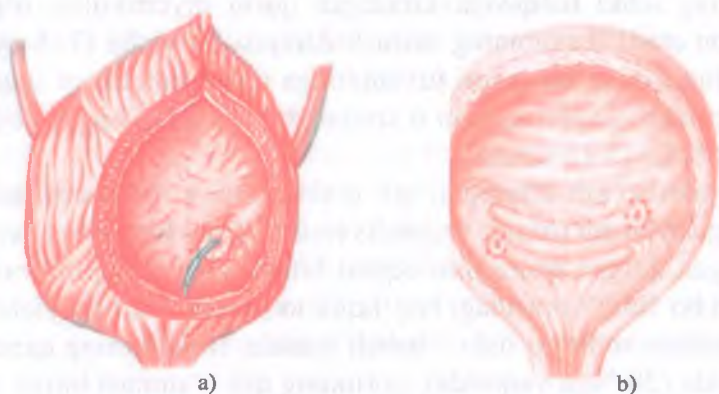
- Nitrofuran qatoriga kiruvchi dorilar: nitrofurantoin 5–7 mg/kg kuniga 3–4 hafta;
- Xinolin qatoriga kiruvchi dorilar: nalidiksinnik kislota 60 mg/kg kuniga, pipemidin kislota 400–800 mg/kg kuniga, nitroksolin 10 mg/kg kuniga 3–4 hafta davomida ichishga.

Sulfanilamid preparatlari: ko-trimaksazol 240–480 mg/kg kuniga 3–4 haftaga ichishga. Surunkali sistit holatlari kuzatilganda qovuq ichi instillyatsiyasi qilinadi, davo kursi 5–10 kun:

- Kumush proteinat;
- Salkoseril;
- Hidrokartizon;
- Xlorgeksidin;
- Nitrofurantoin.

Reflyuksning I–II–III darajasida konservativ muolaja 70 – 80 foizgacha foyda beradi. Konservativ davolash natija bermaganda, antireflyuks operatsiyalar qoʻllaniladi. Bu usulda siydik yoʻlining qovuqda tutashgan joyidan proksimal tomonga qovuqning seroz va muskul qavatlarini qirqib, yirib, tarnov yasaladi va shu tarnovga siydik nayi joylashtirilib, uning ustidan muskul va seroz qavatlarini tikiladi. Reflyuksning IV va V darajasida esa egri-bugri siydik nayining distal qismi kesib olib tashlanib, Politan–Lidbetter boʻyicha ureterosistoanastomoz bajariladi.

Bu operatsiya usulida qovuq, keng ochilib, siydik nayi 3 – 4 sm uzunlikda shilliq qavat ostida yasalgan tunneldan oʻtkaziladi. Agar qovuq-siydik nayi reflyuksi ikki tomonlama boʻlsa, Koen operatsiyasini bajarish qulay. Bunda siydik nayi qovuq, ichiga chiqarilib, qarama-qarshi tomonlarga oʻtkazib tiqilib, shu tariqa yangi siydik nayi teshiklari hosil qilinadi (5.14-rasm).



5.14-rasm. a – Politan-Lidbetter operatsiyasi; b – Koen operatsiyasi.

Operatsiyadan keyingi davrda bolalar urolog va nefrologlar nazorati ostida bo'lishlari, vaqti-vaqti bilan ekskretor urografiya qilinib, buyrakning funksiyasi tekshirib turilishi kerak.

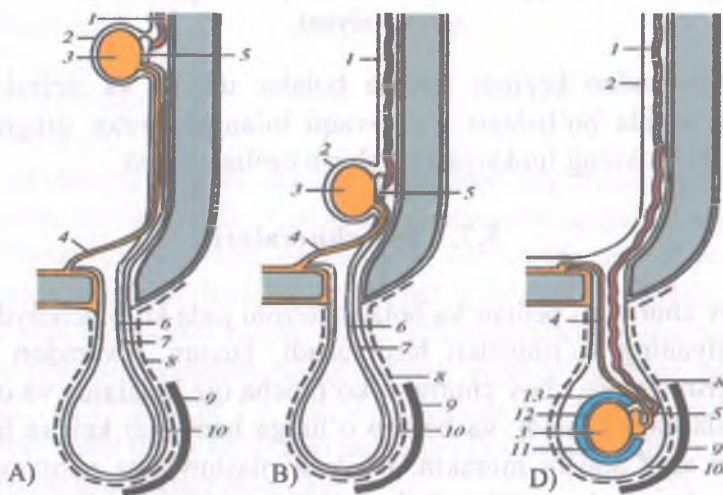
5.7. Chov churralari

Chov churralari pediatr va bolalar jarrohi juda ko'p uchraydigan patologiyaning ko'rinishlari hisoblanadi. Tuxum, tuxumdon yoki ichak qismiga ega chov churralar ko'pincha qiz bolalarda va o'g'il bolalarda ham siqiladi, va ba'zan o'limga ham olib kelgan holda hayotga xavf solishi mumkin. Bu keskinlashuvlarga uchramaslik uchun tashxisni o'z vaqtida qo'yib, operativ muolajani amalga oshirish muhim. Bu bobda bolalarda churra va istisqolarning diagnostikasi va jarrohlik yo'li bilan davolanish masalalari, shuningdek, bolalar yoshida juda ko'p tarqalgan bu jarrohlik operatsiyalaridan keyin hosil bo'ladigan keskinlashuvlar muhokama qilinadi.

Embriologiya. Bolalarda qiyshiq chov churrasining paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'lgan qorinning qin o'simtasi ona qornida rivojlanish davrining 12-haftasida hosil bo'ladi. Bu o'simta chov

kanalining ichki halqasiga kiradigan qorin divertikulini oʻzida namoyon etadi. Tuxumning tushish darajasi boʻyicha (7–8-oyda) qin oʻsimtasining bir qismi tuxumdonga yaqin yotadi, va u qorin boʻshligʻidan chiqqanida qin oʻsimtasi tuxum bilan birga moyakka «tortiladi» (5.15-rasm).

Moyakni oʻrab turadigan qin oʻsimtasining bir qismi tuxum qobigʻiga aylanadi (tunica vaginalis testis). Chov kanalining ichida joylashgan qolgan qismi oxir-oqibat bitadi, shunday qilib moyak va qorin boʻshligʻi orasidagi bogʻliqlik toʻxtaydi. Vaqt boʻyicha bu bitish qachon sodir boʻlishi – bahsli masala. Holatlarning qandaydir foizida (20 %ga yaqinida), qorinning qin oʻsimtasi butun umr davomida bitmay qoladi, lekin hech qanday klinik namoyishlarga ega boʻlmaydi.



5.15-rasm. Moyakning yorgʻoqqa tushishi va uning qobiqchalarining shakllanish sxemasi: A – yasalish vaqtida moyakning qoʻyilishi; B – chov kanalining ichki halqasidagi moyak; D – moyak yorgʻoqda; 1 – moyak arteriyasi; 2 – qorin; 3 – Moyak; 4 – urugʻ chiqaradigan yoʻli; 5 – Moyak dum; 6 – qorinning qin oʻsimtasi; 7 –Yorgʻoqning yoʻnaltiradigan kamar; 8 – goʻshtli qobiqcha; 9 – teri; 10 – ichki urugʻ fassiya; 11 – Yorgʻoqning seroz boʻshligʻi; 12 – Yorgʻoqning qin qobiqchasi (visseral plastinka); 13 – Moyakning qin qobiqchasi

Moyak tomiri va urug' chiqarish yo'li qorin ortida joylashgan ekan, unda ular ichki halqadan qorin qin o'simtasining orqasidan chiqadi va churra qopi shunday qilib oldinda va urug' tizimchasi elementlaridan medialroq yotadi. Qopning o'zi juda ingichka, ba'zan esa qalin devorli bo'lishi mumkin, bu bemor yoshi va gestatsiya muddatiga, shuningdek, churraning klinik simptomlari paydo bo'lishi vaqti va anamnezda qisilish bor yoki yo'qligiga bog'liq. Ba'zi hollarda churra qopi shunchalik ingichka bo'lishi mumkinki, tuxum tomirlari va urug' chiqaruvchi yo'l qopning orqasidan emas uning ichidagi ichki halqadan chiqayotgandek tuyuladi, lekin embriologik nuqtayi nazaridan bunday holat bo'lishi mumkin emas. E'tibor bilan o'tkazilgan reviziyada doim oldindan urug' tizimchasiga yaqin yotadigan qopchanning ingichka «membranasini» topish mumkin.

Zararlanmagan qorinning qin o'simtasi churra sinonimi emas, shunchaki churraning hosil bo'lishiga olib keladigan holat hisoblanishi ayon. Churraning o'zi esa ichak yoki qorin bo'shlig'i tarkibidagi boshqa a'zolar qin o'simtasiga chiqqanida paydo bo'ladi. Agar qorin bo'shlig'idan qin o'simtasiga faqat suyuqlik chiqsa, unda bunday holat «tuxumning tutashgan istisqosi» termini bilan belgilanadi, u uchun qorin ichi bosimi oshishi bilan kuzatiladigan (yig'i, baqirish, kuchanish) faollik oshganida o'sishi, va relaksatsiyaning uyqu va boshqa davrlarida kamayishi xos. Bunday holat, shubhasiz, qin o'simtasining yorilishi haqida gapirar ekan, unda ko'pgina jarrohlar xabarlashadigan istisqoni churra deb qabul qilishadi va operativ muolajaga ko'rsatmalar berishadi.

Muddatidan oldin tug'ilgan bolalarda, chov churralarining rivojlanish xavfi o'z vaqtida tug'ilgan bolalarnikiga qaraganda ancha ko'p. Muddatdan oldin tug'ilgan bolalarga xos bo'lgan birlashgan patologiya, masalan, talab qiladigan nafas olishning buzilishi, sepsis va nekrotik enteroklit, churralar chastotasiga ta'sir qilmaydi, ya'ni bu ko'rsatkichni oshirmaydi. Muddatdan oldin tug'ilgan bolalarda hayotning birinchi 6 oyi davomida ko'p uchraydigan buzilish (60 %dan ko'p hollarda) bilan birga churralar rivojlanishining katta xavfi ko'pchilik neonatology va bolalar jarrohini bolaning statsionardan chiqarilgunigacha bemor dastlab qanday sababga ko'ra gospitalizatsiyalanganiga qaramasdan, churrani jarrohlik bilan davolashni tavsiya etishga majbur qiladi.

Ayrim kasalliklarda chov churrasi kabi churraning operatsiyadan keyingi retsidiv xavfi oshishi aniqlangan. Xuddi shunday, kistofibrozda chov churralari 15 % holatlarda aniqlanadi, ya'ni umumiy populyatsiyadan 8 marta ko'p. Kistofibrozi bo'lgan bemorlarda surunkali yo'tal, respiratorli infeksiya va nafas olish yo'llarining obstruktiv zararlanishi tufayli kelib chiqadigan qorin bo'shlig'idagi katta bosim faqat bu omil bilan churralarning yuqori chastotasini to'g'ri tushuntirish imkonini bermaydi, ustiga-ustak kistofibrozi bo'lgan ota va sibling bolalarida ham churralar shuningdek, umumiy populyatsiyadan ko'ra ko'p uchraydi, lekin bolalarning o'zida kistofibrozi bo'lgan darajada emas. Bu yerda volf yo'li elementlarining embriogenez buzilishi ham rol o'ynasa kerak, bu bilan ko'pincha kistofibrozi bo'lgan o'g'il bolalarda urug' chiqaruvchi yo'lining yo'qligini bog'lashadi.

Ulovchi to'qimaning rivojlanishi buzilgan va mukopolisaxaridozi bo'lgan bolalar shuningdek, chov churralari rivojlanishining yuqori xavfiga ega. Bundan tashqari, bemorlarning bu guruhida operativ davolashdan so'ng churra retsidivining chastota ko'rsatkichik 50 %dan oshadi. Qator tadqiqotchilar bunday holatlarda churra retsidivi ba'zan oldin diagnostika qilinmagan ulovchi to'qimalar kasalligining birinchi namoyon bo'lishini ta'kidlashadi.

Umumiy populyatsiyadan ko'ra ancha yuqori churralar chastotasi shuningdek, tug'ma soni siljigan bolalarda, surunkali peritoneal dializ oladigan bemorlarda, muddatdan oldin oshqozon ichi qon ketishlari bilan tug'ilgan va ventrikuloperitoneal shuntlash o'tkazilgan mielometingotsele bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

Bolalarda to'g'ridan to'g'ri va son churralari juda kam uchraydi va ko'p sonli kuzatishlar tahlili ma'lumotlari bo'yicha barcha churralar orasida juda kichik foizni tashkil etadi. Bu churralarning tashxisi operatsiyagacha kamdan kam qo'yiladi. Katta yoshlilarda to'g'ridan to'g'ri va son churralar ko'pincha orttirilgan hisoblanadi, ularning bolalardagi etiologiyasiga keladigan bo'lsak, u ayon emas va bahslarga sabab bo'ladi. Bolalarda churralarning bu noodatiy ko'rinishlarining rivojlanish xavfining eng muhim omili to'g'ri va son churralari bo'lgan bola yoshidagi bemorlarning uchdan birining anamnezida uchraydigan egri chov churrasi sababli ko'chgan

operatsiya hisoblanadi. Bolalarda to'g'ri va son, shuningdek, egri churralarning rivojlanish xavfi qorinda yuqori bosim va ulovchi to'qimalarning rivojlanishida nuqson bo'lganida yuqori.

«Birlamchi» churraning klinik omillari paydo bo'lgan yosh bilan kontralateral ochiq qin o'simtasining chastotasi va mos ravishda, keyinchalik qarama-qarshi tomonda churraning rivojlanish ehtimoli sezilarli darajada bog'liq. Ko'pincha qarama-qarshi tomonda ochiq qin o'simtasi (63 %) 2 oygacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Bu ko'rsatkich 2 dan 16 yoshgacha bo'lgan bemorlarda 41 %gacha tushadi. «Klinik» kontralateral churraning rivojlanish chastotasi agar birlamchi gerniorafiya 1 yoshgacha bo'lgan davrda o'tkazilsa, 40 – 50 %ni, va birlamchi operatsiyaga hayotining 1 yilidan so'ng yo'liqqan bemorlarda bor-yo'g'i 10 – 15 % ni tashkil etadi.

Bolalarda ikki tomonlama churraning rivojlanish chastotasini aniqlaydigan boshqa omillarga jins, birlamchi zararlanish tomoni (churra chapdan yoki o'ngdan), patologiyalarning birlashishi, qorin ichi bosimining oshishi, qorin bo'shlig'ida suyuqlikning yig'ilishi kabilar tegishli. Barcha yosh guruhlarida ikki tomonlama churralar qiz bolalarda ko'p – 50 %gacha uchraydi. Qiz bolalarda gerniografiya vaqtida reproduktiv a'zolarining juda kam zararlanish chastotasi bilan qo'shilganida bu fakt ko'pchilik jarrohlarga barcha qizlarda ikki tomonlama muolajani ishonch bilan tavsiya qilish imkonini beradi.

Qiyshiq chov churrasining klinika va diagnostikasi – moyak tubigacha tarqaladigan va qorin ichi bosimi oshganida (yig'i, kulgu va kuchanish) ancha ayon bo'ladigan chov sohasida bo'rtish bilan namoyon bo'ladi. Churra, odatda, tana bo'shshaganida o'z-o'zidan yo'qoladi yoki bevosita bo'rtishning o'ziga, yuqoriga yo'nalgan holda ehtiyotlik bilan bosish yo'li orqali qo'l bilan ham to'g'rilanishi mumkin. Ba'zan to'g'rilashga moyakning ehtiyotlik bilan traksiya qilinishi yordam beradi. Ota-onalar, odatda, vaqt o'tishi bilan o'lchamlari tobora kattalashadigan, ancha uzoq davrlarga paydo bo'ladigan va tobora qiyin to'g'rilanadigan shishning davriy paydo bo'lishi va tezda yo'qolishi haqida aytib berishadi. Ba'zan churraning birinchi klinik simptomi uning qisilish tasviri bilan birdaniga paydo bo'lishi hisob-

lanadi. Biroq bunday holatlarning ko'pchiligida anamnezning e'tibor bilan aniqlanishida bolada oldin ham chov sohasida bo'rtish, yoki moyakning tutashgan beruvchi istisqosi bo'lganligi ma'lum bo'ladi.

Ko'pincha bemorlar pediatr bilan jarrohga borishadi, yoki bunga o'xshash churra bo'rtishini topgan ota-onalarning o'zlari murojaat qilishadi, biroq jarroh har doim ham birinchi ko'rishdayoq churrani aniqlay olmaydi, hatto agar bolani uning natijasida kelgan yig'i yoki kulguda tekshirsa ham. Bu holatlarda qov shishlari kesishadigan (ipak qo'ldop simptomi) palpirlanadigan qalinlashgan kamar bilan aniq anamnez birgalikda tashxis qo'yish va gerniografiyaga ko'rsatma berish uchun yetarli. Bunday holatda alternative yondashuvning ham ehtimoli bor – ota-onalardan shish aniq paydo bo'lgan vaqtda bola bilan qayta kelishni so'rash. Lekin bunday taktikada kamdan kam muvaffaqiyatga erishiladi, va shish uning barcha salbiy tomonlari bilan qaytish xavfi bo'ladi. Tajribali jarrohlar anamnez va chov sohasi palpatsiyasining ma'lumotlari asosida bolalardagi churraga aniqlikning yuqori darajasi bilan tashxis qo'yishadi. Kamdan kam holatlarda tashxisni tasdiqlash uchun rentgenologik tadqiqot – gerniografiya ko'rsatilishi mumkin, biroq bu uslubning qo'llanilishi uning qimmat turishi, ehtimoli bo'lgan keskinlashuvlar va jinsiy a'zolarining nurlanish xavfi tufayli juda cheklangan.

To'g'ri chov churrasi – bola yoshida kam, lekin uchraydigan patologiya. Uning klinik namoyon bo'lishi egri churradagilardan birmuncha farq qiladi. To'g'ri churra kuchanishlarda ko'pincha son tomirlari tomon yo'nalishda shishadigan chov sohasining bo'rtishi. Anamnezda to'g'ri churrasi bo'lgan bolalarning uchdan birida egri churra bo'yicha operatsiya shu tomonda bo'lgan, bu to'g'ri churraning hosil bo'lish sabablaridan biri birlamchi gerniografiya vaqtida chov kanali tubining shikastlanishi hisoblanadi deb taxmin qilishga sabab bo'ladi. Churra nuqson orqali chov kanalining tubida, me'da osti tomirlaridan medialroq bo'rtar ekan, unda operatsiya tubning ko'ndalang fassiyasini yoki payning Kuper bog'lamasiga tikilishi bilan mustahkamlanishidan iborat, ya'ni deyarli katta yoshli bemorlarda o'tkazilgandek amalga oshiriladi. Bolalarda kattalardan farqli o'laroq, bu operatsiyadan so'ng retsidiv juda kam kuzatiladi. Bola yoshida to'g'ri churra

bo'yicha operatsiyalarda deyarli hech qachon plastik materiallarni qo'llash yoki qandaydir boshqa uslubdan, masalan, chov kanalining qorin oldi plastikasidan foydalanishga zaruriyat tug'ilmaydi.

5.8. Moyak istisqosi

O'g'il bolalarda moyak istisqosining paydo bo'lish chastotasi, churralarniki kabi ma'lum emas. Chaqaloqlarda, ko'pincha qin o'simtasi obliteratsiyalangan, va mos ravishda, churraning hosil bo'lishi uchun potensial imkoniyat bo'lmagan tutashmagan istisqo uchraydi. Bu istisqo, odatda, hayotning birinchi 6 – 12 oyida tezda yo'qoladi. Agar u 12 oydan so'ng saqlansa, unda bu qorin bo'shlig'i bilan ochiq qin o'simtasi orqali tutashishga shubha uyg'otishi, demak, churra sifatida baholanishi kerak. 1 yoshdan katta bo'lgan bolalarda izolatsiyalangan (xabarlashmaydigan) tuxum istisqosining chastotasi 1 %dan kamni tashkil etsa kerak.

Klinika va diagnostikasi. Moyak istisqosi tutashgan va tutashmagan bo'ladi. Tutashmagan istisqoda qorin bo'shlig'i bilan aloqa bor, shuning uchun ham bu patologiya churra sifatida ko'rib chiqilishi, mos ravishda, churra sifatida davolanishi kerak. Bunga o'xshash holatlarda, anamnezda bir paydo bo'lib, bir yo'qoladigan moyak sohasida bo'rtish hosil bo'lishi kuzatiladi. Ehtiyotlik bilan bosish ko'pincha suyuqlikning moyakdan qorin bo'shlig'iga siljishiga olib keladi, lekin qorin ichi bosimining oshishida, odatda, yana, kutilmaganda moyakda paydo bo'ladi.

Tutashmagan istisqo tug'ilganda aniqlanishi yoki bir necha oy va hatto yildan so'ng hech qanday ayon bo'lmaydigan sabablarsiz rivojlanishi mumkin. Anamnezda, odatda, bo'rtganlik o'lchamlarining doimiyliigi yoki ularning sekin o'sishi kuzatiladi, bunda hosilaning to'satdan yo'qolishi yoki uning o'lchamlari tez o'zgarishi kuzatilmaydi. Istisqo juda katta bo'lmagunicha, hech qanday davolash ko'rsatilmagan, faqat kuzatish kerak. Tutashmagan istisqo qorin-moyakli bo'lishi mumkin. Bu faol davolashni talab qiladigan no-odatiy tuxum istisqosi variantidir. Katta qorin-moyakli tutashmagan istisqo shu tomonning o'zida kichik dumg'aza sohasida palpirlana-

digan o'simtasimon hosila bilan birga moyakda suyuqlik yig'ilishi ko'rinishida hosil bo'ladi. Abdominal hosilani bosish, ko'pincha moyak komponenti o'lchamining oshishiga olib keladi.

Istisqoning o'lchamlari qanday va nima uchun to'satdan kattalashishi – bahsli masala. Tushuntirishlardan biri bu anomaliya moyak sohasida ochiq lekin chov kanalining ichki halqa darajasida obliteratsiyalangan qorinning uzun qin o'simtasi bilan yaqin ulangan moyak istisqo sifatida hosil bo'lishini taxmin qiladi. Ichki halqa orqali kranial yo'nalishda bo'rtadigan o'simtaning kattalashishi bo'yicha istisqoning retroperitoneal komponenti shakllanadi. Istisqo qopi ichida mahsulot va suyuqlikning yig'ilishiga proporsional ravishda uning retroperitoneal qismi ham kattalashadi, shu bilan birga moyaknikidan ko'ra kattaroq darajada, chunki qopning moyak sohasida potensial cho'zilishi cheklangan. Bu patologiyani davolash istisqo qopining barcha komponentlarini uning to'liq zararlanishidan so'ng (chov sohasida keng kesim orqali) kesib tashlashdan iborat. Operatsiya vaqtida urug' tizimchasini topish va aniqlash ba'zan qiyin bo'ladi. Churra bo'yicha har qanday operatsiyalardagi kabi arqoncha elementlari muolaja o'tkazilayotgan vaqtda doim jarrohning nazari ostida bo'lishi kerak.

Operativ davolash. Churrasi va istisqosi bo'lgan bolalarda, odatda, operatsiya kunduzgi statsionar sharoitida o'tkaziladi, agar, albatta, bola oldinroq, qandaydir boshqa sababga ko'ra gospitalizatsiya qilinmagan bo'lsa. Muddatdan oldin tug'ilganidan so'ng kelgan bolalarda churra asosiy kasallik fonida birga keladigan patologiya sifatida aniqlanadi, operatsiya bemor statsionardan chiqqunicha o'tkazilishi kerak. Agar muddatdan oldin tug'ilgan bola hayotining birinchi 4 – 6 oyida statsionarda bo'lmagan bo'lsa va bevosita churrani davolash uchun gospitalizatsiya qilingan bo'lsa, unda uni operatsiyadan so'ng 24 soat davomida statsionarda kuzatish kerak, chunki bu guruh bolalarda (muddatdan oldin tug'ilgan) narkozdan so'ng hayotga xavf soluvchi apnoening rivojlanish xavfi katta. Mos ravishda, u bemorlarda operatsiya ambulator tartibda o'tkazilmasligi kerak.

Og'riqsizlantirish uslubini tanlash har bir holatda anesteziolog bilan bolaning umumiy holati va gestatsion yoshi, shuningdek, bu

stasionardagi shifokorlarning bunday patologiyasi boʻlgan bolalarni davolashdagi tajribasini hisobga olgan holda individual muhokama qilinishi kerak. Koʻpincha bolalarda churra boʻyicha operatsiyalar endotraxeal intubatsiya yoki usiz ingalatsion narkoz ostida amalga oshiriladi. Muddatdan ancha erta tugʻilgan bolalarda, shuningdek, umumiy narkozda keskinlashuvlarning yuqori xavfi bilan bogʻliq kasalliklar bilan birlashganda mahalliy yoki bel anesteziyasi qoʻllanilishi mumkin. Tajribali qoʻllarda bel anesteziyasi tana vazni 1500 g boʻlgan koʻkrak yoshidagi bolalarda 80 % holatda muvaffaqiyatli boʻladi. Umumiy narkozdan foydalanilganda koʻpgina jarroh va anesteziologlar prolongirlash taʼsiriga ega mahalliy anestetiklarni yara chetiga oʻtkazgan va ularni yonbosh-chov nervi boʻyicha yoki ogʻriqlarni operatsiyadan keyingi davrda qoldirish uchun epidural sohaga qoʻllashadi.

Qisilish va strangulatsiya. Siqilgan churra churra qopining tashkil etuvchilari (odatda oʻgʻil bolalarda – ichak, qiz bolalarda esa – tuxumdon, fallopiyev nayi yoki ichak) qorin boʻshligʻiga sigʻmaganida rivojlanadi. Siqilish koʻpincha (70 %) 1 yoshgacha boʻlgan kichik bolalarda paydo boʻladi. Hayotning 8 yoshida yoki ancha katta boʻlganda qisilishning ehtimoli juda kam boʻladi. Qisilish tasviri oʻz ichiga birdaniga bezovta boʻlish, qorinda kuchli ogʻriqlar, baʼzan oldin bez qorishmasiga ega boʻlmagan qusish, lekin keyinchalik qusish ancha intensiv boʻladigan, va quski massasida nafaqat bezning qorishmasi, balki qisilishning uzoq vaqt boʻlishida strangulyatsiya haqida xabat beradigan hatto ichak tarkibi ham paydo boʻladigan holatlarni oʻz ichiga oladi. Chov sohasining zararlangan tomonini koʻrib chiqqanda faqat chov sohasida joylashadigan yoki mayokka tarqalishi mumkin boʻlgan yetarlicha zich hosila aniqlanadi. Odatda bolaga oldin churra tashxisi qoʻyilgan, yoki ota-onalar shifokorga murojaat qilishmagan, lekin oʻzlari chov sohasida boʻrtishning davriy hosil boʻlishini kuzatishgan. Kamdan kam holatlarda qisilish churraning birinchi namoyon boʻlishi hisoblanadi.

Patofiziologik nuqtayi nazardan qisilish chov kanalining yopiq sohasida joylashadigan aʼzolarning tobora hosil boʻladigan shishi natijasida rivojlanadi, bu venoz va limfatik oqimning buzilishiga va

keyinchalik shish va ezilishning oshishiga olib keladi. Oxir-oqibat kanalidagi bosim arterial perfusion bosimdan oshishni boshlaydi va churra tarkibining nekroz va gangrenasi boshlanadi. Ko'rsatilgan sirkulyatorli buzilishlarining rivojlanishida churrali bo'rtishlar ancha zich va og'riqli bo'ladi. Giperemiya va churra bo'rtishi ustidan terining shishi paydo bo'ladi. Bolaning umumiy holati yomonlashadi. Yuqorida aytilgan barcha o'zgarishlar bo'lganida «strangulyatsiya» termini qo'llaniladi. Bu keskinlashuv darhol operativ muolajani boshlashni talab qiladi. Biroq ichakning qon aylanishidagi buzilishlari natijasida rezeksiyasiga zaruriyat – 0–1,4 % holatlarda juda kam paydo bo'ladi.

Churraning strangulyatsiya omillarisiz shishi 80 % holatlarda operativ bo'lmagan yo'l bilan yo'qotilishi mumkin, bu suyuqlik terapiyasini o'tkazish, bolaning holatini yaxshilash imkonini beradi, churra qopi va tizimchasining shishi kamayishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida keyinchalik churraning kesilishini texnik jihatdan oson va ancha xavfsiz qiladi. Qon aylanishining buzilishi yoki nekrozda ichakni to'g'rilashning deyarli iloji yo'q, shuning uchun agar churrani to'g'rilashga erishilsa, unda bu qon aylanishining buzilishlari yo'qligini bildiradi.

Nooperativ to'g'rilash quyidagi asosiy komponentlardan tashkil topgan: sedatatsiya (odatda, parenteral kiritiladigan preparatlar bilan), bolaga tananing pastki qismi ko'tarilgan holatni berish va shishni qaytarish maqsadida churra bo'rtgan joyiga sovuq narsaning (muz) qo'yilishi. Chaqaloqlar va muddatidan oldin tug'ilgan kichik bolalarda gipertoniyaning rivojlanish xavfi tufayli muzni juda ehtiyotlik bilan qo'llash kerak.

Churrani to'g'rilash uchun sedatatsiya (mushak yoki vena ichi) ko'pchilik bolalar jarrohi tomonidan qo'llaniladi. Quyidagi preparatlarni shu maqsadlar uchun qo'llashadi: meperidine (Demerol) 1–2 mg/kg m/o; pometazin (pipofen) 1 mg/kg m/o; xlorpromazin (aminazin) 0,5 mg/kg m/o; midazolam (Versed) 0,05–0,1 mg/kg m/o yoki sekin v/i; fentanyl 2–10 mg/kg m/o yoki sekin v/i va morfin 0,1 mg/kg m/o yoki sekin v/i.

Aytib o'tilgan kuchli sedativ preparatlar bemorga faqatgina bu vositalarning ehtimoli bo'lgan teskari ta'siri haqida biladigan shifokorlar

tomonidan bemor e'tibor bilan kuzatilgan sharoitda kiritilishi kerak. Monitoring va pulsosksimetriyani o'tkazish lozim. Kislorod berish, aspiratsiya va reanimatsiya qilish kerak bo'ladigan holatlar uchun barcha uskunalar tayyor turishi kerak. Ko'rsatilgan preparatlarni, ayniqsa, muddatidan oldin tug'ilgan bolalar, degidratatsiya omillari bo'lgan yoki hushdan ketgan holatda bo'lgan bemorlarda qo'llash xavfli, chunki bunday bolalarda nafasning siqilishi yoki apnoe paydo bo'lishi mumkin.

Agar churra manual to'g'rilashning ehtiyotkor urinishlariga qaramasdan, 1–2 soat davomida to'g'rilanmasa, zudlik bilan jarrohlik muolajasini o'tkazish ko'rsatilgan. Operatsiyaning keyinchalik chetga surilishi churra qopchasi tarkibining va ko'pincha bolalarda tuxumdonning yashashga qodirligi uchun xavf soladi. Operatsiya prinsiplari deyarli oddiy churrani kesishga, ba'zi qo'shimchalar qo'shilgandagidek bo'ladi. Churrani narkoz kiritilganidan so'ng manual to'g'rilashga urinmaslik kerak, chunki operatsiya vaqtida churra qopchasi tarkibini baholash muhim. Ba'zi holatlarda churra churra qopchasini ochguncha birdaniga to'g'rilanadi. Agar bunda tarkib (yiring) gemorragik va yoqimsiz hidga ega bo'lmasa, ichki halqaga bevosita yotadigan ichak ilmog'i nekroz alomatlarisiz bo'lsa, unda laparotomiyani amalga oshirish kerak emas. Agar churra tarkibi birdaniga to'g'rilanmasa, unda qopni ochishadi va unda joylashgan a'zolari reviziyalashadi.

Agar ichak yashovchan bo'lsa, unda uni qorin bo'shlig'iga chov kanalining ichki halqasi orqali to'g'rilashadi, bu (to'g'rilashni osonlashtirish uchun) halqaning kesilishi yoki uni ilmoqlar yordamida kengaytirilishini talab qilishi mumkin. Yashovchanligiga shubha bo'lganida ichakni uni yaraga chiqargandan va charvi ezilishi yo'qotilgandan so'ng issiq salfetkalar bilan isitish kerak. Agar arterial pulsatsiya va peristaltika paydo bo'lmasa, yashovchanlik esa shubha ostida bo'lsa, yoki agar churra qopini ochilishi bilan ichakning yashamasligi ayon ko'rinsa, anastomoz yotqizish bilan rezeksiyani amalga oshirish kerak. Garchi ko'pchilik jarrohlar bu operatsiyani churra kesilishi uchun o'tkazilgan yarada amalga oshirishga urinsada, biz bu holatda yashovchan bo'lmagan ichakni qorin bo'shlig'iga olib qo'yib, qorin devorining alohida kesilishidan foydalanishni ma'qul ko'ramiz.

Qisilgan churrada churra kesilishining tugashi shishlar, shuningdek, churra qopi tikilganda oson «yirtilishi», urug' tizimchasi elementlari esa juda noaniq bo'lishi bilan bog'liq qiyinchiliklar bilan kelishi mumkin. Shuning uchun ajratishda tomirlar va urug' chiqarish yo'lini shikastlamaslik va qopni tikishda urug' tizimchasi elementlariga «suqib olishlardan» qochish uchun juda ehtiyot bo'lish kerak.

Qisilish yoki strangulatsiyada churra tarkibining ezilishi tuxum qon aylanishining buzilishiga juda tez olib kelishi mumkin, buning ustiga agar bu ezish davomiy bo'lsa, unda natijada ba'zan tuxum atrofiyasi rivojlanadi. Bu keskinlashuvning chastotasi 2,6 dan 5 % orasida bo'ladi. Biroq qisilgan churra bo'yicha operatsiya vaqtida tuxum, ko'pincha sianotik ko'rinishda bo'ladi (29 %gacha), lekin, yaxshiyamki, qisilishning qaytarilishi va ezilish to'xtatilgandan so'ng tuxum qon aylanishi, odatda, tiklanadi. Tuxumning yashovchanligi shubha ostida bo'lganida uni olib tashlamaslik kerak. Bunday holatlarda tuxumni moyakka tushurib, operatsiyani yakunlashadi.

Retsidiv. Garchi churra retsidivlari paydo bo'lsa-da, biroq bu keskinlashuvning haqiqiy chastotasini o'rnatish qiyin. 0 dan 1 %gacha sonlar keltiriladi. Afsuski, nashrga chiqarilgan ishlarda ko'pincha retsidiv sababi bo'lib xizmat qilishi mumkin bo'lgan birga keladigan kasalliklar tahlil qilinmaydi. Retsidiv ko'pincha muddatidan oldin tug'ilgan bolalarda, dastlab shish bo'yicha operatsiya qilingan bemorlarda, masalan, tug'ma kollagen yetishmovchiligi kabi birga keladigan kasalliklari bo'lganlar, shuningdek, gidrosefaliy yoki dializ sababli qo'yilgan peritonetal shunti bo'lgan bolalarda paydo bo'ladi. Kamdan kam kuzatishlarda retsidivli churra to'g'ri bo'lib chiqadi, bu bunday holatlarda birlamchi churraning kesilish vaqtida chov kanali tubining shikastlanishini taxmin qilish imkonini beradi.

Urug' tizimchasining shikastlanishi. Urug' tomirlarining shikastlanishi ularning yetarlicha ehtiyotkorlik bilan ajratilmaganligidan yoki choklarni qo'yishda bexosdan tikib yuborish natijasida kelib chiqadi. Tomirlarning kalibri kichik bo'lganidan bu keskinlashuv, ko'pincha muddatidan oldin tug'ilgan bolalarda paydo bo'ladi. Qisilish bilan bog'liq operatsiya amalga oshirilganida keskinlashuv va

tomirlarning yirtiladigan churra qopi shishidan ajratish xavfi oshadi. Bevosita urug' tizimchasi yaqinidagi manipulyatsiyalarda elektro-kauterizatsiyani juda ehtiyot bo'lib qo'llash yoki hatto umuman qo'llamaslik kerak, chunki kauterdan foydalanilganda yuqori temperaturaning ta'siri urug' tomirlarining trombozini chaqirishi mumkin.

Moyak atrofiyasiga olib keladigan tomirlarning intraoperatsion shikastlanish holatlarining haqiqiy chastotasi aniq emas. Keltiriladigan 1 % soni oshirib yuborilgan, chunki bu ko'rsatkichni hisoblash uchun asos bo'lib xizmat qilgan ishlarda, qisilgan churrali bemorlar tahlildan chiqarilmagan, ya'ni o'z-o'zidan tuxumning keyinchalik atrofiyasi bilan infartini chaqirishi mumkin bo'lgan patologiya. Bundan tashqari, bu tadqiqotlar, odatda, urug' tizimchasi tomirlari shikastlanishi mumkin bo'lgan qop rezeksiyasi (uning distal bo'limi) amalga oshirilgan yillar o'tkazilgan.

O'g'il bolalarda churra kesilish vaqtida urug' chiqaruvchi yo'lning shikastlanishini ma'lum xavfi bo'lishining bir necha sabablari bor. Shunday qilib tajribada yo'lning qisqich yoki pinset bilan oddiy ushlanishi uning turg'un okklyuziyasini chaqirishi mumkin. Shuning uchun churrani kesish vaqtida bu manipulyatsiyadan qochish kerak (pinset yoki qisqich bilan yo'lning bevosita o'zini olish). Nazariy jihatdan bevosita yo'lning oldida amalga oshiriladigan manipulyatsiyalar vaqtida elektrokaüterdan foydalanganda temperaturaning ta'siri natijasida ham yo'lning shikastlanish ehtimoli bor. Yo'l shuningdek, churra qopini tikishda chokka qo'shilishi ham mumkin. Qopni bog'lashdan oldin juda intensiv aylantirilishida yo'l ba'zan churra qopiga «tortilishi», u yerda esa tasodifan qop bilan birga bog'lanishi mumkin. Ayrim bolalarda urug' chiqaruvchi yo'l gerniografiya vaqtida tasodifan to'liq kesishadi. Bu keskinlashuv ko'pincha qopning tomirlardan ajratilganidan so'ng hosil bo'ladi, lekin shuningdek, churra yoki istisqo qoplarining ajratilishi yoki olib tashlanishida paydo bo'lishi mumkin. Moyak o'simtasi ham qopning distal qismi olib tashlanganda ba'zan shikastlanadi, kesiladi yoki qisman rezeksiyalanadi.

Yuqorida aytib o'tilgan barcha holatlarda yo'lning bevosita kesilishi sodir bo'lishi mumkin. Uning bir qismi ba'zan churra qopi bilan birga rezeksiyalanadi. Rezeksiyalangan yo'l ba'zan churra qopi

bilan juda yaqin bo'ladigan mezonefros yoki buyrka usti qoldiqlari sifatida qabul qilinmasligi kerak. Bu gistologik to'liq shakllanmagan hosilalarning olib tashlanishi muhim ahamiyatga ega emas. Ularning urug' chiqaruvchi yo'l yoki tuxum o'simtasidan differensiyalanishi, odatda, tajribali morfologda qiyinchilik tug'dirmaydi.

Urug' chiqaruvchi yo'l shikastlanishining haqiqiy chastotasi ma'lum emas va quyidagi ko'rsatkichlar asosida adabiyot ma'lumotlariga ko'ra taxminan hisoblanadi: (1) churra kesilishini boshdan kechirgan o'g'il bolalarda bepustlik chastotasi, va (2) olib tashlangan churra qopining gistologik tadqiqotida yo'l elementlarini topish chastotasi. Bir nechta ishlar oldin churra kesilishiga uchragan erkaklarda (biroq har doim bola yoshida emas) urug'lanish qobiliyatiga bag'ishlangan. Bu ishlarning mualliflari churra kesilishi va bepustlik orasida aloqa mavjud bo'lsa-da, lekin bepust erkaklarning kichik foizida bu aniqlanadi degan xulosaga kelishdi. Ko'p sonli kuzatuvlarni e'tibor bilan tahlil qilganda, churra qopi olib tashlangan holatlarning 1,6 %ida gistologik urug' chiqarish yo'li elementlari aniqlanishi belgilangan, biroq bu tadqiqotlarda qator juda muhim detallar hisobga olinmagan. Boshqa nashr qilinmagan ishlarda olib tashlangan churra qopida yo'l elementlari yoki tuxum o'simtasining namoyon qilinishi 1,2 %ni tashkil qiladi.

Urug' chiqaruvchi yo'lning shikastlanish yoki rezeksiyasi oqibatlari juda jiddiy. Yo'l yoki tuxum o'simtasining ikki tomondan shikastlanishi bepustlikka olib kelishi deyarli aniq. Lekin bir tomonlama shikastlanishga ham yo'l qo'yib bo'lmaydi va har qanday usullar bilan bundan qochish kerak. Yo'lning bir tomonlama shikastlanishida spermal agglyutiniraydigan antitellarning hosil bo'lishi shuningdek, bir necha yildan so'ng bepustlikni chaqirishi mumkin.

Urug' chiqarish yo'llarining shikastlangan holatlarida nirna qilish kerak – juda bahsli savol. Bemor ikki tomonlama shikastlanishda, agar yo'l butunligini bir yoki ikki tomondan tiklanmasa bepust bo'lishi aniq. Rekonstruksiya qilishga urinishning optimal muddatlari ma'lum emas, lekin shikastlanishdan bir necha yil o'tgandan so'ng amalga oshirilgan omadli operatsiya holatlari nashr qilingan. Biroq antispermal angitelarning ta'siri tufayli bunday rekonstruksiya so'ng urug'lanish qobiliyati shubha ostida qoladi. Kichik ko'krak yoshidagi bolalarda in-

gichka urug' tashuvchi yo'lning ochilishi va o'tishining tiklanishiga imkoniyatlar ancha cheklangan. Bunday holatlarda mikroanastomoz qo'yishda tajribasi bo'lgan mutaxassislarda davolanish tavsiya etiladi.

5.9. Moyak va o'simtalarning buralishi («yorg'oq»)

Moyak yoki urug' tizimchasining buralishi shubhasiz, «o'tkir yorg'oq» tasviri bilan namoyon bo'ladigan bolalardagi siydik-jin-siy traktning eng ko'p uchraydigan urgent patologiyasi hisoblanadi. Buralish «o'tkir yorg'oq»ning sababi bo'lishi mumkin bo'lganlari orasida eng jiddiy kasalliklar qatoriga kirar ekan, unda aynan u birinchi navbatda moyakning yarmi giperemiyasi, bo'rtishi va og'rig'i bo'lgan bolalarda differensatsiyalanishi kerak. Buralish natijasida mexanik arterial ishemiya – asosiy patofiziologik jarayon hosil bo'ladi, shuning uchun ham buralishni davolashda asosiysi – uning jarrohlik yo'li bilan olinishi va tuxumning bu muolajaning optimal uslublaridan foydalangan holda fiksatsiya qilinishi. Agar tashxis o'z vaqtida qo'yilgan va muolaja kechiktirilmasdan amalga oshirilgan bo'lsa, unda davolashning tabiiy natijasi tuxumning yashovchanligi-ni saqlash hisoblanadi. Agar tashxis kech o'rnatilsa, operativ muo-laja kechiktirilsa, unda buning oqibati salbiy bo'ladi.

Moyak ning buralishida jarrohlik muolajasining zarurligi shubha uyg'otmaydi, shuning uchun ham klinitsist uchun asosiysi – tashxisni iloji boricha erta o'rnatish. Diagnostikaning tobora murakkab uslub-lari paydo bo'lishiga qaramay, oddiy klinik tekshiruv tuxum burali-shini va « o'tkir yorg'oq»ni chaqiradigan boshqa sabablarni differen-satsiyalashning asosiysi bo'lishda davom etmoqda. Moyak buralishi bilan differensatsiyalash kerak bo'ladigan kasalliklar:

- o'simtalarning buralishi (osilgan tuxum, osilgan o'simta, paradi-dimis);
- epididimit/orxit;
- moyakning ideopatik shishi;
- churra/istisqo;
- Shenlyayn-Genox kasalligi;

- jarohat;
- o‘simta.

Bu ro‘yxatga qat‘iy rioya qilish kerak. Keltirilgan kasalliklar bilan differentsiyalashning maqsadi – tashxisda shubha yoki ikkilanish bo‘lganda jarrohlik muolajasini kechiktirmaslik. Moyakning o‘tkir yallig‘lanishida diagnostik jarrohlik muolajasi to‘liq oqlangan va agar tuxumning qon bilan to‘g‘ri ta‘minlanishiga nisbatan kichik shubha bo‘lsa-da, kechiktirmasdan amalga oshirilishi kerak.

Klinika va diagnostika. Moyak buralishi har qanday yoshda paydo bo‘lishi mumkin – chaqaloqlik davridan qarilikkacha (yettinchi o‘n yillik), lekin ko‘pincha – katta bolalaik yoki o‘smirlik yoshida, bunda bu kasallikning yuksak nuqtasi 14 yoshga to‘g‘ri keladi. Chaqaloqlarda tuxumning aylanishi, odatda, ekstravaginal. Moyak o‘simtasi buralishi, odatda, tuxumning o‘zi buralishidan ko‘ra ancha erta yoshda hosil bo‘ladi deb hisoblashadi.

Moyak yoki moyak sohasida og‘riq – moyak buralishi patologiyasi bo‘lgan bemorlarning 80 %ida uchraydigan bu kasallikning birinchi simptomi. Boshlanishi doim o‘tkir – aynan shu buralishni boshqalaridan ajratib turadi va operativ muolajaning o‘z vaqtida amalga oshirilishiga sharoit yaratadi. O‘tkir hosil bo‘lgan kuchli og‘riqlar, odatda, shofokorga tezda murojaat qilishga majburlaydi. 12–24 soat davomida o‘sadigan og‘riqlarga o‘tadigan moyak sohasidagi tobora hosil bo‘ladigan yoqimsiz hislar, moyak o‘simtalari buralishi yoki orxoepididimitga xos. Og‘riqlarning yuqoriga, chov sohasi yoki shu tomonning o‘zida qorinning pastki kvadrantiga radiatsiyasi «o‘tkir yorg‘oq» ning har qanday boshqa sababidan ko‘ra tuxum buralishida ko‘p kuzatiladi. Hurujlar og‘irligining kuzatishda namoyon bo‘ladigan minimal yallig‘lanish o‘zgarishlari bo‘lgan qisqa vaqtli og‘riqlar bilan mos kelmasligi shuningdek, tuxum buralishiga xos.

Anamnezda ko‘pincha mustaqil ravishda kelgan tuxum sohasida shunga o‘xshash og‘riqlarning qisqa vaqtli xuruji kuzatiladi, bu buralishning to‘satdan «aylantirilishi» epizodlari bilan tushuntirilishi mumkin. Bunday epizodlarning bo‘lishi zudlik bilan jarrohlik muolajasini o‘tkazish kerakligini tasdiqlovchi yana bir qo‘shimcha omili sifatida baholanishi kerak.

Yuqorida aytib oʻtilganidek, tuxumning aylanishi koʻpincha qorin va qorin-ichak trakti tomonidan koʻngil aynishi, qusish yoki qorinning pastki qismlarida ogʻriqlar koʻrinishida simptomatikasi bilan birga boʻladi. Biroq bu simptomlarning boʻlmasligi tashxisni olib tashlashga imkon bermasligi kerak, chunki bunga oʻxshash namoyon boʻlishlar tuxum buralishi boʻlgan barcha bemorlarning nisbatan kichik foizida boʻladi (25 %). Abdominal simptomlar koʻpincha bolaning birinchi tekshiruvida shifokorni ikkilantirib qoʻyadi. Bizni baʼzan appenditsiti borligi shubha qilingan bolalarni koʻrishimizni soʻrashgan, aslida esa bemorda tuxumning buralishi boʻlgan. Teskari holat ham boʻlishi mumkin, lekin u kamdan kam uchraydi. Xuddi shunday, yaqinda, moyak sohasida kuchli ogʻrigʻi boʻlgan bemorni tashxisi tasdiqlangan oʻtkir appenditsitini appendektomiyasi talab qilindi. Chov sohasida boʻrtishi boʻlgan (yoki boʻrtishsiz) va moyakda tuxumning boʻlmasligi bilan birgalikda qorindagi ogʻriq tushmagan tuxum buralishi tashxisini yetarlicha aniq qoʻyish imkonini beradi.

Tozalangan, ogʻriqli siydik chiqarish, dizurik buzilishlar, isitma, piuriya kabi siydik trakti tomonidagi simptomlar epididimitda ancha koʻp uchraydi. Baʼzi bemorlarda moyakning buralishi bilan siydik chiqarishning yengil buzilishlari kuzatiladi. Bu simptomlar sezilarli ifodalangan va asosiy shikoyatlar ular tufayli boʻlganida, bemorning siydik traktining infeksiyasiga ham eʼtibor bilan tekshirish kerak. Odatda, bunday ifodalanishlar tuxum yoki uning oʻsimtalari buralishi tashxisini rad etish imkonini beradi, chunki ular epididimitga xos.

Jismoniy tekshiruvning maʼlumotlari turlicha va baʼzan izohlanishi qiyin boʻladi, chunki yalligʻlanish va ogʻriqlilik tufayli bilani va uning moyagini har doim ham tekshirishga erishilmaydi. Moyakning qizariishi va shishi «oʻtkir yorgʻoq» da namoyon boʻladigan uch asosiy kasalliklardan har qaysisida boʻlishi mumkin, shuning uchun ham bu simptom differensial diagnostikada sezilarli yordam bermaydi. Tuxumning oʻtkir buralishi erta muddatlarda moyakning sezilarli oʻzgarishlariga oib kelishga ulgurmaydi, bu vaqtda 24 – 26 soat, va hatto undan kam davomiylikka ega oʻsimtalarning buralishi moyak terisining aniq ifodalangan qalinlashishi va qizarishi bilan namoyon boʻlishi mumkin.

Diagnostikada ogʻriq lokallashuvining aniq ifodalanishi yordam berishi mumkin. Shunday qilib, eʼtibor bilan lekin muloyim palpatsiyada baʼzan lokal ogʻriqlilik aynan oʻsimta (epididimit), tuxum (tuxum buralishi) yoki osilish (osilish buralishi) sohasida aniqlanadi.

Moyak ichidagi hosilalarning oʻzaro munosabatlarining anatomik oʻzgarishi diagnostikada oʻziga xos rolni oʻynamaydi. Biroq moyakda koʻndalang yotgan tuxumning anomal holati, oʻsimtaning oldinda joylashuvi, arqonchanning qisqarishi natijasida tuxumning koʻtarilgan holati va zararlangan tomonda kremaster refleksining yoʻqligi – ushbu barcha omillar tashxisni aniqlashtirish imkonini beradi. Shu bilan birga aytib oʻtilgan simptomlarning birortasi ham patognomonik hisoblanmaydi, shuning uchun ularning hammasi shartlilikning maʼlum hissasi bilan koʻrib chiqilishi kerak.

Katta diagnostik ahamiyat lokalizatsiyasi boʻyicha buralgan osma, tuxum yoki oʻsimtaga mos keluvchi «koʻk nuqta» simptomiga (agar u boʻlsa) beriladi. Baʼzan bu simptom moyakning shishi va gipere-miyasi tufayli, ayniqsa kasallikning 24 soatdan oshadigan eskiligida aniqlanmaydi. Bunday holatda qorongʻulashtirilgan xonada trnasil-liyuminatsiya (oʻtayotgan yorugʻlikda tekshiruv) boshqa sharoitlarda koʻrinmaydigan yorqin-qizil rangga ega moyak tarkibida «suzadigan» «qora nuqta» effektini yaratadigan nekrotik oʻzgargan oʻsimtani namoyon qilishga yordam beradi. Boshqa sharoitlarda oʻsimtaning buralgan elementlari koʻrinmasligi mumkin, lekin moyakning hatto shish va qalinlashgan terisi orqali seziladigan zich, harakatchan va ogʻriqli tugun koʻrinishida palpatsiyasida aniqlanadi. Bu omillar oʻsimtalar buralishiga xos va tuxumning lokal ogʻrishi boʻlmasa, chuqurroq tekshirish zaruriyatidan voz kechishadi. Tuxum oʻsimtasi joylashuvining turli variantlarini bilish, mos ravishda, moyakning barcha boʻlimlarini eʼtibor bilan tekshirish muhim. Ayniqsa juda proksimal joylashgan, lekin urugʻ tizimchasi yonida joylashishi, baʼzan esa hatto tuxumdan ancha yuqori joylashgan holda arqondan chov kanalining distal boʻlimiga oʻtishi ham mumkin boʻlgan paradidimiga (tuxum osmasi oʻsimtasi) eʼtibor qaratish kerak.

Chaqaloqlarda moyakning buralishi. Chaqaloqlarda tuxum buralishi oʻziga xos klinik ifodalanishlarga ega, shuning uchun

bu masalaning alohida ko'rib chiqilishi oqlangan. Chaqaloqlarda moyak buralishini urug' tizimchasining haqiqiy buralishi (tashqi chov halqasidan pastga) yoki tuxumning ekstravagant buralishiga kiritish to'g'riroq, bu uni yangi tug'ilmagan bolalarga xos intravaginal tuxum (arqoncha emas) buralishidan farqlaydi. Buralish bilan bog'liq moyak nekrozi barcha holatlarining 10 % i chaqaloqlarga to'g'ri keladi. Bu patologiyaning asosida qanday etiologik omillar yotgani tushunarsiz bo'lsa-da, biroq ekstravagant buralish jinsiy a'zolar to'qimasining moyak bilan ulanishining kuchsizlanishi yoki yo'qligi oqibatida kelib chiqadi.

Normal sharoitda tuxumning moyak bilan aloqasi tuxumni tushurishning to'liq jarayoni va bu jarayonning tugallanishidan so'ng qisqa vaqtda bo'ladi. Tuxumning moyak bilan ulanishining yetarli emasligi yoki yo'qolishi tuxumni erkin rotatsion harakat bilan ta'minlaydi, bu keyinchalik ishemiya va nekroz bilan tomirlarning buralishiga olib keladi. Bunday taxmin, asosan, nazariy hisoblanadi va chaqaloqlarda tuxum buralishining nisbatan kamligini tushuntira olmaydi. Agar qobiqchalar fiksatsiyasi kuchsiz yoki umuman bo'lmasligi tushirish yoki u tugagandan so'ng ekstravagant burash jarayoniga olib keluvchi asosiy omil bo'lsa, unda bu patologiyaning chastotasi sezilarli darajada yuqori bo'lishi kerak, deb taxmin qilish mantiqiy. Shunday qilib, chaqaloqlarda tuxum buralishi asosida yotadigan mexanizm oldingidek noaniq qolmoqda.

Ko'pincha tuxum buralishi qorin ichida hosil bo'ladi, va shunda tug'ilgandan so'ng birinchi tekshiruvdayoq moyakning bir tomon yarmida zich og'riqsiz hosila aniqlanadi. Moyak terisi rangi o'zgargan, exkimoza va shish bilan bo'lishi mumkin. Qorin ichi buralishi ba'zan juda erta sodir bo'ladi, va shunda yallig'lanish o'zgarishlari natijasida ba'zi hollarda nekrotik o'zgargan jinsiy a'zolar moyakning ichki sirtidan ta'minlanadi. Tuxum buralishi va qisilgan churra orasida differensial diagnostika zaruriyati tez o'tkazilishi kerak bo'lgan operatsiyani talab qilishi mumkin, lekin agar muolaja vaqtida tuxum buralishi aniqlansa, unda u kamdan kam holatlarda yashovchan bo'ladi.

Etiologiyasi. Umumiy fikrga ko'ra, tuxum buralishi va nekro-

ziga olib kelishi mumkin bo'lgan omil tuxumning anomal, to'liq bo'lmagan yoki bo'lmagan fiksatsiyasi, ya'ni osuvchi apparatning kuchsiz bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi hisoblanadi. Quyidagi komponentlar buralishda ishtirok etadi: chaqaloqlarda tuxum qobiqchasining kuchsiz mahkamlanishi bilan bog'liq tuxumning ortiqcha harakatchanligi; gubernakulumning anomal mahkamlanishi va tushmagan tuxum qobiqchasida fiksatsiyaning yo'qligi; moyakda joylashgan tuxumning «qo'ng'iroq tili» ko'rinishidagi deformatsiyasi.

Jarrohlik jihatidan isbot qilingan tuxum buralishi bo'lgan bemorlarga nisbatan keng qo'llaniladigan «qo'ng'iroq tili ko'rinishidagi deformatsiya» termini qin qobig'ining bir bargidan ikkinchisiga o'tishida yuqori anomal belgilanishi uchun qo'llaniladi, natijada tuxum qin qobiqchasi ichida qo'ng'iroq tili kabi osilib qoladi va urug' tizimchasining bo'ylama o'qi atrofida erkin aylanishi mumkin. Jarohat, jismoniy mashqlar, sovuq ta'sirida yoki jinsiy a'zolarining qo'zg'alishi natijasida kelib chiqadigan kremaster tolalarining qisqarishi o'zining xarakteri bo'yicha qo'ng'iroq tili harakatlariga o'xshash tuxumning aylanma harakatiga olib keladi, bu esa oxir-oqibat ishemiyanı yuzaga keltiradi.

Diagnostikasi. Garchi o'tkir yorg'oqda doim operatsiya boshlangunicha tashxisni maksimal aniq o'rnatish kerak bo'lsa-da, lekin agar operatsiyani kechiktirish tuxum yashovchanligi uchun xavfli bo'lsa, unda har qanday qo'shimcha kuzatuvlarni chetga surish kerak. Klinik namoyon bo'lish ehtimollikning katta hissasi bilan tuxum buralishini taxmin qilish imkonini beradigan barcha holatlarda diagnostik muolaka ko'rsatilgan, bunda o'rganishlarning qo'shimcha uslublari chetga surilishi kerak. Klinik tasvir unchalik ham ayon bo'lmagan holatlarda qo'shimcha tekshiruv sezilarli yordam berishi mumkin.

Barcha bolalarda qon (to'liq klinik) va siydik tahlili o'tkazilishi kerak. Leykositoz tuxum buralishini, garchi bu ko'rsatkich bu holatga xos bo'lmasada bildirishi mumkin. Ko'pincha epididimitda uchraydigan piuriyada siydikni tekshirish va konservativ davolash o'tkazish kerak.

Diagnostikada moyakdagi qon aylanishida Doppler tadqiqotidan foydalanish taklifi kiritilgandi, lekin bu uslub yolg'on-salbiy nati-

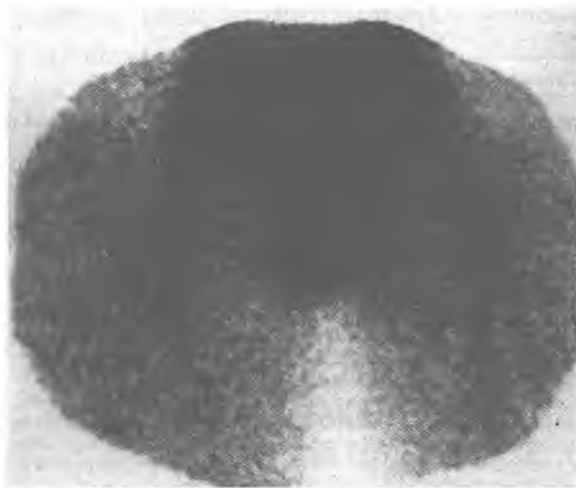
jalar chastotasining yuqorililigi sababli keng qo'llanilmadi. Hatto moyakning ikkinchi, o'zgarmas yarmini tekshirish ma'lumotlari bilan taqqoslanganishiga qaramasdan, natijalar moyakning og'riqliligi va shishi hamda giperemiyada qon oqimining lokal buzilishi tufayli xato bo'ladi. Doppler bo'yicha tekshiruvda yangi modifikatsiyalarning qo'llanilishi, ehtimol, olinadigan natijalar aniqligini oshiradi. Hozirgi vaqtda bu uslub qo'llanilishining sezilarli darajada cheklashining yana bir sababi qurilmalarning narxi juda qimmatligidadir.

Ultratovush tadqiqoti moyak va uning tarkibining anatomik o'zgarishini yetarlicha aniq o'rnatish imkonini beradi, lekin olinadigan natijalarning aniqligi, ya'ni exogenlik o'zgarishining xarakteri kasallikning cho'zilishiga parallel kattalashadi. Kasallikning boshidan erta muddatlarda tuxum qotishi va shish hodisalalari bilan gipoexogen bo'lishi mumkin, lekin keyinchalik u ba'zan qon aylanishi buzilishi natijasida kelib chiqadigan hatto kistoz o'zgarishlarida ham lokal yoki diffuz giperexogen bo'ladi.

O'tkir yorg'oqda o'rganishning nurli usublari qo'llanilishi zaruriyati tug'ilgan holatlarda tanlov uslubi tuxumning izotop stintiografiyasi hisoblanadi. Kichik teshikli kollimatordan foydalanishda qo'shimcha nuqtayi nazar bilan texnetsiyali ketma-ket suratlarini tez olish imkoniyati uslubning kichik anatomik detallarni namoyish qilish borasida yuqori qobiliyati evaziga eng yaxshi natijalarni beradi. Tuxumning buralishida stintigrafik suratlar kasallikning eskiligiga qarab o'zgaradi. Bu tasvirning uch fazasi ajratib ko'rsatilishi mumkin. Erta faza (birinchi 6 soat) yo kontralateral tomondan bir xil normal oqim, yo ko'pincha pasaygan oqimni ko'rsatadi (5.16-rasm).

O'rta faza (keyingi 18 soat) o'zgaragan markaz atrofida biroz faol oreolni namoyon qiladi. Kechki fazada, o'z vaqtida tashxis qo'yilmagan buralishda faolligi kam bo'lgan markaz atrofida radioaktiv nurlanishning birdaniga oshishi kuzatiladi.

Epididimit gipoperfuziya qismi bo'lmaganida zararlangan tomonda qon oqimining sezilarli oshishi bilan namoyon bo'ladi. Bunday o'zgarishlar o'simtalarning buralishida bo'ladi. Diffuzli giperperfuziyaning bunday tasviri tuxum buralishi tashxisidan yetarlicha ishonch bilan bosh tortish imkonini beradi.



5.16-rasm. Chap tuxumning buralishida stintigrammada erta va o'rta faza. Yorg'oqning chap yarmida birlashgan zona ko'rinmoqda.

Bu uslubning malakali ishlatilishi va olingan natijalarning e'tibor bilan tahlil qilinishi tuxum buralishini uning o'simalari va epididimit bilan yuqori darajada aniqlik bilan farqlash imkonini beradi. Adabiyotda bu uslubning 90 %li diagnostik aniqligi haqida ma'lumotlar ko'p keltiriladi. Albatta, izotop stintigrafiyadan faqat tekshiruvni zudlik bilan o'tkazish imkoniyati bo'lgan holatlarda foydalanish mumkin (mutaxassis va mos keluvchi farmakologik preparatlarning borligi). Biroq ba'zan shunday bo'ladiki, skanerlash natijalarini hatto optimal sharoitlar bo'lganda ham 45 daqiqadan oldin olish mumkin. Ko'pincha o'tkir moyagi bo'lgan bolalar favqulodda tartibda kechqurun yoki tunda kelib tushadi, chunki moyakning qizarishi yoki shishiga, odatda, bola uyquga yotayotganda yoki uyqudan oldin cho'milayotganda, yoki tunda og'riq kuchayganida e'tibor beriladi. Kunning bu qismida skanerlashni o'tkazish odatda, o'rganishning yordamichi uslublari-ning qoldirib bo'lmas xizmatlari yo'qligi tufayli eng kamida 1,5–2 soat talab qiladi. Bunday sharoitlarda bolalar jarrohi yoki bolalar

urologi tuxum buralishida operativ muolaja ushlanish xavfini tekshiruvda olinadigan ma'lumotlar qimmatliligi bilan taqqoslashi kerak.

Davolash. Ko'rib chiqish yoki tekshiruv natijasida tuxum buralishi tashxisi o'rnatilsa va shubha uyg'otmasa, qon oqimini tiklash maqsadida buralishning manual yo'qotilishiga urinish qo'llanilishi kerak. Bunda parenteral sedatatsiya yoki arqonchaning anestetiklar bilan mahalliy infiltratsiyasini qo'llashadi (biz bu uslubni qo'llamaymiz). Natijada o'griq yo'qotiladi, shuningdek, ayrim ma'lumotlarga ko'ra, tuxumda qon oqimining pulsatsiyasi tiklanadi, bu Doppler bo'yicha tekshiruv bilan tasdiqlanadi. Agar buralishning manual yo'qotilishi omadli bo'lsa, unda tuxum fiksatsiyasi operatsiyasini qandaydir vaqtga qoldirish mumkin. Orxipeksiya ikki tomondan amalga oshirilishi kerak, bu ipsilateral tuxum buralishi retsidivini yo'qotish, shuningdek, kelajakda ehtimoli bo'lgan kontralateral tuxum buralishining oldini olish imkonini beradi.

Ko'pgina holatlarda buralishni yo'qotish va tuxum fiksatsiyasi operatsiyasini moyak yo'li orqali amalga oshirishadi. Moyak choki bo'ylab vertikal kesik uning ikkala yarmiga ham yaxshi yo'l ochadi va oson tikiladi. Shuningdek, moyak qavatlarini bo'ylab ikki ko'ndalang kesim qo'llash imkoni ham bor. Biz tuxum buralishining kech qolgan diagnostikasida uning erishi va infeksiyalanganligi yoki moyak absessi alomatlarini bo'lgan holatlarni hisobga olmaganda, moyak choki bo'ylab kesishni qo'llaymiz. Bunday holatda zararlanmagan tuxumni fiksatsiyalash uchun oldin moyakning kontralateral yarmida kesim o'tkazish, keyin esa, infeksiyalanishdan qochgan holda bu yarimni cheklagan holda, zararlangan tomonda muolajaga o'tish mumkin. Operatsiya vaqtida tuxum ochilganidan, arqoncha buralishini zudlik bilan yo'qotish kerak. Qon oqimini kuchaytirish uchun tuxumni issiq nam salftokalar bilan yopishadi, biroq ishemik insult, shubhasiz, to'liq qonlikni juda kuchli induksiya qiladi. Tuxumning yashovchanligiga shubha bo'lganida oqsil qobig'i chetlaridan steril datchiklarni qo'llagan holda Doppler bo'yicha o'lchangan qon oqimi faolligi, qon oqimi ko'rsatkichlari, flyuoresentlaydigan rang beruvchining ichki kiritilishini hisobga olgan holda, uni baholashning turli usul va omillari taklif qilinadi.

Moyakning fiksatsiyasi ikki usuldan birida amalga oshirilishi mumkin: (1) oqsil qobig'ini moyakka fiksatsiyalaydigan bir nechta so'rilmaydigan choklarning yotqizilishi va (2) butun qin qobig'i egiladi, natijada fiksatsiyani ta'minlagan holda, yopishishi mumkin bo'lgan maydoni bo'yicha katta sirt ochiladi. Birinchi uslub qo'llanilmaydigan yoki qin qobig'i buralish yo'qotilganidan so'ng tikiladigan holatlarda buralishning retsidivi uchun ijobiy sharoitlar yaratiladi.

Agar buralish yo'qotilganidan so'ng tuxum yashovchanligi aniq tiklanmagan bo'lsa, unda uni qoldirishning to'g'riligi shubhali bo'ladi. Operatsiyadan so'ng bunday tuxumning uzoq vaqt mavjud bo'lishi ikki savolga javob talab qiladi. Birinchidan, bu tuxum ma'qul kosmetik va funksional natijalar bilan ta'minlay oladimi? Va ikkinchidan, qoldirilgan ishemik zararlangan tuxum salbiy ta'sir ko'rsatmaydimi? Buralish davomiyligi ham bevosita tuxum yashovchanligiga, ham uning keyinchalik rivojlanishiga halokatli ta'sir ko'rsatadi.

Osmalarning buralishi. Agar o'tkir moyagi bo'lgan bolani tekshirilishi natijasida shubha uyg'otmaydigan o'simtalar buralishi tashxisi o'rnatilgan bo'lsa, ko'pchilik kutish taktikasini qo'llashni maslahat beradi. Ko'pchilik holatlarda davolash moyakning ko'tarilgan fiksatsiyalangan holatida yotoq rejimini va analgetiklar, shu qatorda nesteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni belgilashni o'z ichiga oladi. Buning natijasida, odatda, og'riqlar, og'riqlilik, giperemiya va shish kamayadi. Garchi ayrim jarrohlar o'simtalar buralishi hech qachon operativ davolashni talab qilmaydi deb hisoblashsada, lekin biz, o'z tajribamizga tayangan holda, bu nuqtayi nazarga qo'shila olmaymiz. Yuqorida aytib o'tilgan konservativ davolash simptomatikaning keskinlashuvi bilan kechsa, yoki simptomlar bir haftadan uzoqroqqa intensivligi bo'yicha oldingidek qolsa va dvigatelli faollikda kuchayssa, diagnostik jarrohlik muolajasi o'zini oqlaydi. Nekrotik o'zgargan o'simtaning olib tashlanishi va tuxumning reaktiv istisqosining evakuatsiyasi simptomlarning yo'qolishiga tez olib keladi.

Epidadimit. O'tkir epidadimitning davolanishi asosan ekishda ajralgan mikroorganizmlarning ta'sirchanligini hisobga olgan holda maxsus antibiotiklarning belgilanishidan iborat. Biroq ko'pincha an-

tibiotiklarning tanlovi empirik yo‘l bilan amalga oshiriladi. Amaliyotda siydik ekilish natijalari tuxum buralishiga shubha tufayli diagnostik muolaja vaqtida epididimit tashxisi aniq qo‘yilgan holatlarda ham salbiy bo‘lishi mumkin. Tuxum o‘simtasidagi urug‘ chiqarish yo‘li bo‘ylab steril siydikning reflyuksi hatto bakteriyalar bo‘lmaganida ham yallig‘lanish jarayonini chaqirishi mumkinligi yaxshi ma‘lum. Shunday qilib, siydikning dastlabki tahlili va keyin keladigan ekishlar diagnostik ahamiyatga ega bo‘lmasligi mumkin. Ekishlar bilan isbot qilingan infeksiya bor yoki yo‘qligidan qat‘iy nazar, o‘tkir epididimitda uning rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan siydik jinsiy traktning tug‘ma anomaliyalarini tasdiqlash yoki rad etish uchun e‘tibor bilan urologik tekshiruv o‘tkazilishi kerak.

O‘tkir epididimiti va musbat siydik ekilishi bo‘lgan har bir o‘g‘il bolada miksion sistouretrografiya va yuqori siydik yo‘llari tekshiruv, odatda, ultrasonografiyani o‘tkazish zarur. Shunga o‘xshash yondashuv epididimiti bo‘lgan va siydikda sepish bo‘lmagan o‘smir oldi yoshidagi o‘g‘il bolalarga qo‘llanilishi kerak. Bunday bemorlarda siydik tozalovchining ektopiyasi, orqa uretra klapani, pufak siydik tozalash reflyuksi va neyrogen siydik pufagi ifodalanishi mumkin. Ba‘zan bunday holatlarda keyinchalik, tanlovi namoyon bo‘lgan anomaliyalarning xarakteri bilan aniqlanadigan izotop stintigrafiya, endoskopiya va boshqa uslublarni qo‘llagan holda ancha chuqurlashgan.

5.10. Kriptorxizm

Kriptorxizm deganda moyak qorin bo‘shlig‘ida qoladigan rivojlanish nuqsoni tushuniladi. Hozirgi vaqtda bu termin tushmagan moyaklar sindromi sifatida ishlatiladi. Ba‘zan normal yo‘lda davom etgan holda tushadi, lekin anomal holatda – bu patologiyani moyak ektopiyasi sifatida baholashadi. Kamdan kam holatlarda moyak umuman bo‘lmaydi (anorxizm). Poliorkidizm bittasi tushmagan, ikkitadan ko‘p moyaklar bo‘ladigan holatni o‘zida namoyon etadi.

Embriologiya. Embriologik moyaklar diafragmadan kichik dumg‘azaga cho‘ziladigan urogenital o‘rkachning medial qismidan hosil bo‘ladi. Embriion rivojlanishi bo‘yicha moyaklar qorinning past-

ki bo'limiga tushadi va u yerda bevosita ichki chov halqasi yaqinida yotadi. Tushish jarayonining to'xtashida moyaklar har qanday joydan – buyrakdan ichki chov halqasigacha topilishi mumkin.

Tushirish gubernaculum ishtrokida amalga oshiriladi – moyak va o'simtani moyak, oraliqqa, jinsiy a'zo yoki sonning peshonacha sohasiga yo'naltirishi mumkin bo'lgan yetilmagan mezenximal to'qimadan qilingan kamar. Gubernakulumning qandaydir qismi ustunligi moyakning ichki chov halqasi orqali o'tganidan so'ng anomal migratsiyasi sababi bo'ladi. Tushirish boshlangunicha moyakning o'lchamlari kattalashishi va tizimchaning uzunlashishi sodir bo'ladi. Ichki chov halqasi orqali tez tushirish taxminan 28-haftada boshlanadi, bunda chap moyak o'ngidan «o'zib» ketadi. Normal holatda, gubernakulumning moyak qismi ustunlik qiladi va moyak qorinning qin o'simtasi ortidan tushadi, bu o'simta, shuningdek, ichki urug' fassiyasi va kremaster tolalari bilan har tomonlama o'rab olinadi. Tushish yakunlangandan so'ng, gubernakulumning sezilmas qoldiqlari faqat mikroskop bilan o'rganilganda topiladi. Moyaklar tushishini initsatsiyalaydigan omillar hali yetarlicha ma'lum emas. Tadqiqotlar moyaklarning tushirilishi uchun erkak gormonlarining yetarli miqdori kerakligini ko'rsatmoqda. Ona sirkulyator oqimida erkak gormonlarning eng yuqori darajasi 28-haftada aniqlangan. Shunday qilib, moyaklarning tushish jarayonining to'xtashi erkak gormonlari darajasining pasayishi yoki a'zoning bu gormonlar ta'siriga to'g'ri javob bermasligi tufayli deb hisoblanadi.

Tushmagan moyak har qanday joyda aniqlanishi mumkin – buyrak darvozasidan tashqi chov halqasigacha, bunda normal tushgan moyak bilan solishtirganda, u, odatda, o'lchami bo'yicha kichik, konsistensiyasi bo'yicha yumshoqroq va ancha uzun bo'ladi. Operatsiya vaqtida kremaster tolalari va ichki urug' fassiyasi tozalangan va yechilganida, moyak o'simtasi yo moyak bilan erkin ulangan, yoki alohida yotganligi ko'rinadi. O'simta moyakdan chuqurroq tushadi, urug' chiqaradigan yo'l esa moyak tomirlariga qaraganda uzunroq. Moyak kanalda qolganida u, odatda, oddiy churra qopidan ingichka bo'lgan qin qobiqchasi ichida yotadi. Moyak ortiqchasi, ko'pincha

boʻrtadi. 90 % da (retragirlangan moyaklarni hisobga olmaganda) ochiq qin oʻsimtasi yoki haqiqiy churra qopi boʻladi. Moyak topib, uni proksimal kuzatilganda koʻpincha gubernakulumning anomal mahkamlanganligini his qilish mumkin. Kamdan kam holatlarda moyakning teri chuqurchasi namoyon boʻladi, bu proksimal traksiya tushgan moyak boʻlganida amalga oshiriladiganda boʻladi.

Bolalarda u yoki bu tomonning zararlanish chastotasi moyaklarning navbatma-navbat tushishi bilan tushuntiriladi – oʻngi chapidan koʻra kechroq tushadi. Muddatidan oldin tugʻilgan bolalarda tugʻilganda kriptorxizm vaqtida tugʻilganlardan koʻra 8 marta koʻp uchraydi. Yashash davomida bu koʻrsatkich oʻn marta oshadi, va muddatidan oldin tugʻilgan bolalarda kriptorxizm chastotasi bu yoshda 5,4 %ni, oʻz vaqtida tugʻilganlarda esa – 0,5 %ni tashkil etadi. Moyak retraksiyasi shuningdek, muddatidan oldin tugʻilgan bolalarda koʻp kuzatiladi, va bu holatni kriptorxizmdan farqlash uchun eʼtibor bilan kuzatish talab qilinadi.

Klinika va diagnostikasi. Moyakning tushmaslik tashxisi, odatda, ota-onalar tomonidan yoki shifokor bolani birinchi marta tekshirganida topiladi. Moyak retraksiyasini haqiqiy kriptorxizmdan ajratish juda muhim. Tekshiruvni qoʻlni qizdirgach (tekshiruvni sovuq qoʻllarchalik hech narsa buzolmaydi!) va bola bilan muloqotga kirib boshlashadi. Bola belida yotadi. Palpatsiyani ehtiyotlik bilan, ichki chov halqasidan boshlab, kanal ichidagilarini moyakka «chiqarishga» urinib, chov kanali boʻylab pastki yoʻnalishda davom ettiriladi.

Agar moyak bunda pastga bemalol siljisa, unda, sohta kriptorxizm deyish mumkin va operatsiya shart emas. Ota-onalarga bolani tekshiruvda qatnashish va hatto moyakda joylashgan moyakni palpatsiyalashga imkoniyat berish foydali. Baʼzan tortilgan moyakni bemorning oyoqlari kesishib oʻtirgan holatida («turkchasi») moyakka tushirish mumkin. Kamdan kam holatlarda moyak garchi keyinchalik operatsiyada u topilsada palpirlanmaydi.

Ultratovushli tekshiruv, kompyuter tomografiyasi va laparoskopiyani faqat alohida koʻrsatmalar boʻlganida qoʻllash maqsadga muvofiq: moyak ektopiyasi va anorxizmgacha shubha boʻlganida moyak chov

kanalida bo'lmasa. Ikki tomonlama kriptorxizmi bo'lgan bolalarda, shuningdek, moyaklarning to'qimasi borligiga shubha bo'lganida gonadotropin zardobi darajasidagi tadqiqot o'tkazilishi mumkin. Ikki tomonli kriptorxizmi va lyuteinizatsiyalaydigan gormonlarning yuqori darajasi bo'lgan bemorlarda jinsiy a'zolar to'qimasini qidirish maqsadida chuqurlashgan retroperitoneal reviziya ko'rsatilmagan, chunki bunday sharoitda bu to'qima bo'lmaydi.

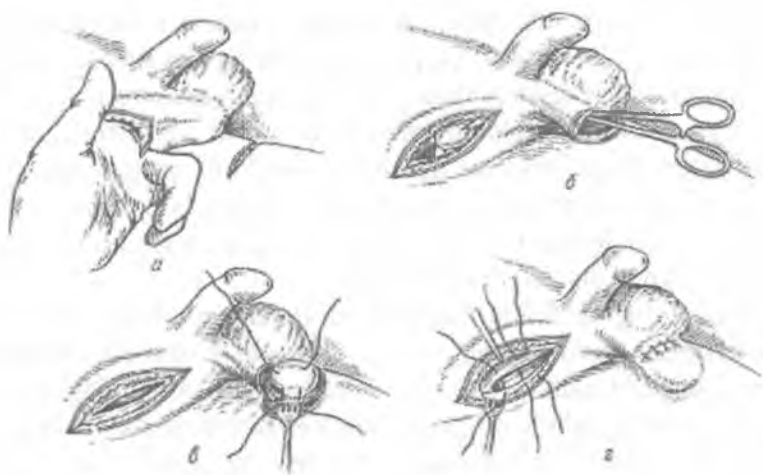
Davolash. Shubhasiz kriptorxizm jarrohlik muolajasini talab qiladi. Tushmagan moyaklar muammosining bola va uning ota-onasi uchun muhim tomoni bunday bemorlarning urug'lantirishga potensial qobiliyati hisoblanadi. Operatsiya qilinishini talab qiladigan va operatsiya kelajakda ularning bolasiga avlod qoldirish imkonini berishiga umid qilgan ota-onalar, odatda, aynan shunga e'tibor berishadi. Va bu tomondan ham asosiy masalalardan biri – kriptorxizmi bo'lgan bolani qachon operatsiya qilish yaxshiligi.

Tushmagan moyak moyakda joylashgan moyakdan ko'ra ancha yuqori temperatura ta'siriga uchraydi, degan gipoteza anchadan buyon mavjud. Moyakning zararlanish darajasi temperatura ta'sirining davomiyligi (tug'ilgandan operativ muolajagacha) va uning optimal darajadan yuqoriga ko'tarilishiga bog'liq (ya'ni moyakning tushmaslik darajasiga). Qorin bo'shlig'ida joylashgan moyak chov kanalida joylashgan moyakdan ko'ra, ancha yuqori temperatura ta'siriga uchraydi.

Mikroskopiya va shu qatorda, elektron mikroskopiyadan foydalanib o'tkazilgan ancha keyingi tadqiqotlar kriptorxizmi bo'lgan bemorlarda spermatogenezning ushlanishini namoyon qildi, bu spermatogonlar va kanallarning diametrik kamayishida ifodalanadi. Bemor yoshi va kriptorxizmning darajasi bilan u va bu ko'rsatkichdagi aloqa aniq o'rnatilgan. Bundan tashqari, elektron mikroskopiya Leyding hujayralari atrofiyasini namoyon qildi. Ko'rsatilgan o'zgarishlar 2–3 yoshgacha bo'lgan kriptorxizmi bo'lgan bolalarda mavjud emas. Ushbu tadqiqotlar ancha erta yoshdagi kriptorxizmida operatsiyaning o'tkazilishi maqsadga muvofiqligi haqidagi xulosaga kelish imkonini berdi.

Moyakning pastga ketishiga ko'rsatmalarni aniqlaydigan boshqa muammo uning malignizatsiyasi xavfi hisoblanadi. Tushmagan moyak qayta tug'ilishining salbiy chastotasi kam, biroq malignizatsiya va tushmagan moyak orasidagi aloqa haqida ma'lumotlar mavjud va albatta, bu omil kriptorxizm jarrohlik bilan to'g'rilash haqidagi masalani hal qilishda birinchi o'rinda turishi kerak. Ko'p sonli kuzatishlarning ko'p marta o'rganilishida, moyak o'simtasi bo'lgan bemorlarda kriptorxizm chastotasi 30 %ni tashkil etilishi aniqlangan.

Hozirgi vaqtda moyakni moyakda fiksatsiyalashning ikki uslubi qo'llanilmoqda. Ulardan biri moyak moyakning qarama-qarshi tomoniga uning moyak devoridagi deraza orqali ko'chiriladigan transseptal fiksatsiyadan tashkil topgan. Ikkinchi uslubdan ko'proq foydalaniladi va u moyakni go'shtli qobiq cho'ntagiga ko'chirishdan iborat, natijada moyak bu qobiqcha (fascia dartos) tashqarisiga, bevosita teri ostiga o'tadi (5.17-rasm).



5.17-rasm. Moyakni pastga tushirish operatsiyasi

Varikotsele. Varikotsele – urug' tizimchasi venalarining kengayishi kichik chanoq a'zolarida qonning turib qilishiga olib keladigan

bir qator sabablarga ko'ra paydo bo'lishi mumkin. Venoz tomirlarining tug'ma zaifligi va urug' tizimchasi venalaridan qon oqishining o'ziga xosliklari kasallikning rivojlanishiga ko'maklashadi. Chap urug' venasi to'g'ri burchak ostida chap buyrak venasiga-, o'ngi esa o'tkir burchak ostida bevosita pastki kavak venaga tushishi varikot-selening ko'proq chapdan hosil bo'lishini tushuntirishi mumkin, chunki chap urug' tizimchasidan qon oqish sharoitlari boshqa tomondagidan ko'ra ancha yomonroq. Chapdan urug' tizimchasi venalarining varikoz kengayishi 80-90 % holatlarda kuzatiladi. Ikki tomonlama kasallanish sezilarli darajada kam.

Klinikasi. Kasallikning klinik tasviri varikot-selening kattaligiga to'g'ridan to'g'ri bog'liq. Kasallik rivojlanishining uch bosqichini sinflanadi:

- birinchi bosqichda shikoyatlar, odatda, bo'lmaydi, tekshiruvda ota-onalar va shifokor moyak tagida gorizontol holatda kichrayadigan kengaygan venalarning to'qimasini ko'rishadi;

- ikkinchi bosqichda urug' tizimchasi venalari tugunlar ko'rinishida kengayadi, moyak yuqori qutbidan pastga tushadi. Zararlanish tomonda kremaster tonusi sezilarli pasayadi, mos keluvchi moyak yarmi osiladi. Bolalar intensivligi turlicha bo'lishi mumkin bo'lgan og'riqlarga shikoyat qilishadi: yurganda noqulaylik hissi, moyakning mos keluvchi tomonida og'irlikdan, *n.spermatici*. butun innervatsiya sohasi bo'yicha irradiatsiya bilan kuchli og'riqlar. Ko'pincha moyakda achish kuzatiladi;

- kasallikning uchinchi bosqichi ifodalangan klinik tasvir bilan ifodalanadi va ko'pincha, o'smir yoshida kuzatiladi. Bemorni dam olishda va tunda moyakning kattalashgan tomonidagi kuchli og'riqlar bezovta qiladi. Palpatsiyada vertikal holatda moyakning pastki qutbi darajasidan pastroqqa tushgan kengaygan venoz tugunlar to'plami aniqlanadi. So'nggisining shish o'lchamlari birmuncha kichraygan. Kremaster refleks yo'q. Ko'pincha varikoz kengaygan venalarda yallig'lanish o'zgarishlari kuzatiladi.

Klinikada ikkilamchi varikotsele, ya'ni kichik dumg'azada patologik jarayon bilan chaqirilgan qon oqimi buzilishi natijasida urug'

tizimchasi venalarining kengayishi katta ahamiyatga ega. Qator holatlarda, ayniqsa o'ng tomondagi, varikotsele buyrak o'simtasining birinchi simptomlaridan biri hisoblanadi. Shuning uchun, agar urug' tizimchasi venalarining kengayishi rivojlansa, bemorlar chuqur tekshiruvga muhtoj bo'ladi.

Davolash. Rivojlanishning birinchi bosqichida bo'lgan varikotsele operativ davolashni talab qilmaydi. Kengayishlarni kamaytirish uchun suspenzpriya taqish tavsiya etiladi. Ikkinchi bosqichda davolashni konservativ tadbirlardan boshlash va faqat ularning muvaffaqiyatsizligida (tungi og'riqlarning saqlanishi, venalar kengayishining oshishi) operatsiya zaruriyati tug'iladi. Varikotselening uchinchi bosqichi operativ davolashga to'g'ridan to'g'ri ko'rsatma hisoblanadi.

Varikotseleni operativ davolashning ko'p usullari taklif qilingan, ularni shartli ravishda uch guruhga bo'lish mumkin:

- urug' tizimchasi venalarini kesish;
- moyakni ko'tarish va venoz to'qimasidan qon oqishini yaxshilash maqsadida moyakdagi operatsiya;
- urug' tizimchasi qobiqlaridagi operatsiya.

Bolalik yoshida, natijasi ko'p holatlarda ijobiy bo'ladigan chap buyrakdan ichki urug' venasining kesilishidan boshqa, taklif qilingan operatsiyalardan birortasi keng qo'llanilmaydi.

5.11. Buyrak va siydik chiqaruvchi yo'llarning jarohatlari

Bolalarda **buyrak shikastlanishlari**, odatda, ko'r jarohatda hosil bo'ladi, yana bolalar buyragi jarohatlanishga ko'proq moyil, chunki suyak mushak tuzilmalari, ularni o'rab turuvchilari, kattalardagidek ifodalanmagan, va mos ravishda himoya funksiyasini kam darajada bajaradi. O'simtalar, holat va qo'shilish anomaliyalari, tug'ma obstruksiyalar bolalarda buyrak shikastlanishlarining 20 %ida kuza-tiladi. Buyrak jarohat olishda siydik jinsiy tizimning har qanday boshqa a'zolaridan ko'ra ko'proq zararlanadi.

Buyraklar retroperitoneal sohada unchalik mahkam fiksatsiyalanmagan, shuning uchun to'g'ri kelgan zarb buyrakni qovurg'a yoki

umurtqaga siqishi va parenxima jarohatini keltirib chiqarishi mumkin. Yiqilishlarda baʼzan priloxan boʻlimning yorilishi yoki buyrak oyoqchasining shikastlanishi kelib chiqadi. Jarohat olishning eng kam uchraydigan koʻrinishlaridan biri yuqori voltli elektrojarohatda buyrak arteriyasining trombozi hisoblanadi.

Buyrakning jarohatdan shikastlanishlarining **klassifikatsiyasi** 5.18-rasmda keltirilgan. Jarohatning massivligi va lokalizatsiyasiga qarab buyraklar shikastlanishi quyidagi koʻrinishlarga ajratiladi (N.A. Lopatkin):

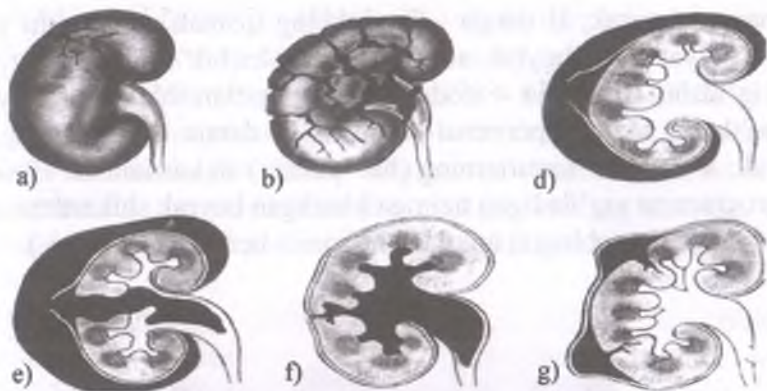
- buyrak kontuziyasi (lat yeyishi);
- buyrakni oʻrab turuvchi toʻqimalarning shikastlanishi va uning fibroz qobigʻi yorilishi;
- buyrak parenximasining kapsula osti yorilishi;
- dumgʻaza suyagi va kosasining shikastlanishi bilan buyrakning total yorilishi;
- buyrak ezilishi;
- tomirli oyoqchanning shikastlanishi va buyrakning uzilishi.

Buyrakning shikastlanish mexanizmi bir nechta komponentlardan tashkil topgan:

- buyrakning XI va XII qovurgʻalar orasida bir tomondan va umurtqa bilan boshqa tomondan ezilishi;
- dumgʻaza suyagi va buyrak toʻqimasida gidrostatik bosimning tez oʻzgarishi;
- buyrakning egilishi va uning suyuq sohasi sirt tarangligining oʻzgarishi.

Koʻrsatilgan omillardan har biri buyrak zararlanishining yagona sababi boʻlishi mumkin. biroq koʻpgina holatlarda ularning harakatlari birlashadi. Jarohatning paydo boʻlishi va tarqalishida maʼlum rolni buyrakning holati ham oʻynaydi. Qandaydir patologik jarayon bilan zararlangan, yoki anomal pochka oson shikastlanadi.

Klinika va diagnostikasi. Buyrak jarohati boʻlgan bolani tekshirishda hech qanday tashqi shikastlanish omillari, odatda, topilmaydi, lekin mushaklarning tortilishi, qorinning yon va yuqori boʻlimlarida oʻsimtasimon va ekximoz hosilalarning borligi, shok simptomlari shubha uygʻotishi kerak.



5.18-rasm. Buyrakning yopiq shikastlanishlarining sxematik tasviri: a – to‘qimali kapsulaning yorilishi bilan lat yeyish; b – buyrak parenximasi va buyrak kosasining ko‘pgina yorilishlari; d – buyrak parenximasi shikastlanmaganligi bilan tolali kapsulaning yorilishi; e – buyrak kosasi va tolali kapsulagacha yetadigan buyrak parenximasining yorilishi; f – buyrak osti kosasigacha yetadigan parenximaning kapsula osti yorilishi; g – buyrak yorilishi, tomirli oyoqcha va siydik to‘g‘irlovchining uzilishi.

Renal jarohati bo‘lgan 80–90 % bemorlarda buyrak shikastlanishining asosiy omili darajasi ko‘pincha shikastlanish og‘irligini aks ettirmaydigan gematuriya hisoblanadi. Faqatgina gematuriyaning dinamikada oshishi, odatda, jiddiy jarohat borligini bildiradi. 10–20 % bolalarda buyrakning shikastlanishi gematuriyasiz bo‘ladi. Buyrak jarohatining eng aniq va axborotli diagnostika uslubi nafaqat buyrak shikastlanishlarini ifodalaydigan, balki uning darajasini aniqlash imkonini beradigan qorin bo‘shlig‘idir UTT va KTsi hisoblanadi. Buyrakning exoskanerlanishi va qorin KTsi – nafaqat buyrak shikastlanishlarini ifodalaydigan, balki uning darajasini aniqlash imkonini beradigan diagnostikaning eng axborotli uslublari. UTT va KT ma‘lumotlariga asoslangan shikastlanishlarning og‘irligi bo‘yicha keyingi bo‘lim klinik amaliyotda qabul qilingan. I daraja – subkapsulyar yoki buyrak atrofida suyuqlik yig‘ilishi alomatlarisiz kichik parenximatoz shikastlanish, yoki ifodalangan anomal (lekin shikast-

lanmagan) buyrak; II daraja – buyrakning qisman yaralanishi yoki subkapsulyar yoki buyrak atrofi sohasida kichik miqdorda suyuqlik yig‘ilishi; III daraja – ifodalangan shikastlanish (yorilishi) yoki suyuqlikning sezilarli perirenal yig‘ilishi; IV daraja – «parchalangan» buyrak; V daraja – tomirlarning (har qanday) shikastlanishi. Ekskretor urogramma yig‘iladigan tizimga kiradigan buyrak shikastlanishini yoki buyrak gemoblogini aniqlash imkonini beradi (5.19-rasm.).



5.19-rasm. Chap buyrak yuqori qutbining yorilishi (ekskretor urogramma).

Davolash. Buyrak jarohatini davolashning maqsadi – funksiyaladigan parenximaning maksimal saqlanishi. Buyrak shikastlanishlarining 85 foizi konservativ davolash mumkin (va kerak) bo‘lgan lat yeyish va lat yegandagi yaralar bilan keltirilgan. Kichik shikastlanishlarda (I va II daraja) makrogematuriya tugaguncha yotoq rejim belgilanadi, shundan so‘ng, faqat 6 hafta o‘tib, ko‘proq yoki kamroq faol hayot tarziga ruxsat beriladi. Mikrogematuriya yo‘qolganidan so‘nggina turli cheklanishlar to‘liq olib tashlanadi. Kuzatuv jarohat-

dan so'ng, 6–8 haftda davomida o'tkazilishi kerak. Eng kamida bir yil davomida davriy ravishda arterial bosimni aniqlash, siydik tahlilini olish va KT yoki vena ichi pielografiya (v/i p) o'tkazilishi zarur.

Og'ir shikastlanishlar (IV va V daraja), ayniqsa, gipotenziya bo'lganida, odatda, jarrohlik muolajasini talab qiladi. Buyrak tomirlari jarohatida operatsiya faqatgina «issiq ishemiya» davrida, ya'ni jarohatdan keyingi 2 soat ichida o'tkazilsagina samarali bo'lishi mumkin.

Buyrakning og'ir shikastlanishlaridagi taktikalariga nisbatan bahslar (III va IV daraja) hozirgi vaqtgacha davom etmoqda. Ayrim jarrohlar faol jarrohlik yondashuvini taklif qilishadi – tomirli oyoqchada topilgan o'zgarishlarni muolaja qilishga mos keluvchi transabdominal yo'l va iloji boricha buyrak to'qimasini saqlash. Biroq bunday taktikada nefrektomiya konservativ davolashdagidan ko'ra ancha ko'p amalga oshiriladi.

Buyrak shikastlanishlarida operatsiyaga ko'rsatmalar faqatgina quyidagi holatlarda berilishi kerak:

- buyrak atrofi sohasiga qon oqishi yoki davomli gematuriya;
- katta parenximatoz zararlanish;
- paranefral hujayraning infeksiyalanishi;
- siydik yo'llarining obstruksiyasi.

Qon ketishi bo'yicha muolajani iloji bo'lsa 3–4 kunga kechiktirgan ma'qul. Ba'zan bu davr ichida yasholmaydigan to'qimalarning aniq demarkatsion chetlanishi sodir bo'ladi. Bunda, ko'pincha qon oqishi to'xtaydi va operatsiyani qorin orti yo'li bilan amalga oshirish mumkin. Buyrak jarohatini olgandan so'ng barcha bolalar arterial bosimni muntazam o'lchash, siydik tahlilini o'tkazish va tekshiruvning nurli uslublarini olib borish bilan bir yil davomida kuzatilishi kerak.

Siydik tozalovchi shikastlanishi. Bolalarda siydik tozalovchi, odatda ko'r jarohatda va ko'pincha jom oldi segmentda kamdan kam shikastlanadi. Dumg'azaning sinishida pufak-siydiktozalash bo'limining shikastlanishi sodir bo'lishi mumkin. Jarohatlarning bu turini ko'zdan qochirmaslik uchun unga nisbatan juda e'tiborli bo'lish

kerak. Suqiladigan jarohat baʼzan buyrak yorilishi, Siydik nayining lat yeyishi yoki hatto uning segmenti yoʻqotilishiga olib keladi.

Siydik nayi shikastlanishlarining **diagnostikasi** maʼlum qiyinchiliklarni oʻzida namoyon etadi. Ipsilateral siydik nayi saqlanganida, siydik ajralishi toʻxtamaydi, tezda toʻxtashi mumkin boʻlgan kichik gematuriya boʻladi. Siydik nayining oʻgir jarohati yoki uzilishining toʻgʻri alomatlarini exoskanerlashda va siydikni tashlash siydik tozalash-pufagining dopplerografiyasida olish mumkin. Siydik nayining butunligi buzilganligi rentgenologik alomtlari contrast ekstravazatsiyasi koʻrinishida ekstretor urogrammada namoyon boʻlishi mumkin.

Davolash. Koʻpgina holatlarda siydik nayining butunligi, agar yashovchan toʻqimaning yetarli miqdori saqlangan boʻlsa birlamchi tiklanishi mumkin. Priloxan segmentning shikastlanishlarida, odatda, pieloplastika amalga oshiriladi. Agar siydik nayining davomi jarohatlangan boʻlsa, unda uning uchlarini taqqoslanishini baʼzan buyrak mobilizatsiyasi yoki loxanik loskut hisobiga amalga oshiriladi. Agar bu variantni qandaydir sabablarga koʻra iloji boʻlmasa, unda ureterokalikostomiya (siydiktozjalovchi va pastki buyrak kosachasi orasida anastomoz yotqizilishi) muqobil hisoblanadi.

Koʻpgina holatlarda siydik nayi shikastlanishlari birlamchi operatsiya vaqtida tiklanishi mumkin. Baʼzan bu maqsad uchun buyrakning mobilizatsiyasi va uning pastga siljirilishi talab qilinadi, bu ureteral anastomozni tarangliksiz yotqizish imkonini beradi. Siydik nayining distal boʻlimlari shikastlanishi, qoidaga koʻra, ureterotsistostomiya yoʻli bilan toʻgʻrilanadi. Agar siydik nayining uzunligi uning uchlarini taqqoslash uchun yetmasa, unda bel mushagi yoki siydik pyfagidan boʻlgan yamoqdan (loskut) foydalaniladi.

Baʼzan shikastlangan siydik nayining butunligini tiklash uchun qoʻllaniladigan boshqa uslublardan transuretoureterostomiya, autotransplantatsiya yoki siydik nayini qovurgʻa va qorin orasidagi ichak bilan oʻzgartirilishini eslatib oʻtish kerak.

Siydik pufagining yopiq shikastlanishlari ko‘pincha transport jarohati yoki bolaning balandlikdan qorin yoki chotga yiqilishi natijasida kelib chiqadi. Siydik pufagining qorin tashqarisi va qorin ichi yorilishlarini farqlashadi. Birinchisi ko‘pincha suyak bo‘lkalarning siljishi va ulardan siydik pufagiga ketuvchi paylarning tortilishi natijasida dumg‘aza suyaklarining sinishida kelib chiqadi. Qorin ichi yorilishlari faqat siydik pufagining ichida kutilmaganda bosim oshishi natijasida (to‘g‘ridan to‘g‘ri zarb yoki ezilish), uning to‘lishida hosil bo‘ladi. Ko‘pincha siydik pufagining qorin bilan qoplangan cho‘qqisi (tubi) yoriladi. Siydik pufagining yopiq jarohati alohida shaklini, uning bo‘yinchasi shikastlanishini, ya‘ni pufakning uretradan qisman yoki to‘liq uzilishini o‘zida namoyon etadi. Jarohatning bu ko‘rinishi simfiza singanida kelib chiqadi.

Diagnostikasi. Siydik pufagi yorilishining birinchi va asosiy belgilaridan biri siydik chiqarishning buzilishi hisoblanadi. Yorilishning eng ko‘p uchraydigan alomati shuningdek, siydik chiqarishga yolg‘on chaqiruv va kuchanganda qorin pastida kuchli og‘riq hisoblanadi. Bola nafas olishda qornini ayaydi, qorin olddevorchasining lokal, qov usti va mushaklar tortilishi kuzatiladi. Bemorni kech kelib tushishida, bu qisman saqlanadigan siydik chiqarishda bo‘ladi, qorin pastida, simfoz sohasida siydik oqishi tufayli pastozlik, shish va giperemiya kuztiladi.

Siydik pufagining qorin ichida yorilishining **klirik tasviri** qorin bo‘shlig‘i har qanday kavak a‘zosining yorilishiga mos va peritonit alomatlari bilan namoyon bo‘ladi. Siydik pufagining qorin tashqarisida va qorin ichida yorilishining klinik tasviri og‘irligi siydik intoksikatsiyasi bilan keskinlashadi. Siydik pufagi shikastlanishining xarakterini aniqlashga tadqiqotlarning instrumental va rentgenologik uslublari katta yotdam beradi. Ko‘tarilayotgan uretrotsistogramma pufakning qorin tashqarisi va ichki yorilishini cheklangan ekstravazatsiya yoki ichak halqalari orasida kontrastning tarqalish ko‘rinishida differensatsiyalash imkonini beradi.

Davolash. Pufakning ekstraperitoneal yorilishini dumg'aza sini-shining ko'pgina holatlarida bo'lganidek, drenirlash yordamida konservativ yo'l bilan omadli davolashadi. Agar pufak jarohati ichki peritoneal bo'lsa, unda ko'pincha jarrohlik muolajasi – yaraning tikilishi ko'rsatilgan. Siydik pufagiga suqiladigan jarohatlanishni faqat jarrohlik yo'li bilan davolash kerak, chunki jarohatning bu mexanizmida pufakni o'rab turuvchi a'zo va to'qimalarning shikastlanish ehtimoli juda katta.

Bolalarda **siydik chiqaruvchi kanalning shikastlanishi** ko'pincha orqa urtera sohasida sodir bo'ladi. Jarohatning bu ko'rinishi ko'p holatlarda dumg'azaning og'ir sinishlari bilan birga bo'ladi. Uretraning old qismi, odatda, oyoqlar ochilganida uretraning bulbar qismi qov suyagiga siqiladigan holatlarda shikastlanadi. Keyinchalik striktura rivojlanishi bilan uretra shikastlanishining yana bir sababi instrumental tekshiruv bo'lishi mumkin. Uretraning shikastlanishi keyinchalik striktura rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Diagnostikasi. O'tkir fazada tashxis retrograd uretrografiya yordamida qo'yiladi. Agar dumg'aza yoki uretraning shikastlanganiga shubha jarohat mexanizmi haqidagi anamnestic ma'lumotlar asosida boshidan uyg'onsa, retrograd uretrogramma kateterni siydik pufagiga kirgizguncha qilinishi kerak. Kontrast moddaning oraliqdan o'rab turgan to'qimalarga chiqishi, shubhasiz, uretraning sezilarli darajada shikastlanganligini isbotlaydi (5.20-rasm). Uretraning lat yeyishlarida uretrogrammada shilliqning notekis konturlari ko'rinadi.

Davolash. Bolalarda uretra yorilishining ko'pgina holatlarida sistomani keyinchalik uretra butunligini kechiktirib tiklash bilan yotqizish tavsiya etiladi. Bunday yondashuvda siydik ushlanmasligi va impotensiya kabi keskinlashuvlarning rivojlanish chastotasi boshqa taktik qarorlardan ko'ra ancha past. Biz maqsadi jarohatdan so'ngi 6-8 soatdan kech bo'lmagan vaqtda, vafqulodda tartibda uretraning tikilishidan iborat bo'lgan uretra yorilishlarini davolashning boshqa taktikasini qo'llaymiz. Kichik davomiylikdagi strikturalar endoskopik yo'qotilishi mumkin, lekin ba'zan ancha sezilarli stenozalar

ochiq jarrohlik muolajasini talab qiladi. Orqa uretra sohasida qisilishlarda operatsiya ham qovurg'a va qorin orasidan, ham qov yo'li orqali amalga oshirilishi mumkin.



5.20-rasm. Uretra membranoz qismining yangi yorilishi. Kontrast suyuqlik uretradagi nuqson orqali o'rab turgan to'qimalarga kiradi. Epitsistostoma.

Nazorat testlari

1. «Dizuriya» tushunchasiga nimalar kiradi?

- A) polakuriya
- B) nikturiya
- D) ishuriya
- E) siydikning o'tkir ushlanishi

2. Siydik chiqarish yo'llarining obstruksiyasining turlari:

- A) mexanik
- B) dinamik
- D) aralash
- E) gipodinamik

3. Buyrak gemoblogi qanday holatda rivojlanadi?

- A) siydik-tosh kasalligi
- B) Buyrakka suqiladigan jarohatlar
- D) buyrakning kapsula osti yorilishlarida
- E) buyrak kontuziyasi

4. Infuzion urografiya qanday holatlarda qo‘llaniladi?

- A. buyraklarning konsentratsion qobiliyatlari pasayganida
- B. buyraklarning konsentratsion qobiliyatlari oshganida
- B. qonda karmabid darajasi oshganida
- Γ. siydikda qand oshganida

5. «Gidronefroz» tashxisi yakuniy qo‘yilishi uchun tekshiruvning qanday uslubi qo‘llaniladi?

- A. ekskretor urografiya
- B. ko‘riladigan urografiya
- B. sistografiya
- Γ. finajasografiya

6. Tuxum istisqosi borligiga shubha bo‘lgan bola qanday holatda tekshiriladi?

- A) belda yotgan holda
- B) tik holatda
- D) Trendelenburg holatida
- E) o‘tirgan holatda

7. Tuxumning moyakka tushmasligi qanday ataladi?

- A) kriporxizm
- B) monorxizm
- D) poliorxizm
- E) anorxizm

8. Instrumental tekshiruvlarning qaysi uslublari buyrak funksiyasini vizualizatsiyalaydi?

- A) ekskretor urografiya
- B) radioizotop urografiya
- D) dinamik pielografiya
- E) miksion sistografiya
- F) antegrad pielografiya

9. Siydik pufagining qanday jarohatida Foley kateterining uretral orqali qo'yilishi majburiy?

- A) Qorin tashqarisi yorilishi
- B) qorin ichi yorilishi
- D) pufak bo'yinchasining qisman uzilishida
- E) pufak bo'yinchasining to'liq uzilishida

10. Bolalarda siydik toshlarining shakllanishi sabablari?

- A) nefropatiya+siydik yo'llari obstruksiyasi+elektrolit dizbalans
- B) suv-elektrolit dizbalans+pielonefrit
- D) issiq iqlim+noto'g'ri ovqatlanish+buyraklarning jarohati
- E) tug'ma gidronefroz+pielonefrit

11. «Shishgan moyak» sindromi nimani ko'zda tutadi?

- A) orxit,
- B) epididemit,
- D) tuxumning buralishi
- E) 3 ta variant ham to'g'ri

12. Kriptorxizmda tuxumni tushirish uchun optimal yosh?

- A) 3 yoshgacha
- B) 5 yoshgacha
- D) 5 yoshdan katta
- E) 1 yoshgacha

13. Urologik o'rganishning qanday uslubi contrast mod-dalarning ichki kiritilishi bilan bajariladi?

- A. ekskretor urografiya
- B. sistografiya
- B. ko'tarilayotgan pielografiya
- Г. miksion sistouetrografiya

14. Ekskretor urogrammada pielonefritga xos alomat?

- A) butun davomiylikda CHLS va Siydik nayining vizualizatsiyasi
- B) Siydik nayining vizualizatsiyasi yo'qligi
- D) Siydik nayining yukstavezikal segmentining vizualizatsiyasi
- E) faqat CHLS va siydik pufagining vizualizatsiyasi

Adabiyotlar

1. Bolalik yoshidagilarning jarrohlik kasalliklari. Yu.F.Isakova. tah. Ost. M. 2004. В 2 т.
2. Bolalar jarrohligi. Ashrkaft. K.U., Xolder T.M. /ingl. Tarj. 1997. 1 va 2 tomlar
3. Bolalarda o'tkir qorin. P.A. Matsenko, V.A. Urusov. 2- nashr. 2004
4. Qorindagi og'riq. Qorin bo'shlig'i va qorin orti sohasidagi a'zolarning kasalliklarini kechiktirilmas diagnostikasi bo'yicha qo'llanma. Lloyd M. Nayxus va boshqalar./ ingl. tarj. M. 2000.
5. Bolalik yoshidagi urologiya. Axmedjanov M.A. S. 2005. 210 c.
6. Urology adult and pediatric. 1997, GB, 2 t.

6-BOB. YUMSHOQ TO‘QIMA, SUYAK VA BO‘G‘IMLARNING YIRINGLI YALLIG‘LANISH KASALLIKLARI

6.1. Bolalarda bo‘ladigan xirurgik infeksiyaga umumiy ta’rif

Xirurgik infeksiya mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladigan barcha yiringli yallig‘lanishlar kasalliklarini o‘z ichiga olib, jarrohlar maslaxi yoki jarrohlik yo‘li bilan davolanadi.

Adabiyotlarda keltirilgan statistik ma’lumotlarda bayon qilinishicha, bolalar shifoxonalarida davolanayotgan bemorlarning 6–50 % bo‘lganini xirurgik infeksiyaga chalingan bolalar tashkil qilar ekan. Yiringli yallig‘lanish kasalliklari (YYaK) bilan davolanayotgan yoki davolangan bemorlarning barchasi mutaxassislar tomonidan ko‘rib tegishli va zarur davo muolajalarini talab darajasida olmayapti. Shu va boshqa bir qancha sabablarga ko‘ra kasalliklardan keyingi asoratlar va o‘lim (%) yuqoriligicha qolmoqda.

Xirurgik bo‘limlarda davolanayotgan bolalar orasidagi 80 % o‘limning sababi bu xirurgik infeksiyalardir. Chaqaloqlarda va erta yoshdagi (1–2 yoshgacha bo‘lgan) bolalardagi xirurgik sepsisga chalinganlarda bu ko‘rsatgich 40–90 ni tashkil etadi. Yiringli yallig‘lanish kasalliklaridan keyingi asoratlanishlarga sabab yuzaki qarov va kech tashxiz qo‘yish.

YYaK kelib chiqishiga sabab bo‘luvchi omillar: organizmdagi yiringli yallig‘lanish o‘choqlari kasallikni qo‘zg‘atuvchi mikroflora va organizmning qarshilik kuchiga bog‘liq bo‘ladi.

Xirurgik infeksiyaning yuzaga kelishida; a) makroorganizmning immunobiologik holati, b) mikroorganizmning virulentligi, d) organizmning anotomo-fiziologik holati, e) umumiy qon-tomir faoliyati, f) bemordagi allergik holat katta rol o‘ynaydi. Infeksiya o‘chog‘idagi nekrotik to‘qima, infeksiya uchun oziqa bo‘lib, umumiy va mahalliy qon aylanishining izdan chiqishiga sabab bo‘ladi.

Infeksiya o'chog'idagi nekrotik to'qima, infeksiya uchun oziqa bo'lib, umumiy va mahalliy qon aylanishining izdan chiqishiga sabab bo'ladi. Ayniqsa erta yoshdagi bolalarda, chaqaloqlarda bo'ladigan yallig'lanishlar; nekrotik flegmona, mastit, psevdofurunkulyoz, omfalit, epifizar osteomieliit, o'zidan og'ir asorat (sepsis), qoldirishi bilan birga, ko'pchilik hollarda o'limga sabab bo'lmoqda

YYaK *Tasnifi. Yiringli xirurgik infeksiyaning shakillari* (formasi):

- toksiko-septik, (yashin tezligidagi);
- septiko-piemichk;
- mahalliy.

Toksiko-septik va septiko-piemik shakillari xirurgik sepsis deb yuritiladi – kuchli ichki zaharlanish, organizmning reaktivlik holati sust bo'ladi. Xirurgik infeksiyaning og'ir asoratlaridan biri bu-septik shok.

Toksiko-septik formasi – tez avj oladi, og'ir toksikoz, yuqori lixoradka va neyrotoksikoz simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Ba'zi bir mahalliy belgilari kasallikning boshlanishida umumiy belgilar bilan birga boshlanadi. Yiringli xirurgik infeksiyaning barcha formalarida septik shok bo'lishi mumkin. Buning asosiy sababi, xaddan tashqari ko'p miqdorda endotoksinlar (proteaz, kinin va gistaminlarning) qon tarkibiga o'tishi bilan bog'liq bo'ladi. Yurak qon - tomir yetishmovchiliklari – kolaps, taxiaritmiya, psixikasi-ning buzilishi va organizmda bo'ladigan allergik reaksiyalar shular jumlasidan. Shokning erta bosqichlarida, siydikning kamayishi, shilliq qatlamlarda quruqlik kasallikka xoslik belgi. Keyingi davrda, qon bosimining tushishi kuzatiladi.

Septiko-piemiyada – yiringli yallig'lanish reaksiya jarayoni, toksikozdan ustun keladi. Kasallikning bu formasi ikki va undan ortiq yiringli o'choqlar bo'lishi bilan farq qiladi. Yiringli destruktiv yallig'lanish bir vaqtda bir necha a'zoda yoki ketma-ketlikda shu a'zolarida rivojlanishi mumkin.

Mahalliy formasi – ko'pchilik hollarda yallig'lanishning mahalliy reaktiv ko'rinishlari umumiy o'zgarishlarsiz kechishi bilan farqlanadi. Vaqt o'tishi bilan, shu sohada qizarish, shish, og'riq, nekroz, infeksiyaning tarqalishi va qonga so'rilishi natija-

sida organizmdagi umumiy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Infeksiyaning tarqalishi toksinlar ishlab chiqarishi natijasida, shish kuchayib tomir va limfa o'tkazuvchanligi buziladi, gipoksiya shu sohada mahalliy to'siq va funsiya bo'lmaydi.

Chaqaloqlarda bo'ladigan yiringli yallig'lanish kasalliklarining klinik ko'rinishi, kechishi, boshqa yoshdagi bolalarda bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardan o'laroq farqlanadi. Erta yoshdagi bolalar organizmida bo'ladigan anotomofiziologik, funksional holat, infeksiyaga qarshilik ko'rsata olmaydi, shu sababli, kasallik og'ir kechadi va asoratlanadi. Markaziy nerv sistemasiga, nafas, yurak, qon - tomir faoliyatiga, stafilakokk o'z ta'sir kuchini ko'rsatadi.

Batafsil yig'ilagan anamnez kasallikni aniqlash va boladagi bo'layotgan umumiy holatini baholashda muhim ahamiyat kasb etadi. Umumiy ko'ruvda oldin o'tkazgan kasalliklari bemorning umumiy holatini aniqlash mumkin bo'ladi. Kasallikning kechimi va ikkilamchi o'zgarishlar xirurgik infeksiyadan dalolat beradi (ya'ni chaqaloqlarda, kindik sepsisi natijasida - o'tkir gematogen osteomielit kelib chiqishi).

Davolash. Yiringli xirurgik infeksiyani kompleks davolash tartibi: 1 - makroorganizmga ta'sir ko'rsatish; 2 - mikroorganizm ta'sir qilish; 3 - mahalliy o'choni bartaraf qilish.

Makroorganizmga ta'sir ko'rsatish: ichki zaharlanishga qarshi kurashish, ya'ni infuzion terapiya, siydik ajralishini nazorat qilish. Dezintoksikatsiya uchun (qon va uning o'rnini to'ldiruchi plazma va boshqalar), shuningdek, faol detoksikatsiya: gemosorbsiya, plazma yoki limfofarez.

Organizimning immunobiologik holatini tiklash. Xirurgik infeksiyaning o'tkir davrida, sust immunizatsiya uchun, tayyor antitelalar: ya'ni maxsus gamma-globulin 1,5-3 ml dan kunara, 3 doza miqdorida; spetsifik giperimmun antistafilokokli-plazma, antiko'ktayoqchali plazma 10-15 ml 1 kg vaznga nisbatan. Davolash uchun 7 martagacha quyiladi, bunda laboratoriya xulosasiga - antitelaga, immunitet va bemordagi klinik o'zgarishlarga e'tibor qilinadi. Immunologik holatni nazorat qilish shart bo'ladi.

Kasallikning kechishiga ko'ra, faol (intensiv) terapiya muolajalari o'tkaziladi. Garmonal terapiyani juda ehtiyotkorlik bilan, zaruratga ko'ra buyurilgani ma'qul.

Mikroorganizm ta'sir ko'rsatishda, antibiotiklarni qo'llash uchun quyidagilarga amal qilinishi shart:

- Kasallikni qo'zg'atuvchisini aniqlab unga ta'sir ko'satuvchi vositalarni buyirish;

- Aralash qo'zg'atuvchilar aniqlanganida, ikkita yoki uchta antibiotiklarni qo'llash va ularning ta'sir kuchini nazorat qilish;

- Og'ir hollarda maksimal dozani tanlab bilish;

- Antibiotiklar maksimal terapevtik dozasini, uning ta'sir kuchini bilish uchun, qon tarkibidagi va yiringli o'choqdagi o'zgarishlarga qarab, antibiotikning yuborish vaqtining muddatini nazorat qilish shart bo'ladi;

- Vositani qo'llashda; yallig'lanish sohasiga, mushak oralag'iga, vena ichiga, arteriaga endolimfatik yo'llar bilan qo'llaniladi. Vena ichiga eritmalar bilan yuborish ancha yaxshi natija beradi.

Har qanday yiringli yallig'lanishlarda antibiotiklarni 7 va undan ko'proq muddatga tavsiya qilinadi. Antibiotikka zarurat bo'lganida (qayta tavsiya berishda) ichakdagi biostinozni o'rganish zarur bo'ladi.

Bunda bolaning yoshiga, organizmdagi ba'zi bir o'zgarishlarga, a'zolari funktsional o'zgarishlarga (buyurak, jigardagi) e'tibor qaratiladi.

Mahalliy yallig'lanish o'chog'iga ta'sir ko'rsatishda e'tibor qilinishi shart bo'lganlar:

- Xirurgik kesim o'tkazilishda, bolaning yoshi, organizmdagi umumiy holat, yiringli o'choqning o'rni, tarqoqligi, limfa va qon tomir joylashish sohalariga, kesimning hajmiga e'tibor qilinishi shart bo'ladi;

- Qon ketishni imkon qadar kamaytirish;

- Yiringli o'choqni kesish (ochish), kengaytrish, yiringni chiqarish va o'lik to'qimalardan tozalash;

- Kesim o'tkazilgan sohada harakatni cheklash maqsadida, immobilizatsiya qilish.

Yiringli infeksiyaning oldini olish profilaktikasi chaqaloqlik davridan boshlanadi. Tugʻruqxonalardagi tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiradi. Yaʼni tibbiyot xodimlari orasida biror bir kasallikka chalinganlar boʻlsa, vaqtincha chaqaloqlar parvarishidan chetlashiriladi. Tugʻruqxonalarda kasallikka moyillik boʻlgan – chala tugʻilgan, tugʻma norosoliklar boʻlgan bolalarni, ogʻir tugʻilgan, tugʻruq jarayonida onadagi boʻlgan baʼzi bir oʻzgarishlar shular jumlasidan. Bu guruhdagi bolalar dispanser nazoratida boʻlishi shart.

6.2. Xirurgik infeksiya

Frunkul – bitta soch qopchasining, teri bezi va atrofdagi yumshoq toʻqimalarning yiringli yalligʻlanishi. Qoʻlning kaft, oyoqning tovon sohasida boshqa, teri yuzasining barcha sohalarida uchraydi. Furunkul, soch tuklari koʻp joylashgan sohalar; bosh, yuz, boʻyin, koʻkrak qafasi, qorin oldi devori, qoʻl va oyoqlarda, oraliq aʼzolari sohalarida koʻp uchraydi (6.1-rasm).

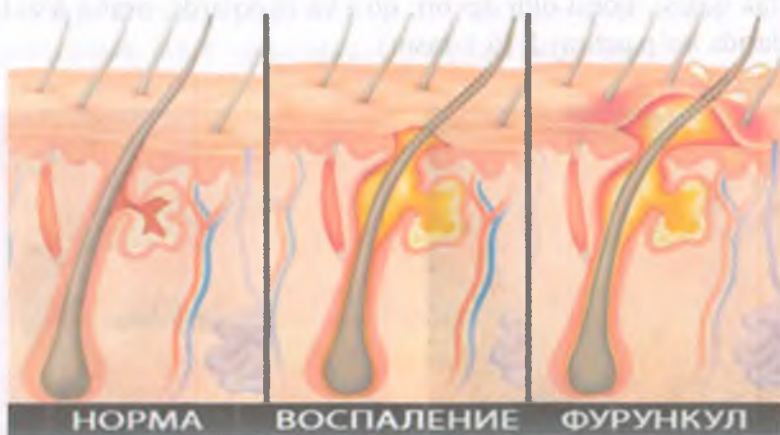


6.1-rasm. Yuqori lab va burun sohasidagi furunkul.

Etiologiyasi. Klinikamizda olib borilgan bir necha yillik laborator tekshiruvlar natijasiga (yiringli ekma) adabiyotlardagi maʼlumotlarga asoslanib aytish mumkinki, teri yuzasida boʻladigan kasallikni, asosan tilla rangli stafilakokk va kam hollarda oq sta-

filakokklar chaqirishi ma'lum bo'ldi. Ba'zi hollarda (stafilokokk va ichak tayoqchasi) birgalikda kuzatiladi. Kasallik, teri yuzasidagi jarohatlanishlar (shilinish, tiralish va boshqalar) natijasida xusus buzarlarni siqish, anemiya, vitaminlar yetishmasligi, uzoq vaqt boshqa kasalliklar bilan og'rikan bemorlarda, allergik kasalliklar va shaxsiy gigiyena qoidalarining buzilishidan kelib chiqadi.

Patogenizi. Mikroorganizm bilan, makroorganizm o'rtasida muvozanatning buzilishi. Jarohatdan organizmga tushgan mikroblar, to'qimalar oralig'iga joylashadi va o'zi uchun qulay muhit yaratib, atrof to'qimalarni emirib, oziqalanib destruktiv jarayoni chaqiradi. Shu sohada shish qon, limfa aylanishi buzilishi natijasida mahalliy nekroz yuzaga keladi. Infeksiya yana ham ko'payadi va o'zidan turli toksinlarni ishlab chiqarishi natijasida, kasallikning mahalliy va umumiy belgilari namoyon bo'ladi (6.1-rasm).



6.2-rasm. Frunkul rivojlanishi

Klinikasi. Klinik kechimiga ko'ra uchta bosqichi tafovut qilinadi:

- Infiltrat hosil bo'lish bosqichi;
- Yiringlash va nekroz bosqichi;
- Bitish bosqichi.

Yallig'lanish boshlanishida, soch folikulasi atrofida, chegaralari aniq bo'lmagan qizg'ish rangdagi qattiq hosila, shu sohada sanchiq yoki og'riq bo'lishi bilan boshlanadi. Soch tuki atrofida (sohasida), qizarish, shish, tuguncha shaklida infiltrat hosil bo'ladi. Kasallikka xos bo'lgan yana bir belgi, bemor shu sohadagi qichishishga (zud) va yengil sanchiqdan shikoyat qiladi. Birinchi va ikkinchi kunlar oralig'ida, yallig'langan infiltrat yana ham o'sadi va kattalashadi. Uning ko'rinishi konus shaklida bo'lib, atrof sog'lom to'qimadan ularoq shishgan (ko'tarilgan) bo'ladi. Shish sohasidagi teri qizargan, paypaslaganda infiltrat og'riqli bo'ladi. Yallig'langan yuzada, uning markazida, oqish yoki qora dog' ko'rinishida frunkul sterjini (nekrozning boshlanishi) ko'riladi. Keyingi kunlarda og'riq kuchayadi, soch tuki yonidan, uning markazidan yiring chiqa boshlaydi. Kasallikning 3–7 kunlarida hosil bo'lgan sterjin, o'lik to'qimaga aylanadi va atrof to'qimalardan ajralib, jarohat o'rnidan chiqadi. Sterjen ajralmasa uni operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi. Jarohat o'rni bo'shashadi, og'riq to'xtaydi, bir necha kun ichida jarohat bitadi. Kasallikning klinik ko'rinishi, kechishi va undan keyin bo'ladigan asoratlari, frunkulning joylashish joyiga bog'liq bo'ladi. Agar frunkul tashqi eshitish yo'lida, yuzda, yuqori labda, og'iz burchagida, burunda bo'lsa kuchli og'riq va shish bo'ladi. Bu sohalardagi furunkulda, oldiniga mahalliy o'zgarishlar, kuchli shish, og'riq, keyinchalik umumiy klinik belgilar, bosh og'rig'i, ichki zaharlanish, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Frunkulni siqilsa, shish, og'riq kuchayadi va jarayon chuqurlashib, bemor ahvoli og'irlashadi. Tomboflebit, limfadenit, limfangoit, sepsisga o'tadi va o'limga sabab bo'ladi. Furunkulni yengil, kasallik davolasi bo'ladi deb xulosa qilish ko'p hollarda og'ir asoratlarga olib keladi.

Diagnostikasi. Oldiniga anamez yig'iladi, kasallikning boshlanishi, davomiyligi va qilingan davo muolajalari so'raladi. Furunkulni, asosan, vezikal ko'ruvda aniqlanadi, uning joylashgan joyiga, egalagan maydoniga, mahalliy o'zgarishlarga e'tibor qaratiladi. Palpatsiya qilinib, mahalliy harorat, og'riq, infiltrat, flyuktasiya aniqlanadi. Yuz, labdagi furunkulda, og'iz bo'shlig'i, shilliq qavati, jag' osti limfa tugunlari, palpatsiya qilinadi. Quloq ichida joylashgan

furunkulni instrument yordamida ko‘riladi. Asoratlangan formalarida boshqa mutaxassislar tomonidan konsultasiya qilinadi, UTT va KT o‘tkaziladi. Umumiy qon tahlili, qoni va yirigni bakpassivga olinadi. Asoratlangan hollarda, leykositoz, EChT oshadi.

Differensial diagnostika. Hidrodenit, sibir yarasi, psevdofurunkulyoz, infeksiyon granulyoma va boshqa teri yuzasidagi kasalliklar bilan farq qilinadi.

Davosi. Kasallikda ambulator va statsionar davo qilinadi. Biz yuqorida aytib o‘tganimizdek, furunkulning joylashish joyiga, ko‘rinishiga, mahalliy va umumiy klinik belgilariga e‘tibor qilinadi. Boshlanish bosqichida, ambulator mahalliy davo, mazli (Vishnevskiy, levomikol va boshqa) boylamlar qo‘yiladi, fizioteropiya muolajalari (UFN, UVCh, kvars) buyuriladi. Yiringli ajralma chiqaboshlanaganda, gireptonik eritma bilan boylamlar qo‘yiladi. Jarayon cho‘zilib, umumiy o‘garishlar bo‘lganida, xirurgik yo‘l bilan, o‘tkir tig‘li skalpelda ochiladi.

Kasallikning umumiy belgilari va asoratlanish alomatlarini bo‘lganida, statsionar davo muolajalari o‘tkaziladi. Og‘riqqa qarshi (analgin 25–50 %), antibiotiklar, infuzion terapiya, antistafilokokkli gammoglobulin, immunoglobulin va boshqalar qilinadi. Tana harorati yuqori bo‘lmasa, fizioterapiya muolajalari (UFN, UVCh, kvars) boshlanadi. Qo‘l oyoqlardagi furunkulda immobilizatsiya qilinadi, harakat cheklanib, og‘riqning oldi olinadi. Lab, yuz sohalaridagi furunkullarda, suyuq ovtqatlar buyuriladi, chaynamaslik va ko‘p gapirmaslik kerak.

Davo muolajalari asosli ravishda olib borilsa, asoratlar kam bo‘ladi yoki bo‘lmaydi.

Saramas (roja). Teri yuzasidagi infeksiyon yallig‘lanish kasalligi.

Etiologiyasi. Saramasni chaqiruvchisi, streptakokk, kamdan kam hollarda stafilokokk va pnevmokokklar. Teri yuzasidagi (epiteliy) jarohatlanishidan kelib chiqadi. Kasallik birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi, birlamchi yuqorida aytilganidek teri yuzasidagi jarohatlardan, ikkilamchi saramas teri yuzasidagi boshqa yiringli yallig‘lanishlarning asoratlanishidan kelib chiqadi. Limfa yoki gematogen yo‘llar orqali kelib chiqish ehtimoli bor. Bemordan

bemorga, xirurgik jihozlardan, bog‘lov materiallaridan ham o‘tishi ehtimoli adabiyotlarda keltirilgan. Kasallik boshlanishidan (24–36 soat) keyin bo‘ladigan o‘zgarishlar, nekrotik flegmonaga o‘xshash bo‘ladi. Har ikkala kasallik ham, bola organizmidagi mahalliy va umumiy o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik teri yuzasining barcha sohalarida uchrashi mumkin. Inkubatsion davri 2–7 kundan (3–5 kungacha) va bir necha soatgacha davom qiladi. 60–70 % hollarda qo‘l-oyoqlarda, 20–30 % yuz qorin oldi devorida, 4–5 % boshqa sohalarida uchraydi (6.3-rasm).



6.3-rasm. a – oddiy shakli; b – bullyoz shakli

Klinikasi. Saramasda teri yuzasi silliq, yaltiroq, chegarasi aniq, taranglashgan ko‘rinishda namoyon bo‘ladi. Shishning tarqalishi va teri yuzasidagi qizarish «tilga» o‘xshash bo‘ladi. E’tibor qilinsa, yallig‘lanish markazida jarohat o‘rni, terining jarohati ko‘riladi. Kasallikning formasiga ko‘ra klinik belgilari turli ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladi. Eritematoz (oddiy), bullyoz, flegmonoz, gangrenoz formalari tafovut qilinadi. Kasallik ko‘p uchraydigan sohalariga; yuz, bosh, qorin oldi, oraliq va oyoqlar kiradi. Ulardan xaffisi, yuz sohasida bo‘ladigani, ya’ni ko‘z va miyaga o‘tish hamda asoratlanish ehtimoli yuqori bo‘ladi. Chaqaloqlarda, qorin oldi devori, kindik va oraliq sohalarida ko‘p uchraydi. Kasallik tez boshlanadi va yon atrofga tez

tarqaladi. Bola organizmida umumiy o'zgarishlar: toksikoz, tana haroratining ko'tarilishi, qusish, ich ketish bilan boshlanadi. Ko'p hollarda umumiy belgilar, mahalliy belgilardan oldin boshlanadi. Eritematoz formasida – teri yuzasida qizarish, aniq chegaraga ega bo'lgan geografik xaritani eslatuvchi ko'rinish kuzatiladi. Yallig'lanish maydonida og'riq bo'ladi. Bullyoz formasining o'zi ham ikki xil ko'rinishda namoyon bo'ladi. Birinchisida bir nechta har xil hajmdagi, sarg'ish suyuqlikli pufaklar bo'lib to'lishgandan keyin yorilishi mumkin. Ikkinchi ko'rinishida shu pufaklar yiringlagan bo'ladi. Flegmonoz va gangrenoz formasida, jarayon chuqurlashadi, yallig'lanish teri osti qatlamiga o'tadi, flegmonaga aylanadi va nekrozga uchraydi. Jarayon cho'zilsa retsivlanadi va kasallik bir necha oydan, bir yilga cho'zilishi mumkin bo'ladi. 25–30 % bemorlarda ko'ngil aynishi va qusish bo'ladi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi (onasining so'zidan), kasallik bolaning bezovtaligi bilan boshlanganligi, qorin oldi devorida va boshqa sohadagi teri yuzasida qizarish bilan boshlanganligi so'raladi. Umumiy ko'ruvda jarohat o'rni, teri yuzasidagi o'zgarishlarga e'tibor qilinadi. Palpatsiya qilinadi, qattiq yoki yumshoq kostissensiyali, og'riqli, mahalliy harorat borligi aniqlanadi. Umumiy qon tahlilida, kasallikning boshlanishida o'zgarishlar bo'lmaydi, keyinchalik qon va siydik tahlillarida o'zgarish kuzatiladi.

Differensial diagnostikasi. Bullyoz ekzantema, flegmona, pemfigus, infeksiyon va noinfeksiyon toshmalar bilan differentsiatsiya qilinadi.

Asorati. Yaralar, nekroz, abscesslar, flegmona, sepsis.

Davosi. Kasallikning formasiga va bemordagi bo'ladigan umumiy o'zgarishlarga qarab, infuzion terapiya, antibakterial terapiya, antigistaminlar, pufaklar ochiladi va ishlov berilib, mazli boylamlar, UFN, kvarts buyuriladi. Restidiv formalarida uzoq vaqt davolanadi, keng ko'lamdagi antibiotiklar qilinadi. Kasallikning mahalliy belgilari 10–14 kunlari qayta boshlaydi, teridagi pigmentatsiya va shish uzoq vaqt saqlanishi mumkin. Lixoradka 5–7 kungacha davom qiladi.

Limfadenit (Lymphadenitis) – limfa tugunlarining, spetsifik infeksiya sababli yallig'lanishi. Yumshoq to'qimalardagi yiringli yallig'lanishlar va boshqa a'zolardagi yallig'lanishlar evaziga bo'ladigan

o'zgarish. Ko'pchilik hollarda, limfalenit ikkilamchi bo'ladi, bitta yoki kamdan kam hollarda ikkita va undan ortiq limfa tugunlarining yallig'lanishi kuzatiladi. Ma'lum bir sohadagi limfadenit, teri yuzasida bo'ladigan jarohatlar sababli, infeksiya tushishidan kelib chiqadi. Shuningdek, bakterial infeksiya o'chog'i bo'lganida (yiringli otit va boshqalarda), virusli (tug'ma tuberkulyozda) va zamburug' kasaligidan kelib chiqadi. Ba'zi bir vakstinatsiyalardan keyin ham limfadenit kuzatiladi. Bola hayotining birinchi kunlarida qilinadigan BIJJ ham shular jumlasidan.

Klinikasi – kasallikning boshlanishida uning mahalliy va umumiy belgilari bo'lmaydi, bolaning umumiy ahvoli qoniqarli. Bu yoshdagi bolalarda limfa tugunlarining hajmi 0,5 sm bo'lib, ular elastik, yumshoq, bir biri va teri bilan birikmagan, og'riqsiz bo'ladi. Yallig'lanish boshlanganida (perelinfadenit), limfa tugunlari qattiqlashadi, infiltrat kuzatiladi, bir biri bilan brikadi, palpatsiyada, og'riqli bo'ladi va keyinchalik yiringlaydi. Tana harorati subfebril raqamlarga ($37,2-37,8^{\circ}\text{C}$) ko'tariladi. Umumiy qon tahlilida nisbatan o'zgarishlar kuzatiladi. Limfa tugunlari va unga yaqin atrof yumshoq to'qimalarga yiringli yallig'lanish jarayonning tarqalishi, bu adenoflegmona deb yuritiladi. Bunday hollarda kasallikning, mahalliy va umumiy belgilari tez namoyon bo'ladi, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, bezovtalanadi, og'riq kuchayadi. Umumiy tana harorati 38°C va undan yuqori raqamlarga ko'tariladi. Mahalliy shish atrof to'qimalarga tarqaladi fluktatsiya, ichki zaharlanish kuchayadi va bolaning uyquasi, ishtahasi buziladi.

Diagnostikasi. Anamnez – kasallikning boshlanishi, bemorning qo'l oyoqlaridagi jarohatlar, yumshoq to'qimalardagi yiringli hosilalar, a'zolaridagi yiringli (yiringli otit) yallig'lanishlar va boshqa kasalliklarga e'tibor qaratiladi. Limfadenitning boshlanishida, ma'lum bir sohadagi limfa tugunlarida yallig'lanish va keyinchalik vaqt o'tishi bilan umumiy o'zgarishlar namoyon bo'ladi. Umumiy ko'ruv, yiringli manbani topishga harakat qilinadi. Limfa tugunlaridagi o'zgarishlar, palpatsiyada; bir yoki bir necha sohadagi limfa tugunlari kattalashgan, bir-biriga yopishgan, og'riqli, infiltratsiya, flyuktuatsiya aniqlanadi. Zaruratga ko'ra biopsiyaga olinadi va boshqa bir qancha kasalliklardan farqlanadi.

Differensial diagnostikasi. Infekcion – bakterial (sepsis, tuberkuloz, brutsellez, tulyaremiya, siflis va boshqalardan) differentsiatsiya qilinadi. Virusli (qizilcha, adenovirusli infeksiya, gripp, OITS, infekcion mononukleoz va boshqalardan) farqlanadi. Zamburug‘li (gistoplazmoz, aktinomikoz) protozoynli (toksoplazmoz, paradaerioz, leyshmaniozdan). Autoimmun kasalliklar (revmatoid artrit, dermatomiozit, sklerodermiya, periarterit va boshqalar. Adenoflegmona, xafsiz va xafli o‘smalar bilan differentsiatsiya qilinadi.

Limfodenit va mastit – yiringli limfadenitni mastitdan farqlash unchalik qiyin bo‘lmaydi. Anamnez to‘g‘ri yig‘ilsa, kasallikning boshlanishi, joylashish joyiga (lokalizatsiyasiga), e‘tibor qlinsa, uni farqlash qiyin bo‘lmaydi. Bunday kasalliklarda yallig‘lanish sohasi chegaralangan, og‘riqli, flyuktuatsiya bo‘ladi.

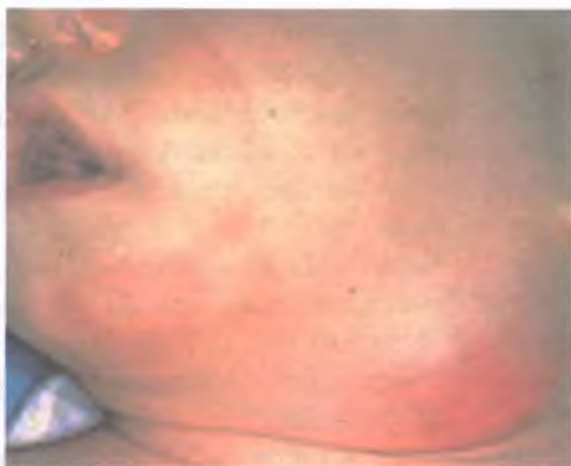
Asorati. Adenaflegmona, qo‘pol chandi, sepsis.

Davosi. Limfadenit boshlanishida uning sababi aniqlanib asosiy manbani bartaraf qilishga harakat qilinsa, konservativ davo qlinsa kifoya qiladi. Fizioterapiya UVCh № 5, antibiotik (sezuvchanligiga qarab), 70 % spirtli boylam buyuriladi. Yiringli hosila bo‘lganida, xirurgik davo qilinadi, (Insizio) yiringli hosila ochiladi va odatdagidek davo muolajalari o‘tkaziladi.

Adenaflegmona – limfa tugunlarining atrof yumshoq to‘qimalarning yiringli yallig‘lanishi. Boshqa kasalliklar, teri yuzasidagi yiringli yallig‘lanish kasalliklari evaziga limfadenit va uning asorati sifatida adenaflegmona rivojlanadi.

Adenaflegmona ko‘p uchraydigan sohalar, bo‘yin yon atrofi; jag‘ osti, iyak ostida, chov sohasilari kiradi. Limfadenitda tegishli davo muolajalari foyda bermasa, yiringli yallig‘lanish jarayoni atrof to‘qimalarga tarqaladi va flegmonaga aylanadi.

Tashqi limfa tugunlari tiqis, yuza va ko‘p joylashgan sohalar, bo‘yin va chov sohalaridir. Atrof to‘qimalarda bo‘ladigan har qanday yallig‘lanish limfa tarmoqlari orqali limfa tugunlariga ta‘sir ko‘rsatadi, oldiniga limfadenit va uning asorati adenaflegmona rivojlanadi. 1–3 yoshgacha bo‘lgan bolalarning; jag‘ osti, iyak osti, bo‘yin sohalarida adenaflegmona ko‘p uchraydi (6.4-rasm).



6.4-rasm. Adenaflegmona

Etiologiyasi. Stafilakokklar, streptakokk va boshqa infeksiyalar qo'zg'atadi. Adenaflegmonani, limfadenit, teridagi yiringli kasalliklar (korbunkul, frunkul, saramas, osteomielit, tromboflebit, turli yaralar va boshqalar) chaqiradi. Limfa tugunlariga infeksiyalar va ularning toksinlari, gematogen, limfogen, yo'llar bilan o'tadi. Birlamchi infeksiya faqatgina, limfa tugunlarining jarohatlanishidan kelib chiqadi.

Yallig'lanish va yiringlashga moyil bo'lgan sohalar: 1) jag' osti, 2) iyak osti, 3) ko'krak-o'mrov-mushaklar aro, 4) ikkinchi bo'yin fassiya oralig'ida, 5) ichki ko'krak-o'mrov-mushaklararo, tomir-nerv yo'nalishi bo'ylab bo'ladigan, 6) bo'yining old, yon tomonlarida yuza mushaklar aro bo'ladigan yuzaki, 7) mushaklar hosil qilgan uch burchak oralig'ida, 8) traxeya oldida, 9) traxeya va qizilo'ngach orqasida, 10) bo'yin yon sohalaridagi uch burchaklarda, 11) bo'yining old yuzasida, qalqon simon bez yo'nalishida, 12) bo'yining yon tomonida yuza joylashgan, broxogen kistalar shular jumlasidan.

Patogenezi. Turli xildagi infeksiyalar sababli, bo'yin sohasida bir necha xildagi o'tkir yiringli yallig'lanish kasalliklari kelib chiqishi mumkin. Bo'yin atrofida hosil bo'lgan turli hosilalar: yirik tomirlar, nervlarda, halqum, traxeya, qizilo'ngach, qalqonsimon bezidagi

bo'ladigan yallig'lanishlar evaziga, og'ir xirurgik kasalliklar, murakab asoratlarga sabab bo'luvchi holatlar kuzatiladi. Limfa tugunlariga o'tgan infeksiya, oldiniga yallig'lanishni keyinchalik yiringli destruktiv jarayonni chaqiradi. Keyinchalik bu destruktiv jarayon chuqurlashadi, yon atrofga tarqaladi, absesslanuvchi nekrozga va adenaflegmonaga aylanadi.

Chiritivchi infeksiyada, limfa tugunlarini yemiradi. Infeksiya o'chog'idan ajrala boshlangan serroz eksudat limfaga va atrof to'qimalarga so'riladi. Destruktiv yiringli yallig'lanish jarayoni atrof to'qimalarga tarqaladi. Yiringli jarayon katta maydoni egallaydi va navbatdagi asoratlarga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Bo'yin yon atrofida bo'ladigan flegmonalarning asosini – adenoflegmonalar tashkil etadi. Sohada, limfa tomirlari, tugunlari juda ko'p va tiqis joylashgan, infeksiyalanishga moyilik bo'ladi. Bo'yin yon tomonlarida bo'ladigan adenaflegmonalarning joylashish joyiga ko'ra o'ziga xos klinik ko'rinishlari bo'ladi. Yallig'lan hosilalar, infiltratlar, limfa tugunlari sohalarda (iyak osti, jag' osti) sohalarda bo'ladi. Oldiniga qattiq, harakatchan, no tekis ko'rinishda bo'ladi. Keyinchalik terida qizarish, og'riq, jarayon chuqurlashadi, mahalliy harorat, flyuktuatsiya aniqlanadi. Bemorda umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, yallig'lanish jarayoni bo'yining bir tomonini to'liq egallaydi. Bemor boshni harakatlantirmaydi, yon tomonga qaragancha ehtiyot qiladi (spastik bo'yin qiyishiqligi), harakatlantirganda bo'yinda og'riq kuchayadi. Yiringli jarayon vaqt o'tishi bilan mushaklar aro bo'shliqlarga tarqaladi va kasallikning ko'rinishi septik ko'rinishda kechadi. Holsizlik, ishtahasizlik, bosh og'rig'i, og'riq quloqlarga beradi, tana harorati (38–38,5 °C) ko'tarildi, shu atrofda tarqoq og'riq bo'ladi. Umumiy qon tahlilida, lekostitoz va EChT oshadi. Chuqur joylashgan (yonbosh va chanoq) limfa tugunlarining yallig'lanishida, kasallikning klinik ko'rinishi og'ir o'tadi va umumiy ko'rinishlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorning oyog'idagi harakati cheklanadi, kuchli og'riq, ichki zaharlanish, tana harorati (39°C) ko'tariladi.

Diagnostikasi. Birinchi navbatda, batafsil anamnez yig‘iladi – kasallikning boshlanishi, o‘tkazgan kasalliklari va boshqa kasalliklar so‘raladi. Adenaflegmonaning diagnostikasi unchalik qiyin bo‘lmaydi. Umumiy ko‘ruv, teri yuzasidagi o‘zgarishlar, palpatsiyada, mahalliy harorat, infiltrat, flyuktuatsiya. Bo‘yinda sohasidagi hosila, harakat cheklanishi, palpatsiyada, harakatlantirganda og‘riqning kuchayishi kasallikdan dalolat beradi. Zaruratga ko‘ra, punksiya qilinib yiring olinadi va bakpassivga beriladi.

Differensial diagnostika. Flegmona, bo‘yin oldi va yon tonlaridagi yallig‘langan kistalar va oqmalar bilan, o‘smalar bilan, magistral qon tomirlar kasalliklar, chov churrasi, surinkali nospetsifik limfadenit, skarlatina, difteriya, gripp, siflis, sil, epidparotit, limfagranulematoz va o‘smalardan differentsiatsiya qilinadi.

Davosi. Kasallikda ambulator konservativ va statsionar xirurgik davo qilinadi. Boshlanish formalari konservativ davo qilinadi; harakat cheklanadi, UVCh va antibiotiklar beriladi. Yiringli yallig‘lanish va asoratlarida, faol xirurgik aralashuv, hosila ochiladi va mahalliy, umumiy siptomatik davo boshlanadi. Kasallikning umumiy belgilari bo‘lgan bemorlarga infuzion terapiya, antibakterial terapiya va fizioterapiya (UFN, UVCh, kvarts) buyuriladi. Nospetsifik formasida, asosiy kasallikni davolash bilan birga, fizioterapiya muolajasi beriladi. Tegishli davo muolaja qilinsa asorat bo‘lmaydi.

Panaritsiy.

O‘tkir yiringli panaritsiy – barmoq, tirnoq bo‘g‘imi (falanga) sohasidagi yiringli yallig‘lanish. Panaritsiy – umumiy yig‘indi so‘z bo‘lib, barmoqlarda bo‘ladigan barcha yiringli yallig‘lanishlarni o‘z ichiga oladi. Bularning har birining o‘ziga xos klinik ko‘rinishi va davolash usullari mavjud. Bolalarda asosan yiringli yallig‘lanishlar tirnoq falangasi va uning atroflarida bo‘ladi. Panaritsiyaning tasnifi; teri, teri osti, panarixiya, tirnoq yon sohasi; tirnoq osti, pay, suya va bo‘g‘im panaritsiyalariga ajratiladi (6.5-rasm). Epiderma ostidagi (teri oralig‘idagi) abscess (yiring), teri osti formasidan, qum soati ko‘rinishida (ingichka yo‘l orqali), chuqur joylashgan to‘qimalarga va boshqa sohalarga tarqaladi (6.6-rasm).



6.5-rasm. Panaritsiyning ko‘rinishlari



6.6-rasm. Yiringli jarayon tarqalish ehtimoli bo‘lgan sohalar

Teri formasi – teri oralig‘ida (epiderma ostidagi) yiringli yallig‘lanish (abscess). Bu yiringli yallig‘lanish, kasallikning yengil formasi deb yuritiladi. Epiderma ostidagi, teri oralig‘ida joylashgan abscess 80 % hollarda barmoqning ichki yuzasida joylashadi (6.7-rasm).



6.7-rasm. Teri formasi

Etiologiyasi. Ko‘pchilik hollarda panaritsiyning kelib chiqishiga shu sohada bo‘ladigan jarohatlar (shilinishlar, sanchilish va

boshqalar) sabab bo'ladi. Kasallikni qo'zg'atuvchilari, stafilakokk, streptakokk va ichak tayoqchasi. Jarohatdan tushgan infeksiya destruktiv yiringli yallig'lanish, abssessni chaqiradi.

Patogenezi. Teri ostiga tushgan mikroorganizm, destruktiv jarayoni chaqiradi va ma'lum bir bo'shliqni hosil qiladi, shu sohada yiring yig'ilib, sekin-astalik bilan kattalashadi, teri ostida joylashgan yiringli jarayon, qum soati ko'rinishida teri oralig'ida hosil bo'lgan yo'l orqali, teri oralig'i (formasiga) o'tadi.

Klinikasi. Teri formasida, kasallikning klinik ko'rinishi tez namoyon bo'ladi. Ba'zida bir necha soat ichida rivojlanadi. Kasallikning asosiy belgisi, tirnoq falangasidagi og'riq va harakat cheklanadi. Og'riq faqatgina tirnoq atrofida emas balki butun barmoqqa tarqaladi. Barmoqning ichki yuzasida, qizarish, shish va kuchli og'riq kuzatiladi. Bolalarga xos bo'lgan umumiy belgilaridan biri bu umumiy tana haroratining ko'tarilishi (38–38,5 °C)dir. Asta sekinlik bilan, bemorning umumiy ahvolidagi o'zgarishlar, bezovtalik, ishtahasizlik, uyqusizlik kuzatiladi. Sinchiklab ko'rilganda yiring to'planganligi aniqlanadi. Palpatsiyada va barmoqni harakatlantirib ko'rilganida og'riq kuchayadi. Jarayon davom etishidan, limfa tizimi orqali infeksiya limfa tarmog'iga tarqaladi va limfangit, limfadenitga sabab bo'lishi mumkin.

Differensial diagnostika. Teri osti panaritsiyasi bilan tirnoq falangasi sohadagi jarohatlarning infeksiyalanishi, zamburug' va ba'zi bir teri kasalliklari bilan differensiatsiya qilinadi.

Davosi. Kasallikning davriga, ko'rinishiga qarab tegishli davo qilinadi. Kuchsiz og'riq, shish va qizarish bo'lganida, kaliy permanganat, chereda bilan, kun davomida, 3–5 daqiqa, 2–3 mahal vanna qilinadi (eritmaning harorati 40 °C) (6.8-rasm). Mazli bog'lamlar; Vishnevskiy, sintomistin, streptostid emulsiyalari bog'lanadi. Yiringli ko'rinishida, epidermis to'liq qiyib kesib olinadi va bartaraf qilinadi. Bunday hollarda og'riqsizlantrish talab qilinmaydi, muolaja davrida bolaning o'zi bu holatni ko'rmasligi kerak. Oldiniga hosila ochiladi va keyin o'tkir qaychi bilan uning atroflaridagi qolgan qismi qiyib tashlanadi. Jarohat yuzasi 3% perikis vodorod va furastillin bilan yuviladi, shu sohani sinchkovlik bilan ko'riladi, chuqur

joylashgan epiderma ostidan yiring ajralmaydi. Agarda yoʻnalish chuqurlashib, yiringli ajralma aniqlansa, jarohat kengaytiriladi, yiring chiqarilib, yuviladi va davo tartibi oʻzgaririladi. Jarohat tozalangach, mazli boylamlar bogʻlanadi. Bemorning umumiy ahvolidagi sezilarli oʻzgarishlar, kasallikning asorati boʻlmasa, antibiotik va boshqa davo muolajalari buyurilmaydi.

Teri osti panarititsiyasi – tirnoq falangasi teri osti sohasining yiringli yalligʻlanishi. Barmoqning ichki kaft yuzasi tomonidagi, mikrotravmalar sababli sodir boʻladi. Koʻpchilik hollarda, 2-barmoqda kuzatiladi. Yalligʻlanishning bu koʻrinishi ham bolalar yoshida koʻp uchraydi. Bunga sabab, barmoqlarning ich yuzasida, teri osti yogʻ qatlami yaxshi rovojlangan boʻlib, gʻovak boʻshliqlar boʻladi. Infeksiya shu gʻovak boʻshliqlarga tushadi va koʻpayadi. 80–90 % joylashish joy 1-2-3 barmoqlarda tirnoq falangasining ichki yuzasida uchraydi (6.8-rasm).



6.8-rasm. Teri osti formasi

Etiologiyasi. Kasallikni qoʻzgʻatuvchilari, stafilakokk, streptakokk va boshqa poliinfeksiyalar. Jarohatdan tushgan infeksiya destruktiv yiringli, cheklangan va cheklanmagan, tarqoq boʻlishi mumkin. Vaqt oʻtishi bilan yalligʻlanish yon atrofga, chuqur toʻqimalarga tarqaladi va shish ogʻriq kuchayadi.

Patogenezi. Jarohat o'rnidan yog' qatlamiga o'tgan infeksiya mahalliy to'qimalardan oziqalanadi va ko'payadi. Mahalliy immunologik holat kuchli bo'lsa, yallig'lanish jarayoni ma'lum bir sohada cheklangan bo'ladi. Immunologik kuchsizlik bo'lganida, shu sohadagi infeksiya tez ko'payadi va atrof to'qimalarga tarqaladi. Teri osti panaritsiyasida infeksiyaning tarqalish yo'llari; 1) teri oralig'iga; 2) biriktiruvchi to'qimalar yo'nalishi bo'ylab, suyakga; 3) pay oralariga; 4) bo'g'imga; 5) limfaga; 6) gematogen yo'llar.

Klinikasi. Kasallikning boshlanishi og'riq va tirnoq bo'g'imida harakat cheklanishi bilan namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan og'riq kuchayadi va pulsatsiya kuzatiladi. Kunduzi va kechasi og'riq bosilmaydi, bemorning uyqusi buziladi. Tirnoq bo'g'imi sohasida shish kuchayadi, teri qizaradi va taranglashadi. Mahalliy ko'rinishdan, umumiy belgilarga o'tadi, nisbatan tana harorati ko'tariladi. Yallig'lanishning bu ko'rinishidagi farqi, shish va yiringli jarayon boshqa sohalarga (bo'g'imga-tendovaginit) tarqaladi. Shuningdek, limfa tugunlariga ham ta'sir ko'rsatadi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi va sababi aniqlanadi. Umumiy ko'ruvda aniqlasa bo'ladi. Barmoq va tirnoq falangasi sohasida teri qizargan, shish farqlanadi. Jarayon kuchayishi bilan butun barmoq bo'ylab va panja tashqi, ichki yuzalarigacha tarqalishi mumkin. Jarayon chuqur joylashganligi uchun, teri qizarishi kech namoyon bo'ladi. abscess qum soati ko'rinishida bo'lib, yiring teri oralig'iga o'tsa, terida qizarishi bo'ladi. Palpatsiyada og'riq kuchayadi, pulsatsiya aniqlanadi. Bemor qo'lini juda ehtiyot qiladi, barmoq bo'g'imdan bukilgan holatda bo'ladi. Umumiy qon tahlili yiringni bakpassiyga olinadi.

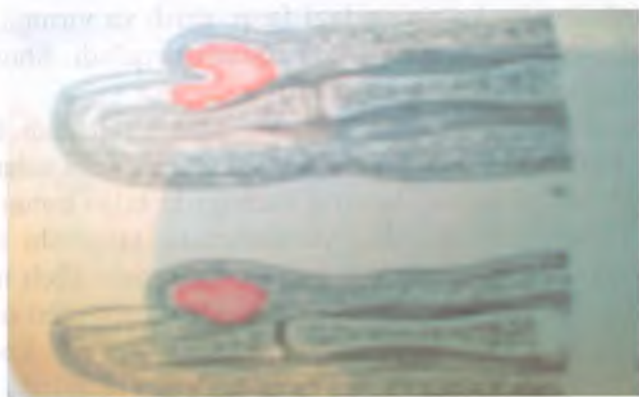
Differensial diagnostika. Panaritsiyaning boshqa formalari, qon talash va travmalar bilan differensasiya qilinadi.

Asorati. Panaritsiyaning boshqa (teri, pay, bo'g'im) formalariga o'tadi, limfangit, limfadenit, kontraktura.

Davosi. Kasallikning birinchi kundan yallig'lanishga qarshi faol davo muolajalari boshlanadi. Antibakterial terapiya, fizioterapiya (UFN, UVCh) issiq vannalar (kuniga 2-3 mahal) va mazli boylamlar qo'llaniladi. Yiringlash ehtimoli bo'lganida, tezda operativ davo

qilinadi. Bolaning yoshi e'tiborga olinib, mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantrish ostida yiringli hosila ochiladi. Jarohat ochilganida, yiring ajralishini yengilatish uchun, rezina kertmak (выпусник) qo'yiladi va gipertonik spirtli boylam boylanadi. Antibakterial terapiya, vanna davom etiriladi, barmoq immobilizatsiya qilinadi.

Paronixiya – tirnoq yostiqchasining yiringli yallig'lanishi. Bolalar yoshida ko'p kuzatiladigan yiringi yallig'lanishning bir ko'rinishi. Yiringli jarayonning egallagan o'rniga ko'ra ikkita ko'rinishda bo'ladi; yuzaki – subepidermal va chuqur joylashgan – butun tirnoq yostiqchasi sohasidagi yumshoq to'qimalar orlig'idagi yiringli jarayonga. Kelib chiqish sabablariga; organizmdagi moddalar almashinuvining buzilishi, turli xildagi jarohatlar (shilinish, sanchilish) sabab bo'ladi (6.9-rasm).



6.9-rasm. Panorixiya

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchilari: stafilakokk va streptakokklar. Jarohat o'rniga tushgan infeksiya to'qimalar oralig'ida asta-sekinlik bilan rivojlanadi, ko'payadi va destruktiv jarayonni chaqiradi.

Patogenezi. Mikroorganizm qulay muhit sharoitida atrof to'qimalardan oziqalanadi va ko'payadi. Destruktiv jarayon yuza joylashganida, yallig'lanish tez rivojlanib, mahalliy o'zgarishlar tez

namoyon bo'ladi. Chuqur joylashgan, yiringli yallig'lanishlarda, tirnoq atrofidagi butun bir to'qimalar bo'ylab yiring yig'iladi va kasallikning ko'rinishi farqlanadi.

Klinikasi. Barmoq, tirnoq sohalaridagi xarqanday yiringli yallig'lanishlarda, oldiniga kasallikning mahalliy belgilari va keyinchalik umumiy belgilari namoyon bo'ladi. Ayniqsa butun bir tirnoq plastinkasini qamrab olgan (total) yallig'lanishlarda, umumiy o'zgarishlar tez rivojlanadi. Kichik yoshdagi bolalar, bezovtalanadi, qo'lini ko'rsatib yig'laydi. Kasallikning boshlanishida tirnoq yostiqchasi (jarohat) sohasida, qichishish, qizarish, shish va og'riq bo'ladi. Kiyim kiydirish vaqtida yoki qo'l bilan tegilganda, og'riq kuchayadi. Mahalliy belgilari aniqlanib tegishli davo muolajali boshlansa, og'riq kamayadi va tuzalishi mumkin bo'ladi. Yiring hosil bo'lgan ikkinchi bosqichda, tirnoq birikgan teri yuzasida; qizarish atrofga tarqaladi, shish ko'payadi va og'riq kuchayadi. Yupqalashgan teri ostida, to'plangan yiring ko'riladi. Barmoqdagi har qanday harakat og'riqni kuchaytiradi, shu bois bola qo'lini ehtiyot qilishga harakat qiladi.

Diagnostikasi. Qiyinchilik tug'dirmaydi, ko'ruvda jarohat o'rnida qizarish, shish, infiltrat, yiring ko'riladi. Bemordan barmog'ini harakat qildirishni so'rasangiz, og'riqdan shikoyat qiladi. Palpatsiyada infiltrat aniqlanadi, og'riq kuchayadi va bola bezovtalanadi. Ba'zi hollarda yiring chiqa boshlaydi va og'riq bir oz kamayadi.

Differensial diagnostika. Panaritsiyning tirnoq osti formasi, zamburug' kasalligi va sistemali kasalliklar bilan differenstatsiya qilinadi.

Asorati. Qaytalanadi, tirnoq plastinkasi deformatsiyalanadi, ikkinchi barmoqdagi yallig'lanishda, flebit bo'lish ehtimoli bor.

Davosi. Infiltratli bosqichida, konservativ davo qilinadi. UFN, UVCh bilan almashtirib beriladi. Fizioterapiyaning orasida mahalliy antiseptik eritmalar bilan boylamlar qo'yiladi yoki issiq (kaliy permanganat, sodali) vannalar qilinadi. Yiringli hosilalar bo'lganida faqat xirurgik yo'l bilan kesimlar qilinadi. Bolaning yoshiga va yiringli holatga ko'ra og'riqsizlantrishni xirurg o'zi tanlaydi. Mahalliy og'riqsizlantrishda xloretildan foydalansa ham bo'ladi. Abscess bo'lganida, tirnoq yostiqchasi bir oz ko'tariladi

va kesim o'tkaziladi. Bo'shliqni perikis vodorod (3 %), furastilin bilan yuviladi. Birinchi kunlari gipertonik eritma, spirt aralashmasi bilan va keyingi kunlari mazli boylamlar tavsiya qilinadi. Infiltrat va qizarish qaytmaguncha, UFN va UVCh davom ettiriladi.

Tirnoq yon sohasi panaritsiyasi – tirnoq yon tomonidagi chegaralangan (lokal) yiringli yallig'lanish (abscess). Kasallikning bu formasi, kattalar xirurgiyasida keltirilmagan va ma'lumot yo'q. Tirnoqning yon tomonlarida, epiderma osti joylashadi. Boshqa bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardagidek, jarohatlar boshqa sabablarga ko'ra sodir bo'ladi. Ko'pchilik hollarda barmoqning distal qismida ko'proq kuzatiladi (6.10-rasm).



6.10-rasm. Tirnoq yon sohasi panaritsiyasi

Etiologiyasi. Asosiy qo'zg'atuvchilari: stafilakokk, streptakokk va ichak tayoqchasi. Jarohat o'rnidan o'tgan infeksiya, yallig'lanishga sabab bo'ladi.

Patogenezi. Bola organizmining kuchsizligi, boshqa kasalliklarga tez tez chalinishi va mahalliy to'qimadagi immunologik holat, infeksiyaning rivojlanishida muhim rol o'ynaydi. Har qanday infeksiya mahalliy to'qimalardan oziqalanadi va ko'payadi. Jarayon kegayib, to'qimalar oralig'idagi destrktiv yallig'lanish kuchayadi.

Klinikasi. Boshlanishida shish, teri yuzasida qizarish va kuchsiz og'riq bo'ladi. Keyinchalik yallig'lanish avj oladi, og'riq kuchayadi

va kasallikning umumiy belgilar namoyon bo'ladi. Yiringli hosila turli (hajmlarda) ko'rinishda bo'ladi, kasallikning klinikasi shunga bog'liq bo'ladi. Ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda bezovtalik (og'riq) erta boshlanadi. Kasallik o'z vaqtida aniqlanib, tegishli yordam ko'rsatilmasa, tirnoq osti formasiga o'tadi.

Davosi. Infiltratsiya bosqichida konservativ davo boshlanadi. UFN, issiq vannalar buyuriladi. abscess yetilgan bo'lsa, operatsiya qilinadi, yiringli hosila ochiladi. Odatdagidek davo qilinadi. Umumiy o'zgarishlar bo'lganida, antibiotik qo'shiladi, antiseptik eritmalar bilan yuviladi va gipertonik boylam bog'lanadi. Keyingi davrda, mazli boylam va fizioterapiya muolajasi davom ettiriladi.

Tirnoq osti panaritsiyasi – tirnoq ostidagi yiringli yallig'lanish. Kasallikning bu formasi ko'pchilik hollarda tirnoq sohasidagi boshqa yiringli kasalliklar (panaritsiyalar) va turli xildagi jarohlardan (qon talash va boshqalardan) keyin kelib chiqadi. Yiring tirnoq asosida, yonida, bir chetida, ma'lum bir sohada yoki butun bir tirnoq ostiga tarqalgan bo'lishi mumkin. Birlamchi panaritsiy, jarohlardan keyin bo'lsa, ikkilamchi panaritsiy biz aytib o'tgandek, boshqa yiringli yallig'lanishlardan keyin bo'ladi (6.11-rasm).



6.11-rasm. Tirnoq osti formasini

Etiopatogenezi. Yuqorida aytib o'tilgan kasalliklardagidek, chaqiruvchilari, stafilakokk, streptakokk va ichak tayoqchasi.

Klinikasi. Kasallikning boshqa formalaridan klinik farqi, og‘riq barmoqda harakatga bog‘liq bo‘lmaydi. Bolaning uyqusi buziladi, bezovtalanadi. Mahalliy belgilardan tez umumiy o‘zgarishlarga o‘tadi. Umumiy tana harorati yuqori ko‘rsatgichlarga (38–39 °C) ko‘tariladi. Og‘riq kuchayib, limfangit, limfadenit rivojlanadi. Tirnoq falangasida qizarish, shish va og‘riq bo‘ladi.

Diagnostikasi. Anamnez (sababi so‘raladi), umumiy ko‘ruv, asosiy diagnostik vosita hisoblanadi, barmoqda, shish va tirnoq ostida yiring ko‘rinadi. Palpatsiyada og‘riq kuchayadi, ba‘zida tirnoq ostidan yiring chiqadi. Kasallik davom qilishi bilan, tirnoq plastinkasi ko‘tariladi, shish kuchayib, qon aralash yiring chiqishi mumkin.

Differensial diagnostika. Panaritsiyaning boshqa formali bilan differentsiatsiya qilinadi.

Asorati. Tirnoq plastinkasida kosmetik o‘zgarishlar, limfangit, limfadenit va boshqalar.

Davosi. Yiringning egallagan o‘rniga qarab xirurgik davo muolajasi tanlanadi. Kasallikning bu formasida, asosan, umumiy og‘riqsizlantirish tavsiya qilinadi. Tirnoq qisman ko‘chgan (ko‘tarilgan) bo‘lsa, mahalliy Lukashevich–Oberst bo‘yicha og‘riqsizlantirilib, aseptika-antiseptika qoidalariga amal qilgan holda, yiring to‘plangan sohadan kesim qilinadi va qisman tirnoq plastinkasi qiyiladi. Jarohat o‘rni perikis vodorod 3 % va furastillin bilan yuviladi. Agarda tirnoq to‘qimadan to‘liq ko‘chgan bo‘lsa, unda, olib tashlanadi va yiringdan tozalanib tegishli davo buyuriladi. 6–8 kunda yallig‘lanish batamom to‘xtaydi va jarohat o‘rni bitadi.

Pay (tendovaginit) panaritsiyasi – barmoq payining yiringli yallig‘lanishi. Kasallik birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi. Birlamchi tendovaginitda, infeksiya gematogen, limfogen yo‘l bilan ikkilamchi tendovaginit, teri osti panaritsiyasidan yoki birlamchi bo‘g‘im suyak panaritsiyasi natijasida kelib chiqadi. Yiringli tendovaginit, bu ichidagi keng tarqaluvchi, og‘ir yiringli yallig‘lanish jarayoni. Payning ichki yuzasi, sinovial suyuqlikni saqlovchi qobiqdan iborat. Sinovial bo‘shliq – bu kapillar tuynikdan iborat bo‘lib, o‘zida bir necha tomchi suyuqlik saqlaydi va paylar harakat faoliyatida muhim rol o‘ynaydi. 1–5 barmoqlardagi sinovial bo‘shliq, boshqa

barmoqlardagidek chegaralanmagan, bosh barmoq – bilak suyagi bilan, jimjaloq (5) barmoq esa tirsak suyagi sinovial bo‘shliqlari bilan aloqador bo‘ladi va shu sababli, o‘z ta‘sirini ko‘rsatadi. Ba’zi hollarda flegmonaga sabab bo‘ladi. Ko‘pchilik bolalardagi pay panarititsiyasiga bo‘g‘im sohasida jarohatlar sabab bo‘lganligi aniqlandi (6.12-rasm).



6.12-rasm. Pay shakli

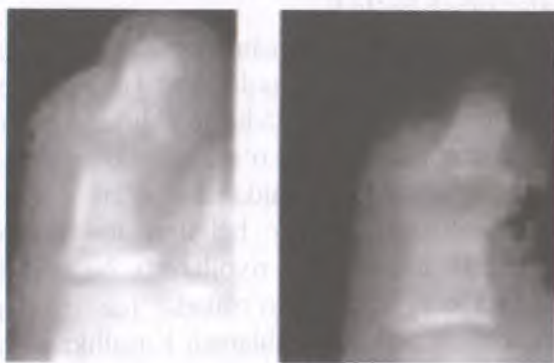
Etiologiyasi. Barmoqlardagi bo‘ladigan yiringli yallig‘lanishlar va jarohatlardan infeksiya bo‘g‘im bo‘shlig‘iga tushadi va yallig‘lanishga sabab bo‘ladi. Kasalikni chaqiruvchilariga, stafilakokk, streptakokk, ichak tayoqchasi va boshqa infeksiyalar sabab bo‘ladi. Bolalarda tendovaginitning kelib chiqishiga ko‘pchilik hollarda mikrotravmalar sabab bo‘ladi.

Patogenezi. Yopiq bo‘shliqqa tushgan infeksiyaning tez tarqalishiga sabab, bu bo‘g‘imdagi sinovial suyuqlik. Ya‘ni infeksiya oziqalanishiga va ko‘payishiga qulay sharoit yaratadi. Bo‘shliqdagi destruktiv jarayon tez rivojlanadi va atrof to‘qimalarga o‘z ta‘sirini ko‘rsatadi. Shuningdek, yiringli jarayon chegaralangan holatda ham bo‘ladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik belgilari tez namoyon bo‘ladi. Yiringli yallig‘lanish jarayoni tez rivojlanadi, bo‘shliqdagi infeksiya atrof to‘qimalarga o‘z ta‘sirini ko‘rsatadi. Tez rivojlangan yiringli yallig‘lanish, kuchli og‘riq bilan boshlanadi. Kasallikning boshlanishida, nafaqat bo‘g‘imning o‘zida, balki butun barmoq bo‘ylab shish, og‘riq va barmoq bukilgan holatda bo‘ladi. Harakatlenganda, tinch turgan

holatda ham ogʻriq kuzatiladi, buning sababi yopiq boʻshliqdagi bosim oshadi va atrof toʻqimalarni siqib qoʻyadi. Boʻgʻimda shish kuchayadi, terida qizarish kuzatiladi. Faqatgina zararlangan barmoq boʻgʻimi emas, balki unga yaqin boʻlgan boshqa barmoq ham bukilgan holatda boʻladi. Boshqalardan oʻlaroq ogʻriq farqi, tomir urishi kabi boʻladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi va tez orada tana harorati koʻtarilib, sovuq qotish holati kuzatiladi. Albatta, bunda, limfangit va limfadenit rivojlanadi. Har qanday harakatda ogʻriq kuchayadi, shu sababli, bemor qoʻlini oʻziga qulay holatda, ehtiyotkorlik bilan ushlab turadi.

Diagnostikasi. Kasallikning boshlanishida diagnostika qilish bir oz qiyin boʻladi. Buning uchun avvalom bor anamnez yigʻiladi va koʻruv oʻtkaziladi. Anamnezida mikrotravma (shilingan, sanchilgan va boshqa). Koʻruv va palpatsiyada; 1) yalligʻlangan barmoqda va kaft sohasida shish kuzatiladi; 2) boʻgʻim sohasini bosib koʻrganda (palpatsiyada) va harakatlantirganda ogʻriq boʻladi; 3) boʻgʻimda harakat cheklanadi, harakatlantirganda ogʻriq kuchayadi; 4) yalligʻlangan barmoq bukilgan holatda, shu qoʻlini ehtiyot qiladi. Bu simptomlarning baʼzilari boshqa panaritsiyalarda ham kuzatiladi, lekin bu belgilarning barchasi boshqa formalarida bir vaqtda boʻlmaydi. Kasallangan barmoqni, yengil, juda qattiq siqmasdan ushlab koʻrganda, tomir urishi (pulsatsiya) seziladi. Jarayon chuqurlashib, uzoq davom etib, nekrotik formasiga oʻtganida tasviriy rentgen qilinadi va suyakdagi destruktiv oʻzgarish koʻrinadi (6.13-rasm).



6.13-rasm. Rentgen tasviri

Differensial diagnostika. Suyak va teri osti panarititsiyasi bilan paylar cho‘zilishi, suyaklar jarohati, onkologik kasalliklar bilan differentsiatsiya qilinadi.

Asorati. Pandaktilit, limfadenit, limfangit, flegmona, kontraktura va boshqalar.

Davosi. Tendovaginitning konservativ davosi faqat statsionar sharoitda olib boriladi, zarurat bo‘lganida xirurgik yordam ko‘rsatiladi. Konservativ; antibakterial terapiya, fizioterapiya va qo‘lini yuqoriga ko‘targan holda, barmoq immobilizatsiya qilinadi. 12–15 soat davomida kuzatiladi va konservativ davoning natijasi bo‘lmasa, xirurgik yo‘l bilan yiringli hosila ochiladi. Kesim qilinganda, yiring ajralishiga imkon beriladi, rezinali kertmak qo‘yilib, gipertonik spirtli boylam bog‘lanadi. O‘tkazilgan kesimning bir tomoniga rezana, ikkinchi tomoniga yuvub turish uchun (0,6) kateter qo‘yilib, immobilizatsiya qilinadi (6.14-rasm). Immobilizatsiya davrida, barmoqni to‘g‘rilashga urinmaslik kerak. Yallig‘lanish belgilari kamaygandan keyin, bemorning o‘zidan harakatlantirish so‘raladi va og‘riq bo‘lmasa, sekin-astalik ketma-ketlik bilan to‘g‘rilashga o‘tiladi. Keyingi davrda bo‘g‘im faoliyatini tiklash uchun, harakat kuchaytiriladi.



6.14-rasm. Xirurgik davosi.

Suyak panaritsiyasi (tirnoq falanga osteomieliti) – tirnoq falangasining (suyakning) yiringli yallig‘lanishi.

Keyingi davrda bolalar orasida kasallikning bu ko‘rinishi juda kam hollarda uchraydi. Bu asosan panaritsiyaning boshqa formalari-ning asorati sifatida yoki sinishlardan keyingi o‘tkazilgan faol xirurgik aralashuvlar natijasida kelib chiqadi. Barmoqlardagi suyak va yumshoq to‘qimalari shu yo‘nalishdagi barcha qon tomirlar bilan anastomozlar hosil qiladi. Shuningdek, distal falangada qo‘shimcha arterial tarmoq bo‘lganligi uchun infeksiya epifizga o‘tadi va ko‘payadi. Demak infeksiya qon tomirlar orqali gematogen va limfogen yo‘l bilan suyaklarga yetib boradi. Yiringli jarayon suyakning bir qismini (cheklangan), diafiz qismini (diafizar osteomielit) yoki butun bir suyakni qamrab olishi mumkin (total osteomielit) (6.15-rasm). Suyak panaritsiyasi, birlamchi gematogen osteomielit sifatida juda kam uchraydi. Asosan, bu kasallik ikkilamchi boshqa yallig‘lanishlar sababli kelib chiqadi.



6.15-rasm. Suyak formasining R tasviri

Etiologiyasi. Biz oldin aytib o‘tganimizdek; stafilakokk, streptakokk va boshqa infeksiyalar kasallikni chaqiradi. Teri osti panaritsiyasi, tendovaginit, qon talashlar, mikrotravmalar natijasida kelib chiqadi.

Patogenezi. Gematogen limfogen yoki boshqa sabablar evaziga boshlangan yallig‘lanish, infeksiyaning ko‘payishiga sabab bo‘ladi. Qon ta‘minoti yaxshi bo‘lganligi uchun, infeksiyaning ko‘payishi

va oziqalanishi uchun qulay muhit yaratiladi. Oldiniga ko'payadi, keyin yon atrof to'qimalarni yemiradi va destruktiv, nekrotik yiringli bo'shliqni hosil qiladi.

Klinikasi. Suyak panaritsiyasining ilk belgilari mahalliy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Yallig'lanishda bo'ladigan asosiy belgilar; chuqurlikda – suyakda tinimsiz og'riq, og'riqli barmoqni qo'li bilan ushlab, ehtiyot qilish, harakatning batamom cheklanganligi. Keyinchalik barmoq yumshoq to'qimalarining to'lishib taranglashishi. Kechki belgilari; shu sohada teri qizarishi, shish, umumiy holsizlik, uyqusizlik, umumiy tana harorati (37,5–39°C) ko'tariladi. Umumiy qon tahlilida nisbatan lekositoz kuzatiladi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi, kasallikning boshlanishi sababi aniqlanadi. Biz yuqorida aytganimizdek, kasallikning klinikasi, yallig'lanish jarayonning elalagan o'rniga, tarqoqligiga bog'liq bo'ladi. Umumiy ko'ruvda; bemor kasallangan barmog'ini qo'li bilan ushlagan holatda, bitta joyda tinch tura olmaydi, tirnoq falangasida, yoki quyi qismlarida shish, teri qizarishi ko'riladi. Palpatsiyada og'riq kuchayadi, bezovtalanadi, terisi qalinlashgan bo'ladi. Yiring to'qimalar orasidan teri ostiga yorib chiqsa, bu kasallikning asoratlanganligidan, suyakda nekroz yuzaga kelganligidan dalolat beradi. Distal qismdagi yiringli jarayon, butun bir bo'g'imni egallaydi. Kasallikdagi rentgenologik o'zgarishlar 6–10 kunlari namoyon bo'ladi. Rentgen ko'rinishlari uchta bosqichda namoyon bo'ladi; 1) osteoporoz dog'lari paydo bo'ladi; 2) periostal reaksiya; suyak yemirilishi (destruksiya), ba'zida sekvestrlar hosil bo'ladi.

Differensial diagnostikasi. Teri osti pay panaritsiyasidan, panja sohasidagi flegmonadan, suyak silidan, brustellez, suyak o'smalaridan differentsiatsiya qilinadi.

Asorati. Tendovaginit, pandaktilit, kontraktura, amputatsiyadan keyingi kosmetik asorat, limfangit, limfadenit, panja flegmonasi va boshqalar.

Davosi. Qancha erta aniqlanib, tegishli xirurgik davo boshlansa, shunchalik keyingi asoratlanishning oldi olinadi. Umumiy og'riqsizlantirish ostida, barmoqning ikkala yon tomonlaridan, teri chizig'i bo'ylab kesim qilinadi va bir-biriga tutashtirilib, rezinali kertmak

qoldiriladi. Shu kesim orqali to‘mtoq zond bilan kirib osteomielitni aniqlanadi. Osteomielitda, suyak pustlog‘idan ajralgan (ogolena), yemirilgan bo‘ladi. Kesim qilinib, rezina qo‘yilgach 2-3 kun davomida perikis vodorod, furastillin eritmasi bilan yuvub turiladi va barmoq immobilizatsiya qilinadi. Keyingi kunlar, fizioterapiya (UFN, UVCh) beriladi va kaliy permanganat bilan vanna qilinib, mazli boylam qo‘yiladi. Umumiy o‘zgarishlar bo‘lganida, infuzion terapiya, antibakterial terapiya buyuriladi. Sekvestratsiya jarayonida, sekvestrlardan tozalanadi, suyakning sog‘lom qismini imkon qadar saqlab qolishga harakat qilinadi.

Bo‘g‘im panaritsiyasi – barmoq bo‘g‘imlarining seroz-yiringli yallig‘lanishi. Infeksiya to‘g‘ridan to‘g‘ri (jarohatlar orqali) bo‘g‘imga o‘tga, bu birlamchi panaritsiy (infeksiya) deb yuritiladi. Ikki-lamchi panaritsiy (infeksiya) barmoqdagi boshqa yiringli yallig‘lanishlar sababli kelib chiqadi (6.16-rasm).



6.16-rasm. Bo‘g‘im panaritsiyasi

Etiologiyasi. Birlamchi va ikkilamchi yallig‘lanishlarda; stafilokokk, streptokokk va boshqa infeksiyalar kasallikni chaqiradi. Mikrotravmalar (sanchilgan, ifloslangan va boshqa) natijasida, teri osti panaritsiyasi, tendovaginit, qon talashlar sababli kelib chiqadi.

Patogenezi. Gematogen limfogen yoki boshqa sabablar evaziga boshlangan yallig‘lanish, infeksiyaning ko‘payishiga sabab bo‘ladi. Bo‘g‘im ichidagi suyuqlik va muhit infeksiyaning ko‘payishi va

oziqlanishi uchun qulay muhit yaratadi. Oldiniga ko‘payadi, keyin yon atrof to‘qimalarga tarqaladi va destruktiv yiringli bo‘shliqni hosil qiladi.

Klinikasi. Bo‘g‘im panaritsiyasining uchta bosqichi (fazasi) tafovut qilinadi; 1) seroz; 2) yiringli; 3) osteoartrit. Kasallikning klinik belgilari, boshqisiga (fazasiga) ko‘ra turli ko‘rinishlarda namoyon bo‘ladi. Bo‘g‘im panaritsiyasida; majburiy holat, barmoq yarim bukilgan, bir tomonga bir oz buralgan holatda, bo‘g‘im sohasida shish, barmoqni harakatlantirishga uringanda va bosib ko‘rganda og‘riq bo‘lishi kasallikning asosiy klinik belgilariga kiradi. Kasallik uzoq davom qilgan hollarda, krepitatsiya, patologik harakatsizlik, oqma va umumiy tana haroratining ko‘tarilishi kuzatiladi.

Diagnostikasi. Avvalombor anamnez yig‘iladi. Umumiy ko‘ruvda qo‘lini ehtiyot qiladi, bo‘g‘im va boshqa sohalarga tarqalgan shish ko‘riladi. Palpatsiyada og‘riq kuchayadi, fulyuktuatsiya aniqlanadi. Rentgen tasvirda – bo‘g‘im atrof to‘qimalari dag‘allashgan, ba‘zida osteoporoz, asoratlanganda destruktiv o‘zgarish, sekvestratsiya ko‘rinadi. Farqlash maqsadida diagnostik punksiya qilinadi va yiring bakpassivga topshiriladi. Umumiy qon tahlilida nisbatan leykositoz kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Teri osti, pay, suyak panaritsiyalari bilan revmatoid va travmatik artrit bilan differensiatsiya qilinadi.

Asorati. Tendovaginit, pandaktilit, kontraktura, oqma, limfangit, limfadenit, panja flegmonasi va boshqalar.

Davosi. Bo‘g‘im panaritsiyasini bir biridan farqlash maqsadida, oldiniga punksiya qilinadi va ajralmaning ko‘rinishiga (seroz, yiringli) qarab taktik davo muolajasi tanlanadi. Umumiy o‘zgarishlarga, klinik ko‘rinishiga, kasallikning davomiyligiga ko‘ra keng ko‘lamdagi antibakterial terapiya (bo‘g‘imga, v/i) sezuvchanligiga ko‘ra beriladi, immobilizatsiya qilinadi. Bo‘g‘im ichiga novakain eritmasi bilan qilingan antibiotik yaxshi foyda beradi. Bolalar yoshida imkon qadar «artrotomiya» qilinmaydi. Asoratlangan hollarda, kesim o‘tkazilib, yiringdan tozalanadi va rezinali kertmak (выпусник) qoldirilib, gipertonik – spirtli boylam qo‘yiladi. Keyingi kunlari issiq vanna, ultratovush nurlari va lazer nurlari bilan ta’sir ko‘rsatiladi. Yallig‘lanish

jarayoniga ko'ra, fizioterapiya muolajalari, UFN, UVCh va keyinchalik harakatlantirish (lechebnaya gimnastika) tavsiya qilinadi.

Pandaktilit – barmoqdagi tarqoq, yiringli yallig'lanish jarayoni. Bunda yallig'lanish jarayoni: teri, teri osti, bo'g'im, pay va suyak to'qimasiga qadar tarqaladi (6.17-rasm).



6.17-rasm. **Pandaktilit**

Pandaktilit, panaritsiyaning boshqa formalariga qaraganda, bolalar yoshida juda kam hollarda uchraydi. Barmoqlarda bo'ladigan boshqa yiringli kasalliklardan o'laroq, pandaktilit og'ir o'tadi, uni davolash undan ham og'ir kechadi. Ko'p hollarda – amputatsiya yoki ekzartikulyatsiya qilinadi.

Etiologiyasi. Birlamchi va ikkilamchi yallig'lanishlarda; stafila-kokk, streptakokk va boshqa infeksiyalar kasallikni chaqiradi. Mikro-travmalar (sanchilgan, shilingan, ifloslangan va boshqalar) natijasida, teri osti panaritsiyasi, tendovaginit, qon talashlar, panaritsiyaning suyak, bo'g'im, pay formalarining asorati sifatida kelib chiqadi.

Patogenezi. Gematogen limfogen yoki boshqa sabablar evaziga boshlangan yallig'lanish, infeksiyaning ko'payishiga sabab bo'ladi. Bo'g'im ichidagi suyuqlik va muhit, infeksiyaning ko'payishi va oziqalanishi uchun qulay muhit yaratadi. Oldiniga ko'payadi, keyin yon atrof to'qimalarni tarqaladi va destruktiv yiringli bo'shliqni hosil

qiladi. Keyinchalik: suyak, bo'g'im, pay va butun barmoq bo'ylab yumshoq to'qimalar aro tarqaladi.

Pandaktilit to'g'ridan to'g'ri kelib chiqmaydi, balki: panaritsiyaning suyak, bo'g'im yoki pay formalarining asorati sifatida yuzaga keladi. Shuningdek, (30 %) hollarda mikrotravmalardan, (45 %) panaritsiyalarda, (5 %) boshqa kasalliklarda tegishli xirurgik yordam ko'rsatilmaganda pandaktilitga sabab bo'ladi. Pandaktilit kelib chiqishi va kechimiga ko'ra ikki ko'rinishda kechadi: to'qimalar yemirilishi (destruksiya), quruq koagulyastion nekroz ko'rinishida.

Klinikasi. Kasallikning klinik ko'rinishi yallig'lanish jarayonning joylashgan joyiga, tarqoqligiga, kechishiga davomiyligiga bog'liq bo'ladi. Kuchayib boruvchi shish, og'riq, to'qimalar yemirilishi, nekrozga uchrashi, funksiyasining buzilishi asosiy klinik belgilaridir. Pandaktilit juda tez rivojlanadi va og'ir kechadi. Ichki zaharlanish, bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi, infeksiya yo'nalishiga xos, limfangit va limfadenid qo'shilishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zi bir hollarda kasallik sekin-astalik bilan rivojlanadi. Bunda infeksiyaning virulentligi va olgan jarohatning ahamiyati ham rol o'ynaydi. Agarda sanchib kiruvchi jarohat yo'li, juda ingichka uzun bo'lib bo'g'imga aloqador bo'lsa, jarayon tez rivojlanadi. Bunda og'riq va shish sekin-astalik bilan kuchayib boradi, oldiniga barmoq rangi ko'kimtir va keyinchalik qoramtir tus oladi. Yallig'lanish jarayoni, quruq yoki ho'l nekroz ko'rinishiga o'tadi. Teshib kirgan jarohat o'rnidan, oqmadan yoki operatsiya jarohatidan, juda kam miqdorda yiringli ajralma chiqa boshlaydi. Butun bir barmoqda og'riq bo'ladi, harakatlantirishga uringanda og'riq kuchayadi. Ko'rsatilgan yordam foyda bermasa, infeksiya va shish panja sohasiga tarqaladi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, ichki zaharlanish va umumiy tana harorati 38–39 °C ko'tariladi.

Diagnostikasi. Kasallikning anamnezi va sabablari so'raladi. Boshlanishida mikrotravma (sanchilgan, kesilgan va boshqa) jarohatlar barmoqlardagi yumshoq to'qimalarning kasalliklar bo'lganligi so'raladi. Umumiy ko'ruvda, qo'lini ehtiyot majburiy holatda saqlaydi, bitta barmoqda, bo'g'imda va boshqa sohalarga tarqalgan shish ko'riladi. Ba'zida shish va og'riq panja sohasiga tarqalgan bo'ladi. Sinchkovlik

bilan ko‘rilganda jarohat o‘rnida qizarish va shish ko‘riladi. Palpatsiyada va harakatlantirganda og‘riq kuchayadi, infiltratsiya va keyinchalik fuluktuatsiya aniqlanadi. Rentgen tasvirda – bo‘g‘im atrof to‘qimalari dag‘allashgan, ba’zida osteoporoz, asoratlanganda destruktiv o‘zgarish sekvestratsiya ko‘rinadi. Yiring bakterologik ekmaga olinadi. Umumiy qon tahlilida nisbatan leykositoz kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Suyak va teri osti panaritsiyasi, tendovaginit, qon talashlar, panaritsiyaning suyak, bo‘g‘im, pay formalari bilan, onkologik kasalliklar, ilon va chayon chaqishlari bilan differentsiatsiya qilinadi.

Davosi. Bunday holatlarda radikal operatsiya – shoshilinch amputatsiya qilinmaydi. Umumiy og‘riqsizlantrish ostida, polliativ operatsiya: o‘tib chiqqan to‘qimani qiyib kesib olinadi va qisman nekrektomiyatik, sekvestrektomiya qilinadi va bo‘g‘im tozalanib, tirnoq plastinkasi olib tashlanadi. Tegishli antiseptiklar, antibiotik bilan yuvilib rezina kertmak qoldiriladi va aseptik boylam, gips langeta qo‘yilib imoblizatsiya qilinadi. 10 kun davomida, antibiotik va euobitik buyuriladi. Shu kunlar davomida fizeo terapiya: UFN, UVCh, lazer oladi. Jarohat tozalanib bitgandan keyingina, sekin-astalik bilan LFK buyuriladi. Sohadagi harakat-holat oldingi darajada tiklanmaydi. II–V barmoqlardagi pandaktilitda tezkor yordam ko‘rsatilib yiringli jaroyon to‘xtatilmasa, infeksiya tarqaladi va oxir-oqibat barmoq ekzartikulatsiya qilinadi. I barmoq pandaktilitida bu muolajani qo‘llashga shoshilmaslik kerak, chunki bu barmoqning bola hayotida zarurati ko‘roq bo‘ladi.

Asorati. Panja flegmonasi, barmoq harakati, funksiyasi cheklanadi, deformatsiya, kontraktura va ankiloz kuzatiladi.

Barmoqlardagi o‘tkir limfangit (limfatik panaritsiy) – barmoq limfa tomirlarining yallig‘lanishi. Bolalar yoshida juda kam uchraydi.

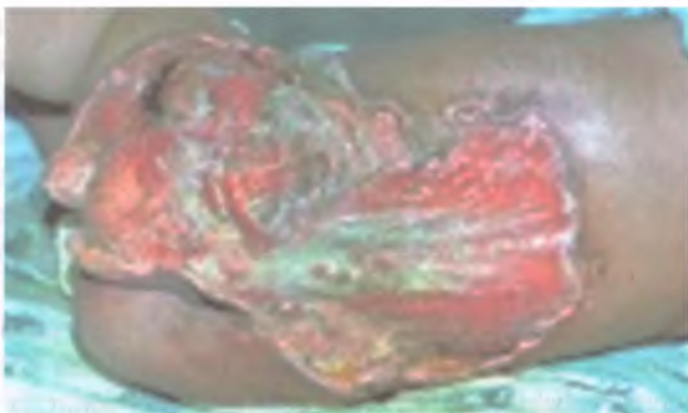
Klinikasi. Kasallik tez tarqaladi va klinik belgilari namoyon bo‘la boshlaydi. Umumiy tana harorati yuqori (39–40 °C) ko‘tariladi va qaltirash kuzatiladi. Kasallikning boshlanishdagi mahalliy belgilari shish, butun teri yuzasida qizarish bo‘ladi. Qisqa mudat ichida, shish va qizarish keng tarqaladi. Keyinchalik shu tomir yo‘nalishi bo‘ylab, limfangit va limfadenit qo‘shiladi.

Davosi. Asosan konservativ davo muolajalari; keng ko‘lamdagi antibakterial, antigistamina terapiya va qo‘l immobilizatsiya qilinadi. Fizioterapiya muolajasida UFN yaxshi foyda beradi. Faqatgina asoratlangan formalarida xirurgik yordam ko‘rsatiladi.

Nekrotik flegmona – teri, teri osti yog‘ qatlami, fassiya, mushak va chuqur joylashgan to‘qimalarning spetsifik yirig‘li – nekrotik yallig‘lanish jarayoni. Kasallik o‘tkir boshlanib, atrof yon tomonga tez tarqaladi, teri va chuqur joylashgan to‘qimalarda nekroz chaqiradi. Bu terminologiyani fanga birinchi bo‘lib, 1939-yilda, S.A. Vasilev kiritgan. Bu kasallik, asosan, chaqaloqlik davrida ko‘p uchraydi, buning sababi ularning teri yuzasidagi qon tomir ta‘minoti yaxshi rivojlanganligidir. Yallig‘lanish jarayonida, teri ostiga ko‘p miqdorda ifloslangan eksudat to‘planadi, shish kuchayadi va oxir-oqibat tomirlar trombozi va tez tarqaluvchi nekroz kuzatiladi. Bunday hollarda infeksiya, asosan, teri yuzasidagi jarohat orqali yoki gematogen yo‘l bilan o‘tish ehtimoli ham inkor qilinmagan (kindik tomirlaridan). Asosiy chaviruvchisi stafilakokk va keyinchalik grammanfiy infeksiyalar (aralash) ko‘shilishidan kelib chiqadi. Chaqaloqlar flegmonasida, birlamchi o‘choq teri osti yog‘ qatlamida bo‘ladi. Shu sohadagi teri bezlari atrofida, dermal qatlamda, qon talash, leykositar infiltrat yuzaga keladi va limfa tomirlari orqali yon atrofga tarqaladi.

Qon tomirlarda trom hosil bo‘lib o‘tkazuvchanlik buziladi, oldin infiltrat va keyin nekroz yuzaga keladi. Chuqur joylashgan biriktruvchi to‘qimalarda; fibrin, eksudatga to‘yinadi, bakteriyalar to‘planishidan tomirlar tiqiladi (bakterial emboliyaga) sabab bo‘ladi. Ko‘ruvda, qattiq infiltrat, teri qizargan, kesimdan ko‘p miqdorda ifloslangan qon chiqadi, yirig‘ bo‘lmasligi ham mumkin. Jarayon tez tarqaladi, teri och-ko‘kimg‘ ranga kiradi, yallig‘lanish o‘choqlari paydo bo‘ladi va teri qurib, ko‘cha boshlaydi. Patomorfologik tekshiruvda, o‘choqli zararlangan sohada, to‘qimalar nekrozi aniqlanadi. Kasallik ko‘p uchraydigan sohalarga, bo‘yin, ko‘krak qafasi, bel-umurtqa pog‘onasi va dumba sohalari kiradi (6.18-rasm).

Nekrotik flegmonadan keyin, ko‘pchilik bemorlarda og‘ir asorat qoladi (sepsis) va o‘limga sabab bo‘ladi.



6.18-rasm. Nekrotik flegmona

Klinikasi. Kasallikning boshlanishida, ma'lum bir joyda, 1,5–2 sm maydonda qizarish bo'ladi. Qisqa muddatda, qattiqlashadi, teri yuzasidagi qizarish ko'payadi, palpatsiyada og'riq bo'ladi. Uning chegaralari aniq, mahalliy harorat kuzatiladi, teri yuzasi silliqlashadi. Teri, teri osti yog' qatlamidagi shish yon atrofga tez tarqaladi. Bolaning umumiy ahvoli og'irlashadi, toksikoz, ba'zi hollarda dispeptik o'zgarish bo'ladi.

Aksariyat hollarda (62%), kasallik tez boshlanadi, bemorning tana harorati 38–39 °C ga, ko'tariladi, bola bezovtalanadi, uyqusi buziladi, ona ko'kragini olmaydi, qusadi va ichki zaharlanish alomatlari kuchayadi (toksiko-septik formasida). Zararlangan sohadagi terisi keyinchalik qo'ng'ir ranga kiradi. Tili karash bog'lagan, quruq bo'ladi. Yurak tonlari bo'g'iq, puls tezlashgan, qo'lga yaxshi sezilmaydi. Qon umumiy tahlilida, leykositoz (12–18 g/l) chappa siljigan. Tana harorati yuqoriligicha saqlanadi, ichki zaharlanish kuchayib boradi. Kasallikning 1–2 kunida teri yuzasidagi qizarish va shish maydoni kengayadi, kuchayadi, atroflari aniq bo'ladi. 2–3 kundan keyin, o'tkazilgan kesimlar o'rnidan, suyuq-serroz, yiringli-nekrotik ajralma chiqa boshlaydi. 5 – 7 kunlari teri ko'kimtir – qoramtir tusga kiradi va nekrozga uchragan to'qima ko'cha

boshlaydi. Nekrozga uchragan sohada, jarohat bo‘shlig‘i va sog‘lom to‘qima bilan yallig‘lanish sohasini farqlovchi demarkatstion chiziq hosil bo‘ladi (6.19-rasm).



6.19-rasm. Demarkatstion chegara

Ba‘zi hollarda ko‘krak qafasi sohasidagi nekrotik flegmonada barcha qatlamlardagi yumshoq to‘qimalar nekrozga uchraydi va piopnevmtoraks kuzatiladi. Kasallikning 10 – 15 kunlari (nekroz va bo‘shliq hosil bo‘lish davri bo‘lib), atrof to‘qimalarda yallig‘lanish jarayoni to‘xtaydi va jarohat bitish davri boshlanadi. Bunday jarohatlar tez bitmaydi, uzoq davom qiladi. Ba‘zi bir hollarda, kasallikda keyin septik asoratlar kuzatiladi va o‘z navbatida o‘limga olib keladi. Jarohat maydoni (10 – 15 %ni) tashkil etsa, bemorning umumiy ahvoli juda og‘ir bo‘ladi va o‘limga sabab bo‘ladi.

Diagnostikasi. Umumiy ko‘ruv, qon va yiringni bakteriologik tekshiruvga olinadi, umumiy qon tahlili (leykositoz 12–18 g/l) chapga siljigan., siydik va bioximik tahlillar, zarurutga ko‘ra, UTT, ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘ini tasviriy rentgen qilinadi.

Differensial diagnostika. Chaqaloqlik davri bo‘ladigan yumshoq to‘qimalardagi bir qancha kasalliklar bilan differentsiatsiya qilinadi. O‘xshash bo‘lgan kasalliklarga; limfadenit, saramas, chaqaloqlar mastiti, o‘tkir gematogen osteomieliit, peritonit, adiponekroz, chaqaloqlar skleremasi va boshqalar. Nekrotik flegmonaning erta ko‘rinishlarini, saramasdan, qovurg‘alar osteomieliitidan, adiponekrozdan farqlash uchun quyidagi tabpardaadan foydalaniladi (2-jadval).

2-jadval

Chaqaloqlik davrida yumshoq to‘qimalarda bo‘ladigan yiringli yallig‘lanish kasalliklarini differensial diagnostikasi

Simptomlari	Flegmona	Saramas	Adiponekroz
Qo‘zg‘atuvchisi Stafilakkok		Streptokok	Yo‘q
Yallig‘lanish sohasi	Bel-dumg‘aza, ko‘krak qafasida	Yuzida, qorinning quyi qismida, kin- dik atrofida, oraliq va sonda	Kuraklar oralig‘i- da
Yallig‘lanishga moyillik bo‘lgan sohalar	Teri, teri osti yog‘ qatlamida	Teri yuzasida	Teri, teri osti yog‘ qatlamida
Umumiy mahalliy simptomlar	T o k s i k o z , anoreksiya, be- zovtalik, qiza- rish	Toksikoz, septik shok, anoreksiya, gipertermiya	Toksikoz kuza- tilmaydi, teri osti yog‘ qatlamida ko‘plamchi qattiq og‘riqsiz infiltrat- lar bo‘ladi, tempe- ratura-bo‘lmaydi.

Asorati. Kasallikda bo‘ladigan umumiy asoratlarga; a) pnevmoniya, dispepsiya, otit va boshqalar; b) gematogen – yiringli metastazda, absesslanuvchi pnevmoniya, meningit, ko‘plamchi absesslar kuzatiladi; v) osteomieliit, yiringli plevrit, yiringli perikordit va boshqa asoratlar shular jumlasidandir. O‘zidan og‘ir asorat qoldiradigan, nekrotik flegmona bu ko‘krak qafasida bo‘ladigan flegmona. Kasallik

davomida, sepsis kuchayadi, yangi piemik o‘choqlar, septikopiemiya kuzatiladi. Nekrektomiyadan keyin esa katta maydonda, teri, teri osti qatlamida kamchilik (deffekt) kuzatiladi (6.20-rasm).



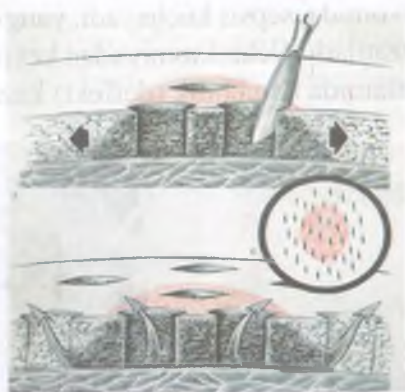
6.20-rasm. Nekrektomiyadan keyingi ko‘rinish

Davosi. Chaqaloqlik davrida bu kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarni shoshilinch ravishda bolalar jarrohlik bo‘limlariga yotqizilib ularga shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatilishi lozim bo‘ladi. Kompleks; xirurgik aralashuv, antibakterial terapiya, dezintoksikatsion terapiya va organizmning umumiy immunobiologik holatini tiklash uchun davo muolajalari o‘tkaziladi. Imkon qadar xirurgik kesimlar tezroq qilinsa, asoratlanishining oldi olinadi.

Boshlang‘ich bosqichida (avj olgan davrida), ichki zaharlanishga qarshi kurashiladi. Keyingi o‘rinda mikroorganizmga qarshi kurashiladi va passiv immunizatsiya boshlanadi. Umumiy og‘riqsizlantirish ostida, jarohat maydoni yuqumsizlantrilib, ko‘plamchi, shaxmat shaklida kesimlar qilinadi. Yallig‘langan joyidan, sog‘lom to‘qimaga qadar, 1–1,5 sm hajmda, kesimlar o‘tkaziladi, kesimlar oralig‘i 2–3 sm dan oshmasligi kerak. Kesimlar chuqurligi teri ostiga o‘tadi va to‘mtoq yo‘l bilan qisqich yordamida jarohat kengaytiriladi (6.21-rasm).



a)



b)

6.21-rasm. a – nekrotik flegmonada qilinadigan kesimlarning ko‘rinishi; b – kesimlarning sxematik ko‘rinishi

Jarohat maydoni 3 % perikis vodorod va furatsillin bilan yuviladi. Kesimlar qilingan yuzaga, 25 % magnezial, 1 % xlorfillipt yoki antibiotik bilan bog‘lam qo‘yiladi. Bog‘lam har 4–6 soatda o‘zgaritib turiladi. Zaruratga qarab qo‘shimcha kesimlat o‘tkaziladi. Fizioterapiya muolajalari 1–2 kundan boshlanadi, qisqa muddatga UFN va keyingi kunlari UVCh buyuriladi.

Kasallikning ikkinchi bosqichida nekrozga uchrash va hali yallig‘lanish davom qilayotgan sohaga, mahalliy davo muolajalari qilinadi. Nekrotik to‘qimaning tezroq ko‘chib tushishi va bitishiga imkon yaratiladi. Ba‘zi bir hollarda sepsis kuchayadi, yangi piemik o‘choqlar paydo bo‘ladi. Shuning uchun kasallikning ikkinchi bosqichida, septikopiemianing oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar o‘tkazilishi shart. Ya’ni nekrektomiya qilinadi. Uchinchi bosqichida (reparatsiya), jarohat bitishini tezlashtirish uchun, fizioterapiya muolajalari buyuriladi; lazer nurlaridan, ultratovushdan, giperoksibaro terapiya va boshqalardan foydalaniladi. Jarohat yuzasi tozalangach, yallig‘lanish jarayoni to‘xtagandan keyin esa malhamli bog‘lamlar qo‘yiladi.

Umumiy davo muolajalari klinika sharoitida olib boriladi, tezda dezintoksikatsion terapiya boshlanadi. Infuzin terapiya muolajasi, bolaning umumiy ahvolidagi boʻladigan oʻzgarishlarga, ichki zaharlanishga (eksikozga) qarab davom ettiriladi. Passiv immunizatsiya maqsadida, qon (30–40 ml) quyiladi, vitaminlar V va C, immunoglobulin 1 dozdan, kuniga bir mahal qilinadi. Birinchi kundanoq keng koʻlamli antibiotik beriladi. Keyingi kunlardan esa mikrofloraning sezuvchanligiga qarab boshqa antibiotiklarga oʻtiladi. Zamburugʻga qarshi, nistatin va dizbakteriozning oldini olish maqsadida, eubiotiklar (bifidub baktirin va boshqalar) beriladi. Quyosh chigari sohasiga, UVCh va oksigenoterapiya buyuriladi. Keyingi yillarda nekrotik flegmonadan boʻladigan oʻlim ancha kamaydi. Medistina nuqtayi nazaridan, kasallikning diagnostikasi va tibbiy yordam darajasi ancha yuksaldi. Buday bemorlar 1–2 yil davomida kuzatuvda boʻladi.

6.3. Chaqaloqlarda oʻtkir gematogen epifizar osteomielit

Epifizar osteomielit – suyakning epifizar (suyak boshchasing) qismining yiringli yalligʻlanishi. Chaqaloqlik davrida koʻp uchraydigan yiringli-septik kasallik.

Etiologiyasi. Chaqiruvchisi stafilakokk, aralash va grammanfiy infeksiyalar. Infeksiya, asosan, gematogen va limfogen yoʻl (qon tomir) orqali oʻtadi. Infeksiyaning oʻtish yoʻli, teridagi boʻladigan yiringli yalligʻlanish kasalliklari; omfalit, piodermiya, sklerema, psevdofurunkulyoz va boshqalar. Epifizar osteomielit birlamchi, septikopiemiya yoki sepsis natijasida ham kelib chiqadi.

Patogeneza. Tomirlarda emboliya, infeksiyon allergik jarayon, bola organizmining reaktivlik holati, infeksiyaga qarshi kuch immunitet boʻlmaganligi uchun, toʻqimalarda destruktiv oʻzgarishlar kuzatiladi. Koʻpchilik hollarda epifizar osteomielit, son suyagining, yelka suyagining, boldir suyaklarining proksimal qismlarida koʻproq uchraydi. Bemorlarning har beshtasida ikki va undan koʻp boʻgʻimlarda bir vaqtda epifizar osteomielit uchrashi aniqlangan. Bola vazni qancha kam boʻlsa kasallik shunchalik ogʻir oʻtadi va atipik koʻrinishda kechadi. Boshqa suyaklarda kamdan kam hollarda

uchraydi. Ba'zida yallig'lanish bo'g'imning sinovial qobig'ida (obolochki), artirit, osteoartritga o'xshash bo'ladi. Buning sababi, chaqaloqlarda suyak-bo'g'im tizimining qon bilan ta'minlanishiga bog'liq bo'ladi. Epifizar sohada mayda qon tomir tarmog'larining suyak o'zagini, qon bilan ta'minlash jarayonida bo'g'imga infeksiya tushadi. Shuningdek, bo'g'im ichidagi sinovial suyuqlik infeksiya uchun oziqa bo'lib, ularning ko'payishiga sabab bo'ladi.

Osteomielitning kelib chiqishida, infeksiya o'choqlarining joylashish joyi, uning virulentligi va bola organizmining immunologik holati katta rol o'ynaydi.

Tasnifi. Kasallikning kechishiga ko'ra, ikkita formasi; toksiko-septik va o'tkir mahalliy o'chog'li formalari tafovut qilinadi.

Klinikasi. Toksikoseptik formasi tez avj oladi, bemorning umumiy ahvoli og'ir, tana harorati juda yuqori bo'ladi. Kasallikning har ikkala formasida ham suyakdagi o'zgarish bir xilda bo'ladi. Kasallikning asosiy belgilari bolaning bezovtalanishi bilan boshlanadi. Chaqaloqni kiyintirganda, yo'rgaklash paytida, qo'l yoki oyog'ini harakatlantirganda bezovtalanadi, chinqirib yig'laydi. Bola qo'lini yoki oyog'ini harakatlantirmaydi, bo'g'im va barmoqlarda harakat bo'lmaydi, o'ziga qulay holatda saqlaydi (6.22-rasm).



6.22-rasm. O'ng yelka va o'ng son suyagining epifizar osteomielitida kuzatiladigan holat.

Toksiko – septik formasida. Kasallik tez avj oladi, bolaning

umumiy ahvoli og'irlashadi, ichki zaharlanish kuchayadi va umumiy tana harorati 39–40 °C ga ko'tariladi. Ona ko'kragini olmaydi, ba'zida tutqanoq kuzatiladi. Teri rangi o'zgarib, yuz-ko'zlari istirobli ko'rinadi. Ichki zaharlanish evaziga, dispepsik o'zgarishlar, qusish va ich ketish bo'ladi. Yana shunisi e'tiborlik, bola qo'l – oyoqlarini harakatlantirmaydi, yolg'on palalich alomatlarini rivojlanadi. Bolaning umumiy ahvoli qanchalik og'ir bo'lmasin, qo'lini yoki oyog'ini harakatlantirganda, og'riqdan bezovtalanadi, chinqrib yig'laydi.

O'tkir mahalliy formasida – bolaning umumiy ahvolidagi katta o'zgarish bo'lmaydi, tana harorati subfebril raqamlarga ko'tariladi. Bemor qo'li gavdasiga yaqinlashgan, osilgan, bo'g'im va barmoqlarida harakat cheklangan bo'ladi. Oyog'ini esa son - chanoq, tizza bo'g'imidan bukib, gavdasiga yaqin saqlaydi, bir oz tashqariga buralgan holatda bo'ladi. Kasallikning belgilari 2–3 kunlari bilinadi, bo'g'im yuzasining silliqlashishi, kontrakturasi, yallig'lanishdan dalolat beradi. Sekinlik bilan qilingan harakat ham, qo'l oyoqlarda kuchli og'riq chaqiradi va bola bezovtalanadi.

Yallig'lanish cho'zilib, vaqt o'ta boshlasa, natijada yiring bo'g'im qobig'idan tashqariga chiqadi va yiringli artritga o'tadi. Bunda bolaning ahvoli og'irlashadi, keyinchalik yiringli artrit, flegmona ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallik asoratlanib, metastaz beradi va boshqa suyaklarga, a'zolarga tarqaladi, sepsisga xos belgilar kuzatiladi. Umumiy qon tahlillarida lekostitoz ($8 \times 10^8 - 20 \times 10^8$ g/l), neytrofilioz, eozinofilioz EChT oshadi.

Diagnostikasi. Anamnez so'raladi (onasidan), kasallikning boshlanishi, bolaning bezovtaligi, yo'rgaklash paytida qo'l-oyog'ini bermasligi, harakatlantirganda chinqirib yig'lash (6.23-rasm), uyqusining buzilishi va boshqalar aniqlanadi.

Ko'krak yoshidagi bolalarda qo'pol harakat, jarohatlanishlar va o'tkazgan kasalliklar so'raladi. Bolani ko'ruvda to'liq yechintiriladi, xona harorati va kuzatuvchining qo'li sovuq bo'lmasligi kerak. Umumiy ko'ruvda, bolaning qo'l yoki oyog'idagi holati va harakatiga e'tibor qilinadi. Chaqaloq va ko'krak yoshidagi bolalarda, palpatsiyada bo'g'im sohasida og'riq, infiltrat, fluktatsiya va mahalliy harorat kuzatiladi.



a)



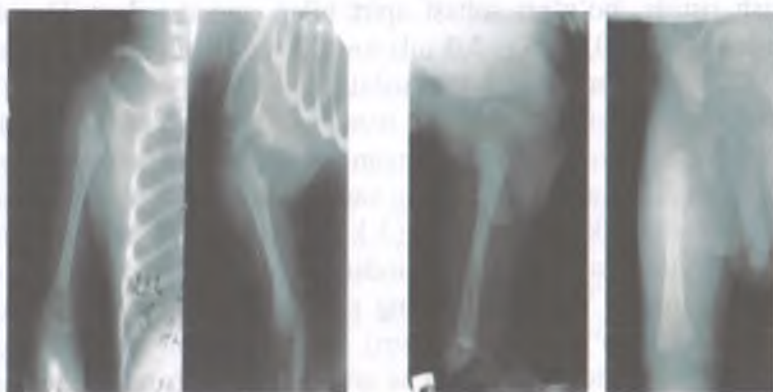
b)

6.23-rasm. Epifizning osteomilitda tekshiruvi a – yelka suyagining EO tekshirish; b – son suyagining EO tekshirish

Tasviriy rentgenda – kasallikning boshlanishida bu yoshdagi bolalarda epifizdagi suyaklanish jarayoni yetilmaganligi uchun suyakda o'zgarish ko'rinmaydi. Kasallikga xos bo'lgan rentgenologik o'zgarish, 2–3 kun, bo'g'im oralig'ining kengayganligi va yiringli artrit, yumshoq to'qimalardagi o'zgarishlar aniqlanadi. Yallig'lanish jarayoni epifizdan metafizga o'tganda shu sohada periostal qo'shilish ko'riladi. Tasviriy rentgendagi o'zgarishlar 9 – 10 kunlarda periostit ko'rinishida namoyon bo'ladi (6.24-rasm). Suyakdagi destruktiv o'zgarish bilan birga, patologik chiqishga xos o'zgarishlar ko'rinadi. Epifizar osteomielitda sekvestratsiya bo'lmaydi.

UTT datchikni bo'g'imning oldingi, yon va orqa tomonidan o'tkaziladi va bo'g'imdagi suyuqlikning (yiring va boshqa) hajmi, atrof yumshoq to'qimalar, bo'g'im qobig'i va metafizdagi o'zgarishlar ko'riladi.

Chaqaloqlik davrida hozirgi kunda ham asosiy diagnostik vosita bu rentgen hisoblanadi. Oldingi adabiyotlardagi ma'lumotlarda 10–12 kunda rentgen qilinishi va undagi destruktiv o'zgarishlar to'g'risida ma'lumot berilgan. Hozirda esa bu ma'lumot boshqacha, ya'ni 2–3 kunlari to'g'ri proyeksiyada, har ikkala bo'g'imni qamragan holda rentgen qilish tavsiya qilinadi.



6.24-rasm. EO rentgenogrammasi: a – o‘ng yelka suyagining EO; b – o‘ng son suyagining EO

Rentgen tasvirida biz asosan, yallig‘langan tomonda bo‘g‘im oralig‘ining kengayganligini va metafizda periostal suyak strukturasidagi o‘zgarishni ko‘ramiz. Jarayon chuqurlashsa, uning asoratlanganligini, metafizdagi destruksiyanı va patologik chiqish ko‘riladi. Keyingi asosiy diagnostik vosita bu bo‘g‘imni punksiya qilish.

Tahlillar: qoning umumiy tahlili, biximiyasi, siydik tahlili, qon va yiringni bakpassivga olinadi. Hozirda epifizar osteomielitni UTT yordamida ham diagnostika qilish keng qo‘llanadi.

Differensial diagnostika. Chaqaloqlar flegmonasi, displaziya, o‘mrov, yelka va son suyaklarining sinishlari, parez, paralich, pnevmoniya, sepsis va boshqalar bilan differensiya qilinadi.

Asorati. Ko‘plamchi piemik o‘choqlar va son suyagining proksimal qismida (distenzion va destruktiv) patologik chiqishlar bo‘ladi. Ba‘zi hollarda suyak boshchasi, qisman bo‘yinchasining yemirilishi kuzatiladi (o‘sovchi sohaning). Kechki asoratlaridan biri o‘sovchi soha zararlanishi evaziga, bola o‘sadi lekin EO bo‘lgan tomonda qo‘l yoki oyog‘i kalta bo‘lib qoladi. Besh yoshda artroplastika operatsiyasi yoki 22 yoshdan keyin sun‘iy bo‘g‘im qo‘yiladi.

Davosi. Bemorning tana harorati yuqori bo‘lganida, infuzion terapiya o‘tkaziladi va tana harorati tushiriladi. Umumiy og‘riqsiz-

lantrish ostida, bo'g'im sohasi spirt bilan yuqumsizlantrilib, shp-ristga novakain (0, 5 % – 5,0 ml) tortilib, yelka suyagining oldingi va orqa yuzalaridan bo'g'imga tushiladi va yiring olinadi. Bo'g'im punksiya qlinib yiringdan to'liq tozalangach, antibiotik yuboriladi va immobilizatsiya qilinadi. Olingan yiringni bakteriologik tekshiruvga beriladi. Ajralmaga va yiring xarakteriga ko'ra bo'g'imda kater qoldiriladi va keyingi kunlar (3 kun davomida) sanatsiya qlinib antibiotik yuboriladi. Brinchi kundanoq qo'l yoki oyoq immobilizatsiya qilinadi. Yelka suyagining proksimal qismi osteomielitida Dezo bog'lami qo'yiladi (6.25-rasm). Son suyagining proksimal qismidagi osteomielitida, klinika shina qo'llaniladi va harakat cheklanadi. Hozirda Shede bo'yicha bolani oyog'idan tortib osib qo'yish qo'llanilmaydi (6.26-rasm). Travmatologiya kafedراسi xodimlari bilan birgalikda klinika shinasini taqishni yo'lga qo'yildi va natijalari o'rganildi. Klinika shinasi kengaytrilib boriladi va bir oydan olti oygacha taqiladi (6.27-rasm). Keng ko'lamdagi antibakterial terapiya, infuzion terapiya, vitaminlar B va C guruhi, stafilakokka qarshi gammo-globulin, immunoglobulin buyuriladi. Fizioterapiya muolajalari, SVCh, UVCh, uchinchi haftadan boshlab elektrofarez o'tkaziladi.

Xirurgik davosi. Diagnostika qo'yilishi bilan shoshilinch yordam ko'rsatiladi. Ko'pchilik bolalarda epifizar osteomielitning klinik belgisi artrit ko'rinishida bo'ladi. Bo'g'imdagi yiringni yallig'lanishni aniqlash va yordam ko'rsatish uchun punksiya qilinadi. Olingan yiringni bakteriologik ekmaga yuboriladi va mikrobnig antibiotikka sezuvchanligi aniqlanadi. Bo'g'im punksiya qlinib yiring olingach, antibiotik yuboriladi. Erta yoshdagi bolalarda bo'g'im punksiya umumiy og'riqsizlantrish ostida o'tkaziladi. Punksiya qlinib yiring olingach, bo'g'imga stilet qoldiriladi va uch kun davomida antibiotik yuborib turiladi, shu stelit orqali lazer nurlari bilan ta'sir qilinadi. Kasallangan tomondagi qo'l yoki oyoq immobilizatsiya qilinadi. Yelka suyagining epifizar osteomielitida yuqorida aytganimizdek, Dezo boylami bog'lanadi (6.25-rasm). Son suyagining EO, uchunchi kundan klinika shinasi taqiladi (6.27-rasm). Chaqaloqlarda kamdan kam hollarda artrotomiya o'tkaziladi deyilgan, biz o'z faoliyatimiz davomida artrotomiyani deyarli qo'llamadik. Umumiy qisqa og'riqsizlantrish ostida,

fluktatsiya sohasidan 2–3 sm kesim qilinadi va yiringdan tozalanib, boylam qo‘yiladi, immobilizatsiya qilinadi. Asoratlangan hollarda, yallig‘lanish metafizar sohaga o‘tib paraartikulyar flegmonaga aylanganda, umumiy og‘riqsizlantrish ostida 2–3 sm kesim o‘tkaziladi, yiringdan tozalanib, jarohatga rezinali kertmak (выпусник) qoldiriladi va immobilizatsiya qilinadi. Ertasi kunda kertmak olinadi va bo‘g‘imga UVCh № 5 buyuriladi. Antibakterial terapiya, infuzion terapiya, trans-fuziya, euobiotik, vitamin terapiya davom qildiriladi. Son suyagining proksimal qismi EO, klinika shinasi uchunchi kundan mushaklar tarangligi bo‘shashgandan keyingina taqiladi.



6.25-rasm. Dezo bo‘yicha immobilizatsiya



6.26-rasm. Shede bo‘yicha tortish



6.27-rasm. Klinika shinasi

Shinani rentgen xulosasiga ko'ra, suyak boshchasining yetilishi va quymuchda turishiga qarab, bir oydan – olti oygacha taqiladi.

Har oyda bir marotaba ko'ruv va kontrol rentgen qililib, tegishli tavsiyalar beriladi. Bo'g'imdagi holat, suyak boshchasining rentgen-dagi holatiga, o'zgarishlariga qarab, sekin-astalik bilan harakatlantirish va massaj buyuriladi. Bir yil davomida mutaxassis nazoratida bo'ladi. Asoratlangan holda besh yoshgacha xirurg, ortoped nazoratida bo'ladi va reabilitatsiya davrini o'taydi.

Osteomielit. O'tkir gematogen, atipik va surunkali osteomielit

Ilk bor osteomielit tushunchasini 1844-yilda Nelaton fanga kiritgan. Osteomielit grekcha so'z bo'lib (osteo – suyak, mielit – ko'mik), suyak ko'migining yiringli yallig'lanishi degan tor ma'noni anglatadi. Bu qisqa noto'liq berilgan ta'rif hozirgi davrda o'z keng ma'noga ega bo'ldi. To'liq va keng ma'noda – suyak ko'migining suyak po'stlog'ining, devorining va atrof yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanishi deb aytiladi (6.28-rasm).



6.28-rasm. O'tkir gematogen osteomielit

Birlamchi – o'tkir gematogen va ikkilamchi – kontakt ochiq sinishlar natijasida infeksiyaning tushishi bilan ifodalanadi. Bolalar

yoshida, asosan, gematogen osteomieliit uchraydi, bu o'z navbatida o'tkir va surunkaliga bo'linadi.

O'tkir gematogen osteomieliit (O'GO). O'GO bolalar yoshida uchraydigan yiringli kasalliklarning 6–10 % tashkil qiladi. O'tkir gematogen osteomieliit, yallig'lanish sohasiga ko'ra: epifizar; metafizar; diafizar; odontogen bo'ladi. Chaqaloqlik davrida bo'ladigan epifizar osteomieliit: son, yelka va katta boldir suyaklarining proksimal qismida ko'proq uchraydi. Har beshta kasal boladan bittasida ikki va undan ko'p suyaklarda epifizar osteomieliit uchrashi aniqlangan. Bola tug'ilganda uning vazni qancha kam bo'lsa, kasallik kechishi og'ir atipik ko'rinishlarda o'tadi.

Uzun naysimon suyaklarda bo'ladigan osteomieliit 70–80 %ni tashkil qiladi, yassi suyaklar 10–15 %, kichik naysimon suyaklarda 5–8 %, umurtqa pog'onasidagi suyaklar atigi 1–2 % ni tashkil qiladi. O'tkir gematogen osteomieliit, 60 % – tananing pastki qismida uchrasa, yuqori qismida – 20 % hollarda uchraydi. 50 % hollarda o'tkir gematogen osteomieliit, son va katta boldir suyagida kuzatilsa, keyingi o'rinda; yelka, kichik boldir suyaklari turadi.

Yassi suyaklarda: chanoq suyaklarining osteomieliiti, jag' (yuqori va pastgi), kurak suyaklari, kalla suyaklari osteomieliiti shu ketma-ketlikda uchraydi. 1925-yilda Krasnabayev T., taklif qilgan tasnif hozirga qadar qo'llanilib kelmoqda: 1) toksik yoki adinamik hozirda adabiyotlarda septik shok deb yuritiladi; 2) septiko-piemik yoki og'ir formasi; 3) mahalliy yoki yengil formasi.

Chaqaloqlarda bo'ladigan, epifizar osteomieliitning klinik kechimga ko'ra ikkita formasi tafovut qilinadi: toksiko-septik va mahalliy o'tkir o'chog'li. Surunkali gematogen osteomieliitning 2 formasi bo'ladi: birlamchi surunkali va ikkilamchi surunkali. Birlamchi surunkali: mahalliy diffuz yoki antibiotikli osteomieliit, suyak ichi abscess, sklerozli va albuminoz osteomieliitlar kiradi. Ikkilamchi surunkali formasi, ko'pchilik hollarda O'GO muvoffaqiyatsiz davosi natijasida kelib chiqadi.

O'GOni ko'pchilik mualliflar bolaning yoshiga, suyaklanish jarayoniga, klinik kechimiga, umumiy o'zgarishlarga va bolaning yoshiga ko'ra, quyidagilarga ajratadi: 1-chaqaloqlik davriga; 2-ikki yoshgacha bo'lgan davrga; 3-ikki yoshdan katta bo'lgan bolalik davriga. Qiz bolalarda, o'g'il bolalarga nisbatan ikki marotaba kam uchraydi.

Suyak va bo'g'imlarga infeksiyaning o'tishi yo'llari:

Infeksiyaning qon tomirlar orqali o'tishi tomirlarning anatomic tuzilishiga bog'liq bo'ladi.

Yumshoq to'qimalardagi yallig'lanishlarda, aralash infeksiyalarda (poliinfeksiyada), kontakt yo'l orqali o'tadi.

Suyak va bo'g'imlarga qilinadigan muolajalarda (punksiyalardan). Ortopedik operatsiyalardan keyin rivojlanadigan infeksiyalar.

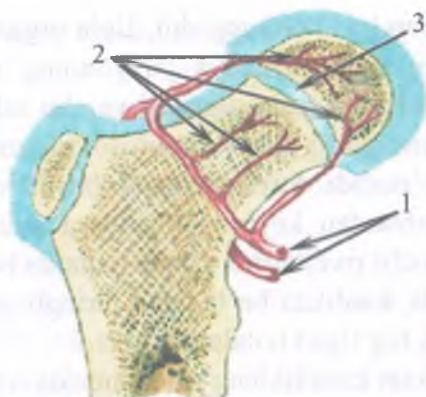
O'tkir gematogen osteomielit (O'GO).

Etiologiyasi. (barcha osteomielitlarga tegishli) O'GO: epifizar, metafizar, difizar, otodogen va boshqa osteomielitni bakterial infeksiyalar, viruslar va zamburug'lar chaqiradi. Turli infeksiyalar bilan birga, organizmdagi boshqa kasalliklar: «Ankilozli spondilit», «Psoriaz», «Reyter sindromi» dan ham osteomielitlar kelib chiqadi. Ko'pchilik hollarda O'GO qo'zg'atuvchisi, tilla rangli stafilakokk (60–80 %), stafilakokk bilan protey (16,3 %), ko'k yiring tayoqchasi (11,4 %), ichak tayoqchasi (2,9 %), ikki yoki uchtasi birgalikda qo'zg'atadi. Kasallikning davomiyligiga va infeksiyalar ko'payishiga ko'ra, bir biridan ustun keladi va o'z o'rnini o'zgaritib turadi. Biz buyirgan antibiotiklar infeksiyaning ma'lum bir assotsiyasiga ta'sir ko'rsatadi, boshqalari chidamli bo'laganligi uchun olidingi o'ringa chiqib oladi. Infeksiya gematogen (tomir nazariyasi), jarohatlanishlardan (emboliya nazariyasi), sovuq qotish va boshqa bir qancha sabablarga ko'ra suyak ko'migiga tushadi. Oldiniga infeksiya ma'lum bir sohada destruktiv yallig'lanishni chaqiradi, ko'payadi va o'zidan toksin ishlab chiqara boshlaydi. Infeksiya assostiatsiyasi kuchayib, destruktiv yemirilish, chirish va zaharlanish ta'sir kuchi oshadi.

Patogenezi. Barcha O'GO tegishli. Bola organizmining nospetsifik rezistentligi, sensibilizatsiya jarayonning susayishi sababli infeksiyaga qarshilik ko'rsata olmaydi va shu sababli organizmda patologik o'zgarish; yallig'lanish, mikrosirkulyatsiya, qon va limfa tizimiga ta'sir ko'rsatadi. Suyak ichidagi bosim va harorat oshadi. Turli jarohatlanishlardan keyin periostit va infeksiya qo'shilishi natijasida osteomielit rivojlanadi. Chaqaloqlarda bo'ladigan epifizar osteomielit: terida, kindikda bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardan va infeksiya bilan tug'ilgan bolalarda bo'ladi.

1894-yilda Lekser kasallikning patogenezida embolik nazariyani, septikopiemiya sababli O'GO ga kelib chiqishini bayon qildi. Bakterial emboliya kichik qon tomirlarga tiqilib qoladi va qon aylanishi izdan chiqadi, bola yoshiga ko'ra tomirlar orqali suyakning barcha qismlarida emboliya bo'lish ehtimoli bor. Turub qolgan bakterial emboliya yiringli destruktiv yallig'lanishni chaqiradi. O'GO ga sabab bo'luvchi omillardan yana biri yumshoq to'qimalarda bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardir. Adabiyotlarda keltirilgan nazariyadan biri Derjavin S.M., allergik nazariyasi. Allergik moyillik bo'lgan bolalar organizmida yashirin infeksiya o'choqlari bo'lib oqibatda yallig'lanishga sabab bo'ladi. Asosiy omillardan yani biri bola organizmiga ziyon yetkazuvchi omillar, sovuq qotish va jarohatlanishlardan O'GO kelib chiqadi.

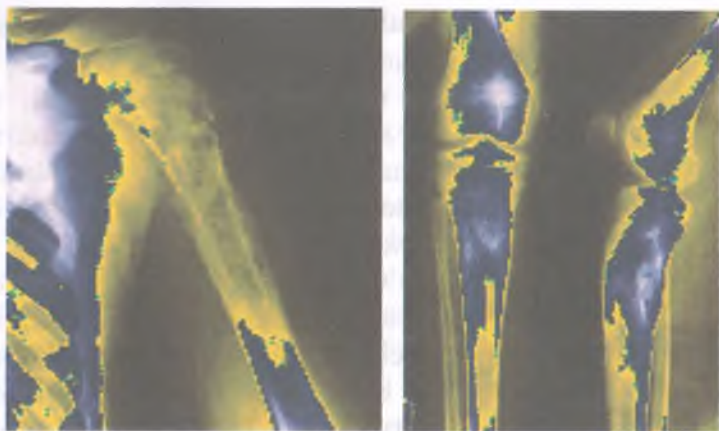
Patologik anotomiya. Yallig'lanish jarayoni suyakning metafizar qismidagi o'zgarishlar bilan boshlanadi. Shish, infiltrat vaqt o'tishi bilan boshqa sohalarga tarqaladi. Tomirdagi tromb keyinchalik absessga o'tadi. Suyakdagi transudat bosim ostida metafizning g'ovak qismiga, Gaversov va Folkmanov kanalari orqali suyakning ko'mik qismiga o'tadi, subperiostal flegmonani chaqiradi. Jarayon suyak bo'ylab va ko'ndalangiga tarqaladi. Suyakning epifizar qismi infeksiyaga qarshilik ko'rsatadi, shu sababli bir yoshgacha bo'lgan bolalarda yallig'lanish qon tomir tizimi orqali epifizar qismga o'tadi (6.29-rasm).



6.29-rasm. Tomirlarning tarmoqlanishi

Klinikasi. O‘GO klinikasi turli ko‘rinishlarda, boshqa kasalliklarda bo‘ladigan sindromlarga o‘xshash belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Kasallikning klinikasi: bolaning yoshiga, organizmning qarshilik kuchiga (reaktivligiga), suyakdagi destruksiya joyiga, kelib chiqish sababi va formasiga bog‘liq bo‘ladi. Toksik formasi bir qancha boshqa kasalliklarda bo‘ladigan sindromlarni o‘z ichiga oladi. O‘GO mahalliy diffuz, atipik albuminozli, Garre osteomieliti, Brodi absessida, infeksiyaning virulentligi, osteomielitning namoyon bo‘lishida muhim ahamiyatga ega. Keyingi yillarda kasallikning klinik belgilari atipik ko‘rinishlarda namoyon bo‘lmoqda. Batafsil anamnez yig‘ilmasdan, belgilar aniqlanmasdan antibakterial terapiya boshlanishi sabab bo‘lmoqda. O‘GO formalarini kasallikning faqatgina klinik ko‘rinishiga qarab emas balki og‘riq xarakteriga ko‘ra ajratsa bo‘ladi.

O‘GO uchta formasi tafovut qilinadi: toksik (yashin tezligidagi – molnenosnaya), septikopiemik va mahalliy (yiringli – o‘choqli) formalari. Kasallikning bu tartibda ketma-ketligi va formalarga ajratilishi nisbatan olingan. Kasallikning formalaridagi ko‘rinishlar va o‘zgarishlar har doim ham biz takidlagandek bo‘lavermaydi. Jarayon ba’zida, mahalliy ko‘rinishda, keyinchalik esa toksik yoki septikopiemik ko‘rinishda namoyon bo‘ladi (6.30-rasm).



6.30-rasm. Yelka va katta boldir suyagining O'GO

Toksik formasi. Kasallik to'satdan boshlanib qisqa muddat ichida tana haroratining yuqori ko'rsatgichlarga ko'tarilishi bilan belgi beradi. Shu qisqa vaqt ichida mahalliy belgilersiz toksikoz, umumiy holsizlik, teri rangi oqargan yoki sarg'ayish ko'rinishda bo'ladi. Bola es-hushini yo'qotadi, talvasaga tushadi. Ba'zida: qusish, meningit, perikordit, pnevmoniya ko'rinishida kechadi. Yurak tonlari bo'g'uq, o'zgaruvchan, puls tezlashgan (taxikordiya) kasallikka xos bo'ladi. Biz kasallikning anamnezini yig'ish, laborator, rentgen, UTT tekshiruvlarini o'tkazish bilan ovora bo'lgan vaqtimizda, bemor komaga tushadi, yurak urishi va nafas to'xtaydi. Toksik (yashin tezligidagi) formasida, 12–24 soat ichida bemorda biologik o'lim kuzatilgan hollar adabiyotlarda yozilgan. Sinchkovlik bilan tekshirilganda, har qanday og'ir hollarda ham kasallikning mikrosimptomlarini aniqlasa bo'ladi. O'GO boshlanishida, bemor qo'l yoki oyog'ini ehtiyot qiladi, lekin aniq bir og'riqli sohani ko'rsata olmaydi. Kuzatuvchi bolaning ikkala qo'lini, barmoqlaridan ushlab, birin ketin harakatlantirganda, kasallangan tomonda og'riq kuchayadi, bo'g'imlarda harakat cheklangan bo'ladi. Bemor qanchalik og'ir ahvolda bo'lmasin, harakatlantirganda unga nisbatan javob reaksiyasi bo'ladi. Palpatsiyada, yallig'lanish sohasida mahal-

liy harorat va ogʻriq kuzatiladi. Yelka, bilak, son, boldir suyaklari yoʻnalishi boʻyicha, toʻqmoqcha koʻrinishida barmoq bilan urub koʻrilganda destruksiya sohasida ogʻriq kuchayadi, bemor belgi beradi. Kichik va yassi suyaklardagi OʻGO, kasallik toksik koʻrinishda namoyon boʻlmaydi. Kasallikning boshlanishida, birinchi soatlarda, yumshoq toʻqimalarda: qizarish, shish, ogʻriq boʻlmaydi, harakat qisman cheklanadi.

Septiko-piemik formasi. OʻGO septik koʻrinishda: suyak, oʻpka, perikard, jigar, buyurak va miyadagi, piemik oʻchoqlar asorati bilan kechadi. Kasallik bir va bir necha aʼzodagi piemik destruksiyalarga sabab boʻlishi mumkin. Yana bir farqli tomoni, boshqa aʼzolarda piemik oʻchoqlar aniqlanganida asosiy eʼtibor shu aʼzodagi oʻzgarishga qaratiladi va suyakdagi birlamchi destruktiv jarayonga eʼtibor qilinmaydi. Boshqa aʼzolarda piemik yiringli oʻzgarish boʻlganida, suyaklardagi birlamchi yiringli oʻchoqni aniqlamoq kerak. OʻGO toksik formasidagidek, kasallikning mahalliy belgilari unchalik aniq boʻlmasligi mumkin.

Mahalliy (oʻchoqli) formasi. Kasallikning bu formasida klinik belgilar yaqqol koʻrinadi. Anamnezida jarohatlanish boʻlganligi, boʻlmagan taqdirda ham maʼlum bir joydagi ogʻriqqa shikoyat qilishining oʻzi kasallikning boshlanishidan dalolat beradi. Keyinchalik zararlangan tomonda (qoʻl yoki oyoqda) harakat cheklanadi, yaqin boʻgʻimlarda ogʻriq va shish boʻladi. Birinchi kundan maʼlum bir sohada ogʻriq, teri yuzasida qizarish, shish, koʻkarish, infiltratsiya, fluktuatsiya kuzatiladi. Palpatsiya, perkusiy qilib koʻrganimizda, ogʻriqli sohada mahalliy harorat, infiltratsiya aniqlanadi, harakatlantirganda ogʻriq kuchayadi.

OʻGO bemorning tana harorati 38–39 °C koʻtariladi. Bola bezovtalanadi, ishtahasi boʻlmaydi, uyqusi buziladi.

Diagnostikasi. Boshqa kasalliklardagi kabi oldiniga anamnez yigʻiladi, kasallikning boshlanishi, bezovtalanish, ishtahasizlik, uyqusizlik va boshqalar soʻraladi. Umumiy koʻruvda asosiy eʼtiborni, qoʻl-oyoqlardagi oʻzgarishlar: shish, qizarish, ogʻriq, harakat cheklanishi va boshqalar. Sekin-astalik bilan qoʻl va oyoqni harakatlantirib koʻriladi, boʻgʻimdagi harakatga eʼtibor qilinadi. Keyingi oʻrin-

da palpatsiya va perkusiya qilinadi. Oldiniga engi yuzaki va og'riq sezmasa, chuqur palpatsiya qilinadi. To'qmoqchalab (perkusiya) urub ko'rganda og'riqli soha aniqlanadi. Oyoqlardagi suyaklarda, osteomielitga shubha qilinganda, tovon sohasiga urub ko'rilganda og'riq kuchayadi.

Qo'shimcha tekshirish vositalari. Oldindan keng qo'llanib kelingan usullardan biri bu rentgenografiyadir. Kasallikning boshlanish davrida rentgendagi o'zgarishlar aniq bo'lmasada, yumshoq to'qimalardagi o'zgarishlarga qarab suyakdagi yallig'lanishlardan xulosa qilish mumkin bo'ladi. Kasallik boshlangandan keyin birinchi 4-5-kunlari, yumshoq to'qimadagi o'zgarishlarga e'tibor qilinadi. Mushaklar va teri osti yog' qatlami oralig'idagi chegara yo'qoladi. Bu rentgen tasvirdagi o'zgarish boshqa yallig'lanishlarda ham kuzatiladi.

Kech 5-10-kunlarda qilingan rentgen tasvirda kasallikning mikro-simptomlari suyak ichki tuzilishida joy joylarda uning arxitektonikasi o'zgaradi. Periostal reaksiya bo'lmaydi. Suyak atrofidagi yumshoq to'qimalarda o'zgarishlar ko'riladi. Faqatgina 10-15-kunlari kasallikka xos bo'lgan belgilar, yallig'lanish sohasida to'g'ri yo'nalishdagi soya ko'riladi, bu suyak po'stlog'ining ko'chishi evaziga yuzaga keladi. Suyakning kortikal qavatini notekis bo'ladi, suyak po'stlog'i qalinlashadi va kortikal qavatga qo'shiladi. Metafizar sohada ostoporozli dog'lar, ba'zida katta-katta hajmdagi lizisli o'choqlar kasallikka xos belgi bo'ladi.

O'GO xos rentgenologik o'zgarishlar, erta yoshdagi bolalarda 5-7-kun, katta yoshdagi bolalarda esa, 10-15-kunlari aniq bo'ladi. Agarda antibakterial terapiya olayotgan bo'lsa u holatda bu muddat bir oz cho'ziladi. Chanoq, son suyaklaring boshchasi va bo'yin qismida O'GO rentgenologik o'zgarish (30-45-kunlari) namoyon bo'ladi. Ba'zi bir birlamchi o'zgarishlarni rentgen va tomografiya yordamida aniqlanadi. Kasallikdagi rentgenologik o'zgarishlar qancha kech aniqlansa, shunchalik surunkali formaga o'tish ehtimoli ko'p bo'ladi. Hozirda O'GO erta diagnostika qilish uchun: suyak ichi bosimini o'lchash, kserografiya, ultratovush (UTT), KT, sstintografiya, osteoperforatsiya, diagnostik punksiya, siydik tarkibidagi yog'ni aniqlash usullari mavjud. Bir so'z bilan aytganda bolalarda O'GO, etra diagnoz qo'yish vositalarini bajarishda qiyinchiliklar

bo'lganligi uchun amaliyotda barchasi qo'llanilmaydi. Diagnostik punksiya, rentgenografiya, UTT dianoz qo'yish usullari, qo'shimcha suyak ichi bosimini o'lchash, bizning klinikada keng qo'lanilmoqda.

Laborator tekshirish vositalari. Umumiy qon tahlilida bo'ladigan o'zgarishlar, leykositoz, neytrofillar va limfositlarning bir biriga nisbatan o'zgarishi. Kasallikning keyingi kunlarida, (gemogrammada) gemoglobinning tushishi kuzatiladi. Qon va yiring bakterologik ekmaga olinadi.

O'GO kam uchraydigan atipik formasida kasallikning klinik ko'rinishlari o'ziga xos ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Ko'krak yoshidagi bolalardan katta yoshdagi bolalardan farqli tomonlari: infeksiyaga sabab bo'luvchi (omfalit, piodermiya va boshqalar); bunda suyakning epifizar qismida destruktiv yallig'lanish (EO) bo'ladi va subperiostal sohaga tarqaladi. Sekvestr va oqmalar bo'lmaydi, lekin birnecha suyak va bo'g'imlarda ko'plamchi yiringli o'choqlar hosil bo'ladi, surunkali formaga o'tadi.

Yassi suyaklarning osteomieliti (kalla, qovurg'a, kurak, to'sh va chanoq suyaklari), bu suyaklardagi osteomielit mahalliy (o'chog'li) yoki septikopiemik ko'rinishda kechadi. Bu suyaklarda ikki qavatli kortikal plastinka bo'lganligi uchun rentgen tasvirdagi o'zgarishlar kech namoyon bo'ladi. Shu sababli, bu suyaklarda bo'ladigan osteomielitlarda boshqa a'zolariga (miya, ko'krak qafasi, qorin bo'shlig'i va boshqa sohalarda) kasallikning asoratlanishlari kuzatiladi. Yassi suyaklarda bo'ladigan ostemielitlar uzoq davom etadi, oqmalar hosil bo'ladi, chandiqlanadi va surunkali formaga o'tadi.

Boshqa suyaklardagi O'GO ko'ra, umurqa pog'onasi, chanoq suyaklaridagi osteomielitni diagnostika qilish qiyin bo'ladi. Bolalar yoshida umurtqa pog'onasining osteomieliti (0,2–0,4 %) juda kam uchraydi, lekin chanoq suyaklarining O'GO 3–6 %ni tashkil qiladi. Ayniqsa erta yoshdagi bolalarda yassi suyaklardagi ostemielitni aniqlash ancha qiyin bo'ladi, rentgendagi o'zgarishlar 1,5–2 oyda namoyon bo'ladi.

Umurtqa pog'onasining osteomielitida tana harorati ko'tariladi, og'riq bo'ladi va harakat cheklanadi. Ko'ruvda yallig'lanish sohasida, terining qizarishi, mushaklar taranglashuvi kuzatiladi. Palpatsiya va

perkusiya da og'riq kuchayadi. Chanoq suyaklarining O'GO, tana haroratining ko'tarilishi, ma'lum bir sohada og'riq bilan namoyon bo'ladi. Ko'pchilik hollarda, kasallik yonbosh suyagida kuzatiladi. Boshlanishida mahalliy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi: shu sohada shish, mahalliy harorat va palpatsiyada og'riq kuchayadi.

Mahalliy diffuz osteomielit – kasallikning atipik formasidan biri, jarayon ma'lum bir suyakda bo'ladi va po'stloqda abscess kuzatilmaydi. Keyinchalik suyakning ma'lum bir sohasida yoki butun bir suyak destruksiya ga uchraydi. Kasallikning bu formasi ham O'GO klinik ko'rinishlari bilan namoyon bo'ladi, farqli tomoni, suyak po'stlog'i osti abscessi va mushaklar aro flegmona bo'lmaydi. Asosan, tanaharoratining ko'tarilishi, og'riq va shu tomonda harakat cheklanadi. Rentgenologik o'zgarishlar juda kech namoyon bo'ladi. Suyakda destruktiv o'zgarishlar kortikal qismida bo'shliqlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Periostal reaksiya bo'lmaydi va turli hajmdagi sekvestrlar ko'riladi.

Kasallik cho'ziladi, o'tkir osti va keyinchalik surunkali formaga o'tadi. Kasallik davri 3–5 oy va undan ko'proq davom qiladi.

Antibiotikli osteomielit. O'GO bu formasi antibakterial terapiya muolajasi noto'g'ri berilganda yuzaga keladi. Kasallik aniqlanmasdan, antibiotiklar ko'lami to'g'ri talanmasdan boshlangan hollarda kelib chiqadi. Bemorlarning tanaharorati past bo'lib, ichki zaharlanish xos bo'ladi. Keyinchalik suyak po'stlog'i ostida abscess hosil bo'lib rentgenda o'tkir gematogen osteomielitga xos o'zgarishlar bo'ladi.

Albuminoz osteomielit. Kasallikning bu formasi katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Bu yallig'lanish, son va yelka suyaklarida ko'p uchraydi. Suyakning proksimal va distal qismlarida, suyuqlik (oqsil yoki yog') yig'ilgan eksudatli bo'shliqlar bo'ladi. Suyak po'stlog'i ostiga yig'ilgan eksudat uni yemiradi va mushaklar oralig'iga tarqaladi mushaklar aro flegmonaga sabab bo'ladi. Bu kasallik o'tkir osti forma ko'rinishida boshlanadi, tanaharorati 37,5–38 °C oshadi. Bemorlar qo'l oyoqlardagi og'riqqa shikoyat qiladi, og'riqning joylashgan joyini aniq ko'rsatadi. Ko'ruvda shu sohada shish, teri qizarishi va palpatsiyada flyuktuatsiya aniqlanadi. Qo'l oyoqlarda harakat cheklanadi, funksiyasi buziladi. Rentgen tasvirda, metafizda

va diafizda, dog‘li osteoporoz ko‘riladi. Ko‘pchilik hollarda oqmalar bo‘ladi va jarayon surunkali formaga o‘tadi.

Brodi abssessi – suyakning ma‘lum bir sohasida chegaralangan abscess ko‘rinishida bo‘ladi. Bolalar yoshida kam uchraydi (3,1 %), asosan, katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Katta boldir suyagining proksimal qismida bilak suyagining distal va son suyagining distal metafizar sohalarida ko‘proq uchraydi. Kasallikning boshlanishi o‘tkir osti formasi ko‘rinishida boshlanadi. Bola organizmining himoyalani sh kuchi, infeksiyaning patogenligiga ko‘ra, ba‘zi birlarida tanaharorati yuqori ko‘rsatgichlarga ko‘tariladi, ba‘zilarida o‘zgarmaydi. Ichki zaharlanish alomatlar bo‘lmaydi. Bemorning asosiy shikoyati, qo‘l yoki oyog‘idagi (lokal) og‘ridan bo‘ladi. Og‘riq doimiy bo‘lmaydi, harakatlantirganda og‘riq kuchayadi. Palpatsiya va perkusiyada og‘riq kuchaymaydi, o‘zgarmaydi. Bu bemorlar uchun tungi og‘riq xos bo‘ladi. Abscess hosil bo‘lganda, shu sohada unchalik katta bo‘lmagan shish ko‘riladi, qizarish va fluktuatsiya bo‘lmaydi. Yaqin bo‘lgan bo‘g‘imda artrit bo‘lish ehtimoli yuqori bo‘ladi. Kasallik cho‘zilsa avj oladi va mahalliy O‘GO klinik belgilari kuzatiladi. Abscess kuchayadi va qobig‘i yorilib, yiring suyak po‘stlog‘i ostiga tarqaladi va keyinchalik oqma ochiladi.

Boshqa formalaridagi kabi rentgen tasvirda suyakdagi o‘zgarishlar ko‘riladi. Rentgen tasvirda yumaloq shakildagi chegaralari aniq bo‘lgan hosila aniqlanadi. Bo‘shliq slerozlangan pardaga o‘ralgan, sekvestrlar ko‘rinishida bo‘ladi. Asoratlangan hollarda suyak po‘stlog‘idagi boshqa o‘zgarishlar aniqlanadi. Diagnostikasi qiyin bo‘lganida, diagnostik punksiya qilinadi.

Sklerozlangan Garre osteomieli deb suyak ko‘migi kanalining sklerozga uchrashi, kortikal qobiqning qalinlashuvi va deformastilani shiga aytiladi. Kasallikning kechimiga ko‘ra uchta asosiy ko‘rinishi farqlanadi: o‘tkir, o‘tkir osti, birlamchi surunkali. O‘GO klinikasi kam hollarda namoyon bo‘ladi. Sekvestr va oqma paydo bo‘ladi, kasallik surunkali ko‘rinishda kechadi. O‘tkir osti ko‘rinishi, sklerozli o‘zgarish bo‘lishi Garre osteomieli tga xos bo‘ladi. Vaqti vaqti bilan (tun, kundan qat‘iy nazar) qo‘l oyoqlarda bo‘ladigan og‘riq kasallikning asosiy belgisi. Juda yuqori bo‘lmagan tana harorati domiy saqlanadi.

Umumiy koʻruvda kasallangan tomon, sogʻlom tomonga nisbatan toʻlishgan boʻladi. Palpatsiya va perkusiyada ogʻriq kuchayadi, mahalliy harorat aniqlanadi. Bemor kasallangan tomon qoʻl oyogʻini ehtiyot qiladi. Bu holat 1–1,5 oy davom qiladi va keyinchalik bolaning umumiy ahvoli ogʻirlashadi. Tana harorati koʻtariladi, ogʻriq kuchayadi, mahalliy oʻzgarishlar namoyon boʻladi. Chuqur palpatsiyada ogʻriq kuchayadi. Diagnostikada rentgen va UTT dan foydalaniladi.

Koʻplamchi osteomielit deb bir vaqtda ikkita yoki uchta suyakda boʻladigan osteomielitga aytiladi. Koʻplamchi osteomielit bir birining asorati yoki birin-ketin boshqa suyaklarda rivojlanishi mumkin. Chaqiruvchisi tilla rangli stafilokokklardir. Bunday osteomielitlar natijasida destruktiv pnevmoniya va keyinchalik plevra empiemasi, toksik gepatit, nefrit, yiringli perikardit asoratlari boʻladi. Rentgenologik oʻzgarishlar kech namoyon boʻladi. Oxir-oqibat jarayon surunkali formaga oʻtadi va bola nogironlikka chalinadi.

Differensial diagnostika. OʻGO, qoʻl-oyoq, boʻgʻimlarda boʻladigan turli xildagi ogʻriq (artralgiya), yumshoq toʻqimalardagi yaligʻlanishlardan (flegmona, abscess va boshqalardan) differensiatsiya qilinadi. Keyingi yillarda OʻGO atipik formalari koʻpayganligi sababli differensiatsiya qilish anchagina qiyin boʻlmoqda. Birlamchi zveno shifokorlari tomonidan yoʻllanma bilan kelayotgan bemorlarning koʻpchiligida, birlamchi diagnoz, suyak sili, revmatizm, flegmona diagnozi. Katta yoshdagi bolalarda son – chanoq boʻgʻimining, simfiz va umurtqa pogʻonasining sili bilan differensiatsiya qilish qiyin boʻladi. Anamnezida sil kasali boʻlgan bemor bilan kontaktda boʻlganligi Mantu sinamasi xulosasi diagnozga aniqlik kiritadi.

Silga xos boʻlgan yana bir oʻzgarish, poliadinit, koʻks oraligʻi va oʻpkadagi limfa tugunlarining kattalashuvi (sadam tizimi)dir. Olingan yiringning bakteriologik xulosasi ham kasallikni farqlashda yordam beradi. Sil kasalligida zararlangan tomonda mushaklar atrofiyasi tez rivojlanadi. Boshqa kasalliklardan farqlashda har doimgidek rentgen yordamchi vosita boʻladi. Shuningdek, boʻgʻimlardagi travmatik jarohatlanishlardan farqlanadi.

Onkologik kasalliklar, suyak sarkomasi va Yuinga oʻsmasi bilan differensiatsiya qilinadi. Suyak oʻsmasidan ifarqlash ancha qiyin

bo'ladi, yordamchi vositalar rentgen, angiografiya va kompyuter tomografiya ham ba'zida aniq ma'lumot bera olmaydi. Onkologik kasalliklarga shubha qilinganda, (ochiq yoki punktsion) biopsiyaga olinadi va kasallikga aniqlik kiritadi.

Revmatizimdan farqlashda, anamnez yig'iladi, revmatizm kasalligi tanaharoratining ko'tarilishi bilan boshlanadi va keyin og'riq qo'shiladi. Bo'g'imdagi og'riq domiy emas, harakatlantirganda og'riq kuchaymaydi va bir vaqtda bir necha bo'g'imlardagi o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Rentgen tasvirda o'zgarishlar bo'lmaydi. Punktsiyasida yiring bo'lmaydi, suyak ichi bosimi o'zgarishsiz. Revma (proba) sinama, kasallikni farqlashda yordam beradi.

Yumshoq to'qimalarning yallig'lanishlaridan farqlash qiyin bo'lmaydi. Anamnezida yiringli yaralar, jarohatlar va gematoma vezikal ko'ruvda aniqlik kiritadi.

Umumiy davo. 1925-yilda T.P. Krasnobayev tomonidan tavsiya qilingan davolash usuli hozirga qadar o'z kuchini yo'qotganicha yo'q. Kasallikni davolashda bolaning umumiy ahvoli, kasallikning davri, bir va bir necha suyakdagi EO va septik o'zgarishga qarab induvidiul davo tanlanadi. Hozirgi kunda ham bu kasallikning asoratlari kamaygani yo'q, barcha davo natijalari qoniqarli emas. EO davolashda har bitta bemorga o'ziga xos yondashuv va davo talab qilinadi.

Asorati. Surunkali osteomielit, suyakning sinishi, soxta bo'g'im, yiringli artrit, kontraktura, sepsis va boshqalar

Davosi. O'GO kasalligining formasiga ko'ra: tezkor, shoshilinch ravishda xirurgik va konservativ davo qilinadi. Ko'pchilik xirurglar fikriga ko'ra faqatgina osteomielitik flegmonani ochish qoniqarli natija bermaydi. Shuning uchun, imkon qadar, aniqlik bo'lmagan hollarda osteoperforatsiya qilish juda yaxshi foyda beradi. Ehtiyotkor osteoperforatsiya, diagnoz qo'yish, suyak ichi bosimini o'lchash va davolash juda katta yordam beradi. Qancha erta osteoperforatsiya qilinsa, shunchalik foydali bo'ladi, kasallik surunkali formaga o'tishining oldi olinadi. Hozirgi kunda ehtiyotkor osteoperforatsiyaning ikkita asosiy usuli mavjud: teri orqali maxsus niynada teshilib bosim o'lchanadi, ikkinchi usul suyakda 2-3 (0,3 - 07 sm) teshiklar qilinadi va suyak ichini (ko'migini) yuvib turiladi (6.31-rasm).



6.31-rasm. Xirurgik davu

Osteoperforatsiya o'rnida maxsus tayyorlangan niynalar (igla Bira) yoki polietilen naychalar qoldiriladi va tegishli davu muolajalari (antibiotiklar) yuborib turiladi. Osteomielitik flegmonada kesimlar bajariladi va qo'shimcha osteoperforatsiya o'tkazilib, immobilizatsiya qilinadi. Bir vaqtning o'zida simptomatik kopleks davu muolajasi boshlanadi: infuzion terapiya, antibakterial terapiya, vitaminlar, euobiotiklar, antistafilokokkli plazma, immunoglobulin, gammo-globulin, fizioterapiya (UFN,UVCh, UKCh, SVCh), lazer nurlari buyuriladi. Erta diagnoz qo'yilib, tegishli davu qilinsa, kasallik surunkali formaga o'tmaydi.

Surunkali osteomielit. Turli adabiyotlarda, turlicha ma'lumotlar mavjud, 2 oydan 6 oygacha davom qilganda oqma hosil bo'lib sekvestrlar chiqa boshlarsa surunkali osteomielitga o'tadi deyilgan. 1991-yil G.A. Bairov, L.M. Roshal «Гнойная хирургия детей» kitobida, klinik va rentgenologik ko'rinishlarga asoslanib, bir oydan keyin surunkali osteomielit diagnozi qo'yiladi. Kasallikning surunkali formaga o'tishida, mikroorganizmning virulentligi, organizmning qarshilik kuchi, tegishli va samarasiz boshlangan davu muolajasi natijasida surunkali formaga o'tadi. Kasallik o'tkir davrdan surunkali formaga o'tganida yallig'lanish sohasida demarkatsion val, cheklangan sekvestr (surunkali sekvestrlanuvchi osteomielit) yoki sekvestirsiz suyakdagi bo'shliq (surunkali yiringli ostomielit) bo'ladi.

Bemorlarning ko'pchiligida oqma ochiladi va uzoq vaqtgacha yiring, nekrotik to'qima va sekvestrlar ajralib turadi (6.32-rasm).



6.32-rasm. Surunkali osteomielit

Klinikasi. Surunkali osteomielitning klinik ko'rinishlari osteomielitning egalagan o'rni, muddatiga va qaytalanish bosqichiga bog'liq bo'ladi. Kasallik avj olganida, bemorning tana harorati oshadi, umumiy ahvoli yomonlashadi, kasallangan qo'l - oyoqda og'riq va oqmadan yiring ajrala boshlaydi. Mahalliy o'zgarishlar kasallangan sohada lokal shish ba'zida terida qizarish kuzatiladi. Bemor organizmidagi infeksiya uzoq vaqt o'z faoliyatini davom ettiradi, suyakdagi yemirilish, sekvestratsiya davom qiladi. Klinik o'zgarishlar bo'lmasdan: suyakda patologik sinish, chiqish (bo'g'imda), qo'l-oyoqning kalta bo'lishi, ankiloz, kontraktura, soxta bo'g'im va oqmalar kuzatiladi.

Oqmalar bir birlariga nisbatan yuqorida va pastda yoki yonma yon joylashadi. Oqma sohasidagi teri osti yog' qatlami yemirilgan bo'lib, terining o'zi suyak devoriga yopishgan bo'ladi. Oqmaning yuzasini yupqa po'stloq yopib turadi. Vaqt o'tishi bilan suyak ichida yiring va sekvestrlar to'planadi, oqma orqali tashqariga harakat qiladi va po'stlog'ni ko'chirib ajrala boshlaydi. Ambulator davo davrida ma'lum bir vaqtgacha ajralishi bo'lmaydi va yaraning yuzasi qayta bitadi. Rentgen tasvirda suyak devorining yemirilishi, sekvestratsiya havzasi, destruksiya maydoni vs osteoskleroz aniqlanadi.

Ba'zida destruksiya maydoni suyakning: yuqori 3/1, o'rta, quyi 3/1 qismida yoki butun bir suyakni egallaydi. Umumiy osteomielitda, vezikal ko'ruvda: deformatsiya, bo'g'im kontrakturasi, oqmalar va ajralma bo'lishi kasallikka xos ko'rinish bo'ladi. Bemorning kasallangan qo'l-oyog'i doimiy ravishda longeta va shina bilan immobilizatsiya qilinadi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi va kasallikning davri (muddati) so'raladi. Vezikal ko'ruvda mahalliy o'zgarishlar: qizarish, deformatsiya, oqma ajralma aniqlanadi. Surunkali osteomielitni diagnostikasida rentgen juda qo'l keladi va aniqlik kiritadi. Ikki proyeksiyada rentgen qilinganda suyakdagi o'zgarish: periostal ikkilanish, destruksiya o'chog'i, sekvestratsiya va demarkatsion soha ko'riladi. Suyakdagi sekvestrlar bir va bir nechta bo'lib, suyakning turli qismlarida bo'lishi mumkin.

Oqmali formalarida qo'shimcha diagnostik vosita, finajasografiya o'tkaziladi. Oqma orqali kateter o'tkazilib, bo'shliq antiseptik eritmalar bilan yuviladi va kontrast yuborilib (urografin, verografin) ikki proyeksiyada rentgen qilinadi. Bunda destruksiya maydoni, suyakdagi bo'shliqning hajmi aniqlanadi. qo'shimcha zamonaviy diagnostik vosita, KT qilinadi, bunda to'liq ma'lumotga ega bo'lamiz. Sekvestratsiya jarayoni va suyakdagi va atrof to'qimalardagi barcha o'zgarishlarni ko'ramiz.

Differensial diagnostika. Atipik formadagi osteomielitlar, bir-biridan va suyaklardagi boshqa kasalliklar bilan differensiatsiya qilinadi.

Barcha O'GO tegishli differensial diagnoz. Chaqaloqlar va erta yoshdagi bolalarda, juda ko'p hollarda, chuqur joylashgan mushaklar aro flegmona, yiringli artrit, tug'ruq paytida bo'ladigan turli jarahatlanishlar, qon talashlar (gematoma), suyaklarning sinishi, uzun naysimon suyaklarning sil kasalligi, to'qima sifilis, atipik polmielit, revmatizm, limfadenit, suyak o'smasi (sarkoma), kortikal gipoteroz, yumshoq to'qimalardagi yallig'lanishlar, «pseudoparalich» revmatizm va bir qancha boshqa kasalliklar bilan differensiatsiya qilinadi.

Flegmonada qo'l va oyoqlarni harakatlantirganda kuchli og'riq bo'lmaydi. Infiltrat, fluktasiya va mahalliy harorat flegmonada tez rivojlanadi.

Artrit birlamchi chaqaloqlarda deyarli kuzatilmaydi. Suyaklar sinishi ayniqsa, son suyagining po'stloq ostidan (поднад-костничный) sinishda, batafsil anamnez yig'ilib, tasviriy rentgen qilinsa aniqlik kiritiladi. Turli jarohatlanishdan keyin qon talash va yiringlash ehtimoli yuqori bo'ladi, bo'g'im punksiya qilinib, qon olinadi va aniqlanadi.

Davosi. Surunkali osteomielitni davolash kompleks ravishda olib boriladi. Kasallik avj olgan davrda o'tkir gematogen osteomielitdagidek davo muolajasi buyuriladi. Boshqa paytlarda, yiringli bo'shliqni tozalash, ichki zaharlanishga qarshi infuzion terapiya va organizmning umumiy quvvatini ko'tarish uchun muolaja beriladi. Suyakdagi o'zgarishlar, sekvestratsiya havzasi, yangi suyak qadog'ining hosil bo'lishiga ko'ra 5-6 oydan keyin qat'iy xirurgik davo «Sekvestrektomiya, yiringli bo'shliqni tozalash, oqmani bartaraf qilish» operatsiyasi o'tkaziladi. Uzoq muddatga gips qo'yiladi va umumiy quvvatini saqlab turush uchun vitaminlar kompleksi beriladi (6.33-rasm).



6.33-rasm. Davogacha va davodan keyingi rentgenologik ko'rinish

Nazorat testlari

1. Bolalarda yiringli yallig'lanish kasalliklari klassifikatsiyasi:

- A) mahalliy, toksikoseptik, septikopiemik;
- B) toksik, septik;

D) mahalliy, chegaralangan, chegaralanmagan;

E) chegaralangan, septik.

2. Chaqaloqlarda nekrotik flegmonaning tarqalish sababi:

A) teri va teri osti qavatining qon bilan ta'minlanishini o'ziga xosligi;

B) floraning virulentligi;

D) qattiq yo'rgaklanishi;

E) bolaning sovuq qotishi.

3. Yiringli o'choqni xirurgik davolashning asosiy prinsipi nima?

A) yiringli o'choqni effektiv drenajlash;

B) makro va mikroorganizmga ta'sir;

D) sovuq kompress;

E) fiziologik davo.

4. O'tkir gematogen osteomielitning rentgenologik belgisi nechinchi kunda namoyon bo'ladi?

A) 14–15-kun;

B) 1 haftadan keyin;

D) 20-kun;

E) 1 oydan keyin.

5. Chaqaloq umumiy ahvoli qoniqarli. O'ng ko'krak bezi o'lcham jihatidan kattalashgan. Teri rangi o'zgargan. Palpatsiyada og'riqli. Ozigina ajralma bor. Tashxisingiz?

A) Mastopatiya;

B) Mastit;

D) Frunkul;

E) O'sma.

6. Chaqaloqlar flegmonasida qanday kesim o'tkaziladi?

A) shaxmat ko'rinishida;

B) krestsimon;

- D) Bo‘ylama;
- E) Yarim oysimon.

7. Bolalarda chov yorg‘oq churrasining asosiy sababi:

- A) qorin parda vaginal o‘simtasining bitmasligi;
- B) chov halqasining kengligi;
- D) Qorin old devorining rivojlanmaganligi;
- E) Meteorizm va qabziyat.

8. Chaqaloqlar mastitida mahalliy davo:

- A) radikal kesim + magniziyli boylam;
- B) antibiotic va yallig‘lanishga qarshi dori bilan boylam;
- D) Krestsimon kesim + gipertonik boylam;
- E) Fiziodavo.

9. Omfalitda qaysi klassifikatsiya qo‘llaniladi?

- A) oddiy, flegmanoz, nekrotik;
- B) kompensatsiya, dekompensatsiya;
- D) O‘tkir, o‘tkir osti, surunkali;
- E) Asoratlangan, asoratlanmagan.

10. Bolalarda o‘tkir osteomielitda eng ko‘p zararlanadi:

- A) yirik naysimon suyaklar;
- B) yassi suyaklar;
- D) qovurg‘a;
- E) chanoq suyaklari.

7-BOB. BOLALAR YOSHIDA BO‘LADIGAN KUYISHLAR

7.1. Kuyish

Kuyish deb yuqori haroratli issiqlik omillaridan teri, teri osti va chuqur joylashgan to‘qimalarning jarohatlanishiga butunligining buzulishiga aytiladi.

Kuyish – kattalar va bolalar yoshida ko‘p uchraydigan, o‘zidan og‘ir asorat qoldirib, ba’zida o‘limga sabab bo‘luvchi og‘ir tan jarohatlaridan biridir.

Yevropa mamlakatlarida va AQSHda bir yilda 200 mingdan ko‘proq bolalar va kattalar turli darajadagi kuyishlar bilan davolanar ekan. Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, Yevropa davlatlarida bir yilda 60 mingtagacha o‘lim qayd qilinadi va ularning ko‘pchiligini bolalar tashkil etar ekan.

Kuyishlarning sababi va uchrashi

Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, bolalarda bo‘ladigan barcha jarohatlarning 8% ini kuyishlar tashkil etadi. Turli darajadagi tan jarohatlarini olgan jabrlanuvchilarning (62,2 %) 7 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil etib, ulardan 18 % statsionarda davolanadi.

Kuyishga sabab bo‘luvchi omillar; qaynoq, suv, choy, sut, ovqat va boshqalar. Issiqlik manbai bo‘lgan, metall va boshqa buyumlardan (elektr pech, elektr-qizitgichlar, dazmol, batareya) va boshqalar shular jumlasidandir. Qaynoq smoladan (bitum), olovdan, kimyoviy moddalar (kislota, ishqor, fosfor va boshqalar)dan tan jarohatlari oladi.

Tibbiyot rivojlangan har bir davlatda, jumladan, O‘zbekiston Respublikasida, malakali tibbiy yordam ko‘rsatish va ularni davolash uchun maxsus markazlar tashkil etilgan. Bu markazlar tarkibida

mutaxassislashgan bo‘limlar mavjud bo‘lib, malakali mutaxassislar faoliyat ko‘rsatmoqda. Kuyishlardan jarohatlangan bemorlarga reabilitatsion yordam ko‘rsatish va plastik operatsiyalar qilish yo‘lga qo‘yilgan.

Kuyishlar to‘g‘risida umumiy tushuncha

Bolalar yuqori haroratdagi (temperaturadagi) issiqliklardan: alangadan, qaynoq suv, bug‘, smola, kley, kimyoviy moddalar, elektr toki va nurlardan turli xildagi kuyishlar (jarohatlanishlar) olishi mumkin.

Birinchi o‘rinda teri yuzasi, teri osti yog‘ qatlami, chuqur joylashgan fassiya, pay, mushak, qon tomir, nerv tolasi, suyak po‘stlog‘i va suyaklar jarohatlanadi. Shuningdek, yuqori nafas a‘zolari hamda yuqori hazm qilish a‘zolarining kuyishlari tafovut qilinadi. Yuqori nafas va hazm tizimi a‘zolari, yong‘in natijasida ajralgan issiq gazlarni yutinganda, og‘iz bo‘shlig‘iga, nafas yo‘llariga moddalar ta‘siri kuchi natijasida, yuzaga keladi va bemor hayoti uchun xafli bo‘ladi.

Kuyish turlari – yuqori haroratdan (termik), kimyoviy, elektr toki va nurlardan kuyishlar tafovut qiladi.

Termik kuyishlar – alanga (yong‘in) natijasida ro‘y beradi. Teri yuzasidagi jarohatlanishlar, issiqlik darajasiga, jarohat sohasining egallagan o‘rni, hajmi va uning organizmga ta‘sir muddatiga bog‘liq bo‘ladi. Og‘ir darajadagi chuqur kuyishlarga bemorning kiygan kiyimi ham sabab bo‘ladi. Ko‘pchilik hollarda bemor yong‘in o‘chog‘idagi alanga va issiq tutindan nafas olganda halqum va bronxlarda, hamkorlikdagi (tashqi va ichki a‘zolarida) kuyishlar (yopiq joylarda, binolarda, xonalardagi yong‘indan) kuzatiladi.

Kimyoviy moddalardan kuyishlar – kislota, ishqor va boshqa kimyoviy moddalar ta‘sirida sodir bo‘ladi. Kislota va ishqordan kuyishlar, teri yuzasida, og‘iz bo‘shlig‘i, hazm tizimi va yuqori nafas yo‘llarida kuzatiladi. Kimyoviy moddalarni uy-ro‘zg‘or ehtiyojlari uchun ishlatilganda, bolalar ko‘zi tushib, qo‘li yetadigan joylarda qarovsiz qoldirilganida sodir etiladi.

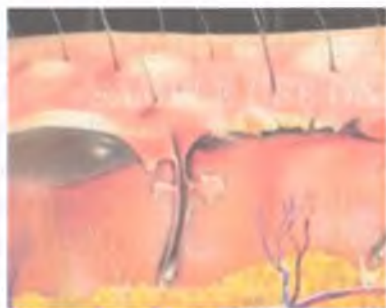
Elektr tokidan kuyish – elektr tokining bola organizmiga to‘g‘ridan to‘g‘ri ta‘siri natijasida kelib chiqadi. Nosoz elektr

manbalari; rozetkaga, radioteleapparaturalarni ulash chog'ida, elektr o'tkazgichlarni, ochiq qolgan kabel va vilkalarni, qo'li bilan ushlaganda, oyog'i bilan bosganda, elektr tokidan jarohatlanishlar oladi. Bola organizmiga elektr tokining ta'siri natijasida, ichki a'zolarida, ayniqsa, yurak-qon tomir faoliyatida sezilarli o'zgarishlar kuzatiladi va ba'zi asoratlar sababli ayrim hollarda o'lim qayd qilinadi.

Nurlardan kuyishlar. Keyingi yillarda kichik yoshdagi bolalar orasida quyosh nuridan kuyishlar (солнечные ожоги) ko'p uchramoqda. Davo maqsadida tibbiyotda qo'llanilayotgan nurlardan (fizioterapiya muolajalarida) kuyishlar ham shular jumlasidandir (+45 ... +60 °C).

Erta yoshdagi bolalarda operatsiya maydonini (teri yuzasini) yuqumsizlantrishda yuqori foizli (5% yod) qo'llanilganda ham yengil darajali kuyishlar sodir qilinadi.

Kichik yoshdagi bolalar terisining o'ziga xosligi va fiziologik xususiyati to'g'risida qisqacha ma'lumot. Kattalarga nisbatan bolalar terisi juda nozik va teri qatlamlari, nerv tolalari, limfa tomirlarining hali bir-biriga to'liq birikmaganligi va juda yuza joylashganligi bilan farqlanadi (7.1-rasm). Teri to'qimasining zararlanishi, bolaning yoshiga, vazniga, jarohatning tarqoqligiga, uning sohasi va bolaning bo'yiga nisbatan olinganda: chaqaloqlarda, o'rtacha 0,25 m², ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda – 0,5 m², to'qqiz yoshgacha – 1 m² tashkil qiladi. Bola yoshiga ko'ra, o'sish davrida oyoqlari – 5 karra, qo'llari – 4 karra, gavdasi – 3 karra va boshi – 2 karraga o'sadi. Teri qalinligi – 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda o'rtacha 1 mm, 4–7 yoshda 1–1,5 mm, 7–14 yoshda 1,5–2 mm tashkil qiladi. Teri, odam organizmini, tashqi ta'sirotlardan va turli xildagi virus va bakteriyalar tushishidan himoyalaydi (7.2-rasm).



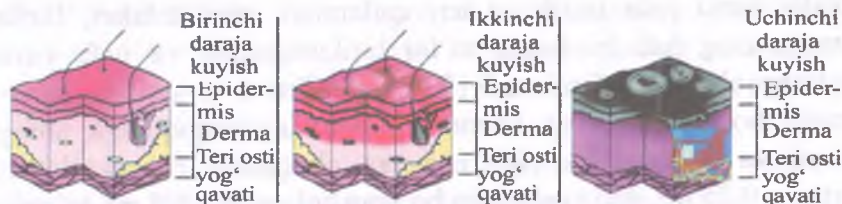
7.1-rasm. Qon, limfa va nerv sxematik ko‘rinishi



7.2-rasm. Anatomik tolalari-ning joylashishi

Kuyish tasnifi va klinikasi

Kuyishning darajasiga, uning egallagan maydoniga, chuqurligiga ko‘ra umumiy tasnif qabul qilingan. Kuyishning I–II–III A, B – IV darajalari tafovut qilinadi (7.3-rasm).



7.3-rasm. Kuyishlarning darajalari

I darajali kuyish – yengil kuyish, qisqa muddatli va past haroratdan teri yuzasida bo‘ladigan o‘zgarish. Teri yuzasida qizarish, shish va og‘riq kuzatiladi (7.4-rasm). Shish kuchayishidan teri orasidagi nerv tolalari siqiladi va og‘riq kuchayadi. Joylarda tegishli tibbiy yordam ko‘rsatilsa, qizarish, shish va og‘riq tez orada bartaraf etiladi va asorat qolmaydi. Jarohat maydonidagi teri, epidermis ko‘chib tushadi. Uning o‘rnida chandiqlik qolmaydi va o‘z holiga qaytadi.



7.4-rasm. Birinchi darajali kuyish

II darajali kuyishda – teri qatlami bir oz chuqur zararlanadi, bunda qizarish, sarg‘ish suyuqlik to‘plagan yoki yorilgan pufakchalar paydo bo‘ladi, shish va birinchi darajali kuyishga nisbatan kuchl og‘riq bo‘ladi (7.5-rasm). Ba’zi bir yorilgan pufaklar o‘rnida va kuygan teri atroflarida qisman o‘lgan (nekrotik) to‘qimalar bo‘ladi. Kuygan joyda, butunligi saqlangan, zararlanmagan, o‘sovchi to‘qima, bitish xususiyatini saqlaydi va teri butunligi tez tiklanadi. Aseptika, antiseptika qoidalariga amal qilinsa 8–12 kunda jarohat bitadi.



7.5-rasm. Ikkinchi darajali kuyish

Oldiniga teri yuzasi qizg'ish rangda bo'ladi, 2–3 haftadan keyin yangi teri o'sib o'z holiga qaytadi. Qayta bitgan terining boshqa sohadagilardagi teridan farqi bo'lmaydi.

III «a» darajali kuyishda – terining chuqur joylashgan qatlamlari, epidermal yuza bilan birga o'suvchi soha va ularni briktruvchi dermal qavat jarohatlanishi natijasida chuqur joylashgan to'qimalar ham nekrozga uchraydi (7.6-rasm). Kuygan teri yuzasi atroflari notekis, qo'shimcha pufaklar bo'lishi va bo'lmasligi mumkin. Jarohatlangan teri yuzasida qontalash, nuqta - nuqta ko'rinishida, mayda - mayda qon-tomirlarda tromblar ko'riladi. Kuygan soha bilan sog'lom teri oralig'ida yangi pufaklar hosil bo'ladi hamda ikkalasini bir bridan farqlovchi qizg'ish chiziq (liniya) hosil bo'ladi. Kuyishlarda kuchli og'riq bo'ladi, sekin-astalik bilan bu og'riq susayadi, uning sababi teri to'qimasi bilan birga nerv tolalarining nekrozga uchrashidir. Kuyish maydonida va uning atroflarida, yumshoq to'qimalarda shish tez rivojlanadi va tarqaladi. Bu kuyishda oldingilariga nisbatan jarohat bitishi qiyin va uzoq davom etadi. 10–12 kunda kuyish sohasidagi barcha nekrotik to'qimalar ko'cha boshlaydi va jarohat yuzasida chandiqli bitishmalar 17–30 kunda tiklanadi. III.a darajali kuyishda, bolalarda gipertrofik chandiqlanish rivojlanadi. Bu o'z navbatida teri yuzasidagi, qo'pol chandiqlanish bilan birga, harakat cheklanishiga olib keladi. Qo'pol chandiqlanish; panja, tirsak bo'g'imi, bo'yin sohalorida ko'proq kuzatiladi.

III «b» darajali kuyish – kuyish joyida chuqur nekroz, qoraqo'turi (strup), teri, teri osti va chuqur joylashgan yumshoq to'qima qatlamlarini qamrab oladi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir, nafas, yurak qon-tomir yetishmovchiligi, og'riqli shok yuzaga keladi. Kuyish darajalarini kasallikning birinchi kunida farqlash bir oz qiyin bo'ladi, ikkinchi-uchunchi kunlari aniqlanadi va qo'shimcha davolar buyuriladi (7.7-rasm).

IV darajali kuyishning – III «b» darajali kuyishdan farqi kuygindi (strup) suyakni ham zararlaydi. Kuyish sohasidagi to'qimalar oqish yoki qoramtir tusda bo'ladi, sog'lom to'qimadan ajralib turadi.



7.6-rasm. Uchunchi darajali kuyish (50 %)



7.7-rasm. Kuyish darajalarini farqlash

Jarohat atroflarida tarqalgan shish kuzatiladi. Kuygan sohada o'ziga xos hid bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli juda og'ir, na-

fas, yurak qon-tomir, buyuraklar yetishmovchiligi, siydik ajralishi kamayadi, bemor shokda bo'ladi.

III «b» va IV darajali kuyishlardan keyin teri yuzasidagi jarohatlar juda qiyin bitadi, kasallik uzoq davom etib turli xildagi asoratlarga sabab bo'ladi (7.8-rasm). Bunday kuyishlarda tegishli tibbiy yordam ko'rsatilsagina, 1,5 oydan bir necha oy davomida qo'pol chandiqli bitishmalar hosil bo'ladi. Jarohat bitishi uchun kuyish maydonining katta kichikligi ham ahamiyat kasb etadi. Kuyish maydoni, darajasi qancha chuqur bo'lsa, jarohat bitishi shunchalik qiyin kechadi, organizmning o'z kuchi yetarli bo'lmaydi, bu jarohat uzoq bitmaydigan yoki infeksiyalangan yara ko'rinishida bo'ladi.



a)



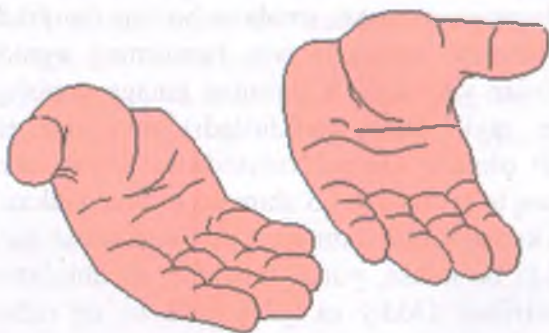
b)

7.8-rasm. a – III «b» darajali kuyish; b – IV darajali kuyish

Tibbiy malakasi bo'lgan har bir mutaxassis joylarda va davo maskanlarida zamonaviy tibbiy yordam ko'rsatishni bilishi va amalda bajarishi shart.

Chandiqliq – bu teri yuzasi va chuqur joylashgan to'qimalar oralig'idagi notekis, qo'pol bitishma. Teri, teri osti qatlamlaridagi chandiqlanish bilan birga, xususan buzuvchi, qo'pol (chandiqli) tortishmalar hosil bo'ladi, bo'g'imlarda harakat cheklanadi (bukulish va yoyilish). Buning oldini olish uchun faol xirurgik aralashuv, o'z vaqtida jarohat sohasi tozalanib, imkon qadar teri bitishiga yordam beriladi va qo'shimcha vositalardan foydalaniladi.

Terimik kuyishning darajasini, chuqurligini, foizini birinchi soatlarda, birinchi kun aniqlab bo'lmaydi. Kuyish darajasini aniqlashning asosiy vositasi, jarohatlangan sohani sinchkovlik bilan ko'rib, bo'lgan o'zgarishlarni dinamikada nazorat qilish lozim bo'ladi. II darajali kuyish, 10 kun orasida bita boshlaydi, chuqur kuyishlarda esa bitish jarayoni cho'ziladi. Termik kuyish maydoni va darajasini to'liq aniqlangach, bemorni davolash rejasi amalga oshiriladi. Kuyish darajasini aniqlash uchun kattalar yoshida qo'llaniladigan tabpardadan foydalanilmaydi. Bolaning anotomofiziologik xususiyatini va o'suvchi organizm bo'lganligini e'tiborga olgan holda, kuyishni bola yoshiga nisbatan 4 ta guruhga bo'lib o'rganamiz. Ikkinchi bir usul, shoshilinch hollarda qulay bo'lib, kaft bilan o'lchash (pravila ladoni), ya'ni kaft bemor (hamma yoshdagilarda) tana yuzasining 9 %ni tashkil qiladi, kuygan yuzaga nechta kaft yuzasi to'g'ri kelsa, shuncha foiz hisoblanadi (7.9-rasm).



7.9-rasm. Kaft bilan o'lchash

14 yoshdan katta bo'lganlarda esa 9 usuli qo'llaniladi (9 %). Teri yuzasidagi kuyish maydoni va uning chuqurligi qancha keng tarqalgan bo'lsa (III–IV darajali) kuyishlarda, bemorning umumiy ahvoli shunchalik og'ir bo'ladi.

Teri yuzasida og'ir kuyish deb hisoblangan va o'zidan asorat qoldiradigan sohalarga; yuz, bo'yin, qo'l va oyoq panja, oraliq sohasi jinsiy a'zolar kiradi. Chuqur kuygan joyda to'qimalar butunligi

buziladi, anotomo - fiziologik holati tiklanmaydi, nogironlikka olib keladi. Juda og'ir kuyishlarga yuz bilan birga, yuqori nafas yo'llarining birgalikda kuyishi kiradi. Bunday kuyishlarga o'pka yallig'lanishi qo'shiladi va uning asorati natijasida o'lim kuzatiladi.

Kuyishlarning klinik kechishi, kuyish kasalligining rivojlanishida bemorning yoshi katta ahamiyatga ega. Termik kuyishlarga erta yoshdagi bolalar va keksa yoshdagilar juda ta'sirchan bo'ladi. Teri yuzasidagi kuyish maydoni 5–10 %dan yuqori bo'lsa, ichki a'zolarida funksional o'zgarishlar bo'ladi. Kuygan bemorlarga o'z vaqtida tegishli tibbiy yordam ko'rsatilmasa, kuyish kasalligi rivojlanadi.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Davolash. Kuyishlarda jabirlanuvchilarga birinchi tibbiy yordam, fojia joyida ko'rsatiladi. Bolani yong'in maydonidan olib chiqiladi, uning ustidagi yonib turgan kiyimidagi alanga o'chiriladi. Elektr tokidan kuyishda manbadan ajratib olinadi va tezkor ravishda hayotiy ko'rsatgichlari; puls, nafas aniqlanib ularga birinchi tibbiy yordam ko'rsatiladi. Qaynoq suv, ovqat, smola va boshqa issiqlikdan (termik) kuyishlar bo'lganida, avvalom bor, bemorning egnidagi kiyimi ehtiyotkorlik bilan yechiladi. Kiyimning tanaga yopishgan qismini ko'chirmasdan, qiyib, kesib (qoldiriladi) yoki juda ehtiyotkorlik bilan ko'chirib olinadi. Qo'pol ravishda ko'chirib olinsa, teri va boshqa yumshoq to'qimalarga qo'shimcha jarohat yetkaziladi, bu o'z navbatida qon ketish va qo'shimcha asoratlarga sabab bo'ladi.

Bola hushida bo'lmasa, yurak urushi (puls aniqlanmasa) tezda sun'iy nafas beriladi. Oddiy va qulay bo'lgan, og'izdan (og'izdan og'izga), burundan (og'izdan buringa) sun'iy nafas beriladi. Sun'iy nafas berishni, oldiniga (assistent, o'qituvchi mulyajda) bajarib ko'rsatadi, keyin talabdan talab qilinadi. Bir minutda 14 tagacha nafas beriladi va bir vaqtning o'zida yurakni (yopiq) bilvosita massaj qilinadi. Bir marta chuqur nafas berilganida, besh marotaba yurak massaj qilinadi. Ko'rsatilgan birinchi yordam foyda bersa, nafas va yurak faoliyati tiklanganligiga ishonch hosil qlingach, og'riqsizlantruvchi vositalar qilinadi (analgin+dimedrol+novakain birgalikda). Tez yordam mashinasida va boshqa transport vositalarida tegishli joylarga olib boriladi. Kuyish darajasiga, joyi va maydoniga

qarab, ogriqsizlantrish xususiyatiga ega bo'lgan va antiseptik eritma (раствор) va suyuqliklar (novakain, anestezin, furastilin, gpardairin va boshqalar) bilan boylamlar qo'yiladi.

Poliklinika sharoitida yordam ko'rsatilganida, bolaning yoshi va kuyish darajasi e'tiborga olinadi. Har qanday kuyishlarda og'riqsizlantrish muhim ahamiyatga ega. Bolaning psixologik holati (qo'rquv), og'riqqa chidamsizligi, miyada chuqur iz qoldiradi va yurak qon-tomir faoliyatidagi o'zgarishlar bilan kechadi. Jarohat yuzasini tozalashda, yuqumsizlantirishda ishlatiladigan antiseptik eritmalar xona haroratida bo'lishi shart. Jarohat atroflaridagi ifloslangan va nekrozga uchragan to'qimalar xirurgik yo'l bilan kesib, qiyib olinadi (PXO). Jarohat maydoniga, tarkibida antiseptik, og'riqsizlantruvchi va jarohat yuzasini qoplovchi dori vositalari bo'lgan ayrazollar keng qo'llaniladi. Kuyish darajasi yuqori bo'lgan bemorning umumiy holati og'ir bo'lganida statsionar sharoitida kuyish bo'limlarida, tegishli tibbiy yordam va davo muolajalari olib boriladi. Boylamlar qo'yishda kuyish sohasi e'tiborga olinadi, har doim ham boylamlar qo'yilavermaydi. Shuningdek, mazli boylamlar keng qo'llaniladi (oblepixa, sintomitsin, levomikol, Vishnevskiy va boshqa mazlar). Keyingi yillarda, turli xildagi a'erozollarni qo'llash juda yaxshi foyda bermoqda.



a)



b)

**7.10-rasm. a – jarohat yuzasini yuqumsizlantrish;
b – boylam qo'yish**

Bemor organizmidagi umumiy holat, qon va boshqa tahlillardagi o'zgarishlar asosida davo muolajalar buyuriladi. Infuzion terapiya, anitibiotiklar, vitaminlar kopleksi, reja asosida og'riqsizlantrish, oqsil, qon va qon o'rini bosuvchi, organizmning biologik, immunologik holatini tiklovchi vositalardan foydalaniladi. Umumiy og'riqsizlantrish ostida tegishli xirurgik ishlov beriladi va nekrektomiya qilinadi. Kuyish maydoni ochiq va yopiq usulda davolanadi, zarur bo'lganida, oksigenoterapiya, autotrasplantatsiya, allo-ksenoplastika va boshqa davo muolajalari o'tkaziladi (7.10-rasm).

7.2. Hayvonlar va yirtqichlar tishlashi

Ko'pchilik hollarda bolalar va kattalarni uy hayvonlari va yirtqichlar tishlaydi. Ba'zida mushuklar bolaning qo'lini, oyog'ini va yuzini tiralaydi. Har qanday jarohatlanishdan keyin kasallikka chalinish mumkin. Bulardan xavfli quturish kasalligi bo'lgan hayvonlardir. Quturish virusi organizmga o'tganida markaziy nerv faoliyatini izdan chiqaradi. Quturgan hayvon, yirtqich so'lagidan jarohatlangan to'qima orqali virus organizmga o'tadi (it, mushuk, bo'ri).

Quturish kasalligining inkubatsion davrining davomiyligi 12 kundan 60 kungacha. Kasallik 3 kundan 5 kungacha davom qiladi, agar o'z vaqtida aniqlanmasa shu qisqa vaqt ichida o'lim kuzatiladi. Har qanday hayvonlar tishlashi havfli hisoblanadi, it tishlagan paytda, unda kasallikning belgilari bo'lmagan bo'lishi mumkin.

Itlarda quturish kasalligining simptomlari (odamlarga tashlanish, suvdan qo'rqish, ko'p miqdorda so'lak oqishi va boshqa o'zgarishlar) keyin namoyon bo'lishi mumkin. Har qanday tishlashlarda ham tibbiyot xodimlariga murojaat qilish va antirabik vakstinatsiya olishi shart bo'ladi.

Sog'lom uy iti tishlaganda, jarohat uncha katta bo'lmasa, jarohat yuzasi %li sovunli eritma bilan (ro'zg'or sovuni bilan) yuviladi va steril boylam qo'yiladi. Jarohat maydoni katta bo'lib qon ketish kuzatilsa, steril salfetka bilan tampon qo'yilib qon to'xtatiladi va stasionrga olib boriladi.

Begona it va boshqa hayvonlar tishlaganda, qutirish kasalligi bo'lish bo'lmashligidan qat'iy nazar, bemorni kasalxonaga yotqizish shart. Agarda kasallik davolanmasa, uning oqibati fojiali tugaydi.

Hayvonlar tishlaganda tegishli vaktsinatsiya qilinmasa bu kasallikka sabab bo'ladi. Hozirda qilinadigan vaktsinatsiyalar soni oldingilarga ko'ra qisqa va ancha samarali bo'lib, vaktsinatsiya va kasallikdan keyin bo'ladigan asoratlar oldingilardan o'laroq kam kuzatiladi.

Agar bolani hayvonlar tishlasa, uni tezda xavfsiz joyga olib o'tish va tegishli yordam berish lozim. Agar jarohat uncha katta bo'lmasa, uni suv bilan yuviladi, qon to'xtatilib aseptik boylam bog'lanadi. Har qanday jarohatlanishlarda infeksiya tushishining oldini olish zarur. Agarda jarohatdan ko'p miqdorda qon ketayotgan bo'lsa, qon ketishini to'xtatish va mutaxassislashgan davo maskaniga yo'naltiriladi.

Xirurgiya bo'limlariga yotqizishga ko'rsatma: hayvonlar tishlagandan keyingi, yuz, bosh, qo'l barmoqlaridagi ko'plamchi yoki katta hajmdagi jarohatlar, qon ketish va noma'lum hayvon bo'lganda.

Ilon chaqishi

O'zbekiston hududida 16 dan ortiq ilonlar turi mavjud bo'lib, ulardan 2–3 tasi zaharli, inson hayoti uchun havflidir.

Barcha zaharli ilonlarni 3 guruhga ajratiladi:

Zahri odam organizmidagi mushaklar va nafas mushaklar faoliyatini falajlab, nafas to'xtashidan xalok bo'lishga sabab bo'luvchi ilonlar (kobra).

Zahri gemorragik mahalliy nekroz chaqirib, qon quyilish jarayoniga ta'sir ko'rsatuvchi ilon (efa).

Zahri har ikkala guruhdagi o'zgarishlarga sabab bo'luvchi zaharli ilonlar (gadyuga va efa).

Zaharning ta'sir kuchiga ko'ra quyidagilarga ajratiladi:

Nerv faoliyatiga – neyrotoksik, qon-tomir faoliyatiga gemotoksik ta'sir ko'rsatuvchi zahar.

Barcha harakatlantruvchi va nafas mushaklar faoliyatiga ta'sir qiluvchi zahar.

Mahalliy gemorragik o'zgarish, nekroz va qon quyilishiga ta'sir ko'rsatuvchi zaharlar.



7.11-rasm. Kobra



7.12-rasm. Efa

MDH davlatlari hududida uchrovchi ilonlarning ko'pchiligi zaharsiz. Umuman ilonlar, odamlar tomonidan taqiqot qilinsagina ularga tashlanadi va himoyalaniş maqsadida tishlaydi. Bunday hollarda, ularga oddiy jarohatlanishlarda ko'rsatiladigan tibbiy yordam ko'rsatiladi. Ilonlar ularga yaqin kelganda, harakatdagi odamlarga tashlanadi. O'z uzunligiga nisbatan ikki karra oldinga va bir karra yuqoriga otiladi. Ilon chaqishi nafaqat quruqlikda, balki suvda ham havfli.

Klinikasi. Kobra va boshqa zaharli ilonlar chaqqanida, birinchi og'riq, shu sohada sezuvchanlik yo'qoladi, keyinchalik butun bir qo'l yoki oyoqda va tananing boshqa qismlariga tez tarqaladi. Bosh aylanish, holsizlik, yuzi va tilida sezuvchanlik yo'qoladi, tildan qoladi va yutina olmaydi. Qisqa muddatda qo'l va oyoqlarida kuchsizlanish, oyog'ida tura olmaydi, harakat bo'lmaydi (ortastatik holat) to'liq falajlanish kuzatiladi. Nafas oldiniga tezlashadi, keyinchalik noto'liq kamayib - kamayib boradi. Yurak urish ritimi izdan chiqadi.

Ba'zi bir og'ir hollarda, zahar qon tomir yoki limfa tomirlariga o'tganida, to'liq falajlanish, ilon chaqqanidan keyin 10–20 daqiqadan keyin o'limga olib keladi. Gadyuklar oilasiga kiruvchi zaharli ilonlar chaqqanida, shu sohada chuqur sanchilgan jarohat o'rni, tez orada terida taraluvchi qizarish, shish va qon talash ko'riladi. Zararlangan sohadagi shish yon atrofga tarqaladi, shu sohadagi teri rangi ko'kimtir-qoramtir rang-

ga kiradi va qon talash bo'ladi. Teri yuzasida pufaklar va jarohat maydonida yara ko'riladi. Ichki a'zolariga qon quyulishi, ba'zi hollarda buridan, me'da-ichak tizimi va buyraklardan qon ketish kuzatiladi. Kuchli qo'rquv, kuchsizlanish, rangparlik, bosh aylanish, puls tezlashadi, ko'ngil aynashi va qusish bo'ladi. Bemor shokka tushishi mumkin.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi (ilonning ko'rinish rangi so'raladi). Bemorning shikoyati; og'riq, holsizlik, charchoq sezgisi, harakat va muvozanatning o'zgarishi. Umumiy ko'ruvda, jarohat o'rni, qon talash, shish, og'riqqa e'tibor qaratiladi. Qisqa vaqt davomida – EKG, umumiy qon va bioximik tahlillar olinadi. Bemor murojaat qilgan daqiqadan boshlab, tinchlik, harakat cheklanadi.

Birinchi yordam. Birinchi yordamni ilon chaqqanidan keyin qisqa vaqtda ko'rsatilsa, uning samarasi bo'ladi. Tezda, jarohat o'rimdan zaharni og'iz bilan 10–15 daqiqa davomida so'rib tashlash tavsiya qilinadi. Ba'zi bir tibbiy manbalarda bu usul xavfli deb aytilgan. Ya'ni shilliq qavatdan organizmga so'rilgan zahar, zaharlanishga sabab bo'ladi deyilgan. Bemorga yordam ko'rsatilish davomida va keyingi davrda ham umuman harakatlanishga ruxsat berilmaydi. Bemor yotqiziladi va har qanday harakat to'xtatiladi. Bemorga tinchlik buyuriladi, ko'p miqdorda suyuqlik beriladi. Tezda kasalxonaga olib boriladi. Jarohat o'rnini qo'l ostingizdagi, yuqumsizlantiruvchi vositalar yordamida tozalanadi (yod, spirt va boshqalar) va aseptik boylam bog'lanadi.

Agarda bemor shok holatida bo'lsa, uni shokdan chiraqishga harakat qilinadi. Nafas yetishmovchilik belgilari bo'lganida, sun'iy nafas beriladi. Bemor hushidan keta boshlasa, nafas ritmi o'zgarishsiz bo'lganida, uni qorniga aylantiriladi, bosh tomoni past qilinib bir oz saqlanadi.

Hozirgi kunda zaharlanishga qarshi kuchli – antitoksik zardoblar qilinadi. Ilon zahri yuborilgan ot (qo'ylar)dan olingan qoni tozalanib zardob tayyorlanadi. Zardoblar ilon chaqqan odamlarga tibbiy xodimlar nazorati ostida qilinadi. Ko'pchilik hollarda allergik reaksiya kuzatiladi va buning o'zi ham inson hayotiga havf soladi.

Chayon chaqishi. Bir necha xildagi chayonlar mavjud bo'lib, ularning chaqishi inson hayoti uchun xavflidir. Chayon chaqqanidan keyin, shu sohada chidab bo'lmas darajadagi kuchli og'riq bo'ladi. Nashtar sanchilgan joyda ba'zida shish, qizarish va bitta ikkita

pufaklar hosil bo'ladi. Bemorni ter bosadi, so'lak oqishi ko'payadi va yurak urushi tezlashadi.

Birinchi yordam. Jarohatlangan yuzaga o'simlik moyi suriladi, issiq (grelka, issiq suv solingan). Ichishga og'riqsizlantiruvchi vosita (analgin) zaruratga ko'ra (analgin, dimedrol, novakain aralashmasi) m/o qilinadi. Klinika sharoitida blokadalar qilinadi.

Qoraqurt chaqishi. Qoraqurt – zaharli o'rgimchak bo'lib, O'rta Osiyo va Qozog'iston Respublikasida keng tarqalgan o'rgimchakdir. Qoraqurt chaqqanida kuchli og'riq bo'lmaydi, ba'zida e'tibor qilinmaydi. Mahalliy belgilari uncha aniq bo'lmaydi. Vaqt o'tishi bilan kuchli mushak og'rig'i bilan namoyon bo'ladi. Bemorda qo'rquv xisi, sovuq ter bosa boshlaydi, yuzi qizargan, ko'z shilliq qavatiga qon to'lishgan, tana harorati ko'tariladi. Keyinchalik ko'ngil aynishi, qusish qo'shiladi.

Diagnostika. Anamnez yig'iladi va sohani taftishlab ko'riladi.

Birinchi yordam. Ichishga og'riqsizlanitruvchi vositalar (analgin, asetilalisilovaya kislota, sedativ preparatlar), shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizish zarur.

Asalari va boshqa turdagi arilar chaqishi.

Ko'p hollarda asalari va arilar chaqishi ham inson hayotiga xavf soladi. Sezuvchanlik yuqori bo'lgan bolalarda tez allergik o'zgarishlar bo'ladi. Mahalliy o'zgarish bilan birga, shish, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, ba'zi hollarda nafas yetishmovchiligi va tutqanoq kuzatiladi. Joylarda birinchi yordam ko'rsatilganda; shu sohaga sovuq kompress, bir stakan shirin choy, 1 g asetilsapardailovoy kislota, dimedrol 0,03 g tezda kasalxonaga yotqizilib tegishli yordam ko'rsatiladi.

Agarda asalari (ari) ning nishi terida qolgan bo'lsa, olib tashlash lozim:

– jarohat o'rni iliq suv bilan yuviladi va toza doka bilan boylab qo'yiladi;

– og'riqni va shishni kamaytirish maqsadida sovuq kompress qo'yiladi;

– bemor kuzatiladi agarda allergik reaksiya bo'lsa, unga qo'shimcha dori vositalar qilinadi, kuchli sezuvchanlik (allergiyasi) bo'lgan bemorlar anafilaktik shokka tushishi mumkin, ularga oldindan qo'shimcha tibbiy yordam ko'rsatiladi.



7.12-rasm. **Allergiya va mahalliy shish**

Kana chaqishi. Kana teri yuzasiga qattiq yopishadi va sekin-astalik bilan to‘qima butunligini buzub, mayda qon tomirlariga harakat qiladi, chuqur joylashadi, mahkam o‘rnamshadi. Tananing turli joylariga yopishadi, ayniqsa tukli joylarga, ko‘rinmas sohalarga harakat qiladi. Bir vaqtning o‘zida bitta yoki bir nechta kana, tananing bir qancha joylariga yopishib olishi mumkin. Bir necha soat ichida, bir necha karra kattalashadi, qonga to‘lishadi. Mahalliy yallig‘lanish, qichishish belgilari bilan boshlanadi.



7.13-rasm. **Kana chaqishi**

Kanalar bir qancha infeksiyalar (kana ensefaliti yoki Layma kasalligini) tashuvchi va tarqatuvchisidir. Bu kasalliklar barcha MDH davlatlarda uchraydi. Shu sababli, ba'zi bir hududlarda profilaktik emlash chora-tadbirlari oldindan o'tkazilishi shart.

Tananing qaysi joyida kana bo'lsa, uni butunligicha olishga harakat qilish kerak. Uni olishda, pinstetni teriga yaqin joyigacha, ya'ni butun bir kanani ushlagandan keyin, uni butunligicha olish lozim. Agarda uning boshi qolib ketsa jarohatdagi yallig'lanish, infeksiyaga moyillik kuchayadi. Ba'zi bir kimyoviy vositalar bilan ta'sir qilishga urinmang, kana olingan sohaga brilliant ko'ki surilsa, kifoya qiladi. Jarohat o'rnida yallig'lanish belgilari bo'lganida, perikis vodorod 3 %li eritmasi va boshqa antiseptik eritmalardan foydalansa bo'ladi.

Nazorat testlari

1. Pufak hosil qilishi bilan kechuvchi quyoshning qaysi darajasi «bulliyoz»ga xos?

- A) 1 daraja;
- B) 2 daraja ;
- D) 3-A daraja;
- E) 3-B daraja .

2. Bolalarda kuyish yuzasi qanday o'lchanadi?

- A) To'qqiz qoibdasi ;
- B) Lande-Brouder jadvali;
- D) Postnikov usuli bo'yicha.

3. It tishlaganda, jarohat yuzasi nima bilan zarasizlantiriladi?

- A) sovunli ishqoriy eritma bilan ;
- B) sovunli kislotali eritma bilan;
- D) spirt;
- E) yod;
- F) betadin.

4. Ilon tishlaganda nima qilish mumkin emas?

- A) jarohatni novokain bilan blokadalash
- B) tishlangan joyni kesib tashlash
- D) jarohatni kuydirish
- E) oyoq va qolga jgut qo'yish
- F) jarohatdan zaharni so'rib olib tashlash

5. Bolalarda ari va asalari chaqishi nima bilan xavfli?

- A) giperergik reaksiya
- B) gipoergik reaksiya
- D) anergik reaksiya

Adabiyotlar

1. Bolalar xirurgiyasidan milliy qo'llanma. Yu.F. Isakov tahriri ostida. M., 2010.
2. Bairov G.A. Bolalarda shoshilinch xirurgiya. L., 1988.
3. Drozdov A.V. Hashorat va hayvonlar chaqishi, I., 1998.

MUNDARIJA

Muqaddima.....	7
----------------	---

I QISM

BOLALARDA ORTTIRILGAN KASALLIKLAR SHOSHILINCH XIRURGIYASI

1-BOB. BOLALAR XIRURGIYASINING UMUMIY MASALALARI

1.1. Bolalar xirurgiyasida etika (axloq) masalalari.....	10
1.2. Bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlari.....	15
1.3. Bolalarda operatsiya oldi tayyorgarligi xususiyatlari.....	36

2-BOB. BOLALARDA O‘TKIR XIRURGIK KASALLIK- LAR SINDROMLARI

2.1. Ko‘krak qafasi a‘zolarining o‘tkir xirurgik kasalliklari sindromlari.....	41
2.2. Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari o‘tkir xirurgik kasalliklari sindromlari.....	52
2.3. Siydik ajratuv tizimi o‘tkir xirurgik kasalliklari sindromlari....	61

3-BOB. KO‘KRAK QAFASI A‘ZOLARINING O‘TKIR JARROHLIK KASALLIKLARI

3.1. Traxeobronxial daraxtning yot jismlari.....	67
3.2. Qizilo‘ngach yot jismlari va kuyishi.....	70
3.3. O‘tkir destruktiv pnevmoniya.....	80
3.4. Bronxoektatik kasallik.....	86
3.5. O‘pkaning kistoz hosilalari.....	91
3.6. O‘pka exinokokkozi.....	95
3.7. Diafragma churrasi.....	97
3.8. Ko‘krak qafasi va ko‘krak bo‘shlig‘i a‘zolarining jarohatlari..	114

4-BOB. BOLALARDA QORIN BO‘SHLIG‘I A‘ZOLARINING O‘TKIR XIRURGIK KASALLIKLARI

4.1. O‘tkir appenditsit	130
-------------------------------	-----

4.2. Nekrotik enterokolit	136
4.3. Mekkel divertikuli.....	144
4.4. Kron kasalligi.....	152
4.5. O‘tkir peritonit.....	158
4.6. O‘tkir pankreatit.....	166
4.7. Oshqozon-ichakdan o‘tkir qon ketishlar.....	170
4.8. O‘tkir ichak tutilishi.....	187
4.8.1. O‘tkir orttirilgan ichak tutilishi.....	187
4.9. Qorin bo‘shlig‘ining kistoz hosilalari.....	193
4.10. Qorin old devorining churralari.....	195
4.11. To‘g‘ri ichakning orttirilgan kasalliklari.....	198
4.12. Qorinning yopiq jarohatlari.....	204

5-BOB. BOLALARDA UROGENITAL TIZIMNING O‘TKIR JARROHLIK KASALLIKLARI

5.1. Siydik tosh kasalliklari.....	216
5.2. Buyrak-tosh kasalligi (Nefrolitiaz).....	217
5.3. Siydik nayi toshi (ureterolitiaz).....	225
5.4. Qovuq toshi (sistolitiaz).....	229
5.5. Siydik yollari infeksiyasi.....	232
5.6. Qovuq-siydik nayi reflyuksi (QSNR).....	238
5.7. Chov churralari.....	243
5.8. Moyak istisqosi.....	249
5.9. Moyak va o‘simtalarning buralishi («yorg‘oq»).....	257
5.10. Kriptorxizm.....	267
5.11. Buyrak va siydik chiqaruvchi yo‘llarning jarohatlari.....	273

6-BOB. YUMSHOQ TO‘QIMA, SUYAK VA BO‘G‘IM- LARNING YIRINGLI YALLIG‘LANISH KASALLIKLARI

6.1. Bolalarda bo‘ladigan xirurgik infeksiyaga umumiy ta‘rif.....	285
6.2. Xirurgik infeksiya.....	289
6.3. Chaqaloqlarda o‘tkir gematogen epifizar ostemielit.....	325

7-BOB. BOLALAR YOSHIDA BO‘LADIGAN KUYISHLAR

7.1. Kuyish.....	351
7.2. Hayvonlar va yirtqichlar tishlashi.....	362

M.M. Aliyev

BOLALAR XIRURGIYASI

I tom

Muharrir	<i>Xudoyberdi Po'latxo'jayev</i>
Rassom	<i>Zayniddinxo'ja Shukurxo'jayev</i>
Sahifalovchi	<i>Zoxidxo'ja Po'latxo'jayev</i>
Musahhih	<i>Egamberdi Jabborov</i>

**Original maket “IJOD PRINT” MCHJ dasturiy
bazasida tayyorlandi**

Nashriyot litsenziyasi AI № 111, 10.05.2011-y

Bosishga 10.08.2018-yilda ruxsat etildi.

Qog'oz bichimi 60×84 1/16. Nashr tabog'i 22,875.

Shartli bosma taboq 23.0 Shartnoma 14/18. Adadi 200

Buyurtma № 26–32

«YANGI NASHR» nashriyoti.

100115 Toshkent Chilonzor ko'chasi, 1 uy.

«ADAD PLYUS» MCHJ bosmaxonasida
chop etildi. Toshkent sh. Bunyodkor ko'chasi, 28-uy



Aliyev Maxmud Muslimovich

t.f.d., professor ToshPTI Fakul'tet bolalar xirurgiya kafedrasi mudiri, RIIAPTM bolalar xirurgiya bo'limi konsultanti. Ilmiy izlanishlari: gepatobillar tizim va portal gipertenziya, urologiya, xirurgik pul'monologiya. M.M. Aliyev – ikkita darslik, 5 monografiya, 11 ta ixtiro, 20 tadan ortiq o'quv uslubiy qo'llanmalar, 200 dan ortiq ilmiy nashrlar muallifi. M.M. Aliyev boshchiligida 16 ta kandidatlik va 5 ta doktorlik dissertatsiyalari himoya qilingan. Bel'giya, Tursiya, Janubiy Koreya, Rossiya davlatlarida malaka oshirgan. Bir qancha amaliy loyihalarga rahbarlik qilgan: A-9-311; I-21; ITSS 29-5; ADSS 30.6; ADSS 15.26.4; PZ-2017083014.

ISBN 978-9943-22-157-4



9 789943 221574