

ATAKULOV J.O., YUSUPOV SH.A.  
RAXIMOV F.E., BAYMURADOV N.S.

## **BOLALAR XIRURGIYASI**

TIBBIY OLIY TA'LIM MUASSASALARI PEDIATRIYA  
FAKULTETI V KURS BAKALAVR TALABALARI  
MUSTAQIL ISHI UCHUN MO'LJALLANGAN

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
OLY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI  
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Atakulov Jamshed Ostanakulovich  
Yusupov Shuxrat Abdurasulovich  
Raximov Faxridin Eshmamatovich  
Baymuradov Nemat Sadirdenovich



**BOLALAR XIRURGIYASI  
TIBBIY OLIY TA'LIM MUASSASALARI PEDIATRIYA FAKULTETI V  
KURS BAKALAVR TALABALARI MUSTAQIL ISHI UCHUN  
MO'LJALLANGAN**

**O'QUV QO'LLANMA**

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

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

Pediatriya yo'nalishi -(5510200)



UO'K 617-053.2(075.8)

KBK 54.5ya73

B 83

Atakulov J.O., Yusupov Sh.A., Raxmimov F.E., N.S. Baymuradov

"Tibbiy oliy ta'lim muassasalari pediatriya fakulteti v kurs bakalavr talabalar mustaqil ishi uchun mo'ljallangan" [Matn]: O'quv qo'llanma / Atakulov J.O., Yusupov Sh.A., Raxmatov B.N., Boyjigitov N.I., Raximov F.E. – Toshkent: Samarqand 2022. - 348 b.

**Tuzuvchilar:**

- J.O. Atakulov* –Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1son bolalar xirurgiyasi kafedrasida professori, t. f. d.
- Sh.A. Yusupov* –Samarqand davlat tibbiyot universiteti, 1-son bolalar xirurgiyasi kafedra mudiri, t. f. d.
- F.E. Raximov* –Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1son bolalar xirurgiyasi kafedrasida katta o'qituvchisi.
- N.S. Baymuradov* –Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1son bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti, t. f. n.

**Taqrizchilar:**

- N.Sh.Ergashev* –Toshkent Pediatriya Tibbiyot Universiteti hospital bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri, professor, t.f.d.
- Yu.M. Axmedov* –Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti 2-son bolalar xirurgiyasi kafedrasida mudiri, professor, t.f.d.

*Har bir sohadagi bolalar shifokori (pediatr, bolalar jarrohi, bolalar asab kasalliklari shifokori va b.q.) o'z ish faoliyatida o'sib borayotgan yosh organizmning o'ziga xos anatomofiziologik xususiyatlarini inobatga olmog'i lozim. Shuning uchun ham, bolalar jarroxligi mutaxassisligining ajralib chiqishi bejiz emas. Bolalar jarrohligi kasalliklarini davolashda o'sayotgan yosh organizmning anatomo-fiziologik xususiyatlarini o'rganish bolalar jarrohi hamda anesteziologi uchun eng zarur hisoblanadi. Inson tug'ilganidan to 14—18 yoshgacha ma'lum bir o'ziga xos anatomofiziologik o'zgarishlarni bosib o'tadi.*

ISBN 978-9943-8265-9-5

© Atakulov J.O., Yusupov Sh.A., Raxmatov B.N.,  
Boyjigitov N.I., Raximov F.E.

© Samarqand\_2022y

## MUNDARIJA

<b>№</b>	<b>Mavzularning nomi</b>	<b>sahifasi</b>
	Kirish	5
1	O'pkaning tug'ma nuqsonlari	13
2	Qizilungach tug'ma nuqsonlari.	42
3	Diafragma churralari.	71
4	Oshqozon va 12- barmoql ichak yara kasalligi	100
5	Tug'ma va orttirilgan mexanik sariqlik	114
6	Bolalarda churralar va urug' tizimi kasalliklari.	156
7	Exinokokkoz kasalligi.	188
8	Yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanishi.	209
9	Qorin ortu bo'shlig'i a'zolari shikastlari.	235
	Adabiyotlar.	259

## Qisqartirilgan soʻzlar roʻyxati

AT	-	anti-refluks to'siq
TMI	-	talabning mustaqil ishi
UASH	-	umumiy amaliyot shifokori
KQVD	-	ko'krak qafasining voronkasimon deformatsiyasi
OIT	-	oshqozon-ichak trakti
GI	-	I.Gizitskiy indeksi
QQS	-	quyi qizilo'ngach sfinkteri
PG	-	Portal gipertenziya
UZI	-	Ultratovush tekshiruvi
EKG	-	elektrokardiografiya
ExoKG-	-	ekokardiyog'rafi
SWOT -	-	Strengths (kuchli tomon), Weakness (zaif tomon); Opportunities (imkoniyatlar); Threats (kasallikning bezovta qiluvchi tomonlari)

## **KIRISH**

### **UMUMIY NIZOM**

#### **TALABA MUSTAQIL ISHINING MAQSAD VA VAZIFALARI**

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi o'qituvchining raxbarligi va nazorati ostida talabada muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun zarur bo'lgan bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirishdir.

#### **TALABA MUSTAQIL ISHINING VAZIFALARI QUYIDAGILARDAN IBORAT:**

- yangi bilimlarni mustaqil tarzda puxta o'zlashtirish ko'nikmalariga ega bo'lish:

- kerakli ma'lumotlarni izlab topish qulay usullari va vositalarini aniqlash:

- axborot manbaalari va manzillaridan samarali foydalanish

- an'anaviy o'quv va ilmiy adabiyotlar, me'yoriy xujjatlar bilan ishlash

- elektron o'quv adabiyotlar va ma'lumotlar banki bilan ishlash

- Internet tarmog'idan maqsadli foydalanish

- berilgan topshiriqning ratsional echimini belgilash

- ma'lumotlar bazasini taxlil etish

- ish natijalarini ekspertizaga tayyorlash va ekspert xulosasi asosida qayta ishlash

- topshiriqlarni bajarishda tizimli va ijodiy yondashish

- ishlab chiqilgan yechim, loyixa yoki g'oyani asoslash va mutaxassislar jamoasida ximoya qilish.

**Pediatriya fakulteti 5-kurs talabalarining bolalar xirurgiyasi fanidan tavsiya etilayotgan mustaqil ishlar mavzulari ro'yxati**  
**Ajratilgan soat-36**

<b>№</b>	<b>Mustaqil ish mavzulari</b>	<b>Ajratilgan soat</b>	<b>Mustaqil ishning bajarilishi</b>
1	O'pka tug'ma nuqsonlari.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
2	Qizilo'ngach tug'ma nuqsonlari.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
3	Diafragma churalari.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
4	Oshqozon va 12- barmoqli ichak yara kasalligi.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
5	Tug'ma va ortirilgan mexanik sariqlik	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
6	Bolalarda churralar va urug' tizimi kasalliklari.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
7	Exinokokkoz kasalligi	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish

8	Yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanishi.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
9	Qonin orti bo'shlig'i a'zolari shikastlari.	4	Referat prezentatsiyasi, test, vaziyatli masala, OSKE, interfaol o'yin tuzish, tarqatma materiallarni internet orqali olish va uni qayta ishlab, tayyorlash, dasturlashtirilgan karta to'ldirish. Tungi navbatchilikda turish
	<b>Jami</b>	<b>36</b>	

### **Mustaqil ish nazorati va qayd qilish tartibi:**

O'qituvchi talabalar bajargan mustaqil ishni mustaqil ish uchun mo'ljallangan jumalda belgilaydi. Mustaqil ish turlari (shakllari) almashtirilib bajarilishi o'qituvchilar tomonidan nazorat qilinadi. Barcha mavzular bo'yicha talaba bajargan ishlar blok yakunida hisoblanadi, o'rtacha ball chiqariladi. Bundan tashqari fan bo'yicha o'tkazilgan oraliq va yakuniy nazorat topshiriq savollarida mustaqil ish savollari kiritilgan bo'lib shu orqali ham talabalar o'zlashtirilganligi nazorat qilinadi.



**pedlariya fakultetining 5-kurs talabalari uchun bolalar xirurgiyasi fanidan mustaqil ishni baholash mezonlari**

№	Mavzu	Mustaqil ish shakli	Mustaqil ish bajarilishi nazorati	Mustaqil ish shakliga ajratilgan vaqt va baholash	Mavzuga ajratilgan umumiy vaqt va o'tadigan joyi	Adabiyotlar
1.	O'pka tug'ma nuqsonlari	1. Rentgenogramma  2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida)	Rentgenogrammani tushuntura bilish va yozma ravishda topshirish  Bajara bilish va yozma ravishda topshirish	30 daqiga 30 ball  50 daqiga 30 ball	4 soat  4 soat	Yu.F. Isagov Detskaya xirurgiya. M. 1982 G.A. Bairov  Neotlojnaya xirurgiya u detey. M. 1983. Yu. F. Isagov i dr. Abdominal'naya xirurgiya u detey. M.
2.	Qizil- o'ngach I tug'ma nuqsonlari	1. Rentgenogramma  2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida)	Rentgenogrammani tushuntura bilish va yozma ravishda topshirish  Bajara bilish va yozma ravishda topshirish	20 daqiga 30 ball  40 daqiga 20 ball	4 soat  4 soat	Yu.F. Isagov Detskaya xirurgiya. M. 1982 G.A. Bairov  Neotlojnaya xirurgiya u detey. M. 1983. A.S. Suleymanov va ham. mual.

		3. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar tuzish	Kamida 10 vaziyatli masalalar teksti tuzib topshiriladi	50 daqiqaga 15 ball	markazida, intermeda ishlash	«Bolalar xirurgiyasi» T. 2000 y.
		4. mavzu bo'yicha testlar tuzish	Kamida 10 test tuzish va yozma ravishda topshiriladi	50 daqiqaga 15 ball		
		5. kasallik bo'yicha mikroko'ralsiya (kasallik tarixi)	Mikroko'ralsiya (kasallik tarixi) topshiriladi	40 daqiqaga 10 ball		
		6. mavzu bo'yicha savollar tuzish	Kamida 10 savol tuziladi va yozma ravishda topshiriladi	40 daqiqaga 10 ball		
3.		1. Rentgenogramma	Rentgenogrammani rishuntura bilish va yozma ravishda topshirish	20 daqiqaga 30 ball		
		2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida)	Bajara bilish va yozma ravishda topshirish	40 daqiqaga 20 ball	4 soat	A.I. Lenyushkin Rukovodstvo po detskoy poliklinicheskoy xirurgii. L. 1986.
	Diafragma churtalari	3. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar tuzish	Kamida 10 vaziyatli masalalar teksti tuzib topshiriladi	50 daqiqaga 15 ball	Stasionarda, navbatchilik vaqtida, kutubxonada, kompyuter markazida, interneta ishlash	Yu.F. Isagov Detskaya xirurgiya. M. 1982.
		4. mavzu bo'yicha testlar tuzish	Kamida 10 test tuzish va yozma ravishda topshiriladi	50 daqiqaga 15 ball		G.A. Bairov Xirurgiya porokov razviliya u deley. L. 1963
		5. mavzu bo'yicha referat	Referat yozib topshiriladi va mavzu bo'yicha subhar o'ikaziladi	40 daqiqaga 10 ball		
		6. kasallik bo'yicha mikroko'ralsiya (kasallik tarixi)	Mikroko'ralsiya (kasallik tarixi) topshiriladi	40 daqiqaga 10 ball		

4.	Oshqozon va 12 harmoqli ichak yara kasalligi	1. Rentgenogramma	Rentgenogrammani tushuntura bilish va yozma ravishda topshirish	30 daqiqa 30 ball	4 soat  Statsionarda, navbatchilik vaqtida, kutubxonada, kompyuter markazida, interneta ishlash	Yu.F. Isaqov Detskaya xirurgiya. M. 1982. G.A. Bairrov Xirurgiya porokov razvitiya u deley. L. 1963 A.S. Suleymanov va ham.mual. «Bolalar xirurgiyasi» T. 2000 y.
		2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida)	Bajara bilish va yozma ravishda topshirish	50 daqiqa 30 ball		
		3. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar tuzish	Kamida 10 vaziyatli masalalar teksti tuzib topshiriladi	60 daqiqa 15 ball		
		4. mavzu bo'yicha testlar tuzish	Kamida 10 test tuzish va yozma ravishda topshiriladi	60 daqiqa 15 ball		
		5. mavzu bo'yicha referat	Referat yozib topshiriladi va mavzu bo'yicha suhbat o'tkaziladi	40 daqiqa 10 ball		
5.	Tug'ma va ortrilgan mexanik sariqlik	1. UZI-xulosasi, 2. KT-xulosasi	Rentgenogrammani tushuntura bilish va yozma ravishda topshirish	20 daqiqa 30 ball	4 soat  Statsionarda, navbatchilik vaqtida, kutubxonada, kompyuter markazida, interneta ishlash	Yu.F. Isaqov Detskaya xirurgiya. M. 1982. G.A. Bairrov, L.M. Roshal' Gnoynaya xirurgiya detskogo vozrasta. S-Peter. 1991 A.S. Suleymanov va ham.mual. «Bolalar xirurgiyasi» T. 2000 y.
		2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida)	Bajara bilish va yozma ravishda topshirish	40 daqiqa 20 ball		
		3. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar tuzish	Kamida 10 vaziyatli masalalar teksti tuzib topshiriladi	50 daqiqa 15 ball		
		4. mavzu bo'yicha testlar tuzish	Kamida 10 test tuzish va yozma ravishda topshiriladi	50 daqiqa 15 ball		
		5. mavzu bo'yicha referat	Referat yozib topshiriladi va mavzu bo'yicha suhbat o'tkaziladi	40 daqiqa 10 ball		

ng yiringli kasalligi	2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida) 3. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar tuzish 4. mavzu bo'yicha testlar tuzish	Bajara bilish va yozma ravishda topshirish Kamida 10 vaziyatli masalalar teksti tuzib topshiriladi Kamida 10 test tuzish va yozma ravishda topshiriladi	60 daqiqa 40 ball 70 daqiqa 10 ball 70 daqiqa 10 ball	Statsionarda, navbatchilik vaqtida, kutubxonada, kompyuter markazida, internetda ishlash	porokov razvitiya u detey. L. 1963. N.A.Lopatkin, A.G.Pugachev «Detskaya urologiya» M. 1986
9.  Qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanish lari	1. Rentgenogramma 2. Amaliy ko'nikmalar (bog'lov, muolaja, tashrix, operatsiya xonalarida) 3. Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar tuzish 4. mavzu bo'yicha testlar tuzish	Rentgenogrammani tushuntura bilish va yozma ravishda topshirish Bajara bilish va yozma ravishda topshirish Kamida 10 vaziyatli masalalar teksti tuzib topshiriladi Kamida 10 test tuzish va yozma ravishda topshiriladi	40 daqiqa 40 ball 60 daqiqa 40 ball 70 daqiqa 10 ball 70 daqiqa 10 ball	4 soat  Statsionarda, navbatchilik vaqtida, kutubxonada, kompyuter markazida, internetda ishlash	A.S.Suleymanov va ham.mual. «Bolalar xirurgiyasi» T. 2000 y. N.A.Lopatkin, A.G.Pugachev «Detskaya urologiya» M. 1986

## **1-MAVZU: «O'pkaning tug'ma nuqsonlari»**

Mavzuning dolzarbligi: Bolalar xirurgiyasi xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug'ma nuqson va rivojlanish anomaliyasining kelib chiqishi, diagnostikasi va davolashini o'z ichiga olgan distsiplinaning bir qismidir.

Pediatriya fakultetlarining 5-kursida bolalar xirurgiyasidan dars o'tishning asosiy printsiplari: tug'ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining nozologik diagnostikasi umumiy vrachlik yordamini ko'rsatish va operatsiyadan keyin reabilitatsiyasini o'tkazishga bog'liqdir.

**Mashg'ulot vazifalari:** Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi haqida bilim olish. Tug'ma nuqsonlar va nomaliyalar bilan tug'ilgan bolalarni klinik ko'rik va tekshiruvdan o'tkazishni o'rganish.

Bola hayotiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o'rganish. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish. Umumiy vrachlik yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi reabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chiqish.

**Mashg'ulot o'tkazish joyi:** Torakal xirurgiya va chaqaloqlar xirurgiya bo'limi, operatsiya va kompyuter xonalari.

**Mashg'ulot maqsadi:** Xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug'ma nuqsonlar va rivojlanish nuqsonlari klinik diagnostikasi, davolash va bolalar reabilitatsiyasi uslublarini o'rganish.

**O'tkir nafas yetishmovchiligi sindromi** chaqaloqlik davrida asosiy o'rinni egallaydi. Chaqaloqlarda respirator yetishmovchiliklarni keltirib chiqaruvchi sabablar turli-tuman bo'lganligi uchun tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Nafas yetishmovchiligi o'pka, o'pkadan tashqari omillar, xirurgik, xirurgik bo'lmagan kasaliklar ta'sirida kelib chiqib, u patologik belgilarning tezda rivojlanishi, klinik ko'rinishlarning umumiyliigi bilan belgilanadi. Ye. Silyanovskaya (1971) fikriga ko'ra, kuks oralig'ining siljishi bu yetishmovchilikning asosiy belgisidir. Lekin ko'pchilik shifokorlar bu belgining klinik ahamiyatini o'tishgan o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan kechadigan kuks oralig'ining siljishi ko'krak

qafasi ichidagi patologik holatni bildirib, shoshilinch tekshiruv va xirurgik yordamni talab qiladi.

Chaqaloqlarda o'tkir nafas yetishmovchilign bilan kechadigan sabablar tasnifi:

I. Kuks oralig'ining kasallangan tomonga siljishi bilan kechadigan kasalliklar:

a) o'pka bilan bog'liq sabablar:

- o'pka va o'pka bo'laklarining atelektazi;
- o'pka va o'pka bo'laklari ageneziyasi, gipoplaziyasi.

P. Kuks oralig'ining qarama-qarshi tomonga siljishi bilan kechadigan kasalliklar:

a) o'pka bilan bog'liq sabablar:

- o'pkaning o'tkir lobar emfizemasi;
- o'pkaning taranglashgan suyuqlik yoki havo saqlovchi bo'shliqlari (tug'ma kistalar);

b) o'pka bilan bog'liq bo'lmagan sabablar:

- asfiksiyali siqilish asorati bilan kechuvchi diafragma churrasi;
- diafragma relaksasiyasi;
- gidrotoraks, piotoraks, xilotoraks, gemotoraks;
- kuks oralig'idagi bahaybat o'smalar.

Sh. Kuks oralig'i siljimasdan kechadigan kasalliklar:

a) o'pka bilan bog'liq sabablar:

- kekirdak stenozlari;
- traxeya-Qizilo'ngach I oqmalari;

b) o'pka bilan bog'liq bo'lmagan sabablar:

- ranula;
- xoanalar atreziiyasi;
- makroglossiya (chin, soxta);
- Pyer-Robin sindromi;
- tug'ilish jarayonidagi bosh miya jaroxatlanishlari.

**Chaqaloqlardagi o'pka atelektazi**, bola tugilishi jarayonida homila suyo'qligi aspirasiyasi, shuningdek qizilo'ngach , xalqum tug'ma nuqsonlari yoki yutish refleksining buzilishi natijasida so't aspirasiyasidan kelib chiqadi. Turma atelektaz, bosh miya jaroxatlari, alveolyar surfaktantning yetishmovchiligi yoki bo'lmasligi natijasida alveola yuzasining cho'zilishi nafas olganda 2 marta ko'p bosimni talab qiladi. Yetuk tug'ilgan bolaning rivojlangan o'pkasi birinchi nafasdan

keyin to'g'irlanib, puchaymaydi. Chala tug'ilgan bola o'pkasida surfaktant bo'lmaganligi tufayli nafas chiqarganda o'pka puchayib qoladi.

O'pka tuzilishi faoliyatidagi yetishmovchiliklar homila va chaqaloqlik davridagi o'pka patologiyasi rivojlanishidagi asosiy omillardan hisoblanadi. Chaqaloqlardagi o'pka atelegtazi etiologiyasiga bog'liq, bo'lmagan holda og'ir zotiljamning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

**Klinika.** Atelegtazning klinik ko'rinishi o'tkir nafas yetishmovchiligi belgilari bilan ta'riflanadi. Kasallikning og'irligi atelegtazga uchragan o'pka yuzasining xajmiga bog'liq. Bemorda xansirash, taxipnoe, sianoz, taxikardiya kuzatiladi. Ko'zdan kechirilganda atelegtaz tomonidan ko'krak qafasining nafas olishdan orqada qolishi aniqlanadi. Katta atelegtazlarda Ko'krak qafasining chiqishi kuzatiladi. Perkussiyada kuks oralig'i zararlangan tomonga siljigan, eshitiladigan tovush esa qisqargan bo'ladi. Auskultasiyada nafas olish susaygan yoki umuman eshitilmaydi. Rentgen tasvirida tashxis tasdiqlanadi: plevra bo'shlig'ining butunlay (total atelegtazda) yoki qisman xiralashishi, kuks oralig'ining zararlangan tomonga siljishi, diafragma gumbazining yuqoriga ko'tarilishi kuzatiladi.

**Davolash.** Atelegtaz tezlikda davolashni talab qiladi. Atelegtazning kechishi o'pka zotiljamiga olib keladi. U yuqori harorat, o'pkada havo almashinuvining buzilishi: xirillash, nafasning o'zgarishi bilan kechadi. Chaqaloqlarning nafas yo'llaridagi aspiratsiyalangan suyuqlik va shilliqni bronxoskop yordamida tozalash yaxshi natija beradi. Ba'zan bronxosqopiyada o'tkir nafas buzilishi bilan kechadigan traxeobronxomalyasiya kabi tug'ma nuqsonlarni aniqlash mumkin. Bronxoskop orqali tozalash muolajalaridan so'ng ingalyasiyalar va balg'am ko'chiruvchi dorilar qo'llanadi.

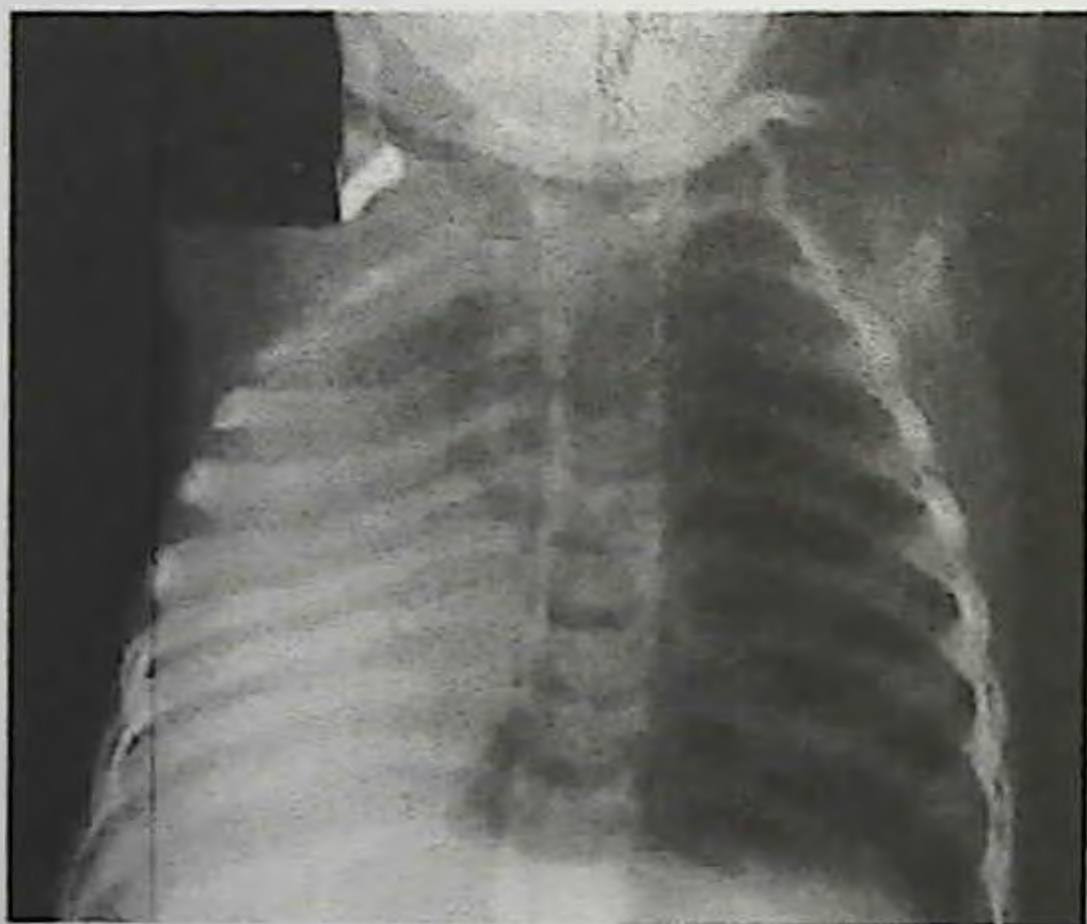
**O'pka ageneziya va aplaziyasi.** O'pkaning yoki bir vaqtning o'zida bosh yoki drenajlovchi bronxning yo'qligi ageneziya deyiladi. Aplaziya deganda shakllangan yoki rudimentar - bosh bronx borligi, butun o'pkaning yoki uning bir qismi yo'qligi tushuniladi. Ikki tomonlama o'pka ageneziasini yoki aplaziasini bilan tug'ilgan bolalar hayot kechira olmaydi.

Bu nuqsonlar boshqa rivojlanish norasolliklari bilan birga (yurakning tug'ma nuqsonlari, Qizilo'ngach I 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.

**Klinika.** O'pka nuqsonining klinik ko'rinishi birlamchi pnevmomerlar bulinishining tuxtash darajasi bilan aniqlanadi. o'pka ageneziasining klinikasida kuks a'zolarining surilishi natijasida yurak va nafas faoliyatining buzilishlari kuzatiladi. Bemor xansirashdan shikoyat qiladi. Kuzdan kechirilganda ko'krak qafasida asimmetriya (nafas olganda shu yarmining orqada kolishi kuzatiladi), kuks 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 kovurtalar oralig'ining torayishi, diafragma pardasi yuqori joylashgani, ko'krak qafasining shu soxasi qorong'ilashgani kuzatiladi (1-rasm).



**1-rasm. O'ng o'pka aplaziyasi. Obzor rentgenogramma. Ko'krak qafasi o'ng tomoni qorong'ilashuvi, kuks oralig'i organlarini zararlangan tarafga siljishi**

Rentgenologik tekshirishda klinik belgi sog'lom o'pkani ko'krak qafasining ikkinchi yarmida tasdiqlanadi.



O'pka ageneziasini bronxoskopiya qilganda bosh bronx va traxeya bifurkasiyasi yo'qligi ko'riladi. o'pka aplaziyasida bifurkasiya va diametri toraygan bosh bronx aniqlanadi (bronxoskopiya).

Bronxografiya tekshiruvida o'pka ageneziasiga xos hamma belgilar aniqlanadi( 2-rasm).



*2-rasm.*

*O'ng o'pka ageneziasini.  
Traxeobronxogramma. o'ng  
bronxial daraxt aniqlanmaydi.*

**Davolash.** O'pka ageneziasini, aplaziasini davolash kam natija beradi. Yagona o'pkadagi bronxlarni tozalash shart. o'pka ageneziasini (aplaziasini)da traxeobronxial sanasiya bilan bronxoskopiya qilish, o'pka zotiljaming oldini olish uchun bolani tezda reanimasiya xonasiga yotqizish kerak. O'pka ageneziasini yoki aplaziasini deb tashxis kuyilgan bemorlar uzoq vaqt dispanser kuzatuvda bo'lishlari kerak.

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

**Butun o'pka gipoplaziasini.** Bemorni ko'rganda ko'krak qafasida asimmetriya, ayniqsa orqadan karaganda aniq ifodalangan bo'ladi. Bu orqa asimmetrik simptomi deyiladi. Bu simptom faqat Butun o'pka gipoplaziasini emas, balki o'pka ageneziasini, tug'ma yoki orttirilgan massiv o'pka aplaziasini o'tkazilgan pulmonektomiyadan keyin ham uchraydi. Perkussiyada gipoplaziyaga uchragan o'pkada perko'tor tovush qisqarganligi aniqlanadi. Kuks oralig'i bunda kasal o'pka tomonga surilgan bo'ladi. Nafas yetishmovchiligi alomatlarini tashki tomonda tinch

turganda va ko'p bo'lmagan fizik zurayishda 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 kuruk turi xakida 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 perko'tor tovushning kiskzrishi, nafasning susayishi aniqlanadi va kuks oralig'ining kasal tomonga siljishi kuzatiladi.

**Tashxis.** Rentgenografiyada gipoplaziyaga uchragan o'pka tomonda o'pka maydonining bir xil qorayishi, yurak va diafragma soyasining kushilishi bilan birga kuzatiladi. Zararlangan tomonda kuks oralig'ining surilishi, qovurg'alar orasining torayishi aniqlanadi. Ba'zan mediastinal churra aniq ko'rinadi.

Bronxosqopiyada asosiy bo'lak ustunidan yoki segmentar bronxlardan normal yoki anomal ketuvchi bronxlarning birday torayishi va tumtoq 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 soxasini gistologik tekshirgandan keyin qo'yiladi.

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

*O'pkaning tug'ma lobar emfizemasi (TLE)* — o'pkaning alohida struktur elementlari rivojlanmasligi natijasida paydo bo'ladi. Birdan shishgan zararlangan o'pka bo'lagi sog'lom qismini siqib turadi. Ko'krak ichi taranglashishiga, kuks 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 kavatining gipertrofiyasi, stenoziga bog'liq.

Patomorfologik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, bu kasallikka ko'proq quyidagilar sabab bo'ladi:

1. Terminal va respirator bronxial shilliq muskul aplaziyasi.
2. Mayda bo'laklar va respirator bronx kistalarining oraliq generatsiyasi yo'qligi.
3. Butun respirator bo'lakning ageneziyasida ko'pgina mikrosqopik bo'shliqlar borligi.

*Klinika.* Kasallik o'tkir, o'rtacha o'tkir, surunkali kechadi. Oxirgi ikki turi ko'pincha maktab yoshidagi bolalarda aniqlanib, yengil xansirash, tez charchash bilan ifodalanadi.

Tug'ma lobar emfizemasining kompensasiyalangan turi bola tug'ilganda aniqlanadi va ko'p qaytalanuvchi asfiksiya xuruji bilan kuzatiladi. Nafas olish tez, ko'krak qafasida asimmetriya, zararlangan tomon bir oz burtib turadi.



**3-rasm. Chap o'pkaning yuqori bo'lagi tug'ma lobar emfizemasi. Emfizematoz kengaygan o'pka bo'lagida o'pka tasviri kuzatilmaydi. Kuks oraligi organlari o'ngga**

Chaqaloqlarda TLE klinikasi bola hayotining dastlabki 2—3 xaftasida, ba'zan birinchi soatlari, kunida aniqlanadi. Kasallik o'tkir, ko'pincha zotiljam, respirator virusli infeksiya ko'rinishida rivojlanadi. TLE ugpsadagi taranglik sindromi, o'tkir nafas yetishmovchiligi, xansirash, sianoz, taxikardiya kasallikka xos belgilar hisoblanadi. Bola bezovtalanadi, ko'krak qafasining zararlangan tomoni shishadi. Kuks oralig'i keskin siljiydi, perkussiyada timpaniq tovush eshitiladi. Auskultasiyada nafas eshitilmaydi. Rentgen tashxisga aniqlik kiritadi. Rentgenda kuks oralig'i siljigan, qarama-qarshi tomonda tiniqlik kuchaygan bo'ladi (3-rasm).

Rentgen tasvirida o'pkaning kuks oralig'iga yaqin yuqori, quyi bo'limlarida uchburchak shaklli qorayishlarni ko'rish mumkin, ya'ni bu soxalar siqilgan, kollapsga uchragan o'pka parenximasidir.

Sog'lom o'pka kisilgan, kuks oralig'ining qarama-qarshi tomonga surilgan subkompensilashgan turida klinik belgilar yangi tugalgan chaqaloqning so'ngi davolariga 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.

Kasallikning kompensasiyalangan turi asosan kattarok, bolalarda uchraydi va rentgen tasvirida o'pka maydoni tiniqligining oshishi, kuks oralig'ining surilishi kuchsiz ifodalanganligi aniqlanadi. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, taranglashgan o'pka kistasi, diafragma 7 churtasi, bronx yot tanachalar emfizemasi, pnevmoniyadagi kompensator emfizema bilan o'tkaziladi.



Pnevmtoraks bilan solishtirma tashxis tomografiyaga asoslanadi. Bunda tiniq, fonda noziq o'pka surati ko'rinadi. Shubxalangan xollarda plevra punksiyasi qilinadi, bunda pnevmotoraksda havo olinadi, emfizemada havo olib bo'lmaydi.

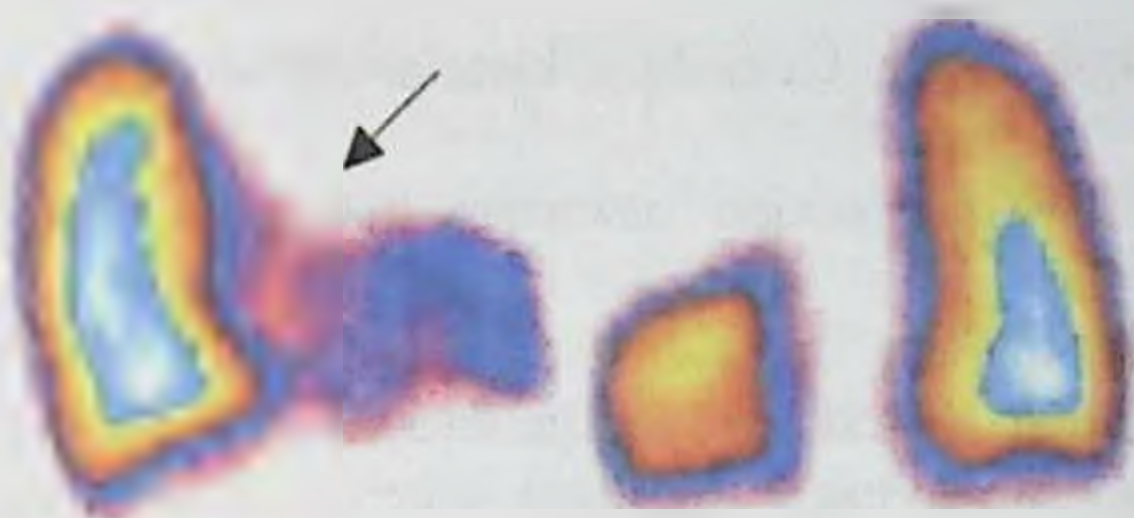
Bronxosqopiya va bronxografiya ko'pincha tekshirish usuli sifatida kompensasiyalashgan, ba'zan subkompensirlashgan turlarida qo'llash mumkin.

Angiopulmonografiya subkompensasiya va kompensasiyali turida o'tkazish mumkin (4-rasm).

Tug'ma lobar emfizemada radioizotop tekshirish va kompyuter tomogrammasi juda to'liq ma'lumot beradi (5-rasm).

*4-rasm.*

*Angiopulmonogramma o'pkaning zararlangan bo'lagida qon-tonirlar tasviri aniqlanmaydi.*



*5-rasm. Tug'ma lobar emfizemada radioizotop tekshirish usuli.*

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

Radikal operatsiya endotraxeal narkoz ostida olib boriladi. Ko'krak qafasiga 5 kovurra oralig'i old-yon tomondan kiriladi. Plevra buligiga extiyotkorlik bilan kiriladi. Operasiyaning qiyinligi shundaki, shishgan o'pka bo'lagi plevra bo'shlig'ining hammasini egallab, o'pka darvozasi soxasida manipulyasiyaga xalaqit beradi. o'pkaning zararlangan soxdsi jarohatga kiritilib, iddizi ajratiladi va UKL yoki UO apparati bilan ishlov beriladi.

**O'pkaning tug'ma kistasi.** Bolalar o'pkasida kista va kistasimon xosilalar kam uchraydi, lekin tug'ma kistalar uchrashi sonini aytish qiyin. Chunki tug'ma va orttirilgan xosilalarning klinik va rentgenologik ko'rinishi o'xshash bo'ladi.

Tug'ma kistalarning kelib chiqishi embrional davrida bronx va alveolalar rivojlanishining buzilishi bilan bog'liq. Embriogenezning Boshlang'ich davrlarida rivojlanishining buzilishi hisobiga ko'proq bitta katta kista xosil bo'ladi. Kech davrlardagi buzilish ko'plab mayda kistalar (polikistozlar) paydo qiladi. Kistalarga yigilgan shilliq moddalar hisobiga uning kattalashishi atrof bronxlar kisilishiga, deformatsiyasiga, bronx ko'rtaklarining noto'g'ri rivojlanishiga olib keladi.

Tug'ma kistalar aniq kobikka ega bo'lib, ko'pincha bronx bilan tutashgan bo'ladi. Bu tutash joy minimal bo'lishi mumkin, kirish joyi tor, egri-bukri yoki tor, qiyshiq. Uning o'tkazuvchanligi doimiy emas va oson beqilishi mumkin. Tug'ma kista devorini gistologik tekshirganda bronx elementlarining silliq muskul tolalari aniqlanadi. Kistaning ichki yuzasi

epiteliy bilan qoplangan. Orttirilgan kistalar uchun bu belgilar harakterli emas

**Klinikasi.** 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.

Pnevmoniyada havo bo'shliqlarining rentgeni aniq dinamika bilan ifodalanadi. Ular o'zining o'lchamini o'zgartirishi, yo'qolishi va paydo bo'lishi mumkin. Ko'pincha rentgenosqopiyada stafilokokk kistalari nafas olganda o'zining o'lchamini o'zgartirishi kuzatiladi. Bunday paytda tug'ma kista qon turlari stabil bo'ladi. Stafilokokk kistalari 1—3 oy mobaynida o'z-o'zidan yo'qolib ketishi mumkin. Ba'zi hollarda ular bunday kistalar klinik, rentgenologik va morfologik tomondan tug'ma kistadan farq qilmaydi.

**Tushxis.** O'pkada tug'ma kista bo'lsa, bronxografik tekshirish zarur. Bronxografiyada kistaning joyi va o'pkaning hamma soxasida bronxial daraxt holatini aniqlash mumkin. Bu operatsiya xajmini aniqlash uchun kerak bo'ladi. Asoratsiz kistalarni bola bir yoshdan oshganda operatsiya kdlish mumkin.

Ko'proq *asoratli* kistalar uchraydi. Kistaning *yiringlashi* har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. Shu bilan birga tug'ilgandan keyin ham



**6-rasm. o'ng o'pkaning yiringlagan tug'ma kistasi. Obzor rentgenogramma.**

yiringli jarayonga xos klinik simptomlar bo'ladi: yuqori harorat, intoksikasiya, leykositoz va rentgenologik tasvirda ba'zan bir nechta suyuqlik satxi bilan yumshoq shakldagi bo'shliqlar aniqlanadi. Rentgenografiyada va ayniqsa tomografiyada kista kapsulasi aniq ko'rinib turadi (6-rasm).

Tug'ma yiringlagan kistalarni hamma vaqt o'pka stafilokokkli destruksiyasining xar xil turlari bilan solishtirma tashxis o'tkaziladi (birinchi navbatda abscess va piopnevotoraks bilan). Klinik

ko'inishdagi farqi: o'tkir stafilokokkli destruksiyada nafas yetishmovchiligi belgilari kuchliroq ifodalangan bo'ladi. O'pka to'qimasida jarayonning tez tarqalishi kuchli xansirashga olib keladi. Tug'ma yiringlagan kistalarda uzoq vaqt rivojlanish nuqsoni bilan birga yordamchi mexanizmlar va tashqi nafas faoliyatining kompensasiyasi ishga to'shadi. Rentgenda kapsula borligi va perifokal reaksiya yo'qligi tug'ma kistani stafilokokkli absseyesdan farq qilishga imkon beradi. Piopnevotoraksda sinusda ekssudat aniqlanadi. Tug'ma yiringlagan kistada sinus bo'sh bo'ladi, agar kista plevral bo'shlig'iga yerilmagan bo'lsa, kuks oralig'ining surilishi kam ifodalanadi. Tug'ma yiringlagan kistani davolashning turi usuli operatsiya hisoblanib, u o'pkaning kista bor soxasini rezeksiya qilishdan iborat.



7-rasm. o'ng o'pkaning taranglashgan tug'ma kistasi.

*Taranglashgan* O'pka kistalari kam uchraydi. Buning sababi kista bilan bronx to'tashuv joyida klapanli mexanizm borligidir. Klinik ko'rinishi o'tkir nafas yetishmovchiligi bilan ifodalanadi. Fizikal natijalar taranglashgan pnevmotoraksga xos bo'ladi.

Rentgen tasvirida kista qonturlarini aniqlash mumkin (7-rasm).

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 intoksikasiya bilan kechadi. Tug'ma kistalarda taranglashish birdan kelib chiqadi. Diafragmal

churra rentgenologik farqlanadi. Buning uchun ko'krak qafasida ko'plab xalqasimon soyalar borligi xarakterlidir. Ichak kovuzloklarining 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. Operasiya oldidan Ko'krak qafasining taranglashishini kamaytirish maqsadida kistani drenajlash yoki punksiya qilish joyi aniqlanadi. Operasiyaning xajmi kista kapsulasini birga olib tashlash bilan belgilanadi. Jaroxat yuzasi atravmatik nina bilan tiqiladi. Ba'zan lobektomiya yoki segmentar rezeksiya qilishga to'g'ri keladi. Operasiyadan keyin plevral bo'shliq drenajlanadi.

*O'pka o'smalari.* Bolalarda o'pka o'smalari kattalarga nisbatan kam uchraydi.

Xavfsiz o'smalar joylashishi va klinik kechinshiga qarab markaziy va periferik o'smalarga ajratiladi. Markaziy o'smalar bosh, bo'lak va segmentar bronxlarda joylashadi. Periferik o'smalar parenxima ichiga joylashadi.

O'pka o'smalarining V.I. Struchkov va A.V. Grigoryan ishlab chiqqan tasnifi ko'proq tarqalgan, bu tasnifga ko'ra epitelial, mezodermal va tug'ma o'smalar uchraydi. Epitelial o'smalarga bronx papillomasi va adenomasi kiradi. Mezodermal o'smalar fibroma, lipoma, mioma, nevrogen va qontomir o'smalaridan (gemangioma, limfangioma o'smalari) iborat.

Bolalarda *epitelial o'smalardan* ko'proq bronx adenomasi uchraydi. Ular asosan bosh va bo'lak bronxlarda joylashadi. Katta-kichikligiga qarab, bronx o'tkazuvchanligining buzilishiga sabab bo'ladi. Natijada bo'lak gipoventilyasiyasi yoki uning atelektazi kuzatiladi. Bronx adenomasining klinik ko'rinishi o'smaning joylashishiga, bronx o'tkazuvchanligining buzilish darajasiga, kech muddatlarda obturasiyalangan bo'lakning yiringlash og'irligiga bog'liq.

Boshlang'ich davrda kasallikning birdan-bir klinik simptomi quruq yo'tal hisoblanadi. Kech muddatlarda to'liq, obturasiya boshlangandan keyin yallig'lanish jarayoni kelib chiqadi. Bolada balg'am ajralishi ba'zan qon aralash bo'ladi. Bronxoskopiya o'sma joylashish joyi, xajmi, bronx tiqilish darajasi aniqlanadi. o'sma oq pushti yoki pushti rang bo'lib (ba'zan qon aralash) yuzasi qon-tomirlar turi bilan qoplangan bo'ladi. Bronxoskop bilan o'sma bosilsa, tez qonab ketishi mumkin. Shilliq qavat odatda o'zgarmagan. Adenoma oyoqchasi keng, kamdan-kam ingichkadir. o'sma keng oyoqchali bo'lsa kam harakatchan, uzun bo'lsa harakatchan bo'ladi.

Bronx tiqilib (obturasiya bo'lib) qolganda, bronxografiya o'pkaning pastki qismlari holatini bilishga yordam beradi. Bronx to'liq obturasiya bo'lmaganda kontrast modda adenomalan oqib o'tib (bronxning tulish



defekti), bo'lak bronxial daraxtiga to'shadi. U yerda ko'pincha bronxoektazlar topiladi. To'liq obturasiya bo'lganda «Bronx kulti» simptomi aniqlanadi. Xirurgik muolaja o'sma xajmi, bronx o'tkazuvchanligining buzilish darajasi va bronxial daraxt, o'pka parenximasi pastki qismlarining holatiga qarab belgilanadi.

Ko'proq bronx soxasini o'sma bilan birga ponasimon rezeksiya qilish qo'llanadi. Agar bronxoektaz va deformatsiyalangan bronxit bo'lsa, unda bo'lakni rezeksiya yoki Butun o'pkani ektomiya qilinadi.

Bolalarda *mezodermal xavfsiz o'smalar* orasida ko'krak qon-tomir o'smalari (kavernoz va kapillyar gemangioma va ba'zan arterial-venoz anevrizm) va nevrogen o'smalari uchraydi. Kavernoz gemangioma ko'pincha pastki bo'laklarda joylashadi. Gemangioma bitta yoki bir nechta bo'lishi mumkin. Shu bilan bog'liq ravishda uning xajmi ham har xil 2 dan 10 sm gacha bo'ladi.

O'sma — o'pka parenximasi tubida yoki plevra ostida joylashadi. Boshlang'ich bosqichlarda hech qanday klinik simptom kuzatilmaydi. Shuning uchun o'sma rentgenologik tekshiruvdagina aniqlanadi. Kechki muddatlarda o'smaning bronx bushligaga o'sishi hisobiga oldin quruq yo'tal, keyinchalik balg'am bilan, ba'zan aralash nam yo'tal kuzatiladi. o'sma kattalashib ketgan xollarda o'pka yetishmovchiligi va qo'shni a'zolar ezilishi kelib chiqadi. Angiopulmonografiya operatsiyagacha aniq tashxis qo'yishga yordam beradi. Xirurg o'sma xajmi va joylashishiga qarab ish tutadi. Kavernoz gemangioma kichik xajmda plevra ostida joylashganida o'pka kirrasi tejab rezeksiya qilinadi. Agar parenxima chuqurligida joylashsa, zararalangan bo'lak olib tashlanadi.

*Nevrogen o'smalar.* Periferik nerv kavatlaridan kelib chiquvchi o'smalar ko'proq aniqlanadi. o'smalar o'pka va ba'zan bronx ichiga joylashishi mumkin. o'smalar yumaloqshaklda va xususiy kapsulaga ega. Klinik belgilari bo'lmaydi. Odatda nevrogen o'smalar rentgenologik tekshirishlarda aniqlanadi. Rentgenda va tomogrammada yumshoq shaklda chekkalari aniq gomogen qorong'ilashish ko'rinadi.

Bronx ichiga joylashgan o'smalarda bronx o'tkazuvchanligi buzilishi hisobiga o'pka bo'lagi gipoventilyasiyasi va keyinchalik ikkilamchi yallig'lanish o'zgarishlari rivojlanadi. o'sma bronxosqopik tekshirishda aniqlanadi. o'pka ichida joylashgan nevrinomalarni exinokokk bilan solishtirma tashxis qilinadi. o'sma o'pka ichida joylashgan xollarda segmentar rezeksiya ko'rinadi. Agar bronx ichida joylashgan bo'lsa, lobektomiya qilinadi.

*Tug'ma o'pka o'smalari* orasida ko'proq gamartoma uchraydi. Gamartomani morfologik tekshirganda ko'p miqdorda tog'ay to'qimalari aniqlanadi. U siyrak biriktiruvchi to'qima bilan ajralgan bo'ladi. Ba'zan tog'ay to'qimalarining oxaklanib suyak to'qimasiga o'tish joylari aniqlanadi. o'sma tarkibida boshqa to'qimalar va a'zolar bo'lishi mumkin (yer, silliq, mushak to'qimalar va boshqa). Gamartoma har qanday yoshda uchraydi. Ko'proq o'pka periferiyasi-da, kamroq, markazda joylashadi. Gamartoma xajmi har xil bo'ladi, ba'zan Butun o'pkani egallashi mumkin. Klinik tomondan sekin o'sishi hisobiga hech qanday alomatlar kuzatilmaydi. o'sma kattalashgandan keyin bemorda yo'tal, ko'krak qafasida og'ris paydo bo'ladi. Gamartoma ko'pincha rentgenologik tekshirishlarda tasodifan aniqlanadi. Rentgen va tomografiyada aniq qonturli yumaloq, shaklda o'sma soyasi ko'rinadi. Davolash maqsadida xirurgik usul bilan o'pkani shilib ajratib olinadi. Ba'zan segmentar rezeksiya yoki o'pka bo'lagi olib tashlanadi. o'smaning yuqoridagi turlarini limfagranulema, adenomatoz, ko'krak bo'shlig'i o'smalari va o'pkaning xavfli o'smalari bilan solishtirma tashxis kdpinadi. o'pkaning xavfli o'smalari bolalarda kam uchraydi. Ko'pincha bolalarda differensiyalashmagan modulyar mayda xujayrali bronxogen rakka tashxis qo'yiladi. o'sma turli yoshdagi bolalarda uchraydi. Xavfli o'smalar — embrional xujayralardan yoki differensiyalashmagan qoldiq, xujayralardan xosil bo'ladi. Klinik kechishida asoratlari kelib chiksa (qon ketish, pnevmotoraks, atelegtaz va boshqalar) yoki o'sma kattalashib ketsa, bemor axvoli og'irlashadi. Kasallikning dastlabki belgilari: quruq yo'tal, ko'krak qafasida og'riq, xansirash kuzatiladi. Keyinchalik plevral bo'shliqda suyuqlik yig'iladi. Bu davrda rentgenogrammada chegaralari noaniq, nogomogen qorong'ilashish aniqlanadi. Ba'zan atelegtaz va gidropnevmotoraks kuzatilishi mumkin.

O'smalar endobronxial joylashganda bronxial shilliq kavati oz-moz qonaydi, bronx obturatsiyasi (yoki devorining) infiltratsiyasi aniqlanadi.

*Traxeya stenozlari* birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Birlamchilariga traxeyaning tug'ma nuqsonlari — traxeya stenozi yoki uning membranasi kiradi. Klinik belgilaridan inspirator xansirash va stridor kuzatiladi. Traxeoskopiya va tomografiyadan keyin yakuniy tashxis qo'yiladi.

Ikkilamchi traxeya stenozlari turli turma nuqsonlar, o'smalar yoki anomal rivojlangan qon-tomirlar tomonidan traxeyaning siqilishi natijasida kelib chiqadi.

## MAVZU BO'YICHA TESTLAR.

1. Dekompensatsiyalangan tug'ma lobar emfizemaning asosiy klinik belgilari:
  - a) yo'tal
  - \*b) sianoz
  - v) gipertermiya
  - g) balg'am ajratish
2. Tug'ma lobar emfizemaning davolashi nimadan iborat?
  - a) qonservativ davolash
  - b) pulmonektomiya
  - v) torakosentez
  - \*g) o'pkaning zararlangan qismini rezeksiya qilish.
3. Ko'krak qafasi rengenogrammasida o'ng tarafning total soyalanishi va kuks oralig'i a'zolarini zararlangan tarafga siljishi aniqlanadi Sizning diagnoz:
  - a) total piotoraks
  - b) taranglashgan piopnevmotoraks
  - v) plashsimon piotoraks
  - \*g) o'pka atelektazi.
4. Ko'krak qafasi rengenogrammasida o'ng tarafning total soyalanishi va kuks oralig'i a'zolarini zararlangan tarafga siljishi aniqlanadi Sizning diagnoz:
  - \*a) total piotoraks
  - b) taranglashgan piopnevmotoraks
  - v) plausimon piotoraks
  - g) o'pka atelektazi.
5. O'pkaning tug'ma kistasini davolash usuli:
  - a) kista punksiyasi
  - b) kistani drenajlash
  - \* v) o'pkani kistali qismini rezeksiya qilish
  - g) qonservativ davo.
6. O'pka ageneziyasi diagnozi qaysi tekshirishga asoslanib qo'yiladi?
  - a) klinik ko'rikka
  - \* b) bronxosqopiya va bronxografiya
  - v) plevral punksiyaga
  - g) spirometriyaga

7. Quyidagi kasalliklardan qaysi biri nafas yetishmovchiligi sindromi bilan kechadi?
- a) taranglashgan piopnevotoraks
  - b) soxta diafragmal churra
  - v) o`pkaning taranglashgan tug`ma kistasi
  - g) tug`ma lobar emfizema
  - \*d) hammasi.
8. Chin diafragmal churraga kirmaydi:
- \*a) Bogdalek Churrasi
  - b) parasternal churralar
  - v) diafragma relaksasiyasi
  - g) Qizilo`ngach I teshigi churralari.
9. Diafragmal churralarning eng informativ tekshirish usuli:
- a) obzor rentgenografiya
  - \*b) bariy eritmasi yordamida rengenokontrast tekshirishi
  - v) torakosqopiya
  - g) angiopulmonografiya.
10. Diafragmal churraning qaysi turida shoshilinch operatsiyaga ko`rsatma bo`ladi?
- a) diafragma relaksasiyasida
  - b) Qizilo`ngach I teshigi churrasida
  - \*v) soxta diafragma churrasida
  - g) parasternal churrada.

### **O`Z -O`ZINI TEKSHIRISH UCHUN TESTLAR.**

1. Pyer – Robinson sindromini asorati.
  - a) spazmolitik kiritish
  - b) tilning orqaga ketishi
  - v) no`tkning buzilishi
  - g) ko`rishning buzilishi
  - d) burun yo`llarining torayishi
2. Lobar emfizemaning dekombinasiya shaklining asosiy simptomi.
  - a) yo`tal
  - b) sianoz
  - v) gipertermik
  - g) qusish
  - d) balg`am ajritishi.

3. Tug'ma bo'lak emfizemaning optimal davolash usuli.
  - a) qonservativ
  - b) o'pkaning emfizematoz bo'lagining punksiyasi
  - v) pulmoektomiya
  - g) zararlangan o'pka bo'lagini olib tashlash
  - d) belau bo'yinga torokosintez
4. 2 tomonlama bronxoektoziyani optimal davolash usulini toping.
  - a) qonservativ
  - b) pulmoektomiya
  - v) bronxoektoziya
  - g) belau buyiga torokosentez
  - d) lob ektomiya
5. O'pkaning drenajlanuvchi abscessini optimal davolash usuli.
  - a) torokosintez
  - b) bronxosqopik drenajlash
  - v) pulmonoektomiya
  - g) punksiya davolash
  - d) drenaj holat berish.
6. Bo'lak bronxlardagi yot jismning rasional usuli.
  - a) plevra bo'shlig'ini drenajlab, torokotomiya qilish
  - b) o'pka to'qimasini torokotomiyadan keyin reviziya qilish
  - v) yo'tal refleksini kuchaytirish
  - g) bronxosqopiya
  - d) torokotomiya
7. Taranglashgan piopnevmotoraksning davolash usuli
  - a) plevral punksiya
  - b) plevra bo'shlig'i aktiv aspirasion drelatlash
  - v) plevra bo'shlig'ini byo'lau bo'yicha drenatlash
  - g) radinal operatsiya
  - d) bronxosqopiya
8. 1 oylik bolada o'ng tomonlama nafas olish yo'q. Perkussiyada tumtoqlik, bronxosqopiyada o'ng bosh bronx ko'p bo'lgan tashxis qo'ying.
  - a) o'pka gipoplaziyasi
  - b) o'pka aplaziyasi
  - v) aganeziya
  - g) atelentaz
  - d) kistozli gipoplaziyasi.

9. 6-oylik bolaning o`pkasi rentgenologik tekshirilganda kistozli xosila aniqlanadi. Xolati qonikarli nafas yetishmovchiligi belgisi yo`q sizning taktikangiz
- kutish
  - operativ davolash
  - sanator davolash
  - drenajlash
  - qonservativ
10. Bolada o`pka kistasi plevra bo`shlig`iga yorilib asoratlandi. Qaysi davolash usuli to`g`ri.
- qonservativ
  - operativ
  - belau buyiga drenajlash
  - aktiv aspirasiya qilish
  - kutish
11. 2 yoshli bolada yil davomida o`pkada kistozli xosila paydo bo`lgan va o`sha vaqtdagi davolash usuli
- operativ
  - qonservativ
  - kistani drenajlash
  - byo`lau usulida drenajlash
12. Bolada og`ir nafas yetishmovchiligi aniqlangan. Rentgenogrammada o`ng o`pkada taranglashgan kista aniqlangan davolash usuli.
- kistani punksiya qilish
  - radikal operatsiya
  - kistani drenatlash
  - qonservativ
  - kutish
13. Qaysi holatda rentgenogrammada ko`krak nafasini kuks a`zolari shikastlanadi.
- taranglashgan plevmotoraks
  - atelektaz
  - taranglashgan pioplevmotoraks
  - piotoroks
  - ekssudativ plevrit
14. Pyer – robinson sindromida davolash taktikasi.
- dezintoksion terapiya
  - bolani to`g`ri parvarishlash

- v) tilni orqaga ketishni oldini olish
- g) tug'ildandan so'ng birdan operatsiya qilish
- d) demotroksfuziya

15. Lobar emfezemaning dekombinasiya shaklining asosiy simptomi.

- a) yo'tal
- b) sianoz
- v) gipertermik
- g) qusish
- d) balg'am ajritishi.

16. Tug'ma bo'lak emfezemaning optimal davolash usuli.

- a) qonservativ
- b) o'pkaning emfezematoz bo'lagining punksiyasi
- v) pulmoektomiya
- g) zararlangan o'pka bo'lagini olib tashlash
- d) belau bo'yinga torokosentez

17. Qizilo'ngach I traxel oqmasini qanday rentgenologik belgisi bor.

- a) ichaklar plevmatiyasi bo'lishi
- b) Qizilo'ngach Ida gaz paydo bo'lishi

v) qontrast moddani ichilganda bronxiol dorontda qontrast modda paydo bo'ladi.

- g) bunday oqimlarda rentgenologik aniqlab bo'lmaydi
- d) plevmo mediastikum manzarasi rivojlanadi

18. Yurak havoli xalqa bilan uralgan sizning diognozingiz.

- a) piotoraks
- b) pioplevmotoraks
- v) plevmotoraks
- g) kuchayuvchi mediostikal emfizema
- d) perikardit

19. Bronxoektatik kasallikning asosiy diagnostik metodi.

- a) yuronkosqopiya
- b) bronkografiya
- v) tomografiya

g) (obzornaya rentgenografiya) Ko'krak nafasini obzor

rentgenografiya

- d) UZI

20. O'pka senvestrasiyasiga asoratiga kiradi.

- a) o'pka I-masini atrofiyasi
  - b) spaktan plevmotoraks rivojlanishi va yorilishi
  - v) qon ketish
  - g) kuks a'zolarini bir tomonga siljishi
  - d) o'pka atelektaz
21. 2-tomonlama bronkoektaziyani optimal davolash usuli.
- a) qonservativ
  - b) pulmonektomiya
  - v) bronkerezensiya
  - g) belau bo'lgan toronosentez
  - d) pobektomiya
22. 2 tomonlama bronxoektoziyani optimal davolash usulini toklang.
- a) qonservativ
  - b) pulmoektomiya
  - v) bronxoektoziya
  - g) belau bo'yiga torokosentez
  - d) lob ektomiya
23. Quyidagilardan qaysi biri tug'ma atelektaz bo'lmaydi.
- a) pomila suvini aspirasiyasi
  - b) tug'ma surfaktant yetishmasligi
  - v) oxirgi kapilyarlarni rivojlanmasligi
  - g) tug'ruqda suvsizlik davrini cho'zilishi
  - d) bosh-miya tug'ruq travma.
24. Yurak havoli xalqa bilan uralgan sizning diognozingiz.
- a) piotoraks
  - b) pioplevmotoraks
  - v) plevmotoraks
  - g) kuchayuvchi mediostikal emfizema
  - d) perikardit
25. Ulak bronxlardagi yot tananing rasional usuli.
- a) plevma bo'shlig'ini drenatlab toronotomiya qilish
  - b) o'pka to'qimasini torokotomiyadan keyin reveziya qilish
  - v) yo'tal refleksini kuchaytirish
  - g) brontosqopiya
  - d) toronotomiya
26. Destruksiyani bullyozli formasini to'g'ri davolash usulini tanlang (taranglashgan bulla).



- a) bullani punksiya qilish
  - b) uchokka
  - v) bullani drenatlash
  - g) pleural punksiya
  - d) bronkosqopik drenat
27. O'tkir destruktiv plevmaniyaning qaysi formasida amenerik nafas eshitilmaydi
- a) bulla
  - b) fibrinen plevrit
  - v) drenatlanuvchi abscess
  - g) eksudativ plevrit
  - d) kista
28. O'tkir destruktiv plevmoniyaning o'pkadan tashqari formasini ko'rsatning.
- a) piotoroks
  - b) gigant osiluvchi abscess
  - v) ekinoqonning yigilgan kistasi
  - g) o'pka senvestrasiyasi
  - d) o'pkaning tug'ma kistasi
29. O'tkir destruktiv plevmoniyaning o'pkadan tashqari formasini ko'rsatning.
- a) piotoroks
  - b) gigant osiluvchi abscess
  - v) ekinoqonning yigilgan kistasi
  - g) o'pka senvestrasiyasi
  - d) o'pkaning tug'ma kistasi
30. Ko'krak nafasini obzor rentgenografiyasida «mediostikal churra» uchun harakterli.
- a) taranglashgan pionnev motoraks
  - b) taranglashgan piotoroks
  - v) yayegaralangan piotoroks
  - g) kuchayuvchi mediostikal emfezema
  - d) perikardit
31. O'pka ageneziasini diagnozi nimaga asoslanib qo'yiladi.
- a) klinik kartina
  - b) bronkoskopiya, - grafiya
  - v) sitologik tekshirish
  - g) plevra bo'shlig'i punksiyasi

- d) spirametriya
32. O'pka bo'lak kistasini optimal davolash usuli
- a) qonservativ
  - b) kistani drenatlash va punksiyasi
  - v) o'pka bo'lagi va kista saklagan jismini rezensiyasi
  - g) pulmonektomiya
  - d) toronosentez po byo'lau
33. O'pkaning yiringlagan ekipononk kistani davolash optimal usuli.
- a) qonservativ
  - b) zudlik bilan sistektomiya
  - v) kistani drenatlash va punksiya qilish
  - g) Byo'lau buyiga drenatlash va toronosentez
  - d) toronosentez bilan aktiv aspirasion
34. Lobar emfizemada qanday pemo'tor tovush aniqlanadi.
- a) o'tmas tovush
  - b) ko'tigasimon
  - v) perko'tor tovushning qisqarishi
  - g) tumtoqlashish
  - d) aniq o'pka tovushi.
35. Bronkoektatik o'pka asosiy diagnostika metodi.
- a) bronkografiya
  - b) bronkosqopiya
  - v) ko'krak nafasini obzor rentgenografiyasi
  - g) UZI
  - d) tomografiya
36. Quyidagi keltirilgan keraklaridan qaysi biri o'tkir nafas yetishmovchiligini beradi.
- a) chegaralangan piotoraks
  - b) Qizilo'ngach I teshigidagi diofrogmal churra
  - v) tug'ma bo'lak emfezemas
  - g) taranglashmagan bulla
  - d) chegaralangan plevmotoroks
37. Nafas yo'llaridagi yot jismlar qaysi kasalliklarnikeltirib chikaradi.
- a) atelektaz
  - b) ageneziya
  - v) bronxoektaziya
  - g) piotarks
  - d) bulla

38. Ko'krak qafasini R – grafiyasida o'ng o'pkaning o'rta bo'lagida aniq chegaralangan yumaloq soya perefokal reaksiyasi bilan sizning diagnozingiz?
- bulla
  - o'pka abscess
  - o'pka kistasi
  - o'pka atelektaz
  - piotoraks
39. Ko'krak nafasini R – grafiyasida perikardga xos manzarani aniqlang.
- Ko'krak a'zolarini o'nga siljishi
  - Ko'krak a'zolarini chapga siljishi
  - yurak chegarasini chapga kengayishi
  - Ko'krak a'zolarini o'nga kengayishi
  - yurak chegarasini hamma tomonga siljishi.
40. Piopnevmoreksga xos perko'tor tovush.
- suyuqlik ustida tumtoqlik
  - suyuqlik ustida ko'tigasimon tovush, havo ustida tumtoqlar
  - abscess ustidagi tumtoqlik
  - abscess ustidagi timponit
  - suyuqlik ustida, havo ustida timponik
41. Taranglashgan bullani yorilishini eng xavfli asorati.
- O'sib boruvchi mediostenal emfizema
  - piotoraks
  - piopnevmoreks
  - bullaning yiringlashi
  - bullaning surilishi
42. Bulla bu-
- plevra bo'shlig'ida chegaralangan havoli bo'shliq
  - kuks oralig'ida havo bo'shlig'i
  - o'pkadagi havoli bo'shliq
  - drenatlangan abscessning ishdagi havo
  - Ko'krak nafasida teri ostida havoning bo'lishi.
43. O'sib boruvchi mediostinal emfizimaning rasional davolash usuli.
- torokotomiya
  - suprayugulyar mediostikotomiya
  - plevradan tashqari kuks oralig'ini ochish
  - tush suyagi orqali bilish
  - toronosentez

44. O`pka ageneziasida bu-
- a) bronklarning bo`lmasligi, o`pka to`qimasi va o`pka qon tomirlarini bo`lmasligi
  - b) rudimentar bronklarni bo`lishi
  - v) bronk va qon tomir o`pka to`qimasini rivojlanmasligi
  - g) qon-tomirlar va o`pka I-masini bo`lishi, bronxlarning bo`lmasligi
  - d) qo`shimcha o`pka bo`lagini bo`lish
45. O`pka R – grafiyasida destruksiyaga o`tish davriga harakterli.
- a) yumaloq shakldagi qorayish
  - b) yumaloq shakldagi yruglanish
  - v) suyo`qlar sotxa bilan yumaloq soya
  - g) o`pkani qorayishi
  - d) chegaralangan havoli bo`shliq
46. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarda bezovtalik natijasida sianoz xosil bo`lishiga sabab nima.
- a) Qizilo`ngach I - traxeya oqmasi
  - b) Ko`krak nafasini varonkasidan deformatsiyasi
  - v) subdural gelnetoma
  - g) diofragmal churra
  - d) 2ta xafta rovogini
47. Diofragmal churrani yetakchi belgisi tug`ma.
- a) nafasni buzilishi
  - b) ovqat xazimni buzilishi
  - v) siydik ajralishi buzilishi
  - g) yurak – tomir sistemasining buzilishi
  - d) Ko`krak nafasi deformatsiyasi
48. Qirlo`ngach teshigi churrasi uchun harakterli belgi.
- a) qonsirgen
  - b) qon aralash qusish
  - v) o`t aralash qusish
  - g) yo`tal
  - d) yurak yetishmovchiligi
49. Yolg'on diofragmal churraning harakterli belgisi.
- a) sudorogi
  - b) gipertermiya
  - v) nafas yetishmovchiligi
  - g) buyrak yetishmovchiligi
  - d) yurak to`tilish belgisi

50. Diofragma churrasi bu-
- a) o'pkani qorin bo'shlig'iga siljishi
  - b) kuks a'zolarini kasal tomonga siljishi
  - v) kuks a'zolarini sog tomonga siljishi
  - g) qorin bo'shlig'i a'zolarining Ko'krak bo'shlig'iga siljishi
  - d) kuks a'zolarining qorin boshligiga siljishi.

## MAVZU BO'YICHA VAZIYATLI MASALALAR

1. 1,5 oyli chaqaloqda to'satdan nafas olishning qiyinlashuvi kelib chikdi. Oldin xech narsa bezovta kilmagan Tugilishi va homiladorlik tinch kechgan. Perkussiyada chap tomondan o'rta va pastki qismlarda tipanit aniqlanadi, auskultasiyada chap o'pkaning yuqori qismida nafas o'tadi, pastki qismida esa -o'tmaydi, o'ng tarafda – dagal nafas va biroz xirillashlar bor. Yurak tonlari baland, o'ng tamonga yaqin eshitiladi. Tana harorati normada. Sizning taxminiy tashxisingiz, tekshirish rejasi va davolash taktikangiz?

- Chap o'pkaning tug'ma taranglashgan kistasiga gumon
- Ko'krak qafasining 2-proyeksiyada rengen tekshirish va bronxosqopiya qilish kerak
- Tashxis tasdiqlansa- rejali operatsiya.

2. Bola 1-homiladorlikdan, 3600 g tana vaznida asfiksiyada va qisqichlar yordamida tug'ildi. Kindik tomirlariga Persianinov usulida dori-darmonlar yuborilgandan va 5min.davomida IVL yerdamidan so'ng yig'ladi. 20 min dan so'ng ikkilamchi asfiksiya paydo bo'lib teri sianozi va nafasi 1 mino'tda 100 gacha tezlashdi. Perkussiyada o'ng o'pka ustida timpanit aniqlanadi, auskultasiyada o'ngda nafas o'tmaydi, yurak tonlari bugik, chapgi oldingi aksilyar chiziq bo'ylab eshitiladi, taxikardiya 200-ta. Sizning taxminiy diagnozingiz? Qo'shimcha tekshirish usuli? Davolash taktikasi?

- Spontan taranglashgan pnevmotoraks
- Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
- Plevral bo'shlig'ini punksiya yordamida havoni olish.

3. Chaqaloq o'z vaqtida 3000gr.vazmda Apgar bo'yicha 7-8 ballda tug'ildi. 6 soatdan so'ng akrosianoz, umumiy sianoz, nafas olish qiyinlashish va 80-gacha tezlashishi paydo bo'ldi. Ko'krak qafasi bochkasimon to'la, perkussiyada chap tomonda timpanit, o'ng tomonda

–o`pka tovushi eshitiladi, auskultasiyada chapda nafas juda sust. Yurak tonlari bugik, ChSS-160ta.

Sizning tashxis, tekshirish usuli va davolash taktikasi?

- Chap o`pkaning yuqori bo`lagi tug`ma lobar emfizemasi.
- Ko`krak qafasi rengenografiyasi va radioizotop tekshirish.
- Rejali operatsiya qilish.

4. Chaqaloq 1-homiladorlikdan, tana vazmi 3100gr tug`ilgan, birdaniga yig`lagan. 5 min dan so`ng asfiksiya boshlanib sun`iy nafas olishga o`tkazildi. Ko`rganda chap tamonda ko`krak qafasi kattargan, nafas olishi qiyinlashgan. Auskultasiyada chapdan nafas o`tmaydi, o`ngda – pueril nafas. Perkussiyada chapdan ba`zi zonalarda timpanit va ba`zda bugik tovush aniqlandi. Yurak tonlari bugik, 1 mino`tda 180 ta, o`ng o`rta umrov chizigi bo`ylab eshitiladi. Qorni yumshoq, tortilgan, meqoniy chikkan. Sizning tashxis. Tekshirish usuli va davolash taktikasi?

- Tug`ma chap tomonlama diafragmal churraga gumon qilinadi.
- Ko`krak qafasini obzor rengenografiyasi 2-proyeksiyada va rentgenoqontrast tekshirish.

- operatsiya oldi tayyorgarlik va operatsiya.

5. 7-yoshli bola oxirgi 2-yil bir-necha bor o`ng o`pka pastki bo`lagi pnevmoniyasi bilan davolangan. Ko`krak qafasi obzor rentgenogrammasida o`ng o`pkaning pastki bo`lagi proyeksiyasida kuks oralig`iga yaqin soyalanish aniqlanadi. Sizning tashxisingiz, tekshirish va davolash taktikasi?

- o`ng o`pkaning pastki bo`lagining sekvestrasiyasiga gumon.
- Angiografiya
- Operatsiya yo`li bilan davolash.

6. 1,5 yoshli bola 1-xaftadan buyon o`ng tomonlama pnevmoniya bilan davolanib kelyapdi. Axvoli to`satdan og`irlashdi. Nafas olishi qiyinlashib 1mino`tda 80-tagacha oshdi, sianoz paydo bo`ldi. Tana harorati 37,5 °C. Ko`krak qafasining o`ng yarmi kattalashgan. Perkussiyada o`ng tarafda – ko`tusimon tovush, auskultasiyada shu yerda nafas o`tmaydi. Sizning tashxisingiz, tekshirish usuli va taktikangiz?

- Destruktiv pnevmoniya, o`ng tomonlama taranglashgan pnevmotoraks

- Ko`krak qafasi obzor rentgenogrammasi.
- Torakosentez va plevra bo`shlig`ini drenajlash.

7. Og'ir nafas yetishmovchiligi belgilari bilan kelgan 6-oyli bolada ko'krak qafasi obzor rentgenogrammasida o'ng o'pkaning taranglashgan tug'ma kistasi aniqlandi. Davolash taktikasini belgilang?

- Taranglashgan kistani punksiya qilish va keyinchalik rejali operatsiya qilish.

8. Yangi tug'ilgan chaqaloqda nafas yetishmovchiligi belgilari aniqlanadi. Perkussiyada ko'krak qafasining o'ng tomonida tumtoq tovush aniqlanadi, auskultasiyada nafas o'timaydi, Ko'krak qafasining obzor rengenogrammasida o'ng tomonda total soyalanish aniqlanadi, kuks oralig'i otganlari o'ngga siljigan. Bronxosqopiyada o'ng tomondan asosiy bronx yo'q. Sizning tashxisingiz?

- o'ng o'pkaning ageneziasini.

9. 1-oylik chaqaloqda auskultasiyada Ko'krak qafasining o'ng tomonida nafas o'tmaydi, perkussiyada tumtoq tovush aniqlanadi, kuks oralig'i organlari o'ng tamonga siljigan. Bronxosqopiyada o'ng asosiy bronx kur tugaganligi aniqlandi. Sizning tashxisingiz?

- o'ng o'pkaning aplaziasini.

10. 1,5 oyli bolani tekshirganimizda auskultasiyada o'ng Ko'krak qafasi ustida nafas o'tmaydi, perkussiyada tumtoq tovush aniqlanadi, Ko'krak qafasi obzor rengenogrammasida o'ng tomonda total soyalanish aniqlanadi, kuks oralig'i organlari zararlangan tamonga siljigan. Bronxosqopiyada o'ng bo'lakli va segmentar bronxlarning torayib borishi va kur tugaganligi aniqlandi. Sizning tashxisingiz?

- o'ng o'pkaning gipoplaziasini.

### **«Qopdagi mushuk» konkursi.**

O'qituvchi vaqtdan oldin mavzu bo'yicha savollar yozilgan kartochkalarni maxsus kopchaga tayerlab kuyadi. Bu konkurs katnashchilari kopchadan kartochkalarni tortib oladilar, ajratilgan vaqt mobaynida savollarga yozma ravishda javob yozadilar. Javoblarni tekshirgach qonsultanlar ballar miqdorini e'lon qiladlar va eng ko'p bal olgan talabalarni e'lon qiladilar.

1. O'pka ageneziasiga izox bering.

- o'pkaning asosiy bronx bilan birgalikda tug'ma yuqligi.

2. O'pka aplaziasiga izox bering?

- shakllangan yoki rudimentar asosiy bronx borligi bilan o'pkaning yoki uning bir qismini yo'ligi.

3. O`pka gipoplaziyasi nima?  
 - o`pkaning hamma elementlarining rivojlanishdan orqada kolishidir (o`pka parenximasi, qon tomirlari va bronxlari).
4. Tug`ma lobar emfizemaning asosiy sabablari?  
 - bronxlaring tog`ay elementlarining va elastik tolalarining aplaziyasi.
5. Tug`ma lobar emfizemaning klinik belgilari:  
 - nafas va yurak-tomir yetishmovchiligi simptomlari: sianoz, taxipnoe, taxikardiya ko`krak qafasining zararlangan tomonini kattalashishi va nafas olishdan orqada kolishi, bezovtalik, kuruk tez-tez yo`talish, emizish paytida asfiksiya paydo bo`lishi.
6. O`pkaning tug`ma taranglashgan kistasining asosiy klinik belgilari?  
 - nafas yetishmovchiligi, sianoz, asfiksiya va bezovtalik  
 - ko`krak qafasining zararlangan tomonini nafas olishdan orqada kolishi  
 - perkussiyada - timpanit, kuks oralig`i organlarining sog`lom tamonga siljishi  
 - auskultasiyada – nafas shovkinlarining yo`qligi.
7. O`pkaning taranglashgan tug`ma kistasining rengenologik belgilarini ayting?  
 - ko`krak qafasini barcha qismini egallagan katta havoli bo`shliq, o`pka rasmni yo`qligi va «mediastinal churra» xosil bo`lishi, kuks oralig`i organlarining sog`lom tamonga siljishi.
9. Tug`ma yiringlagan o`pka kistasining rentgenologik belgilarini ko`rsating:  
 - zararlangan tomonda gorizontal suyuqlik satxili qonturlari aniq perifokal yallig`lanishsiz katta bo`shliq borligi, kistaning pastki qonturi aniq va sinus bo`shlig`i aniqlanadi.
10. Diafragmal churra nima?  
 - diafragmaning tabiiy yoki sun`iy teshiklari orqali qorin bo`shlig`i organlarini ko`krak qafasiga o`tganligi.
13. Diafragmaning Qizilo`ngach I teshigi churrasining belgisi:  
 - qusish, kusik tarkibida qon bo`lishi.
14. Soxta diafraga-plevral churralarning asosiy klinik belgilari:  
 - nafas yetishmovchiligi belgilari.
15. Asfiktik kisilishi qaysi diafragmal churralarga xos?  
 - soxta diafragma churralariga.



16. Qizilo'ngach I teshigi churralarida gemorragik sindromning sababi nima?

- peptik yarali ezofagit.

17. Pnevmoniyaning destruksiya oldi fazasiga nima kiradi?

- o'pkaning yallig'lanish infiltrati (lobit). 35

18. O'pka destruksiyasining 3 to'rini ayting:

- o'pka ichi

- o'pka-plevral

- o'pka-mediastinal.

19. Destruksiyaning 3 o'pka-plevral asoratini ko'rsating:

- piotoraks

- piopnevmotoraks

- pnevmotoraks.

20. Destruksiyaning 2ta o'pka ichi to'rini ayting:

- abscess

- bulla.

21. Ko'krak qafasining rentgenogrammasida o'ng tamondan ko'krak qafasini total soyalanishi aniqlanadi, kuks oralig'i organlari qarama-qarshi tomonga siljigan. Diaqnoz:

- o'ng tomondan total piotoraks.

22. Total piotoraksda klinik belgilar:

- zararlangan tamonda Ko'krak qafasini nafas olishda orqada kolish

- perkussiyada – zararlangan tamonda tumtoqlik aniqlanadi

- auskultasiyada nafas o'tmaydi.

23. Taranglashgan piopnevmotoraksda davolash taktikasi:

- torakosentez va plevra bo'shlig'ini drenajlash.

24. Total piotoraksda davolash taktikasi:

-plevra bo'shlig'ini punksiya qilish yoki drenajlash

25. Tarkaluvchi mediastinal emfizemada davolash taktikasi:

- suprayugulyar mediastinotomiya.

## 2- MAVZU: Qizilo`ngach tug`ma rivojlanish nuqsonlari.

**Mavzuning dolzarbligi:** Bolalar xirurgiyasi xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug`ma nuqson va rivojlanish anomaliyasining kelib chiqishi, diagnostikasi va davolashini uz ichiga olgan distsiplinaning bir qismidir.

Pediatriya fakultetlarining 5-kursida bolalar xirurgiyasidan dars o`tishning asosiy printsiplari: tug`ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining nozologik diagnostikasi umumiy vrachlik yordamini ko`rsatish va operatsiyadan keyin reabilitatsiyasini o`tkazishga bogliqdir.

**Mashg`ulot vazifalari:** Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi haqida bilim olish. Tug`ma nuqsonlar va nomaliyalar bilan tug`ilgan bolalarni klinik ko`rik va tekshiruvdan o`tkazishni o`rganish.

Bola hayotiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o`rganish. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish. Umumiy vrachlik yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi reabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chiqish.

**Mashg`ulot maqsadi:** Xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug`ma nuqsonlar va rivojlanish nusonlari klinik diagnostikasi, davolash va bolalar reabilitatsiyasi uslublarini o`rganish.

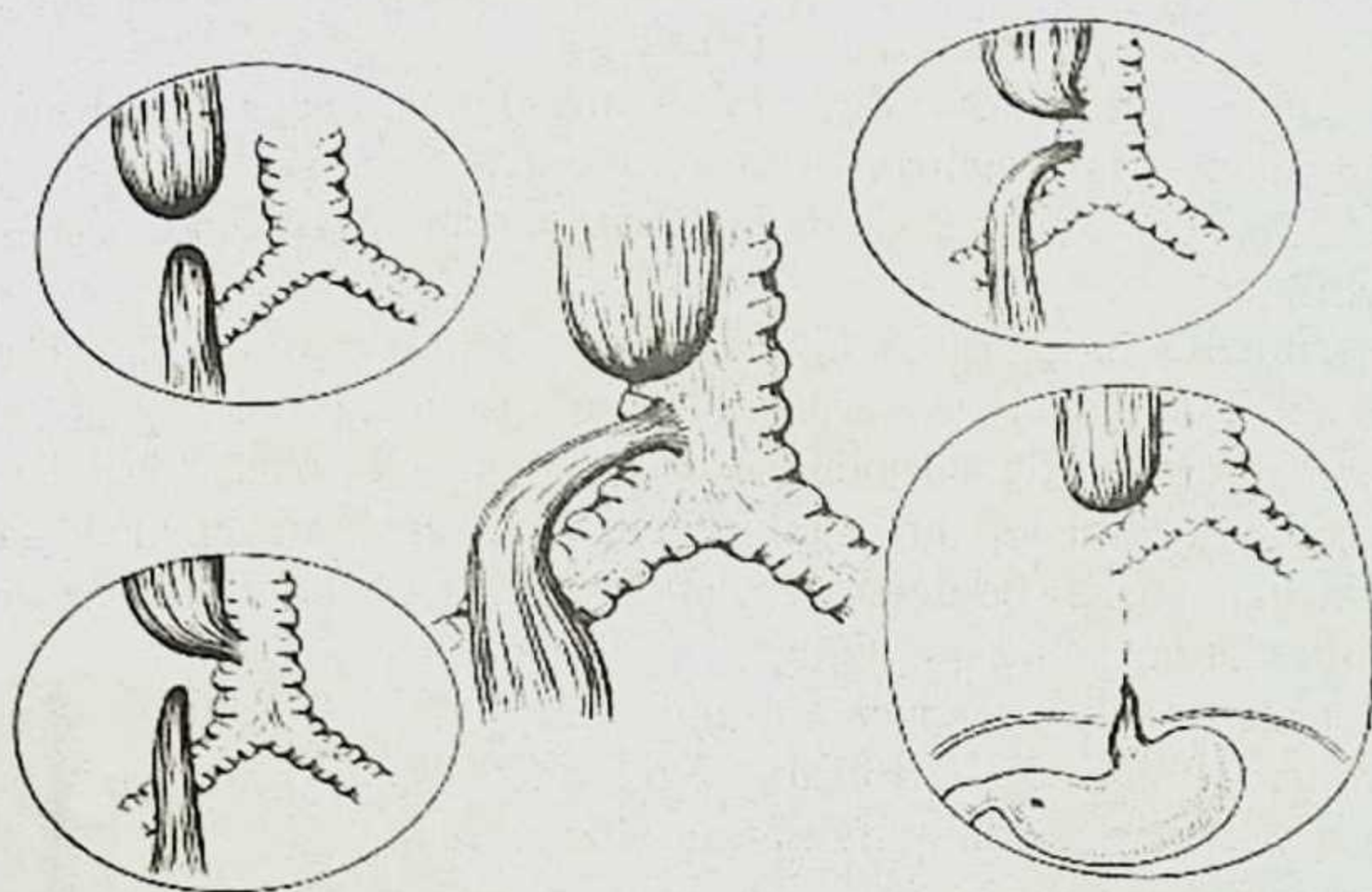
**Mashg`ulot o`tkazish joyi:** Torakal xirurgiya va chaqaloqlar xirurgiya bo`limi, operatsiya va kompyuter xonalari.

### QIZILO`NGACH ATREZIYASI

Qizilo`ngach I atreziyasi rivojlanish nuqsoni bo`lib, bunda Qizilo`ngach Ining yuqori qismi kur tugaydi, pastgi qismi esa ko`pincha traxeya bilan aloqa qiladi. Ko`pincha Qizilo`ngach I atreziyalari boshqa rivojlanish nuqsonlari bilan, bulardan yurakning tug`ma nuqsonlari, oshqozon- ichak trakti, siydik ajratish tizimi nuqsonlari bilan birga keladi. Qizilo`ngach I atreziyasining 5% xollarda xromosom kasalliklarda uchraydi. Populyatsiyada uchrash soni 0,3: 1000; erkak va ayollar o`rtasida 1:1 nisbatda uchraydi.

Embriogenez erta stadiyalarining buzilishi oqibatida nuqsonlar kelib chiqadi. Ma'lumki, traxeya va Qizilo`ngach I oldingi ichakning bosh

uchidan rivojlanadi. Embriogenezning erta stadiyalarda traxeya Qizilo'ngach I bilan to'liq aloqa qiladi. Ularning ajralishi embriogenezning 4-5 xaftasiga to'g'ri keladi. Traxeya va Qizilo'ngach I o'sish tezligining va o'sish yo'nalishining bir-biriga mos kelmasligi natijasida, solid to'qimada vakuolizatsiyaning buzilishi, bunda 20-40chi kunlarda Qizilo'ngach I, boshqa ichak trubka xosilalari bilan birga vakuolizatsiya jarayoniga uchragan payti, Qizilo'ngach I atreziyasi rivojlanish extimoliyati bor. Homiladorlik anamnezidan ko'p suvlilik va birinchi uch oylikda bola tashlash xavfi aniqlanadi (Rasm 8).



Rasm 8

Klinika va diagnostikasi. Qizilo'ngach atreziyasi belgilari bola tug'ilgandan birinchi soatlarda aniqlanadi. Qizilo'ngach ning yuqori kur qismi va halqum shilliq bilan tuladi, bolaning ogzidan ko'piksimon massa ko'p miqdorda ajrala boshlaydi. Shilliq massaning bir qismi nafas yo'llarida tiqilib, aspiratsiya va sianoz hurujlarini keltirib chiqaradi. Halqumdan shilliq massalari surib tashlagandan so'ng aspiratsiya hurujlari yana takrorlanadi. Qisqa vaqt ichida o'pka auskultatsiyasida hirillashlar eshitilib, hansirash oshadi.



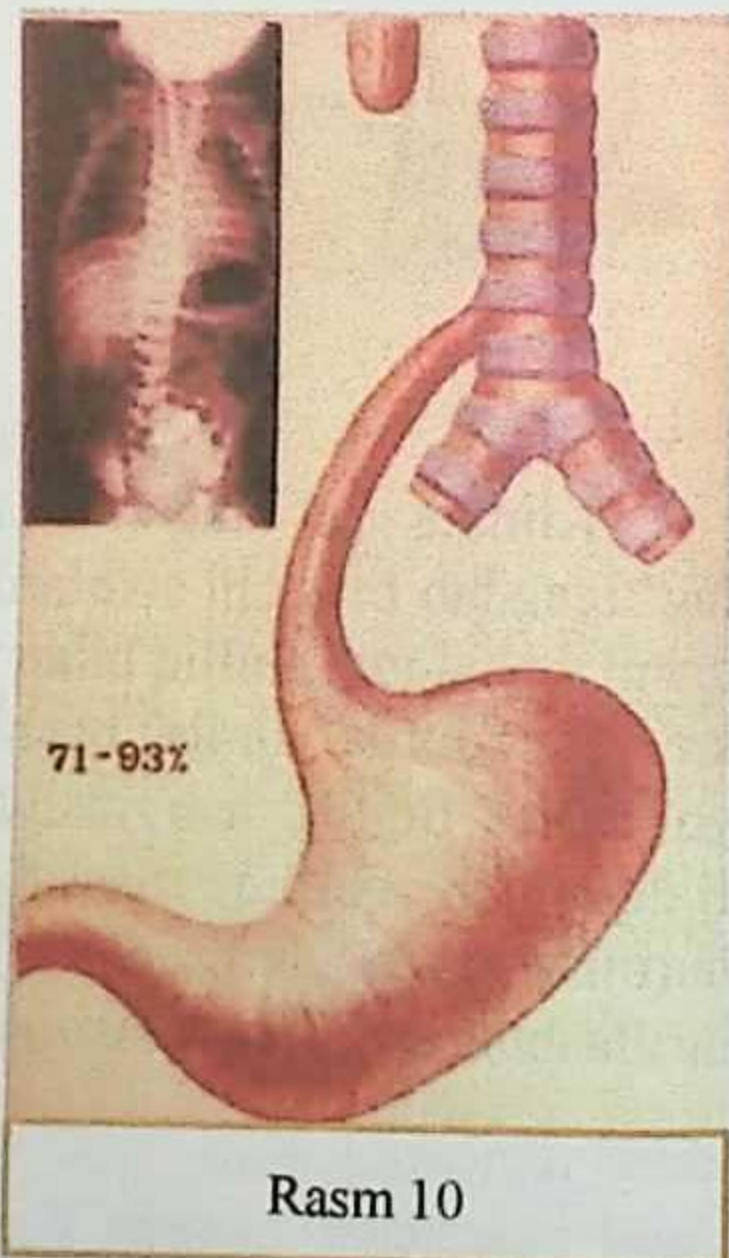
Rasm 9

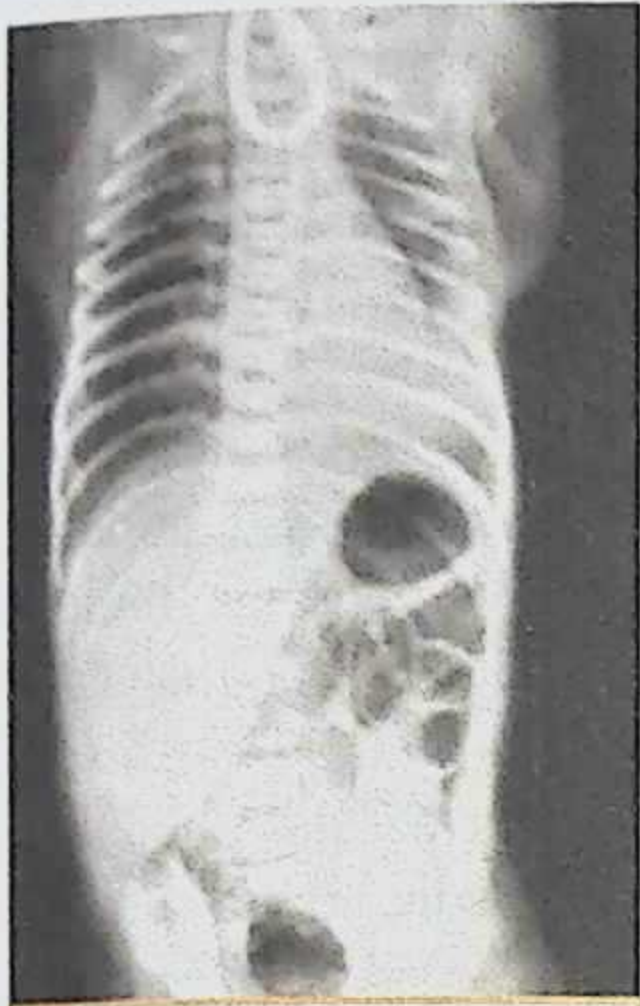
Diagnoz, yumaloq uchli ingichka uretral kateter yordamida qizilo'ngach kateterizatsiyasi o'tkazilib aniqlanadi. Kateter burun orqali 6-8 sm ichkariga kiritilganida kateter uchi qizilo'ngach ning kur uchiga tiriladi yoki egilib bolaning ogzidan chiqadi. Shilliq massa surib olinadi. Qizilo'ngach ga kiritilgan havo, halqum orqali shovqin bilan chiqadi (bu Elefant simptomi musbat) (Rasm 9).

Nafas yetishmovchiligi bilan tug'ilgan bolalarning barchasi, atreziyaning erta diagnostikasini aniqlashda aspiratsion pnevmoniyani oldini olishda, bola tug'ilgandan qizilo'ngach ni zondlash maqsadga muvofikdir.

Atreziya turiga qarab klinik belgilar ham o'ziga xos bo'ladi. Eng ko'p uchraydigan atreziyalardan bu distal qismidagi traxeo-qizilo'ngach oqmali atreziyalarda qorinda, ayniqsa epigastral sohada dam bo'lish belgisidir. Aspiratsion sindromning yuzaga chiqishi traxeo-qizilo'ngach oqma diametriga bogliq. Asoslangan, aniq diagnoz rentgenologik tekshiruvlardan so'ng qo'yiladi.

Kateter qizilo'ngach ning kur devoriga tiralguncha kiritilib, Ko'krak qafasi va qorin bushliq a'zolarini obzor rentgenogrammaga tushiriladi. Qizilo'ngach atreziyasida rentgenoqontrastli kateter, qizilo'ngach kur uchida aniq ko'rinadi (Rasm 10-11). Oshqozon va ichaklarda havo mavjudligi, traxeya va qizilo'ngach ning abdominal sohasida oqma borligidan dalolat beradi. Oqmasiz formalarida qorin bo'shlig'ida, rentgenogrammada tuliq qorayish ko'rinadi. Bolalarda, atreziyaning oqmali formalarida diastaza masofasi yon proektsiyali rentgenogrammadan aniqlashimiz mumkin. Diagnostika uchun rentgenoqontrast eritmalardan, ayniqsa





Rasm 11

bariyli eritmalardan foydalanish, aspiratsion pnevmoniya rivojlanish havfi borligi uchun, ma'n etiladi.

Davolash. faqatgina operativ davolash qizilo'ngach atreziya oqibatlaridan saqlaydi. Tugruq xonalarda operatsiyaga tayyorlash ishlarini olib borish kerak, bunda har 15-20 daqiqada og'iz va burun orqali aspiratsion massani surib, tozalab turish kerak va og'iz orqali ovqatlantirishini tuhtatish shart. Operatsiyaga tayyorlash vaqtida gemodinamika va gomeostaz buzilish darajasiga, nafas etishmovchiliga, dehidratatsiya darajasiga qarab belgilanadi.

Aspiratsiya belgilaridan nafas olishning

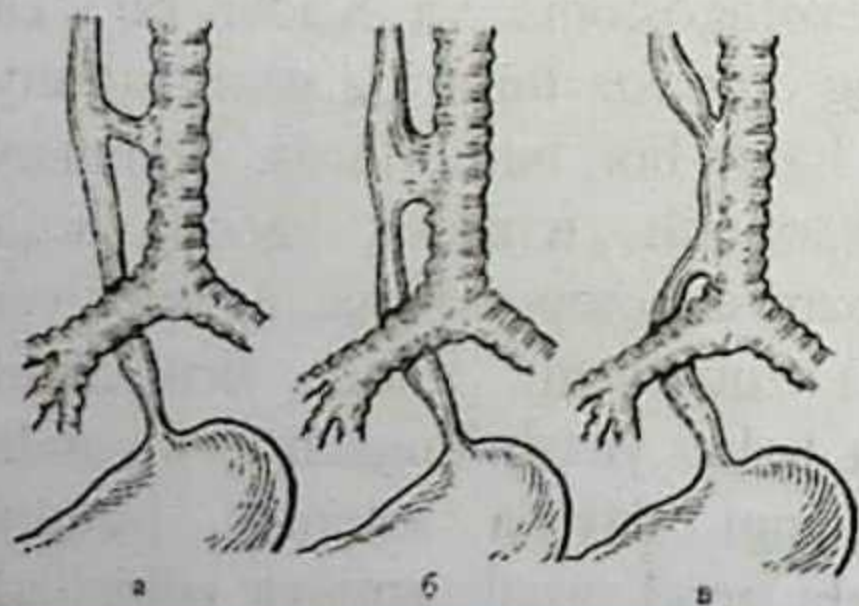
buzilishi belgilari yaqqol yuzaga chiqqanda, pnevmoniya va atelektazda tezda laringoskopiya va traheya kateterizatsiya o'tkazilishi kerak. Agar yuqoridagilardan so'ng natija bermasa, narkoz ostida bronxoskopiya yoki traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi. Bemor kuvezga o'tkazilib, doimiy kislorod beriladi, halkumdan aspiratsion massa chiqariladi, bemor isitiladi. Bemorga infuzion, antibakterial va simptomatik terapiya o'tkaziladi. Operativ davolash usulini tanlash atreziya formasi va bemor holatida ahamiyat beriladi. Eng ko'p uchraydigan atreziya, distal traxeoqizilo'ngach oqmal atreziyada, operatsiyaga kam havf bor bemorlarda (etilib tug'ilgan, hayotiy muhim a'zolarning nuqsoni yuq chaqaloqlarda, tugruq travmalar olmagan chaqaloqlarda) torakotomiya qilinib, traxeo-qizilo'ngach oqma ochiladi. Agar qizilo'ngach uchlari orasidagi diastaza 1,5-2 sm dan oshmasa, to'g'ridan-to'g'ri anastamoz qilinadi. Katta diastazalarda bo'yinezofagostoma va Kader bo'yicha gastrostoma qo'yiladi. Atreziyalarning oqmasiz turlarida gastrostomiya va ezofagostomiya qilinadi. Yuqori havfi bor bemorlarda, operatsiya ikkita gastrostoma (birinchi 12-barmoqli ichakka, zond orqali ovqatlantirish uchun, ikkinchisi-oshqozon dekompressiyasi, aspiratsiyani kamaytirish maqsadida qo'yiladi) quyilishi bilan boshlanadi. Operatsiyaning 2-chi bosqichi bemor holati yaxshilangach 2-4 kundan keyin qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda intensiv terapiya o'tkaziladi. Chaqaloqning ovqatlanishi zond orqali amalga oshiriladi, zond anastomoz orqali gastrostomaga kiritiladi. 6-7 ko'nga kelib

anastomoz holatini tekshiriladi. Rentgen ekran nazorati ostida bolaga og'iz orqali 1-2 ml suvda eriydigan qontrast modda yuboriladi. Bunda anastomoz sohasining holati kuriladi, agar bolada asorat sezilsa, ovqatlantirish og'iz orqali amalga oshiriladi. 2-3 haftadan so'ng fibroezofagogastrosqopiya takroran qontrol uchun o'tkaziladi va kardiya holati, ezofagit simptomi, anastomoz sohada o'tish darajasi aniqlanadi. Anastomozlarning torayishi 30-40% holatlarda uchraydi. Bu hollarda bujlash (buj №22-24) o'tkaziladi. Ezofagosqopiya yordamida bujlash davomiyligi aniqlanadi. Operatsiyadan keyingi davrda bemor dispanser nazoratida bo'lishi kerak. Ba'zida disfagiya holati bo'lishi mumkin, bu esa anastomoz sohasida o'tishni qiyinlashtiradi va tezda ezofagosqopiyaning talab qiladi. Shuning uchun birinchi yilda gomogen ovqat massa berilishi kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda asorat sifatida kardiya yetishmovchiligi va oshqozon-qizilo'ngach reflyo'qsi, klinik belgilardan regurgitatsiya, qaytalama pnevmoniyalar, kyokirish kuzatilishi mumkin. Ezofago va gastrostomiyasi bor bolalarda 2-3 oydan to 3 yoshgacha operatsiyaning II etapi bajariladi - yo'g'on ichak transplantatsiyasi bilan qizilo'ngach plastikasi.

## TUG'MA TRAXEO-QIZILO'NGACH OQMASI

Izolirlangan tug'ma traxeoqizilo'ngach oqmasi juda kam uchrab, uning foizi 3-4 % ni barcha Qizilo'ngach I anomaliyalar ichida tashkil etadi. Oqma VII bo'yinyoki I Ko'krak umartkasi soxasida joylashadi. Traxeoqizilo'ngach oqmasi 3 tipga bo'linadi: tor-uzun, kalta-keng (ko'p xollarda uchraydi) va uzoq masofada Qizilo'ngach I va traxeya bilan birlashgan turi (Rasm 12).



Rasm 12

Klinika va diagnostikasi. Simptomlar oqma diametriga va traxeyaga birlashish burchagiga qarab turlicha bo'ladi. Harakterli simptomlar: yo'talish xurujlari, sianoz, tor va uzun oqmalarda - bolada faqat ovqatlangandagina yo'tal kuzatiladi, bola holati o'zgartirilganda simptomatika kamayadi. Bolada ko'pincha

pnevmoniya rivojlanadi. Klinikaning eng yaqqol ko'rinishni oqmaning keng turida kuzatiladi. Bunda tez vaqtda yallig'lanish jaraeni o'pkada yuzaga keladi, atalektaz rivojlanadi. Tor oqmani atreziyalarning diagnostikasi juda qiyin. Kompleksli tekshirishlardan: rentgenologik va instrumental usullar misol bo'ladi.

Rentgenografiyani bolani gorizontal holatida o'tkaziladi. Qizilo'ngach Iga kiritilgan zond orqali qontrast modda o'tsa demak oqma mavjud. Bundan tashqari traxeosqopiya o'tkaziladi. Traxeyani ovoz boylamidan bifurkatsiyagacha tekshiriladi.

Oqmaning yoriqli shaklida, traxeyaning orqa yuzasida joylashadi. Oqmaning mavjudligini ko'rsatuvchi belgi - havo va shilliq mavjudligi. Differentsial diagnoz - Qizilo'ngach I atreziyasi, kardiya axialaziyasi, oshqozon-Qizilo'ngach I reflyo'qsi, Qizilo'ngach I torayishi bilan, disfagiya, sentral genezli disfagiya bilan qilinadi.

Davolash - faqat operativ. Operatsiyaga tayyorlashda traxeobronxial daraxtning sanatsiyasi, aspiratsion pnevmaniyasi davolanadi. Sanatsion bronxiosqopiya, UVCh, antibakterial, infizion terapiya o'tkaziladi. Bunda og'iz orqali ovqatlantirish man qilinadi.

Operatsiya o'ng tomonlama bo'yindan kirish yo'li bilan, kam xollarda orqa yonbosh torakatomiya bilan qilinadi. O'z vaqtida diognostika kilinsa oqibati yaxshi bo'ladi.

### **QIZILO'NGACH I AXALAZIYASI.**



Rasm 13

Qizilo'ngach I axialaziyasi - patologik holat bo'lib, Qizilo'ngach I kardial qismida o'tishning funktsional buzilishi bilan harakterlanadi. Kasallik progressirlanganda Qizilo'ngach I harakatlanishi cheklanib, dilatatsiyaga olib keladi. Kattalarga nisbatan yosh bolalarda kam uchraydi. Kasallik ko'pincha 8-9 yoshda ko'p kuzatiladi (Rasm 13).

Klinika. Kasallikning asosiy simptomi disfagiya va regurgitatsiya hisoblanadi. Bu simptomlar asosan kattik ovqat maxsulotlari kabul qilinganda, o'zgarmagan ovqat maxsulotlari kusadi. Bunda diskamfort xissi,

tush ortida og'riq, epigastral soxada og'riq kuzatiladi. Erta yoshli bolalarda disfagiya, syokin ovqatlanish, ovqatni yaxshi chaynash, ovqatni kam eyish, ovqatlanganda tiqilish belgilari, bilan birga keladi. Katta yoshli bolalar esa yo'tinishni engillashtirish, ya'ni kuruk yo'tinish, suvni ko'p ichish. Bunda bolada vazn kamayishi, kechqurun bo'lganda aspiratsiya retsidiv pnevmaniya kelib chiqishi mumkin.

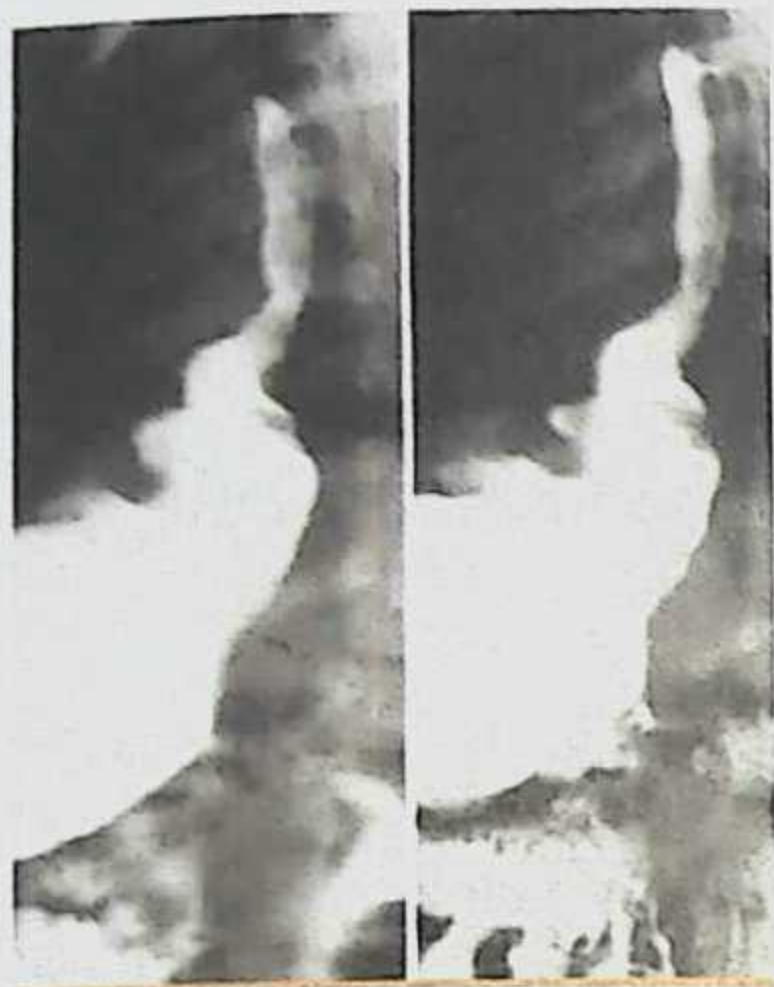
**Diagnostika.** Asosiy diagnostik usullardan rentgenologik tekshiruv qontrast moddalar (bariyli) bilan va ezofasqopiyadir. Obzor rentgenosqopiyada vertikal holatda, kengaygan Qizilo'ngach I da suyuqlik tuplanishi uning o'tkazuvchanligining buzilishidan dalolat beradi. Keyingi tekshiruv bariy eritmasi yordamida o'tkaziladi. Bunda bariyli eritma oshqozonga umuman tushmaydi., yoki ingichka bo'lib oshqozonga oqib tushishi kuzatiladi. Tekshirish davomida kardiyaning bo'shashishi va ma'lum miqdorda oshqozonga kontrast moddaning tushishi (simptom provalivaniya) ko'rinadi. Bu belgi kardiyaning buzilishining asosiy belgisidir. Ezofagosqopiya albatta qilinadi. Bunda ezofagitni oldini olish uchun yoki ezofagit darajasini aniqlash maqsadida qilinadi. Agar fibroezofagoskop erkin holda oshqozonga o'tsa demak Qizilo'ngach I axialaziyasini - tug'ma Qizilo'ngach I stenoz bilan peptik va qo'yishdan keyingi stenoz, Qizilo'ngach I divertikuli, oshqozon va Qizilo'ngach I ning yaxshi va yomon sifatli o'smalari bilan differentsirovka qilish kerak.

**Davolash.** Qonservativ va operativ usulda amalga oshiriladi. Qonservativ davolashga - medikamentoz terapiya, bujlash kardiodilatatsiya (bolalarda ballonodilatatsiya pnevmoniya va gidrodilatator bilan) qilinadi. Yuqoridagi bajarilganda bemor o'zini yaxshi xis etadi, lyokin davo effekti uzoq emas. Eng ko'p tarqalgan davolardan biri - xirurgik korrektsiyadir. Eng ko'p qo'llaniladigan operatsiya bu kardiomiomiya - ezofagokardiofundoplikatsiya bilan. Operativ davodan keyin 6-12 oydan keyin bemor qayta tekshiruvdan o'tkaziladi, radikal davo olmagan bemorlar 1 yilda 3-4 marta tekshiriladi.

### **QIZILO'NGACH XALAZIYASI.**

Ezofagit reflyo'qsi - Qizilo'ngach I kasalligi bo'lib, oshqozondagi ovqat massaning qaytadan Qizilo'ngach I ga qaytishi bilan harakterlanadi. Evropa va Shimoliy Amerika klinitsistlar bu kasallikni «reflyo'qs kasalligi» yoki to'liq «gastro-ezofagal-reflyo'qsli kasallik» deb





Rasm 14

yuritadilar (Rasm 14). Shunday qilib, ezofagit reflyo'qsi bu – reflyo'qs kasalligining bir simptomidir. Reflyo'qs kasalligi hozirgi davrda polietiologik kasallik hisoblanadi, shunga qaramay kasallikning asosiy belgisi oshqozondagi ovqat maxsulotlarning Qizilo'ngach Iga qayta tushishidir. Normal fiziologik xollarda antireflyo'qs barerlar mavjud bo'ladi, bularga pastki Qizilo'ngach I sfinkteri, Gisning o'tkir burchagi, Qizilo'ngach I - diafragmal boylam (Laymer membranasi); diafragma oyokchalari. Oshqozon Qizilo'ngach I

reflyo'qsida - xalaziya yoki kardiyaning funktsional yetishmovchiligi, antireflyo'qs barer yetishmovchiligi katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari Qizilo'ngach Idagi chandiklar ham kardiya yetishmovchiligini keltirib chikaradi (ximik qo'yishdan, Qizilo'ngach Ida operatsiya).

Shunday qilib, kuch agressiyalar va ximoya o'rtasida balans buzilsa, kuch agressiya ustun bo'lsa Qizilo'ngach I reflyo'qsi kelib chiqadi. Klinika: Eng ko'p uchraydigan belgilardan, doimiy qayt qilish, kyokirish, havotirma, ishtaxa pasayishi, anemiya, vazn kamayishi, uxlaganda ko'p terlash «xul yostik simptomi», kusik massalarda qon izlarining mavjudligi, bo'lib hisoblanadi. 50% ziyod xollarda qayta pnevmoniya, bronxitlar rivojlanadi. Katta yoshli bolalar kyokirdak aynishiga epigastral soxada og'riqqa yoki tush ortida og'riqqa, ogzida achchik ta'mni sezishga shikoyat qiladi. Yazvali ezofagit oqibatida chandiklanib stenoz rivojlanishida - disfagiya, suv-ovqat qusish va tezda tana massaning yo'qolishi kuzatiladi.

Diagnostika. Rentgenologik va endosqopik tekshirish diaqnoz qo'yishda muhim ahamiyatga ega. Rentgen tekshirish (bariy sulfat bilan) bemor yotgan holda amalga oshiriladi. Bunda kardiya yetishmovchiligi, oshqozon qismining kolbasasimon kengayishi kabi belgilar kurulishi mumkin. Endosqopik tekshiruvda ezofagit aniqlanadi, kardiyaning ochik bo'lishini ko'ramiz.

Davolash. Qonservativ terapiyadan foydalanish ular - medikamentoz va nomedikamentoz turlarga bo'linadi. Nomedikamentoz turlarga - dietoterapiya misol bo'ladi.

## ELEFANT SINAMASI

- ko`rsatmalar: qizilo`ngach atreziyasiga shubxa qilinganda;
- zaruriy asbob uskunalari va dori-darmonlarni tayyerligi tekshiriladi: salfetkalar, shariklar, spirt, ingichka uretral kateter, 20.0 ml shprits;
- qullar oqar suvda sovun bilan yuviladi, sachoq bilan artiladi, spirt bilan surtiladi;
- bolani kuruv stoliga elkasi bilan yotqiziladi;
- chap qul bilan bolani boshi ushlab turiladi, o`ng qul bilan kateter burun orqasi kiritiladi;
- kateter burun, og`iz, xalqum orqali qizilo`ngach ka o`tkaziladi, 6-8 sm chuqurlikga kirib, qizilo`ngach ni kur tugagan qismiga borib qadaladi;
- shprits yordamida shilliq surib olinadi;
- kateter orqali 20.0 ml shprits yordamida havo yuboriladi, bu havo shovqin bilan og`iz va burundan qaytib chiqadi;
- ELEFANT sinamasi musbat;
- kateter syokinlik bilan chiqarib olinadi.

## OSHQOZONNI ZONDLASH

- zarur bo`ladigan asboblari va dori moddalarni tayyerligi tekshiriladi: salfetkalar, shariklar, spirt, oshqozon zondi;
- kullar okar suvda sovun bilan yuviladi, sachok bilan artilib, spirt bilan surtiladi;
- bemor kuruv stoliga elkasiga etqiziladi;
- oshqozon zondini zaruriy uzunligi ulchanadi burundan tush suyagining xanjarsimon o`simtasigacha bo`lgan masofa;
- bolani boshini chap qul bilan ushlanadi, o`ng qul bilan oxista kateter bolani chap burun katagi orqali kiritiladi;
- kateter uchi burun, og`iz, qalqum va qizilo`ngach orqali o`tib, oldindan belgilangan uzunlikda oshqozonga to`shadi;
- kateter orqali oshqozon maxsuloti chiqa boshlaydi;
- zaruriy muolaja bajarilgach kateter syokinlik bilan chiqarib olinadi.

## OSHQOZONNI YUVISH

Ko`rsatma:

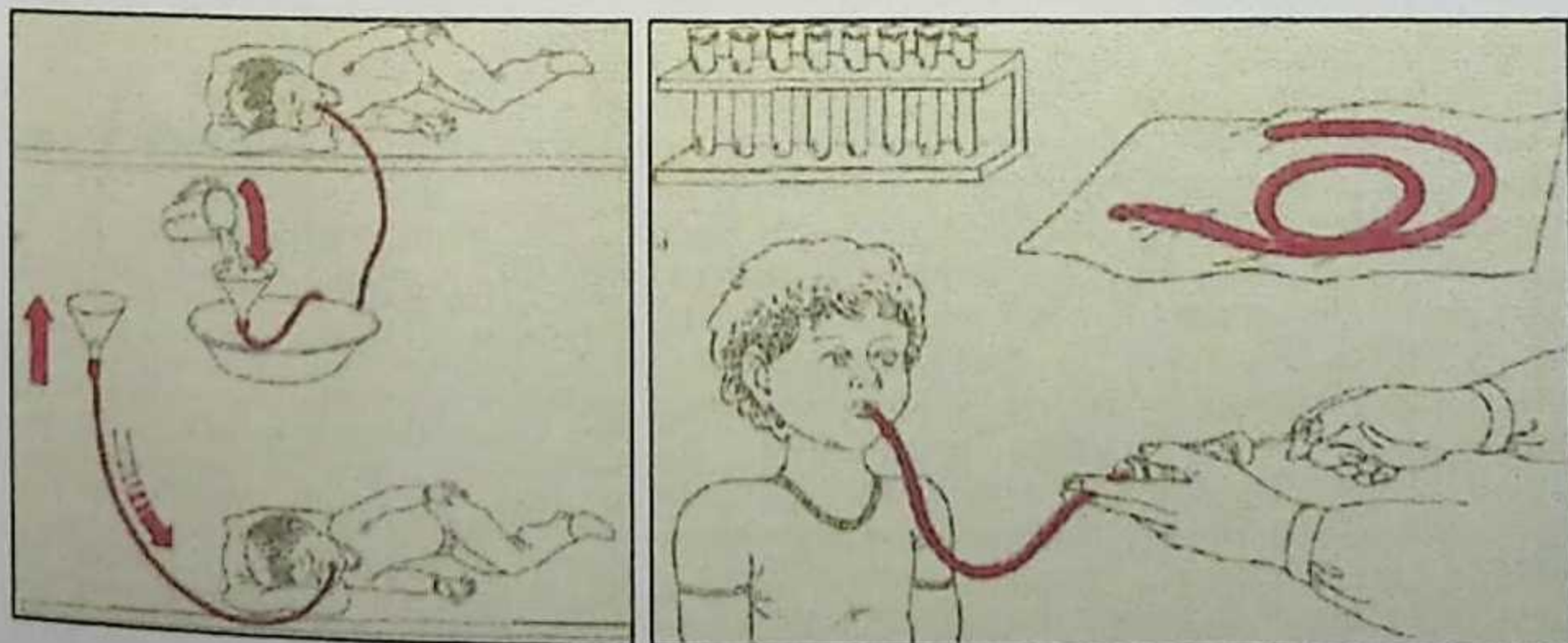
1. Davolash maqsadida.
2. Diagnostika maqsadida.
3. Oshqozondan sifatsiz ovqatlarni yuvib tashlash.
4. Organizmga zaharli ximikatlarni og'iz orqali oshqozonga tushganda.
5. Dori vositalari bilan zaharlanganda.
6. Bakteriya toksinlari bilan zaharlanganda.
7. Zaharli o'simliklar bilan zaharlanganda (kuziqorin v.b.k.).

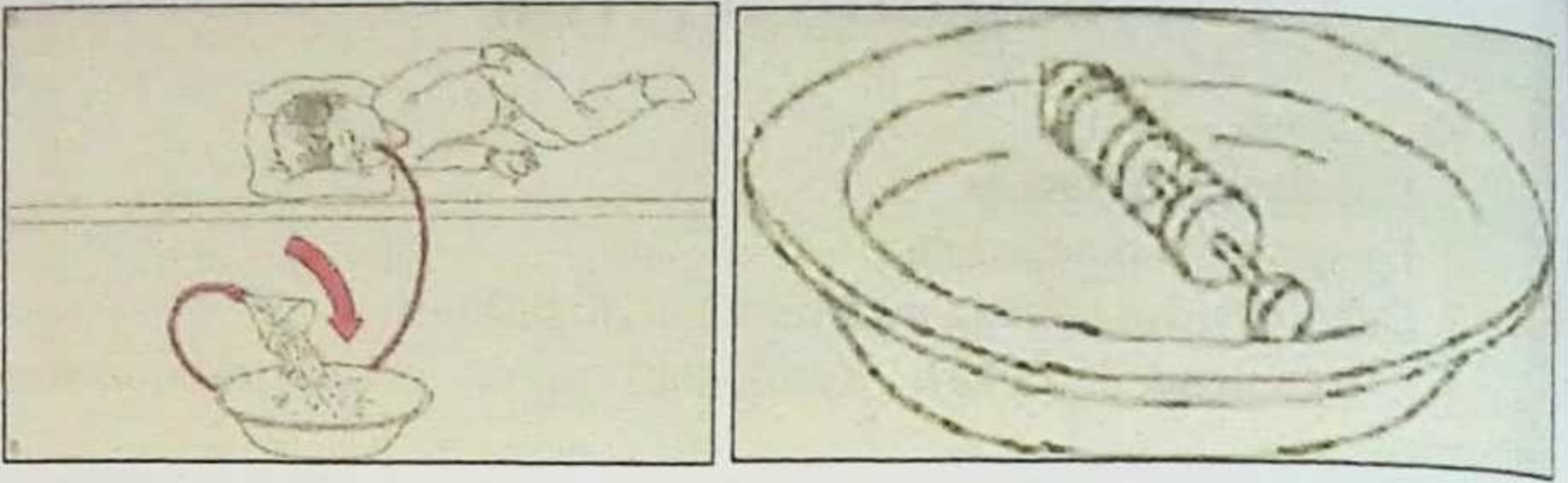
Tayorlash:

- bemor bolaning ota onasiga bo'ladigan muolaja xakida tushuntirish.

Kerakli sharoit va instrumentlar va dori vositalari:

1. Muolaja xonasi.
2. Kushetka yoki chaqaloq yurgaklaydigan stol.
3. Oshqozonni yuvish uchun kerakli suyuqliklar (suv, 2 % bikorbanat natriy eritmasi yoki permangant kaliyning och pushti rang eritmasi va ko`rsatmaga asosan antidot eritmalar).
4. Qalin zondlar har xil razmerdagi va har xil diametrdagi (kata yoshdagi bolalar uchun 70-100 sm. li diametri 10-12 mm., Ko`krak yoshdagi bolalar uchun 3-5 mm. li zondlar).
5. Shishali shprints (20 gr.)
6. Voronka.
7. Togora.
8. Vazelin malhami.





## KLASTER

(Klaster - to`tam, boqlam, quncha)

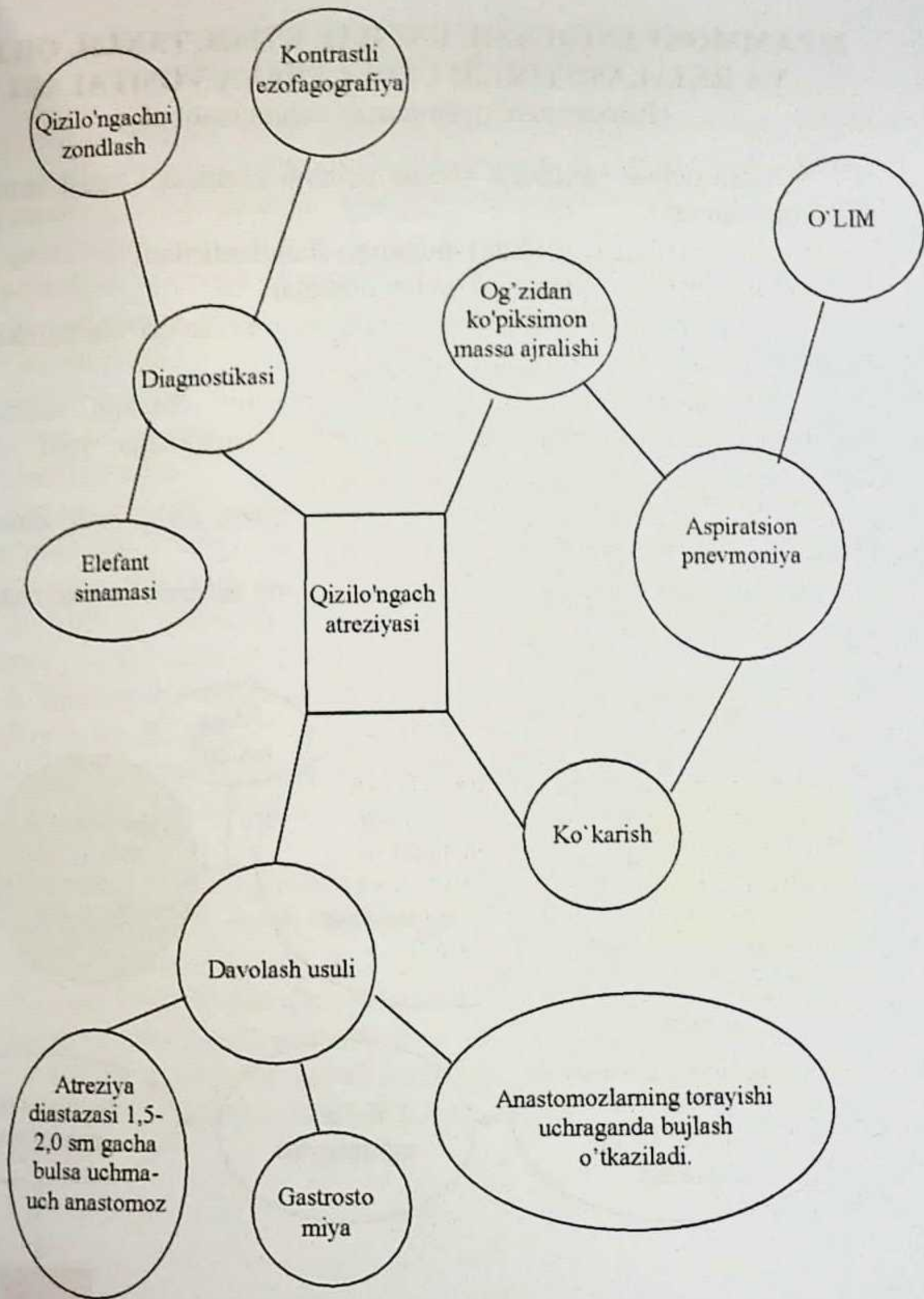
Ma'lumot haritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstito`tsiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida qoyalarni yiqish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o`ylash va shaxsiy fikrlarni bemaolol bayon etish uchun sharoit yaratadi) Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo`yicha fikrlash jarayonida yangicha assotsiatsiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

Kalit so`zlar bilan assotsiatsiya bo`yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo`ldoshlar" yoziladi - ushbu mavzu bilan aloqador so`z yoki so`z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so`zga boqlaniladi.

Ushbu "yo`ldoshlar" da "kichik yo`ldoshlar" qam bo`lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki qoya yo`qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta koqoz varaqi markazida kalit so`zlar 1 - 2 so`zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Muloqazalar uchun klasterlar almashtiriladi.



## MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI (Patogenezni tushuntirish uchun maqbul.)

«Nima uchun» sxemasi «Nima uchun» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

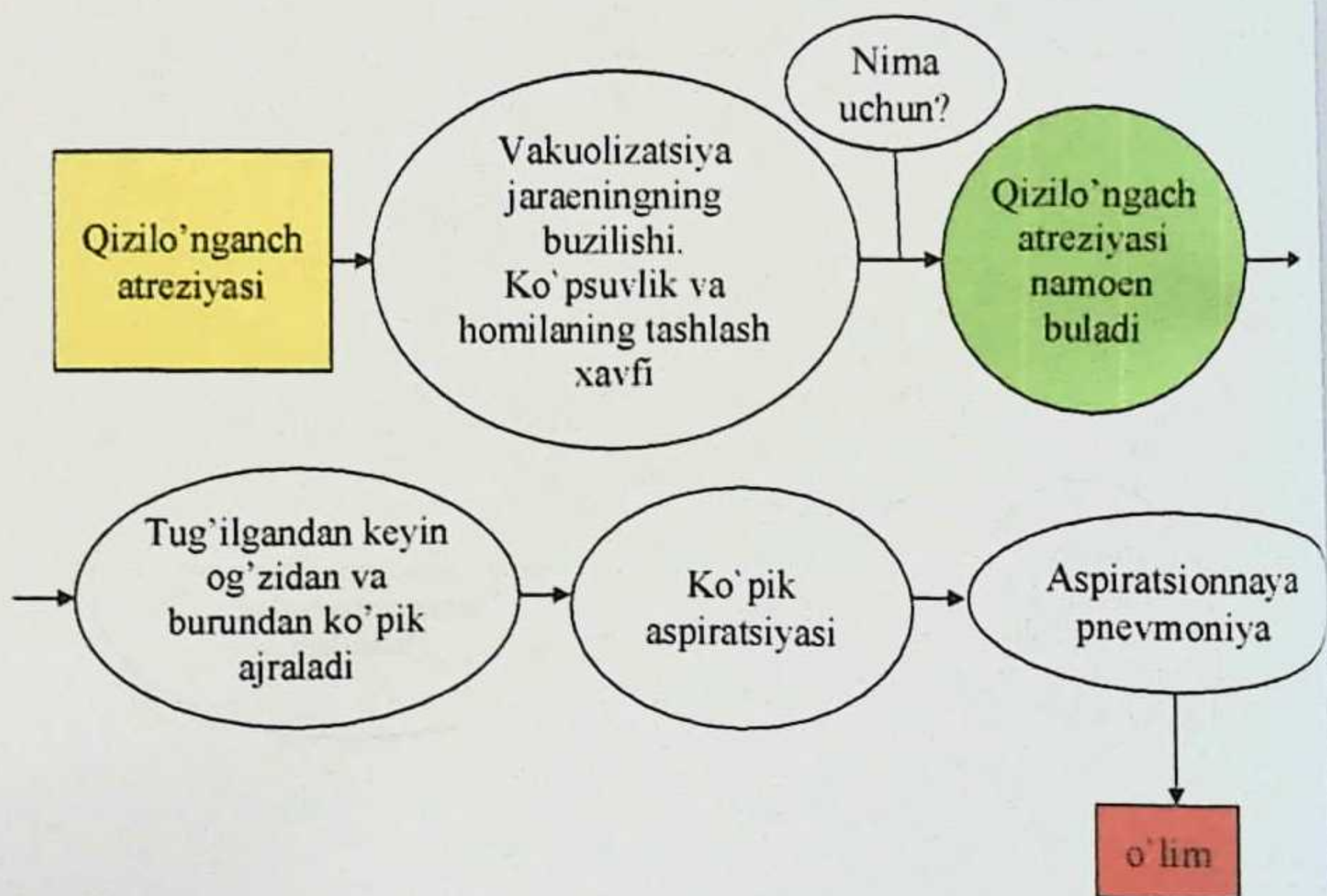
«Nima uchun» sxemasini tuzish qoidalari.

1. qanday piktogrammadan: aylana yoki to'qri turtburchakdan foydalanishingizni izingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxema - zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) izingiz tanlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yo'nalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha.

Qizilo'ngach atreziyasi kasalligidagi nima uchun o'lim ko'rsatgichi ko'payadi



**Izox:** 2-ilovaga qaralsin.

**«Qanday» diagrammasini qurish qoidalari:  
(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Ko'p xollarda sizga muammolarni xal etishda «Nima qilish kerak» xaqida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak» qabilida bo'ladi. «qanday» - muammoni qal etishda asosiy savol qisoblanadi.

«qanday» ierarxiya diagrammasi muammo xaqida Butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imkon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda qanday» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imkoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham urgasasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ruyxatiga mos keladi.

2. Uylamay, baholamay va ularni uzaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

3. Diagramma xech qachon tugallanmaydi: o'nga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

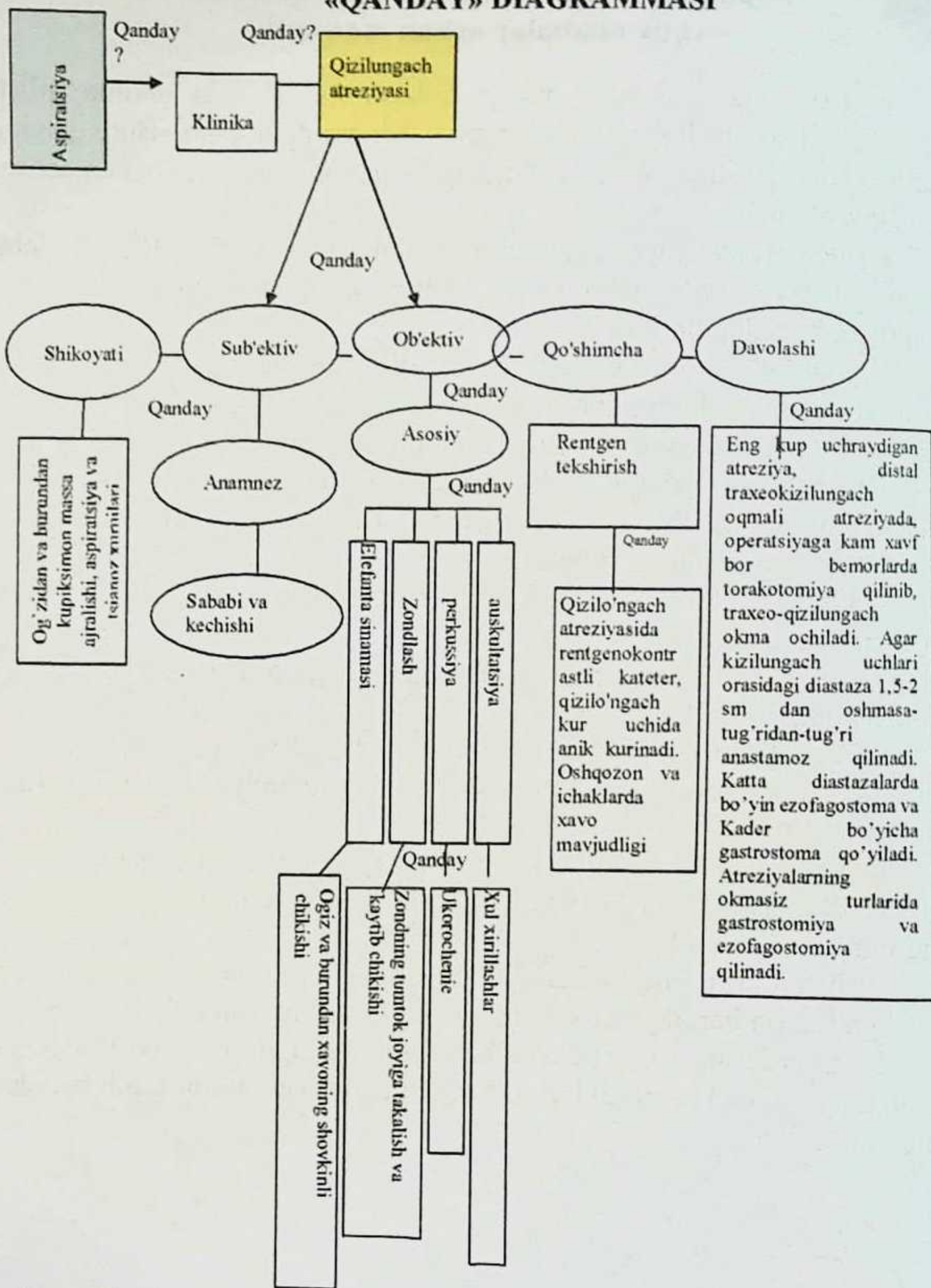
4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni xal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni uzingiz xal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda to'ting:

nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo echimlarini topishga imkon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo echimini topib berishni kafolatlaydi.

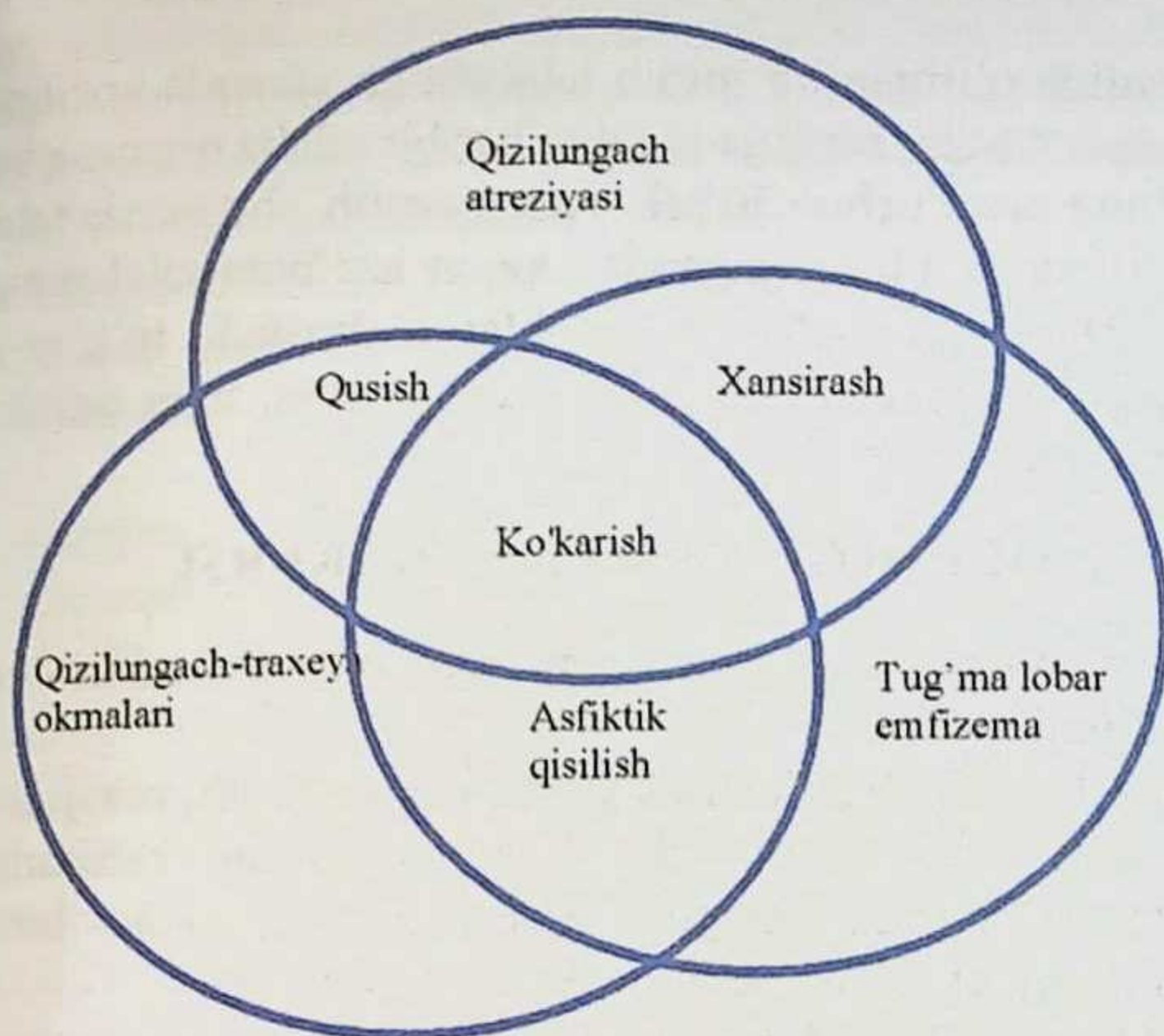
## «QANDAY» DIAGRAMMASI



Venn diagrammasi echimi : Mazkur holatda uchallasiga o'xshashlik - qusish;

Izo: 2- tasiga o'xshashlik : xansirash yoki ko'karish ... va xakozo.





**„QOR TO'PLASH USULI”** uslubi - kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga taallukli. Ushbu uslub bo'yicha ikki guruh talabalari bitta savol yoki masalani yechadi, to'g'ri va to'liq javob bergan talabaga qor to'plash usulida ball qo'yiladi. Ko'p ball to'plagan talabaga a'lo baho qo'yiladi.

Ushbu uslub o'quv jarayonini tezlashtiradi, uning muhimligi o'tgan va yangi o'quv informatsiyasini mustahkamlashdan iborat.

### **“QOR TO'PLASH USULI”**

#### **USLUBINING BOLALAR XIRURGIYASIDA QO'LLANILISHI**

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta'lim muassasalarida 4 kurs pediatriya va 5 kurs davolash fakultetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiy simptomatikasini o'rganishidan boshlanadi. Differentsial diagnostika, davolash, reabilitatsiya va dispanser nazorat masalalari ko'rilishi, yuqori kurslarda o'rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o'quv jarayoniga interaktiv formada qo'llash - „qor to'plash usuli” uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o'zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallash uchun zarur hisoblanadi.

## **INTERAKTIV O'YIN «DAVRA STOLI»**

Stol atrofida o'tirgan bir guruh talabalarga varaqda yozilgan savol o'rtaga qo'yiladi, va shu savolga javobni har bir talaba o'zining varag'iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. o'YIN tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi kurilib, baholanadi: noto'g'ri javoblar o'chiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o'YINni ham yozma, ham ogzaki tarzda o'tkazish mumkin.

## **«QOPDAGI MUSHUK» KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri - «qopdagi mushuk» konkursidir.

Bu usul talabaning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, ukitish intensevligini oshiradi, yangi informatsiyalarni mustaxkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab quyadi. Konkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida konsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talablari e'lon qiladi.

## **«STOL O'RTASIDAGI RUCHKA» konkursning uslubi.**

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus kopchaga solib oldindan tayyorlab kuyadi. Konkurs katnashchilari kopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabaning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida konsultant to'plagan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talabalar e'lon qiladi.

## **«UCH POG'ONALI SUXBAT» USULIDA**

„Uch pog'onali suxbat“ uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga taalluqli. Ushbu uslub bo'yicha ishlash uchun 3 kishilik

guruhlar tuzish, birbiriga ishonchni o'ratish, ochik muxomaga tuskinlik bulaetgan psixologik bosimni engish, vaqtini belgilash shart. Har bir guruhda „vrach“, „bemor“, „ekspert-VOP“ rollari taksimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yoki talaba „ekspert-VOP“ rovida bo'lishi mumkin. „Bemorga“ xirurgik kasallik nomi aytiladi va talaba ogzaki yoki ezma ravishda malumot berishi kerak. „Vrach“ berilgan malumotlarga qarab to'g'ri diaqnoz qo'yishi kerak, „ekspert-VOP“ - ishning to'g'riligini baholaydi. Guruh ishtirokchilarini ishini baholanishi uch bo'limda eziladi:

1. nima to'g'ri kilindi;
2. nima noto'g'ri kilindi;
3. qanday qilish kerak edi.

Xamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida har bir guruh uz qonsultatsiyasini ekspert xulosasi bilan namaysh etadi. Boshqa variant - talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xakqoniy qonsultatsiyasida Butun guruh va pedagog muqonama qiladilar.

#### USULNING UMUMIY XOLATI

«Slaboe zveno» interaktiv O'YINI quyidagi usulda o'tkaziladi. Ma'sul assistent har bir mavzu bo'yicha 30-50 savollarni oldindan tayyorlab qo'yadi. Savollar qisqa, konkret bo'lishi lozim, va ularga kutilayotgan javob 5-15 sekundni talab qilish kerak. Bir guruh talabalari yarim doira bo'yicha saf tortadi, ularning eniga, ballarni ruyxatga olish uchun guruh assistenti joylashadi. Ma'sul assistent studentlarni O'YIN qoidalari bilan tanishtirib chiqadi. Savol berilgandan so'ng, student uni qaytarmasdan 3 sekund ichida javob berishni boshlash lozim. Agar student savolga javob berishni boshlamasa, eski noto'g'ri javob berishni boshlasa keyingi savol boshqa studentga beriladi. Shunday qilib bir mavzuga tegishli savollarni berib bulgach, keyingi mavzu savollariga o'tiladi. Har bir savolga berilgan javob 3 ballik sistema bilan baholanadi. To'liq to'g'ri javob - 3 ball, to'g'ri, leykin noto'liq javob uchun - 2 ball, noto'g'ri javob, yoki javob bermasa - 0 ball. O'YIN oxirida ballar yigilib, ularning o'rtachasi sanalib studentlarga e'lon qilinadi.

#### INTERAKTIV O'YINLAR SAVOLLARI:

- 1) Bolalarga Qizilo'ngach I atreziyasini 5 xil ko'rinishini ko'rsating:

- yuqori qismi kur tugab, pastki qismi traxea bilan aloqador bo'ladi, yuqori qismi traxea bilan aloqa qilib, pastki qismi kur tugaydi. Ikkala uchi ham kur tugaydi, ikkala uchi ham traxea bilan aloqada bo'ladi
- 2) Qizilo'ngach I atreziyasini klinik belgisini ko'rsating
  - burun va og'izdan ko'piksimon ajralma kelishi
- 3) Qizilo'ngach I arteriyasini diagnostikasi
  - Qizilo'ngach I ni zondlash, rentgenologik tekshirish
- 4) Qizilo'ngach I kateter orqali havo kiritilganda, og'iz va burunda shovkin chiqishi qanday simptom deyiladi
  - Elefant simptomi
- 5) Qizilo'ngach I atreziyasida to'g'ri anastamoz qo'yish uchun diastaz o'lchami nechaga teng bo'lishi kerak
  - 1,5 x 2,0 dan kichik
- 6) Qizilo'ngach I distal qismini me'da shilliq qavati bilan qoplanishi nima deyiladi
  - tug'ma kalta Qizilo'ngach I
- 7) Tug'ma kalta Qizilo'ngach I o'tkazuvchanligi tekshiruvchi usul
  - qontrastli rentgenografiya, ezofagoskopiya
- 8) Qizilo'ngach I kardial qismi o'tkazuvchanligi buzulishi o'sha soxada organik to'siqqa bog'liq bo'lmagan buzilish nima deyiladi
  - Qizilo'ngach I axializiyasi
- 9) Qizilo'ngach I axializiyasida asosiy 2 ta klinik simptomini ko'rsating
  - regurgitatsiya va disfagiya
- 10) Qaysi kasallikda qusish, hayotining birinchi kunlarida ovqatlantirilganda ko'pincha yotgan holatda, kyokirgan yoki ishlaganda kuzatiladi
  - Qizilo'ngach I xalaziyasi
- 11) Qizilo'ngach I atreziyasini ko'p uchraydigan formasini ko'rsating
  - yuqori uchi kur tugaydi, pastki traxea bilan aloqada bo'ladi
- 12) Qizilo'ngach I axializiyasida qaysi operatsiya o'tkaziladi
  - Xeller operatsiyasi
- 13) Tug'ma kalta Qizilo'ngach I ga qaysi operatsiya o'tkaziladiq
  - Nissen operatsiyasi yoki Kanshin bo'yicha fundoplastika

## VAZIYATLI MASALALAR

1. Klinikaga 8 yoshli bola ota-onasining so'zicha, bolada tez-tez qusishning bo'lishiga, kusik massasida qonning bo'lishiga, bolani teri

qoplamlarining oqara borishiga va aniqlab ketish belgilari kuzatilmoqda. Bola ovqatlanishining buzilishi, disfagiya, regurgitatsiya alomatlari bor. Ezofagoskopiyada Qizilo'ngach Ining pastki qismida oshqozonning shilliq pardasi, hamda o'tish qismida fibrinoz qobiqlar, eroziya, yaralar topildi.

- 1) Sizning diagnozingiz
- 2) Qaysi kasalliklardan farqlash kerak
- 3) Davolash taktikangiz

2. Bir oylik bolani tekshirganda o'ng tomonda nafasning yo'qligi, perkusiyada tumtoqlik, kuks oralig'i organlarning to'liq o'ng tomonga siljishi aniqlandi. Bronxoskopiyada o'ng asosiy bronx kur tugagan.

- 1) Sizning diagnozingiz
- 2) Qaysi kasallikdan farqlash kerak
- 3) Davolash taktikasi

3. 1 kunlik chaqaloqda ko'piksimon qusish paydo bo'ldi. Terida ekximozga o'xshash qon quyo'lishlar aniqlanadi. Keyinroq qora qonli ezilish boshlandi. Teri rangi juda oq., emishi susaygan. Laboratoriya analizlarida kam qonlik va protrombin vaqtini o'zgarishi aniqlandi.

- 1) Sizning diagnozingiz - 2 ball
- 2) Qaysi kasallik bilan farqlash kerak- 2 ball
- 3) Davolash taktikasi - 1 ball

4. 3- yoshli bola pnevmoniya bilan yotgan edi. Axvoli birdaniga yomonlashib, yo'tal, xansirash paydo bo'ldi. Nafasi qisadi, teri qatlamida ko'karish paydo bo'ldi. Perkussiya kelganda yurak o'ng tomonga siljigan. o'pkaning chap yuqori qismida timpanit, pastki qismida perkussiyada tumtoqlashish, o'sha tomonda nafas eshitilmaydi.

- 1) Sizning diagnozingiz- 2 ball
- 2) Tekshirish usuli- 2 ball
- 3) Davolash taktikasi- 1 ball

### **O'Z-O'ZINI SINASH UCHUN TESTLAR:**

1. Qizilo'ngach I ikkala uchi ham kur tugaganda umumiy rentgengrafiyada nima ko'rinadi:
  - a) ko'p mayda Kloyber kosachalari;
  - b) ikkita katta Kloyber kosachalari;
  - v) qorin soxasida go'ng zona bo'lishi;
  - g) ichaklar pnevmatozi;

- d) oshqozon soxasida ko`p gaz bo`lish
2. Qizilo`ngach I atreziyasi yuqori Qizilo`ngach I -traxea oqmasida rentgenologik ko`rinish:
- a) ko`p mayda Kloyber kosachalari;
  - b) ikkita katt Kloyber kosachalari;
  - v) qorin soxasida go`ng zona bo`lishi;
  - g) ichaklar pnevmatozi;
  - d) oshqozon soxasida ko`p gaz bo`lish
3. Qizilo`ngach I atreziyasi pastki Qizilo`ngach I -traxea oqmasida rentgenologik ko`rinish:
- a) ko`p mayda Kloyber kosachalari;
  - b) ikkita katt Kloyber kosachalari;
  - v) qorin soxasida go`ng zona bo`lishi;
  - g) ichaklar soxasida pnevmatozi;
  - d) oshqozon soxasida ko`p gaz bo`lish
4. Qizilo`ngach I atreziyasi yuqori Qizilo`ngach I -traxea oqmasida rentgenologik ko`rinish:
- a) ko`p mayda Kloyber kosachalari;
  - b) ikkita katt Kloyber kosachalari;
  - v) qorin soxasida go`ng zona bo`lishi;
  - g) ichaklar pnevmatozi;
  - d) Kloyber kosachalari bilan birga qorin bo`shlig`ida erkin gaz.
5. Chaqaloqlarda Qizilo`ngach I atreziyasini tasdiklovchi eng ishonchli tekshirish usuli:
- a) ob'ektiv ko`rik;
  - b) rentgen qontrastli tekshirish;
  - v) laboratorik tekshirish;
  - g) ultratovushli tekshirish;
  - d) Ko`krak qafasining umumiy rentgen tasviri.
6. Qaysi kasallikda kusik tarkibida oshqozon koldiklari bo`ladi:
- a) Qizilo`ngach I axialaziyasi;
  - b) Qizilo`ngach I xalaziyasi;
  - v) Qizilo`ngach I atreziyasi;
  - g) Qizilo`ngach Ining tug`ma torayishi;
  - d) Qizilo`ngach Ining chandikli torayishi.
7. Qizilo`ngach I atreziyasining eng asosiy va barvaqt paydo buluvchi belgsi:
- a) yo`talish;

- b) ko'karish;  
 v) tug'ilgandan boshlab qusish;  
 g) og'iz va burundan ko'pikli ajralma kelishi;  
 d) tana haroratini ko'tarilib turishi.
8. Qizilo'ngach I xalaziyasiga xos belgi:  
 a) fontansimon qusish;  
 b) epigastral soxada shish bo'lishi va doimiy og'riq;  
 v) gorizontol holatda, yiglaganda va bezovtalikda qusish;  
 g) iste'mol qilgan ovqatni o'zgarmagan holda qusish  
 d) qon aralash qusish
9. Oshqozonga qontrast modda kiritib, Trendelenburg holatida rentgen tekshirish o'tkazganda, qontrast Qizilo'ngach Iga qaytib chiqishi qaysi kasallikni tasdiqlaydi:  
 a) Qizilo'ngach I ni tug'ma kaltaligini;  
 b) Qizilo'ngach I axalaziyasini;  
 v) Qizilo'ngach I xalaziyasini;  
 g) pilorostenozin;  
 d) Qizilo'ngach I ni tug'ma torayishini.
10. Qizilo'ngach I axalaziyasida qusish harakteri:  
 a) ko'p marta o't aralash qusish;  
 b) ko'p marta qon aralash qusish;  
 v) bola yig'lagan va bezovta bo'lgan vaqtda qusish;  
 g) ovqatni o'zgarmagan holda qusish;  
 d) «fontansimon» qusish.
11. Qizilo'ngach I ning tug'ma stenoza da klinik belgilarning ro'yobga chiqishi ko'proq qaysi faktorga bog'liq:  
 a) qisqargan joyning anatomik o'rmiga;  
 b) toraygan joyning uzunligi;  
 v) torayish darajasiga;  
 g) yo'ldosh kasalliklarga;  
 d) bolaning yoshiga.
12. Qizilo'ngach I xalaziyasini aniqlash uchun rentgen qontrastli tekshirish o'tkazish vaqtida bemorning to'g'ri holati:  
 a) gorizontol;  
 b) vertikal;  
 v) Fovler holati;  
 g) Trendelenburg holati;  
 d) oyog'ini yuqoriga qilib.

13. Qizilo'ngach I atreziyasi bilan tug'ilgan chaqaloq qorin bo'shlig'i umumiy rentgen tasvirida ichaklarda havo bo'lishi nimani bildiradi:
- Qizilo'ngach I atreziyasini oqmasiz to'rini;
  - yuqorigi Qizilo'ngach I -kyokirdak oqmasi borligini;
  - pastki Qizilo'ngach I -kyokirdak oqmasi borligini;
  - Qizilo'ngach I ageneziasini;
  - Qizilo'ngach I aplaziasini.
14. Pastki traxea-Qizilo'ngach I oqmasi bo'lgan chaqaloqni transportirovka vaqtidagi to'g'ri holati:
- o'ng yonboshda;
  - chap yonboshda;
  - vertikal holatda;
  - gorizontal holatda;
  - bemor holatini ahamiyati yo'q.
15. Qizilo'ngach I atreziyasi bilan tug'ilgan bolani operatsiya qilish uchun Qizilo'ngach I segmentlari oraidagi masofa qanchagacha bo'lishi kerak.
- 0,5 sm.gacha;
  - 1 sm.gacha;
  - 1,5 sm.gacha;
  - 2 sm.gacha;
  - 2,5 sm.gacha;
16. Qizilo'ngach I atreziyasining eng og'ir asoratlardan biri:
- destruktiv zotiljam;
  - ichak to'tilishi;
  - yurak qon-tomir yetishmovchiligi;
  - aspiratsion zotiljam;
  - oshqozon-ichaklardan qon ketish.
17. Qizilo'ngach I ning tug'ma stenozini davolashni optimal usuli:
- spazmolitiklarni qo'llash;
  - operativ davolash;
  - bujlar yordamida kengaytirish;
  - vagotomiya;
  - lazeroterapiya.
18. Qizilo'ngach I atreziyasida o'tkazuvchanlik qaysi joyda buziladi:
- Qizilo'ngach I kardial qismida;
  - 1-fiziologik torayishda;



- v) 2-fiziologik torayishda;  
 g) 1 va 2 torayishlarda;  
 d) Qizilo`ngach Ining barcha bo`limlarida.
19. Qizilo`ngach Ining tug`ma nuqsonlaridan qaysi biri ko`p uchraydi:  
 a) aloxida traxea-Qizilo`ngach I oqmasi;  
 b) Qizilo`ngach I aplaziyasi;  
 v) Qizilo`ngach I atreziyasining oqmasiz turi;  
 g) Qizilo`ngach I atreziyasini pastki Qizilo`ngach I-traxea oqmasi turi;  
 d) Qizilo`ngach I atreziyasini yuqori Qizilo`ngach I-traxea oqmasi turi;
20. Qizilo`ngach I atreziyasida qaysi tekshirish usulini qo`llash mumkin emas:  
 a) qontrastli rentgenografiya;  
 b) ezafagosqopiya;  
 v) Qizilo`ngach Iga rezina kateter kiritib rentgen qilish;  
 g) traxeobronxosqopiya;  
 d) Qizilo`ngach Iga rezina kateter kiritib, havo yuborish.
21. Qizilo`ngach I atreziyasida yuqori segmentga qontrast yuborib rentgen qilganimizda nima aniqlanmaydi:  
 a) Qizilo`ngach I atreziyasini uzunligi;  
 b) Qizilo`ngach I atreziyasini shakllari;  
 v) o`pkadagi yallig`lanish belgilari;  
 g) traxea-Qizilo`ngach I oqmasi kengligi;  
 d) pastki traxea- Qizilo`ngach I atreziyasi bo`lganda ichaklarda havo bor-yo`qligi.
22. Qizilo`ngach I atreziyasi bilan tug`ilgan chaqaloqni bolalar jarroxligi bo`limiga o`tkazishdan oldin qaysi tadbir shart emas:  
 a) vikasol tavsiya qilish;  
 b) antibiotiklar qilish;  
 v) chaqaloqni transportirovka kuveziga joylashtirish;  
 g) axlatni olish;  
 d) sulak aspiratsiyasi bo`lmasligi uchun Qizilo`ngach I yuqori segmentiga rezina nay o`rnatish.
23. Agarda yangi tug`ilgan chaqaloq birinchi emizishdan so`ng kussa, Qizilo`ngach I atreziyasi borligini bilish uchun nima qilish kerak:  
 a) ichaklarni qontrastli tekshirish;  
 b) qorin bo`shlig`i auskultatsiyasi;

- v) bolani vertikal holatda qayta emizish;
  - g) Ko`krak qafasini obzor rentgenografiyasi;
  - d) oshqozonga zond o`tkazish.
24. Qizilo`ngach I atreziyasi gumon kilinsa uni aniqlash uchun o`tkazilishi zarur bo`lgan eng oddiy va imkoniyatli usul:
- a) Qizilo`ngach Ini qontrastli rentgenografiyasi;
  - b) oshqozonga zond o`tkazish;
  - v) qorin bo`shlig`ini obzor rentgenografiyasi;
  - g) ezofagosqopiya;
  - d) ko`krak qafasini ultratovushli tekshirish.
25. Elefant sinamasini o`tkazish uchun zond orqali nima yuboriladi:
- a) havo;
  - b) suv;
  - v) qontrast moda;
  - g) antiseptik eritma
  - d) vodorod peroksidi.
26. Qizilo`ngach I atreziyasini paydo bo`lish sabablaridan biri:
- a) embrional davrda Qizilo`ngach Ini qon bilan ta'minlanishini buzilishi;
  - b) birlamchi Qizilo`ngach I trubkasini paydo bo`lishini buzilishi;
  - v) vakuolizatsiya jarayonini buzilishi;
  - g) qo`shni a'zolari xosil bo`lishini buzilishi;
  - d) tugruqni noto`g`ri olib borilishi.
27. Yangi tug`ilgan chaqaloqlarda Qizilo`ngach Ini qontrastli tekshirish uchun qaysi qontrast moda ishlatiladi:
- a) bariy sulfat;
  - b) yodolipol;
  - v) indigokarmin;
  - g) brilliant yashili;
  - d) metil kuki.
28. Qizilo`ngach Ini ximik qo`yishida klinik belgilarni namoyon bo`lishi qaysi omilga bog`liq emas:
- a) ximik moddaning turiga;
  - b) moddaning miqdoriga;
  - v) moddaning qontsentratsiyasiga;
  - g) sutkaning vaqtiga
  - d) ta'sir muddatiga.

29. Qizilo'ngach I atreziyasining eng ko'p uchraydigan turi:  
a) ikkala uchi ham kur tugaydi;  
b) yuqori uchi traxeaga ochilib, pastki uchi kur tugaydi;  
v) yuqori uchi kur tugab, pastki qismi traxeaga ochiladi;  
g) ikkala uchi ham traxeaga ochiladi;  
d) Qizilo'ngach I traxeaga ochilib, ikkalasi yaxlit devorni tashkil qiladi.
30. Qizilo'ngach I embrional rivojlanish davrida nimadan xosil bo'ladi:  
a) o'pka to'qimasidan;  
b) birlamchi ichakning kranial qismidan;  
v) o'rta ichakdan;  
g) yuqori nafas yo'llari to'qimasidan;  
d) mediastinal tomirlardan.
31. Qizilo'ngach I qo'yishiga gumon bor bemorni necha kundan keyin diagnostik ezofagosqopiya qilish mumkin:  
a) 1-2 kun;  
b) 3-4 kun;  
v) 5-6 kun;  
g) 10 kun  
d) 12 kun.
32. Qizilo'ngach I yangi kuygan vaqtda uni kengaytirish uchun qaysi usul samaraliroq;  
a) «kur-kurona»  
b) ezofagoskop orqali;  
v) ip orqali;  
g) retrogradli;  
d) kengaytirish kerak emas.
33. Qizilo'ngach I qo'yishida ezofagosqopiya vaqtida uning shilliq pardasini bir oz shishgani va qizarishi aniqlandi.  
Qaysi darajali qo'yish bo'ladi:  
a) engil;  
b) o'rtacha;  
v) og'ir;  
g) juda og'ir;  
d) qo'yish yo'q.
34. Qizilo'ngach I qo'yishida ezofagosqopiya vaqtida qizarish, ko'rinarli darajada shish va fibrinli qoplama aniqlandi.  
Kuyish darajasini aniqlang:

- a) engil;
  - b) o`rtacha;
  - v) og`ir;
  - g) qo`yish yo`q;
  - d) I-II daraja.
35. Qizilo`ngach I qo`yishida ezofagosqopiya vaqtida aylana shakldagi fibrinli qoplama bor. Fibrinli qoplama ko`chirilganda Qizilo`ngach I devori qonaydi. Kuyish darajasini aniqlang:
- a) engil;
  - b) o`rtacha;
  - v) og`ir;
  - g) qo`yish yo`q;
  - d) I-II daraja.
36. Qizilo`ngach I atreziyasida R-logik tekshirish vaqtida qontrast modda miqdori:
- a) 1 ml;
  - b) 2 ml;
  - v) 3 ml;
  - g) 4 ml;
  - d) 5 ml;
37. Qaysi nuqsonli rivojlanishlarida «o`pkaga yo`tayapti, oshqozonga nafas olayapti» tushunchasi to`g`ri keladi:
- a) Qizilo`ngach I xalaziyasi;
  - b) Qizilo`ngach I alaziyasi;
  - v) Qizilo`ngach I atreziyasi;
  - g) Qizilo`ngach I ikkilanishi;
  - d) Qizilo`ngach I torayishi.
38. Qizilo`ngach I ni qontrastli tekshirishda uni qontrast moddani noteks bo`lishi (defekt napolneniya) qaysi kasallik uchun xos:
- a) axalaziya;
  - b) atreziya;
  - v) oshqozon yarasi
  - g) paraezafageal churralar;
  - d) portal gipertenziya.
39. Shtamma-Kader operatsiyasi Quyidagi holatda qilinadi.
- a) Qizilo`ngach I qo`yishining III darajasida;
  - b) obturatsion ichak tutilishida;

- v) uretroplastikada;  
 g) ileotsekal ichak to`tilishida;  
 d) tug`ma gidronefroz III darajasi
40. Qizilo`ngach I atreziyasini diagnostikasida zondni necha sm. gacha kiritish kerak.  
 a) 6 sm, b) 12 sm, v) 18 sm, g) 22 sm, d) 25 sm.
41. Qizilo`ngach Ini kimyoviy qo`yish kasalligining necha davri farqlanadi.  
 a) 2 ta, b) 3ta, v) 4ta, g)5 ta, d) davri bo`lmaydi.
42. Qizilo`ngach Ini kimyoviy qo`yish kasalligining qaysi davri bo`lmaydi.  
 a) Boshlang`ich davri;  
 b) o`tkir davri;  
 v) soxta tuzalish davri;  
 g) chandikli torayish davri;  
 d) kasallik davrlar bilan kechadi.
43. Kuygandan so`ng qancha muddat o`tib dastlabki ezafagosqopiya qilinadi:  
 a) 2 kundan keyin;  
 b) 4 kundan keyin;  
 v) 6 kundan keyin;  
 g) 10 kundan keyin;  
 d) 1 oydan keyin.
44. Qizilo`ngach I dastlabki profilaktik bujlash qo`yish sodir bo`lgan kundan necha kun keyin qilinadi:  
 a) 2 kundan keyin;  
 b) 4 kundan keyin;  
 v) 6 kundan keyin;  
 g) 10 kundan keyin;  
 d) 15 kundan keyin.
45. Giss burchagini nima xosil qiladi:  
 a) Qizilo`ngach I devori va oshqozon tubi;  
 b) Qizilo`ngach I devori va traxea  
 v) Qizilo`ngach I devori va oshqozonning kichik egriligi  
 g) Qizilo`ngach I devori va o`ng bronx;  
 d) Qizilo`ngach I devori va oshqozonning katta egriligi.

46. Qizilo'ngach I va oshqozonning kimyoviy qo'yishida qon oqish va perforatsiya asoratlari qaysi davrda kuzatilishi mumkin.
- a) o'tkir davrda (2 xaftagacha );
  - b) chandik xosil bo'lish davrda ( 3-4 xafta )
  - v) striktura xosil bo'lish davrida (2 oy va undan ortik ).
47. Tug'ma Qizilo'ngach I- traxea oqmasi klinik belgilarining namoyon bo'lishi ko'proq nimaga bog'liq.
- a) oqma yo'li uzunligiga;
  - b) oqma yo'li diametriga;
  - v) oqma yo'lining joylashish o'rniga;
  - g) oqma yo'lining yo'nalishiga;a)
  - d) oqma yo'li devorining kalinligiga.
48. Tug'ma Qizilo'ngach I- traxea oqmasi klinik belgilari bolaning qaysi holatida yaqqolroq namoyon bo'ladi:
- a) vertikal holatda;
  - b) gorizontal holatda;
  - v) o'tirgan payti;
  - g) o'ng boshiga yotganda;
  - d) chap yonboshga yotganda.
49. Tug'ma Qizilo'ngach I- traxea oqmasi diagnostikasini asosiy usuli:
- a) ultrotovushli tekshirish;
  - b) ezofagosqopiya;
  - v) traxeobronxosqopiya;
  - g) qonrastli ezofagografiya;
  - d) kompyo'terli tomografiya.
50. Tug'ma Qizilo'ngach I- traxea oqmasini operativ davolash muddati:
- a) diagnoz kuyilgach;
  - b) 1 yoshdan keyin;
  - v) 3 yoshdan keyin;
  - g) 5 yoshdan keyin;
  - d) 7 yoshdan keyin;

### **3 MAVZU: Diafragma churralari.**

**Mavzuning dolzarbligi:** Bolalar xirurgiyasii xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug'ma nuqson va rivojlanish anomaliyasining kelib chiqishi, diagnostikasi va davolashini uz ichiga olgan distsiplinaning bir qismidir.

Pediatriya fakultetlarining 5-kursida bolalar xirurgiyasidan dars o'tishning asosiy printsiplari: tug'ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining nozologik diagnostikasi umumiy vrachlik yordamini ko'rsatish va operatsiyadan keyin reabilitatsiyasini o'tkazishga bogliqdir.

#### **Mashg'ulot vazifalari:**

Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi haqida bilim olish. Tug'ma nuqsonlar va nomaliyalar bilan tug'ilgan bolalarni klinik ko'rik va tekshiruvdan o'tkazishni o'rganish.

Bola hayotiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o'rganish. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish. Umumiy vrachlik yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi reabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chiqish.

**Mashg'ulot o'tkazish joyi:** Torakal xirurgiya va chaqaloqlar xirurgiya bo'limi, operatsiya va kompyuter xonalari.

**Mashg'ulot maqsadi:** Xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug'ma nuqsonlar va rivojlanish nusonlari klinik diagnostikasi, davolash va bolalar reabilitatsiyasi uslublarini o'rganish.

**Diafragma churralari.** Diafragmal churra deb qorin bo'shlig'ida joylashgan organlarning diafragma pardasining turma yoki sun'iy xosil bo'lgan teshiklardan ko'krak bo'shlig'iga siljishiga aytiladi. Diafragmal churraning boshqa churralardan farqi shuki, bu yerda hamma vaqt ham churra qopi, churra darvozasi mavjud bo'lmaydi. Qachon churra qopi pardadan iborat bo'lsa, bunday holatda chin, agar ko'rsatilgan parda bo'lmasa, soxta diafragmal churra deb ataladi. Xozirgi paytgacha M. M. Diterixs (1910) fikricha, churralar embrional rivojlanishning 3-oyligida paydo bo'ladi, degan nazariyani, S. Ya. Doleskiy (1958) — churralar ancha kechroq, rivojlanishning 5—6 oyligida xosil bo'ladi degan fikrni oldinga suradi. Jaroxatlanish natijasida xosil bo'lgan churralarning kelib chiqishini

tushuntirish qiyin emas. Chanoq, qorin, ko'krak qafasi bo'shlig'i shikastlanganda bosim kuchayib, diafragma yorilishiga olib keladi. Churra o'ng tomonda kamroq, bunga sabab jigarning o'ng bo'lmasi pastki tomondan kelayotgan zarbni o'ziga oladi, chap tomonda ko'proq uchraydi. Adabiyotlarda hozirgacha diafragma churrasining 50 ga yaqin tasnifi bo'lib, bolalarda birinchi bo'lib S. Ya. Doleskiy (1958) 100 ga yaqin bemorlarni davolash natijasida o'zining Quyidagi tasnifini taklif qiladi.

#### I. Tug'ma diafragmal churralar. Rasm 16.

##### 1. Diafragma churra:

- a) diafragma yupqalashgan qismining churra (chin churra),
- b) chegaralangan qismining churra,
- v) katta qismining churra,
- g) bir qismining churra.

##### 2. Diafragma ma'lum qismining bo'lmasligi (soxta churra):

- a) orqa kichik teshik,
- b) katta teshik,
- v) bir bo'laging bo'lmasligi (aplaziya).

##### 3. Qizilo'ngach I teshigining churra:

- a) ko'tarilgan Qizilo'ngach I teshigi churra,
- b) Qizilo'ngach I oldi churra.

##### 4. Diafragma oldi churra:

- a) oldingi churra (chin),
- b) Freniko-perikardial churra (soxta),
- v) Retrograd Freno-perikardial churra (soxta).

#### II. Hayot davomida orttirilgan churralar.

##### 1. Jaroxatlanish churra.

###### A. Diafragmaning yorilishidan kelib chikkan churra:

- a) o'tkir shikastlanish churra,
- b) surunkali shikastlanish churra.

B. Shikastlanish natijasida diafragma ma'lum bir qismining burtib chiqishi (xaqiqiy).

##### 2. Shikastlanishga aloqasi bo'lmagan churralar.

Yuqorida keltirilgan tasnif amalda qo'llash uchun juda qulay. Yaxshi esda qoladi, lekin kamchiligi ko'p. Yu.F.Isakov 1978 yilda uz tasnifini taklif kildi.

##### I. Tug'ma diafragma churra:



1. Diafragma-plevra churrasi (soxta va chin).

2. Qizilo'ngach I teshigi churrasi (chin).

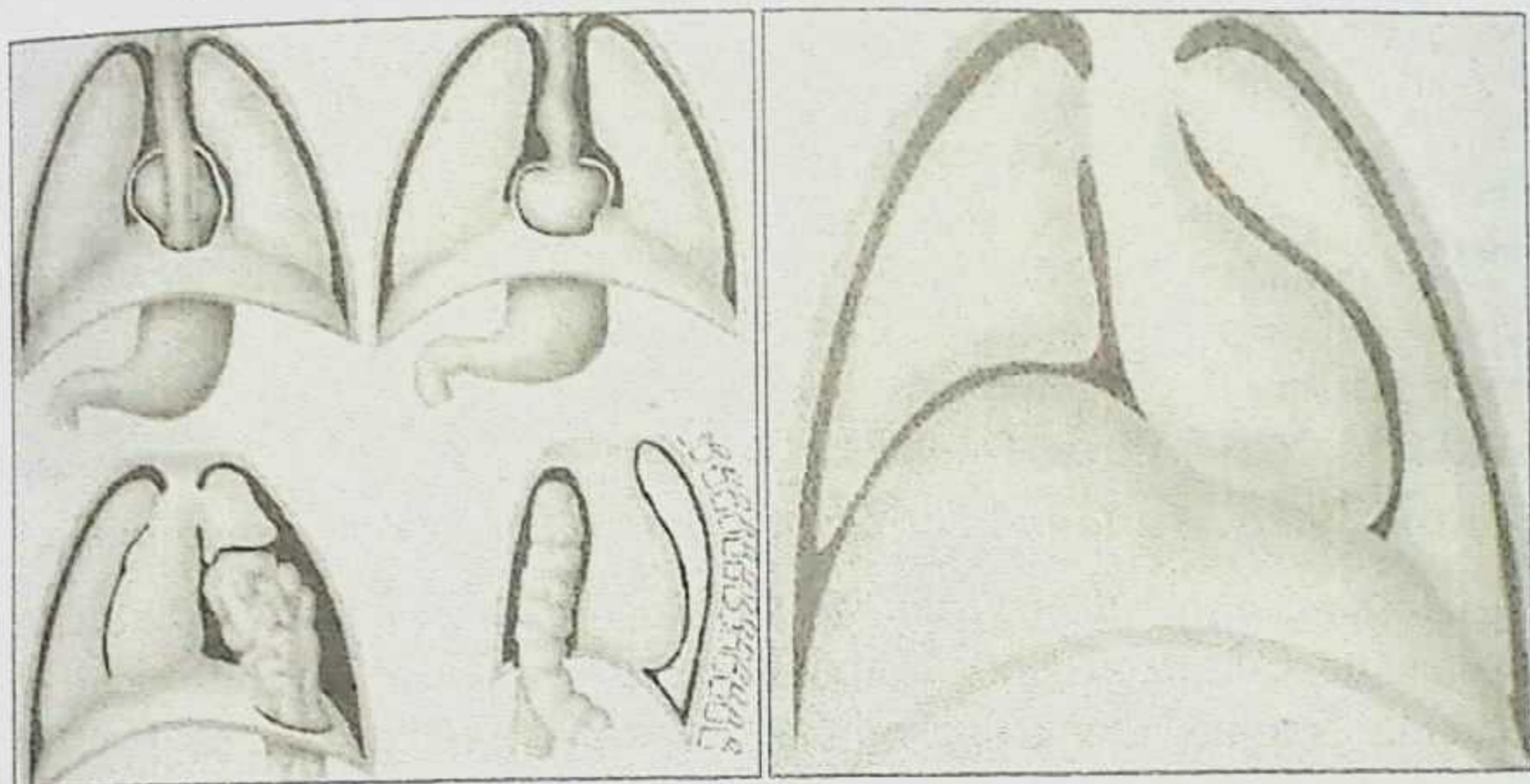
3. Parasternal churra – Morgani va Larrey churralari (chin)

4. Frenikoperikardial churra (soxta).

## II. Orttilgan diafragma churrasi:

1. Jaroxatlanish churrasi (soxta).

2. Jaroxdtlanish bilan bog'liq bo'lmagan churra.

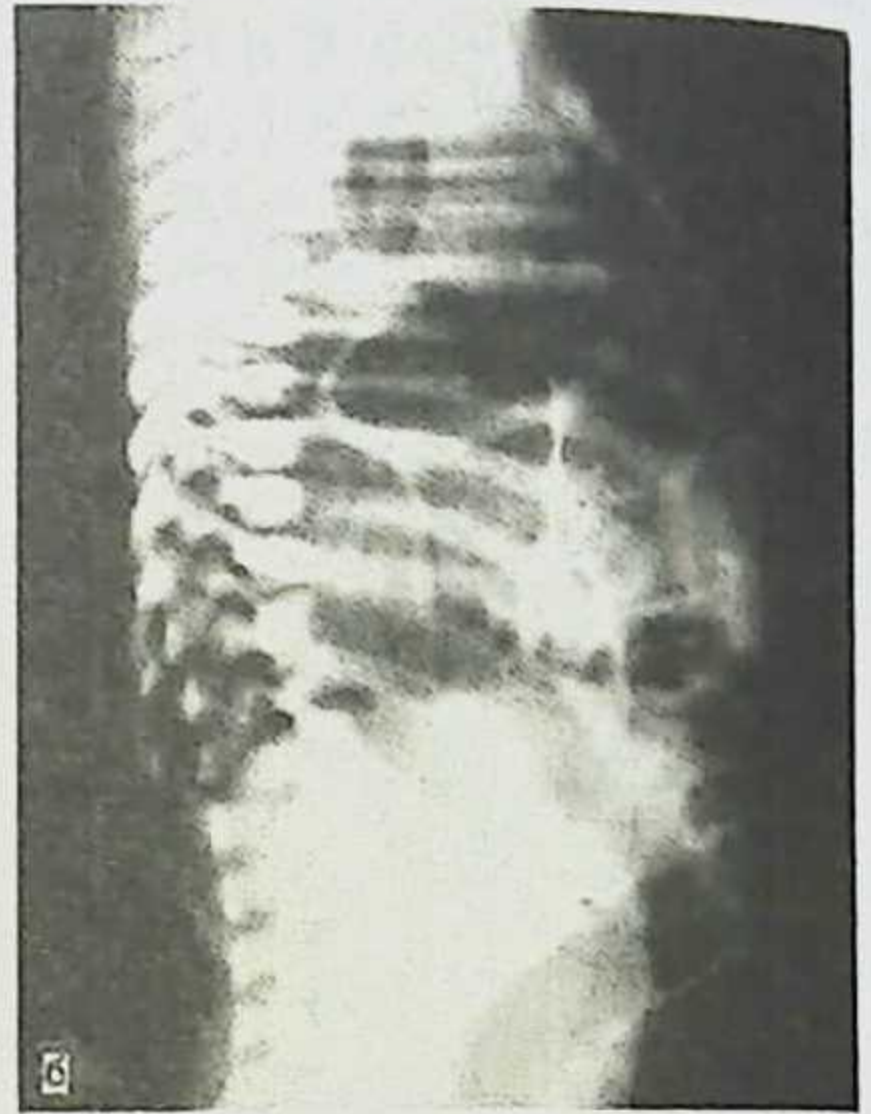
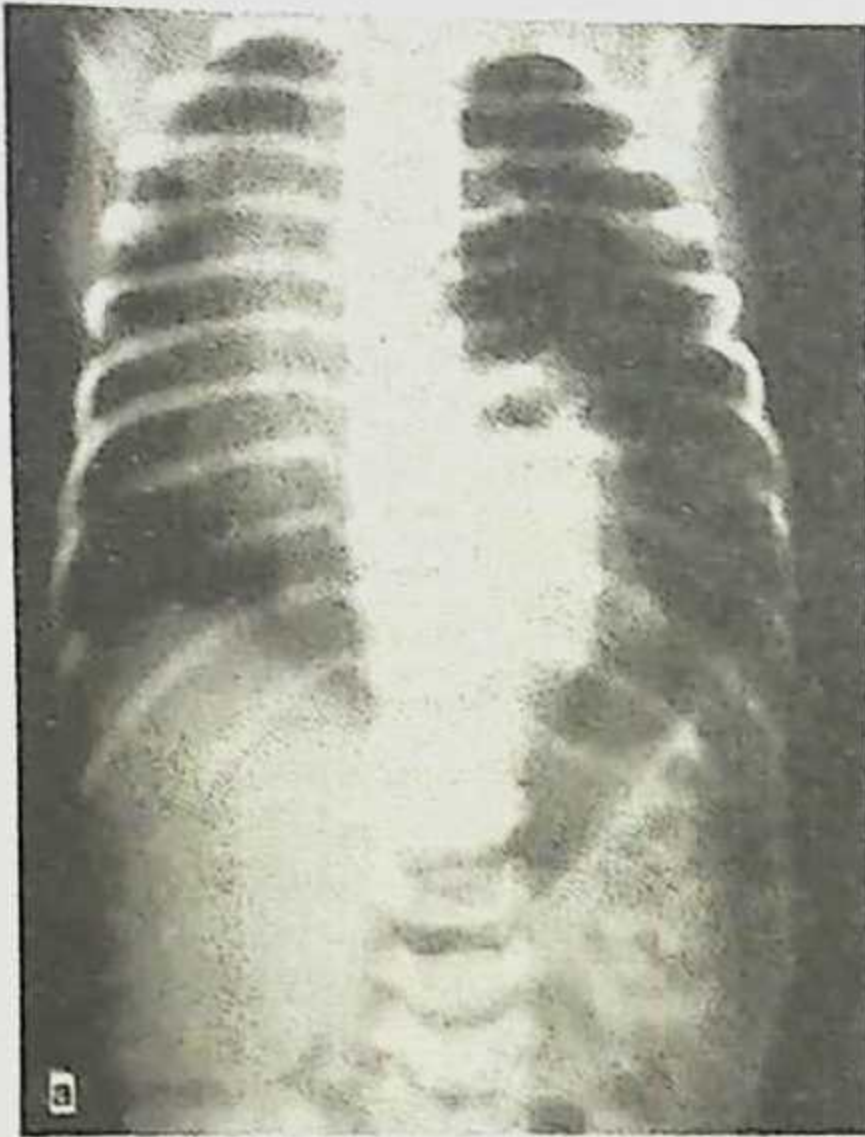


16- rasm. Diafragmal churra turlari (sxema).

**Klinikasi.** Churra turiga qarab ikki qismga ajratiladi.

*Nafas olish a'zolari vazifasining buzilishi.* Bunda qorin bo'shlig'idagi organlar ko'krak bo'shlig'iga chiqib, o'pkani qisib qo'yadi. Natijada ko'krak qafasida joylashgan organlar (yurak, qon tomirlar) sog'lom tomonga qarab (qarama-qarshi tomonga) siljiydi. Oqibatda bemorning nafas olishi qiyinlashadi. Gipoksiya rivojlana boradi. Bemorning lablari ko'karadi, nafas olishi tezlashadi.

O'pka kisilganda uning og'irligi 3—12,5 g kamayadi (normada 20—25 g). Ko'krak eshitib kurilganda o'pka tovushlari pasaygan bo'lib, ichak harakatlari eshitiladi. To'killatib urib ko'rilganda timpaniq yoki bo'g'iq, tovush borligi aniqlanadi. Tashxis rentgen tekshiruvi orqali tasdiqlanadi (17-rasm).



**17-rasm. Chap taraflama diafragmal churra. Obzor rentgenogramma.**

*Oshqozon-ichak organlarining vazifalari buzilishi.* Diafragma churrasida oshqozon-ichak organlarining vazifasi ma'lum darajada buziladi. Natijada har xil asoratlar rivojlanadi. Qizilo'ngach I teshigi churrasida Giss burchagi buzilib (o'tmas bo'ladi), oshqozon-Qizilo'ngach I reflyo'qi paydo bo'lishi natijasida Qizilo'ngach Ining kardial qismida yaralar (ezofagit) xosil bo'ladi. Keyinchalik Qizilo'ngach Idan ovqat o'tmay qoladi (struktura). Bunday holatlarda kasallikning boshlanish davrida bemorda qon aralash qusish paydo bo'ladi. Asta-sekinlik bilan Qizilo'ngach Idan ovqat o'tishi qiyinlashadi. Diafragma churrasi qisilib qolganda ichak tutilishi belgilari paydo bo'ladi. Bemorda ko'p marta qusish paydo bo'ladi, lekin qusish yengillik keltirmaydi.

*Yurak-qon tomir faoliyati buzilishi.* Churra yurakni bosib, qarama-qarshi tomonga siljitadi. Natijada yurak ishi qiyinlashadi. Bemorning umumiy axvoli keskin og'irlasha boradi. Nafas olish yuzaki bo'lib, yurak urishi tezlashadi. S. Ya. Doleskiy (1958) ma'lumotlariga karaganda diafragma churrasi bilan tuglgan bolalar orasida 5,5 % ga yaqin qo'shimcha tug'ma kasalliklar aniqdangan. Shular ichida 2% ga yaqin bolalarning o'limiga asosan shu tug'ma kasalliklar sabab bo'ladi.

*Diafragmaning Qizilo'ngach I teshigi churrasi.* Qizilo'ngach I teshigi churrasi deb me'daning ma'lum bir qismi yoki Butun me'daning

kengaygan Qizilo'ngach I teshigidan Ko'krak bo'shlig'iga siljishiga aytiladi. Qizilo'ngach I teshigi churrasi chin churra xisoblanib, u Quyidagi ko'rinishlarda uchraydi: 1) ko'tarilgan Qizilo'ngach I churrasi. Bu holatda me'daning kardial qismi Qizilo'ngach I teshigi orqali Ko'krak bo'shlig'iga chiqishi natijasida Qizilo'ngach I uzunligi kne-karganday ko'rinsada, aksincha u normal uzunlikda bo'ladi. 2) paraezofageal churra. Bunda odatdagidek rivojlangan va joylashgan Qizilo'ngach Ini o'zgartirmasdan, chap yoki o'ng tomonidan me'daning kardial qismi Ko'krak bo'shlig'iga chiqadi ko'krak bo'shlig'iga siljigan a'zolar qorin pardasi bilan qoplangan bo'ladi (chin churra). 1950 nafar chaqaloqlardan bittasi Qizilo'ngach I teshigi churrasi bilan turiladi.

**Klinikasi.** Kasallik asosan chaqaloqning 2—3 kunligidan boshlanadi. Bemorning umumiy axvoli kundan-kunga og'irlasha boradi, qusish paydo bo'ladi. Qo'sish «favoraga» uxshagan bo'lib, ona bolaga Ko'krak berishi bilan qayta-qayta takrorlanib turadi. Natijada kusik havo yo'lga tushib aspirasiyali zotiljam rivojlana boradi. Kusik qizil qon aralash bo'ladi. Chaqaloq ona kukragini emmay kuyadi. Nafas yuzaki bo'lib, nafas olishda qovurg'alararo mushaklar faol ishtirok qiladi. Teri qoplami okaradi. Differensial tashxis asosan o'pka kistasi, lobar emfizema bilan o'tkaziladi. Tashxis rentgen tekshiruvi orqali tasdiqlanadi.



18-rasm. Diafragmaning Qizilo'ngach I teshigi churrasi.

Bariy eritmasi yordamida tekshirish usuli.

**Tashxisi.** Ko'krak qafasining rentgen surati olinganda o'ng yoki chap pleural chegaralangan bo'shliq borligi aniqlanadi.

Bemorga qontrast modda (yodolipol) berilsa, u oldin me'daning ko'krak qafasiga joylashgan qismini tuldirib, so'ng qorin bo'shlig'ida joylashgan qismini tuldiradi.(18-rasm).

**Davosi.** Kasallik asosan xirurgik yo'l bilan davolanadi. Bemorda qon aralash

qusish, aspirasiyali pnevmoniya kuzatilganda, rejali-shoshilinch operatsiya o'tkaziladi. Boshqa holatlarda chaqaloq bir yoshga tulganidan

so'ng rejali ravishda operatsiya qilinadi. Faqat operatsiya orqali davolash qilinadi.

**Operatsiya usuli.** Qorin devorining oq chizig'i bo'ylab kindikdan yuqorida qorin bo'shlig'i ochiladi. Qorin bo'shlig'i a'zolari tekshirib kurilganda ko'krak bo'shlig'iga asosan kundalang chambar ichakning siljiganligi aniqlanadi. U qorin bo'shlig'iga sekinlik bilan tortib tushiriladi. So'ngra diafragmaning oldingi — medial qismida joylashgan churra darvozasi ko'ringandan so'ng, churra qopi pastga tushirilib, qisman kesib olinadi. Diafragma tushning xanjarsimon o'simtasi yoki yaqinda joylashgan qovurg'aga tiqiladi. Qorin devori bekitiladi. Operatsiyadan keyin bemor 5—7 kun davomida reanimatsiya bo'limiga o'tkaziladi. Chok iplari 10—11 kundan keyin suqiladi.

**Freniko-perikardial diafragma churrasi** juda kam uchraydi (Turayev A. K., Mulkidjanyan T.M., 1972; Gumerov A. A. va boshqalar, 1986). Kasallikning klinik kechishi asosan chaqaloqning teri qoplami ko'karishidan boshlanib, nafas yetishmaslik alomatlari yaqqol kuzga tashlanadi, vaqti-vaqti bilan qayt qilish kuzatiladi. Bu holat asosan qorin bo'shlig'idagi a'zolarning perikard bo'shlig'iga siljishi natijasida yuzaga keladi.

**Tashxisi.** Tashxis uchun ko'krak qafasi rentgenologik tekshiriladi. Bunda yurak soyasi atrofida havo bo'shliqlari borligi aniqlanadi.

**Davosi.** Kasallikka asosan xirurgik yo'l bilan davolash qilinadi. Bunda perikard bo'shlig'iga siljigan a'zolar qorin bo'shlig'iga tushirilgandan keyin churra darvozasi va perikard bir qatorli ip bilan tiqiladi. A. I. Lyonyushkin (1975), S. Ya. Doleskiy va boshqalar (1976) churra qaytarilmasligi uchun uning darvozasini katta qorin pardasidan olib berkitishni tavsiya qiladilar. Buning uchun transrektal kesish yo'li bilan qorin bo'shlig'i ochiladi. Diafragma devoridagi teshik va Ko'krak bo'shlig'iga siljigan a'zolar aniqlanadi. So'ngra diafragma teshigi orqali kovurra tomonidan Ko'krak bo'shlig'iga kateter yuborib, u orqali shpris yordamida havo yuboriladi va sun'iy pnevmotoraks chakariladi. Siljigan a'zolar qorin bo'shlig'iga tushirish ingichka ichakdan boshlanib birin-кетин hamma a'zolar o'z o'rniga tushiriladi. Diafragma teshigi atrofiga ip tutkgichlar qo'yiladi. So'ngra diafragmani diafragmani qovurg'aga keltirib tiqiladi (G. A. Bairov, 1963). Qorin oldi devori kavat-makavat tiqilib, plevra bo'shlig'i havosi punksiya qilish bilan surib olinadi.

*Diafragmaning old qismi churrasi* Qorin boshligi a'zolari Larrey yoki Morgan teshigi orqali tush suyagi xanjarsimon o'simtasining orqasiga chiqishi diafragma old qismi churrasi deb aytiladi. Churraning ikki xildagi ko'rinishi: parasternal va freno-perikardial turlari mavjud.

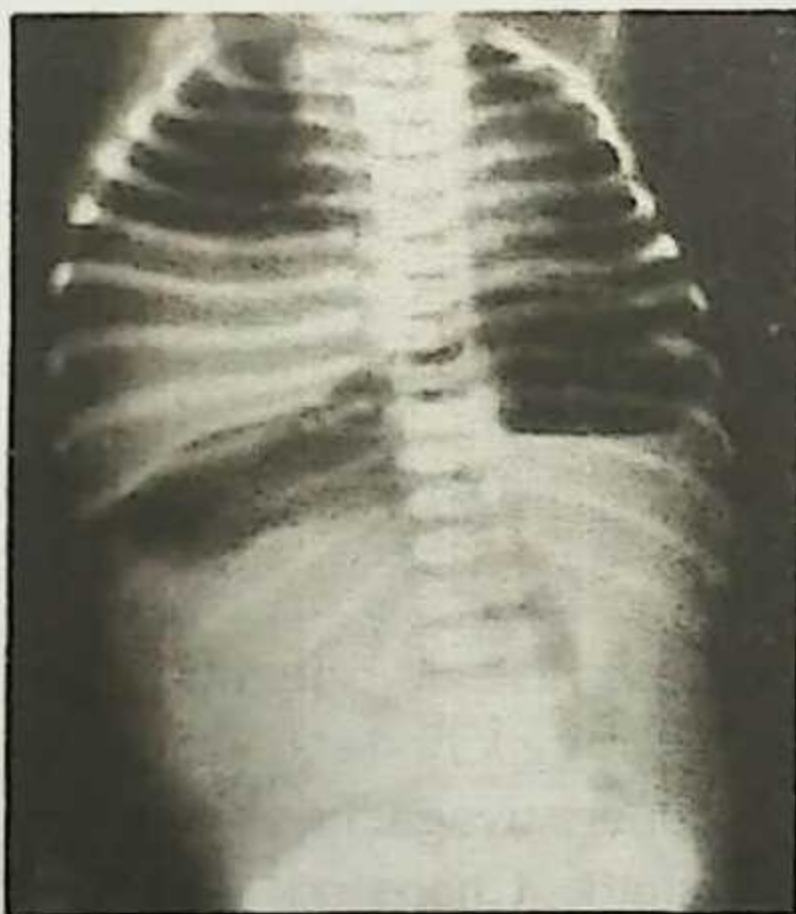
*Parasternal churraning* klinik kechishi. Kasallik belgilari chaqaloq davrining birinchi kunlaridan boshlab kuzatiladi. Nafas olish tezlashib yuzaki bo'ladi, lablar ko'karib, bola yiglaganda bu alomatlar yakdol kuzga tashlanadi. Obyektiv karaganda ko'krak qafasining oldingi — pastki qismi burtib chikkan bo'ladi. Perkussiyada esa o'sha yerda timpanit tovush aniqlanadi. Auskultasiyada nafas tovushlari juda pasayadi. Ba'zi bir holatlarda Ko'krak bo'shlig'ida ichak harakati tovushlari aniq eshitiladi. Kuks oralig'i a'zolarining sog'lom tomonga qarab kuchli siljishi kamdan-kam kuzatiladi. Tashxis qo'yish uchun asosak qorin bo'shlig'i va Ko'krak qafasi bir vaqtda rentgenologik tekshiriladi. Bunda chap yoki

O'ng plevra bo'shlig'ida havo pufakchalari va bo'shliqlari borligi aniqlanadi. Diafragma devori churra tomonida aniq ko'rinmaydi. Tashxis qo'yish qiyin bo'lgan xollarda irrigografiya o'tkaziladi. *Differensial tashxisi*. Chaqaloqlardagi diafragma churralarida farqlash asosan antenatal pnevmoniya, lobar emfizema, yurak poroklari hamda tuguruk paytida sodir bo'ladigan jaroxatlar bilan o'tkaziladi.

*Tashxisi*. Yakuniy tashxis asosan Ko'krak va qorin bo'shlig'ini bir vaqtda umumiy rentgen tasvirini olganda qo'yiladi. Bu holatlarda chap yoki o'ng Ko'krak qafasida juda ko'plab bir-biriga qadalib turgan havo bo'shliqlari borligi, kuks oralig'i a'zolarining (yurak qon-tomirlari) sog'lom tomonga qarab siljiganligi aniqlanadi. Qorin bo'shlig'ida esa havo faqat pastga tushuvchi ichak soxasida uchraydi. Tashxis qo'yish qiyin bo'lgan xollarda qontrast moddasi (gastrografin) berib, rentgen qilinadi.

*Davosi*. Bemorni muvaffakiyatli davolash asosan operatsiyadan oldin va keyin o'tkaziladigan davolash tadbirlarining kay darajada to'g'ri va zudlik bilan o'tkazilishiga bog'liqdir. Operasiyagacha va undan keyingi davrda me'daga doimiy zond kuniladi. Chaqaloq kyuvezga joylashtirilishi, undagi mikroiklim harorati 28—30°S, namligi esa 70—90% bo'lishi kerak. Periferik qon tomirlar ish faoliyatini yaxshilash uchun eufillin, kofein beriladi. Kasallikning o'tkir turida bemor 3—4 soat

davomida operatsiyaga tayyorlanadi. Yarim o'tkir turida esa bemorning umumiy axvo-liga:kdrib 12—24 soat operatsiyaga tayyorlanadi. Kasallikning o'tkir turida bemorning teri qoplami kukaradi, nafas harakatlari tezlashib, mino'tiga 80—90 martaga yetadi, yuzaki bo'ladi. Nafas yetishmaslik alomatlari bola emayotganida yoki uni yurgaklaganda kuchayadi, shuningdek, yurak faoliyatidagi o'zgarishlar xisbiga chaqaloqlarning umumiy axvoli juda ham orirlashadi, mustakil nafas ololmaydi. Obyektiv tekshirganda Ko'krak qafasi deformatsiyaga uchragan bo'lib, churra tomoni ancha burtib turadi. Nafas olish jarayonida qovurg'alararo mushaklar o'ta faol ishtirok etadi. Chaqaloq nafas olganda epigastral soxada voronkasimon chuqurlik paydo bo'ladi. Perkussiyada bugik tovush aniqlanadi. Kasallikning bunday og'ir kechishida ko'krak bushlig'iga siljigan a'zolarning siqilishi va kuks oralig'i a'zolarning sog'lom tomonga siljishi emas, balki o'sha arteriolalarining rivojlanmasligidan yuzaga keluvchi o'pka gipertenziyasi sabab bo'ladi. Yarim o'tkir klinik kechishi ko'pincha chin churralarda diafragma relaksasiyasida yuzaga keladi. Kasallik belgilari chakalo hayotining 2—3 kundan namoyoi bo'lib, asosan kompensasiyalangan nafas yetishmovchiligi bilan boshlanadi. Chaqaloqning lablarida ko'karish belgilari paydo bo'ladi. Bemorni churra tomonga yonboshlab yotqizilganda (chap tomonlama churrada chap tomonga bemor yotqizilsa)



**19-rasm. Diafragma relaksasiyasi.**

ko'karish alomatlari kamayib, bemorning umumiy axvoli bir muncha yaxshilanadi. Ko'pchilik xollarda o'pka auskultasiyasida churra joylashgan tomonda nafas olishning buzilishi, faqat shu o'pkaning yuqori qismi nafas olishda ishtirok qilishi kuzatiladi. Auskultasiyada Ko'krak qafasining sog'lom tomonida o'pkada nafas olish juda pasaygan bo'ladi. Chaqaloq tug'ilganidan keyin 2—3 kun o'tgach ko'krak qafasida ichak peristaltikasini aniqlash mumkin. Yurak tonlari esa qarama-qarshi tomonda eshitiladi. Qorinda asimmetriya holati kuzatilib,

ichkariga tortilganligi aniqlanadi, jigar esa qorin oldi devoriga yopishib turadi. Diafragma devorini bir tomonlama butunlay bo'lmasligi aplaziya

deb yuritiladi va diafragma urnida qorin pardasi yoki yupqalashgan diafragma devori bo'ladi, bu holat ko'krak diafragma relaksasiyasi deb yuritiladi (19-rasm).

Chaqaloqlarda diafragma churralari o'zining anatomik ko'rinishiga qarab klinik kechishi ham bir- biridan farq, qiladi.

**Diafragma devori churrasi.** Chaqaloqlarda 80% xollarda soxta churralar uchrasa, faqat 20% ni chin churralar tashkil qiladi. Churra asosan chap tomonlama bo'ladi.

Soxta churralar asosan ikki xil klinik kechishda namoyon bo'ladi: o'tkir turi, yarim o'tkir.

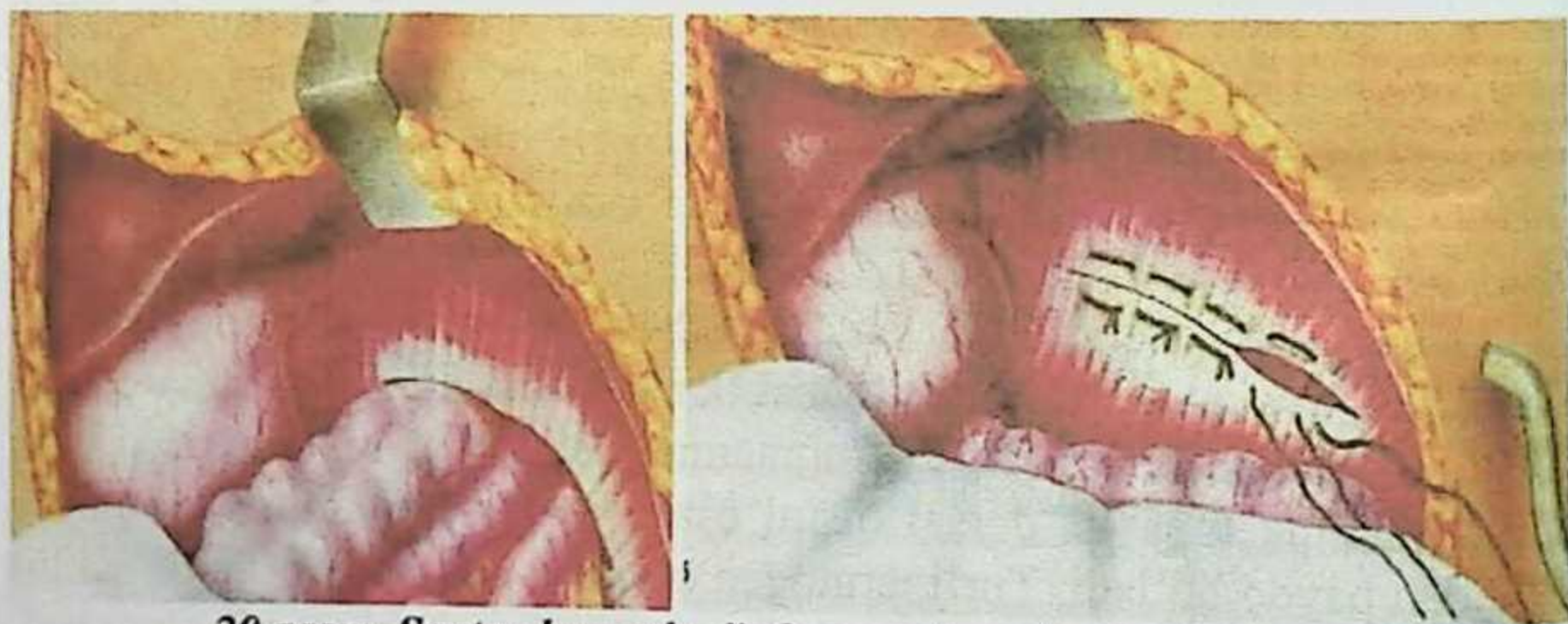
**O'tkir turi.** Bu holatda o'pka hamda yurak qon-tomir sistemasi faoliyatida kuchli o'zgarishlar yuzaga keladi. Bunday holatni S.Ya. Doleskiy (1958) «asfiksiyali siqilish» deb ta'riflagan. Kasallikning o'tkir kechish turi faqat soxta churrada yuzaga kelib, chaqaloq, tugilishi bilanok boshlanadi (ko'pincha chaqaloq, turilganidan so'ng 12 soatdan keyin yoki birinchi kun oxirida). Bemorning umumiy axvoli og'irlashib borib, nafas olish qiyinlashishi bilan kechadi.

**Chaqaloqlarda diafragma churralari.** Chaqaloqdarda diafragma churrasi tug'ma xastalik bo'lib, diafragma rivojlanishidagi mu'tadil jarayonning turli buzilishlari natijasida kelib chiqadi. Natijada qorin bo'shlig'i a'zolari diafragmadagi tabiiy yoki notabiiy teshiklar, uning o'ta yupqalashgan va kengaygan devori orqali Ko'krak bo'shlig'iga siljiydi. Diafragma asosan uch manbadan xosil bo'ladi: ventral qismi kundalang pardadan paydo bo'lsa, bir juft dorsalateral qismi plevroperitoneal burmadan yuzaga kelib, embrional rivojlanishning 2-oyida tugallanadi. Kundalang to'siq va plevro-peritoneal burmalar bir-biriga qarama-qarshi O'sib birlashadi va natijada diafragmaning asosiy qismi yuzaga keladi. Diafragmaning orqa — dorsal qismi esa ichak to'tkichining birlamchi qismidan paydo bo'ladi. Turli teratogen omillarning ta'siri tufayli ushbu varakdarning uzaro birlashuvi buziladi va natijada notabiiy teshiklar xosil bo'ladi va ular churra darvozasi vazifasini o'taydi. Diafragma kundalang to'siqlari rivojlanishining buzilishi natijasida diafragma old qismi churrasi kelib chiqadi. Plevroperitoneal to'siqning shakllanishi izdan chiqishi sababli soxta churralar paydo bo'ladi. o'rtacha 2000—2500 nafar turilgan chakdloklardan bitgasi diafragma churrasi bilan tugiladi (G.A. Bairov, 1968; 1993). Diafragma churrasi asosan uch ko'rinishda

uchraydi: 1) soxta churra; 2) chin churra; 3) Qizilo'ngach I teshigi churrasi. Soxta churrada diafragma devoridagi uchraydigan notabiiy teshiklar orkdii (Bogdalek va Morgan teshiklari) qorin bushiligidagi a'zolar, ko'krak bo'shlig'iga chiqadi va bu xollarda churra qopi bo'lmaydi. Chin churrada doimo churra qopi mavjud bo'lib, bu vazifani qorin parda bajaradi.

**Davosi.** Darxol tashxis kuyilganidan keyin operativ yo'l bilan diafragmal churrani bartaraf qilishdan iborat. Bunda endotraxeal narkoz ostida VII qovurg'a oraligida Ko'krak bezi va ko'rak chiziqlari bo'ylab teri, teri osti yeg kavati kesiladi. Mushaklar kesilib ko'krak qafasi ochiladi. o'pka yuqoriga ko'tariladi. Kuks oralig'i bo'shlig'ida diafragma satxida churra topiladi, churra devoriga 0,25% novokain eritmasini yuborib, so'ngra plevra pardasi kesiladi (qorin pardasi Butunligicha qoladi) va qorin pardasidan tupfer yordamida ajratiladi. Churra qopi ochilib yigindisi qorin bo'shlig'iga yuboriladi. Diafragmaning oyokchalari atrof to'qimadan ajratilib, orqa tomonidan lavsan (3—4) ipi bilan tiqiladi. Plevra Butunligi rostlanadi. Ko'krak qafasi kavatma-kavat tiqiladi. Plevra bo'shlig'idagi havoni punksiya qilib surib olinadi.

Tug'ma soxta diafragmal churralarni qorin bo'shlig'i tarafdan bartaraf qilish qo'llaniladi (20-rasm).



**20-rasm. Soxta churrada diafragmaning plastikasi (sxema).**

Bemor operatsiyadan keyin 3—4 kun davomida mo'ttasil davolash bo'limida yotadi. o'pka yallig'lanishining oldini olish uchun namlangan havo beriladi. Bemor yotgan urnining bosh tomoni 30—40° ko'tariladi. 7—10 kun davomida antibiotiklar beriladi. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish maqsadida peridural anesteziya muolajasi bajariladi.



Kateter 3—4 ko'krak umurtkasi pogonasi soxsida turishi kerak. 3—4 kun davomida bemor parenteral yo'l bilan ovqatlantiriladi.

**Mavzu bo'yicha tekshirish usullari va amaliy ko'nikmalar.**

**Rentgenologik tekshirish usullari.** Rentgenologik tekshirish usuli juda keng tarqalgan bo'lib, ko'krak qafasi kasalliklariga tashxis qo'yishning asosi hisoblanadi. Bu usul ikki guruhga bo'linadi: qontrastli va qontrastsiz tekshirish. Qontrastsiz tekshirish usullariga umumiy va nishonli rentgenosqopiya, rentgenofafiya, tomografiya va rentgenoqimografiya kiradi. Qontrastli usullar bu bronxografiya, angiokardiopulmonografiya va mediastinografiyadir.

Rentgenografiyani vertikal, gorizontal xolatda va yon soxadan o'tkazish mumkin.

Plevra bo'shlig'ida ekssudatga gumon kilin ganda yoki abscess bo'lganda rentgenografiya lateropozisiya xrlatida o'tkaziladi. Ko'krak qafasi kasalliklarida umumiy rentgenografiya tasvirini tushirishda bemorlar vertikal holatda bo'ladi.

**Tomografiya** — bu o'pkani bir necha kavatma-kavat rentgen suratga olib o'pka parenximasining qaysi holatdaligini, o'smasimon xosilaning joylashuvini (o'pkada yoki kuks oralig'ida ekanligini) aniqlab beradi.

**Mediastinografiya** — tashxis qo'yish usuli hisoblanadi va sun'iy ravishda kuks oralig'iga qontrast modda yuborish gaz yordamida amalga oshiriladi. Pnevmediastinum 2 xil holatda kuruladi: bevosita va bilvosita, ko'proq, bevosita turridan-to'g'ri kuks oraliriga havo-kislorod azot oksidi yuboriladi. Gazni tush usti soxasidan yuborilayotganda igna bo'yinturik kesmasi bo'ylab 0,5—1 sm yuqoridan, tush suyagi to'tkichining orqa yuzasi bo'ylab tush suyagining yuqori 1/3 ga yuboriladi. Rozenshtaux-Endero usuli bo'yicha esa havoni 3—4—5—6 qovurg'alar oralikidan, tush suyagining o'ng, chap tomonidan yuborish mumkin. Mediastinografiyada ignaning uzunligi 10 sm 40—45°C burchak ostida bo'lishi kerak. havo kuks oraliriga steril holatda, bemor orqasi bilan yotganida Jane shprisi yoki pnevmotoraks apparati yordamida kiritiladi. 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga 300 sm<sup>3</sup>, 5 yoshdan 10 yoshgacha 400 sm<sup>3</sup>, 11 yoshdan oshganlarga 500 sm<sup>3</sup> yuboriladi.

Havo yuborilgandan so'ng darxol va keyin kamida 3—4 dakikadan so'ng tasvir qilinadi. Eng ko'p uchraydigan asoratlardan biri

pnevmotoraks hisoblanadi. Pnevmediastenografiya qilishga asosiy ko'rsatma, bu kuks oralig'ida o'sma borligini aniqlashdir.

**Torakosqopiya.** Torakosqopiya operatsiya xonasida aseptika va antiseptika qoidalariga amal qilingan xolda o'tkaziladi. Tekshirishda umumiy va ba'zan maxalliy orrissizlantirish kulla-nadi. Torakosqopiya o'tkazish uchun plevral bo'shliqda havo bo'lishi kerak. Buning uchun operatsiya stoliga bemor sog'lom tomoni bilan yotqiziladi va ostiga bolishcha qo'yiladi, chunki operatsiya tomonidagi kovurra orasi keng bo'lish shart. Torakosqopiyani ba'zan tik holatda ham o'tkazish mumkin. Torakosqopiyada ko'rish klinik rentgenologik natijalarga, empiyema joylashishiga va shakliga asoslangan bo'ladi. Plevral bo'shliqni eng yaxshi ko'rish joyi o'rta mushak chizigi bo'yicha turtinchi qovurg'a orasidir. Dastlab qovurg'a orasining o'rtasidan bir sm uzunlikda teri kesiladi va troakar perpendikulyar yo'nalishda qovurg'a orasidan o'tkazilib, uning xalkdsi orqali kiritiladi. Normal holatda plevranning visseral va pariyetal varaklari ko'rinishi tiniqdir. Plevra yallig'lanishining boshlanish bosqichlarida kizargan va qon tomirlar infeksiyasi hisobiga tiniqdi biroz o'zgargan bo'ladi. Yallig'langan plevra yuzasida ba'zan fibrinoz bitishmalar ko'rinadi. Ba'zan plevradagi yallig'lannsh jarayonining rivojlanishi hisobiga plevra tiniqligi yo'qolib, oq ko'k rang tusga kiradi. Ayniqsa bronxial oqmalar aniq ko'rinadi. Torakosqopiya usuli bilan olingan natijalar (yallig'lanishning kay darajada ifodalanishi, o'pkaning yozilish xususiyati, diafragma holati, o'pka zararlanishi va boshqalar) davo usulini tanlashda muhim ahamiyatga ega. Torakosqopiya paytida plevral suyuqlikni laborator va bakteriologik tekshirishga olishdan tashqari sitologik tekshirishga surtma ham olish mumkin. Torakosqopiya o'tkir va surunkali plevra empiyemasining tashxisini aniqlash, davo usulini tanlash uchun kagga yordam beradi.

## Mavzu bo'yicha savollar.

1. O'pka ageneziasiga izox bering.
  - o'pkaning asosiy bronx bilan birgalikda tug'ma yuqligi.
2. O'pka gipoplaziasining 2ta to'rini ayting:
  - oddiy
  - kistozli.
3. O'pka ageneziya, aplaziya va gipoplaziasida tekshirish usullari:
  - bronxoskopiya
  - bronxografiya
  - angiopulmonografiya
  - radioizotop skannirlash.
4. Tug'ma lobar emfizemaning klinik turlari:
  - dekompensirlangan
  - subkompensirlangan
  - kompensirlangan.
5. Tug'ma lobar emfizemada xirurgik davo nimadan iborat?
  - o'pkaning zararlangan qismini rezeksiya qilish.
6. Taranglashgan tug'ma o'pka kistasining klinik belgilari?
  - nafas olish qiyinlashishi, sianoz, asfiksiya xurujlari bilan bezovtalik
  - zararlangan taraf nafas olishda ishtirok etmasligi
  - perkussiyada - timpanit, yurak chegarasining sog tamonga siljishi
  - auskultasiyada - nafas o'tmasligi.
7. Tug'ma yiringlagan o'pka kistasida rentgenologik belgilar:
  - o'pkada gorizontal suyuqlik satxili qonturi aniq va perifokal yallig'lanishsiz katta bo'shliqbo'lishi, kistaning pastki qonturi aniq va sinuslar bush.
8. Diafragmal churra nima?
  - qorin bo'shlig'ida joylashgan organlarning diafragma pardasining turma yoki sun'iy xosil bo'lgan teshiklardan Ko'krak bo'shlig'iga siljishi.
9. Asfiktik kisilish nmaga xos?
  - soxta diafragma churrasiga.
10. Destruktiv pnevmoniyaning 3ta o'pka-plevral to'rini ayting:
  - piotoraks
  - piopnevmotoraks
  - pnevmotoraks.

## Mavzu bo'yicha testlar.

1. Dekompensatsiyalangan tug'ma lobar emfizemaning asosiy klinik belgilari:
  - a) yo'tal
  - \*b) sianoz
  - v) gipertermiya
  - g) balg'am ajratish
2. Tug'ma lobar emfizemaning davolashi nimadan iborat?
  - a) qonservativ davolash
  - b) pulmonektomiya
  - v) torakosentez
  - \*g) o'pkaning zararlangan qismini rezeksiya qilish.
3. Ko'krak qafasi rengenogrammasida o'ng tarafning total soyalanishi va kuks oralig'i a'zolarini zararlangan tarafga siljishi aniqlanadi Sizning diagnoz:
  - a) total piotoraks
  - b) taranglashgan piopnevmotoraks
  - v) plauzimon piotoraks
  - \*g) o'pka atelektazi.
4. Ko'krak qafasi rengenogrammasida o'ng tarafning total soyalanishi va kuks oralig'i a'zolarini zararlangan tarafga siljishi aniqlanadi Sizning diagnoz:
  - \*a) total piotoraks
  - b) taranglashgan piopnevmotoraks
  - v) plauzimon piotoraks
  - g) o'pka atelektazi.
5. O'pkaning tug'ma kistasini davolash usuli:
  - a) kista punksiyasi
  - b) kistani drenajlash
  - \*v) o'pkani kistali qismini rezeksiya qilish
  - g) qonservativ davo.
6. O'pka ageneziyasi diagnozi qaysi tekshirishga asoslanib qo'yiladi?
  - a) klinik ko'rikka
  - \*b) bronxoskopiya va bronxografiya
  - v) plevral punksiyaga
  - g) spirometriyaga

7. Quyidagi kasalliklardan qaysi biri nafas yetishmovchiligi sindromi bilan kechadi?

- a) taranglashgan piopnevotoraks
- b) soxta diafragmal churra
- v) o'pkaning taranglashgan tug'ma kistasi
- g) tug'ma loabar emfizema
- \*d) hammasi.

8. Chin diafragmal churraga kirmaydi:

- \*a) Bogdalek Churrasi
- b) parasternal churralar
- v) diafragma relaksasiyasi
- g) Qizilo'ngach I teshigi churralari.

9. Diafragmal churralarning eng informativ tekshirish usuli:

- a) obzor rentgenografiya
- \*b) bariy eritmasi yordamida rengenokontrast tekshirishi
- v) torakosqopiya
- g) angiopulmonografiya.

10. Diafragmal churraning qaysi turida shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma bo'ladi?

- a) diafragma relaksasiyasida
- b) Qizilo'ngach I teshigi churrasida
- \*v) soxta diafragma churrasida
- g) parasternal churrada.

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

1. Pyer – Robinson sindromini asorati.
  - a) spazmolitik kiritish
  - b) tilning orqaga ketishi
  - v) no`tkning buzilishi
  - g) ko`rishning buzilishi
  - d) burun yo`llarining torayishi
2. Lobar emfizemaning dekombinasiya shaklining asosiy simptomi.
  - a) yo`tal
  - b) sianoz
  - v) gipertermik
  - g) qusish
  - d) balg'am ajritishi.
3. Tug'ma bo`lak emfizemaning optimal davolash usuli.
  - a) qonservativ
  - b) o`pkaning emfizematoz bo`lagining punksiyasi
  - v) pulmoektomiya
  - g) zararlangan o`pka bo`lagini olib tashlash
  - d) belau bo`yinga torokosintez
4. 2 tomonlama bronxoektoziyani optimal davolash usulini toping.
  - a) qonservativ
  - b) pulmoektomiya
  - v) bronxoektoziya
  - g) belau buyiga torokosentez
  - d) lob ektomiya
5. O`pkaning drenajlanuvchi absessini optimal davolash usuli.
  - a) torokosintez
  - b) bronxosqopik drenajlash
  - v) pulmonoektomiya
  - g) punksiya davolash
  - d) drenaj holat berish.
6. Bulak bronxlardagi yot jismning rasional usuli.
  - a) plevra bo`shlig'ini drenajlab, torokotomiya qilish
  - b) o`pka to`qimasini torokotomiyadan keyin reviziya qilish
  - v) yo`tal refleksini kuchaytirish
  - g) bronxosqopiya
  - d) torokotomiya

7. Taranglashgan piopnevomotoraksning davolash usuli
- a) plevral punksiya
  - b) plevra bo`shlig'i aktiv aspirasion drelatlash
  - v) plevra bo`shlig'ini byo`lau bo`yicha drenatlash
  - g) radinal operatsiya
  - d) bronxosqopiya
8. 1 oylik bolada o`ng tomonlama nafas olish yo`q. Perkussiyada tumtoqlik, bronxosqopiyada o`ng bosh bronx ko`p bo`lgan tashxis qo`ying.
- a) o`pka gipoplaziyasi
  - b) o`pka aplaziyasi
  - v) aganeziya
  - g) atelentaz
  - d) kistozli gipoplaziyasi.
9. 6-oylik bolaning o`pkasi rentgenologik tekshirilganda kistozli xosila aniqlanadi. Xolati qonikarli nafas yetishmovchiligi belgisi yo`q sizning taktikangiz
- a) kutish
  - b) operativ davolash
  - v) sanator davolash
  - g) drenajlash
  - d) qonservativ
10. Bolada o`pka kistasi plevra bo`shlig'iga yorilib asoratlandi. Qaysi davolash usuli to`g`ri.
- a) qonservativ
  - b) operativ
  - v) belau buyiga drenajlash
  - g) aktiv aspirasiya qilish
  - d) kutish
11. 2 yoshli bolada yil davomida o`pkada kistozli xosila paydo bo`lgan va o`sha vaqtdagi davolash usuli
- a) operativ
  - b) qonservativ
  - v) kistani drenajlash
  - g) byo`lau usulida drenajlash
12. Bolada og`ir nafas yetishmovchiligi aniqlangan. Rentgenogrammada o`ng o`pkada taranglashgan kista aniqlangan davolash usuli.
- a) kistani punksiya qilish

- b) radikal operatsiya
  - v) kistani drenatlash
  - g) qonservativ
  - d) kutish
13. Qaysi holatda rentgenogrammada Ko'krak nafasini kuks a'zolari shikastlanadi.
- a) taranglashgan plevmotoraks
  - b) atelektaz
  - v) taranglashgan pioplevmotoraks
  - g) piotoraks
  - d) ekssudativ plevrit
14. Pyer – robinson sindromida davolash taktikasi.
- a) dezintoksion terapiya
  - b) bolani to'g'ri parvarishlash
  - v) tilni orqaga ketishni oldini olish
  - g) tug'ilgandan so'ng birdan operatsiya qilish
  - d) demotroksfuziya
15. Lobar emfezemaning dekombinasiya shaklining asosiy simptomi.
- a) yo'tal
  - b) sianoz
  - v) gipertermik
  - g) qusish
  - d) balg'am ajritishi.
16. Tug'ma bo'lak emfezemaning optimal davolash usuli.
- a) qonservativ
  - b) o'pkaning emfezematoz bo'lagining punksiyasi
  - v) pulmoektomiya
  - g) zararlangan o'pka bo'lagini olib tashlash
  - d) belau bo'yinga torokosentez
17. Qizilo'ngach I traxel oqmasini qanday rentgenologik belgisi bor.
- a) ichaklar plevmatizatsiya bo'lishi
  - b) Qizilo'ngach Ida gaz paydo bo'lishi
  - v) qontrast moddani ichilganda bronxiol dorontda qontrast modda paydo bo'ladi.
  - g) bunday oqimlarda rentgenologik aniqlab bo'lmaydi
  - d) plevmo mediastikum manzarasi rivojlanadi
18. Yurak havoli xalqa bilan o'ralgan sizning diognozingiz.
- a) piotoraks



- b) pioplevmotoraks
  - v) plevmotoraks
  - g) kuchayuvchi mediostikal emfizema
  - d) perikardit
19. Bronxoektatik kasallikning asosiy diagnostik metodi.
- a) yuronkosqopiya
  - b) bronkografiya
  - v) tomografiya
  - g) (obzornaya rentgenografiya) Ko'krak nafasini obzor rentgenografiya
  - d) UZI
20. O'pka senvestrasiyasiga asoratiga kiradi.
- a) o'pka I-masini atrofiyasi
  - b) spaktan plevmotoraks rivojlanishi va yorilishi
  - v) qon ketish
  - g) kuks a'zolarini bir tomonga siljishi
  - d) o'pka atelektaz
21. 2-tomonlama bronkoektaziyani optimal davolash usuli.
- a) qonservativ
  - b) pulmonektomiya
  - v) bronkerezensiya
  - g) byo'lau bo'lgan toronosentez
  - d) pobektomiya
22. 2 tomonlama bronxoektoziyani optimal davolash usulini toklang.
- a) qonservativ
  - b) pulmoektomiya
  - v) bronxoektoziya
  - g) belau buyiga torokosentez
  - d) lob ektomiya
23. Quyidagilardan qaysi biri tug'ma atelektaz bo'lmaydi.
- a) pomila suvini aspirasiyasi
  - b) tug'ma surfaktant yetishmasligi
  - v) oxirgi kapilyarlarni rivojlanmasligi
  - g) tug'ruqda suvsizlik davrini cho'zilishi
  - d) bosh-miya tug'ruq travma.
24. Yurak havoli xalqa bilan uralgan sizning diognozingiz.
- a) piotoraks
  - b) pioplevmotoraks

- v) plevmotoraks
  - g) kuchayuvchi mediostikal emfizema
  - d) perikardit
25. Bo'lak bronxlardagi yot tananing rasional usuli.
- a) plevma bo'shlig'ini drenatlab toronotomiya qilish
  - b) o'pka to'qimasini torokotomiyadan keyin reveziya qilish
  - v) yo'tal refleksini kuchaytirish
  - g) brontosqopiya
  - d) toronotomiya
26. Destruksiyani bullyozli formasini to'g'ri davolash usulini tanlang (taranglashgan bulla).
- a) bullani punksiya qilish
  - b) uchokka
  - v) bullani drenatlash
  - g) pleural punksiya
  - d) bronkosqopik drenat
27. O'tkir destruktiv plevmaniyaning qaysi formasida amenerik nafas eshitilmaydi
- a) bulla
  - b) fibrinen pleurit
  - v) drenatlanuvchi abscess
  - g) eksudativ pleurit
  - d) kista
28. O'tkir destruktiv plevmoniyaning o'pkadan tashqari formasini ko'rsatining.
- a) piotoroks
  - b) gigant osiluvchi abscess
  - v) ekinoqonning yigilgan kistasi
  - g) o'pka senvestrasiyasi
  - d) o'pkaning tug'ma kistasi
29. O'tkir destruktiv plevmoniyaning o'pkadan tashqari formasini ko'rsatining.
- a) piotoroks
  - b) gigant osiluvchi abscess
  - v) ekinoqonning yigilgan kistasi
  - g) o'pka senvestrasiyasi
  - d) o'pkaning tug'ma kistasi

30. Ko'krak nafasini obzor rentgenografiyasida «mediostikal churra» uchun harakterli.

- a) taranglashgan pionnev motoraks
- b) taranglashgan piotoroks
- v) yayegaralangan piotoroks
- g) kuchayuvchi mediostikal emfezema
- d) perikardit

31. O'pka ageneziyasi diagnozi nimaga asoslanib qo'yiladi.

- a) klinik kartina
- b) bronkosqopiya, - grafiya
- v) sitologik tekshirish
- g) plevra bo'shlig'i punksiyasi
- d) spirametriya

32. O'pka bo'lak kistasini optimal davolash usuli

- a) qonservativ
- b) kistani drenatlash va punksiyasi
- v) o'pka bo'lagi va kista saklagan jismini rezensiyasi
- g) pulmonektomiya
- d) toronosentez po byo'lau

33. O'pkaning yiringlagan ekipononk kistani davolash optimal usuli.

- a) qonservativ
- b) zudlik bilan sistektomiya
- v) kistani drenatlash va punksiya qilish
- g) Byo'lau buyiga drenatlash va toronosentez
- d) toronosentez bilan aktiv aspirasion

34. Lobar emfizemada qanday perno'tor tovush aniqlanadi.

- a) o'tmas tovush
- b) ko'tigasimon
- v) perko'tor tovushning qisqarishi
- g) tumtoqlashish
- d) aniq o'pka tovushi.

35. Bronkoektatik o'pka asosiy diagnostika metodi.

- a) bronkografiya
- b) bronkosqopiya
- v) Ko'krak nafasini obzor rentgenografiyasi
- g) UZI
- d) tomografiya

36. Quyidagi keltirilgan keraklaridan qaysi biri o'tkir nafas yetishmovchiligini beradi.
- a) chegaralangan piotoraks
  - b) Qizilo'ngach I teshigidagi diofrogmal churra
  - v) tug'ma bo'lak emfezemas
  - g) taranglashmagan bulla
  - d) chegaralangan plevmotoroks
37. Nafas yo'llaridagi yot jismlar qaysi kasalliklarni keltirib chikaradi.
- a) atelektaz
  - b) agenezia
  - v) bronxoektaziya
  - g) piotoraks
  - d) bulla
38. Ko'krak nafasini R – grafiyasida o't o'pkaning o'rta bo'lagida aniq chegaralangan yumaloq soya perifokal reaksiyasi bilan sizning diagnozingiz?
- a) bulla
  - b) o'pka absess
  - v) o'pka kistasi
  - g) o'pka atelektaz
  - d) piotoraks
39. Ko'krak nafasini R – grafiyasida perikardga xos manzarani aniqlang.
- a) Ko'krak a'zolarini o'nga siljishi
  - b) Ko'krak a'zolarini chapga siljishi
  - v) yurak chegarasini chapga kengayishi
  - g) Ko'krak a'zolarini o'nga kengayishi
  - d) yurak chegarasini hamma tomonga siljishi.
40. Piopnevmtoroksga xos perko'tor tovush.
- a) suyuqlik ustida tumtoqlik
  - b) suyuqlik ustida ko'tigasimon tovush, havo ustida tumtoqlar
  - v) absess ustidagi tumtoqlik
  - g) absess ustidagi timponit
  - d) suyuqlik ustida, havo ustida timponik
41. Taranglashgan bullani yorilishini eng xavfli asorati.
- a) O'sib boruvchi mediostenal emfezima
  - b) piotoroks
  - v) piopnevmtoroks
  - g) bullaning yiringlashi

- d) bullaning surilishi
42. Bulla bu-
- a) plevra bo'shlig'ida chegaralangan havoli bo'shliq
  - b) kuks oralig'ida havo bo'shlig'i
  - v) o'pkadagi havoli bo'shliq
  - g) drenatlangan abscessning ishdagi havo
  - d) Ko'krak nafasida teri ostida havoning bo'lishi.
43. O'sib boruvchi mediostinal emfizimaning rasional davolash usuli.
- a) torokotomiya
  - b) suprayugulyar mediostikotomiya
  - v) plevradan tashqari kuks oralig'ini ochish
  - g) tush suyagi orqali bilish
  - d) toronosentez
44. O'pka ageneziasida bu-
- a) bronklarning bo'lmasligi, o'pka to'qimasi va o'pka qon tomirlarini bo'lmasligi
  - b) rudimentar bronklarni bo'lishi
  - v) bronk va qon tomir o'pka to'qimasini rivojlanmasligi
  - g) qon-tomirlar va o'pka I-masini bo'lishi, bronxlarning bo'lmasligi
  - d) qo'shimcha o'pka bo'lagini bo'lish
45. O'pka R – grafiyasida destruksiyaga o'tish davriga harakterli.
- a) yumaloq shakldagi qorayish
  - b) yumaloq shakldagi yruglanish
  - v) suyo'qlar sotxa bilan yumaloq soya
  - g) o'pkani qorayishi
  - d) chegaralangan havoli bo'shliq
46. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bezovtalik natijasida sianoz xosil bo'lishiga sabab nima.
- a) Qizilo'ngach I - traxeya oqmasi
  - b) Ko'krak nafasini varonkasidan deformatsiyasi
  - v) subdural gelnetoma
  - g) diofragmal churra
  - d) 2ta xafta rovogini
47. Diofragmal churrani yetakchi belgisi tug'ma.
- a) nafasni buzilishi
  - b) ovqat xazimni buzilishi
  - v) siydik ajralishi buzilishi
  - g) yurak – tomir sistemasining buzilishi

- d) ko'krak nafasi deformatsiyasi
48. Qirlo'ngach teshigi churrasi uchun harakteli belgi.
- a) qonsirgen
  - b) qon aralash qusish
  - v) o't aralash qusish
  - g) yo'tal
  - d) yurak yetishmovchiligi
49. Yolg'on diofragmal churraning harakterli belgisi.
- a) sudorogi
  - b) gipertermiya
  - v) nafas yetishmovchiligi
  - g) buyrak yetishmovchiligi
  - d) yurak to'tilish belgisi
50. Diofragma churrasi bu-
- a) o'pkani qorin bo'shlig'iga siljishi
  - b) kuks a'zolarini kasal tomonga siljishi
  - v) kuks a'zolarini sog tomonga siljishi
  - g) qorin bo'shlig'i a'zolarining Ko'krak bo'shlig'iga siljishi
  - d) kuks a'zolarining qorin boshligiga siljishi.

## Mavzu bo'yicha vaziyatli masalalar

1. 1,5 oyli chaqaloqda to'satdan nafas olishning qiyinlashuvi kelib chikdi. Oldin xech narsa bezovta kilmagan Tugilishi va homiladorlik tinch kechgan. Perkussiyada chap tomondan o'rta va pastki qismlarda tipanit aniqlanadi, auskultasiyada chap o'pkaning yuqori qismida nafas o'tadi, pastki qismida esa -o'tmaydi, o'ng tarafda – dagal nafas va biroz xirillashlar bor. Yurak tonlari baland, o'ng tamonga yaqin eshitiladi. Tana harorati normada. Sizning taxminiy tashxisingiz, tekshirish rejasi va davolash taktikangiz?

- Chap o'pkaning tug'ma taranlashgan kistasiga gumon
- Ko'krak qafasining 2-proyeksiyada rengen tekshirish va bronxosqopiya qilish kerak
- Tashxis tasdiqlansa- rejali operatsiya.

2. Bola 1-homiladorlikdan, 3600 g tana vaznida asfiksiyada va qisqichlar yordamida tug'ildi. Kindik tomirlariga Persianinov usulida dori-darmonlar yuborilgandan va 5min.davomida IVL yerdamidan so'ng yig'ladi. 20 min dan so'ng ikkilamchi asfiksiya paydo bo'lib teri sianoz va nafasi 1 mino'tda 100 gacha tezlashdi. Perkussiyada o'ng o'pka ustida timpanit aniqlanadi, auskultasiyada o'ngda nafas o'tmaydi, yurak tonlari bugik, chapgi oldingi aksilyar chiziq bo'ylab eshitiladi, taxikardiya 200-ta. Sizning taxminiy diagnozingiz? Qo'shimcha tekshirish usuli? Davolash taktikasi?

- Spontan taranglashgan pnevmotoraks
- Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
- Plevral bo'shlig'ini funksiya yerdamida havoni olish.

3. Chaqaloq uz vaqtida 3000gr.vazmda Apgar bo'yicha 7-8 ballda tug'ildi. 6 soatdan so'ng akrosianoz, umumiy sianoz, nafas olish qiyinlashish va 80-gacha tezlashishi paydo bo'ldi. Ko'krak qafasi bochkasimon tula, perkussiyada chap tomonda timpanit, o'ng tomonda – o'pka tovushi eshitiladi, auskultasiyada chapda nafas juda sust. Yurak tonlari bugik, ChSS-160ta.

Sizning tashxis, tekshirish usuli va davolash taktikasi?

- Chap o'pkaning yuqori bo'lagi tug'ma lobar emfizemasi.
- Ko'krak qafasi rengenografiyasi va radioizotop tekshirish.
- Rejali operatsiya qilish.

4. Chaqaloq 1-homiladorlikdan, tana vazmi 3100gr tug'ilgan, birdaniga yiglagan. 5 min dan so'ng asfiksiya boshlanib sun'iy nafas olishga o'tkazildi. Ko'rganda chap tamonda ko'krak qafasi kattargan, nafas olishi qiyinlashgan. Auskultasiyada chapdan nafas o'tmaydi, o'ngda – pueril nafas. Perkussiyada chapdan ba'zi zonalarda timpanit va ba'zda bug'iq tovush aniqlandi. Yurak tonlari bugik, 1 mino'tda 180 ta, o'ng o'rta umrov chizig'i bo'ylab eshitiladi. Qorni yumshoq, tortilgan, meqoniy chiqqan. Sizning tashxis. Tekshirish usuli va davolash taktikasi?

- Tug'ma chap tomonlama diafragmal churraga gumon qilinadi.
- Ko'krak qafasini obzor rengenografiyasi 2-proyeksiyada va rentgenoqontrast tekshirish.
- operatsiya oldi tayyorgarlik va operatsiya.

5. 7-yoshli bola oxirgi 2-yil bir-necha bor o'ng o'pka pastki bo'lagi pnevmoniyasi bilan davolangan. Ko'krak qafasi obzor rentgenogrammasida o'ng o'pkaning pastki bo'lagi proyeksiyasida kuksoralig'iga yaqin soyalanish aniqlanadi. Sizning tashxisingiz, tekshirish va davolash taktikasi?

- o'ng o'pkaning pastki bo'lagining sekvestrasiyasiga gumon.
- Angiografiya
- Operatsiya yo'li bilan davolash.

6. 1,5 yoshli bola 1-xaftadan buyon o'ng tomonlama pnevmoniya bilan davolanib kelyapdi. Axvoli to'satdan og'irlashdi. Nafas olishi qiyinlashib 1 mino'tda 80-tagacha oshdi, sianoz paydo bo'ldi. Tana harorati 37,5 °C. Ko'krak qafasining o'ng yarmi kaiialashgan. Perkussiyada o'ng tarafda – ko'tusimon tovush, auskultasiyada shu yerda nafas o'tmaydi. Sizning tashxisingiz, tekshirish usuli va taktikangiz?

- Destruktiv pnevmoniya, o'ng tomonlama taranglashgan pnevmotoraks

- Ko'krak qafasi obzor rentgenogrammasi.
- Torakosentez va plevra bo'shlig'ini drenajlash.

7. Og'ir nafas yetishmovchiligi belgilari bilan kelgan 6-oyli bolada Ko'krak qafasi obzor rentgenogrammasida o'ng o'pkaning taranglashgan tug'ma kistasi aniqlandi. Davolash taktikasini belgilang?

- Taranglashgan kistani punksiya qilish va keyinchalik rejali operatsiya qilish.

8. Yangi tug'ilgan chaqaloqda nafas yetishmovchiligi belgilari aniqlanadi. Perkussiyada ko'krak qafasining o'ng tomonida tumtoq tovush aniqlanadi, auskultasiyada nafas o'timaydi, ko'krak qafasining



obzor rengenogrammasida o'ng tomonda total soyalanish aniqlanadi, kuks oralig'i otganlari o'ngga siljigan. Bronxosqopiyada o'ng tomondan asosiy bronx yo'q. Sizning tashxisingiz?

- o'ng o'pkaning ageneziasini.

9. 1-oylik chaqaloqda auskultasiyada ko'krak qafasining o'ng tamonida nafas o'tmaydi, perkussiyada tumtoq tovush aniqlanadi, kuks oralig'i organlari o'ng tamonga siljigan. Bronxosqopiyada o'ng asosiy bronx kur tugaganligi aniqlandi. Sizning tashxisingiz?

- o'ng o'pkaning aplaziasini.

10. 1,5 oyli bolani tekshirganimizda auskultasiyada o'ng Ko'krak qafasi ustida nafas o'tmaydi, perkussiyada tumtoq tovush aniqlanadi, ko'krak qafasi obzor rengenogrammasida o'ng tomonda total soyalanish aniqlanadi, kuks oralig'i organlari zararlangan tamonga siljigan. Bronxosqopiyada o'ng bo'lakli va segmentar bronxlarning torayib borishi va kur tugaganligi aniqlandi. Sizning tashxisingiz?

- o'ng o'pkaning gipoplaziasini.

### «Kopdagi mushuk» konkursi.

O'qituvchi vaqtdan oldin mavzu bo'yicha savollar yozilgan kartochkalarni maxsus kopchaga tayerlab kuyadi. Bu konkurs katnashchilari kopchadan kartochkalarni tortib oladilar, ajratilgan vaqt mobaynida savollarga yozma ravishda javob yozadilar. Javoblarni tekshirgach qonsultanlar ballar miqdorini e'lon qiladlar va eng ko'p bal olgan talabalarni e'lon qiladilar.

1. O'pka ageneziasiga izox bering.

- o'pkaning asosiy bronx bilan birgalikda tug'ma yuqligi.

2. O'pka aplaziasiga izox bering?

- shakllangan yoki rudimentar asosiy bronx borligi bilan o'pkaning yoki uning bir qismini yo'qligi.

3. O'pka gipoplaziasini nima?

- o'pkaning hamma elementlarining rivojlanishdan orqada kolishidir (o'pka parenximasi, qon tomirlari va bronxlari).

4. Tug'ma lobar emfizemaning asosiy sabablari?

- Bronxlarning tog'ay elementlarining va elastik tolalarining aplaziasini.

5. Tug'ma lobar emfizemaning klinik belgilari:

- nafas va yurak-tomir yetishmovchiligi simptomlari: sianoz, taxipnoe, taxikardiya Ko'krak qafasining zararlangan tomonini kattalashishi va nafas olishdan orqada kolishi, bezovtalik, kuruk tez-tez yo'talish, emizish paytida asfiksiya paydo bo'lishi.

6. O'pkaning tug'ma taranglashgan kistasining asosiy klinik belgilari?

- nafas yetishmovchiligi, sianoz, asfiksiya va bezovtalik
- Ko'krak qafasining zararlangan tomonini nafas olishdan orqada kolishi
- perkussiyada - timpanit, kuks oralig'i organlarining sog'lom tamonga siljishi
- auskultasiyada - nafas shovkinlarining yo'qligi.

7. O'pkaning taranglashgan tug'ma kistasining rentgenologik belgilarini ayting?

- Ko'krak qafasini barcha qismini egallagan katta havoli bo'shliq, o'pka rasmni yo'qligi va «mediastinal churra» xosil bo'lishi, kuks oralig'i organlarining sog'lom tamonga siljishi.

9. Tug'ma yiringlagan o'pka kistasining rentgenologik belgilarini ko'rsating:

- zararlangan tomonda gorizontal suyuqlik satxili qonturlari aniq perifokal yallig'lanishsiz katta bo'shliq borligi, kistaning pastki qonturi aniq va sinus bo'shlig'i aniqlanadi.

10. Diafragmal churra nima?

- diafragmaning tabiiy yoki sun'iy teshiklari orqali qorin bo'shlig'i organlarini ko'krak qafasiga o'tganligi.

13. Diafragmaning Qizilo'ngach I teshigi churrasining belgisi:

- qusish, kusik tarkibida qon bo'lishi.

14. Soxta diafraga-plevral churralarning asosiy klinik belgilari:

- nafas yetishmovchiligi belgilari.

15. Asfiktik kisilishi qaysi diafragmal churralarga xos?

- soxta diafragma churralariga.

16. Qizilo'ngach I teshigi churralarida gemorragik sindromning sababi nima?

- peptik yarali ezofagit.

17. Pnevmoniyaning destruksiya oldi fazasiga nima kiradi?

- o'pkaning yallig'lanish infiltrati (lobit).

18. O'pka destruksiyasining 3 to'rini ayting:

- o'pka ichi

- o`pka-plevral

- o`pka-mediastinal.

19. Destruksiyaning 3 o`pka-plevral asoratini ko`rsating:

- piotoraks

- piopnevmotoraks

- pnevmotoraks.

20. Destruksiyaning 2ta o`pka ichi to`rini ayting:

- abscess

- bulla.

21. Ko`krak qafasining rentgenogrammasida o`ng tamondan Ko`krak qafasini total soyalanishi aniqlanadi, kuks oralig`i organlari qarama-qarshi tomonga siljigan. Diagnoz:

- o`ng tomondan total piotoraks.

22. Total piotoraksda klinik belgilar:

- zararlangan tamonda Ko`krak qafasini nafas olishda orqada kolish

- perkussiyada – zararlangan tamonda tumtoqlik aniqlanadi

- auskultasiyada nafas o`tmaydi.

23. Taranglashgan piopnevmotoraksda davolash taktikasi:

- torakosentez va plevra bo`shlig`ini drenajlash.

24. Total piotoraksda davolash taktikasi:

-plevra bo`shlig`ini punksiya qilish yoki drenajlash

25. Tarkaluvchi mediastinal emfizemada davolash taktikasi:

- suprayugulyar mediastinotomiya.

#### **4 MAVZU: BOLALARDA OSHQOZON VA O'N IKKI BARMOQ ICHAK YARA KASALLIGI.**

**MAVZUNING DOLZARBLIGI:** Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklari jo'da ro'p uchraydigan asoratlar guruhiga kiradi. Ko'pincha peritonit sababi oshqozon ichak trakti devori perforasiyasi hisoblanadi.

**DARSNING MAQSADI:** Umumiy amaliyot shifoqorini sog'liqni saqlashning birlamchi tizimida mustaqil ravishda bemorlarni olib borishga, shoshilinch xollarda tez va birlamchi yordamni ko'rsatishga, uy, poliklinika va kunduzgi shifoxona sharotida kichik yoshdagi bolalar va chaqaloqlar peritonitida diagnostika va davolash ishlarini amalga oshirishga, shuningdek sanitar-gigenik, antiepidimik, davolash-profilaktik va reabilitasiya ishlarini olib borishga o'rgatish.

#### **DARSNING VAZIFALARI:**

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklari etiologiyasi, patogenezini va klinikasi bo'yicha bilimni shakllantirish.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklarida laborator, rentgenologik va instrumental tekshirish usullari yordamida studentlarda klinik jixatdan ko'rish va tekshirish qobiliyatini oshirish.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklarida bemor hayati uchun havf tug'diruvchi holatlarda studentga diagnostik algoritmi o'rgatish.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida xirurgik davolash prinsiplari bilan tanishish.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida davolash, diagnostik standartlarga va operatsiyalardan keyingi reabilitasiya baennomasiga asoslangan umumiy vrachlik yordami qobiliyatini oshirish.

**Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklari** ko'p davom etadigan va osonlikcha to'z almaydigan kasallik bo'lib hisoblanadi.

Oshqozon yara kasalliklari kichik yoshdagi bolalarda kamdan-kam hollarda uchraydi. 7 – 14 yoshdagi bolalarda 0,08 % hollarda uchrashi mumkin. O'g'il bolalar qiz bolalarga nisbatan kasallikka qo'proq chalinadilar (5 : 1 nisbatda).

O'n ikki barmoqli ichakda yaralar ko'proq uchraydi. Xuddi kattalarniki kabi, bolalarda ham, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining kelib chiqishida quyidagi faktorlar sabab bo'ladi:

alimantar, psixoemosional faktorlar, infeksiyon kasalliklar bilan og'rish, visseral faktorlar (qorin bo'shlig'i a'zolarining kasalliklari) va irsiyat.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining asosiy va doimiy simptomi bo'lib og'riq sanaladi (98 % holatda). Ayniqsa, kasallikning boshlanish vaqtida og'riq noaniq harakterga ega bo'ladi. Bolaning yosh jihatdan kattalashgani sari og'riq muayyan davriylik kasb etadi: ochlik – og'riq – ovqatlanish – yengillikni his qilish – ochlik – og'riq va h.k.

Ko'p hollarda bolalar og'riqning zo'rayib ketishi natijasida ko'ngil aynishi va qusishga shikoyat qiladilar. Tana massasining kamayib borishi, zarda qaynashi, ich qotish kabi belgilar ham shu kasallikka xos belgilar hisoblanadi. Kasallik erta bahorda va ko'z faslida avj oladi.

Kasallikka diagnoz qo'yishda klinik simptomlarni aniqlash bilan birgalikda, rentgenologik va endoskopik tekshirishlar o'tkazish lozim. Oshqozon shirasidagi kislota miqdorini aniqlash yara kasalligini aniqlashda yordam beradi. Odatda, yara kasalligida kislota miqdori oshgan bo'ladi. Qaytalanuvchi yara kasalliklarida oshqozonni tekshirish rentgenologik tekshirish usulidan boshlanadi. Bu usul yordamida oshqozon gipersekresiyasi, oshqozon qismlarining peristaltikasi, duodenal reflyo'qs, oshqozon piyozcha qismining harakatchanligi, o'n ikki barmoqli ichakda qisilgan qismining borligi, qontrast moddaning ushlanib qolishi aniqlanadi. Agarda o'n ikki barmoqli ichakda yara bo'lsa, qontrast modda shu qismdan tez o'tadi (shpris simptomi). "Tokcha" simptomi rentgenologik usul yordamida 86 % hollarda aniqlanadi. Yara aksariyat holatlarda piyozcha qismining orqa devorida va oshqozonning katta egriligida uchraydi.

Gastroduodenoskopiya usuli kasallik diagnostikasiga yanada aniqlik kiritadi. Uning yordamida yaraning joylashuvini, o'lchamlarini, tubining holatini, yallig'lanish jarayonining chegaralarini, gastrit va duodenit darajasini aniqlash mumkin.

Talabalarga shuni ta'kidlab o'tish joizki, bolalarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining asoratlari kam hollarda uchraydi. Agarda asoratlansa, anamnezida ko'pdan beri kasalligini aniqlash qiyin bo'lmaydi. Kasallik asoratlari bemor bolaning yoshiga, etiologik faktorlarga bog'liqligini inobatga olish maqsadga muvofiqdir.

Yara kasalligining asoratlari bolalarda 15 – 22 % hollarda uchraydi. **Qon ketish** oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining eng ko'p uchraydigan asoratlaridan biri bo'lib sanaladi. Oshqozonga nisbatan

o'n ikki barmoqli ichak yaralari ko'proq qonaydi. Qon ketish aqsariyat holatlarda kasallik xuruj qilganda namoyon bo'ladi (och qolgandagi og'riq, zarda qaynashi va b.), ayrim hollarda esa kasallikning birlamchi ko'rinishi sifatida namoyon bo'ladi. Yashirin qon ketishlar ko'p holatlarda bilinmasada, yara kasalligining xurujlanish davriga to'g'ri keladi. Agarda qon ketish ko'p miqdorda bo'lsa, qon qusish, ichidan melenasimon (qora) ahlatning chiqishi bo'lsa, bemor darhol shifokorga murojaat qilishi lozim. Agarda, qon oshqozondan ketayotgan bo'lsa, qusish qon aralash (kofe quyqasi) bo'ladi, o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketganda qusish harakterli bo'lmasada, ahlati melena ko'rinishida bo'ladi.

Klinik ko'rinishi qon ketish miqdoriga va uning intensivligiga bog'liq. Qon ketish miqdori 350 – 400 ml bo'lsa, bemor o'zini yomon his qiladi, yengil ko'ngil aynishi, og'iz qurishi, kuchsizlik, kam miqdorda, tez-tez ahlat qilishi kuzatiladi.

Qon ketishi ko'p miqdorda bo'lsa, yoki tez-tez qaytalansa, bemor to'satdan o'zini yomon his qiladi, ko'ngli ayniydi, teri qoplamlari oqarib, sovuq ter bilan qoplanadi, ko'z oldi qorayib, quloqlarida shovqin paydo bo'ladi, ba'zan hushidan ham ketishi mumkin. Pulsu tezlashadi, arterial qon bosimi tushib ketadi.

Harakatdagi qon hajmi, gemoglobin va gematokrit ko'rsatkichlari obyektiv kriteriy hisoblanadi. Ba'zan qon ketishning hamma belgilari namoyon bo'lsada, qon aralash qusish va ahlatning qorayishi 2 – 3 kun o'tib paydo bo'ladi.

Hozirgi vaqtda endosqopik tekshirish usulini hatto qon qyetayotgan vaqtda ham qo'llash mumkin. Bu usul faqatgina diagnostika maqsadida emas, balki, davolash maqsadida ham ishlatiladi. Tajribali endosqopist zamonaviy endosqopik apparat yordamida qizilo'ngachdan, oshqozondan va hatto o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishini aniqlashi mumkin. Tekshirishni o'tkazishdan oldin oshqozon sovuq suv bilan yaxshilab yuviladi. Endosqopiya yordamida yara sohasida qonayotgan qon tomirining o'lchamini, qon ketish intensivligini baholash mumkin. Bu esa davolash taktikasini aniqlashga yordam beradi.

Davosi umumiy va mahalliy muolajalarni o'z ichiga oladi. Bemorning o'mida yotishi, diyetasi katta ahamiyatga ega. Vikasol, aminokapron kislotasi yuborish, yangi tayyorlangan qon, to'g'ridan-to'g'ri qon quyish, kalsiy xlorid yuborish qonservativ davo chora-tadbirlari hisoblanadi.

Qonservativ davu 6 – 12 soat davomida natija bermaganda, xirurgik davu qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Operatsiyani o'tkazish muddati bemorning umumiy ahvoli va anemiya darajasiga bog'liq bo'ladi. Agar qon yo'qotish qon umumiy hajmining 30 % ga teng bo'lsa, bemorni klinikaga tushganidan 6 soat ichida operatsiya qilish kerak.

Qon ketishida uch xil operatsiyani qo'llash mumkin:

1. qonayotgan oshqozon tomirlarini bog'lash, yarani tikish;
2. oshqozon rezeksiyasi;
3. vagotomiya, drenajlanadigan operatsiya bilan birgalikda.

Bolalarda xirurgik jarayonni tanlashda bemorning ahvoli, yaraning joylashishi, davolanayotgan muassasaning tajribasi kabi holatlar hisobga olinadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining yana bir asoratlaridan biri *teshilish* va qo'shni organlarga o'tishi (*penetrasiya*)dir.

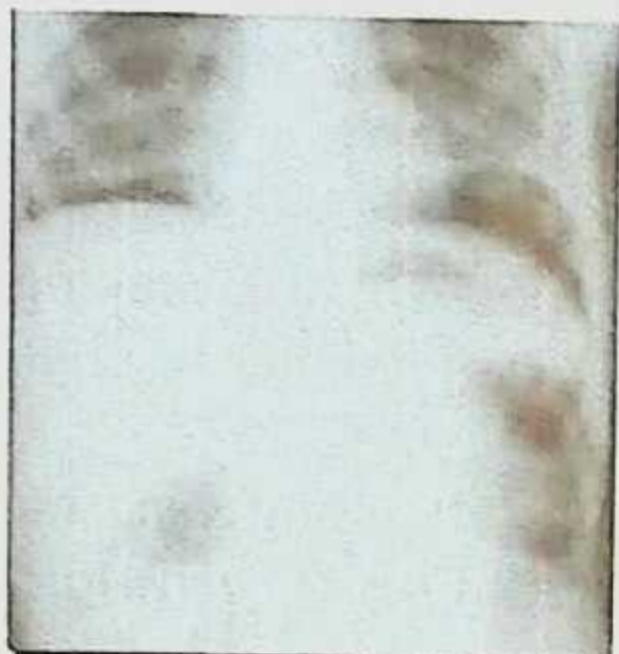
Bolalarda yara kasalligida teshilish kattalarga qaraganda kamroq uchraydi va hamma asoratlarning 5 – 15 % ni tashkil etadi. Asosan 8 yoshdan katta bo'lgan bolalarda uchraydi.

Penetrasiya bir nechta darajadan iborat: oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak devorining hamma qatlamlaridan o'tishi, qo'shni organlar bilan chambarchas fibroz birikma hosil qilishi va teshilishning tobora chuqurlashib qo'shni organning ichiga ochilishi. Penetrasiya jarayonida kuchli yallig'lanish fibroz chandiqlarning bo'lishi va ba'zan kattagina maydonni egallashi mumkin. Kasallik klinikasi tobora og'irlashib, jarayonga jalb qilingan qo'shni organ kasalliklari simptomlari namoyon bo'ladi, ular: o'tkir pankreatit, o'tkir xolesistit, xolangit, gastrit, duodenit va b. Og'riq doimiy tus oladi va intensivligi oshib boradi, ovqat qabul qilishga bog'liqligi o'zgaradi. Oshqozon kislotaligini qamaytiruvchi dori darmonlar qo'llanilganda ham og'riq kamaymaydi. Ko'ngil aynishi, qusish, leykositoz, tana haroratining oshishi, EChT tezlashishi kuzatiladi.

Yallig'lanish o'chog'i sohasida hosila paypaslanadi va paypaslash paytida og'riq kuchayadi. Rentgenologik tekshirilganda odatda, chuqur "tokcha" simtomi, yara sohasida organning kam harakatchanligi va davolash jarayoni ko'tilgan natija bermaganligi kuzatiladi.

Endosqopik tekshirganda agar yara penetrasiyaga uchragan bo'lsa, u holda, yara yumaloq, chuqur, qratersimon, chetlari baland, valsimon ko'rinishda bo'lib, atrofdagi shilliq qavatdan aniq ajralib turadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining perforasiyasi uning o'ta havfli asoratlardan hisoblanadi. Teshilish ko'pincha kasallikning xurujlanish davriga to'g'ri keladi (bahor va ko'z fasllarida). Stress, to'yib ovqatlanish, parxezni bo'z ish, jismoniy zo'riqishlar perforasiyaga olib kelishi mumkin. Yara teshilganda o'ziga



21-rasm. Qorin bo'shlig'ining obzor rentgenogrammasi.

hos belgi – epigastral sohada “xanjarsimon”, kuchli og'riqning paydo bo'lishidir. Qorinning oldingi devori “taxtasimon” taranglashgan, Ilyetkin-Blyumberg simptomi keskin musbat bo'ladi. Jigar sohasida to'mtoqlik yo'qoladi. Yurak urishi sekinlashadi (bradikardiya), teri qoplamlari oqaradi. Kasallik boshlanganidan 6 – 8 soat o'tganidan so'ng o'tkir peritonit belgilari avj oladi. Agarda qorin bo'shlig'ining obzor tasvirida diafragma gumbazi ostida erkin gaz bo'lsa, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining teshilganligiga hych qanday shubha qolmaydi. (21-rasm)

Yaraning teshilish asorati bu yuqori laparatomiya o'tkazishga ko'rsatmadir. Teshilish 75% hollarda qorinning' oldingi devorida uchraydi. Operasiyadan oldin oshqozonga albatta zond qo'yiladi, operatsiya oldi tayyorgarligi o'tkaziladi. Uning davomiyligi bemorning ahvoliga, organizmda suv-to'z muvozanatining bo'z ilishiga bog'liqdir. Odatda 1 – 2 soat mobaynida o'tkazilgan infuzion terapiya (plazma, qon, poliglyo'qin, to'z eritmalari, glyo'qoza) yetarli bo'ladi. Yosh bolalarda operatsiya teshilgan yarani tikish bilan cheklanadi. Odatda yara kapron yoki shoyi iplar bilan yara ustini charvi bilan berkitib tiqiladi. Agar bemor yara kasalligi bilan ko'p vaqtdan beri kasallangan bo'lsa va bemor operatsiyaga 6 – 8 soatdan so'ng olinsa, u holda yarani tikish bilan birga vagotomiya va piloroplastika qo'llaniladi. Qorin bo'shlig'ini obdon yaxshilab tozalashga katta ahamiyat berish kerak, yuqori qavatiga antibiotiklar yuborish uchun drenaj naychalar qo'yiladi.

Oshqozon piyozcha qismining *chandiqli torayishi* juda kam uchraydigan asoratlardan bo'lib hisoblanadi. Torayish yara bitganda yoki yaraning chandiqlar bilan tortilishi hisobiga qo'z atiladi. Torayishning ikkita bosqichi tafovo't qilinadi: kompensator va dekompensator, biri sekin asta ikkinchisiga o'tadi. Agar torayish yaraning chandiqlanishi o'mniga paydo bo'lsa u holda, bemorning yaxshilanib borayotgan axvoli



qorinning damlashi, ayniqsa ovqatlangandan so'ng, xurujsimon og'riqlar (qusgandan so'ng yengillik his qiladi) bilan almashinadi. Torayishning rivojlanishida "och" og'riqlardan tashqari, oshqozonning kengayib ketishi, kekirish, tez-tez va ko'p qusish kabi simptomlar kuzatiladi. Qusuq massalarida o't bo'lmaydi. Ovqatlangandan keyin ham yengillik his qilmaydi. Kichik yoshdagi bolalarda aspirasion pnevmoniya ko'z atilishi mumkin. Ahlat kam ajraladi, bolaning oriqlashi kuzatiladi, hamma vaqt ochlik hissini sezib turadi.

Kuzatuv vaqtida ovqatlangandan so'ng oshqozon peristaltikasini ko'rish mumkin, ayniqsa ovqatlangandan so'ng. Paypaslaganda og'riqli. Obzor rentgenogrammada suyuqlik bilan to'lgan kattalashgan oshqozonni ko'rish mumkin. Bariy bo'tqasi ichirilib tekshirganda oshqozon peristaltikasining kuchayishi, qontrast moddaning pilorik qismdan oz miqdorda o'tishi kuzatiladi, o'n ikki barmoqli ichakning piyozcha qismi o'zgargan va deformatsiyalangan. Oshqozonda bariy bo'tqasining ushlanib qolishi torayish darajasiga va oshqozonning kompensator imkoniyatiga bog'liqdir.

Endosqopiyada oshqozon pilorik qismining chandiqli torayishini, uning deformatsiyasini va yara lokalizasiyasini aniqlash mumkin.

Stenozni davolash faqat xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladi.

## VAZIYATLI MASALALAR.

1. 12 yoshli bola har bahor va ko`z fasllarida qorinda og`riqlar paydo bo`lib, ahlat rangining qorayishidan shikoyat qilib keldi. Sizning diagnozingiz va taktikangiz?

2. Qabulxona bo`limiga 10 yoshli bola epigastral sohada kuchli og`riqqa shikoyat qilib keldi. Anamnezidan aniqlanishicha 2 yildan beri oshqozon yarasi bilan og`riydi. Ko`rik paytida: qorni taranglashgan, nafas olishda ishtirok etmaydi, paypaslash kuchli og`riqni chaqiradi. Sizning taktikangiz?

3. Oshqozon yara kasalligi bo`lgan bolada qon aralash qusish va ahlat rangining qorayishi ko`z atildi. Kuzatuv paytida teri rangi oqargan, sovuq ter bilan qoplangan, pulsi tezlashgan. Sizning taktikangiz?

4. Klinikaga 4 yoshli bola keltirildi. Onasining aytishicha, bola doimo ovqat yeyishga harakat qilib, tez-tez qusadi. Lekin qusishiga qaramasdan bola yana ovqat yeyishga harakat qiladi, doimo ochlik sezadi. Qusuq massasi oshqozon shirasi bilan aralashmagan, har xil chaynalgan ovqat massalari bor. Ovqatlangandan keyin to`sh ortida og`riq sezadi.

Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz, davolash taktikangiz?

5. Qabul bo`limiga 14 yoshli bemorni kuchli ko`ngil aynishi, tez-tez qusish, epigastral sohada og`riq simptomlari bilan keltirildi. Bemorda nimjonlik, bosh aylanishi, kollaptoid holatlar ko`z atilmoqda. Bemor ovqatlangandan bir necha soat o`tgandan so`ng dastlab ko`p-ko`p miqdorda, so`ng kam-kam miqdorda qusgan. Qusuq massasi achchiq reaksiyali, qabul qilingan mahsulotlar, so`ng shilliq va o`tdan iborat. Bemorning ahvoli qusishdan so`ng yengillashadi.

Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz, davolash taktikangiz?

6. Qabul bo`limiga 10 yoshli bola ishtaxasining` pasayishi, qusish shikoyatlari bilan murojaat qildi. Qo`shish tez-tez bo`lmay, ko`ngil aynishi ko`z atilmaydi. Bemor tez ochlik sezganligi tufayli tez-tez ovqatlanishni hohlaydi va ovqat yeyish vaqtida qusmoqda. Qusuq massasi ko`p miqdorda bo`lmay, ishqoriy reaksiyadagi chaynalgan mahsulotlardan iborat. Bemor qusgandan so`ng o`zini yaxshi sezadi. Bemorda to`sh ortida og`riq bor.

Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz va davolash taktikangiz?

7. Qabul bo`limiga 8 yoshli bolani ko`ngil aynishi, qorinda xurujsimon og`riq shikoyatlari bilan keltirildi. Qo`shish ovqat qabul qilingandan 1,5 – 2 soat keyin bo`lib, ko`p miqdorda va o`t aralashgan.

Qo'sish bemor ahvolini yengillashtirmaydi. Ko'zdan kechirganda epigastral sohada shish kuzatiladi, qorinning pastki qismi puchaygan. Kasallik boshlanganiga 12 soat bo'lgan, ahlat qilgan. Sizning diagnozingiz, tekshirish rejangiz, davolash taktikangiz?

8. 7 yoshli bemorni ko'zdan kechirganda anemiya belgilari, ko'ngil aynimasdan tez-tez qusish ko'z atilmoqda. Qusuq massasi kam miqdorda bo'lib, tashlash va regurgitasiya harakterida, qusish oshqozon maxsuloti bilan bo'lib, achchiq reaksiyali va hidlidir. Qo'sishdan keyin bemorning ahvoli yaxshilanmaydi. Bemorda to'sh orqasida og'riq, zarda qaynashi va melena ko'rinishidagi qora ahlat bor. Sizning tashxisingiz, diagnostik chora-tadbirlar va davolash taktikangiz?

9. Uch kunlik chaqaloqda ko'p miqdorda qonli qusish ko'z atildi, bola rangi juda ham oq, ko'krak emishdan bosh tortadi, keyingi kunda qora rangdagi ahlat keldi, qon tahlillarida gemoglobin past, qon ivish vaqti cho'zilgan. Sizning tashhisingiz va davolash taktikangiz?

10. 10 yoshli bolaning oshqozon yarasi perforasiya bergan. Ushbu holatda sizning taktikangiz nimadan iborat?

### Javoblar

1. Oshqozon yara kasalligi, qon ketish. 2. Gospitalizasiya, stasionar davolash. 3. Qizilo'ngach axialaziyasi, stasionar davolash, 4. 12 barmoq ichak yara kasalligi, qon ketish asorati. 5. 12 barmoq ichak yara kasalligi, qon ketish asorati. 6. 12 barmoq ichak yara kasalligi, qon ketish asorati. 7. Oshqozon yara kasalligi. 8. Qizilo'ngach xalaziyasi. 10. Chaqaloqlar melenasi.

## O'Z – O'ZINI SINASH TESTLARI.

1. Ovqat hazm qilish a'zolaridan profo'z qon ketganda jarroxning eng dastlabki vazifasi:
  1. qon ketish manbasini aniqlash
  2. qaysi kasallik ekanligini aniqlash
  3. qon ketish boshlangan vaqtni aniqlash
  4. qancha qon ketganligini aniqlash
  5. qon oqishini to'xtatish choralarini ko'rish
2. Oshqozondan qon ketayotganligini tasdiqlovchi usul:
  1. ezofagosqopiya
  2. qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasviri
  3. qontrastli gastroenterografiya
  4. gastroduodenofibrosqopiya
  5. kolonosqopiya
3. Oshqozon-ichaklardan qon ketish bilan kechuvchi qaysi kasallikda qorinda og'riq bo'lmaydi:
  1. oshqozon yarasi
  2. 12 barmoqli ichak yarasi
  3. stressli yaralar
  4. ichak invaginasiyasi
  5. Mekkel divertikuli
4. Oshqozon-ichaklardan qon ketishlarda nima sababdan dastlabki daqiqalarda gemoglobin va gematokrit miqdori o'zgarmaydi:
  1. depo qonning umumiy oqimga o'tishi sababli
  2. qonning quyushishi sababli
  3. tomirlar qisqarishi sababli
  4. periferik tomirlarda qon miqdorining ko'payganligi uchun
  5. tomirlarda qon oqimi tezlashganligi sababli
5. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari qayerda ko'p uchraydi:
  1. oshqozonning kardial qismi
  2. oshqozon katta egriligi
  3. oshqozon antral qismi
  4. oshqozon kichik egriligi
  5. 12 barmoqli ichak.
6. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi rivojlanishida asab tizimidagi qaysi o'zgarishning o'rni katta:

1. parasimpatik asab tizimi ishining faollashishi
2. simpatik asab tizimi ishining faollashishi
3. parasimpatik asab tizimi ishining susayishi
4. simpatik asab tizimi ishining susayishi
5. ikkala tizim ishining ham faollashishi.

7. Qaysi asorat oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xos

emas:

1. perforasiya
2. qon ketish
3. oshqozon kardial qismi stenozi
4. peneterasiya
5. malignizasiya

8. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi asoratlaridan qaysi biri ko'p uchraydi:

1. perforasiya
2. qon ketish
3. peneterasiya
4. malignizasiya
5. stenozlar

9. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligining rentgenologik belgisi:

1. to'lishish defekti
2. "tokcha" belgisi
3. Kloyber kosachalari
4. erqin havo bo'lishi
5. oshqozondan evakuasiyaning bo'z ilishi

10. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligining rentgenologik diagnostikasida qaysi qontrast modda qo'llaniladi:

1. yodolipol
2. bariy sulfat
3. bilignost
4. triombrast
5. verografin

11. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida o'tkir qon ketish ko'z atilganda, agar qon ketishi to'xtamasa qancha muddat davomida qonservativ muolajalarini davom ettirish mumkin:

1. shoshilinch operatsiya
2. 1 – 2 soat

3. 2 – 6 soat
4. 6 – 12 soat
5. 12 – 24 soat

12. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida o'tkir qon ketish ko'z atilganda qaysi vaqt dastlabki 6 soatda operatsiya qilish kerak:

1. harakatdagi qonning 10 % yo'qotilganda;
2. harakatdagi qonning 15 % yo'qotilganda
3. harakatdagi qonning 20 % yo'qotilganda
4. harakatdagi qonning 30 % yo'qotilganda
5. harakatdagi qonning 50 % yo'qotilganda

13. Oshqozon va ichaklardan qon keti bilan kechuvchi kasalliklarning qaysi biri boshqa tizim kasalliklari asorati hisoblanadi:

1. oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi
2. diafragma-qizilo'ngach teshigi churrasi
3. gemorragik gastrit
4. portal gipertenziya
5. Mellori-Veys sindromi

14. Oshqozon va 12 barmoqli ichakdan qon ketish bilan kechuvchi kasalliklardan qaysi biri bevosita oshqozon va 12 barmoqli ichak patologiyasi bilan bog'liq emas:

1. oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi
2. gemorragik gastrit
3. stressli yaralar
4. Mellori –Veys sindromi
5. oshqozon poliplpri

15. Qo'yidagi dori moddalardan qaysi biri tartibsiz qabul qilinganda oshqozon shilliq qavatini ko'chib tushishiga olib keladi:

1. rezerpin
2. steroid gormonlar
3. asetilsalisilat kislotasi
4. bo'tadion
5. gastrosepin

16. Oshqozon-ichaklardan qon ketish bilan kechuvchi kasalliklardan qaysi birida qon bilan qusish bo'lmaydi:

1. portal gipertenziya
2. chaqaloqlar melenasi
3. Mekkel divertikuli

4. diafragma-qizilo'ngach teshigining churrasi
5. oshqozon-yara kasalligi
17. Oshqozon yara kasalligi belgilari:
  1. oshqozon gipersekresiyasi
  2. jigar kattalashishi
  3. plevra bo'shlig'ida suyuqlik
18. Oshqozon yara kasalligida eng informativ tekshirish usuli
  1. fibrogastroskopiya
  2. ultratovush tekshirish
  3. duktografiya
  4. obzor rentgenografiya
  5. oshqozon shirasini tekshirish
19. Oshqozon yarasi perforasiya berganda qanday taktika qo'llaniladi:
  1. yarani tikish
  2. yarani olib tashlash va tikish
  3. Bilrot 1 usulida oshqozon rezeksiyasi
  4. Bilrot 2 usulida oshqozon rezeksiyasi
  5. Gofmeyster-Finstere usulida operatsiya
20. 12 barmoqli ichakning stenozli yarasi simptomiga quyidagilardan qaysisi kirmaydi:
  1. qusish
  2. oshqozon proyeksiyasi ustida shovqin
  3. Kloyber kosachalarining bilishi
  4. kekirish
  5. oriqlash
21. Oshqozon yarasi perforasiyasining klinik ko'rinishini belgilang:
  1. qusish
  2. oshqozondan qon oqishi
  3. qorin oldingi devorining tarangligi, perkussiyada jigar to'mtoqligining aniqlanmasligi
  4. tez-tez ich ketishi
  5. kekirish
22. Quyidagilardan qaysi biri oshqozon yara kasalligini xirurgik davolashga absolyot ko'rsatma bo'la olmaydi:
  1. perforasiya
  2. qonservativ usul yordamida to'xtatib bo'lmaydigan qon ketishi

3. malignizasiya
  4. rentgenologik tekshirishda aniqlangan katta chuqurligdagi "tokcha" simptomi
  5. oshqozon pilorik qismining dekompensasiyalangan stenozi.
23. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi teshilishini bildiruvchi simptom:
1. taxtasimon qorin
  2. epigastral sohada kuchli og'riq
  3. bel sohasida og'riq
  4. leykositoz – 15000 gacha
  5. teri va skleraning sarg'ayishi
24. Quyidagilardan qaysisi 12 barmoqli ichak yara kasalligi bilan differensiasiya qilinmaydi:
1. surunkali holesistit
  2. surunkali kolit
  3. surunkali appendisit
  4. surunkali pankreatit
  5. mezoadenit
25. Quyidagilardan qaysisi stenoz belgilariga xos emas:
1. sariqlik
  2. nahorda oshqozon proyeksiyasida shovqin eshitalishi
  3. oriqlash
  4. kekirish
  5. epigastral sohada og'riqning bo'lishi
26. Quyidagilardan qaysisi 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xos shikoyat emas:
1. ovqatlangandan 1- 1,5 soat o'tib og'riqning paydo bo'lishi
  2. sariqlik
  3. og'riqning bel sohasiga tarqalishi
  4. kechasi og'riqning bo'lishi
  5. qusish
27. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi teshilishi eng ko'p qayerda uchraydi
1. o'n ikki barmoqli ichak
  2. oshqozonning pilorik qismi
  3. oshqozonning kichik egriligi
  4. oshqozonning katta egriligi
  5. oshqozonning kardial qismi



28. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilish vaqtida eng ko'p uchraydi

1. taxikardiya
2. har zamonda to'tib turuvchi og'riq
3. lokal, kuchsiz og'riq
4. to'satdan paydo bo'ladigan kuchli og'riq
5. suyuq ahlat

29. Quyidagilardan qaysi biri chaqaloqlarda yara perforasiyasini keltirib chiqara olmaydi:

1. pilorik kanal membranasi
2. oshqozon yarasi
3. pilorostenoz
4. tug'ruq travmalari
5. doimiy musbat bosim ostida nafas olish

30. Oshqozon yarasi perforasiya berganda qo'llash lozim:

1. qorin holatiga qarab tezlik bilan laparotomiya o'tkazish
  2. oqsillar va minerallar almashinuvi korreksiyasi va intensiv terapiyadan so'ng operatsiya qilish
  3. oshqozonni qontrast va gastrosqopik tekshirish
  4. oshqozonni yuvish
- konservativ davolash, 3 – 6 hafta o'tib operatsiya qilish.

## **5 MAVZU: Tug`ma va orttirilgan mexanik sariqlik.**

**Mavzuning dolzarbligi:** Bolalar xirurgiyasi xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug`ma nuqson va rivojlanish anomaliyasining kelib chiqishi, diagnostikasi va davolashini uz ichiga olgan distsiplinaning bir qismidir.

Pediatriya fakultetlarining 5-kursida bolalar xirurgiyasidan dars o`tishning asosiy printsiplari: tug`ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining nozologik diagnostikasi umumiy vrachlik yordamini ko`rsatish va operatsiyadan keyin reabilitatsiyasini o`tkazishga bogliqdir.

### **Mashg`ulot vazifalari:**

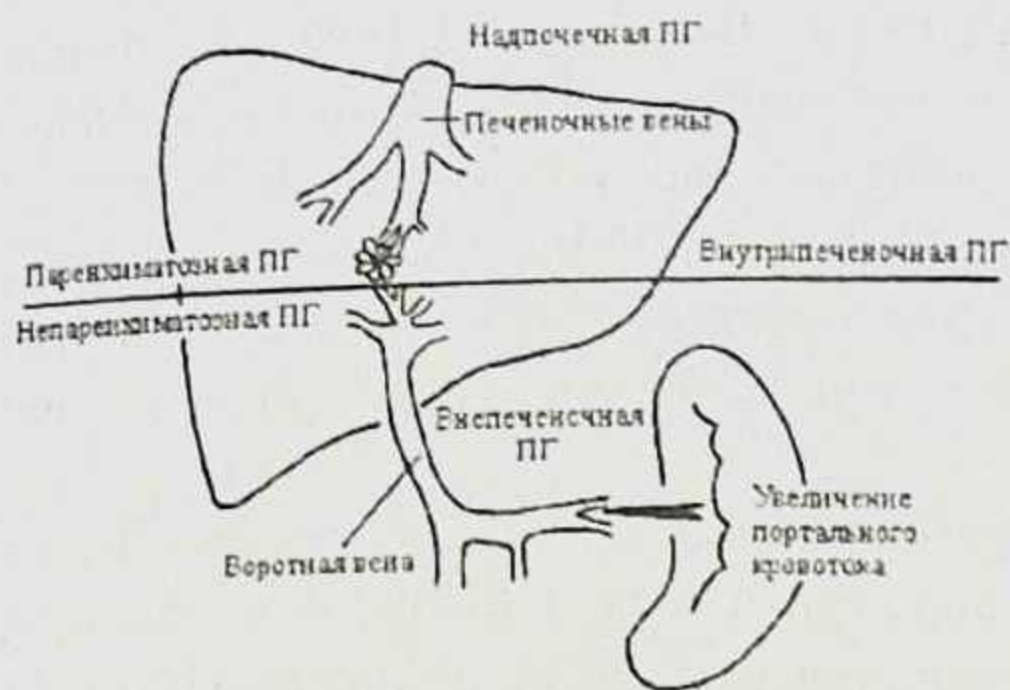
Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi haqida bilim olish. Tug`ma nuqsonlar va nomaliyalar bilan tug`ilgan bolalarni klinik ko`rik va tekshiruvdan o`tkazishni o`rganish.

Bola hayotiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o`rganish. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish. Umumiy vrachlik yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi reabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chiqish.

**Mashg`ulot o`tkazish joyi:** Torakal xirurgiya va chaqaloqlar xirurgiya bo`limi, operatsiya va kompyuter xonalari.

**Mashg`ulot maqsadi:** Xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug`ma nuqsonlar va rivojlanish nusonlari klinik diagnostikasi, davolash va bolalar reabilitatsiyasi uslublarini o`rganish.

**PORTAL GIPERTENZIYA** - bu darvoza venasida qon aylanishini buzilishi va bosimini oshishi bilan yuzaga keladigan simptom kompleksidir. Bolalarda uning sababi ko`pincha tug`ma va orttirilgan jigarni diffuz kasalliklari (surunkali gepatit, jigar sirrozi, fibrokistoz) anomal rivojlanishlar portal sistemadagi magistral tomirlar trombozi yoki jigar venalarining trombozidir. Portal gipertenziya, aktiv kechadigan va patologik jarayonlarni tugashi natijasidagi vaqtinchalik ko`rinishi yoki tug`ma, qaytmas jarayoni bo`lishi mumkin. Portal qon aylanishining buzilishini kyuidagi klinik ko`rinishlari bor.



Rasm 21

Splenomegaliya, Qizilo'ngach I venalarini varikoz kengayishi va oshqozonni, varikoz venalaridan qon ketishi, astsit. Jarayonini joylashishiga qarab va portal qon oqishini qiyinlashtiruvchi sababga qarab jigar ichi va jigar tashqarishi, aralash shakllari farqlanadi.

Portal uzandagi blokada ko'rinishlari to'liq tasnifini M.D Patsiora (1974 yilda) taklif qilgan (Rasm 21).

1. Portal qon aylanishining jigar usti blokadasi.

A). Yurakka bog'liq Pika sirrozi.

B). Kiari kasalligi (jigar venalari trombozi)

V). Badda-Kiari sindromi (jigar venasi soxasidagi pastki kavak vena trombozi, uni jigar venasi ustidan stenozi yoki obliteratsiyasi, chandik yoki o'sma bilan bosilishi).

2. Portal qon aylanishining jigar ichi blokadasi.

A). Turli shakldagi jigar sirrozi (portal, postnekortik, biliar, aralash)

B). Jigar o'smalari (tomirli, parazitli, bezi)

S). Jigar fibroz: (protal, chandik, travmadan keyin, maxalliy yallig'lanish jarayonlari).

3. Portal qon aylanishini jigardan tashqari blokadasi.

Fleboskleroz, obliteratsiya, darvoza venalarini trombozi yoki uning shoxini stenozi yoki darvoza venasini atreziyasi yoki uni shoxini o'sma, chandik, infiltrat bilan bosilishi.

4. Portal qon aylanishining aralash blokadasi.

A). Jigar sirrozini darvoza venalari trombozi bilan birga kelishi (birlamchi jigar sirrozida darvoza venasida trombozini asorat sifatida namoyon bo'lishi).

B). Darvoza venalari tromboziga jigar sirrozini kushilishi (jigarning portal tsirrozi darvoza venalari trombozi hisobiga yuzaga kelishi M.D. Patsiora jigarni darvoza venasidagi qon aylanishning holati va klinik ko'rinishiga kavrab partal gipertenziyani 3 ta davrga ajratadi.

1). Kompensatsiya (Boshlang'ich davri portal bosimni qisman oshishi, jigar ichi qon aylanishini kompensatsiyalanishi, splenomegaliyani gipersplenizim bilan bo'lishi yoki usiz bo'lishi).

2). Subkompensatsiyali (yuqori portal bosim splenomegaliya, venalarini varikoz kengayishi va oshqozondan qon ketishi yoki qon ketmasligi, jigarning darvoza vena sistemasidagi yaqqol qon aylanishining buzilishi).

3). Dekompensatsiya. (splenomegaliya, Qizilo'ngach I va oshqozonni venalarini varikoz kengayishi, qon ketishi bilan yoki qon ketishsiz, astsit, jigarni darvoza venasida yaqqol qon aylanishini buzilishi va markaziy qon aylanishini buzilishi).

Portal qon aylanishining jigar usti blokadasini shakli. Portal gipretenziyaning jigar usti blokadasini potogenezi asosida diffuz fibrozning rivojlanishi va distrofik o'zgarishlar hisobiga jigardan qon chiqishini buzilishi yotadi.

Jigar usti blokadani sabablari yurakni turli kasalliklari (o'ng bo'limini yetishmovchiligiga olib keladigan, pastki kavak venasini va uni shoxlarini zararlanishi).

Oxirgi paytlardagi Kiari kasaldligi yoki Badda - Kiari sindromi ham sabab bo'ladi. Kiari kasalligi (jigar venalarining birlamchi obturatsiyasi) obletratsiyali endofilibit hisobiga yuzaga keladigan, birlamchi trombozni jigar venalarining tromboflebiti, jigar venalarining anomal rivojlanishi (membrana, stenoz va boshqa).

«Sindrom Badda - Kiari» termini turli patologik holatlarni birlashtiradi, ikkilamchi jigardan qon oqishini qiyinlashtiradi. Ularga qon tomir ichidagi jarayonlar (politsitemiya, migratsiyali tromboflebit, parazitlar invaziya va boshqalar) kiradi.

Tomirdan tashqari jarayonlarga jigarning uchokli zararlanishi tugunli regeneratsiyani intensiv oshishi bilan yuzaga keladigan sirroz. Jigardan tashqari o'sma va yallig'lanish xosilalari hisobiga venalarni bosilishi. Jigar venalari usti yoki shu soxasida pastki kavak venasini stenozi yoki tug'ma membrana kasalligi kiradi. Kasallikni patologoanaotomik va klinik ko'rinishi jigar venalarini tez va to'liq obturatsiyasi va kollateral qon aylanishining holati bog'liq bo'lib, u Badda Kiari sindromi uchun sharoit yaratadi.

Klinikasi Kiari kasalligi va Badda - Kiari sindromini klinik ko'rinishi bir xil.

O'tkir va surunkali shakllari farqlanadi. Jigar venalarining o'tkir obturatsiyasida epigastrol soxada va o'ng qovurg'a osti soxasida kuchli to'satdan og'riq paydo bo'ladi, qusish, jigar o'lchamini kattalashishi va oqirishi astsititni rivojlanishi yuzaga keladi. Jarayon pastki kavak venasida bo'lgani uchun oyoklarda shish, qorinda va Ko'krak qafasidagi teri osti venalarini kengayishi xosil bo'ladi. Tez oshqozon ichak yo'lida qon ketish belgilari (Melena) qisman sariqlik paydo bo'ladi. Ko'proq 4-kunlari jigar buyrak yetishmovchiligi, to'tkich venalari tromboz yoki o'pka arteriyasi emboliyasi hisobiga o'lim yuzaga keladi. Ba'zida 25-30% venalarni o'tkazuvchanligi hisobiga hayot davomiyligi 4-6 oyga chuziladi. Surunkali shakli. Venalarni noto'liq obturatsiyasi hisobiga yuzaga keladi. Qon aylanishi kava kaval va portokavol anastamozlar hisobiga kompensatsiyalanadi. Gepatomegaliya, qisman IG'3 kasallarda splenomegaliya, turgun astsit, kasallarda ko'proq oshqozon va Qizilo'ngach I varikoz venalaridan qon ketishi hisobiga o'lim kuzatiladi.

Diagnostikasi. Blokadani joylashish joy; pastki va yuqori kavagrafiya, yuqori va pastki kavak venasidagi bosimni aniqlash orqali aniqlanadi.

Portal qon aylanishini jigar ichi blokadasini. Portal qon aylanishini jigar ichi blokadasini yuqoridagi tasnifdan ko'rinib turibdiki uni sababi turli patologik jarayonlar, asosiy sabablardan bu jigarni surunkali diffuz kasalliklaridir. 1974 yildagi Meksikada o'tkazilgan Xalqaro nomenklaturaga asosan jigarni diffuz kasalliklarini Quyidagi gruppalariga ajratiladi.

- 1).Gepatitlar.
- 2).Fibroz.
- 3).Tsiroz.

Olimlarning oxirgi 25 yillik ma'lumotlarga tayangan holda siroz turli etilagogik faktorlardan, asosan viruslar chakiradigan surunkali hepatitni oxirgi stadiyasi ekanligi ma'lum bo'ladi. Virusli hepatitni har qanday shaklida surunkali hepatit yoki jigar sirozi rivojlanishi mumkinligi isbotlandi. Bu jarayon asta syokin bo'lib aniq morfologik va klinik chegaralari bo'lmaydi va oxirida sirotik o'zgarish bilan transformatsiyalanadi.

### **Surunkali hepatit.**

Surunkali hepatit bu jigardagi yallig'lanish jarayoni 6 oydan oshik davom etishi hisobiga yuzaga keladi. 1975 yil A.F. Blyuger va V.G. Ionova ma'lumotiga karaganda morfologik o'zgarish bilan yuzaga

keladigan hama surunkali jigar kasalliklarini 44% ni tashkil qiladi. Etiologiya, patogenezi, klinik ahamiyati bo'yicha surunkali gepatit 2 tipga ajratiladi.

1). Gepatit -Nazologik birlik bo'lib jigarni o'zini kasalligi hisoblanadi.

2). Gepatit -sindromi yoki boshqa patologik jarayonlarni yo'ldoshi hisoblanadi. (surunkali infektsiya, oshqozon ichak yo'llari kasalliklari biriktruvchi to'qima kasalliklari) yo'ldosh gepatit klinik xususiyati, asosiy kasallikni kechishiga bog'liq ravishda avj olishi bo'lmaydi.

Biz 1- tip jigarning surunkali kasalligini kurib chikamiz. Xalqakro nomenklaturaga asoslangan holda surunkali gepatitning 2 ta shakli ajratilgan.

1. Surunkali persistirlovchi gepatit.

2. Surunkali aktiv gepatit. (sinonimlari jigarni surunkali aktiv kasalligi, surunkali agressiv gepatit, surunkali aktiv gepatit).

Surunkali persistirlovchi gepatit bu klinik kechishi yaxshi tomonga o'zgarishi bilan kechadigan jigarning nospetsifik morfologik zararlanishidir. Ba'zida kasallik avj olib surunkali aktiv gepatit shakliga o'tishi mumkin. Boshqa xollarda ko'pincha noaktiv fazaga o'tadi. Surunkali aktiv gepatit jigarni avj oluvchi og'ir kasalligi bo'lib, tsirrozga olib keladigan yallig'lanish jarayonining uzoq davom etishidir. Bu jarayon stabil kolishiga yoki orqaga qaytishi ham mumkin (davolash ta'siri).

Etiologiyasi va patogenezi. Bolalarda surunkali gepatitning rivojlanishining muhim sabablaridan biri bu o'tkir virusli gepatitdir. Surunkali gepatit bilan kasallangan bemorlarni qonida HB -antigen topilishi, virusli gepatit V chakirgan o'tkir gepatitning oqibatidan dalolat beradi. Agar kasallik o'tkir epidemik gepatitdan keying rivojlansa uning sababi virusli gepatit A hisoblanadi. Ko'pincha surunkali gepatit jarayoni o'tkir gepatitni o'tkazgan bemorlarda bir yildan so'ng yuzaga keladi. Surunkali gepatitni shakllanishida o'tkir gepatitni sariksiz varianti muhim muammo hisoblanadi. o'tkir virusli gepatitni surunkali gepatitga aylanish sababi xozirgacha to'liq urganilmagan. Surunkali gepatitnin patogenezida xozirga paytda 4 ta gipoteza ilgari surilyapdi.

1. Virusli.

2. Immunopatologik.

3. Virusli-immunologik.

4. Tsirkulyator.

Virusli gipoteza -o'tkir virusli gepatit bilan kasallangan bemorlarning qonida uzoq vaqt virusemiya bo'lishi surunkali avj olish davrida bu bemorlardan virusni yo'qtirish klinika va klinikepidemiologik kuzatishlar orqali guvoh bulingan. Surunkali jarayonda virusni oganizmda kolishi va sitopatik xususiyati hisobiga rivojlanadi. Oxirgi yillarda surunkali gepatit immun ximoya mexanizmining buzilishidan yuzaga keladigan karashlarga katta ahamyat berilyapti. Immunopatologik gipotezaga asosan gepatotsitlar viruslar ta'sirida antigenlik xususiyatlar ortiradi. Bu esa immun sistemani turli qismlarini aktivlaydi va asta syokin jigar xujayralarini shikastlab patologik jarayonni avjlantiradi. Virusli immunologik gepotezada viruslarni gepotatsidlarga ta'siridan asta syokin sensibilizatsiya chakirib etarli limfotsit va makrofaglar klonini o'ziga jalb qilib viruslarni organizimdan elimenatsiyasini ta'minlaydi.

Sirkulyator gipoteza.o'tkir gepatitni surunkali jarayonga o'tishida jigarda turgun qon aylanishni buzilishi va organ gipoksiyasi sabab bo'ladi. Bu gipotezani asosida jigardagi aktiv patologik jarayonga zamonaviy xirurgik usullarni ta'sir yotadi.

Organdagi qon aylanishni va gipoksiyani patogenezi tushunish qiyin emas. Boshqa savollarni tushuntirish muhim va talab qilinadi.

Surunkali gepatitda qon aylanishining buzilish sababi nimag'Nima uchun bu holatlar surunkali yallig'lanish uchun turgun sharoit yaratadi. Boshqa holatlarda o'tkir kasallikning tugashi bilan birga tugaydi.

Bu erda o'tkir virusli gepatitni patogenezi tushunish uchun ba'zi holatlarga murojat qilish kerak. o'tkir gepatitni odatdagi kechishida yallig'lanish jarayoni tez barham topadi. Strukturalar va nerv apparatlarni funktsiyalari tez tiklanadi. Shunday variantlari bo'lishi mumkinki o'tkir gepatitni ma'lum bir etaplarida vegetativ nerv xosilalarini ma'lum miqdorda zararlanishi kuzatiladi. Etiologik faktorga bevosita ta'sir qilinganda jigarda yallig'lanish jarayoni to'xtaydi, lyokin qon aylanishining buzilishi va gipoksiyasi davom etadi. Bu esa nevrit rivojlanishi yoki uning yomon asoratlaridan biri nerv strukturasining yomon buzilishiga olib keladi.

Nervni zararlanishi o'tkir gepatitning surunkali jarayonga o'tishida asosiy ikkilamchi omil bo'lib hisoblanadi. Surunkali gepatit sirroz bilan kasallangan bolalarda, umumiy jigar arteriyasi atrofida o'tkazilgan 100 ta nevroektomiya operatsiyasida ko'pol qaytmas o'zgarishlar aniqlanadi. Atrofdagi biriktiruvchi to'qimalarda va yog' to'qimalarda skleroz o'zgarishlar nerv stvolida fibroz o'zgarishlar topildi. o'tkir nevrit va uning

oqibatidagi fibroz o'zgarishlar hisobiga jigardagi qon aylanishining nerv orqali boshqarishini buzilishi va turgun sirkulyator buzilishlar kelib chiqadi.

Jigar arteriyasi atrofidagi nerv tolalarini kesish, jigardagi tomirlar spazmini bartaraf qiladi, organda qon aylanishini yaxshilaydi, surunkali jarayonini aktivligini paysaytiradi. Qisqa qilib surunkali gepatit kasalligi patogenezini muxokama qilganda yuqoridagi gipotezalardan birortasi kasallikni rivojlanish mexanizmini tushuntirib berolmaydi.

Patologoanatomik o'zgarishlar. Surunkali gepatitda turli xil bo'lib kasallikni kechish shakliga bog'liq. Organ o'lchami kattalashadi, kapsula oqimtir, diffuz kalanlashgan bo'lishi hisobiga makrosqopik ko'rinishi obrazli qilib aytganda «Katta oq jigar» deyiladi. Kapsula orqali gepatotsitlarni regeneratsiyasi ko'rinib turadi. Surunkali gepatitda jigar va portal gemodinamikada o'zgarishlar kuzatiladi, bu o'zgarish persistirlovchi gepatitda qisman, aktiv gepatitda turg'un bo'ladi. Surunkali gepatit bilan kasallangan 50 ta bemorlarni reogepatogrammasi analiz qilinganda, jigar ichidagi tomirlarni diffuz spazmi hisobiga jigar ichidagi pulsili qon bilan tulishi ma'lum miqdorda pasayganligi aniqlandi. Ko'pchilik bemorlarda darvoza venasida turgun bosimni oshishi kuzatiladi. Jigar tomirlarini va portal sistemasidagi tomirlarni arxitektonikasini buzilishi patologik kollateral qon aylanish surunkali gepatitda (bu o'tish davridan mustasno-aktiv gepatitni ma'lum miqdoridagi fibrozi, jigar strukturasi sirrozga o'tish taksimlanish) qon aylanishini buzilishi kislorod rejimi va oksidlanish qaytarish jarayonlarining buzilishiga olib keladi. Tekshirishlar shuni ko'rsatadiki jigar tomiridagi qon tarkibidagi gaz va fermentativ jarayonlarni buzilishi to'qima nafasini va gipoksiyasi buzilishini bildiradi. Surunkali gepatitda O<sub>2</sub> ishlatilishi va sarflanishi kamayadi, aktiv gepatitda bu holat 3 marta kamayadi. Jigar venasi qonida sut kislotasi 3 marta oshadi, oksidlanish-qaytarilish koeffitsienti 1,5 marta oshadi, laktatdaegidrogenaza va izoenzimlar aktivligi oshadi.

Klinika. Persistirlovchi va aktiv shakli klinik kechishi va ko'rinishi bilan bir biridan farq qiladi, ammo hammasini ham bir qator tipik belgilari bor. Klinikada nevrologik va dispeptik buzilishlar ustun turadi. Onalari ko'pincha bexolligi, tez charchashi, yig'loqilik, qo'zg'alishi, xotirani pasayishi terlashdan shikoyat qilishadi va vegetativ nerv sistemasi buzilishi simptomlari, ishtaxani pasayishi ichaklar dissfonngtsiyasi, metiorizim, ba'zida o'ng qovurg'a ostida og'riq, o't yo'llarida diskinetik



buzilishlar kuzatiladi. Bemorlar ko'pincha o'ng qovurg'a ostida og'irlik, bosim va boshqa diskomfort holatlarini sezishadi. Bolalarda kattalardan farqli ularok terini kichishi kam kuzatiladi. Surunkali gepatit tulkinsimon kechib avj olish davri va remissiya davri bilan almashinib turadi. Surunkali persistirlovchi gepatit bir xilda avj oluvchi belgilarsiz kechib ko'p yillar davom etadi. Ko'pchilik bemorlar shikoyat qilishmaydi, klinik belgilari kam ifodalanadi va qonikarli holati saqlanadi. Surunkali aktiv gepvti turli xil-xil simptomlar kechib, remissiya va xuruj bilan almashinib turadi. Gepatitni bu shakli emon sifatli kechib patologik jaraenni yuqori aktivligi bilan harakterlanadi. Klinik ko'rinishi gepatitni o'tkir va o'tkir osti shakliga uxshaydi. o'ziga xos xususiyati xotto laborotor ko'rsatkichlari bir xil bo'lsa ham yaqqol shikoyat va intoksimkatsiyani kuchliligi bilan farqlanadi. Simptomi asosan sitoliz va jigar funksiyasini buzilishi, surunkali jigar yetishmovchiligi belgilariga asoslangan. Jigarni kattalashishi va zichlashishi doimiy simptomlaridan biri hisoblanadi. Kasallik temperaturani ko'tarilishi, oriqlash, gemarragiya, terini polimorf o'zgarishlari, artrit, poliserozit, o'pka, ichak, yurakni zararlanishi kuzatilib, bularni hammasidan jigarni aktiv destruktiviyasi ustun turadi.

Diagnostika. Surunkali gepatit nospetsifik klinik belgilariga ega bo'lsa asosan laborator va instrumental tekshirishlarga asoslanib diagnoz qo'yishadi. Aktiv jarayondagi savollarga javob berish uchun zardob fermentlarini aktivligini aniqlash muhim ahamiyatga ega. (ALT, AST, HF, F1-FA) va oksillar fraktsiyasi miqdori. Surunkali persistirlovchi gepatitda zardobdagi aninotransferaza va globulin ma'lum miqdorda oshadi. Aktiv gepatitda ALT aktivligini oshishi harakterli, qonda F-1-F-A gipergommaglabulinemiya kuzatiladi. Jigarni yuqori kompensator imkonyati hisobiga 15-40% bemorlarda jigarni funksiyasini o'zgarishi kuzatilmagan. Jarroxlik gepotologiyasida asosiy diagnostik usullaridan biri jigarni morfologik tekshirish usulidir. Bu holat loporosqopiya va biopsiya yordamida amalga oshiriladi. Bu metodlarni birgalikda qo'llash orqali patologik jarayon to'g'risida to'liq ma'lumotga ega bo'lishadi. Surunkali gepatitni xal kiluvchi diagnostik uso'lim jigarni gistologik tekshirishidir.

Radioizotop tekshirish usuli qo'shimcha tekshirish usuliga kirib sirroz va surunkali aktiv gepatitni dif-diagnostikasi maqsadida qo'llaniladi. Angiografiya usuli surunkali gepatitga va uni shaklini

aniqlashsha yordam bermaydi, ammo surunkali gepatitni sirrozga o'tish chegarasida qiyinchilik tugdirgan holatda muhim ahamiyat kasb etadi.

Davosi: Surunkali gepatitni asosan pediatriklar davolashda agar zamonaviy davolash samara bermasa sirroz rivojlanish ehtimoli bo'lganda operatsiya o'tkaziladi. Operatsiya umumiy jigar arteriyasida periarterial nervektomiya qilinadi. Turgun gipersplenizm bo'lgan holatlarda splenektomiyaga ko'rsatma bo'ladi.

Jigar sirroz. Tsirroz-jigarning surunkali diffuz yemirlishi bo'lib, tugunli regeneratsiya xosil bo'lishi va fibroz o'zgarishlar hisobiga bo'lakcha tuzilmalarining buzilishidan jigarning funktsional yetishmovchiligi va organ sistemada patologik jarayonlarni avj olishi bilan yuzaga keladigan klinik anatomik tushunchadir. Sirroz surunkali gepatit oxirgi stadiyasidir. Bu bilan sirroz surunkali yallig'lanish jarayonini final bosqichi deb qaralmaydi. Sirrotik transformatsiya uchun, jigarni surunkali aktiv kasalligini kechishda yangi etapli jarayon almashinadi. Sirrozni tipik klinik, funktsional, morfologik belgilari paydo bo'lishiga qaramasdan, surunkali gepatitni kechishi uzoq vaqt saqlanadi va shunga qarab davo choralari aniqlanadi.

Tsirroz tasnifi:

1. Morfologiyasi bo'yicha

a). Portal

b). Postnekrotik

v). Biliar

2. Etiologiyasi. Virusli gepatit Botkin, oziqlanishni buzilishi (endozogen) o't yo'llari zararlanishi, sirkulyar buzilishlar -jigar dimlanishi, tug'ma sifilis, intoksikatsiya.

3. Klinik-funktsional belgilari.

1. Kechish va fazasi

a). avj oluvchi (aktiv va noaktiv fazasi)

b). stabil

v). pasayish (regressiruyuche).

Kasallik stadiyalari.

1). Boshlang'ich.

2). tsirroz shakllanishi, distrofik (chuzilish)

3). jigarning funktsional holati: yengil, o'rtacha, og'ir.

4). Portal qon oqishini holati.

5). Blok harakteri a). jigar ichi b). aralash.

6). Portal gipertenziya tipi a). total b) total ichak mezinterialni ustun turishi bilan v). total gastrolial tipni ustun turishi bilan

7). Portal blok a). kompensatsiya b). dekompensatsiya.

8). Gipersplenizm (bor yoki yo'q).

Etiologii va patogenezini.

Bolalarda jigar sirrozini birinchi etiologik omillaridan bu virusli hepatitdir. Sirroz kasallikni o'tkir fazasida yoki surunkali hepatitdan keyin shakllanishi mumkin. Hepatitni sariqsiz shaklidan kelib chiqqan sirrozga «kriptagen tsirrozi» deyiladi. Sirrozni patogenezini organlar gipoksiyasi va qon aylanishini kompensatsiyasini, kasallikni avj olishini aniqlaydigan murakkab patologik siljishdir.

Tsirrotik transformatsiyani rivojlanishida bir qator kama-karshi jarayonlar aniqlangan. Hepatotsitlar nekrozi va tugunli regeneratsiyasi.

Passiv (retikulyar stroma soxalari) va aktiv (mezinximal raktsiya hisobiga parenximani zararlanishi) fibrinogenez. Buning natijasida jigarda Yolg'on bo'laklar paydo bo'ladi. Yolg'on bo'laklar parenximani qismi bo'lib ularda portal tomirlar va markaziy venalarni uzaro munosabati buzilgan bo'ladi. Ularni markazida markaziy vena bo'lmaydi va periferiyadagi portal triadani joylashishi bo'lmaydi. Postnekrotik tsirrozni asosida parenximani massiv nekrozi yotadi. Nekroz soxalariga birlashtiruvchi to'qima o'tirib jigar zichlashadi.

Bu jarayon bilan bir vaqtni uzida, nekroz soxasida mezinximal xujayralarning reaksiyasi hisobiga aktiv fibroz to'qima xosil bo'ladi. Yangitdan birlashtiruvchi to'qima tasmalari xosil bo'lishidan parenxima maydonlari saqlanadi. Hepatotsitlarni zararlanmaganlari tugunli regeneratsiyaga uchrab qolgan parenxima bilan birgalikda yolg'on bo'lakchalarni shakllantiradi. Postnekrotik sirroz makronodulyar bo'lib mikroskopik notyokis o'zgarishlar bilan farqlanadi. Birlashtiruvchi to'qima tasmalarining noregulyar turi va bir necha bo'lakcha fragmentlaridan tashkil topgan turli kattalikdagi yolg'on bo'lakchalardan iborat. Portal sirroz. Asta syokin rivojlanadigan surunkali hepatitning oqibatidir.

Portal va portal atrofidagi infiltratlarni bo'lakchalaga ta'sirida jigarda qayta taksimlanish yuzaga keladi. Bulakchalar birlashtiruvchi to'qima zanjiri bilan fragmentatsiyalanadi. Portal sirroz makro va mikroskopik jihatdan bir xil bo'lib ularda fibroz zanjir bir xil tarkaladi.

Biliar sirrozi. Surunkali xolangid hisobiga birlamchi bilial sirroz kelib chiqadi. Jigardan tashqari obstruktsiya hisobiga ikkilamchi bilial sirroz kelib chiqadi.

Biliar sirroz belgilari bo'yicha portal sirrozga uxshaydi, farqi shundaki biliar tsirroзда regeneratsiya intensivligi past bo'ladi.

Aralash sirroz. Belgilari portal va postnekrotik sirrozlarni uz ichiga oladi. Bu kushilish surunkali gepotitda yoki portal sirrozga porinximani massiv nekrozga uchrashi kushilishidan shakllanadi yoki aksincha bo'lishi mumkin. Tajribalarda aloxida sirrozni uchrashi kam bo'lib morfologik kartinasi 2 ta tip sirrozni belgilarni ko'rsatadi.

Jigardagi va portal sistemadagi qon aylanishini buzilishi sirroz patogenezini asosini tashkil qiladi. Sirroz evolyo'tsiyasi jarayonida portal triada va markaziy venalarga yaqin joylashgan sinusoidlar buziladi. Bu buzilish Yolg'on bo'lakchalarni bir biridan ajratib turgan biriktiruvchi to'qima to'siqlari kushilishi hisobiga yuzaga keladi. Buning natijasida markaziy vena bilan darvozan venasi bilan ulaydigan kalta va keng kanalli tomirlar paydo bo'ladi.

Qisqa qilib aytganda jigarda o'ziga xos organ ichi portokaval shunt xosil bo'ladi, bunda patologik qon aylanishining xosil bo'lishi hisobiga qonni ko'pchiligi portakaval shunt orqali pastki kavak venasiga o'tib ketadi. Jigar parenximasiga kam qon kelib xujayralar bilan qon qontakti kamayadi. Bu esa og'ir mikrotsirkulyatsiyani buzilishiga va ishemiyaga olib keladi. Buni oqibatida gepatotsitlarda distrofik va nekrobiotik o'zgarishlar yuzaga keladi, jigar xujayralarining ulishiga javob sifatida mezinximol xujayralarni aktivligi kuchayib, fibrinoz va tugunli regeneratsiyani yangi uchoklari paydo bo'ladi. Jigarda metobolizmni va qon aylanishini buzilishida kompensatsiya yo'lga etibor berganda bolalarda portal qon aylanishida arterializatsiya yuzaga keladi. Darvoza venasida O<sub>2</sub> portsiyal bosimi va miqdorini oshishi kuzatiladi. Shuningdek darvoza venasi qon tarkibida gemotokrit soni ham oshadi. Shu hisobiga jigar xujayralariga kerak bo'lgan O<sub>2</sub> etkazilib turiladi. Jigar arteriyasining spazmi hisobiga qorin uzanidagi tomirlardagi arteriyal qoni qayta taksimlanishi yuzaga keladi va qon oqishi talokka yunaladi. Jigar arteriyalarida qonni kamayishidan interamural (anastanoz ochilib) arteriya portal anastanoz ochilib (talok arteriyasi, ichak oshqozon arteriyalaridan portal sistemasiga qon o'tishi) portal sistemani yuqori oksigenatsiyasiga olib keladi. Sirrozni keyinchalik yana davom etishidan bu kompensatsiya turgun bo'lmay qoladi.

Jigar ichi karshiligini oshishi hisobiga asta syokin jigar ichi arteriya partal anastanozni shakllanishi yuzaga keladi. Sirrozni jadallashishidan jigar xujayralarini yetishmovchiligi hisobiga portokoval anastanoz

hisobiga o'ng yurak soxasiga ko'p qon borib yurakda patologik jarayon yuzaga keltiradi. Dekompenstsiya (stadiyasi) davrida markaziy qon aylanishni buzilishi yuzaga keladi, bu yurakni o'ng bo'lagida bosimni oshishi hisobiga jigardan tashqari portakaval shuntidan qon olish syokinlashadi va jigarda qon aylanish tez buzilishiga olib keladi. Jigarni sirrozini yana bir belgilaridan biri bu astsit. Astsitni sabablaridan biri bu jigar xujayralarini yetishmovchiligi va portal gipertenziya jigar xujayralari yetishmovchiligida oksil sintezi va aldestron inaktivatsiyasi kamayadi. Gipoalbuminemiya hisobiga qonda onkotik bosim kamayadi va tomir uzanidan suyuqlik bo'shliq va to'qimalarga o'tadi.

Aldestronni oshishi hisobiga buyrakni distal kanalchalaridan NaQ ionni surilishi kuchayadi va xujayralararo suyuqlikda tuplanadi. Sirrozda astsitni kelib chiqishini yana bir sababi jigar sirrozida limfa xosil bo'lishini oshishi. Bu esa uz navbatida limfa qon aylanishini buzilishiga va limfa tomirlari kengayib qorin bo'shlig'iga suyuqlik o'tishiga olib keladi.

Klinikasi. Bolalarda jigar sirrozi kattalarga nisbatan yaxshi kechadi. Oshqozon va Qizilo'ngach I venalaridan qon ketish 4-10% bemorlarda kuzatiladi. Sirrozni klinikasida jigarni fo'ngtsional etishmovchilik belgilari paydo bo'ladi. Bexollik, charchash, bosh ogrigi uykuni buzilishi, oriklash, dispepsiya, metiarizm. Teridagi o'zgarishlar, ko'rish, yuzda, bo'yinda, tana va oyok kullarida urgimchak va yo'lduzcha simptomi, polmar eritma. g' bemorlarda barmaklarida baraban tayokchasi, emal timok belgilari ko'rinadi. Gemorragik diatez tipik nomayon bo'lib, qon ivituvchi faktorlar sintezini buzilishi, trombotsitopeniya, tomirlar sinishi oshishi hisobiga yuzaga keladi. Jigar tsirrozini yaqqol belgilari sariqlik va astsit. Sariqlikni yuzaga kelishi qonda bilirubinni oshishi hisobiga bo'ladi. Jigar sirrozini doimiy belgilash jigarni kattalashishi va talokni kattalashishi kasallikni oxirgi davrida miokardda distrofik o'zgarishlar hisobiga yurak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi. Jigar sirrozini asoratlari gepatotserebral etishmovchilik, oshqozon va Qizilo'ngach Ini varikoz venalaridan qon ketish.

Diagnostikasi. Buning uchun klinika bioximik, morfologik, radiologik va rentgenologik tekshirishlar o'tkaziladi. Morfologik (loporosqopiya, jigarni po'ngktsion biopsiyasi) tekshirish diaqnoz qo'yishda muhim omil bo'ladi.

1. Kompensatsiya holatida tekshirish ko'rsatgichlarini zurayganligi ko'rinadi.

2. Subkompensatsiyada ovqatlanishini buzilishi (oriklash, gipovitaminoz, engil sariqlik, endokrin o'zgarishlar, teridagi o'zgarishlar va shish kuzatiladi). Umumiy bilirubin miqdori 85,5 min molG'l gacha oshadi ALT, AST 200 ed gacha oshadi. Timol probasi 40 ed gacha oshadi, sulema probasi 50 % gacha oshadi.

3. Dekompensatsiya: yuqoridagi simptomlarni chuqurlashishi, astsit, gemorragik diatez, qondagi ivish faktorlarni pasayishi kuzatiladi. Splenoportografiya portal sistema to'g'risidagi to'liq ma'lumotni beradi. Bu tekshirish usuli o'rta yoki orqa aksilyar chiziqda IX-X -qovurg'alar orasidan teri orqali talok punktsiya qilinadi. Mandren ignasi talokka 2-3 sm kiritiladi. Bundan mandren ignasida qon tomchisi paydo bo'ladi. Keyin Mandren ignasini Valdian flebotonsmetriga ulab portal bosim ulchanadi va shprints orqali qontrast modda 3-4 s davomida yuborib splenoportografiya qilinadi. Sirrozni og'irligiga qarab splenoportografiyani 3 ta ko'rinishi ma'lum

1 tip talok va darvoza venalari qisman kengaygan. Bu holat sirrozni Boshlang'ich davrlarida namoyon bo'ladi.

2 tip jigar kichiklashgan tomir surati qisman yoki ko'p deformatsiyalangan. Portakaval kollterallarni qontrastlanishi

3. jigar tomirlarini birlashshishi yoki umuman bo'lmasligi kuzatiladi.

Davosi. Jarroxlik davolanishdan maqsad regeneratsiya jarayonini stimullash, giperspenizimni bartaraf qilish asosiy kasallikni keyingi rivojlanishini oldini olishga karatilgan.

Bu maqsaddagi jarroxlik usullaridan biri umumiy jigar arteriyasi atrofidagi nevroektomiya. Bu jarroxlik usuli sirrozdagi morfologik o'zgarishlar aktivligini kamaytiradi ammo jarayonni to'liq tuxtatmaydi. Gipersplenizm bo'lgan holatlarda splenoektomiya operatsiyasini o'tkazishga ko'rsatma hisoblanadi. Oxirgi yillarda tsirrozda regeneratsiyani stimullash uchun jigarni qisman kesish operatsiyalari muxokama kilinyapti.

Portal qon aylanishini jigardan tashqari blokadas. Jigardan tashqari portal gipertenziyasi darvoza venasiga yoki asosiy stvolga qon oqib kelinishini to'siqlikka uchrashi hisobiga yuzaga keladi.

### **Etiologiyasi va potogenezi.**

Portal sistemani o'tkazuvchanligini buzilishi sabablari turlicha Anomal rivojlanishlar, tromboz va flebit hisobiga postnatal obliteratsiya, o'sma, qisman chandik bilan bosilish. Portal yo'lda qonni to'siqlikka

uchrashi ko`pincha darvoza venasi stvoli soxasida vujudga keladi. Jigardan tashqari portal gipertenziyada portal bosim juda yuqori bo`ladi. Kasallikni erta davrida kollateral tomirlar ochiladi. Asosan portokavol oqim gastroezofagal venalari orqali amalga oshadi. Jigarga darvoza venasidan qon kam kelishi natijasida uni qon bilan taminlash jigar arteriyasiga to`shadi. Jigardan tashqari blokadada jigarni O<sub>2</sub> ga bo`lgan talabi tez pasayadi, oksidlanish jarayonlari buziladi. Qonda SO<sub>2</sub> miqdori pasayadi. Bunda uglevod, yog` oksillarni qisman qisman oxirigacha boradi. Organni gipoksiyasini rivojlanishida yana bir sabab gipersplenizm bo`lib eritrotsitlar miqdorini kamayishga olib keladi. Anaerob glikozni aktivligi oshishi va kata miqdoridagi plastik materiyallarni jigarga kemasligidan jigarda metabolitik buzilishlar va fibroz o`zgarishlar yuzaga keladi. Jigardan tashqari portal gipertenziyada qon ketish oshqozonni kardiol qismidagi venalarni varikoz kenggayishidan mustasno ravishda yuboriladi. 85 % uchraydi.

**Klinikasi.** Jigardan tashqari portal gipertenziyasni asosiy belgisi bu gipertenziya va Qizilo`ngach I, oshqozonni kardial qismidagi venalarni varikoz kengayishi va ulardan qon ketish ko`pgina bemorlarni splenomegaliya yoki metiorizim hisobiga korni katalashadi. Qorinni oldingi dēvorida va Ko`krak qafasida venalarni surati kuchayadi. Tipik belgilari qorinni chap tomonidan og`irlik sezishi ishtaxani pasayishi, burundan qon ketish, astsit qondan kam xollarda rivojlanadi.

**Diagnostikasi.** Tekshirish usullaridan splenoportografiya va mezenterikoportografiyadir. Bu tekshirishda blokada soxasi, talok venasi, darvoza venasini asosiy stvolini xoltalari aniqlanadi. Qizilo`ngach I va oshqozonni kardio qismini venalarni varikoz kengayishini bariy ichirib rentgenologik tekshiriladi. Kerak bo`lsa endosqopik usuldan foydalaniladi.

**Davosi.** Jarroxlik yo`li bilan davolash: kasallikni venalarni varikoz kengayishi, ulardan qon ketish va gipersplenizmni rivojlanish darajalariga bog`liq.

Jarroxlik usilii bilan davolashga absolyo`t ko`rsatkich bu venalarni varikoz kengayishi va ulardan qon ketishi. Absolyut qarshi ko`rsatma bartaraf qilib bo`lmaydigan nuqsonli rivojlanishlarni birga kelishi, nisbiy qarshi ko`rsatma birgalikda keladigan kasalliklar va postgemorragik sindrom. Protal bosimni kamaytirish va qon ketishini oldini olishni radikal usullari bo`lib tomirlar anastamozi hisoblanadi. Buning uchun splenorenal va kavomezinteriol anastomoz xosil qilinadi. Venalarni

varikoz kenggayishida samarali usullardan biri bu gostrotomiya qilib kegaygan venalarini boglash operatsiyasidir. Agar oshqozondagi operatsiyalar samara bermasa transtorakol usul orqali Qizilo'ngach I venalari bog'lanadi. Jigarni surunkali diffuz kasalligi va portal sindromini jarroxlik davolash usullari.

1974 yilda M.D. Patsiar jarroxlik davolanish 5 ta gruppaga ajratgan. 1. Astsitik suyuqlikni qorin bo'shlig'idan chikarishga karatilgan operatsiya (qorin bo'shlig'ini drenajlash, oyokni kata teri osti venalariga anastolizlash). 2. Portal sistemada qoni yangi oqimin tashkil qilishga karatilgan operatsiyalar (omentopeksiya, organopeksiya, protokaval anastamozlar). 3. Portal sistemaga qon kelishishini kamaytirishga karatilgan operatsiyalar (splenoektomiya, arteriyalarni boglash). 4. Portal sistema venasini oshqozon va Qizilo'ngach I venalari bilan boglanishga karshi karatilgan operatsiyalar (oshqozon va Qizilo'ngach I venalarini boglash, Tanner operatsiyasi, oshqozon va Qizilo'ngach I proksimol qismlarini kesish operatsiyasi). 5. Jigarda regeneratsiyani va qon aylanishini kuchaytirishga karatilgan operatsiyalar ( jigarni kesish, umumiy jigar arteriyasidagi periarterial nerv ektomiya, arterio portal anastamoz). 1. Portal yo'ldan qon oqishini Yangi yo'lini xosil qilish. Omentoleksiya (kata charvini qorinni oldingi devoriga tikish) bu usulni 1887 y. (Tali) Talm taklif qilgan.

## **JIGAR VA O'T YO'LLARINING NUQSONLI RIVOJLANISHLARI**

Jigarni nuqsonli rivojlanishi odatda simptomsiz kechadi va kam uchraydi. Joylashish, shakl va aralash anomalyalari farqlanadi. Joylashish anamalyasida jigar chap diafragma ostida joylashadi va kolgan qorin bo'shlig'idagi a'zolar o'zgarmagan bo'lib asosan boshqa tug'ma kasalliklar: diafragmal churra kindik tizimchasini embrional churrasi hisobiga siljishi mumkin. Jigarni qisman burilgan shakillari uchrab jigar funksiasiga t'asir qilmaydi. To'liq agneziya holati juda kam uchraydi. Jigar gipoplaziyasi ham juda kam uchrab uning massasi tana massasiga nisbatan 1% dan oshmaydi. (normada 2-3 %) .Nuqsonli rivojlanishlarda ko'p uchraydigan shakllariga chap bo'lak gipoplaziyasi va kvadrat bo'lagini kattalashishi kiradi. Gepatomegaliya tug'ma bo'lib xech qanday patologik o'zgarishlarsiz namaen bo'ladi. Kam uchraydigan nuqsonlardan





Rasm 22.

yana biri qo'shimcha jigar bo'lib uni o'lchami turlicha bo'ladi va jigarga tomir sekretor to'qima oegi bilan to'tashadi. B'azida plevral bo'shliqni diafragma ustida joytlashishi mumkin. Tarkibida arteriya, vena, o't yo'llari bo'lgan kichgina oekchasi diafragma teshikchasi orqali jigarga birikib turadi (Rasm 22).

O't pufagini nuqsonli rivojlanishlari Bunga o't pufagi agneziyasi va gipoplaziyasi kiradi. o't pufagi agneziyasini uchrashi 1:16000 ni tashkl qiladi. Kizlar ugil bollalarga nispatan 2 barobar ko'p kasallanadi. o't pufagini agneziyasi embrional rivojlanishgni 4-xaftasida jigarni kaudal qismini zararlanishi hisobiga yuzaga keladi. o't pufagini bo'lmasligi klinik ahamyat kasb etmaydi.

Joylashish nuqsoni. o't pufagini joylashishini turli xil variantlari bo'lib ular Quyidagicha: uroksimon boylamda, qorinni oldingi devorida, jigarni chap bo'lagini pastki yuzasida joylashishi, jigar ichida va harakatchan o't pufagi. o't pufagini jigar ichida joylashishi klinik ko'rinish bermaydi lyokin xolilitiazga moillik tug'diradi. o't pufagini yallig'lanishi gepatit simptomlari, destruktiv xoletsistit jigar abstsesei klinikasini namaen qiladi. Operativ davolashda xoletsistostomiya usuli, yoki jigarni ponasimon kesish usilidan foydalaniladi. Harakatchan o't pufagida o't pufagi hamma tamondan qorin parda bilan qoplanadi. Uni oziqlantiruvchi arteriya va vena uni ushlab turuvchi bog'lam vazifasini bajaradi. Uni fiksatsiyasi bo'lmaganligi sababli buralib o'tkir qorin simptomini yuzaga keltiradi. Muhim diagnostik usillaridan biri bu loproskapiyadir. Davolvsh xoletsistoektomiya qilish orqali kasallik bartaraf klinadi.

O't yo'llari nuqsonlari ko'rinish va rivojlanish mexanizmlarga qarab bir qancha guruhlarga bo'linadi.

1. Pufak yo'lini quyilish joyidagi o'zgarishlar: pufak yo'lini, umumiy o't yo'li bilan birga 12 barmoq ichakka birga quyilishi yoki o'zi aloxida quyilishi.

2. Pufak yo'lini jigar yo'lini birortasiga quyilish nuqsoni. Bu nuqsonlar operatsiya yoki xolangiografiya payti aniqlaniladi.

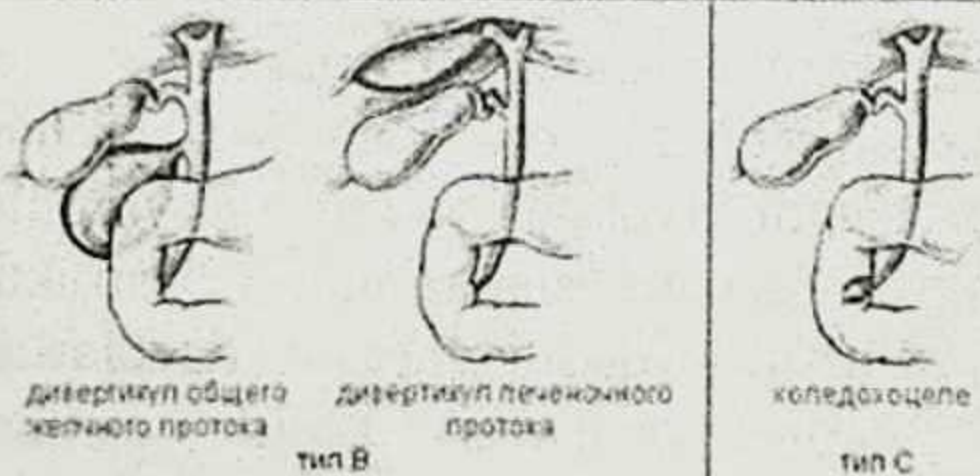
3. o't pufagi yo'lini o'zgarishi umumiy o't yo'lga nisbatan kuzatiladi. Umumiy o't yo'lini orqadan, oldindan kesib o'tib, chapga, o'nga, orqa, oldingi devorlariga qo'yiladi.

4. Pufak yo'lini bo'lmasligi kam uchraydigan nuqsonga kirib, o't pufagi o'zini bo'yin qismi bilan umumiy o't yo'lga birikadi.

Pufak yo'lini to'liq yo'qligida pufakni umumiy o't tarmogiga o'zining keng bo'yinqismi bilan birikadi. Pufak yo'lini to'liq yo'qligida pufakni umumiy o't yo'lga birikmasini boglab bo'lmaydi, sababi umumiy o't tarmogida deformatsiya xosil qilishi mumkin.

Shuning uchun kamroq koldirilib kesiladi va kelgan qismini teshigni yopish maqsadda umumiy o't tarmogiga tiqiladi.

Pufak yo'lini ikkilanishi 1. o't pufagidan 2 ta yo'l chiqib, 1 tasi



umumiy o't tarmogini odatdagi joyiga, qo'shimcha yo'l bir qancha yuqori yoki o'ng jigar tarmogiga birikadi. Agar yo'l aloxida chiqib umumiy o't yo'lga kuyilsa klinik belgilar yuzaga kelmaydi. Ammo ularni orasida 1 ta to'siq bo'lsa, o't oqimini qiyinlashtirib xoletsistit rivojlanishiga olib keladi.

Pufak yo'lini gipopaziyasi va fibrozi: Bu

nuqsonli rivojlanish xolitsistit rivojlanishi uchun muhim omil bo'lib hisoblanadi. Pufak yo'li ingichka zich burma nay ko'rinishda bo'lib briktiruvchi tasma bilan fiksatsiyalangan. Tarmoq teshigi hama tamondan bir xil toraygan. Shilliq kavat atrofiyalangan kolgan kavatlar differantsialangan. o'tni pufakdan evakuatsiyasi buzilishi xisobga o't pufagini surunkali yallig'lanish yuzaga keladi.

Qo'shimcha o't pufagi uchrashi 1: 4000 oddiy shakli ikkilanishda pufaklar orasida 1 ta to'siq bo'lib u to bo'yinqismigacha boradi. Ulardan 1 ta yoki 2 ta pufak tarmogi chiqadi.

Bunday ikkilanishga 2 ta pufak arteriyasi kerak bo'lmaydi. Chin ikkilanishda pufaklar aloxida shakillanib. Ularni aloxida pufak arteriyalari oziqlantiradi. Pufak tarmoqlari aloxida umumiy o't tarmogiga

ochiladi. Adabiyotlardan o't pufagini 3 ta bo'lishi ham yozilgan bo'lib ulardan chiqadigan tarmoqlar aloxida lyokin bir-biriga yaqin holatda umumiy o't yo'lga qo'yiladi. Rentgenologik, radioizotop lekorosqopiya tekshirish sullari orqali diagnoz qo'yiladi.

Pufak ichidagi to'siq Pufak devoridan uni bo'shlig'iga burtib turadigan yarim oysimon va sirkulyar membrana bo'ladi. U shilliq kavatdan va yumshoq mushakdan tarkib topgan bo'ladi, pufak asosidagi to'siqdan sirkulyar torayish yuzaga kelib u tashki tamondan o'zgarish chakirmasligi yoki deformatsiyalanib kul soatiga o'xshashi mumkin. Ko'pincha to'siq kundalang yunalib tubi va tanasida to'siq xosil qiladi. Sirkulyar membranalni to'siq orqasi pufak 2 ta kameraga ajralib ular bir-biri bilan kichkina teshik orqali aloqa qiladi. Agar teshik kichkina bo'lsa tubida o'tni chiqishi qiyinlashib yallig'lanish chakiradi. Rasm 23.

Pufakdagi bo'ylama to'siq. Pufakni tubidan boshlanadi. Tashki tamondan to'siq asosida chuqurcha bo'lishi mumkin. Bu to'siqda teshik bo'lmaydi, agar to'siq pufakni 2G`3 qismigacha borsa o'tni oqimiga ta'sir qilmaydi. Agar to'siq bo'yin qismigacha borsa ikki bo'lakli o't pufagi paydo bo'ladi.

Ko'p to'siqli pufak – ko'p kameral o'ng pufagi xosil bo'lib. Ko'p bo'shliklar bir-biriga burma teshiklar orqali aloqa qiladi va organni bo'shashiga etarli to'sqinlik qiladigan labirint xosil bo'ladi. Pufak ichidagi to'siqni xosil bo'lishi embrional rivojlanishni 12 xaftasida pufak bo'shlig'ini tiklanishini buzilishi hisobiga kelib chiqadi.

O't pufagi deformatsiyasi. Tug'ma bug'ilishi va tortilishi. Tug'ma bug'ilishi bu burma xosil qilishi hisobiga bo'ylama o'qini buzilishi, sirkulyar yoki politsirkulyar torayishlar yuzaga keltiradi.

Divertikul. o't pufagini kam uchraydigan anamolyalari bo'lib 600 ta tekshirish natijasida 2 ta topilgan. Divertikul o't pufagini 1 ta yoki ko'p miqdorda devorini xaltasimon bo'rtishi bo'lib ko'pincha tubida joylashadi. Divertikul devorini tekshirib ko'rilganda, mushak kavatini kamligi, elastik tolalarni yo'qligi aniqlanadi.

Divertikulni kelib chiqishiga o't yo'llarida kistoz o'zgarishlarini bo'lishi, maxalliy elastik karkasni bo'lmasligi Bilan bog'liq devor tarkabini tug'ma defekti sabab bulla oladi. Bu divertikulga Gartman cho'ntaklari deb ham nom berilgan. Divertikul rentgenoqontrast tekshirish usuli yordamida tashxislanadi. U rentgenda qo'shimcha soya sifatida ko'rinib, ammo pufani to'siqli o'zgarishi va deformatsiyasidan farqlash juda qiyin. Intramural divertikul xolegrammada o't pufagini

qisqarishi holatida yaqqol farqlanadi. Tug'ma divertikul aktiv qisqaradi lyokin asosiy o't pufagiga nisbatan syokin bo'ladi. Divertikul holatsistitni sababchilaridan biri sanaladi.

Pufak arteriyasini anamalyalari. Pufak arteriyasi odatda o't pufagiga bo'yinqismidan yopishadi. Bu erda 2 ta shoxga bo'linadi, ular yuqorigi va pastki yuzalari orqali bo'ylama yunaladi. o't pufagi arteriyasini yopishishi va shoxlanishi nuqsonini 2 ta ko'rinishi farqlanadi. Ulardan biri xalqasimon pufak arteriyasi. Arteriya 2 ta shoxga bo'linib o't pufagi tanasini xalqasimon qisib oladi. Arteriyani shoxlangan joyida fibroz o'zgarish va sirkulyar qisilish hisobiga pufak qisilib qum soati shaklini oladi.

Pufakni distal, arterial xalqadan yuqori qismi kengayib yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi.

Nuqsonni ikkinchi ko'rinishi qisqa pufak arteriyasi. Arteriya pufakni turli bo'limlariga birikib shoxlanadi. Arteriyani pufak tubiga birikishidan pufakni hamma joyi buraladi. Arteriya fiksatsiya bo'lgan joydan pufakni distal qismi o'sish davridan defermatsiyalanib ko'p burmalarni tashkil qiladi. Shuningdek pufakni bo'lmasiga tuskinlik yaratilib surunkali yallig'lanishga sharoit yaratadi.

O't pufagi va pufak tarmoqlarini (nuqsonli rivojlanishlari) klapani apparatini ortiqcha rivojlanishi. o't pufagini tanasidan chiquvchi infindibulyar qismini klapani gipertrofiyaga uchrashi mumkin. Klapanlarni gipertrofiyaga uchrashi uz navbatida surunkali yallig'lanish jarayonini rivojlanishiga turtki bo'lib xizmat qiladi.

O't yo'llari nuqsonlari. Jigar yo'llarini nuqsonlarini asosan 2 ta nuqsonli ko'rinishi ma'lum:

- 1) O't jigar yo'lini o't pufagini bo'yinqismiga quyilishi.
- 2) Ikkita jigar yo'lini ham o't pufagi bo'yniga qo'yilishi, bu esa hama jigar o'tini 12 barmoq ichakka o't pufagi orqali qo'yishishiga olib keladi.

Qo'shimcha o't yo'li. Bu ko'p uchraydigan nuqsonli rivojlanishlarga kirib 14-28% tashkil qiladi. Qo'shimcha o't tyo'lini 2 ta ko'rinishi farqlanadi 1) jigar sigmentidan aloxida drenajlanuvchi. 2) kommunikatsiyali. Birinchi ko'rinishda qo'shimcha tarmoq jigardan chiqib, tashki o't tarmoqlariga ochiladi. Kommunikat tarmoq o't tarmoqlarini bir biriga boglaydi. Qo'shimcha o't tarmoqlarini xavfli tomoni shundaki operatsiya paytida bilmay kesilganda ulardan o't chikmaydi, o't chikish 20-24 soatdan keyin boshlanadi. Jarroxlarni o'ziga

jalb qiladigan qo'shimcha tarmoqlardan biri bu jigardan chiqadigan va o't pufagiga ochiladigan tarmoqdir. Bu tarmoqni «jigar pufak» yoki Lushka tarmoqlari deyiladi. Umumiy o't tarmogini nuqsoni. Uni ikkilanishi, chikish teshigini ektapiyasi ko'rinishda namoyon bo'ladi. Ikkilanish, pufak tarmogidagi pastda bo'ylama to'siqqa ega bo'lib tashki tamondan karaganda ikkilanishi bilinmaydi. Ikkilanishni boshqa ko'rinishlari 12 barmoq ichakka ikkita drenaj bilan ochishi, kam holatlarda umumiy o't tarmogini to'liq ikkilanishi kuzatiladi. 2 ta teshikni ochilishi bir biriga yaqin yoki 1 necha santimetr uzoqlikda, oshqozon va 12 barmoq ichakni turli soxalariga ochilishi mumkin.

O't sistemasini va jigarni kistoz kasalligi. Kistoz zararlanish joylashishiga qarab jigar ichi va jigar tashqarisiga bo'linadi. Kista joylashi tasnifi Quyidagi ko'rinishda taksimlangan.

Jigar kistasi. o't tarmogi bilan aloqa qiladigan va aloqa qilmaydigan.

Solitar kista

Polikistoz

Fibrokistoz

O't yo'llari sistemasi kistasi

Jigardan tashqari

Umumiy o't tarmogi kistasi

Tupik, joylashgan, burtmasimon, tug'ma divertikul,

Jigar ichi

Bosh jigar tarmoqlarini kistoz kengayishi. Jigar ichi o't yo'llarini ko'p kistoz kengayishi Aralash shakli

Jigar kistalari. Birlamchi o't kanal iva tarmoqlarini 1 ta sistemaga kushilishini ko'rtaklanishini buzulishi natijasida xosil bo'ladi.

Solitar kista odatda o't bo'lagida bo'lib uning pastki yuzasida joylashadi. Uni joylashishi turlicha bo'lib u jigar yuzasida erkin joylashishi yoki oyog'i bo'lishi mumkin, ba'zida to'qimada qisman joylashib yarmini tashqariga chiqib turadi. 10% solitar kista ko'pkamerali bo'ladi. Tug'ma solitar kista parazitardan farqi, ilvillagan bo'lib koltsifikat to'tmaydi. Devori ingichka bo'lib gemorragik suyuqlik ko'rinadi. Agar o't yo'llari bilan aloqa qilsa o't ko'rinadi.

Klinikasi. Asoratlanmagan kata kistalarda epigastrol soxada shish, ovqatdan keyingi og'irlik, doimiy o't kovirga ostidagi simirlovchi og'riq. Kistani o'lchamini kattalashishi qorinni assemetriyasiga olib keladi. Tashxis fizikal tekshirishlar (polpatsiya, perko'tsiya) rentgenologik, radialogik, endosqopik tekshirishlar orqali qo'yiladi. Palpatsiyada elastik

xosila jigar bilan boglangan yoki harakatchan xosila paypaslanadi. Jigar ichida bo'lsa jigar kattalashadi, skaniogrammada tulishish defekti aniqlanadi, angiogrammada avoskuyar zona ajralib turadi. Asorati kata infektsiyalanmagan kistani yorishishi bo'lib bunda o'tkir qorin belgisi paydo bo'lib 1 necha soatdan keyin peritonal belgilar yo'qoladi. Infektsiyalangan kistani yorilishida peritonal belgilar davom etadi. Kistadan qon ketishida qon ketish belgilari, oyog'i atrofida buralashishidan nekrozga uchrab peritonal belgilar chakiradi.

Davosi: kista topilganda operativ davoga ko'rsatma bo'ladi. Jarroxlik usullari kistani to'liq eksterpatsiya qilish, agar ichida o't suyo'qligi bo'lsa, sisto enterostemiya qilish, kista yiringlagan bo'lsa tashqariga drenajlanadi, kista suyo'qligi yiringlamagan bo'lsa qorin bo'shlig'iga ochilib, charvi bilan tomponada qilinadi.



Rasm 24

Polikistoz (ko'p miqdordagi kistalar). Jigarda ko'p miqdordagi kistalar aniqlanishib o'lchami mikrosqopikdan to gigant shakligacha etadi. Bo'shlig'i tiniq suyuqlik bilan, kam xollarda o't suyo'qligi bilan tulgan bo'ladi. Kista atrofida fibroz rivojlanishi hisobiga jigar kattalashadi.

Klinika ko'p yillar davomida belgilari namoyon bo'lmasligi mumkin. Shikoyati o't qovurg'a ostida og'irlik sezadi, ishtaxasi pasayib, oriklash, jigar funktsiyasi yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi.

Diagnostika Loporosqopiya, diagnostik biopsiya to'liq ma'lumotni beradi.

Davosi: faqat polliativ bo'lib, katta kistalarni jarroxlik usulda davolanadi va asoratlarga karshi operativ muolajalar o'tkaziladi.

Fibroxiolangiokistoz (jigarni tug'ma fibrozi, fibroxolangiomatoz,) keng portal to'qimada biriktiruvchi to'qimani o'sishi va ko'pgina o't mikrokistalari, darvoza venasini jigar ichiga tarkalish gipoplaziyasi bilan harakterlanadigan og'ir tug'ma kasallikdir (Rasm 24).

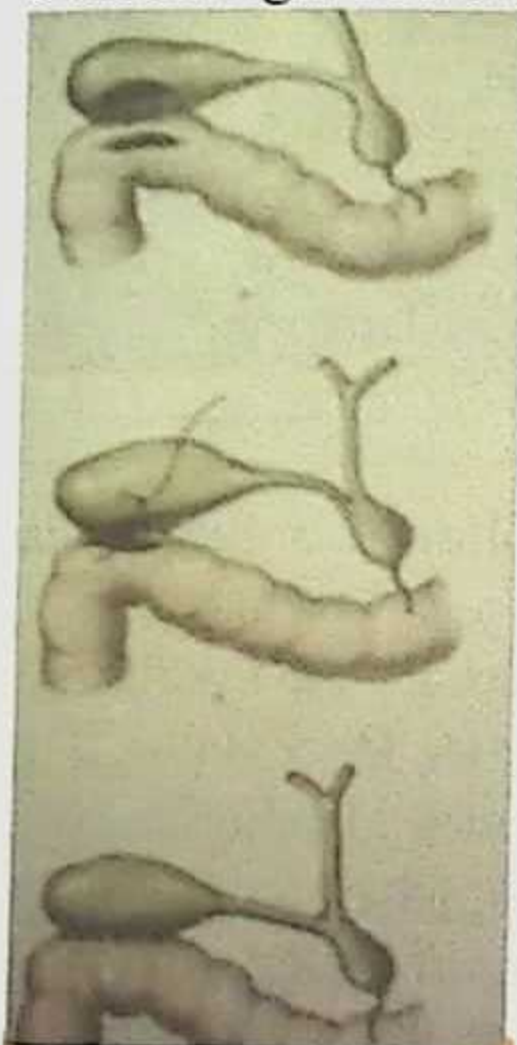
Klinik ko'rinishi sindrom portal gipertenziya va uni asoratlari ko'rinishda namoyon bo'ladi.

Tashxis laborator, instrumental, rentgenologik tekshirishlar orqali qo'yiladi. Qon bioximiyasida patologik o'zgarishlar aniqlanilmaydibiopsiya usuli tashxisni xoll kiluvchi usuli hisoblanadi.

Davosi asoratlarini oldini olishga karatilgan jarroxlik usullari.

O't yo'llari sistemasini kistalari. Joylashishiga ko'ra Quyidagicha farqlanadi

1) Jigardan tashqari ( umumiy o't tarmogini kistasi, tug'ma divertikul, xoledoxotsile). 2) Jigar ichi (bosh jigar tarmogini lokal kengayishi va jigar ichi o't tarmoqlarini ko'pgina kistoz kengayishlari) 3) aralash. Jigar ichi o't tarmoqlarini kengayishini «Karoli kasalligi» dyiladi.



Rasm 25

1. Umumiy o't yo'lni kistasi. Jigardan tashqari o't tarmoqlarini kistoz kengayishini eng ko'p uchraydigan turi. Tipik shakli xaltasimon kengayadi, burtmasimon kengashi bolalarda ko'p uchraydi. Surunkali xolangit, surunkali pankreatit, umumiy o't tarmogini distal qismini obstruktsiyasi hisobiga kelib chiqadi. Umumiy o't tarmogi kistasini o'rtacha o'lchami 10-12 sm. ba'zida katta o'lchamgacha etishi mumkin. o't pufagi o'zgarmaydi. Jigardagi o'zgarishlar turlicha bo'lib. o't dimlanishi va qisman periportal fibrozdan to og'ir sirretik o'zgarishlargacha davom etishi mumkin (Rasm 25).

Klinika: umumiy o't tarmogi kistasi uchun klassik triada mavjud: qorinda og'riq, sariqlik, qorinni yuqori yarmida o'smasimon xosila.

Birgalikda keladigan kasalliklardan biri pankreatit.

Diagnostikasi anamnez suraladi, muhim ahamiyatga bo'lgan rentgenologik tekshirish o'tkaziladi. Obzor rentgenografiyada Qachonki kista zichlashsa ko'rinadi.

Oshqozon ichak sistemasini bariy orqali tekshirib Ko'rganda 12 barmoq ichak yuqoriga, chapga, oldinga siljigan takasimon holatda ko'rinadi. Muhim tekshirish usullaridan biri bu xolangiografiya va radioizotop tekshirishdir. Duadenal zond orqali tekshirganda umumiy o't tarmog'ini terminal soxasi toraygan, magniy sulfat yuborilgandan keyin (200-300ml) o't aralashishi kuzatiladi (Rasm 26).

Davolash. Jarroxlik yo'li Bilan davolanadi. Operatsiya 3 ta guruhga bo'linadi. 1) kistani to'liq kesib kolgan qismini ingichka ichakka

anastamoz qilinadi. 2) kistani 12 barmoq ichakka yoki ingichka ichakka anastamoz qilish orqali ichkariga drenajlash.

Tug'ma divertikul o'zining oyog'i bilan umumiy o't yo'lga, jigar yo'lga yoki o't pufagiga birikadi. Klinikasi og'riq va sariqlik bilan namoyon bo'ladi.

Davosi diartikulni kesish operatsiyasi bilan tugallanadi.

Xoledoxatsele. Umumiy o't yo'lini 12 barmoq ichidagi kistoz kengayishi bilan harakterlanadigan juda kam uchraydigan kasallik. Oshqozon osti bezini yo'li 12 barmoq ichakka ochiladigan kistaga ochiladi.

Davosi transduadenal sistoduadenostamiya.

O't yo'llarini atreziyasi o't yo'llari atreziyasi juda qiyin va qiyinchilik bilan davolanadigan o't yo'llari anomaliyalariga kiradi. Uchrashishi 1:20

000 - 30 000 to'g'ri keladi. 30% i boshqa anomoliyalari bilan birgalikda keladi. o't yo'llarini 3 ta ko'rinishi farqlanadi. 1) Jigardan tashqari o't yo'llarini atreziyasi. 2) Jigar ichi o't yo'llarini atreziyasi. 3) o't yo'llarini total atreziyasi Jigardan tashqari o't yo'llarini atreziyasi. Bu kasallik 2 ta asosiy tipga bo'linadi: 1. Bartaraf qilinadigan 2. Bartaraf kilinmaydigan.

Bartaraf qilinadiganni uzi uz navbatida 2 ta tipga bo'linadi. I tip umumiy o't yo'lini o'tkazuvchanligini buzilishi bilan harakterlanadi. Bu ham distal qismini atreziyasi (a). Umumiy o't yo'lini praksimol qismini atreziyaga uchrashi kuzatiladi. II-tip umumiy o't jigar yo'lini zararlanishi bilan harakterlanadi. A) umumiy jigar yo'lini distal qismini atreziyaga uchrashi kuzatiladi bunda proksimal qismi kengayadi. B) umumiy jigar yo'lini rivojlanmasligi kuzatiladi.

II tip atreziyada o't pufagi normal shakllangan unda rangsiz suyuqlik bo'ladi yoki bo'shliq bo'ladi. o't pufagi umumiy o't yo'li orqali 12 barmoq ichak bilan aloqa kiish mumkin. Boshqa xollarda yo'llar to'liq obliteratsiyaga uchragan bo'lishi mumkin.

Bartaraf tkilinmaydigan nuqsonga jigar darvoza yo'llarini to'liq yoki qisman obleteratsiyaga uchrashi bilan harakterlanadi. Tuzilishi bo'yicha 4 ta varianti farqlanadi

1) yo'l to'liq fibroz to'qima bilan almashinishi mumkin.



Rasm 26



2) 1 ta yoki ikala jigar yo'lini o'tkazuvchanligi saklangan bo'lishi mumkin, lyokin ularni diametri 1 mm dan oshmaydi.

3) jigar yo'llari darvozasida kattaligi 3-5 mm keladigan tugunli fibroz massa joylashadi.

4) jigar darvoza yo'llari bo'lmay fibroz massadan iborat bo'ladi. Jigar ichidagi o't yo'llarini atreziyasi juda kam uchraydi. o't yo'llarini rivojlanmasligi va obliteratsiyasi uchrashishi hisobiga yuzaga keladi.

Klinikasi: Asosiy simptomlari sariqlik, axolik axlat, siydik rangini tuklanishi, 38-40% bemorlarda sariqlik tug'ilgandan boshlanadi, kolganlarida 4 haftadan keyin yuzaga keladi. Axlatni rangli bo'lishi o't yo'llarini qisman atrezasi hisobiga emas balki ichaklarni o't pigmentlari ajratishi va ichak floriyasini hayot faoliyatini hisobiga yuzaga keladi. Ammo axlatda sterkobilin topilmaydi. Ba'zida atreziya shakllanishida qisman o'tkazuvchanlik saklanishi ham isbot qilingan. Jigar kattalashib keyin zichlashadi va tez sirrozga aylanadi. Keyin sirroz asoratlari yuzaga kela boshlaydi. Davosiz o'rtacha hayotni davom etish 6-9 oy.

Diagnostika o't yo'llari atreziyasi diagnostikasi o'ziga yarasha qiyinchilik tugdiradi. Operatsiyani samarali chiqishi uchun sirrotik o'zgarishlarsiz operativ davo o'tkazish kerak. Buning uchun diagnoz uzvaqtida qo'yishishi shart. Quyidagi kasalliklar bilan dif-diagnostika o'tkazish kerak. Fiziologik sarklik, gemolitik qonfilikt, tug'ma gigant xujayrali gepatit shilliq va o't tikiqlari bilan umumiy o't yo'llarini yopilishi, tsitomegaliya, toksoplazmoz, siflis, septik sariqlik. To'g'ri biopsiya va, xolangiografiya to'liq diagnoz qo'yishga yordam beradi. Butun ma'lumotni loporosqopiya o'rqali aniqlash mumkin. Rudementar o't pufagi bo'lishi yoki uni yo'qligi loporotomiyaga ko'rsatma bo'ladi.

O't pufagi normal shakllangan bo'lsa loporoskop yordamida devoriga qontrast yuborib to'g'ri sistoxolangiografiya qilinadi.

Davosi Bartaraf qilinadigan atreziyalarda o't yo'llarini diametri etarlicha bo'lsa 12 barmoq ichakka yoki ingichka ichakka anastamoz qilinadi. Agar umumiy o't yo'lini distal qismi atreziya bo'lsa xoledoxoduadenostomiyaga ko'rsatma bo'ladi. Agar poroksimal qismida atreziya bo'lsa xoletsistostomiya qilinadi. II tipdagi umumiy jigar yo'lini distal qismi atreziyasi bo'lsa umumiy jigar yo'lini 12 barmoqli ichakka anastamoz qilinadi.

Bartaraf qilinmaydigan atreziyalarda 2 xil ko'rinishdagi operatsiyalar o'tkaziladi. 1. Bairov bo'yicha gepotogastrova duodenostemiya, Kasai bo'yicha portoenterostomiya qilinadi.

## XIRURGIK KASALLIKLARDA QORIN Bo`shlig`iNI PAYPASLASH

### **Ko`RSATMA:**

- qorin bo`shlig`i organlarining xirurgik patologiyasi.

Tayorlash:

1. Shifokorning go`li toza, g`uruk, ilig` va tirmog`lari kalta olingan bo`lishi kerak.

2. Bemorni ota onasiga g`ilinayotgan muolaja xag`ida tushintirish kerak.

3. Bemor bola bilan oldin yag`in mulog`atda bo`lish kerak ya'ni suxbat orqali yoki

O`yinchog`lar bilan chalg`itish kerak.

Kerakli sharoit va instrumentlar:

1. Yaxshi yoritilgan ko`rik xonasi bo`lish kerak.

2. Kushetka yoki chaqaloqlar yo`rgaklaydigan stol bo`lishi kerak.

3. Ba'zi bir holatlarda bemor bolalarni paypaslashdan oldin tozalovchi xug`na qilish va yo`g`on ichakni tozalash o`rinli hisoblanadi.

4. Tekshiruv vag`tida bemor bolning holati (chalg`ancha yotishi, tyokis va g`attig`rok joyda yotishi, oyog`lari 45 gradus atrofida tizza bug`imlaridan buqilgan bo`lishi, qo`l lari tanaga nisbatan perpendikulyar bo`lishi, boshi tyokis joyda lyokin yostig`da bo`lmasligi shart), ba'zi bir xollarda bemorni maxsus holatlarda ko`rish mumkin (yonbosh, tik turgan holatlarda).

O`tg`azish texnikasi:

1. Yuzaki paypaslash - bu ikkinchi va beshinchi barmoqlarning tirmog` falangalari bilan kaftning syokin buqilgan xalatlarida oxista sirpanib bosish yo`li bilan qorinni oldingi devorini «soat strelkasiga g`arama g`arshi» holatda yuzaki paypaslash hisoblanadi.

1.2. Paypaslash boshlanadi yo`g`on ichakning

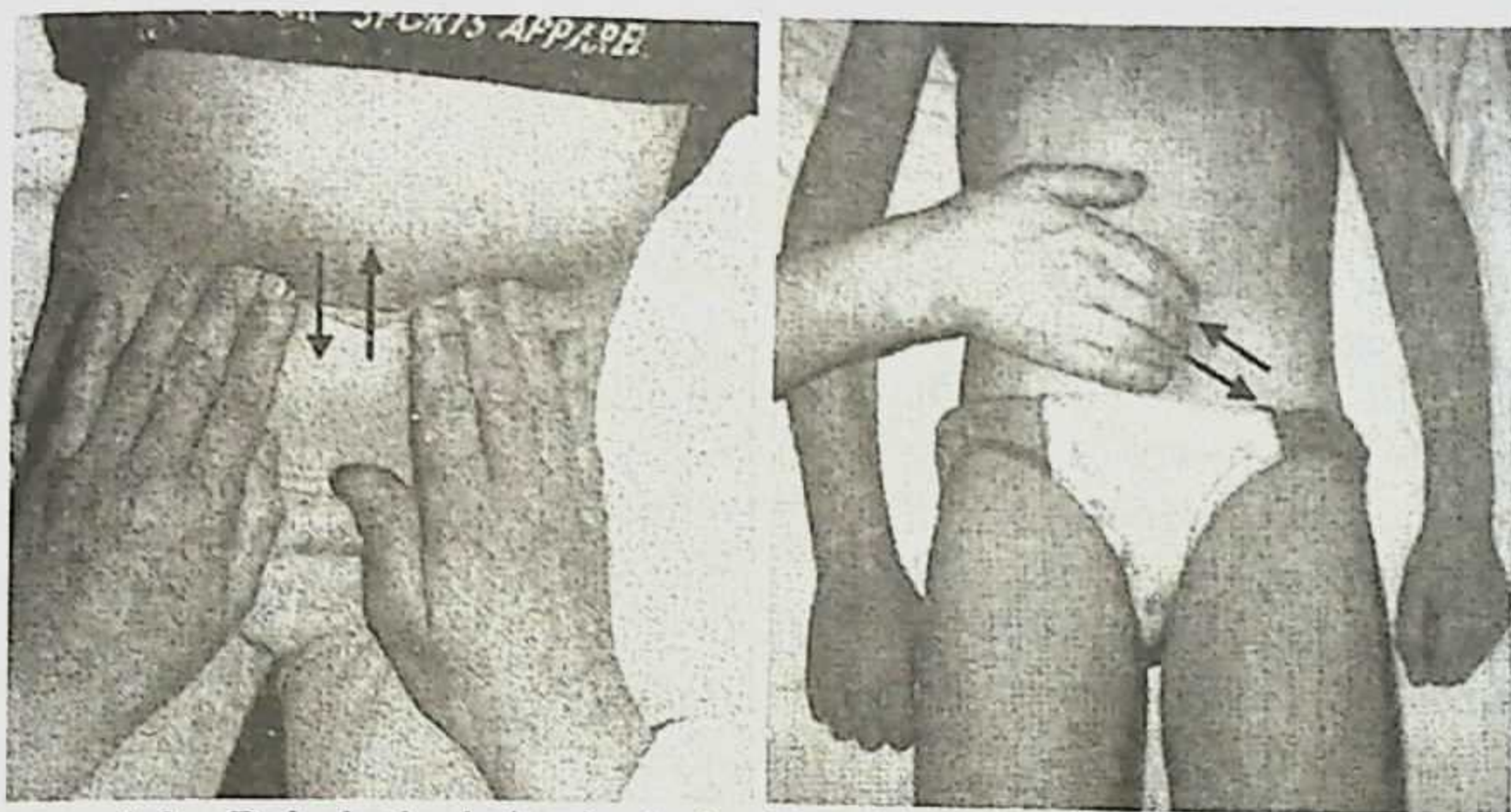
- sigmasimon ichakdan

- ko`tariluvchi qismi

- ko`ndalang chambar

- tushuvchi qismi

keyin epigastral oblast, g`avurg`a yoylari, kindik otrofi va gipogastral soxalar paypaslanadi



1.3. Baholash kriteriyalari. Yuzaki paypaslganda quydagilarga asosan baholanadi:

- sezgirligi
- og`riqligi
- qorin bo`shlig`i devorining taranglashganligi (qdefans)
- ichki organlarning xajmi
- qorining shishganligi

2. Chug`ur paypaslash (Obraztsov-Strajesko bo`yicha) usuli.

2.1. bir qo`l bilan tananing bel soxasidan ushlab taviya g`ilinadi;

2.2. ikkinchi qo`l barmog`lari bilan qo`l kaftini paypaslanuvchi organga parallel ravishda yoki uning g`irrasiga g`o`yib teri tortiladi;

2.3. keyinchalik barmog`lar syokinlik bilan (yaxshisi nafas chig`arilgan vag`tda) qorin bo`shlig`ini org`a devoriga yo`naltirilgan holda paypaslanadi;

2.4. Baholash kriteriyalari (har bir organ uchun o`zini harakterli belgilari mavjud):

- loklizatsiyasi
- shakli
- og`riq
- katta - kichikligi
- qattiqlashganligi (qonsistentsiyasi) va yuzasining holati
- harakatchanligi
- ichaklar g`uldirashi.

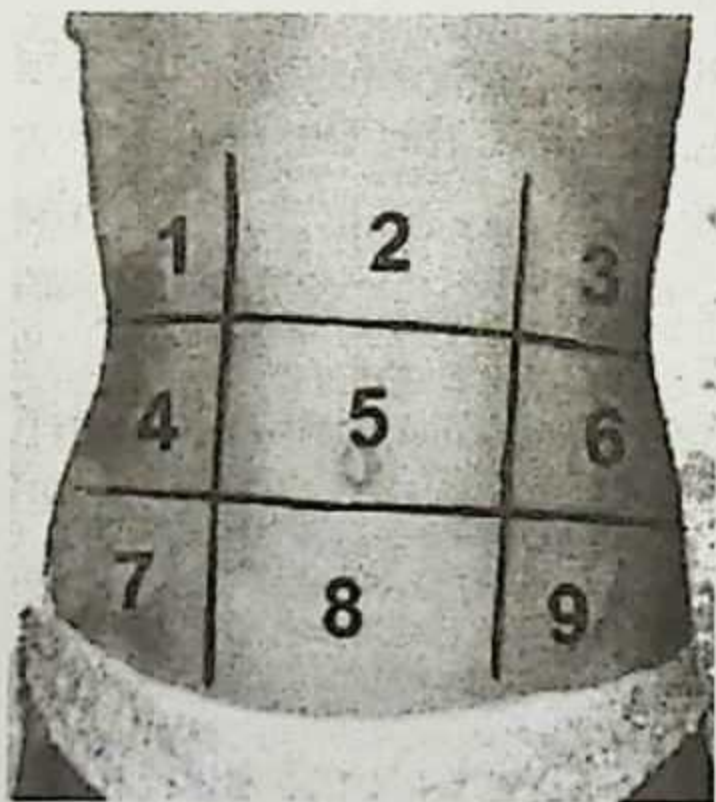
3. Bimanual paypaslash usuli- bu qorin bo'shlig'ini bir qo'l bilan qorin paypaslanadi, ikkinchi qo'l bilan tana g'arama g'arshi tarafdin ushlab turadi.

3.1. bemorni o'ng tarafidagi organlarini paypaslash uchun chap qo'l tananing bel qismidan organlarni syokinlik bilan o'ng qo'l tamon yag'inlashtiriladi.

3.2. Ba'zi bir holatlarda bu yo'naltirish buziladi (Diqqat!) sababi ogrig'li organni yoki o'sha joyni oxirida paypaslanadi. qorin bo'shlig'i devorini paypaslaganda va patologiyani anig'lashda qorinni oldingi devorini shartli 9 bo'lakga bo'linadi. (rasmga g'arang). qorinni oldingi devorida shartli ikkita gorizontal chizig'lar o'tkaziladi: birinchi gorizontal chizig' X g'avurgalarning pastki g'irralari ostidan va ikkinchisi ikala yonbosh suyaklarining g'irralaridan o'tqazilgan chizig' hisoblanadi. Ikkita vertikal chizig' bu qorinning oldingi to'g'ri mushaklarining cheka qirralaridan o'tkazilgan chiziq hisoblanadi.

Xosil bo'lgan yug'ori uchta (1-3) g'ism qorinni epigastral soxasi deb yuritiladi, o'rta uchligini (4-6) xosil g'iluvchi bo'laklar mezogastral g'ism deyiladi va pastki (7-9) qismini xosil g'iluvchi bo'laklar gipogastral soxa deb yuritiladi.

### O'T XALTASINING QONTRASTLI TEKSHIRISH (XOLETSISTOGRAFIYA)



Ko'rsatma:

- O't xaltasi, o't yo'llarining kasalliklari va rivojlanish nug'sonlari.

Qarshi ko'rsatma:

1. 1 yoshgacha bo'lgan bolalar;  
2. Jigar faoliyatini dekompensatsiyasi;  
3. Yod preparatlariga sezgirligining yuqoriligi;

4. Gipertireoz, tireotoksikoz;

5. O'tkir xoletsistit.

Tayyorlash:

- bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya g'ag'ida tushincha bering. Zarur shart-sharoitlar, instrumentlar va medikamentlar:

1. Kontrast modda (bilitrast, 1 kg vaznga 0,05 g hisobida);

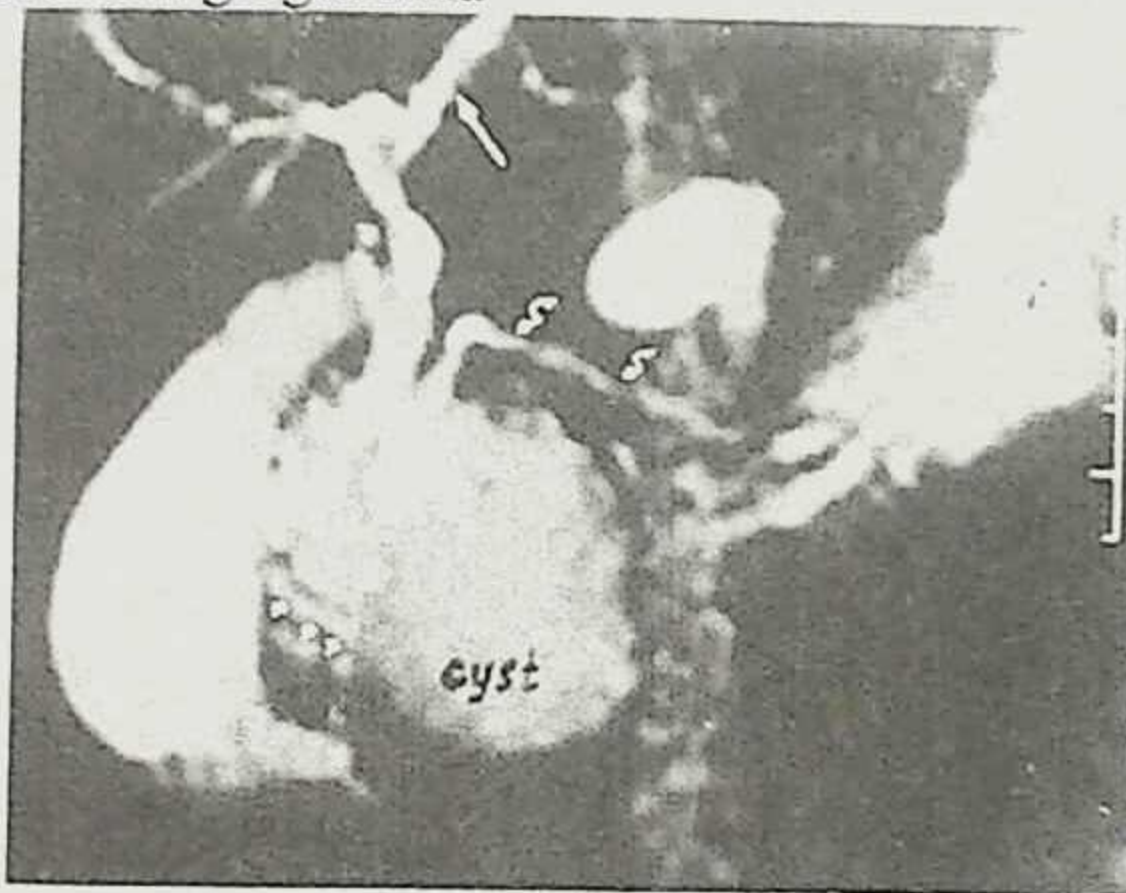
2. Rentgenologik jig'ozlar.

Bajarish texnikasi:

1. Bemorga kechg'urun ichishga bilitrast beriladi;
2. Uyg'udan oldin tozalovchi g'ug'na g'ilinadi;
3. 12 soatdan so'ng, ertalab och qoringa xoletsistografiya g'ilinadi (bemor tikka turgan g'olatda).

Eslatma: agar o't xaltasini g'isg'arish faoliyatini o'rganish zarurligi tug'ilsa bemorga o't haydovchi nonushta (ikkita tuxum sarig'i) berilgandan so'ng 1 soat o'tgach ikkinchi tasvir g'ilinadi

Xoletsistoxolangiogramma



## KLASTER

(Klaster - to'tam, boqlam, quncha)

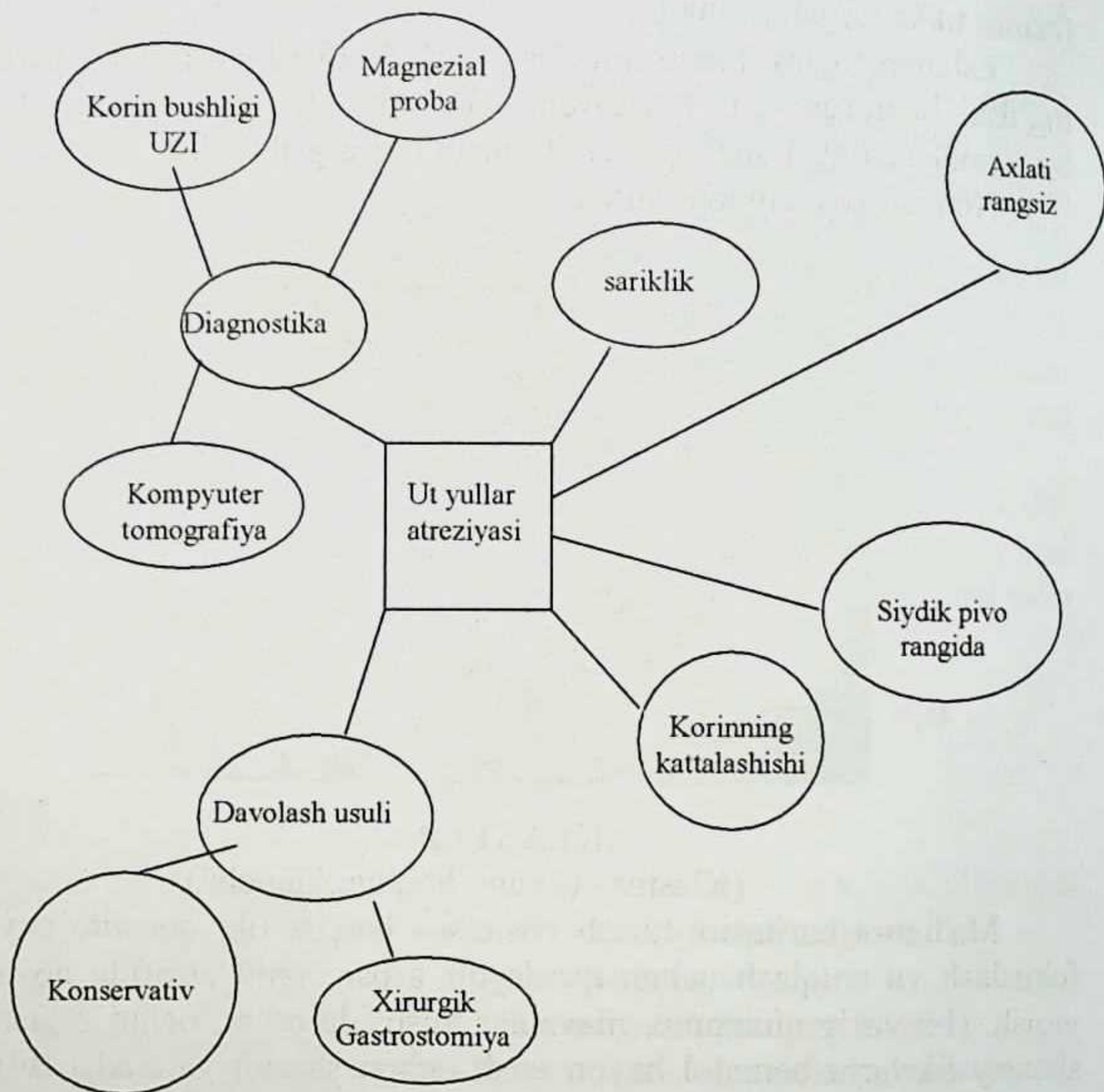
Ma'lumot haritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstito'tsiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida qoyalarni yiqish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'ylash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi) Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assotsiatsiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

Kalit so'zlar bilan assotsiatsiya bo'yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi - ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga boqlaniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" qam bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki qoya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta koqoz varaqi markazida kalit soʻzlar 1 - 2 soʻzdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Muloqazalar uchun klasterlar almashtiriladi.



## **MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI**

*(Patogenezni tushuntirish uchun maqbul.)*

«Nima uchun» sxemasi «Nima uchun» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

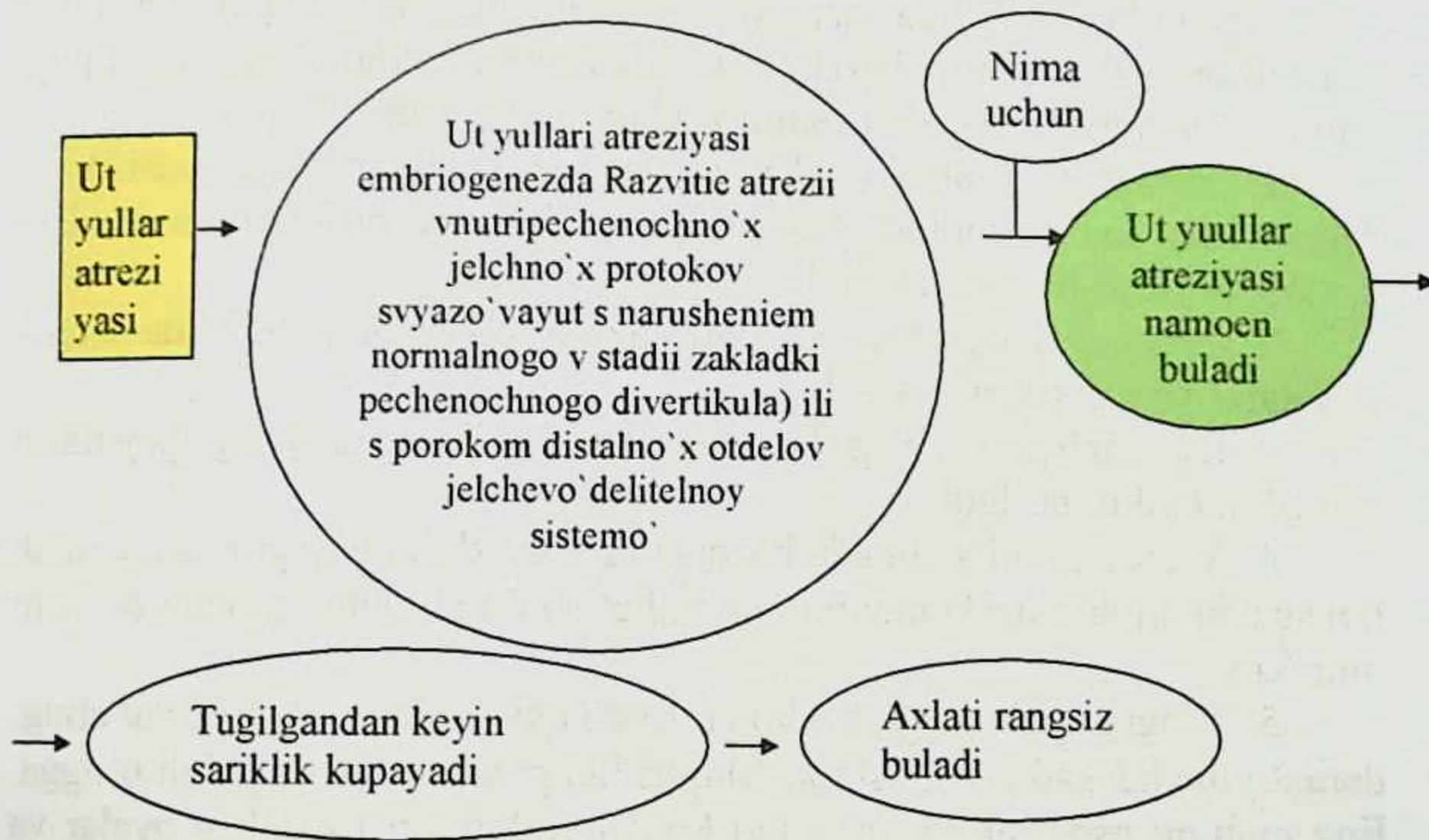
«Nima uchun» sxemasini tuzish qoidalari.

1. qanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turtburchakdan foydalanishingizni o'zingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxema - zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) uzingiz tanlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yo'nalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha

Nima uchun o't yo'llar atreziyasi kasalligidagi axlat rangsiz bo'ladi?



**«Qanday» diagrammasini qurish qoidalari:  
(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Ko'p xollarda sizga muammolarni xal etishda «Nima qilish kerak» xaqida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak» qabilida bo'ladi. «qanday» - muammoni qal etishda asosiy savol qisoblanadi.

«Qanday» ierarxiya diagrammasi muammo xaqida Butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imkon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda qanday» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imkoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham urganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ruyxatiga mos keladi.

2. Uylamay, baholamay va ularni uzaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

3. Diagramma xech qachon tugallanmaydi: o'nga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

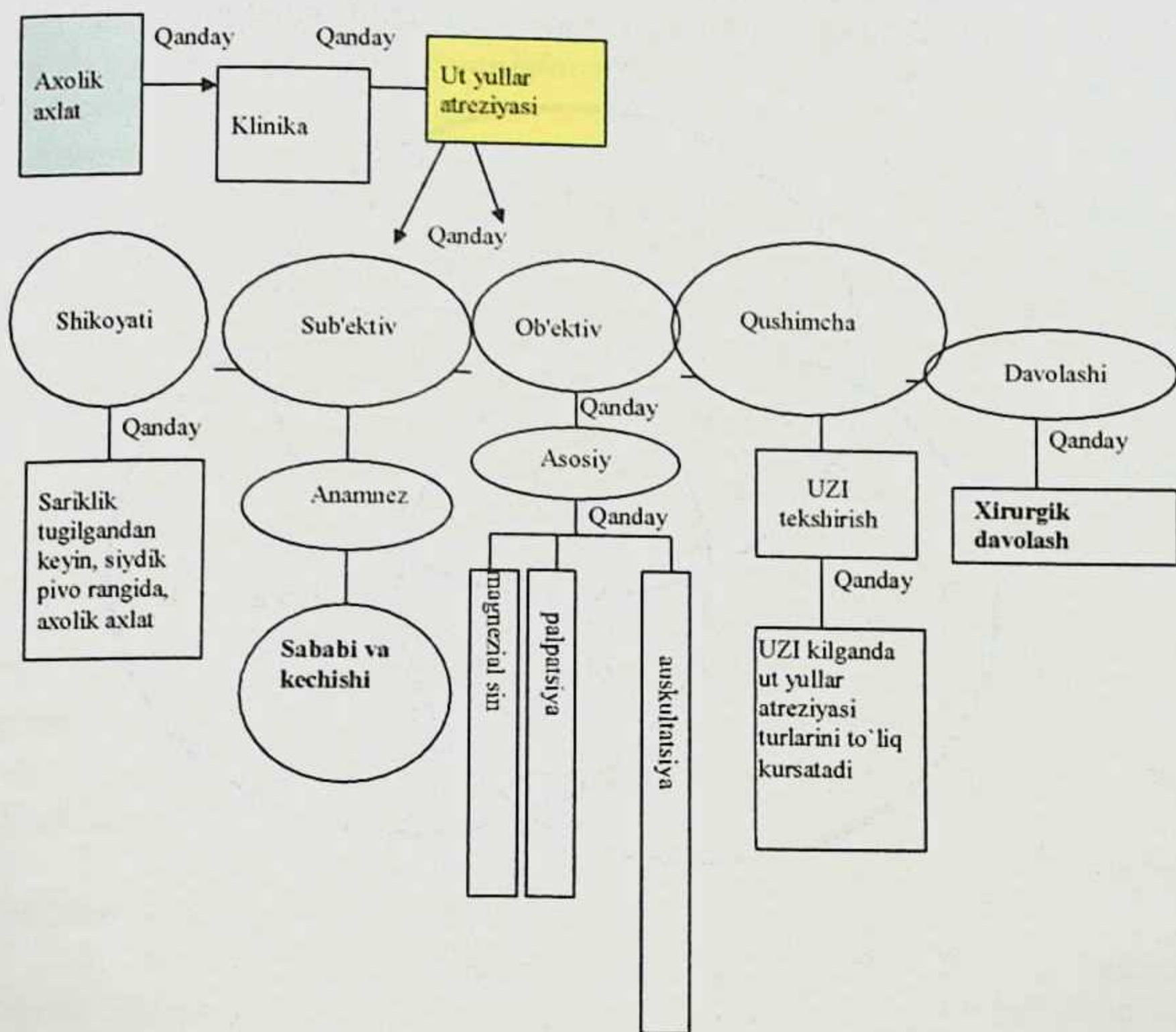
4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni xal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni uzingiz xal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda tuting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali g'oyalar va muammo yechimlarini topishga imkon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

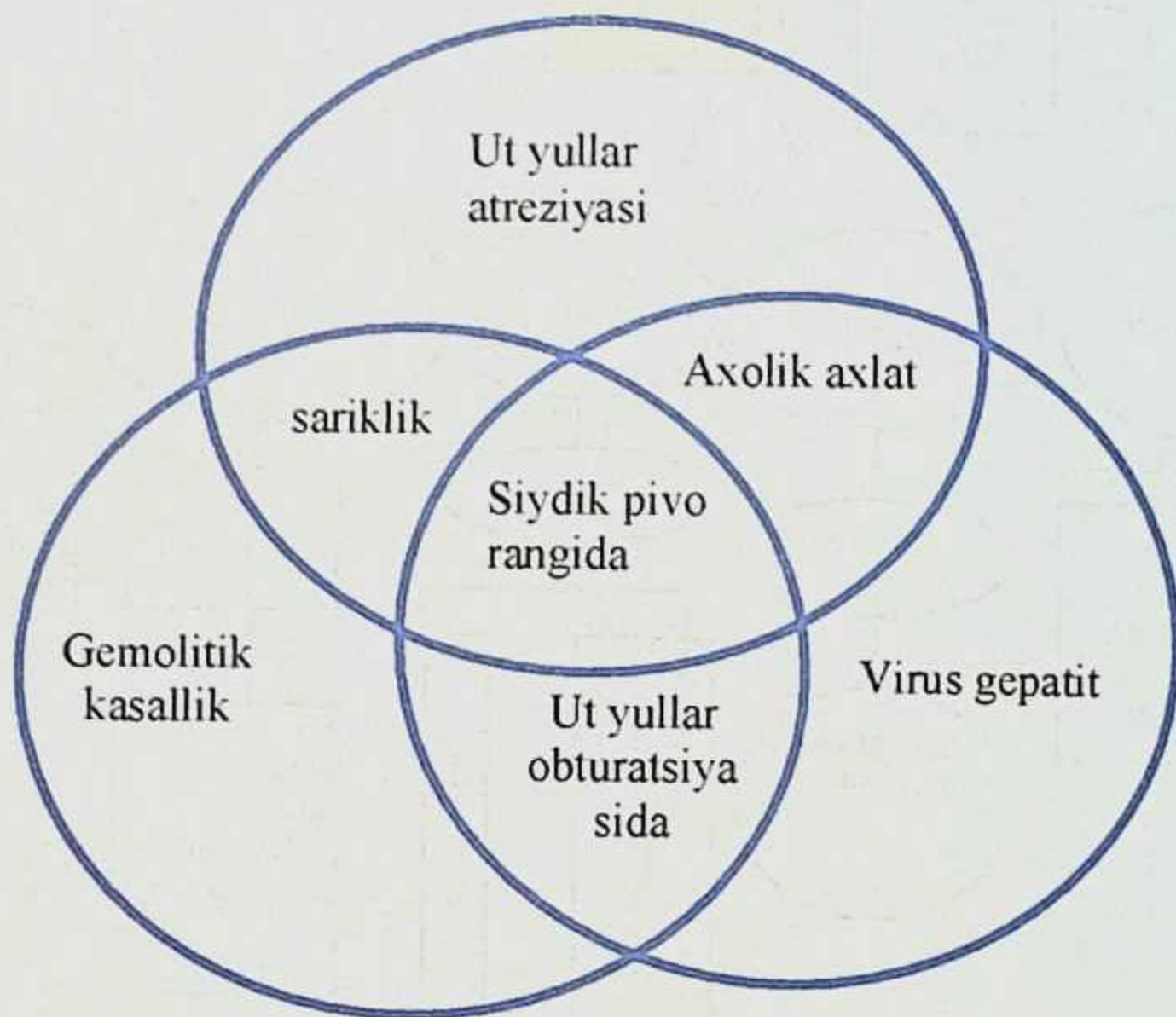
b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo echimini topib berishni kafolatlaydi.



## «QANDAY» DIAGRAMMASI



**Venn diagrammasi echimi :**  
**Mazkur holatda uchallasiga o'xshashlik - qusish;**  
**2- tasiga o'xshashlik : xansirash yoki ko'karish ...**  
**va xakozo.**



## VAZIYATLI MASALALAR.

1. Sizni tug'ruqxonaga maslaxat uchun chakirishdi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda tug'ilganidan boshlab sariqlik paydo bo'ldi. Sariqlik ko'payib bormokda. Axlati ok rangda, siydigi qizil rangda. Sizning diagnozingiz va taktikangizg'

2. Kabulxona bo'limiga 2 oylik bola keltirildi. Onasining so'ziga karaganda bolada teri sarikligi, bezovtalik, axlat rangining okligi va siydigining qizil rangda ekanligi kuzatilmokda. Ko'rik paytida: korni damlagan, jigar kattalashgan, gipotrofiya belgilari, teri kichishi aniqlandi. Sizning diagnozingiz va taktikangizg'

3. Klinikaga 4 yoshli bola onasining Quyidagi shikoyatlari bilan keltirildi: qorinda og'riq, qaytalanuvchi sariqlik, o'ng qovurg'a ostida shishsimon kosilaning paydo bg'lishiga. Sizning diagnozingiz va taktikangizg'

4. 7 yoshli bolada kornida qaytalanuvchi og'riq kuzatilmokda. Og'riq ko'proq o'ng qovurg'a ostida seziladi. Og'riq kuchli bo'lib, o'ng elkaga va ko'rakka beriladi. Xuruj paytida bola bezovta bo'lib, majburiy holatni egallaydi. Og'riq ugjish va qusish bilan birga kuzatiladi. Sizning diagnozingiz va taktikangizg'

5. 5 yoshli bola shifoxonaga o'tkir xoletsistit bilan kasallik boshlanishidan 4 soat o'tib tushgan. Sizning taktikangizg'

6. Appenditsitga shubxa ostida operatsiya qilinganda chuvalchangsimon o'simta o'zgarmagan. Qorin bo'shlig'ini taftish qilish paytida o't xaltasining kattalashgani va taranglashgani aniqlandi. Sizning keyingi taktikangizg'

## **o`Z-o`ZINI SINASH UCHUN TESTLAR:**

1. Pankreatit kasalligining qaysi turlari mavjud:

- a) idiopatik o`tkir pankreatit va sirroz pankreatit;
- b) operatsiyadan keyingi o`tkir va xronik pankreatit;
- \*v) travmatik va xronik pankreatit;
- g) idiopatik o`tkir sirroz va xronik pankreatit;
- d) idiopatik o`tkir pankreatit, operatsiyadan keyingi o`tkir

pankreatit, travmatik pankreatit.

2. Idiopatik o`tkir pankreatitni qaysi davrlari bor:

- a) me`da osti bezining shishi va kataral o`zgarishlar davrlari;
- b) me`da osti bezining gemorragik pankrenekrozi va flegmonoz o`zgarish davrlari;
- v) me`da osti bezining yiringli pankreatit davri;
- \*g) me`da osti bezining yog` pankreoz davri;
- d) me`da osti bezining shishi, gemorragik va yog` pankrenekrozi, hamda yiringli pankreatit davrlari.

3. Me`da osti bezining shishi davrida 3 yoshgacha bolalarga xos klinik simptomlarini aniqlang:

a) kasallik umumiy nospetsifik simptomlar bilan boshlanadi, bola madorsizlanadi, tez-tez charchaydi, ovqat egisi kelmaydi, harakatchanligi susayadi, kindik atrofida aniq bo`lmagan og`riqlar borligidan shikoyat qiladi, simptomlari odatda aniq ko`rinmaydi, qonda amilazaning miqdori 6,11 mg (s-l), siydikda - 33,3 mg (s-l) dan yuqori, qonda giperkalemiya kuzatiladi;

\*b) qorinda kuchli og`riq bo`ladi, ko`ngil aynish, qusish kuzatilmaydi, kam miqdorda sulak ajralishi kuzatiladi, bemorni majburiy holati o`ng tomonga karatilgan, puls tezlashmagan, gavda temperaturasi normal, tili nam, qon va siydik taxlilida amilaza aniqlanmayapti;

v) qorinda og`riq tarqalgan holda, ko`ngil aynish, qusish kuzatilmayapti, gavda temperaturasi ko`tarilmagan, bemor yarim o`tirgan holatni egallagan, qorin yumshoq, nafas olishda ishtirok etadi, damlamagan, qon va siydik taxlilida amilaza aniqlanmayapti;

g) bolada madorsizlik kuzatiladi, tez charchaydi, qorinda og`riq epigastral soxada, ko`krakka irradiatsiyasi yo`q, puls tezlashmagan, qonikarli tulishishda, qon va siydik taxlilida amilaza borligi aniqlanmayapti;

d) bemorda og'riq elka ustiga va Ko'krak ka o'tgan, sulak ko'p miqdorda ajralmokda, majburiy holati chap tomonga karatilgan, tili nam, ok tusda, arterial bosimi pasaygan, gavda temperaturasi subfebril, qon va siydik taxlillaridan amilaza mavjudligi aniqlanmokda.

4. Me'da osti bezining shishi davrida katta yoshdagi bolalarda mos klinik simptomlarni aniqlang:

a) kasallik umumiy nospetsifik simptomlar bilan boshlanadi, bola madorsizlanadi, tez-tez charchaydi, ovqat egisi kelmaydi, harakatchanligi susayadi, kindik atrofida aniq bo'lmagan og'riqlar borligidan shikoyat qiladi, simptomlari odatda aniq ko'rinmaydi, qonda amilazaning miqdori 6,11 mg (s-l), siydikda - 3,3 mg (s-l) dan yuqori, qonda giperkalemiya kuzatiladi;

b) qorinda kuchli og'riq bo'ladi, ko'ngil aynish, qusish kuzatilmaydi, kam miqdorda sulak ajralishi kuzatiladi, bemorni majburiy holati o'ng tomonga karatilgan, puls tezlashmagan, gavda temperaturasi normada, tili nam, qon va siydik taxlilida amilaza aniqlanmayapti;

v) qorinda og'riq tarqalgan holda, ko'ngil aynish, qusish kuzatilmayapti, gavda temperaturasi ko'tarilmagan, bemor yarim o'tirgan holatni egallagan, qorin yumshoq, nafas olishda ishtirok etadi, damlamagan, qon va siydik taxlilida amilaza aniqlanmayapti;

\*g) bolada madorsizlik kuzatiladi, tez charchaydi, qorinda og'riq epigastral soxada, Ko'krak ka irradiatsiyasi yo'q, puls tezlashmagan, qonikarli tulishishda, qon va siydik taxlilida amilaza borligi aniqlanmayapti;

d) bemorda og'riq elka ustiga va Ko'krak ka o'tgan, sulak ko'p miqdorda ajralmokda, majburiy holati chap tomonga karatilgan, tili nam, ok tusda, arterial bosimi pasaygan, gavda temperaturasi subfebril, qon va siydik taxlillaridan amilaza mavjudligi aniqlanmokda.

5. Gemorragik va yog' nekrozi davrida 3 yoshgacha bo'lgan bemorlar qaysi majburiy holatni egallaydi:

a) o'ng tomonga karatilgan;

\*b) chap tomonga karatilgan;

v) yarim o'tirgan holatni egallaydi;

g) majburiy holatda bo'lishi shart emas;

d) tizza-tirsak holatini egallaydi.

6. o'tkir pankreatitda qorin bo'shlig'ida astsitik suyuqlik bor vaqtida qaysi instrumental va laborator tekshiruv o'tkazish ma'kulrok:

a) qorin bo`shlig`i ultratovushli tekshirish va qonda umumiy oqsil miqdorini aniqlash;

b) laparoskopiya o`tkazish, astsitik suyuqlikda amilaza, lipaza va diastaza miqdorini aniqlash;

\*v) fibrogastroskopiya kili shva oshqozon shirasini laborator tekshiruvdan o`tkazish;

g) qorin bo`shlig`ini punktsiya kili shva astsitik suyuqlikda amilaza va tripsinni miqdorini aniqlash;

d) oshqozon va ichak yo`llarini qontrastli rentgenologik tekshiruvdan o`tkazish va qonda glyo`qoza miqdorini aniqlash.

7. Idiopatik o`tkir pankreatitni umumiy davolash chora-tadbirlari nimalardan iborat:

a) og`izdan ovqatlantirishni tuxtatish;

b) og`riq sindromiga Karshi ko`rash;

v) sirkulyatsiyalanuvchi fermentlar faolligini pasaytirish va olib tashlash;

\*g) suv-elektrolit balansi buzilishini yaxshilash va takrorlanuvchi infeksiyaga Karshi ko`rash;

d) yuqorida ko`rsatilgan chora-tadbirlarni hammasi o`tkaziladi.

8. Bemorga o`tkir pankreatit tashxisi kuyilgandan so`ng davolashni tezda nimadan boshlash lozim:

a) oshqozon yuviladi va dzintoksikatsion terapiya boshlanadi;

b) og`riq sindromiga Karshi ko`rash boshlanadi, epidural bo`shliq kateterizatsiya qilinadi;

v) tezda qon taxlillarini tayyorlash uchun markaziy vena kateterizatsiya qilinadi;

g) antibakterial terapiya og`iz orqali tezda boshlanadi;

d) bemorga og`riqni kamaytirish uchun qisqa muddatli narkoz o`tkaziladi.

9. Davomiy blokada o`tkazish uchun kateter uchi epidural bo`shlig`ini kaerida urnatilishi lozim:

a) T4-darajasida urnatiladi;

b) T1-T2 darajasida urnatiladi;

v) T5-T6 darajasida urnatiladi;

\*g) L1-L2 darajasida urnatiladi;

d) L3-L4 darajasida urnatiladi;

10. O`tkir pankreatit tashxis kuyilgan arterial bosimi past bemorga quyidagi dorilardan qaysi yuborilishi shart:

- a) antiferment preparatlari;
- b) tripsin va ximotripsin;
- \*v) prednizalon;
- g) qontrikal va tripsin;
- d) glyo'qoza 40% yuboriladi.

11. o'tkir pankreatitda patogenetik terapiya Quyidagi qaysi preparatlar bilan o'tkaziladi:

- a) ximotripsin, trasilol, tripsin;
- b) tzalol, ximotripsin, tripsin, lidaza;
- v) qontrikal, tripsin, ximotripsin, lidaza;
- g) trasilol, tzalol, qontrikal, iniprol, gardoks;
- \*d) iniprol, tripsin, qontrikal, ximotripsin, lidaza.

12. o'tkir pankreatitda bemorlarga qontrikal qaysi dozada va har necha soatda yuboriladi:

a) bemorning 1kg vazniga 1000-2500 ed. vena ichiga asta-syokin har 6-8 soatda boshqa preparatlar bilan kushilmagan holda;

\*b) vena ichiga 15000-30000 ed. miqdorda yuboriladi, boshqa preparatlar bilan qushilgan holda;

v) vena ichiga 5000-10000 ed. miqdorda yuboriladi 50 ml. 10% glyo'qoza eritmasida har 8 soatda;

g) vena ichiga 15000-10000 ed. miqdorda yuboriladi, keyin tomchilab o'sha dozada 100 ml. 10% glyo'qoza eritmasida 1 soat mobaynida har 8 soat o'tib 3-4 kun yuboriladi;

d) vena ichiga 7000-15000 ed. dozada yuboriladi va keyin har 4-6 soatda 4-5 kun mobaynida.

13. «Stearin xalqasi» shaklidagi charvida va ingichka ichakdagi o'zgarishlar qaysi kasallikda kuzatiladi:

- a) o'tkir xoletsistit;
- b) o'tkir pankreatit kasalligining yog' nekrozi davrida;
- v) jigar abstsessida;
- g) tarqalgan yiringli appendikulyar peritonitda;
- d) birlamchi peritonitda.

14. o'tkir pankreatitkasalligida qorin bo'shlig'idagi ekssudat qaysi tusda va miqdorda bo'ladi:

\*a) kam miqdorda, xidsiz, kizgish rangda;

b) ko'p miqdorda, kulrang, qonli, xidsiz, rangi nimjon damlangan yaoyga yoki kukimtir bo'lishi mumkin;

v) loyka, xidli, kam miqdorda bo'lishi mumkin;

- g) sirroz rangda, xidsiz, kam miqdorda;
- d) ko`p miqdorda, yopishkok ok rangda.

15. Operatsiyadan keyingi o`tkir pankreatit qancha vaqtdan keyin rivojlana boshlaydi:

- a) 4-6 soatdan keyin;
- b) 10-12 soatdan keyin;
- \*v) 12-14 soatdan keyin;
- g) 2-6 kundan keyin;
- d) 10 kundan keyin.

16. o`t pufagining yallig`lanish kasalliklarining nechta klinik variantlari mavjud:

- a) 1 ta
- b) 2 ta
- v) 3 ta
- \*g) 4 ta
- d) 5 tadan ortik.

17. o`t pufagi toshlarining ximiyaviy tarkibiga ko`ra qaysi turlari bo`ladi:

- a) xolesterinli, bilirubinli (yoki dogsimon), oksalatli;
- b) dogsimon va uratli;
- v) oxakli, uratli, oksalatli;
- \*g) xolesterinli va fosfatli;
- d) turli kombinatsiyali, xolesterinli, dogsimon (yoki bilirubinli), oxakli hamda organik birikmali.

18. Necha foizda aralash toshlar yuzaga kelganligi kuzatiladi:

- a) 10%
- b) 20%
- \*v) 40%
- g) 60%
- d) 80 %dan yuqori.

19. Qaysi turdagi toshlar yallig`lanish jarayoni bo`lganda uchrab turadi:

- a) xolesterinli va fosfatli;
- b) bilirubinli, oksalatli, uratli;
- \*v) oxakli, uratli, oksalatli;
- g) bilirubinli (yoki dogsimon), fosfatli, oksalatli;
- d) aralash toshlar.

20. o`t yo`llari atreziyasi qaysi kasallik bilan kiyoslanadi:

- 1. peritonit



2. sepsis
  3. o't yo'llarining shilliqli tikinlar bilan tiqilib kolishi
  - \*4. jigar sirrozi
  5. diafragmal churra
21. o't yo'llarining kiyosiy dignostikasida qo'llaniladi:
1. laparotsentez
  2. 12 barmoqli ichakka 25 % magniy kislotasini yuborish
  3. qorin bo'shlig'ining obzor rentegnografiyasi
  - \*4. diagnostik laparotomiya
  5. rentgenotomografiya
22. o't yo'li atreziyasida bolalarda qaysi yoshda operatsiya o'tkazish maqsadga muvofik:
- \*1. 1,5 oygacha
  2. 3 oygacha
  3. 6 oygacha
  4. 8 oygacha
  5. 12 oygacha
23. Lyamblioz xoletsistitda Quyidagi simptomlar xos:
1. qorin devorining yallig'lanish simptomlari musbat
  2. o'ng qovurg'a ostida doimiy, chidash mumkin bo'lgan og'riq
  3. gektik temperatura
  - \*4. qorinning o'ng yarmida kuchli og'riq
  5. leykotsitlarning ko'payishi
24. o'tkir xoletsistitga xos bo'lgan simptomlar:
1. Mendel simptomining musbatligi
  2. o'ng qovurg'a ostida doimiy, chidash mumkin bo'lgan og'riq
  3. o't tarkibida lyambliyaning bo'lishi
  - \*4. umumiy axvolning salgina o'zgarishi
  5. qorin devorining yallig'lanish simptomlari musbat
25. o't yo'llari atreziyasida sariqlik va axlat rangining o'zgarishi kuzatiladi:
1. bola tug'ilgan vaqtdan boshlab
  2. 4 - 5 kundan boshlab
  3. 10 - 15 kundan boshlab
  - \*4. keyinroq paydo bo'ladi
  5. kuzatilmaydi
26. O'tkir xoletsistitni qaysi kasallik bilan kiyoslanmaydi:
1. o'tkir appenditsit

2. o`tkir pankreatit
3. umumiy o`t yo`lining kistasi
4. oshqozon osti bezining kistasi
- \*5. kesilgan chov churrasi

27. Bolalarda o`tkir xoletsistitning kelib chiqish sabablari:

1. gormonal buzilishlar
- \*2. nasldan o`tishi
3. o`t xaltasining rivojlanish nuqsonlari
4. almashinuv protsesslarining buzilishi
- \*5. surunkali gepatit

28. O`tkir xoletsistitda kasallik boshlanganidan 4 soat o`tganda qanday choralar qo`llaniladi:

1. shoshilinch operatsiya
2. dinamik kuzatish
3. 6 - 8 davomida qonservativ davo, effekt bo`lmaganda, operatsiya
4. 24 - 48 soat davomida qonservativ davo
5. 72 soat qonservativ davo, effekt bo`lmaganda operatsiya

29. O`t yo`llari atreziyasida harakterli belgilar:

1. ALT va AST yuqori bo`lishi
2. jigar va talok razmerlarining kichrayishi
- \*3. sariqlikning O`sib borishi
4. bog`lanmagan bilirubin miqdorining ko`payishi
5. axlatning qora rangda bo`lishi

## **6 MAVZU: Bolalarda churralar va urug' tizimchasi kasalliklari.**

**Mavzuning dolzarbligi:** Bolalar xirurgiyasining xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug'ma nuqson va rivojlanish anomaliyasining kelib chiqishi, diagnostikasi va davolashini uz ichiga olgan distsiplinaning bir qismidir.

Pediatriya fakultetlarining 5-kursida bolalar xirurgiyasidan dars o'tishning asosiy printsiplari: tug'ma nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining nozologik diagnostikasi umumiy vrachlik yordamini ko'rsatish va operatsiyadan keyin ryeabilitatsiyasini o'tkazishga bog'liqdir..

### **Mashg'ulot vazifalari:**

Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, atogenyeni va klinikasi xakida bilim olish. Tug'ma nuqsonlar va anomaliyalar bilan tug'ilgan bolalarni klinik ko'rik va tyekshiruvdan o'tkazishni o'rganish. Bola xayetiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o'rganish. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish. Umumiy vrachlik yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi ryeabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chikish.

**Mashg'ulot o'tkazish joyi:** Torakal xirurgiya va chaqaloqlar xirurgiya bo'limi, operatsiya va kompyo'tyer xonalari.

**Mashg'ulot maqsadi:** Xirurgik korrektsiyani talab qiladigan tug'ma nuqsonlar va rivojlanish nuqsonlari klinik diagnostikasi, davolash va bolalar ryeabilitatsiyasi uslublarini o'rganish.

**Gidrotsyellye va funikulotsyellye**-bu bolalar kasalliklari orasida juda ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, uning yuzaga kyelishiga sabab vaginal o'simtaning to'lik yetilmaganligidir. Shu sababli o'simta orasida suyuqlik yigilib qoladi. Agarda vaginal o'simtaning distal qismi oblityeratsiyaga uchramasa, unda moyak istisqosi yuzaga kyeladi. Agar distal qismi oblityeratsiyaga uchrab, proksimal qismi ochik kolsa va u qorin bo'shlig'i bilan aloqasi bo'lsa, gap aloqa kiluvchi urug tizimchasi istisqosi xakida kyetadi. Vaginal o'simtaning hamma qismi oblityeratsiyaga uchramasa, u holda urug tizimchasi va moyakning aloqa qiluvchi istisqosi bo'ladi. Vaginal o'simtaning proksimal qismi va distal qismi blityeratsiyaga uchrab, o'rta qismi uchramasa va u yerda suyuqlik

yiqilsa, u holda aloqa qilmaydigan urug tizimchasi istisqosi deyiladi yoki urug tizimchasi kistasi deyiladi (Rasm 27).



Rasm 27

**Istisqo paydo bo'lishiga sabab:**  
 a) vaginal o'simta devorining absorbtion funksiyasini buzilishi;  
 b) chov soxasi limfatik apparatining yotilmaganligidir.

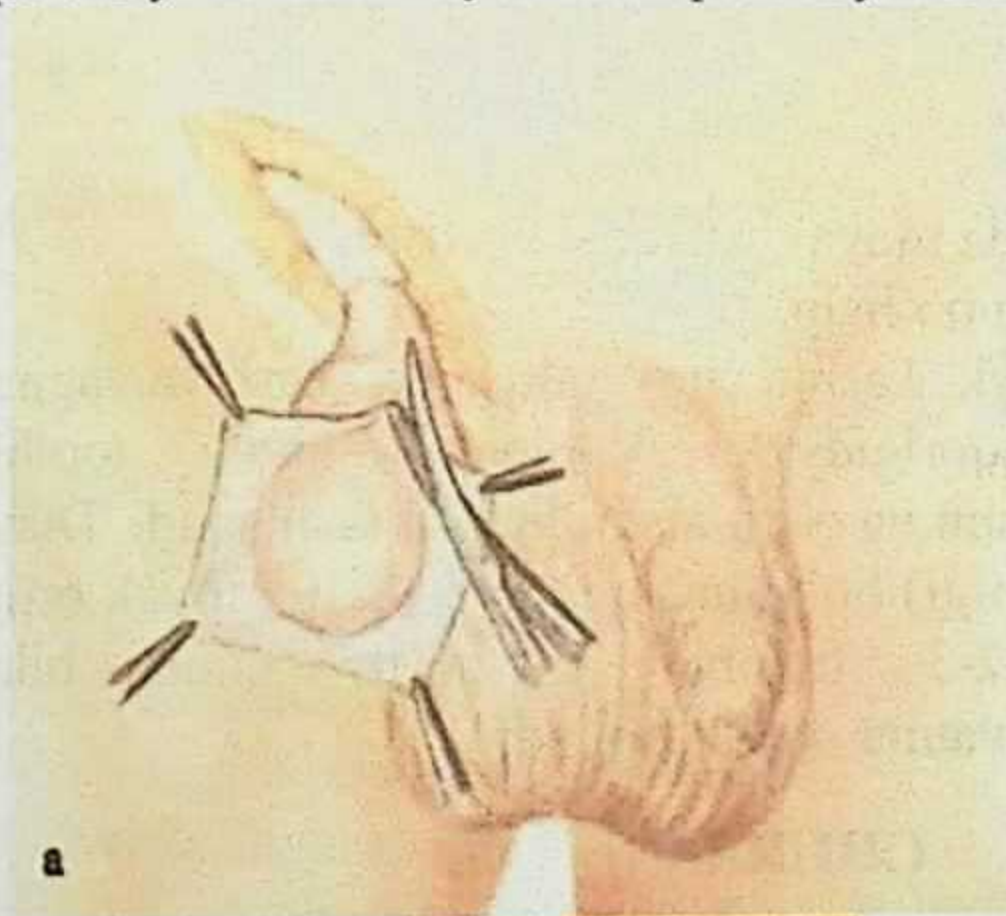
Bolalarda yosh o'tishi bilan istisqo kamayib borib yoki yo'kolib kyetishi mumkin. Katta yoshli bolalarda va kattalarda istisqoninng sababi travma va yallig'lanish bo'ladi. Chov soxasini va urug tizimchasi soxalariga shikast yetganda u yerda suyuqlik to'planib, uzoq vaqt so'rilmaligi mumkin. Bu xolga tez yuzaga kyeluvchi urug tizimchasi istisqosi deyiladi.

**Klinikasi.** Istisqo bir tomonlama bo'lsa, yorgokning bir tomoni, ikki tomonlama bo'lsa, yorgokning ikki tomoni kattalashadi. Chegaralangan moyak istisqosida yorgok yumaloq shaklda bo'ladi va uning pastki qismida moyak paypaslanadi. Aloqa kiluvchi istisqo uzunchok shakldagi, qonsistyentsiyasi yumshoq-elastik xosila bo'ladi. Bu xosilani siqqanda kattalashib, taranglashadi. Paypaslaganda xosila og'riqsiz, diafanosqopiyada yorug'lanish musbat bo'ladi. Agar klapan shaklidagi istisqo bo'lsa, bolani bezovta qilishi mumkin. Urug' tizimchasi kistasi-chyegaralari aniq bo'lib, yumaloq yoki ovalsimon shaklda bo'ladi. Uning yuqori va pastki qismlari yaxshi aniqlanadi. Istisqoni ko'pincha chov churrasi bilan diffyeryentsiatsiya qilinadi. Churrada harakterli byelgi churrani to'g'iraydigan vaqtda o'ziga xos tovush chikaradi. Aloqa qilmaydigan istisqoni qorin bo'shlikiga to'kirlash natija byermaydi. Bola gorizontal yotganda aloqa kiluvchi istisqo bo'lsa, asta-syekin to'g'irlanishi mumkin. Lyekin chov churrasi tez to'g'irlanadi va o'ziga xos tovush bilan to'g'irlanadi. Tez yuzaga keluvchi urug tizimchasi kistasi bilan kisilgan chov churrasini farqlash qiyinchilik tugdiradi. Bu holatga operatsiya vaqtida tashxis ko'yiladi.

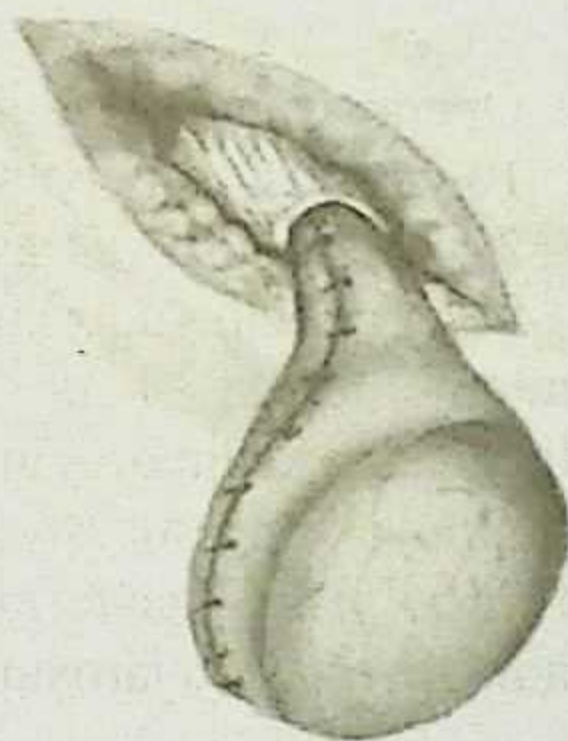
**Davosi.** Bolalarda istisqolar bolalar 2-3 yoshligida tuzalishini xisobga olib, pyeratsiyani shu yoshdan keyin o'tkazish maqsadga muvofik bo'ladi. Chyegaralangan va ortirilgan moyak istisqolarida ko'llaniladigan operatsiya bu Vinkyelman operatsiyasidir. Bu operatsiya istisqo xaltasini kyesib, to'nkarib tikish bilan harakterlanadi. Aloqa

kiluvchi istisqoda Rossa operatsiyasi ko`llaniladi. Uning asosiy mazmuni qorin bo`shlig`i bilan aloqani uzib va istisqo suyo`qligi chiqishi uchun sharoit yasashdir. Vaginal o`simta tashki chov xalqasi soxasidan boglanib kyesiladi va qisman moyakning xususiy kobigini ochik koldiriladi. Shu yerdan istisqo suyo`qligi chiqib kyetadi va atrof to`kimaga so`riladi. Bu operatsiya Vinkyelman operatsiyasidan osonrokdir. Kisman travmatik bo`lsa ham, effyekt yuqoridir. Agar bola yoshi ikki yoshdan kichik bo`lsa, taranglashgan istisqo byezovta kilsa, istisqoni punktsiya qilish mumkin. Istisqo suyo`qligi olingandan keyin bolaga suspyenzoriy kiygiziladi. Agar suyuqlik yana yigilsa, takror punktsiya qilinadi. So`rilgan suyuqlik moyakni siqilishdan saklaydi va operatsiya vaqtini uzaytirishga yordam byeradi.

Operatsiya turlaridan eng ko`p qo`llaniladigani bu Rossa operatsiyasi va Vinkyelman operatsiyalaridir.



Rasm 36



Rasm 37

Operatsiya Venkelman . Rasm 36-37.

Rossa operatsiyasiga ko`rsatma:

1. Urug tizimchasi va moyakning aloqa kiluvchi istisqosidir.
2. Bolaning yoshi 2 yoshdan to 10 yoshgacha bo`lsa operatsiyaga ko`rsatma bo`ladi.

### **Rossa operatsiyasi.**

1. Bemor holati-bemor orqasi bilan yotqiziladi. Chov soxasi terisi 3-6 sm uzunlikda kyesiladi. Yara markazidan kaychi bilan tyeri osti kletchatkasi kengaytiriladi, kichik qon tomirlari jaroxatga kundalang

turgan bo'lsa, ular zajim bilan ushlanib boglanadi. Yuzaki fastsiya kyesiladi. Tumtok yo'l bilan anatomik pintsyet va tupfyer bilan qorinning kiyshik mo'shagi apanyevrozi va chov boylami suriladi. Shunday qilib vaginal o'simta tashki chov teshigida topilib, u urug tizimchasi elyemyentlaridan ajratiladi. Bo'yinchasidan kyetgo't bilan tiqiladi va ikki tomonidan boglanadi. Urug tizimchasi istisqosida istisqo bo'shlig'i oblityeratsiyaga uchramagan vaginal o'simtadan iborat bo'lib, u urug tizimchasi elyemyentlaridan ajratilib, bor buyiga kyesib olib tashlanadi. Moyak istisqosida esa, vaginal o'simta mokning faqatgina yuqori qismidagina mobilizatsiya qilinadi. Kolgan qismi (tirkish) ko'rinishida ochik koldiriladi. (Rossa usuli). Gyemostaz qilingandan keyin jaroxatni kyetgo't va ipak bilan kavatma -kavat tiqiladi. Ko'pincha chov kanali plastika kilinmaydi. Kam xollarda tashqi chov xalqasi kata bo'lganda yoki istisqo bilan chov churrasi birga uchraganda Krasnabayev usulida plastika qilinadi.

Vinkyelman operatsiyasi.

Operatsiyaga ko'rsatma:

10 yoshdan katta bolalarda moyak istisqosi bo'lishi.

2. Yallig'lanish va travma bo'lishi.

Bemor holati yuqorigidyek. Tashki chov xalqasiga kirish va vaginal o'simtani topish ham yuqorigidyek. Vaginal o'simta topilib, boglangandan keyin bo'yin qismi va o'rta qismi kyesib tashlanadi. Distal qismi (moyakning xususiy kobigi) bo'ylamasiga kyesiladi, moyak ortigi atrofi bo'ylab qaytarib 2-3 tugunli kyetgo'tli chok bilan tiqiladi. Opyeratsion jaroxat kavatma -kavat tiqiladi.

## CHURRA

Churra - bu organ yoki uning qismlarining tyeshiklar orqali qorin pardaga uralib, tyeri ostiga chiqishidir.

Churra komponyentlari.

1. Churra darvozasi-tabiiy yoki patologik (jaroxatdan keyin yuzaga kyeladi) bo'ladi. Tyeshik kalla ko'tisida, qorin dyevorining mushak-aponyevrotik kavatida yoki fastsial fo'tlyarda bo'lib, shulardan churra xosilasi chiqadi.

2. Churra xaltasi-qorin parda pariyetal soxasining bir qismi.

3. Churra xosilasi-organ yoki to'qima bo'lib, ular churra xaltasi ichida joylashadi.

## **Churralarning tasnifi.**

1. Joylashish joyiga qarab:

- qorin churralari
- vyentral churra

- son churralari-qorin churrasi bo'lib, ammo son kanalidan chiqadi.

- chov churralari:

a) kovuk usti chov churrasi -churra kovuk usti soxasi chuqurchasidan chiqadi.

b) noto'liq (kanalli) chov churrasi-kiyshik chov churrasining avj olish davri bo'lib, churra xaltasining tubi tashki chov xalqasiga chikmaydi.

v) to'liq ( tizimchali) chov churrasi-kiyshik chov churrasining rivojlanish davri bo'lib, churra xaltasi tashki chov xalqasidan tashqarida, urug tizimchasi soxasida bo'ladi.

g) oralik (promyejo`tochnaya) chov churrasi-churra xaltasi chov kanali soxasida bo'lib,tashki chov xalqasigacha yetib bormaydi.

- churralari va boshqa tur churralar uchraydi.

2. Paydo bo'lish vaqtiga ko'ra:

- tug'ma chov churralari-yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yoki tug'ilgandan keyin darxol uchrasa;

- ortirilgan churralar.

3. Tugirlanishiga ko'ra:

- tugirlanuvchi churralar;

- tugirlanmaydigan churralar.

4. Boshqa tur churralar:

- qorinning operatsiyadan keyingi churrasi.

- siljuvchi churralar-bu churralarda churra xaltasi dyevorini bir tomonini organlar tashkil etadi (siydik pufagi, ko`tariluvchi yoki pastga tushuvchi chamber ichak, ba'zan kur ichak ham).

## **Tug'ma chov churralari**

Bolalarda ko`pincha chov churralari kiyshik chov churralari bo'ladi. Lateral chov burmasidan o'tib, chov kanaliga tashqaridan kiradi. Chov kanalidan kiyshik aylanib ichkariga kiradi.

## **Uchrashi.**

1-3% bolalarda uchraydi. 35% bolalarga diagnoz bola 6 oyligida qo'yiladi. o'ng tomondan uchrashi 60%. Chap tomonlama esa 30%

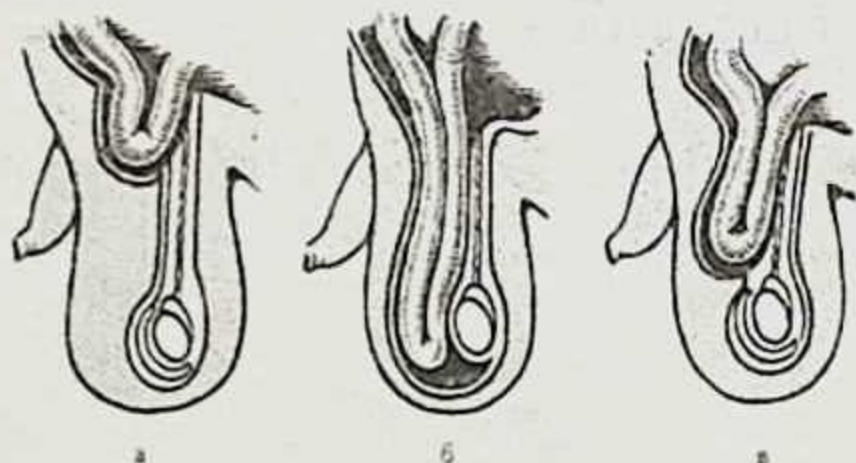
uchraydi. 10-15% ikki tomonlama bo'ladi. Ugil bolalarda kiz bolalardan ko'ra 6 marta ko'p uchraydi. Chala tug'ilgan bolalarda esa kasallanish 1,5-2 barobar ko'p uchraydi.

**Etiologiyasi.** Ichki organlar tashqariga oblityeratsiyaga uchramagan vaginal o'simta orqali chiqadi. (bolalar tugilish vaqtida 75%zida vaginal o'simta oblityeratsiyaga uchragan bo'ladi).

1) qorin pardaning vaginal o'simtasi-bu qorin pardaning davomi bo'lib, kur tugagan xaltaga uxshaydi. U pastga yorgokkacha moyakni urab pastga to'shadi.

2) xuddi shunga o'xshash kiz bolalarda ham tuxumdmn normada kichik chanakka joylashgan bo'ladi. Chov kanalida bachadonningyumaloq boylami ham rivojlangan bo'ladi. Burtib turgan vaginal o'simta yopib turgan bo'ladi. Bola tug'ilganidan keyin u ochik kolishi mumkin.

## CHOV CHURRASI



Rasm 38

Chov churrasi bolalar kasalliklari orasida eng kyeng tarqalgan kasallikdir. Ko'pincha bir tomonlama chov churrasi uchraydi. o'ng tomonlama 2-3 marta ko'p uchraydi. Chov churralari o'gil bolalarda ko'p uchraydi, sababi moyakni yorgokga tushishi bilan bog'liqdir. Ortirilgan churralar juda ham kam uchraydi. Ular bola 10

yoshdan jismoniy zo'rikishidan keyin paydo bo'ladi. Bu holat qorinning oldingi dyevori kuchsiz bo'lsa paydo bo'ladi. Shu bilan bog'liq holda asosan tug'ma chov churralari chov kanalidan aylanib o'tib, ichki xalqadan o'tib, pastga tushsa, kiyshik chov churrasi dyeyiladi. To'g'ri chov churrasi bolalarda kam uchraydi. Rasm 38.

Ikki tur churralar farqlanadi.

1) Chov churralari

2) Chov-yorgok churralari.

Chov-yorgok churralari: -a) tizimcha, va b) moyak bilan bog'liq turi bo'ladi. Ko'pincha 90% tizimchali churra uchraydi. Unda kin o'simtasi yuqori va o'rta qismi ochik bo'ladi, lyekin u moyakning xususiy



kobigidan paydo bo'luvchi pastki qismidan ajralib turadi. Moyakli churra 10% uchrab, unda qorin parda o'simtasi hamma qismi ochik qoladi. Shu sababli ko'pincha moyakni churra xaltasi dyeb adashishadi. Aslida esa u syeroz parda bilan ajralib turgan bo'ladi. Bolalarda ko'pincha churra xosilasi ingichka ichak xovuzloklari, katta yoshda esa charvi bo'lishi mumkin. Kiz bolalarda churra xaltasida tuxumdon ham, ba'zan esa bachadon nayi bilan birga bo'lishi mumkin. Agarda yo'gon ichak to'tkichi uzun bo'lsa va churra xaltasida ko'r ichak bo'lsa, bu holda churra xaltasini orqa dyevori bo'lmaydi va bu churra siljuvchi churra dyeyiladi. Klinikasi. Yangi tug'ilgan chaqaloq bo'lsa, chov soxasida shishsimon xosila bo'lib, bola kichkirganda va byezovtalanganda kattalashadi. Bola tinch yotganda xosila kichrayadi yoki yo'qoladi. Xosila yumaloq shaklli bo'lib, og'riqsiz bo'ladi. Chov-yorgok churrasida xosila yorgokkacha bo'lib, yorgokni assimyetriyasiga olib kyeladi. Qonsistyentsiyasi elastik bo'ladi. Gorizontal holda yotganda qorin bo'shlig'iga oson to'girlanadi. Churra to'girlangandan keyin tashki chov xalqasi oson aniqlanadi. Bola yo'talganda churra bo'rtib chiqishi musbat bo'ladi. Kiz bolalarda chov churralari yumaloq shaklda bo'ladi va tashki chov xalqasi soxasida aniqlanadi.

#### **Differentsial diagnostikasi.**

Chov churralarini birinchi navbatda moyak istisqosi bilan farqlash kerak. Oddiy istisqoda xosila elastik qonsistyentsiyada bo'ladi. Kistoz harakterda bo'ladi va yoruglanish musbat bo'ladi. Ertalab ular kichik xajmda, kyechgga borib kattalashadi va taranglashadi.

**Davosi.** Yagona radikal davolash usuli opyerativ davolashdir. Xozirgi vaqtda og'riqsizlantirish yuqori darajada bo'lishi sababli opyeratsini yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham o'tkazish mumkin. Churralarni bola 6-12 oyligida operatsiya qilish optimal kisoblanadi. Churralarni qorin bo'shlig'i bilan aloqasini xisobga olgan holda operatsiyani maqsadi-churra xaltasini olib tashlab, qorinni oldingi dyevorini mustaxkamlashdir. Bolalarda operatsiyani oddiy usullaridan foydalaniladi. Umumiy og'riqsizlantirish ostida chov soxasi terisidan kyesim o'tkaziladi. Tashki kiyshik mushakni appanyevrozini, tashki chov xalqasidan o'tib va pupart boglami apanyevrozidan o'tib, keyin ikkita anatomik pintsyet bilan fastsiya kavatlari urug tizimchasi ustidan ajratiladi va churra xaltasi ajratiladi. Ajratilgandan so'ng xalta qon to'xtatuvchi zajim bilan ushlanadi. Atrof to'kimalardan

ajratilib, tyekshirib ko`rish uchun kyesib ochib ko`riladi va bo`yinchasidan tikib boglanadi. Distal qismi ham boglanadi. Jaroxat yuzasi kavatma-kavat tiqiladi.

### **Qisilgan chov churralari**

Chov churralarining asorati bu churraning kisilishidir. Bunda churra xaltasidagi ichak kovuzlogi yoki ichak to`tkichi churra darvozasida kisiladi, uning qon aylanishi va oziqlanishi buziladi. Kisilishning asosiy sabablari Quyidagilardir:

- 1)qorin ichi bosimi oshishi;
- 2)ichak funktsiyasi buzilishi;
- 3)meteorizm.

Klinikasi. Bola qachon byezovtalangan, yiglagan va churra soxasida og`riq bo`lgan vaqtini ota - onalar aniq ayta oladi. Churra taranglashgan bo`ladi. Paypaslaganda kuchli og`riq bo`ladi. Qorin bo`shlig`iga churrani tugirlash byefoyda bo`ladi. Keyinchalik og`riq kamayadi. Bola lanj bo`lib qoladi, ko`ngil aynish va qusish kuzatiladi, bola axlati ushlanishi mumkin. Kisilgan churralarni diffyeryentsiatsiya qilish anamnyez va umumiy ko`rikka asoslanadi. Agar anamnyezidan chov churrasi borligini aytsa, tashxis qo`yish unchalik qiyin bo`lmaydi. Bir oylik bolalarda kislgan churra bilan tez yuzaga keluvchi urug tizimchasi kistasini va chov churrasini farqlash qiyinchilik tugdiradi. Shubxa bo`lganda vrach kisilgan chov churrasi tashxisi tomonga yon bosadi. Faqatgina operatsiya jarayonigina shubxani yo`qotishi mumkin. Kiz bolalarda kislgan chov churrasini tuxumdon kisilishidan farqlash qiyindir. Tuxumdon va uning ortigi nyekroz bo`lib, Bemorni pushtsizlikka olib kyelishini xisobga olgan holda bunday vaqtda darxol operatsiya qilish zarurdir. Kisilgan chov churralarini bolalarda o`ziga xos tomonlari Quyidagilardir:

1. Ichak qovuzloklarining yaxshi qon bilan taminlanganligi;
2. Tomirlar elastiklik xususiyati yuqori bo`lishi;
3. Qisuvchi churra xaltasining kuchsizligi.

Shularga qaramasdan churrani o`z-o`zidan tug`irlanishi kuzatilishi mumkin. Qisilgan churrani albatta darxol operatsiya qilish kerakdir.

**Davosi.** Kuchsiz va chala tug`ilgan chaqaloqlarda, churrani kisilish vaqti 12 soatgacha bo`lsa, konservativ tugirlashga ko`rsatma bula boladi. Bu Bemorlarga churrani to`g`ri bo`lishi uchun sharoit yaratish kerak. Shu maqsadda Quyidagi muolajalar qo`llaniladi. 0,1% atropin eritmasi va 1% promyedol eritmasi (0,1 ml yoshiga xisobidan)15-20 min issik vanna va bolani dumba qismi (taz) ko`tarilgan bo`ladi. Kisilgan churrani kul bilan

tugirlash kat'iyani man qilinadi. Chunki bu vaqtda kisilgan organga shikast yetishi mumkin. Agarda konservativ davolash 1,5-2 soatgacha effekt bermasa darhol operatsiya chorasini ko'rish kerak. Operatsiya texnikasi kisilgan churrada o'ziga xoslik tomoni shuki, churra tugirlanmasdan oldin churra xaltasi ichidagi xosila nimaligini ko'rish zarurdir. Ko'rikdan keyin kisuvchi xalqa va tashki kiyshik mushakning apanyevrozi kyesiladi, kisilgan ichak tartib olinib, tyekshiriladi (retrograd kisilish borligi) va tugirlanadi. Agarda ichakda qon aylanish buzilgan bo'lsa, ichak to'tkichiga 0,25% novokain eritmasi yuborilib, issik fiziologik eritmaga botirilgan salfetka bilan isitiladi. Agarda ichakning funksiyasi buzilganligiga shubxa bo'lsa, ichakning o'sha qismi rezektsiya qilinadi. Churra xaltasi olib tashlangandan keyin chov kanalini Martinov usulida plastika qilinadi. Operativ davolashning effektivligi operatsiyani churra kisilgandan qancha vaqtdan keyin boshlanganiga bog'liq. Qisilgan churralarda o'lim ko'rsatkichi 0,5 % ga teng.

### **Qiyshik chov churralari**

Qiyshik chov churralari chov kanaliga chuqur chov xalqasidan o'tadi. Ba'zi xollarda yorgokkacha to'shadi (to'liq churra, chov-yorgok churrasi). Tug'ma chov churralarida qorin pardaning vaginal o'simtasi obliteratsiyaga uchramasdan, qorin bo'shlig'i bilan chov kanali va yorgok bilan aloqa qiladi. Shu churra erkaklarning 5% da uchraydi. Yosh bolalarda ko'pincha kisilishga olib kiyeladi. 75% o'ng tomonlama uchraydi. Ba'zi xollarda pastga tushmagan moyak bilan birga yoki istisqo bilan birga uchrashi mumkin. Ikki tomonlama vaginal o'simtaning obliteratsiyaga uchramasligi 10% qiyshik chov churrasi bilan ogrigan Bemorlarda uchraydi. To'g'ri chov churralari qorin bo'shlig'idan tashqariga lateral kindik burmasi ichkari qismidan chiqadi. Chov kanalining tub soxasiga Xessyelbax uchburchagidan chiqadi. To'g'ri chov churrasi - to'g'ridan-to'g'ri organlarning chiqishi chov kanalining orqa dyevoridan orqa tomondan va oldidan esa urug tizimchasi soxasidan o'tadi. Churra urug tizimchasi ichida bo'lmaydi. Shuning uchun qiyshik chov churrasidan farqli ularoq yo'rgakkacha tushmaydi va churra darvozasi kam xollarda tor bo'ladi shu tufayli churra kam kisiladi. Retsidiv churralar to'g'ri churralarda qiyshik chov churralaridan ko'ra ko'proq uchraydi. Xirurgik davolash chov kanalining orqa dyevorini mustaxkamlashga karatilgan. Kombinirlangan chov churralari. Chov churralarining eng og'ir turiga kiradi. Bemorning bir tomonida 2 yoki 3

ta aloxida-aloxida churra xaltasi bo`ladi. Ular bir-biri bilan aloqa qilmaydi va har biri aloxida churra darvozasidan chiqadi.

### Son churrasi

Son churrasi son kanalidan o`tib, son fastsiyasiga o`ralib o`tadi. Qorin churralarining 5-8%ini tashkil etadi. Ko`pincha ayollar kasallanadi 30-60 yoshgacha bo`lgan ayollar(80%). Kam xollarda katta bo`ladi. Kisilishga moyil bo`ladi. Churra xosilasi ko`pincha ingichka ichak kovuzlogi va charvi bo`ladi. Churrani paydo bo`lishi jismoniy zurikish va homiladorlik, surunkali ich qotish.

Moyakning rivojlanish nuqsonlari 2 guruhga bo`linadi.

1. Rivojlanish nuqsoni.

2. Joylashish nuqsoni.

Rivojlanish nuqsoniga - moyak gipoplaziyasi, monorxizm, anorxizm va poliorkizm kiradi. Joylashish nuqsoniga esa kriptorxizm va moyak ektopiyasi kiradi.

Moyakning rivojlanish nuqsonlari

Moyak gipoplaziyasi

Bu nuqson moyakda qon aylanish buzilishi sababli paydo bo`ladi va ko`pincha kriptorxizmida uchraydi. Ikki tomonlama gipoplaziya bo`lsa, endokrin buzilishga sabab bo`ladi. Bolalarda adipozogenital syemirish va jinsiy rivojlanish orqada qoladi. Bu nuqson ko`pincha mikropyeniya yoki yashirin jinsiy holat bilan birga uchraydi.

Davosi. Moyak gipoplaziyasida endokrinologik davo yerdam byeradi.

Monorxizm

Tug`ma nuqson bo`lib, faqatgina yagona moyak bo`lishi bilan harakterlanadi. Bu nuqsonga sabab embriogenyenezning buyrak joylanishidan oldin buzilishi va jinsiy byezlarning buzilishidir. Shu sababli monorxizm va solitar buyrak birga uchraydi. Monorxizmida buyrak bo`lmaganligi sababli moyak ortigi va urug tashuvchi yo`llar bo`lmaydi. Shu tomonda yorg`ok aplaziyaga uchragan bo`ladi. Agarda bir tomonda tug`ma moyak bo`lmasa, lyekin ikkinchi tomonda normal rivojlangan bo`lsa, bolada endokrin buzilish bo`lmaydi va pushtsizlikka olib kyelmaydi. Agarda yagona moyak kriptorxizmga uchragan bo`lsa, bu holda gipogonadizmning u yoki bu shakli uchraydi.

Davosi. Agar xaqiqiy monorxizm bo`lsa, yorg`okga siliqondan moyak protezi implantatsiya qilinadi. Bu operatsiya kosmyetikaga

ahamiyat byerib, 12-14 yoshli o'smirlarda amalga oshiriladi. Yagona moyakning gipoplaziyasi garmonal davolanadi.

### **ANORXIZM**

Moyakning tug'ma bo'lmasligi. Bu nuqson ko'pincha ikki tomonlama buyrak ageneziyasi yoki aplaziyasi bilan birga uchraydi. Ikki tomonlama buyrak ageneziyasi va aplaziyasida bolalar yashamaydi. Anorxizmni o'zi uchraganda kam xollarda yevnuxioidizm, tashki jinsiy a'zolar rivojlanmasligi, prostata byezi va urug pufakchasi bo'lmasligi bilan uchraydi. Ikilamchi jinsiy byelgilar bo'lmaydi.

**Davosi.** Garmonal tyerapiya.

### **POLIORXIZM**

Bu tug'ma nuqson, ko'shimcha uchinchil moyak bo'lishi bilan harakterlanadi. Ko'pincha u kichik va gipoplaziyalangan yorg'okda asosiy moyakdan yuqorirok joylashadi. Kam xollarda ko'shimcha moyakning ektopiyasi -son terisida, byel soxasida, bo'yinda uchraydi.

**Davosi.** qo'shimcha moyakni operatsiya yo'li bilan olib tashlanadi, chunki u yemon sifatli o'smaga aylanishi mumkin.

### **Moyakning joylashish nuqsoni.**

Moyakning joylashish nuqsoni moyakning yorgokga tushish protsyessii buzilishi bilan bog'liqdir. Homilada moyak qorin parda ortida turib, qorinning orqa dyevorida joylashadi. Homiladorlshikning 6-oyiga kelib moyak Guntyeryev yo'li bo'ylab pastga to'sha boshlaydi. Chov kanalidan o'tib, ular yorgok tubiga to'shadi va shu yerda bola tugilish vaqtida fiksatsiya bo'ladi. Quyidagi sabablarga ko'ra:

a) moyak tomirlarining kalta bo'lishi

b) chov kanalini to'lik yetilmaganligi

v) chov kanali yo'lida biriktiruvchi to'kimali to'sik bo'lishi

g) shunday to'siklar yorg'okga kirish joyida bo'lishi sababli moyakni yorgokga tushishi to'xtaydi yoki o'zgaradi. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra tekshirish natijasida ma'lum bo'ldiki kriptorxizmga myezinximal to'kima diffyeryentsiatsiyasini ushlanib kolishi sabab bo'larkan. Moyak tomirlari kalta bo'lishi yoki chov kanalida to'sik bo'lishi tufayli moyak chov kanalining kirish qismida yoki uning bo'shlig'ida ushlanib qoladi. Bu xol xaqiqiy kriptorxizm dyeyiladi. Boshqa so'z bilan aytganda kriptorxizm -moyakni yorg'okga tushish yo'lida ushlanib kolishidir (ryetyentsiya). Agar moyak chov kanalida kirishda, qorin bo'shlig'ida kolib kyetsa, bu ryetyentsiya abdominal hisoblanadi. Chov kanalida ushlanib kolsa, ingvinal hisoblanadi. Agar

moyak yorg`okga tushish vaqtida yorg`okga kirish qismida to`sik bo`lsa, (biriktiruvchi to`kima) moyak yo`li va u bo`ylab moyak chov soxasida, son soxasida yoki oralik soxasida joylashadi. Shu soxalarda moyakning joylashishi-moyak ektopiyasi deyiladi. Boshqacha so`z bilan aytganda ektopiya bu-moyakning yorg`okga tushish yo`lidan adashishidir. Ektopiyaning shakllari ularning joylashishiga ko`ra:

- 1)chov
- 2)kov
- 3)son
- 4)oralik shakllari bo`ladi.

Kam xollarda kesishmali ektopiya turi uchraydi. Bunda moyak yorg`okning qarama-qarshi tomoniga tushib qoladi. Moyakning nuqsonli joylashishi Quyidagi asoratlar paydo bo`lishi uchun zamin yaratadi. a)spyermatogiyen funktsiyaning buzilishi, b)buralib kolish tufayli nyekroz bo`lishi, v)travmatik nyekroz bo`lishi, g)malignizatsiya. Spermatogen funktsiyaning buzilishi atrof to`qimada maxalliy tana harorati yuqori bo`lishidir (yorg`okdan 1,5-6° S gacha baland bo`lishi). Harorat baland bo`lishi moyakning paryenximasida sklyerotik o`zgarishlar kyeltirib chikarib, gyermativ epityeliyni diffyeryentsiatsiyasini tormozlaydi. Bu o`zgarishlar 10-11 yoshli o`smirlar uchun qaytmasdir. Chov kanalida turgan moyak buralib kolishi tufayli nyekroz yuzaga kyeladi. Kechiqib operatsiya qilish esa, moyakni olib tashlash bilan tugallanadi.

### **KRIPTORXIZM**

Yorgoqda birgina yoki ikala moyakning bo`lmasligi kriptorxizm deyiladi. Asosan moyaklar homiladorlikning 9-oyiga kyelib yorgokka to`shadi. Moyaklarning noto`liq to`sha boshlashi homiladorlikning birinchi xaftalaridan boshlanadi. Oxirgi ma'lumotlarga ko`ra kriptorxizm bilan tug`ilgan chaqaloqlarning 70 % da bir yoshgacha moyak yorgokka tushishi mumkin ekan. Ba'zi xollarda bola balogatga yetguncha moyak yorgokka tushishi mumkin. Kriptorxizmning uchrash nisbati. 10-20 %-chaqaloqlarda, 2-3 % bir yoshgacha bo`lgan bolalarda, 1% pubyertat yoshda va 0,2-0,3 % katta yoshli kishilarda uchraydi.

#### **Etiologiyasi va patogenezi.**

##### **1. Endokrin faktor.**

Homilador ayolda gormonal disbalans, moyaklarning, kalqonsimon bezning, gipofizning inkryetor funktsiyasining buzilishi moyaklarning yorgokka tushishiga tuskinlik qiladi (ayniqsa ikki tomonlama kriptorxizmda).

## 2. Myexaniq faktorlar.

Chov kanalining kaltaligi, yorgokda kirish qismida yo'l (tunnyel) bo'lmasligi, urug tizimchasining, vaginal o'simtaning, moyakni oziqlantiruvchi tomirlarning kaltaligi, boshlab boruvchi boglamning yetilmaganligi, chov kanalining ichki xalqasida pyeritonyeal burmalar bo'lishi.

## 3. Gyenyetik aspyektlar.

### **Tasnifi**

Kriptorxizm bir tomonlama yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin:

1. Kriptorxizm, ya'ni ryetyentsiya-xakkikiy kriptorxizm. a)qorin, b) chov, v) aralash bo'lishi mumkin.

2. Yolg'on kriptorxizm. (migratsiyalanuvchi moyak). Moyak sovukda, jismoniy zurikishdan keyin chov soxasiga yoki qorin bo'shlig'igacha kirib kyetishi mumkin. Issik to'tganda va mushaklar bo'shshganda moyaklar yana uz joyiga to'shadi.

### 3. Ortirilgan kriptorxizm.

Ko'pincha moyaklar jaroxat olgandan keyin yorgokka sigmay chov soxasiga yoki qorin bo'shlig'iga kyetadi. Qorin bo'shlig'iga kolib kyetgan moyak atrofiyaga uchrashi mumkin.

### **Klinikasi.**

Yorgokning assimyetriyasi, yetilmaganligi, yorgokda birgina yoki ikkala moyakning bo'lmasligi. Qorin soxasida yoki chov soxasida og'riq bo'lishi. Agar moyak qorin bo'shlig'ida kolgan bo'lsa, og'riq bola jinsiy yetilish vaqtida bo'ladi. Og'riq jismoniy zurikishda, jinsiy kuzgalishda, ich kotganda kuchayadi. Umumiy kuzdan kyechirish bola gorizontal holda yotganda, bola tik turganda va qorinni taranglashtirganda o'tkaziladi. Bola kuchanganda chov soxasidan churra xaltasi bilan birga moyak ham tushishi mumkin. Agarda moyakni chov soxasidan paypaslab topib bo'lmasa, moyakni ektopiya uchrashi mumkin bo'lgan joydan axtarish kerak. Agarda moyakni shu soxalardan topilmasagina qorin ryetyentsiyasiga shubxa qilish mumkin.

**Diagnostikasi.** Kriptorxizm va ektopiyani aniqlash umumiy ko'rik va paypaslash orqali amalga oshiriladi. Ektopiyada moyak elastik bo'lib, og'riqsiz bo'ladi va tyeri osti klyetchatkasida paypaslanadi. Uning harakati chyegaralangan bo'ladi. Kyesishmali distopiyada bitta yorgokda ikkita moyak bo'ladi.

### **Tekshirish usullari.**

1. MRT, UZI, Moyaklarni stsintigrafiyasi-bular faqatgina moyalarni joylashgan joyinigina emas, balki uning o'lchamini, funktsional holatini aniqlab byeradi.

2. Angiografiya-moyak artyeriyasini topish uchun aortaga dori modda yuborilib yoki supyersyelyektiv usulda ichki moyak venasini punktsiya qilinadi ryentgyen ostida tyekshiriladi.

3. Shubxali xollarda chov soxasini opyerativ ryeviziya qilinadi.

Kriptorxizmda moyakni yo paypaslab bo'lmaydi (abdominal ryetyentsiyada) yoki uni chov kanalida paypaslanadi. Tekshirishni bola gorizontal yotgan holda o'tkaziladi. Vrach pastdan bir ko'li bilan yorgokni ushlaydi. Ikkinchi ko'li barmoqlarini kaft qismi bilan chov kanali bo'ylab pastga qarab yuritadi. Chov ryetyentsiyasida moyak harakatchan ammo pastga ya'ni yorgokga tushmaydi. Xaqiqiy chov kriptorxizmini Yolg'on kriptorxizmdan farq qilish, bunda yuqori kremaster reflyeksi bo'ladi va moyak yorgokga tushishi mumkin.

Ikki tomonlama chin kriptorxizmda ba'zi xollarda jinsiy infantilizm va garmonal disfunktsiya yuzaga kyeladi. Shunday qilib kriptorxizmda qorin pardaning vaginal o'simtasi doimo oblityeratsiyaga uchramagan bo'ladi. 1G`4 bolalarda chov churrasi bilan birga uchraydi.

### **Davosi.**

Konservativ davo.

1. Tokoferol atsetat moyak to'qimalarini gistobioximik protsessini boshqaradi.

2. Mye'yori. Emizikli ayollarga 200-300mgg`so`t, 1 oydan katta bolalarga 5-10mgg`so`t 1,5-2 oy davomida byerish kerak. 2. Vitaminlar A, V, S va R guruh.

3. Xorion gonadotropin (moyakning intyerstitsial xujayralarini stimulyatsiya maqsadida). 250, 500 yoki 1000 YeD yoshiga mos ravishda xaftasiga 1-3 marta umumiy 16-18 marta.

4. Tyestostyeron 10 mg kun ora mg`o agarda gipogonadizmning klinik byelgilari yaqqol bo'lsa (15-20ta inyektsiya). Opyerativ davo. 10% xollarda moyak bolalarda jinsiy rivojlanish vaqtida yorgokga tushishini xisobga olgan holda, uni operatsiya yo'li bilan yorgokga tushirishga shoshmaslik kerak. Ba'zi asoratlarni xisobga olgan holda operatsiyani erta boshlash mumkin. Bolalarda operatsiyani 4-6 yoshda o'tkazish maqsadga muvofikdir. Ektopiyada moyak atrof to'kimalardan tozalanib yorgokga tushiriladi va tunika dartosga fiksatsiya qilinadi. (Hyo'llyer operatsiyasi).



Kriptorxizmda agarda qon tomirlar kalta bo'lsa, moyakni fiksatsiya qilib bo'lmaydi. Kriptorxizmda kyeng tarqalgan operatsiya turi

Toraka-Gyertsyen operatsiyasi, u ikki etapda o'tkaziladi. Chov burmasi soxasidan tyeri kyesmasi o'tkaziladi. Chov kanali ochiladi. Moyak kobigi bilan ajratiladi. Urug tizimchasi maksimal yuqoriga mobilizatsiya qilinadi. Embrional tortmalar bo'shashtiriladi. Kremaster mo'shagi kyesiladi. Vagingal o'simta ajratiladi. Bo'yinchasidan boglanib, kyesib tashlanadi. Ikki barmoq bilan yorgokga yo'l yasaladi, yorgok tubi kyesiladi. Moyak yorgokga tushirilib sonni ichki yuzasi terisi kesilib, shu yerga fiksatsiya qilinadi. Yorgok-son anastomozi xosil qilinadi. Yorgok va son tyerilari tiqiladi. Keyin chov kanalini Martinov usulida plastika

qilinadi. Doimo moyakni traktsiyasi artyeriya venalari uzayishiga olib kyeladi. 2-3 oy o'tgandan keyin 2- etap operatsiyasi boshlanadi. Yorgok-son anostomozi kyesiladi. Ikki tomonlama kriptorxizmda ikkinchi moyak operatsiyani ikkinchi etapida pastga yorgokga tushiriladi. Chunki bu vaqtgacha garmonal o'zgarishlar tufayli moyakni o'zi ham yorgokga tushishi mumkin.

Oqibati. Ektopiyada oqibati yaxshi bo'lishi mumkin. Kriptorxizmda esa moyakning yetilmaganlik darajasiga bog'liq. Oxirgi ma'lumotlarga ko'ra operatsiya kilinmagan 1 tomonlama kriptorxizmda spyerma 20% xollarda hayotchan bo'larkan. Operatsiyadan keyin esa 80% xollarda hayot bo'larkan. Ikki tomonlama kriptorxizmda esa bu ko'rsatkich 10 va 40% ga tyeng.

## **VARIKOSELE**

Varikosele - moyak va moyak ortigi venalarini varikoz kengayishi bo'lib, asosan 9-10 yoshdan katta o'gil bolalarda

kuzatilib, 15%-gacha uchraydi. Ideopatik va simptomatik varikoseyelar farqlanadi. Ikkilamchi varikoseye rivojlanishiga qorin orti soxasidagi bironta xosila bilan moyak venasi bosilishi sabab bo'ladi. Birlamchi varikoseye chap tamonlama bo'lib, murakkab gyenyeziga ega. Ma'lumki moyakdan qon moyak, kremaster va urug tizimcha venalar orqali kyetadi. Bulardan oxirgi ikkitasi yonbosh venasi sistyemasiga qo'yiladi. o'ng moyak venasi pastki kovak venaga, chap moyak venasi venasi esa buyrak venasiga qo'yiladi. Chap buyrak venasi pastki kovak venaga kushilayatganda aorta myezyentyerial pintsyetdan o'tadi. Shu yerda u kisilishi mumkin, bu bosim oshishiga sabab bo'lib, moyak

venasida qon oqishini qiyinlashtiradi. Ba'zan buyrak venasi anomal joylashgan moyak artyeriyasi bilan bosilishi mumkin.



Rasm 39

Klinika va diagnostikasi. Kamdan kam holatlarda yosh bolalarda varikoseye kuzatiladi. Bunday bolalarda moyakda qon aylanishi buzilishiga sabab faktor aniqlanadi. Ba'zan varikoz ikki tamonlama bo'ladi. o'ng tamonlama vrikotsyelye moyak venasi buyrak venasiga anomal kushilishi bilan bog'liq. Ikki tamonlama varikoseye moyaklar o'rtasida anastamoz oqibatidir, chap tamonlama varikotsyellye davolangach odatda o'ng taraftadagisi ham yo'qoladi.

Varikotsele bo'lgan bolalar odatda xech narsaga shikoyat qilmaydi. Kasallik profilaktik ko'riklar paytida aniqlanadi. Faqatgina kata yoshli bolalarda og'irlik xisi va og'riq syezilishi mumkin.

Klinik jixatdan varikoseye 3 darajaga bo'linadi.

I - kengaygan venalar vyertikal holatda kuchanganda paypaslanib aniqlanadi.

II - kengaygan va buralgan venalar yorgok orqali ko'rinib turadi, gorizontal holatda kichrayadi.

III - moyak kichiklashgani va hamirsimonligi aniqlanadi.

Gorizontal holatda varikosele kichraymasa, qorin orti soxasidan xajimli xosila izlanishi zarur.

Davolash. Ideopatik varikoseeda operatsiya qilinadi, bunda moyak venasi boglanadi yoki angiografik tekshirishda uni tromblash qilinadi. Rasm 39. Bu qaytgan qonning moyakka kelishini to'tatadi va varikoz venalar kichrayadi. Noananaviy, aktiv, adyekvat maqsad va vazifalarga asoslangan metodika orqali ukitib umum amaliyot vrachini kerakli bilim va ko'nikmalar bilan kurorlantirib, uning Bemor va ota-onasi bilan ratsional taktikada ishlash, tibbiy va ijtimoiy muammolarni yechishga o'rgatish mumkin.

## SIYDIK QOPI PUNKTSIYASI

Ko`rsatma:

- o`tkir siydik to`tilishida kateter bilan siydik qopiga tusholmagan qolatda (chaqaloqlardagi uretraning tuqma nuqsonlari, uretra jaroqatlari).

Tayyorlash:

1. Bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya qaqida tushincha byering;

2. Perkussiya yo`li bilan siydik qopini to`lganligini aniqlash.

Zarur shart-sharoitlar, instrumyentlar va myedikamyentlar:

1. Boqlamlar qonasi;

2. Shprits bir martalik 2,0;

3. Meditsina spirti 76%;

4. Yodning spirtli 2% eritmasi;

5. Punktsion igna;

6. Pintsyet;

7. Steril sharik va salfetakalar;

8. Yopishqoq plastir;

9. Lotok.

Bajarish texnikasi (aseptika qoidalariga rioya qilgan qolda):

1. Bemor yotgan qolatda;

2. qov usti soqasini yod va spirt bilan artiladi;

3. o`rta chiziq bo`yicha simfizdan 0,5 - 1 sm yuqorida punktsiya nuqtasi topiladi;

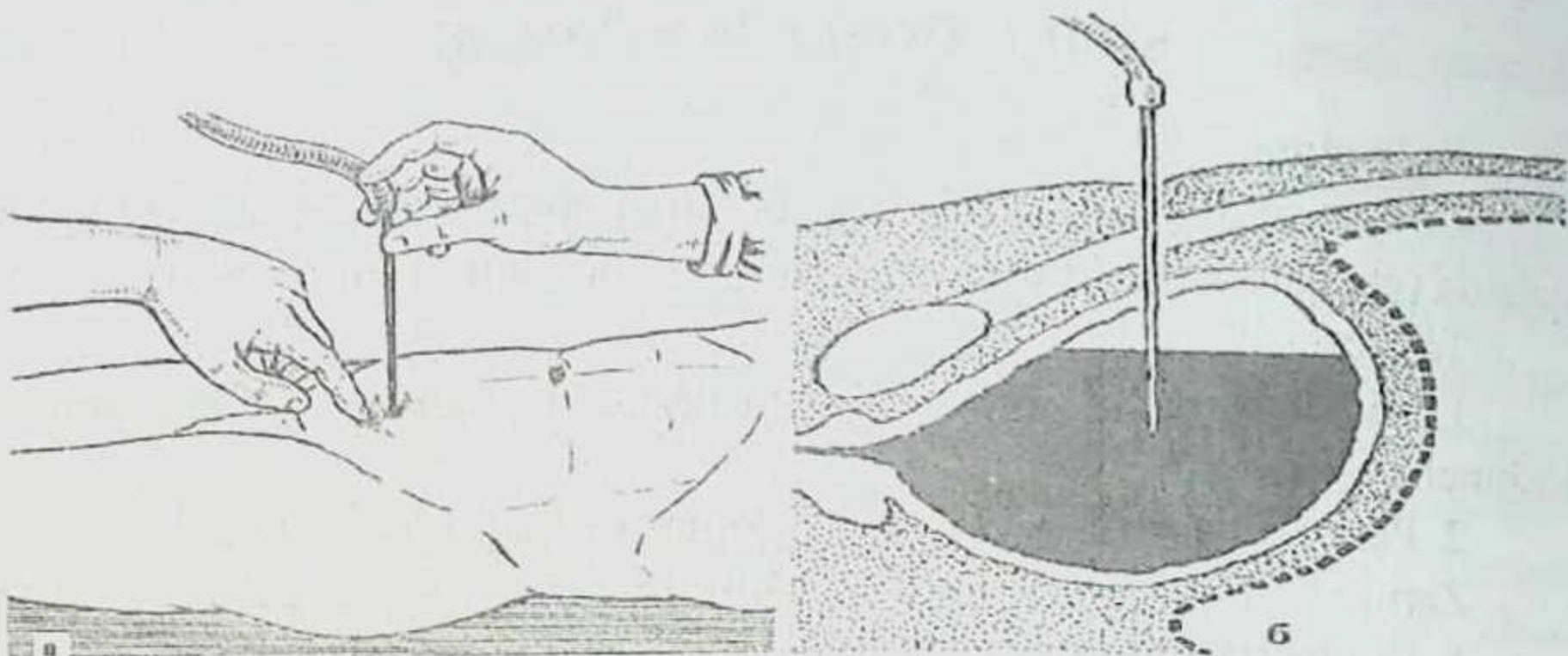
4. Ignani yuzaga pyerpyendikulyar qolatda to`tib tushib kyetish xususiyatini syezgangacha sanchiladi;

5. Oqib chiqayotgan siydikga lotok qo`yiladi;

6. Siydik kamayib tomchilab qolganda qov ustiga qo`l bilan bosiladi (shunda siydik qopi to`liq bo`shaydi);

7. Ignaning uchi gyermyetik yopilgan qolda suqurib olinadi;

8. Igna o`rni yod bilan ishlov byeriladi va yopishqoq plastir qo`yiladi.



a) igna sanchish texnikasi; b) punktsiya sxemasi.

## SIYDIK QOPINI YUMSHOQ KATETER BILAN KATETERLASH

Ko'rsatma:

1. o'tkir siydik to'tilishi;
2. Uretraning o'tuvchanligini aniqlash;
3. Siydikni analiz uchun olish zaruriyati bo'lganda;
4. Siydik qopini yuvish uchun;
5. Siydik qopiga dori-vositalar yuborish uchun.

Tayyorlash:

- Bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya qaqida tushincha byering.

Zarur shart-sharoitlar, instrumyentlar va myedikamyentlar:

1. Boqlamlar qonasi;
2. Kerakli diamyetrli yumshoq Steril siydik kateterlari (bolalar uchun ko'pincha 10-14 nomyerli kateterlar qo'llaniladi);
3. 1:5000 furatsillin eritmasi;
4. Lotok;
5. Steril sharik va salfetskalar;
6. Vazelin yoqi;
7. Pintsyet.

Bajarish tyexnikasi (aseptika qoidalariga rioya qilgan qolda):

1. Bemor orqaga yotgan qolatda, boshi qismat ko'tarilgan, oyoqlari chanoq-son va tizza bo'qimlari qisman buqilib va ochilib sirtga qayirilgan qolda;
2. Bemordan chap tomonda o'nga orqa bilan turish;

3. Uretra tashqi tyeshigi atrofi furatsillin eritmasi bilan yuviladi;
4. Kateter o'tkazuvchanligi furatsillin eritmasi bilan tyekshirib ko'riladi;
5. Kateter uchiga vazyelin yog'i surtiladi;
6. Sonlar orasiga lotok qo'yiladi;
7. Olat boshchasi chap qo'l bilan ushlanadi;
8. Pintsyet yordamida siydik chiqqanicha kateter syekinlik bilan yuboriladi;
9. Oqib chiqayotgan siydikga lotok qo'yiladi;
10. Siydik qopi bo'shagandan so'ng kateter olinadi.

### **SIYDIK QOPINI METALL KATETER BILAN KATETERLASH**

Ko'rsatma:

1. o'tkir siydik to'tilishi;
2. Yumshoq kateterni qo'yish imkoniyati bo'lmaganda;
3. Uretraning o'tuvchanligini aniqlash;
4. Siydikni analiz uchun olish zaruriyati bo'lganda;
5. Siydik qopini yuvish uchun;
6. Siydik qopiga dori-vositalar yuborish uchun.

Tayyorlash:

-Bemorning ota-onasiga bajariladigan manipulyatsiya qaqida tushincha byering;

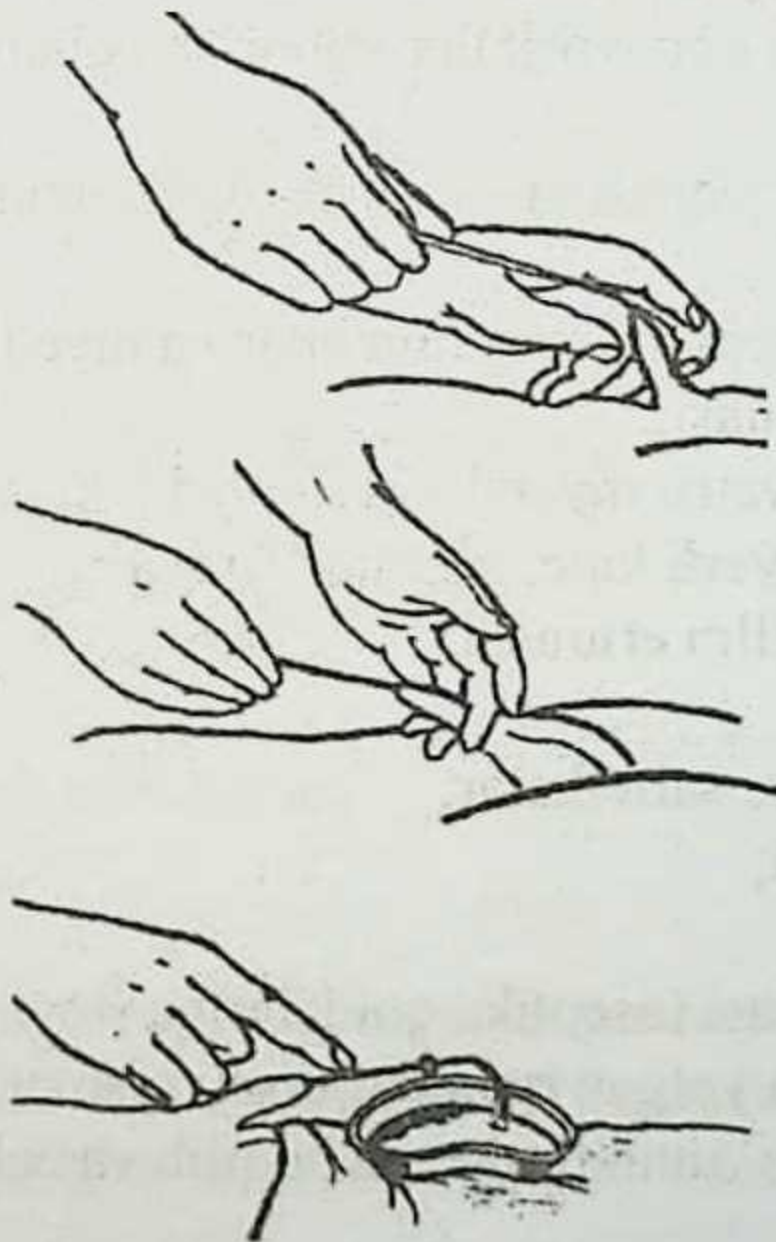
Zarur shart-sharoitlar, instrumyentlar va myedikamyentlar:

1. Boqlamlar qonasi;
2. Kerakli diamyetrli myetall Steril siydik kateterlari (bolalar uchun ko'pincha 10-14 nomyerli kateterlar qo'llaniladi);
3. 1:5000 furatsillin eritmasi;
4. Lotok;
5. Steril sharik va salfetskalar;
6. Vazyelin yoqi;
7. Pintsyet.

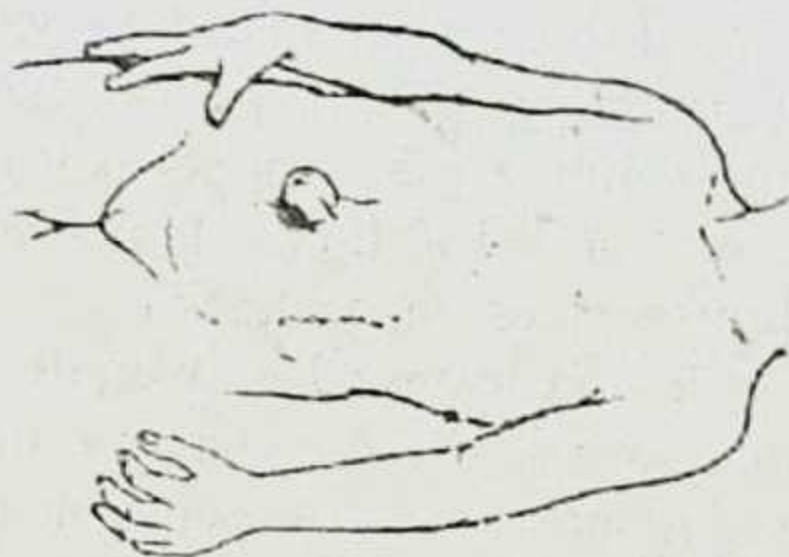
Bajarish tyexnikasi (aseptika qoidalariga rioya qilgan qolda):

1. Bemor orqaga yotgan qolatda, boshi qismat ko'tarilgan, oyoqlari chanoq-son va tizza bo'qimlari qisman buqilib va ochilib sirtga qayirilgan qolda;
2. Bemordan chap tomonda o'nga orqa bilan turish;

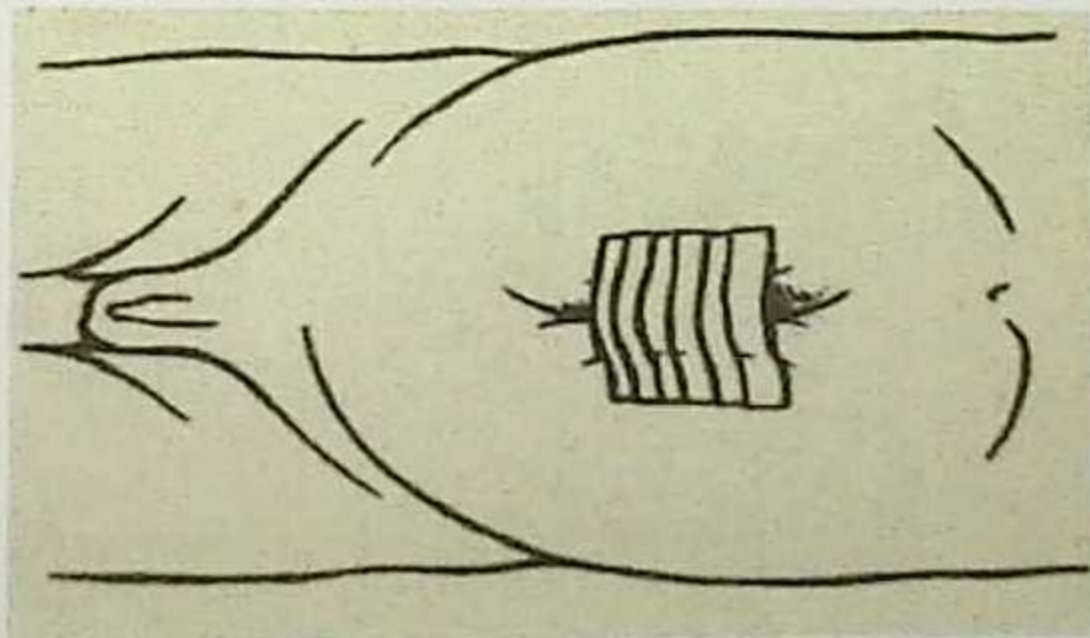
3. Uretra tashqi tyeshigi atrofi furatsillin eritmasi bilan yuviladi;
4. Kateter o`tkazuvchanligi furatsillin eritmasi bilan tyekshirib ko`riladi;
5. Kateter uchiga vazyelin yog`i surtiladi;
6. Sonlar orasiga lotok qo`yiladi;
7. Kateterni o`ng qo`lga olish;
8. Kateterni pupart boqlamiga parallyel ushlab tumshuqini uretra tashqi tyeshigiga kiritiladi, olat boshchasini kateterga qarab yo`naltiriladi kateter tumshuqi simfizga yetib kyelganicha (kateter zo`rlamasdan kiritiladi!);
9. Chap qo`l bilan kateterning tumshuqi aniqlanib qov suyaklarining burchagiga yuboriladi;
10. Pintsyet yordamida siydik chiqqanicha kateter syekinlik bilan yuboriladi;
11. o`ng qo`l bilan kateterni sagital yo`nalishda 1800 pastga olib borib siydik qopiga tushiladi;
12. Oqib chiqayotgan siydikga lotok qo`yiladi;
13. Siydik qopi bo`shagandan so`ng kateter 11 dan 8 punktlarda ko`rsatilgan manipulyatsiyalarni amalga oshirish bilan olinadi.



## KINDIK CHURRASINI KONSERVATIV DAVOLASH



- kindik churrasini konservativ davolash moxiyatini ota-anasiga tushuntirish;
- churrani chiqishiga moylik tugdirgan sababni bartaraf etish;
- umumiy davolash tavsiyalarini byerish (raxit, gipotrofiya va boshqalar);
- bolani yurgaklash;
- bolani 2-3 dakika davomida qoringa yotqizish (bu holat qorin pryisini chinikishiga va kindik churra xalqasini kichrayishiga sabab bo'ladi.);
- soat stryelkasi bo'ylab, to'g'ri mushaklar soxasida syekinlik bilan qorinning oldingi dyevoriga yengil massaj o'tkaziladi;
- yopishib turuvchi plastirli boglam qo'yish;
- churrani kindikning ikki tomonidan kiritiladi;
- tyerini burma xosil qilib yigadi;
- shunday holatda yopishib turuvchi plastr bilan fiksatsiya qilinadi;
- plastr 7-10 kunda bir marta almashtiriladi;
- parallyel ravishda davo gimnastikasi olib boriladi;
- bolani har kuni chumiltiriladi.



## KLASTER

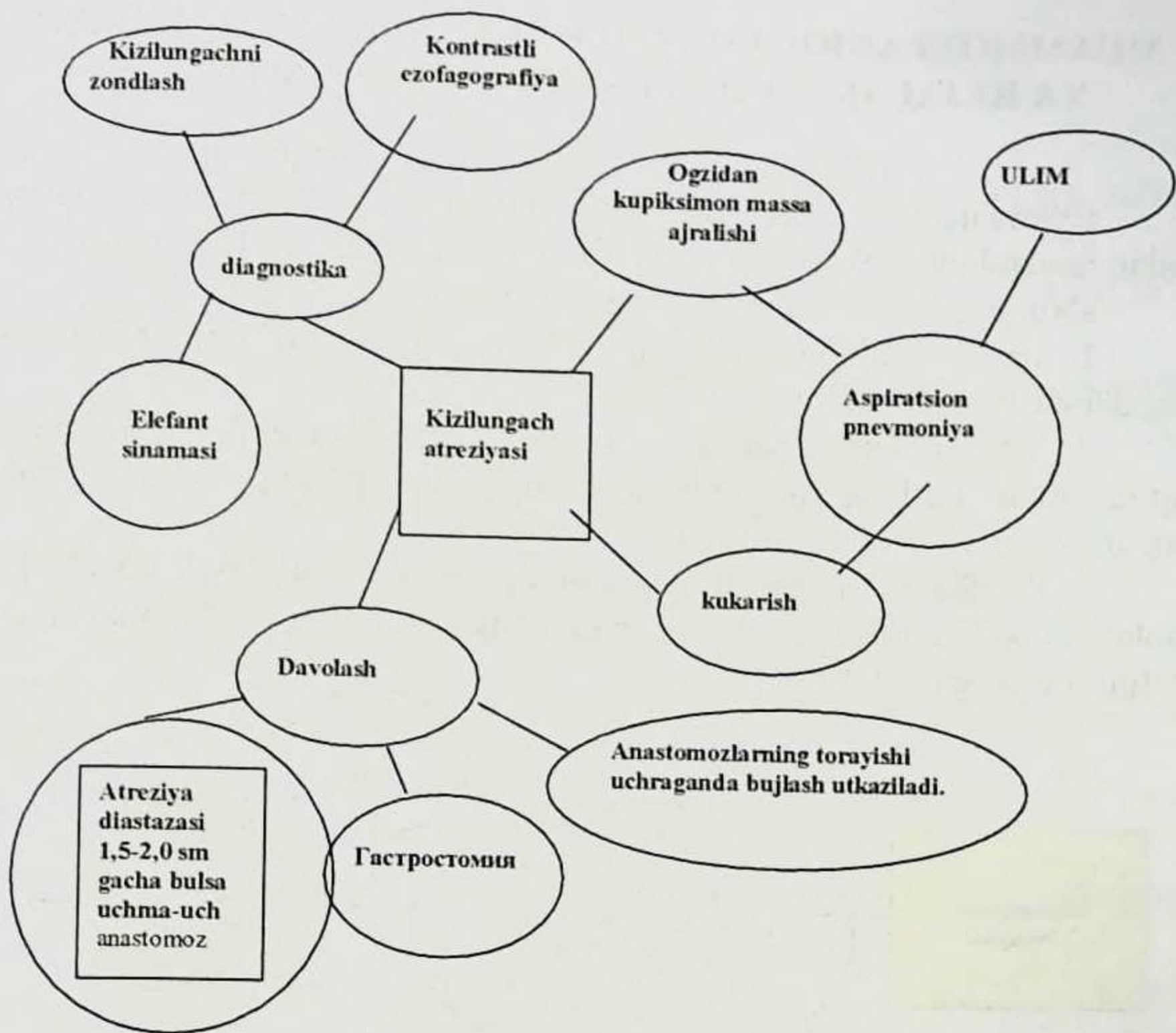
(Klastyer - to'tam, bog'lam, g'uncha)Ma'lumot haritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstito'tsiyasini fokuslash va anig'lash uchun g'andaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochig' o'ylash va shaxsiy fikrlarni byemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assotsiatsiya tag'dim etishga erkin va ochig' kirib borishga yordam byeradi.

Kalit so'zlar bilan assotsiatsiya bo'yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi - ushbu mavzu bilan alog'ador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chizig' bilan "bosh" so'zga bog'laniladi. Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" g'am bo'lishi mumkin va boshg'alar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki qoya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klastyerni tuzish g'oidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta qog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Muloxazalar uchun klastyerlar almashtiriladi.





# MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI

(Patogenezni tushuntirish uchun maqbul.)

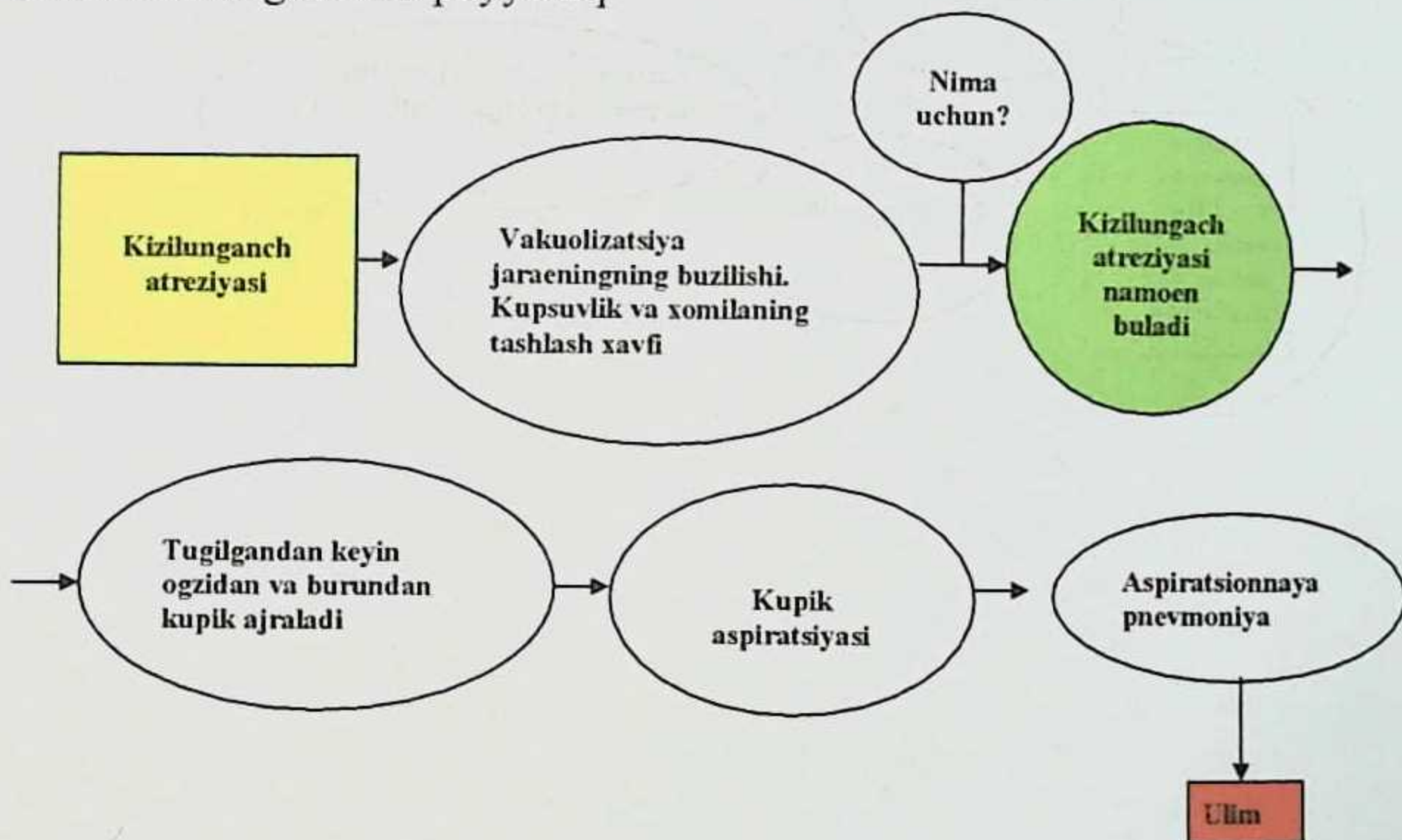
«Nima uchunq» sxemasi «Nima uchunq» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi. Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

«Nima uchunq» sxemasini tuzish qoidalari.

1. qanday piktogrammadan: aylana yoki to'qri turtburchakdan foydalanishingizni izingiz xal etasiz.

2. Muloxazalar sxema - zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) izingiz tanlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yo'nalishingizni byelgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha. Qiziilo'ngach atreziyasi kasalligidagi nima uchun o'lim o'ursatgichi ko'payyadiq



**«Qanday?» diagrammasini qurish qoidalari:**  
(Aktiv talabalar uchun maqsadli).

1. Ko'p xollarda sizga muammolarni xal etishda «Nima qilish kerakq» xaqida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerakq» qabilida bo'ladi. «qanday?» - muammoni qal etishda asosiy savol qisoblanadi.

«qanday?» ierarxiya diagrammasi muammo xaqida Butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imkon byeradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda qanday?» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imkoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham urgasiz.

Diagramma stratyegik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ruyxatiga mos kyeladi.

2. Uylamay, baholamay va ularni uzaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

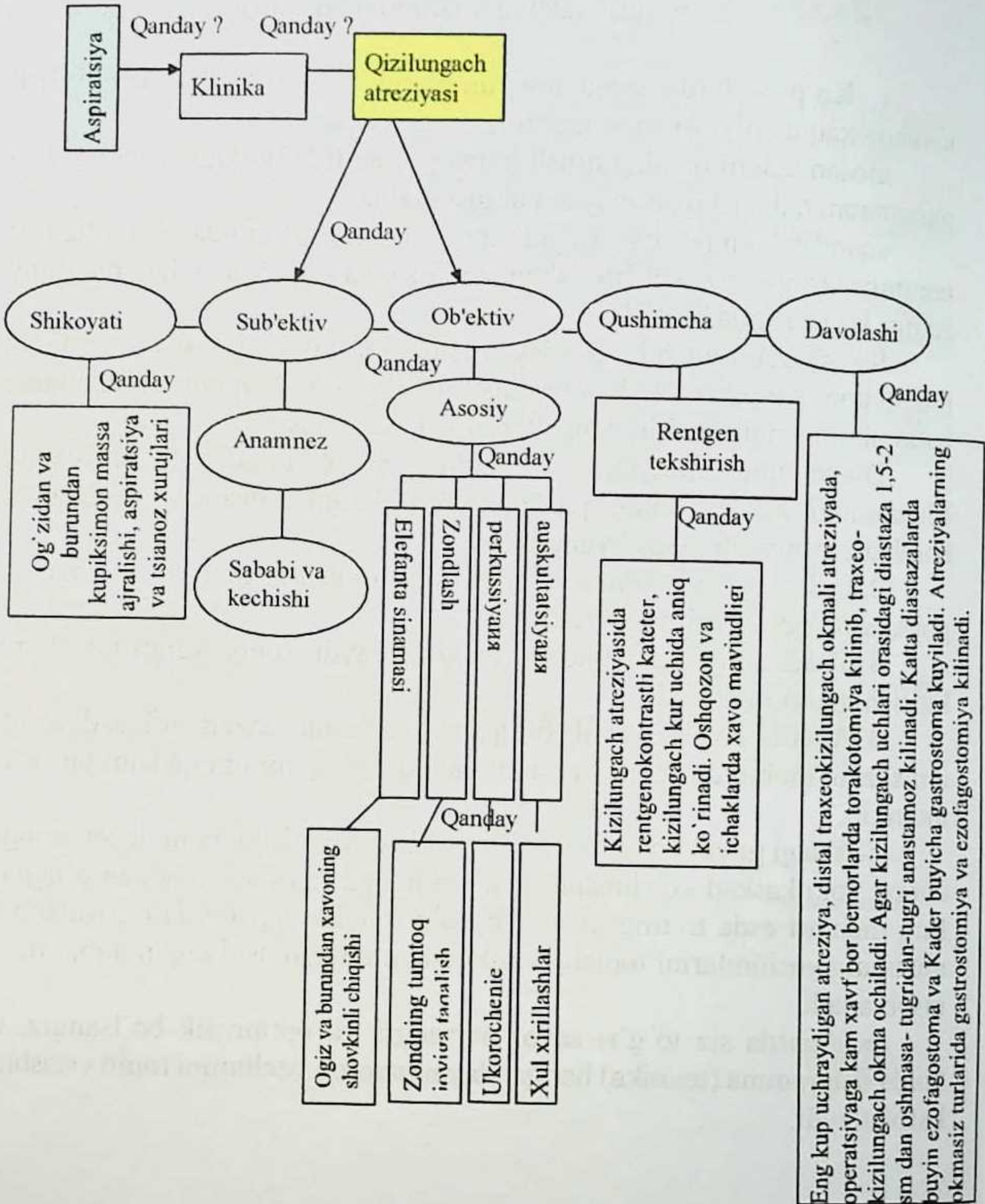
3. Diagramma xech qachon tugallanmaydi: o'nga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, dyemak u nisbatan muhimdir. U muammoni xal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni uzingiz xal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda to'ting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo yechimlarini topishga imkon byeradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

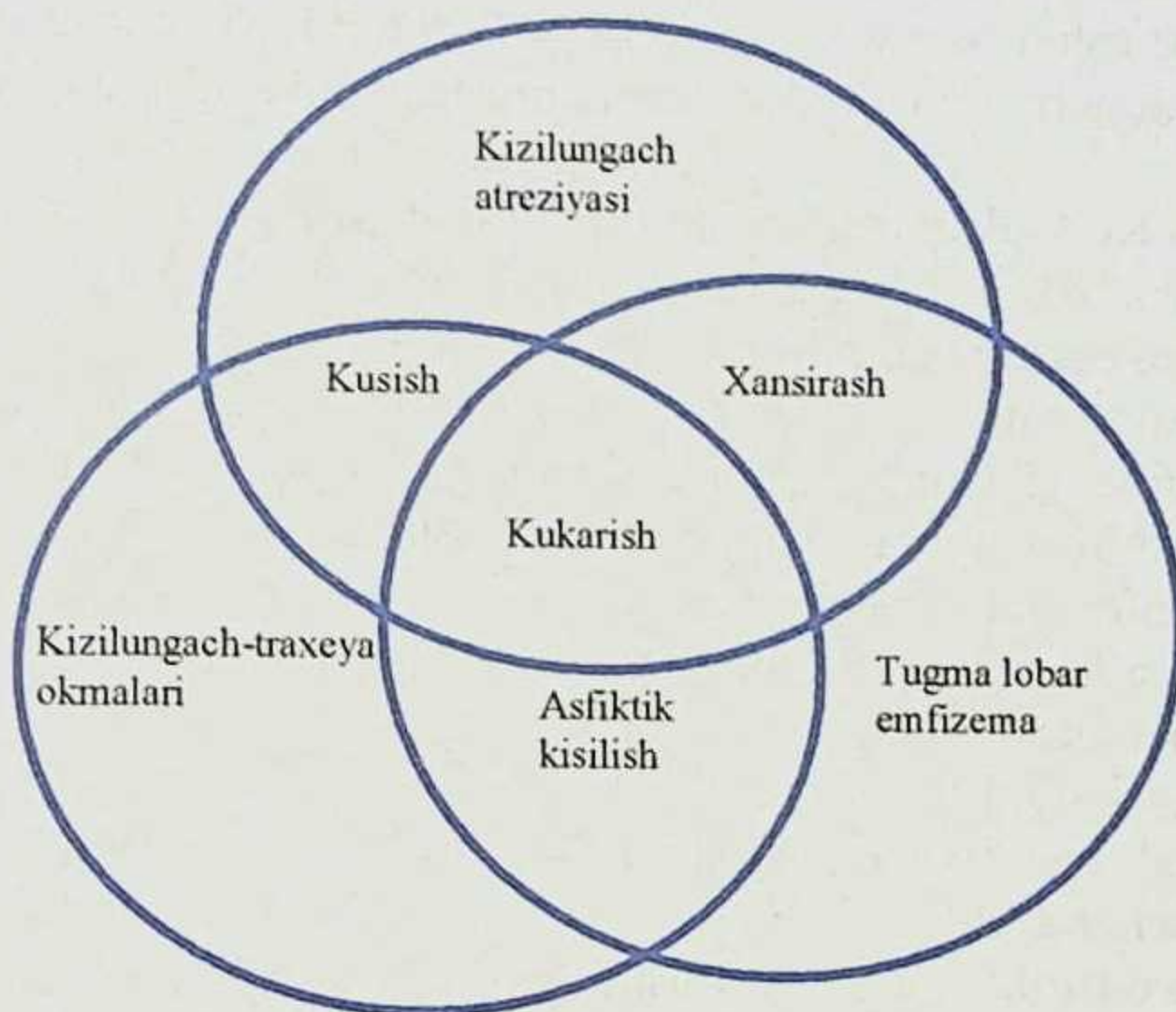
6. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo yechimini topib yerishni kafolatlaydi.

## «Qanday?» DIAGRAMMASI



### Venn diagrammasi yechimi :

Mazkur holatda uchalasiga o'xshashlik -qusish;  
2- tasiga o'xshashlik: xansirash yoki ko'karish ...va xakozo.



### «UCH POG'ONALI SUXBAT» USULIDA

„Uch pog'onali suxbat“ uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'yicha ishlash uchun 3 kishilik guruhlar tuzish, bir-biriga ishonchni o'rnatish, ochiq muxomaga tusqnlk bo'layotgan psixologik bosimni yengish, vaqtini byelgilash shart.

Har bir guruhda „vrach“, „Bemor“, „ekspert-VOP“ rollari taksimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yeki talaba „ekspert-VOP“ roliga bo'lishi mumkin. „Bemorga“ xirurgik kasallik nomi aytiladi va talaba og'zaki yoki yozma ravishda malumot byerishi kerak. „Vrach“ berilgan malumotlarga qarab to'g'ri diagnoz qo'yishi kerak, „ekspert-VOP“ - ishning to'g'riligini baholaydi. Guruh ishtirokchilarini ishini baholanishi uch bo'limda yeziladi:

1. Nima to'g'ri kilindi;
2. Nima noto'g'ri kilindi;
3. Qanday qilish kerak edi.

Xamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida har bir guruh uz qonsultatsiyasini ekspert xulosasi bilan namaysh etadi. Boshqa variant - talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va Bemor xakqoniy qonsultatsiyasida Butun guruh va pedagog muqonama qiladilar.

Ushbu uslub o`quv jarayonini tezlashtiradi. Uning muhimligi ushgan va yangi o`quv informatsiyasini mustaxkamlashdan iborat.

### Test savollar.

1. Bolalarda Ko`krak qafasi bosimi oshish sindromi:
  - A. o`pka baktyerial dyestruktsiyasi;
  - B. bronxoektatik kasalligi;
  - V. mediastinit;
  - G. diafragmal churrani asfiksik ksilishi ;
  - D. qizilo`ngach ximik va tyermik qo'yishi;
  - Ye. qizilo`ngach yot jismlari.
2. Bolalarda o`tkir qorin sindromi:
  - A. o`tkir appenditsit;
  - B. Kron kasalligi;
  - V. yarali-nyekrotik entyerokolit;
  - G. pyeritonit.
3. Bolalarda orttirilgan ichak to`tilishi :
  - A. obturatsion ichak to`tilishi;
  - B. strangulyatsion ichak to`tilishi;
  - V. ichak invaginatsiyasi;
  - G. spastik ichak to`tilishi;
  - D. paralitik ichak to`tilishi.
4. Bolalarda oshqozon-ichak qon kyetishi:
  - A. portal gipyertyenziya;
  - B. Mellori-Vyeys sindromi;
  - V. oshqozon va 12-barmoqli ichakni yara kasalligi;
  - G. Pyeytts-Yegyers sindromi;
  - D. Mekkyel divyertikuli;
  - Ye. oilaviy polipoz.
5. Qorin bo`shlig'i va qorin parda orti bo`shlig'i a'zolari jaroxati:
  - A. talok jaroxati;
  - B. jigar jaroxati;
  - V. qorin bo`shlig'i bo'shliq a'zolar jaroxati;
  - G. buyrak jaroxati.
6. Bolalarda xirurgik infektsiya:

- A. chaqaloqlar nyekrotik flyegmonasi;
- B. psyevdofurunkulyez;
- V. chaqaloqlar mastiti;
- G. omfalit;
- D. osteomielit (o`tkir va surunkali);
- Ye. sepsis;
- J. yumshoq to`qimalar yiringli kasalliklari (furunkul, karbunkul, gidradenit, limfadyenit, paraproktit).

**O'Z-O'ZINI sinash uchun testlar:**

- 1) Bolalar chov churralarini vujudga kyeltiruvchi sabablar
  - a) tashki chov tyeshigining kengayishi
  - b) oldingi qorin dyevorini rivojlanmasligi
  - v) qorin parda kin o`simtasining byekilmaganligi
  - g) fizik (jismoniy) zurikish
  - d) nyerv sistyemasining moyilligi
- 2) Bolalarda chov churralari qaysi yoshdan boshlab operatsiya qilinadi?
  - a) chaqaloqlik davridan
  - b) 6 oylikdan
  - v) 1 yeshdan keyin
  - g) 3 yeshdan keyin
  - d) 5 yeshdan so`ng
- 3) Bolalarda chov churrasi operatsiyasidan maqsad nima?
  - a) chov kanalini mustaxkamlash
  - b) oldingi qorin dyevorini mustaxkamlash
  - v) chov kanali tashki xalqasini toraytirish
  - g) chov xaltasi (qorin parda kin o`simtasini) olib tashlash
  - d) chov xaltasini qorin bo`shlig`iga to`g`rilash
- 4) Varikoselli nima?
  - a) urug yo`lidagi venalarning varikoz kengayishi
  - b) moyakvenalarining kengayishi
  - v) tuxum xaltasining venalarining kengayishi
  - g) tuxum xaltasining qizarishi va shish paydo bo`lishi
  - d) urug yo`li venalarining torayishi
- 5) Girshpro`ng kasalligining sababi:
  - a) yo`g`on ichak mushak kavatining tug`ma rivojlanmasligi
  - b) yo`g`on ichak shilliq kavatida burmalarning borligi
  - v) uzun sigmasimon ichakning bukulishi
  - g) yo`g`on ichakning tug`ma atoniyasi

- d) yo'g'on ichak malum kimsida intramural nyerv apparatning gistosrukturasining tug'ma o'zgarishi
- 6) Quyidagilardan qaysi birida Girshpuro'ng kasalligining etiologik zvyenosi joylashadi?
- oshqozonning pilorik qismi
  - 12- barmoqli ichak
  - ingichka ichak
  - yenbosh ichak
  - yo'g'on ichakning pastki qismi
- 7) Girshpro'ng kasalligining asosiy ryentgyenodiagnostik usuli:
- ekskryetyer urografiya
  - irrogografiya (qontrastli)
  - qorinni obzor tasviri
  - ryetroznyevmopyeritonium
  - kolonosqopiya
- 8) Vangyenstyen usulida tekshirish qaysi kasallikda o'tkaziladi?
- Girshpro'ng kasalligi
  - tug'ma ichak va anal tyeshigi atreziyasi
  - oqmali atreziyalarda
  - anal tyeshigi ektopiyasida
  - ryetrovyezikal oqmali atreziyada
- 9) Girshpro'ng kasalligining ryentgyenologik ko'rinishi
- qontrast moddaning o'tmasligi
  - ichak dyevorining bir xilda kengayishi
  - ichak dyevorining bir xilda torayishi
  - ichak toraygan qismini sog'lom qismiga "voronka" shaklida o'tishi
  - qontrast moddaning yo'g'on ichakda bo'lmasligi
- 10) To'g'ri ichak atreziyasida Vangyenstyen usulida ryentgyen qilish Qachon o'tkaziladi?
- tug'ilgandan 2-soat keyin
  - tug'ilgandan 2-4 soat keyin
  - tuiglgandan 4-6 soat keyin
  - tug'ilgandan 18-24 soat keyin
  - tug'ilgandan 15-16 soat keyin
- 11) Tug'ilgan chaqaloqda Girshpro'ng kasalligining o'tkir formasida nima qilish kerak?
- laparatomiya qilib oralikka ichakni tushurib tyekish



- b) o'ng yembosh tomonga kolostoma qo'yish
  - v) Folye kateterini o'rnatish
  - g) ichakni buj yerdamida kengaytirish
  - d) konservativ davolash
- 12) Bolalarda chov va chov-yerchok churralarining sababini ko'rsating?
- a) chov kanalining oldingi xolkasimon kengayishi
  - b) oldingi qorin dyevorining rivojlanmasligi
  - v) qorin parda vaginal o'simtasini bitmasligi
  - g) og'ir fizik zurikish
  - d) chov kanali yallig'lanishi
- 13) Qaysi simptom chov churasining byelgisi emas?
- a) chov soxasida shishning paydo bo'lishi
  - b) chov kanali tashki xalqasining kengayishi
  - v) "yo'tal zarbasi" simptomining musbatligi
  - g) qorin bo'shlig'iga shishni to'g'rilaganda guldirish
  - d) diafanosqopiya simptomining musbatligi
- 14) Chov churrasi operatsiyasidan maqsad:
- a) chov kanalini mustaxkamlash
  - b) oldingi qorin dyevorini mustaxkamlash
  - v) chov xaltasini olib tashlash
  - g) chov tashki tyeshigini toraytirish
  - d) urug' tizimchasini ajratish
- 15) Chov churralarini asoratlarini ko'rsating?
- a) kisilish, ichak to'tilishi, ichak nyekrozi
  - b) ichak to'tilishi, kisilish, yorg'okning shishi simptomi
  - v) qisilish, ichak to'tilishi, pnyevmoniya
  - g) ichak nyekrozi, ichak to'tilishi, yorg'okning shish sindromi
  - d) Girshpro'ng kasalligi, yorg'okning shish sindromi
- 16) Urug' tizimchasi va moyak istisqosi klinik byelgilari:
- a) urug' tizimchasi va yorg'okda shish, og'riqsiz, elastik qonsistyentsiyali pastki qismida moyak bo'ladi, diafanosqopiya musbat
  - b) urug' tizimchasi va yorg'okda shish, biroz og'riqli, elastik, moyak ushlanmaydi
  - v) urug' tizimchasi va yorg'okning bir qismida qizarish shish, og'riqli
  - g) tana haroratining ko'tarilishi, urug' tizimchasi va yorg'okda shish diafanosqopiya musbat

d) qusish, tana haroratining ko'tarilishi, urug tizimchasi va yorg'okning bir qismida og'riqsiz, elastik shish

17) Urug' tizimchasi kistasi qaysi kasalliklar bilan tafovut qilinadi?

a) chov limfadyenitli, appenditsit, kisilgan chov churrasi, funikulotsyellye

b) qisilgan chov churrasi, limfadyeniti

v) chov limfadyenit, pnyevmoniya, chov churasi

g) sirpanuvchi chov churrasi, funikulotsyellye

d) pnyevmoniya, urug tizimchasi va yorg'ok istisqosi

18) Kisilgan chov churralarida xirurgning taktikasi:

a) shoshilinch operatsiya qilish

b) ryejali operatsiyaga tayyerlash

v) faqat konservativ davolash

g) qisilish 12-soatgacha dastlab konservativ so'ng shoshilinch operatsiya, 12-soatdan uzoq bo'lsa shoshilinch operatsiya qilish

d) fiziotyerapik muolajalar

19) Kriptorxizmni davolish usuli:

a) operatsiya kilinib moyak yorg'okka tushuriladi

b) gormonotyerapiya 3, fiziotyerapyevtik muolajalar

g) davolanmaydi

d) qonservativ davolash

## **7 MAVZU: Bolalarda exinokokkoz kasalligi.**

**MAVZUNING DOLZARBLIGI.** exinokokk kasalligining asoratlari bolalarda o'rta Osiyo xududida juda ko'p uchraydi. Bu asoratlar, ya'ni toshning tiqilib kolishi, siydikning yiringlashishi, siydik bilan qon ketishi bola xaeti uchun xavf tugdirib, vrach – pediatrdan uz vaqtda kasallikni aniqlab, shoshilinch erdam ko'rsatishni talab etadi.

**DARSNING MAQSADI:** Umimiy amaliy shifoqorini soglikni saklashning birinchi tizimida mustakil ravishda bemorlarni olib borishga, shoshilinch xollarda tez va birlamchi erdamni ko'rsatishga, uy, poliklinika va kunduzgi shifoxona sharotida bolalarda siydik tosh kasalligi asoratlariida diagnostika va davolash ishlarini amalga oshirishga, shuningdeksanitar – gigenik, antiepidimik, davolash – profilaktik va reabilitatsiya ishlarini olib borishga o'rgatish.

### **DARSNING VAZIFALARI:**

1. exinokokk kasalligi asoratlari bo'lgan bolalarda kasallik etiologiyasi, patogenizi va klinikasi bo'yicha bilimni shakllantirish.
2. exinokokk kasalligi asoratlari bo'lgan bolalarda laborator, rentgenologik va instrumental tekshirish usullari erdamida studentlarda klinik jixatdan ko'rish va tekshirish kobiliyatini oshirish.
3. exinokokk kasalligi asoratlari bo'lgan bolalarda xaeti uchun xavf tugdiruvchi holatlarda talabaning diagnostik algoritm uzlashtirish.
4. siydik tosh kasalligi asoratlari bo'lgan bolalarda xirurgik davolash printsiplari bilan tanishish.
5. exinokokk kasalligi asoratlariida davolash, diagnostik standartlarga va operatsiyalardan keyingi reabilitatsiyabaennomasiga asoslangan umumiy vrachlik erdamini kobiliyatini oshirish.

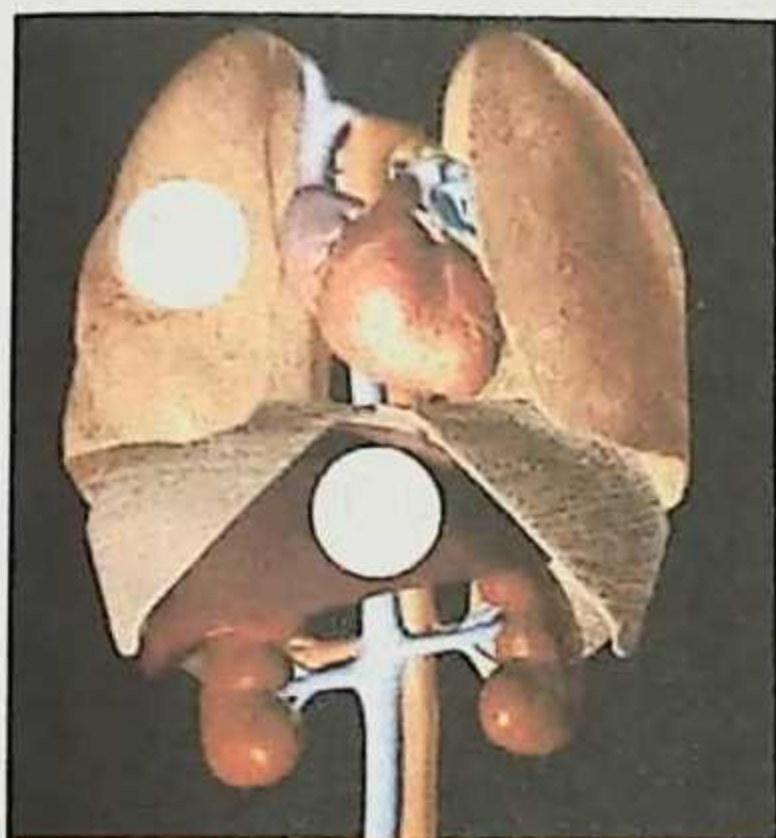
**MASHG'ULOTNING o'TKAZILISH JOYI:** torakal xirurgiya va rejali, xirurgiya bo'limlari jarroxlig xonasi, boglamlar xonasi, kompyuter xona ukuv xonasi.

**Exinokokkoz kasalligi** Iqlimiy, moddiy va maishiy sharoitlarga bogliq exinokokk ko'proq qishloq joylarda yashaydigan bolalarda uchraydi. Zararlanish tezligi bo'yicha birinchi o'rinda turadi. exinokokkni o'pkada joylashishi boshqa a'zolarga karaganda 6-25% tashkil qiladi. Ko'proq o'ng o'pka zararlanadi, agar ikkala o'pkada jarayon bo'lsa, ko'pincha pastki bo'laklarda joylashadi. Bolalarda parazitning lichinkalari jigar kapillyarlari orqali o'tishi uchun nisbatdan sharoit bor va o'pkada ushlanib qoladi.

**Klinikasi:** o`pka exinokokkozining biologik xususiyatiga, bola organizmning reaktivligiga, o`pka kistasining joylashishi va o`lchamiga asorat borligiga bog`liq. o`pka exinokokkini asoratsiz turlari belgilsiz kechadi. o`pka exinokokki bilan og`rikan bola jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, vazni kam oshadi, rangi okaradi, tez charchaydi. Klinik kechishda uchta bosqich farqlanadi. 1 bosqichda o`pka exinokokkini kistasi belgilsiz kechadi. Tasodifan rentgenosqopiyadan aniqlanib qoladi. 2 bosqichda klinik simptomlar paydo bo`ladi (o`pkada yaliglanish jaraenlari kuks oralig`ining surilishlari). Bu davrda kista ustida perkussiyada tumtoqlik aniqlanadi. Auskultatsiyada nafas olishning susayishi va atrofida kuruk va nam xirillashlar eshitiladi. Qonda eritrotsitlar va gemoglobin kamayadi. 3 bosqichda exinokokk kistasi tomonidan asoratlari kuzatiladi. A.T.Pulatov ham exinokokkini bolalarda uchta bosqichda ajratadi. Birinchi, Boshlang`ich bosqich, parazitar kistaga organizmning umumiy reaktsiyasi bilan ifodalanadi: okarish, kam harakat, anemiya va vazin oshmasligi. Maktab eshidagi bolalar jismoniy rivojlanishdan orqadan qoladilar. Ikkinchi bosqichdan o`pka tashki qoplamlarining Ko`krak qafasi tomonga shishib, deformatsiya bo`lishi aniqlanadi. Kasallik tez rivojlanadi, og`riq paydo bo`ladi. Jismoniy zurikishda xansirash, yo`tal kuzatiladi. Bunga parazitning tez o`sishi va uning organizmga zaharli tasiri sabab bo`ladi. Uchinchi asoratli bosqich (perforatsiya eki kista yiringlashi). Bolalarda ko`pincha kistaning bronxga teshilishi (erilishi) kuzatiladi, chunki kista yupqa fibrinoz kapsula bilan qoplangan bo`ladi. exinokokk kistasining bronxga perforatsiyasidan keyin, bolalar ogzini tiniq suyo`qli bilan tuldirib yo`talishadi. Bu anafilaktik reaktsiya bilan kechadi (tana harorati ko`tariladi, toshma toshadi). Bu davrida balg`amdan parazit elementlarini topish qiyin emas. exinokokk kistasini plevral boshlikka erilishi, klinik spontan pnevmogidrotoraks ko`rinishida kuzatiladi. Kista bo`shlig`i erilgandan keyin infeksiyalanadi va yiringlash boshlanadi. Kista yaxshi tozalanmasa o`tkir abscess alomatlari kuzatiladi.

**Tashxis.** Kasallikning Boshlang`ich bosqichlarda tashxis qo`yish qiyin. exinokokk kistasiga xos rentgenologik ko`rinish: o`zgarmagan o`pka to`kimasida ovalsimon aniq soya ko`rinadi, yani, bunda klassik klinik ko`rinishi erkin qovurg`a – diafragmal sinus borligi hisoblanadi. Katta exinokokk kistalari pastki bo`laklarda joylashgan bo`lsa, parazit soyasi jigar soyasi bilan kushilib ketadi. Bazan rentgenosqopiyadan nafas aktiga bog`liq ravishda kista qonturi va shakli o`zgarishi aniqlanadi. o`pka

exinokokkini asoratlangan bosqichlardan rentgen tasvirida havo pufagining borligi tipik hisoblanadi (Rasm 40-41). Kistani bronxga erilgani natijasida uning notekis soyasi aniqlanadi. Agar exinokko suyo'qligi to'liq chiqib ketgan bo'lsa, kista xosilasi o'pkada aniq qonturga ega bo'lmaydi. Kista plevral bo'shliqqa yorilgan bo'lsa, o'pka abstsessining rentgenologik tasviridan boshqacha bo'ladi. Plevral bo'shliqda havo va suyuqlik hamda o'pka kollapsi va kuks oralig'i surilishi kuzatiladi. Tomografiyada aniq kuks oralig'i suprilishi, traxeya va katta bronxlarning sog'lom tomonga surulishi aniqlanadi. SOE oshadi, eozinofiliya va anemiya kuzatiladi. Solishtirma tashxis, o'pkaning parazital kistani, o'pka sili, kuks oralig'i o'pka o'smasi va kistalari bilan o'tkaziladi. o'pka exinokokkini bu kasalliklarda harakterli rentgenologik ko'rinishiga qarab farqlanadi.



Rasm 40



Rasm 41

**Davosi.** o'pka exinokokkini asoratli va asoratsiz turlari faqat xirurgik yo'l bilan davolanadi. Tashxis kuyilgandan keyin xirurgik muolaja o'tkaziladi.

## AMALIY KO'NIKMA

### PLEVRA Bo'SHLIG'I PUNKSIYASI

Ko'rsatma: bolalarda o'pkaning o'tkir yiringli xastaliklarida punktsion davolash, drenaj usuli va radikal operatsiyalar o'tkazilishi mumkin.

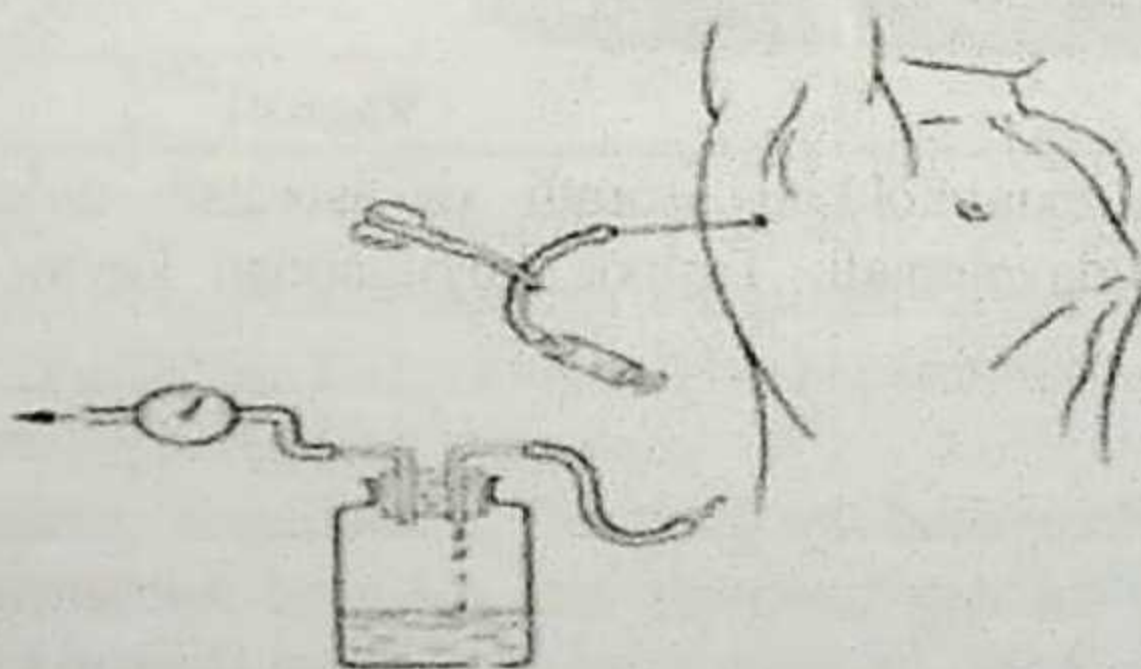
Xirurgik davoning maqsadi bo'lib o'chok infeksiyasiga, bo'shlig'dagi suyuqlikni vaqtida va butunlay olib tashlash, yallig'lanish o'chog'ini sanatsiyasini, o'pkaning tiklanishini va tiklangan o'pkani ta'minlash.

Bir yoshdan katta bolalarda ekssudativ plevritlarida, piotoraksda va chegaralangan piopnevmotoraksda plevra bo'shlig'i punktsiyasi ko'rsatilgan.

**Bajarish texnikasi.** Plevra bo'shlig'ini punktsiya qilishdan oldin ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi o'tkazilib va klinikog'rentgenologik ma'lumotlarga asoslanib punktsiya uchun ma'kul joy tanlanadi.

- punktsiya o'tirgan holatda o'tkazilib, bolaning shu tomondagi kuli ko'targan holda bo'ladi;
- punktsiya uchun mo'ljallangan operatsion joy 5 % yod va spirt bilan ishlov beriladi;
- punktsiya joyi 5 % novakain yordamida mahalliy anesteziya qilinadi;

Пункция грудной клетки закрытой системой со шприцом или аппаратом для отсасывания



-vrach chap kuli bilan terini tortib, o'ng kuli bilan kovurg'aning yuqori kirrasidan punktsiya qiladi. Bunda igna ichki diametri 1 mm dan

kam bo'lmashligi kerak, ma'lum miqdor novokain bilan to'ldirilgan rezin trubkali shprits bo'lishi kerak. Kovurgaaro tomirg' nerv to'tamini shikastlamasdan igna 3-4 sm ichkariga o'tkaziladi. Igna suyuqlik ustidan o'tib turib o'pka to'kimasiga o'tadi yoki qovurg'a-diafragma sinusi orqali qorin bo'shlig'iga o'tadi. Plevra bo'shlig'iga tushishda ignaning tushib ketishi sezilib, shpritsda yiring paydo bo'ladi;

- yiring bakteril tekshirish va mikroblarning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun steril probirkaga o'tkaziladi;

- plevra bo'shlig'idan yiring shoshilmasdan 1l miqdorida so'rib olinadi, bu bilan kuks oralig'i a'zolarining tez siljishi oldi olinadi;

- bo'shlig' "toza suv" gacha antiseptik suyo'qligi bilan yuviladi.

### **KLASTER**

(Klaster - to'tam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot haritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstito'tsiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochik o'ylash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

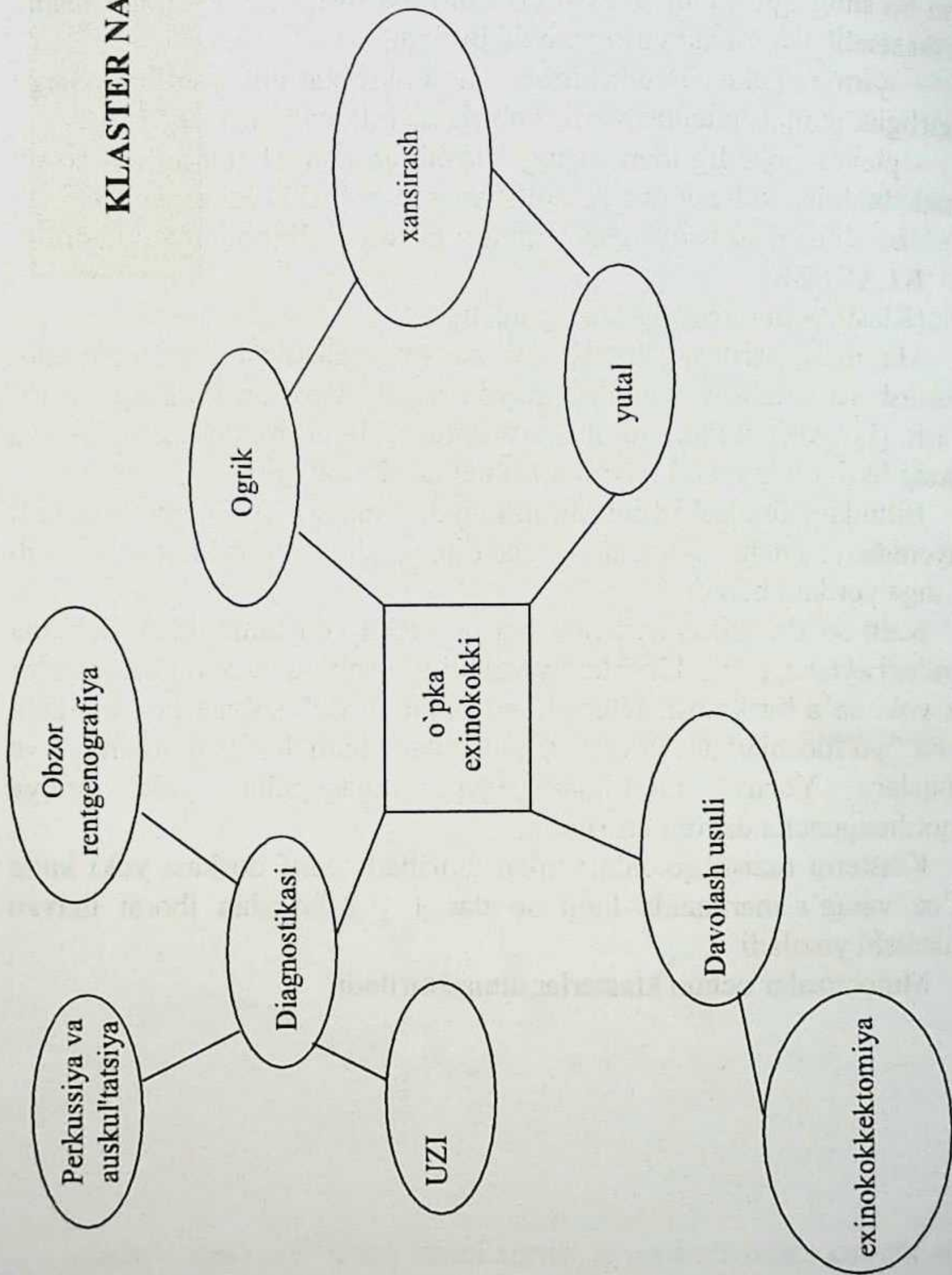
Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assotsiatsiya takdim etishga erkin va ochik kirib borishga yordam beradi.

Kalit so'zlar bilan assotsiatsiya bo'yicha yon tomonidan kichkina xajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi g' ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga bog'laniladi. Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.

# KLASTER NAMUNASI





# MUAMMONI ANIG'LASH, UNI HAL ETISH, TAXLIL QILISH VAREJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI

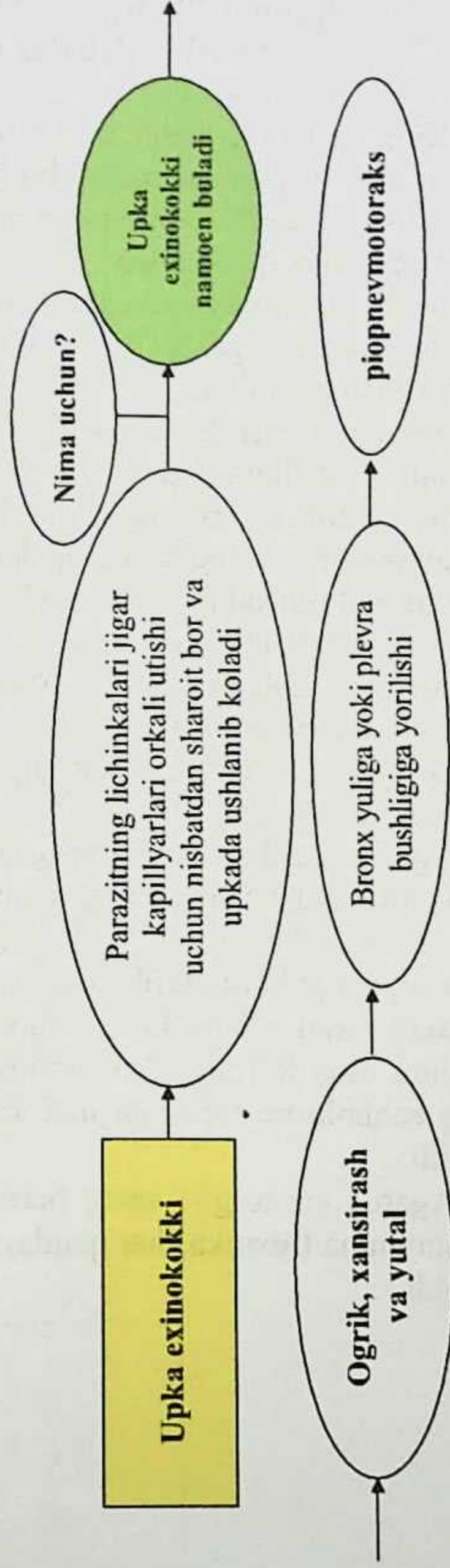
*(Patogenezni tushuntirish uchun maqbul.)*

"Nima uchun?" sxemasi "Nima uchun?" sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

"Nima uchun?" sxemasini tuzish qoidalari.

1. Qanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turtburchakdan foydalanishingizni izingiz xal etasiz.
  2. Muloxazalar sxema - zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) izingiz taylaysiz.
  3. Strelka sizning kidiruv yo'nalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha.
- Buyrak toshida nima uchun leykotsitlar paydo bo'ladi?



**"Qanday?" diagrammasini ko'rish qoidalari:**  
**(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Ko'p xollarda sizga muammolarni xal etishda "Nima qilish kerak?" xakida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan "Buni Qanday qilish kerak?" kabilida bo'ladi. "Qanday?" - muammoni xal etishda asosiy savol hisoblanadi.

"Qanday?" ierarxiya diagrammasi muammo xakida Butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imkon beradigan savollar mantikiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda "Qanday?" savolini ko'yish orqali siz faqat muammoni xal etishning barcha imkoniyatlarini tadkik etibgina kolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham uranasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni xal etishning pastki (kuyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ruyxatiga mos keladi.

2. Uylamay, baholamay va ularni uzaro solishtirmay tezlikda barcha goyalarni yozish lozim bo'ladi.

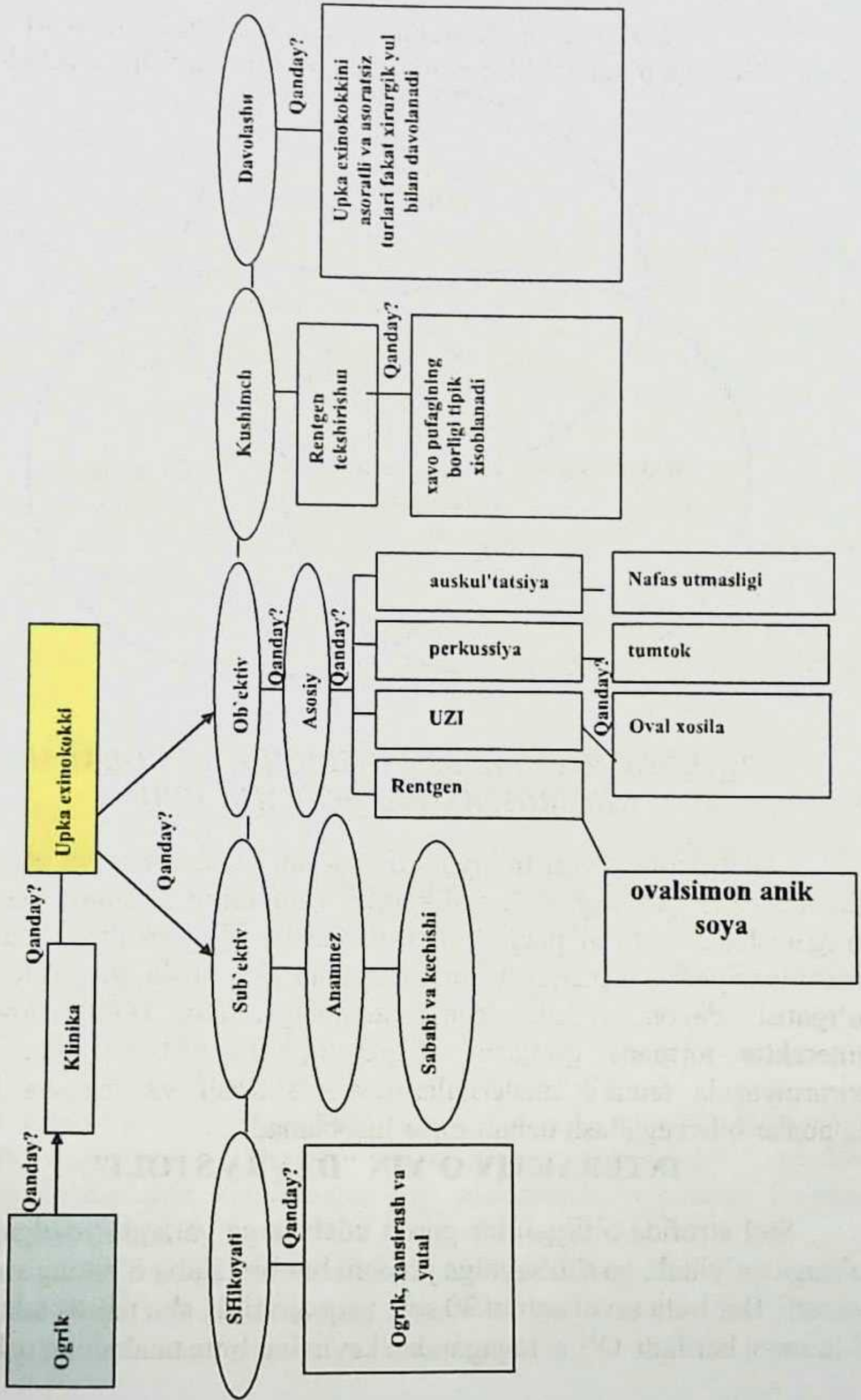
3. Diagramma xech Qachon tugallanmaydi: o'nga yangi goyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxemada bir qancha "shoxlar" da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni xal etishning muhim kadami bo'lishi mumkin.

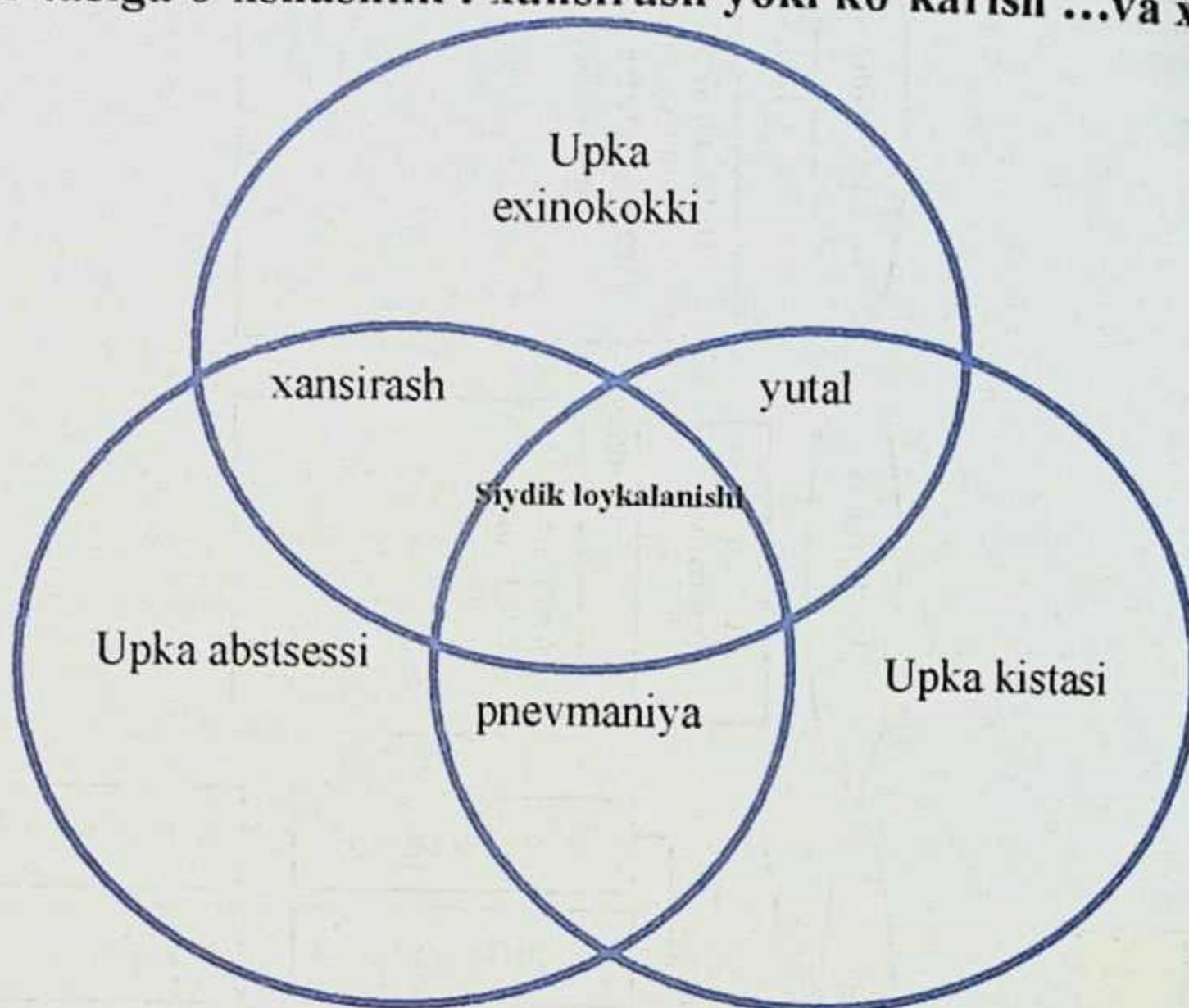
5. Yangi goyalarni grafik ko'rinishda kayd etishni uringiz xal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda to'ting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali goyalar va muammo echimlarini topishga imkon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo echimini topib berishni kafolatlaydi.

# "QANDAY?" DIAGRAMMASI



Venn diagrammasi echimi :  
 Mazkur holatda uchallasiga o'xshashlik - qusish;  
 2-tasiga o'xshashlik : xansirash yoki ko'karish ...va xakoza.



### ***"QOR To'PLASH USULI" USLUBINING BOLALAR XIRURGIYASIDA Qo'LLANILISHI***

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta'lim muassasalarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiy simptomatikasini o'rganishidan boshlanadi. Differentsial diagnostika, davolash, rehabilitatsiya va dispanser nazorat masalalari ko'rilishi, yuqori kurslarda o'rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o'quv jarayoniga interaktiv formada qo'llash - "qor tuplash usuli" uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o'zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallash uchun zarur hisoblanadi.

#### **INTERAKTIV O'YIN "DAVRA STOLI"**

Stol atrofida o'tirgan bir guruh talabalarga varaqda yozilgan savol o'rtaga qo'yiladi, va shu savolga javobni har bir talaba o'zining varag'iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. O'yin tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi

ko'rib, baholanadi: notug'ri javoblar o'chiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o'yinni ham yozma, ham og'zaki tarzda o'tkazish mumkin.

### **"QOPDAGI MUSHUK" KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri - "Qopdagi mushuk" konkursidir.

Bu usul talabani fikirlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informatsiyalarni mustaxkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

#### **"G'OPDAGI MUSHUK" konkursning uslubi.**

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab qo'yadi. Konkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabani ishini qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talaba e'lon qiladi.

### **"STOL O'RTASIDAGI RUCHKA" KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri - " stol o'rtasidagi ruchka " konkursidir. Bu usul talabani fikirlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informatsiyalarni mustaxkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

#### **"STOL O'RTASIDAGI RUCHKA" konkursning uslubi.**

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab qo'yadi. Konkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabani ishini qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant to'plangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talaba e'lon qiladi.

## "UCH POG'ONALI SUXBAT" USULIDA

"Uch pog'onali suxbat" uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'icha ishlash uchun 3 kishilik guruhlar tuzish, birbiriga ishonchni o'rnatish, ochiq muxomaga tuskinlik bo'layotgan psixologik bosimni engish, vaqtini belgilash shart.

Har bir guruhda "vrach", "bemor", "ekspert-VOP" rollari taqsimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yoki talaba "ekspert-VOP" rolida bo'lishi mumkin. "Bemorga" xirurgik kasallik nomi aytiladi va talaba og'zaki yoki yozma ravishda ma'lumot berishi kerak. "Vrach" berilgan ma'lumotlarga qarab tug'ri diagnoz qo'yishi kerak, "ekspert-VOP" - ishning to'g'riligini baholaydi. Guruh ishtirokchilarini ishini baholanishi uch bo'limda yoziladi:

1. nima to'g'ri qilindi;
2. nima noto'g'ri qilindi;
3. qanday qilish kerak edi.

Xamma mashg'ulot ishtirokchilari oldida har bir guruh o'z qonsul'tatsiyasini ekspert xulosasi bilan namoish etadi. Boshqa variant - talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xaqqoniy qonsul'tatsiyasida Butun guruh va pedagog muxokama qiladilar.

### VAZIYATLI MASALALAR

Bola 12 yoshda. o'ng o'pkani ul'tratovush tekshirganda puchaygan kista kamaygan suyuqlik bilan, rentgenogrammada – fibroz kapsuladan ko'tikulyar kobikning ajralishi. Sizning tashxisingiz va xatti - harakatingiz.

Qabul bo'limiga 9 yoshli bemor tushdi, onasining suzidan Ko'krak qafasidagi og'riqqa, ko'ruk yo'talga, tana haroratining ko'tarilishig, umumiy darmonsizlikka, toshma toshishiga shikoyat qiladi. Sizning tashxisingiz va xatti - harakatingiz.

13 yoshli bemor ko'p miqdorda kobik parchalari bilan qon tupirish, toshma toshishi va umumiy darmonsizlikka shikoyat qiladi krapivnitsu i obshee nedomoganie. Sizning tashxisingiz va xatti - harakatingiz.

\*\*\*\*

Qabul bo'limiga 10 yoshli bemor tushdi, onasining suzidan o'ng kobirga yoyi ostidagi og'rik, oriklash va ishtaxaning pasayishiga shikoyat

qiladi. o`TTda jigarning o`ng bo`lagida kista kuzatiladi. Sizning tashxisingiz va xatti - harakatingiz.

\*\*\*\*

Bola 11 yoshda. o`TTda jigarning chap bo`lagida yumaloq o`smasimon xosila. CHap kobirga yoyi ostida og`riq, kekirish va qusish kuzatilada. Sizning tashxisingiz va xatti - harakatingiz.

\*\*\*\*

O`ng kobirga yoyi ostida og`riq, ishtaxa pasayishiga shikoyat qilib kasal tushdi. Paypaslaganda o`ng kobirga yoyi ostida paypaslanadigan xosila bilan jigar kattalashishi kuzatiladi. Sizning tashxisingiz va xatti - harakatingiz.

### ***O`Z-O`ZINI SINASH TESTLARI***

Bizning xududda exinokokkni qaysi turi ko`p uchraydi?

- a. Gidatidoz
- b. Gepatid
- c. Al`veolyar
- d. Lobar
- e. Segmentar

Bizning xududda exinokokkni qaysi turi kam uchraydi?

- a. Gidatidoz
- b. Gepatid
- c. Al`veolyar
- d. Lobar
- e. Segmentar

Jigar exinokokkini kuyitdagi formalari mavjud

- a. Gedatid
- b. Gedatsidoz, al`veolyar
- c. Al`veolyar, bronxial
- d. Al`veolyar, lobar
- e. Lobar, segmentar

Jigar exinokokkini qaysi formasida o`pka va markaziy nerv sistemasiga metostaz kuzatish mumkin:

- a. Gidratidoz
- b. Lobar

- c. Segmentar
- d. Al'violyar
- e. Bronxial

Bolalarda exinokokk kistalari ko'p uchraydigan organ

- a. O'pkada
- b. Jigarda
- c. Buyrakda
- d. Talokda
- e. Mushakda

Qaysi organ va to'qimalarda exinokokk kistalari kam uchraydi

- a. O'pkada
- b. Jigarda
- c. Buyrakda
- d. Talokda
- e. Mushakda

Jigar exinokokkini eng ishonchli diagnostik usuli

- a. Rentgenologik
- b. UZI
- c. Laparoskopik
- d. Laborator
- e. Radioizotop

Qaysi sabablarga ko'ra exinokokk suyo'qligi steril bo'ladi

- a. Bakteritsid xususiyatga ega
- b. Bakteriostatik xususiyatga ega
- c. Yuqorida ko'rsatilgan ikkita xususiyatga ega
- d. Xitin kobigi ichkariga mikroblarni o'tkazmaydi
- e. Xitin kobigi mikroblarni uldiradi

Jigar exinokokki uchun harakterli:

- a. Astsit
- b. Qorinparda zararlashni musbat simptomlari
- c. Qonda leykotsitlar miqdorni ko'payishi
- d. Exinokokk diagnostikumi bilan gemaglyo'tsinatsiya reaksiyasi musbatligi
- e. Tana haroratni yo'qorligi

Bolalarda jigar gidatidli exinokokkda Quyidagi operatsiya qo'llaniladi:

- a. Exinokokkotomiya



- b. Exinokokkoektomiya
- c. Jigarning exinokokkli qismini rezektsiya qilish
- d. Exinokokk kistasini drenajlash
- e. Exinokokk kistasini teshish

Jigar exinokokki diagnostikasida Quyidagi tekshirish o`tkaziladi

- a. Xoletsistografiya
- b. Jigar biopsiyasi
- c. Irrigografiya
- d. Fibrogastroduodenosqopiya
- e. Exinokokk diagnostikumi bilan noto`g`ri gemaglyo`tinatsiya

reaktsiyasi

«Exinokokk» termini kim tomonidan kiritilgan

- a. Gippokrat
- b. Mal`pigi
- c. Pallas
- d. Rudol`f
- e. Petrovskiy

exinokokkektomiyaning qaysi turi mavjud emas:

- a. Ochik
- b. YOpiq
- c. YArimochik
- d. YArimyopik
- e. Marsupialiazatsiya turidagi operatsiya

exinokokkoektomiyadan keyin bolalarda bushliqni ishlov berish yaxshi...

- a. 10 % rastvorom formalina
- b. 5 % rastvorom formalina
- c. 3 % rastvorom formalinom
- d. 10 % rastvora yoda v glitserine
- e. 2 % rastvor formalina v glitserine

Exinokokkning bronxga yorilishidan keyingi holatni qanday nomlashadi

- a. Drenajlangan abstsess
- b. Kuruk kista
- c. Drenajlangan kista
- d. Teshilgan kista
- e. Yirtilgan kista

Jigar exinokokkok kistasi makroperforatsiyasiga xos belgilar.

- a. Qorinda o'tkir og'riq, taxikardiya, arterial bosimning birdan tushishiya, papulez toshma
- b. Qorinda o'tkir og'riq, bradikardiya, obshaya zatormojennost', arterial bosimning birdan tushishiya, papulez toshma.
- c. Qorinda o'tkir og'riq, bradikordiya, bradipnoya, arterial bosimning birdan tushishiya, papulez toshma.
- d. Qorinda o'tkir og'riq, taxikardiya, bradipnoya, arterial bosimning oshishi, papulez toshma.
- e. Qorinda simmillovchi og'riq, bradikordiya, bradipnoya, papulez toshma

O'pkaning asoratlanmagan exinokokkini davolanishining qulay usuli

- a. Qonservativ
- b. Qonservativ foyda bermaganda operativ
- c. Operativ
- d. Punktsion exinokokk suyo'qligini surib tashlash bilan
- e. Operatsiya oldi tayorlashdan keyin operativ

Asoratlangan jigar exinokokkida qulay davolash usuli

- a. Qonservativ
- b. Qonservativ foyda bermaganda operativ
- c. Operativ
- d. Punktsion exinokokk suyo'qligini surib tashlash bilan
- e. Operatsiya oldi tayorlashdan keyin operativ

Bolalarda jigarning gidatid exinokokkini davolashni qulay usuli

- a. Exinokokkektomiya
- b. Punktsiya kistani bo'shatish bilan
- c. Jigarni zaralangan qismini erta kesib tashlash
- d. Avval piperazin bilan, yordam bermasa
- e. Desensibilizatsiyalovchi vositalardan keyin exinokokkektomiya

Bolalarda jigar exinokokkininig alveolyar formasini qulay davolash usulioptimal'niy

- a. Exinokokkektomiya
- b. Punktsiya kistani bo'shatish bilan
- c. Jigarni zaralangan qismini erta kesib tashlash
- d. Avval piperazin bilan, yordam bermasa
- e. Desensibilizatsiyalovchi vositalardan keyin exinokokkektomiya

Bemor uchun exinokokkektomiyani qaysi turi qulay hisoblanadi

- a. Ochiq
- b. Eopiq
- c. YArimochiq
- d. YArimepiq
- e. Marsupilizatsiya turdagi operatsiya

Bolalar exinokokkida ko`p uchraydigan asoratlar.

- a. Yiringlash
- b. Oxaklanish
- c. Teshilish
- d. Qonketish
- e. Metostazlar

Kattalar exinokokkida ko`p uchraydigan asoratlar.

- a. Yiringlash
- b. Oxaklanish
- c. Teshilish
- d. Qonketish
- e. Metostazlar

Exinokokkni qaysi asorati bolalard auchramaydi

- a. Yiringlash
- b. Oxaklanish
- c. Teshilish
- d. Qonketish
- e. Metostazlar

Qaysi forma infiltrativ o`shishga xos

- a. Gidatidoz
- b. Lobar
- c. Segmentar
- d. Al`violliyar
- e. Bronxial

Jigar exinokokkni qaysi formasida astsit, sariqlik va talok kattalashuvi kuzatiladi

- a. Gidatidoz
- b. Lobar
- c. Segmentar
- d. Al`violliyar
- e. Bronxial

Katta kichigligi bo'yicha exinokokk kistalari farqalanadi.

- a. Maydacha, mayda, o'rta, katta, gigant
- b. Uncha katta emas, o'rta, katta, gigant, juda katta
- c. Mayda, o'rta, katta, gigant
- d. Maydacha, o'rta, gigant, juda katta
- e. Mayda, o'rta, katta

Mayda exinokokk kistalariga Quyidagi kattalikdagi kistalar kiradi

- a. 10 ml.gacha
- b. 100 ml gacha
- c. 400 ml. gacha
- d. 1500 ml. gacha
- e. 1500 ml.dan yuqori

Gigant exinokokk kistalariga Quyidagi kattalikdagi kistalar kiradi

- a. 10 ml. gacha
- b. 100 ml gacha
- c. 400 ml gacha
- d. 1500 ml gacha
- e. 1500 ml. dan yuqori

Exinokokk kasalligi rivojlanishida nechta daraja farqlanadi:

- a. boshlanish, avj olish, asoratlanish
- b. boshlanish, avj olish, sunish
- c. boshlanish, asoratlanish
- d. boshlanish, oralik, oxirgi
- e. boshlanish, rivojlanish, qaytalanish

bronxga ochilgan exinokokk kistasining rentgenologik ko'rinishiga xos belgi

- a. havoli bo'shliq suyuqlik satxi bilan
- b. havoli bo'shliq
- c. havoli bo'shliq va notekis soya
- d. yumaloq soya
- e. havoli bo'shliq va notekis soya kuks oralig'i siljishi bilan

bolalarda asoratlanmagan o'pka exinokokkiga xos rentgenologik belgi

- a. yumaloq soya notekis kirralar bilan
- b. yumaloq soya aniq ko'ralla
- c. infil'trativ o'zgarishsiz aniq kirrali yumaloq soya
- d. havoli bo'shliq suyuqlik satxi bilan

e. diametri 3 sm. bo'lgan yumaloq soya kuks oralig'ining sog'lom tomonga siljishi bilan.

Exinokokk suyo'qligi kaerda ishlab chikariladi

- a. fibroz kapsulada
- b. xitin obolochkada
- c. germinatin obolochkada
- d. skolekslarda

Bolalarda o'pka exinokokkining rivojlanish bosqichida xos bo'lmagan simptom.

- a. yo'tal
- b. Ko'krak qafasi deformatsiyasi
- c. zararlangan tomondagi og'riq
- d. yo'tal balg'am bilan
- e. krapivnitsa

Bolalarda o'pka exinokokkining erta belgilari

- a. appetitning pasayishi, yo'tal, Ko'krak qafasida og'riq
- b. darmonsizlik, mayda yo'tal, quruq yo'tal
- c. appetitning pasayishi, balg'amli yo'tal
- d. darmonsizlik, mayda yo'tal, balgimli yo'tal
- e. Boshlang'ich belgilari yo'q

Bolalarda o'pka exinokokkining avj olish davrining klinik belgilari:

- a. krapivnitsa. Qon tupirish, balg'amli yo'tal
- b. Ko'krak qafasi deformatsiyasi, qon tupirish, quruq yo'tal
- c. yo'tal, Ko'krak qafasi deformatsiyasi, krapivnitsa, rivojlanishdan orqada kolish
- d. Ko'krak qafasi zararlangan tomonidagi og'riq, nafas etishmasligi
- e. nafas etishmasligi. Teri koplarning ko'karishi, kuruk etishmasligi

O'pka exinokokkozining asoratlari

- a. yorilish, penitratsiya, oxaklanish
- b. yiringlashishi, sepsis, obsemenenie
- c. yorilish, yiringlashishi, oxaklanishi
- d. penitratsiya, sepsis, obsemenenie
- e. oxaklanishi, yorilishi, yiringlanishi, sepsis

Jigarga exinokokk infeksiyasining tushish yo'llari:

- a. gematogen, oral, qontakt
- b. havo - tomchi, zararlangan qon orqali
- c. gematogen, oral, havo-tomchi
- d. qontakt, gematogen, havo-tomchi
- e. faqat gematogen

Bolalarda o`pka exinokokkida qanday klinik bosqichlari mavjud ?

- a. boshlanish , avj olish, asoratlar
- b. qaytalanish, remissiya, surunkali
- c. remissiya, avj olish, asoratlar
- d. O`tkir, o`tkir osti, surunkali
- e. kompensirlangan, subkompensirlangan, dekompensirlangan

Exinokokk kasalligining zararlanish yo'llari qanday?

- a. aerogen, fekal-oral, qontakt
- b. fekal-oral, qontaktne.
- c. Kasallarlar najasidan

Nima uchun o`pka exinokokki ko`p uchraydi?

- a. CHunki zararlanish aerogen yo`l bilan kuzatiladi
- b. CHunki o`pkada kapillyarlar yaxshi rivojlangan
- c. CHunki o`pka to`qimasi bu kasallik uchun trofik organ

hisoblanadi

Exinokokk kasalligi erta simptomi?

- a. Bolalarda nevroz holati.
- b. Organizmning gipersensibilizatsiyasi
- c. Ich ketishining boshlanishi.

Jigar va talok exinokokkozi qaysi usul bilan diagnostirlanadi

- a. Qorin bo`shlig'i organlarining rentgenografiyasi
- b. Qorin bo`shlig'i va parenximatoz organlarini ul`tratovush tekshirish.
- c. Jigar va umumiy siydik analizlarini tekshirish.

Exinokokkoz asoratlari?

- a. kista yorilishi, anafilaktik shok
- b. Kista yiringlashishi, o`limga olib keladi, miyaga tarkalishi
- c. Kista yiringlashishi, kista yorilishi va anafilaktik shok.
- d. Nafas yo`liga kistaning yorilishi,plevral bo`shliqda kistaning paydo bo`lishi.

Jigar exinokokkining harakterli bo`lmagan klinik belgisi?

- a. Jitgar kattalashishi.
- b. Teri qoplamlarining sariklashishi.
- c. yo`tal.

O`pka exinokokki nima bilan aniqlanmaydi?

- a. o`pka punktsiyasi va biopsiyasi, UZI
- b. ko`krak qafasi rentgenografiyasi
- c. o`pka tomografiyasi

## **8-MAVZU: BOLALARDA YUMSHOQ TO'QIMALARNI YIRINGLI YALLIG'LANISH KASALLIKLARI.**

**MAVZUNING DOLZARBLIGI:** Bolalar xirurgiyasida yiringli infeksiya asosiy muammolardan biri hisoblanadi. Xirurgik kasalliklarni taxminan yarmini yiringli jaroxatlar tashqil qiladi. Yiringli asoratlar natijasida o'limga olib keladigan holatlar 80% kuzatiladi. Xozirgi zamon tibbiyoti rivojlanganligiga qaramasdan, yiringli infeksiya dolzarb masala bo'lib kolayapti.

**DARSNING MAQSADI:** Umumiy amaliyot shifoqorini sog'liqni saqlashning birlamchi tizimida mustaqil ravishda bemorlarni olib borishga, shoshilinch xollarda tez va birlamchi yordamni ko'rsatishga, uy, poliklinika va kunduzgi shifoxona sharoitida bolalarda yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanish kasalliklarida diagnostika va davolash ishlarini amalga oshirishga, shuningdek sanitar-gigenik, antiepidimik, davolash-profilaktik va rehabilitasiya ishlarini olib borishga o'rgatish.

### **DARSNING VAZIFALARI:**

1. Bolalarda yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanish kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi bo'yicha bilimni shakllantirish.

2. Bolalarda yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanish kasalliklarida laborator, rentgenologik va instrumental tekshirish usullari yordamida studentlarda klinik jixatdan ko'rish va tekshirish qobiliyatini oshirish.

3. Bolalarda yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanish kasalliklarida bemor hayati uchun xavf tug'diruvchi holatlarda studentga diagnostik algoritmni o'rgatish.

4. Bolalarda yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanish kasalliklarida xirurgik davolash prinsiplari bilan tanishish.

5. Bolalarda yumshoq to'qimalarni yiringli yallig'lanish kasalliklarida davolash, diagnostik standartlarga va operatsiyalardan keyingi rehabilitasiya baennomasiga asoslangan umumiy vrachlik yordami kobiliyatini oshirish.

**MASHG'ULOT O'TKAZISH JOYI:** Yiringli xirurgiya bo'limi, operatsiya xonasi, kompyuter xonasi va o'quv xonasi.



## CHAQALOQLAR FLEGMONASI

Chaqaloqlarda teri va teri osti kletchatkasining shunday yiringli kasalliklari uchraydiki, jarayon tez tarqalishi bilan harakterlanadi. Flegmonaning rivojlanishi va uning tez tarqalishi chaqaloq terisi va teri osti kletchatkasining qo'yidagicha tuzilishi bilan bog'liq. Teri osti yog'' kletchatkasi yaxshi rivojlanmaganligi, uning tomirlarga boyligi, xujayralararo suyuqlikning ko'p bo'lishi, bazal membrananing kuchsiz rivojlanganligi, epidermesning oson jaroxatlanishi.

Infeksiyaning teri orqali kirishiga chaqaloqni parvarish qilishdagi gigiyenaga rioya qilmaslik natijasida teri Butunligi buzilganda kuzatiladi.

Ko'zg'atuvchisi– stafilokkok bo'lib keyin Gr (-) va aralash forma qo'shiladi. Shikastlanishning tipik lokalizasiyasi bu – dumg'aza, dum, ko'rak sohasi, ko'krak qafasining old va yon yuzalari.

Patomorfoloqik tekshirganda uchoqda nekrotik jarayonlar ustun turishi aniqlangan. Yallig'lanish teri bezlari atrofida boshlanadi va tezda teri osti yog'' qavatigacha boradi. Perifokal joylashgan qon tomirlarda tromb hosil qiladi. Tomirlar devorida endo va periarterit rivojlanadi. Tomirlar trombozi va shishning yaqin tezligida teri osti yog'' qavatiga tarqalishi ularning oziqlanishini buzib nekroz chaqiradi.



Chaqaloqlar terisining o'ziga hos tuzilishi tufayli jarayon chegaralanmaydi va qisqa vaqt ichida tananing kattagina qismiga tarqaladi (Rasm 42).

### **Klinika va diagnostika.**

Kasallik ko'pincha umumiy simptomlardan boshlanadi. Bola xolsiz, injik, yaxshi uxlolmaydi, ko'krak emishdan voz kechadi. Tana harorati 38-

39<sup>0</sup>S gacha ko'tariladi. Jaroxatlangan sohada qizil rangli dog' hosil bo'ladi va bir necha soat ichida kattalashib ketadi. Dastlab teri bagrovyy, keyinchalik sianotik tus oladi.

Yumshoq to'qimalar shishi va kattalashishi kuzatiladi. Jarayon rivojlanaversa 2 so'tkada jaroxat markazida flyo'qtuasiya aniqlanadi. Keyinchalik toksikoz rivojlanadi. Og'ir holatlarda teri ko'chib to'shadi,

nekrozlanadi va yumshoq to'kima deffekti hosil bo'ladi. Flegmonadan xira seroz suyuqlik yoki suyo'q yiring ajraladi. Ba'zan kattagina soha kletchatkasi ko'chib to'shadi.



Rasm 43



Rasm 44

**Differensial diagnoz:** Teri osti yog'' kletchatkasining aseptik nekrozi va saramas bilan. Adiponekroz, tug'ruq patologik kechganda, yumshoq to'qimalarning tug'ruq yo'llarida bosilishi tufayli kelib chiqib, kliniko-labarator va mahalliy yallig'lanish belgilarsiz kechadi. Yumshoq to'qimalarning g'adir-budur infiltrasiyasi va zararlangan sohaning dog'simon giperemiyasi adiponekroz uchun xos (Rasm 43-44).



Rasm 45

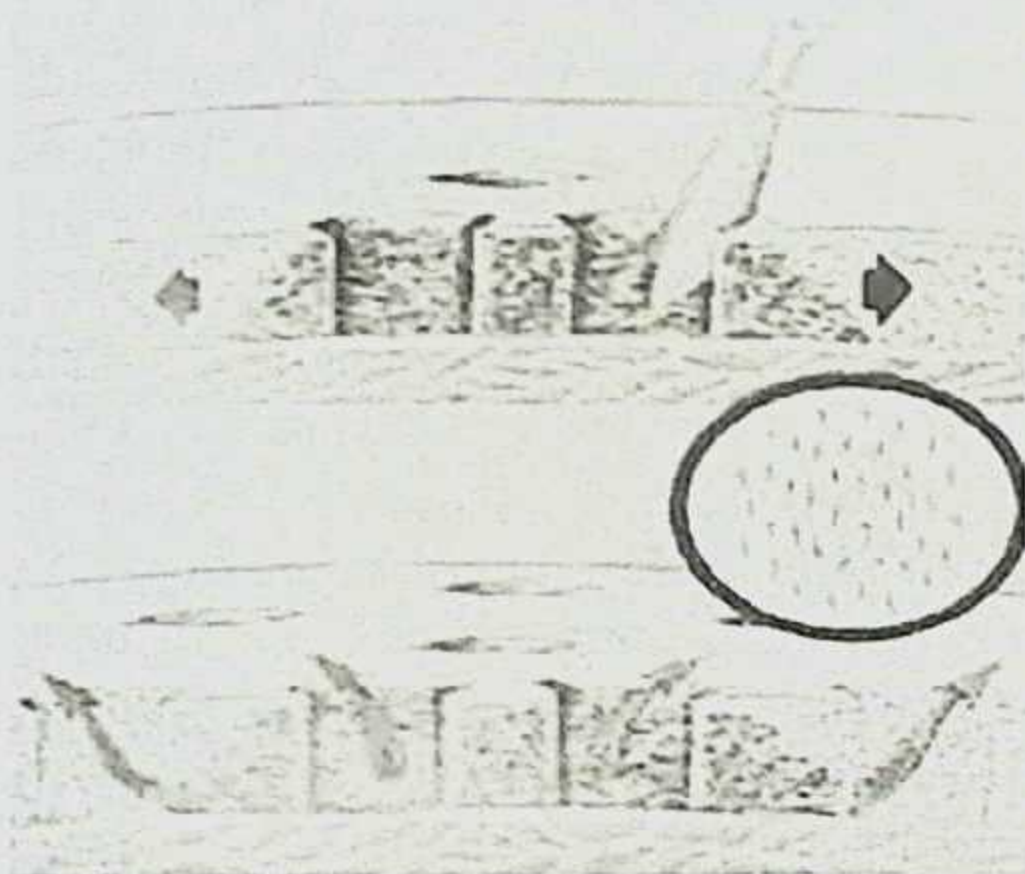


Rasm 46

**Davolash:** O'z vaqtida kompleks o'tkazish kerak. Antibiotiklar bemor axvoli va mahalliy jarayon bosqichiga qarab buyuriladi. Umumiy simptomlar bo'lmasa, sepsis belgilari bo'lmasa mushak orasiga Oksasillin 200000 YeD/kg massada buyuriladi. Og'ir holatlarda aminoglikozidlar bilan kombinsiyalash yoki mikroob sezgirligini aniqlab sefalosporinlar

buyuriladi. Bemorga immunoterapiya (antistafilokkok, gammaglobo'lin, giperimmun plazma, qon qo'yish, ko'rsatmaga binoan T-aktivin, dekaris, vitamin S, Ye), dezintoksikasiya, sindrom bo'yicha davolash o'tkaziladi.

Mahalliy davolash zararlangan sohada sog'lom teri chegarasida kesim o'tkazish bilan aniqlanadi (Rasm 45-46). Bu metod shishni kamaytirib jarayonni bir muncha chegaralaydi (Rasm 47).



Rasm 47

Operasiyadan keyin 6-8 soatda bog'lam qilinadi. Agar jarayon yana kattalashgan bo'lsa, zudlik bilan yana kichik kesmalar o'tkaziladi. Kesilgan joylarga antiseptik (1% xloramin, dioksidin gipertonik eritmaga) shimdirilgan ho'l bog'lama qo'yiladi. Kesmalar flegmonada 0,25% novokainli antibiotik bilan ukol qilingach o'tkaziladi. Terida nekroz rivojlangan bo'lsa, nekrektomiya qilinadi. Rasm

48. Agar jarayon orqaga qaytsa defekt sohasi granulyasiya bo'lib keyin epitelizasiya bo'ladi.

Buning uchun fizioterapevtik muolajalar, UZI, giperoksibaroterapiya o'tkazish kerak.

**Prognoz:** O'z vaqtida tashhis ko'yib adekvat davo o'tkazilsa yaxshi. Hatto nekroz bo'lganda qolgan chandiqlarda plastik operatsiya o'tkazish talab qilinadi.



Rasm 48

## CHAQALOQLAR MASTITI



Rasm 49.

Yiringli mastit infeksiya so't bezi yo'llari orqali kirganda yoki gematogen yo'l bilan kirganda kelib chiqadi. Ko'zg'atuvchi stafilokkok. Chaqaloqlarda mastit ko'pincha so't bezi fiziologik burtish natijasida rivojlanadi. Bu jarayon 2 xaftagacha bo'lgan qiz va o'g'il bolalarda bir hil uchraydi. Rasm 49.

Bu plasenta orqali esterogenlarning tushishi bilan bog'lanadi. Bunda so't bezi

kattalashishi va undan maloziyvani eslatadigan suyuqlik chiqadi. So't beziga infeksiya kirganda so't bezi giperemiyalanadi, keyinchalik flyo'qtuasiya bo'ladi. Tana harorati ko'tariladi, bola umumiy ahvoli yomonlashadi. Infiltrasiya fazasida so'riluvchi davo muolajalari o'tkaziladi, antibiotikoterapiya, mazli kompresslar, UVCh o'tkaziladi.

Absesslanish fazasida radial kesma o'tkaziladi. Agar jarayon atrofga tarqalsa, ba'zan ko'krak qafasi flegmonasi rivojlanishi mumkin. Bu holatda kesmalar sog' to'qima chegarasida o'tkaziladi. Rasm 50-51.



Rasm 50



Rasm 51

**Prognoz:** yaxshi davo qachonki muolajalari o'z vaqtida o'tkazilsa.

## SARAMAS

Saramas (roja) – teri va shilliq pardalarning o'tkir seroz yallig'lanishi hisoblanadi. Ko'zg'atuvchi ko'pincha streptokokk, ba'zan stafilokokk. Bolalarda bu kasallik ko'p uchraydi. Infeksiya kirish yo'li – Butunligi buzilgan teri.

*Klinika va diagnostika:* kasallik terida, ko'pincha oyoklarda, yuzda, lablarda, shilliq pardalarda chegaralari aniq, qizil giperemiya sifatida namoyon bo'ladi. O'sha sohada mahalliy harorat ko'tarilishi, shish kuzatiladi. Bola umumiy ahvoli yomonlashadi. Bola holsiz, varaja qiladi, ko'ngil aynib, qayt qiladi, bosh og'riydi, tana harorati 38-40°S gacha ko'tariladi.



Rasm 52



Rasm 53

Saramasda yuz zararlanishi havfli bo'lib, jarayon bosh miyaga, ko'z kosasiga ta'sir qilib, og'ir meningit, kavernoza sinus trombozi, ko'ruv nervi atrofiyasiga olib kelishi mumkin. Rasm 52-53.

*Tashhis qo'yish* qiyinchilik tug'dirmaydi. Chaqaloqlar flegmonasi bilan differensial tashhis o'tkaziladi.

Chaqaloqlarda saramas yallig'lanishi kirish darvozasi maserasiya bo'lgan, Butunligi buzilgan teri hisoblanadi. Saramas ko'pincha kindik atrofidan yoki jinsiy a'zolar sohasida, ayniqsa anus sohasidan boshlanadi.

Kasallikning patomorfologiyasi teri va teri osti yog'' qavatini shishi va infiltrasiyasi bilan harakterlanadi.

Saramas ham xuddi flegmonadek tez kattalashish xususiyatiga ega. Klinik jixatdan shish, infiltrasiya, mahalliy haroratning oshishi, giperemiya kuzatiladi. Ba'zan «ok saramas» rivojlanadi. Bunda shish rivojlanib giperemiya kuzatilmaydi.

**Davolash:** massiv antibiotikoterapiya yoki mahalliy fizioterapevtik (UVCh, UFO) davo muolajalari yordam beradi.

## FURUNKUL. KARBUNKUL

Bolalarda teri bezlari soch xaltachasi va uning atrofidagi tomirlarning o'tkir yiringli nekrotik yallig'lanishi ko'pincha katta yoshlarda uchraydi. Qo'zg'atuvchisi ko'pincha stafilokokk hisoblanadi. Odatda o'chog' doimiy mikrotravmalar sohasida joylashadi: bo'yinda, belda, dumba sohalarida. Kasallikning kelib chiqishida asosiy rolni organizmning himoya kuchlarning zararlanishi o'ynaydi. Moyillik qiluvchi holatlar bo'lib gigiyena qoidalari buzilishi, yetarli oziqlanmaslik, avitaminozlar, surunkali infeksiyalar, qandli diabet xizmat qiladi. Zaralangan soch xaltacha bitta bo'lsa – furunkul deyiladi. Bunda nekrotik jarayonga tez nafaqat follikula balki artofdagi teri osti kletchatkasi ham, jalb etiladi. Tananing turli sohalarida chiqkan furunkullar – furunkulez deyiladi.

*Karbunkul* – bir necha furunkullarning bir vaqtda qo'shilishidan va yallig'lanishning bir follikuldan ikkinchiga o'tishidan, ba'zida jarayonga fassiya va yumshoq to'qimalarning qo'shilishidan hosil bo'ladi. Bunda nekrotik o'zgarishlar ustunlik qiladi.

**Klinika:** Furunkul odatda bola umumiy axvoliga ta'sir qilmaydi. Lekin subfibrilitet kuzatilishi mumkin. Zaralangan sohada odatda shish, giperemiya, og'riq, uning markazida kam miqdorda yiring yigilishi kuzatiladi. Yakkol ifodalangan mahalliy og'riq jarayonning burun va tashqi eshituv yo'li sohasida joylashganda kuzatiladi.

Karbunkul furunkuldan farqli ravishda juda tez ifodalanadi. Umumiy axvoli og'irlashib, tana harorati 38-39°S gacha ko'tarilishi, varaja, bosh og'rishi, xushning buzilishlaridan to'lahsirashgacha olib boradigan zararlanish kuzatiladi. Mahalliy ko'rganda ifodalangan va tarqalgan infiltrasiya, shish, kuchli og'riq, giperemiya kuzatiladi. Limfangoit va limfadenit ham kuzatiladi.

**Davolash:** furunkulda davolash yallig'lanish jarayonini bosqichiga bog'liq. Agar infiltrasiya va shish yiringlarsiz bosqichi ustun bo'lsa, ko'pincha mahalliy qonservativ davo o'tkaziladi. UFO, UVCh va spirtli kompresslar qo'yiladi. Mahalliy novakainli blokada antibiotiklar bilan ko'llanganda yaxshi effekt bo'ladi.

Yiring hosil bo'lganda nekrozlangan sterjen olib tashlanadi. Olib tashlashda kesmalar o'tkaziladi. Natriy xlorning gipertonik eritmasi bog'lama qo'yiladi. Xirurgik davo yiring yo'q, yallig'lanish ifodalangan, og'riq kuchli, shish, limfangit, harorat yuqori bo'lganda ham qo'llaniladi.

Furunkul qandli diabet bilan og'riganlarda og'ir o'tadi. Furunkul yuzda joylashsa infeksiya ko'z kosasiga va miyaga tarqalishi havfi katta.

Bolalar yo'ziga furunkul chiqkanda gospitalizasiya qilib kompleks davolash o'tkazilishi kerak.

Bolalar furunkulez bilan og'risa, tez-tez faytalanaversa, bolaning immunologik holatini tekshirish kerak. Agar immun holatida o'zgarishlar kelib chiqsa davo o'tkazish kerak.

Karbunkulning davosi faqat xirurgik. Yiring to sog'lom teri chegarasigacha kesiladi. Nekrozlangan to'qima olib tashlanadi va natriy xlorning gipertonik eritmasiga botirilgan bog'lama qo'yiladi. Antibakterial terapiya o'tkaziladi.

Karbunkul qandli diabet va semizlik bilan qo'shib kelsa, og'ir o'tadi.

## LIMFADENIT

Limfatik tugunlarning yallig'lanishi – limfadenit deyiladi. Limfadenit ko'pincha kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. Bu ularning limfatik apparati morfologik va funksional jixatdan rivojlanmagan. Ya'ni sinuslari keng, limfa tugunlari kapsulasi noziq, baryer funksiyasi past bo'ladi. Limfadenit ko'pincha 1-3 yoshli bolalarda jag ostidagi limfa tugunlari kattalashishi kuzatiladi.

Kam holatlarda qo'ltik ostidagi, tizza ostidagi, tirsak va chov sohasidagi limfa tugunlari kattalashadi.

Kasallikning patogenezida o'tkazilgan infeksiya va yiringli yallig'lanish kasalliklari natijasida organizmning sensibilizasiyasi yetadi.

Limfadenitning sabablari turlicha. Ko'pincha bolalarda jag' osti limfa tugunlari kattalashsa birlamchi emas. Bu ko'pincha yiringli kasalliklarning rivojlanishida organizmning javob reaksiyalaridir.

Odontogen limfadenit bolalarda kam uchraydi. Odontogen limfadenit sababchisi so't tishlari, kam holatlarda doimiy tishlar hisoblanadi. Noodontogen limfadenitning sababchisi bolalarda O'RVI, gripp, angina, surunkali tonzillit, otit, eksudativ diatez, piodermiyadir.

**Klinika:** umumiy simptomlar holsizlik, varaja, tana haroratining ko'tarilishi 38-39°C gacha, puls tezlashishi, ishtaha tushishi, bosh og'rishi, uyqu buzilishi kuzatiladi.

Zararlangan limfa tugun qattiq, paypaslaganda og'riqli. Agar davo muolajalari o'z vaqtida o'tkazilsa, jarayon barham topadi yoki aksincha seroz limfadenit yiringli limfadenitga o'tadi. Agar limfa tuguni yumshasa yoki yiring yig'lsa flyo'qtuasiya kuzatiladi. Agarda bemor antibakterial davo muolajalarini olayotgan bo'lsa, tashhis quyishga qo'yidagi holatlar qiyinchilik tugdiradi: tana haroratining tushganligi, shish va og'riqning kamayganligi, lekin kattalashgan limfa tugunlari saqlanib qoladi. Kattalashgan limfa tuguni ba'zan abscesslanishi mumkin.

**Differensial diagnoz:** differensial diagnoz spesifik jarayonlar bilan o'tkaziladi. Limfatik tugunlar spesifik kasalliklarda, leykozlarda, o'smalarda ham limfa tugunlari kattalashadi. Silli limfadenitda kasallik asta-sekin boshlanib uzoq vaqt tana haroratining ko'tarilishsiz o'tadi. Bundan tashqari silda bir guruh limfa tugunlari zaralanadi.

Kichik bolalarda chov sohasidan limfa tugunlarining kattalashishi xudi qisilgan chov churrasini eslatadi. Ich kelmasligi, qayt qilishi limfadenit bilan churrani farqlashda yordam beradi.

Son suyagining epifizar osteomiyeliti kuzatilganda chanoq sohasi chuqur limfa tugunlari zararlanishini limfadenitdan farqlash kerak. Epifizar osteomiyelitda tana harorati yuqori, son suyagi bukilmasligi kuzatiladi. Qiyin hollarda son suyagini rentgenologik tekshirish talab qilinadi.

**Davolash:** davolash birlamchi o'choqdan boshlanandi.

Qonservativ davolashda antibiotiklar, desensebillovchilar, umumiy qullab quvatlovchi preparatlar, proteolitik fermentlar, fizioterapevtik muolajalar qilinadi.

Yiringli limfadenitda kesmalar kesiladi. Limfadenit toksikoz bilan kechsa, ayniqsa yosh bolalarda infiltrat yumshashishi ko'tilmasdan kesim o'tkazish kerak. Kesmalar uchun 2-3 sm. qilinib, yiring to'la chiqib ketishi uchun sharoit yaratish kerak. Adenoflegmonada esa kesmalar keragicha katta o'tkaziladi.



## PANARISIY

Panarisiy – bu barmoqlarning yiringli yallig'lanishi. Jarayonning chuqurligiga ko'ra teri, teri osti, timoq (paronixiya), pay, suyak, bug'im turlari farqlanadi. Qo'zg'atuvchisi ko'pincha stafilokokk, ba'zan streptokokk hisoblanadi.

Yallig'lanish jarayoni ko'pincha kaft yuzasida kuzatiladi, shish esa dorzal yuzada kuzatiladi. Bu terining kaft yuzasida, qalinligi, zichligi, biriktiruvchi to'qimaning esa ustunchasimon holatda yuqoridan pastga qarab joylashganligi bilan tushuntiriladi. Shunga asosan limfatik yoriqlar ham kaft yuzasidan dorzal yuzaga qarab yo'nalgan. Shish suyuqligi esa shu yo'nalishda harakat qilib, dorzal yuzada shish paydo bo'ladi. Shish odatda katta sohani egallaydi.

Yallig'lanish jarayoni payli formada toki pay qinlarigacha borishi mumkin. Agarda 1 va 5 barmoqlar zararlansa, jarayon «Pirogov bo'shlig'iga» o'tishi mumkin.

**Klinika va diagnostika:** Panarisiy barmoqning yaqqol shishishi va og'rishi bilan karakterlanadi. Og'riq ko'pincha jarayon yiringli bo'lgani uchun pulsasiyalanuvchi karakterda bo'ladi. Barmoq, ba'zan timoqlar va bilak sohasining ham funksiyasi buzilishi mumkin. Jarayon qancha yuzaki bo'lsa, giperemiya shuncha yaqqol namoyon bo'ladi. Shishning kattaligidan og'riqli nuqtani topish qiyinchilik tug'diradi. Bu og'riqli nuqtani topishda tug'machali zondan foydalanish tavsiya etiladi. Barmoqning turli uchastkalarida zondni tegizganda og'riq bilinadi.

**Davolash:** kasallikning bosqichiga bog'liq. Infiltrasiya va shishli bosqichda UVCh, antibiotik – novokainli blokadada, kompresslar qo'yish tavsiya etiladi. Yiringli bosqichda yiring o'chog'i ochilib, drenajlanadi va antibiotiklar buyuriladi. Drenajlash yiringning to'liq chiqib ketishi uchun yetarli bo'lishi kerak. Agar jarayon boshqa falangalarga tarqalgan bo'lsa, albatta barmoqning ikki tomonidan kesim o'tkaziladi va drenajlanadi.

Pay panarisiyasida jarayon tendovaginit ko'rinishni olgan bo'lsa, yallig'lanish o'chog'i ochilib drenajlab, pay qini yuviladi. Suyak panarisiyasiga esa osteomyelit sifatida karaladi.

## AMALIY KO'NIKMALAR

### Lukashevich-Oberst usulida o'tkazuvchan anesteziya

- ko'rsatmalar: barmoqlarda o'tkaziladigan turli operatsiyalar panarisiylar, jarojatlari, yod jismlar borligi;

- kerakli asbob va materiallar: mahalliy anesteziya uchun steril shpris va igna, 1-% novokain, steril shariklar, salfetakalar, 2% - yod va 70° spirt eritmasi;

- bemorning ota-onasiga operatsiya maqsadi va mohiyatini tushuntirish;

- kerakli instrument va materiallarning tayorligini tekshirish;

- qo'llarga ishlov beriladi (qo'llar iliq suv oqimi ostida sovun bilani yuviladi, steril

salfetka bilan artilib 96% spirt bilan ishlov beriladi), steril perchatkalar kiyiladi;

- operatsiya maydoni 2% yod va 70° spirt bilan ishlov beriladi;

- barmoq asosiga jgo't qo'yiladi;

- jgo'tdan distal qismda barmoqning tashqi-medial yuzasiga igna va shpris yordamida 1%

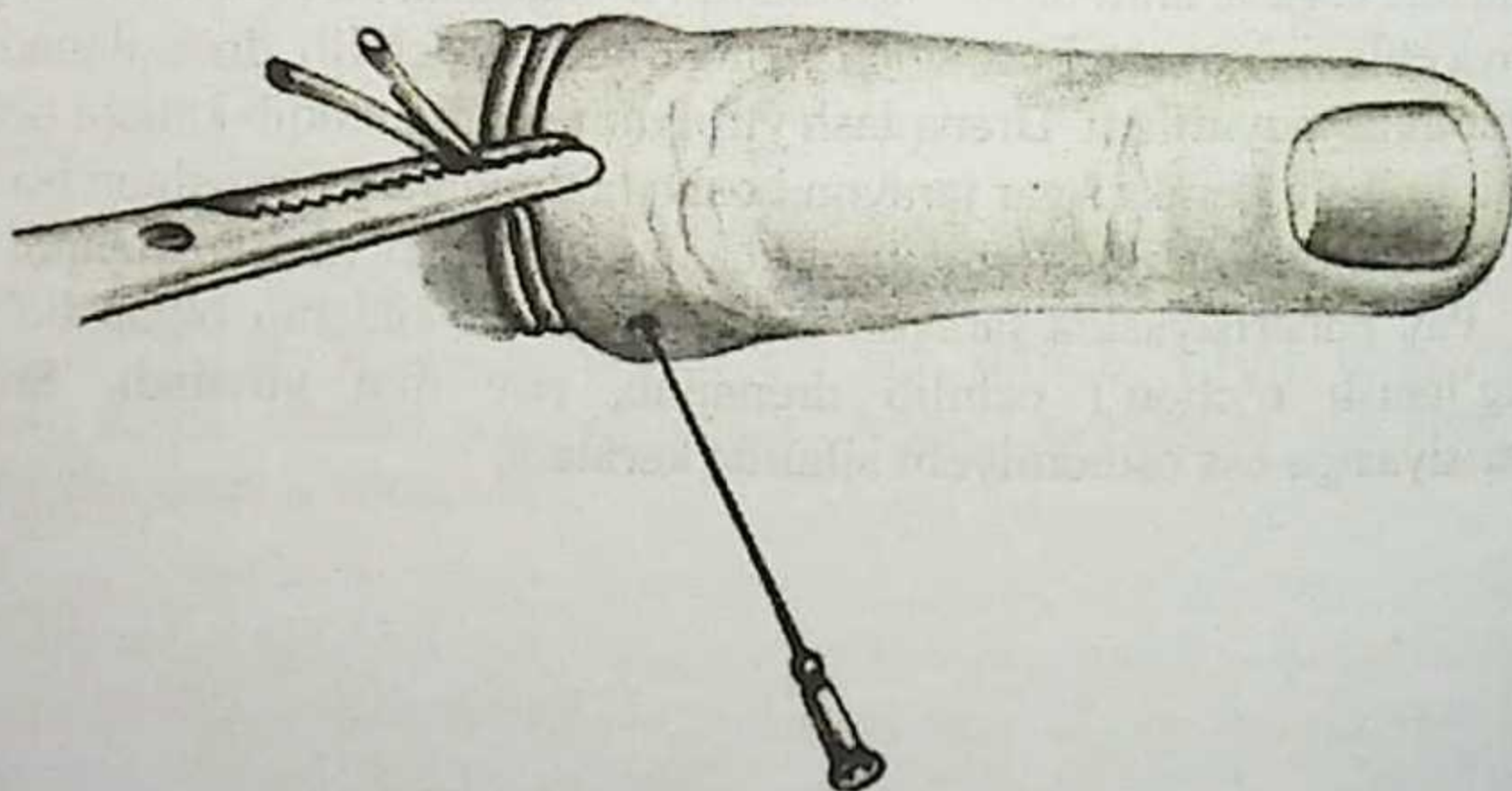
novokain eritmasi kaft tamonga qaratib sekinlik bilan yuboriladi (5 – rasm);

- xudi shunday usulda barmoqning tashqi-lateral tamonidan ham anesteziya o'tkaziladi;

- 3-5 mino'tdan so'ng to'lik anesteziya bo'ladi;

- kerakli operatsiyalar o'tkaziladi;

- tugatilgach – jgo't yechiladi.



Lukashevich-Oberst usulida anesteziya.

- asoratlar: qon-tomir va nervlarni shikastlanishi, anestetik moddani qonga qo'yilishi, anestetik moddaga anafilaktik reaksiya.

### **Abssessni ochish**

- ko'rsatmalar: turli joylashgan teri osti chegaralangan yiringli o'chok – abscess borligi;
- kerakli asbob va materiallar: mahalliy anesteziya uchun steril shpris va igna, 1-% novokain, skalpel, qisqich, rezinali chiqarg'ich, antiseptik eritmalari, 10% xlorid-natriy eritmasi, steril shariklar, salftkalar, 2% - yod va 70° spirt eritmasi;
- bemorning ota-onasiga operatsiya maqsadi va moxiyatini tushuntirish;
- kerakli instrument va materiallarning tayyorligini tekshirish;
- qo'llarga ishlov beriladi (qo'llar iliq suv oqimi ostida sovun bilani yuviladi, steril salftka bilan artilib 96% spirt bilan ishlov beriladi), steril perchatkalar kiyiladi;
- operatsiya maydoni 2% yod va 70° spirt bilan ishlov beriladi;
- 1%- novokain eritmasi bilan mahalliy anesteziya yoki qisqa vaqtli umumiy og'riqsizlantirish o'tkaziladi;
- teri burmalari bo'ylab yiringli o'choq ustidan kesma qilinadi;
- to'mtok yo'l bilan abscess ochiladi va yiring chiqariladi;
- bo'shlik antiseptiklar bilan sanasiya qilinadi;
- bo'shliqqa rezinali drenaj-chiqargich qo'yiladi;
- gipertonik eritmalar (10% xlorid natriy yoki 25% magneziya eritmasi) bilan aseptik bog'lam qo'yiladi;
- operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish uchun analgin tabletkasi va ko'rsatmalar asosida antibiotiklar va har kuni bog'lov o'tkazish tavsiya qilinadi.

### **Omfalitning qonservativ davosi**

#### **Kataral shakli**

- yarani keltirib chiqargan sababini aniqlab, uning og'irlik darajasini aniqlash;
- asbob uskunalar mavjudligini va ularni tayyorligini tekshirish;
- bemorni orqaga yotqizish;
- qo'llarni yuvish (10 mino't davomida, oqar iliq suv ostida, sovun va myotka bilan yuvish, 96 % spirt bilan qo'lga berish, timoq orasini yod nastoykasi bilan artish);
- steril perchatkalarni kiyish;

- operatsiya maydonini 5% yod va 96 % spirt bilan 2 martadan ishlov berish;
- yara nektorik to'qimalardan tozalanadi;
- yara vodorod peroksidi va kaliy permanganat yoki "Betadin" bilan yuviladi;
- zararlangan yuzaga artish, antibiotiklarni novokainli eritmasi bilan kiritish (yoshiga mos dozirovkada), fizioterapiya qo'llanilishi;
- asseptik bog'lam qo'yiladi.

### **Flegmonoz shakli**

- yarani keltirib chiqargan sababini aniqlab, uning og'irlik darajasini aniqlash;
- anestetiklarga va antibiotiklarga javoban allergik reaksiyani rivojlanishini, yomon sifatli gipertermiya asoratlarini onasidan aniqlab bilish;
- asbob uskunalarni mavjudligini va ularni tayyorligini tekshirish;
- bemorni orqaga yotqizish;
- qo'llarni yuvish (10 mino't davomida, oqar illiq suv ostida, sovun va shoyotka bilan yuvish, 96 % spirt bilan qo'lga berish, timoq orasini yod nastoykasi bilan artish);
- steril perchatkalarni kiyish;
- operatsiya maydonini 5% yod va 96 % spirt bilan 2 martadan ishlov berish;
- yara atrofi steril materiallar bilan yopiladi va mahalliy anesteziya ostida reviziya qilinadi yarani nekrotik to'qimalardan tozalanadi;
- yara vodorod peroksidi va kaliy permanganat yoki "Betadin" bilan yuviladi;
- zararlangan yuzaga artish antibiotiklarni novokainli eritmasi bilan kiritish (yoshiga mos dozirovkada), fizioterapiya qo'llanilishi;
- asseptik bog'lam qo'yish.

### **KLASTER**

(Klaster - to'tam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot haritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitusiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'ylash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

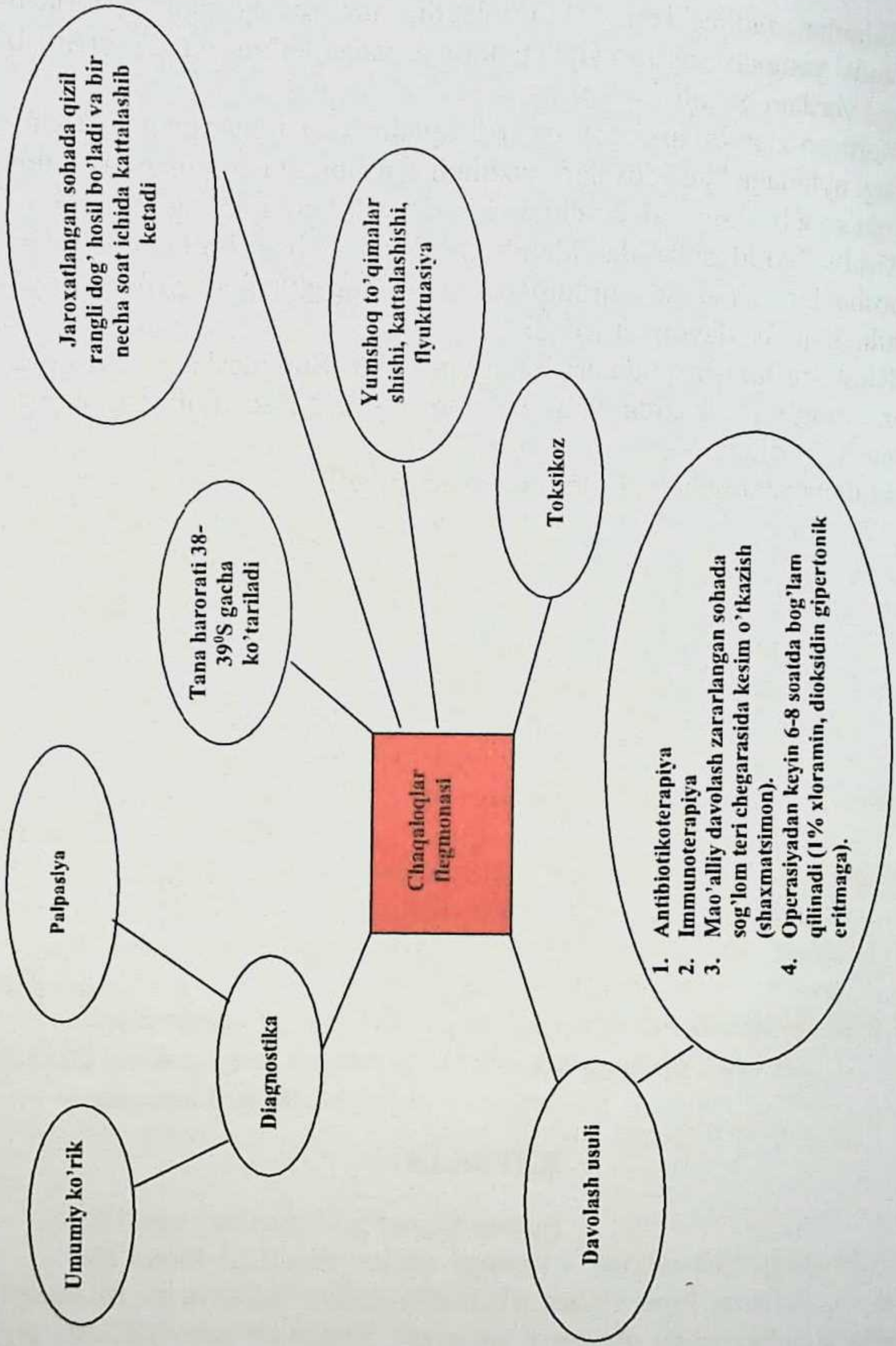
Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assosiasiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

Kalit so'zlar bilan assosiasiya bo'yicha yon tomonidan kichkina hajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi – ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga bog'laniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.



## MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAHLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI

*(Patogenezni tushuntirish uchun makbo'l.)*

«Nima uchun?» sxemasi «Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

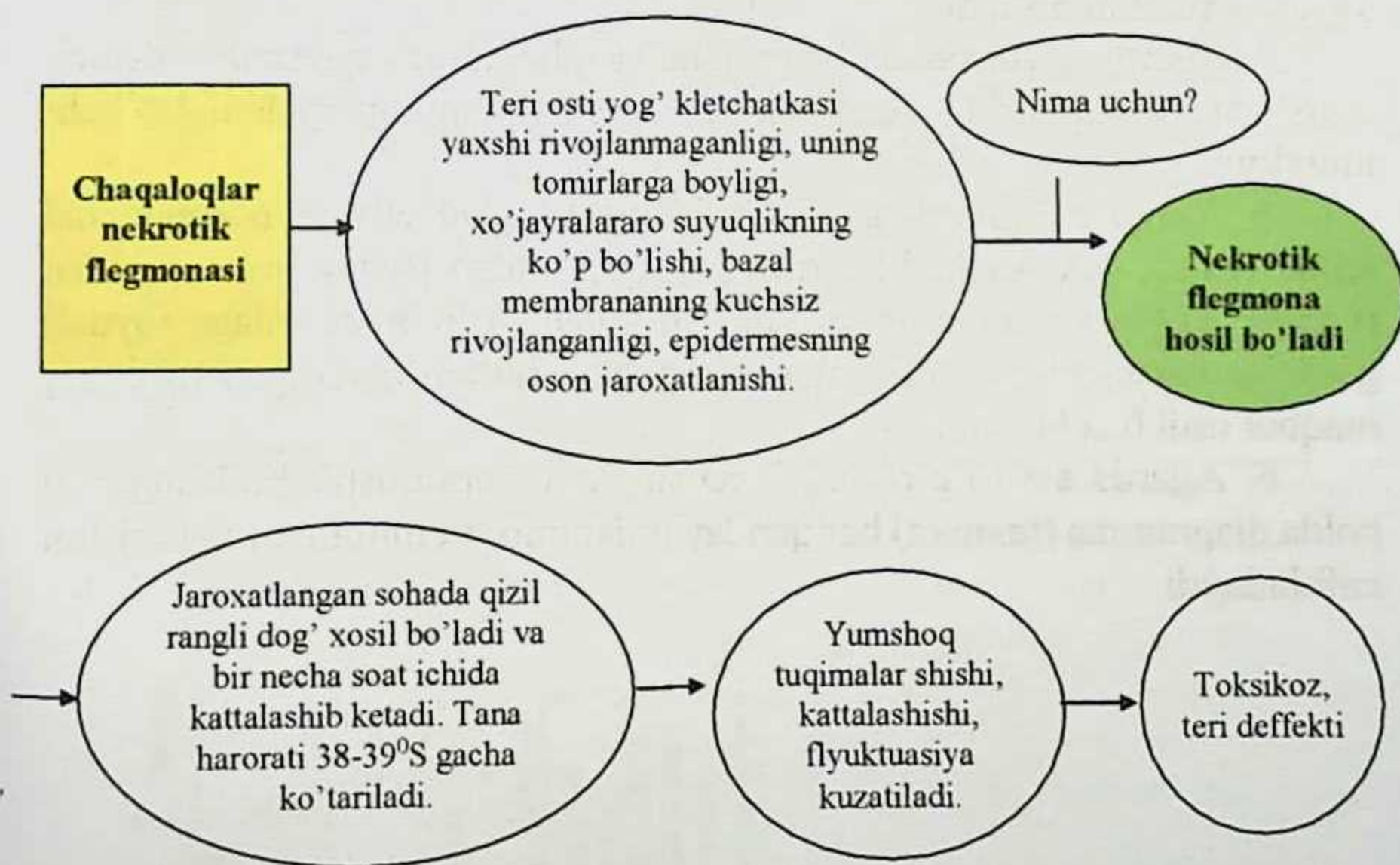
«Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari.

1. Qanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turtburchakdan foydalanishingizni izingiz hal etasiz.

2. Mulohazalar sxema – zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) o'zingiz tanlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yo'nalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha.

Chaqaloqlar nekrotik flegmonasida nima uchun o'lim ko'p uchraydi?



**«Qanday?» diagrammasini qurish qoidalari:  
(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Ko'p hollarda sizga muammolarni hal etishda «Nima qilish kerak?» xaqida o'ylashga xojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak?» qabilida bo'ladi. «Qanday?» - muammoni hal etishda asosiy savol hisoblanadi.

«Qanday?» iyerarxiya diagrammasi muammo haqida Butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imkon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda «Qanday?» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni hal etishning barcha imkoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham o'rganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni hal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ro'yxatiga mos keladi.

2. O'ylamay, baholamay va ularni o'zaro solishtirmay tezlikda barcha g'oyalarni yozish lozim bo'ladi.

3. Diagramma hych qachon tugallanmaydi: o'nga yangi g'oyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

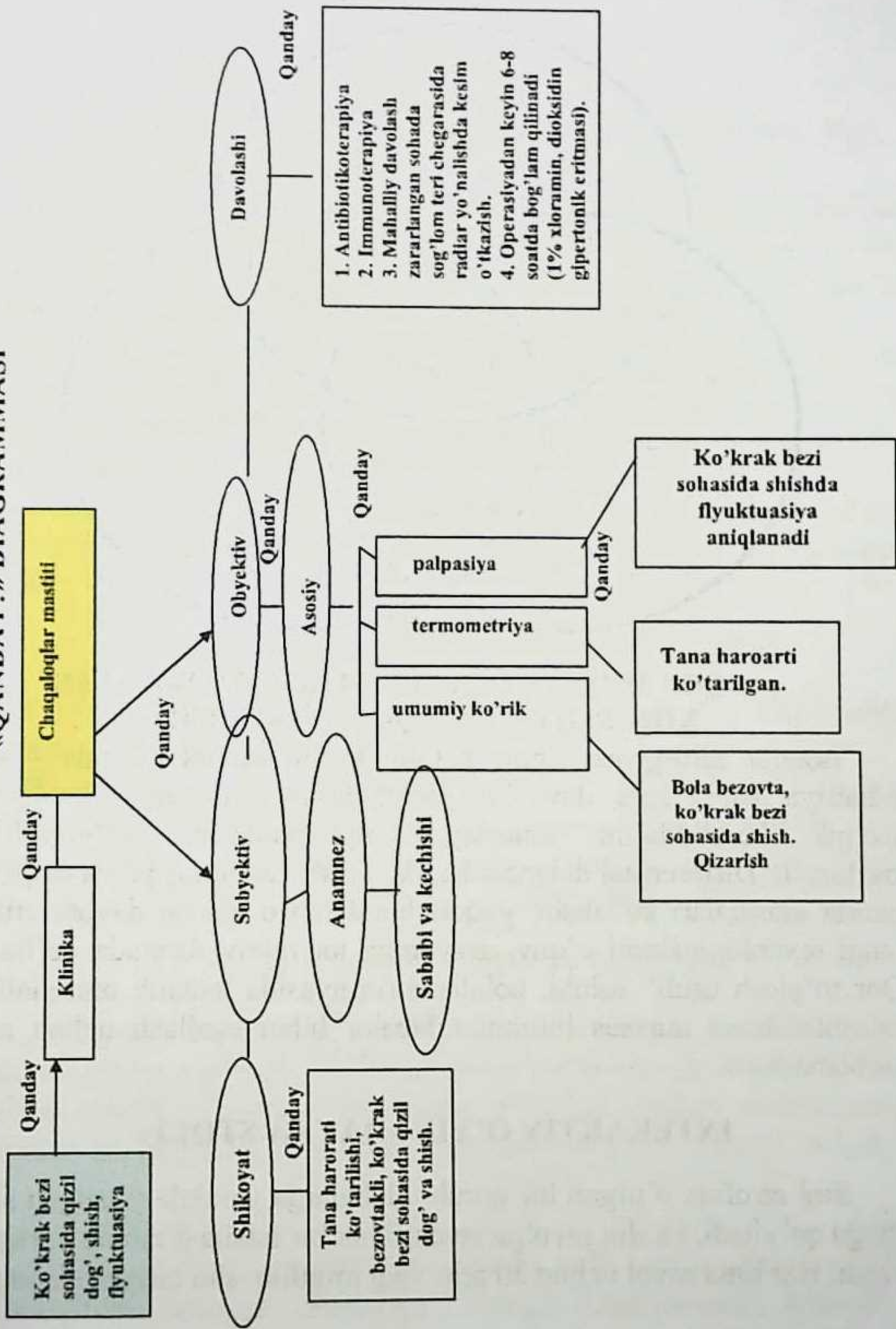
4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni hal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi g'oyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni o'zingiz hal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda to'ting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali g'oyalar va muammo yechimlarini topishga imkon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

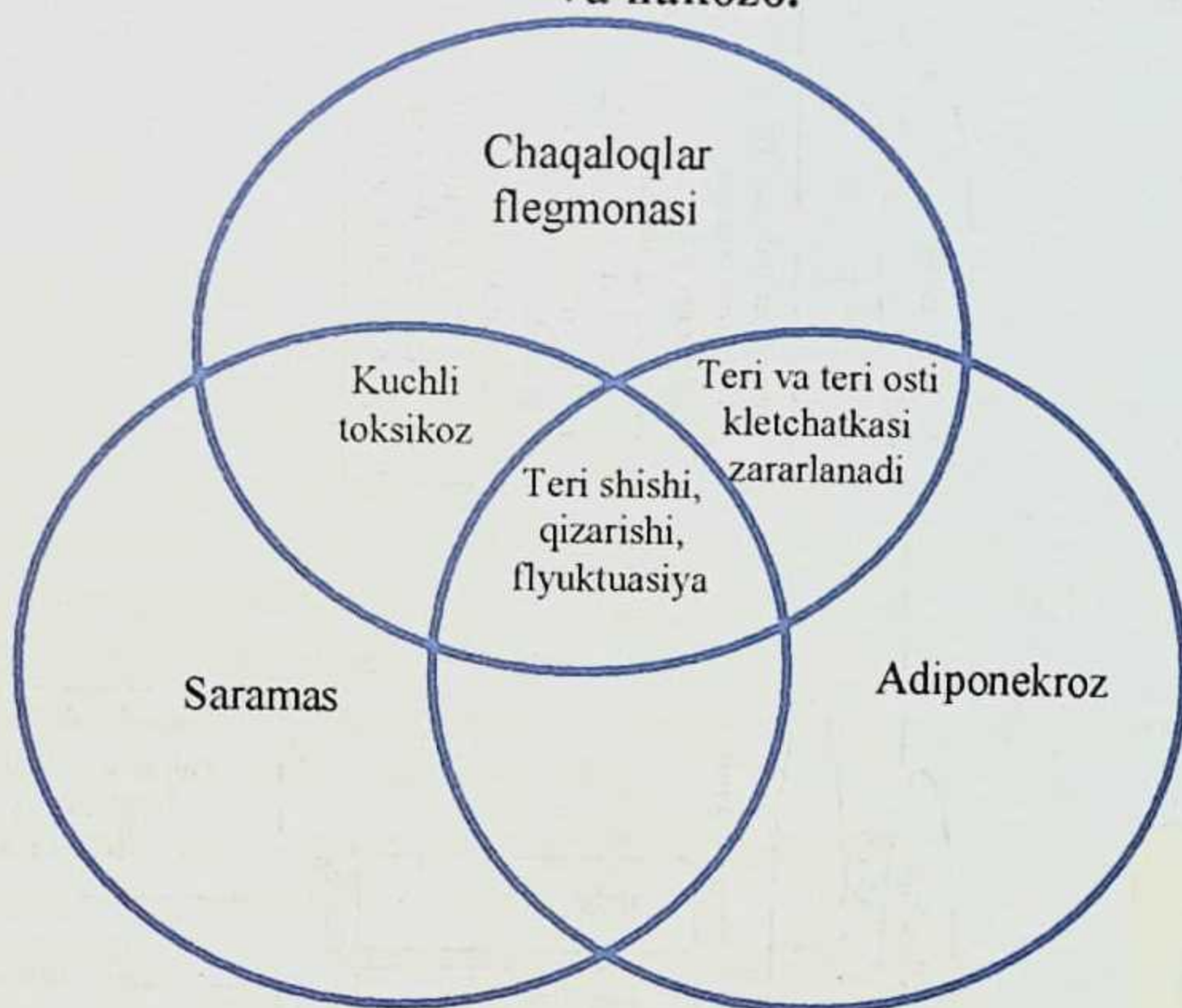
6. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo yechimini topib berishni kafolatlaydi.



# «QANDAY?» DIAGRAMMASI



Venn diagrammasi yechimi :  
 Mazkur holatda uchalasiga o'xshashlik - qusish;  
 2- tasiga o'xshashlik : hansirash yoki ko'karish ...  
 va hakoza.



### **“QOR TO’PLASH USULI” USLUBINING BOLALAR XIRURGIYASIDA QO’LLANILISHI**

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta’lim muassasalarida 4 kurs pediatriya va 5 kurs davolash fakultetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiy simptomatikasini o’rganishidan boshlanadi. Differensial diagnostika, davolash, reabilitasiya va dispanser nazorat masalalari ko’rilishi, yuqori kurslarda o’rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o’quv jarayoniga interaktiv formada qo’llash - „Qor to’plash usuli“ uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o’zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallash uchun zarur hisoblanadi.

### **INTERAKTIV O’YIN «DAVRA STOLI»**

Stol atrofida o’tirgan bir guruh talabalarga varakda yozilgan savol o’rtaga qo’yiladi, va shu savolga javobni har bir talaba o’zining varag’iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga

5-ta savol beriladi. O'yin tugagandan keyin har bitta talabanning ushbu ishi ko'rib, baholanadi: noto'g'ri javoblar o'chiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o'yinni ham yozma, ham og'zaki tarzda o'tkazish mumkin.

### **«QOPDAGI MUSHUK» KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «Qopdagi mushuk» konkursidir.

Bu usul talabanning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informasialarni mustahkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

O'qituvchi savollar yozilgan kartochkalarni maxsus qopchaga solib oldindan tayyorlab quyadi. Konkurs qatnashchilari qopdan kartochkalardan olib, cheklangan vaqt mobaynida savollarga javobni yozma tarzda beradi.

Talabanning ishining qonsultantlar tekshiradi. Mashg'ulotning so'ngida qonsultant tuplangan ballar va eng yaxshi ko'rsatgichga erishgan talabari e'lon qiladi.

### **«STOL O'RTASIDAGI RUCHKA» KONKURSI**

Interaktiv ko'rinishdagi yangi texnologik usullardan biri – «Stol o'rtasidagi ruchka» konkursidir.

Bu usul talabanning fikrlash doirasini kengaytiradi, mavjud bo'lgan cheklanishlardan ozod qiladi, o'qitish intensevligini oshiradi, yangi informasialarni mustahkamlaydi, oraliq nazorati yoki bir mavzu bo'yicha bilimlarni tekshirish sifatida qo'llash mumkin.

### **«UCH POG'ONALI SUHBAT» USULIDA**

„Uch pog'onali suhbat“ uslubi kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'yicha ishlash uchun 3 kishilik guruhlar tuzish, birbiriga ishonchni o'rnatish, ochiq muhokamaga to'sqinlik bo'layetgan psixologik bosimni yengish, vaqtini belgilash shart.

Har bir guruhda „vrach“, „bemor“, „ekspert-VOP“ rollari taqsimlanadi. Baholay oladigan o'qituvchi yoki talaba „ekspert-VOP“ roliga bo'lishi mumkin. „Bemorga“ xirurgik kasallik nomi aytiladi va

talaba og'zaki yoki yozma ravishda ma'lumot berishi kerak. „Vrach“ berilgan malumotlarga qarab to'g'ri diagnoz ko'yishi kerak, „ekspert-VOP“ – ishning tug'riligini baholaydi. Guruh ishtiroqchilarini ishini baholanishi uch bo'limda yeziladi:

1. nima to'g'ri qilindi;
2. nima noto'g'ri qilindi;
3. qanday qilish kerak edi.

Hamma mashg'ulot ishtiroqchilari oldida har bir guruh o'z qonsultasiyasini ekspert hulosasi bilan namoysh etadi. Boshqa variant – talabalar ekspertlar rollarida poliklinikada vrach va bemor xaqqoniy qonsultasiyasida Butun guruh va pedagog muhokama qiladilar.

### VAZIYATLI MASALALAR

1. 8 kunlik bolani umumiy ahvoli yomonlashib qoldi. Kuchli toksikoz, tana harorati  $37,8^{\circ}\text{S}$ , emishi sust, qorni biroz dam, ahlati suyo'q. Bel sohasida  $8 \times 6$  sm. hajmidagi yumshoq to'qimalar giperemiyasi va infiltrasiyasi aniqlanmokda. Terisi issik, shishgan, og'riqli. Badanida yiringli o'choqlar aniqlanadi, kindik yarasi keng, fibrinoz qoplamalar bilan. Umumiy qon tahlili: leykositoz  $12,5 \times 10^9 / \text{l}$ , tayoqchasimon neytrofillar 8%, neytrofillar 28%, eozinofillar 2 %, limfositlar 52%, monositlar 10 %, EKT 6 mm/s.

Sizning taxminiy diagnozingiz, tekshirish rejasi, differensial diagnostika, davolash taktikasi?

2. 5 kunlik bolani umumiy ahvoli yomonlashib qoldi. Kuchli toksikoz, tana harorati  $38,8^{\circ}\text{S}$ . Bola lanj. Qorinni pastki qismi va oraliq sohasida teri qizargan, issiq, taxtasimon taranglikda, og'riqli. Umumiy qon taxlili: leykositoz  $16,3 \times 10^9 / \text{l}$ , tayoqchasimon neytrofillar 32%, neytrofillar 51%, eozinofillar 0 %, limfositlar 11%, monositlar 6 %, EKT 6 mm/s.

Sizning taxminiy diagnozingiz, tekshirish rejasi, differensial diagnostika, davolash taktikasi?

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

1. Bolalarda mahalliy yiringli infeksiyon jarayonning kechishida harakterli emas:

- a. qon ketishi
- b. nekroz va shishning tez yuzaga kelishi

- c. mahalliy fagositar reaksiyaning pasayishi
- d. infeksiya tarqalishiga moyillik
- e. yallig'lanish maxsulotlarining mahalliy uchokdan qon va limfalarga rezorbsiyasi.

2. Omfalitda qaysi klassifikasiya qo'llaniladi?

- a. O'tkir, o'tkir osti, surunkali
- b. Klinik oldi, klinik, post klinik
- c. Oddiy, flegmonoz, nekrotik shakli
- d. Chegaralangan, tarqalgan,
- e. Asoratlangan, asoratlanmagan

3. Yiringli infeksiyon jarayonlarni davolashda asosiy masalalaridan biri bo'lib hisoblanadi:

- a. Dietoterapiya
- b. Organizm himoya kuchlarini tiklash va stimullash
- c. Antibiotiklar bilan kompleks davolash
- d. Qoni ultrabinafsha nuri orqali nurlantirish, lazer davolash va immunizasiya

e. Og'riqsizlantirish

4. Limfadenitning og'ir toksikoz va yuqori temperatura bilan kechishida qaysi davo choralari to'g'ri hisoblanadi?

- a. Qonservativ davo
- b. Zudlik bilan operatsiya qilish
- c. O'tkir xirurgik infeksiyaga qarshi prinsip asosida
- d. Antibakterial terapiya
- e. Fizioterapevtik

5. 25 kunlik chaqaloq kasallik o'tkir tana haroratining yuqori bo'lishi bilan ( $39-40^{\circ}\text{S}$  gacha) yuz terisida chegarlari aniq giperemiya paydo bo'lishi, og'riqni ayniqsa periferiya bo'ylab og'riqli, tez tarqaldi. O'choqda teri rangi tuk asal rangida. Sizing tashhisingiz.

- a. Chaqaloqlar flegmonasi
- b. Maserasiya
- c. Saramas
- d. Omfalitning nekrotik formasi
- e. Tananing psevdofurunkulyozi

6. Yiringli yallig'lanish jarayonlarining bolalarda kechishida o'ziga xosligi

- a. Tez tarqalish, nekrozning hosil bo'lishi va jadal kechishi
- b. Tez tarqalish, tana harorati ko'tarilishi, ich ketishi

- c. Tana harorati ko'tarilishi, ich qotishi, tez-tez to'tqanok to'tishi
- d. Sekin tarqalish, tana harorati ko'tarilishi, nekroz
- e. Tana haroratining ko'tarilishi, yengil kechishi, nekroz
- 7. Chaqaloqlar flegmonasining asosiy qo'zgatuvchisini ayting.
  - a. Virus
  - b. Soddaliylar
  - c. Stafilokokk
  - d. Chaqaloqlar saprofit florasini
  - e. Ichak tayoqchasi
- 8. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishida anatomik hususiyati
  - a. Ter bezlarining to'liq rivojlanmasligi
  - b. Infeksiya kirish yo'li kindik orqali
  - c. Derma muguz qavatining sust rivojlanganligi
  - d. Kichik qon aylanish doirasini qayta tiklanishi
  - e. Pishloqsimon massaning bo'lishi
- 9. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishida anatomik hususiyati.
  - a. Yaxshi funksiyalashgan ter bezlari
  - b. Teri osti yog'' qavati bilan qon tomirlar o'rtasidagi anastomozlar bo'lmasligi
  - c. Timok plastinkasining sust rivojlanganligi
  - d. Teri tuklarining erta to'qilishi
  - e. Issiqlik boshqarish markazining rivojlanmaganligi
- 10. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasining birlamchi yallig'lanish jarayonining joylashish joyi.
  - a. Teri
  - b. Teri osti yog'' qavati
  - c. Shilliq pardalar
  - d. Teri limfa tomirlari
  - e. Periferik venoz turi
- 11. Chaqaloqlar flegmonasida mahalliy jarayon uchun tipik joylashish joyi.
  - a. Kindik oldi soha
  - b. Oldingi ko'krak qafasi
  - c. Yuz
  - d. Tananing orqa qismi
  - e. Tananing ochiq qismi
- 12. Bolalarda tanasining qaysi qismida chaqaloqlar flegmonasi kuzatilmaydi?

- a. Qulok oldi sohasi
- b. Bo'yin
- c. Qo'l va oyoqning kaft qismi
- d. Boshning sochli qismi
- e. Jinsiy a'zolar

13. Chaqaloqlar flegmonasida mahalliy yallig'lanish jarayoni uchun harakterli belgilarni ko'rsating.

- a. Qon qo'yilishi
- b. Giperemiya
- c. Og'riqsizligi
- d. Terining ho'l bo'lishi
- e. Qon ketishi

14. Chaqaloqlar flegmonasi qo'yidagi qaysi kasalliklar bilan qiyosiy tashhis qilinadi?

- a. Psevdofurunkulez
- b. Epifizar osteomiyelit
- c. Saramas
- d. Gemangioma
- e. Terining dermoidli hosilasi

15. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi bilan og'rigan bemorda uchoqda manipulyasiya to'g'ri o'tkazish qoidasini ko'rsating.

- a. Jaroxatni rezin chiqargich bilan drenajlash
- b. Keyinchalik antibiotik kirgizish maqsadida mikroirrigator bilan drenajlash
- c. Gipertonik eritmali bog'lam
- d. Teri osti yog'' qavatidagi kur chuntaklarni asbob orqali ochish
- e. Jaroxatni kesgandan keyin tipiklashtarish

16. Chaqaloqlar flegmonasida optimal kesim davomiyligi qanaqa?

- a. To 0,5 sm
- b. 0,5 – 1,0 sm
- c. 1,0-1,5 sm
- d. 1,5-2,0 sm
- e. 2,0 smdan yuqori

17. Bemorda chaqaloqlar nekrotik flegmonasida operatsiyadan keyingi davrining asosiy choralari nima hisoblanadi?

- a. Jaroxatga bir so'tkadan keyin bog'lam qo'yish
- b. 1 so'tkadan so'ng har ko'ngi yuvish
- c. 6-8 soatdan keyin bog'lam qo'yish

- d. Drenaj holati
  - e. Gemodinamik qo'rsatkichlarni har soatda kuzatuv
18. Chaqaloqlar flegmonasi asoratini ko'rsating.
- a. Oldingi o'choq urmmda yaqqol tasvirlangan qon tomir surati
  - b. Terining depigmentasiyasi
  - c. Yaqqol tasvirlangan chandiqli deformasiyasi
  - d. Teri osti yog'' qavatining bo'lmaganligi tufayli uni cho'kishi
  - e. Teri va teri osti yog'' qavatining tez-tez yiringlashishi
19. Chaqaloqlar omfaliti uchun nima harakkerli?
- a. Kindik qoldig'ining infesirlashishi
  - b. Bakteriyalarga moyillik, kindik tomirlarining bitmasligi
  - c. Kattalashgan kindik tomirlarining paypaslanishi
  - d. Krasnabayev simptomining musbat bo'lishi
  - e. Yuqoridagilarning hammasi
20. Nospesifik yiringli yallig'lanish jarayonlarini chaqiruvchi mikroorganizmlar guruhi
- a. Stafilokokk, streptokokk, oqish treponema
  - b. Streptokokk, ichak tayoqchasi, Kox tayoqchasi
  - c. Ichak tayoqchasi, streptokokk, rekketsiya,
  - d. Stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi, protey
  - e. Protey, shigella, stafilokokk, streptokokk
21. Nekrotik flegmona bolalarda ko'pincha uchraydi
- a. Hayotining 1 kunida
  - b. Chaqaloqlik davrida
  - c. To 1 yoshgacha
  - d. Maktabgacha bo'lgan yoshda
  - e. Maktab yoshida
22. Nekrotik flegmonaning klinik formalarini ko'rsating
- a. Oddiy, toksikoseptik
  - b. Oddiy, nekrotik
  - c. Nekrotik, flegmonoz
  - d. Mahalliy, gangrenoz
  - e. Flegmonoz, gangrenoz
23. Nekrotik flegmonada operativ uslubni ko'rsating
- a. Yarim oysimon kesim
  - b. Keng lampas kesim
  - c. Radial kesim
  - d. Ko'p sonli kesimlar



e. Kontrapetür kesimlar

24. Nekrotik flegmonalarni bog'lamida qo'llaniladigan eritmalar

a. 40% glyo'qoza

b. 40% sergozin

c. 10% kalsiy xlor

d. 25 magneziy sulfat

e. 40% urotropin

25. Qaysi barmoqlar yiringli jarayonida Pirogov bo'shlig'iga o'tish havfi bo'ladi?

a. 2-3 barmoqlar

b. 2-3-4 barmoqlar

c. 3-4 barmoqlar

d. 2-4 barmoqlar

e. 1-5 barmoqlar

26. 5 yoshli bolada qosh usti sohasida absseDIRlanuvchi furunkul.

Sizning taktikangiz

a. Malhamli bog'lam

b. Yiringni punksiyalash, so'rib olish

c. Operasiya, antibiotiklar

d. Kuzatuv

e. QuruQ bog'lam

27. Adenoflegmona bu... yallig'lanishi

a. Terini yallig'lanishi

b. Teri osti yog'' qatlami

c. Teri va yog'' bezlari

d. Limfa tugunlari

e. Limfa tugunlar atrof to'qimalar bilan birgalikda

28. PsevdoFurunkulyoz bu... yallig'lanishi

a. Soch xaltasining

b. Teri osti yog'' qavatining

c. Limfa tugunlarining

d. Teri va yog'' bezlarining

e. Bir vaqtni uzida bir nechta soch xaltasining

## 9 MAVZU: Bolalarda qorinning va qorin orti a'zolar shikastlanishlari .

**Mavzuning dolzarbligi:** Bolalarda qorinning yopik shikastlanishlari bemor hayoti uchun jiddiy xavf to'g'irishi mumkin. Bolalarda qorinning yopik shikastlanishlarini o'z vaqtida to'g'ri tashxislash va optimal davolash taktikasini qo'llash vrachlandan chuqur bilimni talab qiladi.

### **Mashg'ulot vazifalari:**

1. Bolalarda uchraydigan nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasi haqida bilim olish.
2. Tug'ma nuqsonlar va anomaliyalar bilan tug'ilgan bolalarni klinik ko'rik va tekshiruvdan o'tkazishni o'rganish.
3. Bola hayotiga xavf soluvchi nuqsonlar va rivojlanish anomaliyalarining diagnostik algoritmini o'rganish.
4. Rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari va ularning asoratlarini xirurgik davolash prinsiplari bilan tanishish.
5. Umumiy vrachlik yordami usullarini rivojlanish anomaliyalari va nuqsonlari bilan bolalarning operatsiyadan keyingi reabilitatsiyasi protokoli va davolash diagnostik standartiga asoslab ishlab chikish.

**Mashg'ulot o'tkazish joyi:** rejali va shoshilinch xirurgiya bo'limi, operatsiya va kompyuter xonalari.

**Mashg'ulot maqsadi:** Xirurgik korreksiyaning talab qiladigan tug'ma nuqsonlar va rivojlanish nuqsonlari klinik diagnostikasi, davolash va bolalar reabilitatsiyasi uslublarini o'rganish.

## **BOLALARDA QORIN VA QORIN ORTI A'ZOLAR SHIKASTLANISHLARI**

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishlari bolalarda hamma shikastlanishlar orasida 3% tashkil qiladi va qorin, orqa sohalariga qattiq zarba bo'lganda, avtomobil travmasida, balandlikdan yiqilganda, ezilganda kuzatiladi. Abdominal travma 5 – 6 yoshdan 12 – 13 yoshgacha bolalar o'rtasida ko'proq uchraydi. Ichki a'zolarining deyarli har qanday shikastlanishi ham bola hayoti uchun xavf tug'diradi, shuning uchun qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi bo'lgan bemorlar doimiy kuzatuv va davolash uchun xirurgik stasionarga yotqizilishi shart. Parenximatoz a'zolarining shikastlanishi (jigar, taloq) qorin bo'shlig'iga qon ketish bilan kechadi, kovak organlarning shikastlanishi esa

peritonitga olib keladi, shuning uchun bu patologiyani o'z vaqtida diagnostika qilish va samarali davolash usullarini tanlash juda muhim. Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi tashqi tomondan berilgan kuch ta'siri ostida yuzaga keladi. Bunga ko'pincha avtohaloqat sabab bo'lishi mumkin. Ichki a'zoning uzoq vaqt kuchayib boruvchi bosilishi natijasida ichki a'zoning yorilishi kuzatiladi. Qorinning old devoriga berilgan zarba natijasida yuza joylashgan a'zolar yoriladi. A'zolarining shikastlanishining darajasi va turi ularning travma vaqtidagi ahvoriga bog'liq. Qorin devorining mushaklarini aktiv taranglashishi ichki a'zolarini saqlaydi. Patologik o'zgarishlar bo'lgan organda yengil travmalar ham og'ir shikastlanishlarga olib keladi.

Ichki organlarning har qanday shikastlanishi, deyarli hamma hollarda bola hayoti uchun xavf tug'dirib, shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiladi. Shuning uchun bu bemorlar xirurgik stasionar sharoitida doimiy kuzatuv va davoga muhtojdirlar.

**Klinika va diagnostika.** Ichki a'zolar shikastlanishining doimiy simptomlaridan biri bu og'riq, uning lokalizatsiyasi ko'p hollarda shikastlangan o'choqni ko'rsatib beradi. Kovak organning shikastlanishida bolalar qorinning hamma sohalaridagi kuchli og'riqqa shikoyat qiladi, bunda aniq og'riq lokalizatsiyasi yo'q. Parenximatoz organlarning shikastlanishida unchalik kuchli bo'lmagan, chap (taloq) yoki o'ng (jigar) qovurg'a ostidagi og'riq kuzatiladi. Qon qorin bo'shlig'ining ichiga tarqalganda og'riq ham tarqalgan bo'ladi, ammo zararlangan organning sohasida kuchliroq bo'ladi. Bolalar og'riq yelka yoki ko'rak sohalariga irradiasiya qilishiga ham tez-tez shikoyat qiladi (Frenikus-simptom). Og'riq va uning irradiatsiyasi chuqur nafas olganda va harakatlenganda kuchayadi.

Qo'sish va o'g'jish parenximatoz organlar jaroxatlanganda doimiy simptom hisoblanadi, ular travmadan bevosita keyin yoki bir necha soat o'tib kuzatilishi mumkin.

Parenximatoz organi shikastlangan bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplamlarining oqimtir bo'lishi, tilning quruqligi, qorin oldingi devorining nafas olishda sust ishtirok etishi kuzatiladi. Odatda bemor to'shakda majburiy holatni egallaydi. Travma olgan bola kamharakat bo'lib qoladi. o'ziga qulay joylashib, bemor o'z holatini o'zgartirishni xoxlamaydi va shikastlangan organi tomoniga yotishga harakat qiladi ("vanka-vstanka" simptomi).

Arterial qon bosimining dinamikada kuzatish ichki qon ketishning darajasini aniqlashda to'liq ma'lumot berolmaydi, chunki bolalarda uzoq vaqt davomida arterial bosim bir meyorda ushlanib turishi mumkin. Dinamikada puls tezligini oshishi ko'proq aniqlik kiritadi.

Jigar, taloqning alohidagi shikastlanishida qorin oldingi devori mushaklarining taranglashishi kuchsiz bo'lib o'ng yoki chap epigastral sohalarida kuzatilishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida to'qilgan qonning tarqalishi bilan mushaklar taranglashishi ham tarqalgan bo'ladi. **Wyetkin-Blyumberg** simptomi parenximatoz organlarning shikastlanishida juda sust bo'ladi va bu holat qorin pardasining qonga bo'lgan reaksiyasi oqibatida kelib chiqadi. Organning kapsulasi Butunligi buzilmaganda yoki gematoma organning ichida joylashganda **Wyetkin-Blyumberg** simptomi aniqlanmaydi. Qorin bo'shlig'iga qon ketganda, qorinni paypaslaganda kuchli og'riq va shu vaqtni o'zida kuchsiz mushaklar taranglashishi kuzatilishi mumkin – **Kulenkamfa** simptomi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining yopiq shikastlanishi bilan kelgan bemorlarda UZI va rentgenologik tekshirish o'tkazilishi shart. Kovak organ shikastlanganda qorin bo'shlig'i obzor rentgenogrammasida diafragma ostida erkin gaz aniqlanadi.

**Taloqning** shikastlanishi bolalar o'rtasida eng ko'p uchraydigan patologiya hisoblanadi. U qorin bo'shlig'i organlari shikastlanishining 50 % ni tashkil qiladi. Taloqning shikastlanishi jigar, buyrak va ichaklarning jarohatlanishi bilan birgalikda kechishi mumkin. Taloq yorilganda ichki qon ketish belgilari asosiy o'rinda turadi. Bemor oqarib ketadi, pulsi tezlashadi va sustlashadi. Qon bosimi va gemoglobin miqdori tushib ketadi. Esnash (kislород yetishmasligi), qorin hajmining kattalashib ketishi kuzatiladi. Umumiy simptomlar bilan birgalikda mahalliy simptomlar ham kuzatiladi. Agar bemor xushida bo'lsa, qorning chap tomonida og'riqqa shikoyat qiladi. Og'riq chap ko'rak sohasiga irradiasiya beradi. Ba'zan qorinning oldingi devori mushaklari taranglashadi. Teridagi tinalgan, ezilgan, qon quyilgan yaralar va ularning joylashuvi diaqnoz qo'yishda katta ahamiyatga ega.

Bemorning to'shakdagi holati majburiy bo'lib, u shikastlangan tomonga qarab yotadi. Ichki qon oqishida og'riqning qorin oldingi devorining taranglashuvi bilan nomo'tanosibliqi kuzatiladi. Bu **Kulenkampf** simptomining musbatligidan dalolat beradi.

Veynert belgisini tekshirish uchun xirurg bola bel sohasining yuqori qismini 4 ta barmog'ini umurtqa pog'onasiga qaratgan holda bosh

barmoqlari bilan qorinni qisadi, bunda chap tomonlama qorin mushaklarining qarshiligi seziladi. Bu belgi taloq shikastlanganda musbat bo'ladi.

Laborator tekshirish usullari diagnozni aniqlashga imkon beradi. Taloq shikastlanganda leykositoz harakterli hisoblanadi. Travmadan 8 – 12 soat o'tib leykositoz o'sib boradi. Taloq shikastlanganda va qorin bo'shlig'iga qon oqqanda obzor rentgenografiyada va rentgenosqopiyada qorin bo'shlig'ining gomogen qorayishi kuzatiladi.

**Jigarning** shikastlanishi qorin bo'shlig'i a'zolari shikastlanishining 5 – 25 % ni tashkil qiladi. Bu holat 6 – 12 yoshli bolalar o'rtasida ko'prok uchraydi.

Jigar shikastlanishi turli xil bo'lib, ular kapsula osti gematomasi, kapsulaning yorilishi, yuzaki yoriqlardan to chuqur yoriqlargacha bo'lishi mumkin. Ko'pincha jigarning o'ng bo'lagi shikastlanadi. Undan so'ng o'ng bo'lagi oldingi qismi va chap bo'lagi shikastlanadi. Jigar o'ng bo'lagingining pastki qismi kamdan – kam hollarda shikastlanadi. Agarda shikastlanish shu sohada uchrasa, u yerda qon tomirlari ko'pligi sababli juda ko'p qon ketishi mumkin.

Jigarning shikastlanishi uchta guruhga bo'linadi:

1. jigar shikastlanishi kapsula ostida;
2. jigarning ham, kapsulaning ham shikastlanishi;
3. jigarning markaziy shikastlanishi;

Klinik belgilarning namoyon bo'lishi jigar shikastlanishining og'irlik darajasiga bog'liq. Jigar shikastlanganda og'rik, qon ketish, shok holatiga (teri va shilliq qavatlarining oqarib ketishi, sovuq teri bilan qoplanishi, nafas olishning tezlashuvi va og'irlashuvi, pulsning tezlashuvi, arterial qon bosimining tushib ketishi, bemorning hushidan ketishi) tushishi kuzatiladi.

Kapsula osti yorilishlarida yoki chuqur gematomalarda kasallikning klinik kechishi ba'zan ikki bosqichli bo'ladi. Jarohat olgan vaqtda bemor jigar sohasida kuchli og'riq his qiladi. Vaqt o'tishi bilan og'riq kamayib, hatto yo'kolib boradi. Keyinchalik, ko'tilmaganda qorindagi og'riq kuchayib, bemor hushidan ketishi mumkin. Ichki qon ketish belgilari yuzaga chiqadi.

Agarda jigarning yakka o'zi shikastlansa bemor bola o'ng qovurg'a yoyi ostida va qorinning o'ng tomonidagi og'riqqa shikoyat qiladi. Nafas olganda va harakatlanib tana holatini o'zgartirganda og'rik kuchayadi. Kichik yoshdagi bolalarda og'rik tarqalgan bo'ladi, katta yoshdagi

bolalarda ko'proq jigar sohasida bo'ladi. Bemorning to'shakdagi holati majburiy bo'ladi: oyoqlari bukkan va qorniga tortgan holatda, "Vanka-vstanka" simptomi musbat bo'ladi.

Jigar shikastlanganda "kindik simptomi" harakterli hisoblanadi: kindikni bosib ko'rganda, jigarning yumaloq boylami tortilishi natijasida kuchli og'riq kuzatiladi.

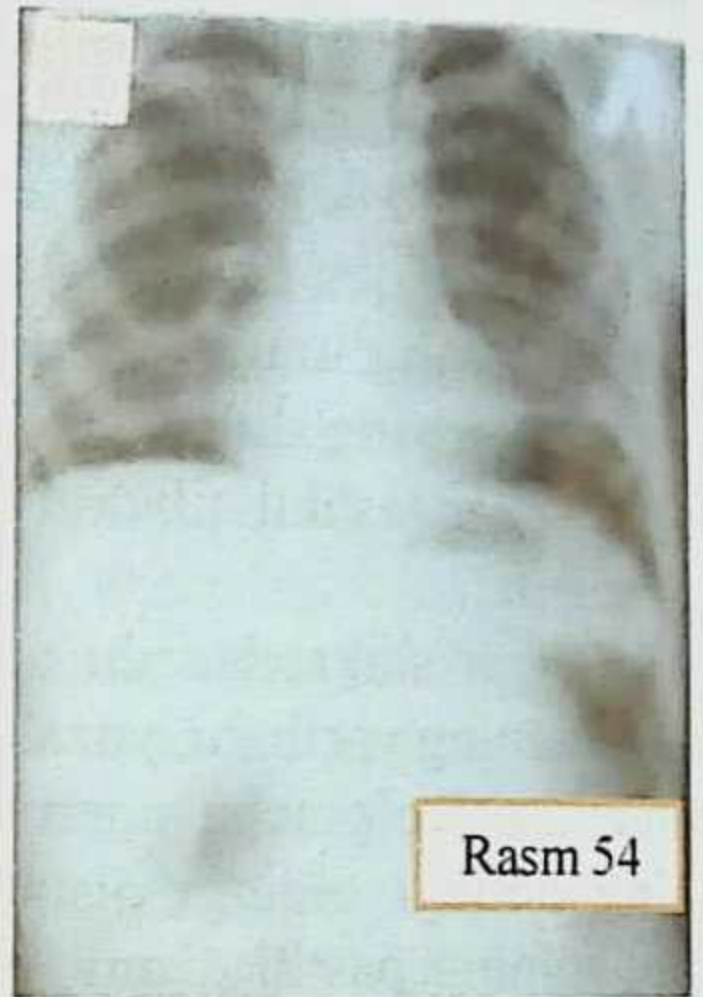
Laborator tekshirish usullari diagnozni aniqlashga imkon beradi. Jigar shikastlanganda transaminazalarning ko'payishi harakterli.

*Kovak organi* shikastlangan bolani ko'zdan kechirganda: yuz ifodasi o'tkirlashgan, rangi biroz uchgan, tili quruq va qalin karash bilan qoplangan. Qorin nafas aktida qatnashmaydi, qorin oldingi devori muskullarining tarangligi oshgan, qorin parda yallig'lanish simptomi yaqqol aniqlanadi. Peritonit, toksikoz va eksikoz belgilari kuchayib borishi bilan bemorning ahvoli juda ham yomonlashadi. Tana harorati  $37,5 - 38^{\circ}\text{S}$  gacha oshadi. Uncha yuqori bo'lmagan temperaturada puls 1 mino'tda 20 - 30 gacha tezlashadi.

Obzor rentgenosqopiyada kovak organ yirtilganda qorin bo'shlig'ida jigar va diafragma gumbazi o'rtasida erkin havo (o'roqsimon shaklda) borligi aniqlanadi.

Kovak organ jaroxatlanishi qorin parda yallig'lanishi bilan kechganda qonning oq formulasida o'zgarishlar kuzatiladi (chap tomonga siljish, leykositoz, EChT balandligi). Bioximik tahlillar, kislota-ishqor holati, suv-tuz almashinuvini aniqlash jarohatlangan bolada metabolik buzilishlar korreksiyasi va suv-tuz balansini tiklashni to'g'ri va nazorat ostida o'tkazishga imkon beradi.

Qorin bo'shlig'i organlari jarohati operativ davo o'tkazishni talab qiladi, vrach-pediatrning taktikasi bemor ahvoliga to'g'ri baho berib, o'nga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish va o'z vaqtida xirurgik stasionarga gospitalizasiya qilishdan iborat. Bemorga to'liq tinchlik holati yaratilib beriladi. Jarohat sohasiga muz qo'yiladi. Ichki qon ketishga shubha bo'lganda vena ichiga 3 - 5 ml 10 % li kalsiy xlor eritmasi, 10 - 12 ml 40 % li glyo'qoza eritmasi, mushaklar orasiga vikasol eritmasi



Rasm 54

yuboriladi. Og'riqsizlantirish maqsadida narkotik moddalar yuborish mumkin emas. Suv va ovqat berish man etiladi.

**Davo.** Qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi diagnozi qo'yilganda xirurgik davolash o'tkaziladi. Diagnozni aniqlash zaruriyati tug'ilganda qonservativ usullar qo'llanadi: mahalliy gipotermiya, shokka qarshi muolajalar, to'shak holati va doimiy kuzatuv. Agar o'tkazilayotgan tekshirishlar diagnoz qo'yishda aniqlik kiritmasa unda diagnostik laparoskopiya yoki laparosentez qo'llanadi.

## **BUYRAK SHIKASTLANISHLARI**

Bolalarning buyrak va siydik chiqarish yo'llari shikastlanishi nisbatan tez-tez uchraydi. Bular orasida birinchi o'rinni buyrakning yopiq shikastlanishi egallaydi. Ular avtohaloqatga uchraganda, yuqoridan tushib ketganda va bel sohasiga olingan travmalar natijasida kelib chiqadi. Ikkinchi o'rinda siydik chiqarish kanali va yorg'oq a'zolari turadi. Nisbatan kam shikastlanish qovuqda, siydik naylarida esa onda-sonda kuzatiladi. Maktab yoshidagi o'g'il bolalar nisbatan ko'proq shikastlanadilar. Ko'chada shikastlanish birinchi o'rinda tursa, ikkinchi o'rinda esa kundalik turmushdagi va sport natijasida shikastlanishlar turadi. Keyingi yillarda avtomobil transporti harakatlari ko'paygani tufayli bu turdagi shikastlanishlar ham ancha ko'paydi.

Bolalarda ko'pincha buyraklarning yopiq shikastlanishi kuzatiladi. Yopiq shikastlanishlar ko'krak, qorin va biqin soxalari shikastlangan bemorlarning 15—23% ini tashkil qiladi. Buyrakning yopiq shikastlanishi shikastlantiruvchi kuchning bel sohasiga bevosita ta'siri hamda yiqilganda yoki sakraganda keskin ravishda buyrak holatining o'zgarishidan kelib chiqadi. Buyrak shikastlanishi mexanizmida gidrodinamik ta'sirning ahamiyati bor. Ma'lumki, buyrak qon tomirlar bilan yaxshi ta'minlangan a'zolar qatoriga kiradi. Uning kosachalarida va jomida doimo siydik bo'ladi. To'satdan bo'lgan urilish, chayqalish natijasida suyuqlik ta'siridan radial yorilishlar yoki parchalanishlar yuzaga keladi.

Buyrak shikastlanishida urilishning kuchi, uning qaysi qismiga tegishi, buyrak atrofi biriktiruvchi to'qimasi, muskullarining rivoji katta ahamiyatga ega. Buyrakda avvaldan patologik o'zgarishlar bo'lsa (gidronefroz, pionefroz, o'sma, distopiya, taqasimon buyrak va h.k.),

kuchsiz urilishdan ham katta shikastlanish kelib chiqishi mumkin. Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar quyidagi guruhlariga bo'linadi:

- Buyrak pardasi va atrof to'qimasining shikastlanishi.
- Kosachalar va jomiga yetmagan parda osti yorilishi.
- Kosachalar va jomga yetgan parda va parenximasining yorilishi.
- Buyrakning majaqlanishi.
- Buyrakning uzilishi.

**Klinikasi.** Buyraklar shikastlanishi uchta simptom bilan harakterlanadi: og'riq, gematuriya va bel sohasida shish bo'lishi. Ko'pincha og'riq, peritoneal belgilar va gematuriya kuzatiladi. Og'riq simillagan tusda bo'lib, yo'talganda, qimirlaganda, shikastlangan joy paypaslanganida kuchayadi. Ayrim hollarda o'tkir bo'lib, xuddi sanchiqli og'riqdek chov kanaliga, tashqi jinsiy a'zolarga berilishi ham mumkin. Bu hol ko'pincha siydik yo'llariga ivigan qon laxtalari tiqilib qolganida aniqlanadi. Bemor shok holatiga ham tushib qolishi mumkin. Teri qoplamlari oqargan, sovuk ter bilan qoplangan, pulsi tezlashgan va kuchsiz to'liqlikka ega. Arterial qon bosimi pasaygan. Bemor bezovta, chanqagan bo'ladi. To'mtoq travmalarda shikastlanishning tashqi alomatlari ko'rinmaydi. Qorin va bel sohasidagi og'riq harakat vaqtida va chuqur nafas olganda kuchayishi mumkin. Paypaslaganda bel sohasi og'riqli va ba'zan bo'rtib turadi.

Og'riq ko'pincha muskullar taranglashuvi va qorin pardaning ta'sirlanishi tufayli ro'y beradi. Shikastlanishning 2-3 kunlarida muskullar bo'shashadi va buyrak sohasi bel tomondan bo'rtib chiqishi mumkin. Bu paranefral to'qimada gematoma to'planganining oqibatidir. Kichik yoshdagi bolalarda qon va ba'zan siydik buyrak atrof to'qimasida to'planib, paranefrit belgisini berishi yoki qorin bo'shlig'iga o'tib, peritonitga sabab bo'lishi ham mumkin. Ko'pgina hollarda urogematoma biriktiruvchi to'qimani fibrozga aylantirib, piyelouretal zonaning deformatsiya bo'lishiga va urodinamikaning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bemorlarda ikkilamchi piyelonefrit boshlanib, ularning ahvoli ancha og'irlashadi.

Gematuriya asosiy simptomlardan bo'lib, u har xil intensivlikda (mikroge-maturiyadan to ko'p qon oqishigacha) namoyon bo'ladi. Bu buyrak shikastlanishining og'irligidan darak bermaydi. Buyrak majaqlanganda va uzilganda gematuriya juda arzimas yoki ivigan qon evaziga siydik yo'lining obturasiyalanishidan umuman bo'lmasligi ham mumkin. Bunga buyrakda shikastlanish oqibatida reflektor oligoanuriya



va shok natijasida diurezning pasayishi ham asosiy sabab bo'lishi mumkin.

Buyrak shikastlanishiga shubha tug'ilganda shoshilinch tarzda ekskretor urografiya o'tkaziladi. Uning yordamida shikastlanish darajasi va harakteri aniqlanadi. Urogrammada buyraklar qontrasti bo'lmasa, buyraklar angiogra-fiyasi o'tkaziladi. U buyrak arteriyasi trombozini aniqlashga imkon beradi.

O'TT yordamida organning joylashishi, uning razmeri, mikrostrukturasi, buyrak atrofida gematoma borligi aniqlanadi.

Buyraklarning funksional holatiga va patologik prosesning rivojlanish dinamikasiga baho berishda radioizotop renografiyadan foydalaniladi.

*Siydik pufaging* qorin parda ichi va qorin pardadan tashqarida yirtilishi farqlanadi. Siydik qopi to'lgan holda shikastlangan bo'lsa, u holda siydik qorin bo'shlig'iga to'qiladi va buni qorin parda ichi yorilishi deb aytiladi. Bu holat qorinning pastki qavatining qisilishi, urilishi yoki yuqoridan tushib ketishi natijasida yuzaga keladi. Qorin parda ichi yirtilishida bemorning tili quruq, qorin taranglashgan, og'riq seziladi, *Щyetkin-Blyumberg* simptomi musbat. Eksikoz va toksikoz simptomlari tez rivojlanadi. Siydikning qorin bo'shlig'iga to'planishi natijasida siyish kuzatilmaydi. Qorin pardadan tashqarida yirtilganda qov ustida kuchli og'riq va shish kuzatiladi. Siydik qon aralash bo'lib, kam-kam ajraladi va siyganda og'riq seziladi.

Diagnoz quyishda sistografiyadan foydalaniladi. Bu tekshirish usuli bevosita operatsiya oldidan o'tkazilishi kerak.

Davosi. Shoshilinch tarzda xirurgik davo o'tkaziladi.

### **OShQOZONNI ZONDLASH**

- zarur bo'ladigan asboblari va dori moddalarni tayyorligi tekshiriladi: salfetkalar, shariklar, spirt, oshqozon zondi;
- qullar oqar suvda sovun bilan yuviladi, sochiq bilan artilib, spirt bilan surtiladi;
- bemor ko'ruv stoliga yelkasiga yotqiziladi;
- oshqozon zondini zaruriy uzunligi o'lchanadi burundan to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasigacha bo'lgan masofa;
- bolani boshini chap qo'l bilan ushlanadi, o'ng qo'l bilan ohista kateter bolani chap burun katagi orqali kiritiladi;

- kateter uchi burun, og'iz, halqum va qizilo'ngach orqali o'tib, oldindan belgilangan uzunlikda oshqozonga to'shadi;
- - kateter orqali oshqozon maxsuloti chiqa boshlaydi;
- - zaruriy muolaja bajarilgach kateter sekinlik bilan chiqarib olinadi.

## OShQOZONNI YUVISH

Ko'rsatma:

1. Davolash maqsadida.
2. Diagnostika maqsadida.
3. Oshqozondan sifatsiz ovqatlarni yuvib tashlash.
4. Organizmga zaharli ximikatlarni og'iz orqali oshqozonga tushganda.
5. Dori vositalari bilan zaharlanganda.
6. Bakteriya toksinlari bilan zaharlanganda.
7. Zaharli o'simliklar bilan zaharlanganda (qo'ziqorin v.b.q.).

Tayorlash:

- bemor bolaning ota onasiga bo'ladigan muolaja hakida tushuntirish.

Kerakli sharoit va instrumentlar va dori vositalari:

1. Muolaja xonasi.
2. Kushetka yoki chaqolok yo'rgaklaydigan stol.
3. Oshqozonni yuvish uchun kerakli suyuqliklar (suv, 2 % bikorbanat natriy eritmasi yoki permanganat kaliyning och pushti rang eritmasi va ko'rsatmaga asosan antidot eritmalar).
4. Qalin zondlar har xil o'lchamdagi va har xil diametrdagi (katta yoshdagi bolalar uchun 70-100 sm. li diametri 10-12 mm., ko'krak yoshdagi bolalar uchun 3-5 mm. li zondlar).
5. Shishali shpris (20 gr.)
6. Voronka.
7. Tog'ora.
8. Vazelin malhami.
9. Oshqozonga yetarli bo'lishi kerak bo'lgan zondni aniqlash uchun taxminiy o'lchamlardan foydalanish mumkin bu burun uchidan to kindik chuqurchasigacha bo'lgan masofani olish mumkin yoki aniqroq o'lchash uchun quyidagi formula orqali hisoblanadi :  $20 - \frac{1}{2} p$ , p- bola yoshi.

**O'tkazish texnikasi (aseptika qoidalariga rioya qilgan holda).**

1. Bemorning holati kichik yoshdagi bolalarni yotqizib yonbosh holatda boshini ozroq yonboshga burilgan holatda, maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarni hamshira tamonidan tizzasiga o'tqizib bemorni oldini plyonka bilan yopib oyoqlarini o'zining ikki oyog'i orasiga olgan holda boshini yelkasiga keltirib o'tqaziladi.

2. Zondni o'tkazuvchanligini tekshirish kerak.

3. Zond uchini vazelin yog'i bilan moylash kerak.

4. Zondni o'ng qo'lga olib bemor boladan og'zini ochishni aks holda shpatel orqali til asosini bosib tamog'i tamon yuborib tez harakat bilan zond yo'naltiriladi.

5. Bemor boladan yutish harakatini qilish tavsiya etiladi va ohista harakat bilan zond qizilo'ngachdan o'tkaziladi (bu muolaja maktabgacha va maktab yoshidagi bemor bolalarga o'tkaziladi).

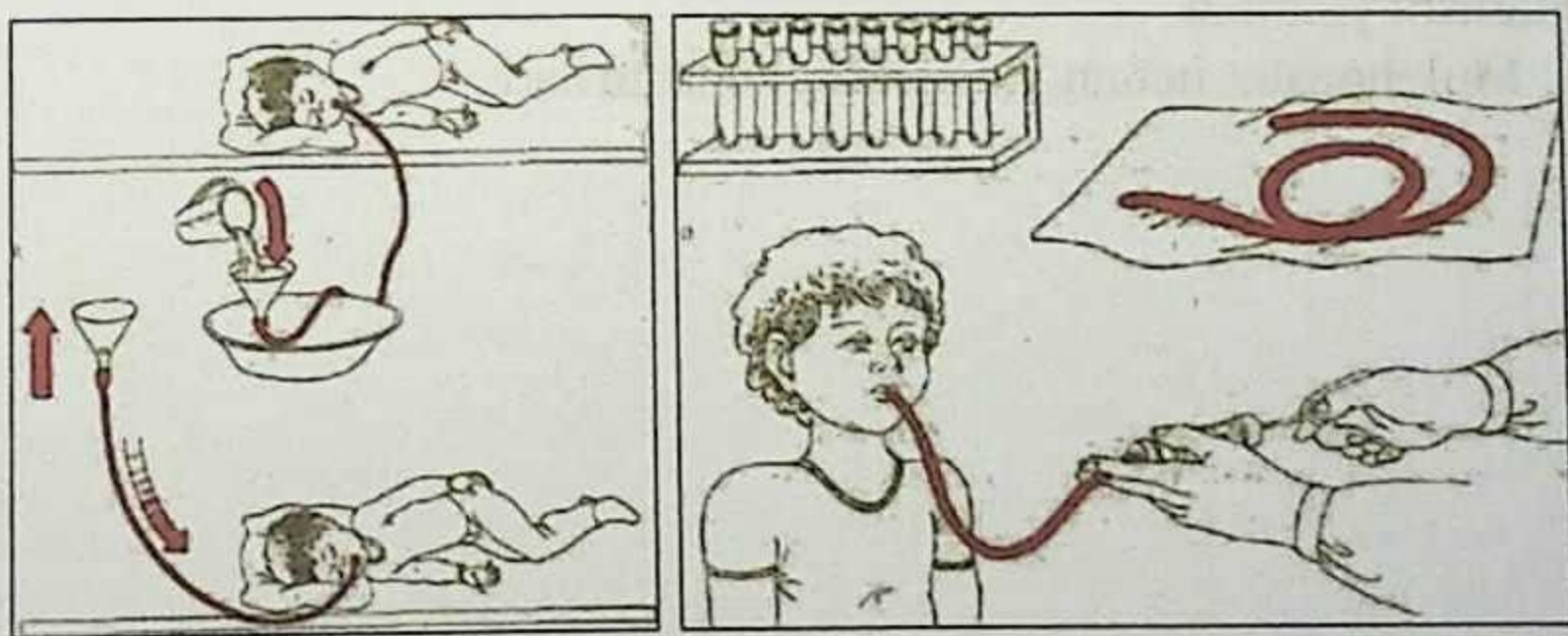
6. Oshqozonda zondning turganligin bilish uchun Quyidagi sinama o'tkaziladi ya'ni fonendoskop oshqozon proyeksiyasiga qo'yilib shpris orqali havo yuboriladi shunda havo puflangani eshitiladi, shuningdek qusish refleksi to'xtaydi.

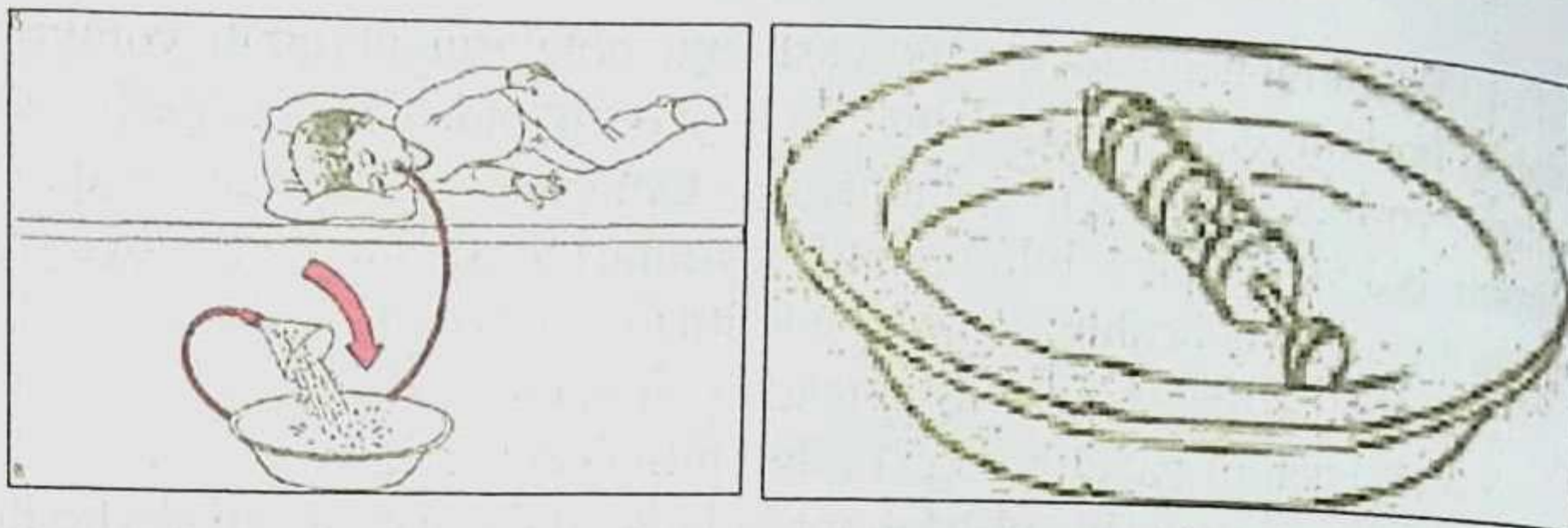
7. Katta yoshdagi bolalarni oshqozonini yuvish uchun bolani stulga o'tirg'izdirib oldini fartuk yoki choyshab bilan yopiladi.

8. Zond yuborilgandan so'ng tashqi teshigi varonkaga ulanadi va sifon prinsipi bo'yicha yuviladi.

9. Kichik yoshdagi bolalarni oshqozonini yuvishda shishali 20 gr. li shprisdan foydalaniladi.

10. Oshqozon yuvilgandan keyin zond asta sekin tortib olib tashlanadi.





## KLASTER

(Klaster - to'tam, bog'lam, g'uncha)

Ma'lumot haritasini tuzish vositasi - barcha fikr qonstitusiyasini fokuslash va aniqlash uchun qandaydir asosiy omil atrofida g'oyalarni yig'ish. (Ixtiyoriy muammo, mavzular xususida erkin, ochiq o'ylash va shaxsiy fikrlarni bemalol bayon etish uchun sharoit yaratadi)

Bilimlar faollashishini ta'minlaydi, mavzu bo'yicha fikrlash jarayonida yangicha assosiasiya taqdim etishga erkin va ochiq kirib borishga yordam beradi.

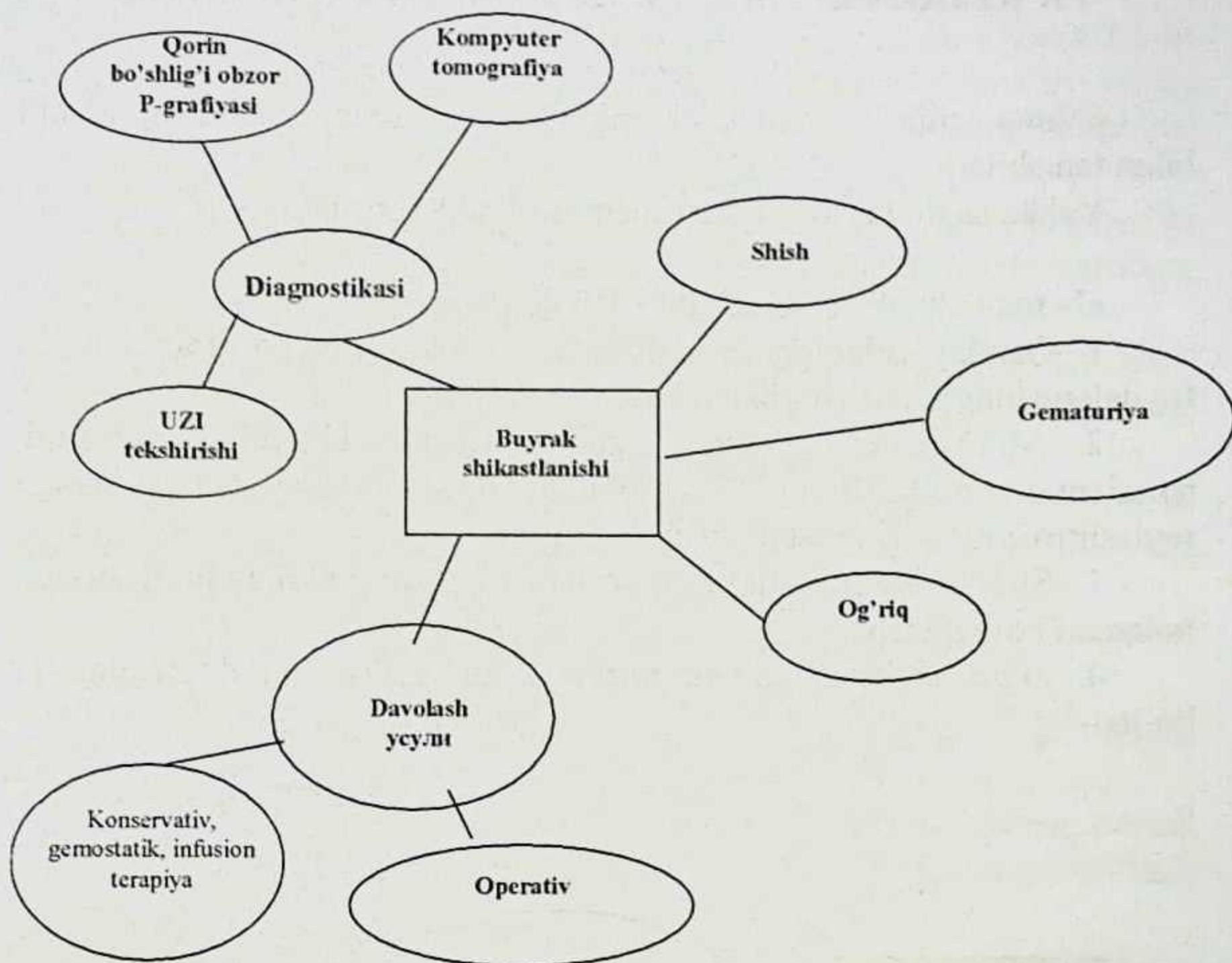
Kalit so'zlar bilan assosiasiya bo'yicha yon tomonidan kichkina hajmdagi aylanaga "yo'ldoshlar" yoziladi - ushbu mavzu bilan aloqador so'z yoki so'z birikmasi. Ular chiziq bilan "bosh" so'zga bog'laniladi.

Ushbu "yo'ldoshlar"da "kichik yo'ldoshlar" ham bo'lishi mumkin va boshqalar. Yozuv ajratilgan vaqt tugaguncha yoki g'oya yo'qotilmaguncha davom ettiriladi.

Klasterni tuzish qoidalari bilan tanishadi. Sinf doskasi yoki katta kog'oz varag'i markazida kalit so'zlar 1 - 2 so'zdan iborat mavzu nomlanishi yoziladi.

Mulohazalar uchun klasterlar almashtiriladi.

## KLASTER



## MUAMMONI ANIQLASH, UNI HAL ETISH, TAHLIL QILISH VA REJALASHTIRISH USULLARI VA VOSITALARI

*(Patogenezni tushuntirish uchun maqbul.)*

«Nima uchun?» sxemasi «Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari bilan tanishiladi.

Yakka tartibda (juftlikda) muammo shakllantiriladi.

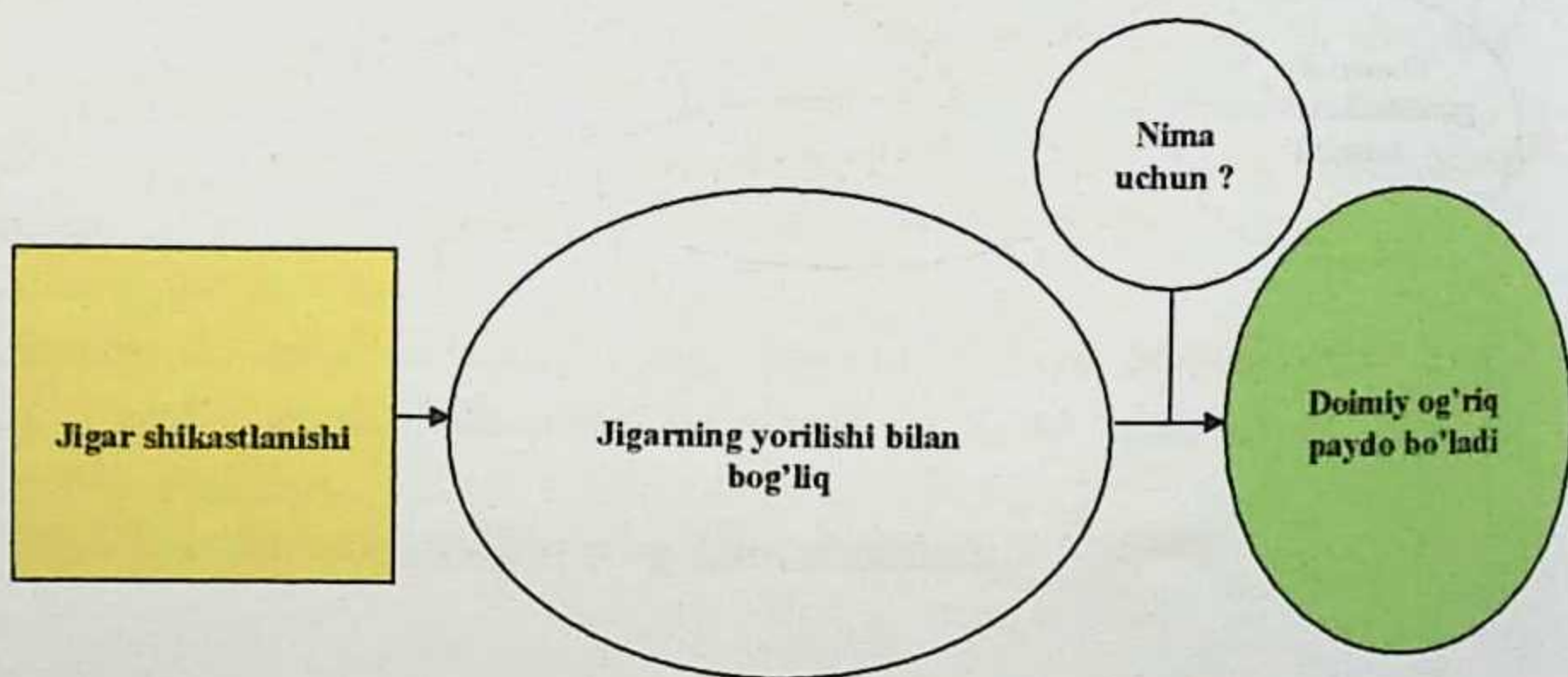
«Nima uchun?» sxemasini tuzish qoidalari.

1. Qanday piktogrammadan: aylana yoki to'g'ri turtburchakdan foydalanishingizni o'zingiz hal etasiz.

2. Muloxazalar sxema – zanjiri to'rini: chiziqli, nochiziqli, spiralsimon bo'lishligini (dastlabki holatni markazga yoki chetga joylashtirishni) o'zingiz tanlaysiz.

3. Strelka sizning qidiruv yo'nalishingizni belgilaydi: dastlabki holatdan oqibatgacha.

4. Jigar shikastlanganda nima uchun og'riq harakteri doimiy bo'ladi?



**«Qanday?» diagrammasini qurish qoidalari:  
(Aktiv talabalar uchun maqsadli).**

1. Ko'p hollarda sizga muammolarni hal etishda «Nima qilish kerak?» haqida o'ylashga hojat bo'lmaydi. Muammo asosan «Buni qanday qilish kerak?» qabilida bo'ladi. «Qanday?» - muammoni hal etishda asosiy savol hisoblanadi.

«Qanday?» iyerarxiya diagrammasi muammo haqida Butunligicha umumiy tasavvurga ega bo'lishga imkon beradigan savollar mantiqiy zanjiri ko'rinishida bo'ladi.

Ketma-ket ravishda «Qanday?» savolini qo'yish orqali siz faqat muammoni hal etishning barcha imkoniyatlarini tadqiq etibgina qolmay, balki ularni amalga oshirish usullarini ham o'rganasiz.

Diagramma strategik darajadagi savol bilan ish boshlaydi. Muammoni hal etishning pastki (quyi) darajasi birinchi navbatdagi harakatlar ruyxatiga mos keladi.

2. O'ylamay, baholamay va ularni o'zaro solishtirmay tezlikda barcha g'oyalarni yozish lozim bo'ladi.

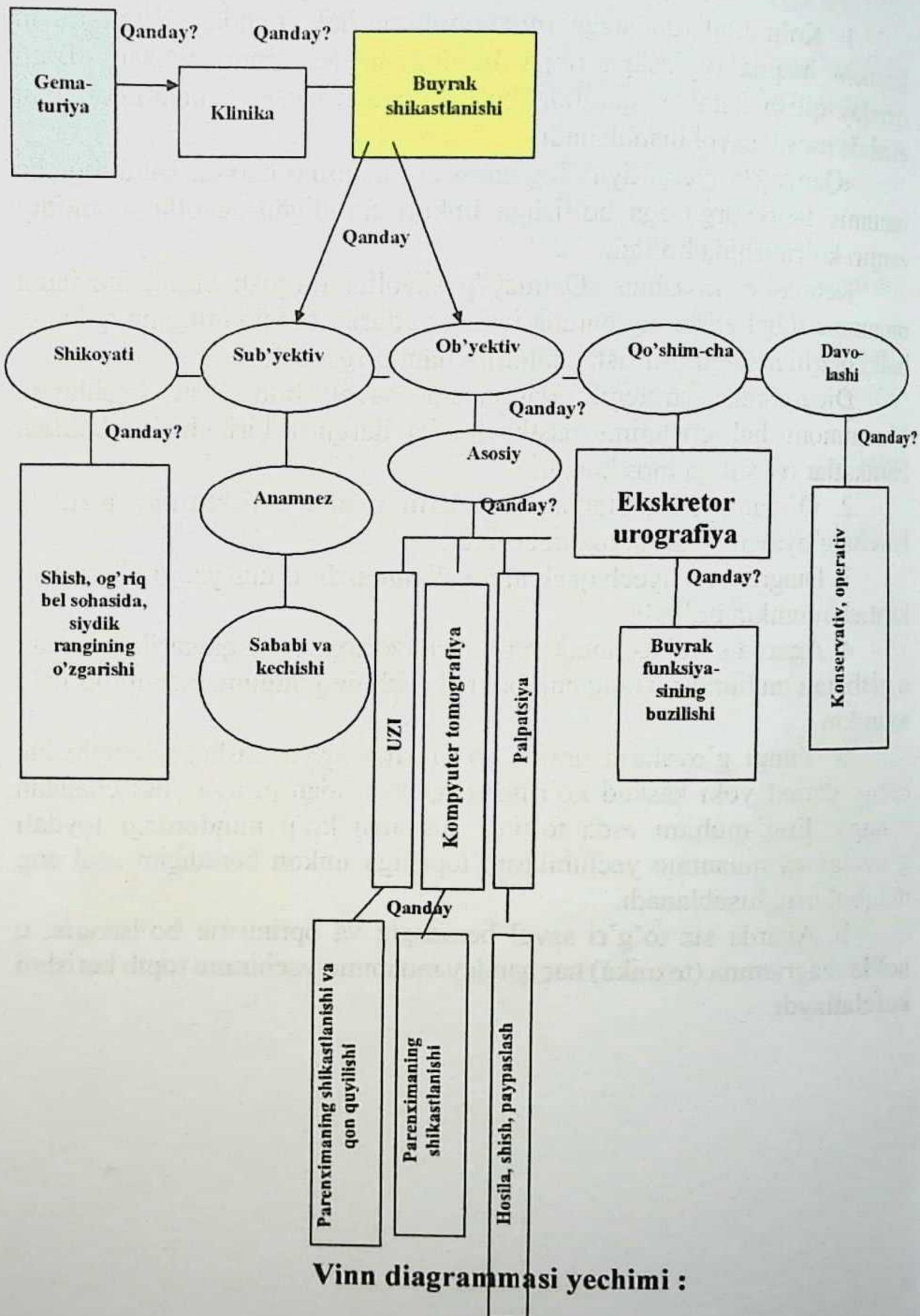
3. Diagramma hech qachon tugallanmaydi: o'nga yangi g'oyalarni kiritish mumkin bo'ladi.

4. Agarda savol sxemada bir qancha «shoxlar»da qaytarilsa, demak u nisbatan muhimdir. U muammoni hal etishning muhim qadami bo'lishi mumkin.

5. Yangi g'oyalarni grafik ko'rinishda qayd etishni o'zingiz hal eting: daraxt yoki kaskad ko'rinishida, yuqoridan pastga yoki chapdan o'ngga. Eng muhimi esda to'ting: nisbatan ko'p miqdordagi foydali g'oyalar va muammo yechimlarini topishga imkon beradigan usul eng maqbul usul hisoblanadi.

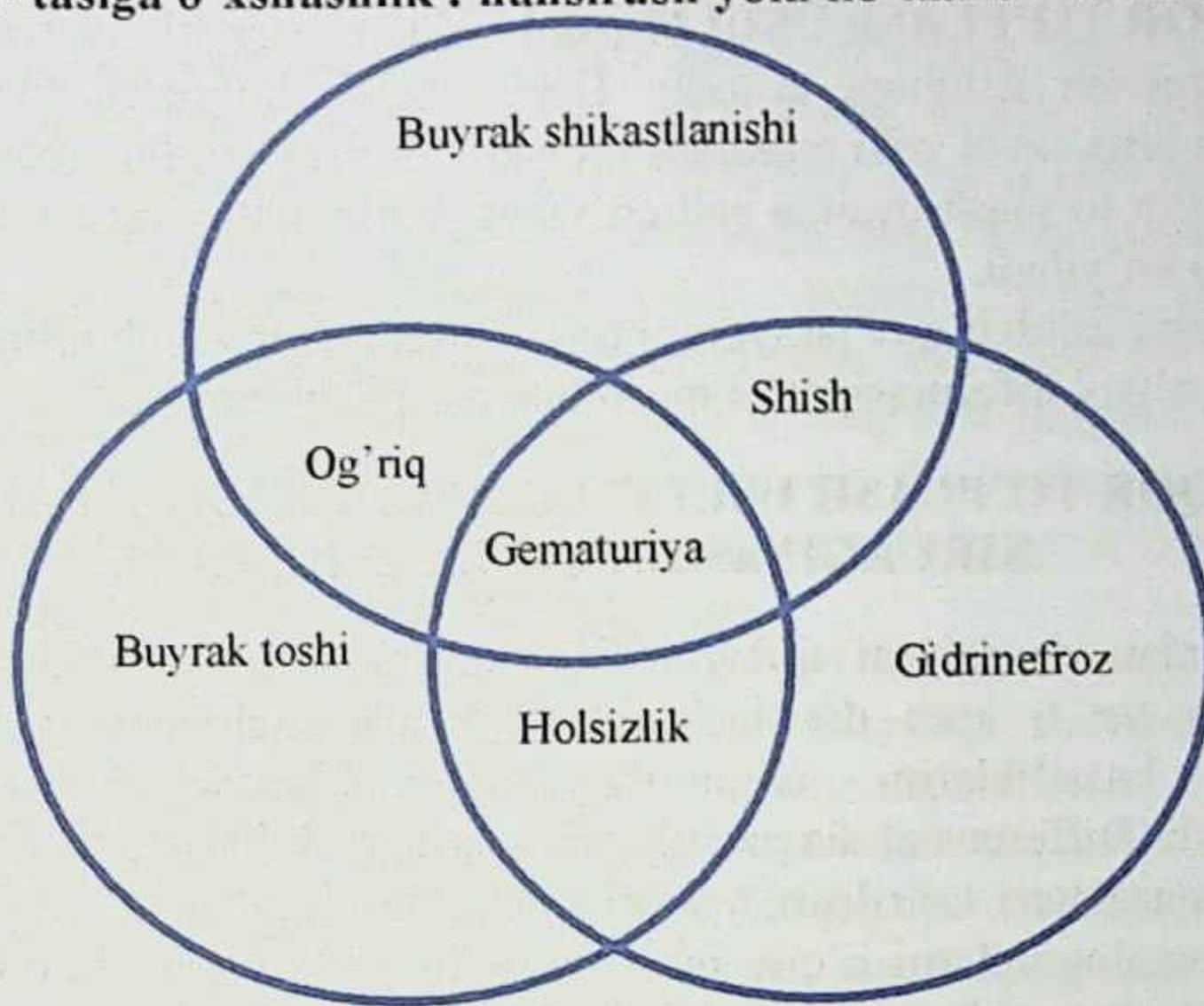
b. Agarda siz to'g'ri savol bersangiz va optimistik bo'lsangiz, u holda diagramma (texnika) har qanday muammo yechimini topib berishni kafolatlaydi.

## «QANDAY?» DIAGRAMMASI





**Mazkur holatda uchallasiga o'xshashlik - qusish;  
2- tasiga o'xshashlik : hansirash yoki ko'karish ...va hakoza.**



## USLUBNING UMUMIY HOLATI

„QOR TO'PLASH USULI“ uslubi - kichik guruhlarda talabalarni aktiv o'rgatish uslubiga ta'luqli. Ushbu uslub bo'yicha ikki guruh talabalari bitta savol yoki masalani yechadi, to'g'ri va to'liq javob bergan talabaga qor to'plash usulida ball qo'yiladi. Ko'p ball to'plagan talabaga a'lo baho ko'yiladi.

Ushbu uslub o'quv jarayonini tezlashtiradi, uning muhimligi o'tgan va yangi o'quv informatsiyasini mustahkamlashdan iborat.

### “QOR TO'PLASH USULI“ USLUBINING BOLALAR XIRURGIYASIDA QO'LLANILISHI

Bolalar xirurgiyasi tibbiyot Oliy ta'lim muassasalarida 6 kurs pediatriya va 6 kurs davolash fakultetlarida etiologiya, patogenez, xirurgik kasalliklarini umumiy simptomatikasini o'rganishidan boshlanadi. Differensial diagnostika, davolash, reabilitatsiya va dispanser nazorat masalalari ko'rilishi, yuqori kurslarda o'rgatish davom etiladi. Yangi texnologiyalarni o'quv jarayoniga interaktiv formada qo'llash - „qor to'plash usuli“ uslubi, bolalar xirurgiyasida tematik materiallarni o'zlashtirish va maxsus bilimni talabalar bilan egallash uchun zarur hisoblanadi.

### INTERAKTIV O'YIN «DAVRA STOLI»

Stol atrofida o'tirgan bir guruh talabalarga varaqda yozilgan savol o'rta qo'yiladi va shu savolga javobni har bir talaba o'zining varag'iga yozadi. Har bitta savol uchun 30 sek. vaqt ajratilib, shu tarzda talabalarga 5-ta savol beriladi. O'yin tugagandan keyin har bitta talabaning ushbu ishi ko'rib, baholanadi: noto'g'ri javoblar o'chiriladi, to'g'ri javoblar soniga qarab, baholanadi. Bu o'yinni ham yozma, ham og'zaki tarzda o'tkazish mumkin.

### VAZIYATLI MASALALAR

1. Og'ir bosh miya travmasi bo'lgan bemorda 3 soat kuzatuvdan keyin qorin bo'shlig'igi qon ketish gumoni bor. Sizning taktikangiz.

2. 11 yoshli bola qabul bo'limiga tez yordam avtomashinasida olib kelinda. Hushi o'zida. Ko'rganlarni gapiga qaraganda bola turnikdan qorni bilan yiqilib tushgan. Sizning taktikangiz.

3. 7 yoshli bola, qabul bo'limiga avtoavariya joyidan, xushsiz tez yordam avtomashinasida o'tkazildi. Sizning taktikangiz.

4. 5 yoshdagi bolani ota onasi qabul bo'limiga qorinning yopiq shikastlanishi bilan olib kelishdi. Bemorning hushi o'zida, qorin bo'shlig'i obzor rentgenogrammasida erkin gaz. Sizning taktikangiz.

5. 13 yoshli bolani ota-onasi stasionarga chap bel sohasidagi shish va og'riqqa shikoyat bilan olib keldi. Bemor so'ziga qaraganda trenirovka paytida sherigi oyog'i bilan tepgan. Laborator tekshirishlar vaqtida siydik analizida eritrositlar chiqdi. Sizning taktikangiz?

6. 14 yoshli bola tez yordam mashinasida shifoxonaga yetkazildi. Bemor hushida, qorin chap yarmidagi og'riqqa shikoyat qilyapti. Bola chap yoniga yotyapti. Sizning diagnozingiz?

7. Qorinning yopiq travmasi qon ketish bilan asoratlangan, shoshilinch laparotomiya vaqtida xirurg taloqning ezilishini ko'rdi. Ichaklar devorida gematomalar mavjud. Xirurgning taktikasi?

8. YTX joyidan tez yordam mashinasi bilan 6 yoshli bola olib kelindi. Hushi o'zida. Ko'rikda tananing har joyida tinalishlar mavjud, qorin devorining oldingi tomonida gematoma bor. Palpasiyada qorin old devori muskullarining tarangligi va IIIyetkin-Blyumberg simptomi kuzatiladi. Qabul bo'limi vrachining taktikasi?

9. Peritonit bilan 13 yoshli bolada shoshilinch laparotomiya vaqtida xirurg yonbosh ichak yirtilishini ko'rdi. Xirurgning keyingi taktikasi?

10. Jigarning ikki lahzali yirtilishiga tushuntirish bering?

## TESTLAR

1. Qorin bo'shlig'idagi parenximatoz organning yirtilishida qaysi tekshirish olib boriladi.

- a. ezofagosqopiya
- b. gastrosqopiya
- v. torakosentez
- g. laparosentez
- d. Elefanta probasi

2. Kovak organ yirtilishida qaysi tekshirish olib boriladi.

- a. gastrofibrosqopiya
- b. kolonosqopiya
- v. qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasi
- g. UZI

- d. Elefanta probasi
3. Qaysi organ yirtilishi atipik kechadi va qiyin tashxislanadi:
- 12-barmoqli ichakning qorin orti qismi
  - yonbosh ichak
  - sigmasimon ichak
  - ko'r ichak
  - oshqozon
4. Buyrak yopiq travmasida asosiy simptomlar:
- qorinda og'riq, gematuriya, harorat ko'tarilishi
  - bel sohasidagi og'riq va shish, gematuriya
  - bel sohasida og'riq, temperatura, dizuriya
  - zaporlar, oligouriya, qorindagi og'riq
  - bel sohasida shish, dizuriya, makro gematuriya
5. Qorindagida og'riq sindromida ambulatoriyaning pediatri qilishi shart:
- og'riqsizlantirish
  - somatik stasionarga yuborish
  - uyga yuborish
  - xirurgik stasionarga yuborish
  - yuqoridagilarning hammasi
6. Og'ir bosh miya travmasidan keyin 3 soatlik kuzatishdan keyin qorin ichi qon ketishga shubha bo'ldi.:
- kuzatish
  - shoshilinch laparotomiya
  - laparasentez
  - qorin bo'shlig'i rentgenografiyasi
  - takroriy laborator tekshirishlar
7. Siydik pufagi yirtilishining eng og'ir asorati:
- peritonit
  - sepsis
  - shok
  - gematuriya
  - anuriya
8. Bola hayotiga xavf soluvchi travmaning eng xavflisi
- ichki organlar kuchli travmasi
  - organning zaralanishi qon ketish asorati bilan
  - oldingi qorin devorining travmasi
  - bosh miya chayqalishi va ichki organlar travmavi
  - bosh miya chayqalishi boldir suyagi sinishi bilan.

9. Kovak organ yirtilishida harakterli asorat
- sepsis
  - peritonit
  - pnevmoniya
  - anemiya
  - qonli axlat
10. Qorin bo'shlig'i organlarining zararlanishida shokning sababi
- qusish
  - bosh og'rig'i.
  - qon ketish
  - yuqori temperatura
  - talvasa
11. Kovak organ yirtilishida so'tkadan keyin qusishning harakteri
- fontanli qusish
  - zarda bilan qusish
  - bir martali qusish
  - hazm bo'lmagan ovqat bilan qusish
12. Jigar yirtilishida bemor holati.
- majburiy yarim o'tirgan
  - chap yonboshda yotib, qo'li o'ng qovurg'a ostiga.
  - o'ng yonboshga yotadi
  - orqasi bilan yotadi
  - qorinda yotadi
13. Taloq zararlanishida harakterli simptom.
- Gipokrat simptomi
  - "vanka-vstanka" simptomi
  - Шyetkina-Blyumberg. simptomi
  - loy simptomi
  - qum soat simptomi
14. Qorin bo'shlig'i parenximatoz organlarining zararlanishida harakterli belgi
- qon aralash axlat
  - qon aralash qusish
  - o't aralash qusish
  - gipertermiya
  - puls tezlashgan
15. Qorin bo'shlig'i organlarining shikastlanishiga shubha bo'lganda rentgenologik tekshirishda bemorning holati.

- a. gorizontal
  - b. Trendelenburg holati
  - v. Vangenstin holati
  - g. vertikal
  - d. yonbosh holati
16. Kovak organning shikastlanishida harakterli rentgenologik belgi
- a. Kloyberg kosachalari
  - b. ichaklar pnevmatozi
  - v. qorin bo'shlig'ida erkin gaz
  - g. total qarayish
17. Kovak organning shikastlanishida qaysi rentgenologik tekshirish o'tkaziladi
- a. irrigografiya
  - b. ekskretor urografiya
  - v. qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasi
  - g. rentgenqontrast tekshirish
  - d. sistografiya
18. Ingichka ichak shikastlanishiga xos og'riq
- a. xurujsimon
  - b. xanjarsimon
  - v. doimiy bir meyordagi og'riq
  - g. spastik
  - d. sanchiqsimon
19. Me'da shikastlanganda og'riq harakteri
- a. xurujsimon
  - b. xanjarsimon
  - v. doimiy bir miyordagi og'riq
  - g. spastik
  - d. sanchiqsimon
20. Kovak organning shikastlanishida aniqlanadigan simptom
- a. Шyetkin-Blyumberg
  - b. Veyner
  - v. Ombredin
  - g. Koxxer
  - d. Kyummel
21. Taloq yirtilishida taktika
- a. shoshilinch laparosqopiya

- b. shoshilinch laparatomya
  - v. shoshilinch splenografiya
  - g. kuzatuv
  - d. qon to'xtatuvchi vositalar, tinchlik holatini tug'dirish
22. Taloq yirtilishida simptom
- a. qusish
  - b. Veyner
  - v. Шyetkin-Blyumberg
  - g. Voskresenskiy
  - d. «kindik» simptomi
23. Splenektomiyaga ko'rsatma
- a. taloq lat yeyishi
  - b. kichik yirtilish
  - v. taloq ezilishi
  - g. taloqning subkapsulyar yirtilishi gematoma bilan.
  - d. taloq kapsulasining yirtilishi
24. Jigar va taloq shikastlanishida diagnostikaning asosiy metodi.
- a. kolonoskopiya
  - b. laparoskopiya
  - v. qorin bo'shlig'i rentgenografiyasi
  - g. laparotomiya
  - d. qorin bo'shlig'i punksiyasi
25. O'roqsimon chiziq simptomi qaysi shikastlanishda kuzatiladi
- a. jigar shikastlanishlarida
  - b. ichak shikastlanishida
  - v. taloq shikastlanishida
  - g. oshqozon osti bezi shikastlashishida
  - d. buyrak zararlanishida
26. Kovak organ zararlanishida harakterli simptom
- a. jigar to'mtoqligini yo'qolishi
  - b. yonbosh soxada to'mtoqlik bo'lishi
  - v. Rovzing simptomi
  - g. Pasternadskiy simptomi
  - d. Sitkovskiy simptomi
27. Jigar va taloq shikastlanishda eng ko'p informativ tekshirish usul
- a. Qorin bo'shlig'i obzor R-grafiyasi
  - b. Duglas bo'shlig'i punksiyasi
  - v. skanerlash

- g. UZI
  - d. gastroenterografiya
28. Kovak organning shikastlanishining eng ko'p uchraydigan asorati
- a. eventrasiya
  - b. ichak bitishmali kasalligi
  - v. sepsis
  - g. peritonit
  - d. Duglas bo'shlig'i abssessi
29. Siydik pufagining qorin bo'shlig'i ichi yirtilishida davolash taktikasi
- a. siydik pufagining kateterizatsiyasi
  - b. shoshilinch sistostomiya
  - v. shoshilinch laparotomiya
  - g. qon to'xtatuvchi terapiya
  - d. rejali operatsiyaga tayyorlash
30. Siydik pufagi qorin bo'shlig'iga yorilishida eng ko'p uchraydigan og'ir asorat
- a. sepsis
  - b. peritonit
  - v. anemiya
  - g. shok
  - d. anuriya



## MAVZULAR TESTLARI JAVOBLARI:

### Mavzu 1.

1: 1- 1, 2- 1, 3- 4, 4- 2, 5- 1, 6- 3, 7- 3, 8- 3, 9-1, 10- 4, 11- 3, 12- 2, 13- 2, 14- 4, 15- 3, 16-1, 17-3, 18- 1, 19- 3, 20- 5, 21- 5, 22- 1, 23- 3, 24- 1, 25- ?, 26- ?, 27- 3, 28- 2, 29- ?, 30- 5, 31- 1, 32- 1, 33- 1, 34- 1, 35- 5, 36- 1, 37- ?, 38-?, 39- 1, 40- ?, 41- 1, 42- 2, 43- 5, 44- 5, 46-5, 47- 1, 48- 1, 49-, 50-

### Mavzi 2

1-5, 2-4, 3-5, 4-4, 5-5, 6-1, 7-3, 8-1, 9-2, 10-2, 11-3, 12-5, 13-4, 14-4, 15-3, 16-4, 17-1, 18-1, 19-4, 20-4, 21-3, 22-4, 23-2, 24-5, 25-1, 26-2, 27-1, 28-4, 29-, 30-1

### Mavzu 3

1-1, 2-3, 3-1, 4-5, 5-3, 6-2, 7-3, 8-4, 9-1, 10-5, 11-1, 12-1, 13-1, 14-2, 15-2, 16-1, 17-2, 18-2, 19-4, 20-3, 21-1, 22-3, 23- 24- 25-1, 26-2,

### Mavzu 4

1-3, 2-5, 3-1, 4-1, 5-1, 6-2, 7- 4, 8-2, 9-1, 10-2, 11-1, 12-2, 13-2, 14-5, 15-2, 16-5, 17-2, 18-3, 19-1, 20-4, 21-2, 22-3, 23-3, 24-1, 25-3, 26-4, 27-2, 28-4, 29-1, 30- 31- 32- 33 34-4 35-1, 36-2, 37- 38-4, 39-4, 40-3,

### Mavzu 5.

- 3, 2-1, 3- 3, 4- ?, 5- 2, 6- 4, 7- 3, 8- 2, 9- 2, 10-2, 11-2, 12-4, 13-2, 14-5, 15-1, 16- 4

### Mavzu 6

1-3, 2-2, 3-2, 4-2, 5-5, 6-1, 7-5, 8-3, 9-4, 10-4, 11-2, 12-1, 13-1, 14-4, 15-1, 16- 17-1, 18-1 , 19-1, 20-1

### Mavzu 7

8: 1- ye, 2- s, 3- a, 4- d, 5- d, 6- ye, 7- ye, 8- a, 9- s, 10- ye

### Мавзу 8

1-s 2-v 3-v 4-a 5-v 6-s 7-s 8-s 9-v 10-d 11-s 12-d 13 a 14-a 15-s 16-d 17-s 18- d 19- d 20- y

### Mavzu 9

1-3 2- 3 3-5 4-3 5-3 6-1 7-2 8-4 9-1 10-5 11-1 12- 4 13-2 14-5 15-2 16-2 17-4 18-3 19- 4 20-2 21-3 22-1 23-3 24-3 25- 3 26-3 27-1 28—4 29-3 30-2 31 -4

## Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

### Asosiy adabiyotlar:

1. Aliyev M.M. Bolalar xirurgiyasi. 1-2 tom. Darslik. Toshkent. Yangi nashr. 2018 y.

3. Aliyev M.M. Detskaya xirurgiya. 1-2 tom. Uchebnik. Toshkent. Yangi nashr. 2018 y.

4. Yu.F. Isakov, A.Yu. Razumovskiy. Detskaya xirurgiya. Uchebnik. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.

### Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Razumovskiy A.Yu. Detskaya xirurgiya. Nasionalnoye rukovodstvo. Kratkaya versiya. Rukovodstvo. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.

2. George W. Holcomb III. Ashcraft's Pediatric Surgery 6 th Edition. Textbook. NY. 2014.

3. Bairov G.A., Roshal L.M. Gnoynaya xirurgiya detskogo vozrasta. Monografiya. Sankt-Peterburg. 1991 g.

4. A.S. Sulaymanov va b. Bolalar jarroxligi. Darslik. Toshkent, Shark. 2000 y.

5. A.I. Lenyushkin. Rukovodstvo po detskoy poliklinicheskoy xirurgii. Rukovodstvo. Linengrad. Medisina. 1986g.

6. Detskaya xirurgiya. Nauchno-prakticheskiy jurnal. M.

7. A.M. Shamsiev, D.O. Ataqulov, A.I. Lyonyushkin "Xirurgicheskie bolezni detskogo vozrasta", Tashkent. "Ibn-Sino" 2001.

### Internet saytlari:

1. [www.laparoscopy.ru](http://www.laparoscopy.ru)

2. <http://xvviw.medicalstud.ru/med-ge>

3. <http://www.mediasphera.aha.ru/surgerv/surg-mn.htm>

4. <http://www.medobook.com/>

5. <http://www.velib.ru/book/1000284686>

6. <http://zivonet.uz/ru/> Uzbekistan ta'lim portali.

7. <http://www.med-edu.ru/> Shifokorlar uchun ta'lim portal.

8. <http://www.childsurgerv.ru/> Yevropeyskoye obshchestvo detskix xirurgov.

9. <http://eduportal.uz/rus/info/information/schoolinfo/uzbekistoninformasion> ta'lim portali.

10. [www.sammi.uz](http://www.sammi.uz)

Atakulov Jamshed Ostanakulovich., Yusupov Shuxrat Abdurasulovich  
Raximov Faxridin Eshmamatovich., Baymuradov Nemat Sadirdenovich

# **BOLALAR XIRURGIYASI**

**TIBBIY OLIY TA'LIM MUASSASALARI  
PEDIATRIYA FAKULTETI BAKALAVR  
TALABALARI MUSTAQIL ISHI UCHUN**

**O'QUV QO'LLANMA**

*Guvohnoma raqami: 00019-2022*

**“SAMARQAND”** nashriyoti

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Zarina NUSRATULLAYEVA*

*Dizayner — Davron NURULLAYEV*

**“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.**

**Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.**

**Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.**

**Bosishga 27.04.2022 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 9**

**Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 15.11 bosma taboq.**

**Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 60/2022**

**Tel/faks: +998 93 199-82-72, e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**

