

BIT-530  
Yu 910

**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**

**Sh.A. Yusupov, J.O. Atakulov, A.M. Shamsiyev, N.I. Boyjigitov**

**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*

# **TUG'MA PASTKI ICHAK TUTILISHI**

*O'quy - 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**

**Sh.A. Yusupov, J.O. Atakulov, A.M. Shamsiyev, N.I. Boyjigitov**

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

**Ta'lim sohasi: 510 000 - "Sog'liqni saqlash"**

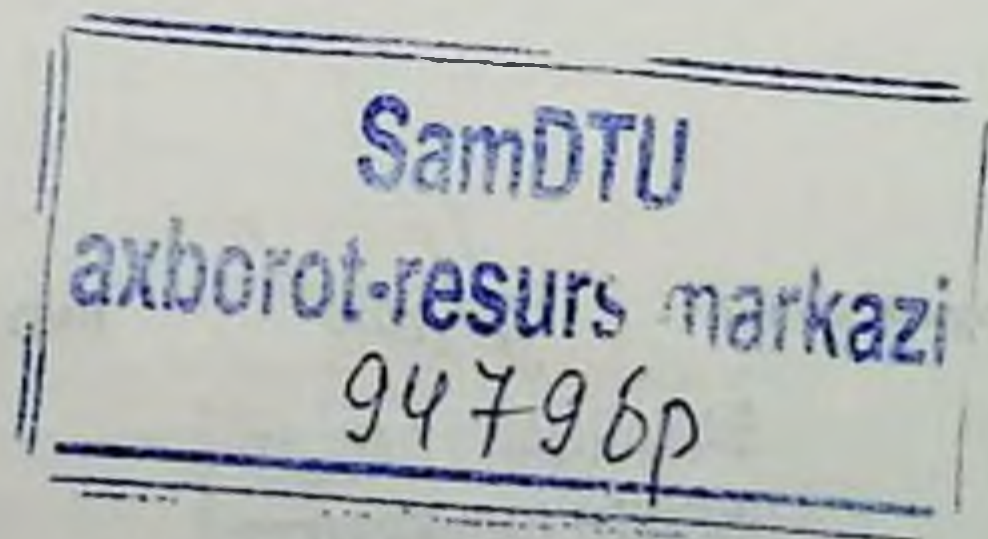
**"BOLALAR XIRURGIYASI" FANIDAN**

***Tibbiy oliy ta'lim muassasalari "Davolash ishi",***

***"Tibbiy pedagogika (Kasb ta'limi)" 5- kurs talabalari uchun***

***TUG'MA PASTKI ICHAK TUTILISHI***

**O'QUV - USLUBIY QO'LLANMA**



**Samarqand 2023**

**Tuzuvchilar:**

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

J.O. Atakulov - Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, t.f.d.

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

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

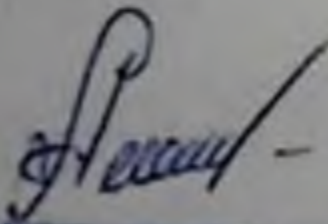
**Taqrizchilar:**

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

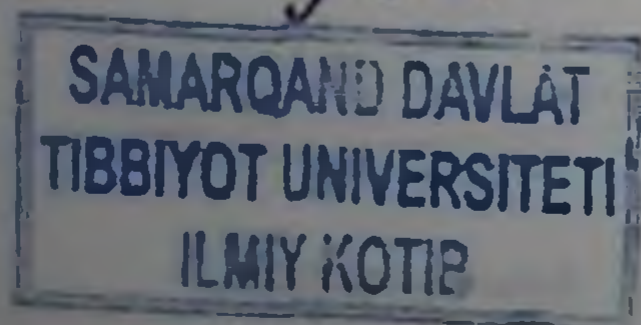
N.SH. Ergashev ToshPTI gospital bolalar xirurgiyasi kafedrası mudiri,  
tibbiyot fanlari doktori, professor

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



## **TUG'MA PASTKI ICHAK TUTILISHI. KLINIKA, DIAGNOSTIKA, DAVOLASH, ASORATLARI.**

**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.

**MAQSADLARI:** 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 esa reabilitatsiya masalalarini amalga oshirish:

### **O'QISHNING VAZIFALARI:**

1. Bolalarda tug'ma pastki ichak tutilishi kasalliklarini etiologiyasi, patogenezi va klinikasi bo'yicha bilimlarni shakllantirish.
2. Talabalarga tug'ma pastki ichak tutilishi kasalligi bilan kasallangan bolalarni klinik tekshirish ko'nikmalarini rivojlantirish.
3. Talabalarga tug'ma pastki ichak tutilishi kasalligini diagnostika algoritmini o'zlashtirish.
4. Bolalarda tug'ma pastki ichak tutilishi kasalliklarini davolash tamoyillari va uning asoratlari bilan tanishish.

## **TUG'MA PASTKI ICHAK TUTILISHI, KLINIKA, DIAGNOSTIKA, DAVOLASH, ASORATLARI.**

Bir-biriga o'xshash 2 xil atama mavjud: 1) anomaliya - organning normal o'sishdan orqada qolishi, ya'ni patologik o'zgarishlardir. 2) tug'ma nuqson - a'zolar shakli va funktsiyasining chuqur buzilishi yoki umuman bo'lmasligi.

Anorektal (orqa chiqarish teshigi va to'g'ri ichakka oid) tug'ma nuqson ko'pincha chaqaloqlarda uchrab turadigan tug'ma kasallikdir. Kasallikning kelib chiqishi asosan xomilaning dastlabki oylarida normal embriogenezning buzilishi hisobiga paydo bo'ladigan murakkab patologik o'zgarishlar natijasidir.

**Tasnifi.** Xozirgi vaqtgacha 50 dan ortiq anorektal tug'ma nuqsonlar tasnifi ma'lum bo'lib, bularning ichida amaliy jarrohlar ichida ko'p qo'llaniladigani A. I. Lyonyushkin tasnifidir.

## **I. Atreziyalar**

### **A. Kloakal turi**

Siydik qopiga tegishli

Dilokka (qinga) tegishli

### **B. Atreziyaning oqmalı turi:**

O'gil bolalarda: qovuq, uretra va oraliqqa ochilishi.

Qiz bolalarda: bachadon, qin, qin daxliziga ochilishi.

Qiz va o'gil bolalarda: oraliq sohasiga (yorg'oq va tashqi jinsiy a'zolariga) ochilishi.

### **C. Atreziyani oqmasiz turi:**

Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichak atreziyasi.

To'g'ri ichak atreziyasi.

Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi.

## **II. Tug'ma torayishlar.**

1. Orqa chiqaruv teshigi torayishi.

2. To'g'ri ichakning torayishi.

3. Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichakning torayishi.

4. Me'yoriy orqa chiqaruv teshigi bo'lgan xolda tug'ma oqmalar.

Qiz bolalar jinsiy organlariga (qin, qin daxliziga).

O'gil bolalarda siydik chiqaruv yo'llariga (qovuq va uretraga).

O'gil va qiz bolalarda oqmaning oraliq soxasiga ochilishi.

## **III. Orqa chiqaruv teshigi ektopiyasi.**

1. Oraliq soxasiga (o'gil va qiz bolalarda).

2. Qinga yaqin joydagi ektopiya.

## **IV. Oraliq sohasining tug'ma nuqsoni.**

Quyida keltirilgan tasnif asosan hamma tug'ma nuqsonlarni o'z ichiga oladi.

**Atreziyalar.** Atreziyalar butun anorektal nuqsonlarning 70-85% ni tashkil qilib, klinik belgilari atreziyalarning turiga bog'liq.

**Oqmasiz atreziya.** Klinika va tashxisi. Chaqaloq tug'ilganidan keyin dastlab umumiy xolati qoniqarli bo'ladi. Keyinchalik 10-12 soatdan keyin chaqaloq bezovtalanib, chinqira boshlaydi, uyqusi buziladi. Sutkaning oxirlariga borib ichak tutilishi belgilari yuzaga chiqa boshlaydi: qorin shisha boshlaydi, avval me'da, keyinchalik o't suyuqligini qusadi, chaqaloq emmaydi. Chaqaloqqa agar yordam ko'rsatilmasa, eksikoz va toksikoz belgilari kuchayib borib qusish jarayonida aspiratsion zotiljamga yoki ichak kattalashib yorilishi natijasida ikkilamchi peritonitga asoratlanib, o'lishi mumkin. Bemorga tashxis qo'yish uchun oraliq soxasini profilaktik ko'zdan kechirib tekshirish va mekoniy chiqishiga e'tibor berish kerak. Bunday holda atreziyalar birinchi ko'rishdan ko'zga tashlanadi.

Keyinchalik orqa chiqaruv teshigi soxasi dam bo'lishi, to'g'ri ichak soxasi dam bo'lishi va uning chuqurligi, yuqori yoki pastgi (2-2,5 sm gacha) tekshirishlar natijasida aniqlanadi.

**Orqa chiqaruv teshigining membranali atreziyasi.** Bu atreziyalarning eng



1-rasm. Orqa chiqaruv atreziyasi

yengil turi bo'lib, bunda orqa chiqaruv teshigi soxasida xiraroq membrana borligi, uning sal deformatsiyalanganligi aniqlanadi. Bu membranali atreziya chaqaloq kuchanganda do'mbayib mekoniy xira ko'rinadi. Paypaslaganda teri ostida yumshoq konsistentsiyali mekoniy aniqlanadi.

**Davosi.** Xirurgik yo'l bilan (qisqich) membrana ochiladi, orqa

chiqaruv teshigi atreziyasi kengaytirilib anus hosil qilinadi. Anus atreziyasi bu ham past atreziya turiga kirib, ko'rganda chandiqli joyi bo'lib bir oz toraygan bo'ladi.

**Klinikasi.** Chaqaloq bezovta bo'lganda, yig'laganda paypaslab ko'rilganda yumshoq, kuchanganda mekoniy va ichak bosimi seziladi. Shunga qaramasdan Vangesten usuli bo'yicha anus sohasiga tanga qo'yib rentgen qilinib, oraliq masofa aniqlanadi.

**Davosi.** Oraliq proktoplastikasi qilinib, ichak pastga tushiriladi va anus hosil qilinadi.

#### **To'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasi.**

Bu yuqori forma atreziyalariga kirib, bunda oraliq sohasining yaxshi rivojlanmaganligi, kichik xajmdaligi va dum suyagining, hattoki ba'zan dumg'aza suyagining ham o'smaganligi qayd qilinadi (2-rasm). Anus sohasida teri silliq bo'lib ko'rinadi. Vangesten - Kakovich usuli bo'yicha rentgen qilinganda aniq yuqori (2,5 sm) atreziyaning formasi aniqlanadi. Bundan tashqari aniq tashxis qo'yishda punktsiya Peller - Sitkovskiy sinamasi qo'llanadi. Bunda bo'sh shprits ninasi anus sohasiga suqilib, chamasi 2 sm chuqurlikda shprits orqali havo suriladi.

Bunda gaz yoki mekoniy bo'lishi bilan nina belgi qilinib tortib olinadi va atreziya uzunligi aniqlanadi. A. I. Lyonyushkin sinamasi bo'yicha shpritsga kontrast modda olinib, nina anus soxasiga sanchiladi, gaz yoki mekoniy paydo bo'lganida kontrast modda yuboriladi va rentgen qilinib, ichak konturi va atreziya turi aniqlanadi.

**Davosi.** Operativ yo'l bilan qorin oraliq proktoplastikasi qilinadi.

**Qizlarda jinsiy a'zolarga ochilgan oraliq atreziyalar.** Orqa qinga kirish joyida, dilokning uchiga va bachadonga ochilishi mumkin. Klinik belgilari oqmaning qay sohaga ochilishiga, uning diametriga va chaqaloqning umumiy parvarishiga bog'liq. Asosiy belgilari, agar oqma qisqa va keng bo'lsa, kirish joyidan mekoniy yoki gaz chiqishi kuzatiladi. Keyinchalik chaqaloq sun'iy ovqatlantirilganda, axlatning chiqishi qiyinlashib, ba'zan xuqna qilishga to'g'ri keladi.



**2-rasm.** Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichak atreziyasi

**Agar oqma qinga ochilgan bo'lsa,** bunda doim mekoniy yoki axlat to'g'ri ichakdan chiqishi hisobiga, qinda va siydik yo'llarida yallig'lanish alomatlarini paydo qilishi qorin bo'shlig'iga infektsiya tushib, yallig'lanish (peritonit) kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bunda tez axlat to'planishi va chaqaloqni uyda parvarish qilish imkoniyati yo'qligi sababli, axlatli intoksikatsiya tez rivojlanib,

bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Oqma teshigi ko'riladi va uning joyiga qarab (qizlik pardadan

yuqorida qinga tegishli, qizlik pardadan pastda qin daxliziga tegishli oqma) tashxis qo'yiladi. Agar rektovestibulyar oqma bo'lsa, tashki jinsiy organlarda o'zgarish bo'lmaydi. Aksariyat rektovaginal oqmada esa tashqi a'zolar deformatsiyalanib infantilizm belgilari tariqasida ko'rinadi. Bundan tashqari, fistulografik rentgen usuli yordamida va oqmaga metal kateter yuborib oraliq sohadan kateterni paypaslab, taxminan oqma qayerga oqganligini chuqurroq aniqlash mumkin.

**Davosi.** Rektovestibulyar oqmani bartaraf qilishda oraliq proktoplastika (Stoun, Benson va Penya) usullari bilan oqma bartaraf qilinib, ichak o'z joyiga tushiriladi va anus shakllantiriladi.

Bolalarda ichak oqmalarining tug'ma siydik chiqarish organlariga (siydik pufagi va siydik chiqarish kanali) ochilishi kam uchraydi, ularning asosiy klinik belgilari siyish vaqtida siydik pufagi bilan aloqador bo'lsa, siyish jarayonida siydik doim axlat bilan aralashgan holda chiqadi (ba'zan oxirida gaz chiqishi mumkin)

**Oqma uretraga ochilgan bo'lsa,** dastlab axlat aralashgan siydik paydo bo'lib, keyinchalik toza siydik chiqadi. Gaz uretra orqali ba'zan siyish jarayoni bo'lmaganda ham chiqishi mumkin.

**Tashxisi.** Bu xil patologiyalar kechimi ancha qiyinroq bo'lib, ko'pincha juda ingichka oqma yo'li ba'zi bir xolatlarda (axlat tiqilganda yoki shilliqlar bilan to'lganda) klinik belgisiz kechishi mumkin. Shuning uchun bunday nuqsonlarni aniqlashda qo'shimcha tekshirish usullaridan foydalanish zarur.

Chaqaloqlarni Vangenstin-Kakovich usuli bilan rentgen qilganimizda gaz ichak va siydik pufagi sohalarida aniqlanadi. Uretraning oqmasi keng bo'lsa, kateterizatsiya qilganda kateter to'g'ri ichakka oqma orqali tushadi. Bundan tashqari, uretrotsistografiya usulini qo'llash tashxis qo'yishda katta o'rin turadi.

**Davosi.** Agar oqma siydik pufagiga ochilgan bo'lsa, vaqtinchalik sigmastoma yoki radikal operatsiya (qorin-oraliq proktoplastikasi) qilinib oqma bartaraf qilinadi va ichak oraliq sohaga tushirilib orqa chiqaruv teshigi hosil qilinadi. Oqma agar uretraga ochilgan bo'lsa, bunda oraliq proktoplastika operatsiyasi qilinib, atreziya bartaraf etiladi, ichak oraliq sohaga tushirilib, anus hosil qilinadi.

**Oqmaning oraliq sohasiga ochilishi o'g'il va qiz bolalar o'rtasida bir xil uchraydi.** Bunda oqmaning tashqi teshigi oraliq sohaga ochilib, undan axlat oz miqdorda chiqib turadi. Bunda tashxis qo'yish qiyin bo'lmaydi, ya'ni oqma teshigi orqali metal kateter suqib oqmaning yo'li bemalol aniqlanadi. Bunday xollarda albatta oqmaning bu turini anus ektopiyasidan farq qilish alohida o'rin tutadi

**Davosi.** Oraliq proktoplastikasi bilan oqma bartaraf etiladi, anus hosil qilinadi (Solomon - Lyonyushkin usuli).

**Atreziyaning kloakal formasi.** Bu og'ir atreziyaning bir turi bo'lib, bunda urogenital sinus, oqma orqali atreziyalangan to'g'ri ichak bilan qo'shiladi. Bunday chaqaloqda anus bo'lmaydi. Jinsiy organidan siydik va axlat chiqib turadi, ya'ni kloaka vazifasini bajaradi. Bunday nuqsonning bir necha anatomik turi farq qilinadi. Bular asosan rentgenologik, kontrast eritmalar bilan tekshirish hisobiga aniqlanadi.

**Davosi.** Laparoskopiya qilinib, ichki jinsiy organlardan biopsiya olinadi, jinsiy xromosomalar aniqlanib, bolaning jinsi aniqlanganidan keyin, bir necha plastik oraliq operatsiyalar bilan yetishmagan organlar anatomik shakli tiklanib, normal xolga keltiriladi.

**Orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichakning tug'ma torayishi.** Tug'ma nuqsonlar ichida bu tug'ma torayish 10-15% ni tashkil etadi. Bu orqa chiqaruv teshigi soxasida, to'g'ri ichak sohasida alohida bo'lib uchraydi. Torayishi membrana shaklida teridan yoki shilliq pardadan, ba'zan esa qattiq fibroz xalqadan



iborat bo'lib, bir necha mm dan 2-4 sm gacha bo'ladi.

**Klinikasi.** Chaqaloq tug'ilgandan keyin tug'ma torayishi juda qisqa bo'lsa, dastlab aniqlash qiyin bo'ladi, chunki bunda kasallikning aniq belgilari yaqqol bo'lmaydi. Agar torayishi ma'lum bir masofada rivojlangan bo'lsa, birinchi kundan boshlab torayish hisobiga chaqaloq bezovtalanib, qiynalib lentasimon shaklda axlat chiqaradi (defekatsiya), chaqaloq ulg'ayib qo'shimcha ovqatlanganidan keyin, bu ko'rinish yana avj olib, chaqaloqning ichi qotadi va chaqaloq qiynalib defekatsiya sodir qiladi. Bu ko'rinish katta yoshdagi bolalarda juda rivojlangan bo'lib, ikkilamchi megakolon kabi ichaklar kengayishiga olib keladi. Kasallikning diagnostikasi uncha qiyin bo'lmaydi. Tashxis asosan anamnez, bemorni ko'rish va barmoq bilan orqa chiqaruv teshigini tekshirish orqali qo'yiladi. Agar tor soha juda yuqorida bo'lsa, rektoromonoskop bilan juda aniq ko'rinadi. Bundan tashqari irrigografiya orqali torayish sohasining qancha chuqurlikda joylashganligini va uzunligini aniqlash mumkin.

**Differentsial tashxisi.** Oraliq oqmasi, presakral kista, teratoma va Girshprung kasalligi bilan qilinadi.

**Davosi.** Dastlab buj bilan ichak kengaytiriladi. Agar 1-1,5 oyda bu tadbir foyda bermasa, operativ yo'l orqali kengaytiriladi. Operatsiyani tanlash, torayish joyiga va xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Ichakning tor joyi yumshoq va keng bo'lmasa operativ yo'l bilan avvalo uzunasiga kesilib, keyin ko'ndalangiga tikiladi. Ichakning tor qismi 2,5 sm gacha bo'lsa, aylanasiga kesilib, sfinkterlarga jaroxat yetkazilmasdan oraliq proktoplastikasi qilinadi, maksimal, tor joy pastga tushirilib kesib tashlanadi va ichak devori teriga tikiladi.

Agar tor zona anus va to'g'ri ichak sohasida bo'lsa kombinatsiyalangan (parakoktsegeal - oraliq) proktoplastika bajariladi. Tor joy 3-4 sm chuqurlikda bo'lsa, Soave usuli bo'yicha qorin-oraliq proktoplastikasi qilinadi.

#### **Sariqlik to'li va urachusning rivojlanish nuqsonlari**

**Sarikliq yo'll (Ductus omphaloentericus) va siydik yo'li (Ductus urachus)** ning obliteratsiya jarayoni buzilishi natijasida kindik oqmasi va kistasi hosil bo'ladi.

Embrional davr rivojlanishining birinchi haftalarida sariqlik yo'li ichak va sariqlik qopiga bog'liq bo'ladi, siydik yo'li (d. urachus) esa allantois bo'shlig'ini kloaka bilan birlashtirib turadi, bo'lingandan keyin esa siydik-tanosil sinusi bilan bog'lanib turadi.

Oltinchi-sakkizinchi xaftadan xomila paytida yo'llarning qayta rivojlanishi kuzatiladi: sariqlik yo'li butunlay atrofiyaga uchrab, ichak bilan kindik urtasidagi bog'liklik yo'qoladi, Siydik yo'li distal qismidan obliteratsiyaga uchraydi, proksimal qismi esa siydik pufagi hosil bo'lishida qatnashadi. Shu bilan birga

bolada siydik yo'li o'rnida kindik bilan siydik pufagini birlashtirib turuvchi biriktiruvchi to'qimali boylam bo'ladi (B. M. Petten, 1959). Shu yo'llarning obliteratediyaga uchrumasligi natijasida to'liq va notuliq oqmalar, enterogen hamda siydik-tanosil kistalari hosil bo'ladi.

**Kindikning to'liq oqmasi.** Kindik tubida och qizg'ish rangli shilliq parda xaltasini ko'rish mumkin. Markazida har xil diametrli oqma yo'li, ya'ni nuqtasimon oqmalar borlig'i sababli tug'machali zondni kiritish ham qiyin bo'ladi. Katta diametrli oqmalar ko'proq sariqlik yo'li bitmay qolishi tufayli bo'lib, bunda oqmadan ichak tarkibi ajraladi, ba'zida ingichka ichakning shilliq pardasini ko'rish mumkin. Kuchangan paytda ichak invaginatsiyasi paydo bo'ladi, shunda tashqariga chiqqan shilliq parda ikki o'zak ko'rinishida bo'ladi. Oqma yo'li orqali invaginatsiya bo'lgan ichak qovuzlog'i kindik xalqasida qisilib qolishi mumkin. Shilliq parda ko'karib, qon bilan ta'minlanishi buzilib, oson qonaydi.

Invaginatsiya ichak tutilishi ko'rinishida o'tadi. Siydik yo'li to'liq oqmasida siydik tomchilab oqadi, kuchanganda esa tez oqadi. Ichak va siydik yo'li oqmasi tor bo'lib, ajralmasi noma'lum bo'lsa, differentsatsiyalash qiyin bo'ladi. Oqmaning qandayligini fistulografiya yo'li bilan aniqlash mumkin. Buning uchun oqмага yoki qovuzloqqa metilen ko'ki eritmasidan yuboriladi va siydik rangining o'zgarishi kuzatiladi. Rentgenogrammada oqma yo'lini ko'rish uchun uni kateterizatsiya qilish yoki kontrast modda (sergozin, urografin) yuborish mumkin. Bitmay qolgan uraxus borligiga shubha tug'lsa albatta sistografik usul ko'llaniladi va buning yordamida oqmaning diametri va uzunligi aniqlanadi. Bunda kindik oqmalari operativ yo'l bilan davolanadi.

To'liq oqmadan ko'p miqdorda ajralma chiqsa yoki invaginatsiyaga asoratlansa, bolaning yoshidan qattiy nazar operatsiya qilinadi. Tor oqmada bolaning ahvoli yaxshi bo'lib, kindik oqmasidan 3-4 hafta davomida siydik oqishi to'xtamasa, tezda operatsiya qilish lozim.

Umuman rejali operatsiya bola 6 oydan oshgandan keyin qilingani ma'qul. To'liq siydik yo'li kindik oqmasida esa operatsiya qilishga shoshilmaslik kerak. Kindikdan siydik oz miqdorda kelib tursa, uning o'zi bitib qolishi mumkin. (G. A. Bairov, 1968).

Agar qovuq bilan bog'liq bo'lgan oqma keng o'lchamli bo'lsa, siydik yo'llariga infektsiya tushmasligi uchun operatsiyani zudlik bilan qilish zarur.

Bitmay qolgan sariqlik yo'lida qorinning o'rta chizig'i bo'ylab laparotomiya qilinadi, oqma yo'lining hammasini ajratib ichakni ponasimon rezektsiya qilib, 3/4 qismiga anastomoz qo'yiladi.

Siydik yo'li operatsiyasida kindikdan qov sohasigacha kesiladi. Qovuq pardasigacha, qorin pardadan tashqari holda ajratib olinadi, oqma yo'li ketgut bilan

bog'lanadi va olib tashlanadi, qovuqning mushak qavati ketgut bilan tiqiladi. Kindikning ichki tomonidan ketgutli choklar qo'yiladi, kindikni aponevrozga tiqib, keyin esa teri tiqiladi.

**Kindikning notoliq oqmasi.** Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi va bunda kindik har doim nam bo'lib, kindikning tubida qizg'ish rangli shilliq parda ko'rinadi. Pintset bilan kindikni kengaytirib ko'rganda, bu oqmadan doimo shillik-yiringli sekret ajralib turadi. Oqma yo'lini, uning yo'nalishini aniqlash uchun tugmachali zond bilan sekin qarshilikka uchraguncha zondlash kerak. Odatdagidek oqma yo'li uzunligi 2-3 sm dan oshmasligi lozim. Agar oqma yo'li qov yo'nalishida bo'lsa, bunda uraxusning noto'liq oqmasi to'g'risida o'ylash mumkin. Zond oqma orqali qorin bo'shligi yo'nalishida chuqur kirsada bunda bitmagan sariqlik yo'li borligi aniqlanadi.

Oqmaning yo'nalishi va qandayligi fistulografiya yordamida aniqlanadi. Bu usulda oqma yo'lining to'liqligi va kista bo'shlig'i bilan aloqadorligini aniqlash mumkin. Ba'zan noto'liq oqmani zamburug'simon granulyatsiya o'sib ketgan kindik bilan differentsiatsiya qilishga to'g'ri keladi. Bunda kindik oqmasini yaqqol aniqlash qiyinroq bo'lib, ya'ni kindik yarasi lyapis bilan kuydirilganda 1-2 hafta mobaynida yara bitib qoladi, oqma bo'lganda esa bitmaydi.

Noto'liq oqmalarni chaqaloqliq davrida konservativ yo'l bilan davolash kerak. E.A. Suslaynikovaning ma'lumotlariga ko'ra, kindikdan chiqayotgan sekret doimo tozalanib va bola tez-tez cho'miltirib turilsa, oqma yo'li o'zi obliteratsiyaga uchrashi mumkin. Obliteratsiya jarayoni tezlashishi uchun oqmaning ichiga kuydiruvchi yoki dezinfektsiyalovchi moddalar yuborib turiladi. Tumtoq ignani oqмага kiritib, 5% li yod eritmasi yoki 10% li kumush nitrat (0,5 ml gacha) 7-10 kunda 1 marta yuboriladi. (A. I. Lyonyushkin, M. Ya. Lixten, 1967). Bu muolaja takrorlanishi mumkin. Buning natijasida oqma sekinlik bilan bekiladi. Oqmadan shilliq-yiring ajralishining kamayishi jarayon yaxshi kechayotganini bildiradi. Agar 6 oylik konservativ davo yordam bermasa, operativ usulni qo'llash kerak. Operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, bunda qorin bo'shlig'i ochilmasdan, oqma uzunasi bo'ylab ajratilib, kindikning tuynuk hosil qiluvchi to'qimalari bilan birga olib tashlanadi, keyin jarohatning ichki qismi ketgut bilan tikiladi. Sariqlik yo'li va uraxus kistasi. Bu buzilishlar sariqlik yo'li va siydik yo'li to'lik obliteratsiyaga uchramasligi natijasida paydo bo'ladi, bu kindik oqmasiga nisbatan kam uchraydi. Uraxus kistasi asosan qorin devorida kindik bilan qov o'rtasida joylashadi. Sariqlik yo'li kistasi (enterokistoma) esa qorin bo'shlig'ida joylashib, kamdan-kam xollarda kindik sohasida bo'ladi. Kista sekin-asta suyuqlik bilan to'ladi va infeksiyalanib, oxirida yorilib ketadi. Kasallik manzarasi hosil bo'luvchi asoratlarga bog'liq bo'ladi. Umumiy simptomlar: qorinning pastki yarmida og'riq,

tana harorati ko'tarilishi, yallig'lanish paytida intoksikatsiya alomatlari kuzatiladi. Kindik yaqinida qorinning o'ng yarmida palpatsiya qilib ko'rilganda shish borlig'i aniqlanadi, bu shish qorin devoriga tegib turadi. Uraxus kistasida qorin devorida kindik bilan qov o'rtasida og'riqli infiltrat borligi aniqlanadi. Kindik oqmasi bo'lganda, bola kuchanganda yoki palpatsiya qilganda undan ajralma chiqadi. Bu faqat xirurgik yo'l bilan davolanadi.

**Enterokistoma** operatsiyasida qorin bo'shlig'i ochilib, kista tashqi pardasi ochilmasdan olib tashlanadi. Uraxus kistasida esa qorin bo'shligi ochilmasdan qorin devori to'qimasidan ajratib olinadi.

Sariqlik yo'li tug'ma nuqsonlari. Uraxus kistasi absstessga aylanib, atrofidagi to'qima infiltratsiyalansa, bunda absstess ochilib drenaj qo'yiladi. 3-5 oydan keyin yallig'lanish jarayoni tugagach, radikal operatsiya qilinadi, ya'ni kista va uning pardasi olib tashlanadi.

**Mekkel divertikuli.** 1809 yilda nemis anatomi J. F. Meccell birikchi bo'lib ingichka ichak divertikuli va uning sariq tizmasi bilan bog'liqlig'ini o'rgangan va aniqlagan (3-rasm).



3-rasm. Mekkel divertikuli

1904 yilga kelib M. I. Rostovtsev 634 taga yaqin bemorda divertikul kasallig'ini aniqlagan, ular orasida ichak tutilishi va Litte churralari bo'lgan.

Mekkel divertikuliti yonbosh ichakning tutqichiga qarama-qarsha tomonga do'mbayib chiqishi bilan ifodalanadi. Divertikulning ichak tutqichi qirrasiga, hatto tutqich ichida joylashgan hollari ham kuzatilgan.

Divertikul bilan Baugin to'sig'i orasidagi masofa 10 sm dan 90 sm gacha bo'ladi (N. Ya.kush, 1961). Bola qanchalik kichik bo'lsa, bu masofa ham shunchalik kichikdir. Divertikulning uzunligi ham har xil bilinib turadigan do'mboqlikdan 11-15 sm ga, diametri esa 0,5 dan 15 sm gacha bo'lishi mumkin (M. I. Rostovtsev, 1907). Divertikul ba'zan chuvalchangsimon o'simtani yoki asosi keng bo'lib ichakka yopishgan konusni eslatadi. Divertikul ichakdan chiqib erkin yotishi ham mumkin, ba'zan sariq tizmasiga qo'shilgancha kindikka yopishib turadi, bu esa ichak tutilishiga olib keladi. Ba'zan bu keng ichak bo'shlig'iga aloqador yo'l bilan tugaydi. Divertikulning boshlanish qismida ichakning shilliq qavatidan burmalar hosil bo'lgan bo'lsa, ichak luqmasining divertikulga kirib to'xtab qolishi oson bo'ladi, ichak luqmasi bilan birgalikda har xil yot jismlar va

viruslar kirib, divertikulit, ya'ni divertikulning yalliglanishiga olib keladi. Mekkel divertikuliti kasalligining eng qulay tasnifi quyidagidir.

**I. Divertikulit:**

1. Surunkali

2. O'tkir.

a) kataral.

b) flegmonozli,

v) gangrenozli.

P. Ichak tutilishi:

1. Strangulyatsiya.

2. Invaginatsiya.

3. Churrada siqilishi.

Sh. Peptik yara.

**II :**

1. Xavfsiz.

2. Xavfli.

Divertikul ba'zan sezilmasligi yoki aksincha qorin sohasida qilingan xirurgik muolajalarda to'satdan aniqlanishi mumkin (masalan, chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yalliglanishi bilan ogrigan bemor operatsiya qilinganda). O'tkir divertikulit nisbatan kam uchraydi. Divertikul yalliglanishiga ichki infeksiya yoki yot jism ta'sirida divertikul devorining teshilishi sabab bo'ladi. Ko'p mualliflarning ko'rsatishicha, o'tkir divertikulit o'tkir appenditsitga nisbatan kam uchraydi. Bunga sabab esa uning ichak bilan keng aloqasi, divertikul devorida limfoid to'qimalarning va Gerlax so'rg'ichlarining yo'qligi va ko'pincha uning devorida anomal holda oshqozon osti bezi qoldig'i borligidir. Divertikul mushaklarining kam rivojlanganligi, qon bilan yetarlicha ta'minlanmasligi va qoldik bezdan ajralib chiqadigan fermentlar hisobiga doimo divertikul devorida og'ir eroziv yallig'lanishga va ba'zan profuz qon ketishga sabab bo'ladi. (Borisov A. B., 1961, Bairov GA., 1962). A.B. Babayan va G. P. Sosnin (1967) fikriga qaraganda divertikuldagi yallig'lanish, qorin pardaga tarqalib ikkilamchi o'tkir appenditsitni paydo qilishi mumkin.

Operatsiyagacha bo'lgan davrda divertikulit tashxisini aniqlash qiyin bo'lib, bu kasallik (divertikul, chuvalchangsimon o'simtaga anatomik jihatdan yaqin joylashganligi sababli) ko'pincha o'tkir appenditsit kasalligining klinikasini eslatadi.

Divertikulit o'tkir boshlanib, qorin sohasining hamma qismida og'riq paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi, bemor qusa boshlaydi. Paypaslab ko'rilganda

qorin sohasining hamma qismi, kindik o'ng yonbosh sohasi va qorinning pastki qismlarida og'riq seziladi.

Qorin parda yallig'lanishi belgilari ham aniq bir chegaraga ega emas. Bemorning tomir urishi tezlashadi, qonda leykotsitlar miqdori ko'payadi. Kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, 50% bemor kasalxonaga, peritonit, ya'ni qorinparda yallig'lanishi tashxisi bilan yotqiziladi.

Divertikulitni o'tkir appenditsitdan farqlash qiyin. Bunday hollarda Volkovich-Dyakonov usuli bilan kesma qilinsa, divertikulni ham chuvalchangsimon o'simtani ham olib tashlash mumkin. Agar qorin bo'shligi ochilib chuvalchangsimon o'simtada o'zgarish ko'rinmasa, divertikulitni aniqlash uchun yonbosh ichakning terminal qismini ko'zdan kechirish shart. Bunda boshqa turdagi og'ir xatolar va asoratlarning oldini olish mumkin.

Qorin og'rig'i bilan tushgan bemorning kindik sohasida og'riq saqlanib turishi unda divertikul borligini bildiradi.

Divertikulning surunkali yallirlanishi kamdan-kam uchraydigan hol. Mekkel divertikuli keltirib chiqaradigan ichak tutilishi ikki guruhga bo'linadi: 1) divertikulning ichakka yoki qorin bo'shlig'ining u yoki bu qismiga yopishishi natijasida va 2) divertikulning erkin yotishidagi ichak tutilishi.

Mekkel divertikulining asoratlari.

Birinchi guruhga yopishgan divertikul atrofida ichakning o'ralib kirilishi natijasida kelib chikadigan - strangulyatsiya; ikkinchi guruhga esa invaginatsiya yoki ichakning churrada siqilishi kiradi. Ichak tutilishiga divertikulning tuzilishi ham sabab bo'ladi. Divertikulning asosi keng va o'zi kalta bo'lsa, invaginatsiyaga olib keladi, asosi qisqa, o'zi uzun bo'lsa strangulyatsiyaga olib keladi. Ichak tutilishining strangulyatsiyali turida kasallik o'tkir boshlanadi, qorinda kuchli o'qtin-o'qtin og'riq, bemorning reflektor qusishi, najas kelmasligi, kasallik boshlanganidan bir necha soat keyin qorin shishi, ichak peristaltikasining kuchayishi kuzatiladi. Invaginatsiyada esa bemorning najasida qon paydo bo'ladi. Rentgen belgilar pastki ichak tutilishi belgilariga mos kelib, o'ng yonbosh sohasida tutilish belgilari: invaginat yoki Kloyber kosachalari ko'rinadi. Ba'zi hollarda divertikulit va ichak tutilish belgilari qo'shaloq keladi. Bunday hollarda ichak tutilishi belgilariga, qorin parda yallig'lanishi belgilari ham qo'shiladi va bemorning ahvoli tezda yomonlasha borib, tana harorati ko'tariladi, qon tahlillari salbiy jihatdan o'zgaradi. Mekkel divertikuli bir yoshdan oshgan bolalarda ko'pincha invaginatsiyaga sabab bo'ladi. Peptik yara va ichakdan qon ketishi asoratlarning kelib chiqishida Mekkel divertikuli ichak tutilishidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Yaraning hosil bo'lishiga divertikulning qon bilan yomon ta'minlanishi va bosh arteriya biror bir shoxchasining trombozi ham sabab bo'lishi

mumkin. Peptik yaradan qon ketish esa bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq uchraydi. Qon ketish ko'p miqdorda yoki to'xtab-to'xtab bo'lib, bunda dizenteriyadan farqli o'laroq najas bilan aralashmagan holda chiqadi. Qon ketishi bolaning o'ta sog'lom davriga to'g'ri kelishi mumkin, ba'zan esa oqib chiqayotgan qon ichak shilliq qavatini qitiqlab og'riq paydo qilishi mumkin. Qon tekshirib ko'rilganda gemoglobin miqdori kamayib bemorning rangi oqarganligi va taxikardiya aniqlanadi.

Bunday hollarda ektopiyani aniqlash maqsadida bolaning ahvoli yaxshi bo'lsa, radioizotop usuli qo'llanadi. Mekkel divertikulining juda kam uchraydigan patologiyasi Littre churrasi bo'lib, undan yumshoq bo'lib, unda yallig'lanish belgilari sezilmaydi. To'g'ri ichakda qon to'planib qoladi. Ichak polipida ham qon ketish kuzatiladi, lekin qon najasdan keyin keladi va aralashmagan bo'ladi. Ichakdan qon ketishi bilan davom etadigan kapillyarotoksikozlarda qorin sohasida kuchli og'riq bilan birga terida toshmalar yuzaga keladi. Divertikulitda kuzatilganidek, qon ketishi ingichka ichak ektopiyasida ham bo'ladi va u bir-biriga juda o'xshash belgilar bilan kechadi.

Divertikulning churra xaltasiga tushib qolish hollari kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'pincha o'ng tomonlama siqilgan chov churrasiga tushib qolishi ham mumkin. Bolalarda bu turdagi asoratli kasalliklar juda kam uchraydi.

**Davosi.** Mekkel divertikuli kasalligining davosi xirurgik yo'l bilan kesib olib tashlashdir. Ko'p mualliflarning fikricha (E.I.Popp, 1948 A.T.Zemlyanoy, 1959) divertikul aniqlangan zahotiyoq olib tashlanishi kerak. Boshqa mualliflar esa, aksincha qorin sohasida boshqa kasallik bo'lib, divertikul devorida o'zgarish bo'lmasa, uni olib tashlash mutlaqo mumkin emas deb hisoblaydilar. Peptik yaradan qon ketishning konservativ yo'l bilan to'xtatishning iloji bo'lmaganda divertikulni olib tashlash kerak.

Kesib tashlash usuli divertikul asosining keng-qisqaligiga qarab tanlanadi, agar asosi keng bo'lsa, ponasimon shaklda kesilib, ichak devoriga ko'ndalang qilib ikki qator chok qo'yiladi. Agar aksincha, divertikulning asosi qisqa bo'lsa, appendektomiyadagi singari kisetli chokka cho'ktirish yo'li bilan divertikulni olib tashlash mumkin. Operatsiyadan keyingi asoratlardan biri, qo'yilgan choklarning so'kilishi hisobiga peritonitning kelib chiqishidir.

### **Hazm bo'shlig'i a'zolarining ikkilanishi**

Ovqat hazm qilish bo'shliq organlarining juftlanishi deb, ichak devorining noto'g'ri shakllanishi natijasida ikkilangan kovakli ichak paydo bo'lishi bilan kechadigan tug'ma nuqsonga aytiladi. Juftlanishning kelib chiqishi embrional xayotning birinchi oylariga mos keladi. Juftlanishning paydo bo'lishi ichak naychasi shilliq qavatining shakllanishi va rekanalizatsiyasining buzilishi bilan

bog'liq. Bu tug'ma nuqson quyidagi nomlar bilan ataladi: ovqat hazm qilish naychasining juftlanishi, duplikatura, enterokista, enterokistoma, gigant divertikul va boshqalar. Bu nomlarning ko'pligi juftlanishning anatomik turlari ko'pligi bilan bog'liq. U kichik kistasimon shaklidan to qizilo'ngach, me'da, o'n ikki barmoq ichak va boshqalarning to'liq juftlanishini o'z ichiga oladi. Ingichka ichakning juftlanishi eng ko'p uchraydi va 60% ni tashkil qiladi. Ovqat hazm qilish organlarining juftlanishi tasnif bo'yicha quyidagi turlarga bo'linadi; kistoz, tubulyar va divertikulyar juftlanish. Tubulyar duplikaturalarning qorin bo'shligi sohasida, ba'zan undan tashqarida - qorin orti sohasi yoki ko'krak qafasida joylashgan hollari qayd etilgan. Ichak naychasining juftlashgan qismi ko'p xollarda chakning tutqich tomonida joylashib, umumiy qon ta'minotiga ega va ko'pincha asosiy ichak bilan puxta tutashgan bo'ladi.

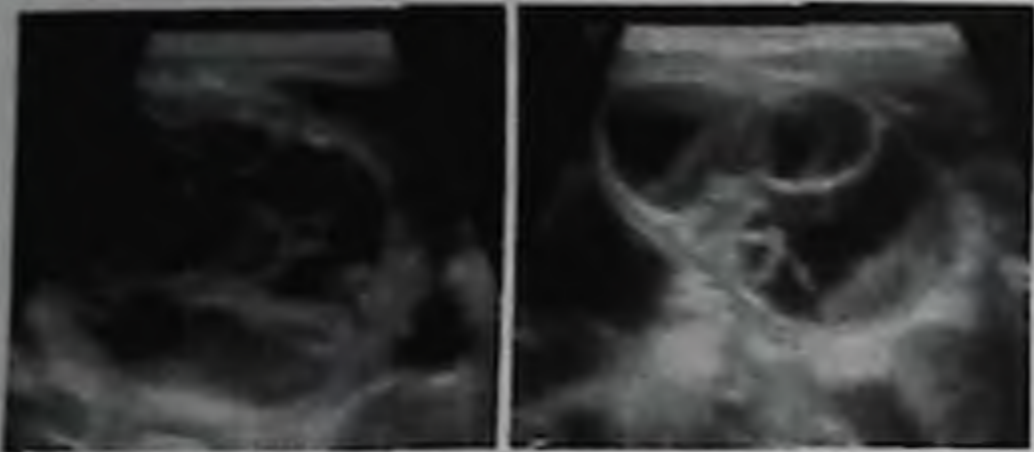
Gistologik tekshiruvlar duplikatura va asosiy ichak naychasi tuzilishining o'xshashligini ko'rsatadi. Ba'zan shilliq qavat distopiyasi kuzatiladi (masalan, ingichka ichak kistasida me'da shilliq qavati topiladi), bu esa ichakdan qon ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

**Klinikasi.** Juftlanishning belgilari uning joylanishi, shakli va o'lchamlariga bog'liq. Ko'pincha duplikatlar belgilarsiz kechadi va jarrohlik muolajasi davomida kutilmaganda topiladi. Lekin ba'zan (asosan shilliq qavat distopiyasida) duplikaturalar bexosdan ichakdan kuchli qon ketishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Juftlanishning kistoz turi (enterokistalar) goho juda kattalashib, qisman ichak tutilishi va ichak bo'shlig'ining to'liq yopilishi yoki tashqaridan siqilishiga olib keladi. Ba'zan kista atrofida ichaklar buralib qoladi va o'tkir strangulyatsion ichak tutilishining klinik manzarasi rivojlanadi. Xomiladorlik paytida enterokista atrofida ichaklar buralib qolishi ichaklarning ikkilamchi atreziyasiga olib kelishi mumkin. Ko'krak qafasiga kiruvchi divertikullarda disfagiya va atelektaz, bronxoektaz va nafas olishning boshqa buzilishlari kuzatiladi. Yo'g'on ichakning juftlanishi surunkali qabziyat bilan namoyon bo'ladi. Rektal tekshiruv paytida bemorlarda og'riqsiz, yumshoq elastik konsistentsiyali o'smasimon hosila paypaslanadi. Duplikaturalarning asoratlari ichakdan qon ketishidan tashqari, ichak invaginatsiyasi ham ma'lum bo'lib, bunday hollarda uni konservativ davolash foydasizdir.

**Tashxisi.** Ovqat hazm qilish kovak organlari juftlanishining diagnostikasi ko'p hollarda juda katta qiyinchiliklarga ega. Til osti kistasini boshqa etiologiyali kistalardan (ranula, limfangioma) faqat gistologik tekshiruvdan keyin farqlash mumkin. Ovqat hazm qilish organlarining pastki qismlari juftlanishida rentgenografiya tavsiya etiladi. Rentgenogrammalarni juda ehtiyotkorlik bilan qilish lozim. Bir tomondan, soxta juftlanish ko'rilsa, ikkinchi tomondan,



juftlashgan qism kontrast modda bilan to'lmay, ko'rinmay qolishi mumkin. Tushunarsiz xollarda diagnostik laparotomiya qilinadi (4-rasm). Enterokistalarni qorin bo'shligidagi kistoz hosilalardan farqlashga ichak devori va uning ichiki



4-rasm. Enterokistalar UTT tekshiruvi

qismini gistologik tekshirish yordam beradi. Ichak juftlashishida «kista» devori ichak naychasiga xos tuzilishda va uning ichida hazm qilish bezlarining sekretini bo'ladi.

**Davosi.** Ovqat hazm qilish naychasining juftlashishi faqat xirurgik yo'l bilan davolanadi.

Enterokistani shilib ajratib olish qiyinligi tufayli ovqat hazm qilish kovak organining juftlashgan qismi rezektsiyasi keng qo'llanadi. Agar rezektsiyani bajarib bo'lmasa (o'n ikki barmoq ichakning juftlashishi), quyidagilardan biri bajariladi: asosiy va qo'shimcha ichak (juftlashgan ichak) anastomozi, devori bilan shilliq qavatini qisman olib tashlash, ba'zan marsupializatsiya qilish va x.k. Ko'krak qafasiga kiruvchi ichak divertikullarida xirurgik muolaja ko'pincha ikki bosqichda bajariladi: avval torakotomiya qilib divertikul olib tashlanadi va qolgan qismni ikki qator chok bilan tiqiladi, so'ngra 1-1,5 xaftadan keyin laparotomiya qilinib, qolgan divertikul rezektsiya qilinadi.

**Prognoz.** O'z vaqtida tashxis turi jarrohlik usuli qo'llanilsa prognoz yaxshi bo'ladi.

### Qorin bo'shlig'ining kistoz hosilalari

Qorin bo'shlig'i kistalari kelib chiqishi, anatomik tuzilishi va joylashishi turlicha bo'lgan hosilalarni birlashtiruvchi tushuncha (5-rasm). Kistalar haqiqiy va soxta, atravmatik, parazitar va boshqa turlarga farqlanadi.

Charvi kistalari - limfa to'qimasining distopiyasi yoki limfa yo'llarining tiqilib qolishi natijasida hosil bo'lib, charvi varaqlari orasida joylashadi. Ular yupqa devorli, bo'lmali tuzilishga ega bo'lib, seroz suyuqlik bilan to'lgan. Bu kistalar o'lchami turlicha, ba'zan juda katta bo'ladi. Klinik ko'rinishi kistaning o'lchamiga bog'liq. Kichik kistalar boshqa sabab bilan bajarilgan xirurgik muolaja vaqtida tasodifan topiladi. Katta kistalar qo'shni a'zolarni yopib, ba'zan qisman ichak tutilishini keltirib chiqaradi. Charvi kistasi bo'lgan bemorlarda qorin aylanasiining asta-sekin kattalashishi kuzatiladi. Ko'pincha qorin oldi devoriga yaqin joylashgan, harakatchan (sirpanuvchi) o'sma paypaslanadi. Qorinni paypaslash og'riqsiz. Rentgenologik tekshiruv vaqtida qorin old devoriga yaqin joylashib, ichak

qovuzloqlarini orqaga so'ruvchi o'smasimon hosilani ko'rish mumkin. Ichak tutqichi kistalari odatda limfa tuqimasining distopiyasi natijasida kelib chiqib, ichak tutqichining istalgan qismida joylashadi. Ular ichak tutqich varaqlari orasida joylashib ichak devori bilan bog'liq emas. Ichak tutqichi kistalari ichida odatda seroz suyuqlik bo'lib, ularning yuqori joylashgan hollarida o't suyuqligi bo'lishi mumkin.

Kasallikning ilk belgilaridan biri - qorin aylanasiining asta-sekin kattalashishi bo'lib, u bolani bezovta qilmaydi. Kista kattalashgani sari o'qtin-o'qtin qusish va og'riq paydo bo'ladi. Agar kista buralib qolsa, bolaning ahvoli battar og'irlashadi, og'riq kuchayadi, bola ko'p qayt qiladi.



5-rasm. Qorin bo'shlig'ining kistoz hosilalari

Ichak tutqichi kistalariga hosilaning o'ta sirpanuvchanligi xosdir. «O'sma» qorin bo'shlig'ida bemalol sirpanadi, aniq chegaraga va tekis konturga ega. Ingichka ichak tutqichi kistalari juda ham sirpanuvchan. Katta ichak tutqich kistalarida ko'pincha asoratlar (kista oyog'i atrofida burilish, ichak tutilishi, yiringlash va boshqa..) kuzatiladi. Bunday hollarda bemor qorin bo'shlig'i xastaligi bilan jarrohlik kasalxonasiga yotqiziladi.

Enterokista - ichak juftlashishi (duplikaturasi) nomi bilan ataladigan kasallik. U ichak kovak a'zolari to'g'ri rivojlanmasdan ortiqcha o'sib ketishi, mushaklararo retentsion kista hosil bo'lishi (60%) natijasida enterokistalar ingichka ichakda joylashishidan kelib chiqadi.

Klinik belgilari enterokista ichida yallig'lanish bo'lganda namoyon bo'ladi. Bunda bola o'zini noxush his qiladi va og'riq paydo bo'ladi, qisman yoki to'liq ichak tutilishi kuzatiladi. Enterokistaning eroziyalangan shilliq qavatidan qon ketishi yoki devori teshilib, peritonit rivojlanishi mumkin.

### GIRSHPRUNG KASALLIGI

Bolalarda ko'p uchrab turadi. O'gil bolalar qiz bolalarga qaraganda 4 - 5 marta ko'p og'riydi. Nasldan naslga o'tish xavfi 3,5 % tashkil qiladi. Bu kasallik asosan intramural nerv to'qimalarining tug'ma yo'qligi va yetishmovchiligi yoki anomal ko'rinishi natijasida nerv-reflektor yoyida impuls o'tkazishiga olib kelib, ichakning o'sha sohalari ishlamasligiga va mushak shilliq parda osti va shilliq

17 axborot-resurs markazi

94796p

qavatlarining ikkilamchi o'zgarishiga olib keladi (6-rasm). Shunday qilib, Girshprung kasalligida avtonom nerv tugunlari yo'g'on ichak devorida yetishmovchiligi yoki bo'lmasligi sababli najas ichakning tor qismida to'planib, ichakning yuqori qismi kengayishi va ichak devorining kompensator qalinlashish belgilari bemorda turlicha namoyon bo'ladi va ichak tutilishiga olib keladi.

**Klinika va tashxisi.** Girshprung kasalligining eng asosiy va birinchi klinik ko'rinishi ich qotish, qabziyatdir. Bu simptom chaqaloqlarda ko'p rivojlangan



6-rasm. Girshprung kasalligi

bo'ladi. Qisqa aganglionar segment bo'lsa, mekoniy, keyinchalik axlat o'tmaslik chaqaloqlarda 1 - 3 kungacha davom etadi va xuqnadan keyin yengillik bilan ich keladi. Katta yoshdagi bolalarda esa ich qotish alomati o'zgarib turib, u kunlik parvarishga, parxezga va konservativ davolash usullariga bog'liq bo'ladi. Ba'zi xolatlarda ich qotish 3 - 7 kun davom etishi mumkin. Konservativ usullar hamma vaqt ham ichakning to'liq tuzalishiga yordam beravermaydi. Ko'pincha bu holat ichakda axlatning qattiqlashishiga va keyinchalik

“axlat tosh”larning paydo bo'lishiga olib keladi. Girshprung kasalligining asosiy ikkinchi klinik belgisi, bu meteorizm, ya'ni qorinning dam bo'lishidir. Bunda axlat va gazlarning surunkali to'xtab qolishi natijasida yo'g'on ichakning yuqori sohasi kattalashib bu tashqaridan, qorin konfiguratsiyasining kattalashishiga olib keladi. Kattalashgan yo'g'on ichakning qorin bo'shlig'ida u yoki bu tomonga surilishi qorin devorining assimetrik ko'rinishiga olib keladi. Paypaslaganda shishgan joyda ichak ba'zan axlat bilan to'lgan bo'lsa qattiqroq, ba'zan xamirsimon, ya'ni barmoq bilan bosganda qorin devorida iz qolish kuzatiladi. Ich qotish, kuchli intoksikatsiya va ich tutilishi bemorda qusish alomatini paydo qiladi. Klinik belgilarning kechishi uch darajaga bo'linadi, kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya.

**Tashxisi.** Tashxis asosan anamnez, barmoq bilan to'g'ri ichakni tekshirish, rentgenologik, funktsional va gistokimyoviy tekshirishlar asosida qo'yiladi. Rentgenologik tekshirishda sigmasimon ichakning toraygan qismining kengaygan qismiga o'tishi yaqqol ko'rinadi.

**Differentsial tashxis.** Bu kasallikni mekoniy probkasi yoki ichak tutilishi, yo'g'on ichak yoki orqa chiqaruv teshigi stenozi, disbakterioz, megakolon va boshqa kasalliklar bilan differentsial diagnostika qilinadi.

**Davosi.** Konservativ davolash usullari. Ich yurishini yaxshilaydigan parhez taomlar, gimnastika, DJT, tozalovchi va sifonli xuqnalar.

**Operativ davolash usullari.**

1. Polliativ operatsiya - kolostomiya.

2. Radikal operatsiya - Svenson-Isakov, Dyamel-Bairov, Soave-Lyonyushkin va Rebayn qorin-oraliq proktoplastik operatsiyalaridir.

Kolostoma Girshprung kasalligida quyidagi hollarda qo'yiladi:

1) dekompensatsiya bosqichida (o'tkir ichak tutilishi) agar konservativ tadbirlar yordam bermasa;

2) sifonli xuqna paytida shokka o'xshash reaksiya bo'lganda;

3) radikal operatsiyada, agar anastomozga ishonch bo'lmasa;

4) operatsiyadan keyin, agar anastomoz ochilib ketib, bemoroning ahvoli og'irlashganda.

5) Ko'p marta yo'g'on ichakda va oraliq sohasida radikal yoki plastik operatsiyalar qilinganda.

## O'Z-O'ZINI TEKSHIRISH UCHUN TESTLAR:

### 1. Bolalar chov churralarini vujudga keltiruvchi sabablar

- A. tashqi chov teshigining kengayishi
- B. qorin parda qin o'simtasining bekilmaganligi
- C. oldingi qorin devorini rivojlanmasligi
- D. nerv sistemasining moyilligi
- E. fizik (jismoniy) zo'riqish

### 2. Bolalarda chov churralari qaysi yoshdan boshlab operatsiya qilinadi

- A. chaqaloqlik davridan
- B. 6 oylikdan
- C. 1 yoshdan keyin
- D. 5 yoshdan so'ng
- E. 3 yoshdan keyin

### 3. Bolalarda chov churrasi operatsiyasidan maqsad nima

- A. chov xaltasi (qorin parda qin o'simtasini) olib tashlash
- B. chov xaltasini qorin bushlig'iga tug'rilash
- C. Chov kanalini mustaxkamlash
- D. chov kanali tashqi xalqasini toraytirish
- E. oldingi korin devorini mustaxkamlash

### 4. Varikotselli nima?

- A. tuxum xaltasining qizarishi va shish paydo bo'lishi
- B. Urug' yo'li venalarining torayishi
- C. moyak venalarining kengayishi
- D. tuxum xaltasining venalarining kengayishi
- E. Urug' yo'lidagi venalarning varikoz kengayishi

### 5. Girshprung kasalligining sababi?

- A. Yo'g'on ichak shilliq qavatida burmalarning borligi

- B. Yug'on ichak ma'lum qismida intramural nerv apparatning gistosrukturasining tug'ma o'zgarishi
- C. Uzun sigmasimon ichakning bukulishi
- D. Yo'g'on ichak mushak qavatining tug'ma rivojlanmasligi
- E. Yo'g'on ichakning tug'ma atoniyasi

**6. Quyidagilardan qaysi birida Girshprung kasalligining etiologik zvenosi joylashadi?**

- A. yonbosh ichak
- B. ingichka ichak
- C. oshqozonning pilorik qismi
- D. yo'g'on ichakning pastki qismi
- E. 12- barmoqli ichak

**7. Girshprung kasalligining asosiy rentgenodiagnostik usuli**

- A. kolonoskopiya
- B. ekskretor urografiya
- C. irrogografiya (kontrastli)
- D. retroplevmoperitonium
- E. qorinning obzor tasviri

**8. Vangensten usulida tekshirish qaysi kasallikda o'tkaziladi?**

- A. oqmal atreziyalarda
- B. Tug'ri ichak va anal teshigi atreziyasi
- C. Girshprung kasalligi
- D. retrovezikal oqmal atreziyada
- E. anal teshigi ektopiyasida

**9. Girshprung kasalligining rentgenologik ko'rinishi?**

- A. ichak devorining bir xilda kengayishi
- B. kontrast moddaning utmasligi
- C. kontrast moddaning yo'g'on ichakda bo'lmasligi
- D. ichak toraygan qismini sog'lom qismiga "voronka" shaklida o'tishi
- E. ichak devorining bir xilda torayishi

**10. To'g'ri ichak atreziyasida Vangensten usulida rentgen qilish qachon o'tkaziladi?**

- A. tug'ilgandan 18-24 soat keyin
- B. tug'ilgandan 15-16 soat keyin
- C. tug'ilgandan 4-6 soat keyin
- D. tug'ilgandan 2-4 soat keyin
- E. tug'ilgandan 2-soat keyin

**11. Yangi tug'ilgan chaqaloqda Girshprung kasalligining o'tkir formasi dekompensatsiya bosqichida nima qilish kerak?**

- A. ichakni buj yordamida kengaytirish
- B. konservativ davolash
- C. laparotomiya qilib oraliqqa ichakni tushurib tekish
- D. o'ng yonbosh tomonga kolostoma quyish
- E. Fole kateterini o'rnatish

**12. Bolalarda chov va chov-yorg'oq churralarining sababini ko'rsating?**

- A. chov kanalining oldingi xalqasimon kengayishi
- B. qorin parda vaginal o'simtasining bitmasligi
- C. og'ir fizik zo'riqish
- D. oldingi qorin devorining rivojlanmasligi
- E. chov kanali yallig'lanishi

**13. Qaysi simptom chov churasining belgisi emas?**

- A. diafanoskopiya simptomining musbatligi
- B. qorin bo'shlig'iga shishni to'g'rilaganda guldirish
- C. chov sohasida shishning paydo bo'lishi
- D. chov kanali tashqi xalqasining kengayishi
- E. "yo'tal zarbasi" simptomining musbatligi

**14. Chov churrasi operatsiyasidan maqsad?**

- A. chov xaltasini olib tashlash

- B. Urug' tizimchasini ajratish
- C. chov kanalini mustaxkamlash
- D. chov tashqi teshigini toraytirish
- E. oldingi qorin devorini mustaxkamlash

**15. Chov churralarini asoratlarini ko'rsating?**

- A. qisilish, ichak tutilishi, ichak nekrozi
- B. ichak tutilishi, qisilish, yorg'oqning shishi simptomi
- C. ichak nekrozi, ichak tutilishi, ergokning shish sindromi
- D. Girshprung kasalligi, yorgoqning shish sindromi
- E. qisilish ,ichak tutilishi, pnevmoniya



## ADABIYOTLAR.

1. Isakov Yu. F., Razumovskiy A. Yu. Bolalar xirurgiyasi: darslik / Y.F.Isakov, A.Yu Razumovskiy; AF Dronov // M.: GEOTAR-Media, 2015. - 2015. - B. 1008.
2. 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.
3. Lopatkin.N.A., Pugachev.A.G., "Pediatrik urologiya". 1986 yil, M.
4. Razin M. P. va boshqalar Pediatriya xirurgiyasi: darslik // Moskva: GEOTAR-Media - 2018. - S. 688.
5. Razumovskiy, A. Yu., Dronov, A. F. va Kobzyreva, T. N. (2016). Bolalar uchun jarrohlik. P.670. • Sulaymonov.A.S., Shamsiev.A.M., M.M.Aliev., "Bolalar jarrohligi". 2000, T.
6. Shamsiev.A.M., Atakulov.D.O., Lenyushkin.V.I., "Bolalikning jarrohlik kasalliklari", 2001, jild.
7. A. J. Xamraev, D.O. Atakulov "Bolalar kolorektal jarrohlik" 2015 yil. B
8. Bolalar jarrohligidagi asosiy klinik mavzularMax Pacht, Maykl N. De La Hunt, Girish Jawaheer. 2013 yil.
9. Bolalar jarrohligi tekshiruvlarida muvaffaqiyat qozonish, MCQs Brice Antao uchun 1A-jild to'liq manba. Maykl S Irish 2017.

Босишга рухсат берилди. 01.11.2023й. Қоғоз бичими 62/84 1/16.  
Босма тобоғи 2. Адади 50 нусха. буютма № 17  
“Тимофеева S.S.” ЯТТда чоп қилинди.  
Самарқанд ш. А.Жомий кўчаси 72 уй.

