

617-050
Sh 220

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM,
FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
1-SON BOLALAR XIRURGIYA KAFEDRASI**

**A.M. Shamsiyev, Sh.A. Yusupov, N.I. Boyjigitov,
A.K. Shaxriyev**

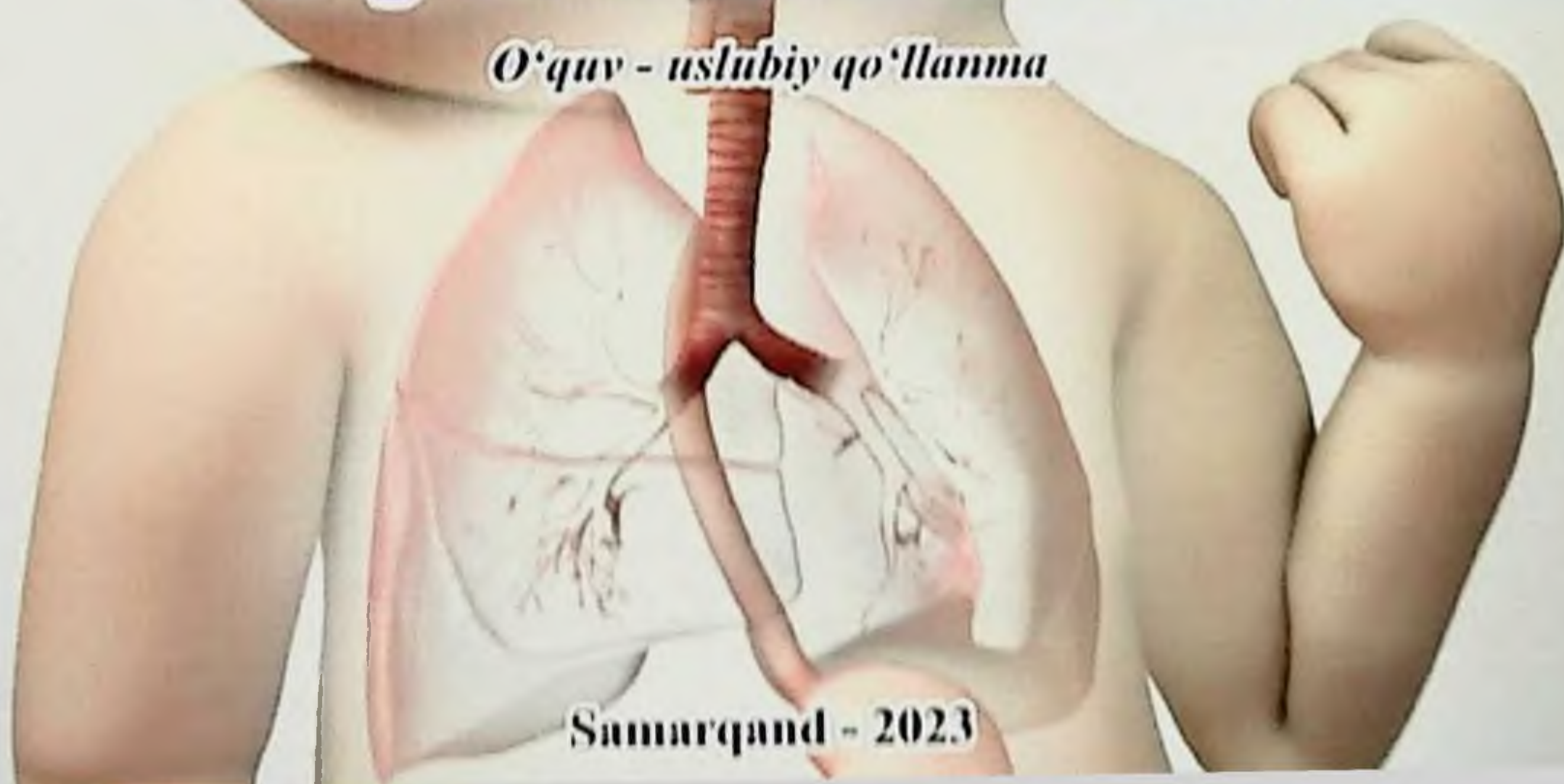
**Bilim sohasi: 500 000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"
Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"
"BOLALAR XIRURGIYASI" FANIDAN**

*Tibbiy oliy ta'lim muassasalari "Davolash ishi",
"Tibbiy pedagogika (Kasb ta'limi)"
5- kurs talabalari uchun*

**Qizilo'ngach va o'pkaning
tug'ma rivojlanish nuqsonlari
(diagnostika, differentsial
diagnostika va davolash)**

O'quv - uslubiy qo'llanma

Samarqand - 2023



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA' LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
1-SON BOLALAR XIRURGIYA KAFEDRASI**

A.M. Shamsiyev, Sh. A. Yusupov, N.I. Boyjigitov, A.K. Shaxriyev

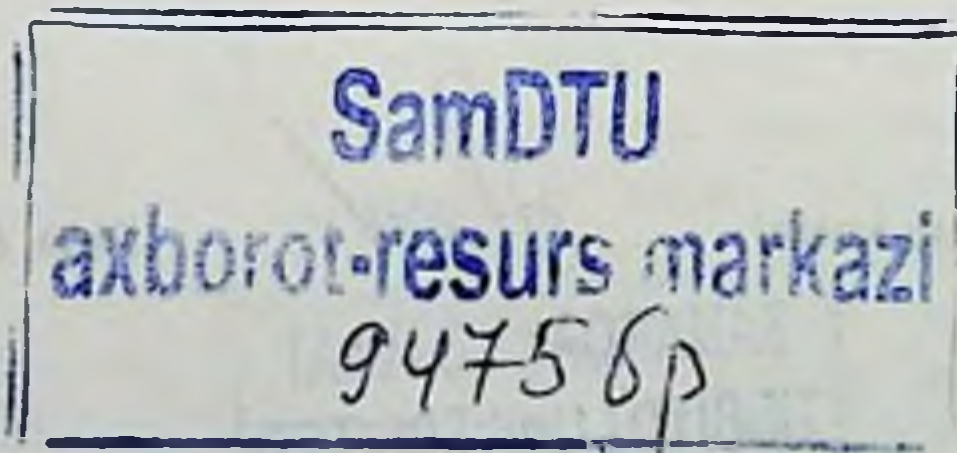
**Bilim sohasi: 500 000 - "Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot"
Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"**

**"BOLALAR XIRURGIYASI"
FANIDAN**

***Tibbiy oliy ta'lim muassasalari "Davolash ishi", "Kasb ta'limi"
5- kurs talabalari uchun***

**Qizilo'ngach va o'pkaning tug'ma rivojlanish
nuqsonlari (diagnostika, differentsial
diagnostika va davolash)**

O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA



Samarqand 2023

Tuzuvchilar:

A.M. Shamsiyev - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, t.f.d.

Sh.A. Yusupov - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri, t.f.d.

N.I. Boyjigitov - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası assistenti.

A.K. Shaxriyev - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası dotsenti.

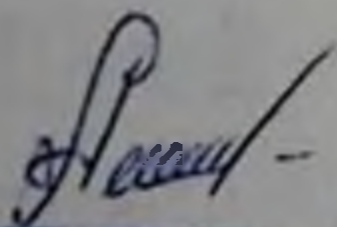
Taqrizchilar:

Yu.M. Axmedov SamDTU 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri tibbiyot fanlari doktori, professor

N.SH. Ergashev ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor

O'quv-uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. "01" noyabr 2023 yil. Protokol № 3

Ilmiy kengash kotibi



PhD. Ochilov U.U



**Mavzu : Qizilo'ngach va o'pkaning tug'ma rivojlanish nuqsonlari.
Etiologiya, patogenez, klinika, diagnostika, differentsial diagnostika va
davolash usullari.**

MAVZUNING DOLZARBLIGI: Bolalarning xirurgik kasalliklari - bu birlamchi bo'g'imda jarrohlik kasalliklari bor bolalar bilan ishlashda umumiy amaliyot vrachlari amaliyot faoliyatining muhim qismi hisoblanadi. Ambulator jarrohlik yordam ko'rsatish xususiyatlarini o'rganish - bu kasalliklar ko'p uchrashi hisobiga dolzarbdir.

MAQSAD: Umumiy bolalar shifokorini sog'liqni saqlashning birinchi bo'g'inida, malakali davo profilaktika ishini mustaqil yuritishga tayyorlash. Shoshilinch yordam bo'yicha shoshilinch holatlarda diagnostik va davolovchi yordamni ko'rsatish, kunduzgi stasionarda poliklinikada bolalarda jarrohlik kasalliklarining har xil bosqichlarida diagnostik va davolovchi yordam ko'rsatish, sanitar gigiyenik, davo profilaktik chora tadbirlarini stasionardan chiqarilgach, rehabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirish.

O'QISHNING VAZIFALARI:

1. Bolalarda tug'ma qizilo'ngach va o'pkaning rivojlanish nuqsonlari kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini va klinikasi bo'yicha bilimlarni shakllantirish.

2. Talabalarda tug'ma qizilo'ngach va o'pkaning rivojlanish nuqsonlari bilan kasallangan bolalarni klinik tekshirish ko'nikmalarini rivojlantirish.

3. Talabalarga bolalarda tug'ma qizilo'ngach va o'pka rivojlanish nuqsonlarini diagnostik algoritmini o'rgatish.

4. Bolalarda tug'ma qizilo'ngach va o'pka rivojlanish nuqsonlarini davolash tamoyillari va uning asoratlari bilan tanishish.

Qizilo'ngach atreziyasi



1-rasm. Qizilo'ngach atreziyasi

Qizilo'ngach atreziyasi rivojlanish nuqsoni bo'lib, bunda qizilo'ngachning yuqori qismi ko'r tugaydi, uning pastki qismi esa ko'pincha traxeya bilan aloqa qiladi. Ko'pincha qizilo'ngach atreziyasi boshqa rivojlanish nuqsonlari bilan qo'shib keladi. Masalan, tug'ma yurak nuqsonlari, oshqozon-ichak trakti, siydik ayirish tizimi nuqsonlari. 5% hollarda qizilo'ngach atreziyasi xromosoma kasalliklari bilan uchraydi. Aholida uchrash chastotasi har 1000 tada 0,3; erkak va ayollar o'rtasida 1:1 nisbatda uchraydi.

Nuqson rivojlanishi embriogenezning dastlabki bosqichlaridagi buzilishlar bilan bog'liq. Ma'lumki, traxeya va qizilo'ngach bitta rudimentdan - oldingi ichakning bosh uchidan paydo bo'ladi. Embriogenez boshida traxeya qizilo'ngach bilan to'liq aloqada bo'ladi. Ularning ajralishi embriogenezning 4-5-haftasida sodir bo'ladi. Traxeya va qizilo'ngachning yo'nalishi va o'sish tezligining mos kelmasligi natijasida, shuningdek, 20 kundan 40 kungacha bo'lgan davrda qizilo'ngach ichak nayining boshqa shakllanishlari bilan birga o'tadigan qattiq to'qimalarda vakuolizatsiya jarayonlari mos kelmasa, qizilo'ngach atreziyasi rivojlanishi mumkin (1-rasm). Homiladorlik anamneziga ko'ra, birinchi uch oylikda ko'p suvlilik va bola tushish xavfi aniqlanadi.



2-rasm. Qizilo'ngachning o'tkazuvchanligini tekshirish.

Klinika va diagnostikasi. Qizilo'ngach atreziyasining belgilari bola tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda aniqlanadi. Qizilo'ngachning yuqori qismi va halqum shilliq bilan to'ladi, bolaning og'zidan ko'p miqdorda ko'piksimon massa ajrala boshlaydi. Shilliq massaning bir qismi chaqaloq tomonidan nafas yo'llariga o'tib, sianoz va nafas yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi. Halqum shilliqlardan tozalangandan so'ng aspiratsiya yana takrorlanadi. Qisqa vaqtda o'pkalar auskultatsiyasida hirillashlar eshitila boshlaydi.

Tashxis qizilo'ngachni yumaloq uchli ingichka uretral kateter bilan kateterizatsiya qilish yo'li bilan aniqlanadi. (2-rasm). Kateter burun orqali kiritiladi; 6-8 sm ichkariga kiritilib, kateter qizilo'ngachning ko'r uchiga tiraladi yoki egilib, bolaning og'zidan chiqadi. Shilliq massa so'rib olinadi. Qizilo'ngachga kiritilgan havo halqum orqali shovqin bilan chiqadi (Elefant simptomi musbat).



3-rasm. Qizilo'ngachni rentgen nazorati ostida tekshirish.

Atreziyani erta diagnostika qilishda, aspiratsion pnevmoniyani oldini olishda nafas yetishmovchiligi bilan tug'ilgan bolalarni barchasida bola tug'ilishi bilan qizilo'ngachni zondlash muhim ahamiyatga ega.

Atreziya shakliga qarab klinik belgilar o'ziga xos bo'ladi. Eng keng tarqalgan shakli bu distal qismdagi traxeya-qizilo'ngach oqmalı atreziya.

Bunda oqma qorin bo'shlig'i, ayniqsa epigastral sohada aniqlanadi. Aspiratsiya sindromining kelib chiqishi asosan

traxeya-qizilo'ngach oqmaning diametriga bog'liq.

Aniq yakuniy tashxis rentgenologik tekshiruvdan so'ng amalga oshiriladi. Kateter qizilo'ngachning ko'r qismiga taqalguncha kiritiladi, shundan so'ng ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining umumiy rentgenogrammasi o'tkaziladi. Atreziyada qizilo'ngachning ko'r uchida rentgenkontrastli kateter aniq ko'rinadi. Oshqozon va ichakda havo mavjudligi traxeya va qizilo'ngachning qorin segmenti sohasida oqma mavjudligidan dalolat beradi. Oqmasiz shakllarida qorin bo'shlig'ining to'liq qorayishi qayd etiladi. Atreziyaning oqmali shakllari bo'lgan bolalarda qizilo'ngachning uchlari orasidagi diastazning uzunligini yon proektsiyali rentgenogrammada aniqlash mumkin. Diagnostika uchun rentgenokonstrast eritmalardan, ayniqsa, bariy eritmalaridan foydalanish aspiratsion pnevmoniya xavfi tufayli man etiladi. Bunda suvda eruvchi kontrast moddalar, xususan yodolipol ishlatiladi(3-rasm).

Davolash. Faqat erta jarrohlik aralashuvi qizilo'ngach atreziyasi bo'lgan bolaning hayotini saqlab qolishi mumkin. Tug'ruqxonalarda operatsiyaga tayyorlov ishlarini barvaqt olib borish kerak, bunda har 15-20 daqiqada og'iz burun orqali aspiratsion massalarni so'rib olish va tozalab turish kerak va og'iz orqali ovqatlantirishni to'xtatish kerak. Tashxish imkon qadar tezroq ixtisoslashgan guruh tomonidan amalga oshirilishi kerak. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning davomiyligi gomeostaz va gemodinamik buzilishlarning og'irligi, nafas yetishmovchiligi va suvsizlanish darajasi bilan belgilanadi. Aspiratsiyaning belgilari ya'ni nafas olish buzilishi yaqqol ifodalangan bo'lsa, pnevmoniya va atelektazda darhol laringoskopiya va traxeya kateterizatsiyasi o'tkazilishi kerak. Agar yuqoridagi usullar samarasiz bo'lsa, umumiy og'riqsizlantirish ostida bronxoskopiya yoki traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi. Bemor kyuvezga joylashtiriladi, kislorod bilan uzluksiz ta'minlanadi, halqumdan aspiratsion massa chiqariladi va bemor isitiladi. Bemorga infuzion, antibakterial va simptomatik terapiya tayinlanadi.

Jarrohlik aralashuvi usulini tanlash atreziya shakli va bemorning ahvoli bilan belgilanadi. Operatsiya xavfi past bo'lgan bemorlarda distal traxeoezofagial oqma bilan atreziyaning eng keng tarqalgan shaklida (muddati, hayotiy organlarning birgalikdagi nuqsonlari va intrakranial tug'ilish travmasi belgilarisiz) torakotomiya, traxeoezofagial oqmani bartaraf qilish bilan boshlash maqsadga muvofiqdir. Qizilo'ngachning uchlari orasidagi diastaz 1,5-2 sm dan oshmasa, to'g'ridan-to'g'ri anastomoz qo'yiladi. Qizilo'ngach segmentlarining katta diastazi bilan servikal ezofagostomiya va Kader usuliga ko'ra gastrostomiya qo'llaniladi. Fistuloz bo'lmagan shakllarda sezilarli diastaz tufayli gastrostomiya va ezofagostomiya amalga oshiriladi. Operatsiya xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda jarrohlik ko'pincha ikki tomonlama gastrostomiya qo'yish bilan boshlanadi (birinchi o'n ikki barmoqli ichakka kiritilgan naycha orqali oziqlantirish uchun, ikkinchisi oshqozonni dekompressiyalash va aspiratsiyani kamaytirish uchun). Operatsiyaning ikkinchi bosqichi 2-4 kundan keyin holat yaxshilanganidan keyin amalga oshiriladi.

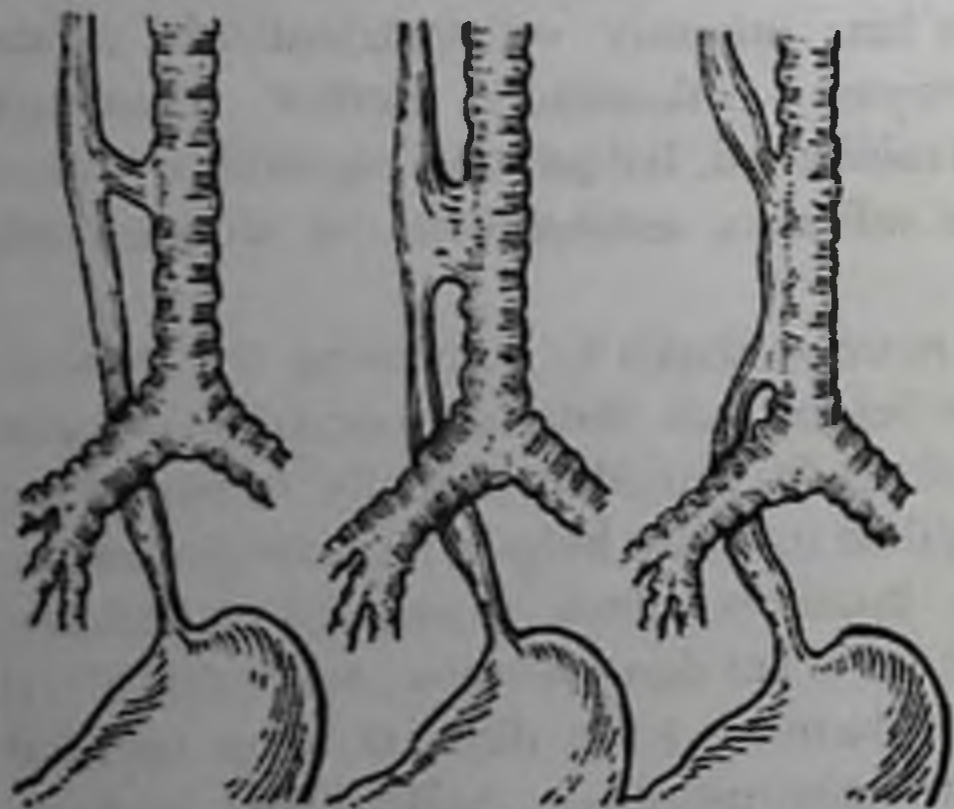
Operatsiyadan keyingi davrda boshlangan intensiv terapiya davom ettiriladi. Bolada ichak orqali o'tish tiklangandan so'ng, operatsiya vaqtida anastomoz yoki gastrostomiyaga kiritilgan zond orqali oziqlanadi. 6-7-kuni anastomozning

mustahkamligi tekshiriladi. Rentgenoskopiya nazorati ostida bolaning og'ziga 1-2 ml suvda eriydigan kontrast modda yuboriladi. Anastomoz zonasining ochiqligi baholanadi, kontrast moddaning chiziqlari chiqarib tashlanadi. Asorat bo'lmasa, bola og'iz orqali ovqatlana boshlaydi. Operatsiyadan 2-3 hafta o'tgach, anastomoz zonasining ochiqlik darajasini, kardial qismning holatini va ezofagit belgilarini baholash bilan nazorat fibroezofagogastroskopiya o'tkaziladi. 30-40% hollarda yuzaga keladigan anastomozning torayishi bujlashni talab qiladi. Bujlashning davomiyligi ezofagoskopiya bilan nazorat qilinadi.

Operatsiyadan keyingi davrda bolaning hayotining birinchi yilida doimiy dispanser kuzatuv zarur. Shoshilinch hollarda anastomoz sohasidagi obstruktsiya bilan asoratlangan disfagiya ezofagoskopiya qilish mumkin. Shu munosabat bilan, hayotning birinchi yilidagi bolalarga bir xil oziq-ovqat massasini berish tavsiya etiladi. Operatsiyadan keyingi davrda tez-tez murakkablashtiradigan kardial yetishmovchilik va gastroezofagial reflyuks klinik jihatdan tungi regurgitatsiya, takroriy pnevmoniya bilan namoyon bo'ladi va o'z vaqtida tashxis qo'yishni talab qiladi. Bolalarda nervning jarrohlik jarohati bilan bog'liq holda, keyingi 6-12 oy ichida ovozning xirillashi mumkin.

Qizilo'ngach va gastrostomiya qo'yilgan bolalarda 2-3 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan davrda operatsiyaning ikkinchi bosqichi - yo'g'on ichak bir qismi bilan ezofagoplastika amalga oshiriladi.

Tug'ma traxeya qizilo'ngach oqmasi



Klinika va diagnostikasi. Simptomlarning og'irligi fistula diametriga va traxeyaga kirish burchagiga bog'liq.

4-rasm. Traxeo-ozofagial oqmaning shakllari

Izolyatsiyalangan konginental traxeo-ozofagial oqma kam uchraydigan malformatsiyadir: uning uchrashi barcha qizilo'ngach anomaliyalarining 3-4% ni tashkil qiladi. Fistula, odatda, yuqori, VII bo'yin yoki I ko'krak umurtqasi darajasida joylashgan.

Traxeo-ozofagial oqmalarning uch turi mavjud: tor va uzun (4-rasm a), qisqa va keng (4-rasm b) hamda qizilo'ngach traxeyadagi juda katta oqmasi (4-rasm c).

Xarakterli alomatlar: oziqlantirish paytida yuzaga keladigan yo'tal va

sianoz xurujlari, bolaning gorizontol holatida yanada aniqroq. Tor va uzun oqma bilan faqat ovqatlanish paytida bolaning yo'talishi mumkin. Holati o'zgarganda, alomatlar kamayadi. Bolada ko'pincha, pnevmoniya rivojlanadi. Eng asosiy klinik ko'rinish keng oqmalarda kuzatiladi, oziqlantirishning boshida sut traxeobronxial

daraxtga osongina kirib boradi. Atelektaz bilan o'pkada o'tkir yallig'lanish jarayoni tez rivojlanadi.

Traxoezofagial oqma diagnostikasi qiyin, ayniqsa tor oqmalarda. Tadqiqotlar majmuasi rentgen va instrumental usullarni o'z ichiga oladi. Radiografiya bolaning gorizontol holatida amalga oshiriladi. Ekran nazorati ostida qizilo'ngachning boshlang'ich qismiga kiritilgan zond orqali suvda eriydigan kontrast moddaning eritmasi yuboriladi. Uning traxeyaga oqishi fistula mavjudligini ko'rsatadi. Ushbu usulning mazmuni past. Traxeoskopiya katta diagnostik ahamiyatga ega. Traxeya boshidan to bifurkatsiyagacha tekshiriladi. Yoriqsimon oqma traxeyaning orqa yuzasi bo'ylab joylashgan. Fistulaning to'g'ridan-to'g'ri belgisi shilimshiqli havo pufakchalari paydo bo'lishidir.

Differentsial diagnostika. Qizilo'ngach atreziyasi, kardial axialaziyasi, gastroezofagial refluks, qizilo'ngachning torayishi, tug'ruq paytida, reanimatsiya paytida ovoz boylamlarining shikastlanishi bilan bog'liq disfagiya bilan farqlash kerak.

Davolash. Faqat operatsion usulda qilinadi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik traxeobronxial daraxtni sanatsiya qilish, aspiratsion pnevmoniyani davolashdan iborat. Shu maqsadda sanitar bronxoskopiya amalga oshiriladi. UVCh, antibakterial, infuzion terapiya buyuriladi. Og'iz orqali ovqatlantirishni butunlay to'xtatiladi. Mobilizatsiya, bog'lash va anastomozni kesish operatsiyasi o'ng tomonlama servikal kirish orqali amalga oshiriladi, kamroq tez-tez posterolateral torakotomiya qilinadi. O'z vaqtida tashxis qo'yilsa, natija ijobiy bo'ladi.

Qizilo'ngach axialaziyasi



5-rasm. Kontrastli tadqiqot .
Qizilo'ngach axialaziyasi

Qizilo'ngach axialaziyasi - qizilo'ngachning kardial qismining o'tkazuvchanligining funksional buzilishi bilan tavsiflangan patologik holat. Kasallikning rivojlanishi bilan qizilo'ngach motor faolligini yo'qotadi, bu uning kengayishiga olib keladi. Bolalikda kasallik kattalarnikiga qaraganda ancha kam uchraydi. Bolalarda kasallikning boshlanishi o'rtacha 8-9 yoshga to'g'ri keladi, garchi u chaqaloqlarda paydo bo'lishi mumkin bo'lsada. Bir vaqtlar bu kasallik gangliya hujayralarida buzilishlar bilan bog'liq deb hisoblangan.

Ammo, elektron mikroskopda olib borilgan tadqiqotlar keying yillarda bemorlarda vagus nervlarning yadrolarida degenerativ o'zgarishlarni aniqlashga yordam berdi.

Klinika. Kasallikning asosiy belgilari disfagiya va regurgitatsiyadir. Ovqatning qizilo'ngach orqali o'tishiga to'sqinlik qiladigan bu alomatlar va o'zgarmagan ovqatni qusish suyuq oziq-ovqatga qaraganda ko'proq qattiq ovqatda uchraydi. Noqulaylik hissi, to'sh ortida biroz og'riq, epigastral sohada klinik belgilarni namoyon qiladi, bu ma'lum diagnostika qiyinchiliklarini keltirib chiqaradi. Yosh bolalarda disfagiya bir qator bilvosita belgilar bilan namoyon bo'ladi: ular sekin ovqatlanadilar, ovqatni yaxshilab chaynashadi, ovqatni to'liq iste'mol qilmaydilar, ovqatlanish paytida bo'g'ilib qoladilar. Katta yoshdagi bolalar ovqatning o'tishini osonlashtirish uchun yutinishning kuchayishi (bo'sh yutish harakatlari), ichimlik ichish va boshqalar kabi usullarga murojaat qilishadi. Bolalikda kasallik juda kam uchraganligi sababli, bu alomatlar ko'pincha psixologik muammolar bilan bog'liq bo'lib, bu ham tashxisni biroz kechiktiradi. Bu o'z navbatida bolalarda vazn yo'qotishiga olib keladi va qizilo'ngachning tungi aspiratsiyasi takroriy pnevmoniyaga olib kelishi mumkin. Kasallik ba'zi hollarda intervalli xarakterga ega, ya'ni og'ir klinik belgilar bilan almashinishi mumkin.

Diagnostika. Ushbu kasallikni tashxislashning asosiy usullari qizilo'ngachni kontrast modda bilan rentgenologik tekshirish (ko'pincha bariy bilan) va ezofagoskopiya (5-rasm). Vertikal holatda o'tkazilgan obzor rentgenoskopiya bilan kengaygan qizilo'ngachdagi suyuqlik darajasini aniqlash mumkin, bu esa o'tkazuvchanlikning buzilganligini ko'rsatadi. Keyin bo'tqasimon bariy suspenziyasi bilan to'ldiriladi. Bunday holda, bariy suspenziyasi oshqozonga umuman kirmaydi yoki unga ingichka oqim bilan o'tadi. Tadqiqot davomida kardial qismning bo'shashishi va kontrast modduning muhim qismining oshqozonga tushishi mumkin - bu kardial qismning funktsional buzilishining ishonchli belgisidir. Bemorga aralashmani suv bilan ichish uchun berilsa, bu alomatni rag'batlantirish mumkin.

Ezofagoskopiya majburiy tadqiqotdir, chunki u ezofagit belgilarini aniqlash va uning darajasini aniqlash imkonini beradi va fibroezofagoskopning oshqozonga erkin o'tishi reflyuks ezofagiti yoki boshqa sabablarga ko'ra tug'ma stenoz yoki ikkilamchi stenozning yo'qligini ko'rsatadi.

Hozirgi vaqtda bolalarda ushbu kasallikning tashxisida manometriyadan foydalanish cheklangan. Biroq, kelajakda ushbu diagnostika usulini takomillashtirish axalaziya va kardiospazmni farqlash imkonini beradi, bu esa o'z navbatida davolash taktikasini tanlashga differentsial yondashish imkonini beradi.

Qizilo'ngach axalaziyasini qizilo'ngachning tug'ma stenoz, peptik va kuyishdan keyingi stenoz, qizilo'ngach divertikullari, shuningdek, oshqozon va qizilo'ngachning yaxshi va yomon sifatli o'smalaridan farqlash kerak.

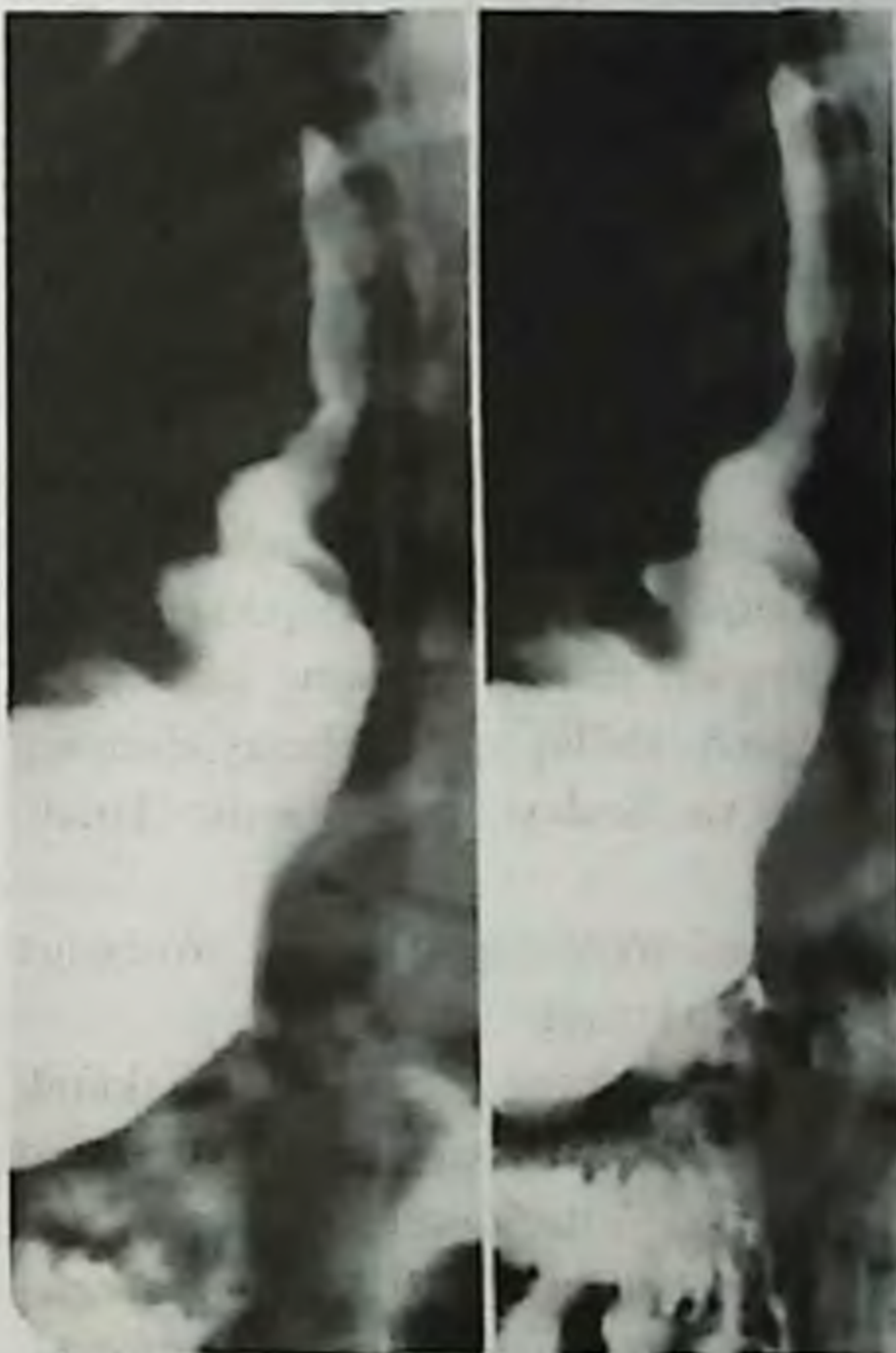
Davolash. Axalaziya uchun konservativ va jarrohlik davolash usullari mavjud. Konservativ davoga dori terapiyasi, majburiy bujlash va kardiodilatatsiya kiradi (klinik amaliyotda pnevmo va gidrodilatatorlar bilan balondilatatsiya qo'llaniladi). Ular qo'llanilganda, darhol yaxshilanish bo'ladi, ammo davolanishning ta'siri beqaror bo'ladi.

Bolalarda qizilo'ngach axalaziyasini davolashning eng keng tarqalgan usuli jarrohlik usulidir. Keng qo'llaniladigan ekstramukozal kardiomiomiya ezofagokardiofundoplikatsiya bilan birgalikda bajariladi.

Qizilo'ngach axalaziyasi bilan og'riغان bemorlar, ayniqsa operatsiyadan keyingi davrda dispanser kuzatuvda bo'lishi kerak. Radikal (jarrahlilik) davolashdan so'ng ular 6-12 oydan keyin tekshiriladi; radikal davolash olmagan bemorlar yiliga 3-4 marta nazoratdan o'tkaziladi.

Axalaziyani davolash kasallikning asosiy belgilarini bartaraf etishga qaratilganligi sababli, bemorlar ma'lum mehnat va dam olish sharoitlariga rioya qilishlari va kasallikning qaytalanishining klinik ko'rinishi bo'lmagan taqdirda ham vaqti-vaqti bilan tekshiruvdan o'tishlari kerak.

Qizilo'ngach xalaziyasi



Qizilo'ngachning xalaziyasi-qizilo'ngach va oshqozon birkkan zonasining funksional yetishmovchiligi tufayli oshqozon tarkibidagi maxsulotlarni qizilo'ngachga tashlash natijasida kelib chiqqan qizilo'ngach kasalligi.

Yevropa va Shimoliy Amerikadagi ko'pchilik olimlar tomonidan qabul qilingan "reflyuks kasalligi" atamasi kardial disfunktsiya bilan bog'liq bo'lgan juda keng simptomlarni aks ettiradi, bu esa ezofagit, aspiratsiya va boshqa organlarga bog'liq ko'rinishlar bo'lishi mumkin. Shunday qilib, qizilo'ngachning xalaziyasi bu reflyuks kasalligining bir turi bo'lib, ammo bunda qizilo'ngachning boshqa neyropatofiziologik jihatlariga qisqacha to'xtalib o'tish kerak deb hisoblaymiz.

Reflyuks kasalligi ko'p etiologik kasallik bo'lib ko'rinadi, garchi asosiy omil kislota yoki boshqa zararli moddalarning oshqozondan qizilo'ngachga o'tishi bo'lsada.

Oddiy fiziologik sharoitda oshqozon tarkibining qizilo'ngachga harakatlanishi qizilo'ngach-oshqozon o'tish hududidagi anatomik tuzilmalar majmuasi tomonidan amalga oshiriladigan antirefluks to'siq (AB) tomonidan oldi olinadi. So'nggi yillardagi adabiyotlarda qizilo'ngachning pastki sfinkteri (LES), Gissning o'tkir burchagi, qizilo'ngach bog'lami (Laymer membranasi), diafragmaning churrasi, qizilo'ngachning qorin qismi va boshqalar kabi tarkibiy qismlarning ahamiyati aytib o'tilmoqda.

Shuning uchun patologik gastroezofagial reflyuksining paydo bo'lishida xalaziya yoki kardiyaning funksional yetishmovchiligi, to'g'rirog'i, antirefluks to'siqning yetishmovchiligi hal qiluvchi rol o'ynaydi. Antireflyuks to'sig'ining ma'lum tarkibiy qismlarida turli xil buzilishlarning kombinatsiyasi xalaziyani keltirib chiqarishi yoki reflyuksning boshlanishi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratishi mumkin. Bu pastki qizilo'ngach sfinkteridagi asosiy bosimning pasayishi yoki pastki qizilo'ngach sfinkteri funktsiyasi ustidan nazoratni yo'qotish, shu jumladan uning vaqtinchalik bo'shashishi natijasi bo'lishi mumkin. Bunday xalaziya nafas olish vaqtida antirefluks to'sig'ida rol o'ynaydigan diafragma churrasining yopilish funktsiyasining buzilishi natijasi bo'lishi mumkin. Taqdim etilgan tushunchalar nuqtai nazaridan xalaziyaning sabablari sirpanuvchi yoki fiksatsiyalangan churra mavjudligida yanada yaxshi ko'rinadi.

Yuqorida sanab o'tilganlarga qo'shimcha ravishda, qizilo'ngachning kimyoviy kuyishi natijasida, shuningdek qizilo'ngach va oshqozonning tegishli bo'limlariga jarrohlik aralashuvlar natijasida qizilo'ngach devori va qizilo'ngach atrofi to'qimalaridagi o'zgarishlar funksional yetishmovchilikka olib kelishi mumkin.

Qizilo'ngachda himoya ta'sir qilish mexanizmlarining mavjudligi organizmda reflyuks ezofagit rivojlanishining oldini olish uchun undan himoya qilish mexanizmini ishlab chiqqanligi aniqlangan. Bularga qizilo'ngachni reflyuksentdan tozalash mexanizmlari (qizilo'ngach peristaltikasining kuchayishi, so'lakning ko'payishi), shuningdek, qizilo'ngach shilliq qavati hujayralarining qarshiligi, ularning roli hali aniqlanmagan va boshqa mexanizmlar kiradi. Hozirgacha bu yetarli darajada o'rganilgan.

Shunday qilib, zararli va himoya kuchlari o'rtasidagi reflyuks foydasiga o'tishi ezofagit reflyuksining paydo bo'lishiga olib keladi.

Klinika. Kichkina bolalarda reflyuks ezofagitining eng xarakterli klinik belgilari tez-tez qusish va regurgitatsiya, bezovtalik, ishtahaning yo'qolishi, tana vaznining kamayishi va anemiya, uyqu paytida "ho'l yostiq" alomati, qusishda qon izlari mavjudligi va kamdan-kam hollarda qon ketishi kiradi. 50% dan ortiq hollarda takroriy pnevmoniya, bronxit kuzatiladi. Kattaroq bolalar yurak urishi, epigastral sohada yoki ko'krak orqasida og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin, shuningdek, og'izda yoqimsiz ta'm yoki achchiqlikni qayd etishlari mumkin.

Yarali ezofagit asosida chandiqlanish jarayon tufayli uning stenozi natijasida qizilo'ngach ochiqligining buzilishi disfagiya, qizilo'ngach qusish va tana vaznining tezroq yo'qolishi bilan birga keladi. Ushbu alomatlarining mavjudligi bolada gastroezofagial reflyuksiyaga shubha qilish va tashxisni aniqlashtirish uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish uchun jiddiy asos bo'ladi.

Diagnostika. Pediatriya amaliyotida ko'pincha gastroezofagial reflyuks mavjudligini tasdiqlashga va ba'zi hollarda uning sababini aniqlashga imkon

beradigan eng keng tarqalgan va informatsion tadqiqot usullari rentgen va endoskopiya hisoblanadi. Kontrastli vosita (bariy sulfat) bilan rentgen tekshiruvini bemor yotgan holda amalga oshiriladi (6-rasm). Bunday holda, kardial yetishmovchiligining quyidagi rentgenologik belgilari aniqlanishi mumkin: bariy suspenziyasining oshqozondan qizilo'ngachga qaytarilishi, giss burchagining oshishi, oshqozonning diafragma ustida joylashgan qismining kolba shaklidagi kengayishi, terminal qizilo'ngachda oshqozon shilliq qavatining uzunasiga burmalari mavjudligi. An'anaviy tekshiruv bu belgilarni aniqlamagan hollarda, provokatsion usullar (Trendelenburg holati, tekshiruv vaqtida ichimlik suvi ichirish va oshqozonga yengil bosim berish) qo'llanilishi mumkin, bu esa ba'zi hollarda reflyuksni aniqlashga yordam beradi. Peptik stenoz mavjud bo'lganda, qizilo'ngachning kontrastli vosita bilan rentgenologik tekshiruvini uning darajasini aniqlash imkonini beradi. Yumshoq endoskoplardan bilan endoskopik ezofagitni aniqlash va uning tabiatini aniqlash, shuningdek, kardiyaning bo'shlig'ini yoki diafragmaning qizilo'ngach teshigidan yuqorida Z-chiziqning siljishini aniqlash imkonini beradi. Shuni ta'kidlash kerakki, qizilo'ngachning shilliq qavatini vizual baholash har doim ham ob'ektiv emas. Shunday qilib, ko'rinadigan yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmasa, biopsiya va keyingi gistologik tekshiruv qizilo'ngachning shilliq qavatida yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligini tasdiqlashi, shuningdek metaplaziyaning tabiatini aniqlashi mumkin. Tashxisda juda yaxshi usul - uzaygan pH-metriya, bu kun davomida oshqozon tarkibini qizilo'ngachga o'tish chastotasini aniq ko'rsatadi. Qizilo'ngachning shilliq qavatini vizual baholash har doim ham obyektiv emas. Shunday qilib, ko'rinadigan yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmasa, biopsiya va keyingi gistologik tekshiruv qizilo'ngachning shilliq qavatida yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligini tasdiqlashi, shuningdek metaplaziyaning tabiatini aniqlashi mumkin.

Davolash. Gastroezofagial reflyuksda konservativ terapiya tamoyili barcha yosh guruhlari uchun bir xil bo'lib, kardial yetishmovchilik sabablariga bog'liq emas. Davolash, asosan, oshqozon tarkibini qizilo'ngach va traxeyaga qaytarilishining oldini olish, shuningdek, qizilo'ngachdagi yallig'lanish o'zgarishlarini bartaraf etish yoki kamaytirish uchun qulay shart-sharoitlarni yaratishga qaratilgan.

Konservativ terapiyada nomedikamentoz va dori-darmonlar bilan davolash usullari ajralib turadi. Birinchisi postural terapiya va diyetaterapiya variantlarini o'z ichiga oladi. Umumiy amaliyot shifokorini bilimlarini mustahkamlash, belgilangan kasbiy sohada standart ko'nikmalarni o'rgatish, bemor, uning oilasi va do'stlari bilan ishlash ko'nikmalarini o'rgatish, tibbiy muammolarni hal qilishda oqilona taktikani o'rgatish va ijtimoiy muammolarni faqat noan'anaviy, faol, muammoli ta'lim orqali hal qilish mumkin. Shu maqsadda interaktiv o'yinlarini o'tkazish, vaziyatli muammolarni hal qilish taklif etiladi.

Ko'krak qafasining tug'ma deformatsiyalari



7-rasm. Ko'krak qafasining tug'ma deformatsiyasi

Ko'krak qafasining tug'ma deformatsiyasi to'sh suyagining, qovurg'alar hamda umurtqa pog'onasining tug'ma nuqsonlari bilan kechadi. Bu nuqsonlar kosmetik yetishmovchilikdan tashqari, ko'krak qafasi a'zolarining faoliyatini ham buzadi. Ko'krak nuqsonlari ko'pincha girdobsimon va qayiqsimon ko'rinishda bo'ladi, ba'zan juda kam hollarda, to'sh suyagining o'smay qolganligi va yo'qligi ham kuzatiladi (7-rasm). Qovurg'alar o'sishining yetishmovchiligi o'smay qolishi, yo'qligi yoki ortiqcha qovurg'a ayrim

hollarda uchraydi va ular jarrohlik muolajasiga muhtoj bo'lmaydi.

Girdobsimon ko'krak qafasi. Girdobsimon ko'krak qafasi qovurg'alar tog'ay qismining to'sh suyagiga birikish joyi pastga tushib ketishi bilan ifodalanadi. Deformatsiyaning tashqi chegarasi qovurg'alar suyak bo'limi hisoblanadi. Etiologiyasi va kasallikning rivojlanishi. Bu nuqsonning rivojlanishi oxirigacha o'rganilmagan. Tug'ma nuqson sababi ham inkor etilmaydi. Bu deformatsiyaga qovurg'a tog'ayi va to'sh suyagining xondrodistrofiyasi, to'sh-diafragma boylamining qisqarishi, qovurg'a-tog'ayning haddan tashqari o'sib ketishi, Marfan sindromi va boshqalar sabab bo'ladi.

Girdobsimon ko'krak qafasining uch shakli mavjud: simmetrik, asimmetrik va yassi simmetrik. Yassi simmetrik chuqurlik markazida joylashib, ko'krak qafasining ikkala tomonida bir xilda taqsimlangan bo'ladi. Simmetrik bo'lmagan shakli to'sh suyagining markazidan o'tkazilgan chiziqdan ko'krak qafasining ikkala tomoniga teng taqsimlanmaydi.

Deformatsiyaning yassi shakli og'ir hisoblanib, bunda ko'krak qafasining yuzasi biroz bosilgan bo'ladi. Klinik-rentgenologik ko'rsatmalarga asoslanib, girdobsimon deformatsiya uch darajaga bo'linadi. Birinchi darajasi ko'p bo'lmagan chuqurlik (2 sm gacha) va ko'krak qafasi a'zolarining ish faoliyati buzilmasligi bilan ifodalanadi. Ikkinchi darajasida chuqurlik a'zolari ko'p, ko'krak qafasi a'zolarining ish faoliyati buzilishi (o'yin yoki og'ir mexnat paytlarida tez charchash, nafas yetishmovchiligi, yurakning tez urishi), tez-tez yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, pnevmoniya kuzatiladi. Uchinchi darajada deformatsiya yaqqol qomatning buzilishi bilan ko'krak qafasi, ba'zida umurtqa pog'onasining yon tomonga qiyshayishi, ko'krak qafasining nafas olishida xam ishtirok etishi va ko'krak a'zolari vazifasining buzilishi aniq, bo'lib, tashqi nafasning izdan chiqishi, yurak yetishmovchiligi bilan ifodalanadi.

Ko'krak qafasining deformatsiyasi emizikli bolalarda ham kuzatilishi mumkin. Uning boshlang'ich belgilari nafas olish paradoksi, nafas olganda to'sh va qovurg'alarning cho'kishi hisoblanadi. Bu yoshdagi bolalarda yuqori nafas yo'llarining qizarishi va zotiljam

kasalligiga moyillik bo'ladi. Bolaning yoshi kattalashishi bilan deyarli 50 foizida deformatsiya ko'payadi va to'sh qovurg'alarining chiqishi kuzatiladi. Bog'cha va maktabgacha bo'lgan yoshda deformatsiya aniq bo'ladi, bolaning ko'rinishi va qomati o'zgaradi, ko'krak kifozi kuchayadi. Girdobsimon ko'krak qafasining III darajasida bola jismoniy o'sishdan orqada qoladi, tez charchash, teri qoplamlarining oqarishi, nafas siqilishi va yurakning tez urishi kuzatiladi. Rentgenologik tekshirish deformatsiya darajasini va yurak so'rilishini aniqlashga yordam beradi. Tez-tez bronxlarning yallig'lanishida va zotiljamda bemorlarda uchraydigan surunkali zotiljam kasalligining oldini olish uchun bronxoskopik va bronxografik tekshirishlar o'tkaziladi. Davosi: Girdobsimon ko'krak qafasi faqat jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Deformatsiya darajasi va ko'krak qafasi a'zolarining ish faoliyati buzilishi jarrohlik muolajasiga ko'rsatma bo'la oladi. Deformatsiyaning III darajasi operatsiyaga tug'ridan to'g'ri ko'rsatmadir. Deformatsiyaning II darajasida a'zolar faoliyati buzilishidagina jarrohlik muolajasiga zarurat tug'iladi. Jarrohlik muolajasi 3 yoshdan oshgan bemorlarda o'tkaziladi. Muolaja deformatsiyaga uchragan qovurg'aning tog'ay qismini segmentar olib tashlash, to'sh osteotomiyasi va to'sh-diafragma boylamini kesishdan iborat. Bu muhim omil bo'lib, to'sh va qovurg'alarni bir xil xolatda ushlab turish bilan tugallanadi, boshqa xildagi torakoplastik shu usul bilangina bir-biridan farq qiladi. Mustahkamlash uchun tashqi tortib turuvchi iplar ishlatiladi va bu ip Marshev apparatiga biriktiriladi. (G. A. Bairov).

Ichki loyihaga sim, metall yassi plastinka hamda suyak bo'laklari ishlatiladi. Kesilgan to'sh va qovurg'alarni bir xil me'yorda ushlab turish uchun ponasimon rezektsiya qilingan qismi tikib qo'yiladi (N. I. Kondrashin) yoki boshqa usullarda to'shni giperkorrektsiyada ushlab turish tavsiya qilinadi. To'sh-qovurg'a yig'indisini ushlab turish uchun o'zgarimas magnitlar qo'llanilmoqda (V. I. Geraskin).

Bunda to'sh osti sohasiga metall plastinka qo'yiladi va tashqaridan magnit o'rnatilgan korset kiydiriladi. Tortib turish muddati 1-1,5 oy. To'sh osti sohasidan plastinka yarim yildan keyin olib tashlanadi.

Ko'krak qafasining qayiqsimon deformatsiyalari

Bu ko'pgina xollarda qovurg'a va to'sh suyaklarining tug'ma rivojlanish nuqs onixisoblanadi. Ba'zi mualliflarning fikricha, diafragmaning to'sh qismi nuqsonli rivojlanishi hisobiga yupqalashgan, muskul tolalari kam, bu paytda qovurg'a qismi biroz gipertrofiyalangan bo'lib, qovurg'alarni ichkariga tortadi, shu bilan to'shni oldinga itaradi. Ba'zan kasallikning nasliy kelib chiqishi kuzatiladi.

Klinikasi. Ko'krak qafasining deformatsiyasi odatda bola tug'ilgandan keyin sezilarli darajada bilinadi. Oldinga chiquvchi to'sh va qovurg'ani uni chekkasidan botib turishi (ko'pincha VIII gacha) ko'krak qafasiga xarakterli qayiqsimon shaklni beradi. To'shning yoysimon qiyshayishi o'tkir bo'lishi mumkin. Oldinga bo'rtib turuvchi xanjarsimon o'simta yaxshi ko'rinib turadi. Qovurg'a yoylarining chekkasi biroz ko'tarilganligi birinchi yili bemorni kam bezovta qiladi. Bola o'sishi bilan kattalashib, u kosmetik jihatdan nuqson bo'lib boradi.

Yurak va o'pka tomonidan o'zgarishlar kam uchraydi. Bola tez charchashga, xansirashga, jismoniy zo'riqishga, yurak urib ketishiga shikoyat qiladi. Rentgenda

to'sh orqa bo'shlig'ining kattalashishi aniqlanadi va yurak tomchisimon shaklda bo'lib qoladi. Jarrohlik usuli bilan davolash bola 5-6 yoshligida o'tkaziladi.

Davolash. G.A. Bairov va Marshov bo'yicha operatsiya usulida deformatsiyaning o'rta qismidan ko'ndalang to'lqinsimon 10-15 sm uzunlikda kesiladi, teri va teri osti kletchatkasini ikkala tomonga ajratib qovurg'a va to'shning qayiqsimon qismi keng ochiladi. 0,25% 10-20 ml novokain eritmasi yuboriladi. Plevral varaqlar ajratiladi, Keyin suyak usti va osti ikkala tomondan qovurg'a qirqiladi. Tog'ay usti qismining ortig'i olib tashlanadi. Barmoq bilan tekshirib turib to'sh suyagining qayiqsimon qismi ustidan 1,5-2 sm masofada rezektsiya qilinadi. Kesilgan to'sh va qovurg'ani alobida kapron iplar bilan, jarohat esa qavatma-qavat tikiladi. Siquvchi leykoplastir bog'lam qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi ko'krak qafasi rentgenologik tekshiriladi. Pnevmotoraks bo'lsa, plevral bo'shlig'i punktsiya qilinib, xavo tortib olinadi. Iplar 10-12 kundan keyin olinadi. Leykoplastirli bog'lam besh, sakkiz yoshli bolalarda 14-17 kunga, kattaroq yoshdagilarga 24 kungacha qo'yiladi.

O'pka va bronxlarning rivojlanish nuqsonlari



8-rasm. O'pka ageneziasini rentgenologik va bronxoskopik tekshirish

Ageneziya va aplaziya. O'pkaning yoki bir vaqtning o'zida bo'sh - yoki drenajlovchi bronxning yo'qligi ageneziya deyiladi. Aplaziya deganda shakllangan yoki rudimentar bosh bronx borligi, butun o'pkaning yoki uning bir qismi yo'qligi tushuniladi. Ikki tomonlama o'pka ageneziasini yoki aplaziasini bilan tug'ilgan bolalar xayot kechira olmaydi. Bu nuqsonlar boshqa rivojlanish kasalliklari bilan birga (yurakning tug'ma nuqsonlari, qizilo'ngach atreziasini, diafragma

churrasi, Botallov yo'lining bitmay qolishi) uchraydi. Ageneziya bilan kasallangan bemorlarda o'limning sababi o'pka infeksiyasi hisoblanadi. O'ng o'pkasida ageneziya rivojlangan bolalar o'limi ko'proq kuzatiladi, chunki bitta chap o'pkada yallig'lanish jarayoni tez rivojlanadi. Ba'zi kuzatishlarga ko'ra o'pka ageneziasini bilan tug'ilgan bemorlar uzoq umr ko'rishi ham mumkin. O'pka nuqsonining klinik ko'rinishi birlamchi pnevmomerlar bo'linishining to'xtash darajasi bilan aniqlanadi. O'pka ageneziasining klinikasida ko'ks a'zolarining surilishi natijasida yurak va nafas faoliyatining buzilishlari kuzatiladi. Bemor hansirashdan shikoyat qiladi. Ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasida asimmetriya (nafas olganda shu yarmining orqada qolishi kuzatiladi), ko'ks a'zolari o'pkaning nuqsoni rivojlangan tomonga suriladi. Yurak bu holatda vertikal o'qi atrofida buralgan bo'ladi. Sog'lom o'pka

kengaygan, ko'krak qafasining ikkinchi yarmiga o'tadi va mediastinal churrani xosil qiladi. Mediastinal churra ustida ko'krak qafasining yuqorigi va medial qismlarida nuqsonli rivojlangan o'pka tomonda nafas shovqinlari eshitiladi.

Tashxisi. Klinik, rentgenologik va bronxoskopik natijalarga asoslanib qo'yiladi. Ularning ichida bronxoskopiya, bronxografiya va angiopulmonografiya muhim o'rin tutadi. Rentgenologik tekshirilganda (qovurg'alararo) kasallangan tomonda qovurg'alar oralig'ining torayishi, diafragma pardasi yuqori joylashgani, ko'krak qafasining shu sohasi qorong'ulashgani kuzatiladi (8-rasm). Rentgenologik tekshirishda klinik belgi sog'lom o'pkani - ko'krak qafasining ikkinchi yarmida tasdiqlanadi. O'pka ageneziasini bronxoskopiya qilganda bosh bronx va traxeya bifurkatsiyasi yo'qligi ko'riladi. O'pka aplaziyasida bifurkatsiya va diametri toraygan bosh bronx aniqlanadi (bronxoskopiya). Bronxografiya tekshiruvda o'pka ageneziasiga xos xamma belgilar aniqlanadi. O'pka ageneziasini yoki aplaziasini deb tashxis qo'yilgan bemorlar uzoq vaqt dispanser kuzatuvda bo'lishlari kerak.

O'pka gipoplaziyasi



9-rasm. O'pka gipoplaziyasining rentgenografiyasi

O'pka gipoplaziyasi o'pka hamma elementlarining rivojlanishdan orqada qolishidir (o'pka parenximasi va qon tomir, bronxlar). Butun o'pka, o'pka bo'lagi, segment gipoplaziyasi farqlanadi. Gipoplaziya bir va ikki tomonlama bo'ladi. Bitta-ikkita segment gipoplaziyasi klinik ko'rinishda yaqqol kechmaydi. Faqat profilaktik tekshirish paytida to'satdan aniqlanib qoladi. Infektsiya qo'shilgan hollarda klinik ko'rinishi rivojlanadi. Klinikasi bronxoektatik kasallikka o'xshash bo'ladi. Butun o'pka gipoplaziyasining klinik ko'rinishi boshqacha bo'lib, asosan u yashirin yoki aniq, nafas yetishmovchiligi bilan kuzatiladi. Butun o'pka gipoplaziyasi. Bemorni

ko'rganda ko'krak qafasida asimmetriya, ayniqsa orqadan qaraganda aniq ifodalangan bo'ladi. Bu orqa asimmetrik simptomi deyiladi. Bu simptom faqat butun o'pka gipoplaziyasida emas, balki o'pka ageneziasida, tug'ma yoki orttirilgan massiv o'pka aplaziyasida o'tqazilgan pulmonektomiyadan keyin ham uchraydi. Perkussiyada gipoplaziyaga uchragan o'pkada perkutor tovush qisqarganligi aniqlanadi. Ko'ks oralig'i bunda kasal o'pka tomonga surilgan bo'ladi. Nafas yetishmovchiligi alomatlari tashqi tomonda tinch turganda va ko'p bo'lmagan fizik zo'rayishda o'zgarmasligi mumkin. Nafas olish faoliyatini chuqurroq tekshirilganda yurak qon tomir yetishmovchiligi va nafas yetishmovchiligi borligi aniqlanadi. Shuning uchun bunday bolalarni biz sog'lom bolalar deb ayta olmaymiz. Yuqorida o'pka gipoplaziyasining quruq turi haqida fikr yuritildi. Klinik kechishining boshqa turi yaxshi rivojlanmagan bronx va ulardagi

yiring bilan bog'liq. Bunday bemorlarda kasallikning klinik kechishi bronxoektatik kasallikning klinik ko'rinishidan farq qilmaydi. Balg'am bilan yo'tal davriy xususiyatga ega. Bo'lak gipoplaziyasi o'pka bo'lagi gipoplaziyasining klinik ko'rinishi asosan bo'lakda yiring bor yoki yo'qligi bilan bog'liq. Agar yiringlanish bo'lmasa, o'pkaning gipoplaziyaga uchragan bo'lagi uzoq vaqtgacha bilinmaydi. Faqat rentgenologik tekshiruvda yoki operatsiya paytida tasodifan ma'lum bo'ladi. Bemorda gipoplaziyaga uchragan bo'lakda perkutor tovushniig qisqarishi, nafasning susayishi aniqlanadi va ko'ks oralig'ining kasal tomonga siljishi kuzatiladi. Rentgenografiyada gipoplaziyaga ko'rinishi, o'pka tomonda o'pka maydonining bir xil qorayishi, yurak va diafragma soyasining qo'shilishi bilan birga kuzatiladi (9-rasm). Zararlangan tomonda ko'ks oralig'ining surilishi, qovurg'alar orasining torayishi aniqlanadi. Ba'zan mediastial churra aniq ko'rinadi. Bronxoskopiyada asosiy bo'lak ustunidan yoki segmentar bronxlardan normal yoki anomal ketuvchi bronxlarning birday torayishi va to'mtoq tamom bo'lishi aniqlanadi. Yallig'lanish bo'lsa endobronxitga xos ko'rinish kuzatiladi. Bronxografiyadagi ko'rinish bosh bo'laklar va segmentar bronxlar gipoplaziyasining darajasiga bog'liq bo'ladi. O'pka gipoplaziyasida deformatsiyalangan va qisqargan bo'lak, segmentar bronxlar aniqlanadi. Bronxlar soni normaga to'g'ri kelmaydi.

Angiopulmonografiyada gipoplaziyaga uchragan o'pkaning qon tomir sistemasining norasoliklari aniqlanadi. Ba'zan gipoplaziya tashxisi operatsiya paytida olingan o'pka sohasini gistologik tekshirgandan keyin qo'yiladi.

Davosi. Yaxshi rivojlanmagan o'pkada yallig'lanish o'zgarishlari bo'lmasa, bemor davolashga muhtoj emas. Rudimentar o'pkaga yiringli yallig'lanish o'zgarishlari qo'shilsa, uni olib tashlashga to'g'ri keladi. O'pka gipoplaziyasi bilan og'rigan bolalar doimo dispanser kuzatuvda bo'lishi kerak.

O'pkaning tug'ma kistasi

Bolalar o'pkasida kista va kistasimon hosilalar kam uchraydi, lekin tug'ma kistalar uchrashi sonini aytish qiyin. Chunki tug'ma va orttirilgan hosilalarning klinik va rentgenologik ko'rinishi o'xshash bo'ladi. Tug'ma kistalarning kelib chiqishi embrional davrida bronx va alveolalar rivojlanishining buzilishi bilan bog'liq. Embrionagenezning boshlangich davrlarida rivojlanishining buzilishi hisobiga ko'proq bitta kista hosil bo'ladi. Kech davrlardagi buzilish ko'plab mayda kistalar (polikistozlar) paydo qiladi. Kistalarga yig'ilgan shilliq moddalar hisobiga uning kattalashishi atrofdagi bronxlar qisilishiga, deformatsiyasiga bronx kurtaklarining noto'g'ri rivojlanishiga olib keladi. Tug'ma kistalar aniq qobiqqa ega bo'lib, ko'pincha bronx bilan tutashgan bo'ladi. Bu tutash joy minimal bo'lishi mumkin, kirish joyi tor, egri-bugri yoki tor, qiyshiq o'pkaning o'tkazuvchanligi doimiy emas va oson bekilishi mumkin. Tug'ma kista devorini rentgenologik tekshirganda bronx elementlarining silliq muskul tolalari aniqlanadi. Kistaning ichki yuzasi epiteliy bilan qoplangan. Orttirilgan kistalar uchun bu belgilar xarakterli emas. Klinik nuqtai nazardan kistalar asoratsiz va asoratli bo'ladi. Asoratsiz tug'ma kistalar kam uchraydi. Ularning kechishi simptomsiz, faqat tasodifan rentgenologik tekshiruvda aniqlanadi. Bolalarda simptomsiz tug'ma

kistani orttirilgan havo kistalari (bulla) bilan ko'p solishtirishga to'g'ri keladi.



10-rasm. O'pka kistasi
rentgenografiyasi

Pnevmoniyada xavo bo'shliqlarining rentgeni aniq dinamika bilan ifodalanadi. Ular o'zining o'lchamini o'zgartirishi, yo'qolishi va paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha rentgenoskopiyada stafilokokk kistalari nafas olganda o'zining o'lchamini o'zgartirishi kuzatiladi. Bunday paytda tug'ma kista konturlari stabil bo'ladi. Stafilokokk kistalari 1-3 oy mobaynida o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ba'zi xollarda ular bunday kistalar klinik, rentgenologik va morfologik tomondan tug'ma kistadan farq qilmaydi. O'pkada tug'ma kista bo'lsa, bronxografik tekshirish zarur. Bronxografiyada kistaning joyi va o'pkaning hamma sohasida bronxial daraxt holatini aniqlash mumkin. Bu operatsiya xajmini aniqlash uchun kerak

bo'ladi. Asoratsiz kistalarni bola bir yoshdan oshganda operatsiya qilish mumkin.

Ko'proq asoratlangan kistalar uchraydi. Kistaning yiringlashi har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. Shu bilan birga tug'ilgandan keyin ham yiringli jarayonga xos klinik simptomlar bo'ladi: yuqori harorat, intoksikatsiya. Leykotsitoz va rentgenologik tasvirda ba'zan bir nechta suyuqlik satxi bilan yumshoq shakldagi bo'shliklar aniqlanadi. Rentgenografiyada va ayniqsa tomografiyada kista kapsulasi aniq ko'rinib turadi (10-rasm). Tug'ma yiringlagan kistalarni hamma vaqt o'pka stafilokokkli destruksiyasining har xil turlari bilan solishtirma tashxis o'tkaziladi (birinchi navbatda absess va pnevmotoraks bilan). Klinik ko'rinishdagi farqi: o'tkir stafilokokkli destruksiyada nafas yetishmovchiligi belgilari kuchliroq, ifodalangan bo'ladi. O'pka to'qimasida jarayonning tez tarqalishi kuchli hansirashga olib keladi. Tug'ma yiringlagan kistalarda uzoq vaqt rivojlanish nuqsoni bilan birga yordamchi mexanizmlar va tashqi nafas faoliyatining kompensatsiyasi ishga tushadi. Rentgenda kapsula borligi va perifokal reaksiya yo'qligi tug'ma kistani stafilokokkli absessdan farq qilishga imkon beradi. Pnevmtoraksda sinusda ekssudat aniqlanadi. Tug'ma yiringlagan kistada sinus bo'sh bo'ladi, agar kista plevral bo'shliqqa yorilmagan bo'lsa ko'ks oraligining surilisli kam ifodalanadi. Tug'ma yiringlagan kistani davolashning turli usuli operatsiya hisoblanib, u o'pkaning kista bor sohasini rezektsiya qilishdan iborat. Taranglashgan o'pka kistalari kam uchraydi. Buning sababi kista bilan bronx tutashuv joyida klapanli mexanizm borligidir. Klinik ko'rinishi o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan ifodalanadi. Fizikal natijalar taranglashgan pnevmotorakska xos bo'ladi. Rentgen tasvirida kista konturlarini aniqlash mumkin. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, tug'ma bo'lak emfizemasi, diafragmal churra bilan o'tkaziladi. Taranglashgan pnevmotoraks bolalarda stafilokokkli zotiljam natijasida kelib chiqadi va yuqori haroratli intoksikatsiya bilan kechadi. Tug'ma kistalarda taranglashish birdan kelib chiqadi. Diafragmal ~~Spina~~ rentgenologik usul bilan farqlanadi. Bunda ko'krak qafasida ko'plab xalqasimon soyalar borligi

xarakterlidir. Ichak qovuzloqlarining o'tishi ko'krak qafasi hisobiga bo'ladi va tashxis me'da-ichak yo'llarini bariy eritmasi bilan tekshirgandan keyin tasdiqlanadi

Davosi. Taranglashgan kistalar faqat operativ usul bilan davolanadi. Operatsiya oldidan ko'krak qafasining taranglashishini kamaytirish maqsadida kistani drenajlash yoki punktsiya qilish joyi aniqlanadi. Operatsiyaning hajmi kista kapsulasini birga olib tashlash bilan belgilanadi. Jarohat yuzasi travmatik nina bilan tikiladi. Ba'zan lobektomiya yoki segmentar rezektsiya qilishga to'g'ri keladi. Operatsiyadan keyin plevral bo'shliq drenajlanadi.

O'pkaning tug'ma bo'lak emfizemasi



11-rasm. Angiopulmografiya bo'yicha chap tomonda tug'ma lobar emfizemasi.

Shishgan zararlangan o'pka bo'lagi sog'lom qismini siqib turadi. Ko'krak ichi taranglashishiga, ko'ks oralig'ining surilishiga sabab bo'ladi. Tug'ma lobar emfizemaning kelib chiqishi tog'ay xalqalarining to'liq rivojlanmasligi va ageneziyasi hisobiga, bronxda klapan borligi, bronx shilliq qavatining gipertrofiyasi, stenoziga bog'liq. Patomorfologik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, bu kasallikka ko'proq, quyidagilar sabab bo'ladi: terminal va respirator bronxial shilliq muskul aplaziyasi, mayda bo'laklar va respirator bronx kistalarining oraliq generatsiyasi yo'qligi. Butun respirator bo'lakning ageneziyasida ko'pgina mikroskopik bo'shliqlar borligi. Tug'ma bo'lak emfizemasining kompensatsiyalangan turi bola tug'ilganda aniqlanadi va ko'p qaytalanuvchi asfiksiya xuruji bilan

kuzatiladi. Nafas olish tez, ko'krak qafasida asimetriya, zararlangan tomon bir oz bo'rtib turadi.

Rentgenda o'pka maydoni tiniqligi oshgani aniqlanadi. Sog'lom o'pka qisilgan, ko'ks oralig'ining qarama-qarshi tomonga surilgan, subkompensiyalashgan turida klinik belgilar yangi tug'ilgan chaqaloqning so'ngi davrlariga to'g'ri keladi. O'zgarishlar sekin-asta rivojlanadi. 1 oydan 3 oygacha sianoz xurujlari qisqa bo'ladi. Rentgen tasvirida o'pka tiniqligining pasayganligi va o'pka tasvirining butunlay yo'qligi kuzatilishi mumkin (11-rasm). Kasallikning kompensatsiyalangan turi asosan kattaroq bolalarda uchraydi va rentgen tasvirida o'pka maydoni tiniqligining oshishi, ko'ks oralig'ining surilishi kuchsiz ifodalanganligi aniqlanadi. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, taranglashgan o'pka kistasi, diafragma churrasi, bronx yot tanachalar emfizemasi, pnevmoniyadagi kompensator emfizema bilan o'tkaziladi. Pnevmtoraksni inkor qilish uchun ba'zi xollarda

plevral bo'shliqni punktsiya qilinadi. Taranglashgan pnevmotoraksda ko'p miqdorda bosim ostida havo olinadi (lobar emfizemada bir necha millilitr havo olinadi). Bronxoskopiya va bronxografiya ko'pincha tekshirish usuli sifatida kompensatsiyalashgan, ba'zan sub-kompensirlashgan turlarida qollash mumkin.

Davosi. Tug'ma bo'lak emfizemasi davolash usuli radikal operatsiya, ya'ni zararlangan bo'lakni olib tashlashdan iborat. Dekompensatsiyalashgan turida xirurgik aralashuvni kechiktirib bo'lmaydi. Subkompensatsiyalashgan turda operatsiya muddati bemor ahvoriga qarab belgilanadi. Kompensatsiyalashgan turlarida operatsiya rejali ravishda qilinadi.

Bronxoektaziya kasalligi

Bronxoektaziya (bronxial kengayish) surunkali o'pka kasalligi bo'lib, bronxlarning patologik kengayishi bilan birga keladi, unda yiringli jarayon lokalizatsiya qilinadi. O'pka parenximasida pnevmoskleroz rivojlanadi.

Bolalarda bronxoektazning tarqalishi 0,5 dan 1,7% gacha. Hozirgi vaqtda bronxoektaziya kamroq tarqalgan.

Bronxoektaziya ko'plab sabablar ta'sirida rivojlanishi mumkin, ular quyidagi guruhlarga bo'linadi:

Tug'ma bronxoektaziya;

Nafas olish tizimining yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liq;

Bronxlarning begona jismlari sababli.

Tug'ma bronxoektaziya nazariyasi o'tgan asrda taklif qilingan, ammo hali ham konsensus yo'q. Bronxoektaziya bola tug'ilishida ham, hayotning birinchi yillarida embrion buzilishlar, bronxlar devorlari va xaftaga tushadigan plitalarning shakllanishidagi kechikishlar natijasida gipoplaziya bilan paydo bo'lishi mumkinligini hisobga olish to'g'riroq.

Bronxoektaziya rivojlanishida o'pkaning yallig'lanish kasalliklari, ayniqsa takroriy kasalliklar muhim rol o'ynaydi. Birinchisi - bronxit. Bu holda rivojlanayotgan peribronxit va interstitsial yallig'lanish drenaj funksiyasining buzilishiga olib keladi, bu esa bronxoektaziyaning shakllanishiga olib keladi. Uzoq muddatli va tez-tez takrorlanadigan pnevmoniya, ayniqsa yosh bolalarda, interstitsial to'qimalarda sezilarli o'zgarishlarning rivojlanishiga yordam beradi.

Traxeobronxial daraxtning begona jismlari. Bronxlarda vayronagarchilikning rivojlanishiga begona jismning joylashuvi emas, balki bronxning obstruksiya darajasi ta'sir qiladi. Organik va o'simlik, plastik, metall va shisha jismlari tezroq bronxoektazga sabab bo'ladi. Obstruksiya atelektazga, keyingi infektsiya esa bronxoektaziya rivojlanishiga olib keladi.

Bronxoektaziya rivojlanishining patogenezi hali aniq talqin qilinmagan, ammo bronxoektaziya rivojlanishiga olib keladigan asosiy nuqtalar tug'ma tartibning morfologik pastligi, tug'ruqdan keyingi davrda yallig'lanish agenti, drenaj funksiyasining buzilishi yoki bo'lmasligi. Yallig'lanishning o'pka parenximasiga o'tishi bilan parabronxit, peribronxitga aylanib, atelektaz, endobronxit rivojlanishi mumkun. Bronxning silindrsimon yoki sakkulyar tipdagi deformatsiyasi yuzaga keladi, bronxlar bronxiolalarga o'tmaydi va atelektaziya

yoki aksincha, emfizema shakllanishi bilan ko'r-ko'rona tugaydi. Ushbu payt gaz almashinuvida ishtirok etmaydi va unda gaz almashinuvi sodir bo'lmaydi. Gistologik tadqiqotlarga ko'ra,

bronxoektaziyaning quyidagi tasnifi qabul qilingan.

Kelib chiqishi bo'yicha: tug'ma, orttirilgan.

Shakli bo'yicha: silindrsimon, xaltasimon, kistasimon.

Tarqalishi bo'yicha: bir tomonlama, ikki tomonlama.

Klinikasi va diagnostikasi. Bolaning yoki ota-onalarning letargiya, zaiflik, charchoq haqida shikoyatlari. Asosiy simptom - quruq yo'tal, ertalab ko'proq, shilliq va yiringli bo'lishi mumkin bo'lgan balg'am. Balg'am miqdori shilliq darajasiga bog'liq. Bronxoektazli bolalarda gemoptizi kamdan-kam uchraydi, ko'pincha u begona jism tomonidan qo'zg'atilgan jarayonda yuzaga keladi va aspiratsiya qilingan ob'ekt ustidagi granulyatsiyalar mavjudligi bilan bog'liq.

Shikoyatlar sezilarli uzunlikdagi jarayonlarda va kuchayishi paytida ko'proq namoyon bo'ladi. 5 yoshgacha bo'lgan bolalar odatda balg'amni yutadi, shuning uchun hatto ota-onalar ham uning oqishi faktini sezmasligi mumkin.

Perkussiya bilan, atelektatik bronxoektaziya holatlarida, ayniqsa keng atelektazi bilan ta'sirlangan bo'lak ustida perkussiya tovushining qisqarishi aniqlanadi. Ushbu bolalarda yurak chegaralari ham zararlangan tomonga siljiydi.

Auskultatsiya ko'proq ma'lumot beradi. Ta'sir qilingan hududga ko'ra, xirillash eshitiladi, ko'pincha nam, har xil o'lchamdagi, hatto katta pufakchalar. Cheklangan jarayon bilan, yo'taldan keyin xirillash yo'qoladi. Qattiq xirillashlar simli va o'pkaning sog'lom qismida, hatto boshqa tomondan ham, ayniqsa 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda eshitilishi mumkin. Auskultatsiya, shuningdek, ta'sirlangan hududda nafas olishning zaiflashishi yoki uning bronxial soyasini qayd etadi. Auskultativ tekshiruv qayta-qayta, shu jumladan ertalab uyqudan keyin darhol amalga oshiriladi.

Bronxoektaziya diagnostikasi anamnestik ma'lumotlarga, ayniqsa hayotning birinchi yiliga va alomatlarga asoslanadi, ular darajasiga qarab farq qilishi mumkin. Yakuniy tashxis faqat to'liq klinik bronxial tekshiruvdan so'ng amalga oshiriladi: bronxoskopiya, rentgenografiya, bronxografiya va radioizotop tadqiqotlari.

Ota-onalar tomonidan doimo bo'ladigan shikoyatlardan biri yo'taldir. Bu bronxitning natijasidir - bronxoektatik jarayonning doimiy hamrohi va bu bronxoskopiya uchun ko'rsatma bo'lgan yo'taldir.

Endoskopik diagnostika traxeobronxial daraxtning shilliq qavatining holatini vizual baholashga asoslanadi va jarayonning xususiyatiga qarab bronxit kataral yoki yiringli bo'lishi mumkin. Shakllangan bronxoektaziya bilan, hatto remissiya davrida ham, zararlangan hududning bronxlarida yiringli balg'am topiladi. Kataral bronxit bilan balg'am shilimshiq xarakterga ega.

Bronxoektaziya bilan zararlangan hududga mos keladigan yiringli yoki kataral-yiringli bronxit aniqlanadi.

O'pka bo'lagida tarqaladigan mahalliy endobronxit bilvosita lobar bronxoektatik jarayonni ko'rsatadi. Ikki tomonlama bronxoektaziya bilan, ayniqsa

keng tarqalgan, diffuz yiringli endobronxit topiladi. Balg'am mikroflorani aniqlash uchun, ba'zi hollarda - sil kasalligini aniqlash uchun tekshiriladi.

Rentgen diagnostikasi obyektiv tekshirish usullari, bronxografiya va radioizotop tadqiqotlaridan iborat. Angiografiya cheklangan ko'rsatmalar uchun, asosan, o'pka gipertenziyasiga shubha qilinganida qo'llaniladi.

Oddiy rentgenografiyada bronxovaskulyar naqshning ko'payishini, ko'proq ildiz zonasida, infiltratsiyani, fibrozni, emfizema elementlarini, segmentdan butun o'pkagacha atelektazalarni aniqlashi mumkin, ammo ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'zgarishlarning yo'qligi buni inkor etmaydi. Bronxoektazning mavjudligi, ayniqsa mahalliy shakli bunga misol.

Rentgen diagnostikasi obyektiv tekshirish usullari, bronxografiya va radioizotop tadqiqotlaridan iborat. Angiografiya cheklangan ko'rsatmalar uchun, asosan, o'pka gipertenziyasiga shubha qilinganida qo'llaniladi.

Oddiy rentgenografiyada bronxovaskulyar naqshning ko'payishini, ko'proq ildiz zonasida, infiltratsiyani, fibrozni, emfizema elementlarini, segmentdan butun o'pkagacha atelektazalarni aniqlashi mumkin, ammo ko'krak qafasi



12-rasm. Chap o'pkaning pastki bo'lagining bronxoektazi. Oddiy rentgenogramma. Pastki bo'lak atelektazi

rentgenogrammasida o'zgarishlarning yo'qligi buni inkor etmaydi. Bronxoektazning mavjudligi, ayniqsa mahalliy shakli bunga misol.

Rentgenogrammadagi belgilar. Chap o'pkaning shaffofligi pastki bo'lagining bronxoektazida o'pka maydoni kattalashgan. Soya mediastinumdan chapga siljiydi. Eng information usuli rentgen usuli va bronxografiya bo'lib, u bronxoektazning mavjudligini, ularning tabiatini - silindrsimon yoki sharsimon, zararlanish darajasini va o'pkaning sog'lom qismlarining holatini aniqlash imkonini beradi (12-rasm).

Bolalikda, masalan, bir bo'lakning bronxoektazi va boshqasining segmentlari mavjud bo'lganda, shikastlanishlar tez-tez uchraydi.

Angiopnevmoografiya ta'sirlangan hududga qarab qon oqimining kamayishini va qon oqimida kontrastning "tinch" joylari yo'qligini aniqlaydi. Bolalarda bronxoektaziyani aniqlash uchun radionuklidlar bilan o'rganish o'pkaning barcha qismlarining funktsional holatini baholashga imkon beradi (bu radioaktiv moddaning to'planishining pasayishi darajasidan dalolat beradi) va natijalar bilan birgalikda qo'shimcha diagnostika usuli bo'lib xizmat qiladi. Differentsial bronxoektaziyani erta tashxislash ambulatoriya sharoitida astmatik bronxit bilan amalga oshiriladi. Bronxoektaziyadan farqli o'laroq, bu holatlarda yanada aniqroq paroksizmal nafas yetishmovchiligi mavjud, ikkala o'pka yuzasida xirillashlar eshitiladi va xuruj oxirida tezda yo'qoladi.



13-rasm. Bronxografiya bo'yicha o'ng va chap o'pka bronxoektaziyasi

Takroriy uzoq davom etadigan pnevmoniya, bronxoektaziyadan farqli o'laroq, interstitsial to'qimalarda lokalizatsiya qilinadi, shuning uchun bronxitning namoyon bo'lishi foniga o'tadi. Bronxografiya aniqlashda katta yordam beradi (13-rasm).

Bronxoektaz bilan og'rigan ko'plab bemorlar ilgari tuberkulyoz uchun asossiz davolangan. Differensial diagnostikada anamnezni hisobga olish kerak. Sil kasalligi bilan og'rigan bemor bilan aloqa qilish, pnevmoniyaning rentgen tasvirisiz isitmaning noaniq sabablari silga qarshi testlarni

talab qiladi. Agar ambulatoriya diagnostikasi imkoni bo'lmasa, bolani to'liq bronxologik tekshirish uchun kasalxonaga yotqizish kerak.

Klinik sharoitda bronxoektaziyani bronxopulmonar tizimning turli xil malformatsiyalari bilan bog'liq yiringlash bilan farqlash kerak. Ba'zi hollarda o'pkaning oddiy rentgenogrammasi (Festering o'pka kistasi) yetarli, boshqalarida bronxografiya va angiografiya (o'pka ichidagi sekvestratsiya) o'tkazish kerak.

Bir qator tizimli kasalliklar, ayniqsa, hayotning birinchi yillaridagi bolalarda, shuningdek, differentsial tashxis qo'yish maqsadida to'liq bronxologik tekshiruv talab etiladi. Bularga kistik fibroz, immunitet tanqisligi holatlari, Xamman-Rich sindromi kiradi, bunda bronxlarning kengayishi va deformatsiyasidan tashqari, kichik soyalar, diffuz emfizema va bronxovaskulyar suratning kuchayishi aniqlanadi.

O'Z-O'ZINI TEKSHIRISH UCHUN TESTLAR:

1. Qizilo'ngachning ikkala uchi ham ko'r bo'lsa, oddiy rentgenografiyada qanday belgilar aniqlanadi?

1. Ko'p sonli kichik Kloyber kosachalari
2. Ikkita katta Kloyber kosachalari
3. Qorin bo'shlig'i hududida soyali zonaning mavjudligi
4. Ichak pnevmatozi
5. Oshqozonda katta gazlar mavjudligi

2. Qizilo'ngach atreziyasining yuqori qizilo'ngach-traxeya oqmasidagi rentgen tasviri?

1. Ko'p sonli kichik Kloyber kosachalari
2. Ikkita katta Kloyber kosasi
3. Qorin bo'shlig'i hududida soyali zonaning mavjudligi
4. Ichak pnevmatozi
5. Oshqozonda katta gazlar mavjudligi

3. Qizilo'ngach atreziyasining past qizilo'ngach-traxéal oqma bilan rentgen tasviri?

1. Ko'p sonli kichik Kloyber kosachalari
2. Ikkita katta Kloyber kosasi
3. Qorin bo'shlig'i hududida soyali zonaning mavjudligi
4. Ichak pnevmatozi
5. Oshqozonda katta gazlar mavjudligi

4. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qizilo'ngach atreziyasi uchun qaysi tadqiqot usuli eng ishonchli hisoblanadi?

1. Ob'ektiv tadqiqot
2. Rentgen - kontrastli tadqiqot
3. Laboratoriya tadqiqotlari
4. Ultratovush
5. Ko'krak qafasining oddiy rentgenogrammasi

5. Qaysi kasallik qusishda oshqozon mahsuloti chiqaradi?

1. Qizilo'ngachning axialaziyasi
2. Qizilo'ngachning xalaziyasi
3. Tug'ma ichak tutilishining pastligi
4. Qizilo'ngachning tug'ma stenozi
5. Qizilo'ngachning sikatrisial stenozi

6. Qizilo'ngach atreziyasida qaysi simptom eng muhim va erta belgi hisoblanadi?

1. Yo'tal
2. Sianoz
3. Tug'ilgandan beri qusish
4. Og'iz va burundan ko'pikli oqmalar
5. Tana haroratining oshishi

7. Qizilo'ngach xalaziyasining belgilari qanday?

1. Favvorali qusish
2. Epigastral sohada doimiy og'riq va shishning mavjudligi
3. Yig'laganda qusish, gorizontal holatda bezovtalik
4. O'zgarmagan oziq-ovqatning regurgitatsiyasi
5. Qon qusish

8. Trendelenburg holatida kontrastli rentgen tekshiruvi shuni ko'rsatadiki, kontrast moddaning qizilo'ngachga qaytishi qanday kasallikni isbotlaydi?

1. Tug'ma qisqa qizilo'ngach
2. Qizilo'ngachning axialaziyasi
3. Qizilo'ngachning xalaziyasi
4. Pilorik stenoz
5. Qizilo'ngachning konginental stenoz

9. Qizilo'ngach axialaziyasida qusishning xususiyatlari?

1. Safro aralashmasi bilan takroriy qusish
2. Qon aralashmasi bilan takroriy qusish
3. Yig'laganda qusish va bezovtalanish
4. O'zgarmagan oziq-ovqatning regurgitatsiyasi
5. Favvorali qusish

10. Qizilo'ngachning konginental stenozida belgilarining namoyon bo'lishini qanday omil aniqlaydi?

1. Toraygan joyning anatomik joylashuvi
2. Toraygan joyning uzunligi
3. Torayib ketish darajasi
4. Birgalikda kechadigan kasalliklar
5. Bolaning yoshi

11. Qizilo'ngachning xalaziyasini rentgen-kontrastli tekshirishda qaysi pozitsiya to'g'ri deb hisoblanadi?

1. Tik turish holati
2. O'tirish holati
3. Orqa tarafdagi holat
4. Trendelenburg pozitsiyasi
5. Yon pozitsiya

12. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qizilo'ngach atreziyasi bilan qorin bo'shlig'ining oddiy rentgenogrammasida ichakdagi havo mavjudligi nimani anglatadi?

1. Qizilo'ngach atreziyasining fistuloz shakli
2. Yuqori qizilo'ngach-traxeya oqmasining mavjudligi
3. Pastki qizilo'ngach-traxeya oqmasining mavjudligi
4. Qizilo'ngachning agneziyasi
5. Qizilo'ngachning aplaziyasi

13. Pastki qizilo'ngach oqmasi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarni tashishda qaysi pozitsiya to'g'ri hisoblanadi?

1. O'ng tomon
2. Chap tomon
3. Tik
4. Gorizontaal
5. Bemorning pozitsiyasi muhim emas

14. Qizilo'ngach atreziyasida segmentlar orasidagi qancha masofagacha operatsiya qilish mumkin?

1. 0,5 sm gacha
2. 1,0 sm gacha
3. 1,5 sm gacha
4. 2,0 sm gacha
5. 2,5 sm gacha

15. Qizilo'ngach atreziyasining eng og'ir asoratlari qanday?

1. Destruktiv pnevmoniya
2. Ichak tutilishi
3. Yurak-qon tomir yetishmovchiligi
4. Aspiratsion pnevmoniya
5. Oshqozon-ichak traktidan qon ketish

16. Tug'ma qizilo'ngach stenozini uchun eng yaxshi davolash nima?

1. Spazmolitiklardan foydalanish
2. Operativ
3. Bujlash
4. Vagotomiya
5. Lazer terapiyasi

17. Qizilo'ngach atreziyasida ochiqlik qayerda buziladi?

1. Kardiyada
2. 1-fiziologik torayma
3. 2-fiziologik torayma
4. 1 va 2 fiziologik torayma
5. Qizilo'ngachning barcha qismlarida

18. Qizilo'ngachning qanday tug'ma malformatsiyasi tez-tez uchraydi?

1. Alohida qizilo'ngach-traxeya oqma
2. Qizilo'ngachning aplaziyasi
3. Qizilo'ngach atreziyasining fistuloz shakli
4. Pastki qizilo'ngach-traxeal oqma
5. Yuqori qizilo'ngach-traxeya oqmasi

19. Qizilo'ngach atreziyasida qanday tadqiqot usulini o'tkazish mumkin emas?

1. Kontrastli rentgenografiya
2. Ezofagoskopiya
3. Qizilo'ngachga kauchuk kateter kiritilganda rentgenografiya
4. Traxeobronkoskopiya
5. Kauchuk kateterni qo'llash, havo kiritish

20. Qizilo'ngach atreziyasidan yuqori kontrast modda kiritilsa, biz nimani topamiz?

1. Qizilo'ngachning uzun atreziyasi
2. Qizilo'ngach atreziyasining turlari
3. O'pkada yallig'lanish belgilari
4. Qizilo'ngach-traxeya oqmasining kengligi
5. Pastki qizilo'ngach-traxeya oqmasi bo'lgan ichakdagi havoni aniqlash

ADABIYOTLAR.

1. A.I. Lyonyushkin., "Bolalar koloproktologiyasi". 1990 yil, M.
2. Ashcraft.K.U. Holder.T.N... "Bolalar jarrohligi" 1997 yil, 3 jild. tarjima.
3. Bairov.GA, "Bolalar uchun shoshilinch jarrohlik". 1997 yil, Sankt-Peterburg. • Bairov.GA, «Bolalarda malformatsiyalar jarrohligi». 1988 yil, L.
4. V.G. Akopyan., "Xirurgik gepatologiya". 1988 yil, M.
5. Isakov Yu. F., Razumovskiy A. Yu. Bolalar xirurgiyasi: darslik / . Y.F.Isakov, A.Yu Razumovskiy; javob. AF Dronov // M.: GEOTAR-Media, 2015. - 2015. - B. 1008.
6. Isakov.Yu.F. "Bolalikning jarrohlik kasalliklari", 2004, M.
7. Isakov.Yu.F. va boshqalar, "Bolalar uchun torakal jarrohlik bo'yicha qo'llanma" ..1978, M. • Isakova.Yu.F., Razumovsky.A.Yu.. Bolalar xirurgiyasi: darslik / .-M.: GEOTAR-Media, 2014. -1040 s.
8. Bolalar jarrohligi imtihonlarida muvaffaqiyat qozonish, 2A jild. EMQ uchun to'liq resurs - 2012 nashri
9. Bolalar xirurgiyasi atlas. Doktor Muhammad Xolid Sayid. 2018.

Босишга рухсат берилди. 01.11.2023й. Қоғоз бичими 62/84 1/16.
Босма тобоғи 2. Адади 50 нусха. буютма № 15
“Timofeyeva S.S.” ЯТТда чоп қилинди.
Самарқанд ш. А.Жомий кўчаси 72 уй.

