

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O`RTA TA'LIM VAZIRLIGI

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ERGASH EGAMBERDIYEVICH QOBILOV

FARXOD SAYIDOVICH RAUPOV

Bilim sohasi: Ijtimoiy ta'minot va sog`liqni saqlash - 500000

Ta`lim sohasi: 510000 – Sog`liqni saqlash

“BOLALAR XIRURGIYASI”

fanidan

“BOLALAR XIRURGIK KASALLIKLARI”

o`quv – qo`llanmasi

Ta`lim yo`nalishlari:

Davolash ishi – 5510100

Kasbiy ta`lim – 5111000

Buxoro – 2015

Tuzuvchilar:

E.E. Qobilov Buxoro davlat tibbiyot instituti “UASh tayorlash uchun xirurgiya va bolalar xirurgiyasi” kafedrası professorı, t.f.d.

F.S. Raupov Buxoro davlat tibbiyot instituti “UASh tayorlash uchun xirurgiya va bolalar xirurgiyasi” kafedrası dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

O.K. Safoyev Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali “Bolalar jarroxligi” kafedrası mudiri, t.f.d.

K.M. Mirjanov Buxoro davlat tibbiyot instituti “UASh tayorlash uchun xirurgiya va bolalar xirurgiyasi” kafedrası professorı, t.f.d.

G.B. Beknazarov tibbiyot fanlari doktori, professor.

KIRISH

Respublikamiz mustaqillikka erishganidan so`ng, dastlabki yillarda oliy tibbiy ta`limni isloh qilish va xalqimizga malakali tibbiy yordamni yaxshilash yo`lida ko`plab islohotlar ishlab chiqildi va amalga oshirildi. Yangi avlod o`quv adabiyotlarini yaratishning me`yoriy-huquqiy asosi bo`lib, O`zbekiston Respublikasining “ta`lim to`g`risida”gi Qonuni, kadrlar tayyorlash milliy dasturi, Vazirlar Mahkamasining 1998 yil 5 yanvardagi uzluksiz ta`lim tizimini darsliklar va o`quv adabiyotlari bilan ta`minlashni takomillashtirish to`g`risidagi 4-sonli va 2000 yil 24 maydagi o`quv dasturlari, darsliklar va o`quv qo`llanmalarni qayta ko`rib chiqish va yangilarini yaratish bo`yicha respublika muvofiqlashtiruvchi komissiyani tuzish to`g`risidagi 208-sonli qarorlari hisoblanadi. Ta`lim jarayonida ilg`or pedagogik texnologiyalardan foydalanish, ta`lim oluvchilarga yuqori saviyada bilim berish, dunyoqarashini kengaytirish va mustaqil fikrlash qobiliyatini oshirishga xizmat qiladi. Ushbu qo`llanma 2008 yilda O`zbekiston Respublikasi Oliy va O`rta maxsus ta`lim vazirligi tomonidan tasdiqlangan namunaviy dasturda ko`rsatilgan tematik reja asosida ko`rsatilgan mavzularga mos ravishda tuzilgan. O`quv-qo`llanmani yaratishda internet ma`lumotlaridan, chet el yetuk bolalar xirurglari mutaxasislari monografiyalaridan foydalanildi. Mazkur qo`llanma “bolalar xirurgiyasi” fani bo`yicha davolash va tibbiy pedagogika fakultetlari talabalari o`quv jarayonida foydalanishlari uchun tayyorlangan bo`lib, o`zbek tilida, lotin alifbosida yozilgan. Ushbu qo`llanma talabalardan tashqari magistrLAR, klinik ordinatorlar, bolalar xirurglari, pediatrlarga o`quv qo`llanma sifatida xizmat qiladi degan umiddamiz.

Mualliflar

MUNDARIJA

Kirish

I BOB. BOLALARDA TUG`MA NUQSONLAR

| | |
|---|------------|
| 1.1. Qizilo`ngach rivojlanish nuqsonlari | 6 |
| 1.1.1. Qizilo`ngach rivojlanish embriogenezi | 7 |
| 1.1.2. Qizilo`ngach atreziyasi..... | 9 |
| 1.1.3. Qizilo`ngach-traxeya oqmalari..... | 14 |
| 1.1.4. Kardiya xalaziyasi va axialaziyasi..... | 16 |
| 1.1.5. Tug`ma kalta qizilongach..... | 20 |
| 1.2. O`pka va bronxlar rivojlanish nuqsonlari | 22 |
| 1.2.1. O`pka rivojlanish embriogenezi..... | 22 |
| 1.2.2. O`pkalar ageneziyasi, aplaziyasi va gipoplaziyasi..... | 23 |
| 1.2.3. Traxeya va bronxlar tug`ma nuqsonlari..... | 26 |
| 1.2.4. Lobar emfezima..... | 27 |
| 1.2.5. O`pka kistalari, sekvestratsiyasi..... | 29 |
| 1.2.6. Bronxoektaziya..... | 32 |
| 1.2.7. Diafragma tug`ma churralari..... | 43 |
| 1.3. Tug`ma ichak tutilishlari | 53 |
| 1.3.1. Tug`ma ichak tutilishlari haqida tushuncha..... | 53 |
| 1.3.2. Ichaklar rivojlanishi embriogenezi..... | 54 |
| 1.3.3. Tug`ma yuqori ichak tutilishlari klinikasi bilan namoyon bo`ladigan kasalliklar..... | 57 |
| 1.3.4. Tug`ma pastki ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi kasalliklar..... | 69 |
| 1.4. Jigar, o`t yo`llari va me`da osti bezini rivojlanish nuqsonlari..... | 96 |
| 1.4.2. Tug`ma portal gipertenziya..... | 96 |
| 1.4.3. Fibroxolangiokistoz..... | 104 |
| 1.4.4. Billiar atreziya..... | 104 |
| 1.4.5. Umumiy o`t yo`li va me`da osti bezini kistalari..... | 107 |
| 1.4.6. Xalqasimon me`da osti bezi..... | 107 |
| 1.5. Buyrak va siydik yo`llari tug`ma nuqsonlari..... | 109 |
| 1.5.1. Buyraklar va siydik nayining rivojlanish embriogenezi..... | 109 |
| 1.5.2. Supravezikal obstruktsiya..... | 120 |
| 1.5.3. Infravezikal obstruktsiya..... | 130 |
| 1.5.4. Qovuq ekstrofiyasi | 133 |
| 1.6. Qorin old devori, qorin-parda o`simtasining rivojlanish nuqsonlari | 136 |
| 1.6.1. Kindik churrasi..... | 136 |
| 1.6.2. Qorin oq chizig`i churralari..... | 137 |
| 1.6.3. Gastroshizis va embrional churra..... | 138 |
| 1.6.4. Chov va chov-yorg`oq churralari | 139 |
| 1.6.5. Qorinparda o`simtasining bitmasligi..... | 141 |
| 1.7. Tashqi jinsiy a`zolarining nuqsonlari | 143 |
| 1.7.1. Moyaklarning rivojlanish nuqsonlari..... | 143 |

| | | |
|--|--|------------|
| 1.7.2. | Varikosele..... | 147 |
| 1.7.3. | Gipospadiya va epispadiya..... | 149 |
| 1.7.4. | Fimoz va parafimoz..... | 153 |
| 1.7.5. | Gematokolpos va gematometra..... | 155 |
| II BOB. BOLALARDA O`TKIR XIRURGIK KASALLIKLAR | | |
| 2.1. | Bolalarda ko`krak bo`shlig`i taranglashish sindromi..... | 156 |
| 2.1.1. | O`pka bakterial destruksiyasi..... | 156 |
| 2.1.2. | Mediastenit va ko`ks oralig`i emfizemasi..... | 169 |
| 2.2. | Bolalarda «o`tkir qorin» sindromi..... | 173 |
| 2.2.1. | Bolalarda o`tkir appenditsit..... | 173 |
| 2.2.2. | Bolalarda peritonit..... | 184 |
| 2.2.3. | Yarali-nekrotik enterokolit..... | 190 |
| 2.3. | Bolalarda me`da - ichak traktidan qon ketishi..... | 194 |
| 2.3.1. | Bolalarda darvoza vena gipertenziyasida qon ketishi..... | 196 |
| 2.3.2. | Mellori – Veys sindromi | 198 |
| 2.3.3. | Me`da va 12-barmoqli ichakdan qon ketishi..... | 200 |
| 2.3.4. | Mekkel divertikuli..... | 202 |
| 2.3.5. | To`g`ri ichakdan qon ketishi. | 202 |
| 2.3.6. | Taloq va jigar shikastlanishlari..... | 203 |
| 2.3.7. | Buyrak va siydik yo`llari shikastlanishlari. | 212 |
| 2.4. | Bolalarda orttirilgan ichak tutilishi..... | 218 |
| 2.4.1. | Orttirilgan ichak tutilishlari..... | 218 |
| 2.4.2. | Obturatsion ichak tutilishlari..... | 220 |
| 2.4.3. | Strangulyatsion ichak tutilishlari | 222 |
| 2.4.4. | Ichak invaginatsiyasi. | 224 |
| 2.4.5. | Yopishma - chandiqli ichak tutilishi. | 229 |
| 2.4.6. | Ichak tutilishi dinamik shakllari..... | 231 |
| 2.5. | Bolalarda xirurgik infeksiya | 235 |
| 2.5.1. | Bolalarda yiringli xirurgik kasalliklar kelib chiqishidagi to`qimalarning anatomik va fiziologik xususiyatlari. | 236 |
| 2.5.2. | Chaqaloqlar flegmonasi. | 239 |
| 2.5.3. | Chaqaloqlar mastiti. | 242 |
| 2.5.4. | Omfalit. | 244 |
| 2.5.5. | Furunkul | 246 |
| 2.5.6. | Pseudofurunkulyoz | 247 |
| 2.5.7. | Limfadenit | 248 |
| 2.6. | Bolalarda gematogen osteomielit..... | 249 |
| 2.6.1. | O`tkir gematogen osteomielit. | 249 |
| 2.6.2. | Chaqaloqlarda epifizar osteomielit..... | 261 |
| 2.6.3. | Osteomielitning surunkali va atipik turlari. | 267 |
| | Vaziyatli masalalar | 269 |
| | Vaziyatli masalalar javoblari | 281 |
| | Test savollari | 294 |
| | Foydalanilgan adabiyotlar | 365 |

I-BOB. BOLALARDA TUG`MA NUQSONLAR

Qizilo`ngach nuqsonlari

Qizilo`ngach rivojlanish embriogenezi. Qizilo`ngach anatomiyasi va fiziologiyasini bola yoshiga bog`liqligi - har 3000-4000 chaqaloqning 1 tasida uchraydigan tug`ma nuqson hisoblanadi. O`g`il va qiz bolalarda 1:1 nisbatda uchraydi. *VATER, VACTER* sindomlari (*inglizcha – Vertebra defects, Anal atresia, Traxoesophageal fistula, Esophageal atresia, Cardiac malformatsionis so`zlarining bosh harflaridan tuzilgan bo`lib, ushbu a`zolar tug`ma nuqsoni birgalikda kelishi – “assotsiatsiyalari” ko`zga tutilgan*) assotsiatsiyalari tarkibiga kiradi.

Embrional rivojlanishning dastlabki bosqichlarida (gestatsiya davrining 19-kunlari) qizilo`ngach va traxeya birlamchi ichakning proksimal qismidan rivojlanib, kranial yo`nalishda alohidalanib boradi. Birlamchi ichak nayining “dorzal” qismidan qizilo`ngach, “ventral” qismidan esa traxeya hosil bo`lib, gestatsiya davrining 26-kuniga kelib qizilo`ngach va traxeya to`liq alohidalanadi. Ushbu embrional rivojlanishning buzilishi natijasida qizilo`ngach – traxeya oqmalari hosil bo`ladi. Qizilo`ngach atreziyalarining shakllanishi ham gestatsiya davrining ushbu muddatlariga to`g`ri kelib, “embriogeneznining murakkab jarayonlari (epitelizatsiya, vakuolizatsiya, rekanalizatsiya, formatsiya) ning buzilishi natijasida yuzaga keladi” degan g`oyalar mavjud bo`lib, qizilo`ngach atreziyalarining hosil bo`lishi to`g`risida aniq teoriya mavjud emas. Ushbu nuqsonlar homiladorlik qog`anoq suvi ko`pligi, homiladorlikning 1-trimestrida homila tushish xavfi bo`lgan onalar farzandlarida ko`proq kuzatiladi.

Qizilo`ngach ichki tomondan shilliq qavat – epiteliyal qobiq bilan qoplangan bo`lib, shilliq ishlab chiqaruvchi bezlari bor. Mushak qavati – ichki sirkulyar, tashqi prodol qavatlardan iborat. Qizilo`ngachning seroz qobig`i bo`lmaydi. Qizilo`ngach yuqori $\frac{1}{3}$ qismi ko`ndalang – targ`il mushaklardan iborat, pastki $\frac{2}{3}$ qismi esa silliq mushaklardan tashkil topgan bo`lib, uning bo`yin, ko`krak va abdominal qismlari tavofut qilinadi. Bo`yin qismi hiqildoq

bilan birikkan bo`lib, qalqonsimon bez va uning qon tomirlari, torakal qismi aorta yoyi, aorta, traxeya, perikard bilan tutashgan, abdominal qismi esa diafragmaning qizilo`ngach teshigidan o`tib, oshqozon kardial qismi bilan tutashadi. Qizilo`ngachning shakli yangi tug`ilgan va emizikli bolalarda voronkasimon bo`lib, uning shilliq pardasi nozik, serqontomirli, mushak qatlamlari, elastik to`qimalar va shilliq bezlari yetarlicha rivojlanmagandir. Yangi tug`ilgan bolalarda qizilo`ngachning uzunligi 10 sm gacha, birinchi yilning oxirida — 12 sm, 5 yoshda — 16 sm, 10 yoshda — 18 sm va 15 yoshda esa 19 sm bo`ladi. Qizilo`ngachning vazifasi – og`iz bo`lig`idagi luqmani oshqozonga etkazib berish.

Me`daning sig`imi anatomik sig`imdan kichkina bo`lib, tug`ilgan chaqaloqda bor-yo`g`i 7 ml ni tashkil qiladi, 4 kunga borib ovqatlanish boshlangandan keyin fiziologik sig`im 40—50 ml gacha ko`payadi. 10 kunga borib esa 80 ml ga, keyinchalik har oyda ko`payib boradi. Shunga asoslanib N. F. Filatov 1 yoshgacha bo`lgan bolalar uchun bir martalik ovqat sig`imini topish maqsadida quyidagi formulani taklif qiladi:

$$V=30 \text{ ml}+30 \text{ ml } xp,$$

bunda: V — shu oydagi ovqat sig`imi, p — oylar soni. Bola yoshining oxirgi oylarida me`daning o`rtacha fiziologik sig`imi 250 ml ni, 3 yoshga borib 400—600 ml gacha, 4 yoshdan 7 yoshgacha asta-sekinlashadi, 7 yoshdan boshlab yana tez kattalasha boshlaydi hamda 10—12 yoshda me`da sig`imi 1300—1500 ml ni tashkil qiladi.

Me`da kardial qismining shakllanishi 8 yoshda tugallanadi. Me`da tubi yetarlicha rivojlanmagan, shilliq pardasi birmuncha qalin, mushaklarning rivojlanishi o`rtacha bo`lib, me`daga kirish joyi (kardia) boshlang`ich holatda sfinkteri to`liq yopilmaydi. Qadahsimon hujayra va bezlar soni kattalarnikiga qaraganda birmuncha kamdir. Mana shunday gistologik tuzilishning yetarlicha darajalarga ajralmaganligi ikkinchi yilning oxirigacha saqlanadi. Me`da chap qovurga ostida joylashgan bo`lib, pilorus o`rta chizigi yaqinligidadir. Bir

yoshgacha boʻlgan bolada meʻda yotiq holda joylashgan boʻlib, kichik botiqligi orqaga qaratilgandir. Bola yura boshlagach meʻda tikka (vertikal) vaziyatni qabul qiladi. Emadigan bolaning meʻda mushaklari yetarlicha rivojlanmaganligi sababli, u ovqat toʻldirilishi va u yerga havo kirishi taʻsirida yengillik bilan shaklini oʻzgartiradi. Soʻrish paytida onaning suti botiq va tarang yengillik bilan yutiladi. Mana shunday havoning yutilishi «fiziologik aerofagiya» deb ataladi.

Emadigan bola meʻdasiga kirish joyi sfinkterining yetarlicha rivojlanmagan va meʻda mushaklarining boʻshligi tufayli bu yoshda tez-tez qayt qilish kuzatiladi. Katta bolalarda ham shuningdek meʻda shakli katta-kichikligi va vaziyati qorin boʻshligʻi organlarining holatiga, umumiy trofikaning rivojlanishiga va vegetativ nerv sistemasining kuch-quvvat darajasiga (tonusiga) qarab yengil oʻzgaradi.

Bolada meʻdaning harakatlantiruvchi vazifasi:

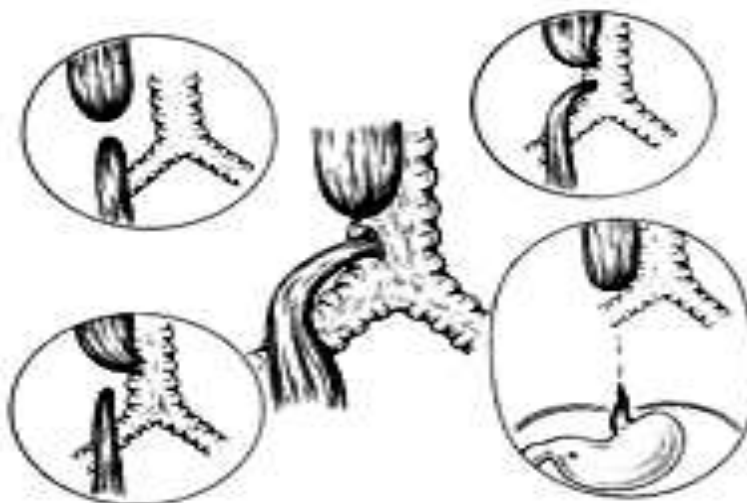
- 1) chuvalchangsimon harakatdan (peristaltikadan);
- 2) meʻda chiqish qismining vaqt-vaqtida ochilib yopilishidan iborat. Meʻda harakatlantiruvchi vazifasining buzilishi gipotoniya (tonusining susayishi) koʻpincha asteniklarda, ayniqsa qiz bolalarda balogʻatga yetish davrida koʻrinadi.

Meʻda mushaklari tonusining ortib taranglashishi, nerv sistemasi qoʻzgʻaluvchanligi yuqori koʻtariladigan bolalarda meʻdaga kirish joyining tortishib qolishi shaklida uchraydi va oʻqtin-oʻqtin ogʻriqlar boʻlib turadi, emizikli bolalarda esa meʻda mushaklari tonusining koʻtarilishi koʻpincha pilorospazm koʻrinishida boʻladi. Bolaning umumiy bezovtalanishidan tashqari, fontanga oʻxshab qayt qilish va tana vazni ortishining toʻxtab qolishi roʻy beradi. Meʻda mushaklarining qisqarishi qisman adashgan nerv va qisman mushaklar qavatining orasida kiritilgan nerv bogʻlamlarining taʻsiriga bogʻliq. Koʻkrak yoshidagi bolalarda ovqatning xiliga qarab, meʻdaning boʻshalish muddati turlicha: ona suti bilan boqilsa — 2-3 soatdan keyin, sigir suti bilan

boqilsa, 3-4 soatdan so`ng me`da bo`shaladi, me`dadan 1-1,5 soatdan keyin o`tib ketadi.

Qizilo`ngach atreziyasi – qizilo`ngachning tug`ma yetishmovchiligi bo`lib, uning tug`ma berkligi natijasida yutilgan luqmaning me`daga yetib bormasligi bilan ta`riflanadi. Ko`pincha qizilo`ngachning yuqori qismi ko`r tugab, pastki qismi traxeyaga ochilgan bo`ladi. Qizilungach atreziyasining boshqa anatomik variantlari ham uchraydi (1-rasm). Qizilo`ngach atreziyasi variantlari:

- yuqori berk, pastki qismi traxeyaga ochilgan;
- ikkala uchi berk;
- ikkala uchi traxeyaga (traxeya bifurkatsiyasiga) ochilgan;
- yuqorisi traxeyaga ochilgan, pastki qismi berk;
- yuqorisi berk, pastki qismi “ipsimon”.



1-rasm. Qizilo`ngach atreziyasi variantlari (sxema).

Patofiziologiya: Qizilo`ngach atreziyasida so`lak yoki luqma (agar aniqlanmasidan chaqaloq oziqlantirilgan bo`lsa) oshqozonga o`tmaydi, yuqori nafas yo`llariga tushib, aspiratsiya kuzatiladi. Natijada nafas olish jarayoni buzilib, o`pka atelektazi, aspiratsion pnevmoniya kuzatiladi. Distal qizilo`ngach - traxeya oqmasi orqali havo va suyuqlik ikkala yo`nalish bo`yicha harakat qilishi mumkin, ya`ni bemor yig`laganda, yo`talganda intratraxéal bosim oshib, distal

oqma orqali havo qizilo`ngachga, oshqozon va ichaklarga o`tib qolishi kuzatiladi. Qorin bo`shlig`ida bosim oshganda esa oshqozondagi shira fistula orqali nafas yo`llariga o`tishi, traxeobronxit, keyinchalik esa o`pka atelektaziga, aspiratsion pnevmoniyaga olib kelishi mumkin.

Klinikasi va diagnostikasi. Qizilo`ngach atreziyasi klinik belgilari chaqaloq hayotining 1-soatlaridan namoyon bo`la boshlaydi, bemorning qizilo`ngachi yuqori qismi, tomoq-burun shilliqqa to`ladi, nafas harakati tufayli nafas yo`llaridagi shilliq va havo aralashib, og`iz va burun orqali ko`pik tosha boshlaydi. Ko`pikni tozalab olgandan so`ng biroz o`tgach yana ko`pik tosha boshlaydi, bemor ko`karib qolishi mumkin. Agar bemor oziqlantirilgan (emizilgan) bo`lsa, chaqaloq o`qchib, ko`karib qoladi. Qizilo`ngach atreziyasi shakliga qarab, klinik belgilar ham o`ziga xos kechishi mumkin. Eng ko`p uchraydigan qizilo`ngach atreziyasi - yuqorisi ko`r, pastki distal oqma turida epigastral soha, qorin damligi kuzatilishi mumkin. Qizilo`ngach atreziyasi pastki proksimal oqmasiz turida esa qorin nisbatan puchligi kuzatiladi.



2-rasm. Qizilo`ngach atreziyasi, yuqori ko`r, distal oqma turi. Kateter orqali tekshirish (rentgenografiya).

Kasallikni aniqlash uchun, uchi to`mtoq, yumshoq rezina kateter bilan qizilo`ngachni kateterizatsiya qilish lozim. Kateter burun orqali 6-8 sm uzunlikda yuboriladi, u qizilo`ngach tugagan joyida turib qolishi yoki og`iz bo`shlig`iga qaytib chiqishi mumkin. Kateterdagi shilliq so`rib olinib, havo yuboriladi, havo shovqin bilan tashqariga qaytib chiqsa, qizilo`ngach atreziyasi borligi tasdiqlanadi (**“Elefant”** sinamasi musbat). Qizilo`ngach atreziyasini erta diagnostikasi muhimligini

hisobga olib, “nafas olishni buzilishi” sindromi kuzatiladigan chaqaloqlarni oshqozonini zondlash tavsiya etiladi (2-rasmga qarang).

Qizilo`ngach atreziyasini aniqlashda rentgenologik tekshirish muhim ahamiyat kasb etadi. Rentgenologik tekshirganda 1ml yodolipol eritmasi kateter orqali qizilo`ngachga yuboriladi, qizilo`ngach atreziyasi yuqori qismi ko`r tugaganda kontrast moddaning qizilo`ngachda turib qolganligi (3-rasm), yuqori qismi traxeyaga ochilgan bo`lsa, kontrast moddaning nafas yo`llariga o`tib ketganligi kuzatiladi (4-rasm). Undan tashqari, qizilo`ngach atreziyasida qorin bo`shlig`ida havo borligi pastki - distal oqma turi borligini (3-rasm), qorin bo`shlig`i “go`ng” bo`lishi esa, pastki distal qismi nafas yo`llariga ochilmaganligidan darak beradi. Undan tashqari, chaqaloqda *VATER*, yoki *VACTER* assotsiatsiyalari bo`lishi mumkinligini hisobga olib, yurak va nafas olish a`zolari soyalariga ham e`tibor berish lozim.



3-rasm. Qizilo`ngach atreziyasi, yuqori ko`r, distal oqma turi (sxema).

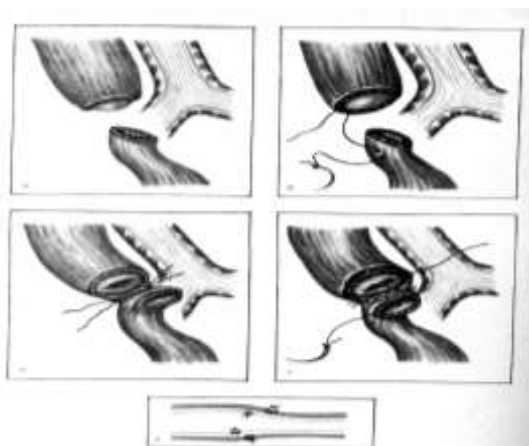


4-rasm. Qizilo`ngach atreziyasi, ikkala uchi ko`r. Kateter orqali tekshirish (rentgenografiya).

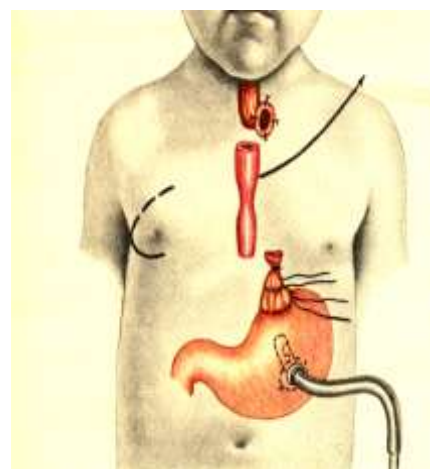
Davolash. Qizilo`ngach atreziyasi bilan tug`ilgan chaqaloq hayotini faqat operativ muolajagina saqlab qolishi mumkin. Tug`ruq xonadayoq chaqaloqni operatsiyaga tayyorlash jarayonini boshlash lozim. Og`iz – burnini tez – tez (har 15-20 daqiqada) aspiratsiya qilib turish, emirmaslik kerak. Maxsus brigada

kuzatuv ostida bemorni zudlik bilan maxsuslashgan markazga ko`chirish lozim. Operatsiya old tayyorgarligi umumiy vaqti gemodinamika, gomeostaz, nafas olishni buzilishi va dehidratatsiya darajasiga bog`liq. Aspiratsiya bo`lganda, nafas yetishmovchiligi, aspiratsion pnevmoniya belgilari ko`zga yaqqol tashlanganda laringoskopiya qilinib, nafas yo`llari tozalanishi, lozim bo`lganda esa narkoz ostida traxeyani intubatsiya qilish, bronxoskopiya qilib, nafas yo`llarini tozalash lozim. Chaqaloqni kyuvezda saqlash, antibakterial, infuzion, simptomatik terapiya o`tkazish lozim.

Bemorni operativ davolash usuli va vaqti qizilo`ngach atreziyasini shakli, bemor umumiy ahvoriga qarab belgilanadi. Qizilo`ngach atreziyasining eng ko`p uchraydigan yuqori ko`r, distal oqma turida umumiy intubatsion narkoz ostida torakotomiya qilinib, oqma bartaraf etiladi. Diastaz 1,5-2,0 *sm* gacha bo`lganda qizilo`ngach uchlari bir-biriga ulanadi (5-rasm), masofa uzoqroq bo`lganda esa yuqori qismi bo`yin oldidan chiqariladi, bo`yin ezofagostomiyasi qilinadi, oshqozonga **Kader** usulida gastrostoma qo`yiladi (6-rasm). Chala tug`ilgan, umumiy ahvoli og`ir baholangan bemorlarga oldin gastrostoma qo`yilib, ahvoli stabillashgach, ikkinchi bosqich bilan ezofagostoma qo`yiladi. Intensiv davo davom ettiriladi, anastamoz qo`yilgan taqdirda - oshqozonga anastamoz orqali tushirilgan zond orqali, gastrostoma qo`yilganda esa - gastrostoma orqali oziqlantiriladi.

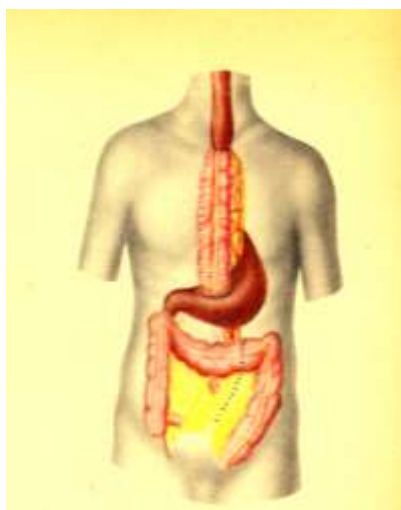


5-rasm. Qizilo`ngach uchlari bir-biriga ulanishi (sxema).

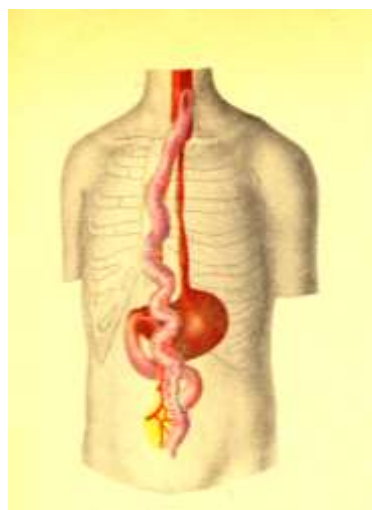


6-rasm. Ezofogostoma. Gastrostoma (sxema).

Operatsiyadan so`ng 6-7 kuni anastamoz holini aniqlash uchun 1-2 ml kontrast modda og`iz orqali ichiriladi, anastamoz o`tkazuvchanligi, kontrast modda anastamoz atrofiga tarqalishi kuzatiladi. Asoratlar kuzatilmasa emishga ruxsat etiladi, 2-3 haftadan so`ng ezofagoskopiya qilish tavsiya etiladi. Anastamoz sohasida torayish kuzatilsa, №22-24 bujlar bilan bujlash lozim. Operatsiyadan so`ng 1-yilgacha bemor dispanser nazoratida bo`ladi. Bemorda kardial jom, qizilo`ngach-oshqozon yetishmovchiligi, tungi regurgitatsiya, qayt qilish, qaytalanuvchi pnevmoniya, ba`zan esa bemor tovushi xirillashi (*n. rekkurens vagus* jaroxati tufayli) kuzatilishi mumkin. Agar bemorga ezofago-, gastrostoma qo`yilgan bo`lsa, 2-3 oyligidan 3 yoshgacha operatsiyaning ikkinchi, radikal bosqichi – qizilo`ngach yo`g`on ichak hisobidan plastika qilish tavsiya etiladi. Qizilo`ngach plastikasida transplantat sifatida chambar ichak qismidan (7-rasm) tashqari, ingichka ichakdan (8-rasm), oshqozondan “silindr” yasash, oshqozon qismini yuqoriga ko`tarish usullari ham mavjud.



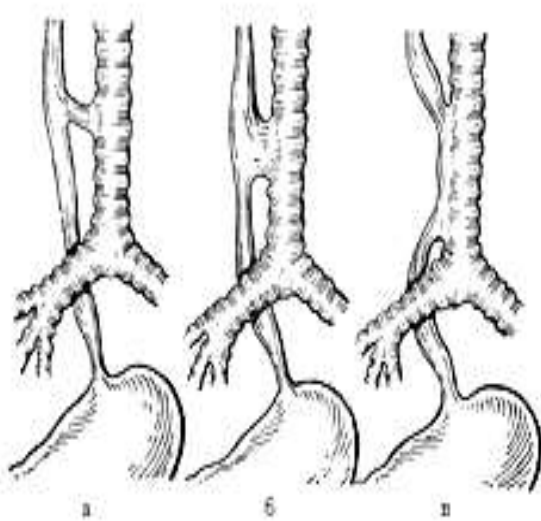
7-rasm. Qizilo`ngachni yo`g`on ichak hisobidan plastika qilish (sxema).



8-rasm. Qizilo`ngach plastikasida transplantat sifatida ingichka ichakdan foydalanish (sxema).

Qizilo`ngach atreziyasini plastikasida bir qator asoratlar ham kuzatiladi, ulardan eng jiddiysi transplantatda qon aylanishining buzilishi hisoblanadi. Oshqozon – qizilo`ngach reflyuksi natijasida yallig`lanish, yara hosil bo`lishi kuzatiladi. Anastamoz stenozi, choklar sitilishi ham kuzatiladi.

Tug`ma qizilo`ngach-traxeya oqmalari - qizilo`ngachning kam uchraydigan nuqsoni bo`lib, 3-4% tashkil etadi. Oqma ko`pincha yuqorida VII bo`yin yoki I ko`krak umurtqasi sohasida bo`ladi. Oqma diametri ko`pincha 2-4 mm bo`lib, qiyshiq yo`nalishda, qizilo`ngach old qismidan traxeyaning membranali qismiga qarab yo`nalgan bo`ladi. Oqma hiqildoqdan boshlab, traxeya bifurkatsiyasigacha bo`lishi mumkin (9-rasm).



9-rasm.

Tug`ma qizilo`ngach-traxeya oqmalari -

3 xil turini farqlashadi:

a) tor va uzun;

b) qisqa va keng;

v) juda keng, ya`ni traxeya va qizilo`ngach orasi katta qismida devor yo`qligi kuzatiladi (sxema).

Klinika va diagnostika

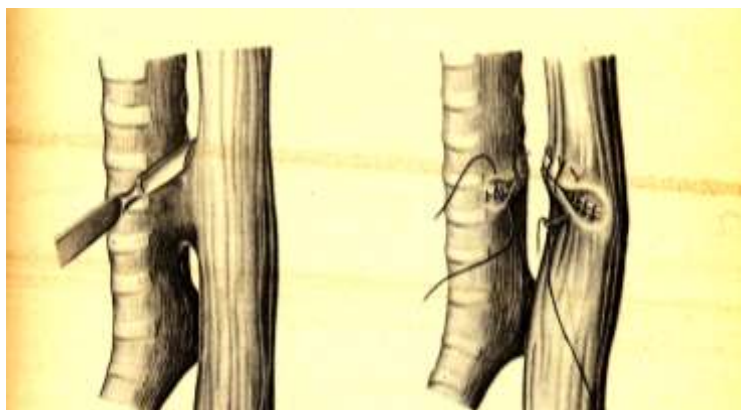
Tug`ma qizilo`ngach-traxeya oqmalari klinik belgilarining namoyon bo`lishi oqma diametri va ochilish burchagiga bog`liq bo`lib, ko`pincha oziqlantirilayotgan bemorda yo`talish va sianoz kuzatiladi. Ushbu klinik belgilar bemor gorizontal holatda bo`lganligida yaqqol namoyon bo`ladi. Tor va qisqa oqmalari bemorlarda vertikal holatida ushbu klinik belgilar ko`rinishi susayadi. Keng va kalta oqmalar klinik belgilari bemor vertikal holatida ham yaqqolroq namoyon bo`lib, nafas yo`llari, o`pka atelektazi, pnevmoniya asoratlari kuzatiladi.

Tug`ma qizilungach-traxeya oqmalari diagnostikasi murakkab bo`lib hisoblanadi, xususan tor va uzun shakllarida. Bemorni tekshirish rentgenoskopiya va traxeoskopiya yordamida foydalaniladi. Bemor rentgenologik tekshirish vaqtida gorizontal, tepaga qaragan holatda ekran ostiga yotqiziladi.

Qizilo`ngach boshlang`ich qismiga zond yuborilib, zond orqali suvda eruvchi kontrast modda yuboriladi, kontrastning traxeyada bo`lishi oqmadan darak beradi. Ushbu usul yordam bermasa, traxeobronxoskopiyadan foydalaniladi, oqma yorig`i traxeyaning orqa devorida aniqlanadi.

Tug`ma qizilungach-traxeya oqmalari differentsial diagnostikasi - qizilo`ngach atreziyasi, kardioaxalaziya, qizilo`ngach – oshqozon refluyksi, qizilo`ngach torayishi, chaqaloq tug`ruq ichidan olgan bosh miya jaroxatidan so`ngi disfagiya, markaziy nerv tizimi bilan bog`liq disfagiya bilan qiyoslanadi.

Davolash – faqat operativ. Operatsiya old tayyorgarligi –traxeobronxial daraxt sanatsiyasi va aspiratsion pnevmoniyani davolashdan iborat. Bemor faqat oshqozonga tushirilgan zond orqali oziqlanishi lozim. Umumiy og`riqsizlantirish ostida, o`ng bo`yin, yoki orqa-yon torakotomiya yo`li bilan mediastinumga kirilib, oqma yo`li topilib, ajratilib, kesib tikilib bartaraf etiladi (10-rasm).



10-rasm. Qizilo`ngach-traxeya oqmalarini bartaraf etish (sxema).

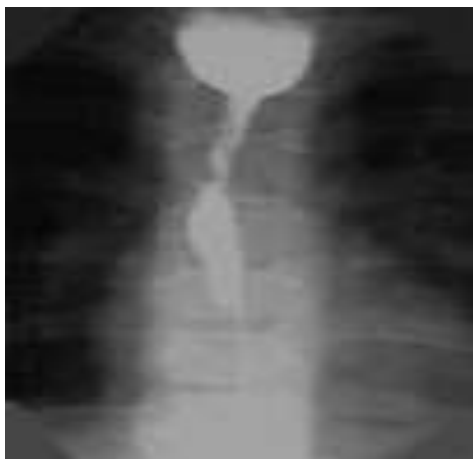
Qizilo`ngach stenozi - tug`ma yoki ortirilgan bo`lishi mumkin. Tug`ma qizilo`ngach stenozlari birlamchi ichak embriogenezi jarayonida vakuolizatsiya va rekanalizatsiya jarayonlarining buzilishi natijasida yuzaga keladi. Ortirilgan qizilo`ngach stenozlari qizilo`ngach kuyishi, jaroxatlanishlarida chandiqlanish jarayonining noto`g`ri davolanishi natijasida kelib chiqadi.

Klinika: klinik belgilar namayon bo`lishi stenoz darajasiga bog`liq. Shuning uchun chaqaloq ona suti yoki ona sutiga yaqinlashtirilgan aralashmalar bilan oziqlantirilganda muammo bo`lmasligi mumkin. Qo`shimcha ovqat, dag`al aralashmalar berilishi bilan quyidagi klinik belgilar namoyon bo`la boshlaydi.

Disfagiya - vazn yo`qotish-oriqlash; dag`al ovqat o`tishi qiyinlashadi, stenoz darajasi kuchayganda, bemor suyuqlikni ham yuta olmasligi mumkin.

Diagnostika: ezofagoskopiya va oshqozon-ichak traktini kontrastli tekshirish natijasida aniqlanadi (11-rasm).

Davolash: Bujlash, yordam bermasa, Operativ bo`ylamasiga kesilib, ko`ndalangiga tikiladi, zond oshqozonga o`tkaziladi (12-rasm).



11-rasm. Qizilo`ngach stenozida toraygan soha va “kolbasimon” kengayish. Kontrastli rentgenografiya.



12-rasm. Qizilo`ngach stenozida toraygan soha bo`ylamasiga kesilib, ko`ndalangiga tikilishi (sxema).

Qizilo`ngach axialaziyasi - grekcha so`zdan olingan bo`lib, “a”- inkor, “*xalazio*” – bo`shlash ma`nosini anglatadi, qizilo`ngachdan luqmani oshqozonga o`tishi buzilib, turib qolishi natijasida qizilo`ngach dilyatatsiyasi (kengayishi) kuzatiladi. “Kardiospazm”, “qizilo`ngach idiopatik kengayishi”, “mezoezofagus” nomi bilan ham yuritiladi. Kasallik asosan 8-9 yoshdagi bolalarda kuzatiladi, lekin erta yoshdagi bolalarda ham kuzatilishi mumkin.

Morfologik tekshirishlar natijasida, ushbu kasallik asosida qizilo`ngach muskullari orasidagi nerv gangliyalari yetishmovchiligi yotishi aniqlandi. Nuqson ko`proq kardial jom atrofida sezilarli bo`ladi, lekin qizilo`ngachning hamma qismida ham kuzatilishi mumkin. Natijada qizilo`ngach yuqori qismlari mushak qavati tonusi va motorikasi o`zgaradi.

Klinika va diagnostika

Kasallikning asosiy belgilari – regurgitatsiya va disfagiya. Bemor dag`al ovqat yeganda tiqilish hissi va qusish yuzaga keladi. To`sh sohasida og`riq, bosim hissi, bezovtalik kabi hollarni bolalar aniq ayta olmasliklari ma`lum bir qiyinchiliklar tug`diradi. Qusiq massalarida asosan chaynab yutilgan ovqat qoldiqlari bo`lib, oshqozon shirasi aniqlanmaydi. Bemor ovqatlanganda tiqilib qolmaslik uchun ko`p ovqat yemasdan, ko`p chaynab yutadi, ovqat ustidan ko`p suyuqlik ichadi, tez-tez yutinadi. Ba`zida bemor ushbu holatini noto`g`ri talqin qilib, ruhiy kasallik bilan ham bog`laydi. Bemor yaxshi oziqlanmasligi sababli ozib ketadi, uyqusida regurgitatsiya bo`lishi natijasida aspiratsiya, aspiratsion pnevmoniya kuzatiladi.

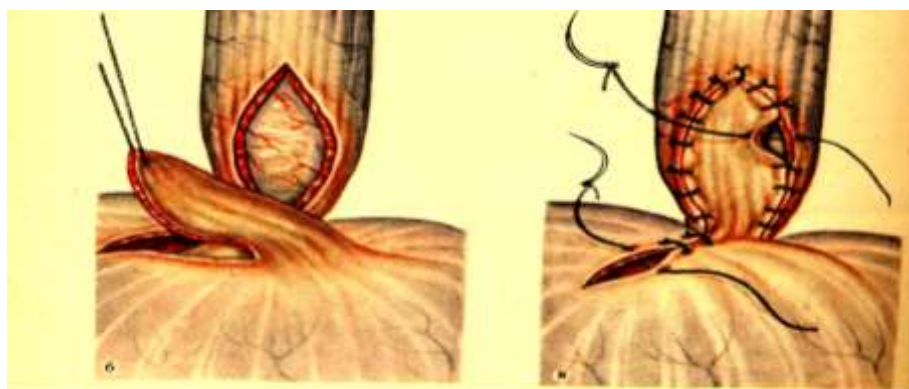
Qizilo`ngach axialaziyasini diagnostikasida rentgenologik tekshirish, ezofagoskopiya qo`llaniladi. Kontrast modda bilan tekshirish asosiy vosita hisoblanadi, bariy qizilo`ngachni ma`lum darajada to`ldirib turadi, me`daga o`tmasligi, yoki xuddi qizilo`ngachdan siqib chiqarilayotgandek iz hosil qilishi mumkin. Normada ham kardial jom toraygandek ko`rinadi, lekin ushbu hol dinamik xarakterga ega bo`ladi. Axalaziyaning muhim belgilaridan biri – bu qizilo`ngachning kengayib ketganligidir. Luqma yutilgandan keyin ham jom ochilmaydi, yoki qisman torayishi kuzatiladi. Rentgenkimografiyada qizilo`ngach axialaziyasi belgilari aniq va tasvirli ko`rinadi. Ezofagoskopiyada qizilo`ngach kengayganligi, burmalar ko`pligi, och qorinda ko`rilganda ham ovqat qoldiqlari borligi ko`rinadi. Ezofagoskop naychasi, buj qarshilgisiz oshqozonga o`tib ketadi.

Qizilo`ngach axialaziyasini - differentsial diagnostikasi qizilo`ngach tug`ma yoki orttirilgan stenozi, kalta qizilo`ngach, tug`ma va orttirilgan o`smalar bilan qiyoslanadi.

Davolash. Axalaziyada har xil dori-darmonlar bilan davolash hech qanday natija bermaydi, kardiodilyatatorlarni bolalarda qo`llash ruhiy va texnik qiyinchilik bilan kechishi, tez-tez takrorlab turish kerakligi tufayli

qo`llanilmaydi. Elastik bujlar bilan bujlash ham vaqtinchalik samara beradi, shuning uchun ham keng qo`llanilmaydi.

Xeller operatsiyasi eng yaxshi xirurgik davolash usuli hisoblanadi va chap plevra bo`shlig`i orqali o`tib bajariladi. Bunda shilliq qavatdan tashqarida kardiomiometriya qilinadi. Kardiomiometriya qizilo`ngachning kengaygan joyidan kesishdan boshlanib, kardiya orqali me`dagacha davom ettiriladi. Muskullar kesilgandan keyin tomonlarga ajratiladi, bunda shilliq qavat bo`rtib chiqadi (13-rasm, a).



13-rasm. a. Xeller operatsiyasi. b. qo`shimcha ezofagokardiofundoplikatsiya (sxema).

Operatsiyadan keyin patologik alomatlar yo`qolib, bemor bemalol ovqatlana boshlaydi.

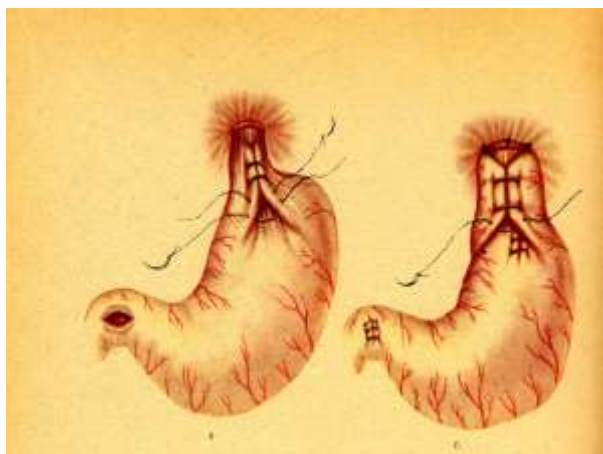
So`nggi vaqtlarda Xeller operatsiyasiga qo`shimcha ezofagokardiofundoplikatsiya qilinmoqda, ya`ni kesilgan joyga me`da devori olib kelib tikiladi (13-rasm b). Bu kardiyaning chandiqlanishini oldini olib, operatsiya natijalarini yaxshilanishiga olib keladi.

Tug`ma kardiya xalaziyasi - yoki kardiyaning ochilib turishi birinchi marotaba alohida kasallik sifatida Vechepevch tomonidan 1947 yilda yozilgan. Ma`lumki, normada kardiya yopiq holda bo`ladi, uning ochilishi reflektor ravishda ovqat luqmasi yutilib o`tayotganda bo`ladi. Kardiya faoliyatining yetishmovchiligi chaqaloq hayotining 5-7 haftasigacha fiziologik hisoblanib, keyinchalik bartaraf bo`ladi. Chaqaloqlarda me`da-qizilo`ngach reflyuksining bo`lishi anatomo-fiziologik yetishmovchilik deb qaraladi. Kardiya yetishmovchiligida bola yig`laganda, kuchanganda qorinda bosim oshib,

me'dadan ovqatning bemalol orqaga qaytishi kuzatiladi. Doimiy bo`lib turadigan me'da-qizilo`ngach reflyuksi, me'dadagi kislotali ovqatning qizilo`ngach shilliq qavatiga yemiruvchi ta'sir qilib, peptik ezofagit hosil bo`lishiga olib keladi. Qizilo`ngach teshigi churrasi, kalta qizilo`ngachda uchraydigan kardiya xalaziyasi belgilari kardial jom anatomiyasi buzilishi hisobidan bo`ladi.

Klinika va diagnostika. Xalaziya tez-tez qusish bilan kechadi. Bola hayotining birinchi kunlaridan ovqatlantirilganda, ovqatlantirilgandan so`ng qusadi. Qusiq tarkibi asosan ivigan sut bo`ladi. Darrov qussa sut o`zgarmagan ham bo`lishi mumkin. Qusiq tarkibida qon bo`lishi mumkin, natijada bolada kamqonlik kuzatiladi. Qusish bir-necha oy davom etsa, bola ozib ketishi, aspiratsiya bo`lishi, aspiratsion pnevmoniya rivojlanishi mumkin. Tekshirishda rentgenologik va ezofagoskopiya muhim rol o`ynaydi. Rentgenologik tekshirganda bemorga kontrast ichirilib, Tredelenburg (tizzatirsak) holatida yon tomondan rentgenografiya qilinadi. Ezofagiya asosan peptik ezofagit belgilari aniqlanadi.

Xalaziyani differentsial diagnostikasi tug`ma kalta qizilo`ngach, qizilo`ngach stenozi, diafragmaning qizilo`ngach teshigi churrasi, pilorostenoz, pilorospazm, chaqaloq tug`ruq vaqtida olgan bosh miya jarohatidan so`nggi qusish bilan qiyoslanadi.



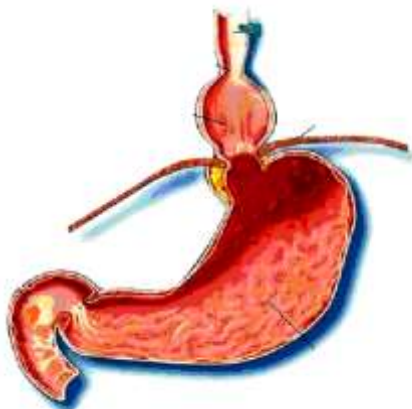
14-rasm. Kanshin usulida fundoplikatsiya va piloroplastika (sxema).

Davolash. Bolalarda kardiya xalaziyasi asosan konservativ davolanadi. Buning uchun bolani ovqatlanganda, ovqatlangandan so`ng doimo vertikal

holatda, ko`tarib turish kerak. Konservativ davu samarasiz bo`lganda operativ davu qo`llaniladi (14-rasm). Oshqozon kardial qismidan manjeta hosil qilish natijasida antireflyuks mexanizm hosil qilinadi.

Tug`ma kalta qizilo`ngach - kasallik tug`ma nuqson hisoblanadi, morfologik jixatdan qizilo`ngachning distal qismi me`da shilliq qavati bilan qoplangan bo`ladi. Kasallik oshqozon-qizilo`ngach reflyuksi bilan kechadi, kasallik “braxoezofagus”, “ko`krakdagi me`da”, “joyiga tushmagan me`da” nomi bilan ham yuritiladi.

Ikki xil asoratlanadi: - yarali ezofagit natijasida striktura berishi;
- peptik yarali ezofagit natijasida ikkilamchi qismning bo`lmasligi.



15-rasm. Oshqozon kardial qismi diafragmadan yuqorida (sxema).

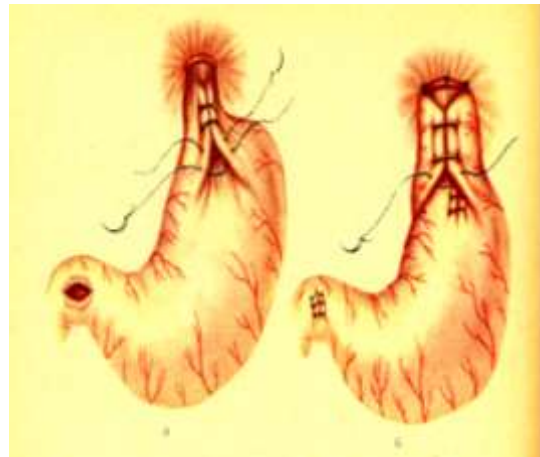
Kasallik kelib chiqishining sababi embrional rivojlanish davrining birinchi oyining oxirida me`da ko`krak qafasida joylashgan, ikkinchi oyning oxirida qorin bo`shlig`iga tushishi lozim, jarayonning buzilishi, qizilo`ngach distal qismi shilliq qavatining me`da shilliq qavati bilan qoplanishi kasallikka sabab bo`ladi (15-rasm).

Klinika va diagnostika. Bemor anamnezidan qusish sindromi kuzatiladi. Qusish sindromi bemor hayotining birinchi kunlaridayoq yoki bir oylik bo`lgunicha boshlanadi. Keyinchalik kasallik klinik belgilari ikkilamchi torayish bor yoki yo`qligiga bog`liq bo`ladi. Qusish bemor ovqatlanganda, yig`laganda, gorizontol holatda yotganda boshlanadi. Qusuq tarkibida non uvoqlarini ko`rish mumkin. Peptik yarali ezofagitdan keyin ikkilamchi torayish

kuzatiladi. Kasallikni aniqlash uchun oshqozon-qizilo`ngach reflyuksi borligini aniqlash kerak. Buning uchun bemorni kontrast modda berib Tredelenburg (tizzatirsak) holatida tekshirish talab etiladi. Reflyuks bo`lsa kontrast modda qizilo`ngachga o`tishi kuzatiladi (16-rasm). Ezofagoskopiyada shilliq qavatda fibrin qoplamalari, yaralar, eroziyalar ko`rinadi. Peptik yaralarning chandiqlanishi natijasida hosil bo`lgan stenozlar aniqlanadi.



16-rasm. Tredelenburg holatida tekshirish. oshqozon-qizilo`ngach reflyuksi .



17-rasm. Nissen usulida fundoplastika va piloroplastika.

Davolash – xirurgik muolajani talab qiladi, Kanshin yoki Nissen usulida fundoplastika qilinadi (17-rasm). Peptik stenoz bo`lganda esa fundoplastika gastrostoma bilan birgalikda qilinib, stenoz sohasi bujlanadi.

BOLALARDA O`PKA VA BRONXLAR RIVOJLANISH NUQSONLARI

Bolalarda o`pka va bronxlar rivojlanish nuqsonlari va anomaliyalari – embrional rivojlanish davrining ikki bosqichida noto`g`ri shakllanishi natijasida yuzaga keladi, ya`ni gestatsiya davrining 3-6 haftasi oralig`ida birlamchi ichakdan traxeya divertikuli ajralishi va shakllanishining buzilishi; va gestatsiya davrining 6-16 haftasi oralig`ida distal bronxlarning hosil bo`lishi va shakllanishining buzilishi natijasida o`pka-bronx tizimida tug`ma nuqson va anomaliyalar vujudga keladi. Chaqaloq va kattalar nafas olish a`zolarining anatomiyasi va fiziologiyasida o`ziga xos bo`lgan farqlar mavjud. Nafas yo`llarining hilpillovchi epiteliy bilan qoplanishi gestatsiya davrining 6-16 haftasiga to`g`ri keladi. Tug`ilgan chaqaloqda havo almashinuvi respirator bronxiolalarning shingilsimon xaltachasida kechadi. Nafas olish a`zolarining anatomik strukturasi shakllanishi (bronxiolalar, alveolyar, yo`lakchalar, alveolyar daraxt) bola hayotining 18-oyigacha davom etadi. Postnatal rivojlanishi davomida 20 mln alveola bilan tug`ilgan chaqaloqning alveolalari soni 8-yoshligida 300 mln atrofida bo`ladi. Chaqaloq traxeyasi bola vazni va o`pka hajmiga nisbatan noproportsional bo`lib, qisqa va keng bo`ladi. Rivojlanishning keyingi bosqichlarida o`pka hajmi qariyb 30 marta kattalashadi. Shuning uchun bolalarda nafas yo`llarining yallig`lanishi, xususan distal qismlarining yallig`lanishi bronxiolit va o`pka shishi tez rivojlanadi.

Chaqaloq ko`krak qafasi kattalar ko`krak qafasidan shakli bilan farq qiladi, kattalarning ovalsimon shaklli ko`krak qafasiga nisbatan ularning ko`krak qafasi doira shaklini eslatadi, bu esa ko`krak ekskursiyasi imkoniyatlarini chegaralaydi. Ularda qovurg`a ikki, ya`ni tog`ay va suyak qismdan iborat. Qovurg`alar gorizontaal joylashgan bo`lib, qovurg`a tog`aylari to`sh suyagi bilan bir tekislikda yotadi. Qovurg`alar nisbatan elastikligi, qovurg`alararo mushaklarning funksional imkoniyatlari chegaralanganligi nafas olganda va nafas chiqarganda nafas hajmini to`liqligini ta`minlay olmaydi. Nafas olish, nafas hajmi asosan diafragmaning ekskursion faoliyati bilan bog`liq bo`ladi.

Shuning uchun chaqaloqlarda abdominal xirurgik muolajalar, ichaklar parezi nafas olish faoliyatiga tez va nojo`ya ta'sir qiladi.

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

Sog`lom o`pka kengaygan ko`krak qafasining ikkinchi yarmiga o`tadi va mediastinal churrani hosil 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 va kompyuter tomografiya (KT) va magnit-rezonansli tomografiyasi (MRT) muhim o`rin tutadi. Rentgenologik tekshirilganda

(qovurg`alararo) kasallangan tomonda qovurg`alar oralig`ining torayishi, diafragma pardasi yuqori joylashgani, ko`krak qafasining shu sohasi qorong`ilashgani kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishda klinik belgi sog`lom o`pkani ko`krak qafasining ikkinchi yarmida tasdiqlanadi (1-rasm).

O`pka ageneziasini bronxoskopiya qilganda bosh bronx va traxeya bifurkatsiyasi yo`qligi ko`riladi. O`pka aplaziyasida bifurkatsiya va diametri toraygan bosh bronx aniqlanadi (bronxoskopiya). Bronxografiya tekshiruvda o`pka ageneziasiga xos hamma belgilar aniqlanadi. O`pka ageneziasi yoki aplaziyasi deb tashxis qo`yilgan bemorlar uzoq vaqt dispanser kuzatuvda bo`lishlari kerak.

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

Butun o`pka gipoplaziyasi. Bemorni ko`rganda ko`krak qafasida assimetriya, ayniqsa orqadan qaraganda aniq ifodalangan bo`ladi. Bu orqa assimetrik simptomi deyiladi. Bu simptom faqat butun o`pka gipoplaziyasida emas, balki o`pka ageneziasida, tug`ma yoki ortirilgan massiv o`pka aplaziyasida o`tkazilgan pulmonektomiyadan keyin ham uchraydi. Perkussiyada gipoplaziyaga uchragan o`pkada perkutor tovush qisqarganligi aniqlanadi. Ko`ks oralig`i bunda kasal o`pka tomonga surilgan bo`ladi. Nafas etishmovchiligi alomatlari tashqi tomonda tinch turganda va ko`p bo`lmagan fizik zo`rayishda o`zgarmasligi mumkin. Nafas olish faoliyatini chuqurroq tekshirilganda yurak qon tomir etishmovchiligi va nafas etishmovchiligi borligi aniqlanadi. Shuning

uchun bunday bolalarni biz sog`lom bolalar deb ayta olmaymiz. Yuqorida o`pka gipoplaziyasining quruq turi haqida fikr yuritildi. Klinik kechishining boshqa turi yaxshi rivojlanmagan bronx va ulardagi yiring bilan bog`liq. Bunday bemorlarda kasallikning klinik kechishi bronxoektatik kasallikning klinik ko`rinishidan farq qilmaydi. Balg`am bilan yo`tal davriy xususiyatga ega.

Bo`lak gipoplaziyasi o`pka bo`lagi gipoplaziyasining klinik ko`rinishi asosan bo`lakda yiring bor yoki yo`qligi bilan bog`liq. Agar yiringlanish bo`lmasa, o`pkaning gipoplaziyaga uchragan bo`lagi uzoq vaqtgacha bilinmaydi. Faqat rentgenologik tekshiruvda yoki operatsiya paytida tasodifan ma`lum bo`ladi. Bemorda gipoplaziyaga uchragan bo`lakda perkutor tovushning qisqarishi, nafasning susayishi aniqlanadi va ko`ks oralig`ining kasal tomonga siljishi kuzatiladi. Rentgenografiyada gipoplaziyaga uchragan o`pka tomonda o`pka maydonining bir xil qorayishi, yurak va diafragma soyasining qo`shilishi bilan birga kuzatiladi. Zararlangan tomonda ko`ks oralig`ining surilishi, qovurg`alar orasining torayishi aniqlanadi. Ba`zan mediastinal churra aniq ko`rinadi (1-rasm). Bronxoskopiyada asosiy bo`lak ustunidan yoki segmentar bronxlardan normal yoki anomal ketuvchi bronxlarning birday torayishi va to`mtoq tamom bo`lishi aniqlanadi. Yallig`lanish bo`lsa, endobronxitga xos ko`rinish kuzatiladi.



1-rasm. O`ng o`pka gipoplaziyasi.



2-rasm. O`pka kistoz gipoplaziyasi.

Bronxografiyadagi ko`rinish bosh bo`laklar va segmentar bronxlar gipoplaziyasining darajasiga bog`liq bo`ladi. O`pka gipoplaziyasida

deformatsiyalangan va qisqargan bo`lak, segmentar bronxlar aniqlanadi. Bronxlar soni normaga to`g`ri kelmaydi.

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

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

TRAXEAL BRONX - bronxlarning ajralish normasiga kiradi. Bo`lak yoki segmentar bronx to`g`ridan to`g`ri traxeyadan ajraladi. Traxeal bronxning bir qancha tasnifi qabul qilingan. Ko`proq qo`llanadigan aralash va yuqori komplekt traxeal bronxga bo`linishi hisoblanadi. Aralash deganda normal bronx ajralish joyining atipikligi tushuniladi. Masalan, o`ng yuqori bo`lak to`g`ridan to`g`ri traxeyadan ajraladi, bunda o`pkadagi bronxlar soni normal qoladi. Yuqori komplektli traxeal bronxda butun o`pkada, bo`lakda yoki segmentda qo`shimcha bronx bo`ladi. Bu ham to`g`ridan-to`g`ri traxeyadan ajraladi. Traxeal bronx tipik klinikaga ega emas. Klinik ko`rinishi asosan o`pka to`qimasidagi o`zgarishlarga bog`liq. Traxeal bronxda bronxologik tekshirishga asoslanib tashxis qo`yiladi. Bronxoskopiyada to`g`ridan-to`g`ri traxeyadan ajraluvchi qo`shimcha bronx ravog`i aniqlanadi. Bronxoskopiyada traxeal bronxni aniqlagandan keyin topilgan nuqsonni to`liq isbotlash uchun bronxografiya va angiopulmonografiya o`tkazish zarur.

TRAXEOBRONXOMALYATSIYA (Mune-Kun sindromi)

Traxeobronxomalyatsiya (traxeobronxomegaliya) — traxeya va bronxlarning muskul va elastik elementlari to`liq rivojlanmasligi natijasida bronx va traxeyalarning ulkan kengayishi. U kam uchraydigan tug`ma rivojlanish nuqsoni hisoblanadi. Nuqson yana traxeya kengayishsiz, bosh va bo`laklar bronxi

kengayishi bilan kuzatilishi mumkin. Ba'zan mayda bronxlarning kista turidagi kengayishi ham kuzatiladi.

Klinik ko`rinishi — asosan traxeya, bronx kengayishi darajasiga va yiringli infeksiya ko`rinishiga bog`liq bo`ladi. Keng zararlanishlarda oqarish, nafas yetishmovchiligi, yuzda ko`karish, yiringli balg`am bilan yo`tal, doimiy haroratning ko`tarilishi kuzatiladi. Eshitib ko`rganda zararlangan tomonda nafas olish susaygan, nam xirillashlar eshitiladi. Perkussiyada perkutor tovushning qisqarganligi aniqlanadi. Ko`ks oralg`ining surilishi o`pka parenximasidagi o`zgarish darajasiga va zararlanish hajmiga bog`liq. Ko`krak qafasining zararlangan tomoni nafas olishdan orqada qoladi. Qon tahlilida gemoglobin pasayganligi aniqlanadi. Traxeobronxomalyatsiyada rentgenologik tekshirish usullariga va klinik ko`rinishga asoslanib tashxis qo`yiladi. Rentgenografiyada o`pka parenximasidagi o`zgarish bronx qon tomirining kengayishi va kuchayishi aniqlanadi. Tomografiya tashxisni tasdiqlaydi. Bronxografiya, bronxoskopiya va angiopulmonografiya kasallik haqida tushunchani kengaytiradi.

Davosi. Traxeobronxomalyatsiya asosan konservativ davolanadi. Bunga umumiy quvvatlantiruvchi terapiya, yallig`lanishga qarshi davolash va traxeobronxial daraxtni to`liq sanatsiya qilish kiradi. Chegaralangan turlarda operatsiya qilish mumkin.

LOBAR EMFIZEMA – o`pkaning tug`ma bo`lak emfizemasi

O`pka gistologik normal rivojlangan parenximasi bir yoki bir necha bo`lagining trxeobronxial daraxt tog`aylari rivojlanmasligi natijasida traxeomalyatsiyaga (puchayishi, bujmayishi) uchrashi, nafas chiqarishning buzilishi natijasida sog`lom bo`lakda havo turib qolishi (kompensatsiya shakli), yoki progressiv ravishda intralobulyar havo bosimi oshib borishi (sub-, dekompensatsiya turlarida) kuzatiladi. Birdan shishgan zararlangan o`pka bo`lagi sog`lom qismini siqib turadi. Ko`krak ichi taranglashishiga, ko`ks oralg`ining surilishiga sabab bo`ladi. Tug`ma lobar emfizemaning kelib chiqishi tog`ay halqalarining to`liq rivojlanmasligi va ageneziyasi hisobiga,

bronxda klapan borligi, bronx shilliq qavatining gipertrofiyasi, stenoziga bog'liq. Patomorfologik tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, bu kasallikka ko'proq, quyidagilar sabab bo'ladi:

- Terminal va respirator bronxial shilliq, muskul aplaziyasi.
- Mayda bo'laklar va respirator bronx kistalarining oraliq generatsiyasi yo'qligi.
- Butun respirator bo'lakning ageneziasida ko'pgina mikroskopik bo'shliqlar borligi.

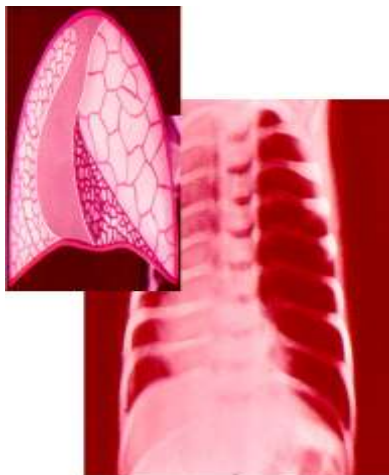
Tug'ma bo'lak (lobar) emfizemasining 3 ta klinik turi farqlanadi:

1. O'tkir - dekompensatsiyalangan turi
2. O'tkir osti - subkompensatsiyalangan turi
3. Surunkali - kompensatsiyalangan turi

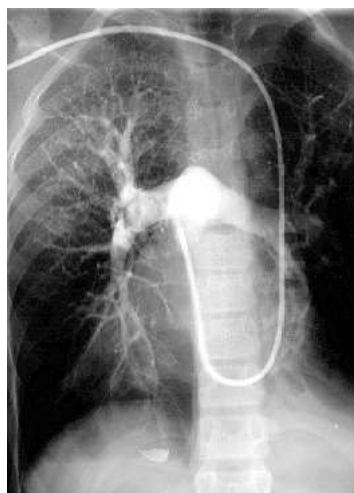
Tug'ma bo'lak emfizemasining dekompensatsiyalangan turi bola tug'lganda aniqlanadi va ko'p qaytalanuvchi asfiksiya xuruji bilan kuzatiladi. Nafas olish tez, ko'krak qafasida asimetriya, zararlangan tomon bir oz bo'rtib turadi. Rentgenda o'pka maydoni tiniqligi oshgani aniqlanadi. Sog'lom o'pka qisilgan, ko'ks oralig'ining qarama-qarshi tomonga surilgan (3-rasm). Angiopulmonografiyada qon tomirlar bilan zararlangan sohada deyarli yo'qligi kuzatiladi (4-rasm).

Subkompensatsiyalashgan turida klinik belgilar yangi tug'ilgan chaqaloqning so'nggi davrlariga to'g'ri keladi. O'zgarishlar sekin-asta rivojlanadi. 1-oydan 3 oygacha sianoz xurujlari qisqa bo'ladi. Rentgen tasvirida o'pka tiniqligining pasayganligi va o'pka tasvirining butunlay yo'qligi kuzatilishi mumkin. Kasallikning kompensatsiyalangan turi asosan kattaroq bolalarda uchraydi va rentgen tasvirida o'pka maydoni tiniqligining oshishi, ko'ks oralig'ining surilishi kuchsiz ifodalanganligi aniqlanadi. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, taranglashgan o'pka kistasi, diafragma churrasi, bronx yot tanachalar emfizemasi, pnevmoniyadagi kompensator emfizema bilan o'tkaziladi.

Pnevmotoraksni inkor qilish uchun ba'zi hollarda plevral bo'shliqni punksiya qilinadi. Taranglashgan pnevmotoraksda ko'p miqdorda bosim ostida havo olinadi (lobar emfizemada bir necha millilitr havo olinadi). Bronxoskopiya va bronxografiyani ko'pincha tekshirish usuli sifatida kompensatsiyalashgan, ba'zan subkompensirlashgan turlarida qo'llash mumkin.



3-rasm. Lobar emfizema (sxema)



4-rasm. Lobar emfizemada angiografiya

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

O'pka kistalari. Bolalar o'pkasida kista va kistasimon xosilalar kam uchraydi, lekin tug'ma kistalar uchrashi sonini aytish qiyin. Chunki tug'ma va orttirilgan hosilalarning klinik va rentgenologik ko'rinishi o'xshash bo'ladi (5-rasm). 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 hosil bo'ladi. Kech davrlardagi buzilish ko'plab mayda kistalar (polikistozlar) paydo qiladi. Kistalarga yig'ilgan shilliq moddalar hisobiga uning kattalashishi atrof bronxlar qisilishiga, deformatsiyasiga, bronx kurtaklarining noto'g'ri

rivojlanishiga olib keladi. Tug`ma kistalar aniq qobiqqa ega bo`lib, ko`pincha bronx bilan tutashgan bo`ladi. Bu tutash joy minimal bo`lishi mumkin, kirish joyi tor, egri-bugri yoki tor, qiyshiq. Uning o`tkazuvchanligi doimiy emas va oson bekilishi mumkin. Tug`ma kista devorini rentgenologik tekshirganda bronx elementlarining silliq muskul tolalari aniqlanadi. Kistaning ichki yuzasi epiteliy bilan qoplangan. Orttirilgan kistalar uchun bu belgilar xarakterli emas.



5-rasm. O`ng o`pka tug`ma kistasi.

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 rentgenoskopiyada stafilokokk kistalari nafas olganda o`zining o`lchamini o`zgartirishi kuzatiladi. Bunday paytda tug`ma kista konturlari stabil bo`ladi. Stafilokokk kistalari 1-3 oy mobaynida o`z-o`zidan yo`qolib ketishi mumkin. Ba`zi hollarda ular bunday kistalar klinik, rentgenologik va morfologik tomondan tug`ma kistadan farq qilmaydi. O`pkada tug`ma kista bo`lsa, bronxografik tekshirish, KT, MRT zarur. Bronxografiyada kistaning joyi va o`pkaning hamma sohasida bronxial daraxt holatini aniqlash mumkin. Bu operatsiya hajmini aniqlash uchun kerak bo`ladi. Asoratsiz

kistalarni bola bir yoshdan oshganda operatsiya qilish mumkin. Ko`prok asoratli kistalar uchraydi.

Kistaning yiringlashi har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. Shu bilan birga tug`ilgandan keyin ham yiringli jarayonga xos klinik simptomlar bo`ladi, yuqori harorat, intoksikatsiya. Leykotsitoz va rentgenologik tasvirda ba`zan bir nechta suyuqlik sathi bilan yumshoq shakldagi bo`shliqlar aniqlanadi. Rentgenografiyada va ayniqsa tomografiyada kista kapsulasi aniq ko`rinib turadi. Tug`ma yiringlagan kistalarni hamma vaqt o`pka stafilokokkli destruksiyasining har xil turlari bilan solishtirma tashxis o`tkaziladi (birinchi navbatda absess va pnevmotoraks bilan). Klinik ko`rinishdagi farqi, o`tkir stafilokokkli destruksiyada nafas yetishmovchiligi belgilari kuchliroq ifodalangan bo`ladi. O`pka to`qimasida jarayonning tez tarqalishi kuchli hansirashga olib keladi. Tug`ma yiringlagan kistalarda uzoq vaqt rivojlanish nuqsoni bilan birga yordamchi mexanizmlar va tashqi nafas faoliyatining kompensatsiyasi ishga tushadi. Rentgenda kapsula borligi va perifokal reaksiya yo`qligi tug`ma kistani stafilokokkli absessdan farq qilishga imkon beradi. Pnevmtoraksda sinusda ekssudat aniqlanadi. Tug`ma yiringlagan kistada sinus bo`sh bo`ladi, agar kista plevral bo`shliqqa yorilmagan bo`lsa, ko`ks oralig`ining surilishi kam ifodalanadi. Tug`ma yiringlagan kistani davolashning to`g`ri usuli operatsiya hisoblanib, u o`pkaning kista bor sohasini rezektsiya qilishdan iborat.

Taranglashgan o`pka kistalari kam uchraydi. Buning sababi kista bilan bronx tutashuv joyida klapanli mexanizm borligidir. Klinik ko`rinishi o`tkir nafas yetishmovchiligi bilan ifodalanadi. Fizikal natijalar taranglashgan pnevmotoraksga xos bo`ladi. Rentgen tasvirida kista konturlarini aniqlash mumkin. Solishtirma tashxis taranglashgan pnevmotoraks, tug`ma bo`lak emfizemasi, diafragmal churra bilan o`tkaziladi.

Taranglashgan pnevmotoraks bolalarda stafilokokkli zotiljam natijasida kelib chiqadi va yuqori haroratli intoksikatsiya bilan kechadi. Tug`ma kistalarda taranglashish birdan kelib chiqadi. Diafragmal churra rentgenologik farqlanadi.

Buning uchun ko`krak qafasida ko`plab halqasimon soyalar borligi xarakterlidir. Ichak qovuzloqlarining o`tishi ko`krak qafasi hisobiga bo`ladi va tashxis me`da-ichak yo`llarini bariy eritmasi bilan tekshirgandan keyin tasdiqlanadi.

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

O`pka sekvestratsiyasi. Ushbu rivojlanish nuqsoni kam uchraydi. Bunda o`pkaning biror segmenti yoki o`lchami *aorta va uning shoxlaridan qon* bilan ta`minlanib, venoz qonining kichik qon aylanishi doirasiga quyilishi kuzatiladi va bunga *sekvestratsiya* deyiladi. Intralobar va ekstralobar shakllariga ajratiladi, intralobar shakli asosan o`pka parenximasining ichida, orasida joylashgan bo`lsa, ekstralobar shakli o`pka parenximasidan tashqarida joylashadi. Bunda qo`shilmagan o`pka parenximasini kistasimon hosilaga o`xshaydi, u xam rivojlangan, aloxida plevra bilan o`ralgan bo`ladi va ko`pincha pastki bo`laklarda joylashadi. Klinik belgilar o`pkaning sekvestrlangan soxasi yiringlaganda yuzaga keladi. O`pka absessi, kistasi bilan, diafragmani qizilo`ngach teshigining churrasi bilan solishtirma tashxis o`tkaziladi. Nuqsonli rivojlangan o`pka soxasi aynan qon tomirlar orqali qon bilan ta`minlanadi. Bu qon tomir aortadan chiqadi. Operatsiya paytida shu tomirga tasodifan shikast yetkazilsa, qon ketishiga sabab bo`ladi. Diagnostikasida tasviriy rentgenografiyadan tashqari angiopulmonografiya muhim o`rin tutadi, bunda bevosita ko`krak aortasidan chiqqan qon tomirni ko`rish mumkin.

Davosi. Umumiy intubatsion narkoz ostida torakotomiya qilinadi. Oldindan anomal qon tomirni bog`lab, sekvestrlangan o`pka soxasi olib tashlanadi.

Bronxoektaziya. Bronxoektaziya bronxlarning patologik kengayishi bilan kechadigan surunkali yallig`lanish kasalligi bo`lib, o`pka parenximasini

pnevmosklerozga olib keladi. U har xil darajada, kam silindrik deformatsiyadan tarqalgan dag'al xaltasimon (qopsimon) ektaziyagacha bo'ladi. Patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi infeksiyalangan balg'amning turib qolishiga sharoit yaratadi. Yiringli jarayon asosan zararlangan bronxlarda ifodalangan bo'ladi. Bronxitlar esa tarqoq ravishda deformatsiyalangan bronxlarga ham tarqalishi mumkin. O'pka to'qimasida ham o'zgarishlar bo'ladi, bu keyinchalik sklerozga va shu zararlangan sohaning gaz almashinuvida ishtirok etmasligiga olib keladi.

Bronxoektaziyaning uchrashi 0,5—1,7% gacha tashkil etadi. U ko'proq yosh bolalarda, jumladan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda 50%, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarda 70—75% ni (hamma kasallar sonidan), 20 yoshdan oshganlarda 8% ni tashkil qiladi. Kasallikning asosiy qismini orttirilgan bronxoektaziya tashkil qilib, ko'proq ular yoshlikda o'tkazilgan surunkali zotiljam natijasi hisoblanadi. O'tkir zotiljamning surunkali zotiljamga o'tishiga quyidagi omillar moyillik qiladi:

- kech boshlangan yoki tugallanmagan davolash;
- antibiotiklarni to'g'ri qabul qilmaslik; yomon ovqatlanish;
- qo'shimcha yo'ldosh kasalliklar (bronxit, gipotrofiya) va ba'zan qizamiq, ko'k yo'tal va gripp bilan bog'liqlik. Bunday virusli zotiljam ko'proq o'pkaning atelektazi bilan kechib, surunkali yallig'lanishning kelib chiqishida ma'lum o'rinni egallaydi. Bronxoektaziya bilan kasallangan ko'pgina bolalarda burunning yondosh bo'shliqlarida (gaymorit, frontit, etmoidit) yoki burun - halqumda (tonzillit, adenoid) kasalliklar aniqlanadi. Bu infeksiya o'choqlari kasallikni uzoq va surunkali davom etishida va bronx-o'pka to'qimasida surunkali jarayonning kelib chiqishida muhim o'rinni egallaydi. Ba'zi xollarda bronxoektaziyalar paydo bo'lishining dastlabki bosqichi surunkali bronxit hisoblanadi. U bronxlarda deformatsiya, peribronxial va interstitsial to'qimalarda yallig'lanish rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi hollarda o'pka to'qimasidagi yallig'lanish jarayoni skleroz va bronxlarda ikkilamchi

deformatsiyaga sabab bo`ladi. Orttilgan bronxektaziya bronxlarning yot tanachalari hisobiga bo`lishi mumkin (ayniqsa olib tashlanmagan organik yot jism bo`lsa). Bundan tashqari orttilgan bronxoektaziya o`pka sili va spetsifik limfadenit bilan bog`liq bo`ladi. So`nggi paytlarda bronxoektaziyaning kelib chiqishida me`da osti bezining kistozli fibrozi (*mukovitsidoz*) katta o`rin tutadi deb hisoblanadi. Bunda nasliy kasallik natijasida ovqat hazm qilish, nafas yo`llari bezlarining sekretsiyasi buziladi. Bezlar shilliq ishlab chiqaradi. Bu shilliq bezlari chiqaruv yo`lini berkitib qolmasdan, balki a`zolar bo`shlig`ini to`ldirib qo`yadi (ichak, bronx). Bronxlar o`tkazuvchanligining buzilishi va infeksiyalanishi atelektaz va bronxoektaziya olib keladi. Ba`zi hollarda kasallik bronx-o`pka to`qimasining tug`ma nuqsonlari natijasida ham kelib chiqadi. Bronxoektaziya olib keluvchi rivojlanish nuqsonlarining 2 ta turi farqlanadi:

1) bronxlarning distal va respirator qismi ageneziyasi, birlamchi bronxlar tutami amputatsiyasi, embriogenezning dastlabki bosqichlarida shoxlanishdan to`xtab qolishi;

2) bronxiolalar katta bronxlardan ajralgan, o`rta bronxlar generatsiyasining katta qismi bo`lmaydi: alveolyar parenxima miqdori reduksiyalangan, bunday rivojlanish nuqsoni quyi tabaqali umurtqalilar o`pkasini eslatadi (amfibiya, qushlar).

Tug`ma bronxoektaziyalar ko`proq dag`al xaltasimon yoki kistasimon kengaygan turda bo`ladi (o`pka polikistozi). Tug`ma rivojlanish nuqsoniga Kartogener sindromi ham kiradi, u uchlik simptomi bilan xarakterlanadi: bronxoektaziya, surunkali sinusit va a`zolarining noto`g`ri joylashishi. Postnatal rivojlanish nuqsoni natijasida yoki dizontogenetik kelib chiquvchi bronxoektaziyalar farqlanadi. Dizontogenetik bronxoektazlar ko`pincha tug`ma atelektaz natijasida kelib chiqadi.

O`pka to`qimasi atelektaz sohasida differensiyalashmaydi, qattiqlashadi, hamma jarayonlar to`xtaydi. Bronxlar naysimon bez shaklida o`sa boshlaydi va

dizontogenetik bronxoektaz ko`rinishida yuzaga keladi. Klinik-morfologik tekshirishlariga ko`ra, bolalarda

- orttirilgan bronxoektaziya — 58%,
- dezontogenetik — 18%,
- tug`ma — 24% uchraydi.

Bolalarda bronxoektaziyaning patogenezida uning kelib chiqishiga bog`liq bo`lmagan holda quyidagi umumiy holatlarni ko`rsatish mumkin: tug`ma nuqson yoki orttirilgan o`zgarishlar natijasida patologik kengaygan bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, balg`am yig`ilib qolishi, bronxlar o`tkazuvchanligining buzilishi. Doimiy infeksiyaning bronx-o`pka to`qimasidagi yallig`lanish jarayoni yanada chuqurlashishiga olib keladi. Bolalarda ko`proq uchraydigan turi atelektazik bronxoektaziya bo`lib, u 30—50% ni tashkil qiladi. Bunda makroskopik ko`rganda o`pka yoki uning bo`laklari kichraygan, ushlab ko`rganda qattiq, havosiz, nafas olganda kengaymaydi, ko`mir pigmenti yo`q, kesilganda atelektazlashgan va fibrozlashgan to`qima orasidagi joyda kista, g`alvirsimon o`pka turidagi bronxoektazlar aniqlanadi.

Tug`ma bronxoektazlarda bo`shliq biroz kattaroq bo`ladi. Bunday hollarda morfologik tomondan disembrigenez belgilarini aniqlash mumkin. Ba`zi hollarda makroskopik bo`lak normal ko`rinishi mumkin, lekin ko`proq pigment kamaygan, nafas olganda kengayishi chegaralangan bo`ladi. Qo`l bilan ko`rganda emfizemalangan sohalar bilan almashinuvchi, qattiqlashgan va keng deformatsiyalangan bronxlar aniqlanadi. Ba`zan butun bo`lak emfizema holida bo`lib ko`rinadi. Segmentar, subsegmentar va bo`lak bronxlarini kesib ko`rganda silindrik, qopsimon yoki shoxsimon bronxoektazlar borligini va bronx devorida o`pka to`qimasida surunkali yiringli yallig`lanish belgilari aniqlanadi. Zararlangan o`pka sohasining nerv to`qimalarida, qon va limfatik tomirlarda ham patologik o`zgarishlar bo`ladi.

Bronxoektaziyaning quyidagi tasnifi maqsadga muvofiq:

- 1) kelib chiqishiga qarab — orttirilgan, dezontogenetik, tug`ma;
- 2) bronx kengayish shakliga qarab — silindrsimon, xaltasimon, kistasimon;
- 3) tarqalishi bo'yicha — bir tomonlama, ikki tomonlama, keng (9—10 segmentdan ko`p), kamroq — bo`lak va segmentni ko`rsatgan holda;
- 4) jarayonning fazasiga qarab — zo`rayish, remissiya.

Tashxisda albatta yurak va nafas yetishmovchiligi borligi, darajasi, qo`shimcha kasalliklar va asorati ko`rsatilishi kerak.

Klinikasi. Bolalarda bronxoektaz kasalligining klinikasi birinchi navbatda zararlanish kengligi va yurak qon-tomir sistemasi, nafas funksiyasining buzilishi, kompensatsiya darajasi bilan aniqlanadi. Agar bronxit zararlangan sohadan tashqariga chiqmasa, u mahalliy, o`pkaning qo`shni bo`laklar bronxlariga tarqalgan bo`lsa, diffuz hisoblanadi. Diffuz bronxit ma'lum darajada kasallik kechishini og`irlashtiradi. Ko`pgina bolalar anemnezida emizikli yoki ilk yoshida boshlangan zotiljamning qaytalanishi qayd qilinadi.

Barcha yoshdagi bolalar ko`proq yuqori nafas yo`llarining kataral yallig`lanishi, bronxit, zotiljam bilan ko`p kasallanadilar. Ba'zi bemorlarda esa ishtaha pasayishi, tez charchash, terlash, jismoniy ish qilganda hansirash belgilari namoyon bo`ladi. *Bolalarda ajralayotgan balg`am mikdoriga qarab o`pkadagi jarayonning og`irlashishini aniqlab bo`lmaydi, chunki bolalar balg`amni yutadi.*

Remissiya davrida tana xarorati normal yoki subfebril, ba'zi hollarda birdan ko`tarilishi mumkin.

Zo`rayish davrida harorat reaksiyasi kuchli ifodalangan bo`ladi. Bolalarda hozirgi paytda og`ir asoratlangan turlari: qon tuflash, qon ketishi, sassiq balg`am ajralishi kam uchraydi. Agar jarayon bitta yoki ba'zan ikkita bo`lakda joylashgan bo`lsa, bolalarning jismoniy rivojlanishiga qarab surunkali yiringli jarayon borligini gumon qilish qiyin, ammo bunda faqat teri qoplamlari bir oz oqarganligini aniqlash mumkin. Ikki tomonlama o`pkaning surunkali

yallig`lanishi og`ir kechadi va bu 25—30% ni tashkil qiladi. Kasallikning keng zararlanish turi bo`lsa, bemor jismoniy rivojlanishdan ancha orqada qoladi, ishtahasi pasayadi. Tirnoq falangalari deformatsiyalangan, «nog`ora tayoqchalari» ko`rinishida, tirnoq yuzasi «soat oynasiga» o`xshab qoladi. Kasallik qancha uzoq davom etsa, ko`rsatilgan belgilar shuncha ifodalangan bo`ladi. Ularning rivojlanishi surunkali gipoksiya bilan bog`liq. Bitta o`pkaning total zararlanishi hisobiga shu tomoni nafas olishdan orqada qolishi va ko`krak qafasining assimetriyasi kuzatiladi. Bronxoektaziyaga xos perkussiya natijalari ko`pincha o`pkaning zararlangan sohasi pnevmoskleroz va atelektaz holatda bo`lganida, o`pkaning orqa pastki qismlarida esa perkutor tovushning to`ntoqlashishi aniqlanadi. Auskultatsion tekshirish orqali o`pkaning zararlangan qismlarida har xil kalibrli quruq va nam xirillashlar, ayniqsa yo`tal paytida kuchli eshitiladi. Bronxoektaziyaning to`g`ri va ishonchli rentgenologik belgilari kengaygan bronxlarga to`g`ri keluvchi atelektaz yoki yacheykasimon oqarish va halqali-g`alvirsimon soya hisoblanadi (6-rasm).



6-rasm. Tasviriy rentgenografiya. 7-rasm. Bronxografiya. 8-rasm. Bronxografiya.

Bronxoektaziyada bunday rentgenologik o`zgarishlar 1/3 bemorlarda aniqlanib, ko`proq o`pkaning pastki, kamroq o`rta bo`laklari va tilsimon segmentlar zararlanadi. Odatda atelektazlar bir tomoni ko`ks oralig`iga qaragan uchburchaksimon soya sifatida ko`rinadi. O`pkaning total kasallanishida ko`krak

qafasining shu qismi kichrayishi qovurg`alar oralig`ining torayishi, shu o`pka maydonining ko`p yoki kam qorong`ilashishi, ko`ks oralig`ining zararlangan tomonga surilishi kuzatiladi. Rentgenografiyada boshqa belgilar bronxoektaziya uchun ham ahamiyatli. Ularga o`pka ildizining kengayishi, zararlangan sohada o`pka tasvirining deformatsiyasi, bo`laklararo plevranning qalinlashishi, sinuslar obliteratsiyasi kiradi.

Diagnostikada kontrast usul bilan tekshirish muhim ahamiyatga ega (bronxografiya 5-6 rasmlar). Diagnostik bronxoskopiya yordamida bronxografik tekshirish o`tkazishga ko`rsatma aniqlanadi. Bolalarda bronxoskopiyaning qisqa ta'sirli miorelaksant usuli qo`llanib, narkoz ostida o`tkaziladi. Bronxoskopiya qilishda bola yoshiga qarab tubusni to`g`ri tanlash zarur. Yoshiga qarab nay diametri aniqlanadi. Bundan tashqari, tubus tanlashda o`ziga xos har xil ovoz yorig`i va patologik jarayonlar xususiyatini hisobga olish lozim.

| | | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|------|-------|
| yoshi 1 yoshgacha | 1-3 | 3-5 | 5-8 | 8-11 | 11-14 |
| diametri (mm) | 5 | 6-7 | 7-8 | 8-9 | 9-11 |

Bronxoskopiya o`tkazishdan oldin bronxlar shakllanishini yaxshi bilish kerak. Tekshirish narkoz paytida va relaksantlar orqali aspiratsiyaning oldini olish uchun ham o`tkaziladi. Miorelaksantlar vena ichiga yoki venasi yaxshi ifodalanmagan yangi tug`ilgan chaqaloqdarda til ostiga yuboriladi. Bola orqasi bilan yotqiziladi. Bronxoskopiya o`tkazishning asosiy sharti to`liq relaksatsiyaga erishib, oldindan sun`iy ventilyatsiya o`tkazishdan iborat. Bolalarda bronxoskopiya laringoskop yordamida o`tkaziladi. Traxeyaga bronxoskopiya tubusi kiritilgandan boshlab, u orqali kislorod narkotik aralashma bilan kuchli ventilyatsiya o`tkazish boshlanadi. Tubus mustaqil nafas olish tiklangandan keyin tortib olinadi.

Bronxoskopiya o`tkazilgandan keyin 6-12 soat davomida ovoz bog`lami ostida bo`shliq shishi asorati bo`lishi mumkinligini hisobga olib, muolajadan keyin bemorni kuzatib turish kerak. Bronxial daraxtning shoxlanishini vizual tekshirish, balg`amni bakteriologik tekshirish zarur. Bronxoskopiya ma`lum

bronxlardan yiringli ajralmalar ko`p miqdorda ajraladi va ular elektrosog`ich bilan tortib olinib, bronxlar antiseptik eritmalar, antibiotik va mukolitik vositalar bilan yuviladi. Bolalarda bronxoektaziya tashxisini qo`yishda bronxografiya asosiy usul hisoblanadi. Bronxografiya narkoz ostida bajariladi. Muolaja oldidan 1-2 hafta davomida bemordagi yallig`lanish jarayoni jadal davolanadi. Traxeobronxial daraxtni maksimal sanatsiya qilinadi. Ba`zi hollarda yiringli ajralma miqdori ko`p bo`lganligi uchun bronxografiya oldidan maqsadga muvofiq bronxoskopiya o`tkaziladi, balg`am bronxlardan tortib olinadi. Bolalarda bronxografiya suvda eruvchi kontrast modda yordamida o`tkaziladi. Masalan, propilyodol tez so`riladi va tez organizmdan chiqariladi.

Yog`li kontrast moddalar (yodolipol) o`pka to`qimasida uzoq ushlanadi, faqat zararlangan o`pkada emas, balki sog`lom o`pka sohasida ham. Rentgenoskopik kontrolsiz narkoz ostida bronxografiya usulida vena ichiga relaksant yuborilgandan so`ng 1-1,5 daqiqa davomida niqob orqali giperventilyatsiya o`tkaziladi, keyin bemor intubatsiyalanadi. Apnoe vaqtida intubatsion nay orqali traxeyaga kateter yuboriladi. Kateterni o`ng yoki chap bronxda ekanligini aniqlash uchun kateterga Richardson balloni biriktiriladi va havo yuboriladi. Apnoe paytida fonendoskop bilan o`pka eshitiladi va yuborilayotgan havo shovqini ko`krak qafasining o`ng yoki chap qismida eshitiladi. Kateterga shprits biriktirilib kontrast modda yuborila boshlanadi. To`ldirish pastki bo`laklardan boshlanadi, keyin kateter orqaga tortiladi, kontrast modda yuborish davom ettiriladi. Bu modda yuborilayotgan vaqtda bemorni tekshirilayotgan tomoni bilan yotqiziladi va shu holatda birinchi rentgenogramma qilinadi. Ikkinchi rentgenogramma yotgan holda olinadi. Apnoe vaqtida narkoz apparatining xaltasiga ko`p miqdorda kislorod yuboriladi. Diffuz nafas olish apnoeni 3-5 min uzaytirish imkonini beradi. Bir o`pkani tekshirishga 2-3 daqiqa vaqt ketadi. Kontrast modda olingandan so`ng, ventilyatsiya o`tkazilib, keyin normal o`pka tekshiriladi. Kontrast modda yoshiga 4 ml hisobidan yuboriladi.

Bronxogrammada bronx daraxtining deformatsiyasi, silindrsimon, xaltasimon o`zgarishi aniqlanadi (7-8 rasmlar). Bronxografiya o`tkazishning asorati narkozning noto`g`ri o`tkazilishi, uzoq davom etgan apnoe va kontrast moddaning to`liq so`rib olinmaganligi natijasida kelib chiqadi. O`pka parenximasining holatini, qon aylanish holatini, operatsiya hajmini aniqlash uchun angiopulmonografiya, sintopnevmoografiya qo`llaniladi. Chap o`pka pastki bo`lagi drenaj va ventilyatsiya sharoiti yomonligi sababli ko`proq ushbu bo`lakda bronxoektaz kuzatiladi. O`ng o`pkaning bazal segmentida esa ko`proq o`pka yot jismidan keyin kelib chiqqan bronxoektaziya kuzatiladi. Bu o`ng bronxning kichkina burchak ostida ajralishi bilan bog`liq, shuning uchun yot jismlar oson bazal segmentlarga tushadi va shu sohada patologik jarayonning rivojlanishi kuzatiladi. Yot jismning o`z o`rnini o`zgartirib turishi hisobiga o`pkaning boshqa sohalari, hatto ikkinchi tomoni ham zaralanishi mumkin.

Davolash. Bronxoektaz kasalligi yiringli intoksikatsiya bilan kechadigan kasallik hisoblanganligi uchun, uning davolashda ham 3 ta asosiy prinsip: (**MMM**) ni qo`llash joizdir ya`ni,

- **Makroorganizm**ga ta`sir qilish;
- **Mikroorganizm**ga ta`sir qilish;
- **Mahalliy** o`choqqa ta`sir qilishdan iborat.

Operatsiya oldi tayyorgarligining hajmi va xususiyati o`pka parenximasining zaralanish darajasiga, intoksikatsiyaning ifodalanganligiga, bronxlarda va boshqa a`zolarida, sistemalarda patologik o`zgarish va ularning darajasiga bog`liq.

Makroorganizmga ta`sir qilish – organizmning umumiy quvvatini oshirishga qaratilgan muolajalar qilinadi. Vitaminoterapiya, ko`rsatmaga qarab qon, qon komponentlari, plazma, gamma globulin yuborish, dezintoksikatsion, infuzion terapiya o`tkaziladi. Organizm umumiy holatiga qarab simptomatik terapiya belgilanadi.

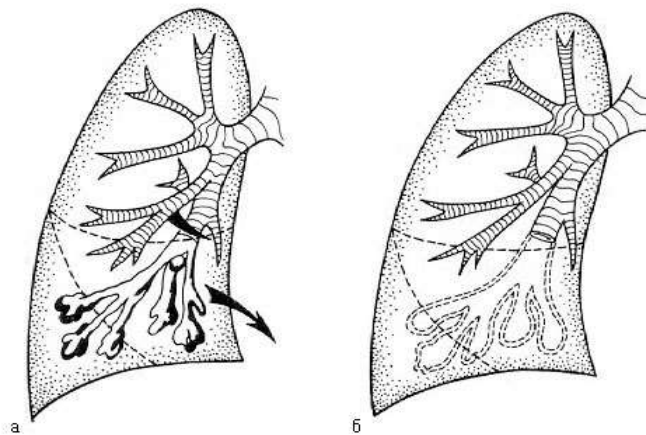
Mikroorganizmga ta'sir qilish – traxeobronxial daraxtdagi patogen mikroflora turi, uning antibiotiklarga sezgirliги aniqlanadi va keng doirali, patologik jarayon qo'zg'atuvchisiga bevosita ta'sir qiladigan antibakterial preparat mushak orasiga, vena ichiga yuborish usulida qo'llaniladi. Undan tashqari bronx mikroflorasiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qilishi uchun ishqorli va antibiotiklar ingalyatsiyasi muolajalari ham qo'llaniladi.

Mahalliy o'choqqa ta'sir qilish - keng ko'lamda olib boriladigan muolajalar kompleksidan iborat. Ushbu jarayon yuqorida ko'rsatib o'tilgan jarayonlarni to'ldiradi, ular bilan kompleks ravishda olib boriladi va ularni shartli ravishda **konservativ** va **radikal** muolajalarga bo'lish mumkin. Konservativ muolajalar bir vaqtning o'zida radikal muolajaga -operativ davoga tayyorgarlik ham bo'lib hisoblanadi. Asosiy maqsad mahalliy o'choqqa ta'sir etib, traxeobronxial daraxtni tozalash va intoksikatsiyani kamaytirishdan iborat. Ular quyidagilar:

Postdural drenaj: bemor tanasining yuqori qismi pastga qaratilib, yuztuban kuniga bir necha bor yotqiziladi, lozim bo'lganda ko'krak qafasi orqa tomoniga vibromassaj o'tkaziladi. Ushbu muolaja mahalliy sanatsiyaga qisman bo'lsada yordam beradi. Sanatsiyaning eng samarali usuli bu bronxoskopiyadir. Bronxoskopiyada bronx daraxtini aspiratsiya yo'li bilan tozalash mumkin, bronxlarga antiseptiklar, mukolitik vositalar (ximopsin, ximotripsin) va ishqor eritmalar bilan yuvish mumkin. Mikroflora sezgirligiga qarab antibiotik yuboriladi. Ushbu muolajalar soni va hajmi patologik jarayon tarqalganligi, hajmi va bronxoskopiyaning samaradorligi bilan belgilanadi. Ushbu muolaja umumiy narkoz ostida o'tkazilishi munosabati bilan bemorga va uning ota-onasiga muolajaning muhimligini tushuntirish lozim. Traxeobronxial daraxtdagi patogen o'choqni sanatsiya qilishda teri orqali traxeyani kateterlash ham qo'llaniladi. U quyidagicha amalga oshiriladi: diagnostik bronxoskopiya vaqtida bo'yinturuq chuqurchasi uzuksimon tog'ay orasidan Dyufo ignasi bilan traxeya punktsiya qilinadi. Ko'z nazorati ostida traxeya bo'shlig'i va pastga yuboriladi.

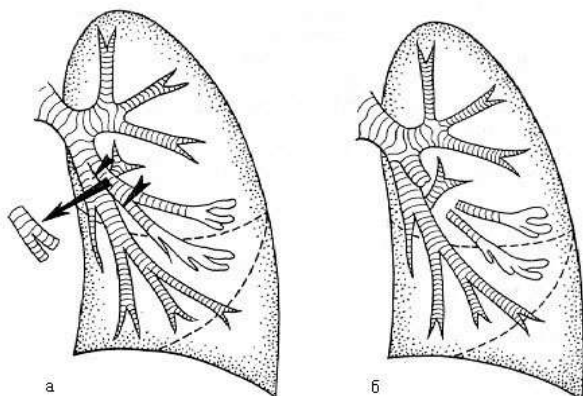
Igna orqali polietilen naycha o'tkaziladi, traxeya bifurkatsiyasi ustida qoldiriladi. Igna tortib olinib, kateter teriga mahkamlanadi. Kateter orqali fiziologik eritma, sezgirligi bo'yicha antibiotiklar, antiseptik, mukolitik preparatlar yuboriladi. Kateterni qoldirish muddati 1-3 hafta, u olib tashlangandan keyin teridagi jarohat o'zi bitib ketadi. Bronxoektaziyani konservativ davolash vaqtincha yordam beradi.

Bronxoektaziya kasalligini radikal davosi - bu operativ davo hisoblanadi, segmentoektomiya, lobektomiya, pulmonektomiya qilinadi. Ushbu operatsiya umumiy narkoz, boshqariluvchi nafas ostida olib boriladi. Xaltasimon, kistasimon va tsilindrik bronxoektazlarni xirurgik davolash samarali hisoblanadi (9-a; b; rasmlar).



9-rasm.

Operatsiya jarayonida o'pka ildiziga ishlov berilib, qon tomirlar birin ketin bog'lanadi va kesiladi. Zararlangan bronx sohasida o'pka parenximasini olib tashlamasdan va qon tomirlarni bog'lamasdan ekstirpatsiya yoki rezeksiya qilish tavsiya qilinadi (10- a; b; rasmlar). Bronxlarni ekstirpatsiya yoki rezeksiya qilish operatsiyasi patogenetik hisoblanadi, yallig'lanish asosan bronxlarda rivojlanadi, o'pka parenximasidagi o'zgarishlar ikkilamchi pnevmosklerzdan iborat. O'pkaning yallig'langan sohasi asta-sekin yo'qoladi. Ko'rsatilgan operatsiyaning rezeksiyadan afzalligi: qon-tomirni saqlash ya'ni, qon aylanishida zo'rayish bo'lmasa u yerda qon aylanishi minimal, agar o'pka arteriyasida qon bosimi oshsa, yengillashtiruvchi shunt mexanizmi hosil bo'ladi.

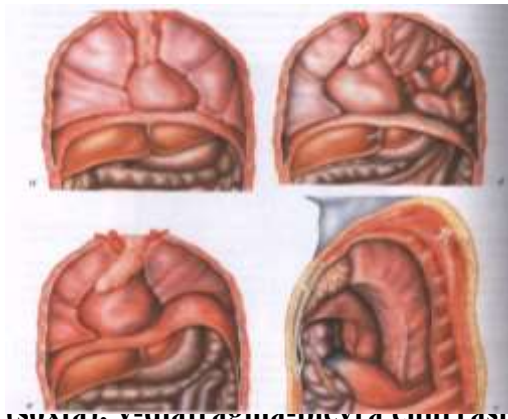


10-rasm.

Natijada yurak, o`pka yetishmovchiligi, kichik qon aylanish doirasida gipertenziyani va undan kelib chiqadigan asoratlarni oldini oladi. Operatsiyadan keyin spetsifik intensiv terapiya, og`riqsizlantirish va rehabilitatsiya muolajalari o`tkaziladi. O`tkazilgan operatsiyadan keyin rivojlanishi mumkin bo`lgan asoratlar: o`pka atelektazi, pnevmoniya, chegaralangan empiema va bronxial oqmalar. Bemorlar doimo dispanser nazoratda bo`lishlari, sanatoriya - kurortlarda davolanib turishlari kerak.

Diafragma churrasi. Diafragmal churra deb, qorin bo`shlig`ida joylashgan organlarning diafragma pardasining tug`ma yoyinki sun`iy hosil 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.

Jarohatlanish natijasida hosil 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 tomonga 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. Doletskiy o`zining quyidagi tasnifini taklif qiladi. (12-rasm).



12-rasm. a-norma; b- diafragma-plevra churrasi

(soxta), v-diafragma-plevra churrasi (chin); g-frenikoperikardial

1. TUG`MA DIAFRAGMA CHURRASI.

-*Chin* diafragma churrasi: diafragma yupqalashgan qismining churrasi

-*Soxta churra*: Diafragma ma'lum qismining bo'lmasligi orqa kichik teshik, katta teshik, bir bo'lagining bo'lmasligi (aplaziya).

Yu. F. Isakov 2004- yilda o'z tasnifini taklif qildi.

I. Tug`ma diafragma churrasi:

Diafragma-plevra churrasi.

Qizilo`ngach teshigi churrasi.

Parasternal churra.

Frenikoperikardial

II. Orttirilgan diafragma churrasi:

Jarohatlanish churrasi. Jarohatlanish bilan bog`liq bo'lmagan churra.

Diafragma churrasi klinikasi -diafragma churrasida quyidagi tizimlar faoliyatida o`zgarishlar kuzatiladi:

1. Oshqozon-ichak trakti faoliyati
2. Nafas olish a'zolari vazifasining buzilishi.
3. Yurak-qon tomir faoliyati buzilishi.

Oshqozon-ichak a'zolarining vazifasi ma'lum darajada buziladi. Natijada har xil asoratlar rivojlanadi. Qizilo`ngach teshigi churrasida Giss burchagi buzilib (o'tmas bo'ladi), oshqozon-qizilo`ngach reflyuksi paydo bo'lishi natijasida qizilo`ngachning kardial qismida yaralar (ezofagit) hosil bo'ladi.

Keyinchalik qizilo`ngachdan ovqat o`tmay qoladi (striktura). Bunday holatlarda kasallikning boshlanish davrida bemorda qon aralash qusish paydo bo`ladi. Asta-sekinlik bilan qizilo`ngachdan 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.

Nafas olish a`zolari vazifasining buzilishi - bunda qorin bo`shlig`idagi organlar ko`krak bo`shlig`idan 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 qisilganda uning og`irligi 3-12,5 g kamayadi (normada 20-25 g). Ko`krak eshitib ko`rilganda o`pka tovushlari pasaygan bo`lib, ichak harakatlari eshitiladi. Tuqillatib urib ko`rilganda timpanik yoki bo`g`iq tovush borligi aniqlanadi.

Yurak-qon tomir faoliyati buzilishi - churra yurakni bosib, qarama-qarshi tomonga siljitadi. Natijada yurak ishi qiyinlashadi. Bemorning umumiy ahvoli keskin og`irlasha boradi. Nafas olish yuzaki bo`lib, yurak urishi tezlashadi.

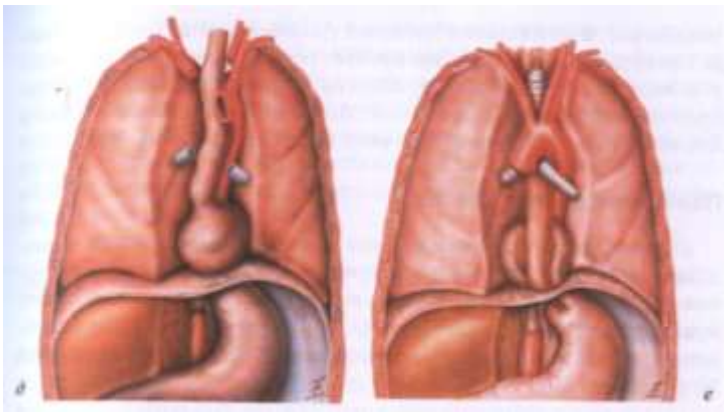
S. Ya. Doletskiy (1958) ma`lumotlariga qaraganda diafragma churrasi bilan tug`ilgan bolalar orasida 5,5% ga yaqin qo`shimcha tug`ma kasalliklar aniqlangan. Shular ichida 2% ga yaqin bolalarning o`limiga asosan shu tug`ma kasalliklar sabab bo`ladi.

Patogenezi. Churra asosan qorin va ko`krak bo`shlig`i orasidagi parda (diafragma), bola ona qornidaligi paytida shu organ rivojlanishining buzilishi, ya`ni uning bir qismida muskullar taraqqiy qilmay qo`yishi yoki o`rnida juda yupqa parda hosil bo`lishi, yoyinki butunlay bo`shliq (teshik) paydo bo`lishi natijasida kelib chiqadi. Bunda churralar diafragmaning o`rta qismidan, to`sh suyagi orqasidan perikard hamda to`sh suyagi oralig`i (Lorrey teshigi), to`sh suyagi orqasidan o`ng qovurg`a hamda to`sh suyagi oralig`i (Morgan teshigi), qovurg`a va umurtqa pog`onasi orasidagi bo`shliqdan (Boxdalek teshigi) qorin bo`shlig`idagi organlar ko`krak bo`shlig`iga chiqishi bilan namoyon bo`ladi.

Qachon churra qopi pardadan iborat bo`lsa, bunday holatda chin, agar ko`rsatilgan parda bo`lmasa, soxta diafragmal churra deb ataladi.

Bola embrional taraqqiyotining 6-haftasida oshqozon shakllana boradi va u qorin bo`shlig`iga tushib, o`z o`rnini egallashi kerak. Shu davr ichida oshqozonning ikki yon tomonida havoli cho`ntaklar hosil bo`lib, taraqqiyot davomida ular obliteratsiya bo`lib ketishi kerak. Ammo oshqozonning o`z o`rniga tushishi sekinlashishi natijasida, havoli cho`ntaklar obliteratsiya bo`lmay qoladi. Bu cho`ntaklar esa churra qopi vazifasini o`taydi. Qizilo`ngach teshigi atrofidagi muskullar rivojlanmay, teshik kattalashadi. Tayyor churra qopiga esa shu teshik orqali oshqozon siljiydi. Natijada qizilo`ngach teshigi churrasi hosil bo`ladi.

Qizilo`ngach teshigi churrasi (13-rasm) deb, me`daning ma`lum bir qismi yoki butun me`daning kengaygan qizilo`ngach teshigidan ko`krak bo`shlig`iga siljishiga aytiladi. Ko`krak bo`shlig`iga siljigan a`zolar qorin pardasi bilan qoplangan bo`ladi (chin churra). 1950 nafar chaqaloqlardan bittasi qizilo`ngach teshigi churrasi bilan tug`iladi.



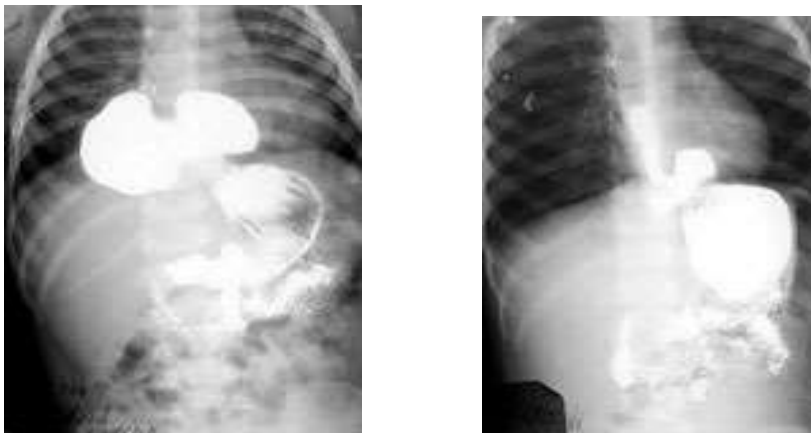
13-rasm: d-ezofagal; e-paraezofagal.

Klinikasi. Kasallik asosan chaqaloqning 2-3 kunligidan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli kundan-kunga og`irlasha boradi, qusish paydo bo`ladi. Qusish «favvoraga» o`xshagan bo`lib, ona bolaga ko`krak berishi bilan qayta-qayta takrorlanib turadi. Natijada qusiq havo yo`liga tushib aspiratsiyali zotiljam rivojlana boradi. Qusiq qizil qon aralash bo`ladi. Chaqaloq ona

ko`kragini emmay qo`yadi. Nafas yuzaki bo`lib, nafas olishda qovurg`alararo mushaklar faol ishtirok qiladi. Teri qoplami oqaradi.

Differensial tashxis asosan o`pka kistasi, lobar emfizema bilan o`tkaziladi. Tashxis KT, MRT, rentgen tekshiruvi orqali tasdiqlanadi.

Tashxisi. Ko`krak qafasining rentgen surati olinganda o`ng yoki chap plevral chegaralangan bo`shliq borligi aniqlanadi. Bemorga kontrast modda (yodolipol) berilsa, u oldin me`daning ko`krak qafasiga joylashgan qismini to`ldirib, so`ng qorin bo`shlig`ida joylashgan qismini to`ldiradi (14-rasm).



14-rasm. kontrastli R-grafiya. Kontrastni ko`krak bo`shlig`ida aniqlanishi.

Davosi. Kasallik asosan xirurgik yo`l bilan davolanadi. Bemorda qon aralash qusish, aspiratsiyali pnevmoniya kuzatilganda, rejali-shoshilinch operatsiya o`tkaziladi. Boshqa holatlarda chaqaloq bir yoshga to`lganidan so`ng rejali ravishda operatsiya qilinadi.

Faqat operatsiya orqali davo qilinadi.

Operatsiya usuli. Qorin devorining oq chizig`i bo`ylab kindikdan yuqorida qorin bo`shlig`i ochiladi. Qorin bo`shlig`i a`zolari tekshirib ko`rilganda ko`krak bo`shlig`iga asosan ko`ndalang chamber 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 to`shning xanjarsimon o`simtasi yoki yaqinda joylashgan qovurg`aga tikiladi. Qorin oldi devori berkitiladi. Operatsiyadan keyin bemor (5-7 kun

davomida) reanimatsiya bo`limiga o`tkaziladi. Chok iplari 10-11 kundan keyin so`kiladi.

Frenikoperikardial churraning klinik ko`rinishi. Frenikoperikardial diafragma churrasi juda kam uchraydi. Kasallikning klinik kechishi asosan chaqaloqning teri qoplami ko`karishidan boshlanib, nafas yetishmaslik alomatlari yaqqol ko`zga tashlanadi, vaqti-vaqti bilan qayt qilish kuzatiladi. Bu holat asosan qorin bo`shlig`idagi a`zolarining perikard bo`shlig`iga siljishi natijasida yuzaga keladi (12-rasm, g).

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

Davosi. Kasallikka asosan xirurgik yo`l bilan davo qilinadi. Bunda perikard bo`shlig`iga siljigan a`zolar qorin bo`shlig`iga tushirilgandan keyin churra darvozasi va perikard bir qatorli ip bilan tikiladi. Ba`zi hollarda mualliflar 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 qovurg`a tomonidan ko`krak bo`shlig`iga kateter yuborib, u orqali shprits yordamida havo yuboriladi va sun`iy pnevmotoraks chaqiriladi. Siljigan a`zolarini qorin bo`shlig`iga tushirish ingichka ichakdan boshlanib birin-ketin hamma a`zolar o`z o`rniga tushiriladi. Diafragma teshigi atrofiga ip-tutqichlar qo`yiladi. So`ngra diafragmani qovurg`aga keltirib tikiladi. Qorin oldi devori qavatma-qavat tikilib, plevra bo`shlig`i havosi punksiya qilish bilan so`rib olinadi.

DIAFRAGMANING OLD QISMI CHURRASI

Qorin bo`shlig`i a`zolari Larrey yoki Morgan teshigi orqali to`sh suyagi xanjarsimon o`simtasining orqasiga chiqishi diafragma old qismi churrasi deb yuritiladi. Churraning ikki xildagi ko`rinishi: parasternal va frenoperikardial turlari mavjud (12-rasm, g).

Parasternal churrannng klinik kechishi. Kasallik belgilari chaqaloq hayotining birinchi kunlaridan boshlab kuzatiladi. Nafas olish tezlashib yuzaki bo`ladi, lablar ko`karib, bola yig`laganda bu alomatlar **yaqqol** ko`zga tashlanadi.

Ob`ektiv qaraganda ko`krak qafasining oldingi-pastki qismi bo`rtib chiqqan bo`ladi. Perkussiyada esa o`sha yerda timpanik tovush aniqlanadi. Auskultatsiyada nafas tovushlari juda pasayadi. Ba`zi bir holatlarda ko`krak bo`shlig`ida ichak harakati tovushlari aniq eshitiladi. Ko`ks oralig`i a`zolarining sog`lom tomonga qarab kuchli siljishi kamdan-kam kuzatiladi.

Tashxis qo`yish uchun asosan 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 hollarda irrigografiya o`tkaziladi. Diafragmaning ikki tomonlama tug`ma bo`lmasligi juda kam uchraydigan nuqsonlar turiga kirib, odatda chaqaloq o`lik tug`iladi yoki hayotining dastlabki soatlarida o`ladi. Juda o`tkir kechadigan nafas olish va yurak qon-tomir sistemasining ish faoliyati buzilishi qisqa vaqt ichida nihoyatda og`irlashishi hisobiga tashxis qo`yish mumkin bo`lmay qoladi.

Differentsial tashxisi. Chaqaloqlardagi diafragma churralarida farqlash asosan antenatal pnevmoniya, lobar emfizema, yurak nuqsonlari hamda tug`ruq paytida sodir bo`ladigan jarohatlar 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, ko`ks oralig`i a`zolarining (yurak qon-tomirlari) sog`lom tomonga qarab siljiganligi aniqlanadi. Qorin bo`shlig`ida esa havo faqat pastga tushuvchi ichak sohasida uchraydi. Tashxis qo`yish qiyin bo`lgan hollarda kontrast moddasi berib, rentgen qilinadi.

Davosi. Bemorni muvaffaqiyatli davolash asosan operatsiyadan oldin va keyin o`tkaziladigan davolash tadbirlarining qay darajada to`g`ri va zudlik bilan

o`tkazilishiga bog`liqdir. Operatsiyagacha va undan keyingi davrda me`daga doimiy zond qo`yiladi. Chaqaloq kyuvezga joylashtirilishi, undagi mikroiklim harorati 28—30°S, namligi esa 70—90% bo`lishi kerak. Periferik qon tomirlar ish faoliyatini yaxshilash buyuriladi. Kasallikning o`tkir turida bemor 3—4 soat davomida operatsiyaga tayyorlanadi. Yarim o`tkir turida esa bemorning umumiy ahvoriga qarab 12-24 soat operatsiyaga tayyorlanadi.

Kasallikning *o`tkir* turida bemorning teri qoplami ko`karadi, nafas harakatlari tezlashib, minutiga 80—90 martaga yetadi, yuzaki bo`ladi. Nafas etishmaslik alomatlari bola emayotganida yoki uni yo`rgaklaganda kuchayadi, shuningdek, yurak faoliyatidagi o`zgarishlar hisobiga chaqaloqlarning umumiy ahvoli juda ham og`irlashadi, mustaqil nafas ololmaydi.

Ob`ektiv tekshirganda ko`krak qafasi deformatsiyaga uchragan bo`lib, churra tomoni ancha bo`rtib turadi. Nafas olish jarayonida qovurg`alararo mushaklar o`ta faol ishtirok etadi. Chaqaloq nafas olganda epigastral sohada voronkasimon chuqurlik paydo bo`ladi. Perkussiyada bo`g`iq tovush aniqlanadi. Kasallikning bunday og`ir kechishida ko`krak bo`shlig`iga siljigan a`zolarining siqilishi va ko`ks oralig`i a`zolarining 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 relaksatsiyasida yuzaga keladi. Kasallik belgilari chaqaloq hayotining 2-3 kundan namoyon bo`lib, asosan kompensatsiyalangan nafas etishmovchiligi bilan boshlanadi. Chaqaloqning lablarida ko`karish belgilari paydo bo`ladi. Bemorni churra tomonga yonboshlab yotqizilganda (chap tomonlama churrada chap tomonga bemor yotqizilsa) ko`karish alomatlari kamayib, bemorning umumiy ahvoli bir muncha yaxshilanadi.

Ko`pchilik hollarda o`pka auskultatsiyasida churra joylashgan tomonda nafas olishning buzilishi, faqat shu o`pkaning yuqori qismi nafas olishda ishtirok qilishi kuzatiladi.

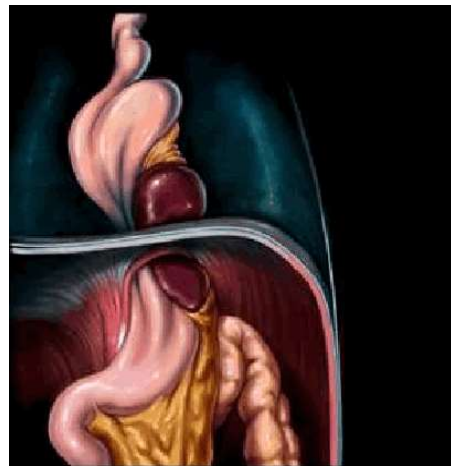
Auskultatsiyada ko`krak qafasining sog`lom tomonida o`pkada nafas olish juda pasaygan bo`ladi. Chaqaloq tug`ilganidan keyin 2-3 kun o`tgach ko`krak qafasida ichak peristaltikasini aniqlash mumkin. Yurak tonlari esa, qarama-qarshi tomonda eshitiladi. Qorinda asimmetriya holati kuzatilib, ichkariga tortilganligi aniqlanadi, jigar esa qorin oldi devoriga yopishib turadi.

Diafragma devorini bir tomonlama butunlay bo`lmasligi *aplaziya* deb yuritiladi. Diafragma o`rnida qorin pardasi yoki yupqalashgan diafragma devori bo`lsa, bu holat ko`krak diafragma relaksatsiyasi deb yuritiladi.

Qizilo`ngach teshigi churrasi chin churra hisoblanib, u quyidagi ko`rinishlarda uchraydi:



15-rasm. Ezofageal churra.



16-rasm. Paraezofageal churra.

1) ko`tarilgan qizilo`ngach churrasi. Bu holatda me`daning kardial qismi qizilo`ngach teshigi orqali ko`krak bo`shlig`iga chiqishi natijasida qizilo`ngach uzunligi qisqarganday ko`rinsada, aksincha u normal uzunlikda bo`ladi (13-rasm, d; 15-rasmlar).

2) paraezofageal churra. Bunda odatdagidek rivojlangan va joylashgan qizilo`ngachni o`zgartirmasdan, chap yoki o`ng tomonidan me`daning kardial qismi ko`krak bo`shlig`iga chiqadi (13-rasm, e; 16-rasmlar).

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

Diafragma devori churrasi

Chaqaloqlarda 80% hollarda soxta churralar uchrasa, faqat 20% ni chin churralar tashkil qiladi. Churra asosan chap tomonlama bo`ladi, o`ng tomonlama churra har bir bemorning bir-ikkitasida kuzatiladi.

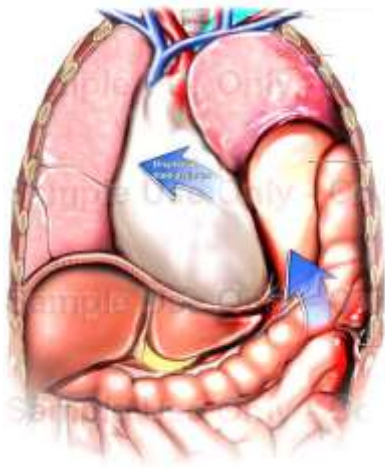
Soxta churralar asosan ikki xil klinik kechishda namoyon bo`ladi:

- 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. Doletskiy (1958) «*asfiksiyali siqilish*» deb ta`riflagan. Kasallikning o`tkir kechish turi faqat soxta churrada yuzaga kelib, chaqaloq tug`ilishi bilanoq boshlanadi (ko`pincha chaqaloq tug`ilganidan so`ng 12 soatdan keyin yoki birinchi kun oxirida). Bemorning umumiy ahvoli og`irlashib borib, nafas olish qiyinlashishi bilan kechadi.

“Asfiksik qisilish” sindromi. Asfiksiya sababli yuz bergan siqilish asorati bilan kechadigan diafragma churrasidagi klinik ko`rinishlar, qorin bo`shlig`idagi a`zolarining plevra bo`shlig`iga siljishi o`pkaning kalibrlanish darajasiga, ko`ks oralig`ining naqadar siqilishiga va shox qon tomirlarning nechog`lik bukilib qolishiga bog`liqdir (17-rasm). Chaqaloqlarda o`tkir nafas yetishmovchiligi, odatda soxta diafragma churralarida kuzatiladi.

Obyektiv kuzatuvda nafas olganda qovurg`alar oralig`i va epigastral sohaning ichiga tortilishi, nafas olish aktida churra tomonda ko`krak qafasining turtib chiqishi va ortda qolishi aniqlanadi. Perkussiyada ko`ks oralig`i a`zolarining churraning qarama-qarshi tomoniga siljishi kuzatiladi. Vertikal holatdagi ko`krak qafasining rentgenografiyasi aniq tashxis qo`yishga yordam beradi. Chap plevra bo`shlig`ida ko`p oq dog`lar va «noksimon» oqarish diafragmal churraga xosdir. Ba`zi hollarda me`da va ichaklarga kontrast moddalar yuborish mumkin.



17-rasm. Chaqaloqlarda “asfiksik qisilish” sindromi

(sxema).

Davolash xirurgik usulda olib boriladi. Operatsiyani abdominal yoki torakal usulda qilib, churra tarkibi qorin bo`shlig`iga qaytariladi. Diafragma plastikasi bajariladi. Operatsiyadan keyin chap o`pkada aeratsiyaning cheklanishiga e`tibor berish kerak. Ba`zan diafragma churrasida chap o`pkaning gipoplaziyasi kuzatiladi.

TUG`MA ICHAK TUTILISHLARI

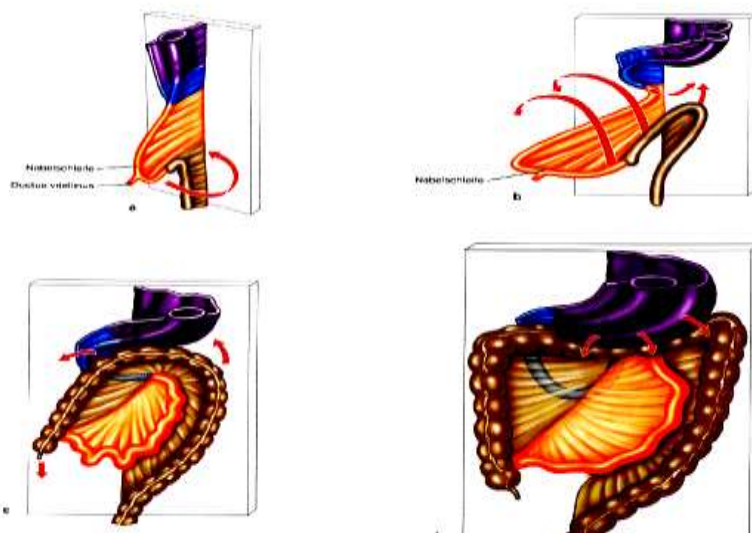
Tug`ma ichak tutilishlari - oshqozon ichak traktida tug`ma to`siq bo`lishi natijasida ovqat (ona ko`krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o`tmay qolishidir. Tug`ma ichak tutilishlarining keltirib chiqaruvchi sabablari turlicha bo`lib, ularni quyidagicha tasniflash mumkin:

1. Malrotatsiya sindromi – ichak buralish jarayonining buzilishi natijasida;
2. Malformatsiya sindromi – ichak nayi va devori shakllanishining buzilishi;
3. Malfiksatsiya sindromi – tutqichlar xosil bo`lishi jarayoni buzilishi natijasida;
4. Qorin bo`shlig`i boshqa a`zolari tug`ma nuqsonlari -mekonial ileus - oshqozon osti bezi kistofibrozi, aberant qon tomir, xalqasimon oshqozon osti bezi, qorin bo`shlig`ida kista, hazm nayi ikkilanishi.

Tug`ma ichak tutilishlari tutilish sathiga ko`ra *yuqori* va *pastki* ichak tutilishlariga bo`linadi, ularning anatomik chegarasi – *Treys* bog`lamidir. Kelib chiqishi, anatomiyasi qanaqa bo`lishidan qat`iy nazar Treys bog`lamidan yuqoridagi va pastidagi ichak tutilishlari deyarli bir xil kliniko – rentgenologik

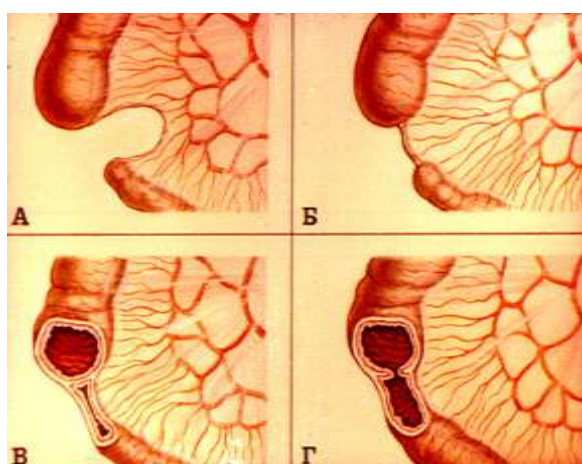
ko`rinish berishiga qarab tug`ma ichak tutilishlari yuqori va pastki ichak tutilishlariga bo`linadi. Klinik kechishiga qarab esa o`tkir, surunkali va retsidivlanuvchi-qaytalanuvchi tug`ma ichak tutilishiga bo`linadi.

Ichaklar rivojlanishi embriogenezi: ichak nayi hosil bo`lishi, buralishi –
Embrional rivojlanishning erta davrlarida ichak nayi – birlamchi ichak qorin bo`shlig`ining *a.mezenterica superior* sohasida birlamchi tutqich bilan bog`langan, “naysimon” shaklda bo`lib, rivojlanish jarayonida “*fiziologik embrional churra*” bosqichini o`taydi. Bir vaqtning o`zida ichak nayida buralish “*rotatsiya*”, ichaklar va ularning tutqichlari hosil bo`lishi “*formatsio*” shakllanish, va fiksatsiyalanishi „*fiksatsiya*- qotirilish, mustahkamlash ma`nosida”, jarayonlari keta boshlaydi (1-rasm). Ushbu jarayonlarning birgalikda yoki alohidalanib turli sabablarga ko`ra buzilishi natijasida oshqozon ichak traktida tug`ma nuqsonlar, anomaliyalar yuzaga kelishi mumkin. Ushbu jarayonlarning buzilishiga: - ichak nayida buralish jarayonining buzilishi va undan kelib chiqadigan sindrom yoki kasallikka -“*malrotatsiya* sindromi”, ichaklar devori va ularning tutqichlari hosil bo`lishi, shakllanish jarayonining buzilishiga -“*malformatsiya* sindromi”, va fiksatsiyalanishi - (fiksatsiya – “qotirilish, mustahkamlash, qorin bo`shlig`i a`zolari o`z o`rini egallab, tutqichga ega bo`lish” jarayoni ma`nosida) tutqichlari hosil bo`lishining jarayoni buzilishiga, undan kelib chiqadigan sindrom yoki kasallikka –“*malfiksatsiya* sindromi” deyiladi. Ularning har biriga alohida to`xtalib o`tamiz. Birlamchi naysimon ichak o`zining embrional rivojlanish jarayonida “shnursimon” ya`ni “tizimcha”simon bosqichni o`taydi. Birlamchi ichak nayi epiteliy proliferatsiyasi natijasida butunlay bekilib qoladi, buning izidan keladigan vakuolizatsiya (rekanalizatsiya) jarayonida esa ichak nayining ichi qaytadan “quvur” shaklini egallaydi. Biroq biror bir ta`siroat natijasida ichak ma`lum qismi berkligicha qolishi mumkin.



1-rasm. Ichak nayi hosil bo`lishi, buralishi jarayonlari (sxema).

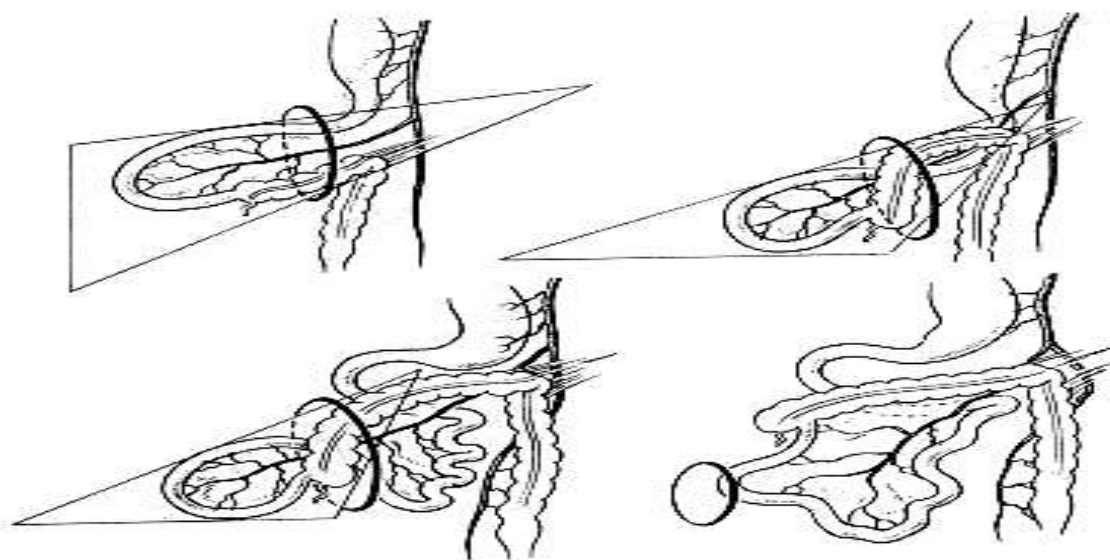
Agar rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida buzilsa, ichak bo`shlig`i yupqa parda bilan bekilib qolib, “pardasimon” atreziya (2-rasm, v) yuzaga keladi. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida boshlanishga ulgurib, so`ngra buzilsa, u vaqtda “pardasimon” atreziyada kichik (yoki har xil o`lchamli) teshik hosil bo`lishi va pardasimon stenoz yuzaga kelishi mumkin (2-rasm, g). Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi katta qismida buzilsa, unda atreziya ichak katta qismida hosil bo`lib, “fibrozli” atreziya kuzatiladi (2-rasm, b). Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi har xil qismida buzilsa, unda “sosiskasimon” atreziya kuzatiladi (2-rasm).



2-rasm. Ichak atreziyalari shakllari (sxema).

Ba`zida ichak atreziyasiga rekanalizatsiya jarayonining buzilishi emas, balki mezenterial qon aylanish buzilishi sabab bo`lishi mumkin. Ichak atreziyalari ichak nayining murakkab embrionologik jarayonlar kechadigan

qismlarida uchrashi ko`proq kuzatiladi. Yuqorida aytib o`tilgan embrional jarayon buzilishi natijasida yuzaga keladigan holatlar “malformatsiya” sindromiga kiritiladi. Yuqorida aytilganidek, embrional rivojlanishning erta davrlarida ichak nayi – birlamchi ichak qorin bo`shlig`ining *a.mezenterica superior* sohasida birlamchi (*umumiy*) tutqich bilan bog`langan, “naysimon” shaklda bo`lib, keyinchalik ichak nayi buralish jarayoni boshlanadi: “o`rta ichak” (*o`n ikki barmoqli ichakdan chamber ichakning o`rtasigacha*) rivojlanish jarayonida “fiziologik embrional churra” bosqichini o`taydi (3-rasm) va soat strelkasi teskari yo`nalishida 270^0 aylanib, qorin bo`shlig`iga qaytadi.



3-rasm. Ichak nayi fiziologik buralishi jarayonlari bosqichlari (sxema).

Oldiniga ingichka ichak qismlari qorin bo`shlig`iga tushadi, yo`g`on ichak esa chap yonboshdan yuqoriga, taloq ostiga, so`ngra o`ngga jigar ostiga va keyinchalik o`ng yonboshga o`tadi. Natijada o`n ikki barmoqli ichak chamber ichak ortida qoladi. Buralish jarayonida ingichka va yo`g`on ichaklar alohida tutqichga ega bo`lib, qorin bo`shlig`ida o`z o`rnini egallaydi. Yuqorida keltirilgan embrional jarayon buzilishi natijasida ichaklarning turli xil anomal pozitsiyada turib qolishi, ichakning buralishi (strangulyatsiya), tutqich hosil bo`lishidagi nuqsonlari natijasida qorin bo`shlig`ida “cho`ntak” (*bursa*) ichki churra va ichak tutilishiga sabab bo`lishi mumkin. Ichaklar buralish jarayonida

ingichka va yo`g`on ichaklar noto`g`ri turib qolishi natijasida malrotatsiya sindromi yuzaga keladi. Ichak tutqichlari hosil bo`lishidagi norasolliklar esa malfiksatsiya sindromini hosil qiladi. Embrional rivojlanish jarayonida “fiziologik embrional churra” bosqichida ichaklar qorin bo`shlig`iga qisman yoki to`liq qolishi natijasida har o`lchamli “embrional” - “kindik tizimchasi churralari”, “omfalotsele” paydo bo`ladi.

TUG`MA YUQORI ICHAK TUTILISHLARI KLINIKASI BILAN NAMOYON BO`LADIGAN KASALLIKLAR VA SINDROMLAR

OSHQOZON ATREZIYASI – tug`ma berkligi, juda kam uchraydigan patologiya hisoblanib, oshqozon-ichak trakti atreziyalari ichida 1% ni tashkil etadi.

Etiologiyasi: Kasallik autosom-retsessiv holda avloddan-avlodga o`tadigan irsiy xarakterda bo`lib, ba`zida irsiy kasalliklar tarkibida ham uchrashi mumkin. Embriogenezda ichak nayi shakllanishining buzilishi bilan xarakterlanadi. Bemor onasida homiladorlikning kechishida qog`anoq suvlari ko`pligi kuzatiladi.

Patomorfologiyasi: oshqozon atreziyasi oshqozon-ichak trakti uzviylikini to`liq buzilishi bilan xarakterlanadi, membranoz shaklida esa oshqozon devori saqlangan holda shilliq qavatda o`tkazuvchanlik tug`ma berkligi sababli buziladi. Klinikasi. Bemorda “o`tsiz qusish”, ya`ni oshqozon shirasi va oziq mahsulotlari o`t shirasi aralashmasiz qusish kuzatiladi. Rentgenologik tekshirishda oshqozon sohasida gaz va pastki sohada gazlar, havo bo`lmasligi kuzatiladi (“gung-gomogen qoramtir” qorin – “nemoy jivot”). Davosi: operativ hisoblanib, ko`ndalangiga gastrotomiya-kesib, bo`ylamasiga tikish, gastroduodenoyeyunoanastamoz operatsiyalari o`tkazish tavsiya etiladi.

PILOROSPAZM. Oshqozon pilorik jomi funksional yetishmovchiligi hisoblanib, nerv tolalarining funksional yetishmasligi tufayli innervatsiya buzilishi natijasida pilorik jomda turg`un spazm kuzatiladi. Pilorik silliq

mushaklar morfologik jihatdan to`g`ri shakllangan, innervatsiya jarayonining boshqaruvi buzilishi natijasida “qusish” sindromi asosiy klinik belgi hisoblanadi.

Klinikasi: Qusish tug`ilganidan keyin, kun ora. Qusuq hajmi bir marta yegan ovqatidan kam. Najasi o`z me`yorida. Peshob ajratishi biroz kamaygan. Teri rangi rangpar. O`zini tutishi biroz injiq. Tana vazni o`zgarmagan yoki biroz yoshi me`yoriga yetmaydi.

Differensial diagnostikasi: asosan chaqaloqlarda “qusish sindromi” kuzatiladigan kasalliklar, tug`ma pilorostenoz bilan qiyoslanadi (1-jadval). Tug`ma pilorostenoz bilan qiyoslanganda kontrastli rentgenografiyada bariy quyqasi oshqozondan erkin va to`liq pastga o`tib ketadi.

Davosi: Atropin bilan davolaganda yordam beradi. Oziqlantirish korreksiya qilinadi.

TUG`MA PILOROSTENOZ. Chaqaloqlarda “qusish sindromi” kuzatiladigan kasalliklar jumlasiga kirib, davosi xirurgik korreksiyani talab qiladi. Morfologik jihatdan tug`ma pilorostenoz oshqozon pilorik qismi sirkulyar mushaklarning tug`ma gipertrofiyasi natijasida torayishi, klinik jihatdan oshqozondagi luqmaning (ona ko`krak sutining) ichaklarga o`tmay qolib, “qusish sindromi” bilan kechadigan tug`ma kasallik hisoblanadi. Bunda biriktiruvchi to`qimalar o`zining yo`g`on tutamallari bilan mushak qavatlariga kirib chirmashadi. Yo`g`onlashgan qismining ko`pini mushakning aylana tolalari tashkil etadi. Mushak qavati nerv boylamlarini fibrozli to`qimalar o`rab siqib qo`yadi. Shundan so`ng nerv hujayralar siqilib burishadi, glial elementlari giperplaziyaga, nerv tolalari esa seroz qavatda deformatsiyaga uchraydi, o`sha joy tog`aysimon bo`lib qattiqlashadi.

Klinikasi. Kasallikning alomatlari bemor bola 2-4 haftaligida boshlanadi. Asosiy klinik belgilaridan biri «**favvorasimon**» qusish. Bemor bolalarda ona sutini yoki sun`iy ozuqani emgandan keyin bir oz yoki ko`p martalab qayt qilish kuzatiladi. Qusuq hajmi gohida bir yutim ovqatdan ko`proq bo`lib, achchiq hid chiqaradi.

Bola oza boshlaydi, terisi quruqlashib, peshob ajralishi kamayadi, qabziyat paydo bo`ladi. Uzoq qusish bolani nimjon qilib qo`yadi. Bolaning ikki oyligidagi og`irligi, tug`ilgan paytidagi og`irligidan ham kamayadi.

Tug`ma pilorostenozning pilorospazm bilan qiyosiy tashxisi. 1-jadval.

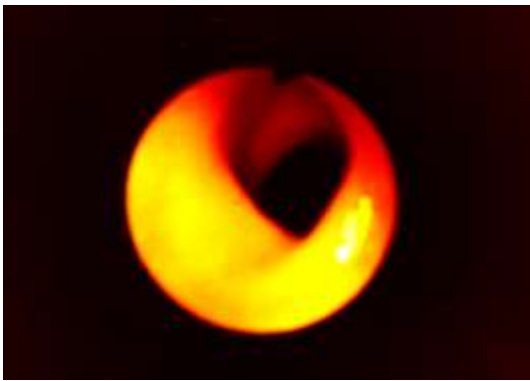
| Klinik belgilari | Pilorospazm | Pilorostenoz |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Qusish | Tug`ilgandan keyin | 2-3 haftalikdan boshlanadi |
| Qusish soni, vaqti | Kun ora | Har doim ovqatdan keyin |
| Qusuq hajmi | Bir marta yeganidan kam | Bir marta yeganidan ko`p |
| Najas qotishi | Gohida najasi o`z me`yorida | Og`ir, qotib keladi |
| Peshob ajratish soni | Kamaygan (kuniga 10 marta) | Juda kamaygan (kuniga 6 marta) |
| Teri rangi | Rangpar | Juda rangpar |
| O`zini tutishi | Injiq | Bezovta emas |
| Tana og`irligi | O`zgarmagan yoki bir oz | Juda o`zgarigan, |
| Atropin kiritganda | Yordam beradi | kamaygan O`zgarishsiz |



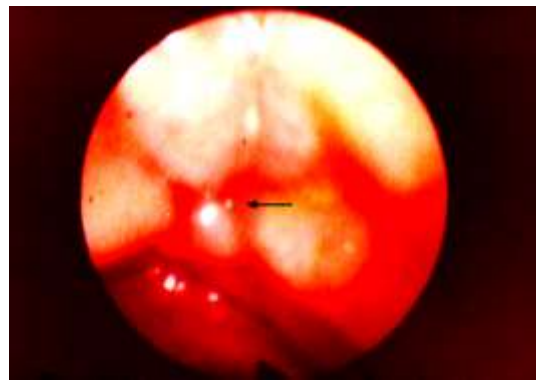
4-rasm. Tug`ma pilorostenozda bemor ko`rinishi. 5-rasm. “Qum soati” belgisi ko`rinishi.

Teri osti yog` qoplami kamayib, qorin devori terisi burishib qoladi, bolaning ko`zlari kirtayib ketadi, katta liqildoq cho`kkan, tashqi ko`rinish “qarimsoq” qarigan cholga o`xshab qoladi (4-rasm). Pilorostenozning yana bir asosiy alomatlaridan biri, me`da peristaltikasining kuchayishi, yupqalashgan qorin devoridan «qumli soat» belgisining aniqlanishidir (5-rasm). Ba`zida

gipertrofiyalangan pilorik jomni palpatsiya qilish mumkin bo`ladi. Kasallikning o`tkir turi bola ahvolini bir hafta ichida og`irlashtirib, gipotrofiyaga olib kelishi mumkin. Bu holatda suv elektrolit va ishqor-kislota muvozanati tezda buziladi. Laboratoriya tahlilida qonning quyuqlashishi kuzatiladi (gemoglobin va gematokrit ko`tarilib, xlor va kaliy qonda kamayadi). Tashxisni to`g`ri qo`yish uchun rentgenologik va endoskopik tekshiriladi (6-rasm). Tekshirish ertalab och qoringa o`tkaziladi. Fibrogastroskopiya qilib tekshirganda me`da kirish qismining kengayganligi (6-rasm) va pilorik qismining torayganligi (7-rasm) ko`rinadi.



6-rasm. Kardial jom kengayishi.



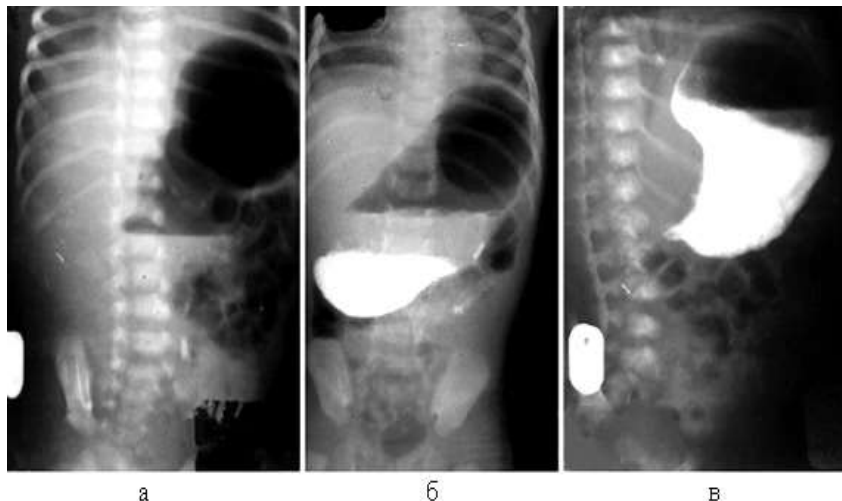
7-rasm. Pilorik jom torayishi.

Dastlab qorin bo`shlig`i umumiy rentgen qilinib, me`da hajmi ko`riladi. Shundan so`ng bariyning suvli aralashmasi 1:1 nisbatda beriladi 2-3 soatdan keyin va 23-24 soatlardan keyin rentgen qilinadi. Rentgen tasvirida pilorostenoz uchun quyidagi belgilarni ko`rish mumkin:

- me`da hajmining kattalashganligi (8-rasm, a,b);
- oshqozonning kengayishib ketishi natijasida pastga tushishi – “gastroptoz” (8-rasm, b,v).
- me`daning chuqur segmentli peristaltikasi - giperperistaltika, “qum soati”;
- jomning torayganligi («qush tumshuq» simptomi) (8-rasm, v);
- kontrast moddaning me`dada 2 soatdan 24 soatgacha turib qolishi.

Differentsial diagnostika pilorospazm, adrenogenital (pseudopilorostenoz) sindrom, oshqozon-qizilo`ngach reflyuksi, o`n ikki barmoqli ichakning Vater so`rg`ichidan yuqoridagi stenozi, tug`ma qisman yuqori ichak tutilishi, tug`ruq davri bosh miya jarohatidan so`nggi qusish

sindromi, diareya, toksikoinfeksiyadagi qusish sindromi bilan qiyoslanadi. Adrenogenital sindrom bilan taqqoslaganda, kasal qusug`ida safro keladi. Qonda kaliy ko`tarilib, natriy esa pasayadi, rentgenda kontrast modda pilorik qismdan oson o`tadi. Undan tashqari pilorospazm bilan qiyoslanadi, qiyosiy belgilari 1-jadvalda ko`rsatilgan.



8-rasm. Pilorostenozda rentgenologik tekshirish ko`rinishlari

Oshqozon-qizilo`ngach reflyuksida kasallik chaqaloq tug`ilganidan boshlanadi, gorizontal holda regurgitatsiya va qusish kuzatiladi, ezofagoskopiyada kardiya sohasi ochiqqligi, yarali-eroziv ezofagit kuzatiladi. Rentgenologik tekshirganda esa kontrast moddaning oshqozondan tezda evakuatsiyasi kuzatiladi, Tredelenburg holatida esa oshqozon-qizilo`ngach reflyuksi kuzatiladi.

O`n ikki barmoqli ichakning Fater so`rg`ichidan yuqoridagi stenozi va tug`ma qisman yuqori ichak tutilishida kasallikning klinik belgilari chaqaloq hayotining birinchi kundan boshlab namoyon bo`ladi, rentgenologik tekshirganda ikkita suyuqlik sathi borligi, oshqozonning kengayishi kuzatiladi.

Tug`ruq davri bosh miya jarohatidan so`nggi qusish sindromida bemorning tug`ruq anamnezi og`ir kechganligi, tug`ruq anamnezida jarohat olganligi, ko`karib qolganligi, postgipoksik ensefalopatiya belgilari borligi, rentgenologik tekshirganda kontrast moddaning oshqozonda turib qolmasligi, uning ichaklarga tezda o`tib ketishi bilan qiyoslanadi. Diareya,

toksikoinfeksiyada “qusish sindromi” birdaniga boshlanib, ichak o`tkazuvchanligi saqlanadi, rentgenologik tekshirganda kontrast moddaning oshqozonda turib qolmasligi, uning ichaklarga tezda o`tib ketishi kuzatiladi.

Davosi - operatsiyadan oldingi tayyorgarlik 1-2 kun davom ettirilib, suv-elektrolit, metabolik buzilishlar imkon darajasida mo`tadillashtirilib, Frede-Ramshtedt usulida piloromiotomiya qilinadi.

Og`riqsizlantirish umumiy intubatsion narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga bel tomoni bilan chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo`shlig`iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. Pinset yordamida me`daning pilorik qismi operatsiya jarohatiga olib chiqiladi. Pilorik qismining gipertrofiya bo`lgan joyi oqarib ko`rinadi, tuzilishi bo`yicha yumaloq va qattiq bo`ladi (9-rasm). Qon tomirlari yo`q joydan bo`ylamasiga me`daga qarab kesim o`tkaziladi. Bunda shilliq qavatigacha ochilib, kesim qisqich yordamida kengaytiriladi. Kesimdan shilliq parda bo`rtib chiqadi. Shilliq pardaning butunligi tekshiriladi va me`da pilorik qismi qorin bo`shlig`iga joylanadi. Operatsiya jarohati qavatma-qavat tikiladi (10-rasm).



9-rasm. **Gipertrofiyalangan pilorik jom** (intraoperatsion ko`rinish).



10-rasm. **Piloromiotomiya.**

Operatsiyadan keyingi asoratlardan biri - bu shilliq parda jarohatidir. Buni bilish uchun operatsiya vaqtida me`da qo`l bilan bosilib, 12 barmoq ichak tomonga suriladi. Agar shilliq qavat jarohatlangan bo`lsa, kesimning pastki burchagida havo pufakchasi chiqadi. Topilgan teshik 1-2 ta chok yordamida ko`ndalangiga tikilib, seroz-muskul bilan yopiladi.

Operatsiya muvaffaqiyatli kechganda 4-6 soatdan keyin 5-10 ml ona suti beriladi. Har 2 soatda sut miqdori 10 ml ga ko`paytirib boriladi, 5-kunga kelib 70 ml ga yetkaziladi. Ovqatlantirish orasidagi vaqt 3 soatga yetkaziladi va onaga emizish uchun ruxsat beriladi. 9-10 kunga kelib operatsiya choklari olinadi va bola to`liq ona suti bilan ovqatlantiriladi.

Prognoz – yaxshi tomonga o`zgarishlar bilan, operatsiyadan so`ng bemorlarni gipotrofiyasi, kamqonlik va gipovitaminoz davolanadi.

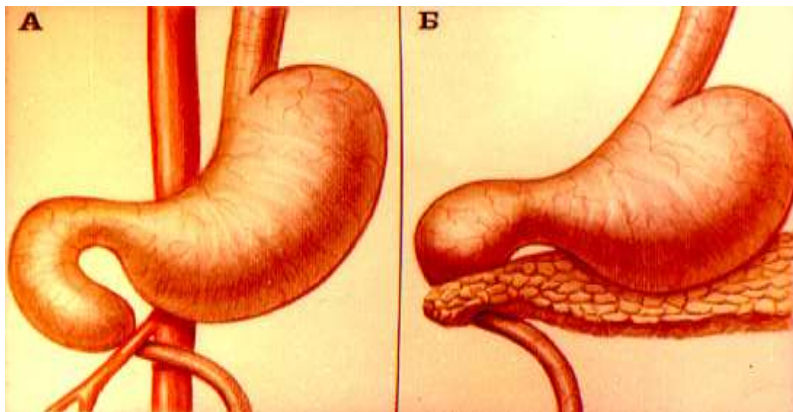
DUODENAL TUTILISHI *“Dudenostaz” yoki duodenal tutilishlar haqida tushuncha* – ovqat mahsulotlarini o`n ikki barmoqli ichak – duodenumda turib qolishi tushuniladi. Sababi turlicha bo`lib, surunkali ichak tutilishi klinikasi bilan namoyon bo`ladi. Ular quyidagilar bo`lishi mumkin:

1. O`rta ichak qisman buralishi
2. Ledd sindromi - o`n ikki barmoqli ichak to`liq bekilmasa
(Yuqoridagi ikki holatda ichak nayi fiziologik burilishi turli bosqichda to`xtab qoladi, shuning uchun ularni *“ichak nihoyalangan fiziologik burilishi” deb ham aytiladi*).
3. o`n ikki barmoqli ichak *“pardasimon”* atreziyasi mikroperforativ teshiklari bilan (Fater so`rg`ichidan yuqori va pastida)
4. o`n ikki barmoqli ichak stenozini (Fater so`rg`ichidan yuqori va pastida)
5. och ichak boshlanish qismi stenozini
6. Halqasimon oshqozon osti bezi (o`n ikki barmoqli ichak to`liq bekilmasa 4-rasmga qaralsin).
7. *a.mezenterica superior*ning o`tkir burchak ostida chiqishi natijasida o`n ikki barmoqli ichakni bosib qolishi (*o`n ikki barmoqli ichak to`liq bekilmas 12-13 rasmlarga qaralsin*).

Aorta - mezenterial ichak tutilishi sindromi

Dudenostaz sindromini keltirib chiqaruvchi sabablardan biri bo`lib hisoblanadi. Aorta - mezenterial sindromida aortadan *arteria mezenterica*

*superior*ning normaga nisbatan oʻtkirroq burchak ($45-60^\circ$) hosil qilib chiqishi natijasida *duodenum* bosilib qoladi va oʻtkazuvchanlik buziladi (11-rasm).



11-rasm. a) *a. mezenenterica superior*ning oʻtkir burchak ostida chiqishi natijasida oʻn ikki barmoqli ichakni bosib qolishi b) halqasimon oshqozon osti bezi.

Agar tashqaridan bosim oʻtkazuvchanlikni qisman buzilishiga olib kelsa, u vaqtda “duodenostaz” yuzaga kelib, retsidivlanuvchi-surunkali ichak tutilishiga, oʻtkazuvchanlik butunlay buzilsa, unda “yuqori ichak tutilishi”ga olib keladi.

Ushbu ikki holat “aorta-mezenterial ichak tutilishi” sindromi tushunchasi bilan yuritiladi. Xuddi shunday anatomik holat Ledd sindromida ham kuzatiladi. Aorta - mezenterial sindromi bilan kasallangan bemorlar astenik tana tuzilishi, oʻtkir epigastral burchakga ega boʻlib, tengdoshlariga nisbatan vazni kamroq boʻlishi kuzatiladi. Kasallik 80% holatlarda 7 yoshdan keyin klinik jihatdan namoyon boʻladi.

Klinikasi. Noaniq klinik belgilar bilan kechib, asosan epigastral sohada nomaʼlum sababli ogʻriq, shish hissi, koʻngil aynishi, kekirish, ovqatlangandan soʻng esa qorinning yuqori qismida shish paydo boʻlishi bilan xarakterlanadi. Xarakterli belgilaridan biri boʻlib, tana holatini oʻzgartirganda ogʻriq kamayishi, xususan qorinda yotganda yaqqol namoyon boʻladi.

Diagnostika. Qorin boʻshligʻi tasviriy rentgenografiyasida 2 ta suyuqlik sathini koʻrish mumkin. Kontrastli R-grafiyada oshqozon va oʻn ikki barmoqli ichak sathi kengayganligi, duodenoyeyunal sohaning yuqorida turganligini kuzatish mumkin. Aortogrammada aortadan *arteria mezenenterica superior*ning normaga nisbatan oʻtkirroq burchak ($45-60^\circ$) hosil qilib chiqishi kuzatiladi (11-

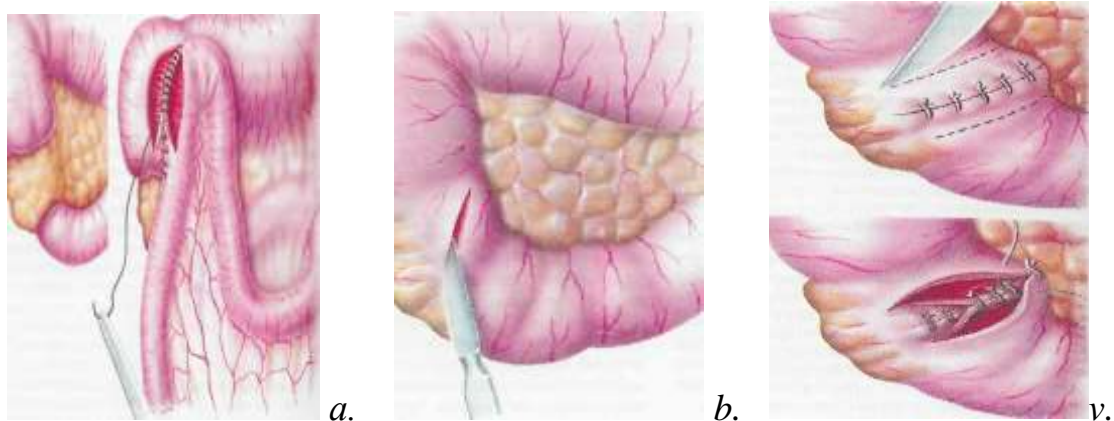
rasm). Ezofagogastroduodenoskopiyada duodenumning kengayganligi, staz, ingichka ichakka o`tdigan soha torayishini ko`rish mumkin.

Davosi. Duodenal tutilish, qorinda doimiy og`riq operativ davoga ko`rmatma bo`ladi. Ichakni rezeksiya qilib, umurtqa sohasiga qayta anastamoz qo`yish, gastrostomiya qo`yish; qisman oshqozon rezeksiyasi, duodenoyeyunoanastamoz qo`yish operatsiyalari bajariladi.

Duodenostaz sindromi – duodenum sohasida tug`ma to`siqlar bo`lishi natijasida ona suti yoki oziq massalarining qisman yoki to`liq o`tmay qolishi bilan kechadi. Sabablari yuqorida ko`rsatilgan.

Klinikasi chaqaloq hayotining birinchi kunlaridan qayt qilish va qusish kuzatiladi. Kasallikning klinik namoyon bo`lishi stenoz - ichak nayi torayishi darajasi va uzunligiga bog`liq bo`ladi. Agar stenoz va torayish kuchli bo`lsa qusish va qayt qilish, natijada bemorning jismoniy rivojlanishdan orqaga qolishi ham ko`proq namoyon bo`ladi, natijada bemor kasallikning erta davlarida kliniko-rentgenologik tekshirishdan o`tadi. Stenoz va torayish darajasi kamroq bo`lsa qusish va qayt qilish ham vaqti-vaqti bilan takrorlanib, davriy xarakterda bo`ladi, natijada bemorning tengdoshlaridan jismoniy rivojlanishdan orqaga qolishi ham kamroq namoyon bo`ladi, bemor ko`pincha somatik tashxislar bilan terapevtik bo`limlarda davolanishadi.

Ko`pincha ko`ngil aynishi, jig`ildon qaynashi, kekirish, epigastral sohada og`irlik, dam bo`lish, og`riqqa shikoyat qiladilar. Bemor ota-onalari qusuq massalarida toza yegan ovqat qoldig`i bo`lishi, ba`zida bolalar o`zlari sun`iy ravishda qusishga harakat qilishlariga shikoyat qiladilar. Bemor umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, epigastral sohada “qum soati” belgisini kuzatish mumkin. Duodenostazga halqasimon oshqozon osti bezi sabab bo`lganida ba`zida yengil o`tuvchi sariqlik ham kuzatilishi mumkin (12-a; b; v rasmlar).



12-rasm. “Halqasimon” oshqozon osti bezi turlari va operativ davu usullari.

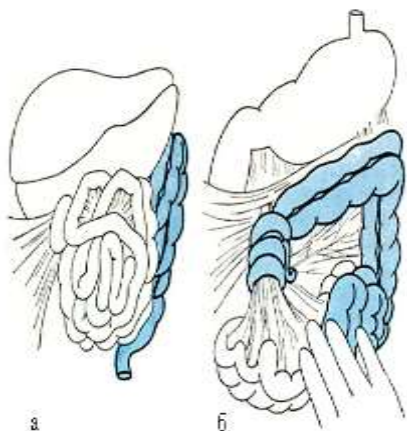
Diagnostikada asosiy informativ usul bu oshqozon ichak traktini rentgenokonstrast tekshirish bo`lib qolaveradi. Kontrast modda qisman ichakning pastki qismida o`tishi fonida “ikki qadah” belgisi kuzatiladi. Qusish sindromi kuzatiladigan kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash lozim.

Davolash bemorga operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o`tkaziladi, bunda suv-elektrolit, metabolik buzilishlar mo`tadil holatga keltiriladi. Radikal davu operatsiya. Og`riqsizlantirish umumiy narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo`shlig`iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. Keyingi taktika ichak tutilishiga sabab bo`lgan omilni bartaraf etishga qaratiladi (12-rasm, a;b;v).

Ichak nihoyalangan fiziologik burilishi - ichaklar embriogenezida ikki jarayon: *formatsiya va rotatsiya* jarayonlarining bir joy va bir vaqtning o`zida – o`n ikki barmoqli ichak sohasida buzilishi natijasida namayon bo`ladi. Ya`ni, o`n ikki barmoqli ichakni qorin parda tortmalari bilan tortib, bosib qolishi va o`rta ichak to`liq buralmasligi sababli ingichka ichak, chambar ichak o`ng qismi buralishi kuzatiladi (14-rasm a;b).

Klinikasi - yuqori ichak tutilishi klinikasini namoyon qiladi, klinik belgilar ichak o`tkazuvchanligi buzilish darajasi, ichak tutqichida qon aylanish buzilish darajasi va “o`rta ichak” buralish darajalariga bog`liq bo`ladi. Agar ichak o`tkazuvchanligi buzilish darajasi, ichak tutqichida qon aylanish buzilish darajasi va “o`rta ichak” buralish darajalari bemor hayotiga xavf solmagan,

qisman kompensatsiyalangan holda bo`lsa, yuqorida aytilganidek “duodenostaz” sindromi klinik belgilarini namoyon qilishi mumkin.



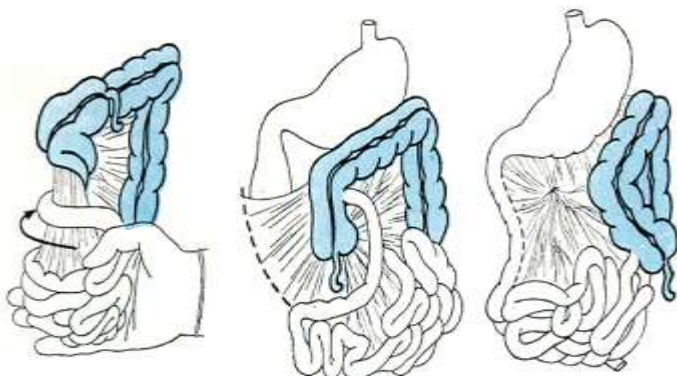
13-rasm. *Ledd sindromi (sxema)*.

Diagnostikada asosiy informativ usul bu oshqozon ichak traktini rentgenokonstrast tekshirish. Kontrast modda oshqozon-ichakning pastki qismiga o`tmaydi, “ikki qadah” belgisi, ikki gaz kuzatiladi. Kontrast modda qisman ichakning pastki qismida o`tishi fonida “ikki qadah” belgisi kuzatilganda “duodenostaz” sindromi kuzatiladi. Qusish sindromi kuzatiladigan kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash lozim.

Davolash - bemorga operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o`tkaziladi, bunda suv-elektrolit, metabolik buzilishlar mo`tadil holatga keltiriladi. Radikal davo - operatsiya. Og`riqsizlantirish umumiy narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo`shlig`iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. **Ledda operatsiyasi** o`tkaziladi (14-rasm). 1-bosqich: buralib yotgan “o`rta ichak” soat strelkasiga teskari to`g`rilanadi (14-rasm, a). 2-bosqich: Embrional chandiqlar qirqiladi (14-rasm, b). 3-bosqich: chamber ichak chap yonboshga o`tkaziladi (14-rasm, v). Keyingi taktika ichak tutilishiga sabab bo`lgan omilni bartaraf etishgandan so`ng intensiv terapiyaga qaratiladi.

Qorin bo`shlig`i ichki churralari - “*malfiksatsiya*“ sindromi ya`ni, qorin bo`shlig`i a`zolari o`z o`rini egallab, o`z tutqichiga ega bo`lish fiksatsiyalanishi jarayoni (fiksatsiya – “qotirilish, mustahkamlash, ma`nosida) buzilishi natijasida tutqich hosil bo`lishidagi nuqsonlar natijasida qorin bo`shlig`ida “cho`ntak”

(*bursa*) larga kirib, qisilib qolishi natijasida ichki churralar kelib chiqadi va ichak tutilishi klinik belgilari bilan namayon bo`ladi.



14-rasm. a) “o`rta ichak” buralishini b) chandiqlarni qirqish v) chap tomonga sekopeksiya to`g`rilash (*sxema*).

Qorin bo`shlig`i ichki churralarida churra darvozasi va xaltasi qorin bo`shlig`ida joylashadi, ular klinik amaliyotda nisbatan juda kam uchraydi va shuning uchun juda qiyin tashxislanadi. Bolalarda ko`pincha strangulyatsion ichak tutilishi tashxisi bilan operatsiyaga olingandan so`ng intraoperatsion topilma sifatida aniqlanadi. Qorin bo`shlig`i ichki churralari ichida eng ko`p uchraydiganilari: ichak tutqichida 27% gacha, Treys boylami soxasida 21% (*umumiy qorin bo`shlig`i ichki churralariga nisbatan*) uchraydi. Undan tashqari ichki churralar qovuq ustida, ko`richak oldida va h.k. ya`ni, qorinpardaning deyarli hamma qismida uchrashi mumkin, qachonki u yerda tutqich defekti bo`lsagina. Ba`zida qorin bo`shlig`ida operatsiyadan so`ng tutqichda defekt bo`lsa ham ichki churra paydo bo`lishi mumkin.

Klinikasi. O`tkir boshlangan ichki churra qisilishida bemor qorin bo`shlig`idagi kuchli og`riqqa shikoyat qiladi, ushbu og`riq **tizza - tirsak** holatida susayishi kuzatiladi, ba`zida og`riq to`xtashi mumkin. Strangulyatsion ichak tutilishi belgilariga o`xshaydi, bemorda kuchli davriy og`riqdan tashqari ko`ngil aynishi, qusish, bezovtalik kuzatiladi. Qorni yumshoq, og`riqli, ba`zida qorin bo`shlig`ida “o`smasimon” hosila paypaslanishi mumkin, qorin parda ta`sirlanish belgilari gumonli yoki manfiy, mushaklar tonusi oshmagan bo`ladi.

Diagnostikasida – qorin bo`shlig`i tasviriy rentgenogrammasida “Kloyber kosachalari”, suyuqlik sathlari va gaz aniqlanadi.

Davolash - bemorga operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o`tkaziladi, bunda suv-elektrolit, metabolik buzilishlar mo`tadil holatga keltiriladi. Radikal davo - operatsiya. Og`riqsizlantirish umumiy narkoz ostida olib boriladi, bemor stolga chalqanchasiga yotqiziladi. Qorin bo`shlig`iga yuqori laparotomiya bilan ochib kiriladi. Keyingi taktika ichak tutilishiga sabab bo`lgan omilni - qisuvchi halqani bartaraf etishga, ichaklar hayotchanligi belgilariga qarab uning faoliyatini tiklashga qaratiladi.

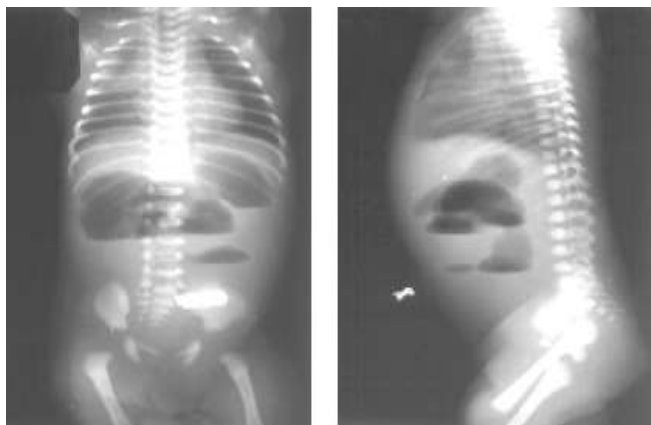
Tug`ma quyi-pastki ichak tutilishlari klinikasi bilan namoyon bo`ladigan kasalliklar va sindromlar

Tug`ma ichak tutilishi bu – oshqozon ichak traktida tug`ma to`siq bo`lishi natijasida ovqat (ona ko`krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o`tmay qolishidir. Tug`ma pastki ichak tutilishlari asosiy klinik belgilari; - tug`ilganidan ich o`tmasligi; - qorinning dam bo`lishi; - qusish, avvaliga oshqozondagi massalar bilan, keyinchalik o`t aralash va nihoyat ichak mahsulotlari bilan qusish; - ichaklar giperperistaltikasi (har doim ham kuzatilavermaydi). Yuqoridagi belgilar yuqori ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi omilga qarab, o`ziga xos o`zgarishlari kuzatilishi mumkin. Tug`ma pastki ichak tutilishlari uchun xarakterli rentgenologik belgi- qorin bo`shlig`i obzor rentgenografiyasida 3 va undan ortiq suyuqlik sathi va ustida gaz bo`lishi (Kloyber kosachalari) kuzatiladi (15-rasm).

Tug`ma pastki ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi kasallik va sindromlar:

1. Ingichka ichak atreziyasi.
2. Qorin bo`shlig`ining ichki churralari.
3. Ichak nayining tug`ma ikkilanishi.
4. Mekonial ileus.
5. Girshprung kasalligi.
6. Dolixosigma.

7. Anorektal soha rivojlanish nuqsonlari; to`g`ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasi (*oqma va oqmasiz shakli*).



15-rasm. Pastki ichak tutilishida Kloyber kosachalari. Rentgenogramma.

Ingichka ichak atreziyalari - embrional rivojlanishning erta davrlarida ichak nayi – birlamchi ichak qorin bo`shlig`ining *a.mezenterica superior* sohasida birlamchi tutqich bilan bog`langan, “naysimon” shaklda bo`lib, rivojlanish jarayonida “fiziologik embrional churra” bosqichini o`taydi. Bir vaqtning o`zida ichak nayida buralish “rotatsiya”, ichaklar va ularning tutqichlari hosil bo`lishi - “formatsio” shakllanish, va fiksatsiyalanishi – fiksatsiya – “qotirilish, mustahkamlash ma`nosida”, jarayonlari keta boshlaydi. Ushbu jarayonlarning birgalikda yoki alohidalanib turli sabablarga ko`ra buzilishi natijasida oshqozon ichak traktida tug`ma nuqsonlar, anomaliyalar yuzaga kelishi mumkin. Shakllanish jarayonining buzishiga -“**malformatsiya sindromi**” deyiladi, undan kelib chiqadigan sindrom bu ichaklar atreziyasi, membranali atreziya va ichaklar tug`ma stenozidir, ularning har biriga alohida to`xtalib o`tamiz.

Birlamchi naysimon ichak o`zining embrional rivojlanish jarayonida “shnursimon” ya`ni “tizimcha”simon bosqichni o`taydi. Birlamchi ichak nayi epiteliy proliferatsiyasi natijasida butunlay bekilib qoladi, buning izidan keladigan vakuolizatsiya (rekanalizatsiya) jarayonida esa ichak nayining ichi qaytadan “quvur” shaklini egallaydi. Biroq biror bir ta`sirot natijasida ichak ma`lum qismi berkligicha qolishi mumkin. Agar rekanalizatsiya jarayoni ichak

nayi kichik qismida buzilsa, ichak bo`shlig`i yupqa parda bilan bekilib qolib, “pardasimon-membranali” atreziya (16-rasm) yuzaga keladi. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi kichik qismida boshlanishga ulgurib, so`ngra buzilsa, u vaqtda “pardasimon” atreziyada kichik (yoki har xil o`lchamli) teshik hosil bo`lishi va pardasimon stenoz yuzaga kelishi mumkin. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi katta qismida buzilsa, unda atreziya ichak katta qismida hosil bo`lib, “fibrozli” atreziya kuzatiladi. Rekanalizatsiya jarayoni ichak nayi har xil qismida buzilsa, unda “sosiskasimon” atreziya kuzatiladi (17-rasm). Ba`zida ichak atreziyasiga rekanalizatsiya jarayonining buzilishi va mezenterial qon aylanishi yetishmovchigi natijasida ingichka ichakning to`liq atreziyasi kuzatiladi (17-rasm). Ichak atreziyalari ichak nayining murakkab embrionologik jarayonlar kechadigan qismlarida uchrashi ko`proq kuzatiladi. Yuqorida aytib o`tilgan embrional jarayon buzilishi natijasida yuzaga keladigan holatlar “malformatsiya” sindromiga kiritiladi.

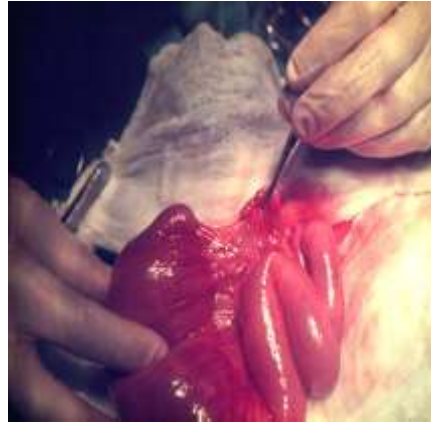
Ichaklar atreziyasida tug`ma pastki ichak tutilish klinikasi kuzatiladi; Tug`ma pastki ichak tutilishlari asosiy klinik belgilari:

- tug`ilganidan ich o`tmasligi;
- qorinning dam bo`lishi;
- qusish, oldiniga oshqozondagi massalar bilan, keyinchalik o`t aralash va nihoyat axlatli qusish.
- ichaklar giperperistaltikasi (har doim ham kuzatilavermaydi).

Yuqoridagi belgilar yuqori ichak tutilishini keltirib chiqaruvchi omilni joyiga qarab, o`ziga xos o`zgarishlari kuzatilishi mumkin. Tug`ma pastki ichak tutilishlari uchun xarakterli rentgenologik belgi – qorin bo`shlig`i obzor rentgenografiyasida 3 va undan ortiq suyuqlik sathi va ustida gaz bo`lishi (Kloyber kosachalari) kuzatiladi.



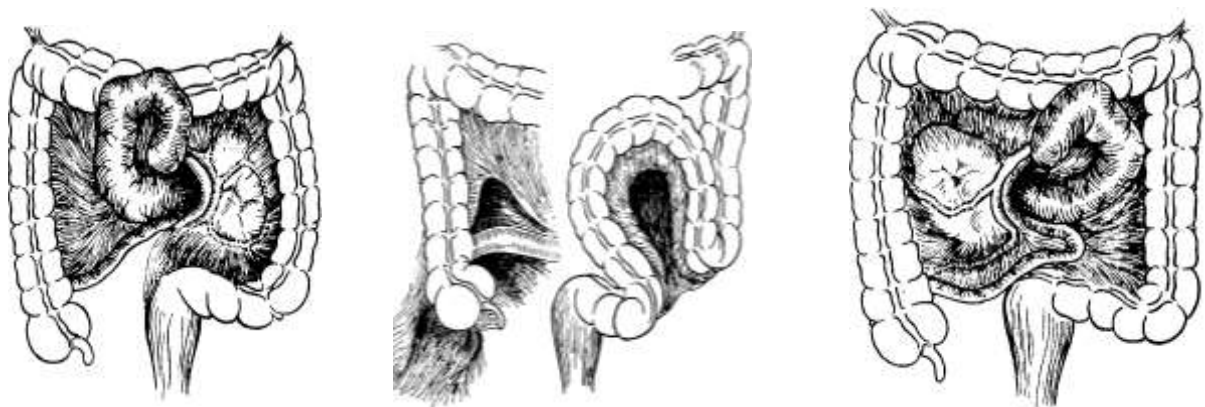
16-rasm. Membranali ichak atreziyasi.



17-rasm. Ingichka ichak to'liq atreziyasi.

ICHKI CHURRALAR – churra darvozasi va xaltasi qorin bo`shlig`ida bo`ladi. Churra darvozasi bo`lib ichak tutqichining nuqsoni (kamchiligi) – tug`ma teshiklar bo`lishi natijasida u yerga qorinparda va ichak qovuzloqlari kirib qolishi mumkin. Ushbu churralar juda ham kam uchraydi va tashxis qo`yish murakkab. Ko`pincha ular o`tkir ichak tutilishi tashxisi bilan operatsiyaga olingan bemorlarda operatsiya vaqtida aniqlanadi. Churralar lokalizatsiyasiga qarab uning klassifikatsiyasi ishlab chiqilgan: ingichka ichak tutqichi; yo`g`on ichak tutqichi; Treys boylami; charvi usti; qovuq usti; ko`richak atrofi; chuvalchangsimon o`simta tutqichi; sigmasimon ichak atrofi; Vinslov teshigi; jigar yumaloq boylami; bachadon keng boylami; yo`g`on ichak atrofi va h.k (18-rasm). Umuman olganda qorin parda qayerda bo`lsa, uning tug`ma nuqsoni, ya`ni teshigi bo`lishi mumkin, ushbu teshikdan qorin pardaga o`ralgan holda qorin bo`shlig`i a`zolari kirib qolsa ular “chin”, qorinpardasiz kirib ketsa “soxta” churralar ham deyiladi. Klinik belgilari uzoq vaqt namoyon bo`lmasligiga mumkin. Klinik simptomatika rivojlanishi churra mahsuloti qisilganligi va ichak o`tkazuvchanligi buzilish darajasiga bog`liq. Bemorlar anamnezida sababsiz qorinda og`riq, tirsak-tizza holatida og`riqning pasayishi kuzatiladi. Bemorlarda ko`pincha o`tkir ichak tutilishi klinikasi namoyon bo`ladi.

Davosi - operativ bo`lib, laparotomiya qilinib, churra maxsulotlari ozod etiladi va churra darvozasi tikib, bartaraf etiladi.



18-rasm. a; b; v. Ichki churralarning ichak tutqichidagi joylashuvi.

ICHAK NAYINING TUG`MA IKKILANISHLARI yoki ichak nayi a`zolarining juftlanishi deb, embrional rivojlanish davrida ichak devorining noto`g`ri shakllanishi natijasida ikkilangan kovakli ichak paydo bo`lishi bilan kechadigan tug`ma nuqsonga aytiladi. Ikkilanishning kelib chiqishi embrional hayotning birinchi oylariga to`g`ri keladi. Ikkilanishning paydo bo`lishi ichak naychasi shilliq qavatining shakllanishi va rekanalizatsiyasining buzilishi bilan bog`liq. Bu tug`ma nuqson quyidagi nomlar bilan ataladi: ovqat hazm qilish naychasining ikkilanishi, duplikatura, enterokista, enterokistoma, gigant divertikul va boshqalar. Bu nomlarning ko`pligi ikkilanishning anatomik turlari ko`pligi bilan bog`liq. U kichik kistasimon hosiladan to qizilo`ngach, me`da, o`n ikki barmoq ichak va boshqalarning to`liq ikkilanishini o`z ichiga oladi. Ingichka ichakning ikkilanishi eng ko`p uchraydi va 60% ni tashkil qiladi. Ovqat hazm qilish organlarining ikkilanishi tasnif bo`yicha quyidagi turlarga bo`linadi: kistoz, tubulyar va divertikulyar ikkilanish. Tubulyar duplikaturalarning qorin bo`shligi sohasida, ba`zan undan tashqarida - qorin orti sohasi yoki ko`krak qafasida joylashgan hollari qayd etilgan. Ichak naychasining juftlashgan qismi ko`p hollarda ichakning tutqich tomonida joylashib, umumiy qon ta`minotiga ega va ko`pincha asosiy ichak bilan puxta tutashgan bo`ladi. Gistologik tekshiruvlar duplikatura va asosiy ichak naychasi tuzilishining o`xshashligini ko`rsatadi. Ba`zan shilliq qavat distopiyasi kuzatiladi (masalan,

ingichka ichak kistasida me'da shilliq qavati topiladi), bu esa ichakdan qon ketishiga sabab bo`lishi mumkin.

Klinikasi. Ikkilanishning belgilari uning joylashishi, shakli va o`lchamlariga bog`liq. Ko`pincha duplikatlar belgilersiz kechadi va jarrohlik muolajasi davomida kutilmaganda topiladi. Lekin ba`zan (asosan shilliq qavat distopiyasida) duplikaturalar bexosdan ichakdan kuchli qon ketishi bilan namoyon bo`lishi mumkin. Ikkilanishning kistoz turi (enterokistalar) goho juda kattalashib, qisman ichak tutilishi va ichak bo`shlig`ining to`liq yopilishi yoki tashqaridan siqilishiga olib keladi (19-20 rasmlar). Ba`zan kista atrofida ichaklar buralib qoladi va o`tkir strangulyatsion ichak tutilishining klinik manzarasi rivojlanadi. Homiladorlik paytida enterokista atrofida ichaklar buralib qolishi ichaklarning ikkilamchi atreziyasiga olib kelishi mumkin. Ko`krak qafasiga kiruvchi divertikullarda disfagiya va atelektaz, bronxoektaz va nafas olishning boshqa buzilishlari kuzatiladi. Yo`g`on ichakning ikkilanishi surunkali qabziyat bilan namoyon bo`ladi. Rektal tekshiruv paytida bemorlarda og`riqsiz, yumshoq elastik konsistentsiyali o`smasimon hosila paypaslanadi.



19-rasm. **Enterokista, strangulyatsion ichak tutilishi.**



20-rasm. **Enterokista. Makropreparat**

To`g`ri ichakning ikkilanishida odatda siydik sistemasiga qo`shilgan oqma bo`ladi. Duplikaturalarning asoratlari ichakdan qon ketishidan tashqari,

ichak invaginatsiyasi ham ma'lum bo'lib, bunday hollarda uni konservativ davolash foydasizdir.

Tashxisi. Ovqat hazm qilish kovak organlari ikkilanishning diagnostikasi ko'p hollarda juda katta qiyinchiliklarga ega. Til osti kistasini boshqa etiologiyali kistalardan (ranula, limfangioma) faqat gistologik tekshiruvdan keyin farqlash mumkin. Ovqat hazm qilish kovak organlarining pastki qismlari ikkilanishida rentgenografiya tavsiya etiladi. Rentgenogrammalarni juda ehtiyotkorlik bilan talqin qilish lozim. Bir tomondan, soxta juftlanish ko'rilsa, ikkinchi tomondan, ikkilangan qism kontrast modda bilan to'lmay, ko'rinmay qolishi mumkin. Tushunarsiz hollarda diagnostik laparotomiya qilinadi. Enterokistalarni qorin bo'shlig'idagi kistoz hosilalardan farqlashga ichak devori va uning ichidagi narsalarni gistologik tekshirish yordam beradi. Ichak ikkilanishida «kista» devori ichak naychasiga xos tuzilishda va uning ichida hazm qilish bezlarining sekretini bo'ladi.

Davosi. Ovqat hazm qilish naychasining ikkilanishi faqat xirurgik yo'l bilan davolanadi. Enterokistani shilib ajratib olish qiyinligi tufayli ovqat hazm qilish kovak organining ikkilangan qismi rezeksiyasi keng qo'llanadi. Agar rezeksiyani bajarib bo'lmasa (o'n ikki barmoq ichakning ikkilanishi), quyidagilardan biri bajariladi; asosiy va qo'shimcha ichak (ikkilangan ichak) anastomozi, devori bilan shilliq qavatini qisman olib tashlash, ba'zan marsipulizatsiya qilish va h.k. Ko'krak qafasiga kiruvchi ichak divertikullarida xirurgik muolaja ko'pincha bosqichda bajariladi: avval torakotomiya qilib divertikul olib tashlanadi va qolgan qismni ikki qator chok bilan tikiladi, so'ngra 1-1,5 haftadan keyin laparotomiya qilinib, qolgan divertikul rezeksiya qilinadi.

Prognozi. O'z vaqtida tashxis, to'g'ri jarrohlik usuli qo'llanilsa prognoz yaxshi bo'ladi.

Qorin bo'shlig'ining kistoz hosilalari - Qorin bo'shlig'i kistalari kelib chiqishi, anatomik tuzilishi va joylashishi turlicha bo'lgan hosilalarni

birlashtiruvchi tushuncha. Kistalar haqiqiy va soxta, atravmatik, parazitlar va boshqa turlarga farqlanadi.

Kelib chiqishi, joylashishi va klinik kechishi bo'yicha haqiqiy kistalar charvi, ichak tutqichi, ichak (enterokistalar) kistalariga bo'linadi.

Charvi kistalari - limfa to'qimasining distopiyasi yoki limfa yo'llarining tiqilib kolishi natijasida hosil bo'lib, charvi varaqlari orasida joylashadi. Ular yakka devorli, bo'lmali tuzilishga ega bo'lib, seroz suyuqlik bilan to'lgan. Bu kistalar o'lchami turlicha, ba'zan juda katta bo'ladi. Klinik ko'rinishi kistaning o'lchamiga bog'liq. Kichik kistalar boshqa sabab bilan bajarilgan xirurgik muolaja vaqtida tasodifan topiladi. Katta kistalar qo'shni a'zolari ezib, ba'zan qisman ichak tutilishini keltirib chiqaradi. Charvi kistasi bo'lgan bemorlarda qorin aylanasi asta-sekin kattalashishi kuzatiladi. Ko'pincha qorin oldi devoriga yaqin joylashgan, harakatchan kistalar aniqlanadi. Qorinni paypaslash og'riqsiz. Rentgenologik tekshiruv vaqtida qorin old devoriga yaqin joylashib, ichak qovuzloqlarini orqaga suruvchi o'smasimon hosilani ko'rish mumkin.

Ichak tutqichi kistalari odatda limfa to'qimasining distopiyasi natijasida kelib chiqib, ichak tutqichining istalgan qismida joylashadi. Ular ichak tutqich varaqlari orasida joylashib, ichak devori bilan bog'liq emas. Ichak tutqichi kistalari ichida odatda seroz suyuqlik bo'lib, ularning yuqori joylashgan hollarida xileoz o't suyuqligi bo'lishi mumkin. Kasallikning ilk belgilaridan biri - qorin aylanasi asta-sekin kattalashishi bo'lib, u bolani bezovta qilmaydi. Kista kattalashgani sari o'qtin-o'qtin qusish va og'riq paydo bo'ladi. Agar kista buralib qolsa, bolaning ahvoli battar og'irlashadi, og'riq kuchayadi, bola ko'p qayt qiladi.

Ichak tutqichi kistalariga hosilaning o'ta sirpanuvchanligi xosdir. «O'sma» qorin bo'shlig'ida bemalol sirpanadi, aniq chegaraga va tekis konturga ega. Ingichka ichak tutqichi kistalari juda ham sirpanuvchan. Katta ichak tutqich kistalarida ko'pincha asoratlar (kista o'z o'qi atrofida buralish,

ichak tutilishi, yiringlash va boshq.) kuzatiladi. Bunday hollarda bemor qorin bo`shlig`i og`ir xastaligi bilan jarrohlik kasalxonasiga yotqiziladi.

Enterokista - ichak ikkilanishi (duplikaturasi) nomi bilan ataladigan kasallik. U ichak kovak a`zolari to`g`ri rivojlanmasdan ortiqcha o`sib ketishi, mushaklararo retentsion kista hosil bo`lishi (60%) natijasida enterokistalar ingichka ichakda joylashishidan kelib chiqadi. Klinik belgilari enterokista ichida yallig`lanish bo`lganda namoyon bo`ladi. Bunda bola o`zini noxush his qiladi va og`riq paydo bo`ladi. Qisman yoki to`liq ichak tutilishi kuzatiladi. Enterokistaning eroziyalangan shilliq qavatidan qon ketishi yoki devori teshilib, peritonit rivojlanishi mumkin.

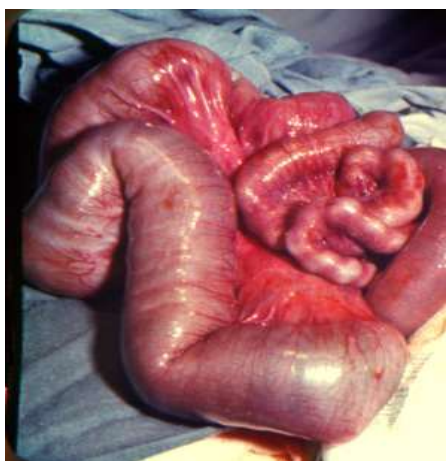
Mekonial ileus deb – yopishqoq mekoniyning (oshqozon osti bezi fermentativ yetishmovchiligi sababli) yonbosh ichak terminal qismida tiqilib qolib, tug`ma pastki ichak tutilishi klinikasini namoyon qilishiga aytiladi. Mekoniy – chaqaloqning birinchi axlati bo`lib, ona qornida qog`anoq suvlarining yutishi, oshqozon ichak trakti shilliq qavati sekreti, oshqozon ichak trakti rekanalizatsiya jarayonida to`kiladigan epiteliy, o`t suyuqligi va oshqozon osti bezi sekretidan hosil bo`lib, chaqaloq tug`ilgach birinchi ichi o`tganda tashqariga chiqadi. Oshqozon osti bezi sekreti yetarli darajada bo`lmagach, mekoniy konsistensiyasi o`zgaradi va o`ta shilimshiq, yopishqoq bo`lib, yonbosh ichak terminal qismidan, Baugin qopqasi orqali yo`g`on ichakka o`ta olmaydi va obturatsion-mekonial ichak tutilishi yuzaga kelib, tug`ma pastki ichak tutilishi klinikasini beradi. Kasallik oshqozon osti bezi kistofibrozi va ekzokrin bezlarning faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqadi. Kasallik irsiy xarakterda bo`lib, autosom-retsessiv ravishda avloddan avlodga ko`chadi. Kistofibroz sistemali kasallik, organizmdagi barcha ekzokrin bezlarni zararlashi mumkin. Geterozigotali ota-onadan 4:1 nisbatda ushbu kasallik namoyon bo`lishi mumkin. Oshqozon osti bezi kistofibrozi lokal va tarqalgan shakllari mavjud. Kistofibroz nafas yo`llari, oshqozon ichak traktida tarqalgan bo`lishi mumkin. Nafas yo`llarida uchrasa mukovitsidoz klinikasini,

oshqozon ichak traktida tarqalgan bo`lsa, mekonial ichak tutilishi klinikasini beradi.

Klinikasi. Mekonial ileus bilan tug`ilgan chaqaloqlar o`z vaqtida tug`ilishadi, ko`pincha gipotrofiya kuzatiladi. Mekoniyning turib qolishi 24-48 soatgacha kuzatiladi. Bemorlarning qorni damlab, shishadi, ichi kelmaydi, 2-kunidan qusa boshlaydi. Qorin old devori orqali kengaygan ichak qovuzloqlarini kuzatish mumkin. Palpatsiyada “xamirsimon” konsistentsiyali hosila qo`lga ilinadi. Anal teshik va to`g`ri ichak nisbatan tor bo`ladi. Irrigogrammada mikrokolon aniqlanadi. Asoratlangan vaqtda qorni birdaniga shishib ketadi, ko`p qusib, qorin old devori pastki qismi qizarib, shishishi mumkin.

Diagnostikasida asosan qorin bo`shlig`i tasviriy rentgenogramma qilinadi, ko`p miqdorda suyuqlik sathlari va gaz aniqlanadi.

Davolash – konservativ muolajalar qilinadi, tozalovchi klizma fiziologik eritma, gipertonik eritma, atsetilsistein va gastrografin bilan qilinadi. Samarasi bo`lmaganda umumiy og`riqsizlantirish ostida, laporatomiya va ichak holatiga qarab – tomiya, ektomiya, anastomoz qo`yish mumkin. Ileosekal sohada yonbosh ichak terminal sohasida “kolbasasimon” kengayish kuzatiladi (21-22 rasmlar).



21-rasm. Mekonial ileus bilan tug`ilgan chaqaloqda ichak intraoperatsion ko`rinishi.



22 – rasm. Mekonial ileus bilan tug`ilgan chaqaloqda ichak intraoperatsion ko`rinishi.

Megakolon - tushunchasiga yo`g`on ichakning yoki uning bir qismi kengayishi bilan kechadigan kasallik va sindromlarga aytiladi. Ushbu tushuncha yig`ma bo`lib, kelib chiqishi va patologoanatomik xislati turlicha bo`lgan kasalliklarni birlashtiradi. Ularning birlashtiruvchi asosiy klinik belgisi qabziyat bo`lib, yo`g`on ichakda kengayish kuzatiladi (23-rasm, a,b).

Megakolonga olib keluvchi sabablar turlicha, ularni **Yu. F. Isakov** va **A. I. Lyonushkin** quyidagicha tasniflagan:

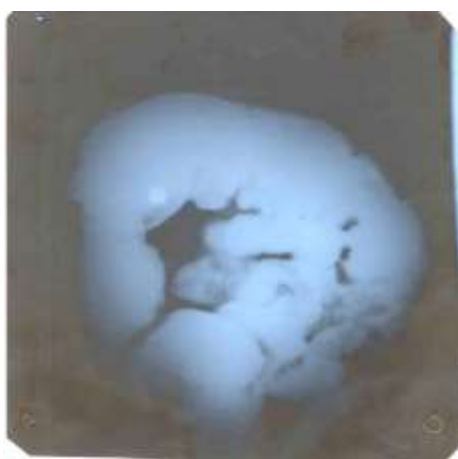
- Tug`ma va Ortirilgan.
- Funksional va Mexanik xarakterli.

Tug`ma – Girshprung kasalligi, “idiopatik megakolon”, anorektal soha tug`ma nuqsonlari.

Orttirilgan – Vitamin B₁ yetishmovchiligi, chagas kasalligi, yuqumli kasalliklardan, psixogen qabziyatlar, endokrin buzilishlar, dorivorlarning nojo`ya ta`siri, anus yorig`i, anal sohada yallig`lanish, kuyish, jarohatlardan so`ng va h.k. hosil bo`ladigan megakolon.

Funksional xarakterli megakolon

– intramural nerv chigallari yetishmovchiligi natijasida hosil bo`ladigan megakolon (Girshprung kasalligi, Vitamin B₁ yetishmovchiligi, Chagas kasalligi, yuqumli kasalliklar).



a.



b.

23-rasm. a-b. Irrigogramma. Megakolon.

- intramural nerv chigallari ta`sirlanmasidan kelib chiqadigan Megakolon-“idiopatik megakolon” .

Mexanik xarakterli megakolon – anorektal soha tug`ma nuqsonlari, anal sohada yallig`lanish, kuyish, jarohatlar natijasida hosil bo`ladi.

Dolixosigma – yo`g`on ichak sigmasimon qismini uzayishi va kengayishi hisoblanadi, “Megadolixosigma”, Megadolixokolon” terminlari ham qo`llaniladi. Kasallik asosan 1 yoshdan, chaqaloq ovqatiga qo`shimcha kiritishdan so`ng namoyon bo`la boshlaydi. Natijada axlat massalari hajmi oshib, uzun ichak qovuzlog`ini to`ldiradi, buralib, qisib qo`yadi. Bemorlarni qabziyat, qorinda og`riq ba`zida qusish bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgisi – axlat kelishining buzilishi bo`lib, 4 xil klinik variantlari farqlanadi:

1. latent kechuvchi, bemorni deyarli hech narsa bezovta qilmaydi, boshqa sabablar bilan tekshirilganda ichak uzunligi aniqlanadi.
2. sanchiqli tez-tez ichak sanchig`i bezovta qilishi bilan kechuvchi.
3. surunkali qabziyat bilan kechuvchi.
4. surunkali kolit bilan kechuvchi.

Kasallik qorinda spastik og`riq, tez-tez qabziyat bilan kasallanuvchi bemorlarda aniqlanadi. Kompensator shaklida tozalovchi klizma, parhez fonida bemorni shikoyatlari bartaraf etiladi. Subkompensator shaklida axlat faqat klizma va ich ketgizuvchi preparatlarni bergandan so`ng o`tadi, dekompensatsiya shaklida axlat faqat sifon klizmadan so`ng chiqadi.

GIRSHPRUNG KASALLIGI - bu kasallik klinikasini daniyalik pediatr Garold Girshprung birinchi bo`lib 1887-yilda yozgan va keyinchalik bu kasallikni uning nomi bilan atashgan. U bu kasallikning haqiqiy tabiatini aniqlay olmasada, bemorning tashqi ko`rinishini, unda yo`g`on ichakning kengayib, devorlarining gipertrofiyaga uchrashini to`la yozib, uni yo`g`on ichakning «tug`ma kengayishi» deb atagan. Keyinchalik kasallikni tasvirlash uchun «tug`ma megakolon», «tug`ma idiopatik megakolon» kabi iboralar qo`llanib, shu kungacha atalib kelinmoqda. Girshprung kasalligi bolalarda ko`p uchrab turadi va adabiyotlardagi statistik ma`lumotlar tez-tez o`zgarib turadi. Nasldan-naslga o`tish xavfi 3,5 % ni tashkil qiladi.

Etiologiyasi va patogenezini. Kasallik aniqlanganiga ko'p yil bo'lishiga qaramay, biz Girshprung kasalligini hozirgi vaqtda quyidagicha tasavvur qilamiz: ichak toraygan qismida harakat bo'lmasligi tufayli uning ustki qismi kattalashib, kengayib, axlat to'planishiga olib keladi. Shunday qilib, zamonaviy morfologik, gistoximik va patofiziologik tekshirishlar jarayonida bu kasallikni yo'g'on ichak oxirgi qismining yetishmovchiligi tug'ma aganglioz deb atash mumkin. Bu kasallik asosan intramural nerv to'qimalarining tug'ma yo'qligi va yetishmovchiligi yoki anomal ko'rinishi natijasida nerv-reflektor yoyida impuls o'tmasligiga olib kelib, ichakning o'sha sohalari ishlamasligiga va mushak, shilliq parda osti va shilliq qavatlarining ikkilamchi o'zgarishiga olib keladi.

Girshprung kasalligida avtonom nerv tugunlari (Meysner, Aurbax va Genli) yo'g'on ichakda devorida yetishmovchiligi yoki bo'lmasligi sababli najas ichakning tor qismida to'planib, ichakning yuqori qismi kengayishi va ichak devorining kompensator qalinlashish belgilari bemorda turlicha namoyon bo'ladi va ichak tutilishiga olib keladi. Aganglionar zona 14-25 % to'g'ri ichakda, 77 % to'g'ri va sigmasimon ichakda, 4-12 % to'g'ri ichakdan to taloq burchagi sohasida uchraydi (24-rasm).

Tasnifi (A. I. Lyonyushkin, 1987 y).

A. Anatomik turiga qarab.

I. Rektal turi.

1. To'g'ri ichak oraliq qismining aganglioz (juda qisqa segment)
2. To'g'ri ichakning ampula va ampula usti sohasi aganglioz (qisqa segment)

II. Rektosigmoid turi.

1. Sigma ichak pastki qismining aganglioz.
2. Sigma ichakning ko'p yoki hamma qismining aganglioz (uzun segment)

III. Segmentar turi.

1. Bitta segment to'g'ri va sigmasimon ichak oralig'ida yoki sigma ichakdagi aganglioz.
2. Ikkita segment va ular orasida normal ichak bo'lishi.

IV. *Subtotal turi.*

1. Yo`g`on ichak chap tomonining butunlay agangliozi.
2. Yo`g`on ichakning chap va qisman o`ng tomonini agangliozi.

V. *Total turi.*

Yo`g`on ichakning butunlay agangliozi

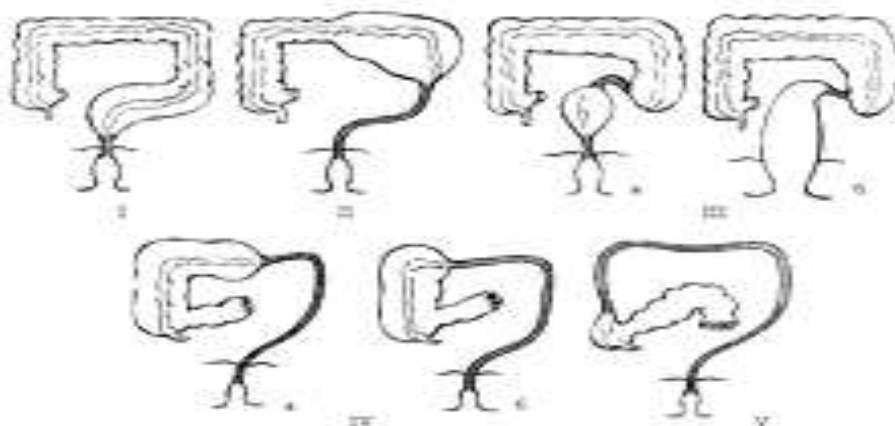
B. Klinik darajasiga qarab

I. Kompensatsiya.

II. Subkompensatsiya.

III. Dekompensatsiya.

Klinikasi va tashxisi. Girshprung kasalligining eng asosiy va birinchi klinik ko`rinishi ich qotish, qabziyatdir. Bu simptom chaqaloqlarda ko`p rivojlangan bo`ladi. Ich qotish bu aganglionar zonaning uzunligiga, qanday ovqatlanishga va ichaklarning moslanish kompensatsiya xususiyatiga bog`liq. Qisqa aganglionar segment bo`lsa, mekoniy, keyinchalik axlat o`tmaslik chaqaloqlarda 1-3 kungacha davom etadi va huqnadan keyin yengillik bilan ich keladi. Agar aganglionar zona uzun bo`lsa, ichak tutilish ko`rinishlari chaqaloqlarda juda chuqur o`tadi. Bu kasallikda chaqaloqning emizikli davrda ichi qotishi deyarli kuzatilmaydi yoki qiyinchiliksiz, konservativ dori-darmonlarni qo`llash bilan bu holat ma`lum muddatda sezilmaydi.



24-rasm. **Girshprung kasalligi lokalizatsiyasi (sxema)**

Chaqaloqqa qo`shimcha ovqat yoki sun`iy ovqat berilganda axlat quyuvlashib, ichakning kompensator holati kamayadi, bu esa ich qotish

alomatining kuchayishiga olib keladi. Katta yoshdagi bolalarda esa ich qotish alomati o'zgarib turib, u kunlik parvarishga, parhezga va konservativ davolash usullariga bog'liq bo'ladi. Ba'zi holatlarda ich qotish 3-7 kun davom etishi mumkin. Konservativ usullar hamma vaqt ham ichakning to'liq tuzalishiga yordam beravermaydi. Ko'pincha bu holat ichakda axlatning qattiqlashishiga va keyinchalik «axlat tosh»larning paydo bo'lishiga olib keladi. Ba'zan katta axlat toshlar qo'qqisdan bemorni tekshirilganda «qorin bo'shlig'i o'smasi» degan noto'g'ri tashxis qo'yishga sabab bo'ladi va natijada bu holat obturatsion ichak tutilishiga olib keladi.

Girshprung kasalligining asosiy ikkinchi klinik belgisi, bu meteorizm, ya'ni qorinning dam bo'lishidir. Bunda axlat va gazlarning surunkali to'xtab qolishi natijasida yo'g'on ichakning yuqori sohasi kattalashib bu tashqaridan, qorin konfiguratsiyasining kattalashishiga olib keladi. Bu holat boshqachasiga «qurbaqa qorin» deb ataladi, ya'ni kindik qoringa qo'shilib ketib, pastga qarab, osilib turadi. Kattalashgan yo'g'on ichakning qorin bo'shlig'ida u yoki bu tomonga surilishi qorin devorining asimmetrik ko'rinishiga olib keladi. Paypaslaganda shishgan joyda ichak ba'zan axlat bilan to'lgan bo'lsa qattiqroq (o'simtaga o'xshab), ba'zan xamirsimon, ya'ni barmoq bilan bosganda qorin devorida iz qolish kuzatiladi. Paypaslash jarayoni peristaltikaning ba'zan kuchayishiga olib keladi. Surunkali axlat to'xtashi hisobiga, yaxshi parvarish qilinmagan bemorlarda ikkinchi kamqonlik, disbakterioz kasalligi va kasalning o'sib-rivojlanishdan orqada qolish alomatlari kuzatiladi. Ba'zan o'ta kechiktirilgan holatlarda esa ko'krak qafasining deformatsiyalanishiga va bu bemorning surunkali bronxit va zotiljam kasalliklariga tez chalinishiga olib keladi. Ich qotish, kuchli intoksikatsiya va ich tutilishi bemorda qusish alomatini paydo qiladi. Bu asosan emizikli bolalarda ko'p kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalar ichak tutilganda yoki buralganda qayt qiladilar. Bunda qusish, qorin og'rig'i bilan bir vaqtda davom etib, ich tutilishi yoki yo'g'on ichakning yorilishi tufayli paydo bo'lgan peritonit natijasida yuzaga keladi.

Ko`pincha kasallikning surunkali davom etishi disbakterioz va ichak devorining yallig`lanishi, ichak shilliq pardasida yara paydo bo`lishiga, chaqaloq va kichik yoshdagi bolalarda ich ketishga (paradoksal) olib kelib, ko`pincha bemor o`limiga sabab bo`ladi.

So`ngi yillarda Girshprung kasalligi o`z klinik ko`rinishini o`zgartirib, yengilroq kechadigan bo`ldi. Ammo surunkali ich qotish holati, bu kasallikning hozir ham eng asosiy klinik belgisidir. Bu kasallik klinik holatining har xil kechishini *yengil, o`rta og`ir va og`ir yoki o`tkir, o`rtacha o`tkir va surunkali* turlarga bo`lingan.

Girshprung kasalligida simptomlarning tez o`zgaruvchanligi va turini emas, balki bu simptomlarning qay darajada og`ir-yengilligini darajalar bilan belgilaydilar (A. I. Lyonyushkin, 1987). Klinik belgilar uch guruhga bo`linadi.

1. **Erta paydo bo`ladigan belgilar:** ich qotish, qorinning dam bo`lishi va qorinning kattalashish alomatlari (25-rasm).

2. **Kech paydo bo`ladigan belgilar:** kamqonlik, o`sishdan orqada qolish, gipotrofiya, ko`krak qafasining deformatsiyasi, tosh-axlat paydo bo`lishi.

3. **Asorat belgisi:** qusish, qorin og`rig`i, paradoksal ich ketish.

Bu holatlar kasallarni operatsiyaga tayyorlashda katta ahamiyat kasb etadi. Klinik belgilarning kechishi (A. I. Lyonyushkin, 1987) uch darajaga bo`linadi, **kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya.**



25-rasm. Girshprung kasalligida bemor ko`rinishi.

1. **Kompensatsiya darajasi.** Kasallikning birinchi kunida chaqaloqlar sog`lom bolalardan farq qilmaydi. Ba`zan ich kelishning tutilishi, qorinning

dam bo`lishi, qusish bilan bemorning umumiy ahvoli o`zgarmaydi. Bu axlat yengil klizmadan keyin o`tadi va keyinchalik bu holat ancha sezilarli davom eta boshlaydi. Ich qotish belgisi qo`shimcha yoki sun'iy ovqatlantirishdan keyin ancha davom etib, og`irroq kechadi. O`ta yaxshi parvarish va o`z vaqtida qilingan huqnalar bunday hollarda ich kelishini mo`tadillashtiradi.

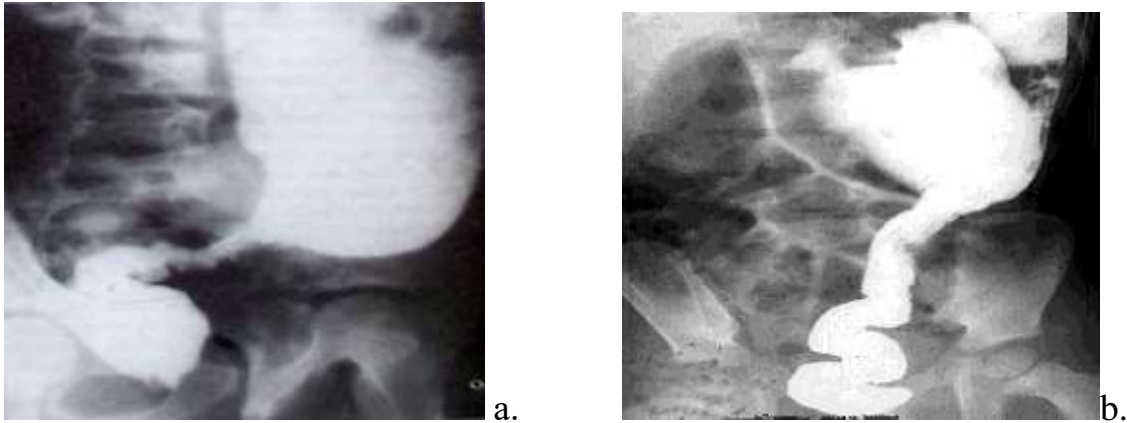
2. Subkompensatsiya darajasi. Bu kompensatsiya va dekompensatsiya stadiyalarining oraliq turi bo`lib, bunda klinik belgilar aniq ko`zga tashlanadi; kasallikning umumiy holati asta-sekin astoydil tusga kiradi va sifonli huqna qilishga to`g`ri keladi. Bundan tashqari, bu holatlarda ikkilamchi belgilar kasallikning qanday parvarishiga qarab u yoki bu tomonga siljib turishi mumkin.

3. Dekompensatsiya darajasi. Bunda klinik belgilar o`tkir va surunkali holatlarga bo`linadi, o`tkir dekompensatsiya holati chaqaloq tug`ilgandan keyin darhol ichak tutilishining *pastki formasi* tariqasida ko`rinadi: mekoniya asosan bo`lmaydi, gaz chiqmasdan qorin dam bo`ladi. Kuchli konservativ davolash, ya`ni sifonli huqna bu xurujni pasaytirib, subkompensatsiya holatiga olib kelishi mumkin.

Girshprung kasalligining klinik ko`rinishi ko`p jihatdan aganglionar zonaning uzunligiga bog`liq. Kompensator stadiyasi kasallikning - rektal turiga, subkompensatsiya va dekompensatsiya darajalari, rektosigmoid, subtotal va total turlariga to`g`ri keladi. Bunday proporsiya doim to`g`ri kelavermaydi. Bular asosan kasalga parvarish, parhez va ichaklarni tozalash bilan ma`lum ko`rinishda u yoki bu stadiya holatida namoyon bo`ladi.

Tashxisi. Tashxis asosan, anamnez, barmoq bilan to`g`ri ichakni tekshirish, rentgenologik, funktsional va gistokimyoviy tekshirishlar asosida qo`yiladi. Anamnezda asosan ich qotish vaqti qachondan boshlab paydo bo`lgani va h.k. to`g`risida so`raladi. Barmoq bilan to`g`ri ichakni tekshirishda bu kasallikka xos belgi: to`g`ri ichak ampulasining bo`sh bo`lishi, ichki sfinkter tonusining oshganligi aniqlanib, buning yuqoriligi qay darajada aganglionar zona uzunligi bilan bog`liq bo`ladi.

Rentgendiagnostikada bu kasallikka xos belgi irrigografiyada toraygan zona va uning ustki qismida (suprastenotik) ichakning voronkasimon kengayishidir. Bu holatning aniq ko`rinishi kasallikning anatomik va klinik turlariga ham ko`p jihatdan bog`liq bo`ladi (26- a;b rasmlar).



26-rasm. a-b. Irrigogramma. Toraygan-aganglionar soha va suprastenotik kengayish ko`rinishi.

Chaqaloqlarda bu klinik belgilar, aganglionar zonaning juda qisqa turlarida irrigografiya doim ham tashxis qo`yish uchun to`liq ma`lumot bermaydi. Shuning uchun bunday holatlarda funksional va gistokimyoviy tekshirishlar o`tkazish lozim. Funksional diagnostikaga quyidagilar kiradi:

1. To`g`ri ichak faoliyatini aniqlash uchun (tinch turganda va sfinkterni qisqartirgan vaqtda) profilometriya usuli.
2. Ichki va tashqi sfinkter elektromiografiyasini aniqlash.
3. Ichki va tashqi sfinkter apparatining motor funksiyasini aniqlash.
4. Orqa chiqaruv teshigi, to`g`ri ichak va yo`g`on ichak refleksometriyasini aniqlash. Bu tekshirishlar natijasida Girshprung kasalligida teskari rektoanal tormoz refleksi hisobiga, to`g`ri ichak bosimining oshishi, ichki sfinkter apparatining qisqarish qayta amplitudasi va to`g`ri ichak motorik harakatining aritmiyasi kuzatiladi.

Gistokimyoviy diagnostikada to`qimada antixolinesteraza (AXE) faolligi va suk-sinatdegidrogeneza soni oshganligi aniqlanadi. Buning uchun aganglionar zonaning bir necha joyidan biopsiyaga to`qima olinib tekshiriladi.

Girshprung kasalligida AXE faolligining 2-3 marta (parasimpatik nerv tolalar va ichakning shilliq parda mushaklarida) oshgani ko`riladi.

Differensial tashxis. Bu kasallikni mekoniy probkasi yoki ichak tutilishi, yo`g`on ichak yoki orqa chiqaruv teshigi stenozi, disbakterioz, megakolon va boshqa kasalliklar bilan qiyoslanadi.

Davosi. Girshprung kasalligi faqat operativ yo`l bilan davolanadi. Ammo bu masalani yechishda bir necha taktik muammolar hozirgi kungacha munozara bo`lib turibdi. Bular quyidagicha;

1. Tez va radikal operativ davolash.
2. Kolostoma qo`yib operatsiya qilish.
3. Konservativ davolash.

Konservativ davolash usullari. Ich yurishini yaxshilaydigan parhez taomlar, gimnastika, fizioterapiya, tozalovchi va sifonli huqnalar.

Operativ davolash usullari.

1. Palliativ operatsiya - kolostomiya.
2. Radikal operatsiyalar mohiyati: gemikolonektomiya, qorin-oraliq proktoplastikasi. Proktoplastika bajarilishiga qarab quyidagi operatsiyalar va ularning modifikatsiyalari bajariladi:

- *Svenson - Isakov, Dyamel - Bairov, Soave - Lyonyushkin va Rebayn* qorin-oraliq proktoplastik operatsiyalari.

Kolostoma Girshprung kasalligining quyidagi hollarida qo`yiladi:

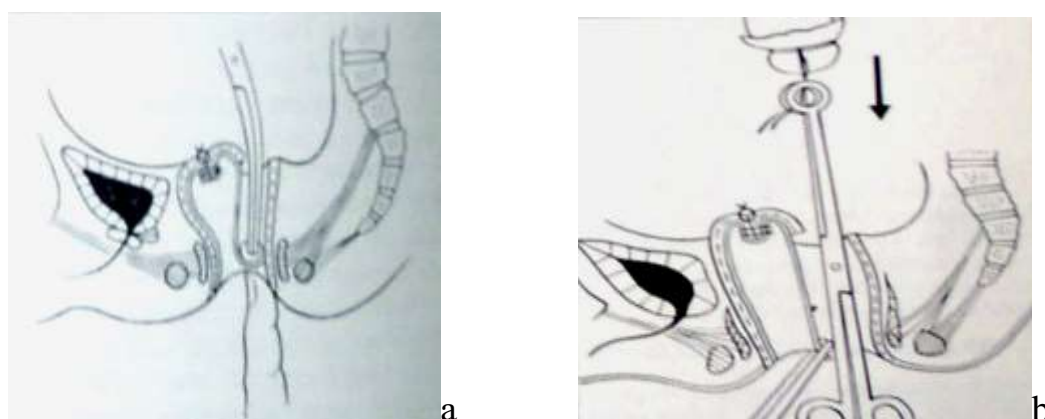
- 1) dekompensatsiya bosqichida (o`tkir ichak tutilishi) agar konservativ tadbirlar yordam bermasa;
- 2) sifonli huqna paytida shokka o`xshash reaksiya bo`lganda,
- 3) radikal operatsiyada, agar anastomozga ishonch bo`lmasa;
- 4) operatsiyadan keyin, agar anastomoz ochilib ketib, bemorning ahvoli og`irlashganda;
- 5) ko`p marta yo`g`on ichakda va oraliq sohasida radikal yoki plastik operatsiyalar qilinganda.

Svenson-Isakov operatsiyasi yoki qorin-oraliq rektosigmoid ektomiya. Bunda yo`g`on ichakning oxirgi qismi mobilizatsiya qilinib, ichakning aganglionar zona (toraygan) va kengaygan qismi rezeksiya qilinadi, ichakni pastga tushirib oraliq sohaga invaginatsiya qilinib, to`g`ri ichak (4-5 sm orqa chiqaruv teshigidan yuqorida rezeksiya qilingan) bilan anastomoz qilinadi (27-rasm).

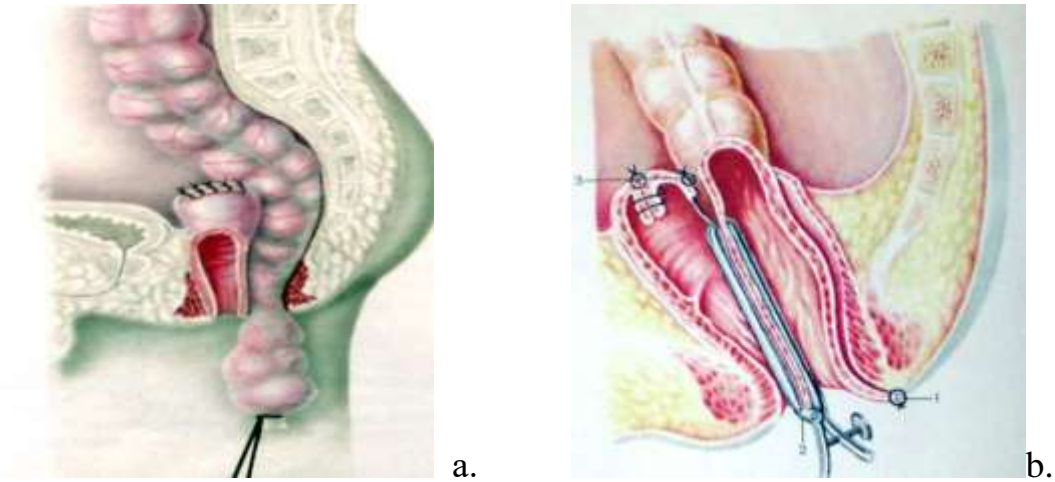


27-rasm. a-ichakni pastga tushirib oraliq sohaga invaginatsiya qilinib, b-to`g`ri ichak (4-5 sm orqa chiqaruv teshigidan yuqorida rezeksiya qilingan) bilan anastomoz qilinadi.

Dyuamel-Bairov operatsiyasi - retrorektal, transanal ichakning pastga tushirilishidir. Bunda ichakni mobilizatsiya qilgandan keyin, to`g`ri ichak qo`yib rezeksiya qilinadi va mobilizatsiya qilingan ichak to`g`ri ichakning orqasi va dumg`aza suyak orasidan tushirilib, orqa chiqaruv teshigidan chiqariladi (28-rasm, a,b). To`g`ri ichak va tushirilgan ichak devoriga tikuvsiz anastomoz hosil qiluvchi qisqich qo`yiladi. 10-15 kunda qisqich turgan joyi uzilib tushib, to`g`ri ichak ampulasi paydo bo`ladi (28-29 rasmlar).

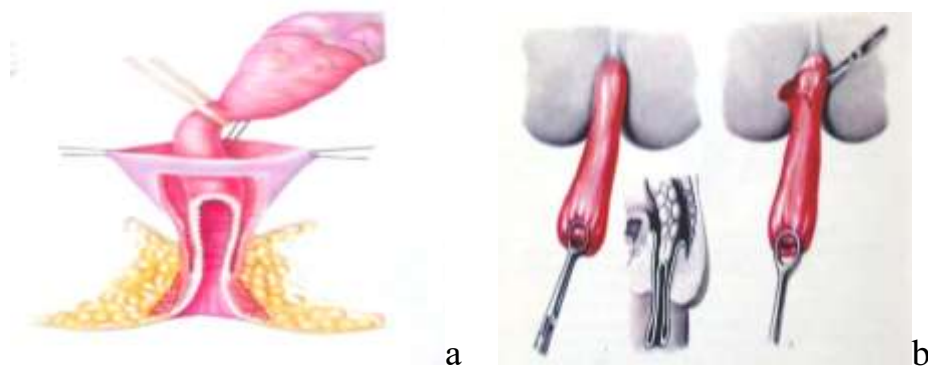


28-rasm. a, b - retrorektal, transanal ichakning pastga tushirilishi.



29-rasm. A-mobilizatsiya qilingan ichak to`g`ri ichakning orqasi va dum`aza suyak orasidan tushirilib, orqa chiqaruv teshigidan chiqariladi. B-to`g`ri ichak va tushirilgan ichak devoriga tikuvsiz anastomoz hosil qiluvchi qisqich qo`yiladi.

Soave - Lyonyushkin operatsiyasi. Yo`g`on ichakni endorektal anastomozsiz tushirish qorin-oraliq proktoplastikasi. Bunda yo`g`on ichakning oxirgi qismi mobilizatsiya qilinganidan keyin to`g`ri ichak sohasi demokuzatsiya qilinib oraliq sohaga to`g`rilanadi va 5-6 sm qoldirilib rezeksiya qilinadi (30-rasm a.b). Qolgan ichak 10-15 kundan keyin anastomoz qilinadi.



30-rasm. Yo`g`on ichakning oxirgi qismi mobilizatsiya qilinganidan keyin to`g`ri ichak sohasi demokuzatsiya qilinib oraliq sohaga to`g`rilanadi va 5-6 sm qoldirilib rezeksiya qilinadi

ANOREKTAL TUG'MA NUQSONLAR

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

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

I. Atreziyalar

A. Kloaka turi

1. Siydik qopiga tegishli
2. Diloqqa (qinga) tegishli

B. Atreziyaning oqmali turi.

1. O`g`il bolalarda: qovuq, uretra va oraliqqa ochilishi.
2. Qiz bolalarda: bachadon, qin, qin dahliziga ochilishi.
3. Qiz va o`g`il bolalarda: oraliq sohasiga (yorg`oq va tashqi jinsiy a`zolariga) ochilishi.

V. Atreziyaning oqmasiz turi.

1. Orqa chiqaruv teshigi va to`g`ri ichak atreziyasi.
2. To`g`ri ichak atreziyasi.
3. Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi.

II. Tug`ma torayishlar.

1. Orqa chiqaruv teshigi torayishi.
2. To`g`ri ichakning torayishi.
3. Orqa chiqaruv teshigi va to`g`ri ichakning torayishi.

III. Me'yoriy orqa chiqaruv teshigi bo`lgan holda tug`ma oqmalar.

1. Qiz bolalar jinsiy organlariga (qin, qin dahliziga)
2. O`g`il bolalarda siydik chiqaruv yo`llariga (qovuq va uretraga).

3. Qiz va o`g`il bolalarda oqmaning oraliq sohasiga ochilishi.

IV. Orqa chiqaruv teshigi ektopiyasi.

1. Oraliq sohasiga (o`g`il va qiz bolalarda).

2. Qinga yaqin joydagi ektopiya.

V. Oraliq sohasining tug`ma ayrilishi.

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

Atreziyalar. Atreziyalar butun anorektal nuqsonlarning 70-85 % ini tashkil qilib, klinik belgilari atreziyalarning turiga bog`liq.

Oqmasiz atreziya. Klinikasi va tashxisi. Chaqaloq tug`ilganidan keyin dastlab umumiy holati qoniqarli bo`ladi. Keyinchalik 10-12 soatdan keyin chaqaloq bezovtalanib, chinqira boshlaydi, uyqusi buziladi. Sutkaning oxirlariga borib ichak tutilishi belgilari yuzaga chiqa boshlaydi: qorin shisha boshlaydi, avval me`da, keyinchalik o`t suyuqligini qusadi, chaqaloq emmaydi. Chaqaloqqa agar yordam ko`rsatilmasa, eksikoz va toksikoz belgilari kuchaya borib, qusish jarayonida aspiratsion zotiljamga yoki ichak kattalashib yorilishi natijasida ikkilamchi peritonitga asoratlanib, u o`lishi mumkin.

Bemorga tashxis qo`yish uchun oraliq sohasini profilaktik ko`zdan kechirib tekshirish va mekoniy chiqishiga e`tibor berish kerak. Bunday holda atreziyalar birinchi ko`rishdan ko`zga tashlanadi. Keyinchalik uning turi, ya`ni orqa chiqaruv teshigi sohasidami, to`g`ri ichak sohasidami va uning chuqurligi, yuqori yoki pastligi (2-2,5 sm gacha) tekshirishlar natijasida aniqlanadi.

Orqa chiqaruv teshigi membranali atreziyasi. Bu atreziyalarning eng yengil turi bo`lib, bunda orqa chiqaruv teshigi sohasida xiraroq membrana borligi, uning sal deformatsiyalanganligi aniqlanadi. Bu membranali atreziya chaqaloq kuchanganda do`mpayib mekoniy xira ko`rinadi. Paypaslaganda teri ostida yumshoq konsistentsiyali mekoniy aniqlanadi.

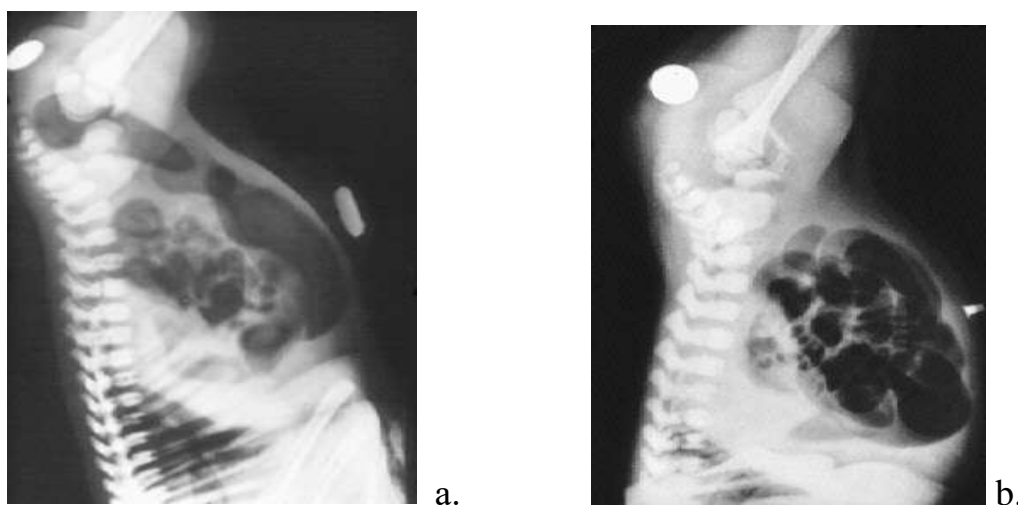
Davosi. Xirurgik yo`li bilan (qisqich) membrana ochiladi, orqa chiqaruv teshigi atreziyasi kengaytirilib anus hosil qilinadi. Anus atreziyasi bu ham past

atreziya turiga kirib, ko`rganda chandiqli joyi bo`lib, bir oz torayganroq bo`ladi.

Klinikasi. Chaqaloq bezovta bo`lganda, yig`laganda bo`rtmasada, paypaslab ko`rilganda yumshoq, kuchanganda mekoniya va ichak bosimi seziladi. Shunga qaramasdan Vangesten usuli bo`yicha anus sohasiga tanga qo`yib rentgen qilinib, oraliq masofa aniqlanadi (31-rasm).

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

To`g`ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atreziyasi. Bu yuqori forma atreziyalariga kirib, bunda oraliq sohasining yaxshi rivojlanmaganligi, kichik hajmdaligi va dum suyagining hattoki ba`zan dumg`aza suyagining ham o`smaganligi qayd qilinadi. Anus sohasida teri silliq bo`lib ko`rinadi. Vangensten usuli bo`yicha rentgen qilinganda aniq yuqori (2,5 sm) atreziyaning formasi aniqlanadi (31-rasm).



31-rasm. Vangensten usulida invertogramma. Anus sohasiga tanga qo`yib, rentgen qilinishi, atreziya turini aniqlanishi. a-“pastki”, b- “yuqori” atreziya.

Bundan tashqari aniq tashxis qo`yishda punksiya, Peller - Sitkovskiy sinamasi qo`llanadi. Bunda bo`sh shprits ninasi anus sohasiga suqilib, chamasi 2 sm chuqurlikda shprits orqali havo so`riladi. Bunda gaz yoki mekoniya bo`lishi bilan nina belgi qilinib tortib olinadi va atreziya uzunligi aniqlanadi. A. I. Lyonyushkin sinamasi bo`yicha shpritsga kontrast modda olinib, nina anus

sohasiga sanchiladi, gaz yoki mekoniy paydo bo'lganida kontrast modda yuboriladi va rentgen qilinib, ichak konturi va atreziya turi aniqlanadi.

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

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

Agar oqma qinga ochilgan bo'lsa (31-rasm), bunda doim mekoniy yoki axlat to'g'ri ichakdan chiqishi hisobiga, qinda va siydik yo'llarida yallig'lanish alomatlarini paydo qilishi korin bo'shlig'iga infeksiya tushib, yallig'lanish (peritonit) kabi og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Bunda tez axlat to'planishi va chaqaloqni uyda parvarish qilish imkoniyati yo'qligi sababli, axlatli intoksikatsiya tez rivojlanib, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Oqma teshigi ko'riladi va uning joyiga qarab (qizlik pardadan yuqorida qinga tegishli, qizlik pardadan pastda qin dahliziga tegishli oqma) tashxis qo'yiladi. Agar rektovestibulyar oqma bo'lsa, tashqi jinsiy organlarda o'zgarish bo'lmaydi. Aksariyat rektovaginal oqmada esa tashqi a'zolar deformatsiyalanib, infantilizm belgilari tariqasida ko'rinadi.

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

O'g'il bolalarda ichak oqmalarining tug'ma siydik chiqarish organlariga (siydik pufagi va siydik chiqarish kanali) ochilishi kam uchraydi, ularning asosiy klinik belgilari siyish vaqtida siydik bilan birga havo va axlatning chiqishidir. Agar oqma siydik pufagi bilan aloqador bo'lsa, siyish jarayonida siydik doim axlat bilan aralashgan holda chiqadi (ba'zan oxirida gaz chiqishi

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

Tashxisi. Bu xil patologiyalar kechimi ancha qiyinroq bo`lib, ko`pincha juda ingichka oqma yo`li ba`zi bir holatlarda (axlat tiqilganda yoki shilliqlar bilan to`lganda) klinik belgisiz kechishi mumkin. Shuning uchun bunday nuqsonlarni aniqlashda qo`shimcha tekshirish usullaridan foydalanish zarur. Chaqaloqlarni Vangensten - Kakovich usuli bilan rentgen qilganimizda gaz ichak va siydik pufagi sohalarida aniqlanadi (32-rasm). Uretraning oqmasi keng bo`lsa, kateterizatsiya qilganda kateter to`g`ri ichakka oqma orqali tushadi. Bundan tashqari, uretrotsistografiya usulini qo`llash tashxis qo`yishda katta o`rin tutadi.

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



32-rasm. Anus atreziyasi, rektouretral oqma. Sistouretrografiya.

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

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

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

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

Orqa chiqaruv teshigi va to`g`ri ichakning tug`ma torayishi. Tug`ma nuqsonlar ichida bu tug`ma torayish 10-15 % ni tashkil etadi. Bu orqa chiqaruv teshigi sohasida, to`g`ri ichak sohasida alohida bo`lib uchraydi. Torayishi membrana shaklida teridan yoki shilliq pardadan, ba`zan esa qattiq fibroz halqadan iborat bo`lib, bir necha mm dan 2-4 sm gacha boradi.

Klinikasi. Chaqaloq tug`ilgandan keyin tug`ma torayishi juda qisqa bo`lsa, dastlab aniqlash qiyin bo`ladi, chunki bunda kasallikning aniq belgilari yaqqol bo`lmaydi. Agar torayishi ma`lum bir masofada rivojlangan bo`lsa, birinchi kundan boshlab torayish hisobiga chaqaloq bezovtalanib, qiynalib lentasimon shaklda axlat chiqaradi (defekatsiya), chaqaloq ulg`ayib qo`shimcha ovqatlaniganidan keyin, bu ko`rinish yana avj olib, chaqaloqning ichi qotadi va chaqaloq qiynalib, defekatsiya sodir qiladi. Bu ko`rinish katta yoshdagi bolalarda juda rivojlangan bo`lib, ikkilamchi megakolon kabi ichaklar kengayishiga olib keladi. Kasallikning diagnostikasi uncha qiyin bo`lmaydi.

Nuqsonni tashxislash bemor ota-onasining shikoyati, anamnez, bemorni ko`rish va barmoq bilan orqa chiqaruv teshigini tekshirish natijalariga ko`ra qo`yiladi. Agar tor soha juda yuqorida bo`lsa, rektoromonoskop bilan ko`riladi.

Irrigografiya orqali torayish sohasining qancha chuqurlikda joylashganligini va uzunligini aniqlash mumkin.

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

Davosi. Dastlab buj bilan ichak kengaytiriladi. Agar 1-1,5 oyda bu tadbir foyda bermasa, operativ yo`l orqali kengaytiriladi. Operatsiyani tanlash, torayish joyiga va xususiyatiga bog`liq bo`ladi. Ichakning tor joyi yumshoq va keng bo`lmasa operativ yo`l bilan avvalo uzunasiga kesilib, keyin ko`ndalangiga tiqiladi. Ichakning tor qismi 2,5 sm gacha bo`lsa, aylanasiga kesilib, sfinkterlarga jarohat yetkazilmasdan oraliq proktoplastikasi qilinadi, maksimal, tor joy pastga tushirilib kesib tashlanadi va ichak devori teriga tikiladi. Agar tor zona anus va to`g`ri ichak sohasida bo`lsa kombinatsiyalangan proktoplastika bajariladi. Tor joy 3-4 sm chuqurlikda bo`lsa, Soave usuli bo`yicha qorin-oraliq proktoplastikasi qilinadi.

Qolgan anorektal oqma turlari va kasalliklari yuqorida ko`rib o`tilgan kasallik klinikasiga o`xshaganligi va aniqlash usuli turlari bir xil bo`lgani uchun biz qolgan kasalliklarga to`liq to`xtalib o`tmaslikni lozim deb topdik.

Qorin-oraliq proktoplastikasi operatsiyasidan keyingi stimullovchi davo; dietoterapiya; tos mushaklarini mustahkamlovchi-davolovchi huqna; disbakterioz biokorreksiyasi; metabolit terapiya; vitaminoterapiya; immunostimulyatsiya; periferik nerv oxirlari trofikasini stimullovchi sinusoid modulirlangan toklar; intrarektal dorsonval; impuls magnitoterapiya.

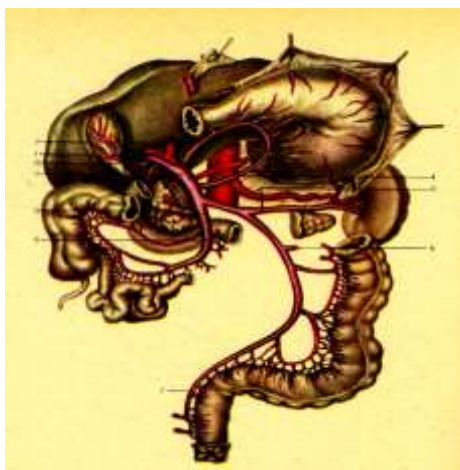
JIGAR, O`T YO`LLARI VA ME`DA OSTI BEZINI RIVOJLANISH NUQSONLARI

Portal gipertenziya sindromi: Zamonaviy tibbiyotning dolzarb masalalaridan biri portal gipertenziya sindromi hisoblanadi. Jahon sog`liqni saqlash tashkiloti ma`lumotlariga ko`ra, so`nggi yillarda dunyo mamlakatlarida portal gipertenziya bilan asoratlangan jigar sirrozi sonining tobora oshib borayotganligi qayd qilinmoqda.

Portal gipertenziyaning xatarli asoratlari qatoriga qizilo`ngachdan profuz qon oqishi, astit (istisqo) va o`tkir jigar yetishmovchiligi kiradi. Qizilo`ngachdan qon oqishda o`lim 80-90 % ga, kasallik dekompensatsiyasida esa 100 % ga yetadi. Shunday qilib, portal gipertenziya muammosini o`rganishning dolzarbligi shak-shubhasizdir. Bu masalalarni faqat jarrohlargina emas, balki boshqa har qanday ixtisoslikdagi mutaxassislar ham bilishi shart.

«Portal gipertenziya» termini klinik amaliyotga XX asrning 50-yillarida ingliz jarrohi Mak Indoe tomonidan kiritilgan. Portal gipertenziya sindromi zamonaviy nuqtai nazardan butun organizmning - qopqa (darvoza) qon aylanish havzasi (1-rasm), yurak qon-tomir sistemasi, nafas organlari, jigar, buyraklar va boshqa organlar kasalligidir.

U portal sistemada turli kasalliklar sababli qon oqimi qiyinlashganda paydo bo`ladigan klinik o`zgarishlar yig`indisi (portal bosim ortishi, splenomegaliya bilan gipersplenizm, qizilo`ngach va me`da venalarining varikoz kengayib ulardan qon oqishi, qorinning old devori va gemorroidal venalarning kengayib ketishi, shuningdek istisqo) bilan ta`riflanadi. Bu sindrom bolalarda tug`ma va orttirilgan jigar kasalliklari asorati sifatida uchraydi (M. M. Aliev, 1990).



1-rasm. v. Porta hosil qiladigan qon tomirlari.

Portal gipertenziyaning taklif etilgan ko`p sonli tasniflari orasida M. D. Patsiora (1984) tasnifi amaliyotda keng qo`llanadi.

Portal gipertenziya tasnifi.

1. Portal qon aylanishining jigar usti blokadasini

- Yurakdan bo`ladigan jigar sirrozi;
- Kiari kasalligi (jigar venalari trombozi);

Baddi - Kiari sindromi, pastki kovak venaning jigar venalari sathidagi trombozi, uning jigar venalaridan yuqoridagi stenozi yoki obliteratsiyasi, o`smalardan, chandiqlardan bosilishi.

2. Portal qon aylanishining jigar ichidagi blokadasini:

- turli formadagi jigar sirrozlari (portal, postgepatit, biliar, aralash);
- jigar o`smalari (tomir, parazitar, bezsimon);
- jigar fibrozi (portal, chandiqli, shikastlar va mahalliy yallig`lanish jarayonlaridan keyin).

3. Portal qon aylanishining jigar osti blokadasini:

- darvoza vena yoki tarmoqlarining tug`ma stenozi yoxud atreziyasi;
- darvoza vena yoki tarmoqlarining flebosklerozi, obliteratsiyasi, trombozi;
- darvoza vena yoki tarmoqlarining chandiqlar, o`smalar, infiltratlardan bosilishi.

4. Portal qon aylanishi blokadasining aralash turi:

- jigar sirrozi darvoza vena trombozi bilan birga (birlamchi jigar sirrozi, darvoza vena trombozi asorati);
- darvoza vena trombozi jigar sirrozi bilan (darvoza vena trombozi asorati sifatidagi portal sirroz).

Portal gipertenziyaning jigar ichi turi. 70-80 % hollarda portal gipertenziya jigar sirrozi (yoki jigar fibrozi) zaminida jigar ichi blokadasiga bog`liq bo`ladi.

Ko`pchilik mualliflar Gavana (1956) tasnifi asos qilib olingan quyidagi tasnifni afzal deb bilishadi.

Morfologik o`zgarishlarga ko`ra:

A. Portal (septal).

B. Postgepatit.

B. Biliar; jigardan tashqaridagi obstruktsiya bilan va obstruktsiyasiz.

G. Aralash.

Kechishi bo`yicha; faol, nofaol faza.

A. Avj olib boradigan (faol, nofaol).

B. Barqaror.

B. Regressiyali.

Kasallik bosqichlari bo`yicha:

A. Boshlang`ich.

B. Shakllanib bo`lgan sirroz;

B. Atrofik (o`tib ketgan) sirroz.

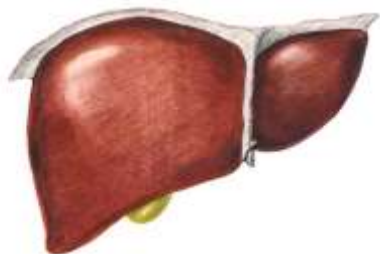
Jigar funksional holati bo`yicha:

A. Yengil (kompensatsiya).

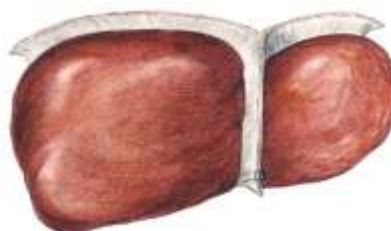
B. O`rtacha og`ir (subkompensatsiya).

B. Og`ir darajali (dekompensatsiya).

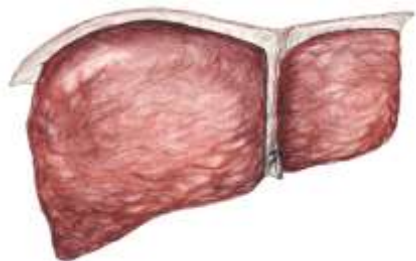
Portal gipertenziyada jigar ko`rinishi:



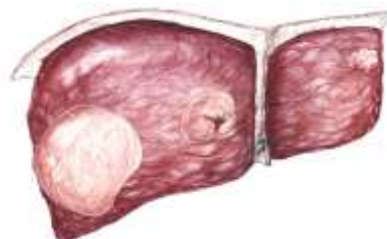
2-rasm. Sog`lom jigar ko`rinishi.



3-rasm. Fibrozga uchragan jigar ko`rinishi.



4-rasm. Sirrozga uchragan jigar ko`rinishi.



5-rasm. Jigar o`smasi ko`rinishi.

Portal gipertenziyaning jigardan tashqari turi. Polietiologik kasallik, uning asosida portal sistema rivojlanishining tug`ma nuqsonlari, trombozi yoki flebosklerozi, tomirlarning boshidan-oxirigacha turli sathlardan

o`tkazuvchanligining buzilishi yotadi. Yosh bolalarda uchraydigan portal gipertenziya sabablaridan 80 % ini rivojlanishdagi tug`ma nuqsonlar tashkil etadi.

To`siqdan pastda joylashgan tomirlarda qon bosimining ortib borishi, jigar ichidagi tomirlarda esa normal bosim bo`lishi jigar osti portal gipertenziasiga xosdir. Bunday hollarda, kasallikning boshlang`ich davridayoq kollateral tomirlar keng rivoj topib, asosan me`da va qizilo`ngach tomirlari orqali portokaval shuntlanish kuzatiladi. Shu bilan bir vaqtda porto-portal shuntlar ham ochilib, jigarni qisman bo`lsada portal qon bilan ta`minlab turadi. Shuntlar kengaygan sari kavernoza konglomeratlar hosil bo`ladi va holat darvoza venasining «angiomatoz transformatsiyasi» deb ataladi. Bu turdagi bemorlarning 85 % qizilo`ngach varikoz venalaridan katta qon yo`qotishi mumkin.

Klinikasi. Portal gipertenziyaning klinik manzarasi turli-tuman va ko`p jihatdan birlamchi kasallik hamda jigardagi jarayonga qo`shilgan blokadaga bog`liq. Bolalarda aksariyat jigardan tashqari portal gipertenziya kuzatiladi. Surunkali faol gepatitning klinik ko`rinishida ko`proq nevrologik va dispeptik o`zgarishlar ko`zga tashlanadi. Bunga sekin-asta darmonsizlik, tez holsizlanish, injiqlik, uyquning buzilishi va meteorizm qo`shiladi. Surunkali gepatit sirrozga o`ta borgach teri quruqligi, mayda tomirlardan hosil bo`lgan «yulduzcha»lar, kaftning qizarishi, barmoqlarining «nog`ora tayoqchasi» kabi o`zgarishi kabi belgilar paydo bo`ladi. Jigar sirrozning doimiy simptomlaridan biri gepatosplenomegaliya bo`lib, bu holat deyarli 90-95 % bemorlarda kuzatiladi. Jigar chetlari dumaloqlashib, qattiqlashadi va yuzasida g`adir-budir bo`rtmachalar paypaslanadi. Keyinchalik qorin devori teri osti tomirlari kengayib, astit va shishlar paydo bo`ladi. Jigar osti portal gipertenziasiga bo`lgan hollarda faqat 2-3 yoshgacha bo`lgan bolalardagina gepatomegaliya kuzatilishi mumkin. Astit sirrozdagiga nisbatan kam uchraydi, odatda ko`p qon yo`qotishdan keyin paydo bo`lishi mumkin. Anemiya va gipoproteinemiya yo`qotilishi bilan astit ham so`rilib ketadi.

Tashxisi. Portal gipertenziyalı bemorlarda o`tkaziladigan tashxislash tadbirlari 3 bosqichga bo`linadi:

I bosqich - umumiy klinik tekshirishlar bosqichi, kasallik anamnezini yig`ish, bemorni ko`zdan kechirish, jigar va taloq o`lchamlarini palpator hamda perkutor aniqlash, qorin aylanasi tekshirish.

II bosqich - ixtisoslashgan, statsionar bosqich, laboratoriya tahlili (leykopeniya, kamqonlik, trombositopeniya aniqlanadi), biokimyoviy tekshiruvlar (gipodisproteinemiya, giperbilirubinemiya, fermentlar faolligining oshishi va b.), EKG, radioizotop skanirlash, jigar, taloq, qopqa vena exografiyasi, qizilo`ngach, me`da rentgenografiyasi va gastrofibroskopiya, jigar punksiya biopsiyasi, rektoromanoskopiya, laparoskopiya, splenoportografiya, splenomonometriya bilan kompyuter tomografiyasi va h.k.

III bosqich – tekshirishning operatsiya ichi bosqichi; qorin bo`shlig`i organlarini taftish qilish, jigarni paypaslash, shoshilinch biopsiya qilish, portografiya va portomonometriya o`tkazish.

Portal gipertenziya tashxisini qo`yishda jigardagi qon tomirlarning exografiyada kamligi, qopqa vena diametri, taloq o`lchamlarining kattalashgani, ezofagogastrofibroskopiya qizilo`ngach va me`daning kardial qismida venalar varikoz kengayishi borligi, ezofagit belgilari aniqlanishi, splenomonometriyada portal bosimining 1,86 dan 3,72 kPa qadar baland bo`lishi, splenoportografiyada «butalgan daraxt» hamda portal venaning bukilib qolganligini aniqlash katta ahamiyat kasb etadi.

Bolalarda portal gipertenziyada jigar funksiyasi faoliyatini baholashda **A.F.Blyuger** (1978) usulidan foydalaniladi va 3 bosqichi farqlanadi:

Kompensatsiya - zo`riqtiruvchi sinamalardan keyin o`zgarishlar aniqlanishi;

Subkompensatsiya - holsizlik, dispepsiya, oriqlash, yengil sariqlik, shish, gipovitaminoz, endokrin o`zgarishlar.

- Umumiy bilirubin 85.5 mkmol/l.
- ALT va AST 200 shartli birlikkacha (ed...).

- Timol sinamasi 40 shartli birlikkacha (ed...).
- Albuminlar 40 % gacha kamaygan.
- Sulema sinamasi 50 % gacha kamaygan.

Dekompensatsiya - holdan qolish, dispepsiya, oriqlab ketish, intensiv sariqligi, shishlar, astit, gemorragik diatezlar, subfebril harorat.

- Umumiy bilirubin - 85.5 mkmol/l *dan ko`p*;
- ALT va AST 200 (ed.) *shartli birlikdan ko`p*;
- Timol sinamasi - 40 (ed.) *shartli birlikdan ko`p*;
- Albuminlar 40 % *dan kamaygan*;
- Sulema sinamasi 50 % *dan kamaygan*;
- Qon ivish faktorlari (II+V+VII) 200 % *dan kam*;

Davosi. Surunkali hepatit va jigar sirrozining farmakoterapiyasi yetarlicha yaxshi ishlab chiqilgan bo`lib, tegishli qo`llanmalarda batafsil yoritilgan. Bunday bemorlarni jarrohlik yo`li bilan davolash esa hanuzgacha murakkab va dolzarb hisoblanadi.

M. D. Patsiora (1984) portal gipertenziyada qo`llanadigan barcha jarrohlik muolajalarini 5 guruhga bo`ladi:

1. Astit suyuqligini qorin bo`shlig`idan chiqarishga qaratilgan operatsiyalar (son teri osti venasi bilan anastomoz, peritoneovenoz shunt va b).
2. Portal sistemadan suyuqlik oqib ketadigan yangi yo`l yaratishga qaratilgan operatsiyalar (omentopeksiya, omento-gepatodiafragmapeksiya, Talm operatsiyasi, portokaval anastomozlar).
3. Portal sistemaga qon oqib kelishini kamaytirishga qaratilgan operatsiyalar (splenektomiya, taloq stvoli arteriyalarini bog`lash, arteriyalarni rentgenoendovaskulyar usulda okklyuziya qilish).
4. Me`da va qizilo`ngach venalarining portal sistema venalari bilan aloqasini to`xtatishga qaratilgan operatsiyalar (me`daning proksimal bo`limi va qizilo`ngachning uchdan bir pastki qismi rezeksiyasi, Tanner operatsiyasi, me`da va qizilo`ngach venalarini bog`lash va b).

5. Jigar regeneratsiyasini va jigar ichidagi arterial qon aylanishini kuchaytirishga qaratilgan operatsiyalar (jigarni qisman rezeksiya qilish, jigar yuzasini elektroditermokoagulyatsiya qilish, jigar arteriyasi nevrotonomiyasi, arterioportal anastomozlar (9-rasm). So`nggi paytlarda olib borilayotgan izlanishlar portal gipertenziya hollarida splenektomiya muolajasini asossiz ekanligini ko`rsatmoqda. Bu borada taloqni saqlab qoluvchi xirurgik muolajalar (taloqni qisman rezeksiya qilish, taloq arteriyasini bog`lash yoki endovaskulyar okklyuziya qilish, qon tomir anastomozlarini qo`yishda taloqni saqlab qolish - yonbosh splenorenal anastomoz) katta ahamiyatga ega. Ayniqsa taloqni saqlagan holda distal splenorenal anastomoz qo`yish, portal bosimni kamaytirib, jigarning arterial qon bilan ta`minlanishini yaxshilaydi. Shuning uchun ham Olmoniya va Ispaniya xirurglari bu muolajani - sirrozning oldini olish maqsadida surunkali gepatitlarda ham qo`llashni tavsiya etishadi. Sirroz rivojlangan bemorlarda to`g`ridan-to`g`ri portokaval va mezenterikokaval anastomoz qo`llash, deportalizatsiyaning kuchayishiga va bu o`z navbatida jigar yetishmovchiligining rivojlanishi hamda ensefalopatiyaga olib borishi mumkinligini yodda tutish lozim.

Jigar osti blokadasini davolashda splenorenal va kavamezenterial anastomozlar qo`yish yagona va radikal usul hisoblanadi (10-rasm, a,b). So`nggi yillarda, ichki bo`yinturuq venadan olingan autotransplantant yordamida «N»simon mezenterikokaval anastomoz qo`yish bolalarda yaxshi natija bermoqda. Qon tomir anastomozlar qo`yish mumkin bo`lmagan hollarda (kichik diametr, fleboskleroz - flebit va b) portal sistemani gastroezofageal tarmoqning «qonaydigan» nozik joylaridan turli sathda ajratish operatsiyalarini amalga oshirish lozim.

Portal gipertenziyaning xatarli asoratlari

- Qizilo`ngachdan profuz qon oqishi.
- Astit (istisqo).
- O`tkir jigar yetishmovchiligi kiradi.

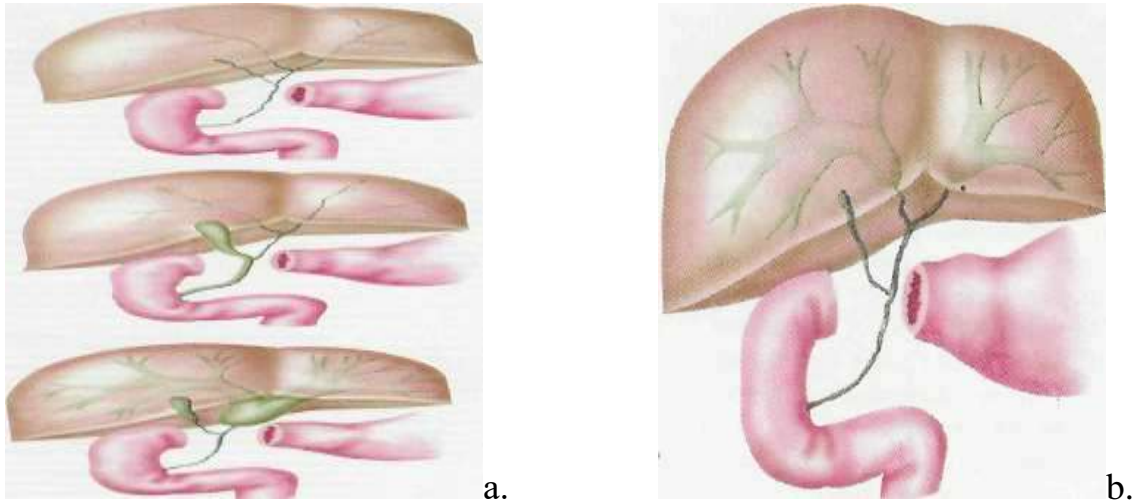
- Qizilo`ngachdan qon oqishda o`lim 80-90 % ga,
- Kasallik dekompensatsiyasida esa 100 % ga etadi.

FIBROXOLANGIOKISTOZ - O`t yo`llari to`qimalarining reparativ jarayoni buzilishi natijasida o`t yo`llarining fibroz to`qimalar bilan qoplanishi, kistoz hosilalar hosil bo`lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik irsiy, autosom-retsessiv bo`lib, avloddan avlodga o`tadi. O`t yo`llaridagi o`zgarishlar shilliq va yopishqoq o`t suyuqligi hosil bo`lishi, o`t yo`llari obstruksiyasi, xolangiopatiyaga, jigar fibroziga, jigar ichi portal gipertenziyasiga olib keladi. Kasallikning erta davrida sariqlik sindromi ustuvor bo`lib, keyinchalik jigar ichi portal gipertenziya klinik belgilarini namoyon qiladi. Davosi; erta davrda simptomatik, keyinchalik esa portal gipertenziyani davolashdagi taktika qo`llaniladi.

BILIAR (O`T YO`LLARI) ATREZIYALARI - chaqaloqlarda sariqlik sindromi bilan namoyon bo`ladigan o`t yo`llarining obstruksiyasidir. Etiologiyasi to`liq aniqlanmagan bo`lsada, lekin o`t yo`llarining turlicha uzunlikdagi obstruksiya bo`lishi ta`kidlanadi. O`t yo`llari atreziyalarini kelib chiqishiga har xil genezli virusli gepatitlar muhim o`rin tutib, o`t yo`llarini shakllanishiga ta`sir qiladi. Haqiqiy atreziya - ya`ni o`t yo`llari shakllanishi tug`ma buzilishi juda kam uchraydi. Chaqaloqlarda mexanik sariqlik bilan kechadigan ko`pgina kasalliklarni “chaqaloqlar xolangiopatiyasi” deyishadi. Ushbu kasalliklar patogenezida homila rivojlanish davrida, onasining qornida yallig`lanish jarayoni kechganligi bilan izohlashadi. Yallig`lanish ko`pincha virus etiologiyali bo`ladi. Gepatositlar ta`sirlanishi – yallig`lanishi, o`t yo`llari endoteliysi homila rivojlanishi davrida ta`sirlanishi o`t yo`llarining keyinchalik gipoplaziyasiga, stenoziga yoki to`liq bekilishiga olib keladi. O`t yo`llari to`liq bekilishi yoki qisman bekilishi kuzatiladi. O`t yo`llarining jigar ichida, jigardan tashqarida yoki total atreziyasi farqlanadi (11-a;b rasmlar).

Klinika. Chaqaloq hayotining 3-4 kundan paydo bo`luvchi va progressiv ravishda o`sovchi sariqlik sindromi bilan namoyon bo`ladi. Sariqlik intensiv

davo choralariga qaramasdan kuchayib, yashil-qo`ng`ir tusga kira boshlaydi. Axlati tug`ilganidan rangsiz, siydigi to`q “pivo” rangli. 4-5 haftalikka borib qorni va jigari kattalashadi, so`ngra taloq kattalashishi kuzatiladi. 5-6 oylarda borib qorin old devori teri osti venalari kengayishi kuzatiladi. Astit paydo bo`ladi, gemorragik holatlar yuzaga keladi, biliar sirroz rivojlanib, bemorlar 1 yoshga yetmasidan vafot etadilar.



11-rasm. O`t yo`llarining total (a-yuqoridagi), jigar ichida (a-o`rtadagi), jigardan tashqarida (a-pastdagi), b) atreziyalari.

Qiyosiy tashxis - asosan chaqaloqlarda sariqlik sindromi bilan namoyon bo`ladigan kasallik va sindromlar bilan qilinadi. Davomli fiziologik sariqlik sindromi, gemolitik sariqlik, sitomegalovirusli infeksiyada jigar jarohatlanishi, toksoplazmoz, tug`ma sifilis, noma`lum sababli tug`ma gepatit bilan, o`t yo`llarining shilliqli va o`tli tiqinlar bilan bekilib qolishi hollaridan farqlash talab etiladi. Davomli fiziologik sariqlik sindromida chaqaloqlarda axlat rangi intensiv ravishda quyuq sariq holda bo`lib, siydik to`q – sariq rangli bo`ladi. Qonda bilirubin konsentratsiyasi biroz ko`tarilgan, asosan erkin - bog`lanmagan fraksiya hisobidan, o`t yo`llari atreziyasida esa qonda bog`langan - to`g`ri fraksiyasi ko`p bo`ladi. Undan tashqari, davomli fiziologik sariqlik sindromida sariqlik asta-sekinlik bilan kamayib boradi, o`t yo`llari atreziyasida esa sariqlik intensiv o`sib boradi.

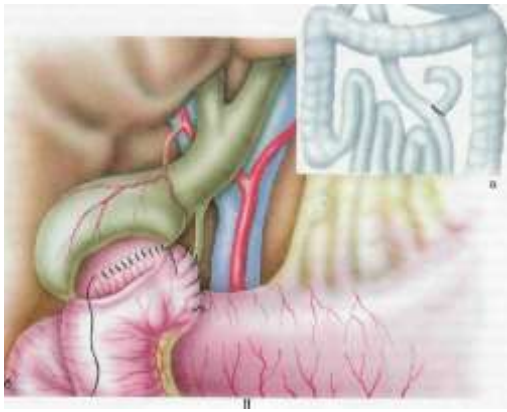
Gemolitik sariqlikda xuddi fiziologik sariqlikda kuzatilganidek qonda bilirubin konsentratsiyasi biroz ko'tarilgan, asosan erkin-bog'lanmagan fraksiya hisobidan bo'lib, rezus konflikt yoki *AVO* tizimli konflikt borligi aniqlanadi. Ba'zida intensiv sariqlik namoyon bo'lib, qon almashlab quyilmaganda yadroli sariqlik yuzaga kelishi mumkin.

Sitomegalovirusli infeksiyada jigar jarohatlanishi, toksoplazmoz, tug'ma sifilis, noma'lum sababli tug'ma gepatit bilan qiyosiy tashxislashda serologik tekshirishlar muhim o'rin tutadi. O't yo'llarining shillikli va o'tli tiqinlar bilan bekilib qolishi hollaridan o't yo'llarining atreziyasini farqlash qiyinchilik tug'diradi, chunki ushbu holatlarning klinik belgilari deyarli bir bo'lib, o't yo'llari atreziyasidagidek qonda bilirubin bog'langan-to'g'ri fraksiyasi ko'p bo'ladi. Qiyosiy tashxislash uchun magniy sulfatning 25 % eritmasidan 5ml dan 3 mahal ichish yoki 12 barmoqli ichakka tushirilgan zond orqali 2-3 kun yuborish tavsiya etiladi. O't yo'llarining magniy sulfat eritmasi ta'sirida qisqarishi o't yoki shillikli tiqinlarni chiqishiga va bemorning ahvoli yaxshilanishiga olib keladi.

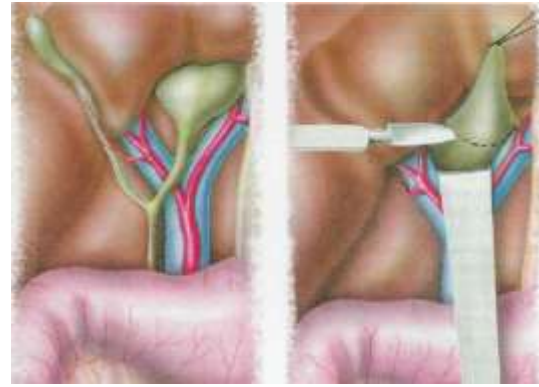
O't yo'llari atreziyalarining operatsiyadan oldin shaklini aniqlash juda murakkab bo'lib, UTT, rentgenologik va laporoskopik tekshirish, biopsiya o'tkazishni talab etadi.

Davolash. O't yo'llari atreziyalarini davolash faqat operatsiya yo'li bilan bo'lib, operativ davoni chaqaloq 1,5-2 oylik bo'lguncha bajarish kerak. Tashqi o't yo'llari atreziyalarining umumiy o't yoki jigar yo'llaridagi atreziyalarida Ru usulida gepatiko, yoki xoledoxoyeyunoanastomoz bajariladi (12-a;b rasmlar). O't yo'llarining to'liq gipoplaziyasi yoki atreziyasida darvoza soha fibroz plastinkasi shilinib, Kasai usulida portoenterostomiya qo'yiladi (13-rasm).

Prognoz. Kasallikni o'zi va davosi juda jiddiy hisoblanib, gepatit va sirrozni davom etishi bemor hayotiga doimo xavf solib turadi. Oshqozon osti bezi tug'ma kasalliklari, halqasimon bez, kistofibroz.

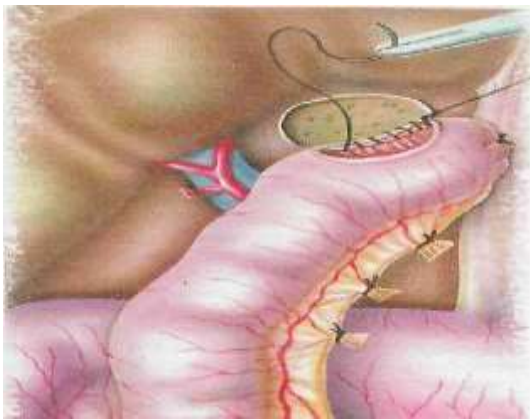


a.



b.

12-rasm. Tashqi o`t yo`llari atreziyalarida o`t qopi yoki jigar yo`llaridagi atreziyalarida Ru usulida xoletsisto-,(a), gepatiko-, yoki xoledoxoyeyunoanastomoz (b).



a.



b.

13-rasm a; b. O`t yo`larining to`liq gipoplaziyasi yoki atreziyasida darvoza soha fibroz plastinkasi shilinib, Kasai usulida portoenterostomiya qo`yish.

O`t yo`llari tug`ma kistalari – joylashuviga qarab jigardan tashqarida, jigar ichida va aralash bo`lishi mumkin (10-11 rasm). O`t yo`llarining tug`ma kistalari birlamchi va ikkilamchi bo`lishi mumkin. Birlamchi kistalar o`t yo`llarining devori yupqalashuvi yoki mushak qavatining bo`lmasligi va uning o`rnini biriktiruvchi to`qima egallashi bilan xarakterlanadi.

OSHQOZON OSTI BEZI TUG`MA KASALLIKLARI - xalqasimon pancreas, kistofibroz - “halqasimon” (*annular pancreas*) oshqozon osti bezi oshqozon-ichak trakti anomaliyalarining 3 % ini tashkil etadi. Ushbu rivojlanish nuqsoni embrional rivojlanishning 4-6 haftalarida ushbu a`zoning ventral va dorzal qismlarining yaxshi birikmay qolishi natijasida yuzaga

keladi. “Halqasimon” (*annular pancreas*) oshqozon osti bezining bir necha anatomik turini farqlash mumkin. Ularning asosiy mohiyati – o`n ikki barmoqli ichak pastga o`rmalovchi qismini o`rab, uning o`tkazuvchanligini butunlay yoki qisman buzadi.

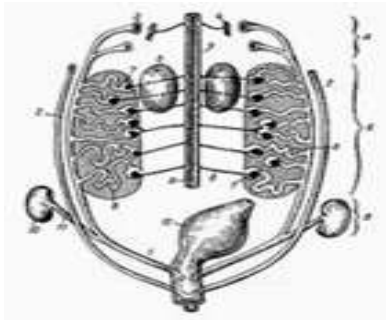
Klinik jihatdan ushbu holat tug`ma duodenal (*yuqori ichak tutilishi klinikasiga qaralsin*) ichak tutilishi klinik belgilarini namayon etishi bilan, yoki katta yoshdagi bolalalarda qisman, surunkali ichak tutilishi, duodenostaz belgilarini namoyon qilish bilan kechadi. Yuqori ichak tutilishi chaqaloq hayotining birinchi kunlaridan namayon bo`lsa, surunkali duodenal ichak tutilishini gumon qilish murakkab, qisman retsidivlanuvchi ichak tutilish belgilari namoyon bo`lganda, endoskopik tekshirish yo`li bilan asoslash mumkin, bunda duodenum toraygan qismi borligi, unda qizarish belgilari bo`lishi kuzatiladi.

Davolash -operativ duodenoyeyuno-, duodenogastro-, duodenoduodeno-anastamoz qo`yish, siquvchi halqani kengaytirish operatsiyalari tavsiya etiladi. Oshqozon osti bezi kistofibrozi *pancreas* tug`ma kasalliklaridan biri hisoblanadi, bunda shilliq ishlovchi chiqaruv yo`llari tug`ma berk bo`lishi yoki kistoz kengayib ketishi natijasida *pancreas* sekretor faoliyati to`liq yoki qisman buziladi. Natijada oshqozon-ichak traktiga oshqozon osti bezi shirasi to`liq yetkazib berilmaydi. Chaqaloqlarda ushbu holat mekoniy hosil bo`lishiga ta`sir qiladi mekoniyning yonbosh ichak terminal qismiga tiqilib qolishi kuzatiladi va tug`ma pastki (obturatsion) ichak tutilishi klinikasi yuzaga keladi, adabiyotlarda “mekoneal ileus” nomi bilan berilgan.

BUYRAK VA SIYDIK YO`LLARI TUG`MA NUQSONLARI.

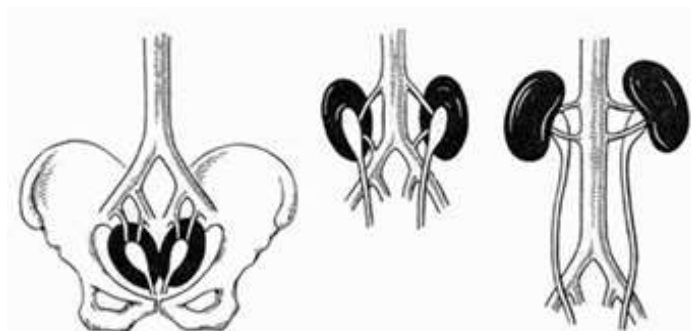
Embriologiya. Embrional rivojlanish davrida buyraklar uch bosqichli rivojlanish jarayonini o`taydi; pronefroz (A), mezonefroz (B) (birlamchi buyrak) va metanefroz (doimiy buyrak -V) (1-rasm).

Buyraklar rivojlanishi bir-bir tomon intiluvchi-birikuvchi ikkita embrional to`qima do`mboqlaridan hosil bo`ladi. Buyraklarning ekskretor qismi – siydik yo`llari, kosachalar, jomcha, yig`uvchi to`g`ri kanalcha-kalavachalar mezonefroz irmog`idan (Volfov irmog`i) hosil bo`ladi. Buyraklarning sekretor qismi–kalavachalar, egri-bugri kalavachalar metanefrogen-doimiy buyrak to`qimalaridan hosil bo`ladi.



1-rasm. Ayiruv tizimi embriogenezi (sxema).

Doimiy-so`nggi buyraklar juft a`zo hisoblanib, promontorium joylashgan bo`lib, keyingi rivojlanish jarayonida chanoq sohasidan kranial yo`nalishda o`rmalab, ko`krak-bel sohasini egallaydi, sekretor va ekskretor qismlarining birlashuvi kuzatilib, “piramidasimon” tuzilish kasb etadi. Embrional rivojlanishning buzilishi natijasida turli shakldagi rivojlanish aplaziya,



2-rasm. Ayiruv tizimi embriogenezi. Buyraklar yuqoriga chiqishi (sxema).

ageneziya, distopiya, birlashuv anomaliyalari kuzatiladi. Embrional rivojlanishning 4-haftasida nefrogen do`mboqning pastki qismi dag`allashib, 2-3 dumg`aza sohasida metanefroz hosil bo`ladi. 5-haftalarga kelib mezonefral irmoqning kloaka bilan birlashgan joyida birlamchi siydik yo`llari rivojlana boshlaydi. Ushbu hosilalar kranial yo`nalishda metanefroz tomonga harakatlanib, umurtqa pog`onasining XII-ko`krak va IV bel sohasiga yetib boradi va buyrak usti bezlari bilan birlashadi (2-rasm). Buyraklarning kranial yo`nalishdagi migratsiya vaqtida u yonbosh, dumg`aza va aorta tomirlardan qon bilan ta'minlanadi, buyraklar aylanishi rotatsiyalanadi va buyrak darvozasi medial yo`nalish kasb etadi.

Yuqori siydik chiqarish yo`llarining tug`ma nuqsonlari - bolalarda uchraydigan tug`ma nuqsonlar orasida nisbatan ko`p uchraydi. Statistika ma'lumotlariga qaraganda kasallik umumiy anomaliyalar orasida 37,0 % ni tashkil qiladi (N. A. Lopatkin, A. V. Lyulko, 1988). Ularning kelib chiqishida siydik chiqarish yo`llari sistemasi embriogenezing haddan tashqari murakkabligi asosiy rol o`ynaydi. Ma'lumki, buyrak rivojlanish vaqtida ontofilogenetik nuqtai nazardan uch davrdan o`tadi; pronefroz-boshlang`ich bosqich, ya'ni buyrak paydo bo`lishidan oldingi davr; mezonefroz- birlamchi buyrak davri; metanefroz-shakllanish davri. Turli ekzo va endogen salbiy omillar ta'sirida o`z me'yorida kechishi mumkin bo`lgan embriogenez buzilishi tufayli siydik chiqarish yo`llari tizimida tug`ma nuqsonlar kuzatilishi mumkin.

Buyrak soni patologiyasi. *Buyrak aplaziya (ageneziya)si* (3-rasm). Odatda hech kandy klinik belgilar namoyon bo`lmaydi. Ko`pincha ikkinchi buyrak patologiyasi bilan tekshirish paytida yoki qandaydir boshqa kasallik natijasida tasviriy rentgen bajarilganida aniqlanadi. Aniq tashxis qo`yish uchun esa xromosistokopiya, ekskretor urografiya, retroplevromperitoneum hamda ultratovush tekshirishlari o`tkaziladi. Odatda buyrak aplaziyasida kontrlatral buyrak gipertrofiyasi kuzatiladi. Mana shu gipertrofiyali buyrak o`z

funktsiyasini me'yorida bajarayotgan bo'lsa, buyrak yetishmovchiligi kuzatilmaydi. Agar u biron-bir kasallikka duchor bo'lsa, tegishli simptomlar tezda namoyon bo'ladi. Bunda oligoanuriya o'ziga xos belgilardan biri bo'lib hisoblanadi. Shuni hisobga olib, ikkinchi buyrak bor yoki yo'qligini bilmasdan turib, hech qachon nefrektomiya qilish mumkin emas.

Ikki tomonlama buyrak aplaziyasi juda kamdan-kam uchraydigan hol bo'lib, odatda bola chala yoki o'lik tug'iladi, yoki bir necha kun yashaydi. Shuning uchun bu xildagi patologiyaning klinik jihatdan ahamiyati unchalik katta emas.



3-rasm. Buyrak angiografiyasi. Chap buyrak sohasida qon tomirlar aniqlanmaydi. Chap buyrak ageneziyasi.

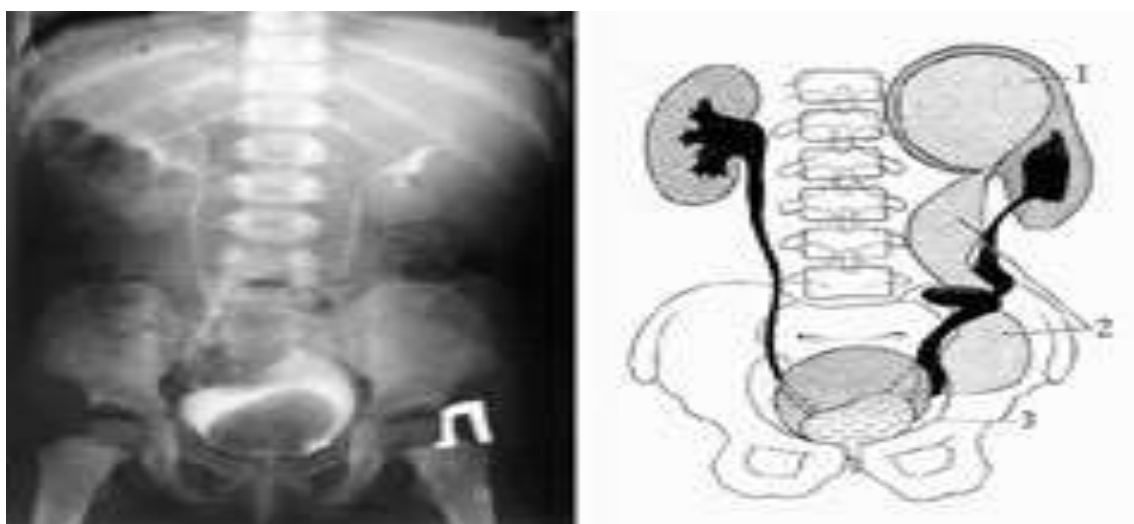
Buyrakning ikkilanishi. Eng ko'p uchraydigan patologik holatdir. Bir va ikki tomonlama ikkilanish farq qilinadi. Buyrak ikkilanishida ikkala segment bitta fibroz kapsulaga ega bo'lib, buyrakda ikkita jom mavjud bo'ladi. Deyarli yuqori segment gipoplaziv holatda bo'lib, unda bitta kosacha, ayrim hollarda esa ikkita kosacha bo'lishi mumkin. Uning kosachasi kaltagina siydik nayi orqali yoki pastki buyrak jomiga, yoki uning siydik nayiga tutashish hollari kuzatiladi. Yuqori segmentning siydik nayi pastki segment siydik nayiga tutashsa, buyrakning qisman ikkilanishi deyiladi. Agar segmentlarning siydik naylari qovuqqa ayrim-ayrim mustaqil ochilsa, to'liq buyrak ikkilanishi (4-5 rasmlar) deb yuritiladi. Ayrim hollarda pastki segment gipoplaziya holatida bo'lishi mumkin.

Umuman, gipoplaziv rivojlangan buyrak morfofunktsional jihatdan nuqsonli bo`lganligidan urodinamik o`zgarishlar ro`y berib, surunkali yallig`lanishga sabab bo`ladi. Bu ikkilangan buyrakka xos sifatlardir.

Klinikasi va tashxisi. Ikkilangan buyrakka xos bo`lgan klinik simptomlar ilk bosqichlarda ro`y-rost namoyon bo`lavermaydi. Maktab yoshidagi bolalar hech sababsiz tana haroratining ko`tarilishi (subfebril), keyinchalik esa bel sohasida sim-sim og`riq bo`layotganidan shikoyat qilishlari mumkin. Ayrim hollarda esa ularni biqin sohasida sanchiqli og`riq ham bezovta qilib turadi.



4-rasm. Buyraklar ikkilanishi, ekskretor urografiya, sxema.



5-rasm. Buyrak to`liq ikkilanishi, ureterotsele. Ekskretor urografiya, sxema.

Ikkilangan buyrakning gipoplaziv segmentida surunkali piyelonefritga uchragan hollarda uning o`tkirlashuvida dizuriya, leykotsituriya, ba`zan mikro

yoki makrogematuriya kuzatiladi. Proteinuriya bo`lishi ham ehtimoldan xoli emas. Kasallikka tashxis qo`shish uchun ekskretor va infuzion urografiya qo`llanadi.

Davosi. Hech qanaqa klinik belgilar bo`lmaganda hech qanday muolaja talab qilinmaydi. Agar ikkilangan qismining birida gidronefroz, piyelonefrit, buyrak-tosh kasalligi qo`shilgan bo`lsa, shu kasalliklarga xos davo o`tkaziladi. Agar ikkilangan buyrakni olib tashlash talab qilinadigan patologiya bo`lsa, geminefroektomiya-patologik jarayonga uchragan ikkilangan buyrakdan biri olib tashlanadi, agar ikkalasi ham kuchli zararlangan bo`lsa, u paytda nefroektomiya bajariladi.

Qo`shimcha uchinchi buyrak. Juda kam uchraydi. Qo`shimcha buyrak ayrim qon tomiridan oziqlanadi, uning o`ziga tegishli siydik nayi ham bor. U buyrakning pastida joylashgan bo`lib, gohida chanoq sohasiga ham tushishi mumkin. Uning o`lchamlari har xil, ko`pincha kichik bo`ladi. Ba`zan uning siydik nayi qovuqqa emas, balki a`zolarga ham ochiladi. Qo`shimcha buyrak ekskretor urografiya va buyrak angiografiyasi yordamida diagnostika qilinadi.

Davosi. Agar qandaydir bir kasallikka duchor bo`lgan bo`lsa, tegishli muolajalar qo`llanadi. Gidronefroz, litiaz, piyelonefrit, o`sma bo`lgan hollarda nefrektomiya bajariladi.

Buyrak o`lchami patologiyasi. Buyrak gipoplaziyasi. Bu buyrak o`lchamining kichikligidir. U me`yoriy gistologik tuzilishga ega, funksiyasining buzilish belgilari xam yo`q. Ko`pincha bir tomonlama bo`ladi. Tashxis asosan ekskretor urografiya aniqqlanadi (6-rasm).



6-rasm. Chap buyrak gipoplaziyasi

Rentgenda uning o'lchamlari, jomi kichik bo'lib, uchburchak yoki ampula shaklida bo'ladi. Bir tomonlama gipoplaziya faqat asoratlari bo'lgan taqdirdagina davolanadi. Agar ikkinchi buyrak yaxshi ishlayotgan bo'lsa, gipoplaziyaga uchragan buyrak olib tashlanadi.

Buyrak joylashuvi patologiyasi. Qayerda joylashganligiga ko'ra buyrakning ko'krak distopiyasi, bel distopiyasi, yonbosh distopiyasi, tos distopiyasi va almashma distopiyalar tafovut etiladi (7-8-9 rasmlar). Bu patologiyaning asosiy sababi, birlamchi buyrak rivojlanishida uning chanoq sohasidan bel tomon siljish jarayonining buzilishidir.

Ko'krak distopiyasi kam uchraydi, odatda, to'satdan aniqlanadi. Ko'krak qafasi rentgen yoki flyuorografiya qilinganida diafragma ustida soya borligi qayd qilinadi. Bu holda o'sma yoki exinokokkoz tashxisi qo'yiladi. Biroq, ekskretor uroografiya bajarilganida haqiqiy hol aniqlanadi. Ba'zan bu xastalik diafragma relaksatsiyasi bilan birgalikda uchraydi. Ko'krak distopiyasida siydik nayi odatdagidan uzun bo'lib, qon tomirlari xam shox tomirning yuqorisidan boshlanadi. Yonbosh distopiyasida buyrak yonbosh chuqurchasida joylashadi (7-rasm). Bu holda buyrakning nerv chigallari va qo'shni a'zolariga ta'siridan qorinda og'riq bo'lishi mumkin. Qorin paypaslanganda yonbosh sohasida o'smasimon hosila borligi aniqlanadi. Bu og'riq bemor harakat qilganda yoki yuk ko'targanida uni ko'proq bezovta qiladi. Tashxis asosan ekskretor uroografiya yordamida qo'yiladi. Bel distopiyasida buyrak odatdagi topografik holatdan pastroqda joylashgan bo'lib, ko'pincha nefroptoz yoki buyrak o'smasi bilan chalkashtiriladi. Bunda bel sohasida og'riq paydo bo'ladi. Chanoq distopiyasida buyrak chanoq chuqurligida joylashadi (8-rasm). O'g'il bolalarda to'g'ri ichak bilan qovuq orasida, qizlarda esa bachadon bilan to'g'ri ichak orasida joylashadi. Qo'shni a'zolariga bosilishidan og'riq va shu a'zolar funksiyasining buzilishi bilan klinik

manzarasini namoyon qiladi. Anus teshigidan barmoq bilan tekshirilganda to`g`ri ichak old devori tomonda qattiq muhitli o`smasimon hosilani paypaslash mumkin. Ekskretor urografiya, ayrim hollarda retrograd piyelografiya ham qo`llanadi.

Kesishma distopiya juda kam uchraydi. Bu (9-rasm) bir buyrakning o`rta chiziqdan qarama-qarshi tomonga o`tib, ikkala buyrakning ham bir tomonda bo`lib qolishidir. Ko`pincha ikkala buyrakning bir-biri bilan birlashib qolishi ko`rinishida bo`ladi.



7-rasm. **Yonbosh distopiyasi.**



8-rasm. **Chanoq distopiyasi.**

Xastalik ekskretor urografiya yordamida aniklanadi Shuni ta`kidlash lozimki, distopiyaga uchragan buyrakda piyelonefrit va gidronefroz ko`proq, aniqlanadi. Bu paytda shu kasalliklarga oid belgilar paydo bo`ladi. Buyrak distopiyasini buyrak o`smasi va nefroptozidan farqlashga to`g`ri keladi. Ekskretor yoki retrograd urogrammada (10-rasm) nefroptozda siydik yo`lining egri-bugriligi, nisbatan uzunligi qayd etiladi. Nefroptozda buyrak hatto qovurg`a ostigacha siljiydi, distopiyada esa bu holat kuzatilmaydi.

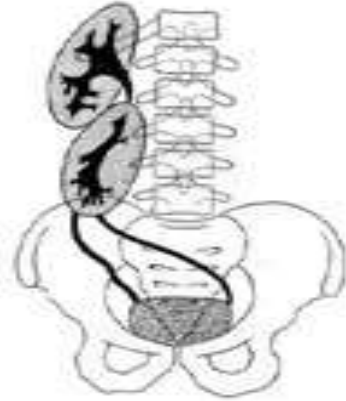
Nefroptozdan farqli o`laroq, buyrak angiografiyasida buyrak qon tomirlari kalta bo`ladi. Buyrak distopiyasi qanchalik past joylashgan bo`lsa, uning rotatsiya darajasi ham shunchalik kuchli bo`ladi.

Davosi. Distopiyaga uchragan buyrakni davolashga hojat yo`q. Muolaja asosan asoratlarga qaratilgan bo`lib, ko`pincha konservativ usul qo`llanadi. Nefrolitiaz, gidronefroz, o`sma va boshqa asoratlar rivojlangan bo`lsa, tegishli

ravishda operatsiya bajariladi. Buyrak morfostrukturasi va uning joylashuvi o`ziga xos bo`lganligini operatsiya paytida, albatta inobatga olish lozim.



9-rasm.

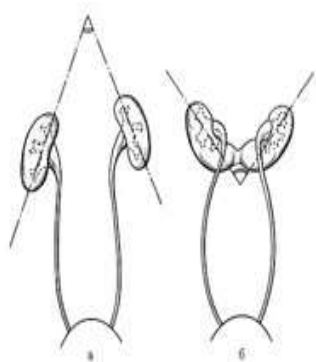


10-rasm

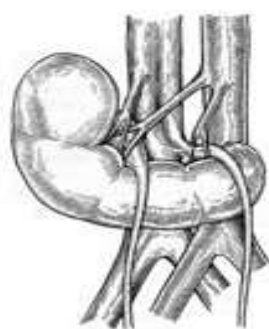
Buyraklarning bir-biriga nisbatan joylashuvi. Cho`michsimon buyrak. Juda ham kam uchraydi. Bunda buyraklar medial yuzalari bo`ylab bir-biri bilan birlashib, promontorium yoki tos sohasida joylashadi (11-rasm). S-simon yoki L-simon buyraklarda bir buyrakning yuqori pallasi ikkinchi buyrakning pastki pallasi bilan birlashadi (12-13 rasmlar). Birinchi shakldagi buyrakda bir buyrakning jom-siydik yo`li segmenti medial, ikkinchi shakldagisida esa bu segment lateral tomonga qaragan bo`ladi. Agar buyrakning faqat pastki yoki yuqori pallalari bir-biri bilan birikib qolgan bo`lsa, bunga taqasimon buyrak deyiladi va uning amaliy ahamiyati ancha katta. Taqasimon buyrakning ko`pdan-ko`p tomirlari bo`lgani uchun u kamharakat va odatda shoxtomir hamda pastki kovak vena oldida yotadi. Uning asosiy klinik belgisi qorin sohasida og`riq bo`lishidir. Bu og`riq bola orqaga qattiq enkayganida ayniqsa kuchayadi va bu **Rovzing simptomi** deyiladi. Qorinni paypaslab ko`rganda umurtqa pog`onasining ikkala tomonida qattiq muhitga ega o`smasimon hosila borligini payqash mumkin. Ba`zan taqasimon buyrakning birlashgan qismi bo`yin pastki kovak venani bosib qo`yganligidan unda gipertenziya holatlari paydo bo`lib, oyoqlar shishi, hatto astit ham paydo bo`lishi ehtimoldan xoli emas. Taqasimon buyrak ko`pincha gidronefrozga uchraydi, piyelonefrit

rivojlanishi, tosh paydo bo`lishi, ba`zan nefrogen gipertoniya ga sabab bo`lishi mumkin. Tashxisni aniqlashda ekskretor urografiya va radioizotop usullar qo`l keladi. Tomirlar arxitektonikasini o`rganish uchun buyrak angiografiyasini bajarish lozim.

Davosi. Agar bemorni kuchli og`riq bezovta qilsa, operatsiya qilinadi. Bunda istmotomiya (bo`yin sohasini kesib, buyraklarni ajratish) qo`llanadi. Agar gidronefroz rivojlangan yoki tosh paydo bo`lgan bo`lsa, tegishli operatsiya muolajalari ham bajariladi.



11-rasm. "TaqaSimon"



12-rasm. "L-simon"



13-rasm. "Z-simon"

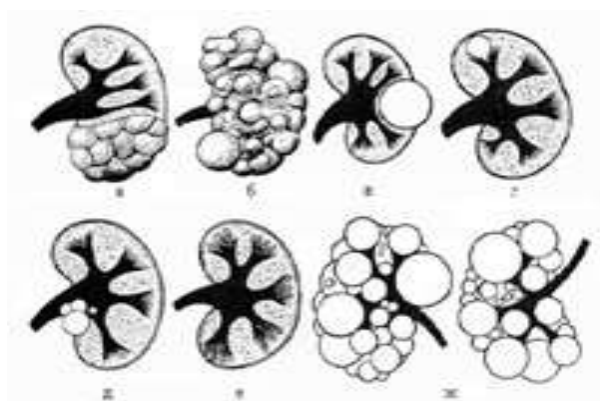
Buyrak strukturalari patologiyasi. Buyrak displaziyasi. Ikki xil farq qilinadi; rudimentar buyrak, pakana buyrak. Rudimentar buyrakda buyrak embrion davrining ilk bosqichlarida o`z rivojini to`xtatadi. Bunda buyrak o`rnida 1-3 sm yoki undan ham kichik o`lchamli sklerotik to`qima borligi aniqlanadi. Gistologik tekshirishda esa kalavacha qoldiqlari va oz miqdorda siydik naychalari aniqlanadi. Pakana buyrakda esa uning o`lchamlari (2-3 sm gacha) kichik bo`lib, parenximasida kalavachalar soni ancha qisqargan, biroq oraliq to`qima ancha yaxshi rivojlangan. Pakana buyrak ko`pincha nefrogen gipertoniya bilan asoratlanadi.

Multikistoz buyrak. Juda kam uchraydi. Ko`pincha bir tomonlama bo`lib, buyrak to`qimasi o`rniga har xil kistalar (pufaklar) kuzatilib, siydik nayi obliteratsiyalangan yoki uning distal qismi umuman bo`lmaydi (14-rasm).

Buyrak strukturalari anomaliyalari asosan aortografiya yordamida aniqlanadi. Bunda buyrak tomirlari yoki nefrogramma bo`lmaydi. Multikistoz bir

tomonlama bo`lsa, nefroektomiya o`tkaziladi, ikki tomonlama bo`lsa, bola tug`ilishining dastlabki kunlaridayoq nobud bo`ladi.

Buyrakning kistoz kasalliklari - buyrakning tug`ma kasalliklari orasida eng og`iri hisoblanadi. Chunki u ikki tomonlama uchrashi mumkin. **Buyrak polekistozi** 95 foiz shikastlanishda ham uning shilliq qavatidan kapillyar qon ketishi kuzatiladi. Bazi hollarda ikki tomonlama bo`lib, ko`pincha naslga oid kasallik hisoblanadi (14-rasm). Bunda buyrak parenximasining o`rnini har xil kattalikdagi pufakchalar egallaydi. Buyrakning tashqi ko`rinishi xuddi uzum shingiliga o`xshash bo`ladi. Ba`zan buyrak kattalashgan, ayrim bemorlarda esa uning hajmi o`zgarmagan, hatto kichiklashgan bo`lishi ham mumkin. Polekistozlar uch guruhga bo`linadi; glomerulyar, tubulyar va ekskretor. Glomerulyar polekistozda pufaklar buyrak naychalarini tizimi bilan tutashmaydi.



Shuning uchun pufaklar xamma vaqt bir o`lchamda qolaveradi. Bunda buyrak faoliyati tezda buziladi va o`lim ro`y beradi.

14- rasm. **Buyrak kistoz anomaliyalari.** (sxema).

Tubulyar polekistozda pufaklar qil naychalar bilan, ekskretor polekistozda esa yig`uvchi naychalar bilan tutashgan bo`ladi. Shuning uchun ularning o`lchamlari vaqt o`tishi bilan tobora kattalashaveradi. Ilk bor kichik pufakchalar buyrakning mag`iz va po`stloq qavatlarida joylashadi, ular orasida esa o`zgarmagan buyrak parenximasini yotadi. Demak, dastlab buyrak hajmi o`z me`yorida bo`ladi. Bolalar yoshi kattalashgan sari pufakchalar ham kattalashaveradi va bundan buyrak parenximasini qisiladi, deformatsiyalanadi. Ikkilamchi kasalliklar buyrak polekistozi asorati sifatida tez-tez uchraydi.

Klinikasi. Asosan pufaklarning buyrak parenximasiga ko`rsatayotgan ta'sir darajasiga bog`liq. Kichik yoshdagi bolalarda kasallik og`ir o`tadi. Polekistoz piyelonefrit bilan asoratlansa, uremiya va anuriya yuzaga kelishi mumkin.

I. bosqich-kompensatsiya davrida buyrak sohasida sim-sim og`riq bo`lib, kuchsizlanish, holsizlanish kuzatiladi. Buyrak funksiyasi tekshirilganida faqat ba'zi bir funksional o`zgarishlar aniqlanadi.

II. bosqich-subkompensatsiya davrida esa buyrak sohasidagi og`riq davom etaveradi, bemorning og`zi qurib, chanqaydi, tez charchaydi, boshi og`rib ko`ngli ayniydi. Odatda bu belgilar buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi va arteriya bosimining oshishiga bog`liq.

III. bosqich-dekompensatsiya davrida ko`ngil aynishi doimiy bo`lib, bemor tez-tez qusadi. Bosh og`rig`i, chanqash, umumiy holsizlik kuchayadi. Buyrakning filtratsiya va konsentratsiya xususiyatlari ancha pasaygan bo`lib, qonda mochevina va kreatinin miqdori oshadi. Agar piyelonefrit qo`shilsa, unga xos belgilar yuzaga keladi.

Tashxisi. Ko`pincha buyrakning kattalashgani aniqlanadi. Ekskretor urogrammada buyrak kattalashgan, buyrak jomi va kosachalari tortilib, shakli doirasimon, o`roqsimon ravishda uzaygan bo`ladi, bu pufakchalar ularni bosib qo`yganligining belgilaridir. Odatda buyrak jomi buyrak ichida joylashgan bo`ladi. Buyrak polekistozi odatda Vilms o`smasi bilan farqlanadi. Polekistoz odatda ikki tomonlama uchrasa, Vilms o`smasi bir tomonlama bo`ladi. Ekskretor urografiya esa buyrak o`zining topografik joyini o`zgartiradi, hamda uning kosachalarining o`roqsimon, aylanasimon o`zgarishlari bo`lmaydi.

Davosi. Buyrak polekistozi konservativ usulda davolanadi. Eng avvalo polekistoz oqibatida kelib chiqishi mumkin bo`lgan asoratlarning paydo bo`lmaslik chorasini ko`rish zarur. Ayrim hollarda operatsiya qilishga ham to`g`ri keladi. Bunda pufaklar punksiya qilinib, suyuqlik olib tashlanadi, ba'zan esa bu operatsiya omentorevaskulyarizatsiya (buyrakni ildizidan ajratilmagan charvi bilan o`rash) bilan birgalikda bajariladi.

Buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda esa oqibat yaxshi emas. Bu hollarda gemodializ qilinadi. Donor buyragini ham ko`chirib o`tkazsa bo`ladi.

Multilakunar pufak. Buyrak multilakunar pufagi bir tomonlama bo`lib, o`lchamlari ancha katta va ko`p kameralidir. Pufak odatda buyrak jomi bilan tutashmaydi, kamerali pufaklar ham bir-biri bilan tutashmaydi. Pufaklar buyrakning bir qismida uchrab, odatda buyrakning qolgan qismlari zararlanmagan bo`ladi, shu sababli normal funksional holatda bo`ladi.

Klinikasi. Uzoq vaqt klinik belgisiz o`tishi mumkin. Ba`zan dispanser tekshiruvi vaqtlarida yoki turli sabablar tufayli qorin sohasi paypaslanganda to`satdan aniqlanadi. Bu o`simta yumshoq muhitga ega bo`lib, paypaslagan mahalda og`riqsiz bo`ladi. Ekskretor urografiya esa buyrakning hajmi kattalashgan, kosachalari o`z joyidan ichkari tomonga siljigan. Laboratoriya tekshirishlari o`zgarishsiz bo`lishi mumkin. Bu xastalikni Vilms o`smasidan ajratish ancha qiyin. Shu tufayli ko`pgina holatlarda to`g`ri tashxis operatsiya paytida qo`yiladi. Kompyuter tomografiya va ultratovush tashxisni aniqlashga yordam beradi.

Davosi. Multilakunar pufak olib tashlanadi.

BUYRAK JOMI VA SIYDIK YO`LLARI NORASOLIKLARI

Jomning buyrakdan nobop - buralib yoki yuqoridan chiqishi, piyelouretal segmentda turli klapanlarning bo`lishi, teshigi-stenozi, tug`ma embrional tortmoqlar bilan bosilib qolishi buyrak jomida uchraydigan nuqsonlardir. Bunda buyrak jomi va kosachalari kengayadi, buyrak parenximasi ikkilamchi atrofiyaga uchraydi. Bu tug`ma gidronefroz deb ataladi. Siydik yo`llarining tug`ma ikkilanishi, veziko-ureteral reflyuks, siydik yo`li teshigi ektopiyasi, ureterotsele-bular siydik yo`llari anomaliyalaridir.

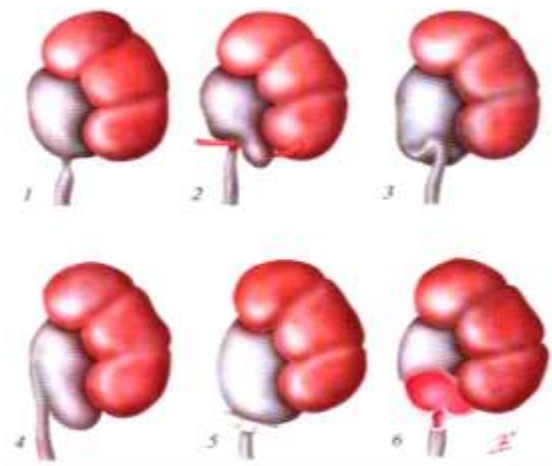
GIDRONEFROZ - Piyelouretal segmentda tug`ma to`siq bo`lishidan urodinamika buzilib, buyrak jomi va kosachalari progressiv kengayishi va buyrak funksiyasining susayib borishi bilan kechadigan tug`ma kasallikdir.

Agar kasallik vaqtida davolanmasa, buyrak parenximasining ikkilamchi atrofiyaga uchrashi muqarrar. Gidronefroz bolalar orasida ko`p tarqalgan. U yangi tug`ilgan chaqaloqlarda ham, katta yoshdagi bolalarda ham uchraydi. Uning bu sifati piyelouretal segmentdagi to`siqning rivojlanish darajasiga bog`liq bo`ladi.

Gidronefrozning asosiy sabablari quyidagilardan iborat (*15-rasmda ketma-ket berilgan*);

- 1) piyelouretal segmentda stenoz bo`lishi;
- 2) piyelouretal segmentning aberrant tomir bilan tashqaridan bosilishi;
- 3) siydik yo`lining buyrak jomining yuqori qismida buralib qolishi;
- 4) siydik yo`lining buyrak jomining yuqori qismidan boshlanishi, buralib qolishi;
- 5) piyelouretal segmentning embrional tortmoq bilan tashqaridan bosilib qolishi;
- 6) piyelouretal segmentda klapan bo`lishi;

Odatda, siydik yo`li buyrak jomining yuqori qismida boshlangan patologiyasini ekskretor urografiya yordamida aniqlasa bo`ladi. Boshqa turdagilarni esa operatsiya paytida bilish mumkin. V. S. Karpenko tomonidan tavsiya qilingan (1980) gidronefrozning tasnifiga asoslanib, uning klinik kechishi 4 bosqichga bo`linadi.



15-rasm. Tug`ma gidronefroz sabablari (sxema).

1. Boshlanish bosqichi. Buyrak jomi va kosachalarida giperkineziya holati kuzatilib, uning faoliyati hali buzilmagan bo`ladi. Buyrak sohasida sim-sim og`riq bo`lib, gohi-gohida u kuchayishi mumkin. Ekskretor urografiya kontrast modda buyrakda 3-5 daqiqada paydo bo`ladi. Kosachalar uch qanotli bargga o`xshaydi, jom kattalashgan. Buyrak kalavachalarida filtratsiya funksiyasi hamda buyrakdan qon o`tish jarayoni biroz sustlashgan. Biroq, shuni ta`kidlash lozimki, bolaning yoshi qancha kichik bo`lsa, buyrak jomining buyrak ichida joylashgan hollari ham shunchalik ko`p uchraydi. Demak, kattalardan farqli o`laroq, bolalarda gidronefroznining birinchi bosqichida buyrak jomi emas, balki uning kosachalari kengayadi. Uch yoshgacha bo`lgan bolalar qayerida og`riq bo`layotganini ayta olmaydilar. Ko`pincha esa buyrak ichidagi bosim muntazam ravishda oshib turganligi uchun, buyrak shu holatga adaptatsiyalanadi, ya`ni moslashadi. Bunda og`riq, bo`lmaydi. Shuning uchun yosh bolalarda og`riq belgisi katta ahamiyatga ega emas.

2. Rivojlangan bosqich. Jom va kosachalar segmentida giperkineziya kuzatiladi va buyrak sohasida vaqti-vaqti bilan og`riq kuchayadi. Buyrakning chayqatish belgisi chaqirilishi mumkin. Ekskretor urografiya kontrast modda buyrakda 25-30 daqiqalarda paydo bo`ladi. Kosachalar kattalashgan, bir-biri bilan qo`shilgan. Ularning bargga o`xshashligi umuman yo`qolgan. Buyrak jomi ham kattalashgan. Buyrak kalavachalarida filtratsiya jarayoni $32,01 \pm 1,2$ ml dan pasaygan. Buyrakning siydikni zichlash qobiliyati ham susaygan.

3. Asoratlangan bosqich. Siydik yo`llari diskineziyasi, uning yuqori qismining gipokineziyasi, piyelonefrit vujudga kelib, buyrakning faoliyati o`ta sustlashadi. Kosachalar va jomdan qon oqa boshlashi ham mumkin. Ekskretor urografiya kontrast modda 60-90 daqiqalarda paydo bo`ladi. Kosachalar kattalashgan va yumaloqlashgan. Buyrak jomi cho`zilgan sharga o`xshaydi.

4. Terminal bosqich. Jom va kosachalar segmentida atoniya qayd etiladi. Buyrak o`z faoliyatini to`la yoki deyarli to`la yo`qotgan. Aseptik gidronefroзда (agar u bir tomonlama bo`lsa), hech qanday klinik belgi bo`lmasligi ham

mumkin. Buyrak kattalashgan, biroq yuzasi tekis. Uning filtratsiya va reabsorbsiya qobiliyati o`ta sustlashgan.

Klinikasi. Bolalarda gidronefrozning klinikasi haddan tashqari ko`p qirrali. O`ziga xos patognomik simptom yo`q. Klinik belgilari gidronefrozning shakli va bosqichga bog`liq. Ko`p hollarda gidronefroz o`zgarishlar latent bo`lib, ko`pincha uni o`z vaqtida aniqlash mushkul. Gidronefrozning asosiy belgilari.

1. *Og`riq* u har xil bo`lib, ba`zan doimiy uvishib turuvchi xislatga ega. Ayrim hollarda sanchiqqa ham aylanishi mumkin. Og`riqning kuchli yoki kuchsiz bo`lishi buyrak jomining qanchalik kattalashganiga bog`liq emas. Aksincha, buyrak jomi qancha kattalashgan bo`lsa, og`riq ham shunchalik kuchsiz bo`ladi.

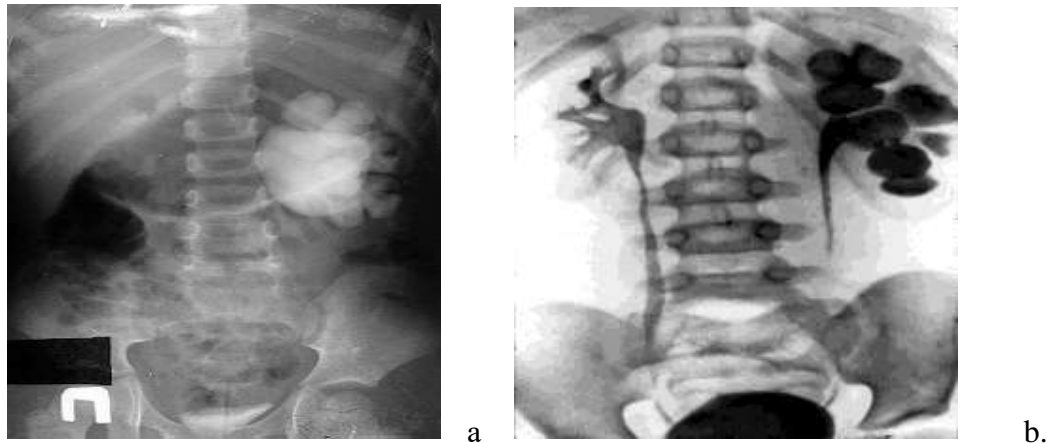
2. Buyrak sohasidagi *shish yoki o`smasimon hosila*. Odatda bexosdan aniqlanadi. Bunda buyrakning tashqi qismi silliq bo`lib, paypaslanganda elastiklik muhitiga ega, ayrim bemorlarda esa buyrakning joyidan biroz siljishini, perkussiyada suyuqlik borligini osonlik bilan bilsa bo`ladi. Biroq bu belgi ancha kech vaqtlarda aniqlanadi.

3. *Siydikdagi o`zgarishlar*. Birinchi navbatda mikrogematuriya aniqlanadi. Bu uzoq vaqt davom etishi mumkin. Patogenetik mexanizmi hali yetarlicha aniq emas. Ikkilamchi infeksiya qo`shilganda esa leykotsituriya kuzatiladi.

Tashxisi. Ayrim hollarda gidronefrozga tashxis qo`yish bir-muncha qiyin. Biroq, sinchiklab yig`ilgan anamnez, siydik analizi natijalari, bemorni qarab ko`rish gidronefrozga gumon tug`diradi. Ekskretor tekshirishdan keyin ayon bo`ladi. Tasviriy urogrammada faqat buyrak soyasi kattalashganligini ko`rish mumkin bo`lsa, ekskretor urografiya uning jom-kosachalar sistemasi qanchalik darajada o`zgarishga uchraganligi aniqlanadi (16-rasm, a;b).

Qiyosiy tashxisi. Gidronefrozni ko`pgina urologik kasalliklar; nefrolitiaz, nefroptozdan farqlashga to`g`ri keladi. Nefrolitiazdan farqlash uchun tasviriy urogramma qilish kifoya. Bunda tosh soyasi ko`rinadi. Agar rentgenokonstrast

tosh bo`lsa, u ekskretor urografiya da aniq ko`rinadi. Bunda buyrakning piyelouretral segmenti aniq bilinadi, tosh bor joyda esa kontrast bilan to`lmagan «ochiq» yuza aniqlanadi. Nefroptoza da esa ekskretor urografiya da uning anatomik ko`rinishi o`zgarmasdan qolaveradi.

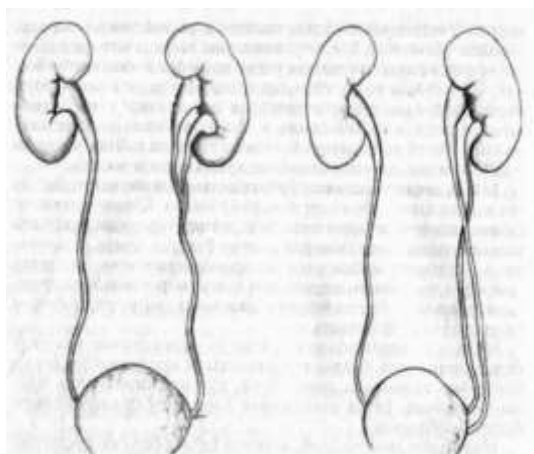


16-rasm. Ekskretor urografiya. Chap tomonlama gidronefroz.

Ko`pgina hollarda gidronefrozni Vilms o`smasidan farqlashga to`g`ri keladi. O`smaning boshlanish davrida buyrak funksiyasi buzilmagan bo`ladi. Shu tufayli ekskretor urogrammada gidronefrozga xos bo`lgan jom va kosachalarning kattalashgani kuzatilmaydi, aksincha, buyrak kosachalari qisilib, surilib, o`zining topografiyasini o`zgartirgan bo`ladi. Buyrak o`smasida buyrak qattiq konsistentsiyaga ega va uning yuzasi notekis bo`ladi.

Davosi. Gidronefroz asosan Politan-Ledbetter usulida davolanadi. Bolalarda rekonstruktiv-plastik operatsiya usullari qo`llanadi. Hozirgi paytda Andersen-Yan Kucher rekonstruktiv-plastik operatsiyasi qo`llanilmoqda. Bunda gidronefrozga sabab bo`lgan joy (skleroz, stenoz, klapan va b.) kesib olib tashlanadi va siydik yo`li kesilgan uchidan uzunasiga 1,0 sm atrofida qirqilib, keyin buyrak jomiga anastomoz qilinadi. Hatto radioizotop renografiya da ham buyrak funksiyasi aniqlanmagan taqdirda plastik operatsiya usulini qo`llamoq lozim. Chunki bolalar buyragining kompensator mexanizmi ancha kuchli bo`ladi. Biroq buyrak parenximasi haddan tashqari noziklashib, buyrak suv to`ldirilgan xaltachaga o`xshab qolgan hollarda nefroektomiya bajariladi.

Siydik naylari ikkilanishi (17-rasm). Siydik naylarining tug`ma ikkilanishi ko`pincha buyrak aplaziyasi yoki gipoplaziyasi hamda buyraklar ikkilanishi bilan birgalikda uchraydi. Uretraning ikkilanishi to`liq, ya`ni buyrakdan to qovuqqacha qo`shaloq, qisman siydik nayi faqat yuqori yoki pastki qismlarida ikkita bo`lishi mumkin. Bu nuqsonning ham bir yoki ikki tomonlamasi farq qilinadi. Bir tomonlama nuqsonlar soni 76 % ikki tomonlamasi esa 24 % tashkil qiladi. Uretraning to`liq ikkilanishi ko`pincha buyrak jomining ham ikkilanishi bilan birgalikda uchraydi. Ikkilangan siydik naylari bir-biriga parallel joylashgan bo`lib, ayrim hollarda bir-biri bilan kesishadi va har qaysisi alohida bo`lib qovuqqa ochiladi. Bunda Veygert-Mayer qonuni kuzatiladi, ya`ni yuqori jomdan keluvchi siydik nayining teshigi pastki jomdan keluvchi siydik nayidan pastda ochiladi. Ikkilangan uretralarning uzunligi bir-biridan farq qiladi. Ularning peristaltikasi ham bir-biriga nisbatan asinxron bo`lib, bu sifat keyinchalik siydik nayining kengayishiga sabab bo`ladi. Siydik nayining to`liq ikkilanishida veziko-uretral refleksi ham ko`p uchraydi. Chunki siydik nayining qovuqqa ochilish teshigining yuqoridagi intramural qismi kattaroq. Xuddi mana shu xususiyat pastda joylashgan buyrakning ko`proq yallig`lanishga uchrashiga sabab bo`ladi.



17-rasm. **Siydik nayi ikkilanishlari** (sxema).

Siydik naylari ikkilanishida o`ziga xos klinik belgilar kuzatilmaydi. Qachonki asoratlar qo`shilsa, xuddi shu asoratga xos belgilar kuzatiladi. Tana haroratining ko`tarilishi, ammo uning qisqa muddat davom etishi 64,8 %

bemorlarda uchraydi. Og`riq sindromi 52,6 % hollarda kuzatilib, buyrak sohasida aniqlanadi. Ayrim hollarda og`riq qorin sohasida kuzatiladi. Agar og`riq o`ng tomonda bo`lsa, buni appenditsitdan farqlashga to`g`ri keladi. Bemorlarda dizuriya 41,2 % holda uchraydi. Ayrim bemorlarda siydikni tuta olmaslik qayd etiladi. Bu hol ilmiy manbalarga ko`ra, 16,3 % tashkil qiladi.

Uretraning ikkilanganini aniqlashda ekskretor urografiya asosiy usul bo`lib hisoblanadi. Buyrakning funktsional xolati susayganda infuziya urografiya bajariladi. Asosiy rentgen belgilari quyidagilardir; buyrakning pastki qismida uning yuqori kosachasining bo`lmasligi, kosacha deformatsiyasi, ikkita jom va ikki siydik nayining bo`lishi.

Sistoskopiya agar siydik nayi to`liq ikkilangan bo`lsa, qovuqda ikkita uretra teshigi borligi aniqlanadi. Miksiya sistouretrografiya esa veziko-ureteral reflyuks kuzatilishi mumkin. Uretraning ikkilanishi tasodifan aniqlangan bo`lsa, uni davolashning hojati yo`q. Biroq, bemor ambulatoriya sharoitida pediatr kuzatuv ostida bo`lishi shart. Bolaning ota-onasi bunday nuqson borligidan ogohlantirilishi maqsadga muvofiq. Qandaydir bir belgi paydo bo`lsa, uni tezda urologga ko`rsatish zarur. Tekshirishda piyelonefrit aniqlangan, biroq urodinamika deyarli buzilmaganligi sezilsa, konservativ davo choralarini ko`rmoq darkor. Agar konservativ davo kor qilmasa, faqat shundagina operatsiya muammosi hal etiladi.

Siydik nayi teshigi ektopiyasi. Siydik nayi teshigi qovuqqa ochilmay, balki uretraning orqa qismiga, qin tubiga yoki dahliziga, to`g`ri ichakka, bachadonga ochilishi mumkin. Siydik nayi ektopiyasi odatda siydik nayi ikkilanishi bilan birgalikda kuzatiladi, ko`pincha yuqori jomdan boshlangan siydik nayi teshigi ektopiyaga uchraydi.

Klinikasi. Siydik nayi ektopiyasi qin tubi yoki dahliziga, o`g`il bolalarda orqa uretraga ochilganda bolaning o`zi siyishi bilan birga doimiy siydik tuta olmaslik kuzatiladi; qovuqqa tutashgan siydik nayidan ajralgan siydik qovuqda to`planadi va vaqti-vaqti bilan tashqariga chiqariladi, ektopiya bo`lgan teshikdan esa siydik

doimiy ravishda tashqariga ajraladi. Odatda siydik nayi ektopiyasiga uchragan buyrakda gidronefroz rivojlanadi yoki unga infeksiya yuqadi.

Tashxisi. Klinik manzarasini e'tiborga olish lozim. Sistoskopiyada qovuqning tegishli tarafida siydik nayi teshigi bo'lmaydi. Bu xromosistokopiyada juda aniq bilinadi. Tomirga indigokarmin yuborib, so'ngra qin dahlizi yoki uretra sinchiklab kuzatiladi va undan siyish jarayonidan xoli bo'lgan rangli siydikning chiqishi tashxisni tasdiqlaydi. Ekskretor urografiya esa yuqori siydik chiqarish naylarining ikkilanganini ko'rsatib, tashxisning yana bir bor to'g'riligini tasdiqlaydi.

Davosi. Operatsiya yo'li bilan davolanadi. Agar buyrakning funksiyasi me'yorida bo'lsa, ureterosistoanastomoz, agarda siydik nayi ikkilangan bo'lsa-- ureteroanastomoz bajariladi. Gidronefroz yoki piyelonefritning kechki bosqichlari rivojlangan bo'lsa, u vaqtda nefroektomiya qilinadi.

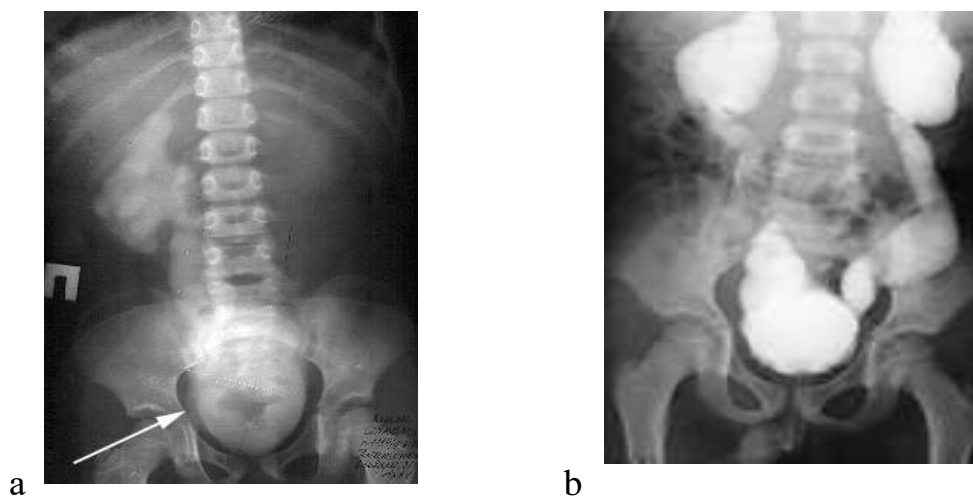
Uretrosele- siydik nayi intramural qismi barcha qavatlarining qovuq ichiga xuddi churrasimon bo'rtib chiqishi. Uretrosele tashqaridan qovuq shilliq qavati bilan qoplangan bo'lsa, ichkaridan esa siydik nayi shilliq qavati bilan yopilgan. Ular orasida muskul va biriktiruvchi qavatlar bor. Uretrosele bir yoki ikki tomonlama bo'lishi mumkin.

Belgilari. Belda og'riq bo'lib, dizuriya va gematuriya kuzatiladi. Asosan sistoskopiyada aniqlanadi. Ekskretor urografiya esa qovuqda kontrastga to'lmagan nuqson ko'zga tashlanadi, pastki tarafida ozgina dilyatatsiya aniqlanadi, xuddi ilon boshiga o'xshash siydik nayi ko'rinadi.

Davosi. Qovuq ochilib, ureterosele kesib olib tashlanadi.

URETEROGIDRONEFROZ. Siydik nayi, veziko-uretral, uretra sohalarida tug'ma yoki orttirilgan to'siq natijasida urodinamikaning buzilishi, siydikning dimlanib borishi, ureter va buyrak kosacha-jomchalarining kengayib ketishiga ureterogidronefroz deyiladi. Urodinamikaga to'siq siydik qopidan yuqorida bo'lsa, "supra", siydik qopidan pastda bo'lsa "infravezikal" obstruksiya deyiladi. Ekskretor urografiya, kompyuter tomografiya va

ultratovush tekshirish natijalarida aniqlanadi (18-rasm). Uning sabablarini qisman ko`rib chiqamiz:



18-rasm. Ekskretor urogramma. a - bir tomonlama; b- ikki tomonlama ureterogidronefroz.

Qovuq-siydik nayi reflyuksi – siydikning qovuqdan siydik yo`llariga qaytib chiqishi (19-rasm). Veziko-ureteral segmentda tugallanmagan embriogenez veziko-ureteral reflyuksning kelib chiqishida asosiy rol o`ynaydi. Bundan tashqari, qovuq bo`yni kontrakturasi, uretra orqa qismi klapani, uretera stenozisi ham veziko-uretera reflyuksiga sabab bo`lishi mumkin. Bu nuqson ko`pincha piyelonefrit xurujiga va ureterogidronefrozga sabab bo`ladi. Veziko-ureteral reflyuksning 5 darajasi tafovut etiladi;

1. I daraja-kontrast modda siydik nayining distal qismigacha chiqadi.
2. II daraja-kontrast modda bilan siydik nayi, buyrak jomi va kosachalari to`ladi.
3. III daraja-siydik nayi, buyrak jomi hamda kosachalari ozgina kengayib, buyrak kosachalari gumbazi yumaloqlashadi.
4. IV daraja-siydik nayi kengayib, egri-bugrilashadi hamda buyrak jomi kosachalari deformatsiyalanadi.
5. V daraja-ureterogidronefroz rivojlanib, buyrak parenximasi yupqalashadi.

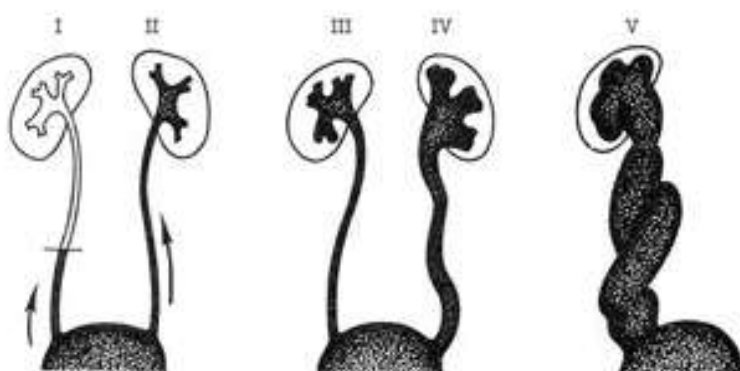
Klinikasi. Xos klinik belgilar kuzatilmaydi. Xastalik ko`pincha asorat paydo bo`lgandagina aniqlanadi. Bolalar siyganda bel sohasida og`riq sezadilar, tez-

tez siyish kuzatiladi. Siydik tahlilida leykotsituriya, mikrogematuriya, ba'zida makrogematuriya kuzatiladi.

Tashxisi. Miksion sistouetrografiya bajariladi. Kontrast moddaning siydik nayiga chiqishi va uning buyrak kosachalari va jomida ko`rinishi tashxisni tasdiqlaydi.

Davosi. Konservativ davolashga harakat qilinadi, chunki bola ulg`aygani bilan veziko-uretral segment nuqsoni yetilib, rivojlanishi va reflyuks yo`qolishi mumkin. Uroantiseptiklar, elektrostimulyatsiya, shifobaxsh giyohlar bilan davolash muhim ahamiyatga molik bo`lib, reflyuksning 1-3 darajalarida 70-80% gacha yordam beradi. Konservativ muolajalar samarasiz bo`lganida Greguar operatsiyasi qo`llaniladi. *Greguar operatsiyasi* – siydik yo`lining qovuqqa tutashgan joyidan proksimal tomonga qovuqning seroz va muskul qavatlarini qirqib, kengaytirib, tarnov yasaladi va shu tarnovga siydik nayi joylashtirilib, uning ustidan muskul va seroz qavatlar tikiladi.

Reflyuksning IV va V darajalarida Politan-Lidbetter bo`yicha ureterotsistoanastamoz bajariladi; siydik nayining distal qismi kesib olib tashlanib, qovuq keng ochilib, 3-4 sm uzunlikda shilliq qavat ostidan yasalgan tunneldan o`tkaziladi.



19-rasm. Miksion urografiya.

Qovuq-siydik nayi reflyuksi (sxema).

Ikki tomonlama siydik nayi reflyukslarida Koen operatsiyasi qilinadi; siydik nayining distal qismi kesib olib tashlanib, qovuq ochilib, naylar qovuq ichiga chiqarilib, qarama-qarshi tomonlarga o`tkazilib, tikiladi va yangi siydik yo`llari teshiklari hosil qilinadi.

Operatsiyadan so`ng bemorlar urolog va nefrolog nazoratida bo`ladi.

Infravezikal obstruksiya - qovuq bo`yni yoki siydik chiqarish kanalidagi to`siq bo`lishi infravezikal obstruksiya deyiladi. Uning natijasida urodinamika buzilishi, qovuq-siydik nayi reflyuksi va ikki tomonlama ureterogidronefroz rivojlanishi tushuniladi. Ushbu termin yig`ma bo`lib, ko`p kasalliklar, shu jumladan; qovuq bo`yni kontrakturasi (Marion kasalligi), uretra orqa qismining klapani, urug` do`mboqchasining gipertrofiyasi, siydik chiqarish kanali stenoz va obliteratsiyasini infravezikal obstruksiyani o`zida aks ettiradi.

Klinikasi Bu kasalliklarning klinik belgilari deyarli bir xil. Asosiy belgisi qiynalib siyish bo`lib, ba`zan u bola tug`ilgan kundan boshlab, tobora kuchayaveradi va siydik tutilib, keyin esa paradoksal ishuriyaga olib keladi. Dastlab detruzor kuchi bilan obstruksiya uchastkasidan siydik tashqariga chiqariladi. Keyinchalik esa detruzor gipertrofiyasi uning gipotoniyasi bilan almashinadi va, nihoyat, atoniya rivojlanadi. Qovuqda siydik dimlanganidan so`ng siydik qovuqdan chiqishi uchun bola qorin muskullarini taranglashtirib, haddan tashqari ko`p kuchanadi yoki qovuq usti sohasini qo`li bilan bosadi. Qovuqda siydikning dimlanishi sistit, piyelonefrit, qovuq-siydik yo`li reflyuksi, uretrogidronefroz yoki soxta divertikullar bo`lishiga olib keladi. Bolaning rangi oqarib, o`sishtan orqada qoladi. Paypaslab ko`rganda esa uning qovug`i katta bo`lib, bemalol qo`lga unmaydi. Paradoksal ishuriya ko`rinishida siydik tutilishi qayd etiladi. Surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlanadi, rentgenda ikki tomonlama ureterogidronefroz aniqlanadi.

Uretra strikturalari (stenozlari) shilliq qavat gipertrofiyasi yoki uretra devori to`qimalari biriktiruvchi – fibroz to`qima hosil qilishi natijasida yuzaga keladi.

Tashxisi. Qovuq bo`yni kontrakturasida qo`llangan usullardan foydalaniladi. Uretra stenozlari darajasiga qarab naychalar ham, metall kateterlar ham, bujlar ham qovuqqa o`tishiga ma`lum qiyinchilik tug`diradi. Agar uchi

to`mtiq boshli buj bilan uretradan qovuqqa kirilganda va uni qayta chiqarish paytida uretraning orqa qismida qarshilik yoki to`siq borligini payqash mumkin.

Davosi. Operatsiya yo`li bilan davolanadi. Katta yoshdagi bolalarda stenoz transuretral elektrozeksiyasi qilinadi. Kichik yoshdagilarda esa operatsiya yo`li bilan stenoz olib tashlanadi yoki oraliqdan borilib, uretra stenoz bilan birgalikda kesib olib tashlanadi.

Siydik chiqaruv kanali qopqalari (klapanlari)

Uretraning tug`ma klapanlari. Ikki tomoni ham shilliq qavat bilan qoplangan va uretra ichida joylashgan hosilalardir. Uch xili farq qilinadi:

1. Kosachasimon ko`rinishga ega va urug` bo`rtiqchasidan pastda joylashgan xili.
2. Urug` bo`rtiqchasidan qovuq bo`yniga qadar tortilgan va dahanasimon xili.
3. Urug` bo`rtiqchasidan pastda yoki yuqorida joylashgan hamda ko`ndalang diafragma ko`rinishidagi xili.

Klinikasi. Infravezikal obstruksiyadagi kabi bo`ladi.

Tashxisi. Qovuq bo`yni kontrakturasida qo`llangan usullardan foydalaniladi. Uretra klapanlarida naychalar ham, metall kateterlar ham, bujlar ham qovuqqa bemalol o`taveradi. Agar uchi to`mtiq boshli buj bilan uretradan qovuqqa kirilganda va uni qayta chiqarish paytida uretraning orqa qismida qarshilik yoki to`siq borligini payqash mumkin.

Davosi. Operatsiya yo`li bilan davolanadi. Katta yoshdagi bolalarda klapan transuretral elektrozeksiyasi qilinadi. Kichik yoshdagilarda esa operatsiya yo`li bilan klapan olib tashlanadi yoki oraliqdan borilib, uretra klapan bilan birgalikda kesib olib tashlanadi.

Infravezikal obstruksiya urug` do`ngchasi gipertrofiyasi - shilliq qavat gipertrofiyasi yoki uretra devori to`qimalari biriktiruvchi - fibroz to`qima hosil qilishi natijasida yuzaga keladi.

Klinikasi. Infravezikal obstruksiyadagidek bo`ladi.

Tashxisi. Qovuq bo`yni kontrakturasida qo`llangan usullardan foydalaniladi. Uretra stenozlari darajasiga qarab naychalar ham, metall kateterlar ham, bujlar ham qovuqqa o`tishiga ma`lum qiyinchilik tug`diradi. Agar uchi to`mtiq boshli buj bilan uretradan qovuqqa kirilganda va uni qayta chiqarish paytida uretraning orqa qismida qarshilik yoki to`siq borligini payqash mumkin.

Infravezikal obstruksiya: Leto uchburchagining shilliq parda gipertrofiyasi, megatrigonum.

Leto uchburchagining shilliq parda hosil qiluvchi hosilalar giperplaziya sifatida namoyon bo`ladi. Ba`zan u, hatto uretraning ichini to`liq yopib qo`yishi mumkin.

Klinikasi. Xuddi infravezikal obstruksiya bo`lgani kabi namoyon bo`ladi. Bundan tashqari, ereksiya paytida og`riq seziladi.

Tashxisi. Sistouretrografiya va uretrografiya uretraning orqa qismida nuqson aniqlanadi. Shuningdek, qovuq kateterizatsiya qilinayotganda uretraning orqa qismida to`siq borligi seziladi va kateterlash yoki bujlashdan keyin oz yoki ko`proq qon ketishi kuzatiladi.

Davosi. Endouretral yoki oraliq bilan leto uchburchagining shilliq pardasi rezeksiya qilinadi.

Qovuq bo`yni kontrakturasi, Marion kasalligi, qovuq bo`yni fibroelastozi.

Qovuq bo`yni shilliq osti va muskul qavatlarida fibroz to`qimasi rivojlanishidan kelib chiqadi. Kasallikning kechishida uch davr farq qilinadi:

1. Siyishning qiyinligi oz-moz bilinadi, qoldiq siydik yo`q, buyrak funksiyalari buzilmagan, vaqti-vaqti bilan leykotsituriya kuzatiladi.
2. Siyish jarayoni ancha qiyin kechadi, bola kuchanadi, qoldiq siydik paydo bo`ladi, piyelonefrit belgilari kuzatilib, buyrak funksiyalari ham izdan chiqa boshlaydi.

Tashxisi. O`ziga xos qiyin taraflari bor. Urofloumetriya sistomanometriya bilan birgalikda bajarilsa, tashxisni aniqlash oson bo`ladi. Sistouretrografiya esa qovuq tag qismining yuqoriga ko`tarilganligi va devorlarning trabekulali

bo`lishi hamda siydik chiqarish kanalining yetarli ravishda kontrast bilan to`lmasligi qayd etiladi. Ko`pincha aniq tashxis operatsiya paytida qo`yiladi.

Davosi. Yengil hollarda uretrani bujlash va antibakterial dorilar berish o`z ta`sirini ko`rsatadi. Og`ir hollarda esa qovuq bo`ynida U yoki Y shimon plastika bajariladi.

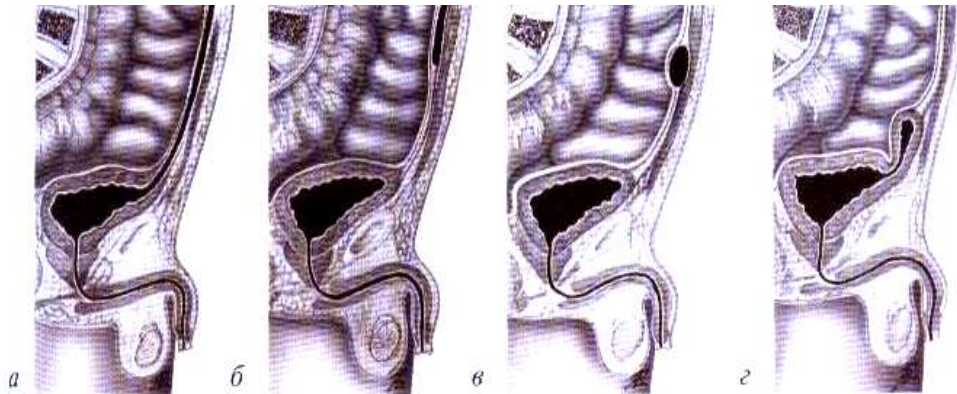
Siydik irmog`i - uraxus bitmasligi; quyidagi shakllarga bo`linadi (20-rasm):

A. To`liq bitmaslik - kindik to`liq oqmasi, siydik kindikdan oqadi:

B. Kindik noto`liq okmasi -kindik tomon bitmagan, vaqti-vaqti bilan hidli ajratma chiqib turadi. Qorinda og`riq bo`lishi mumkin.

V. Uraxus kistasi-qorin old devori sohasida “o`smasimon hosila” paypaslanadi, bemorni bezovta qilmaydi, tekshiruv vaqtida aniqlanadi.

Qovuq divertikuli - bemorni bezovta qilmaydi, urologik tekshiruv vaqtida aniqlanadi.



20 -rasm. Siydik irmog`i-uraxus bitmasligi shakllari (sxema).

QOVUQ EKSTROFIYASI – qovuq old devori hamda uning ustini qoplab turuvchi qorin old devorining bo`lmasligi qovuq ekstrofiyasi deb ataladi. Bu nuqson nisbatan kam uchraydi (har 4000 ta tug`ilgan bolaga 1 ekstrofiya), biroq eng og`ir tug`ma nuqsonlardan hisoblanadi. O`g`il bolalarda qizlarga nisbatan 3 baravar ko`p kuzatiladi. Qovuq ekstrofiyasi har doim total epispadiya bilan birgalikda qayd etiladi. Ushbu xastalikning patogenezi shu vaqtgacha to`liq aniqlanmagan.

Klinikasi. Qovuq usti sohasida u yoki bu kattalikda boʻlgan oʻsmaimon hosilani koʻrish mumkin. Bu hosilaning rangi qip-qizil boʻlib, u qovuq orqa devorining boʻrtib chiqishidan hosil boʻladi (21-22 rasmlar).



21-rasm. Total epispadiya va siydik qopi ekstrofiyasi (qiz bolada).



22-rasm. Total epispadiya va siydik qopi ekstrofiyasi (oʻgʻil bolada).

Ozgina shikastlanishda ham uning shilliq qavatidan kapillyar qon ketishi kuzatiladi. Hosilaning pastki qismida ikkita kichkina teshik boʻlib, u odatda siydik nayining teshiklaridir. Bu teshiklardan har doim siydik ajralib turadi. Vaqt oʻtgan sayin hosila devorida qoʻshimcha toʻqima oʻsaverib, uning elastikligi tobora yoʻqolaveradi. Shilliq qavat yuzasida papillomatoz shish aniqlanadi. Bemorlar kuchanganda, yigʻlaganda qovuq devori yana ham koʻproq boʻrtib chiqadi, bu holda siydik naylari teshigidan siydik chiqarish ham kuchayadi. Hosila atrof terisi chaqalanadi (materatsiyalanadi). Koʻpincha, ekstrofiya bilan bir qatorda tugʻma chov churrasi, kriptorxizm, siydik chiqarish sistemasida har xil nuqsonlar, qov simfizi bitmasligi, tugʻma son chiqishi kuzatiladi.

Davosi. Chaqaloq tugʻilgan zahoti ekstrofiyalangan qovuqning shilliq qavati antiseptik suyuqlik bilan obdon yuviladi va sterillangan salfetka bilan yopilib, jarrohlik boʻlimiga oʻtkazilishi zarur. Agar unda operatsiyaga boshqa moneliklar boʻlmasa, kichik chillasi chiqmasdan turib, operatsiya qilinadi. Bunda shilliq qavati teridan ajratib qirqilgan (qovuq devori), siydik naylari kateterlangan holda bir-biriga olib kelinib tikiladi. Simfizni keltirib tikish

qovuq devorlarining taranglashuvisiz bir-biriga tikilishini ta'minlaydi. Qovuq shilliq qavatining papillomatoz o'zgarishi bu operatsiyani bajarishga bo'lgan katta mone'likdir. Agar bolaning kichik chillasi chiqmasdan turib, bu operatsiya bajarilmasa, u vaqtda bajarilajak operatsiyalar 4 guruhga bo'linadi.

1. **Rekonstruktiv-plastik operatsiyalar.** Qovuq old devori va qorin devori nuqsonini mahalliy to'qima yoki plastik materiallar yordamida tiklashni ko'zda tutadi.

2. **Sistosigmoanastomoz,** ya'ni qovuq bilan sigmasimon ichak o'rtasida tutashma hosil qilish (24-rasm). Bu operatsiyadan keyin siydik anal teshik orqali ajraladi.

3. **Yangidan qovuq paydo qilish.** Buning uchun to'g'ri ichakdan qovuq shakllantiriladi. Hozirgi paytda asoratlari ko'pligidan bu operatsiya deyarli qo'llanilmaydi.

4. **Siydik yo'llarini sigmasimon ichakka antireflyuks mexanizm vositasida ulash.** Chaqaloqlik paytida operatsiya qilinsa va imkon boricha kasalning o'z qovug'idan nuqsonni tiklash operatsiyasi bajarilsa, natija ancha yaxshi bo'ladi.

Agar sistosigmoanastomoz bajarilsa, ichakka siydik tushishidan va uning qayta organizmga so'rilishidan giperxloremik atsidoz rivojlanadi. Bu esa suv-tuz almashinuvini sozlashni taqozo etadi. Vaqt o'tishi bilan siydik ta'siridan ichak shilliq qavati ortiqcha shilimshiq ishlab chiqaruvchi qavat bilan qoplanishidan siydikning qayta so'rilishi kamayadi va natijada elektrolitlar almashinuvini sozlashga hojat qolmaydi. Sistosigmoanastomoz bo'lgan bolalarni vaqti-vaqti

bilan ekskretor urografiya qilib turmoq hamda piyelonefritning oldini oluvchi chora-tadbirlarni o'z vaqtida ko'rmoq zarur.



24-rasm. *Sistosigmoanastamoz (sxema).*

QOVUQ DIVERTIKULI - Klinik jihatdan deyarli bezovta qilmaydi. Boshqa sabab bilan urologik tekshirishda aniqlanadi (25-rasm).



25- rasm. **Qovuq divertikuli. Sistogramma.**

QORIN OLD DEVORI, QORIN-PARDA O`SIMTASINING RIVOJLANISH NUQSONLARI

Kindik churrasi - kindik halqasi aponevrozining to`liq bitmasligi natijasida paydo bo`lib, qorin parda bo`rtib chiqadi, churra xaltasini hosil qiladi, churra ichida charvi, ichak qovuzlog`i bo`ladi. Yumaloq yoki oval shaklda, kattalashgan kindikka o`xshaydi. Asosan erta yoshdagi bolalarda uchraydi. Davosi: 4-5 yoshlargacha o`zi bitishi mumkin, 5 yoshdan so`ng o`zi davolanishiga umid yo`q. Operativ davolanib, churra xaltasi olinib, aponevroz tikib, bekitiladi.

Qorin oq chizig`i churralari

O`rta chiziq bo`ylab kindik va xanjarsimon o`siq orasida joylashgan aponevrozning turli xil defektlari natijasida yuzaga keladi. Asosan katta yoshdagi bolalarda uchraydi. To`sh suyagi xanjarsimon o`sig`idan kindikgacha bo`lgan oraliqda joylashib, paraumblikal va epigastral churralarga bo`linadi. Qorin old devori churralari ichidagi salmog`i 1% ni tashkil qilib, ko`pincha 2-3 yoshdan keyin aniqlanadi. Churra qisilishi juda kam hollarda uchraydi.

Davosi: operativ - churra xaltasi olinib, nuqson bartaraf etiladi.

“Embrional” - kindik tizimchasi churralari yoki omfalotsele.

Embrional rivojlanish jarayonida “fiziologik embrional churra” bosqichida ichaklar qorin bo`shlig`idan tashqariga qisman yoki to`liq qolishi natijasida har o`lchamli “embrional” – “kindik tizimchasi churralari” (“omfalotsele”) paydo bo`ladi.

Qiyinchilik tug`dirmaydi, amnion, varton quyqasiga o`ralgan ichak qovuzloqlari kindik halqasidan tashqarida turganligi ko`rinadi (1-2 rasmlar). Kindik halqasi kengligi va churra xaltasi kattaligiga qarab embrional churralar quyidagilarga bo`linadi:

- Kichik - 5 *sm* gacha
- O`rta - 10 *sm* gacha
- Katta -10 *sm* dan katta



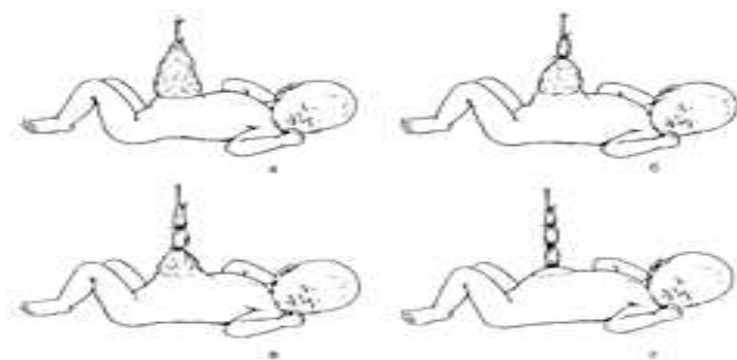
1-rasm. Kichik o`lchamli embrional churra.



2-rasm. Katta o`lchamli embrional churra.

Davolash - operativ, kichik o'lchamli, asoratlanmagan embrional churralar bemor hayotining birinchi kunlaridayoq operatsiya qilinadi.

Asoratlangan, katta hajmli embrional churralar churra xaltasi antiseptiklar bilan ishlov berilib, embrional churralarni ventral churraga aylanishiga, ya'ni embrional epitelizatsiyalanishiga erishiladi, operativ davo imkoni bo'lmasa, ma'lum muddatga konservativ muolajalar olib borilib, va katta hajmli embrional churralar bemor yoshi kattaroq bo'lganida, 1 bosqichda yoki bir necha bosqichda (Gross-Shuster bosqichli usuli) operatsiya qilinib, ichak qovuzloqlari qorin bo'shlig'iga to'g'rilanadi (3-rasm).



3-rasm. Gross-Shuster bosqichli usulida davolash sxemasi

Gastroshizis

Ta'rifi; kindik yonidan, qorin o'ng old devori defektidan qorin pardaga o'ralmagan holda qorin bo'shlig'i a'zolarining tashqariga chiqishiga aytiladi. Gastroshizisda omfalotseledan farqli o'laroq a'zolari o'rab turuvchi parda, churra xaltasi varaqlari bo'lmaydi, qorin devoridagi nuqson aynan qorin markaziga to'g'ri kelmaydi (4-rasm).



4-rasm. **Gastroshizis.**

Chov va chov-yorg`oq churralari

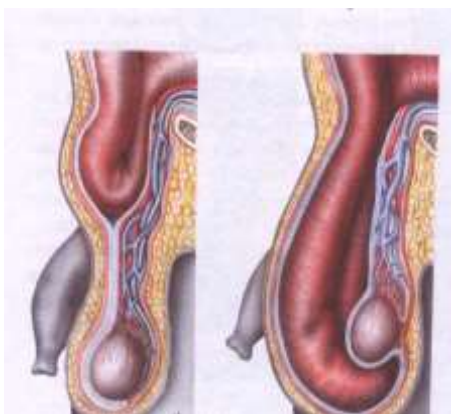
Churra (*hernia*) – qorin bo`shlig`i a`zolarining qorin pardaga o`ralib qorin old devoridagi tabiiy yoki orttirilgan teshiklar orqali chiqishiga aytiladi.

Chov kanali orqali churra mahsulotlarining chov, chov-yorg`oq soha teri ostiga chiqishiga chov va chov-yorg`oq churralari deb aytiladi. Bolalarda eng ko`p tarqalgan xirurgik kasalliklardan biri hisoblanadi. O`ng tomonlama churra ko`proq uchraydi, o`g`il bolalarda qiz bolalarga nisbatan 2-3 bora ko`proq kuzatiladi. Churra ko`pincha tug`ma bo`lib, qorin bo`shlig`idan tuxumchani yorg`oqqa tushish jarayonida hosil bo`ladigan qorinparda vaginal o`sig`i bitmasligi sababli hosil bo`ladi, vaginal o`sig` 75 % hollarda bola tug`ilgan vaqtda to`liq obliteratsiyaga uchraydi. Qolgan hollarda o`sig`ning to`liq yoki qisman bitishi kuzatiladi. Churra xaltasi chov kanali ichidan o`tganligi sababli tug`ma churralar qiyshiq hisoblanadi. Orttirilgan chov churralari bolalarda nisbatan kam uchraydi. Jismoniy zo`riqish yoki qorin old devori sust rivojlangan bolalarda ortirilgan churralar hosil bo`lishi mumkin. Shuning uchun bolalarda uchraydigan hamma churralar tug`ma bo`lib, chov kanali bo`ylab tushadi va doimo qiyshiq bo`ladi. Bolalarda to`g`ri churralar juda kam, istisno tariqasida bo`lishi mumkin. Churralar asosan ikki-chov va chov-yorg`oq turida bo`ladi. Shundan chov-yorg`oq churralar chov yo`liga funikulyar va tuxumga testikulyar bo`ladi. Chov qin o`simtasining yuqori va o`rta qismining ochilishi hisobiga funikulyar churra ko`p uchraydi. Testikulyar churrada qorin parda o`simtasi

butunligicha ochilishi hisobiga paydo bo`ladi va u tuxum churra qopida birga deb, ba`zan xato baholanadi, holbuki u seroz parda bilan ajralgan bo`lib uning ichiga taqalib turadi. Bolalarda churra hosilasi ingichka ichak qovuzlog`ini, katta yoshlarda esa charvini tashkil qiladi. Qiz bolalarda esa u ko`pincha tuxumdon va uning nayi, ba`zan sigmasimon ichakda bo`lishi mumkin. Ba`zan yo`g`on ichak charvisi uzun bo`lganligi uchun ko`r ichak chiqib qolishi mumkin. Bu holat churra qopi orqa devorining yo`qligi uchun sirpanuvchi churra bo`lib kechadi.

TUG`MA CHOV CHURRALARI

Qoriparda vaginal varag`ining bitmasligi va chov kanali kengayganligi tufayli qorin bo`shlig`i a`zolari (ichak qovuzloqlari, charvi qismi) chov sohasida bo`rtib chiqadi. Ikki xil; chov (funikulyar churra) va chov-yorg`oq (testikulyar churra) turlari mavjud (5-a; b rasmlar). Tug`ma chov, chov-yorg`oq churralari “qiyshiq” churra hisoblanadi. Churra hosil bo`lishi asosiy sababi, qorin ichi va qorin devori orasidagi dinamik bosimning buzilishidir.



5-rasm, **a-chov, b-chov-yorg`oq churralari.**

Churralar quyidagi elementlardan iborat: Churra darvozasi, churra xaltasi, churra mahsuloti (ichak, charvi yoki qorin bo`shlig`idagi har qanday a`zo bo`lishi mumkin)

Qisilmagan chov churra klinikasi: Bemorni churra bezovta qilmaydi, chov sohasida shish, palpatsiyada yumshoq konsistentsiyali hosila paypaslanadi. Chov kanali tashqi darvozasi kengligi aniqlanadi. Qorin bo`shlig`iga to`g`rilaganda ichaklarni “juqurlab” tovush chiqarib, qorin bo`shlig`iga ketishi kuzatiladi. “Yo`talda qo`lga urilish” simptomi musbat bo`ladi.

Chov, chov-yorg`oq churralari klinik belgilariga qarab:

- To`g`rilanadigan (churra mahsuloti yengil chiqib - kiradigan)
- To`g`rilanmaydigan (churra xaltasi devoriga churra mahsuloti chandiqli yopishgan)
- Qisilgan (churra mahsuloti churra darvozasi sohasida qisilib, qon va limfa aylanishi buzilib, to`qimalar nekrozi xavfi ortib boradi) churralarga bo`linadi.

Chov, chov-yorg`oq churralari qisilish mexanizmiga qarab:

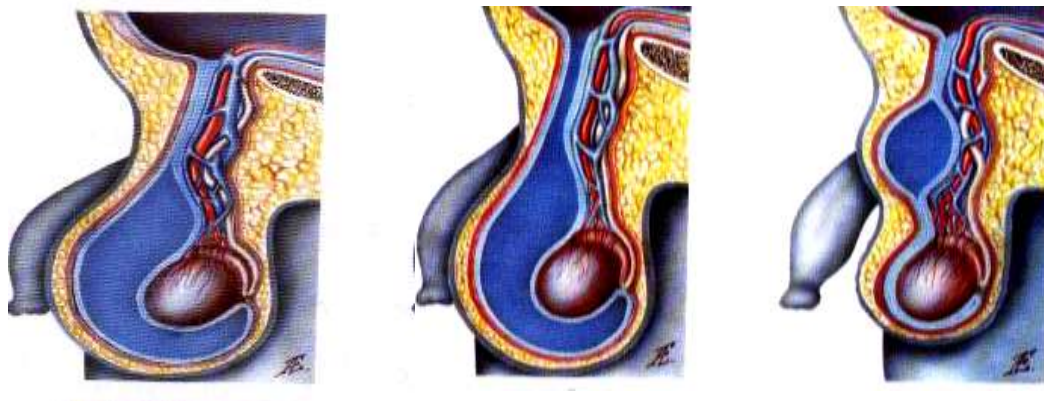
Elastik, axlatli, qisman (ichak devori, siydik qopi devori - Rixter qisilish) Retrograd qisilish (*hernia Maydl*) yoki W-simon qisilish. Bunda ichak qovuzlog`i tutqichi bilan birga qorin bo`shlig`i ichida qisilib, nekrozlanadi. Mekkel divertikuli qisilishi – Littre churrasi deyiladi.

Davolash prinsiplari: Churralarni davolash – operativ, ya`ni radikal ravishda churra xaltasini olib tashlash hisoblanadi. Chov kanali old devorini mustahkamlashga qaratilgan plastik muolajalar, bolalarda unchalik muhim ahamiyatga ega emas. Bolalarda chov kanali old devorini mustahkamlash uchun Ru-Krasnobaev, Martinov usullari qo`llaniladi.

QORIN PARDASI VAGINAL O`SIG`I BEKILISH ANOMALIYALARI

Vaginal o`simtasining obliteratsiyalanmaganligi bu nuqsonning asosiy sababchisidir. Agar vaginal o`simtasining terminal qismi obliteratsiya bo`lmay qolsa, gidrosele - istisqo kelib chiqadi (6-rasm). Proksimal qismining bekilib ketmasligidan esa urug` tizimchasining yuqori qismida suyuqlik to`planishi "funikosele" yoki urug` tizimchasi istisqosi deb aytiladi. Agar obliteratsiya urug`don va urug` tizimchasining bor bo`yicha ro`y bermagan bo`lsa, bunday holat qorin bo`shlig`i bilan bog`langan, ya`ni tutashgan bo`ladi (7-rasm). Bu tutashgan urug`don istisqosi yoki gidrofunikulosele deb ataladi. Vaginal o`simtasining o`rtasida obliteratsiya kuzatilmasligidan urug` tizimchasi kistasi

vujudga keladi (8-rasm). Hidrosele va funikuloselening kelib chiqishiga qin o`simtasi pardasi so`rish qobiliyatining pasayishi hamda chov kanali sohasidagi limfa tomirlarining yaxshi rivojlanmaganligi sabab bo`ladi. Katta yoshdagi bolalarda gidrosele urug`don shikastlanishidan ham kelib chiqadi.



6-rasm. **Tutashmagan istisqo.** 7-rasm. **Tutashgan istisqo.** 8-rasm. **Urug` tizimchasi kistasi.**

Klinikasi. Hidrosele bir tomonlama bo`lsa, yorg`oqning shu tarafi kattalashadi. U oval shaklda kattalashgan bo`lib, yuzasi silliq bo`ladi. Yorg`oq terisi taranglashtirilib qaralsa, hosilaning biroz ko`kimtir rangga ega ekanligi ko`rinadi. Hidroselening pastki qutbida urug`donni paypaslash mumkin.

Gidroselening yana *taranglashgan va taranglashmagan* xillari tafovut etiladi. Taranglashgan xilida hosila ichida moyakni paypaslab bo`lmaydi va hosilaning muhiti ancha qattiq. Bu esa urug`donning tezda atrofiyalanishiga sabab bo`ladi. Uning taranglashmagan xilida esa hosilaning muhiti elastik bo`lib, uning ichida joylashgan urug`donni bemalol paypaslash mumkin. Hidroselening tutashgan xilida hosila juda elastik bo`lib, u barmoqlar orasiga olinsa, suyuqlik yuqoriga ko`tarilib, qorin bo`shlig`iga ketadi va o`smasimon hosiladan asar ham qolmaydi. Faqat yorg`oq terisi ozgina shalvirab qoladi, xolos. Agar yorg`oq qo`yib yuborilsa, yuqoridan suyuqlik asta-sekin oqib tushishi hisobiga hosila yana paydo bo`ladi. Urug` tizimchasi kistasida chov kanalining pastida qattiq muhitli o`smasimon hosila qo`lga unmaydi. U odatda og`rimaydi va yon tomonlarga ko`proq siljiydi.

Qiyosiy tashxisi. Hidroseleni churradan farqlash kerak. Churrada ko`kimgir rangli hosila kuzatilmaydi, qo`l bilan paypaslaganda ichak muhitini payqash mumkin. Qo`lni qorin bo`shlig`iga kiritilganda esa ichak ichidagi havoning qurillashi aniqlanadi. Agar churra ichida charvi bo`lsa, diqqat bilan qaralsa quyidagi manzarani kuzatish mumkin; hosila qorin bo`shlig`iga kiritilganidan keyin chov sohasi avval do`ppayadi va hosila asta-sekinlik bilan yorg`oqqa tushadi; agarda tutashuvchi gidrosele bo`lsa, bunday do`ppayish yorg`oq tubidan boshlanadi, chunki suyuqlik yuqoridan oqib tushib, yorg`oq pastida to`planadi. Gohida siqilgan chov churrasi bilan urug` tizimchasi kistasini farqlash nihoyatda qiyin bo`ladi. Chunki urug` tizimchasi kistasi chov kanalining ichki teshigi to`g`risida bo`lsa, bola yig`laganida, kuchanganida qorin bo`shlig`ida bosim oshishi hisobiga urug` tizimchasi kistasi chov kanalidan tashqariga chiqadi va xuddi siqilib qolgan churrani eslatadi. U holda farqlashning iloji bo`lmasa, tashxis siqilgan churra foydasiga hal qilinadi va operatsiya o`tkaziladi.

Davosi. Xirurgik usul bilan davolanadi. Bola 3 yoshdan oshgandan so`ng bajariladi. Tutashmagan gidroseleda Vinkelman usulidagi operatsiya qilinadi. Bunda urug`don qin o`simtasi pardasini kesib, pardani urug`don atrofidan ajratgan holda ag`dariladi va choklanadi. Funikuloseleda esa kistani atrof to`qimadan ajratib, kesib olib tashlanadi. Tutashgan gidrotsaleda Ross operatsiyasi bajariladi. Nukka kistasi - qiz bolalarda chov kanaliga bachadon boylami tutashgan, agar shu erda qorin parda qismi suyuqlik bilan chiqsa, u Nukki kistasi deyiladi. Klinikasi, diagnostikasi, davolash prinsiplari urug` yo`li kistasidan deyarli farq qilmaydi.

TASHQI JINSIY A`ZOLARNING NUQSONLARI

Tuxumchalar va qorinparda vaginal o`simtasi embriogenezi - Tuxumchalar embrional rivojlanishning 4-6 haftasida qorinparda ortida bel sohasida shakllanib, asta-sekinlik bilan yorg`oqqa qarab intiladi, ular o`z yo`lida “qorin parda ortig`i – Gunter chandig`i” ortidan keladi. Qorin old

devorini chov sohasida teshib o`tib, chov kanalini hosil qiladi. Chaqaloq tug`ilganida tuxumchalar yorg`oqda bo`lishi lozim. “Qorin parda ortig`i – Gunter chandig`i” o`zi bilan qorin parda varaqlarini olib tushadi, ushbu varaqlar “qorin parda qin-vaginal o`sig`i” deb yuritiladi. Tuxumchalar o`z yo`lidan adashishi - tuxumchalar ektopiyasiga, yo`lda turub qolishi - kriptorxizmga, tuxumchalar rivojlanishdan ortda qolishi – gipoplaziya, bo`lmasligiga – ageneziya yoki aplaziya sabab bo`ladi. Vaginal o`sig` bitmasligi natijasida esa – gidrosele yoki chov churralari kelib chiqadi.



1-rasm. Tuxumchalar embrional rivojlanishi davrida yorg`oqqa qarab intilishi.

ANORXIZM - jinsiy tuxumchalarning embrional rivojlanish davridan bo`lmasligi. Chaqaloq tug`ilganidan so`ng ham tuxumchalarning yorg`oqda, tushish yo`llarida umuman bo`lmasligi anorxizm deyiladi. Anorxizm ko`pincha ikki yoki bir tomonlama buyraklar ageneziyasi yoki aplaziyasi bilan keladi. Yorg`oqda tuxumchalar aniqlanmaydi, bemorda endokrin o`zgarishlar bo`lishi mumkin, endokrin garmonlar bilan davolashga harakat qilinadi.

MONORXIZM - yorg`oqda yagona tuxumchani bo`lishi, bir tomonlama tuxumcha aplaziyasi, ageneziyasi, davolanmagan kriptorxizmga kuzatiladi. Yagona tuxumcha ko`p xollarda “vikar” gipertorfiyaga uchraydi. Monorxizm hosil bo`lishiga buyraklar va jinsiy bezlarning birlamchi embrional shakllanishi davridagi o`zgarishlar sabab bo`ladi.

POLIORXIZM - yorg`oqda ikkidan ortiq tuxumcha aniqlanadi. Bemorni bezovta qilmaydi.

TUXUMCHA GIPOPLAZIYASI. Kriptorxizm bilan birgalikda uchraydi. Ikki tomonlama gipoplaziya holatlarida endokrin o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlar adipozogenital semirishdan aziyat chekishadi, jinsiy rivojlanishdan orqada qolishadi. Endokrinolog bilan birgalikda davolanadi.

MOYAK EKTOPIYALARI. Tuxumcha qorin ortidan yorg'oqqa tushish jarayonida o'z yo'lidan "adashib", yorg'oqqa tushmasa, qov, son, chov yoki oraliq sohalarida aniqlansa tuxumcha ektopiyasi deyiladi (2-rasm). Davosi; operativ-tuxumchani yorg'oqqa tushirish.



2-rasm. Oraliq ektopiyasi.

KRIPTORXIZM

Yunon so'zidan olingan bo'lib, yashiringan urug'don degan ma'noni anglatadi. Bu kasallikda bir yoki ikkala urug'don antenatal davrda yorg'oqqa tushmay, qorin bo'shlig'i yoki chov kanalida tutilib qoladi. Ko'proq urug'donning chov kanalida tutilib qolish hollari uchraydi. Kriptorxizmning quyidagi turlari farq qilinadi;

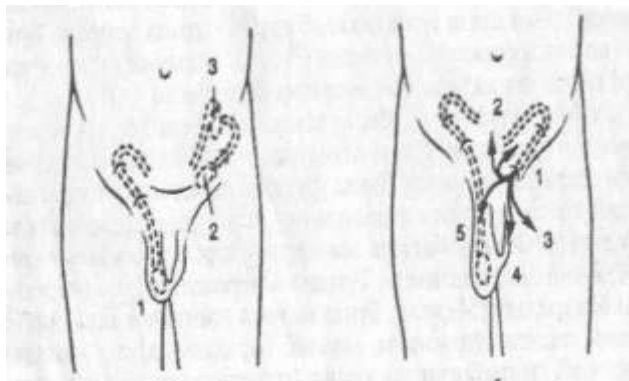
- 1) bel sohasi kriptorxizmi;
- 2) qorin sohasi kriptorxizmi;
- 3) chov kanali kriptorxizmi;
- 4) chov kriptorxizmi (3-rasm).

Etiopatogenezi. Bu nuqsonning kelib chiqishi to'g'risida ko'pgina nazariyalar mavjud. Ularning orasida ko'pchilik tomonidan tan olingani quyidagilardir:

1. Mexanik nazariya. Urug`donning ushlanib qolishi uning rivojlanishidagi jarayonida atrof to`qimalar bilan bo`lgan o`zaro aloqaning buzilishiga bog`liq. Uning yorg`oqqa tushish yo`li chandiqlar bilan bekilib qolishi mumkin.

2. Endokrin nazariya. Bu nazariyaga binoan, gipofiz stimulyatsiyasiga urug`donlar to`g`ri javob bera olmaydi.

3. Genetik nazariya. Ayrim olimlar tomonidan genetik omillarning kriptorxizmning kelib chiqishidagi ahamiyati tan olingan. Yuqoridagilardan kelib chiqib shuni aytish mumkinki, kriptorxizm polietilogik xususiyatga ega.



3-rasm. Kriptorxizmning turlari (sxema)

Klinikasi. Bir va ikki tomonlama kriptorxizm farq qilinadi. Bir tomonlama kriptorxizmda tegishli tomonning yorg`og`i etarli ravishda rivojlanmagan va uning ichida urug`don qo`lga unnamaydi. Ikki tomonlama kriptorxizmda esa yorg`oqning ikki tarafi ham rivojlanmagan. Urug`don (urug`donlar) chov kanalida yoki chov kanali tashqi teshigi to`g`risida qo`lga unnashi mumkin. Agar urug`donlar qorin sohasida joylashgan bo`lsa, palpatsiyada umuman hech narsa sezilmaydi. Chov kanalida joylashgan urug`don kam harakat bo`lib, ozgina tortishi mumkin bo`lgan hosila tariqasida qo`lga unmaydi. 5-10 % bemorlarda kriptorxizm bilan birga endokrin funksiya ham izdan chiqadi. Bu ayniqsa ikki tomonlama kriptorxizmda ko`proq kuzatiladi. 25 % bemorlarda esa chov churrasi uchraydi.

Davosi. Kriptorxizm patogenezining endokrin nazariyasi tarafdorlari bu xastalikni ilk bor konservativ usul-gormonlar yordamida davolash lozim, deb aytadilar. Ammo ko`pchilik klinitsistlar har bir bemorga xususiy yondoshish lozimligini uqtiradilar. Umuman, kriptorxizmning ikki tomonlama bo`lishi, bir tomonlama bo`lgan holda ham endokrin buzilishlar bilan birgalikda uchrashi gormonal terapiya uchun ko`rsatma hisoblanadi. Bunday hollarda bemorlarga gonadotropin xoriogeninni 10 yoshgacha bo`lgan bolalarga 500-1000 DB (doza birligi), 10 yoshdan kattalarga esa 1500 DB da, haftada ikki marta va bir oy davomida buyuriladi. Bu davolashdan ijobiy natija olinsa, muolaja kursi 3 oydan keyin yana takrorlanadi. Agar ijobiy o`zgarish bo`lmasa, operatsiya qilish lozim.

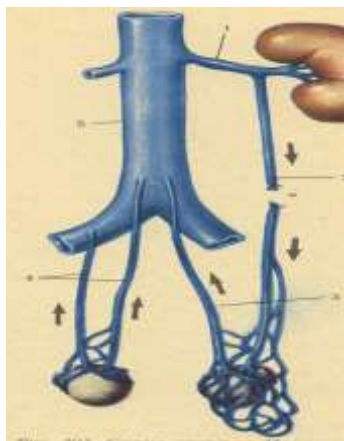
Operatsiya ikki bosqichda o`tkaziladi; birinchi bosqichda urug`don pastga tushirilib, yorg`oq devorchasiga fiksatsiyalanadi. Ikkinchi bosqichda son fastsiyasiga mahkamlab qo`yiladi. Ikki bosqichlik operatsiyaga Bayl-Kitl operatsiyasi misol bo`ladi. 1-bosqichda urug`don yorg`oqqa tushiriladi va son soxasidagi fastsiyaga mahkamlanadi. 2-bosqichda esa uni son sohasidan ajratib, yorg`oqqa joylab, son va yorg`oqdagi teri jarohatlariga chok qo`yiladi. Sokolov usulida orxidopeksiya usuli amaliyotda keng qo`llaniladi, ushbu usulda urug`don yorg`oqqa tushirilgach, ipak ip bilan songa vaqtincha leykoplastir yordamida fiksatsiya qilinadi. Kriptorxizmni operatsiya yo`li bilan davolashda urug`donning shikastlanishlarga juda ham sezgir ekanligini inobatga olish lozim. Operatsiya paytida qo`pol harakatlar qilish natijasida urug` yo`li, qon tomirlari jarohatlanishi mumkin.

Varikosele. Urug` tizimchasi vena tomirlarining kengayishi *varikosele* deb ataladi. **Etiopatogenezi.** Xastalik rivojlanishida urug`don venalarida bosimning ko`tarilishi hamda tomirlar tonusining pasayishi katta ahamiyatga ega. Urug` tizimchasi atrofi pardasining zaifligi ham varikoselega moyillik tug`diradi. Chap urug`don venasida bosim ko`tarilishining sababi, uning buyrak

venasiga ma'lum burchak ostida qo'shilishi hamda buyrak venasining o'ziga xos torayishidir. Bu hol varikoseleining chap tomonda uchrashiga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Rivojlanish darajasiga bog'liq. Boshlanish davrida shikoyatlar bo'lmaydi. Kasallik rivojlangan sari urug'don, urug' tizimchasi, chot orasi va chov kanali tomonlarida og'riq paydo bo'ladi. Yorg'oqdagi og'riq yuk ko'targanda kuchayadi. Qarab ko'rganda yorg'oq terisi va urug'don ko'proq osilganligi, teri ostidagi urug' tizimchasi venalari tugunlashganligi va kengayganligi aniqlanadi. Paypaslaganda urug' naychasi va uning vena tomiri qalinlashgan, chugalchangsimon va xamirsimon ko'rinishda bo'ladi. Ayrim bemorlarda varikosele tomonida gidroselening boshlanish belgilari ham kuzatilib, chov kanalining tashqi teshigi birmuncha kengaygan bo'ladi. Varikosele rivojlanishiga ko'ra 3 darajaga bo'linadi:

1. Bunda urug' tizimchasi sohasida vena tomirlari kengaygan bo'ladi.
2. Bunday o'zgarish urug'don pastki qutbigacha yetadi.
3. Varikoz kengaygan vena tomiri konglomeratga aylanib, yorg'oq sohasini egallaydi.



4-rasm. Varikotsellida operativ davo printsipi.



5-rasm. Angiografiya, tuxumcha venalarining kengayishi.

Davosi. Varikosele tufayli urug'don venalarida qon dimlanadi, natijada urug'donda trofik o'zgarishlar vujudga kelib, bu esa farzandsizlikka olib keladi. Shuning uchun varikoseleining ikkinchi bosqichida operatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Asosan Ivanisevich operatsiyasi qo'llanadi (4-rasm). Bunday usulda operatsiya o'tkazilganda buyrakdan urug'donga qonning retrograd oqib kelishi to'xtaydi. Buning uchun urug'don venasi boylanadi.

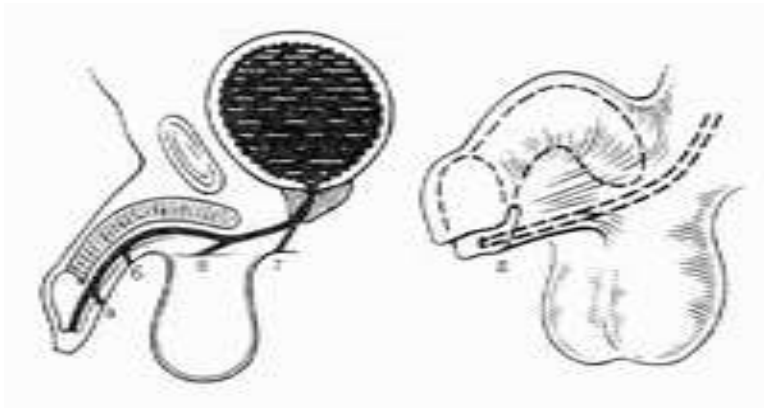
Operatsiyada retsividiv 28 foizgacha kuzatiladi, bu asosan buyrak va urug`don orasidagi boshqa kichik venalarning bog`lanmay qolishi tufayli ro`y beradi. Shu sababli ham Palomo nafaqat urug`don venasi, balki urug`don arteriyasini ham bog`lashni taklif qilgan. Bu operatsiya ko`p hollarda gidrosele berishi, chunki qon tomirlari bilan limfa tomirlari ham bog`lanishi mumkin. Shuning uchun A.P.Eroxin operatsiyadan oldin urug`don oqchil qavati tagiga 0,3-0,2 ml 0,4 %li indigokarmin yoki 0,5 %li Evans eritmalaridan yuborishni taklif qiladi. Shunday qilinganda arteriya va vena qon tomirlari bilan birgalikda yo`nalgan limfa tomirlari ko`k rangda bo`lib, yaxshi ko`rinadi va ular chokka olinishdan istisno bo`ladi.

GIPOSPADIYA. Gipospadiya o`g`il bolalarda tez-tez uchrab turadigan tug`ma nuqson bo`lib, qizlarda juda kam aniqlanadi. Keyingi yillardagi ma'lumotlarga ko`ra, har 300 ta chaqaloqning birida gipospadiya qayd etiladi. Gipospadiyada uretraning old devorining bo`lmasligi, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining qisman yoki olat volyar yuzasining turli joylarida bo`lishi kuzatiladi. Gipospadiya paydo bo`lishida embrion bilan ona o`rtasidagi gormonlar disbalansi katta ahamiyatga ega. Bu hol homiladorlikning boshlanish davrida ruhiy shikastlanishlar sababli aniqlanadi (6-rasm).

Tasnifi. Gipospadiyaning *olat boshi; tana; tana-yorg`oq; yorg`oq va oraliq* shakllari farq qilinadi. Bundan tashqari, kasallikning *«gipospadiyasiz gipospadiya»* deb ataluvchi turi ham bo`lib, ba`zan u uretraning tug`ma kaltaligi, deb ham yuritiladi (6-rasmda ketma-ket ko`rsatilgan).

Klinikasi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi olat boshi cho`qqisida bo`lmay, olat toj egati yoki tanasining turli joylarida hamda yorg`oq va oraliqda bo`lsa, buni gipospadiya, deb tushunmoq kerak. Bunda uretra teshigining qay joyda joylashganligiga nisbatan shakli aniqlanadi. Shunisi muhimki, gipospadiya teshigidan to olat boshigacha xorda tortqisi va fibroz chandiqlar mavjud bo`lib, ular olatning volyar yuza tomonga egilishini ta`minlaydi. Shuning uchun ham gipospadiyaga uchragan olat xuddi vergulga yoki o`roqqa

o`xshab egiladi. Yillar o`tishi bilan g`ovak tanalar o`saveradi, biroq xorda tortqisi va fibroz chandiqlar uzunligi o`zgarmasdan qolaveradi. Shu sababli ham olatning egikligi tobora ortaveradi. Mana shu egiklik tufayli gipospadiyaning yorg`oq, tana-yorg`oq va oraliq turlarida bolalar o`tirib siyishga majbur bo`ladilar.



6-rasm.
Gipospadiya va uning turlari.

Gipospadiyaning olat boshi shaklida ko`pincha uretra tashqi teshigining stenozini ham kuzatiladi. Vaqtida uni bartaraf qilmaslik natijasida yuqori siydik chiqarish yo`llari kengayishi hamda ureterogidronefroz rivojlanishi mumkin.

Gipospadiyaning oraliq shaklida bir yoki ikki tomonlama kriptorxizm ham qayd etiladi. Shuni alohida ta`kidlash lozimki, gipospadiyaning bu shaklida yorg`oq ham ikkiga bo`lingan bo`lib, ular katta hayo lablarini eslatadi. Natijada bola tug`ilgan paytida e`tibor bilan qaramaslik oqibatida, ularning jinsi noto`g`ri belgilanadi va tarbiya ham shunga yarasha bo`ladi. Ba`zan, tashxisni to`g`ri qo`yish uchun jinsiy xromatinlar tekshiriladi, xromosomalar aniqlanadi va nihoyat, laparoskopiya yordamida tuxumdon yoki urug`don bor yoki yo`qligi tekshiriladi.

Davosi. Gipospadiyani davolashda asosan uchta qoidaga rioya qilinadi.

1. Gipospadiya teshigi stenozini bartaraf qilish.
2. Olat egriligini to`g`rilash.
3. Uretraning yetishmagan qismini tiklash.

Gipospadiya teshigi stenozini bartaraf qilish mustaqil ravishda amalga oshirilishi yoki birinchi bosqich operatsiya bilan birgalikda ham bajarilishi

mumkin. Olatni to`g`rilash-birinchi bosqich operatsiyasi bo`lib, bunda olat volyari yuzasidagi xorda tarmoqlari va fibroz chandiqlar olib tashlanib, olat egriligiga barham beriladi. Bu operatsiya 1-2 yasharlikda bajarilgani ma`qul. Ikkinchi bosqich operatsiyasi-uretroplastika deb ataladi. Odatda bu operatsiya 3-4 yoshlarda amalga oshiriladi. Albatta, bunda olatning rivojlanganlik darajasini hisobga olish kerak. Eng asosiysi, uretroplastika quyidagi talablarga javob berishi kerak:

1. Olat ereksiya bo`lganida, u egik bo`lmasligi shart.
2. Uretraning tashqi teshigi olat boshida bo`lishi zarur.
3. Uretraning tashqi teshigi yetarli darajada keng bo`lib, siyishda siydik oqimining erkin chiqishini ta`minlash kerak.

Hozirgi paytda gipospadiyani bartaraf etishning 200 dan ortiq usullari mavjud. Amaliy jihatdan ko`proq Dyupley, Broun, Landerer usullari qo`llanilmoqda. Bir bosqichli operatsiya usullari (Xatson, Duket, Xorton—Devine, J. Beknazarov) ham joriy qilina boshlandi.

EPISPADIYA. Bunda siydik chiqarish kanalining dorsal devori yirtilib, olat g`ovak tanalari ham bir-biri bilan zich yopishmagan bo`ladi.

Tasnifi. *O`g`il bolalarda* quyidagicha; olat boshi epispadiyasi; tana epispadiyasi; total epispadiya (7-rasm) bo`ladi.



7-rasm. Total epispadiya.



8-rasm. Total epispadiya va ekstrofiya.

Olat boshi epispadiyasida uretra yirtilib, dorsal devori faqat olat boshida bo`lmaydi, tana epispadiyasida esa bu hol olat tanasida kuzatiladi. Total

epispadiyada siydik chiqarish kanalining barcha qismida uretraning dorsal devori bo`lmaydi, bu hol qovuq sfinkterida ham aniqlanishi mumkin. Shuning uchun total epispadiyada ko`pincha siydik tuta olmaslik ham qayd etiladi.

Qiz bolalarda; klitor; subsimfizar; total epispadiyalar farq qilinadi.

Klinikasi. Asosan epispadiya shakliga bog`liq. Olat boshi epispadiyasida siydik chiqarish kanalining teshigi olat boshi asosida joylashgan bo`lib, olat boshi ham yassilangan. Siyish jarayoni buzilmagan, lekin siydik turli tomonga sachraydi. Ereksiyada olat tanasi oz yoki ko`proq qorin tarafga egilgan bo`ladi.

Tana epispadiyasida uretra teshigi olat tanasida joylashadi. Qov suyaklari ham simfizdan uzoqlashgan, qorinning to`g`ri mushagi yo`q yoki kam rivojlangan. Olat ereksiyalanganida qorin tarafga ancha egiladi. Ayrim hollarda bola kulganda, kuchanganda siydik tomchilaydi. Siyish paytida bola tizzasiga suyanadi (siydik sachramasligi uchun). Odatda atrof terisi chaqalangan.

Total epispadiyada uretraning dorsal devori bo`lmaydi, olat haddan tashqari egilgan bo`ladi. Qov suyaklari birlashadigan simfiz sohasida dahansimon teshik bo`lib, undan to`xtovsiz siydik chiqib turadi. Ayrim hollarda qovuq shilliq qavati ham shu teshikdan ko`rinadi. Qov suyaklari orasidagi diastaza 8-12 sm gacha boradi. Bemor «o`rdak yurish» qilib yuradi. Yorg`oq rivojlanmagan, uning atrof va son terilari chaqalangan. Epispadiyaga duchor bo`lgan bemorlarda kriptorxizm, yuqori siydik yo`llari nuqsonlari ham kuzatiladi.

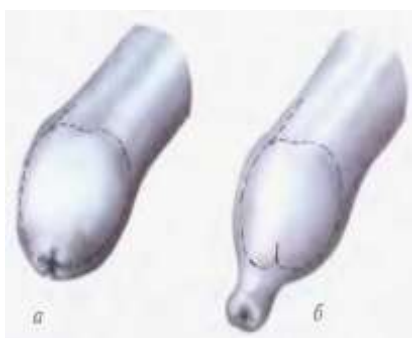
Epispadiyaning klitor shaklida klitor ikkiga bo`lingan bo`lib, uning ustida uretraning tashqi teshigi ochiladi. Siydik chiqarish jarayoni buzilmagan. Bu nuqsonning amaliy ahamiyati yo`q. Xastalikning subsimfizar shaklida esa klitor to`liq bo`lingan, katta va kichik hayo lablari o`rtasidagi old bitishma bo`lmaydi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi dahansimon bo`lib, qovuq sfinkteri ham qisman bo`lingan, shuning uchun ham siydik tuta olmaslik kuzatiladi. Simfiz ajralmaydi.

Total yoki retrosimfizar shaklida siydik kanali va qovuq bo`yni old segmenti bo`lmaydi. Uretra xuddi tarnovga o`xshaydi. Doimo siydik oqib turadi. Hayo lablari va simfiz to`liq ayrilgan, qorin to`g`ri muskuli ham bo`lingan bo`ladi.

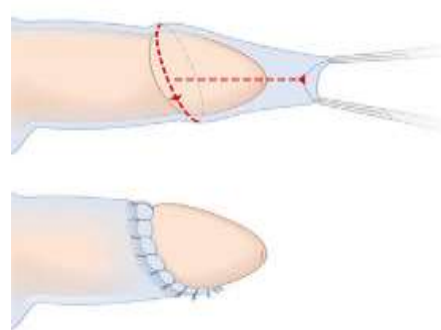
Davosi. Epispadiyaning olat boshi va klitor turlarida davo tadbirlari ko`rilmaydi. Tana va total shaklidagi epispadiyalarni operatsiya qilish zarur. Agar siydik tuta olmaslik aniqlansa, eng avvalo shu nuqsonni bartaraf etish lozim. Uretrani tiklashda Yung, Tirsh va Dyupley-Tirsh operatsiyalari bajariladi.

Fimoz

Olat kertmak teshigining torayishiga aytiladi. Bunda bemorlar siyishdan qiynalishadi. Odatda kichik yoshdagi bolalarda (3-4 yoshgacha) kertmak gipertrofiya holatida bo`lib, u olat boshchasini to`liq yopib turadi. Kertmak olat boshchasi bilan nozik embrional sinexiya orqali yopishgan. Sinexiya smegma to`planishiga sabab bo`lib, smegma esa mikroblar uchun tayyor oziq hisoblanadi. Shu sababli kichik yoshdagi bolalarda gigiena talablariga rioyaga qilinmasa, yallig`lanish-balanopostitga olib keladi. Natijada bu sohada ikkilamchi qo`shimcha to`qimalar paydo bo`lib, kertmak teshigi yanada torayadi.



9-rasm a-atrofik, b-gipertrofik fimoz.



10-rasm. Sirkumseziya operatsiyasi.

Bolalar siyganda kertmak bo`shlig`i kengayadi, siydik esa ingichka oqimda chiqadi, ayrim bolalarda esa tomchilaydi. Olat boshi kertmak teshigidan tashqariga chiqmaydi. Oqibatda siyish jarayonida kertmak shishib bo`rtadi. Morfologik strukturasi qarang gipertrofik va atrofik fimoz farq qilinadi (9-rasm). Birinchisida kertmak haddan tashqari ko`p, ikkinchisida esa u olat

boshchasiga yopishgan bo`ladi. Fimoz natijasida siyish buzilishi, siydik yo`llari yallig`lanishi (sistit, piyelonefrit) mumkin.

Davosi. Fiziologik fimoz bo`lsa, odatda bola bir yoshga kirguncha hech qanday davo talab qilinmaydi. Agar toj egati bo`ylab smegma to`planib qolgan bo`lsa, sinexiyani ehtiyotlik bilan olat boshidan ajratib, smegma olib tashlanadi va olat boshi steril-langani vazelin moyi bilan yog`lanib, yana o`zining joyiga qaytariladi. Shundan keyin 4-5 kun davomida olat boshini chiqarib, 0,1% li kaliy permanganat eritmasi bilan vanna qilinadi. Vanna oxirida preputsiyal xaltachaga vazelin yog`i tomiziladi. Agar ushbu davolar o`z ta`sirini ko`rsatmasa va smegma yana to`planib, kertmak teshigi torayib qolaversa, kertmak kesib olib tashlanadi - sirkumseziya qilinadi (10-rasm).

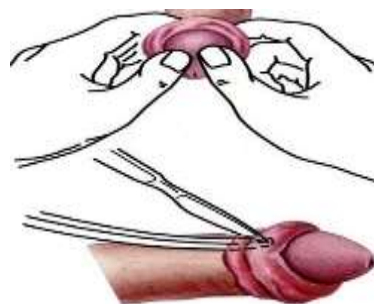
Parafimoz

Kertmak teshigi torayganligi tufayli olat boshchasining siqilib qolishi *parafimoz* deb yuritiladi (11-rasm). Bunda olat boshchasi shishib, siyish qiyinlashadi, og`riq paydo bo`ladi. Agar o`z vaqtida yordam ko`rsatilmasa, kertmakning siqib qo`ygan halqasi nekrozga uchrashi, hatto olat boshi chirib tushishi ham mumkin.

0



11-rasm. **Parafimoz.**



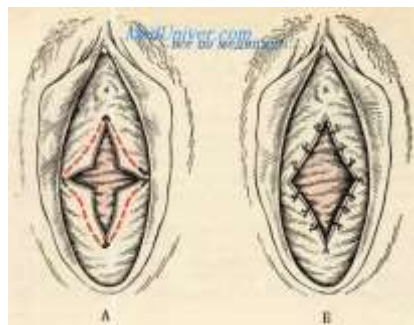
12-rasm. **Parafimozni konservativ va operativ davolash.**

Davosi: Konservativ davolanib, olat boshchasi to`g`rilashga harakat qilinadi (12-rasm, yuqorisi).

Konservativ muolajalar yordam bermasa, umumiy og`riqsizlantirish ostida shoshilinch “sirkumseziya” qilinadi (12-rasm, pastkisi).

Gematokolpos va gematometra

Balog`at yoshiga yetayotgan qiz bolalarga xos bo`lgan holat hisoblanadi. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo`lmasligi (*hymen imperforatus*) natijasida menstrual qonning qinda yoki bachadonda to`planib qolishi bilan xarakterlanadi-gematokolpos (11-rasm). Gematometra - qin atreziyasida menstrual qonning bachadonga yig`ilib qolishi. Qizlik pardasining (qinning) to`liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin hech qanaqa klinik belgi namoyon qilmaydi. Menstruatsiya boshlanishi bilan menstrual qon qinda to`planib qoladi, bemorni bir necha kun qorinni pastki sohasida og`riq bezovta qilishi mumkin. Oradan bir qancha vaqt (1-2 oy) o`tgach bemorda yana qornida og`riq, ko`ngli aynishi, holsizlik, ba`zida qusish bezovta qiladi. Ushbu shikoyatlar uzviylik (siklli) bo`lib, har sikldan so`ng bemor ahvoli yomonlashadi. Natijada bemorni bolalar xirurgiga olib kelishadi. Ko`rganda umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, qorinni pastki sohasida yumshoq, elastik “o`smasimon” hosila paypaslanadi. Bimanual tekshirganda ham hosila aniqlanadi. Uning kattaligi va hajmi menstrual siklni qanchadan beri davom etayotganligi bilan bog`liq. Ultratovushli tekshirishda kichik chanoq sohasida hosila borligi aniqlanadi. Vizual tekshirganda hayo lablari orasidan bo`rtib turgan, qonga to`la qizlik pardasini ko`rish mumkin (13-rasm). Qin atreziyasida esa so`ngi holat kuzatilmaydi.



13-rasm. Gematokolpos. 14-rasm. Gematokolposda *hymenni* “xochsimon” kesish.

Davolash. Operativ - xochsimon kesib, qon chiqarib yuboriladi (14-rasm).

Qin atreziyasida klinik belgilari gematokolposga o`xshash bo`ladi, operativ davosida esa murakkab mikroxirurgik - plastik operatsiya bajarilishi lozim.

II BOB. BOLALARDA O`TKIR XIRURGIK KASALLIKLAR

BOLALARDA KO`KRAK BO`SHLIG`I TARANGLASHISH SINDROMI

O`pkaning bakterial destruksiyasi - o`pka va plevraning yiringli yemirilishi (destruksiyasi) bilan kechadigan, bemor hayoti uchun o`ta xavfli kasallik hisoblanadi. Kasallik natijasida o`lim 1,2 - 1,5 % ni tashkil etadi.

Etiologiyasi: Poleinfeksiyalar tomonidan qo`zg`atadigan kasallik hisoblanadi. Bolalar nafas a`zolarining o`tkir yiringli kasalliklari ichida ko`proq o`pkaning *stafilokokkli* zararlanishi kuzatiladi. Bu asosan yosh va bog`cha yoshidagi bolalarda, katta yoshdagi bolalarda esa nisbatan kam uchraydi. Keyingi o`n yilliklarda chaqiruvchi-qo`zg`atuvchi sifatida *grammanfiy flora* o`rni ko`payib boryapti (*yiring ko`k tayoqchasi, klebsiella, protey, ichak tayoqchasi, pnevmokokk va b.*)

Patogenezi: Qo`zg`atuvchi mikroorganizmlarning yuqori virulentligi va patogenetik xususiyatlari kasallikning og`ir o`tishiga va nafaqat o`pkadagi yiringli yallig`lanishning kuchayishiga ta`sir qilmasdan, umumiy organizmdagi patologik o`zgarishlarga va gemostazning og`ir buzilishiga olib keladi. Ko`p hollarda aerobronxogen yo`l bilan zararlanish bo`ladi, lekin yiringli o`choqlardan (piodermiya, omfalit, otit, osteomiyelit va boshqalardan) qon orqali gematogen yo`l bilan ham infeksiya o`tishi mumkin.

Mikroorganizmdan zararlanishning muhim xususiyatlari quyidagilardan iborat:

1. O`pka parenximasini buzuvchi absessning nekrotik shaklida o`pka parenximasining periferiyasida plevra ostida yana markazda yiring yig`ilishi mumkin. O`pkaning mikroblari zararlanishida absessdan tashqari yana bulla kuzatiladi. Ularning paydo bo`lishi alveolalararo to`siqning va sog` to`qimaning

chegaralovchi sohasini bronxiolalardagi klapan mexanizmi natijasida buzilishi bilan tushuntiriladi. Ko`p hollarda ular o`z-o`zidan yo`qolib ketadi, ba`zida orttirilgan kistaga aylanib qoladi.

2. Tez rivojlanadigan pleural asoratlar plevra bo`shlig`idagi subpleural yorilishi natijasida va bundan tashqari pleural bo`shliqning aloqali-limfogen va gematogen yo`l bilan infeksiyalanishi natijasida kelib chiqadi. Bolalardagi pleural asoratlar 70% ni, boshqa ma'lumotlarda esa 90% ni tashkil qiladi. Bola qancha yosh bo`lsa, plevradagi yiringli jarayonlar og`ir o`tadi va ko`p uchraydi (ayniqsa 1 yoshli bolalarda).

3. Mikroorganizmdan zararlanish darrov sepsis holatiga o`tadi. Bu ko`p bemorlarda o`tkir nafas etishmovchiligi, markaziy va periferik gemodinamikani va metabolik buzilishni paydo qiladi. 1963 yilda S. L. Libov tomonidan birinchi marta o`pkaning Stafilokokkli destruksiyasi termini kiritilgan. Bu termin o`z o`rnida pnevmoniya guruhiga kiradi. Bu kasallikni ham terapevtik davolash muhim o`rinni egallaydi. Ayrim hollarda instrumental va xirurgik davolash olib boriladi.

Klassifikatsiyasi.

O`pkaning bakterial destruksiyasi kelib chiqishi bo`yicha;

birlamchi (aerobronxogen) va ikkilamchi (gematogen) bo`ladi.

Klinik rentgenologik shakli bo`yicha.

1. Plevra asoratisiz o`pka ichi destruksiyasi;

a) absess b) bulla

2. Plevral asoratli destruksiya;

a) piotoraks (total, chegaralangan, ekssudativ) qoplovchi, fibrinozli qoplovchi (plashsimon).

b) piopnevotoraks (taranglashgan, taranglashmagan, chegaralangan).

v) pnevotoraks (taranglashgan, taranglashmagan, chegaralangan).

Kechishi bo`yicha; o`tkir, cho`zilgan, surunkali.

3. Surunkali turi.

- a) surunkali absess.
- b) surunkali empiema
- v) orttirilgan o`pka kistasi.

Kuzatishlar shuni ko`rsatadiki, birlamchi aerobronxogen zararlanish 80% hollarda uchraydi. Ikkilamchi zararlanish chaqaloqlarda va emizikli bolalarda kuzatiladi. O`tkir destruksiya bilan turli yoshda kasallanish mumkin. Absess va bulla holatidagi plevranning asoratsiz turi katta yoshdagi bemorlarda uchraydi. Plevra asorati orasida eng ko`p uchraydigan piopnevotoraksning har xil shakllaridir. O`tkir destruksiyaning asoratli turi 83% hollarda uchraydi. Ikkinchi o`rinda piotoraks turadi, ba`zida piopnevotoraks ham kuzatiladi. Surunkali empiema o`tkir destruksiyaning oqibati bo`lib, 4-5% bemorlarda aniqlanadi.

O`TKIR BAKTERIAL DESTRUKSIYA

Klinikasi va tashxisi: kasallik ko`p hollarda kataral belgilar bilan o`tkir boshlanadi. Tana haroratining ko`tarilishi, hansirash, kataral belgilar o`tkir respirator kasalliklarga, ya`ni bronxit bilan zotiljamga o`xshaydi. Lekin shuni bilish kerakki, bolalarning 1/3 qismida kasallikning boshlanishi yashirin sindromlar bilan kuzatiladi, ya`ni abdominal, neyrotoksik, astmoidli va renal.

Abdominal sindromlar (qayt qilish, qorindagi og`riq, ichaklar parezi, qabziyat) taxminan 15 foiz bolalarda kuzatiladi.

Neyrotoksikoz 5 foiz bolalarda, 12 foiz bemorlarda har doimgi simptomlaridan biri xurujli yo`tal hisoblanadi, ayrim hollarda, *astmoid* belgilari bo`ladi. Yiringlash jarayonining zo`rayishi yoki plevradagi asorat natijasida kuchayib boradigan zaharlanish va nafas buzilishi rivojlanadi. U yoki bu komponentning ko`rinishi kuchayib borishi o`pka va plevranning zararlanish shakliga bog`liq. Chaqaloq va emizikli bolalarda zaharlanish va nafas buzilishining tez rivojlanishi darhol bilinadi. O`pka ichi turida ko`p hollarda fizikal belgilar bemor ahvolining og`irligi bilan to`g`ri kelmaydi va bir oz nafas susayishi

doimiy bo'lmagan xirillashlarga olib keladi. Plevradagi asoratlardan fizikal belgilar ancha kuchayadi, asosan ekssudat yoki havo bo'lganda o'tkir destruksiya periferik qondagi o'zgarishlar yiringli shamollashni ko'rsatadi va leykotsitoz (15-20 ming) bilan tugallanadi. Neytrofilning ko'rinishi bilan ko'p hollarda ECHT yuqori bo'ladi.

Kasallikning boshlanishi va ko'rinishi turli xil niqoblangan sindromlar tashxisini qiyinlashtiradi. Rentgenologik va instrumental tekshirish asosan hal qiluvchi ob'ektiv usullar hisoblanadi. Ko'krak qafasini tekshirishda eng qulay usul rentgen (vertikal holatda 2 proektsiyada) hisoblanadi. Bakterial destruktiv zotiljamga gumon qilishda boshlang'ich qismlarda rentgen belgilarining (dog'lar) borligi gumon qilinadi. Bularga segmentlar guruhi yoki o'pka bo'lagini egallovchi keng infiltratlar kiradi. Yallig'lanishda infiltrat bosqichini ayrim mualliflar destruksiya oldi holati deb hisoblaydi. Ko'rsatilgan bosqichda yallig'lanish jarayoni qaytadi yoki absessli destruktiv bosqichga o'tadi. Bu holat ko'pincha o'tkazilgan muolajaga bog'liq bo'ladi. Destruksiyaning pufakchali shakli; rentgen tasvirida bir yoki bir nechta havoli bo'shliq bilan ifodalanadi va yupqa qobiqqa ega. Havoli hosilalar o'zining dinamikligi bilan ajralib turadi. Bular o'z o'lchamini o'zgartirish xususiyatiga ega. Kutilmaganda hosil bo'lib va tezda kichrayishi mumkin. Juda kam hollarda taranglashgan va plevrage yorilish asoratlari kuzatiladi. Bu turi klinik tomondan yaxshi hisoblanadi. Nafas yetishmovchiligining belgilari va toksikoz kam rivojlangan, perifokal infiltrativ o'zgarishlarga proporsional bo'lib boradi. Plevrada asorat bo'lmaganda rentgen tasvirida 3 xil ko'rinishda bo'ladi:

Absesslar suyuqlik bilan to'la bo'lishi mumkin va lobit shaklida butun bir bo'lak yoki segment bir xil qoraygan bo'ladi. Asosan absesda rentgen tasvirida bo'shliq, pastida va tepasida suyuqlik ko'rinadi. Absessning klinik ko'rinishida tana harorati yuqori bo'lib yiringlash davom etadi. Simptomlar absessning bronxlarga teshilish darajasiga qarab aniqlanadi. Yangi tug'ilgan va emizikli bolalarda absessning o'z-o'zidan teshilishi kam hollarda ko'rinadi. Shuning

uchun ham shu yoshda absesslar yuqori darajali intoksikatsiya va chuqur nafas yetishmovchiligi bilan birga kechadi. Katta yoshdagi bolalarda absessning bronxlarga ochilishi to'la bo'lmasa ham, bularda doim ko'kyo'tal kuzatiladi. Nafas bo'g'ilishi uncha chuqur bo'lmaydi. Absessga to'la tashxis qo'yish uchun qo'shimcha tekshirish usullaridan biri diagnostik bronxoskopiya hisoblanadi. Bu usul faqat absess bo'lganligini tasdiqlab qolmasdan, uning shishi, qizargan qismi va undan ajralayotgan yiringli shilliq suyuqlikni aniqlab beradi.

Plevral destruksiya asoratlari eng xavfli hisoblanadi. Plevral asoratlar ko'p hollarda yiringning o'pkadan plevra bo'shlig'iga hamda kontakt limfogen va gematogen yo'llar bilan infeksiya tushganda yuzaga keladi. Plevral asoratning eng zarur va doimiy belgisi nafas buzilishining kuchayib borishi hisoblanadi. Tez hansirash, bezovta bo'lish, emizikli bolalarda asfiksiya xurujigacha olib boradi. Nafas xirillab aritmik bo'ladi, yordamchi muskullar yordamida ishlaydi. Puls tezlashadi va kuchsiz to'liqlikda bo'ladi. Yuz qismida va teri yuzasida ter donachalari ko'rinadi.

Plevra ichi kuchlanishiga bronxo-plevral oqma klapan mexanizmining yuzaga kelishi sabab bo'ladi. Bu holatning yuzaga kelishida fibrinlar va bronxning shilliq qavatidagi shishlar asosiy rol o'ynashi mumkin. Plevra bo'shlig'i taranglashganda bemor ahvolining og'irligi bir necha omillar bilan belgilanadi. O'pkaning qisilishi, o'tkir nafas etishmovchiligi, nafas maromi va chuqurligining buzilishi og'ir gipoksiya holatiga olib keladi; yurakka qon kelishining qiyinlashuvi (venalarning qisilishi hisobiga) bemor ahvolini og'irlashtiradi. Ko'ks oralig'ining siqilishi gipoksik holat hisoblanadi. Bular reflektor ravishda qon aylanishining buzilishiga olib keladi.

Total piotoraksda rentgen tasviri ham taranglashgan piopnevotoraksdagidek bo'ladi. Bunda birinchi o'rinda yiringli intoksikatsiya belgilari yuqoridir. Taranglashgan piopnevotoraks va pnevmotoraks o'zining og'irligi bo'yicha ko'rsatilgan ikki turga nisbatan o'rtacha bo'ladi. Nafas va qon aylanishining buzilishi o'pkaning kollaps darajasiga proporsionaldir. Plevra

asoratining qobiqli va chegaralangan turlarida bemorning umumiy ahvoli dastlab bir tekis bo`ladi. Nafas buzilishining rivojlanishi kuzatilmaydi. Bemor ahvolining og`irligi o`pkadagi yallig`lanish jarayonining kuchayishiga qarab aniqlanadi. Destruksiyaning pleural asoratiga tashxis qo`yishda asosiy qulayliklardan biri ko`krak qafasining rentgen tasvirida ko`rish va plevrani punksiya qilishdir. Plevra asoratining eng ko`p uchraydigan turlaridan biri piopnevotoraks hisoblanadi. Rentgen belgilariga qarab uning har xil turlarini ajratish mumkin.

Taranglashgan piopnevotoraks. Rentgen tasvirida o`pka maydonining zararlangan qismi havo hisobiga yorilgan bo`ladi. Havoning tagida gorizontall tekislikda qoraygan qismi ko`rinadi (1-rasm). Bular sinuslarni to`ldirib turgan ekssudatlarning yig`indisi hisobiga bo`ladi. Ko`ks oralig`ining soyasi va yurak tezda qarama-qarshi tomonga suriladi va «ko`ks oralig`i churrasini» hosil qiladi. Ko`krak qafasining qovurg`alar orasidagi kengligi sog` tomonga nisbatan kasallangan tomonda kengaygan bo`ladi. Piopnevotoraksning taranglashgan turi ko`ks oralig`ining surilmasligi bilan farq qiladi. Chegaralangan piopnevotoraksda rentgen tasviri havo bilan suyuqlikning joylashgan joyi va miqdoriga bog`liq bo`ladi. Bu holda ko`krak devori dorzal yoki ventral tomonga osilib turadi. Bir kamerali chegaralangan piopnevotoraksda bir tekislikdagi bo`shliq ko`rinadi. Ko`p kameralida esa bunday bo`shliqdan 2-3 tasi har xil tekislikda bo`ladi (2-rasm).



1-rasm. **Taranglashgan piopnevotoraks.**



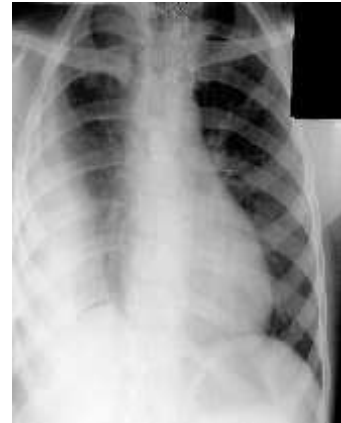
2-rasm. **Piopnevotoraks**

Ayrim hollarda havo va suyuqlik bir-biridan chegaralangan chandiqling soyasini ko`rish mumkin. Destruksiyaning pleural asorati kam hollarda suyuqlik yig`ilmasdan «toza» pnevmotoraks shaklida o`tadi. Bu shakli ham taranglashgan, taranglashmagan, chegaralangan turlarga bo`linadi. Piopnevmotoraksdan so`ng piotoraksda ham tez-tez uchrab turadigan shakllar bor.

Total piotoraksda rentgen orqali zararlangan ko`krak bo`shlig`ining kuchli qorayganligi va ko`ks oralig`ining tasviri bilan qo`shilib ketganini ko`rish mumkin. O`pka tasviri ko`rinmaydi, sinuslarni ham ajratib bo`lmaydi. Kasallangan tomonda qovurg`alar orasidagi kenglik kengaygan. Ko`ks oralig`ining soyasi eksudat hisobiga sog` tomonga qarab suriladi (3-rasm).



3-rasm. Chap tomonlama total piotoraks.



4-rasm. O`ng tomonlama «plashsimon» piotoraks.

Chegaralangan piotoraks o`zining suyaklararo va diafragma ustida joylashishi (jadal zotiljam) bilan ifodalanadi. Qoplovchi piotoraksda butun o`pka maydonining tiniqligi pasayishi, ayniqsa diafragmaning pastki qismida kuchliroq, o`pkaning yuqorigi qismida kuchsiz bo`ladi. Ayrim hollarda to`g`ri rentgen tasvirida (o`mrov) aksilyar chizig`i bo`yicha suyaklararo qismida yig`ilgan eksudat hisobiga kuchli qorayish ko`rinadi. Plashsimon piotoraks (4-rasm) o`pkaning periferik qismiga tarqalgan, ayniqsa pastki lateral qismidan kuchli qorayishi bilan farq qiladi.

Piopnevotoraksda yoki pnevotoraksda kam uchraydigan og'ir asoratlardan biri pnevotomediastinum hisoblanadi. Ayrim hollarda havo visseral plevradan o'tib, ko'ks oralig'iga o'tadi va a'zolarini o'rab oladi hamda bo'yinda, teri osti to'qimalarida, yuz qismida, ko'krak va qorin devorlarida kuzatiladi. Rentgen tasviri ko'ks oralig'idagi yig'ilgan havo miqdoriga bog'liq. Ular xuddi alohida-alohida qismlardagi yorishganlik ko'rinishida bo'ladi. Havo ko'p yig'ilgan hollarda esa ayrisimon bezni ham o'rab olib, yurakni surib qo'yadi. Plevral asoratning barcha turida ham diagnostik punksiya qilish zarur. Bu usul orqali ekssudatning turi, miqdori va kasallik qo'zg'atuvchining (bakteriologik tekshirishdan so'ng) hamda ishlab turgan bronxlardagi oqmani, o'pka tarangligini aniqlash mumkin. Punksiya qilingandan so'ng kengayganligi yoki undagi o'zgarishlarni aniqlash uchun rentgen tasvirini qaytarish zarur. Agar havo ko'p bo'lsa, bemorlarni orqasi bilan yotqizib qo'ltiq osti yoki o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha 3-5 qovurg'alar orasidan punksiya qilish kerak. Piopnevotoraks yoki pnevotoraksda qo'ltiq osti yoki ko'krak chiziqlari bo'yicha 6-7 qovurg'alar orasidan punksiya qilinadi. Chegaralangan piotoraksda yoki pnevotoraksda yaxshisi punksiya qilinadigan joyni rentgen ekrani oldida belgilab olish kerak. Plevraning har xil yiringli zararlangan turlarida o'pkaning tug'ma yiringlagan kistasi, diafragma churrasi, o'pkaning atelektazi, o'pkaning tug'ma bo'laklari emfizemasi, o'sma kasalliklari bilan solishtirishma tashxis qilinadi. O'pkaning katta taranglashgan yiringli kistasida nafas buzilishi va ko'ks a'zolari surilishining klinik ko'rinishi taranglashgan piopnevotoraksda o'xshab ketadi. Klinik ko'rsatkichiga qarab tashxis qo'yish qiyin. Eng anig'i rentgenologik usul hisoblanadi. Yarim pozitsion yoritilganda atrofida infiltrat bo'lmagan kista qobig'ining konturini ko'rish mumkin. Bu ish tomogrammada yana ham aniq ko'rinadi. Piopnevotoraksdan asosiy farqi kistada diafragmal sinuslar bo'sh bo'ladi. Periferiyada o'pka tasviri ko'rinadi. Piopnevotoraksda esa sinuslar qoraygan bo'lib, o'pka tasviri ko'rinmaydi. Bir qancha hollarda piopnevotoraks bilan o'pkaning katta absessini solishtirish qiyin. Umum

belgilari tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya va nafas yetishmovchiligi hisoblanadi. O'pka absessi piopnevotoraksdan farq qilib, o'pka to'qimasida perifokal infiltratsiya bilan absessning konturi aniq ko'rinadi. Sinus but bo'lib, ko'ks oralig'ining surilishi kuzatilmaydi. Yoki kam bo'ladi. Bemorni yon tomoni bilan yotqizib, suyuqlik sathini rentgenologik usulda aniqlash mumkin. Chegaralangan piopnevotoraks bilan o'pka absessini taqqoslash ancha qiyin, bunda yarim pozitsion rentgenoskopiya katta ahamiyatga ega. Bu usul bilan o'pka ichidagi absessning joylashgan joyi, absessning konturini aniqlash mumkin. Ko'p hollarda diafragma churrasining klinikasini piopnevotoraks deb o'ylash mumkin. Me'daning yoki ichak halqalarining ko'krak bo'shlig'iga surilishi bemorning umumiy ahvoli og'irlashishiga, hansirashga va ko'karib ketishiga olib keladi. Rentgen tasvirida ko'ks oralig'ining surilganligi ko'rinadi, me'dadagi yoki ichakdagi suyuqlikni plevrada suyuqlik deb o'ylash mumkin.

Hansirash, ko'karish, tana haroratning ko'tarilishi zo'rayib boradi. Piopnevotoraksda bo'lsa, og'ir zotiljam asosida kuchli intoksikatsiya va kuchayib boruvchi nafas yetishmovchiligi hamda tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Diafragma churrasida bemorni tekshirganda qorinning ichkariga kirganligini va auskultatsiyada ko'krak qafasida ichak harakatlarini eshitish mumkin. Qayta rentgen qilib ko'rilganda ko'krak qafasining o'zgarganligi aniqlanadi. Bu me'da va ichaklardagi suyuqlik miqdoriga bog'liq. Gumon qilingan hollarda aniq tekshirib ko'riladi. Pnevotoraksni o'pka atelektazi bilan solishtirish mumkin. Asosiy farqlaridan biri o'pka atelektazida yurak soyasi kasallangan tomonga qarab siljiydi. Aniq tashxis bronxoskopiya yo'li bilan qo'yiladi. Yangi tug'ilgan va emizikli bolalarda nafas yetishmovchiligi, tutqanoqli (sianoz) ko'karish, hansirash bilan kuzatiladi. Bu holda tug'ma bo'laklar emfizemasi deb o'ylash mumkin. Rentgenologik tekshirish hal qiluvchi vosita hisoblanadi. Pnevotoraksda o'pka tasviri ko'rinmaydi, o'pka emfizemasida, aksincha ko'rinadi. Unda o'pkani punksiya qilishdan saqlash kerak. Qilingan holda ham juda oz miqdorda 1-2 ml havo chiqadi. Tovush va

nafasning pasayishi, plevra bo`shlig`ining qorayishi va ko`ks oraliq`ining qarama-qarshi tomonga surilishi ko`krak bo`shlig`ining o`smasi hisobiga ham bo`lishi mumkin. Ko`p hollarda xavfli turi (limfagranulematozi, limfosarkoma) bo`ladi, ko`pincha piotoraks bilan solishtiriladi. Eng asosiy farqi nafas yetishmovchiligi o`sma kasalligida kechroq boshlanadi.

Ko`krak qafasida har xil diafragma deformatsiyasi ham kuzatilishi mumkin. Qovurg`a o`rtasidagi oraliq kengaygan bo`lib, sinus bo`sh bo`ladi. Boshqa xil o`smalarda plevrada suyuqlik yig`ilishi mumkin. Suyuqlik olingandan so`ng o`sma soyasini ko`rish mumkin. O`smaning joyini aniqlash uchun rentgenografiya va pnevmomediastinografiya usullari qo`llanadi. O`pkaning destruksiya jarayoni o`tkir kechganda 1-2 oy ichida tugaydi, yiringli jarayon 3 oygacha davom etadi. Agar o`pkadagi yoki plevradagi yiringli jarayon 3 oydan ko`p davom etsa, rentgenomorfologik qaytmas o`zgarishlar bo`lsa surunkali turi hisoblanadi. Bir yoshgacha bo`lgan bolalarda o`tkir turi ko`p uchraydi. Kattaroq yoshdagi bolalarda o`tkir va surunkali turlari kuzatiladi. Har bir turida sepsis bor yoki yo`qligini solishtirib ko`rish kerak. Destruksiyaning og`ir pleural asorati bilan ko`p uchraydi. Bemor yoshi qancha katta bo`lsa, destruktiv zotiljamning o`pka pleural chegaralanishi shakli shuncha ko`p bo`ladi. O`tkir turidan ko`ra surunkali turi ko`p aniqlanadi.

Davosi. Davolash usuli quyidagi prinsiplarga asoslanadi; makroorganizmga ta`sir; mikroorganizmga ta`sir; mahalliy o`choqqa – diagnostik punksiya, torakosentez, plevra bo`shlig`ini drenajlash (aktiv, passiv) va quyidagilar e`tiborga olinadi - kasallikning og`irligi, zararlangan turi va tarqalishiga moyilligi yoki yiringli jarayonning chegaralanganligiga qarab belgilanadi. Yosh xususiyati; bakteriyali destruksiya davolashda barcha davolash usullarini qo`llash mumkin; konservativ, bronxoskopiya bilan tozalash, plevra bo`shlig`ini teshish, radikal xirurgik ishlov berish. Mikrofloralarning sezuvchanligiga qarab o`tkaziladigan antibiotikoterapiya eng asosiy komponentlardan biridir. Eng ko`p qo`llaniladigan yarim sintetik penitsillinlar,

tetratsiklin, makrolidlar, *sefalosporinlar* guruhidagi preparatlar hisoblanadi. Jadal davolash usulida avvaliga nafas olishni yaxshilash zarur (oksigenoterapiya). Ko`p bemorlarga yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Mikrotsirkulyatsiya buzilganda glyukoza, novokain aralashmasi, eufillin, droperidol, uncha katta bo`lmagan miqdorda geparin qo`llanadi. Elektrolitlar va kislota-ishqor buzilishini to`ldirib borish kerak. Bolalarga birinchi kundan qon quyiladi. Immunoterapiyada eng kuchli dorilardan stafilokokka qarshi plazma, gammaglobulin, ko`k yiring tayoqchasiga qarshi antibiotiklar qo`llanadi. Destruksiyaning bo`lakli turida, qoplovchi fibrinozli piotoraksda va bronxlarga teshiladigan absesslarda instrumental va xirurgik usullar bilan birga konservativ davolash mumkin. Plevral asorati bo`lmagan absesslarni davolashda bronxoskopiya bilan (drenajlash) teshish eng yaxshi usul hisoblanadi.

Bronxoskopik tozalash ikki xil bo`ladi.

1. Zararlangan bronxning siqilgan qismidan yig`indilarni bronxoskop orqali so`rib olish.

2. Bronxoskopiya orqali teshish usuli, katta yoshdagi bolalar absessida ancha foydaliroq.

Bir yoshgacha bolalarda bronxlar diametrining kichikligi, yiringli destruksiya jarayoni tez rivojlanishi munosabati bilan bu usul kam ahamiyatga ega. Punksiya bilan davolash usuli absessda faqat parietal va visseral varaqlari birikkanida ruxsat etiladi. Shunday birikishlar kech muddatlarda yuzaga keladi. Qolgan hollarda punksiyadan keyin qaytalanish ko`p uchraydi. Destruksiya plevra asoratining qo`shilishi bolalar hayotini xavf ostiga qo`yadi. Shuning uchun har bir bemor shoshilinch yordamga muhtoj bo`ladi. Plevra bo`shlig`ini qayta teshish bilan davolashni destruksiyaning yirikroq plevral asoratlarida qo`llash mumkin (chegaralangan piotoraks va chegaralangan piopnevotoraks). Katta yoshdagi bolalarda piotoraksda, ya`ni ekssudat quyuq konsistensiyali bo`lmasada, birinchi punksiyadan keyin ekssudat yig`ilishi kamayib qolishi

mumkin. Yuqoridagi ko`rsatmalarda punksiya bilan davolash yaxshi natijalar beradi.

Plevra bo`shlig`ini drenajlash keng tarqalgan. Bu usul plevra asoratlari bo`lganda hamda punksiya bilan davolanish natijasiz bo`lgan og`ir turdagi bemor bolalarga qo`llanadi. Plevra bo`shlig`idagi yiring va havoni chiqarish o`pkani kengaytirishda, plevra bo`shlig`ini tozalashda qulay sharoit yaratadi. Ammo bu usulni piopnevotoraks va pnevmotoraksda bo`ladigan keng va ko`p bronxoplevral oqmalarda qo`llab bo`lmaydi. Plevrani teshish gipoksiyani yana ham kuchaytirib yuboradi. Bunday hollarda *Byulau usuli* bo`yicha drenaj qilinadi (5-rasm).



5-rasm. **Byulau usuli bo`yicha plevra bo`shlig`ini drenajlash.**

SURUNKALI O`PKA DESTRUKSIYASI

O`pka bakterial destruksiyasining surunkali o`tishi kam uchraydi (1-4%). Surunkali jarayon bir necha xil bo`ladi. Surunkali absess 3 oydan ko`proq cho`zilsa va shu vaqt ichida absess teshilmasa, u yallig`lanish pardasi hisobiga chegaradosh to`qimalardan ajralib turadi. Uning yonidagi to`qimalarda yallig`lanish asoratlari bo`lmaydi.

Absessning surunkali turga o`tish genezida noto`g`ri davolanish, uni drenajlashda xatoga yo`l qo`yishlar sabab bo`ladi. O`z vaqtida to`g`ri davolash

va effektiv bronxoskopiya orqali tozalash kasallikning surunkali turga o'tishini kamaytiradi.

Orttirilgan kista bolalarda juda kam uchraydigan hol bo'lib, uzoq davom etgan havo bo'shliqlarining (bulla) va teshikli absesslarning o'rnida hosil bo'ladi. Bu holatlarda kistaning ichida *epitelizatsiya* boshlanib qobiq hosil bo'ladi. Havo bilan infeksiyalanib, uning yiringlashi ham ehtimol. Agar havo bo'shlig'i yarim yildan ko'proq davom etsa va kichiklashmasa, u orttirilgan kista hisoblanadi.

Diagnostika. Bronxografiya usuli orqali operatsiya turi aniqlanadi.

Davolash. O'pkaning patologik o'zgarish hajmiga qarab segmentektomiya yoki ularning bir bo'lagi rezeksiya qilinadi.

Surunkali empiema. Bu destruksiyaning ko'p uchraydigan asoratlaridan hisoblanadi. Surunkali empiema deganda biz plevral bo'shliqning yiringli jarayonini tushunamiz. U 3 oydan ko'proq vaqt davom etib plevral bo'shliqda qo'pol fibroz parda hosil qiladi, o'pkani siqib qo'yadi va ko'krak qafasining deformatsiyasiga olib keladi. Kasallik tarixidan uzoq vaqt davolanish olib borilganligi, drenaj naychaning ko'krak qafasida ancha payt turganligi va o'pkaning o'rniga qaytmaganligi aniqlanadi. Surunkali empiemaning klinik ko'rinishida kasal umumiy ahvolidan yaxshilanishi kuzatiladi. Klinik va rentgenologik belgilarda o'pka va plevranning o'tkir yallig'lanish jarayonlari kuzatilmaydi, nafas yetishmovchiligi kuchaymaydi, surunkali yiringli intoksikatsiya simptomlari ustun turadi.

Kasallangan tomonda ko'krak qafasi ichkariroq joylashadi. Surunkali empiema bronxoplevral va plevra-teri oqmalariga olib kelishi mumkin. Perkussiyada kasallangan tomonda perkutor jarayonning qisqarishi, nafas olishning susayishi kuzatiladi. Xirillashlar kasallangan o'pkada bronxitning rivojlanishiga bog'liq bo'ladi.

Rentgenologik tasvirda qovurg'alararo oraliqning torayishi kichik va katta o'lchamda bo'lgan bo'shliqlar va o'pkaning siqilishi aniqlanadi. Bunda

suyuqlik sathi ham aniqlanadi. Ko`plab qattiq fibroz bitishmalar hisobiga o`pka tiniqligi pasayadi. Ko`ks oralig`i patologik tomonga siljiydi. Surunkali empiemada bronxografiyadan foydalanish qulay bo`ladi. Agar bronxlar deformatsiyasi aniqlansa, silindrik va xaltasimon bronxoektaziya tasdiqlansa va keng bronxial oqmalar bo`lsa, unda xirurgik muolaja o`tkazish zarur. Empiema bo`shlig`ini antibiotik va antiseptik moddalar bilan yuvish kerak. Umumiy quvvatlovchi dori vositalaridan foydalanish lozim. Surunkali empiema yarim yilgacha davom etayotgan bo`lsa, yana 2-3 oy konservativ davolash mumkin. Konservativ davolashda empiema bo`shlig`i quruq va yiringdan toza bo`lsa, unda davolash natijasi ijobiy hisoblanadi. Agar bo`shliqlar ichida yiring va suyuqlik qolsa, xirurgik muolaja tavsiya qilinadi. Surunkali empiemada *dekortikatsiya* asosiy xirurgik usul hisoblanadi. Bronxoektaziya va bronxial oqmalar bo`lganda *rezeksiya* usuli qo`llanadi. Lekin shuni esda saqlash kerakki, xirurgik muolaja davomida bemor ko`p qon yo`qotishi va o`pka deformatsiyalanishi mumkin.

MEDIASTENITLAR

Ko`ks oralig`ining yallig`lanish kasalligi bo`lib, kasallikning kelib chiqishi qizilo`ngach teshilishi, nafas yo`llari yot jismi, yuz-jag`, tomoq sohasidagi jarohat yoki yiringli jarayonlar sabab bo`ladi. Bolalarda ko`pincha qizilo`ngach teshilishi orttirilgan yoki tug`ma tor joylarni qo`pol bujlash natijasida kelib chiqishi mumkin. Ayrim hollarda o`tkir biror jism yoki asboblar tufayli muolaja vaqtida ro`y beradi. Agar tor joylar qiyshiq yoki haddan tashqari tor bo`lsa, albatta kirib borish joyidan teshiladi. Qizilo`ngachning teshilishi yot jismlar hisobiga 3 xil bo`ladi; yot jism bilan qizilo`ngach devorining jarohatlanishi, yot jismni asboblar yordamida olish va uning qizilo`ngachda uzoq vaqt qolib ketishidan devorida mahalliy o`zgarishlar bo`ladi.

Diagnostik maqsadda qo`llanadigan ezofagoskopdan noto`g`ri yoki qo`pol foydalanilganda ham qizilo`ngach yirtilishi mumkin. Ko`pincha bu qizilo`ngachning bo`yin qismida yutqinning qizilo`ngachga o`tish joyida

kuzatiladi. Bunga sabab yetarli ravishda boshni va bo'yinni kerakli holda tutmaslik yoki naydan vizual nazoratning yetarli ravishda emasligi sabab bo'ladi. Qizilo'ngach bo'yin sohasining jarohati juda muhim ehtiyotkorlik bilan yondashuvni talab etadi, chunki bu sohada ikkala tomonidan qon tomirlar, nervlar va old tomonda traxeya yotadi.

Klinik ko'rinishi. Jarohatning turiga, o'lchamiga, sohasiga va jarohat olgan vaqtiga bog'liq. Qizilo'ngachda ezofagoskopik muolajani o'tkazayotganda yirtilsa, bolada shok alomatlari yuz beradi; ko'karish, puls o'zgarishi, agar qon ko'p ketsa, unda qon etishmovchiligi alomatlari seziladi. Bemor umuman ovqat yegisi kelmaydi, to'sh orqasi og'riydi, bo'yinni burish juda qiyin bo'ladi. Shamollash jarayoni, ya'ni shish, to'qimalar infiltratsiyasi, ekssudatsiya va og'riq alomatlari kuchaysa, nafas olish qiyinlashadi, toksikoz alomatlari ham asta-sekin rivojlana boradi. Qizilo'ngachning ko'krak qismida jarohat bo'lsa, unda traxeya siqilish alomatlari, to'sh orqasida ko'krak qafasi va ko'ks oralig'ida og'riq kuchayib boradi. Agar qizilo'ngach diafragmadan me'daga o'tish joyida, ya'ni kardial sohada bo'lsa, og'riq asosan epigastral burchak va xanjarsimon o'siq orqasida bo'ladi. Aniq xulosa chiqarishda anamnez va rentgenologik tekshiruv yordam beradi. Rentgenologik belgilar bu bo'yin yoki ko'ks oralig'ida havo paydo bo'lishi va rentgenkontrast moddaning qizilo'ngach chegarasidan chiqib ketishidir. Qizilo'ngachda jarayonning asta-sekinlik bilan yoki tez o'zgarib borishi alohida klinik ko'rinishni kasb etadi. Asta-sekinlik bilan rivojlanishida yot jism atrofidagi to'qimalarda mahalliy yallig'lanish jarayoni kuchayib boradi, mediastenit rivojlanadi. Agar ko'ks oralig'ida yiringlash jarayoni boshlansa, unda to'sh orqasidagi og'riq, bolada yutinishga xalaqit beradi. Umumiy ahvoli og'irlashadi, bezovtalik, hansirash alomatlari kuchayib boradi. Tana harorati 39-40°S gacha ko'tariladi, yo'tal refleksi qo'zg'aladi. Perkutor ravishda ko'kraklararo sohada tovush qisqarishi, auskultatsiyada esa ho'l xirillashlar eshitalishi mumkin. Qon tekshirilganda leykotsitoz, neytrofilyoz kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvdan aniq tasavvurga

ega bo'lish mumkin. Ko'ks oralig'i kengayishi, emfizematoz ko'rinish va kontrast modda yordamida aniq chegarasini ham aniqlashga imkon beradi. O'tkir yiringli mediastenitda ezofagoskopni juda ehtiyotkorlik bilan qo'llash zarur, og'ir hollarda esa foydalanmagan ma'qul. Chunki qo'shimcha ravishda jarohatni ko'paytirib qo'yishi mumkin. Qizilo'ngach yirtilishi, undagi yot jism yoki yiringli mediastenit aniqlanganda alohida yondashish, kerak bo'lsa xirurgik usulni ham birgalikda qo'llash zarur. Yiringli mediastenitlarda davo qilish birgalikdagi muolajalarni talab etadi. Jarayon kuchayganda va bemorning ahvoli og'irlashganda oz bo'lsada, hayotiy muhim bo'lgan a'zolar faoliyatini muvofiqlashtirish lozim. Tomir orqali qon yuborish 20% li glyukoza, oqsil preparatlari, antibiotiklar va fizioterapiyani qo'llash bemorning sog'ayishiga katta yordam beradi. Kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, kichkinagina qizilo'ngach jarohatini ba'zi hollarda konservativ usul bilan ham davolash mumkin. Konservativ terapiya bemorni operatsiya oldidan tayyorlashda ham muhim tadbir hisoblanadi. *Xirurgiya yo'li bilan davolash har bir bemorga alohida yondoshishni talab etadi.*

Xirurgik usul gastrostoma qo'yishdan boshlanadi. Bu albatta qizilo'ngachdagi jarohatning joylashish va tarqalish xususiyatiga bog'liq. Agar mikroperforatsiya sodir etilganidan boshlab 1 kun o'tgan bo'lsa, unda perforativ teshikni tikish lozim. Agar teshik chandiqli tor joyda bo'lsa, qiya qilinib qizilo'ngachning proksimal qismi (yuqori qismini) bo'yin sohasiga chiqariladi va distal qismi (pastki qismi) yopiq tikiladi. Bemorni ovqatlantirish uchun gastrostoma qo'yiladi. Ahvoli yengillashgandan keyin qizilo'ngachning plastik operatsiyasi o'tkaziladi va gastrostoma yopiladi. Perforatsiya hisobiga ko'ks oralig'i yallig'lanishi va yiringlashi kuzatilsa, mediastinotomiya muolajasi ham qo'shiladi. Bunday holda operatsiya 2 tomonlama ya'ni yot jismni olish va ko'ks oralig'ini drenajlashdan iborat bo'ladi. Bemor kech kasalxonaga keltirilganda yoki kasallik kech aniqlanganda jarohat o'lchami emas, balki uning qanchalik asorat paydo qilganligini aniqlash muhimdir.

Bo`yin sohasida flegmona hosil bo`lsa, keng qirqish yo`li bilan yiring oqizilib, drenajlab qo`yiladi. Yiringli mediastenitda yiringni chiqarish uning joylashishiga bog`liq. Shunga asoslanib bir necha usullar yordamida drenajlanadi. Masalan, jarayon ko`ks oralig`i yuqori qismida joylashgan bo`lsa, Razumovskiy usuli bo`yicha bo`yin mediastenotomiyasi qilinadi. O`rta, orqa pastki qismlarida esa Nasilov usuli bo`yicha, ya`ni plevra tashqarisidan borish usuli qo`llanadi. Tarqalgan mediastenitlarda eng yaxshi usullardan biri, bu keng mediastenotomiya, ko`ks bo`shlig`ini sanatsiya qilish va oxirida drenaj qoldirishdan iborat.

Yiringli jarayon plevra bo`shlig`iga tarqalganda esa shoshilinch ravishda torakotomiya va plevra bo`shlig`i drenajlanadi.

KO`KS ORALIG`I EMFIZEMASI - og`ir kasallik hisoblanib, ko`ks oralig`i to`qimalariga havo kirishi natijasida kelib chiqadigan patologik holat hisoblanadi. Kasallik o`pka bakterial destruksiyasi asorati sifatida va qizilo`ngach yoki bronxlarning teshilishi natijasida kelib chiqadi. Ko`ks oralig`i emfizemasi oddiy va kuchayib boruvchi turlarga bo`linadi.

Klinikasi: bo`yinturuq chuqurchasi, o`mrov usti chuqurchalarida va bo`yin terisi ostida emfizema paydo bo`ladi. Kuchayib boruvchi turida emfizema yuz, bo`yin, bosh sochli qismi, ko`krak qafasi, ba`zan qorin sohasiga, hatto jinsiy a`zolarigacha tarqalishi mumkin. Agar bemor tarqalgan emfizema bilan murojaat qilsa, emfizemani chiqish joyini aniqlash qiyinlashadi. Shuning uchun bemor anamnezi yaxshilab o`rganish va ko`ks oralig`i emfizemasi boshlanish belgisi - bo`yinturuq chuqurchasida emfizema boshlanishini yodda tutish lozim. Ko`p hollarda ko`ks oralig`i emfizemasi o`tkir boshlanib, bemor hayotiga xavf sola boshlaydi. Bemor bezovta bo`lib, qulay holatda bo`lishni istaydi. Nafas olishi tezlashdi, sianoz kuzatiladi, yurak qon-tomir yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Diagnostikasi; klinik belgilar asosida va rentgen tekshirish natijasiga asoslaniladi. Rentgenografiyada - ko`ks oralig`ida yorug`lanish aniqlanadi.

Davolash; kompleks davo bilan birgalikda bo'yinturuq chuqurchasidan mediastinotomiya qilinadi.

BOLALARDA «O`TKIR QORIN» SINDROMI

O`tkir appenditsit - chuvalchangsimon o`simtaning o`tkir yallig`lanishi. Appenditsit "o`tkir qorin" a'zolari kasalliklari orasida ko`p uchraydigan va zudlik bilan operatsiya qilishni talab etadigan kasallik hisoblanadi.

O`tkir appenditsitni bolalardagi o`ziga xosliklari:

- Kattalarga nisbatan og`ir kechishi, diagnostikasi murakkabligi bilan xarakterlanadi.
- Bola organizmi anatomo-fiziologik xususiyatlaridan kelib chiqib, erta yoshdagi bolalarda ushbu holat ko`proq ko`zga tashlanadi.
- Bolalar o`tkir appenditsit bilan hamma yoshda kasallanishi mumkin, lekin 2-3 yoshdagi bolalarda ushbu kasallik juda kam uchraydi.
- Kasallanishning cho`qqisi 9 - 12 yoshga to`g`ri keladi.
- 1000 boladan o`rtacha 0,5 - 0,8% kasallanadi.

Yu.F.Isakov, A.F. Dronov (2004) bo'yicha o`tkir appenditsit klassifikatsiyasi:

- **Yiringli-destruktiv:**
- Flegmonoz (1-rasm).
- Gangrenoz (2-rasm).
- Gangrenoz-perforativ appenditsit (3-rasm).
- **Nodestruktiv:**
- "Kataral"
- Appenditsit yoki surunkali appenditsit xuruji

Etiopatogenezi. Kasallik rivojlanishida organizmda mikroorganizmlar o`chog`i borligi (angina, tonzillit, karies, zotiljam), oshqozon-ichak traktida yallig`lanish (kolit, enterokolit) hamda chuvalchangsimon o`simta ichida bo`ladigan mikroblar ta'sirchanligining ortib borishi alohida ahamiyatga ega. Chuvalchangsimon o`simtaning o`tkir yallig`lanishi haqida turli nazariyalar

mavjud. “Mexanik” nazariyasida axlat, gijja va yot jismlarning o`simta kriptalarida turib qolishi natijasida kasallik kelib chiqadi deb tushuntiriladi. “Qon-tomir” nazariyasiga ko`ra, qon tomirida qon aylanishning buzilishi chuvalchangsimon o`simta devori butunligining buzilishiga olib keladi. “Asab tomirlari” nazariyasiga ko`ra, nerv chigallari muskul oralig`idagi qon tomirlarning boshqarish innervatsiyasining buzilishi natijasida chuvalchangsimon o`simtaning oziqlanish jarayoni buziladi, to`qimasining yallig`lanishi o`tkir appenditsit boshlanishiga sabab bo`ladi.



1-rasm. **Flegmonoz appenditsit.**



2-rasm. **Gangrenoz appenditsit.**



3-rasm. **Gangrenoz - perforativ appenditsit**

Chuvalchangsimon o`simtaning klinik anatomiyasi. Maktab yoshidagi bolalarda chuvalchangsimon o`simta «appendix» 8 sm gacha uzunlikda bo`lib, ba`zan uzunroq ham bo`lishi mumkin. Uning devorida ko`p sonli limfa follikulalari bo`lishi va yallig`lanishning asosiy sabablaridan biri bo`ladi. Erta yoshdagi bolalarda o`tkir appenditsitni kam uchrashiga sabab bo`lib chuvalchangsimon o`simtada follikulalarning kam miqdorda bo`lishi va oziqlanish xarakteri (asosan suyuq, sutli oziqlanish) asos bo`ladi.

Klinikasi: O`tkir appenditsitning klinik belgilari turlicha. Bu asosan chuvalchangsimon o`simtaning qorin bo`shlig`ida joylashishiga, o`simtadagi yallig`lanish jarayoniga, organizmning immunologik kuchlariga hamda kasalning yoshiga bog`liq bo`ladi. O`tkir apenditsitning klinik ko`rinishi

bolalarda har xil bo`lib, organizm reaktivligi, bola yoshi, chuvalchangsimon o`simta joylashuviga bog`liq. Quyidagi o`ziga xos belgilar kuzatiladi:

- Nospetsifik umumiy belgilarning mahalliy belgilardan ustuvorligi:
- Kasallikning o`tkir va og`ir kechishiga bola organizmining ba`zi organ va sistemalarining, asosan markaziy va vegetativ nerv sistemasining nisbatan yetilmaganligi sabab bo`ladi. Bemor yoshi qancha kichik bo`lsa, ushbu holat kuchliroq namoyon bo`ladi.
- Bolani tekshirishda, u bilan ruhiy muloqot o`rnatish, tushunish hissiga va moyillikka erishish ham muhim. Ushbu holda xirurg mahorati ayniqsa erta yoshdagi bemorlarda o`tkir appenditsitni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Asosiy umumiy klinik belgilar:

- Og`riq (doimiy og`riq, asosan o`ng yonbosh sohada):
- Ko`ngil aynishi, qusish:
- Tana haroratining ko`tarilishi (tana harorati 37-38°C bo`lishi mumkin):
- Ichak faoliyatining buzilishi - ich kelmasligi (35%), ich ketishi (7%):
- Tili quruq, oq karashlagan:

Asosiy mahalliy belgilar:

- Mushaklar tarangligi (*defanse musculaire*):
- Lokal og`riq:
- Qorin parda ta`sirlanish belgisi (Shyotkin – Blyumberg).

O`z navbatida o`tkir appenditsitni aniqlashda yordam beruvchi simptomlarni quyidagicha ta`riflash mumkin:

Appendikulyar simptomlar:

- Koxer – epigastral sohada boshlangan og`riqning o`ng yonbosh sohaga o`tishi:
- Voskresenskiy – kaft bilan o`ng yonbosh sohani kiyim ustidan tez

siypalaganda og`riq paydo bo`lishi:

- Rovzing – chap yonbosh sohani bosib-bosib ko`rganda og`riqning o`ng yonbosh sohada paydo bo`lishi:
- Sitkovskiy – bemor chap yonboshga ag`darilganda, o`ng yonboshda og`riq paydo bo`lishi:
- Bartole-Mixelson - bemor chap yonboshga ag`darilganda, o`ng yonboshni paypaslaganda og`riq paydo bo`lishi:
- Obrazsov – bemor o`ng oyog`ini tik ko`targanda, o`ng yonboshda og`riq paydo bo`lishi:
- Razdolskiy – barmoqlar bilan to`qillatib urganda og`riq bo`lishi:

Peritoneal simptomlar:

- Shyotkin-Blyumberg;
- Mendel (qorin devorini tuqillatganda og`riq);
- Krimov (o`ng chov kanalini tekshirganda, o`ng yonboshda og`riq paydo bo`lishi);
- Lennander – qo`ltiq ostida va to`g`ri ichakda haroratning har xil bo`lishi ($N < 1^{\circ}\text{C}$);
- Cremasterica – o`ng tuxumcha tortilishi:
- Ichaklar falaji belgisi – qorin diametri kattalashadi.

O`z navbatida o`tkir appenditsitda kuzatiladigan sindromlarni quyidagicha ta`riflash mumkin:

1. Og`riq sindromi. Doimiy qorinda og`riq, asosan o`ng yonbosh sohada, harakat qilganda kuchayadi, ishtaha susayishi, ko`ngil aynishi, holsizlik bilan kelishi mumkin. Vaqt o`tishi bilan og`riq xarakteri o`zgarishi kuzatiladi.

2. Peritoneal sindrom:

- Intoksikatsiya.

- Gippokrat yuzi.
- Tili karashlagan.
- Qorin dam, nafas olishda ishtirok etmaydi (Vinter sindromi).
- Mushaklar taranglashishi.
- Palpator og`riq.
- Perkutor to`mtoqlashuv.
- Peristaltikaning sustlashishi.

Shyotkin-Blyumberg, Mendel, Krimov simptomlari musbat.

3. Yallig`lanish sindromi:

- Temperatura (37; 38; 39 °S).
- Lekotsitoz, neyrofilez, chapga siljish, ECHT oshishi.

4. Dispeptik:

- Ko`ngil aynishi, qusish.
- Ich kelishi buzilishi.
- Puls tezlashuvi, A/B pasayishi, yurak tonlari to`mtoqlashuvi.
- Nafas olish tezlashishi, yuzakilashuvi.

Asab tizimi – uyqusizlik, bezovtalik, karaxtlik.

O`tkir appenditsitda laboratoriya tekshiruvlari asosiy klinik belgilarni tasdiqlash uchun xizmat qiladi.

Chaqaloqlarda appenditsit - kasallik to`satdan boshlanadi. Ona bolaning bezovtalanishi, yig`lashi, emmasligi, tana haroratining 38-40°S ga ko`tarilganligi, bir necha marta qusganligi, kamharakatligidan shikoyat qiladi. Xastalik boshlanishida ichning suyuq kelishi kuzatiladi.

3-yoshgacha bo`lgan bolalarda appenditsit.

Ushbu yoshgacha bo`lgan bolalarni tekshirish juda ham qiyin, chunki ularning yig`lashlari, ko`rayotgan jarrohning qo`lini itarib tashlab, qarshilik ko`rsatishlari, kasallikni to`g`ri aniqlashda muammo tug`diradi. Tashqi tomondan bola qornining ko`rinishi ko`proq aniq ma'lumot beradi (nafas olishda

orqada qolishi, bir oz shishib turganligi). Qorinni paypaslash uchun astalik bilan qo`lni ilitib, bolaga so`rg`ich berib tinchitib, chap tomondan asta-sekin o`ng tomonga o`tiladi, shunda himoya muskul reaksiyasini seziladi. Ba`zan buning uchun narkoz hidlatiladi. Bu holatda muskullarning faol tarangligi yo`qoladi.

Paypaslab ko`rilayotganda qorinning o`ng tomonida og`riq kuchayishidan bola o`ng oyog`ini qorniga yaqinlashtiradi, jarrohning qo`lini olib tashlaydi, holatini o`zgartiradi. Bularning hammasi o`ng yonbosh sohasidagi og`riqning kuchliligidan darak beradi. Barmoq yordamida tekshirganda to`g`ri ichakning oldingi devorida infiltrat bo`lsa, bu o`tkir appenditsitning belgisi hisoblanadi.

Erta yoshdagilarda (3 yoshgacha) asosiy mahalliy belgilar;

- *palpatsiyada mushaklar taranglashuvi;*
- *“qo`lni itarish” belgisi musbatligi.*

Uch yoshgacha bo`lgan bolalarda laboratoriya tekshiruvi ko`rsatkichlari; leykotsitoz (15-25 g/l), siydikda oqsil, leykotsitlar, 1-2 eritrotsitlar hamda silindrlar aniqlanadi. Buyrak to`qimasining zaharlanishi (intoksikatsiya) siydikdagi o`zgarishlar ko`rsatkichidir. Koprogrammada leykotsitlar, eritrotsitlar bo`ladi. Uch yoshgacha bo`lgan bolalarda chuvalchangsimon o`simta qorin bo`shlig`ida anatomik jihatdan har xil joylarda qayd etilishi mumkin. Bu yoshdagi bolalarga o`tkir appenditsit tashxisini qo`yishda bolani ko`rikdan o`tkazishning murakkabligi, chuvalchangsimon o`simtaning qorin bo`shlig`ining turli sohasiga siljib turishi ancha qiyinchilik tug`diradi. Shuning uchun ham bunday bemorlarni shifoxonaga yotqizib tekshirish zarur.

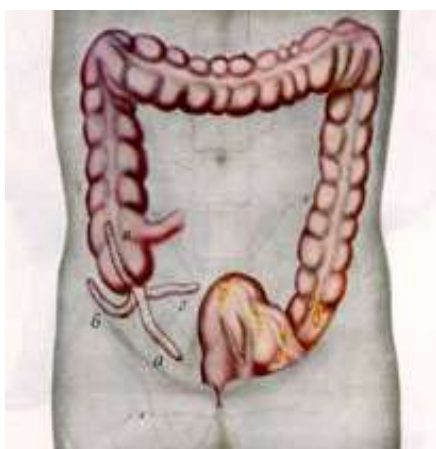
O`tkir appenditsit atipik turining klinik belgilari. O`tkir appenditsitning «atipik» turi chuvalchangsimon o`simtaning qorin bo`shlig`ining qaysi sohasida joylashishiga (retrosekal, jigar ostida, chanoq sohasida, chap tomonda) hamda yallig`lanish jarayonining ko`rinishiga (gangrenoz, teshilgan appenditsitlar) bog`liq bo`ladi.

Atipik joylashgandagi xos belgilar:

- *Chanoqda* - og`riq qov usti va o`ng yonboshga yaqin sohada; tenezm;

og`riqli siyish, ich suyuq ketishi mumkin.

- *Retrosekal*- og`riq nisbatan kuchsiz, klinika asosiy belgilari sust.
- *Medial joylashgangda*- kuchli og`riq, ko`p marotaba qusish, ich suyuq ketishi, ba`zida qorin dam bo`lishi kuzatiladi.
- **Chap tomonlama appenditsit - sabablari:**
 - Ko`r ichak tutqichi uzunligi;
 - Ichaklarda umumiy tutqich bo`lishi;
 - Juda uzun chualchangsimon o`simta;
 - Ichki a`zolar teskari joylashuvi. Klinik belgilar deyarli bir xil, lekin og`riqning chap tomonda ekanligi vrachni chalg`itadi. Ichki a`zolar teskari joylashuvi ma`lum bo`lsa, kasallikni tashxislash osonlashadi.
- ***Jigar osti appenditsiti*** - o`ng qovurg`a ostida og`riq, ko`p marotaba qusish. O`ng qovurg`a yoyini to`qillatish og`riqli, palpatsiyada o`ng qovurg`a ostida og`riq, shu sohada mushaklar tonusi oshgan, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat. Og`riq tufayli jigar qirg`og`i aniqlanmaydi. O`ng yonbosh soha og`riqsiz. Rektal tekshirish o`zgarishsiz. Ba`zi bemorlarda shilliq qavat va teri sarg`imtir bo`lishi kuzatiladi (yallig`lanishning jigar to`qimasiga o`tganligi, yoki o`t yo`llarini bosilib qolishi natijasida). Kasallik ko`pincha peritoneal belgilar rivojlangandan so`ng aniqlanadi.



4-rasm. **Chualchangsimon o`simta joylashuv variantlari.**

Differensial diagnostika - quyidagi kasalliklar bilan o`tkazilishi lozim:

Otit, tonzillit, o`tkir respirator kasalliklar, o`tkir respirator virusli infeksiya,

virusli infeksiyalar, o`tkir bronxit, o`tkir pnevmoniya, gemorragik vaskulit, Shenleyn-Genox kasalligi abdominal shakli, revmatizm, nospetsifik mezoadenit, o`tkir ichak infeksiyalari, o`tkir gastrit, oshqozon va o`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi, enterit, enterokolit, kolit, ovqatdan zaharlanishlar, koprostaz, o`tkir pankreatit, o`tkir gepatit, o`tkir xoletsistit, siydik-tosh kasalligi, piyelonefrit, sistit, uretrit, o`tkir glomerulonefrit, gematokolpos, gematometra, adneksit, tuxumdon apopleksiyasi, nay homiladorligi, endometrit, tuxumdon kistasi buralishi, ovulyatsion va menstruatsion sindromlar bilan taqqoslanishi lozim.

O`tkir appenditsitning asorati klinik ko`rinishlari.

Mahalliy peritonit appenditsitning ko`proq uchrab turadigan asoratlaridan biridir. Qorin bo`shlig`i a`zolarining har bir o`tkir xirurgik kasalligiga o`choqli yoki mahalliy peritonit, deb qarash lozim. Mahalliy peritonit chegaralangan hamda chegaralanmagan bo`lishi mumkin. Chegaralangan peritonitlarga; appendikulyar infiltrat, ichaklararo absesslar, diafragma ostidagi absesslar misol bo`la oladi. Mahalliy peritonitning asosiy simptomlaridan biri - bu og`riqdir. Uning asosiy sababi - qorin pardaning yallig`lanishidir. Zaharlanish orta borgan sayin Meysner va Auerbax nerv chigallaridagi o`zgarishlar natijasida og`riq nisbatan kamayadi. Peritonitda og`riqning dastlabki o`chog`idan asta-sekin tarqala borishi va «o`z o`rnidan siljishi» kuzatiladi. Mahalliy joyda qorin devorining taranglashishi kuzatiladi. Shyotkin-Blyumberg simptomi, to`qillatib ko`rganda shu joyda o`tmas tovush aniqlanadi.

Qorin bo`shlig`idagi yiringli asoratlarchanoqdagi hamda duglas bo`shlig`idagi absess o`tkir appenditsitda 4,5% hollarda uchraydigan asoratlardan hisoblanadi. Uning asosiy belgilari: tez-tez siydik qistashi, hojatga borish istagining tezlashib qolishi, ich ketishi, tana haroratining ko`tarilishi, qorinning pastki qismida og`riq paydo bo`lishidir. To`g`ri ichakka barmoqni kiritib tekshirganda oldingi devorning osilib qolganligi, shu joyda kuchli og`riq paydo bo`lishi, yumshagan sohani punksiya qilganda esa yiring borligi ishonchli

belgilardan sanaladi. Absess shu igna yo`li orqali kesib ochilib, uning bo`shlig`iga nay qo`yib yuviladi va dori yuborib davolanadi.

Diafragma ostida uchraydigan appenditsitning asorati bo`lgan absessga tashxis qo`yish qiyin. Bunda tana harorati ko`tarilib, o`ng biqinda og`riq paydo bo`ladi, og`riq nafas olish paytida kuchayadi. O`ng IX-X-XI qovurg`alararo sohalar barmoq bilan bosilganda kuchli og`riq paydo bo`ladi. Qorin yumshoq bo`lishiga qaramay, jigarning o`lchamlari kattalashadi, paypaslab ko`rilganda, u og`riq beradi, to`qillatib ko`rilganda uning pastki qismida to`qillagan tovushning pasayishi seziladi, shu sohada nafasning pasayishi eshitiladi. Ko`krak qafasining shu sohasi siqilganda og`riq paydo bo`ladi. Tashxis ultratovush, rentgen, laparoskopiya yordamida qo`yiladi.

Appendikulyar infiltrat - appenditsit bilan og`riydigan barcha kasallarning 4-5% ini tashkil etadi. Appendikulyar infiltrat quyidagilardan tashkil topadi; chuvalchangsimon o`simta, ingichka va yo`g`on ichaklar, charvi, qorinning o`ng yon devori, qorin parda. Ular yallig`lanish natijasida bir-biriga bevosita yopishib, bir butun infiltratni hosil qiladi. Paypaslaganda bu yumshoqroq «shish» og`riydi, u yonbosh suyakning qanotiga yopishgan bo`ladi. Agar infiltrat absessga aylansa, u appendikulyar absess deb nomlanib, qorinning oldingi devoriga yopishib terisi qizaradi, yumshaydi, flyuktuatsiya seziladi. Intoksikatsiyaning barcha alomatlari (bosh og`rishi, alahlash, tana haroratining ko`tarilishi) yuzaga keladi. Appendikulyar infiltrat dori-darmonlar, fiziomuolaja bilan, appendikulyar absess esa operatsiya usuli - kesib ochish yo`li bilan davolanadi. Appendikulyar infiltrat 2-3 hafta davomida so`rilib ketib, ba`zan birinchi haftalarning oxirlarida «shish» sohasida suyuqlikning tebranish alomati - flyuktuatsiya seziladi, ya`ni u absessga aylanadi.

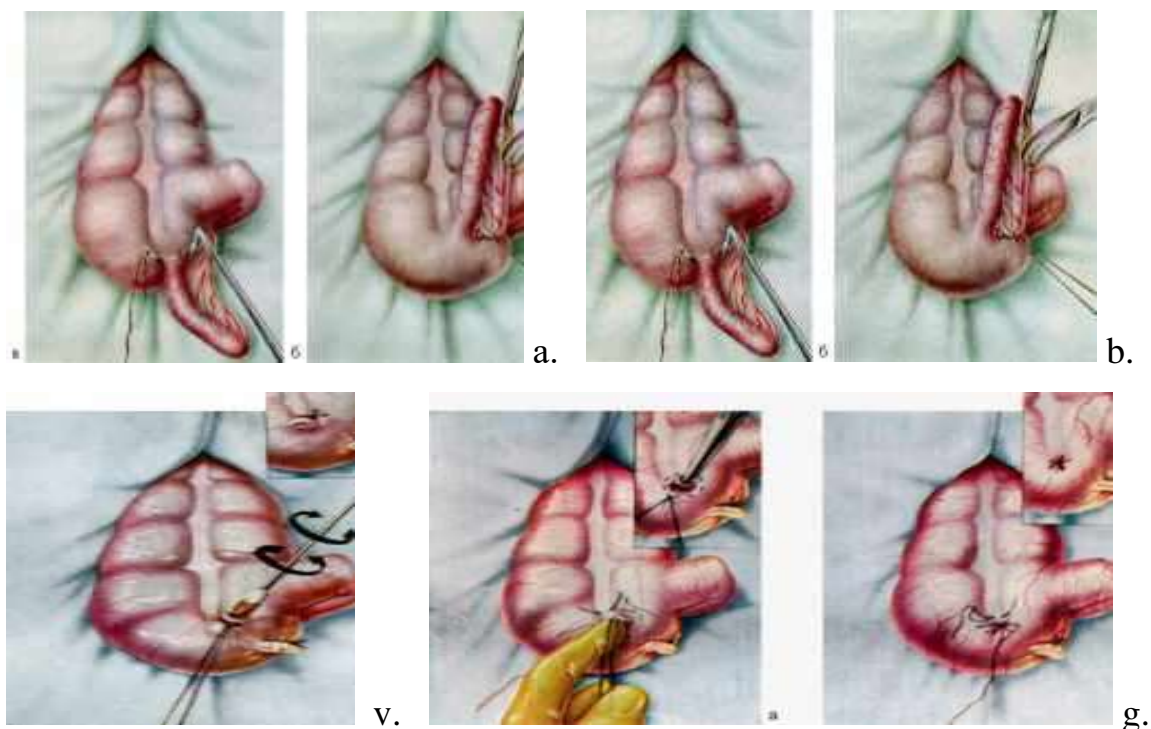
O`tkir appenditsitda operatsiyaga qarshi birdan-bir mone`lik qiladigan hol - appendikulyar infiltrat. Bu asosan antibiotiklar qo`llash, fizioterapevtik muolajalar va mahalliy davolash yordamida organizmning umumiy chidamini oshirish, qon va uning o`rnini bosuvchi suyuqliklarni venaga yuborish,

vitaminlarni oqilona ishlatish kabi usullar bilan o`rta hisobda 7-4 kun ichida davolanadi. Infiltrat so`rilgandan keyin 2-3 oy o`tgach, operatsiya yo`li bilan appendektomiya rejali ravishda bajariladi.

Operativ muolaja. Agar asoratsiz appenditsit bo`lsa, umumiy og`riqsizlantirish qo`llanadi. Asoratli hamda yangi tug`ilgan chaqaloqlarda intubatsion narkoz bilan appendektomiya operatsiyasi o`tkaziladi. Xozirgi kunda Laparoskopik appendektomiya operatsiyasi keng qo`llanilmoqda.

Appendektomiya operatsiyasining texnikasi (5-a; b; v; g rasmlar);

- 1) yumshoq to`qimani Volkovich-Dyakonov usulida kesish;
- 2) qorin tashqi qiyshiq mushagi aponevrozini kesish, ichki qiyshiq mushagini kengaytirish;
- 3) qorin pardani ochish;
- 4) chuvalchangsimon o`simta arteriyasini bog`lash;
- 5) o`simtani olish;
- 6) kiset qo`yish;
- 7) uning cho`ltog`ini peritonizatsiya qilish;
- 8) qorin devorini qavatma-qavat tikib chiqish.



5-rasm. Appendektomiya bosqichlari.

Agar mahalliy peritonit bo`lsa, qorin bo`shlig`idagi suyuqlikni elektr so`rg`ich yordamida olish shart, salfetka ishlatilsa ichaklarning seroz qavati jarohatlanishi, keyinchalik chandiq hosil bo`lishi mumkin. Operatsiya yakunida qorin bo`shlig`iga antibiotiklar yuborish uchun mikroirrigator qo`yiladi.

Operatsiya jarohati tomonidan kuzatiladigan asoratlar.

INFILTRAT - operatsiyadan keyingi 5-8 kunlari bemor tana harorati 37,6-38°S ga ko'tarilib, bola kamharakat bo'lib qoladi, operatsiya bo'lgan sohada og'riq kuzatiladi, jarohatning yonlari qizaradi, qattiqlashadi. Hosil bo'lgan infiltratni ultratovush, kompress, elektroforez yordamida tarqatish mumkin. Flyuktuatsiya paydo bo'lsa, u holda 1-2 ta ipi bo'shatiladi, yiringni chiqargandan so'ng rezina naycha qo'yiladi. Yara tozalangandan keyin jarohatning ikkala tomoni leykoplastr yordamida yaqinlashtirib qo'yiladi.

Gematoma - teri osti yog` kletchatkasi qalin bo'lgan bolalarda 3-6 kunlari operatsiya jarohati sohasida shish kuzatilib, ustidagi teri ko'kimtir rangda bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda og'riqli flyuktuatsiya aniqlanadi, qon chiqarilib, jarohatning ikkala tomoni bir-biri bilan yaqinlashtiriladi.

Ligatur oqma - operatsiyadan so'ng 3-6 hafta orasida jarohatning ayrim sohalarida iplarning o'rnini shishib, terisi yupqalashib yoriladi, ifloslangan iplar chiqib ketadi, ba'zi vaqtlarda oqma yo'llar ochilib, iplar olib tashlanadi.

Qorin bo'shlig'idagi operatsiyadan so'nggi asoratlar.

Qorin bo'shlig'idagi infiltrat, qorin bo'shlig'idagi absesslar, diafragma ostidagi, ichak tizmalari orasidagi, Duglas bo'shlig'idagi ichak tutilishi (falajlik), ichak eventeratsiyasi, qorin bo'shlig'iga qon ketishi.

Operatsiya vaqtida texnik xatoliklarga yo'l qo'yilishi, ya'ni appendikulyar arteriyasidan ligaturaning chiqib ketishi, chandiqlardagi qon-tomirlarni boylamaslik, qon kasalliklari (gemofiliya), gemolitik anemiya natijasida qorin bo'shlig'iga qon ketadi. Kasal bolaning rangi oqarib, asta-sekin bo'shashib ketadi. Qon bosimi pasayadi, pulsi aritmik bo'lib, taxikardiya kuzatiladi. Qorinda og'riq, Shyotkin-Blyumberg sinamasi musbat bo'lib, qonda gemoglobin tushib ketadi. Kasalni relaparotomiya qilinib, qonayotgan tomir bog'lanadi. Agar u tomir topilmasa, appenditsit sohasi gemostatik tampon yordamida tamponada qilinadi. Operatsiya vaqtida yo'qotilgan qon miqdori to'ldiriladi.

PERITONIT - qorin pardaning yallig`lanishi peritonit deyiladi. Peritonit qorinpardaning yallig`lanishi, organizm muhim a`zo va tizimlarini faoliyatini o`zgartiruvchi, og`ir klinik belgilar bilan kechuvchi kasallik. *Bolalarda peritonitga sabab bo`luvchi omillar:* O`tkir appenditsit; o`tkir ichak tutilishlari; qorin bo`shlig`i kovak a`zolari, oshqozon osti bezining yopiq shikastlanishlari; yarali-nekrotik enterokolit; qisilgan chov churrasi; chaqaloqlar sepsisi; o`tkir destruktiv pankreatit; Mekkel divertikuli yallig`lanishi, teshilishi; qizaloqlarda intragenital patologiyalar; abdominal operatsiyalar asoratlari; yiringli paranefrit; ichak ishemik nekrozi; yatrogen.

Peritonit klassifikatsiyasi (Yu.F.Isaqov va hammualliflar, 2004):

Etiologiyasiga ko`ra;

a) aseptik b) infeksiy;

Infeksiya tushish yo`liga ko`ra;

a) perforativ b) septik (kontaktli va gematogen) s) kriptogen (noma`lum);

Tarqalish jarayoniga ko`ra;

a) umumiy va mahalliy; b) umumiy diffuz va tarqalgan; s) mahalliy chegaralanmagan va chegaralangan (infiltrat, absess);

Ekssudat turiga ko`ra; seroz, yiringli, xilyoz, qonli va h.k. bo`ladi.

Peritonitni keltirib chiqaruvchi sabablar bolalarda turlicha bo`lib, qorin bo`shlig`i a`zolarining yorilishi yoki jarohatlanishi hamda gematogen va kriptogen (noaniq) yo`l bilan infeksiya tushib, qorin pardani yallig`lanishi bo`lishi mumkin.

Bolalarda peritonit kelib chiqishi, kasallik muddati, kasallikning yoshiga qarab kechishi va prognozi boshqalardan farq qiladi. Shuning uchun erta yoshdagi bolalarda juda xavfli kechadi. Bolalarda tarqalgan peritonitning kelib chiqish sababiga asosan charvining kaltaligi, ichak qovuzloqlari plastik xususiyatlarining kamligi, spetsifik immunologik javobning sustligi va qorin parda rezorbsiya xususiyatining kichik yoshdagi bolalarda sustligi kabi anatomofiziologik xususiyatlar kiradi.

Peritonit patogenezida gemostaz buzilishining 4 ta asosiy sindromi kuzatiladi;

- zaharlanish;
- ishqor-kislota muhiti buzilishi;
- suv-tuz almashinuvining buzilishi;
- gipertermik sindromlardir (Ombredan sindromi).

Zaharlanish - mikroorganizm va makroorganizm chirishi va zaharlarining qonga tushishidan kelib chiqadi. Bunda gistaminsimon moddalar qon tomir devorlarini parezga olib kelib, bu holat qon aylanishining markazlashishiga yoki dekompensatsiyasiga olib keladi.

Ishqor-kislota muhiti buzilishi metabolitik atsidozni yuzaga keltiradi. Peritonitda nafas olishning buzilishi esa diafragma va moddalar almashinuvining buzilishidan kelib chiqadi. Chunki bunda og`riq refleksi, qorin bo`shlig`idagi dimlanib to`plangan gaz, suyuqlik va ichakning parez oqibatida kengayishi diafragmani siqib, uning harakatini chegaralab qo`yadi. Ushbu holat ayniqsa erta yoshdagi bolalarda nafas olish diafragmal turda bo`lganligi va qovurg`alarning gorizontal holatda joylashganligi uchun yaqqol ko`zga tashlanadi. Diafragma harakat amplitudasining kamayishi, gipoksiya holati va kasal haroratining ko`tarilishi nafas olish chastotasining tezlashishi bilan kompensatsiyalanadi.

Juda og`ir holatda peritonit bilan og`rigan kasallarda metabolitik atsidoz holatining kuzatilishi prognostik jihatdan noxush holat bo`lib, u ko`plab qusish oqibatida xlor, kaliy miqdorining kamayishi, makroergik aloqaning yo`qligi, «peritoneal buyrak» va plazma miqdorining kamayishi bilan namoyon bo`ladi.

Suv-tuz almashinuvining buzilishi asosan mo`tadil va gipovolemik degidratatsiya bilan kechadi. Peritonitda qusish, suyuq ich ketishi oqibatida qorin bo`shlig`iga suyuqlik va elektrolitlarning to`planishi va ichakda parez alomatlari kuzatiladi. Bundan tashqari, nafas olishning tezlashishi (o`pka orqali), haroratning ko`tarilishi - teri orqali ko`p miqdorda suyuqlik va tuzlarni

yo`qotishga sabab bo`ladi. Agar qusish orqali ko`p miqdorda kaliy va xlor tuzlari chiqsa, bu metabolitik alkaloz holatini tezlashtiradi.

Gipertermik sindrom. Ombredan sindromi erta yoshdagi bolalarda katta ahamiyat kasb etadi. Bunda qonga so`rilgan zaharlar (toksin) termoregulyator markazga ta`sir etib, periferik gemodinamikaning buzilishi oqibatida teri orqali issiqlik ajralishining kamayishiga sabab bo`ladi.

Yuqorida keltirilgan sindromlarning har xil rivojlanish darajasi kasallikning boshlanish davriga, tarqalgan peritonitning rivojlanish tezligiga, bolaning yoshiga, organizm premorbid holatiga va boshqa sabablarga bog`liqdir. Peritonit kechishi 3 bosqichga bo`linadi (Yu.F.Isaqov va hammualliflar, 2004):

1. *Reaktiv bosqich;* shikoyatlari qorinda og`riq, ko`ngil aynishi, qusish, tana harorati ko`tarilishi. Avvalgi 24 soat ichida qorinda doimiy kuchli og`riq, bemor majburiy holatda, oyoqlari qoringa keltirilgan, qorin old devori “taxtasimon” taranglashgan, qusish yengillik tug`dirmaydi. Puls tezlashgan. Tez-tez ichi kelishiga moyillik, dizurik simptomlar, zaharlanish, degidratatsiya, gipertermiya va nafas olish buzilishining ustunligi bilan kechishi.

2. *Toksik bosqich;* yuqoridagi belgilardan tashqari, vitseromotor reflekslar susayishi xisobiga mahalliy belgilar namoyon bo`lishi biroz susayishi kuzatiladi (qorinda og`riq, mushaklar defansi). Ichaklar peristaltikasi yo`q, qorin dam. Axlat va gaz chiqmaydi (paralitik ichak tutilishi). Intoksikatsiya belgilari rivojlanib, bemor umumiy ahvoli og`irlashadi. Puls tez, ipsimon. A/B tushgan, tana harorati yuqori, gektik. Oligouriya. Ushbu bosqich qon disbalansi, metabolizm va buyrak funksiyasi buzilishining ustunligi bilan kechadi.

3. *Terminal bosqich:* - adinamiya, es-hushi o`zida emas, yuz chehrasi o`tkirlashgan, ko`z olmasi cho`kkan. Teri oqargan, sovuq ter bilan qoplangan. Tili quruq, fibrinli, qoramtir karashlagan. Nafas yuzaki, tezlashgan. Qorni dam, gaz va axlat chiqmaydi. Qorinning hamma joyida peritoneal og`riq, ichaklar peristaltikasi eshitilmaydi, ba`zida peritoneal axlat kelishi mumkin. Puls ipsimon, A/B tushgan, UQT - 30% ga kamaygan. Oliguriya yoki anuriya. Bioximik

tahlillarda—gipokaliemiya, gipoxloremiya, giponatriemiya. Bu bosqich peritonitning asoratlanish bosqichi bo`lib, septikopiemiya, ichak tutilishi, gipo- va disproteinemiya bilan kechadi. Ushbu bosqichlarni bir biridan farqlashning doim imkoniyati bo`lmasada, har qalay ularning har birida u yoki bu buzilishlarning rivojlangan holatlarini kuzatish mumkin.

DIPLOKOKKLI PERITONIT - “kriptogen peritonit”, “pnevmonokli” yoki “birlamchi pelvioperitonit” maktabgacha yoshdagi va undan katta qiz bolalarda ko`p uchraydi. Qiz bolalarda infeksiya qorin bo`shlig`iga qin orqali va kam holatlarda enterogen va gematogen yo`llari orqali salpingit rivojlanishi bilan kechadi. Kasallikning katta maktab yoshida kam uchrashi qiz bolalarda qindagi, Deterleyn tayoqchalarining paydo bo`lishi uni kislotali muhitni yaratib, patogen mikrofloraning paydo bo`lishiga to`sqinlik qilishi bilan izohlanadi.

Klinikasi; asosiy belgilari 6-8 yoshli va undan katta qizaloqlarda uchraydi. Tana harorati 39-40 C ko`tariladi, qusish, ich ketishi, qornida noaniq og`riq. Qorin old devori mushaklar taranglashishi. Qorin nafas olishda sustlashgan. Umumiy ahvoli o`rtacha yoki og`ir, ba`zida *herpes labialis* kuzatiladi. Ikki xil klinik ko`rinishi kuzatiladi. Oddiy va toksik.

Oddiy shakli asosiy belgilari: Asta-sekin boshlanadi. Og`riq asosan qorinning o`ng tomonida, tana harorati 37,5-38,5°C. 1-2 marta qusish, ichi buzilmagan, tili karashlagan, nam. Qorin old devori mushaklari taranglashgan. Qon tahlilida leykotsitoz.

Toksik shakli asosiy belgilari; kasallik to`satdan boshlanadi. Qorinda kuchli tarqalgan og`riq. Ko`p marta qusish. Tana harorati 39-40°C. Axlati suyuq, tez-tez ichi o`tadi. Bemor ahvoli tez og`irlashib boradi, intoksikatsiya va eksikoz rivojlanadi. Puls tezlashgan, sust. Qorin nafas olishda ishtirok etmaydi. Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat. Tahlillarda yuqori leykotsitoz 18-20000 gacha, *ECHT* tezlashgan. Ba`zan qizlarda qindan shilliq yiringli ajralma chiqishi aniqlanadi. Kasallikning klinik simptomlari o`tkir va tez kechganligi sababli kasal asosan kechiktirilmasdan kasalxonaga “o`tkir appenditsit” gumoni

bilan yotqiziladi va o`z vaqtida davolanib, yaxshi bo`lib chiqib ketadi.

APPENDIKULYAR PERITONIT - kasallik o`tkir appenditsitdan keyin (o`z vaqtida murojaat qilinmasa yoki tashxislanmasa) bir necha vaqt o`tgandan keyin paydo bo`ladi. Anamnezidan kasalda qorinda og`riq paydo bo`lib, bir marta qusadi va harorati ko`tariladi. Ma`lum muddat og`riq biroz kamayib, harorati yuqoriligicha turadi. Kasalning umumiy holati birmuncha yaxshilanadi. Keyinchalik esa umumiy ahvoli yomonlasha borib, qorindagi og`riq kuchayadi, kasal qusa boshlaydi. Kasalda yaxshilanish davri chuvalchangsimon o`simta destruksiyasi va nerv tugunlarining nekrozi bilan xarakterlansa, kasallikning og`irlashishi o`simta perforatsiyasi, ya`ni peritonitning boshlanishi bilan ifodalanadi. Bunday paytda biror antibiotik berish kasaldagi peritonit aniqlanmasligiga sabab bo`lib, og`ir asoratlarga va oqibatlariga olib keladi. Bemor ko`zdan kechirilganda umumiy ahvoli ancha og`irligi ko`zga tashlanadi. Terisi oqargan, «marmarsimon» rangda, tili qurigan va oq karash boylagan, qisman hansirash kuzatiladi. Ba`zan puls chastotasi bilan harorat darajasi o`rtasidagi birlik buzilib, kollaptoid holat yuzaga keladi. Qorin doim og`riydi, mushaklar taranglashadi (“taxtasimon qorin”) va Shyotkin-Blyumberg simptomi o`ng chanoq sohasida kuzatiladi. Ba`zan tenezm, ich ketishi va og`riqli tez-tez siyish holatlari kuzatiladi. To`g`ri ichakni barmoq bilan tekshirilganda ichakning oldingi devori og`riqli osilgan holatdaligi aniqlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda kasallikning dastlabki davrida umumiy ahvoli uncha o`zgarmagan bo`ladi. Keyinchalik nafas olish va yurak urishi tezlashadi. Metabolitik jarayonlarning buzilishi natijasida keyinchalik kasalning umumiy ahvoli yanada og`irlashadi.

Davosi. Appendikulyar peritonitni davolashda operatsiyaga tayyorlash, operatsiya va operatsiyadan keyingi davr asosiy o`rin tutadi.

Operatsiyaga tayyorlashdan asosiy maqsad gemodinamik buzilishlarni kamaytirish, kislota-ishqor va suv-tuz almashinuvini kamaytirish zarur. Operatsiyadan ko`zda tutiluvchi maqsad - birlamchi o`choqni bartaraf qilish, qorin bo`shlig`ining lozim bo`lgan sohasini yiringdan tozalab drenajlashdan

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

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

Sabablari: Yarali nekrotik enterokolit – eng asosiy sabab bo`lib hisoblanadi. Undan tashqari; destruktiv appenditsit, oshqozon ichak trakti tug`ma nuqsonlari, tug`ma va orttirilgan ichak tutilishlari, yatrogen sepsis va h.k bo`lishi mumkin. Aksariyat hollarda chaqaloqlarda peritonitning kelib chiqishi ichak devorlarining teshilishi natijasida qorin pardaning infeksiyali yallig`lanishi bilan bog`liqdir (ikkilamchi peritonit). Ba`zi hollarda esa qorin pardaning yallig`lanishi gematogen, limfogen va kontaktli tarzda, ya`ni qorin devori yiringli kasalliklarida, omfalitda infeksiya tushishi hisobiga chaqaloqlarda birlamchi (septik) peritonit kelib chiqadi.

Klinikasi qorin pardaning umumiy yallig`lanish belgilari bilan kechsada, kasallikni keltirib chiqaruvchi sabablarning turli tumanligi davo yo`lini tanlashda differensial yondoshishni talab qiladi.

Asosiy klinik belgilari: Ahvoli birdaniga yomonlashadi. Terisi oqimtir-kulrang. Bezovta bo`lish, keyin holsizlanadi, adinamiya rivojlanadi. Burun-lab uchburchagida sianoz. Nafas yuzaki, tez. Puls ipsimon, taxikardiya. Oshqozon turg`un massalari bilan qusish, ichi o`tmaydi, gaz chiqmaydi. Gaz chiqargich naydan shilliq, qon aralash ajratma kelishi mumkin. Qorni dam, venoz qon tomirlar ko`zga tashlanadi. Qorin old devori pastki qismi, chov soha terisi yaltiraydi, qizaradi. Qorin taranglashgan. Perkussiyada timpanit va jigar to`mtoqligi yo`qolgan. Auskultatsiyada perestaltika tovushlari eshitilmaydi

«gung qorin».

Laborator tahlillar: Qon tahlili – leykotsitoz chapga siljish bilan. Neytrofillar toksik donadorligi. ECHT tezlashgan , oshgan, gipokaliemiya, gipoxloremiya, giponatremiya. *Siydikda* – oqsil, toza eritrotsitlar, leykotsitlar, silindrlar. Qorin bo`shlig`ining umumiy rentgen tasvirida havoga to`lgan ichaklarning «qalqib» turishi qorin bo`shlig`idagi yig`ilgan suyuqlik hisobiga bo`lib, bunday alomat «suzuvchi ichaklar» simptomi deb ataladi.

YARALI – NEKROTİK ENTEROKOLIT. Chaqaloqlik davrida ko`p uchraydigan shoshilinch holatlardan biri bo`lib, ko`pincha chala tug`ilgan bolalar ichaklar shilliq qavatining yalig`lanishi bilan xarakterlanadi, qorin dam bo`lib nekroz va perforatsiya xavfini tug`dirib, peritonit rivojlanishiga sabab bo`ladi.

Patogenezi; multifaktorial va kompleksli, chala tug`ilgan (1500 gr dan kam) bolalar orasida kasallanish ko`proq uchraydi (6-rasm).



6-rasm. Yarali nekrotik enterokolitda patofiziologik jarayonlar.

Xavfli omillar - tug`ruq asfiksiyasi natijasida ichaklarda gipoksiya va ishemiyaning bo`lishi, tug`ruq asoratlari (bachadondan qon ketishi, eklampsiya

va h.k.) chalalik, bakterial infeksiyalar, surunkali yallig`lanish kasalliklari, ortiqcha enteral oziqlantirish yoki ochlik, giyohvadlikga moyil ona, kindik venasi orqali qon quyish, tug`ma kasalliklar (girshprung kasalligi, gastroshizis, ichak tutilishlari va h.k).

Chalalik - kasallik rivojlanishida hazm tizimi yetilmaganligi muhim o`rni bor. Chala tug`ilgan bolada oshqozonning neytral muhiti, pepsin miqdorining kamligi, ichak fermentlari faoliyati pastligi, ichaklar peristaltikasi sustligi, yetilmagan ichak baryeri sabab bo`ladi.

Enteral oziqlantirish - noadekvat ovqat hajmi bilan zo`riqtirish hazm tizimi holatiga yomon ta'sir etadi. Sutkalik enteral oziqlantirish hajmi 20ml/kg/dan oshmasligi kerak. Ochlik davrini o`tkazgan bolalar ichaklar yallig`lanishiga moyilligi oshadi, qon zardobida aminokislotalar miqdori kam bo`lgan bolalarda tez tez kasallanishga moyilligi kuzatiladi. Ona suti bilan oziqlantiriladigan bolalar kam holatda yarali – nekrotik enterokolitga chalinadilar.

Bakterial infeksiyalar - yarali nekrotik enterokolit homilada rivojlanmaydi. Kasallik rivojlanishi uchun ichaklar kolonizatsiyasi kerak, odatda grammanfiy bakteriyalar chaqiradi va lokal yallig`lanish jarayoni bilan boshlanadi natijada shilliq qavat baryer xususiyati buziladi, bu esa ichaklarda bakteriyalar ko`payishiga va ichak devori nekroziga sabab bo`ladi (8-rasm). Ko`pincha ingichka ichak oxiri va yo`g`on ichak boshlanishi qismida uchraydi, bakteriyalar parchalanishi mahsulotlari fragmentatsiyasi pnevmatozga sabab bo`ladi, yarali-nekrotik enterokolit paydo bo`lishiga chaqaloqlar bo`limidagi noqulay epidemiologik muhit ham sabab bo`lishi mumkin.

Yallig`lanish – bemor bolalarda zardobdagi yallig`lanish omillari faolligi oshadi. Jarayon ichaklarda ishemiyadan boshlanadi natijada to`qimalar faoliyati so`nishi va deskvamatsiyasi avj oladi bakterial invaziya oshadi va yallig`lanish jarayoni boshlanadi, sitokinlar aktivligi oshadi ular probiotiklar va yallig`lanishga qarshi sitokinlar soni kamayishiga olib keladi.

Klinik ko`rinishi bola hayotining 1-10 kunlarida o`tkir yoki kam ko`rinishlar bilan boshlanadi. Nospetsifik belgilari: Nostabil temperatura, apnoe, bradikardiyalar, uyquchanlik, rangining oqarishi, sepsidan farqlash mushkul. Klassik triada simptomlar: Qorin damlashi, gemokolit, oshqozonda ovqat tutilishi, ichaklar damlashi, yo`g`on ichak devori qalinlashuvi. Jarayon rivojlanishi: Qorin old devorida qizarish, shish paydo bo`lishi (7-rasm), ichak tutilishi belgilari, atsidoz, anuriya kuzatiladi.



7-rasm. Yarali nekrotik enterokolitda bemor qorni holati.



8-rasm. Yarali nekrotik enterokolitda ichaklar pnevmatozi va perforsiyasi.

Spetsifik belgilar; pnevmatoz, gaz pufakdek ichak devorida joylashganligi, pnevmoperitoneum (qorin bo`shlig`ida ozod havo). Ichak bo`shlig`idagi gazni qorin bo`shlig`idagi gazdan ajratish mushkulligi, portal vena tizimida gazning bo`lishi.

Laborator diagnostikasi - sepsisning barcha laborator belgilari xarakterli. Ehtiyojga ko`ra ekmaga olish kerak; qon, siydik, najas. Qonning to`liq tahlili; trombositopeniya, koagulogrammada DVS sindromi belgilari, Neytropeniya, leykotsitoz yoki leykopeniya, tromboplastin partsial vaqti uzayishi, giponatriemiya - (suyuqlikning interstitsial to`qimaga o`tishi “uchinchi bo`shliq”da sekvestratsiyasi). Kislota-ishqoriy muvozanat buzilishlari, metabolik atsidoz, axlat yashirin qon tahlilida musbat natija.

Ultratovushli tekshirish: Portal sistemada gaz bo`lishi, qorin bo`shlig`ida suyuqlikning bo`lishi, “qop” simptomi.

Klinik belgilariga qarab kasallikning 4 ta bosqichi qabul qilingan.

1. *Prodromal bosqich* - umumiy nostabil holat apnoe ko`rinishida, markaziy nerv sistemasida turli darajadagi qo`zg`alish va so`nishlar, desaturatsiya, dehidratatsiya, bradikardiya, meteorizm, qorin dam bo`lishi. Spetsifik rentgenologik o`zgarishlar yo`q.

2. *Klinik belgilar namoyon bo`lish bosqichi* - bemor rangi oqargan, kuchli metabolik atsidoz, progressiv dinamik ichak tutilishi simptomlari, qorin dam bo`lishi va kuchli lokal og`riq (ko`pincha o`ng yonbosh sohada) tez-tez sut bilan o`t aralash qusish, tana vazning kamayishi, ichak tutilishi, axlatda qon, ba`zan axlat suyuq, eksikoz rivojlanadi. Rentgenogrammada spetsifik o`zgarishlar; ichak pnevmatozi, portal vena tizimida gaz.

3. *Perforatsiyadan oldingi bosqich* - klinik ko`rinishlar progressiyalanishi, ichak massalari va o`t aralash "kofe quyqasiga" o`xshash qusish, qorin old devori taranglashgan va og`riqli, ichak peristaltikasi eshitilmaydi, oshqozon ichak trakti parezi simptomatikasi, axlat yo`q yoki qizg`ish qon aralash, toksikoz va dehidratatsiya belgilarining kuchayganligi, DVS qo`shilishi, perforatsiya xavfi yoki holati.

4. *Perforatsiya va Peritonit bosqichi* - peritoneal shok, qorin bo`shlig`idagi havo bo`lishi hisobidagi klinik belgilar, perforativ peritonit belgilari (axlat qusish, qorin dam bo`lishi, qorin old devori tarang va og`riqli, ichak peristaltikasi yo`q. Jigar to`mtog`ligi yo`qolgan, axlat va yel chiqishi kuzatilmaydi) dehidratatsiya, infeksiyon toksikoz, qon aylanishning markazlashuvi simptomlari kuzatiladi. Parvarish printsiplari: Qoringa teginmaslik, oshqozon ichak tizimida yengillik ta`minlash, enteral oziqlantirishni to`xtatish, parenteral oziqlantirishni boshlash, oshqozon va ichak dekompressiyasi uchun zondlash, kindik tomirlari orqali giperosmolyar preparatlarni qo`yishni to`xtatish. Tinchlik va yaxshi parvarishni ta`minlash. Mo`tadil haroratli muhit yaratish, turli nojo`ya ta`sirlarni bartaraf etish, qulay holatda yotqizish.

Davolash: Yarali nekrotik enterokolitga gumon qilingan bolalarda

konservativ davo choralari olib boriladi, bular; enteral oziqlantirishni to'xtatish, parenteral oziqlantirishni boshlash, yallig'lanishni davolash, yurak tomir tizimi mo'tadil holatini saqlash, nafas tizimi faoliyatini saqlash, og'riqsizlantirish, elektrolit almashinuvini normallashtirish, o'tkir holatlarni simptomatik davolash.

Operativ davoga ko'rsatmalar: portal venada gazlar, pnevmoperitoneum.

Xirurgik molajalar usullari - qorin bo'shlig'i drenaji, laparotomiya.

Operatsiyadan keyingi parvarish: intensiv terapiya, suyuqlik va elektrolitlarga ehtiyojni qoplash, ichaklar dekompressiyasi, parenteral oziqlantirish markaziy vena orqali 10-14 kun davomida, antibakterial terapiya, og'riqsizlantirish, enterostoma nazorati va parvarishi, oziqlantirishni tiklash, enterostomani yopish uchun takroriy operatsiyaga tayyorlash (bemor umumiy ahvoriga qarab – 4 haftadan - 4 oygacha).

BOLALARDA ME'DA - ICHAK TRAKTIDAN QON KETISHI

Me'da - ichak traktidan qon ketishini tasnifi, klinikasi. Bolalarda oshqozon - ichak yo'lidan qon ketishlari – klinikasi o'ziga xos bo'lib, tashxislash murakkab bo'lgan sindrom bo'lib, o'z ichiga bir necha kasallikni va sindromlarni oladi. Ushbu muammoni yechimi ko'pincha xirurglarga borib taqalsa ham, bemorlar bevosita 1-zveno tibbiy xodimlari; “tez yordam” vrachlari yoki umumiy amaliyot shifokorlariga murojaat qilishadi. Shuning uchun bolalarda oshqozon - ichak yo'lidan qon ketishlari klinikasi hakimlar bilishi lozim va davolash uchun to'g'ri yo'naltirishlari kerak.

Bolalarda oshqozon - ichak yo'lidan qon ketishlari o'tkir (profuz) va surunkali qon ketishlarga bo'linadi. O'tkir qon ketishlari yaqqol klinik belgilar bilan kechish bemor hayotiga bevosita xavf soladi, tez tibbiy yordam berilishini talab qiladi. Surunkali qon ketishlar esa klinik belgilar yaqqol bo'lmasada, baribir tibbiy yordam ko'rsatilishi lozim, chunki ushbu holatda postgemorragik temir tanqis anemiya rivojlanadi. Klinik belgilar namoyon bo'lishi jihatidan bolalarda oshqozon - ichak yo'lidan qon ketishlari “yuqori” va “pastki” qon

ketishlariga bo`linadi. Ular orasidagi anatomik chegara bo`lib, oshqozon pilorik qismi xizmat qiladi. Bunaqa bo`linishning asosiy sababi qon ketish klinikasi o`ziga xos namoyon bo`lishi hisoblanadi (jadval №1).

Bolalarda oshqozon - ichak yo`lidan “yuqori” qon ketishlarida qon ketishi asosan qon yoki “kofe quyqasi” bilan qusish, ichi qora o`tishi “melena” kuzatilsa (oshqozonga tushgan qon va gemoglobin, oshqozon shirasi tarkibidagi fermentlar ta’sirida uning hosilalariga aylanib, rangi o`zgaradi), bolalarda oshqozon - ichak yo`lidan “pastki” qon ketishlarida qon yoki “kofe quyqasi” bilan qusish kuzatilmaydi, axlatida toza, o`zgarishsiz, vena yoki arterial qon bo`lishi kuzatiladi. Juda ko`p qon ketganida qon quyqasi kuzatiladi.

Bolalarda me`da - ichak yo`lidan qon ketishlari belgilari. Jadval №1

| Belgilar | | Yuqori | Pastki |
|-----------------|----------------|---------------|--------------------------|
| Qusish | toza qon | + | - |
| | “laxtakli” | + | - |
| | “kofe quyqasi” | + | 12 b.i. yara kasalligida |
| Ich kelishi | O`zgarishsiz | ± | ± |
| | “melena” | + | + |
| | Arterial | - | + |
| | Venoz | - | + |
| | Qon quyqasi | ± | + |
| Klinik belgilar | Teri rangi | Oqargan | Oqargan |
| | Qon bosimi | Pasaygan | Pasaygan |
| | puls | Tezlashgan | Tezlashgan |
| laborator | Nv. | Kamaygan | Kamaygan |
| | Eritrotsitlar | Kamaygan | Kamaygan |
| | gematokrit | Pasaygan | Pasaygan |

Mana shu belgilarga qarab ham qon ketishni qayerdan axtarish kerakligini tushunib olsa ham bo`ladi. Asosiy sabalarini 2-jadval tariqasida keltirdik.

Bolalarda me`da - ichak yo`lidan qon ketishlari sabablari. jadval №2

YUQORI QON KETISHLAR

Qizilo`ngach. Portal gipertenziya
Yarali reflyuks – ezofagit

Oshqozon. Mellori-Veys sindromi
Oshqozon yara kasalligi
Ezofagal-diafragmal churra

PASTKI QON KETISHLAR

12 barmoqli ichak. 12 barmoqli ichak yara kasalligi

Ingichka ichak. Mekkel divertikuli
Ichak ikkilanishlari
Qon tomir displaziyasi (angiomatoz, Radyu-Osler kasalligi)
Peytts-Egers sindromi

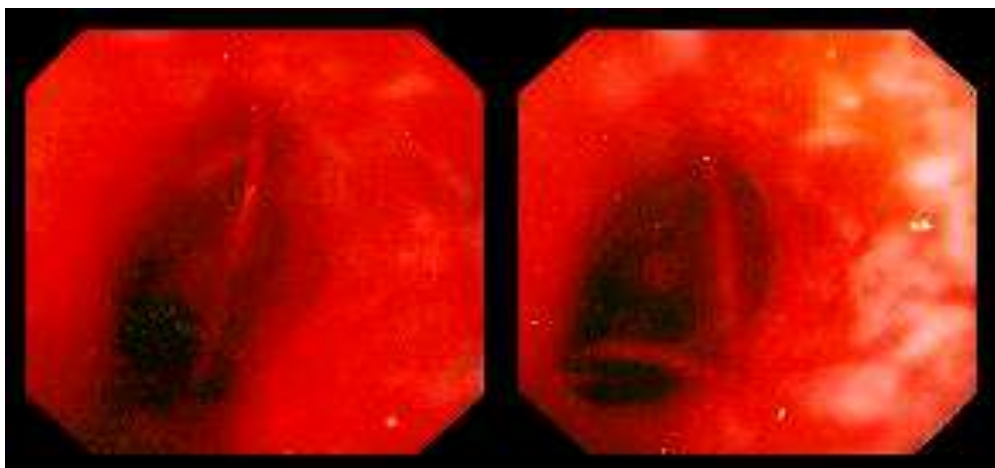
Yo`g`on ichak. Polip va polipozlar
Nospetsifik yarali kolit

To`g`ri ichak. Polip va polipozlar
Anus yorilishi
Eroziv proktit

PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI da qon ketishi - zamonaviy tibbiyotning dolzarb masalalaridan biri hisoblanadi. Portal gipertenziyaning xatarli asoratlari qatoriga qizilo`ngachdan profuz qon oqishi, Astit (istisqo) va o`tkir jigar yetishmovchiligi kiradi. *Qizilo`ngachdan qon oqishda* o`lim 80-90% ga, kasallik dekompensatsiyasida esa 100% ga yetadi.

Bolalarda portal gipertenziyada qon ketishlar asosan qizilo`ngach varikoz kengaygan venalarida kuzatiladi (1-rasm). Varikoz kengaygan qizilo`ngach venalaridan qon ketishi to`satdan, ko`pincha o`tkir respirator infeksiya fonida

boshlanadi, chunki ko`pincha bolalar tana harorati ko`tarilganda ota-onalar, tibbiyot xodimlar bemor tana haroratini tushirish uchun nosteroid yallig`lanishga qarshi preparatlarni berishadi. Ushbu preparatlar bemor tana haroratini tushirishi bilan birga oshqozon-ichak trakti shilliq qavatini yupqalashtirib, antikaogulyant sifatida qon ivish vaqtiga ta`siri natijasida qon ketishi to`xtashiga qarshilik qiladi. *Shuning uchun portal gipertenziyasi bor bemorlarga nosteroid yallig`lanishga qarshi preparatlar bermasligi kerak!* Darhol qon ketishi kuchayib, bemor qon, qon laxtaklari qusa boshlaydi. Qon bir qismi oshqozonga tushib, oshqozon shirasi ta`sirida jigarrang tusga kiradi, “kofe quyqasi” bilan ham qusish kuzatiladi. Tezda kamqonlik klinik va laborator belgilari kuzatiladi. Axlat qora tusli, Gregersen reaksiyasi musbat bo`ladi. Tashxis qo`yishda anamnez yordam beradi, chunki bolalarda portal gipertenziyaga, uning natijasida varikoz kengaygan qizilo`ngach venalaridan qon ketishiga asosiy sabablar, chaqaloqligidagi kindikdagi yallig`lanish, yoki kindik venasi kateterizatsiyasi sabab bo`ladi.



1-rasm. Portal gipertenziyada qizilo`ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi.

Davolash. Konservativ muolajalardan boshlanadi. Qon ivish vaqtini yaxshilash, portal tizimda qon bosimini kamaytirish va ketgan qon miqdori o`rnini to`ldirishga qaratiladi.

Qon ivish vaqtini yaxshilash uchun; ditsinon (etamzilat), kalsiy xlor, glyukonat kalsiy, vikasol, askorbin kislota, epsilonaminkapron kislota, mahalliy-epigastrga muz qo`yish mumkin. Bolalarda Blekmor zondini qo`yish

tavsiya etilmaydi (bolalarda psixomotor qo`zg`alish kuchli, psixologik ko`nikishi qiyin)

Portal tizimda qon bosimini kamaytirish uchun pitiutrin yuboriladi, operativ muolajalar qilinadi.

Ketgan qon miqdori o`rnini to`ldirish uchun qon va qon komponentlarini, qon o`rnini bosuvchi preparatlardan foydalanish mumkin.

Konservativ muolajalar 72 soat ichida ijobiy natija bermasa, operativ muolajalar bilan qon ketishi to`xtatilishiga harakat qilinadi. Operatsiya mohiyati-oshqozon va qizilo`ngach venoz portokaval anastamozlarini oshqozon pilorik qismidan ayirishdan iborat.

MELLORI-VEYS SINDROMI

Ushbu sindrom qizilo`ngachning oshqozonga o`tish qismi, oshqozon kichik egriligi (*curvatura minor*) shilliq qavati yorilishi va qon ketishi bilan xarakterlanadi (2-a,b rasmlarga qaralsin). Bolalarda ushbu sindrom asosan ekzogen zaharlanishlar, ovqatdan zaharlanishlar fonida qusish natijasida shilliq qavat va qon tomirlar yorilishi natijasida kuzatiladi. Ushbu sindrom ko`pincha oshqozon kardial jomi (sfinkteri) tonusi yuqori bo`lgan bolalarda uchrashi kuzatilgan.



a.



b.

2-a va b rasmlar. Mellori-Veys sindromida oshqozon kichik egriligi (*curvatura minor*) shilliq qavati yorilishi va qon ketishi.

Kasallik klinik belgilari portal gipertenziyada qizilo`ngach varikoz kengaygan venoz qon tomirlardan qon ketishiga o`xshash bo`lib, bemor qon, qon laxtalari, “kofe quyqasi” bilan qusish kuzatiladi. Axlati qora tusli “melena” bo`ladi. Shuning uchun ushbu bemorlar anamnezini yaxshilab o`rganish, portal gipertenziya belgilarini inkor etish lozim.

Kasallik klinik belgilari portal gipertenziyada qizilo`ngach varikoz kengaygan venoz qon tomirlardan qon ketishiga o`xshash bo`lib, bemorda qon, qon laxtalari, “kofe quyqasi” bilan qusish kuzatiladi. Axlati qora tusli “melena” bo`ladi. Shuning uchun ushbu bemorlar anamnezini yaxshilab o`rganish, portal gipertenziya belgilarini inkor etish lozim.

Davosi; xuddi portal gipertenziyada qizilo`ngach varikoz kengaygan venoz qon tomirlardan qon ketishiga o`xshash bo`lib, faqat pitiutrin berilmaydi. Ezofagogastroskopiya qilinib, faol qon ketish koagulyatsiya yo`li bilan to`xtatiladi. Ushbu choralar yordam bermasa operativ muolajalar laparotomiya, gastrotomiya va qon tomirlarni bog`lash amalga oshiriladi.

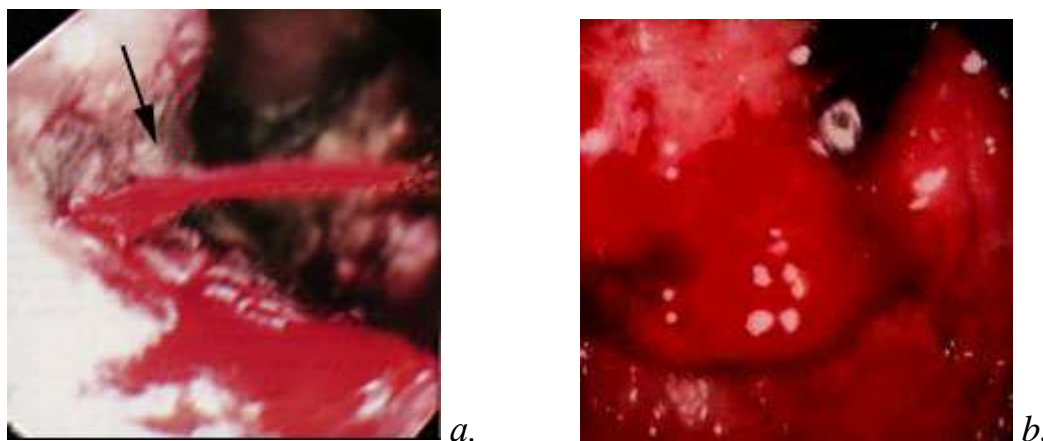
BOLALARDA ME`DA VA O`N IKKI BARMOQ ICHAK YARASI - keng tarqalgan kasalliklardan bo`lib, jahon xalqlarining 41,2% ushbu kasallik bilan xastalanadi, yoki har 100000 aholidan 400500 tasi bu dardga chalinadi. O`n ikki barmoq ichak yarasi me`da yarasiga nisbatan 12,5 marta ko`p uchraydi. Ushbu kasallikning quyidagi asoratlari kuzatiladi:

- Qon ketish;
- Perforatsiya;
- Penetratsiya;
- Perivistserit;
- Stenoz va deformatsiya;
- Malignizatsiya

Ushbu asoratlarning barchasi bemor hayotiga xavf tug`diradi, ularni jiddiy yondoshuvni talab qiladi.

MEDA VA O'N IKKI BARMOQLI ICHAK YARASIDAN QON KETISHI. Ushbu kasallikka chalingan 20% bemorlarda uchraydi. Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishiga 55-75% hollarda peptik yaralar, 17% hollarda gemorragik eroziyali gastrit, 11% hollarda Mellori-Veys sindromi sabab bo'lib, yaqin vaqtlargacha 40% hollarda bemorni halokatga olib kelardi (Yu.F.Isakov va hammualliflar, 2004). Gastroduodenal qon ketishini o'z vaqtida aniqlab davolash tibbiyotimizning dolzarb vazifalaridan biridir. Me'da va ichakdan qon ketishi yuqorida keltirilgan sabablardan tashqari; me'da rakida, jigar sirrozida, qizilo'ngach va me'da venalarining varikoz kengayishi natijasida, qon kasalliklarida (Verlgof kasalligi va gemofiliyada), meda va ichak o'smalarida, qizilo'ngach va ingichka ichak divertikulida, diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasida, yarali kolitda ham uchraydi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishi aniq klinik belgilarga ega (3-rasm). Vrachlar shunga asoslanib, qon ketishining darajalarini aniqlaydilar va bemorni konservativ muolaja bilan yoki zaruriyat bo'lsa, darhol operatsiya qilib davolaydilar.



3 - a va b rasmlar. **Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishi.**

Klinikasi: Bemorning boshi aylanib, ko'zi tinishi, rangi oqarib, hushdan ketishi, sovuq ter bosishi, tomir urishining tezlashuvi, qon bosimining pasayishi, organizmning holsizlanib, gemoglobin, eritrotsit va gematokritning hamda aylanuvchi qon hajmining kamayishi qon ketishining umumiy belgilari

hisoblanadi. Me'da va o'n ikki barmoq ichakdan qon ketishining mahalliy, o'ziga xos belgilari qon qusish va qop-qora najas kelishidan iborat.

Qon to'xtovsiz ketganida qusuq massasi toza qon va ivigan qondan iborat bo'lsa, qon sustroq ketganida ushbu massa jigarrang bo'lib, "kofe quyqasi" rangini eslatadi. Bu gemoglobinning xlorid kislotasi ta'sirida o'zgarishiga bog'liq. Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishiga ko'pincha og'ir mehnat qilish, kuchli hayajonlanish, spirtli ichimliklar ichish, parhezni buzish hamda infeksiyon kasalliklar olib keladi.

Qiyoslash: Agar me'da yarasidan qon ketishida bemorlarning qon qusishi xarakterli bo'lsa, o'n ikki barmokli ichak yarasidan qon ketishiga axlatning qop-qora kelishi xos. Yo'g'on ichakdan qon ketganda najas olcharang tus oladi. Bavosil va anal yoriqdan qon ketganda esa, rangi o'zgarmagan najas ustini qisman och qizil rang qon qoplagan bo'ladi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishini o'pkadan hamda qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishidan farqlash lozim. O'pkadan qon ketganida bemorning yo'talib qon tupurishi, qonning och qizil rang bo'lib, unda havo ko'piklari aralashib turishi, qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketganda esa bemor jigarida xarakterli o'zgarishlar hamda istisqo kuzatiladi.

Me'da va o'n ikki barmokli ichakdan qon ketganda bemor zudlik bilan jarrohlik bo'limiga yotqizilishi shart. Hatto kasalxonaga olib ketilayotgan vaqtda ham qon ketishini to'xtatuvchi muolaja qo'llanilishi lozim. Bemorning qon bosimi, pulsi, gemoglobin, gematokrit va eritrotsitlar miqdori har ikki soatda qaytadan aniqlanishi kerak. Yaradan qon ketishi aniq bo'lib, konservativ gemostatik muolaja 12-24 soat ichida yordam bermasa, bemorning hayotini saqlab qolish uchun uni operatsiya qilish zarur. Bunday hollarda faqat o'z vaqtida, kechiktirmay qilingan operatsiya bemorni o'limdan saqlab qolishi mumkin.

PEYTS-EGERS SINDROMI

Ingichka ichak polipozida ham oshqozon ichak trakti pastki qismida qon ketish klinik belgilari namoyon bo`ladi, ushbu sindromda ba`zan bemor terisida, og`zi atrofida tekis pigmentli dog`lar bo`ladi (Peyts-Egers sindromi). Poliplar bir vaqtning o`zida oshqozon-ichak traktining hamma qismini qamrab olishi ham mumkin - oshqozon, ingichka va yo`g`on ichak.

Och va yonbosh ichakdan qon ketishida pastki qon ketish klinik belgilari kuzatilishi, qon ketishiga asosiy sabab, Mekkel divertikuli va ichak ikkilanishlarining asoratlanishi bo`ladi.

Mekkel divertikuli – yonbosh ichak terminal qismida, ileosekal burchakdan 80 *sm* lar uzoqda bo`lib, uning tubi ichak tutqichiga teskari bo`ladi. Asosan “ponasimon” bo`lsada, uning tubi ichakka keng yoki ingichka asos bilan birikkan bo`ladi. Embriogeneza sariqlik yo`lining distal qismi noto`liq bitishi Mekkel divertikuli hosil bo`lishiga asosiy sabab bo`ladi. U uzoq vaqt simptomsiz kechishi mumkin. Asoratlanganda bemor qorni sababsiz og`rishi, “o`tkir qorin” sindromini, pastki qon ketish klinikalarini berishi mumkin. Mekkel divertikuli yallig`lanishi, shilliq qavati eroziyalanishi, yaraga aylanishi, teshilishi, invaginatsiyaga sabab bo`lishi, undan qon ketishi mumkin. Qon ketish joyi inkor etish va laparoskopik tekshirish natijasida aniqlanadi.

Rendyu-Osler sindromida esa qon ketish manbaini deyarli aniqlab bo`lmaydi, ushbu sindromda ko`p miqdordagi teleangioektaziyalar ichakning ichki tomoni-shilliq, shilliq ostida, ba`zida nafas yo`llarida joylashganligi kuzatiladi.

Bolalarda **yo`g`on va to`g`ri ichak** polipi, polipozida, nospetsifik yarali kolitda ham pastki qon ketish klinikasi kuzatiladi.

Anus yorilishi (*fissure ani*) asosan ichi qotadigan-qabziyat ko`p bo`ladigan bolalarda uchraydi. Qon axlat ustida, sizib chiqadi. Ushbu bolalarda defekatsiya og`riqli bo`lib, axlat chiqarishdan qo`rqadilar. Polip(lar)dan qon ketganida esa og`riq kuzatilmaydi. Diagnostikasiga bemor anal sohasini diqqat

bilan kuzatganda, shilliq qavat buramalari orasida yoriq borligi kuzatiladi. Poliplar operativ davolansa, *fissure ani* konservativ davolanadi.

BOLALARDA QORINNING YOPIQ SHIKASTLANISHLARI

Qorin bo`shlig`i organlarining yopiq jarohatlari barcha jarohatlar orasida eng og`irlaridan biri hisoblanadi, chunki deyarli barcha hollarda bolalarning o`limiga sabab bo`ladi. Qorin bo`shlig`i a`zolarining yopiq jarohatlari avtotravma, balandlikdan yiqilish, kamdan kam hollarda qoriga yoki biqinga to`g`ridan to`g`ri zarba natijasida kelib chiqishi mumkin. Jarohatning xarakteri va darajasi ma`lum darajada zarba kuchiga, ta`sir etayotgan joyga va shu sohadagi organning anatomik joylashuviga bog`liq. Qorin bo`shlig`i a`zolari jarohati turlicha (lat eyish, gematomalar, majaqlanishlar va h.k). Ko`proq organlarning chegaralangan yorilishlari (52%), kamroq – bir necha organ zararlanishlari (28%) yoki qo`shilib kelgan jarohatlar (qorin a`zolari jarohatlari va tananing boshqa qismlari jarohatlari bilan birga – 20%) kuzatiladi. Ko`pchilik jarohat olgan bolalarni statsionarga shok, o`tkir qon yo`qotish simptomlari bilan olib keladilar. Bunday jarohat olgan barcha bemorlarga tezda operatsiya olib boriladi. Ammo har bitta organning zararlanishi ma`lum bir belgilar bilan kechadi va aniq topik diagnoz qo`yishga yordam beradi. Bu esa o`z navbatida eng ratsional operativ kesma va aralashuvni tanlashga imkon beradi.

TALOQ JAROHATI

Taloq jarohati qorin a`zolari yopiq jarohatlari orasida ko`proq uchraydi (50%), jarohatlarni ko`pchiligi (75%) ni 6-13 yoshgacha bo`lgan bolalar tashkil qiladi. Klinik kechishiga ko`ra taloq jarohatlari 2 ga bo`linadi;

- chegaralangan jarohatlar (bir momentli, ikki momentli);
- qo`shilib kelgan jarohatlar;

Patologoanatomik xarakteriga ko`ra taloq jarohatlari 4 ga bo`linadi;

- yuza (kapsuladagi tirqishlar va yorilishlar);

- kapsula osti gematomalari;
- kapsula va parenxima yorilishlari;
- taloqning tomir tutamidan uzilishi.

Klinika. Ko`pchilik mualliflar taloq jarohatlarini tashxislash anchagina qiyinligini aytadi.

Taloqning bir momentli chegaralangan jarohati. Jarohatning doimiy belgisi bu qorindagi og`riq hisoblanadi. Og`riq asosan chap qovurg`a osti va epigastral sohaga to`g`ri keladi. Keyinchalik og`riq butun qorinda va qorinning pastki qismiga tarqaladi. Bu ko`pincha qonning qorin bo`shlig`ining pastki qismlarida to`planganligidan dalolat beradi. Og`riq chuqur nafas olganda va harakat paytida kuchayadi. Og`riq chap qo`l (**Ker simptomi**) va kurakka (**Eleker simptomi**) irradiatsiyalanadi. **Frenikus simptomi** ham musbat. Bola majburiy holatni egallaydi. Aktiv bola birdaniga adinamik bo`lib qoladi. Jarohat olgan joyini bosib yotish bola uchun yengillik tug`diradi. Uni bu holatdan turg`izishga qaratilgan xatti-harakatlar bemorni darhol yana avvalgi holatni egallashga majbur qiladi ("**van`ka-vstanka**" **simptomi**). Ba`zi mualliflar taloq jarohatlanishining xarakterli simptomi bo`lib – birlamchi es-hushni yo`qotish deb ta`kidlaydilar, ya`ni, bemor travma olgan payti es-hushini qisqa vaqt ichida yo`qotadi. Ammo bu holat bolalarda juda kam uchraydi. Ichki qon ketishning belgilaridan biri puls va arterial bosim nisbatan o`zgarmasada, teri va shilliq qavatlarning rangparligi hisoblanadi. Nafas olish sistemasi o`zgarishlar ko`pchilik bolalarda uchraydi; taxipnoe, nafas olish chuqurligining kamayishi (chap qovurg`a ostida og`riq hisobiga). Auskultatsiyada chap o`pkaning pastki bo`limlarida vezikulyar nafasning susayishi eshitiladi. Palpator barcha bemorlarda chap qovurg`a ostida va epigastral sohada og`riq kuzatiladi. Kamdan-kam hollarda og`riq butun qorinni egallashi yoki o`ng qovurg`a sohasida bo`lishi mumkin. Travma olgandan ko`p o`tmay qorin mushaklarining biroz taranglashishini sezish mumkin, ko`pincha chap qovurg`a osti mushaklari, kamdan-kam butun qorin mushaklari taranglashadi. Perkussiyada travma

olgandan bir soat o`tar-o`tmas qorin bo`shlig`ida erkin suyuqlik borligi aniqlanadi. O`z navbatida o`sha sohada perkutor tovush to`mtoqlashadi. Ammo bemorni o`ng biqinga yotqizganda va chap yon biqin perkussiya qilinganda perkutor tovush to`mtoqligicha qoladi, chunki travmadan keyin ivigan qon o`sha sohada quyuqlashib qolishi mumkin (**Djoys simptomi**). Bemor qorin old devori mushaklari taranglashganligini va lokal og`riqni aniqlash uchun kaft to`rtala barmog`i bilan qovurg`alar yoyi orqa tomondan ushlanib, qorin old tomonidan bosh barmoq bilan ohistalik bilan qorin chuqur palpatsiya qilinadi (**Vaynert simptomi**). Taloq jarohatlanganida o`ngdan qovurg`a osti og`riqli, yumshoq to`qimalar rezistentligi oshgan, ba`zida dag`allashganligi aniqlanadi. Barcha bemorlarda rektal barmoq bilan tekshirish o`tkaziladi. Bunda kichik chanoq bo`shlig`ida qon to`planganligi tufayli og`riq seziladi. Travma olgandan keyin birinchi soatlarda tekshirib ko`rilganda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori uncha o`zgarmaydi. Chunki, birinchidan, qorin bo`shlig`iga tomirlardagi qon emas, balki, taloqning o`zidagi depo qon quyiladi. Ikkinchidan, jarohatlangan tomirlar spazm berib, qorin bo`shlig`iga quyilgan qon trombga aylanib nisbatan qon ketishi to`xtaydi. Ko`proq ma`lumotni qon tahlili beradi. Ko`pchilik bemorlarda leykotsitlar miqdori jarohat olgandan 6 soat o`tgach oshgan bo`ladi, keyinchalik leykotsitlar miqdori bir sutka o`tgach kamayib normagacha tushadi. Leykotsitar formula chapga siljigan bo`ladi. *ECHT* jarohat olgandan 1-soatlarida o`zgarmaydi, lekin 2-sutkadan boshlab osha boradi. Rentgenologik tekshiruvni asosan taloq jarohatini kovak a`zolar jarohati bilan qiyosiy taqqoslash o`tkazish maqsadidagina olib boriladi (erkin gaz bor yo`qligini bilish uchun). Taloq jarohatlanishida rentgenologik belgilar bo`lib, diafragma gumbazi harakatining cheklanganligi va chapdan qovurg`a - diafragmal sinusning qayrilishi ko`rinadi. Ba`zan esa qorin bo`shlig`ining chap tomonida odatdagidan ko`ra ko`proq soyaning quyuqlashishi ko`rinadi.

Davolash. Operativ - operatsiyaga tayyorlash bemorni medikamentoz tayyorlov va narkozga tayyorlovdan boshlanadi. Bemor qorin bo`shlig`i

operatsiyadan oldin vena ichiga 250-300 ml konservirlangan qon quyilgan bo`lishi kerak. Qon quyish bilan birga intubatsion usul bilan narkoz berish boshlanadi. Operatsion yo`l taloqning chegaralangan bir momentli jarohatlarida chap tomondan egri chiziq kesma bilan olib boriladi. Qo`shilib kelgan jarohatlarda yuqori o`rta laparotomiya qilinadi, keyinchalik kerak bo`lganda qo`shimcha yon kesma qilinadi. Agar taloq kapsulasining yirtilishlari bo`lsa ular tikiladi. Agar taloq tomir oyoqchasidan uzilgan bo`lsa, taloq qorin bo`shlig`idan chiqarilib, tomirlar bog`lanadi. Agar taloq parenximasi majaqlangan bo`lsa, splenektomiya rejalashtiriladi, bolalarda maksimal darajada organ saqlovchi operatsiyalar o`tkazilmog`i lozim.

JIGAR JAROHATI - ko`pincha yiqilgan paytda o`sha joyga tushgan zarb natijasida yuzaga keladi va turli yoshda uchraydi, ko`proq 6-12 yoshgacha. Jarohatdan keyin jigar parenximasi va uning mayin devorli tomirlari spazmga uchramaydi, bu esa o`z navbatida kuchli va intensiv qon ketishi bilan xarakterlanadi. O`t yo`llarining zararlanishi natijasida chiqayotgan o`t esa qonning ivishiga xalaqit beradi, bu esa o`z navbatida yana ko`p qon ketishi va uzoq vaqt to`xtamasligiga sabab bo`ladi. Jigarning pastki yuzasi jarohatlanganda qon ketish juda intensiv bo`ladi, chunki darvoza venasining asosiy tomirlari shu sohadan kiradi. Bo`lak va segmentar tomirlarning yirtilishi devitalizatsiyaga, shuningdek shu tomirni qon bilan ta`minlagan jigar qismlarining nekrozi, sekvestratsiyasiga olib keladi.

Jigarning barcha jarohatlarini 3 guruhga bo`lamiz;

- **kapsula osti gematomalar.** Bunda bu gematomalar asosan jigarning diafragmal yuzasida yuzaga keladi. Bunda jarohatlangan qon tomir va o`t yo`llarining jarohatlanishi natijasida kapsula parenximadan ajraladi va orasida qon va o`t to`planadi. Keyinchalik kapsula yorilishi ham mumkin.
- **kapsula zararlanishi bilan kechuvchi jigar parenximasining yirtilishi** – birta yoki ko`p jarohat bo`lishi mumkin; chizikli yoki yulduzsimon bo`lishi mumkin; jarohat qirralari tekis yoki majaqlangan bo`lishi mumkin.

- **jigarning markaziy jarohatlari** jigar parenximasining markazida joylashgan bo`ladi, bunda o`sha sohada qon va o`t to`planib qoladi. Bu esa o`z navbatida keyinchalik markaziy gematomalar hosil bo`lib, jigarda chandiqlanishlar, jigar serrozi, postravmatik kistalar hosil bo`lishi yoki gematomaning yiringlab absess hosil bo`lishiga olib keladi.

Jigar jarohatlarini jarohat chuqurligi va davomiyligiga qarab 3 bosqichga bo`lamiz:

- 1) I daraja - yuza tirqishlar va tiralishlar;
- 2) II daraja - organ qalinligining yarmigacha bo`lgan yorilishlar;
- 3) III daraja - organ yarmidan ko`p qismining yorilishlari, jigar segmentlarining nekrozi va sekvestratsiyasi.

Klinika. Ko`pchilik holatlarda jigar jarohati olgan bemorning umumiy ahvoli og`ir deb baholanadi. Bolalar statsionarga es-hushini yo`qotgan holda yoki shok belgilari bilan kelishi mumkin. Nisbatan kam hollarda bemor o`zini qoniqarli ahvolda yoki ahvolining yaxshilanayotganini aytadi. Asosiy simptomlaridan biri bu qorindagi doimiy og`riq; og`riq asosan o`ng qovurg`a ostida yoki qorinning o`ng yarmida, kamdan-kam hollarda butun qorinda bo`ladi. Jigardagi travma lokalizatsiyasi og`riqning tarqalishida rol o`ynaydi. Jigar gumbazining chegaralangan travmasida og`riq o`ng ko`krak qafasi pastki segmentlarida aniqlanadi. Organning dorsal yuzasi yoki tojsimon boylamdan uzilishi paytida og`riq bel sohasiga tarqaladi; pastki yuzasi jarohatlanganda esa kindikka yaqin sohaga tarqaladi, qon va o`t suyuqliklari o`ng yon kanal bo`ylab oqib kichik chanoq bo`shlig`iga va o`ng yonbosh sohasiga borib to`planadi, lokal qorin parda ta`sirlanishini yuzaga keltiradi. Ko`ngil aynishi va qusish travmadan keyin tez orada paydo bo`ladi, keyinchalik bemor o`rnidan turmoqchi bo`lganida paydo bo`ladi (ortostatik kollaps). Kamdan-kam bemorlar kofe quyqasiga o`xshash qusadilar. Jigar jarohatida majburiy holatni bolalar kamdan-kam hollarda egallaydilar. 6 ta bolada majburiy holat kuzatilgan, shulardan 5tasi o`ng yonboshda oyoqlarini qorniga tortib yotgan, 1 tasida “Van`ka-Vstanka”

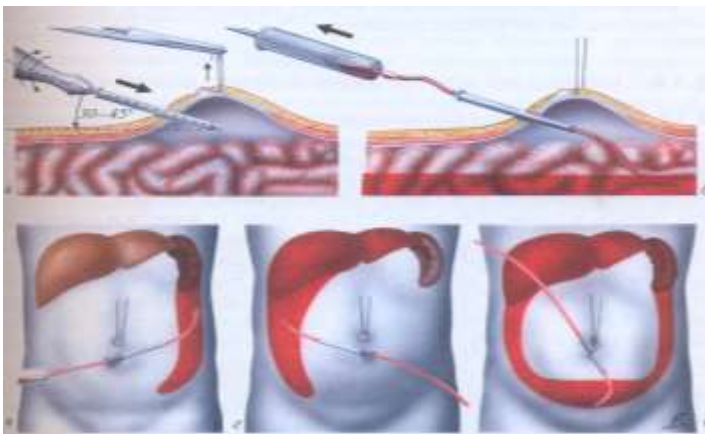
simptomi kuzatildi. Teri va shilliq qavatlar rangpar. Bola qanchalik yosh bo`lsa shunchalik burun-og`iz uchburchagida sianoz kuzatilishi mumkin. Teri va shilliq qavatlar sariqligi travmadan bir necha kun o`tgandan keyin paydo bo`ladi va yaqqol bo`lmaydi. Sariqlikning sabablari; postravmatik gepatit, o`tning qorin parda tomonidan so`rilishi, yoki mexanik sariqlik ya`ni o`t yo`llarining gemobiliya paytida qon quyqasi bilan bekilib qolishidir. Taxipnoe jigar travmasi olgan barcha bolalarda uchraydi. Puls ko`pincha tezlashgan, kamdan-kam hollarda sekinlashgan bo`ladi. Sekinlashgan pulsning arterial bosimning pasayishi fonida kelishi yomon belgi hisoblanadi. Qorinni obyektiv ko`rganda e`tiborli bo`lish lozim. Teridagi shilinish, qon quyilishlarni alohida e`tiborga olish lozim. Ularning lokalizatsiyasi o`ng kokrak qafasi pastki qismi va qorinning o`ng kvadrantida joylashuvi jigar jarohatlanganligidan dalolat beradi. Qorin palpatsiyasini qorinning pastki qismlaridan boshlash lozim. Og`riqni deyarli barcha bolalarda kuzatish mumkin (hushsiz bolalardan tashqari), ayniqsa qorinning o`ng yarmida, o`ng qovurg`a ostida va epigastral sohada bo`ladi. **“Kindik simptomi”**- kindikni bosib ko`rilganda keskin og`riq sezgisini bo`lishi, u yumaloq boylamning tortilishi natijasida yuzaga chiqadi. **Kulenkamf simptomi** -qorin palpatsiyada og`riqli, lekin taranglashish belgilari yo`q bo`lishi; hamma jigar jarohati olgan bolalarda uchrayvermaydi. Qorin mushaklarining taranglashishi jigar jarohati olgan bolalarda travma olgach birinchi soatlarida paydo bo`ladi. Taranglashish butun qorin oldi devorini egallashi mumkin. Bir necha soatlar o`tgach taranglashish kuchsizlanib, faqat o`ng qovurg`a ostida qolishi mumkin yoki yo`qolishi mumkin. Keyinchalik ichaklar parezi natijasida qorin dam bo`lishini kuzatish mumkin, bunday paytda perkussiyada timpanik tovush eshitiladi, travma olgach birinchi soatlarda to`ntoqlik eshitiladi.

Rentgenologik tekshiruv jigar jarohatini aniqlashda muhim ahamiyat kasb etishi mumkin. Jigar jarohatining bir belgisi bu o`ng diafragma gumbazi harakatining chegaralanganligi hisoblanadi. Yana bir rentgenologik belgilardan

biri bu - qorin parda bo`shlig`iga qon quyilgan paytda qorinning o`ng tomonida qorong`ilashish kuzatiladi, bunday paytda yo`g`on ichakning o`ng yarmi qorinning o`rta chizig`iga siljiydi. Jigar jarohatlanishining kovak organ zararlanishi bilan qo`shilib kelishi diafragma ostida havo to`planishi va bola holatini o`zgartirganda birga o`zgaradigan suyuqlik sathi ko`rinadi.

Laparosentez – ichki qon ketganligi mavhum bo`lganda diagnostik va davolash maqsadida o`tkaziladigan muolaja hisoblanib, umumiy og`riqsizlantish ostida bajariladi (1-rasm). Qorinning o`rta chizig`i bo`ylab kindikdan pastda 1 sm masofada skalpel bilan teri ko`ndalangiga kesiladi.

Ichak ipi bilan kesuvchi ignada teri jarohatining yuqori qirg`og`i tikilib va qorinning oldingi devorini konussimon shaklida ko`tarib turib, ipdan tutqich sifatida foydalaniladi (1-rasm a).



1-rasm. **Laparosentez bosqichlari.**

Teri va teri osti klechatkadagi jarohat orqali aponevrozga troakar olib kelinadi va aylanma harakatlar bilan yuqori va bir muncha chetroq yo`nalishda tushib ketgandek “ sezgi bo`lgunga “ qadar kiritiladi (1-rasm a).

Agar skelet chiqarib olingandan keyin troakar nayi bo`ylab qorin bo`shlig`idan qon yoki ekssudat o`t bilan bo`yalgan suyuqlik oqib chiqq boshlasa, qorin bo`shlig`i organlari jarohatlanganiga shubha qilinadi (1-rasm b).

Agar qayta suyuqlik bo`lmasa, nay orqali qorin bo`shlig`iga diametri 3-4 mm keladigan 10-15 ta teshikcha bo`lgan xlorvinilli kateter kiritiladi. Kateter

o`ngga va yuqori tomon (jigar chapga va yuqoriga taloqga mutlaqo chapga va pastga va o`ngga yuboriladi)(1-rasm v,g,d).

Kateterni tejamli zondga kirita turib, u orqali har gal qorin bo`shlig`iga shprits bilan 20-40 ml novokain yoki NaCl izotonik eritmasi yuboriladi, so`ngra shu shpritsning o`zi bilan eritma yana qaytib so`rib olinadi.

Laborator o`zgarishlar yordamchi ahamiyatga ega. Katta klinik ahamiyatga gematokrit ko`rsatkichlar ega. Eritrotsitlar hajmining kamayishi va gematokrit ko`rsatkichlarning pasayishi jigar jarohatidan dalolat beruvchi asosiy kriteriy bo`lib hisoblanadi. Leykotsitar reaksiya jarohatdan birinchi 10 soat o`tgach oshadi. Simptomlarning paydo bo`lish darajasi qon yo`qotish miqdori bilan bog`liq. Klinik surati va kasallik kechishiga qarab jigar jarohatlarining 5 ta guruhi mavjud:

1-guruh; qorin parda ichiga massiv qon ketish bilan kuzatiladigan tipik kechuvi. Bu guruhga og`ir ahvolda statsionarga kelgan bolalar kiradi. Ular yuzaki tez-tez nafas oladi, ipsimon puls, arterial bosimning keskin pasayishi bilan ba`zan keskin kollaps belgilari, es-hushini yo`qotgan bo`ladi. Bularda qorin parda ichiga qon ketishining barcha simptomokompleksini kuzatishimiz mumkin.

2-guruh; qorin parda bo`shlig`iga qon ketish belgilarining birin-ketinlik bilan o`sib borishi bilan kechuvchi jigar jarohatlari. Bu guruhdagi bolalarda jigar jarohatlari uncha katta bo`lmaydi va qon-tomir bilan kamroq ta`minlangan sohalarda joylashgan bo`ladi. Ba`zan diafragma jigarga yaqinlashib, jigarni “tamponlaydi”. Simptomatika sekinlik bilan rivojlanadi. Bunda nisbatan olganda “qoniqarli” ahvol bir necha sutka davom etadi, keyinchalik qorin parda ichiga qon ketish belgilari kuzatiladi , arterial bosim pasayib ketadi, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat bo`ladi, leykotsitoz, gemoglobin miqdori pasayadi, gematokrit miqdori pasayadi.

3-guruh; jigarning kapsula osti gematomalari. Jigar jarohatining bu turi 2 fazali kechish xarakteriga ega. Statsionarda bolalarning umumiy ahvoli qoniqarli

bo`ladi, arterial bosimi normal, puls va nafas soni biroz tezlashgan bo`lishi mumkin. Og`riq bir xil intensivlikda, doimiy bo`lib ko`pincha o`ng qovurg`a ostida joylashgan bo`ladi, shu sohada mushaklar taranglashishi ham kuzatiladi. Palpatsiyada va perkussiyada jigar o`lchamlarini aniqlab bo`ladi. Keyinchalik bolaning qorni yumshoq bo`ladi, ahvoli yaxshilanadi, faqatgina lokal biroz og`riq bo`lishi mumkin. Bolaning bunday ahvoli bir necha haftalargacha davom etishi mumkin. Keyinchalik xuddi shunday qoniqarli ahvol fonida bemor bolada anemiya rivojlanib boradi, teri va shilliq qavatlar ikterikligi belgilari paydo bo`lishi mumkin. Keyin birdaniga jigar kapsulasi ingichkalashib yoriladi va gematoma qorin bo`shlig`iga quyiladi, qorin parda ichiga qon quyilishning yaqqol simptomokompleksi rivojlanadi.

4-guruh; jigarining markaziy yorilishlari - gemobiliya bilan xarakterlanadi. 2 fazali kechish xarakteriga ega. Birinchi fazasi kapsula osti gematomalaridagidek kechadi. 2 –fazasida markaziy gematoma o`t yo`llariga yoriladi va oshqozon-ichak traktidan qon ketish bilan xarakterlanadi, bunda qon qusish va qoraqumday (degteobrazniy stul) axlat ketishi kuzatiladi. Gemobiliya bir necha soat o`tgach yoki bir necha kundan so`ng paydo bo`lishi mumkin. Gemobiliyaning darakchisi bo`lib o`ng qovurg`a ostida to`mtoq og`riqlar, yengil ikteriklik va jigar o`lchamining har vaqtda kattalashib borishi hisoblanadi.

5-guruh; jigar jarohatining boshqa organlar zararlanishi bilan birga qo`shilib kelishi – travmaning og`ir turi hisoblanadi. Shok va anemiya belgilari tezda rivojlanadi. Topik diaqnozni aniqlash juda qiyin, biz kuzatgan bolalar orasida faqat bittasida operatsiyagacha jigar va ichak jarohati diaqnozi to`g`ri qo`yildi.

Davolash. Operativ-barcha jigar jarohatlarida asosiy maqsadlaridan biri bu – qon oqishini to`xtatish va jarohat qirralaridagi o`lik to`qimalarni tozalash, shuningdek, qon va o`t suyuqligi bilan ta`minlanishi buzilgan segmentlari va bo`laklarini olib tashlash. Reviziya qilib taxminan jigar jarohati lokalizatsiyasi, jigar bo`laklari va segmentar lokalizatsiyasini hisobga olgan holda laparotomiya

tanlanadi. Jarohat og'irligi ham baholanadi. Kuchli qon ketayotgan paytda vaqtinchalik (10 min.dan ko'p emas) jigar-o'n ikki barmoqli ichak boylami nippel "ushlagichi" bilan qisib qo'yiladi. Chuqur yoriqlar bo'lganda, shuningdek organ pastki yuzasining uncha katta bo'lmagan jarohatlarida, jigarning katta qon tomirlar kiradigan sohasidan (pufak orqali) xolangiografiya va (kindik orqali) portografiya qilinadi (bunda kiritilgan kateter olib tashlanmaydi va operatsiya paytida infuziya uchun qo'llaniladi). Jarohatning jigarning qirralarida joylashishi yoki diafragma yuzasida joylashishi paytida o'sha sohada qon tomirlar va o't yo'llari bo'lmaydi va bunday paytda intraoperatsion xolangiografiya va portografiya qilinmaydi. Jigarga choklar qo'yish faqatgina jarohat sohasida parenxima majaqlanishi belgilari va organ ichi naysimon strukturalarining jarohatlari bo'lmagandagina amalga oshirish mumkin. Ko'pincha Kuznetsov-Penskiy va Jordano metodikasi bo'yicha chok qo'yiladi. Oldindan jarohat sohasi gemostatik gubka bilan ta'minlanadi.

BUYRAK VA SIYDIK CHIQARISH A'ZOLARINING SHIKASTLANISHLARI

Buyraklar va qorin bo'shlig'i ichki a'zolari yopiq shikastlanishlari:

Bolalarning buyrak va siydik chiqarish yo'llari shikastlanishi nisbatan tez-tez uchraydi. Bular orasida birinchi o'rinni buyrakning yopiq shikastlanishi egallaydi. 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.

Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar. Buyrakdagi yopiq shikastlanishlar (A. T. Po'latovning 1973 yil ma'lumotlariga ko'ra), ko'krak, qorin va biqin sohalari shikastlangan bemorlarning 15-23% ini tashkil qiladi. Buyrakning

yopiq shikastlanishi shiklastantiruvchi 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 radiar 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 guruhlarga bo'linadi.

1. Buyrak pardasi va atrof to'qimasining shikastlanishi.
2. Kosachalar va jomiga yetmagan parda osti yorilishi.
3. Kosachalar va jomga yetgan parda va parenximasining yorilishi.
4. Buyrakning majaqlanishi.
5. Buyrakning uzilishi.

Klinikasi. Klinik belgisi ko'p qirrali bo'lib, bir necha simptomlarning bir-biri bilan bog'lanishi natijasida paydo bo'ladi. Ko'pincha og'riq, peritoneal belgilar, mahalliy shish va gematuriya kuzatiladi. Og'riq simillagan tusda bo'lib, yo'talganda, qimirlaganda, shikastlangan joy paypaslanganida kuchayadi. Ayrim hollarda o'tkir bo'lib, xuddi sanchuvchi og'riqdek chov kanaliga, tashqi jinsiy a'zolariga berilishi ham mumkin. Bu hol ko'pincha siydik yo'llariga ivigan qon laxtalari tiqilib qolganida aniqlanadi. 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, piyeloureteral zonaning deformatsiya bo`lishiga va urokinamikaning buzilishiga olib kelishi mumkin. Bemorlarda ikkilamchi piyelonefrit boshlanib, ularning ahvoli ancha og`irlashadi.

Gematuriya asosiy simptomlardan bo`lib, u har xil intensivlikda (mikrogematuriyadan to ko`p qon oqishigacha) namoyon bo`ladi. Bu buyrak shikastlanishining og`irligidan darak bermaydi. Buyrak majaqlanganda va uzilganda gematuriya juda arziyas yoki ivigan qon evaziga siydik yo`lining obturatsiyalanishidan umuman bo`lmasligi ham mumkin. Bunga buyrakda shikastlanish oqibatida reflektor oligoanuriya va shok natijasida diurezning pasayishi ham asosiy sabab bo`lishi mumkin. Uzoq muddat davom etadigan gematuriya odatda buyrak parda osti shikastlanganda aniqlanadi. Intensiv gematuriya bo`lganda yoki qorin parda orqa qismiga qon to`planganda ichki qon ketishning belgilari (anemiyaning zo`rayishi, arteriya qon bosimining pasayishi, tomir urishining tezlashuvi) paydo bo`ladi. Ayrim hollarda kechikkan gematuriya (shikastlanishdan 8-10 kun keyin) kuzatiladi. Bunga uzilgan qon tomiriga tiqilib qolgan trombnning joyidan ko`chishi sabab bo`ladi. Bunday hol ba`zan qizg`ish siydik tutilishiga ham olib keladi. Kateter yordamida bu qonni qovuqdan chiqarib bo`lmaydi, shuning uchun ayrim hollarda operatsiya qilishga ham to`g`ri keladi. Kichik yoshdagi bolalarda buyrak shikastlanishiga aloqasi bo`lmagan ko`ngil aynishi, qayt qilish qorin dam bo`lishi, peritonit, tana haroratining ko`tarilishi kabi belgilar ham qayd etiladi. Buyrak arteriyasi va venalar shikastlanganda bemorning ahvoli tobora og`irlashaveradi. Qon bosimi pasayib, bemor shok holatiga tushishi ham mumkin.

Tashxisi. Buyrak shikastlanishiga tashxis qo`yish deyarli qiyinchilik tug`dirmaydi. U anamnez ma`lumotlariga hamda obyektiv ko`rishga asoslanadi. Shuningdek, bunda rentgen tekshiruvchi hal qiluvchi rol o`ynaydi. Tasviriy

urogrammada shikastlangan buyrak va bel muskullarining sirtqi chizig`i ko`rinmay, faqat gomogen soya ko`rinadi.

Yuqoridagi belgilarga asoslanib, buyrak shikastlanishining turi va og`irlik darajasini aniqlash qiyin. Shu sababli bemorni shok, yoki kollapsdan chiqargach, tashxisni aniqlash maqsadida ekskretor urografiya qilish shart. Bu tekshirish 95 % hollarda tashxisni to`g`ri qo`yishga yordam beradi.

Davosi. Bemorni albatta shifoxonaga yotqizish shart. Bemorning hayoti uchun xavfli bo`lgan kuchli qon ketishi shoshilinch operatsiya qilishga asos bo`ladi. Operatsiya oldidan kontrateral buyrakning bor yoki yo`qligini aniqlash lozim. Agar qon ketishi juda shiddatli bo`lsayu, kontrateral buyrakning funksiyasini aniqlashga yetarli fursat bo`lmasa, shikastlangan buyrak qon tomirini barmoqlar bilan yoki asboblari yordamida qisib, qon ketish to`xtatiladi va kontrateral buyrak tekshirib ko`riladi. Qon ketish kuchli bo`lmasa, bemorda konservativ terapiya o`tkazish jarayonida shikastlanish turini aniqlash kerak.

Konservativ terapiyada bemorlar 10-15 kun davomida to`shakda yotadilar. Ularga og`riqsizlantiruvchi, qon ketishni to`xtatuvchi moddalar yuboriladi, antibiotikoterapiya buyuriladi. Gematuriya bo`lmay, odatdagiday buyrak funksiyasi tiklansa, bemor shifoxonadan chiqarilib, dispanser kuzatuv nazoratiga olinadi. Agar qon ketish to`xtamasa, operatsiya qilinadi, bunda doimo buyrakni saqlab qolishga harakat qilinadi. Buyrakning shikastlangan qismini rezeksiya qilish ham mumkin. Buyrakning yashashga qobiliyati yo`qligiga to`liq va mutloq ishonch bo`lgan taqdirdagina nefrektomiya bajariladi.

QOVUQNING SHIKASTLANISHI. Bolalarda qovuqning shikastlanishi nisbatan kam uchraydi. Shikastlanishga asosan transport, sport va turmushdagi noxush hodisalar sabab bo`ladi. Qovuq shikastlanishida nafaqat shikast beruvchi kuch, balki shu vaqtda qovuqning siydik bilan to`lgan yoki to`lmaganligi ham katta ahamiyatga ega. Ochiq va yopiq shikastlanishlar farq qilinadi. Qovuq shikastlanishining qorin parda ichi yoki tashqarisi hamda

aralash turlari bo`lishi mumkin. Qovuqning shikastlanish joyiga qarab qovuq tanasi, qovuq tubi, qovuq bo`yni, qovuq tepasi, qovuq uchburchagi shikastlanishlari tafovut qilinadi. Bunday shikastlanish ko`pincha tos suyagi singanda qayd etiladi.

Klinikasi. Shikastlanishning dastlabki soatlarida asosan tos suyaklarining sinishi va qorin bo`shlig`idagi a`zolarining shikastlanishi (agar bo`lsa) bilan bog`liq bo`ladi. Agar shok bo`lmasa, asosan qorin pastida doimiy kuchli og`riq, to`xtovsiz siydik qistashi, ammo buning ilojini qila olmaslik singari belgilar aniqlanadi. Ayrim hollarda siydik oz miqdorda chiqishi yoki tomchilashi mumkin. Siydikda doimo qon bo`ladi. Biroq qon qisqa yoki uzoq muddat ketishi ham mumkin. Qovuqning qorin pardadan tashqaridagi shikastlanishi bo`lsa, siydik tos suyagi ichidagi biriktiruvchi to`qimaga tarqalib, qorin devorining pastki qismida infiltrat yoki shish paydo bo`ladi. To`g`ri ichak orqali tekshirganda yuqoridagi belgilar tasdiqlanadi. Shikastlanishdan bir necha soat o`tgach, bemorning oraliq qismida (yorg`oq, diloq) shish yuzaga keladi.

Qovuqning qorin parda ichki qismi shikastlanganda og`riq qorin sohasida bo`ladi. Siydikning qorin bo`shlig`iga tushishi natijasida bemorda siydik qistashi tuyg`usi bo`lmaydi. Bolalarning umumiy ahvoli tezda og`irlashib, siydik peritoniti belgilari yuzaga keladi. Qorin devori taranglashib, paypaslanganda og`riq, Shyotkin-Blyumberg simptomi aniqlanadi. Qorin bo`shlig`ining yonbosh sohasi perkussiya qilinsa, u yerda suyuqlik seziladi. Rektumni tekshirganda to`g`ri ichak devorining osilib turishi kuzatiladi. Agarda qovuqda shikastlanish teshigi kichik bo`lsa, u ichak halqalari yoki charvi bilan yopilishi mumkin va peritonitning klinik belgilari unchalik aniq bo`lmaydi. Biroq, bu vaqtinchalik holat bo`lib, teshik takroran ochilishi va peritonit rivojlanishi mumkin.

Tashxisi. Qovuq shikastlanishini aniqlashda qovuqni kateterlash ko`pincha hal qiluvchi rol o`ynaydi, degan fikrlar mavjud. Biroq kateterlash mahalida qovuqda siydik bo`lmasligi yoki bir necha tomchi qonli siydik chiqishi mumkin. Asosiy tashxis usuli kontrastli sistografiya hisoblanadi. Sistografiyani ikki proeksiyada

bajarish lozim. Bu tekshirish usuli yordamida nafaqat shu qovuqning shikastlanishi, balki uning qorin parda ichiga yoki tashqi tomoniga yorilgan yoki yorilmaganligini ham aniqlash mumkin. Kontrast modda qorin bo`shlig`i yoki to`qima ichida qolmasligi uchun sistografiyani operatsiya oldidan bajarish maqsadga muvofiqdir.

Davosi. Kasallik operatsiya yo`li bilan davolanadi. Davolashning natijasi uning o`z vaqtida bajarilishiga bog`liq. Operatsiya bemorni shokdan chiqargach yoki qisqa muddatli tayyorgarlikdan so`ng bajariladi. Agar bemor shifoxonaga kechikib keltirilgan bo`lsa, operatsiyadan oldin va keyin dezintoksikatsion terapiya o`tkaziladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik 3-4 soatdan oshmasligi lozim. Operatsiyadan maqsad, avvalo shikastlangan sohani siydikdan va ivigan qondan tozalash, qovuq jarohatiga ikki qavat qilib, ketkut choklarini qo`yish va nihoyat, qovuqni drenajlashdan iborat. Agar qovuq teshigi qorin parda ichiga ochilgan bo`lsa, qorin bo`shlig`ini siydikdan tozalash va yonbosh kanallarda drenaj naychalarini qoldirish lozim. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarda antibiotikoterapiya, shu jumladan regional limfatik antibiotikoterapiya o`tkaziladi.

Uretraning shikastlanishi. Bunday shikastlanish yiqilish natijasida bolalarning oraliq qismi qattiq tor buyumga (devor, taxta, sport aslahalariga) urilishidan kelib chiqadi. Undan tashqari, uretraning membranoz va protsata qismlarining shikastlanishi tos suyaklari singanda ayniqsa ko`p uchraydi. Shikastlanish darajasiga nisbatan qisman (uretra kanalining ayrim qavatlarini) va to`liq (barcha qavatlarini) bo`ladi. To`liq shikastlanishda siydik atrof to`qimalarga tarqaladi. Siydik chiqarish kanali shikastlanishi klinikasi shikast joyiga bog`liq.

Klinikasi. Agar uretra shikastlanishi tos suyaklari sinishi tufayli ro`y bergan bo`lsa, suyak sinishi belgilari birinchi o`ringa chiqadi. Agar uretraning faqat o`zi shikastlangan bo`lsa, oraliq va yorg`oq sohasida qattiq og`riq bo`ladi. Siydik birdaniga tutiladi va yoki qon aralash keladi. Uretradan faqat qon kelishi mumkin. Siydik chiqmasligidan qovuq kengayib, kasal siygisi keladi. Ammo

bemor buning ilojini qila olmaydi. Uretradan qon shikastlangan zahoti yoki birinchi marta siydik kelganda oqishi mumkin.

Tashxisi. Tashxis qo`yish maqsadida uretraga kateter kiritish mumkin emas. Chunki bunda uretra qo`shimcha ravishda yana shikastlanishi mumkin. O`z vaqtida bajarilgan uretrografiya tashxisda asosiy o`rinni egallaydi. Bemor chalqanchasiga yotqizilib, o`ng oyog`ini buklab, tos-son bo`g`imidan yoziltiriladi. Olatni buklangan oyoqqa nisbatan parallel holatda tortib, uretraga 10-15 ml kontrast modda antibiotik eritmasi bilan birgalikda yuboriladi va yuborish paytida rentgen tasviri olinadi. Agar uretra shikastlangan bo`lsa, uretradan kontrast modda parauretral to`qimaga oqadi.

Davosi. Operatsiya asosiy tadbir hisoblanadi. Operatsiyadan maqsad uretraning uzluksizligini tiklash. Shoshilinch ravishda operatsiya qilinib, uretraga birlamchi chok qo`yiladi va qovuq drenajlanadi. Kech olib kelingan bemorlarga episistostomiya qo`yilib, konservativ davolash usullari qo`llanadi. Keyinchalik rejali ravishda operatsiya bajarilib, uretraning uzluksizligi tiklanadi. Shuni aytish lozimki, bu operatsiya ancha murakkab bo`lib, operatsiyadan keyin ko`pgina asoratlar kuzatiladi. Shuning uchun bunday operatsiya faqat yetarli tajriba to`plagan jarroh tomonidan bajarilishi lozim

BOLALARDA ORTTIRILGAN ICHAK TUTILISHI.

Bolalarda orttirilgan ichak tutilishlari oshqozon-ichak traktida tug`ma yoki orttirilgan to`siq bo`lishi natijasida ovqat (ona ko`krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o`tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. O`tkir ichak tutilishi qadimdan buyon qorin bo`shlig`ida eng ko`p uchraydigan shoshilinch xirurgik xastaliklarning hayot uchun xavfli turlaridan biri hisoblanadi, chunki u o`ta og`ir o`tishi bilan birga, tashxisi qiyin va jarrohlik muolajasidan keyin eng ko`p o`limga olib keladigan kasallikdir.

O`tkir ichak tutilishi kasalligi rivojlanishini 3 bosqichga bo`lish mumkin.

Birinchi bosqichning klinik belgilari to`plami asosan ichak o`tkazuvchanlik xususiyatining o`tkir buzilishi, hatto ichakning ma'lum qismlarida butunlay o`tkazmaslik alomatlari bilan ifodalanadi. Ammo bu bosqichda organizm o`z muvozanatlashtirish xususiyatlarini butunlay yo`qotmaydi.

Ikkinchi bosqichda faqat o`tkazuvchanlikning o`tkir buzilishigina emas, balki organizmda chuqur patologik jarayonlar sababli ichak faoliyatining baravarlashtirish xususiyati izdan chiqishi hisobiga ichak devori harakati ham buziladi. Shuning uchun bu bosqichni ichak harakatining mexanik tutilishi yoki ichak bo`shlig`ida moddalarning to`planib qolishigina emas, balki bemor organizmida kechayotgan umumiy patologik o`zgarish deb tushunish kerak. Ichak devori yoki uning ayrim segmentar qon aylanishining buzilishi (mikrosirkulyatsiya) bu kasallikning ikkinchi bosqichida ichak devorining ichidagi qon aylanish jarayonining izdan chiqishi bilan o`tadi. Shuning uchun bu bosqichda kasallik kechishini nazorat qilib turish kerak. Uzoq vaqt konservativ muolaja qilish esa mumkin emas. Shoshilinch ravishda bemorni operatsiyaga tayyorlash va operatsiya o`tkazish zarur.

O`tkir ichak tutilishining **uchinchi bosqichi** organizmda klinik va patologik belgilar kelib chiqishi bilan peritonit kasalligiga xosdir. Bu ko`p omilli patologik hollar paydo bo`lishi sabablarini, kasallikka muolaja qilish yo`llarini va keyingi oqibatini aniqlovchi bosqich hisoblanadi. Yuqorida ko`rsatilgan bosqichlar o`tkir ichak tutilishining hamma turlarida uchrashi mumkin.

- Ichak tutilishining keltirib chiqaruvchi omiliga qarab klassifikatsiyasi:

Tug`ma va ortirilgan.

Ortirilgan ichak tutilishlari (mexanizmiga ko`ra) - *dinamik va mexanik*

Ichak tutilishi dinamik turi bo`linadi: *spastik va paralitik*

Ichak tutilishi mexanik turi:

- *Obturatsion;*
- *Strangulyatsion;*
- *Aralash (invaginatsiya, chandiqli)*

Bolalarda obturatsion ichak tutilishi

Oshqozon ichak traktida tug`ma yoki orttirilgan to`siq bo`lishi natijasida ovqat (ximus) yoki yot jismlarning passaji buzilishi va ichak nayiga tiqilib qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat obturatsion ichak tutilishi deyiladi. Bolalarda sabablari: Koprostaz, ichakka yot jismlar tushib qolishi, askaridoz, o`smalar, bezoar, megadolixokolon, Girshprung kasalligi, to`g`ri ichak tug`ma yoki chandiqli stenozlari.

Asosiy klinik belgilari: qorinda og`rik, ich o`tmasligi, qorin dam bo`lishi, qusish, intoksikatsiya belgilari, anamnezida ich qotishi kuzatilishi, qorinda «o`smasimon» hosila paypaslanishi. Obturatsion ichak tutilishi klinikasi kasallik sekin-asta o`tkir bo`lmagan og`riq bilan boshlanadi, so`ngra og`riq xurujli holatga o`tadi. Og`riq xuruj qilmagan paytda bemorning ahvoli ancha yaxshi bo`ladi. Keyinchalik qorindagi og`riq doimiy xarakterga ega bo`lib, bemor bir necha marta qusadi, orqa chiqaruv teshigidan najas va yelning chiqishi to`xtaydi. Qorin ko`tariladi, ichaklarda suyuqlik yig`iladi.

Qorin asimmetrik holatga keladi. Bemor ancha kechikib murojaat qilgan bo`lsa, qorin devorining mushak tarangligi oshadi. Qorin pardaning yallig`lanish alomatlari paydo bo`ladi. Kasallik boshlanishida kuchaygan ichak harakati (peristaltika) sekin-asta so`na boshlaydi va oxirida eshitilmay qoladi, uning o`rniga «tushayotgan tomchi», pufakning yorilishi kabi ovozlarni eshitish mumkin. Bolalarda obturatsion ichak tutilishi xastaligiga koprostaz (axlatning tiqilib qolishi), askaridoz (gijjalarning tiqilib qolishi), ichakka yot jismlarning tushib qolishi, ichak devoridan o`sib chiqqan xavfli va xavfsiz o`smalar, ichaklar o`rtasida (oralig`ida) paydo bo`lgan bitishmalar sabab bo`ladi.

Koprostaz barcha yoshdagi bolalarda uchraydi. Kattaroq yoshdagi bolalarda koprostazning bo`lishiga asosan yo`g`on ichakda uchraydigan tug`ma nuqsonlar - ichakning torayib qolishi, Girshprung kasalligi, dolixosigma, anal teshik atreziyasining oqmali shakli sabab bo`ladi. Ayrim hollarda koprostaz parhezning buzilishi, orqa chiqaruv teshigining yorilib ketishi, o`tkazilgan

yallig`lanish jarayonining natijasi sifatida ichak torayishi, ichak faoliyatining susayishi tufayli kelib chiqadi.

Klinikasi. Koprostaz obturatsion ichak tutilishi sifatida asosan yo`g`on ichakda uchraydi. Yo`g`on ichakda hosil bo`lgan axlatning hajmi kattalashadi, ancha qotib boradi va axlat «tosh»lariga aylanadi.

Kasallikda ichak tutilishi alomatlari asta-sekin paydo bo`ladi, kasallik boshlanishida axlat toshlarining yonidan axlatning suyuq qismi va yel chiqib turadi, keyinchalik umuman to`xtaydi. Og`riq sekin-astalik bilan boshlanadi va o`qtin-o`qtin bezovta qilib turadi. Qusish kechroq paydo bo`ladi, qorin hajmi kattalashadi. Ichak tutilishi avjiga chiqqanida ichakning harakati (peristaltikasi) kuchayadi va qorinda kuchli og`riq paydo bo`ladi, ma`lum vaqt o`tgandan keyin yuqoridagi shikoyatlar pasaya boradi. Qorinning oldingi devori paypaslab ko`rilganda qorin devori yumshoq, mushak tarangligi kuchli emas, qorin bo`shlig`ida “o`smasimon” hosila qo`lga ilinadi, bu o`sma uzunchoq, qattiq, ancha harakatchan, bosganda og`rimaydigan, yuzasi ancha tekis, barmoq bilan bosganda qo`lning izi qoladi.

Davosi. Koprostaz tashxisi qo`yilgandan keyin davolash konservativ muolajalardan boshlanadi. 1% li osh tuzi bilan klizma, lozim bo`lganda sifonli klizma qilinadi. Kletchatkaga boy parhezli taomlar. O`simlik moyi ichishga. Dyufalak yoshiga karab. Simptomatik terapiya. Askaridozda-gelmintolog nazorati ostida glistlarni tushuruvchi maxsus terapiya. O`tkazilgan konservativ davolash muolajalari foydasi bo`lsa, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Konservativ muolajalar bilan ichak tutilishini sababi bartaraf etilmasa, operativ davo tavsiya etiladi. Obturatsiya sababi «o`sma» bo`lganda onkolog maslahati tavsiya etiladi.

Gijjali ichak tutilishlari. Glistlar invaziyasi ko`proq 5 yoshdan oshgan bolalarda uchraydi. Askaridalar to`dasi ingichka ichakning ichiga tiqilib qolib, ichak tutilishi kasalligining belgilarini beradi, ba`zan ichak ichiga joylashgan bir

dona askarida ham ichak tutilishiga sabab bo`lishi mumkin. Askaridaning eng ko`p to`planadigan joyi yonbosh ichakning oxirgi qismlari hisoblanadi.

Klinikasi. Me`da-ichak yo`lida askaridaning bo`lishi quyidagi klinik alomatlarda namoyon bo`ladi; ishtaha yo`qligi, holsizlik, teri qoplamlarining rangsizlanishi, ko`ngil aynishi, qusish, me`da sohasida yoki kindik atrofida o`qtin-o`qtin og`riq, so`lak oqishi, bosh og`rig`i, gohida shaytonlash belgilari kuzatiladi. Qondagi o`zgarishlar - anemiya, eozinofiliya, ECHTning (40 mm gacha) tezlashishi kuzatiladi. Gijjali ichak tutilishida kindik sohasida o`qtin-o`qtin og`riq paydo bo`ladi, bemorning ko`ngli aynib qusadi, asta-sekin yel va axlat chiqishi to`xtaydi. Qorinni paypaslanganda qorin devori yumshoq, qorin bo`shlig`ida, kindik atrofida yoki o`ng biqin sohasida yumshoq-elastik, uzunchoqroq, qisman harakatchan hosila aniqlanadi. Ichak peristaltikasi kuchayib, organizmda askarida chiqargan zaharli moddalar hisobiga umumiy zaharlanish rivojlanadi.

Kasallikni o`tkir appenditsit, appenditsit infiltrati, ichak invaginatsiyasi, buyrak kasalliklaridan va koprostazdan farqlash kerak. Askaridoz tufayli ichak tutilishi asosan konservativ usulda davolanadi, ya`ni spazmolitik dorilar, me`da yuvilishi, buyrak yoki dumg`aza suyaklari atrofiga novokain eritmalarini yuborish, sifon huqnalar qilish, qorinni uqalash kabilar bajariladi.

Ichak tutilishi klinik belgilari yaqqol ko`zga tashlanganda, bemor operatsiya usuli bilan davolanadi. Ichak devorlarida katta o`zgarishlar topilganda, qorinpardaning yallig`lanish alomatlari kuzatilganda ichak bo`shlig`i ochiladi (yeyunostomiya) va askaridalar olib tashlanadi. Operatsiyadan keyin (5-6-kundan boshlab) gijjalarni yo`qotishga qaratilgan maxsus davolash muolajalari tavsiya qilinadi.

BOLALARDA STRANGULYATSION ICHAK TUTILISHI

Ichak nayining o`z o`qi atrofida aylanishi bo`lib, ichak devorlari, ichak tutqichi va undagi qon tomirlarning qattiq qisilishi bilan kechadi. Sabablari; «sariqlik» yo`li to`liq bitmasligi; ichak tutqichi uzunligi; harakatchan ko`richak

«*sekum mobili*»; qorin bo`shlig`ida «chandiqli-yopishqi» borligi; ichak ikkilanishlari; ichak kistalarining buralib kolishi (1-rasm), anomal qon tomirlar mavjudligi va h.k. Bolalarda ichakning orttirilgan o`tkir tutilishi boshqa turlari o`rtasida 74%ni tashkil qiladi.

Strangulyatsion ichak tutilishiga qorin bo`shlig`ida uchraydigan quyidagi xirurgik kasalliklar kiradi;

- a) ichakning o`z tutqichi atrofida aylanib qolishi;
- b) ichakda tugun hosil bo`lishi;
- v) ichaklar orasida bitishmalar hosil bo`lishi;
- g) ichki yoki tashqi qisilgan churralar; unda churra qopining ichiga ichak qovuzloqlari va charvi tushib qolganda;
- d) ichak qovuzloqlarining bir-biriga kirib qolishi-invaginatsiya.

Strangulyatsion ichak tutilishi to`satdan boshlanadi, bemorning qornida avvalo o`qtin-o`qtin, so`ngra doimiy og`riq paydo bo`lib, keyin qorin sathining hamma yeriga tarqaladi. Bola bezovtalanadi, rangi oqaradi, og`riq qaytalaganda o`ziga qulay holat qidiradi, ovqat yegisi kelmaydi. Bir ozdan keyin ichak qovuzloqlari halok bo`lgach (nekroz) og`riq birmuncha kamayadi.



1-rasm. **Enterokista buralishi, ichaklar strangulyatsiyasi va nekrozi.**

Bolalarda strangulyatsion ichak tutilishi asosiy klinik belgilari:

Qorinda kuchli xurujsimon og`riq, bemor rangi oqarishi, tizza-tirsak holatida turishi, qusish, axlat kelmasligi, kasallikning erta davrida qorin yumshoq, ichaklar peristaltikasi kuchaygan bo`ladi.

Rentgenologik tekshirganda ko`p miqdorda ichak kengaygan sohasida Kloyber kosachalari aniqlanishi «arka» simptomi musbatligi.

Kasallik boshlanishi bilan qusish alomatlari yuzaga keladi. Qusish avvaliga reflektor, so`ng ichak tutilishi natijasida mexanik xarakterga ega. Qusuq tarkibi o`n ikki barmoq ichak (o`t suyuqligi) va ingichka ichak, ayrim paytlarda yo`g`on ichak ichidagi moddalardan (najas) iborat bo`ladi. Orqa chiqaruv teshigidan axlat kelmasligi va yel chiqmasligi alomatlari ko`rinadi. Bemorning ahvoli og`ir, rangi oqargan, teri qoplamlari sovuq ter bilan qoplangan, yurakning urish holati susaygan, periferik qon tomirlarda pulsni aniqlash ancha mushkul (qo`lga zo`rg`a ilinadi), arterial bosim ancha tushib ketgan, bir so`z bilan aytganda strangulyatsion ichak tutilishiga muhtalo bo`lgan bemor shifoxonaga yurak qon-tomir sistemasida sezilarli yetishmovchilik, ya`ni kollaps yoki shok holatida tushadi. Vaqt o`tishi bilan bemorning qorin mushaklari qattiq taranglashadi, ya`ni qorinpardaning yallig`lanishi (peritonit) va tananing zaharlanishi (toksikoz) sodir bo`ladi. Kasallik boshlanishida paydo bo`lgan ichak harakatining kuchayishi (peristaltika) keyinchalik borib susayadi va yo`qoladi. Davosi: operativ – umumiy og`riqsizlantirish, laparatomiya, strangulyatsiyani bartaraf etish, sababini aniqlash, ichaklar hayotchanligi belgilariga qarab, keyingi taktikani belgilash. Operatsiyadan keyin intensiv davo muolajalarini olib borish.

ICHAK INVAGINATSIYASI

Invaginatsiya - bir ichakning ikkinchisi ichiga kirib qolishiga aytiladi. Ileosekal (2-rasm); Ko`richak-chambar ichak (3-rasm); Ingichka ichak-ingichka ichakka kirib invaginatsiya bo`lishi mumkin (4-rasm).

Orttirilgan ichak tutilishining ushbu turining o`ziga xosligi:

- U asosan 4-9 oylik chaqaloqlarda 85-90% uchraydi.

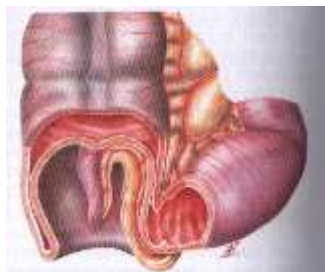
-O`g`il bolalar qiz bolalarga nisbatan 2 baravar ko`p kasallanadilar.

-Ichak invaginatsiyasining asosiy sababi bo`lib ichak peristaltikasining buzilishi natijasida disfunktsiyasi hisoblanadi. *1 yoshdan katta bolalarda* ichak

invaginatsiyasi nisbatan kamroq uchraydi va kasallikka organizmdagi quyidagi o'zgarishlar sabab bo'lishi mumkin, yonbosh ichak divertikuli, limfoid to'qima giperplaziyasi, polip, yomon sifatli o'sma, o'tkir ichak infeksiyasi, enterobioz, ichak yallig'lanishi, yot jism va h.k.



2-rasm. Ileosekal.



3-rasm. Ko'richak-chambar ichak invaginatsiyasi.



4-rasm. Ingichka-ingichka ichak invaginatsiyasi.

Patogenezi. Ichak invaginatsiyasi asosan ichak peristaltikasining buzilishi sababli paydo bo'ladi. Invaginatsiyada ichakning ayrim qismlari toraysa (spazm), uning yonidagi qismi kengayadi, natijada ichakning bir qovuzlog'i ikkinchisining ichiga kirib qoladi. Hamma sabablarni umumlashtirib shunday xulosaga kelish mumkinki, ichak devori retseptorlarini qo'zg'atuvchi har qanday etiologik omil uning ritmik peristaltikasi harakatini o'zgartiradi va ichak qovuzloqlarining bir qismi ikkinchi qismiga kirib qolishiga, ya'ni invaginatsiyaga olib keladi. Invaginatsiya o'zining rivojlanishiga qarab o'tkir, surunkali va qaytalanuvchi (retsdiv) bo'ladi.

Kasallikning klinik ko'rinishi.

Tipik klinik belgilari: qorindagi xurujsimon og'riq va harakatli bezovtalik, bir-ikki marta qusish, ich kelmasligi, to'g'ri ichakdan qon kelishi, qorin bo'shlig'ida «o'smasimon» hosila paypaslanishi. Qorni yumshoq, kasallik ko'p hollarda yaxshi rivojlanib borayotgan sog'lom bolalarda birdaniga boshlanadi. Bola birdaniga bezovta bo'lib, yig'laydi, ovqatga qaramaydi, afti dardman bo'lib qoladi. Kasallik xuruji birdaniga to'xtaydi va ma'lum vaqt o'tgach yana kuchliroq va ko'proq vaqt davomida takrorlanadi «sokin davri». O'qtin-o'qtin og'riq to'xtashi bilan bemor tinchlanadi, atrofga qiziqish bilan qaraydi, ko'zidan

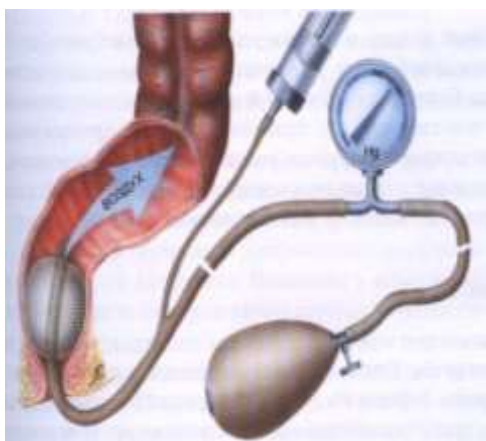
qo`rquv alomatlari ketadi. Tana harorati mo`tdil, qusish qo`shiladi, kasallikning boshlanishida axlat bo`lishi mumkin, lekin ma'lum vaqt (5-6 soat) o`tgach axlat bilan qon kelishi kuzatiladi. Bemor ota-onasi ko`pincha kasallik boshlangan vaqtini aniq aytadi. Kasallik boshlanishida qorin oval ko`rinishda, yumshoq, og`riq sezilmaydi, so`ngra qorin shisha boshlaydi, og`riq paydo bo`ladi va qorinni paypaslab ko`rganda yumshoq, elastik holatdagi silindr ko`rinishidagi har xil kattalikka ega bo`lgan, ancha og`riq sezuvchi hosila qo`lga ilinadi. Hosila kindik atrofida, o`ng biqinda jigar ostida yoki chap biqinda aniqlanishi mumkin. Shunday paytda o`ng biqin paypaslab ko`rilganda bo`shab qolgani seziladi (**Dansa simptomi**). Ichaklar invaginatsiyasiga xos bo`lgan informativ «triada» simptomlari: Xurujsimon og`riq, qorin bo`shlig`ida «o`smasimon» hosila, anusdan qon chiqishi. Yuqorida tilga olingan belgilar asosan invaginatsiya turiga va kasallikning bosqichiga bog`liq bo`ladi. Ingichka ichak va yo`g`on ichak invaginatsiyalari juda og`ir o`tadi. O`qtin-o`qtin og`riq tutganda bemor kollaps yoki shok holatiga tushishi mumkin, ularda organizmdan suv yo`qotish va zaharlanish alomatlari juda erta paydo bo`ladi.

Bolalarda ichak invaginatsiyasini qiyoslash quyidagi kasalliklar bilan o`tkazilishi lozim, ya'ni dizenteriya, dispepsiya, o`tkir appenditsit, Shenleyn-Genox kasalligining qorin turi, ichakdagi gijja kasalliklari, o`tkir ichak infeksiyalari va hokazo. Invaginatsiya kasalligiga tekshiruvda bemorlar (vertikal holatda) ayrim belgilar, ya'ni qorinning o`ng yarmida gomogen, jigar qattiqligiga yaqin ko`rinishdagi hosila, ichak qovuzloqlarining chap tomonga surilganligi yoki ichak qovuzloqlarida gaz va sath borligi aniqlanadi. Yo`g`on ichak invaginatsiyasiga taxmin qilinganda yo`g`on ichakka kontrast modda yoki havo yuborib rentgen qilish - pnevmoirrigografiya samaralidir (5-6 rasmlar).

Davosi: Ko`richak - yo`g`on ichak invaginatsiyasini davolashda ikki xil davolash usulidan foydalaniladi - konservativ va operativ davolash, bular alohida-alohida usul bo`lishidan tashqari, bir-birini to`ldiradi ham. Bolalarda invaginatsiya kasalligini davolash uchun ichakka havo yuborish va rentgen

tasvirida kuzatish yo`lini taklif qiladi (5-6 rasmlar). Bunda yo`g`on ichak ampulasi obturatsiya qilinmaydi, ya'ni bemor ochiq usul yordamida davolanadi. Bemorlarni konservativ usulda davolash uchun yo`g`on ichakka ingichka rezina nay qo`yiladi, so`ngra Richardson balloni yordamida havo yuboriladi. Bu jarayon rentgen ekrani tasvirida ko`rib turiladi. Invaginatning boshlanish qismi ko`rinishi bilan ichakdagi bosim yanada oshiriladi va invaginatning to`g`rilanishi kuzatiladi. Invaginatni konservativ to`g`rilash uchun ichakdagi havo bosimi 80-140 mm simob ustuniga to`g`ri kelsa yetarli bo`ladi. Ichakdagi ortiqcha havo bemalol tashqariga chiqib turaveradi. Ayrim hollarda yo`g`on ichakka havo yuborish bilan bir vaqtda qorin devorlarini yengil paypaslash invaginatning to`g`rilanishiga yordam beradi. Ochiq konservativ usul bilan davolaganda 50-60% bemorlarda ijobiy natija kuzatiladi.

Konservativ yo`l bilan invaginat to`g`rilanganda rentgen tasvirida yo`g`on ichak va ko`r ichakning hamma konturlari yaxshi ko`rinadi va yuborilgan havoning bir qismi ingichka ichakdan ko`rinadi (6-rasm), bemorning ahvoli yaxshilanadi, qorindagi o`qtin-o`qtin og`riq to`xtaydi, qusish bo`lmaydi, paypaslaganda qorinda invaginat aniqlanmaydi.



5-rasm. Pnevmoirrigografiya qilish texnikasi.



6-rasm. Pnevmoirrigogramma

Bir necha soat ichida bemordan axlat va yel kela boshlaydi. Konservativ davolash usuli ijobiy natija bermasa, bemor operatsiya qilib davolanadi.

Operativ davo – umumiy og`riqsizlantirish ostida olib boriladi, uning asosiy prinsiplari; laparotomiya (o`rta yoki transrektal), invaginatni jarohatga chiqarish,

ichak tutqich tubiga novokain yuborish, invaginatni «siqib» chiqarish (7-rasm), invaginatni iliq fiziologik eritma bilan ilitish, ichaklar hayotchanligini aniqlash. Hayotiylik belgilari saqlanganda qorin bo`shlig`iga yuborish. Dezinvaginatiya qilib bo`lmasa, ichak to`qimalari nekrozlangan bo`lsa - ichak sog`lom qismidan rezeksiya, anastamoz qo`yish. Qorin bo`shlig`ida yallig`lanish alomatlari, peritonit rivojlanganida Mikulich operatsiyasi - stoma qo`yish. Operatsiyadan keyin intensiv davo muolajalarini olib borish.



7-rasm. **Invaginatni «siqib» chiqarish**

Keyingi vaqtlarda ayrim markaziy klinikalarda an'anaviy davo usullariga alternativ holda, ichaklar invaginatsiyasi endoskopik davolash usullari ham qo`llanilmoqda. Laporoskopik davolashga ko`rsatma bo`lib; 1) Kasallikni erta davrida konservativ muolajalarni samara bermaganligi. 2) Asoratlanmagan, lekin kech kelgan bemorlarni davolash uchun. 3) 1 yoshdan katta bo`lgan bolalarda invaginatsiyani sababini aniqlash uchun qo`llaniladi.

Bizga ma'lumki, invaginatsiya kasalligi o`tkir ichak tutilishiga olib keladi. Ko`p martalab qusish va qonning suyuq qismi qorin bo`shlig`iga va ichak ichiga tushishi (sekvestratsiya) natijasida organizm juda ko`p suyuqlik, oqsil moddalari, fermentlar, mikroelementlarni yo`qotadi. Bemor shifoxonaga organizmning ancha «qurishi» va zaharlanishi belgilari bilan tushadi. Shuning uchun qilinadigan operatsiyaning natijasi operatsiyadan oldin o`tkazilgan sifatli tayyorgarlikka va bemorlarning qanchalik erta shifoxonaga murojaat qilganligiga bog`liq.

CHANDIQLI ICHAKLAR TUTILISHI - oshqozon-ichak traktida chandiqli to'siq bo'lishi natijasida ichak nayini qisib qo'yib, ovqat (ona ko'krak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va o'tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. Chandiqli ichak tutilishi o'zining rivojlanishiga ko'ra ikki turda bo'ladi.

Strangulyatsion turda chandiqli ichak nayini qisib qo'yib, ichak o'tkazuvchanligini, ichak nayida qon aylanishini buzilishiga olib keladi.

Obturatsion turda esa yuzaki bitishmalar ichakning bukilib qolishiga sabab bo'lib, ichakning o'tkazuvchanligi susayadi. Bitishmali ichak tutilishi o'zining rivojlanishiga qarab, *o'tkir, yarim o'tkir va surunkali* turlarga bo'linadi.

Qorin bo'shlig'ida va ichak qovuzloqlari orasida chandiqlarning hosil bo'lishiga sabab, tarqalgan yoki chegaralangan qorin pardaning yallig'lanishi (peritonit), qorin bo'shlig'ida yiring to'planishi (absessi, infiltrati), yiringli yallig'langan chuvalchangsimon o'simta olib tashlash, qorin bo'shlig'ida muolaja qilinayotgan paytda qo'pol harakat qilish ichak seroz qatlamining jarohatlanishi va boshqalar. Ichaklarning seroz qatlami yoki pariyetal qorin pardasi jarohatlanganda shu yerda yallig'lanish jarayoni, ya'ni ekssudativ bosqichdan keyin proliferatsiya boshlanadi, uning ichiga qo'shimcha to'qima tolalari o'sib kirib, chandiqli hosil bo'ladi, 7-10 kundan keyin chandiqli (bitishma) tarkibiga qon tomir va elastik tolalar o'sib kiradi.

Tashxislash. Anamnezida qorin bo'shlig'ida bir yoki bir necha marta xirurgik muolajalar o'tkazilgan va qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonlari namoyon bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Qorin bo'shlig'ida hosil bo'lgan bitishmalar ichak tutilishiga asos bo'ladi.

Ichak faoliyatini yaxshilashga qaratilgan muolajalar ijobiy natija bermasa, unda ichak tutilishi deb tashxis qo'yiladi va operatsiya uchun tayyorgarlik ko'riladi. Bemorning qorin bo'shlig'i rentgenografiyasida qorin bo'shlig'ida gorizontal holatdagi sathlar borligi, uning ustida gaz to'planib turgani ko'rinadi, ya'ni Kloyber kosachalari paydo bo'ladi.

Tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirganda, ichak tutilishini aniqlash uchun, bemorning me'da-ichak traktiga bariy aralashmasi yuborib, uning harakati kuzaatiladi (passaj). Bariy aralashmasini yosh bolalarga ichirish qiyin bo'lgani sababli u zond orqali yuboriladi.

Davosi. Qorin bo'shlig'idagi chandiqlar tufayli ichak tutilishiga taxmin qilingan bemorlar shifoxonaga yotqiziladi. Davolash konservativ usullar bilan boshlanadi. Ushbu muolajalar operatsiyadan oldingi tayyorgarlik ham hisoblanadi. Tayyorgarlik davri 2-3 soatdan oshmasligi kerak. Konservativ davolash muolajalariga quyidagilar kiradi.

Bemorning me'dasi osh tuzining (0,9%) fiziologik eritmasi bilan yuviladi, presakral yoki paranefral bo'shliqqa 0,25% novokoin eritmasi; vena qon tomiriga 40% glyukoza va 10% osh tuzi eritmasi; teri ostiga ichak spazmini kamaytiruvchi eritmalar; atropin, no-shpa, platifillin, papaverin eritmaları; og'riqni kamaytiruvchi dorilar; promedol bemorning yoshi hisobga olingan holda yuboriladi. Qon tomirga tuzli va oqsilli eritmalar tomchilab quyiladi, keyin 1% li osh tuzi eritmasi bilan sifon yordamida huqna qilinadi. Bu muolajalar yordam bersa, bemorning ahvoli ancha yengillashadi. Qorinda og'riq kamayadi. Bemor qayt qilmaydi, ichaklar faoliyati yaxshilanadi. Og'ir hollarda bemorning qon tomiriga tomchi dorilar; glyukoza eritmasi, tuz eritmaları, plazma, bemorning ahvoliga qarab qon yuborish davom ettiriladi. Bemorlarga mikroorganizmlar faoliyatini pasaytirish uchun keng ta'sirga ega antibiotiklar yuboriladi.

Operatsiya umumiy og'riqsizlantirish bilan bajariladi; qorin bo'shlig'i o'rta kesim bilan ochiladi, agar bundan oldin qorin bo'shlig'i bir yoki ikki marta ochilgan bo'lsa, qorin shu chandiqlardan 2-3 *sm* chetroqdan ochiladi. Chunki shu chandiqning orqasida ichak qovuzloqlari joylashgan bo'lishi mumkin. Operatsiyaning xajmi qorin bo'shlig'idagi o'zgarishlarga bog'liq, bu ichaklar o'rtasidagi bitishmalarni ajratishdan nekroz bo'lgan ichaklarni rezeksiya qilib anastomoz qo'yguncha yoki ichak devorlarini tashqi tomonga chiqarib

qo`yguncha davom etadi. Nekroz bo`lgan ichakni olib tashlashdan avval uning chegarasi aniqlanishi kerak, shuning uchun ichak devorlari iliq fiziologik eritmada ho`llangan doka bilan isitiladi, o`zgargan ichak tutqichiga 0,25% novokain eritmasi yuboriladi.

Bu muolajalardan keyin ichakning rangi o`zgarmasa, qon tomirlarida pulsatsiya sezilmasa, unda ichakning shu qismi sog` ichak chegarasidan rezeksiya qilinadi. Agar olib keluvchi ichakning hajmi kengayib ketgan, ichida ko`pgina zaharli moddalar to`planib qolgan bo`lsa, unda elektr so`rg`ichda so`rib olinadi yoki ko`p yonbosh teshikli rezina nay qo`yilib, ikkinchi uchi tashqariga chiqariladi. Bir necha marta qorin bo`shlig`ida bitishmali ichak tutilishi operatsiya qilingan va surunkali ichak tutilishining belgilari bo`lgan katta yoshdagi bemorlarda ancha murakkab operatsiya usullari Noblya operatsiyasi, gorizontal intestinoplikatsiya yoki enteropeksiya qo`llanadi. Keyingi vaqtlarda ayrim markaziy klinikalarda an'anaviy davo usullariga alternativ holda, chandiqli ichaklar tutilishida endoskopik davolash usullari xam qo`llanilmoqda.

Operatsiyadan keyingi bosqichda ayrim biologik moddalar, masalan fibrolizin, amniotik suyuqlik, gialirunoidaza, kortizon va uning mahsulotlari, geparin, polivinil pirrolidon va boshqalar qorin bo`shlig`ida chandiq hosil bo`lishini ancha kamaytiradi, lekin batamom oldini olishga kafolat bera olmaydi. Bitishma hosil bo`lishining oldini olish uchun operatsiyadan keyin quyosh chigali atrofiga UVCh, yodning kaliyli eritmasi bilan ionoforez, 0,25% li novokain eritmasi qo`llanadi. Bir paytning o`zida organizmga lidaza, gialirunoidaza eritmalarini kiritish yaxshi natija beradi.

ICHAK TUTILISHINING DINAMIK SHAKLLARI

Dinamik ichak tutilishi - oshqozon-ichak traktida ichaklar harakati koordinatsiyasi buzilishi natijasida ichak nayida ovqat (ona ko`krak suti) maxsulotlarining passaji buzilishi va o`tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik xolat. Yosh bolalardagi shoshilinch xirurgik muolaja o`tkazilishi kerak

boʻlgan kasalliklarda ichak tutilishining dinamik shakli alohida oʻrin tutadi. Chunki bu kasallik xirurgik muolajadan keyin paydo boʻlishi mumkin. Dinamik ichak tutilishi kasalligining sabablari hozirgacha toʻla oʻrganilmagan. Koʻp mualliflarning fikricha, bu kasallikka asosan ichak tutqichidagi mahalliy qon aylanishining buzilishi, periferik va markaziy nerv apparatlarini, ichak devorlarini harakatga keltiruvchi faoliyatning oʻzgarishi sabab boʻladi. Bu jarayonda ichak nerv va mushak toʻqimalarining parabiozi (toʻqimalarning qoʻzgʻatuvchilar taʼsiriga javoban alohida bosqichli reaksiyasi) ichak devoridagi qon aylanishining buzilishi hisobiga yuzaga keladi.

Ichak devoridagi qon aylanishining buzilishi qorin parda yalligʻlanishi (peritonit), ichak devorlarining kengayib ketishi, organizmning koʻp miqdorda suyuqlik yoʻqotishi (degidratatsiya) va toʻqimalarda kislorod miqdorining kamayishi (gipoksemiya) natijasida kelib chiqadi. Barcha ichak tutilishi kasalliklari turlaridan bolalarda dinamik ichak tutilishi xastaligi 8-11% ni tashkil etadi. Dinamik ichak tutilishi ikki xil boʻladi - spastik (mushaklar tonusining oshib ketishi) va paralitik (nerv tomirining falaji - gipomotor).

SPASTIK ICHAK TUTILISHI

Ichak tutilishining spastik turi bu, oshqozon-ichak traktida ichaklar harakati koordinatsiyasi buzilishi, yaʼni mushaklar tonusining oshib ketishi (spazmi) natijasida ichak nayida ovqat (ona koʻkrak suti) mahsulotlarining passaji buzilishi va oʻtmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat.

Klinikasi. Spastik ichak tutilishi qisqa muddatda qorinda kuchli va xurujli ogʻriq paydo boʻlishi bilan ifodalanadi. Ogʻriq qorin boʻshligʻida chegaralanmagan boʻladi. Koʻpincha bemorning umumiy ahvoli oʻzgarmaydi. Tana harorati meʼyorida yoki subfebril boʻladi. Baʼzi vaqtlarda bemor bir marta qusishi mumkin. Najas kelmaslik holati ham baʼzan kuzatiladi.

Qorin dam boʻlmaydi, bir xil, paypaslab koʻrilganda hamma boʻlimlari yumshoq, baʼzi vaqtlarda spazm boʻlgan ichak holatini aniqlash mumkin. Ichak harakatlari aniq eshitiladi. Qon va siydik sinamalari tekshirilganda oʻzgarish

bo'lmaydi. Taqqoslash tashxisi mexanik ichak tutilishi va buyrak sanchig'i bilan o'tkaziladi. Ba'zan o'tkir va og'ir o'tadigan ichak sanchig'ida bemorda mexanik ichak tutilishi kasalligining bor yoki yo'qligini ajrata olish ancha qiyin. To'g'ri tashxis qo'yilishida to'liq yozilgan kasallik tarixi (bemorda gijja borligi) va tekshirib ko'rilgandagi xulosalar (qorin devori orqali ko'zga tashlanadigan ichak peristaltikasi, mahalliy og'riq va «o'sma»simon hosila yo'qligi) bemorda mexanik ichak tutilishi yo'qligidan dalolat berishi mumkin. Bunday holatlarda bemorni rentgen nurlari orqali qorin bo'shlig'ini tekshirib ko'rish talab etiladi. Tashxis qo'yishda novokain blokadasini ham ancha yordam beradi, chunki ikki tomonlama novokain blokadasidan so'ng og'riqning ko'p vaqtgacha yo'qolishi bemorda mexanik ichak tutilishi yo'qligini ko'rsatadi. Og'riqning kasallikdan keyin yo'qolmasligi, aksincha og'riq xurujining kuchayishi mexanik ichak tutilishi belgilari hisoblanadi. Buyrak sanchig'i, spastik ichak tutilishiga nisbatan xurujli, og'riq kuchli, odatda bel sohalarida bo'ladi. Og'riqning tarqalishi o'ziga xos xususiyatga egadir. Bundan tashqari buyrak sanchig'ida siydikning qovuqdan chiqishi qiyinlashishi (dizuriya) va siydikda patologik elementlarning borligi aniqlanadi.

Ko'pincha rentgen tasvirida buyrakda yoki siydik chiqarish yo'llarida siydik toshlarini ko'rish mumkin. Muolajasi asosan konservativ usuldir. Bemorga sanchiqqa qarshi dorilar, tozalovchi xuqna tavsiya qilinadi, qoringa isitgich qo'yiladi. Ko'pincha yuqorida aytilgan muolajalardan so'ng og'riq yo'qoladi. Og'ir hollarda esa og'riqni yo'qotish uchun ikki tomonlama paranefral novokain blokadasini bir necha marta takrorlash yoki 1-2 kunga peridural og'riqsizlantirish usulini qo'llash mumkin. Bemor najasida gijja topilsa, albatta gijjaga qarshi muolaja o'tkazish kerak.

PARALITIK ICHAK TUTILISHI. Ichak tutilishining paralitik turida oshqozon - ichak traktida ichaklar harakati koordinatsiyasi buzilishi, ya'ni nerv tomirining falaji natijasida mushaklar tonusining susayib ketishi (gipomotorika) natijasida ichak nayida ovqat (ona ko'krak suti) mahsulotlarining passaji

buzilishi va o'tmay qolishi natijasida yuzaga keladigan klinik holat. Paralitik ichak tutilishi jarrohlik muolajalaridan keyin juda ko'p uchraydigan asorat bo'lgani tufayli xirurgik kasalliklar ichida muhim o'rin tutadi. Ichakning falajidan hosil bo'lgan ichak ichidagi bosimning ko'tarilishi ichak devorda qon aylanishining buzilishini chuqurlashtiradi. Natijada ichak devoridagi nerv to'qimasining faoliyati yanada buzilib organik shikastlanishga olib keladi. Suyuqlik, oqsillar, elektrolitlarning ichak ichida to'planib qolishi, ichak devoridan qonga so'rilishining buzilishi markaziy va periferik qon aylanishining izdan chiqishiga sabab bo'ladi. Jarrohlik muolajasidan keyingi davrda paydo bo'lgan ichakning chala falaji, undagi umumiy va mahalliy o'zgarishlarning darajasiga qarab uchta rivojlanish bosqichi farqlanadi.

Birinchi bosqich: Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, bemorning qorni ozroq dam bo'ladi, eshitib ko'rilganda ichak tovushlari aniq, lekin ichak peristaltikasi tovushlari qorinning hamma yerida bir xil kuchda bo'lmagan holda eshitiladi. Bemor tez-tez qusib, tarkibida me'daning tiniq rangli to'plangan moddalari yoki ahyon-ahyonda o'n ikki barmoq ichakning barmoq aralashmalari bo'lishi mumkin.

Ikkinchi bosqich: Bemorning ahvoli og'irlashadi, bezovtalanadi. Nafasi qisilib, yurak urishi tezlashadi. Qon bosimi normal holatda yoki ozroq ko'tariladi. Suv-elektrolit muvozanati qonda natriy, xlor, ba'zi holatlarda esa kaliy miqdori kamayganligi kuzatiladi. Aylanayotgan qon hajmi 25% pasayadi (asosan plazmaning hajmi hisobiga). Qorinning dam bo'lishi anchagina ko'payadi. Eshitib ko'rilganda onda-sonda past ovozli ichak tovushi eshitiladi. Qusish tez-tez, tarkibida o'n ikki barmoqli ichakda to'plangan moddalar bo'ladi.

Uchinchi bosqich: Bemorning ahvoli o'ta og'ir bo'lib, qattiq bezovtalanish va karaxtlik kuzatiladi. Yurak urishi va nafas olish juda ham tezlashadi. Sistolik qon bosimi 90 mm simob ustuniga teng va undan ham past bo'ladi. Siydik ajralishi kamayadi yoki to'xtab qoladi. Biokimyoviy tekshiruvlarda qonning aylanayotgan hajmi 25% dan 40% gacha pasayadi.

Qonda natriy, kaliy, xlor tuzlari kamayadi. Metabolik atsidoz bo`ladi. Qorin juda ham dam, ba'zi holatlarda yettinchi qovurg`adan ham baland ko`tariladi. Qorinning hamma joylarida ichak tovushi eshitilmaydi. Perkussiyada qorin bo`shlig`ining yon tomonlarida to`mtoq tovush eshitiladi. Bunday o`zgarish ko`pincha suyuqlikning kengayib ketgan ichak qovuzloqlari ichiga yig`ilib qolishidan paydo bo`ladi. Qusuqda yig`ilib qolgan ichak moddalari bo`lishi xarakterlidir. II va III bosqichda ichakning chala falaji ko`pincha peritonitning davom etishi hisobiga bo`lib, davolash usuli ham peritonit davosiga o`xshashdir.

Davosi: Kasallikni davolashda buzilgan gomeostazni tiklash va ichakning mahalliy falajiga qarshi asosiy kompleks-intensiv davo chora tadbirlarni qo`llash zarur. Me`da va ichak bo`shlig`ida to`planib qolgan moddalar evakuatsiyasini ta`minlash: Ichak harakatini kuchaytirish: Zararlangan joydan kelayotgan patologik impulslarni so`ndirish va ichak devorining mahalliy qon aylanishini yaxshilash.

BOLALARDA XIRURGIK INFEKTSIYA

Xirurgik infeksiyaning bolalardagi xususiyatlari - bolalar jarrohlik kasalliklarining 40% atrofida yiringli yallig`lanish kasalliklari tashkil qiladi. Zamonaviy tibbiyot rivojlanganligiga qaramasdan, yiringli xirurgik infeksiya tibbiyotning dolzarb muammosi bo`lib qolayapti. Yiringli infeksiyaga qarshi kurash davrlarini bir necha bosqichga bo`lish mumkin.

Patogenezi. Yiringli yallig`lanish jarayonining kechishi mikroorganizm virulentligi va patogenligi hamda bola organizmining immunitetiga bog`liqdir. Infeksiyaning kirish yo`llari faqat jarohatlangan teri bo`lmasdan, balki sensibilizatsiyalashgan organizmning endogen autoinfeksiyasi hamdir. Bular asosan bemorlarning halqumida, yuqori nafas yo`llarida, qulog`i, o`pkasi va boshqa joylarida latent va surunkali infeksiya manbai sifatida topiladi. Yallig`lanish jarayoni boshlanishi uchun infeksiyaning ta`siri makroorganizmning sezuvchanlik darajasidan o`tishi kerak, bu esa ko`proq

bolaning dastlabki immunologik holatiga bog`liq bo`ladi. Retikuloendotelial tizimi yetarlicha ishlay olmaganligi sababli fagotsitar reaksiya kamayadi va ko`pincha fagotsitoz II bosqichda to`xtab qoladi. Bularning hammasi toksin (leykotoksin) ning leykotsitlarga ta`sirini kuchaytirib, fagotsitoz aktivligini yana kamaytiradi. Kichik yoshdagi bolalar immuniteti ta`sir xususiyatlaridan ko`rinib turibdiki, ularda yiringli infeksiyaning keng tarqalishiga moyilligi sezilarli bo`ladi.

Bolalarda yiringli-xirurgik infeksiya sharoitida mahalliy jarayonning kechishi. Mahalliy jarayonda - tezlik bilan nekroz va shish, mahalliy fagotsitar reaksiyaning kamayishi, infeksiya tarqalishiga moyillikning oshishi hamda infeksiya manbaidan qonga, limfaga yallig`lanish mahsulotlarining ko`p miqdorda rezorbsiya qilinishi kuzatiladi. Shish ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda yaqqol ko`zga tashlanib turadi. Shishning patogenezida stroma destruksiyasi va unda suv to`planishining katta ahamiyati bor. Bu omil hali to`qimalar gidrofilligi normadan oshiq bo`lgan yosh bolalarda katta ahamiyatga ega. Kattagina shishlar paydo bo`lishiga gipoksiya, gistamin va gistaminga o`xshash moddalar hamda endotoksinlarning mikroblar parchalanishidan ko`p miqdorda ajralib chiqishi natijasida tomirlar o`tkazuvchanligining oshib ketishi sabab bo`ladi. Tomirlarning falajli kengayishi ham shishlarning ko`payishiga olib keladi. Kichik yoshdagi bolalarda ta`sirlar irradiatsiyasiga beriluvchanlik oqibatida (nerv tizimining differensiyalashmaganligi) tomirlar reaksiyasiga katta maydondagi to`qimalar talab qilinadi. Jarohat manbaida suyuqlikning to`planishi kuchli mahalliy yallig`lanish atsidoziga va osmotik bosimning (oksidlar, uglevodlar parchalanishi, nordon mahsulotlar va tuzlarning ajralib chiqishi) oshishiga imkon beradi. Bu erda ayrim mikroorganizmlar, xususan stafilokokkning o`tkazuvchanlikni oshiruvchi omilni ajratib chiqarishining muhim ahamiyati bor.

Ayniqsa kichik yoshdagi bolalar to`qimalaridagi shish va suyuqlikning tarqalishi mahalliy to`siq funksiyasini anchagina pasaytiradi. Bularda hali

gumoral immunitet yaxshi rivojlanmagan, perifokal joylashgan tomirlar esa shishgan to`qimalar bilan bosilib qoladi. Bu omillar tomirlar oziqlanishining kuchli buzilishiga olib kelib, jarayonning sog`lom joylarga ham tezlik bilan tarqalishiga sabab bo`ladi. Bundan tashqari, yosh bolalarda retikuloendotelial tizimning yetishmovchiligi oqibatida, to`qimalar immuniteti ham yetarlicha hali rivojlanmagan bo`ladi. Bundan tashqari, mikroorganizmning «himoya omili» ta'sirida fagotsitar reaksiyalar tormozlanib qoladi. Ayrim floralardan, ayniqsa stafilokokkdan ajralib chiqadigan leykotoksin, koagulaza va boshqa moddalar leykotsitlarning parchalanishiga, mikroob atrofida fibrinlarning to`planishiga olib keladi. Mana shu omil, ya'ni fagotsitozning keskin yomonlashuvi, retikuloendotelial tizimning o`z ishini yetarlicha bajara olmaganligi va ekzotoksin ta'siri bilan faoliyatining susayib borishi sababli immunitet keskin pasayadi.

Shunday qilib, yiringli infeksiyada mahalliy jarayonning kechishi ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda tezlik bilan rivojlanish xususiyatiga bog`liq. Bunga to`qimalardagi katta shish, tomirlar reaksiyasining tarqalganligi va immunologik reaksiyalarning yetarlicha rivojlanmaganligi sabab bo`ladi. Mikroorganizmlarning bir qator «himoya va agressiya» omillarining ta'siridan gumoral va to`qimalar immunitetlari pasayib, jarayonning kechishi og`irlashadi.

Yiringli xirurgik infeksiyani davolash kompleks usulda olib boriladi va uchta komponentni o`z ichiga oladi:

- 1) makroorganizmga ta'sir qilish;
- 2) mikroorganizmga ta'sir qilish;
- 3) mahalliy davolash.

Makroorganizmga ta'sir qilish - Yiringli xirurgik infeksiyali jarayonni davolashning asosiy masalalaridan biri bu- organizmdagi immunobiologik xususiyatlarni quvvatlash va saqlab qolish.

Kompleks intensiv terapiya chora tadbirlari olib boriladi. Kislota-ishqorli holat buzilganda energetik preparatlar berib boriladi. Zarur bo`lganda

oksigenoterapiya o`tkaziladi. Moddalar almashinuvi atsidozi bo`lganda ishqorli yoki buferli eritmalar (natriy gidrokarbonat), trisamin, alkalozda - kaliy xlorid, siydik haydovchi moddalar tayinlanadi. Toksik moddalarni inaktivatsiya qilish va chiqarib yuborish uchun yaxshi natijalar beruvchi haydovchi diurez, proteaz ingibitorlari, vitaminoterapiya qo`llanadi.

Mikroorganizmga ta'sir qilish – antibiotiklarni qo`llash orqali amalga oshiriladi, quyidagi qoidalarga rioya qilinadi:

- Beriladigan preparat mikrofloraga rezistent bo`lmasligi kerak.
- Bakteriostatik antibiotikni, albatta yana bitta bakteriolitik antibiotikka qo`shib ishlatish lozim.
- Bir xil zararli ta'sirga ega bo`lgan antibiotiklarni qo`shib ishlatish yaxshi natija bermaydi.
- Qonda va mahalliy manbada har doim antibiotiklarning optimal konsentratsiyasini saqlab turish zarur.
- Antibiotikoterapiya kamida 5-7 kun mobaynida o`tkaziladi, uning miqdori esa yoshga qarab buyuriladi.

Antibiotikogramma har doim (har 5-7 kunda 1 marta) kuzatib boriladi. Rezistentlik paydo bo`lganda preparat almashtiriladi yoki uning miqdori ko`paytiriladi.

Mahalliy o`choqqa ta'sir qilish. Bu kompleks tadbirlardan tarkib topadi va bunda quyidagi qoidalarga amal qilinadi:

- Yiringli jarohat o`chog`i va uning atrofidagi to`qimalarda jarrohlik muolajalari ehtiyotlik bilan o`tkaziladi, chunki limfatik to`siqning sustligi va shish tarqalganligi uchun infeksiyaning generalizatsiyalanish xavfi bor.
- Bolalar qon yo`qotishga juda sezgir bo`lganligi sababli muolaja paytida minimal darajada qon ketishga erishiladi.
- Yiringli o`choq maksimal darajada drenajlanadi va nekrotik to`qimalar olib tashlanadi.

- Yiringli o`choqda antibiotiklarning doimiy, maksimal konsentratsiyasi ushlab turiladi.

- O`tkir bosqichda zararlangan a`zo immobilizatsiya qilinadi. Davolashning boshida yiringli o`choqni iloji boricha yaxshiroq sanatsiyalash zarur, bunda faqatgina jarrohlik usuli emas, balki fizioterapevtik va boshqa usullar ham qo`llanadi. Ko`p hollarda infeksiya o`chog`ining perifokal qismlarida ham muolaja qilishga to`g`ri keladi, bu esa jarayonning tez tarqalmasligining oldini oladi.

Yiringli jarrohlik infeksiyasini davolashning umumiy qoidalari bir xil, lekin qaysi muolajani birlamchi qo`llashning farqi bor. Xastalikning o`tkir bosqichini davolashda mikroorganizmga ta`sir qilish, destruksiya kuchayib ketishini to`xtatish, gomeostazni me`yorlashtirish asosiy vazifalardan hisoblanadi.

CHAQALOQLAR FLEGMONASI

Chaqaloqning teri osti yog` qavatining yiringli-destruktiv yallig`lanishiga «chaqaloqlar flegmonasi» deyiladi. Patologik jarayon tez rivojlanadi, og`ir kechib, teri osti yog` qavatidagi tarqalgan nekroz hisobiga terining qatlamlanishi va ko`chishiga olib keladi. Nekroz jarayoni chuqurroqda joylashgan to`qimalar (mushak, fastsiya, qovurg`a tog`aylari)ga o`tishi mumkin. Zararlangan o`choqda yallig`lanish jarayonidan nekroz alomatlari kuchliroq bo`ladi (1-2 rasmlar). Shuning uchun bu kasallik «chaqaloqlarning nekrozli flegmonasi», deb ham yuritiladi.

Kasallikni asosan stafilokokk chaqiradi. Infeksiya ko`proq teri orqali tushadi. Patomorfologik tekshirishlarga qaraganda yallig`lanish asosan ter bezlari atrofida boshlanadi. Keskin o`zgarishlar teri osti yog` kletchatkasida ko`proq uchraydi. Perifokal joylashgan qon tomirlaridagi tromb va qon tomir devoridagi sklerotik o`zgarishlar, endo va periartritlarga sabab bo`ladi. Qon tomirlar trombozi, mahalliy yallig`lanish jarayonining tez tarqalishi, teri osti yog` kletchatkasi oziqlanishining buzilishiga olib keladi.

Klinikasi: Kasallik o`tkir boshlanib, kuchli intoksikatsiya bilan kechadi. Dastlab chaqaloqlarning umumiy ahvoli og`irlashadi, tana harorati tez ko`tariladi (38-40°C) chaqaloq emmaydi, qayt qiladi, bezovta bo`ladi. Keyin holsiz bo`lib qoladi. Terisi kulrang tusga kiradi, qonda leykotsitlar ko`payadi, intoksikatsiya belgilari kuchayadi, uning ichi ketib, eksikoz yuzaga keladi. Bu chaqaloqlar flegmonasining zaharli-septik shaklda kechishidir. Kasallikning oddiy turida umumiy klinik belgilar kuchli rivojlanmagan, intoksikatsiya alomatlari kam uchraydi.



1-rasm. Chaqaloqlarning nekrotik flegmonasi.



2-rasm. Chaqaloqlarning nekrotik flegmonasi.

Flegmonaning ikkala turi ham bir xil rivojlanadi. Kasallikning dastlabki soatlarida terida 1,5-2 sm o`lchamdagi chegaralangan qizarish paydo bo`ladi, 6-8 soat o`tgandan keyin o`zgargan terining o`lchami kattalashadi, zararlangan joyda shish paydo bo`ladi. Birinchi kunning oxiri va ikkinchi kunning boshida qizargan joy kattagina yuzani egallaydi, chekkalari aniq bo`lib, o`rtasida flyuktuatsiya aniqlanadi. Ba`zan nekroz hisobiga teri, teri osti yog` qavatidan ajralib qoladi va katta maydonda yumshoq to`qimalar nuqsoni paydo bo`lishi mumkin. Flegmona kesilganda xiralashgan shilliq yoki suyuq yiring bilan birga kulrang tusdagi teri osti yog` to`qimasi ajralib chiqadi.

Qiyoslash: Flegmonaning boshlanish bosqichlarida uni saramasdan ajrata bilish lozim. Ikkala kasallikda ham o`zgarishlar o`xshash bo`ladi. Saramasning

nekrotik flegmonadan ajratadigan belgilari; teridagi qizarish aniq chegaralangan bo`ladi, teri yaltirab, taranglashib turadi, flyuktuatsiya bo`lmaydi. Saramas ko`proq yuz, kindik va oraliq sohada aniqlanadi (3-4 rasmlar).

Ko`p hollarda oddiy nekrotik flegmonani chaqaloqlar mahalliy teri skleromasi bilan qiyoslash kerak. Skleromada bola terisi quruq, ushlab ko`rganda sovuq, tana harorati me'yorda yoki pasaygan bo`ladi. Turli o`lchamdagi infiltrat ustidagi teri o`zgarmagan bo`ladi.



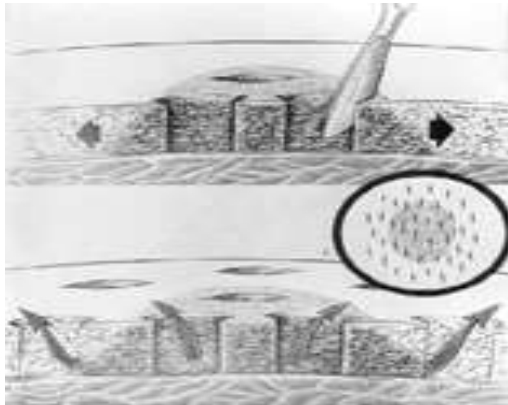
3-rasm. Saramas eritematoz shakli.



4-rasm. Saramas bullyoz shakli.

Davosi. Nekrotik flegmona bilan bola shoshilinch ravishda bolalar jarrohlik bo`limiga yotqiziladi. Kompleks davolash muolajalari, jarrohlik aralashuvi, antibakterial, dezintoksikatsiyalovchi, umumiy quvvatlantiruvchi muolajalardan iborat. Sust immunizatsiya maqsadida stafilokokkga qarshi globulin va plazmani qo`llash yaxshi natija beradi. Kasallik bir bosqichdan ikkinchi bosqichga o`tganda vrach taktikasi ham o`zgaradi. Kasallikning dastlabki bosqichida shoshilinch jarrohlik aralashuvi o`tkaziladi. Bemorda umumiy og`riqsizlantirish bilan birga mahalliy infiltratsiyalovchi og`riqsizlantirish yordamida zararlangan va sog` sohaga o`tish chegaralarida 1-1,5 sm o`lchamdagi ko`plab kesmalar o`tkaziladi. Teri va teri osti yog` qatlamini qamragan bu kesmalar shaxmat taxtasi shaklini eslatadi (5-rasm). Mahalliy davolashdagi ushbu yondoshish yallig`lanish jarayoni tarqalishining oldini olishga imkon beradi. Operatsiyadan so`ng har 6-8 soatda bog`lam almashtirib turiladi. Agar mahalliy jarayon tarqalishga moyil bo`lsa, sog` to`qimalar

chegarasida qo`shimcha kesmalar qilinadi. Jarohat sohasiga gipertonik, antiseptik, antibiotikli bog`lamlar qo`yiladi. Ikkinchi bosqichda sust immunizatsiya davom ettiriladi va faol immunizatsiya boshlanadi. Bunda nekrotik to`qima ko`chib tushishi va yaraning bitishini stimulyatsiya qilish ko`zda tutiladi. Nekrozli flegmonaning asoratlari yoki yo`ldosh kasalliklar kuzatilsa, maxsus davolash usullaridan foydalaniladi.



5-rasm. Nekrotik flegmonani operativ davolash.

CHAQALOQLAR MASTITI VA MASTOPATIYASI

Mahalliy klinik ko`rinishlari bilan bir-biriga o`xshash, lekin kelib chiqish sabablari va davolash muolajalarida turlicha yondoshishni talab qiluvchi chaqaloqlar mastopatiyasi va mastitini ajrata bilish katta ahamiyat kasb etadi. Chaqaloqlar mastopatiyasi gormonal krizning ko`rinishlaridan biri bo`lib, chaqaloqning rivojlanishiga salbiy ta`sir etmasada, sut bezining yiringli yallig`lanishi uchun zamin yaratadi. Chaqaloqlar mastopatiyasining asosiy sababi homila paytida bola organizmiga onadan yo`ldosh orqali qon bilan birga estrogenlarning o`tishidir. Bu gormonlar chaqaloq organizmida bir necha xil fiziologik o`zgarishlarga sabab bo`ladi. Shu jumladan bunga ko`krak bezining kattalashishi va qattiqlashishi kiradi. Estrogenlar konsentratsiyasi bola organizmida ko`payib ketganda ko`krak bezlari juda ham qattiqlashadi, hajmi kengayib kattalashadi, tana sathidan bo`rtib turadi. Bola bezovta bo`lib, ayniqsa yo`rgaklaganda yoki qo`l tegib ketganda esa og`riq kuchayadi. Obyektiv

ko`rganda ko`krak bezining kattalashganligi, shishib turganligi ko`zga tashlanadi. Paypaslaganda og`riq hisobiga bola bezovta bo`ladi.

Davolash. Maxsus muolaja talab qilmaydi. Terini oddiy parvarish qilish va mahalliy quruq bog`lam qo`yish bilan cheklaniladi. Ko`krak bezini siqish yoki uqalash mumkin emas. Chunki bu to`qimalarni jarohatlaydi va ikkilamchi infeksiya tushishiga sabab bo`ladi. Ko`pincha chaqaloqlarda ko`krak bezining shishi 2-3 haftadan keyin o`zi yo`qolib ketadi.

Yiringli mastit. Agar mastopatiyaga ikkilamchi infeksiya qo`shiladigan bo`lsa, yiringli mastit rivojlanadi. Bu hollarda tana harorati ko`tarilib, mahalliy qizil dog`, ko`krak bezi sohasida giperemiya va flyuktuatsiya paydo bo`ladi (6-rasm). Yiringli mastitni yumshoq to`qimalar va ko`krak bezi sohasida flegmona boshlanmasdan xirurgik yo`l bilan davolash ma`quldir. Kesma har doim so`rg`ich aylanmasiga nisbatan radial ravishda qilinadi. Antiseptik va antibiotiklar bilan bog`lam qo`yiladi. Agar atrof to`qimalar yiringlashi hisobiga teri ajralib qoladigan bo`lsa, qo`shimcha kesmalar qilinadi (7-rasm). Kasallik oqibati ko`pincha yaxshi bo`ladi, ba`zan qiz bolalarda ko`krak bezi yiringlashi sababli keyinchalik ko`krak bezi funksiyasi buziladi. Infiltratsiya vaqtida davolash infiltratni shimdirishga qaratilgan, buning uchun antibakterial terapiya, yarim spirtli, malhamli kompresslar va UVCh terapiya tavsiya qilinadi.



6-rasm. **Yiringli mastit.**



7-rasm. **Yiringli mastitda radial kesma olish.**

Gazaklanish darajasida radial kesma o`tkaziladi va 3% vodorod peroksid furatsilin 1:5000 eritmasi bilan yuvib, gipertonik bog`lam qo`yiladi. Agar

yallig`lanish jarayoni atrof yog` kletchatkasiga tarqalsa, ko`krak qafasi flegmonasi rivojlanadi va qo`shimcha kesmalar kesiladi. Yara antiseptik eritmalar bilan tozalanib, gipertonik yoki gipotonik malhamli bog`lam qo`yiladi. Shu bilan bir qatorda umumiy davolash muolajalari; dezintoksikatsiyalash, antibiotiklar, umumiy quvvat oshiruvchi dori-darmonlar qo`llanadi. Kasallik asoratsiz shaklda ijobiy, tarqalgan shaklda bo`lsa, (qiz bolalarda) sut bezining rivojlanishi va uning faoliyatida o`zgarishlar kuzatilishi mumkin.

OMFALIT - kindik chuqurchasi va uning atrofidagi to`qimalarning yallig`lanishidir. Ba`zi hollarda jarayon kindik tomirlariga tarqalishi va tromboarterit paydo bo`lib, atrofdagi yumshoq to`qimalarga keng tarqalishi mumkin.

Omfalitning oddiy, yiringli va nekrozli turlari farqlanadi. Oddiy omfalitda kindik jarohati uzoq vaqt davomida bitmaydi. Kindikdan shilliq yoki yiringli suyuqlik ajralib turadi. Bemorning umumiy ahvoli o`zgarmaydi, ishtahasi buzilmaydi, tana vazni yoshiga mos holatda qo`shilib boradi.

Yiringli omfalitda kindik chuqurchasi yallig`lanishi atrof yumshoq to`qimalariga ham o`tadi. Kindik atrofi terisi qizarib turadi, infiltrat paydo bo`ladi. Kindik chuqurchasi yaralanib, fibroz qobiq bilan qoplanadi va uning atrofida teri qalinlashadi. Kindik atrofini bosib ko`rganda kindik chuqurchasidan yiring sizib chiqadi. Ba`zi hollarda qorin old devori flegmonasi kuzatiladi. Bolaning umumiy ahvoli kasallik boshlanishida o`rtacha bo`ladi. Tana harorati subfebril raqamlargacha ko`tariladi. Agar qorin old devori flegmonasi boshlanadigan bo`lsa, bola bezovta bo`lib emmaydi, toksikoz alomatlari qayd etiladi, tana harorati 39°C gacha va undan baland ko`tarilishi mumkin.

Nekrozli omfalit yiringli yallig`lanish asosida boshlanib, asosan nimjon bolalarda kuzatiladi. Bunda yallig`lanish jarayoni nafaqat yon tomonga, balki chuqurlikka, ya`ni qorin bo`shlig`i tarafiga tarqaladi. Natijada teri nekrozi aniq lanib, yumshoq to`qimalardan ajralib qoladi. Bu jarayon qorin old devorining

hamma qavatlariga tarqalib, ichak eventratsiyasiga sabab bo`lishi mumkin. Omfalitning oxirgi ikki turida infeksiya kindik tomirlariga o`tib, sepsis yoki jigar absessi rivojlanishiga sabab bo`ladi. Sepsisga chalingan bemorlarda qalinlashgan hajmda kengaygan kindik tomirlari paypaslanadi.

Obyektiv tekshirganda tashxis qo`yish qiyinchilik tug`dirmaydi. Kasallik surunkali kechganda omfalitning kalsinoz turini inkor qilish kerak bo`ladi, bunda yallig`lanish juda uzoq davom etadi. Aniq tashxis qo`yish uchun qorin old devorini yon tomondan rentgenografiya qilib ko`rilganda kalsifikat soyasi ko`rinadi. Kindikdan suyuqlik kelib turganda, fungusda, tug`ma kindik oqmasi aniqlanganda va xastalikning nekrotik turida chaqaloqlar flegmonasi bilan differensial taqqoslash o`tkaziladi.

Davosi. Omfalitning mahalliy turida kindik sohasi vodorod peroksidi bilan yuvilib, furatsilin 1:5000 eritmasi bilan yuviladi

Kasallikning yiringli turida kompleks davo o`tkaziladi: keng spektrdagi antibiotiklar, vitaminlar, desensibilizatsiya qiluvchi dorilar, globulin tayinlanadi. Mahalliy gipertonik bog`lamlar (1% NaCl, 25% magneziy sulfat, 1:5000 furatsilin eritmasi) qo`yiladi. Yiring to`xtagandan keyin Vishnevskiy malhami foyda beradi, UVCh tayinlanadi. Agar kindikda kalsinoz aniqlansa, u qoshiqcha bilan tozalanadi va antibiotik bilan yuviladi. Omfalitning nekrotik turidagi zararlangan joy atroflariga antibiotiklar yuboriladi. Keyinchalik shu sohadan sog` to`qimagacha kichkina ko`p kesmachalar qilinadi. Mahalliy davolashdan tashqari umumiy davo ham olib boriladi. Umumiy intensiv terapiya, anatoksin bilan immunlangan zardob, antibiotiklar sezuvchanlikni hisobga olgan holda tayinlanadi. Flegmonoz va nekrotik omfalitning davo natijasi bemorning qanchalik kech yotqizilganiga va o`tkaziladigan intensiv terapiyaga bog`liqdir.

Omfalit peritonit, absess, gematogen osteomielit va yiringli septik kasalliklar kelib chiqishiga sabab bo`lishi mumkin.

Yuqoridagi kasalliklardan tashqari bolalar yumshoq to`qimalarining yiringli yallig`lanish jarayonlari kuzatiladi, ular quyidagilar: furunkul, furunkulyoz, karbunkul, psevdofurunkulyoz, limfadenit, adenoflegmona, absess, teri osti flegmonasi. Har biriga qisqacha ta`rif beramiz:

furunkul (chipqon) - soch xaltasi va atrof to`qimalarning yiringli yallig`lanishi. Organizmning bir-necha sohasiga furunkulning alohidalanib uchrashi furunkulyoz;. organizmning bir sohasiga (birlashib) furunkulning uchrashi karbunkul, ushbu holda yallig`lanish jarayoni teri osti yog` qavati va fastsiyaga ham o`tadi, u bolalarda kam uchraydi; soch xaltasi (follikulasi) yallig`lanishiga funikulit yoki follikulit; yumshoq to`qimalarning chegaralanmagan yiringli yallig`lanishi flegmona; yumshoq to`qimalarning chegaralangan yiringli yallig`lanishi absess deyiladi.

FURUNKUL (chipqon)

Soch xaltasi va atrof to`qimalarning yiringli yallig`lanishiga furunkul chipqon deyiladi.

Etiopatogenez: Furunkulning asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokokk bo`lib, boshqa mikroorganizmlar ham bo`lishi mumkin. Stafilokokk follikul sohasiga tushib, ichkariga kirib boradi va o`tkir yiringli yallig`lanishga olib keladi. Organizmning bir-necha sohasiga furunkulning uchrashi furunkulyoz deyiladi. Organizmning bir sohasiga (birlashib) furunkulning uchrashi karbunkul deyiladi, karbunkulda yallig`lanish jarayoni teri osti yog` qavati va fastsiyaga ham o`tadi, karbunkul bolalarda kam uchraydi. Soch xaltasi (follikulasi) yallig`lanishiga funukulit yoki follikulit deyiladi.

Klinikasi: kasallik o`tkir boshlanadi, terining ma`lum qismida qizarish va qichish paydo bo`lib, keyinchalik infiltrat hosil bo`ladi va teri yuzasidan “konussimon” bo`rtib chiqadi. Shish biroz yaltirab, qizarib sog`lom teridan farq qiladi, infiltrat uchida qoramtir-qo`ng`ir dog` yoki yiring to`dalanib turadi. Teri osti yog` qavati nozik joylarda (lablar atrofi, qovoq, peshana sohalari) infiltrativ shish bo`lishi mumkin. Og`riq simillovchi, palpatsiyada, harakat qilganda, kiyim

tekkanda og`riq kuchayadi. Kasallikning 3-7 kunlarida infiltrat nekrozga uchraydi va soch xaltasi bilan birgalikda atrof to`qimalardan ajraladi (chipqon moddasi- nekrosterjeni). Hosil bo`lgan chuqurcha asta-sekin granulyatsion to`qima bilan to`lishib, atrofdagi shish va infiltratsiya kamaya boradi. Furunkul o`rniga oqimtir tusli, biroz cho`kkan chandiq hosil bo`ladi.

Bemor umumiy ahvoli chipqonda nisbatan qoniqarli bo`ladi, ba`zan furunkul asoratlanib, flegmona, limfangit, regionar limfadenitga sabab bo`lishi, yiringli intoksikatsiya belgilari kuzatiladi. Yuz, bosh sochli joylashgan furunkullar amaliy vrachlarning jiddiy munosabatini talab qiladi, chunki sepsis rivojlanishi, jiddiy muammolarga olib kelishi mumkin.

Davosi: infiltratsiya bosqichida konservativ-antibakterial, fizioterapiya muolajalari bilan davolashga harakat qilinadi, nekrosterjen – yiring hosil bo`lganda shish ustidan “krestsimon” yoki to`g`ri chiziqli kesib, ochiladi va yiringli detrit olib tashlanadi. Antiseptiklar bilan ishlov berilib, gipertonik bog`lam qo`yiladi. Antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

Karbunkulni davolashda bemor shifoxonaga yotqizilib, jarohat sohasi “krestsimon” kesib, nekrotik to`qimalar olib tashlanadi va antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

PSEDOFURUNKULYOZ

Chaqaloqlar yog` va ter bezlarining yiringli yallig`lanishi kasalligi hisoblanadi. Chaqaloqlar yog` va ter bezlarining yiringli yallig`lanishi teri osti mikroabsesslari hosil bo`lishiga olib keladi, ushbu absesslar tashqi ko`rinishi jihatidan furunkulni eslatadi (lekin morfologik jihatdan furunkul sterjeni yo`q), shuning uchun ushbu yallig`lanish jarayoni psevdofurunkulyoz yoki “Finger absessi” deyiladi.

Etiopatogenez: Psevdofurunkulning asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokokk bo`lib, boshqa mikroorganizmlar ham bo`lishi mumkin.

Kasallikning moyillik omili bo`lib, chaqaloqlar parvarishining gigiyenik qoidalarini buzilishi hisoblanadi.

Klinikasi: kasallik boshlanishida chaqaloq bosh sochli qismida, keyinchalik bo`yin orqa qismi, yelka, dumba, bel, oyoq sohalariga kichkinagina suvli shishchalar- pustula paydo bo`lib, tezda qurib, po`stloq hosil qilishi kuzatilishi mumkin. Ba`zan ushbu joylarda no`xatdek yoki undan kattaroq teridan ko`tarilib turuvchi “gumbazsimon” infiltrat - shish paydo bo`ladi. Infiltrat ustidagi teri qizg`ish-g`o`ng`ir tusli, paypaslaganda qattiq-tarang, og`riqli. Infiltrat yiringga aylanganda “flyuktuatsiya - lipillash” belgisi aniqlanadi.

Davosi: infiltratsiya bosqichida konservativ-antibakterial, fizioterapiya muolajalari bilan davolashga harakat qilinadi, yiring hosil bo`lganda shish ustidan kesma olinib, ochiladi, antiseptiklar bilan ishlov berilib, gipertonik bog`lam qo`yiladi. Antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

LIMFOADENIT

Limfobezlarining yallig`lanishi limfadenit deyiladi. Limfadenitni infiltratsiya va yiringli-destruksiya bosqichlari farqlanadi. Organizmga tushgan mikroorganizmlar, to`qimalar yemirilishidagi toksinlar – limfatomirlar oqimi bilan limfobezlarga kelib tiqiladi va u yerda turib qolib, yallig`lanish jarayonini chaqiradi. Kasallikning asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilokokk bo`lib, boshqa mikroorganizmlar ham bo`lishi mumkin. Ko`pincha infeksiya kirish joylarini aniqlash mumkin (kariesli tish, yiringli jarohat va hokazolar).

Klinika: organizmdagi regional limfobezlar sohasida shish, og`riq, keyinchalik teri ustida qizarish, palpatsiyada taranglashgan, og`riqli infiltrat aniqlanadi, flyuktuatsiya paydo bo`lishi mumkin. Yallig`lanish jarayonining limfabez atrof-to`qimalariga tarqalishi adenoflegmona deyiladi. Tana harorati ko`tarilishi, yiringli intoksikatsiya belgilarini kuzatiladi.

Limfadenitni tuberkulyoz, onkologik kasalliklar, gematologik kasalliklar, epid parotit, “mushuk tirnagandan keyingi limfobezlar kattalashuvi” kabi kasalliklar bilan qiyoslash lozim.

Davosi: Limfadenitni infiltratsiya bosqichida konservativ - antibakterial, mahalliy malhamli bog`lam, fizioterapiya muolajalari bilan davolashga harakat qilinadi.

Limfadenitni yiringli-destruksiya bosqichida va adenoflegmonani, umumiy og`riqsizlantirish ostida, shish ustidan kesma olinib, ochiladi, antiseptiklar bilan ishlov berilib, tozalanadi, drenajlanadi, gipertonik bog`lam qo`yiladi. Antibiotikoterapiya, mahalliy va simptomatik terapiya buyuriladi.

BOLALARDA GEMATOGEN OSTEOMIYELIT

Bolalarda o`tkir gematogen osteomiyelit. Suyak uch elementining: suyak qobig`i, suyak ko`migi, suyak ichidagi yumshoq to`qimaning yiringli yallig`lanishi osteomiyelit deyiladi. Ushbu atama patologik jarayonning mohiyatini to`liq qamrab olmaydi, chunki “osteomiyelit” atamasi suyak ko`migi yallig`lanishini bildiradi, lekin patologik jarayon suyakning barcha komponentlarini qamrab oladi, “panostit” atamasi mohiyatan to`g`ri hisoblanadi. Kasallik asosan qonga infeksiya tushishi, ko`p hollarda stafilokokk, ba`zan mikroorganizmlarning yiring tug`dirishi natijasida paydo bo`ladi. Kasallikni “gematogen osteomielit” deb atalishiga sabab shuki, bunda qon oqimi bo`ylab suyakning biror joyiga infeksiya tushib zararlanadi va o`sha joy yiringlay boshlaydi. Reaktiv yallig`lanish, qon quyilishi, shish, eksudatsiya, oq qon tanachalari yiring paydo qilib, suyak iligi to`qimalarining irib ketishiga olib keladi. Osteomiyelit kuchli og`riq beradigan va surunkali davom etadigan kasallik bo`lib, kasallik keltirib chiqaruvchi mikroblar uzun naysimon suyaklarga tez joylashib oladi. Kichik yoshdagi bolalarda yiringli jarayon dastlabki 3 yosh ichida ko`proq epifiz, 3 yoshdan kattaroq bolalarda esa metafiz, keyinroq diafizda to`planib, bir joyga o`rnashib oladi. Kasallik

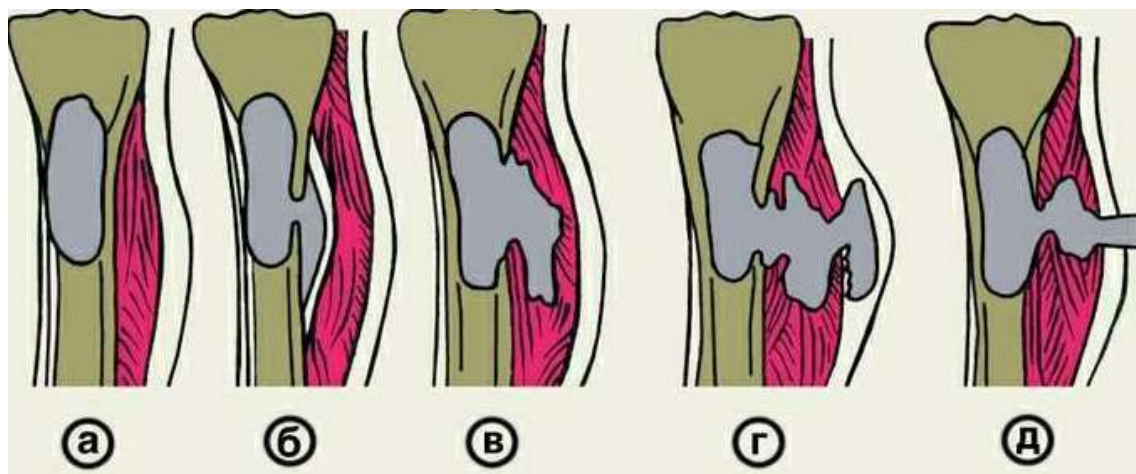
boshlanishi uchun uch asosiy omil: qo`zg`atuvchi; kasal organizm mikroflorasi; organizm reaktivligi muhim rol o`ynaydi.

O`tkir gematogen osteomielitda suyak ichi, suyakning o`zi, suyak oralari yiring bog`lab, yallig`lanadi. Bu kasallikning gematogen osteomieliti deb atalishiga sabab shuki, bunda qon oqimi bo`ylab suyakning biror joyiga infeksiya tushib zararlanadi va o`sha joy yiringlay boshlaydi. Ko`p hollarda tillarang stafilokokk qo`zg`ovchilik vazifasini bajarib, qonda ko`payishi natijasida ko`kimsir yiring tayoqchalarini paydo qiladi. Bu kasallik asosan (96 foizgacha) kichik yoshdagi bolalarda uchraydi. O`g`il bolalar bu xastalikka ko`p chalinadi, ularda kasallik tez kuchayadi. Buning boisi shuki, o`g`il bolalar suyagi arteriyadan ko`proq oziqlanadi. Xastalikning o`g`il bolalarda ko`p uchrashining yana bir sababi esa ularning o`yinqaroqligi orqasidan lat yeishi, beo`xshov xatti harakatlarga moyilligidir.

O`tkir osteomielitni davolash va klinik yo`nalishlar bolaning yoshi, yiringli yallig`lanishning qaysi suyakda paydo bo`lgani, zararlangan joyning mahalliy belgilari, kasallik kechayotgan jarayon muddatlariga bevosita bog`liq. Yallig`lanish jarayoni dastlab kattagina joy bilan birga suyak pardasini ham qamrab oladi. Shuningdek, tomir devorlari, tomirlar atrofidagi birlashtiruvchi to`qimalar fibrin natijasida shishadi, oqarib quriydi, tomirlar torayishi kuchayadi. Qon oqimi orqali suyak ko`migiga o`tgan bakteriyalar mayda tomirchalar (kapillyar) devorlariga zaharli ta`sir o`tkazadi. Natijada o`tkazuvchanlik o`zgarishi bilan bakteriyalar membrananing ichiga kiradi va suyak ko`migi to`qimalariga o`rnashib oladi. Patologik o`choq yuzaga kelib, shu joyda mikroblar to`plana boshlaydi. Bunda suyak iligining fagositar vazifasi ham katga ahamiyatga ega. Shu bilan birga, reaktiv yallig`lanish, qon quyilishi, shish, ekssudatsiya, oq qon tanachalari yiring paydo qilib, suyak iligi to`qimalarining irib ketishiga olib keladi. Keyinchalik tomirlarning jarohatlanishi natijasida qonning suyuq qismi suyak pardasi qatlamining yiringlashiga, yiringning suyak ostida o`rnashib olishiga, ya`ni yallig`lanish

jarayonining kuchayishiga olib keladi. Suyak ko`migida infiltratsiya, so`ngra yiring hosil bo`lib, suyak devorini gaverson va folkman kanallari bo`yicha suyak usti pardasi ostiga chiqadi “periostal absess” hosil bo`ladi. Kasallik tashxislanmay, xirurgik muolaja o`z vaqtida o`tkazilmasa, jarayon yanada tarqalib, mushaklar orasiga, teri osti yog` qavatiga va terini yemirib, yiring tashqariga chiqishi mumkin (1 a,d rasmlar).

Ovqatlanishning buzilishi, oziq-ovqatning zaharli bakteriyalar urchishiga ta`siri natijasida organizm kam quvvat bo`lib, immunitet susayadi. Bu esa suyakning katta va kichik qismlarida sekvestrlar hosil bo`lishiga olib keladi. Keyinchalik bu sekvestrlar ham nobud bo`lib, suyak pardasidan hamda suyakning sekvestral qutisidan qaytadan qobiq paydo bo`lishiga sabab bo`ladi. Natijada paydo bo`lgan yangi yallig`langan eski suyakni ajratib tashlaydi. Bu jarayon surunkali tarzda og`ir kechadi va suyak qayta tiklanadi.



1-rasm. O`tkir gematogen osteomielitda tsyiringli jarayon tarqalishi (sxema).

Kasallikning klinik paydo bo`lishi turlicha bo`lib, bu bolaning yoshi, organizmning quvvati, kasallik qo`zg`atuvchi mikroblarning urchishi - kuchli kuchsizligi, xastalikning qaysi suyakda paydo bo`lgani va o`rnashgan joyi, bu jarayonning oldini olish kabi mezonlarga bog`liq. Umumiy holsizlik zaharlanish belgilarining paydo bo`lishi va tana haroratining ko`tarilishi bilan boshlanadi, ayrim bolalarda xastalik hushdan ketish, alahsirash, tutqanoq, septik shok kabi belgilari bilan boshlanadi.

Yallig`lanish o`chog`i chuqur joylashgan holatlarda osteomielitning mahalliy belgilarini dastlab payqash qiyin; og`riqdan oyoq-qo`llar zirqiraydi, bola oyoq-qo`llarini ayab, o`rnidan qimirlashga ham qo`rqadi. Zararlangan joy paypaslab ko`rilganda yumshoq to`qimalarning taranglashganini sezish mumkin, shuningdek, xastalik uncha rivojlanmagan joylarda og`riq odatda mikroblar o`rnashib olish jarayoniga mos tarzda kuchli yo kuchsiz bo`ladi. Keyinchalik og`riq zararlangan qo`l-oyoqlardan boshqa joyga o`tmasligi, qusish, zirqirash, shish paydo bo`lishi bilan chegaralanadi. Chaqaloqlarda kasallik septik tarzda kechadi; epifizda yiring paydo bo`ladi. Shu boisdan kasallik tezda bo`g`imlarga o`tadi. Yangi va chala tug`ilgan chaqaloqlarda ko`pincha to`qimalarning shishishi kasallikning asosiy mahalliy belgilari hisoblanadi. Ko`p hollarda qon to`planib qolishi natijasida to`qimalar qizaradi, ba`zan zararlangan joyidagi haroratni aniqlab bo`lmaydi. Oyoq-qo`llarning soxta falaj bo`lib qolishi-osteomielit xastaligining dastlabki va har doimgi belgisidir.

T.P. Krasnobaevning klinik klassifikatsiyasiga ko`ra, o`tkir gematogen osteomielit quyidagi uch ko`rinishga ega;

- a) zaharli yoki adinamik;
- b) septikopiemik yoki og`ir (yiringning qon tomirlari orqali yoyilishi);
- v) mahalliy yoki yengil.

Osteomielitning suyak shakllariga qarab uchrashi:

- Naysimon
- Yassi
- G`ovak
- G`alvirsimon suyaklar osteomieliti deb ataladi.

Osteomielitning naysimon suyak qismlariga uchrashiga qarab:

- Epifizar (asosan 3 yoshgacha)
- Metadiafizar (asosan 3 yosh va undan so`ng).

Osteomielitning naysimon suyak ko`migida rivojlanishi bosqichiga qarab;

- intramedulyar bosqich;

- ekstramedulyar bosqich.

Osteomieliitik jarayonning naysimon suyak ko`migida rivojlanishi bosqichiga xos klinik belgilar;

- *intramedulyar* fazada - tana harorati oshishi, muchalarda harakat chegaralanishi, og`riq va uning perkutor aniqlanishi;

- *ekstramedulyar* fazada - tana harorati oshishi, muchalarda harakat chegaralanishi, og`riq va uning perkutor aniqlanishlariga qo`shimcha ravishda mahalliy temperatura, qizarish, shish, infiltratsiya, flyuktuatsiya aniqlanadi.

O`tkir gematogen osteomieliitning zaharli yoki adinamik ko`rinishi.

Kasallikning uchbu ko`rinishida bemorning umumiy ahvoli og`ir bo`ladi, tana harorati 40-41⁰C ga ko`tariladi, badan uvishadi, ong xiralashadi, alahsirash, gallyutsinatsiya kuzatiladi. Yurak-urishi o`qtin-o`qtin to`xtab, goho tomir sezilar-sezilmas darajada uradi. Yurakda funksional shovqin paydo bo`lib, u goho bir maromda uradi. Terida dumaloq qizil toshmalar, septik toshmalar (qorin va qo`l-oyoqlarda qizil dog`lar) aniqlanadi. Bola ahvolining og`irligidan zararlangan yiringli joyni aniqlash qiyin bo`ladi. Bunday holda bola og`riqdan shikoyat qilmaydi. Dastlabki kunlarda zararlangan joydagi o`zgarishlar ham sezilmaydi.

Kasallikning septikopiemik shakli. Kasallikning bu ko`rinishida bola charchab qolayotganidan, kuchsizligidan, boshi zirqirab og`rishidan shikoyat qiladi. Tana harorati 33-39⁰C darajagacha ko`tarilib, ba`zan tushib turadi. Kasallik boshlangandan bir necha soat vaqt o`tgandan so`ng og`riq paydo bo`ladi, zararlangan joyni to`laligicha egallab oladi. Zararlangan joyga ozgina tegib ketish ham kuchli og`riq beradi. Bolaning umumiy ahvoli yomonlashadi. Kasallik bolaning ruhiy holatiga ta`sir ko`rsatmasada, bosinqirash, asabiylashish, qusish, ich ketish hollari kuzatiladi. Bunday holatda yurak urishi pasayadi va tezlashadi. Kasallik paydo bo`lgan joydagi teri atroflarida, qorinda zaharli toshmalarni ko`rish mumkin. Ko`p hollarda qizil toshmalar toshadi. Bir qarashda zararlangan joy ko`zga tashlanmaydi. Ammo diqqat bilan qaralganda

zararlangan joyni topish oson. Bola holatini kasallik o`ziga moslashtiradi. 2-3 kundan so`ng taxmin qilingan zararlangan joy barmoqlar bilan paypaslab ko`rilganda to`qimalardagi og`riqni bemor tez sezadi, to`qimalar taranglashgani tufayli og`riq kuchaya boradi. Keyinroq bolaga yordam ko`rsatilmasa, teri tagidagi shishlar qizarib, kattalashib, ayni paytda zararlangan joy atroflarida flyuktuatsiya aniqlanadi.

Osteomielitning septikopiemik ko`rinishi uchun eng xarakterli xususiyat- metastaz (kasallikning qon oqimi orqali opranizmning bir joyidan ikkinchi joyiga o`tishi) orqali yiringli infeksiya tushib, suyaklarni zararlashi, ko`pgina suyaklarda piemik joylarni paydo qilishi, shuningdek, ichki a`zolar (o`pka, jigar, buyrak)da ham ozroq yiring paydo bo`lishidir. Metastaz- qon oqimi orqali organizmning bir joyidan ikkinchi joyiga o`tgan yiringli xastalik dastlab osteomielit jarayoni sifatida ko`zga tashlanmaydi, mahalliy ko`nikish hodisasi tufayli bolaning ahvoli yengillashganday, bir maromga tushganday bo`lishi mumkin. Bunday paytlarda bolaning ahvoli qaytadan yomonlashib qolishini to`g`ri anglash lozim. Ayni paytda yangi yiringlangan joyni izlab topish, aniqlash lozim bo`ladi.

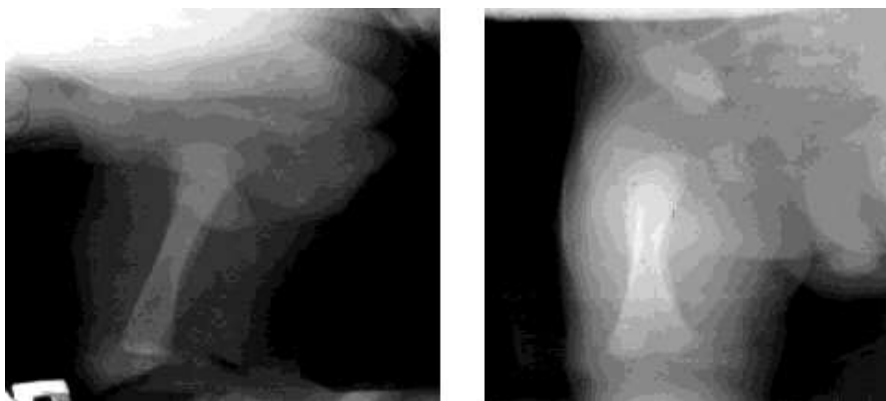
Septikopiemik osteomielitning eng og`ir ko`rinishlaridan biri, bu yurak tashqi qopchasining (perikardit) yiringli yallig`lanishidir. Xastalikning mahalliy shaklida bolaning umumiy holati o`rtacha bo`lib, tana harorati 37-38°C darajagacha ko`tariladi, zararlangan joyda, uning chegarasida kuchli og`riq paydo bo`ladi. Shish va flyuktuatsiya ustida tezlikda qizarish aniqlanadi. Yallig`langan joy odatda suyakning uncha katta bo`lmagan yerining zararlanishi bilan chegaraladi. Osteomielitning bu turi bemor sog`ayishi bilan tugaydi, u qadar kuchli asorat qolmaydi, surunkali kasallika aylanishi mumkin.

Osteomielitning mahalliy ko`rinishida bola holsizlikka, ba`zan boshi og`rishidan shikoyat qiladi. Tana harorati 37-38°C darajagacha ko`tarilishi mumkin. Kasallik boshlangandan bemorda umumiy intoksikatsiya belgilari urchalik ko`zna tashlanmaydi. Kasallikning dastlabki kunlari asosan mahalliy

belgilari - shish, infiltratsiya, qizarish, og`riq, mahalliy temperatura oshganligi aniqlanadi. Keyinroq bolaga yordam ko`rsatilmasa, teri tagidagi shishlar qizarib, kattalashib, ayni paytda zararlangan joy atroflarida flyuktuatsiya aniqlanadi. Zararlangan joy perkussiyada og`riq beradi. Osteomielitning ushbu turini yumshoq to`qimalar flegmonasi, yiringlagan gematoma bilan qiyoslash lozim. Tashxis qo`yilganda xastalikning o`tkir boshlangani, terining qizargani, flyuktuatsiya tez paydo bo`lganligi, intraoperatsion - suyak usti pardasi ko`chganligi ma'lum bo`ladi.

Labarator tekshirishlari. Oq qon tanachalari miqdorining ko`payishi, uning chap tomonga siljishi, yosh oq qon tanachalari (mielosit) harakatini yuzaga keltiradi. Neytrofillarning zaharli donadorligi paydo bo`ladi. Qonda qizil qon tanachalari - gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamayadi. Eritrositlar cho`kish tezligi tezlashadi va uzoq muddat yuqoriligicha qoladi. Albuminlar miqdori kamayib, globulinlar miqdori ko`payadi. Qondagi ishqoriy muhit kamayadi, natriy va kaliy miqdori kamayadi. Oqsil moddalarinning parchalanishi natijasida qondagi qoldiq azot miqdori oshadi.

Rentgenologik tekshirish. Ikki proeksiyada zararlangan soha rentgenogramma qilinadi. Kasallikning 10-12 kuni nazorat uchun qaytadan rentgenogramma qilinadi, osteomielitning dastlabki belgilari; metadiafizda nozik chiziqli periostit belgilari aniqlanadi, osteporoz, ba`zan osteporoz fonida sinishga moyil bo`lgan chiziq aniqlanadi (2-rasm).



2-rasm. Son suyagi rentgenogrammasi - metadiafizda nozik chiziqli periostit belgilalari.

Agar o`tkir gematogen osteomielit surunkali jarayonga aylangan bo`lsa, rentgenogrammada sekvestrga ega bo`lgan bo`shliq ko`rinadi, suyak to`qimalari juda ham yupqalashib qoladi (3-rasm).

Suyak chirishi (osteonekroz) ning rivojlanishiga tashxisni kechikib qo`yilishi, antibiotiklardan samarali foydalana olmaslik, kech xirurgik muolaja va immobilizatsiya qilish sabab bo`ladi. Regeneratsiya jarayonlarining buzilishi natijasida yangidan suyak hosil bo`lmasligi, suyakning bitmasligiga olib kelib, “soxta bo`g`im” hosil bo`lishiga olib keladi.



3-rasm. Surunkali gematogen osteomielitda suyak ko`rinishi.

O`tkir gematogen osteomielitni qiyoslash lozim bo`lgan asosiy patologik holatlar: Osteomielitning septikopiemik shaklini tif, terlama, meningit, gripp, qizamiq, qizilcha kabi infeksiyon kasalliklar bilan solishtirib, qiyoslab unga tashxis qo`yish talab etiladi. Yiring paydo bo`lgan joyni flegmonalar, chov afofidagi limfa tugunlarining yallig`lanishi, infeksiyali artritlar, lat yeyishlar, sil kasalliklari, suyak shishi, poliomielit, kortikal giperstoz bilan qo`shib differensial tashxis qilinadi.

Chov va son limfadenitlari - xastalik xuruj qilganda, bu a`zolarida qattiq og`riq paydo bo`lib, tana harorati ko`tariladi, qo`l-oyoqlarda bir oz shish paydo bo`lib, ular qo`l bilan paypaslab ko`rilganda og`riq beradi, harakat chegaralanmagan, suyaklarda perkutor og`riq aniqlanmaydi.

Revmatizmda bir necha bo`g`imlar birdaniga zararlanadi. Bunda bo`g`imlarda shish paydo bo`lib, ular nihoyatda qattiq og`riq beradi. Biroq

revmatizm infeksiyasi osteomielitdagidek kuchli zaharlamaydi. Revma sinamalar to`g`ri tashxis qo`yishga yordam beradi.

Yiringlagan gematomalarda tana harorati baland darajaga ko`tariladi, organizm kuchli zaharlanib, oyoq-qo`llar zirqirab og`riydi. Bemor boladan so`rab ko`rilganda, uning lat yegani ma`lum bo`ladi. Yiringli gematoma joyi shishinqirab, teri qizarib turadi, keyinroq teri ko`kimtir rangga kirib, yara ochilganda yiring bilan qoramtir qon oqib chiqadi. Yiringli gematomada suyak usti pardasining osteomielit bilan zaharlanish hodisasi juda kam uchraydi.

Poliomielitda asablar qaqshaydi, bemor o`z-o`zidan asabiylashadi. Reflekslar ishdan chiqishi, shol bo`lib qolish kuzatiladi. Lekin bemor xatti-harakatlarida va zararlangan joy paypaslab ko`rilganda ularning zirqirab og`rishi, og`riqning zo`rayishi aniqlanadi.

Suyak sili. Kasallik kuchsizroq, sekinlik bilan boshlanib, zararlangan mahalliy joyda tez rivojlanadi. Suyak sili uchun osteoporoz xarakterli bo`lib, suyak usti pardasida, zararlangan joy markazida reaksiya u qadar sezilmaydi. Epifizning zararlanishi suyak sili uchun xarakterli xususiyatdir. Uch yoshdan katta bo`lgan bolalarda esa asosan metafiz va diafizda osteomielit jarayonlari qayd etiladi.

Osteogen sarkoma. Kasallik suyaklar metafizida aniqlanib, o`sha joy rentgenga tushirilganda suyak usti pardasining ignasimon, tarqoq holda ko`rinishi, suyak chuqurchasi to`qimalarining nuqsoni, suyak tuzilishida sekvestratsiya yo`qligi kuzatiladi.

Yuing sarkomasida naysimon uzun suyaklar diafizi zararlanadi, u sekinlik bilan yo`g`onlashib boradi. Shuningdek, osteomielit rentgen qilib ko`rilganda, yangi suyak o`sib chiqayotgani, xastalik uzoq davom etgan hollarda esa sekvestratsiya paydo bo`lgani aniqlanadi. Yuing sarkomasida metastaz hodisasi xastalikning qon oqimi orqali bir suyakdan boshqa suyakka o`tishi kuzatiladi.

Qobiqli giperostoz. Kasallik o`tkir boshlanadi, tana harorati 37,8-38,5°C darajagacha ko`tariladi. Qo`l-oyoq zirqirab og`riydi, zararlangan joy paypaslab

ko`rilganda qattiq og`riq seziladi. Suyakning diafiz qismida shish paydo bo`ladi. Rentgenologik tekshirishlar yordamida tashxis qo`yiladi; (rasmda) giperostoz va osteoskleroz belgilari, suyakning qiyshaygani, suyak iligining qurib borayotgani va kanalining toraygani ko`rinadi.

Nuqsonli suyaklar deganda, suyak atrofi to`qimalarining 2 sm gacha yumshoq, to`qimalarning qisqarishi bilan bog`liq suyak butunligining buzilishi tushuniladi. Nuqsonli suyaklar hajmiga ko`ra xususiy, total hamda subtotal (suyakning uzunligi 2/3 dan kam bo`lmasligi) bo`lishi mumkin. Bundan tashqari nuqsonli suyaklar shakliga ko`ra, silindrik hamda tomonlari ponasimon yoki uchli va uch qirrali piramida shakliga o`xshab ketadi. Patologik o`zgarishlar, psevdofitroz va nuqsonli suyaklar diafiz, metafiz va epifiz aniqlanganda ko`proq uchraydi. Shuningdek, suyakning hamma qismlarini o`z ichiga olgan murakkab ko`rinishda bo`ladi.

Gematogen osteomieliit kasalligini *brutsellyoz* kasalligi bilan ham qiyoslash lozim, bunda tana haroratining ko`tarilishi, umumiy klinik belgilardan tashqari Vasserman reaksiyasiga laborator tekshirish kasallikka aniqlik kiritadi.

Gematogen osteomieliit kasalligini davolashda quyidagilarga amal qilish zarur:

- yiringli yallig`lanish jarayonini batamom bartaraf etish;
- zararlangan suyakni tabiiy holatiga qaytarish;
- suyaklarning qiyshayib qolmasligiga erishish, bir-biriga qo`shilib ketgan aralash to`qimalarning funksiyasini tiklash.

Kasallikning shakli, og`ir-yengilligi, zararlangan suyak to`qimalarining hajmi, bolaning yoshi, organizmning individual xususiyatlariga qarab terapiya muolajalari qo`llanadi. Shifoxonaga keltirilgan bolaga birinchi navbatda organizmni zaharsizlantirish (dezintoksikasiya) tadbirlarini qo`llash kerak bo`ladi. Vena qon tomirlariga yuboriladigan dori-darmonlar va terapevtik muolajalar laboratoriyada qon tekshirilib ko`rilganda aniqlangan kimyoviy o`zgarishlar natijalariga qarab buyuriladi.

Antibakterial muolajalar. Bu muolaja o`tkir osteomielitni davolashning asosiy usullaridan biridir. Antibiotiklar bilan muolaja qilishni boshlashdayoq ularning ichki vena qon tomirchalariga, ayniqsa suyak ichiga kuchli ta`sir qilishini hisobga olish kerak. Antibiotiklar bilan qilinadigan keyingi muolajalar zaharlangan joydagi mikroblarning sezuvchanligi bilan antibiotiklarning bir-biriga muvofiqligidan kelib chiqqan holda tayinlanadi. Mikroorganizmlarning antibiotiklarga sezuvchanligi hisobga olinib, 2-4 hafta mobaynida antibiotiklar tayinlanadi, har 10 kunda o`rini almashtirib turiladi.

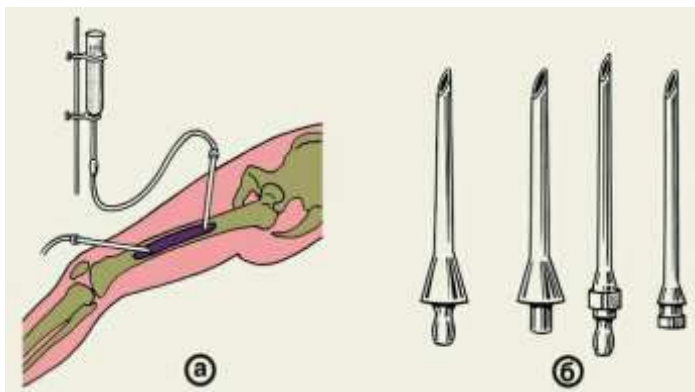
Bola organizmining umumiy holatini yaxshilovchi va simptomatik muolajalar o`tkazish mobaynida, albatta yurak faoliyati, *nafas olish*, kislorod terapiyasi qattiq nazorat qilib boriladi. Shuningdek, gimnastika bilan mashq qilishning (og`ir ahvoldan xoli qilish bo`yicha qo`llanadi) boshqa turlari, og`riqni qoldiradigan va tanaga orom beradigan dori-darmonlar ham qo`llanadi. Kasallikning dastlabki kunlari bemorga kuchsiz kaloriyali, vitaminli, uglerod, yog`, oqsillarga boy yarim suyuq ovqatlar tanovul qilish tavsiya etiladi. Sut, qatiq, o`simlik yog`i, parhezli mevalar, vitaminlar iste`mol qilish maqsadga muvofiq.

Xirurgik yo`l bilan davolash texnikasi. Jarrohlik ishi suyak ichiga igna kiritish asosida umumiy og`riqsizlantirish bilan boshlanadi. Shpritsga o`rnatilgan igna yumshoq to`qimalardan o`tib suyakka yetib boradi, so`ng aylanma harakat bilan suyak iligi kanali bo`ylab siljiydi. Ignaning oxiri qarama-qarshi qobiq qatlamiga kirgiziladi va igna ikki nuqtaga bog`lab qo`yiladi. Suyak iligi bosimi 60-80 mm (0,759-0,78 kPa) suv ustuniga teng bo`lishi kerak. Gematogen osteomielitda bosim 100 dan 500 mm suv ustuni (0,98-4,9 kPa) gacha ko`tarilib ketadi.

Operativ muolaja. Zararlangan joydagi yumshoq to`qimalar T. P. Krasnobayev usuli bo`yicha kesiladi. Bo`g`im nerv tomirlari o`tgan joylarda ehtiyot bo`lib, yiring o`chog`i ko`rinib turgan joy terisi, teri osti yog` qatlami, muskul, suyak usti qobig`i kesiladi. Muskullar orasida yiring to`planib qolish

xavfi borligi uchun ular orasi ochilib, suyak usti ko`riladi. Agar muskullar orasida yiring to`planib qolgan bo`lsa, suyak usti qobig`i yaraning uzunligi bo`ylab ochiladi. Yumshoq to`qimalarning bir biridan uzilishi va suyak ustining ochilishi yiring oqishiga sharoit yaratadi. Suyak ichi bosimini kamaytirish (dekompressiyalash) maqsadida suyakni teshish (osteoperforatsiya) qilinadi (4-rasm).

Suyakni teshish (osteoperforatsiya) operatsiyasi texnikasi. Bu operatsiyada yumshoq to`qimalar suyakkacha kesiladi. Odatda ochilgan suyak yalang`och, g`adir budur, ba`zan kulrang ko`rinishda bo`ladi. Elektr teshgich bilan 0,2-0,4 sm hajmdan katta bo`lmagan, 2 va undan ortiq teshikchalar teshiladi. Shunda suyak ichidagi yiring birdan oqib chiqadi. Ba`zi hollarda suyak teshilgandan bir ikki kun o`tgandan so`ng ham yiring oqadi. Yaraga natriy xlorning gipertonik aralashmasiga ho`llangan bintdan bo`shgina qilib tiqin qo`yiladi.



4-rasm. Osteomielitda operativ davolash prinsiplari (sxema).

printsiplari (sxema).

Qo`l-oyoqlarni bog`lash (immobilizatsiyalash). Kasallikning kuchli bosqichida qo`l-oyoqlar gipsli longetalar bilan odatdagidek bog`lab qo`yiladi, o`tkir yallig`lanish bartaraf etilgandan so`ng oyoq-qo`llar doka bilan bog`lanadi. Bunda yaraning o`rni ochiq qoldiriladi. Bog`lam bir yarim-ikki oy ushlab turiladi. Immobilizatsiya oyoq-qo`llarga to`la orom beradi, og`riqni kamaytiradi, zararlangan bo`g`imlarni, suyakni patologik buzilishdan asraydi va ularning qotib qolishiga yo`l qo`ymaydi.

O`tkir gematogen osteomielit asoratlari - yiringli metastazlar, surunkaliga

o`tish, suyak sinishi, bo`g`im ankilozi, “yolg`on bo`g`im” hosil bo`lishi, mucha kaltalanishi, deformatsiyalanishi. Bemorda kasallik asoratlari kasallikning shakli, organizmning immunologik ta`sirchanligi, shuningdek, malakali vrach yordami, klinik davolash muddatlariga chambarchas bog`liq. Kasallikning eng og`ir asorati - bu metastaz (kasallikning qon oqimi orqali organizmning bir joyidan ikkinchi joyiga o`tishi), zotiljam, o`pka shamollashi (pnevmoniya), yurakning yiringli yallig`lanishi (perikardit), buyrakning yiringli yallig`lanishi (pielonefrit) va boshqa a`zolarida yiring paydo bo`lishidir. Metafizar va diafizar osteomielit asoratlari patologik sinishlar guruhiga kirib ular o`z-o`zidan sodir bo`ladi yoki uncha kuchli bo`lmagan kuchanish ta`siri ostida ham ro`y beradi. Patologik sinishning sababi esa, suyak uzunasiga chirishining tez sodir bo`lishi bilan bog`liq.

CHAQALOQLAR EPIFIZAR OSTEOMIYELITI. Suyak epifizar sohasi to`qimalarning yiringli yallig`lanishi epifizar osteomielit deyiladi. Kasallikning bu shakli ko`proq emadigan bolalarda qayd etiladi. Odatda sepsis ko`rinishlaridan biriga o`xshaydi.

O`tkir gematogen epifizar osteomielitning o`ziga xosligi: 3 yoshgacha bo`lgan bolalarda uchraydi; suyak proksimal va distal qismi yiringli yemirilishi kuzatiladi; epifiz bo`g`imda joylashganligi sababli artrit klinikasi kuzatiladi.

Asosiy klinik belgilari; tana harorati oshishi, psevdoparez, tegilganda-og`riq, bezovtalik, intoksikatsiya sindromi. Kasallikning bu shakli ko`proq emadigan bolalarda qayd etiladi (3-yoshgacha). Odatda sepsis ko`rinishlaridan biriga o`xshaydi. Kasallik davom etishiga qarab uni; toksik-septik, zararlangan joy (mahalliy-lokal) shakllariga ajratiladi:

Kasallikning **toksiko-septik** shaklida bemorning umumiy ahvoli juda tez yomonlashadi, harorat 39-40°C darajagacha ko`tariladi, bola ko`krakni emmay qo`yadi, atrofdagi narsalarga befarq bo`lib qoladi, yuzi dardman, terisi kulrang tusga kiradi, bola darmonsizlanadi, chanqaydi, qusadi, ichi ketadi.

Epifizar osteomielitning zararlangan (**mahalliy**) shaklida avval lohaslik seziladi; keyinchalik darmonsizlik paydo bo`lib, ishtaha yo`qoladi; asta-sekin harorat 37,5-38°C ga ko`tariladi, organizmning zaharlangani aniq seziladi.

Osteomielitning yuqoridagi ikki shaklida ham infeksiya o`rnashib olgan zararlangan joy aniqlanmasdan oq, oyoq qo`llar qattiq og`riydi. Bu kasallikning eng muhim doimiy belgisidir. Og`riq hisobidan qo`l-oyog`ini ehtiyot qiladi, "pseudoparez" belgisi (5-6 rasmlar). Kasallangan sohaga ta`sir etilganda bola holati og`riqqa nisbatan turli beo`xshov xatti harakatlar bezovtalik, qattiq qichqiriq bilan namoyon bo`ladi. Bular bola qiliqlarida kun sayin kuchaya boradi. Dastlabki vrach ko`rigida bola oyoq qo`llarining zararlangan joyini aniqlash qiyin. Bu yiringli osteomielitning har bir shakli uchun xarakterli xususiyatdir. Odatda kattaroq yoshdagi bolalar oyoq qo`llaridagi og`riyotgan joyini ancha aniqroq ko`rsatib bera oladilar.

Qo`lning yelka suyaklaridagi epifizi zararlanganda og`riq butun gavda bo`ylab yoyiladi, bo`g`imlar harakatsiz bo`lib qoladi. Tirsak va uning yon tomonlaridagi suyaklarda yallig`lanish aniqlansa tirsak bo`g`imlarida egiluvchan kontraktura kuzatiladi. Yelka oldi va kaft suyaklari epifizi zararlanganda panjalar osilib, barmoqlar harakati to`xtab qolishi mumkin (11- rasm). Chanoq-son suyagi epifizi zararlanganda chanoq-son bo`g`imlarining faol harakati susayadi, qattiq og`riq beradi, darmonsizlik kuchayadi. Tizza suyaklari epifizi zararlanganda esa bo`g`imlarda to`g`ri burchakli egiluvchan kontraktura paydo bo`ladi. Katta va kichik boldir suyaklar osteomieliti bilan og`riganda tizzadan tovongacha bo`lgan joydagi bo`g`imlar egilmay, oyoq panjalari harakat qilmay qo`yadi (7-rasm).

Zararlangan joyning ko`rinishi. Bu joy atroflaridagi to`qimalar shishadi. Suyak usti va ostidagi qattiq shish yorilganda yumshoq to`qimalar va bo`g`imlarda sezilarli darajada harorat ko`tariladi, teri usti biroz qizaradi, flyuktuatsiya aniq ko`rinadi. Epifizar osteomielit rentgen orqali tekshirilganda, dastlab rentgen tasvirida suyak, bo`g`imlar oralig`ining bir necha barobar

kengaygani ko`rinadi. Dastlabki rentgen tasvirida suyak tuzilishidagi buzilish u qadar aks etmagan bo`lsa, 6-7 kun o`tgandan so`nggi rentgen tasvirda suyaklar yadrosida destruktiv o`zgarishlar aniqlanadi. Yangi tug`ilgan chaqaloqlardagi epifizar osteomielitni davolashda eng zarur jarrohlik ishlari bilan birga boshqa muolajalar bilan bog`liq barcha chora tadbirlar qo`llanadi. Davolash usulini tanlashda har bir bemorga individual yondoshish talab etiladi.



6-rasm. Qo`lda “pseudoparez” .



7-rasm. Oyoqda “pseudoparez”.

Chaqaloqlar epifizar osteomieliti xirurgik sepsisning ko`rinishlaridan biri hisoblanadi. Ushbu ko`p qo`llanilib kelgan termin kasallikning asl mohiyatini aks ettirmaydi, chunki bunda epifizdan tashqari yallig`lanish alomatlari metafiz va ayrim hollarda esa diafizga tarqalgan bo`ladi, bu suyakning anatomofiziologik holatiga bog`liq bo`ladi. Kamdan kam hollarda suyakning total zararlanish hollari ham kuzatiladi. Kasallik qo`zg`atuvchi infeksiya chaqaloq organizmiga teri, kindik qoldiqchasi va homilaning ifloslanishi, bo`g`im bo`shlig`i va suyakka gematogen hamda limfogen yo`llar orqali tushadi.

Kasallik ko`pincha boldir, son va elka suyaklarining proksimal qismida uchraydi. Har beshta kasalning bittasida kasallik bir nechta suyakda birdaniga aniqlanadi. Chaqaloqlarning tug`ilgandagi vazni qancha kam bo`lsa, kasallik shunchalik og`ir va atipik ravishda kechadi. Osteomielit qanchalik erta aniqlanib va o`z vaqtida davo boshlansa, kasallikning asoratlari va oqibatlari, ham funksional, ham anatomik o`zgarishlar shunchalik kam uchraydi. Shu sababli kasallikning klinik manzarasidagi erta paydo bo`ladigan belgilarga e`tibor berish kerak.

Chaqaloqlarda osteomielitning kechishiga ko`ra quyidagi turlari tafovut qilinadi;

- 1) toksikoseptik,
- 2) septikopiemik,
- 3) o`tkir mahalliy.

Klinikasi: Kasallikning *toksikoseptik turi* kam uchraydi, lekin juda o`tkir va tez boshlanadi. Tana harorati 39-40⁰ C gacha ko`tariladi. Bolaning umumiy ahvoli keskin og`irlashadi, holsiz bo`lib qoladi, atrofdagilarga e`tibor kamayadi. Ona ko`kragini olishdan bosh tortadi, ba`zan qaltirash paydo bo`ladi. Bemorning tashqi ko`rinishi keskinlashib, teri qoplami rangpar (kulrang) tusga kiradi. Dispeptik alomatlar paydo bo`lishi mumkin, bu qayt qilish va bolaning ichi ketishi bilan namoyon bo`ladi. Bemorda kuchli septik jarayon hisobiga barcha ichki a`zolar faoliyatining susayishi alomatlari kuzatiladi. Kasallikning mahalliy ko`rinishlari esa 1-2 kundan keyin yuzaga chiqa boshlaydi. Zararlangan bo`g`im sohasini yuzaki paypaslab ko`rish yoki harakatga keltirish bemorning qattiq og`riqdan azob chekib, bezovtalanishiga olib keladi. Chaqaloqning choyshab va tagliklari har gal almashtirilgandan keyin u ancha vaqtgacha tinchlanmasdan bezovta bo`ladi. Ob`ektiv tekshirishlar yordamida bo`g`im sohasida terining qizargani, shish paydo bo`lgani aniqlanadi.

Kasallikning *septikopiemik turi* umumiy septik ko`rinishlar bilan namoyon bo`lib, klinik belgilar yaqqol ko`zga tashlanadi. Kasallik o`tkir boshlanib, tana harorati 39-40⁰C ga ko`tariladi. Bola organizmida zaharlanish alomatlari kuchayib boradi. Bu turda ham belgilarning mahalliy o`zgarishlardan ustunligi kuzatilib, faqat bir necha kun o`tgandan keyin mahalliy alomatlar yaqqol namoyon bo`ladi. Bo`g`im sohasi paypaslab ko`rilganda mahalliy haroratning ko`tarilganligi, teri osti vena qon tomirlarining kengayganligi, og`riq tufayli zararlangan bo`g`imning kam harakatlanishi va majburiy holatda turishi aniqlanadi.

O`tkir *mahalliy turi* asta-sekinlik bilan boshlanadi, bemorda kamqonlik alomatlari paydo bo`lib, tana harorati subfebril darajagacha ko`tariladi. Umumiy ahvol borgan sari og`irlashadi, zaharlanish alomatlari bo`lmasligi ham mumkin. Mahalliy belgilar 3-4 kunda yaqqol seziladi. Chaqaloqning har qanday faol va sust harakatdan keyin qo`l va oyoqlari ushlab ko`rilganda u bezovta bo`lib, yig`laydi. E`tibor berib qaralganda esa bemorning oyoq yoki qo`li majburiy holatda turganligini ko`rish mumkin (7-rasm). Yelka suyagi proksimal epifizi osteomielitida bolaning qo`li tanasiga yopishib turadi, bo`g`imlarida harakat bo`lmaydi. Yelka suyagi distal epifizi osteomieliti hamda bilak suyaklari proksimal epifizar osteomielitida tirsak bo`g`imida bukilgan kontraktura paydo bo`ladi. Bilak suyagi distal epifizi osteomielitida esa «osilib» qolgan barmoqlarda harakat bo`lmaydi.

Boldir suyagi proksimal epifizi osteomielitida oyoq chanoq-boldir bo`g`imi bo`ylab tashqi rotatsiya va yarim bukilgan holda bo`ladi. Chanoq-boldir va tizza bo`g`imlarida faol harakatlar kabi sust harakat ham, ayniqsa salgina bukish og`riq beradi. Son suyagi distal epifizi osteomielitida tizza bo`g`imida to`g`ri burchak ostida bukilgan kontraktura paydo bo`ladi. Og`riqni kamaytirish uchun bola oyog`ini tashqari tomonga bukib yotadi. Suyaklarning epifiz qismi bo`g`im ichida joylashganligi tufayli artritning klinik manzarasi tez paydo bo`ladi va seziladi.

Kasallik boshlangan epimetafiz sohasidagi shish hisobiga bo`g`im sathi tekis yuzasining terisi yaltirab turadi, paypaslab ko`rilganda infiltrat borligi aniqlanadi. Yuzaki joylashgan bo`g`imlar osteomielitida (tirsak, bilak-panja, tizza, boldir-tovon) bu belgilar ancha erta paydo bo`lsa, chanoq-boldir hamda yelka bo`g`imi sohasidagi osteomielitda esa bo`g`imlar qalin mushaklar bilan qoplanganligi uchun bu belgilar kechroq namoyon bo`ladi.

Agar yiring bo`g`imdan atrofdagi yumshoq to`qimalarga tarqaladigan bo`lsa, periartikulyar absess yoki flegmona alomatlari paydo bo`lib, mahalliy harorat ko`tariladi, terida qizarish kuzatiladi, teri osti venalari kengayadi va

flyuktuatsiya qayd etiladi. Kasallikning dastlabki kunlarida qonning laboratoriya tahlili sepsisga xos bo`ladi. Leykotsitoz ($8 \times 10^9/l$ - $20 \times 10^9/l$), chap tomonga siljigan neytrofilyoz, eritrositlar cho`kish tezligi reaksiyasining keskin tezlashuvi va anemiya belgilari aniqlanadi.

Rentgen tasvirida chaqaloqlar osteomielitida kuzatiladigan belgilar, asosan kasallikning 8-10 kunlarida boshlanadi. Dastlabki o`zgarishlar bo`g`im bo`shlig`ining kengayishi bilan namoyon bo`lib, bu holat simmetrik tarzda o`tkazilgan ikkita bir xil bo`g`imning (sog` va zararlangan) rentgen tasvirini solishtirib ko`rganda aniqlanadi. Bu davrda naysimon suyaklarning bo`g`im hosil qilishda ishtirok etuvchi epimetafiz yuzasi asosan tog`ay to`qimasidan tashkil topganligi uchun osteodestruksiya alomatlari aniq kuzatilmaydi. Keyinchalik jarayonning metafiz orqali suyak diafizini qisman qamrab olishi sababli, bu sohalarda suyak tuzilishida o`zgarish, ya`ni «siyraklashish» bilan birga chiziqli periostit paydo bo`ladi. Kasallikning o`tkir davri o`tib (20-30 kun) tuzalish yoki surunkali kechish bosqichiga o`tish davriga kelganda o`shish sohasida joylashgan suyaklanish yadrosida o`zgarishlar qayd etiladi. Bu o`zgarishlar ko`pincha suyaklanish yadrosidagi qisman destruksiya yoki uning butunlay erishi, parchalanib ketishi sifatida kechishi mumkin.

Qiyosiy tashxis flegmona va suyak sinishi bilan o`tkaziladi. Chaqaloqlar flegmonasida qo`l-oyoq harakat qildirilganda osteomielitdagi kabi keskin og`riq bo`lmaydi. To`qimalar infiltratsiyasi, flyuktuatsiya, mahalliy harorat tez paydo bo`ladi, u bo`g`im sohasidan uzoqroqda ham aniqlanishi mumkin.

Suyak singanda mahalliy shish, og`riq va oyoq yoki qo`l harakati chegaralangan bo`lishiga qaramay, intoksikatsiya alomatlari hamda leykositoz kuzatilmaydi. Yakuniy tashxis rentgen tekshiruvi natijalari asosida qo`yiladi. Epifizar osteomielitda davolash muolajalari umumiy va mahalliy tadbirlar asosida o`tkaziladi. Umumiy davolash osteomielitning kechishi, intoksikatsiya darajasi, chaqaloqdagi mavjud qo`shimcha kasalliklar hamda yo`ldoshda tug`ma nuqsonlar bor yoki yo`qligini hisobga olgan holda, yiringli-septik kasallarni

davolashning asosiy qoidalariga muvofiq makro, hamda mikroorganizmlarga ta'sir etish yo'li bilan olib boriladi.

Chaqaloqlar osteomielitidagi mahalliy davolash muolajalari katta yoshdagi bolalar o'rtasida uchraydigan osteomielitdagi davolashdan farq qiladi va uni to'g'ri tashkil qilish turli ortopedik asoratlarni kamaytirishga imkon yaratadi. Osteomielit bilan zararlangan qo'l yoki oyoq turli shina va moslamalar yordamida fiziologik holatda immobilizatsiya qilinadi.

Mahalliy o'choq, ya'ni bo'g'imni punksiya qilish yo'li bilan tozalanadi. Agar punksiya davolash samara bermasa artrosentez qilinib, antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Immobilizatsiya qilinadi, kompleks antibakterial, infuzion terapiya o'tkaziladi. Bo'g'imda yiringli jarayon tugagach, fizioterapiya muolajalari o'tkaziladi. Yallig'lanishning o'tkir alomatlari tugagandan keyin bo'g'imning normal faoliyatini qayta tiklash borasidagi tadbirlar; parafinli bog'lam, uqalash tavsiya etiladi.

Epifizar osteomielit bilan og'riqan bemorlar 2 yil davomida ortoped nazorati ostida dispanser kuzatuvda bo'ladilar va zarur holatlarda ularga tegishli ortopedik yordam ko'rsatiladi.

Asoratlari. Kasallik davomida juda ko'p yiringli joylar va patologik siniqlarning paydo bo'lishi, yara asoratlariga kiradi. Keyingi asoratlari esa suyaklarning o'sishi bilan bog'liq zonalarning zararlanishi, ayniqsa artritlar, kontrakturalar, bo'g'imda harakat nisbatan chegaralanishi, suyakning o'smay qolishi, oyoq-qo'llar suyagi o'sishidagi me'yorning buzilishi va ularning qiyshayib qolishi bilan izohlanadi.

SURUNKALI OSTEOMIELIT. Uzoqqa cho'ziluvchanligi bilan xarakterlanadigan surunkali osteomielitning patomorfologik shaklida zararlangan suyak sekvestrlar, sekvestral qatlam va kapsulalar mutlaqo ishdan chiqadi. Odatda sekvestral qatlam va kapsulalar oralig'i granulyatsiya va yiring bilan qoplanadi. Kasallik qaytalanganda yaraning ko'zi yopilib qolishi mumkin. Agar kasallik kuchayib ketsa tana harorati ko'tariladi, og'riq zo'rayadi,

zaharlanish ortadi. Yara ko`zidan yana oz miqdorda yiring oqa boshlaydi. Oyoq-qo`llar dastlabki zararlangan paytdagi holatga o`xshab zirqiraydi, yumshoq to`qimalar shishinqirab yo`g`onlashadi. Surunkali osteomielit qaytalanganda teri yuzasi oqarib, ishtaha kamayadi. Harorat 37-37,5°C bo`lib, tunlari yuqori darajaga ko`tariladi. Rentgen tasvirda osteoporoz joyida osteoskleroz belgilari ko`rinadi. Odatda ichkarida joylashgan sekvestral kapsulalar butun konturlari bilan ko`zga tashlanadi (7- rasm).

Davosi. Surunkali osteomielitni davolash deganda, suyaklarni trepanatsiya qilish, sekvesterlarni chiqarish, yiring granulyatsiyalarini tozalab, tashqariga chiqarib yuborish (nekrotomiya, nekrosekvestroektomiya, sekvestroektomiya) tushuniladi.

Osteomielitning atipik turlari. Osteomielitning atipik turlariga Brodi absessi, Garri skleroz osteomieliti, Ole albuminoz osteomieliti va antibiotik osteomielit kabilar kiradi.

Brodi absessi (to`qimalarda to`plangan yiring). Kasallikning bu turi uzoqqa cho`ziluvchanligi bilan xarakterlanib, u kuchsiz og`riq beradi, ba`zan isitma ko`tariladi. Rentgen tasvirida zararlangan joy destruksiyasi aylana shaklida ko`rinadi. Brodi absessini davolashda, zudlik bilan suyaklardagi yiring tozalab, olinadi, tozalangan joy antibiotiklar bilan ishlanadi.

Garri skleroz osteomieliti, **Ole** albuminoz osteomieliti va **antibiotik** osteomielit juda kam uchraydi. Ularning klinik ko`rinishi Brodi osteomielitiga o`xshab ketadi, ularni davolashda ham mazkur usul qo`llanadi.

VAZIYATLI MASALALAR.

Vaziyatli masala № 1

S. ismli bemor, 2 kunlik, tug`ruqxonadan bolalar xirurgiyasi bo`limiga ko`chirilgan. Chaqaloqni tug`ilgandan darhol burun va og`zidan ko`p miqdorda ko`pikli ajralma kela boshlagan. Birinchi kun oxiriga borib bemorda nafas aritmiyasi, hansirash, sianoz belgilari paydo bo`lgan. Nafas soni - 54 marta daqiqada. O`pkalarida har xil kalibrli xirillashlar hamma joyida eshitiladi. Puls - 146 ta daqiqada. Yurak tonlari kuchli, ritmik. Yurak cho`qqisida sistolik shovqin eshitiladi. Jigar qovurg`a yoyidan 1,5 sm chiqib turibdi, taloq paypaslanmaydi. Mekoniy bo`lgan. Qorni dam, ko`proq epigastral sohasida, tarang emas, palpatsiyada og`riqsiz.

1. Dastlabki diagnozni qo`ying.
2. Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshirish usullarini o`tkazish zarur.
3. Operatsiya oldi tayyorgarlik va davolash taktikasi.

Vaziyatli masala № 2

D. ismli qiz bola, 6 soatlik, tug`ruqxonada. Anamnezidan ma`lumki, onasi 21 yoshda. Homiladorlik va tug`ruq birinchisi. Mazkur homiladorlikning 8-9 haftaligida 3 kun davomida mayda nuqtali toshmalar toshgan va bo`yin sohasida og`riq bezovta qilgan. Homilaning uchinchi uch oyligi homilaning tushishi xavfi bilan o`tgan. Tug`ruq 35-36 haftalik muddatda bo`lgan, bunda homila suvlari xira, Apgar shkalasi bo`yicha 6-7 ball. tana og`irligi 2050 gr, bo`yi 41 sm.

Bola tug`ilgandan so`nggi ko`rikda anal sohasida orqa chiqaruv teshigi yo`qligi aniqlanagan. Qorin odatdagi shaklda, dam emas. Bola yig`laganda uretradan gaz pufaklari ajraladi. Siydik mekoniy bilan aralashgan.

1. Dastlabki diagnoz qo`ying.
2. Dignozni tasdiqlash uchun qanday qo`shimcha tekshirishlar o`tkazish zarur.
3. Bemorni davolash taktikasini aniqlang.

4. Mazkur nuqsonlarda qanday operativ usullar qo'llaniladi.

Vaziyatli masala № 3

S. ismli qiz bola, 10 yoshda tuman shifoxonasida o'tkir flegmonoz appenditsit bo'yicha shoshilinch operatsiya qilingan. Operatsiyadan keyingi davr silliq o'tgan. Kasallik 4-kuni bemorda axlati suyuq patologik aralashmalarsiz o'ta boshlagan (4 marta kuniga). Bola qov usti sohasidagi og'riqdan, defekatsiya vaqtida og'riqdan shikoyat qiladi, tana harorati 37,6°C gacha ko'tarilgan. Umumiy ahvoli o'rta og'irlikda, hushi aniq, holsiz. Harorati - 38,4°C. Teri va ko'rinarli shilliq qavatlari och pushti rangda, toza. O'pkasida nafas vezikulyar, nafas soni 1 daqiqada 24 ta, yurak tonlari aniq. Puls daqiqasiga 112 ta. Qorni odatdagidek, dam emas. O'ng yonbosh sohasida operatsiyadan keyingi 6 sm jarohat bor, jarohat choklari yaxshi turibdi, yallig'lanish belgilarisiz. Qorni paypaslaganda yumshoq, qov usti sohasi og'riqli, Shyotkin-Blyumberg belgisi kuchsiz musbat. Mushak defansi aniqlanmaydi. Rektal tekshirishda to'g'ri ichak old devorida diametri 4 sm li qattiq konsistentsiyali, o'rtasida yumshoq o'choqli hosila aniqlanadi, to'g'ri ichak ampulasi bo'sh. Ich o'tishi kuniga 4 marta, siyishi erkin.

1. Tashxis qo'ying.
2. Mazkur kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lgan omil.
3. Diagnostikasi.
4. Davolash usullari.

Vaziyatli masala № 4

I. ismli bola, 22 kunlik, bolalar jarrohligi bo'limiga onasining so'ziga ko'ra emizgandan keyin qusish shikoyati bilan yotqizildi. Bolada qusish yotganda, qichqirganda, yig'laganda yuzaga keladi. Umumiy ahvoli og'ir. Ko'rik paytida bolada qisman kekirish bor. Ishtahasi kamaygan. Suyuq bariy bilan Trendelenburg holatida kontrastli rentgenografiya qilinganda bariy aralashmasini oshqozondan qizilo'ngachga qaytishi aniqlanadi.

Ezofagoskopiya qizilongach shilliq qavatida turgun peptik yaralar aniqlanadi.

1. Dastlabki diagnozni qo'ying.
2. Qanday qoshimcha tekshirishlar o'tkazish zarur.
3. Mazkur kasallikda qanday davolash taktikasi qollanadi.

Vaziyatli masala № 5

A. ismli 3 yoshli o'g'il bola, shifoxonaga rejali ravishda onasi so'zidan mustaqil axlat kelmasligiga, meteorizmga shikoyat bilan murojaat qildi. Kasalligi 5 oyligida, qoshimcha ovqat berishdan keyin boshlangan, shundan so'ng bolada vaqti-vaqti bilan ich qotishi va qorin dam bo'lishi va qusish bezovta qila boshlagan. Tozalovchi huqnadan so'ng yoki gaz chiqaruvchi nay o'rnatilgandan so'ng ichi o'tgan.

Ko'rik vaqtida umumiy ahvoli og'ir. Bolaning fizik rivojlanishi orqada qolmoqda. Ishtahasi sust. Gipotrofik. Teri qoplamalari oqimtir. Qorin hajmi simmetrik kattalashgan, palpatsiyada yumshoq, og'riqsiz. Auskultatsiyada ichaklarning harakati shovqinlari baland eshitiladi. To'g'ri ichak barmoq bilan ko'rilganda ampula bo'sh, sfinkter tonusi oshgan. Qon umumiy tahlilida- o'rta darajali anemiya aniqlanadi.

1. Dastlabki diagnoz qo'ying.
2. Bemorni davolash taktikasi belgilang.
3. Xirurgik davolash usullari va muddatini ayting.

Vaziyatli masala № 6

K. ismli 13 yoshli bola, tez charchashga, tez-tez bosh og'rishiga, fizik zo'riqish vaqtida balg'amli yo'talga, vaqti-vaqti bilan to'sh sohasidagi og'riqqa shikoyat bilan murojaat qildi. Anamnezida bola tez-tez bronxit bilan kasallanib turadi. Yo'tal doimo kuzatilmoqda, kasallik avj olgan vaqtlarda kuchayadi. Ajralgan balg'am yiringli. Tana harorati subfebril. O'tkazgan kasalliklari; gripp, qizamiq, bronxit, o'tkir pnevmoniya. Bola tana massasi defitsiti 35% gacha. Teri qoplamalari oqimtir, nam. Oyoq-qo'l barmoqlari tirnoq falangalari baraban

tayoqchasi ko`rinishiga ega. Puls - 84 ta daqiqasiga. Nafas olish soni 28 ta. Ko`krak qafasi chap tomoni nafas aktida orqada qolmoqda. Nafas aktida yordamchi mushaklar ishtirok etmoqda. Chap o`pkaning havo sig`imi kamaygan. Auskultatsiyada mayda pufakchali xirillashlar, ko`proq chap o`pka pastki va yon sohalarida.

1. Dastlabki diagnoz qo`ying.
2. Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshirish usullarini o`tkazish zarur.
3. Konservativ terapiya va mazkur kasallikning xirurgik davolash usullari.

Vaziyatli masala № 7

S. ismli o`g`il bola, 20 soatlik. Tug`ruqdan 4 soat o`tgach bola ivigan sut va o`t aralash qusgan. Qusiq moddasi ko`p miqdorda.

Ko`rik vaqtida qorin notekis, epigastral sohasi shishgan. Shish qusgandan so`ng kichiklashgan. Qorin paypaslaganda yumshoq, hamma sohaları og`riqsiz. Jigar qovurg`a yoyidan 1,5 sm chiqqan, taloq paypaslanmaydi. Mekoniy ajralgan. Puls - 146 tagacha daqiqada. Yurak tonlari aniq, ritmik. Yurak cho`qqisida sistolik shovqin. NS- 53 ta daqiqada. O`pkalarida ho`l xirillashlar eshitiladi. Bolalar xirurgi ko`rigidan so`ng bolani bolalar xirurgiyasi bo`limiga ko`chirish tavsiya etilgan.

1. Dastlabki diagnozni qo`ying.
2. Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshirish usullarini o`tkazish zarur.
3. Operativ davolash usullari.
4. Operatsiyadan keyingi davrda bo`lishi mumkin bo`lgan asoratlarni ayting.

Vaziyatli masala № 8

I. ismli bola, 1 kunlik, bolalar jarrohligi bo`limiga o`sib boruvchi nafas yetishmovchiligi klinikasi bilan yotqizildi. Bolada tug`ilishi bilanoq nafasning qiyinlashuvi, kuchli hansirash 1 min. da 62 tagacha, qichqirganda va tinchlikda kuchayuvchi sianoz yuzaga kelgan. Nafas etishmovchiligi progressiv kuchayib borgan. Bo`limga olib kelinganda ahvoli og`ir, teri qoplamlarida yaqqol diffuz sianoz mavjud. Ko`krak qafasini chap tomondan bochkasimon shish

ko`rinishidagi deformatsiyasi aniqlanadi. Nafas qiyinlashgan, nafasda yordamchi mushaklar ishtirok etadi, 1 minutda 86 tagacha, hansirash kuzatilmoqda. Perkussiyada chap tomonda timpanik tovush, auskultatsiyada o`ngdan susaygan nafas, xirillashlar eshitiladi, chapdan esa o`pka tovushi eshitilmaydi. Yurak tonlari to`shdan o`ng tomonda eshitiladi, Puls daqiqasiga 160 marta. Qorin shakli assimetrik.

1. Dastlabki diagnozni qo`ying.
2. Plevra ichidagi zo`riqish simptomlarining oshib borishiga sabab nima.
3. Operativ davolashga ko`rsatma va uning asosiy bosqichlari.

Vaziyatli masala № 9

V. ismli bola, 5 kunlik. 3 kunligida chaqaloqlar patologiyasi bo`limiga olib kelindi. Shikoyati qorinning doimiy damligiga, oshqozon mahsulotlarining dimlanishiga, o`t rangli qusishga, holsizlikka, teri qoplamlarining oqarishiga, tana haroratining 38,3 C gacha ko`tarilishiga.

Ko`rikda: ahvoli og`ir, holsiz. Teri qoplamlari kulrang-yer rangli, akrosianoz. Katta liqildoq 3 x 2,5 sm, shishmagan. O`pkasida dag`al nafas, xirillashlar yo`q. NS daqiqasiga 50 marta. Yurak tonlari aniq. Puls daqiqasiga 137 marta. AQB – 80/40 mm. sim. ust.ga teng. Qorin bir tekis damlagan, ichaklar peristaltikasi ko`rinib turibdi, palpatsiya qilishning iloji yo`q, palpatsiya qilganda qattiq bezovtalanadi. Qorin bo`shlig`ida biror bir qo`shimcha hosila aniqlanmaydi. Jigar qovurg`a yoyidan 3,5 sm chiqib turibdi, taloq paypaslanadi. Mekoniy chiqmagan.

1. Dastlabki diagnozni qo`ying.
2. Qanday qo`shimcha tekshirishlar o`tkazish zarur.
3. Operatsiya oldi tayyorgarlikning o`ziga xosligi.
4. Mazkur bemorda qanday davolash taktikasi qo`llanadi?

Vaziyatli masala № 10

O`g`il bola S. 14 soatlik, tug`ruqxonada. Anamnezidan ma`lumki, onasi 20 yosh. Birinchi homiladorlik, birinchi tug`ruq, homiladorlikning 8-9 haftaligida 3 kun davomida bo`yin sohasida og`riq bezovta qilgan va nuqtasimon toshmalar bo`lgan. Homiladorlikning uchinchi uch oyligida homila tushishi xavfi bilan o`tgan, tug`ruq 35-36 haftada bo`lgan, homila suvi loyqalashgan, Apgar shkalasi bo`yicha 6-7 ball bilan baholangan. Tana massasi tug`ilganda 2050 gr, uzunligi 41sm. Tug`ruqxonada ko`rikda teri bilan qoplanmagan kindik tizimchasi asosidan chiquvchi o`lchami 15x10sm o`smasimon bo`rtma aniqlandi. Hosila cho`zilgan amnion pardasi bilan qoplangan, bu parda orqali ingichka ichak tutqichi va jigar ko`rinadi. Yallig`lanish belgilari yo`q.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz.
2. Tug`ruqxonada birinchi yordam.
3. Bu patologiyada bolalarda qanday operatsiya turlari bajariladi.
4. Asoratlari.

Vaziyatli masala № 11

Bemor N. 17 kunlik, klinikaga kasallik boshlangandan so`ng ikkinchi kuni onasi so`zidan umumiy ahvoli og`irligiga, ko`krakdan bosh tortishiga, tana haroratining febrilgacha ko`tarilishiga shikoyat qilib kelgan. Kelganda umumiy ahvoli o`rta og`ir, bezovta. Tana harorati 38,2⁰C. Teri qoplami oqimtir, namligi o`rtacha. O`ng ko`krak bezi sohasida giperemiya, markazdan periferiyaga tarqalgan, uning markazida flyuktuatsiya aniqlandi. Yumshoq to`qima shishgan va qattiqlashgan. Til oq karash bilan qoplangan, nam. NS-48 ta minutiga, puls-147 ta minutiga. Qon tahlili: Eritrot- $4,76 \times 10^{12}$; Gemoglobin-140g/l; Rang ko`rsatkich- 1,0; Trombotsitlar- 310 ming; Leykotsitlar- $14,3 \times 10^9$ g/l; Eozin-2%; Tayoqcha yadroli-8%; Segment yadroli- 39%; Limfotsitlar-40%; Monotsitlar-11%; ECHT-28mm/s.

1. Taxminiy diagnoz qo`ying.
2. Kichik yoshli bolalarda bu kasallikning rivojlanish sabablari.

3. Qo'llaniladigan davolash taktikasi.

Vaziyatli masala № 12

A. ismli bola, 1,5 oylik. Kasallik boshlangandan 2 hafta o'tgach «fontansimon», o'tkir, achchiq hidli qusish, tana og'irligining kamayishi, kam siyishga shikoyat qilib keldi. Kasallik o'tkir, emizishdan keyin va emizganga nisbatan ko'p ivigan sutli qusish bilan boshlangan. Ko'rsatilgan simptomlar doimiy xarakterda bo'lib, kuchayib borgan. Uch kun avval bola holsiz bo'lib qolgan, siyishlar soni har porsiyada siydik miqdori kamaygan. 3 kundan beri ichi o'tmagan. Ko'rikda bolaning atrofga reaksiyasi sust, yuz qiyofasi dardman, tana massasi 3200 gr. Terisi oqimtir, shilliq qavatlar och pushti rangda va quruq. Liqildoq cho'kkan. Teri osti yog' qavati kamaygan. Puls – 132 / daq. NS – 34 daq. Emizishga harakat qilinganda qusishdan keyin epigastral sohadagi kamayuvchi shish e'tiborni o'ziga tortadi. Qorin devori bo'ylab silanganda me'da peristaltikasi to'lqini yuzaga keladi. *Per rectum*; ampula bo'sh, sfinkter tonusi oshgan.

1. Dastlabki diagnoz qo'ying.
2. Qanday qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish zarur.
3. Operatsiya oldi tayyorgarlik nimalarni o'z ichiga oladi.
4. Operativ davo usullari.

Vaziyatli masala № 13

S. ismli bemor qiz bola 5 yosh, bolalar jarrohlik bo'limiga rejali tartibda to'g'ri ichakdan davriy ravishda (haftasiga 2-3 marta) qon kelishiga shikoyat bilan kelgan. Ota-onasining so'zidan 1 oydan beri bemorning onasi defekatsiya akti oxirida qizil alvon rangdagi qon borligini ko'rgan. Ajraladigan qon miqdori turlicha - bir necha tomchidan 3-5 ml gacha. Ayrim vaqtlarda axlat so'ngida anal sohasidan pushti rangda hosila chiqishi kuzatilgan.

Kelganda ahvoli qoniqarli. Teri qoplami oqimtir - pushti, namligi o'rtacha. Qorin simmetrik, damsiz, nafas olishda ishtirok etadi, yumshoq, og'riqsiz. Anus sohasi o'zgarishsiz, toza. Axlat shakllangan, regulyar.

1. Taxminiy tashxis qo`ying.
2. Diaqnoz qo`yish uchun qanday qo`shimcha tekshirish usullaridan foydalaniladi.
3. Bemorni davolash taktikasi.
4. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Vaziyatli masala № 14

D. ismli o`g`il bola, 12 soatlik tug`ruqxonada. Anamnezidan, homiladorlikning 8-9 haftaligida 3 kun davomida bo`yin sohasida og`riq bezovta qilgan va nuqtasimon toshmalar bo`lgan. Homiladorlikning uchinchi uch oyligida homila tushishi xavfi bilan o`tgan, tug`ruq 35-36 haftada bo`lgan, homila suvi loyqalashgan, tana massasi tug`ilganda 2050 gr, uzunligi 41sm. Tug`ruqxonada birinchi ko`rikda kindikdan o`ngda qorin oldingi devorida defekt borligi aniqlandi, o`lchami 4x2,5 sm, ingichka ichak tutqichi eventeratsiyasi kuzatilgan. Kindik tizimchasi o`zgarishsiz. Ingichka ichak tutqichlari bir-biri bilan yopishgan, ayrim joylari to`q rangda.

1. Sizning taxminiy tashxisingiz.
2. Ushbu bemorga davolash taktikasini ko`rsating.
3. Operatsiya oldi tayyorgarligi, uning davomiyligi va xususiyatlari.
4. Bolalardagi bu patologiyada qanday jarrohlik usullari qo`llaniladi.

Vaziyatli masala № 15

Bemor N. 1 oy 10 kunlik, klinikaga kasallikning birinchi kuni oxirida o`ng chov sohasida hosilaning borligiga shikoyat bilan kelgan. Anamnezidan o`ng chov sohasidagi shish katta va kichiklashib turgan. Kasallik o`tkir, sababsiz to`satdan bezovtalik bilan boshlangan, 2 marta qusgan. O`ng sohada o`smasimon hosila hosil bo`lgan. Kelganda umumiy axvoli o`rta og`ir, bezovta. Harorati 37,9⁰C. O`ng chov sohasida og`riqli o`smasimon hosila, tarang, qattiq elastik konsistensiyali, qorin bo`shlig`ida to`g`rilanmaydi. Yorg`oqda ikkala moyak aniqlanadi, bir xil shaklda va konsistentsiyada.

1. Taxminiy diaqnoz.

2. Yosh bolalarda bu kasallikning rivojlanish sabablari.
3. Mazkur patologiyada bolalarda konservativ davolash xususiyatlari.
4. Mazkur patologiyada bolalarda operativ davolash xususiyatlari.

Vaziyatli masala № 16

S. Ismli o`g`il bola, 2 yoshda, ota - onasi bolaning qorin chap sohasida o`smasimon hosila borligiga shikoyat qilib kelgan, bu hosilani 3 kun oldin cho`mltirish vaqtida sezib qolishgan. Yana shu aniqlandiki, bolada keyingi 6 oy davomida sababsiz bezovtalik xurujlari, tez-tez siyish kuzatiladi. Bola holsiz, jismoniy rivojlanishdan orqada qolgan.

Ko`rikda; teri qoplami va ko`rinadigan shilliq pardalari oqimtir- pushti rangda, toza. Teri osti yog` qavati sust rivojlangan. O`pkada nafas ko`krak qafasining ikkala tomonidan bir xil eshitiladi, xirillashlar yo`q. NS-28 ta minutiga. Yurak tonlari aniq, ritmik. Puls-110 ta minutiga. Qorin to`g`ri shaklda, damsiz, palpatsiyada yumshoq, chap yon sohada elastik konsistentsiyali, kuchsiz og`riqli, harakatchan, o`lchami 5-3 sm li hosila aniqlanadi. Peritonial simptomlar manfiy. Axlat va diurez normada.

1. Diaqnoz qo`ying.
2. Kasallik klinik manzarasi.
3. Davolash usullari.

Vaziyatli masala № 17

I. ismli qiz bola 6 yoshda, shoshilinch tartibda yengil jismoniy harakat vaqtida hansirash, holsizlik, yo`tal, subfebril haroratga shikoyat bilan kelgan. Ko`rsatilgan shikoyatlar 3 kun oldin yuzaga kelgan. Shuningdek, oxirgi 2 hafta davomida bolada quruq, qattiq og`riqli yo`tal bo`lgan. Kelganda; umumiy ahvoli o`rta og`ir. Teri koplami oqimtir - pushti, burun - lab uchburchagida sianoz bor. Palpatsiyada bo`yinning oldingi yuzasida va bo`yinturuq o`ymasida «qor g`ichirlashi» simptomi musbat, bo`yin yumshoq to`qimasining «shishi» aniqlanadi. Ko`krak qafasi simmetrik, nafas olishda ishtirok etadi. O`pkada nafas ko`krak qafasining ikkala tomonidan o`tadi, qattiq, turli pufakchali

xirillashlar eshitiladi. NS-30 ta minutiga. Yurak tonlari aniq, ritmik. Puls-110 ta minutiga. Qorin damsiz, palpatsiyada yumshoq, hamma qismlari og`riqsiz. Taxorat normada.

1. Tashxis qo`ying.
2. Kasallik tipik klinik tasviri.
3. Davolash usullari.

Vaziyatli masala № 18

M. ismli o`g`il bola pulmonologiya bo`limidan bolalar jarrohlik bo`limiga o`tkazilgan, pulmonologiya bo`limida o`tkir pnevmoniya bo`yicha davolangan. 4 soat davomida bolaning ahvoli keskin yomonlashgan; bezovtalik, teri rangining oqarishi, sovuq yopishqoq ter, nafas olishning qiyinlashuvi, taxikardiya kuzatilgan. Ko`rikda bola og`zini ochib nafas oladi, yuzida qo`rquv, g`amgin, teri qoplami oqimtir, burun - lab uchburchagida, qo`l - oyoqlarida sianoz. NS- 50 ta minutiga, puls-135 ta minutiga, kuchsiz, ipsimon, tonlar bo`g`iqlashgan. Ko`krak qafasining chap tomoni nafas olishdan orqada qolgan. Nafas olishda yordamchi muskullar ishtirok etadi. Qovurg`alar oraligi tekislangan. Perkussiyada yuqori qismida timpanik, pastki qismida bo`g`iq. Auskultatsiyada chap tomondan nafas o`tmaydi. Tashxis qo`ying.

1. Yuqoridagi patalogiyani qaysi kasalliklar bilan taqqoslanadi.
2. Ushbu bemorni davolash taktikasi.
3. Operatsiyadan keyingi davrda bemorni davolash.

Vaziyatli masala № 19

Bemor L. 1,5 yosh klinikaga kasallik boshlangandan 11 soatdan keyin kelgan. Anamnezidan; kasallik o`tkir boshlangan, bezovtalangan, oyoqlarini qorniga tirab olgan. Bezovtalik xuruji tinchlik bilan almashinib turgan. 2 marta yegan ovqatini qusgan. Bemor klinikaga kelganda umumiy ahvoli o`rta og`ir, lanj, harakatsiz. Puls 120 ta, NS-31 ta. Teri qoplami oqimtir, namligi o`rtacha. Qorin yumshoq, o`ng yonbosh o`lchami 8-4 sm li hosila paypaslanadi. Qorin parda yallig`lanish simptomi manfiy. *Per rectum* tekshirilganda patologik hosila

aniqlanmaydi, ampula bo`sh, qo`lqopda to`q rangli qon aralashmasi bilan shilliq aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxisni qo`ying.
2. Diaqnoz qo`yish uchun qanday qo`shimcha tekshirish usullari o`tkazish zarur.
3. Konservativ davolashga qarshi ko`rsatma.
4. Konservativ va xirurgik davolash usullari.

Vaziyatli masala № 20

Bemor A. 1 yosh 6 oylik, kasallik boshlangandan 10 kun keyin shifoxonasiga qabul bo`limiga kelgan. Kasallik ko`p marta suyuq axlat, tana haroratining $38,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko`tarilishi bilan boshlangan. Somatik statsionarda “enterokolit” tashxisi bilan davolangan. Davolash o`tkazilganiga qaramay, ahvoli yaxshilanmagan, qorinda og`riq, febril harorat saqlangan. Keyinchalik tekshirish va davolash uchun xirurgik statsionarga o`tkazilgan. Bolaning umumiy ahvoli og`ir. Qorin dam, palpatsiyada qorinning pastki qismi og`riqli, ko`proq o`ng tomonda qattiq konsistensiyali, harakatsiz, og`riqli hosila aniqlanadi, qorin mushaklari o`rtacha taranglikda, Shyotkin-Blyumberg simptomi kuchsiz musbat. *Per rectum* tekshirganda to`g`ri ichakning oldingi devorida qattiq-elastik hosila aniqlanadi, og`riqli va rigidligi yuqori. Axlat 1 marta bo`lgan. UTT tekshiruvda; o`ng mezogastrda yumaloq shaklli hosila 66-55 mm, notekis konturli, exogenligi past, markazida o`lchami 21-19 mm bo`lgan suyuq komponentli hosila aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxisni qo`ying.
2. Bemorning keyingi davolanish taktikasini aniqlang.
3. Operativ davolash prinsiplari va operatsiyadan keyingi davo.

Vaziyatli masala № 21

Bemor M. 5 yosh, poliklinikaga chap chov sohasida og`riqli hosila bilan murojaat qilgan. 2 hafta oldin bolaning ota-onasi chap chov sohasidagi hosilaga

e`tibor berishgan, hosila tinch holatda yo`qoladi, lekin yo`tal va kuchangan vaqtda hosil bo`ladi. Keyingi 2 kun davomida hosila asta-sekin chov sohasida aniqlangan va yurgan vaqtda og`riq bezovta qilgan. Kelganda vaqtda axvoli qoniqarli. Chap chov sohasida ovalsimon shaklli og`riqsiz hosila aniqlanadi, yorg`oqqa tushganda bir tomoni cho`zilgan va uning assimetriyasini kuzatiladi. Hosila konsistensiyasi elastik. Gorizontal holatda qorin bo`shlig`iga tez to`g`rilanadi. Bunda g`uldirash eshitiladi. Bu bilan bir vaqtda bola yo`talganda «turtki» simptomi musbatligi aniqlanadi.

1. Dastlabki tashxis.
2. Bu kasallik klassifikatsiyasi.
3. Davolash usullari.

VAZIYATLI MASALALAR JAVOBLARI

№ 1 masala javobi

1. Qizilo`ngach atreziyasi, pastki traxeo-qizilo`ngachli oqma bilan, aspiratsion pnevmoniya.

2. Qizilo`ngachni kateter bilan tekshirish, Elefant sinamasi, ko`krak qafasi va qorin sohalari umumiy rentgenografiyasi, qizilo`ngachga rezina zond kiritib rentgen tekshirishini o`tkazish, qizilo`ngachni rentgen kontrastli tekshirish

3. Operatsiya oldi tayyorgarlik tug`ruqxonada boshlanadi, bunda har 15-20 daqiqada burun va og`iz orqali ajralma so`rib olinishi kerak, kislorod beriladi va og`iz orqali ovqatlantirish man qilinadi. Bola kuvezda maxsus brigada bilan maksimal tez muddatlarda bolalar xirurgiyasi bo`limiga ko`chiriladi. Operatsiya oldi tayyorgarlik muddati gomeostaz va gemodinamikadagi o`zgarishlar, nafas yetishmaslik va dehidratatsiya darajasiga bog`liq.

4. Operatsiya usuli atreziya shakli va bemor ahvoriga qarab belgilanadi. Agarda qizilo`ngach oxirlari o`rtasidagi diastaz 1,5-2 sm gacha bo`lsa oxirma-oxir anastomoz qo`yiladi. Diastazalar masofasi katta bo`lsa, bo`yin sohasiga ezofagostoma va Kader bo`yicha gastrostoma o`rnatiladi. Ezofago va gastrostomali bolalar 2-3 oylikdan 3 yoshgacha ikkinchi bosqich operatsiyasi – yo`g`on ichak transplantati bilan plastika qilinadi.

№ 2 masala javobi

1. Yuqorigi atreziya to`g`ri ichak - qovuq oqmasi bilan.

2. UTT, Vangensten–Rays bo`yicha invertogramma, fistulografiya.

3. To`g`ri ichak va anal teshigi atreziyasi xirurgik korreksiyani talab etadi, faqatgina anal teshigini torayishini ayrim formalarini bujlash orqali davolash mumkin. Shoshilinch operatsiyaga ko`rsatmalar atreziyaning oqmalarsiz shakllari, mekoniyini ajralishiga to`squinlik qiladigan siydik tizimiga ochilgan oqmalar va jinsiy tizimga yoki oraliqqa ochilgan tor oqmalar bo`lib hisoblanadi.

4. Oralik va qorin - oralik proktoplastikasi operatsiyalari qo`llaniladi.

№ 3 masala javobi

1. Duglas sohasi absessi.
2. Qorin bo`shlig`ini operatsiya vaqtida yetarlicha sanatsiya qilmaslik.
3. UTT, to`g`ri ichak orqali absessni punktsiya qilish.
4. Qorin bo`shlig`i infiltrati, dizenteriya, tuxumdon kistasi, qorin ichki qon ketishi.
5. To`g`ri ichak orqali absess punktsiya qilinadi, yiring topilgandan so`ng shu joydan skalpel orqali teshiladi va absess ochiladi, yiringli bo`shliq sanatsiya qilanadi va drenajlanadi.

№ 4 masala javobi

1. Qizilo`ngach xalaziyasi.
2. Me`da maxsulotlarini qizilo`ngachga kun davomida necha marta qaytishini aniqlash uchun uzaytirilgan N-metriya o`tkazish kerak. Gastroezofagal sintigrafiya.
3. Qizilo`ngach axialaziyasi, diafragmal churra, eroziv ezofagit, pilorospazm, pilorostenoz.
4. Konservativ davolashda nomedikamentoz va medikamentoz davolash usullari qo`llaniladi. Birinchi usulga (postural terapiya) va dietoterapiya kiradi. Kichik yoshdagi bolalarda doimo boshi 45° ko`tarilgan xolatda, bolani ovqatlantirgandan so`ng doimo 20-30 daqiqa vertikal holatda ushlab tavsia etiladi. Katta yoshli bolalarda oqvatlanishdan so`ng toza havoda sayr qilish, egilish bilan bajariladigan jismoniy zo`riqishlardan ozod bo`lish zarur. Medikamentoz davo reflyuktantning qizilo`ngach shilliq qavatiga nojo`ya ta`sirini kamaytirishga asoslangan. Xozirgi vaqtda bolalarda kasallikni xirurgik davolashda Nissen operatsiyasi qo`llaniladi, bunda oshqozon tubidan qizilo`ngach terminal qismini o`rab olgan manjetka yasaladi, u esa kardial qism yetishmasligini oldini oladi.

№ 5 masala javobi

1. Girshprung kasalligi, rektosigmoidal formasi, dekompensatsiya bosqichi.

2. Bolalarda kasallikning yetakchi simptomlari mustaqil axlat qilmaslik (surunkali ich qotishi) va qorin dam bo`lishi. Surunkali axlatli intoksikatsiya.

3. Obturatsion pastki ichak tutilishi, ichak teshilishi, kolit, axlatli intoksikatsiya yurak qon-tomir va nafas tizimi faoliyatini buzilishi.

4. Anamnez – ich qotish vaqti. Irrigografiya (aganglioz va suprastenotik kengaygan sohalar borligi). Yo`g`on ichak devori biopsiyasi. Rektoanal manometriya. To`g`ri ichak elektromiografiyasi.

5. Radikal operatsiya muddati kasallikka diagnoz qo`yilgan vaqti va kasallik bosqichiga bog`liq. Radikal operatsiyaning bajarilish optimal muddati 12-18 oylikda. Operatsiya usullari: Svenson, Soave-Lenyushkin, Dyamel-Bairov.

№ 6 masala javobi

1. Bronxoektatik kasallik.

2. Umumiy rentgenografiya, tomografiya, bronxoskopiya, bronxografiya va angiopulmonografiya.

3. Bronxoektazni xirurgik davolash lokal formalarda, bitta o`pkaning total zararlanishida, bundan tashqari 5-6 ta segmentni qoldirish mumkin bo`lgan ikki tomonlama jarayonlarda. Tarqalgan va deformatsiyali bronxitli diffuz traxeobronxitlarda operatsiyaga qarshi ko`rsatma bo`lib hisoblanadi. Bunday xollarda konservativ davolash usullari qo`llaniladi; traxeo-bronxial daraxtni davriy ravishda sanatsiya qilish, postdural drenaj, bronxoskopiya, ingalyatsiya, intoksikatsiyani kamaytirish, mikroflora virulentligini hisobga olgan xolda antibakterial terapiya. Ko`p xollarda bolalar 5-7 yoshda operatsiya qilinadi.

4. Konservativ terapiyada kompleks chora - tadbirlar olib boriladi, bunda bolaning yoshi va bronxoektaz formalari hisobga olinadi. Bularga bronxoskopik drenaj, proteolitik fermentlarni intratraxéal yuborish, davolash fizkulturasini, postdural xolat, ionogalvanizatsiya, antibakterial terapiya, qarshi ko`rsatmalar bo`lmasa sanator-kurort davosi o`tkaziladi.

5. Lobektomiya, segmentektomiya, pnevmonektomiya, o`pkaning zararlangan sohalari rezektsiyasi yoki ekstirpatsiyasi, bunda o`pka to`qimasi va tomirlari saqlab qolinadi.

№ 7 masala javobi

1. Tug`ma yuqori ichak tutilishi.
2. Ikki proektsiyada qorin bo`shlig`i umumiy rentgenografiyasi, FGS.
3. Differentsial diagnostika pilorospazm, pilorostenoz, tug`ma diafragmal churralar, MNS tug`ma travmalari bilan o`tkaziladi.
4. Davolash operativ. Operatsiya usuli ichak tutilishining anatomik variantiga bog`liq. Ichak tutilishining harakteri laparotomiya va qorin bo`shlig`i a`zolarini sinchiklab taftish qilishdan so`ng tasdiqlanadi.
5. Erta asoratlari: peritonit, aspiratsion pnevmoniya, bitishmali ichak tutilishi, jaroxat qirralari ochilib ketishi natijasida ichaklar eventeratsiyasi, anastomoz chokklarini ochilib ketishi. Kechki bitishmali kasallik.

№ 8 masala javobi

1. Tug`ma chap tomonlama yolg`on diafragmal churra (Bog`dalek yorig`i).
2. O`pkaning bosilishi va uni ichak qovo`zlog`i bilan surilishi.
3. Lobar emfizema, o`pka kistasi, bosh miyaning tug`ruq jaroxati, katta yoshli bolalarda stafilakokkli pnevmoniyadagi pleurit.
4. Bunday patologiyani har qanday yoshda aniqlanishi tezkor tartibdagi operatsiyaga ko`rsatma hisoblanadi.
5. Operatsiyadan keyingi davrda ko`tarilgan xolat, namlangan kislorod, o`zaytirilgan USV (IVL), ichaklar faoliyati tiklangunicha me`daga zond qo`yish, yoshga mos fiziologik talab va patologik yo`qotishni hisobga olgan xolda infuzion terapiya o`tkazish. Og`riqsizlantirish, antibiotikoterapiya.

№ 9 masala javobi

1. Tug`ma pastki ichak tutilishi.
2. Qorin bo`shlig`i a`zolarining ikki proektsiyadagi umumiy rentgenografiyasi, yo`g`on ichak irrigografiyasi, UTT.

3. Kasallik klinikasi ichaklar distal qismida passajining buzilishi, toksinlarning so`rilishi, ichaklarning parezi bilan tushuntiriladi.
4. Differentsial tashxis paralitik ichak tutilishi, Girshprung kasalligi (o`tkir formasi) bilan o`tkaziladi.
5. Operatsiya oldi tayyorgarlik odatda 2-3 soatdan oshmaydi va umumiy tartibdan iborat bo`ladi (bolani isitish, yurak preparatlarini, vitaminlar, antibiotiklar kiritish, me`dani yuvish va shu kabilar) va og`ir xollarda (intoksikatsiya yaqqol rivojlanganda, gipertermiyada) bu holatga qarshi intensiv kurashga qaratilgan bo`ladi. Operatsiya oldi tayyorgarlikni bolalarda qisqaligi ichak perforatsiyasi, peritonit kabi asoratlarni erta yuzaga kelishi bilan bog`liq.
6. Davo operativ. Operativ davo turi ichak tutilishining anatomik joylashuviga bog`liq. Ichak tutilishi aniq harakteri laparotomiya va qorin bo`shlig`i a`zolarining to`liq reviziyasidan keyin qo`yiladi.

№ 10 masala javobi

1. Katta xajmdagi kindik tizimchasi churrasi.
2. Steril bog`lam, namlangan kislorod, vikasiol, kuvezga joylanadi. Bolalar jarroxlilik bo`limida transportirovka tashkil etish.
3. Xa. Xirurgik davolanadi (qorin bo`shlig`ida churra xaltasi to`g`rilanadi, defekt tikiladi, qorin bo`shlig`i organlari taftish qilinadi, mahalliy to`qima va miya qattiq pardasidan plastika qilinadi, drenaj o`rnatish).
4. Bir laxzali radikal operatsiya (churra kichik va o`rta o`lchamda bo`lganda), ikki laxzali operatsiya (katta o`lchamli churralarda).
5. Ikki lahzali operatsiyaga ko`rsatma.
6. 2-3 kun davomida uzaytirilgan anesteziya, baland xolatda, namlangan kislorod, oksigenoterapiya, antibiotiklar. Oziqlantirish; bolada churraning o`lchami kichik yoki o`rta bo`lsa, operatsiyadan 6 soat keyin og`iz orqali ovqatlantiriladi, miqdori 10 ml dan har 2 soatda, har bir ovqatlanishda 5 ml dan qo`shiladi. Suyuqlik etishmovchiligida vena ichiga yuboriladi. Katta

o`lchamli churralarda 1-bosqichdan so`ng 48 soat davomida parenteral oziqlantiriladi. 3-kundan ovqatlantirish 5-7 ml, 5% glyukoza eritmasi, keyin suyuqlashtirilgan sut har 2 soatda 10 ml dan.

7. Qorin bo`shlig`i azolarini tug`ma eventratsiyasi, yurak ektopiyasi, qo`shma nuqsonlar bo`lishi, churra xaltasining yiringlashishi.

№ 11 masala javobi.

1. Chap tomonlama yiringli mastit.

2. Yiringli infeksiya zararlangan teri orqali kiradi va gematogen yo`l bilan sut yo`llariga o`tib rivojlanadi. Ko`zg`atuvchi asosan stafilakokk. Mastit rivojlanishida oldin bo`lib o`tgan sut bezlarining fiziologik bo`rtishi, kindik yarasining yallig`lanishi axamiyatga ega.

3. Sut bezlarining atipik fiziologik kattalashuvi, saramasli yallig`lanish, teri osti adiponekrozi, absess.

4. Tezkor xirurgik statsionarga gospitalizatsiya. Kompleks davolashga yallig`lanish o`chog`iga xirurgik ishlov berish, antibakterial, dezintoksikatsion va umumquvvatlovchi terapiya kiradi. Sepsis profilaktikasi. Davolash xususiyatlari bolaning umumiy axvoliga va o`tkazgan kasalliklari muddatiga bog`liq.

5. Chaqaloqlar yiringli mastit bilan og`riganda kelgan vaqtiga va kasallik boskichiga bog`liq bo`lmagan xolda tezkor kompleks davo o`tkaziladi. Xirurgik davolash xamma kasallarda diagnoz qo`yilgandan so`ng tezlik bilan o`tkaziladi. Og`riqsizlantirish qisqa muddatli narkoz. Yiringli mastitda kesim surg`ich oldi pigment sohasidan boshlab radial xolatda markazga sog`lom teri va yiringli yarani ko`rib hisoblab 1,5-2 sm uzunlikda kesim o`tkaziladi.

№ 12 masala javobi

1. Tug`ma gipertrofik pilorostenoz. Gipotrofiya 3 daraja.

2. EFGS- pilorik qismidan endoskop o`tmaydi, tuynuk juda toraygan. UTT – «rels» simptomi, pilorik qism gipertrofiyasi. Qorin bo`shlig`i a`zolari bariy bilan

rentgenokonstrastli tekshiruvda «antral ilmoq», «katta qavs» simptomlari; kechiktirilgan suratlarda oshqozonda kontrastning turib qolishi aniqlanadi.

3. Pilorospazm, oshqozon tug`ma tutilishi, o`n ikki barmoqli ichak tug`ma anomaliyalari.

4. Operatsiya oldi tayyorgarlik 24 soatdan oshmasligi kerak, bunda suv-tuz almashinuvi buzilishlari kamaytirish va aspiratsion pnevmoniyani davolash o`tkaziladi. Oshqozon dekompressiyasi.

5. Frede-Ramshtedt bo`yicha piloromiotomiya.

6. Operatsiyadan 3-4 soat keyin 7-10 ml 5% glyukoza, 1 soatdan keyin 10 ml suyuqlashtirilgan ko`krak suti, shundan keyin har 2 soatda 10 ml dan sut beriladi. Keyingi kunlarda har kunga 100 ml dan sut qo`shib boriladi. 7-10 kundan so`ng bolaga 7 maxal ko`krak beriladi.

№13 masala javobi.

1. Ovqat xazm qilish trakti pastki qismi –ichakdan qon ketishi. To`g`ri ichak polipi.

2. Mekkel divertikulining peptik yarasi, ichak ikkilanishidagi peptik yara, ichak invaginatsiyasi, gemorragik diatezlar, ichak gemangiomalari, gemofiliya (travmadan keyin).

3. Qorin bo`shlig`i umumiy rentgenografiyasi, qorin bo`shlig`ini UTT, rektoromonoskopiya, fibrokolonoskopiya, texnetsiy bilan radioizotopli skanerlash.

4. Xirurgik davolash.

5. Gemotransfuziya, gemostatik terapiya haqida o`ylash.

6. Polipni endoskopik elektroekstsiziyasi yoki polip oyoqchasidan tikib kesib olib tashlash.

№ 14 masala javobi

1. Gastroshezis.

2. Gastroshizis kindik tizimchasi churrasi tug`ruq vaqtida yorilishi bilan taqqoslanadi. Gastroshizisda churra xaltasi bo`lmaydi.

3. Davo faqat xirurgik, bolani shokdan chiqarilgandan va diurezni tiklangandan so`ng.

4. Eng muhimi bolaning tana haroratini saqlash va qorin bo`shlig`i azolarini eventiratsiyadan himoya qilish. Organlarni eventiratsiyadan himoyalash uchun ko`p sonli moslamalar mavjud, masalan, ichak uchun maxsus xalta, issiq fiziologik eritmalar bilan turli xil yopqich boylamlar, plastik plyonkalar bilan organni yopish mumkin, yuzasiga katta quruq steril bog`lamalar qoplanadi.

5. Gastroshizisda operatsiya oldi tayorgarligini o`tkazish muxim. Bu maqsadda medaga nazogastral yoki oral zond kiritiladi. Shuningdek, bolaning tana haroratini saqlash juda muxim. Antibiotiklar va infuzion suyuqliklar kiritiladi. Dastlab vena ichiga kolloid eritmalar 20 ml/kg dozada, keyin Ringer laktat eritmasi (0,25 eki 0,5 fiziologik eritmaga kaliy kushib) kiritiladi, shunday qilib xayotning birinchi 24 soati uchun umumiy xajm 122 ml/ kg.

6. Gastroshizisda jarroxlik usulini qo`llash qorin devorining yetarli rivojlanganligi va defekt yo`qotilganda asorat qoldirmasligi bilan bog`liq. Bu nuqsonda birlamchi radikal operatsiya keng tarqalgan va ko`pchilik xirurglar tomonidan qo`llanadi. Xirurgik davolashning murakkabligi shundaki, ichak tutqichi yo`g`onlashuvi va shishganda qorin bo`shlig`ining keskin rivojlanmay qolishidir. Bunda ichki organlar ustidagi tikilgan teri yoki sintetik to`qima ajralib ketadi. Operatsiya natijasida 2-5 yoshli bolalarda ventral churra shakllanadi.

№ 15 masala javobi

1. Qisilgan chov churrasi.

2. Chov churrasining asorati uning qisilishi hisoblanadi. Ichak tutqichi yoki charvi churra xaltasiga tushgach, churra darvozasida qisiladi, qon aylanishi va oziqlanish buziladi. Qisilishning sababi qorin ichki bosimining oshishi, ichak funksiyasi buzilishi, meteorizm va b.

3. Bolalarda hayotining 1 chi oyida qisilgan chov churrasini o`tkir kista va urug` kanali istisqosi, chov limfadeniti, urug` kanali buralishidan farq qilish qiyin.

4. Xamma bolalar absolyut operativ ko`rsatmaga ega emas, konservativ davolash qisilgandan 1- 12 soatgacha o`tkaziladi.

5. 0,1% li atropin eritmasi va 1% promedol eritmasi (xayotining birinchi yilida 0,1 ml hisobda) kiritiladi, 15-20 minut issiq vanna tavsiya etiladi, keyin bola chanog`ini yuqoriga qilib yotqiziladi. Churrani qo`l bilan to`g`rilash mumkin emas, chunki bunda qisilgan organ zararlanishi mumkin. Konservativ davolanganda natija bo`lmasa, 1,5-2 soat davomida shoshilinch operatsiya o`tkaziladi.

6. Churra xaltasi ajratiladi va kesiladi. Churra ichidagi qisilgan organning xolati o`rganiladi. Chov kanalining tashqi xalqasi va taranglashgan qorin qiyshiq mushagi kesiladi. Organ qorin bo`shlig`iga kiritiladi. Kanal Martinov bo`yicha plastika qilinadi.

№ 16 masala javobi

1. Chap tomonlama gidronefroz 3- darajasi.
2. Ureterogidronefroz, Vilms o`smasi, buyrak usti bezi neyroblastomasi, o`tkir pielonefrit, qorin bo`shlig`i o`smasi.
3. Buyrak parenximasining atrofiyaga uchrashi buyrak funktsiyasining keskin buzilishiga va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.
4. Gidronefroz tashxisining qo`yilishi operatsiyaga ko`rsatma hisoblanadi. Plastik operatsiya yordamida jom siydik nayi segmentidagi to`siq bartaraf etiladi, bunda toraygan joy va qisman jom kengaygan qismi kesiladi va Xayns-Andersen bo`yicha anastomoz qo`yiladi. Bazan kam hollarda nefroektomiya qilinadi.

№ 17 masala javobi

1. Taranglashgan pnevmomediastinum. Obstruktiv bronxit. NY-1

2. Ko`ks oraligi emfizemasi uchun o`tkir rivojlanuvchi davomiylik karakterli. Bemorning bo`yin, yuz, yelka kamarida teri osti simmetrik emfizemasi («qor g`ichirlashi») aniqlanadi. Ovoz bo`g`iq, hansirash va teri qoplami va shilliq qavat sianozi kuzatiladi. Gemodinamikaning buzilish belgilari o`z navbatida «ekstrakardial yurak tamponadasi» namoyon bo`ladi.
3. Bakterial pnevmoniya, taranglashgan pnevmotoraks, ko`ks oralig`i o`smasi, o`pkaning tug`ma kistasi.
4. Suprayugulyar mediastinotomiya, ko`ks oralig`ini drenajlash, aktiv aspiratsiya.
4. Operatsiyadan keyingi davrda bemorni davolash.

№ 18 masala javobi.

1. O`ng o`pkaning shifoxonadan tashkari o`tkir yiringli destruktiv pnevmoniyasi, o`ng tomonlama taranglashgan piopnevmotoraks, NY-3, KY-2.
2. O`pkaning tug`ma yiringli kistasi, tug`ma diafragmal churra, gematoraks.
3. Shoshilinch xirurgik yordam. Plevra bo`shlig`ini drenajlash.
4. Massiv antibakterial terapiya - keng tasir doirasiga ega antibiotiklarni vena ichiga, mushak orasiga va albatta plevra ichiga kiritish. Kompleks umumquvvatlovchi va stimullovchi davolash. Antibiotik va antiseptiklarni maxalliy qabul qilish, fizioterapevtik muolajalar, yallig`lanishni kamaytirish va mikroblar florani pasaytirishga yo`naltirilgan (ultrafiolet nurlash, UYUCH oqimi, antibiotikli elektroforez). Xamma bemorlarga; nafas gimnastikasi, perkussiyali massaj, ingalyatsiya, bronxolitiklar tavsiya etiladi. Og`ir nafas yetishmovchiligi hollarida, bronxial o`tkazuvchanlik buzilganda va pnevmoniya qaytalanganda traxeobronxoskopiya va traxeostomiya bilan yordam berish zarur.

№ 19 masala javobi.

1. O`tkir ichak invaginatsiyasi.
2. Pnevmoografiya, bariy bo`tqasi kiritish kontrastli rentgenografiya, UTT.

3. Differensial diaqnoz qorinda og`riq xuruji, qusish, to`g`ri ichakdan qonli ajralma, qorin sohasida o`smasimon hosila bor bo`lgan kasalliklar bilan o`tkaziladi.

- 1) Dizenteriya.
 - 2) Shenleyn- Genox kasalligi.
 - 3) O`tkir appenditsit.
 - 4) Mekkel divertikulining peptik yarasi.
 - 5) Yo`g`on ichak polipozi.
 - 6) Ichak yorig`iga o`sma yoki askarida tugunining tiqilishi.
 - 7) Qorin bo`shlig`i spiralsimon kistasi.
 - 8) To`g`ri ichakning tushishi.
4. Ingichka ichak invaginatsiyasi;
- a) yonbosh-chambar ichak kirib qolishi,
 - b) kasallik davomiyligi 12 soatdan ko`p bo`lsa,
 - s) mexanik ta`sir tufayli kelib chiqqan invaginatsiyalar,
 - d) retsivid.

5. Invaginatsiya yo`g`on ichakka havo haydash yo`li bilan davolanadi.

Uch usul: ochiq, yopiq (dozalangan) va yopiq narvonsimon.

6. Operativ davolashga ko`rsatma: ingichka ichak kirib qolishi, shifoxonaga kech murojaat qilish (12 soatdan ko`p), noaniq anamnez, retsividlarda, invaginatning to`g`ri ichak orqali tushishi, katta yoshli bolalarda. Oral yo`nalishda invaginatni «sog`ish» yo`li bilan o`tkaziladi.

№ 20 masala javobi.

1. O`tkir appenditsit, o`ng yonbosh sohasi absessi.
2. KT, qorinning oldingi devori elektromiografiyasi, laparoskopiya, qorin bo`shlig`i azolarining obzor rentgenografiyasi, oksigenometriya.
3. Qorin bo`shlig`i absessi tezkor operatsiya qilinadi, operatsiya klinik belgilarning ifodalanganligi, bemorning yoshiga, kasallikning davomiyligiga bog`liq emas.

4. Qorin oldingi devori bilan mustahkam birikkan absess bo`lganda operatsiya texnikasi: Flyukuatsiya sohasidagi teri va teri osti kletchatkasidan kesim o`tkaziladi. To`mtoq yo`l bilan qorin parda va infiltratsiyalangan mushaklar ajratiladi, absess bo`shlig`iga tushiladi. Aspirator bilan bo`shliqdan yiring so`rib olinadi, bo`shliqni antibiotik eritmasi bilan yuviladi, bo`shliqqa Vishnevskiy mazi bilan marli tampon qilinadi va 3-4 kun davomida antibiotik kiritish uchun Nippel mikroirrigatori kiritiladi.

5. Operatsiyadan keyingi davolash bolalar appendikulyar absessida o`tkir destruktiv appenditsitning operatsiyadan keyingi holatidek davolanadi. Tamponlar asta-sekin tortib, 7 kundan keyin chiqarib olinadi va yangisi bilan almashtiriladi. Bu muolajalar narkoz ostida bajariladi. Bemorlarning stasionardan chiqish muddati bolaning umumiy ahvoli va yaraning bitishiga bog`liq.

Bolalarning ota-onasiga shuni tushuntirish zarurki, agar appendikulyar absess operatsiyasida chuvalchangsimon o`simta olib tashlanmagan bo`lsa, bola rejali tartibda 2-3 oydan keyin appendektomiyaga ko`rsatma beriladi.

№ 21 masala javobi.

1. Chap chov yorg`oq churrasi.

2. Ortirilgan churra juda kam uchraydi. Bu churra bolalarda tug`ma, uning ichki chov halqasi orqali chov kanaliga tushishi-qiyshiq hisoblanadi. To`g`ri churra bolalarda istisno. Churraning 2 ta turi bor: chov va chov-yorg`oq churrasi. Churralar qisilish bilan asoratlanadi.

3. Chov churrasiga tashxis qo`yish uchun chov kanalining tashqi teshigi tekshiriladi. Uning kengayishi darajasi yorg`oq buralma devoriga jimjiloq-ya`ni barmoq kiritib aniqlanadi.

4. Chov churrasi asosan moyak qobig`i istisqosi bilan qiyoslanadi. Chov churrasi uchun ba`zan limfa tugunlarining kattalashishi bilan ham qiyoslanadi,

unda limfa tugunlar doimo pupart boylamidan pastda joylashadi, shuningdek bu sohada turli xil yaxshi sifatli hosilalar xarakterli.

5. Chov churrasining yagona radikal davolash metodi-operativ. Bemorlarga chov churrasi tashxisi qo`yilganidan so`ng rejali operativ davolashga ko`rsatma beriladi. Bolalarda churraning asosiy sababi qorin bo`shlig`i bilan bog`liq, operativ davolashning maqsadi-churra xaltasini yo`qotish. Qorin oldingi devorini mustahkamlash kattalarda ahamiyatga ega, bolalarda ahamiyatga ega emas.

TEST SAVOLLARI:

Qizilo'ngach rivojlanish nuqsonlari

To'g'ri javobni belgilang.

1. Qizilo'ngachni ikkala uchi ham ko'r tugaganda umumiy rentgenografiyada nima ko'rinadi?

- A. ko'p mayda Kloyber kosachalari;
- V. qorin sohasida go'ng zona bo'lishi;
- S. ikkita katta Kloyber kosachalari;
- D. oshqozon sohasida ko'p gaz bo'lishi

2. Qizilo'ngach atreziyasi yuqori qizilo'ngach-traxeya oqmasida rentgenologik ko'rinish?

- A. ko'p mayda Kloyber kosachalari;
- V. ikkita katta Kloyber kosachalari;
- S. qorin soxasida gung zona bo'lishi;
- D. ichaklar pnevmatozi;

3. Qizilo'ngach atreziyasi pastki qizilo'ngach-traxeya oqmasida rentgenologik ko'rinish?

- A. ichaklar soxasida pnevmatozi;
- V. ko'p mayda Kloyber kosachalari;
- S. ikkita katta Kloyber kosachalari;
- D. qorin soxasida gung zona bo'lishi;

4. Chaqaloqlarda qizilo'ngach atreziyasini tasdiqlovchi eng ishonchli tekshirish usuli?

- A. rentgen kontrastli tekshirish;
- V. ob'ektiv ko'rik;
- S. laboratorik tekshirish;
- D. ultratovushli tekshirish:

5. Qaysi kasallikda qusiq tarkibida oshqozon qoldiqlari bo'ladi?

- A. qizilo'ngach xalaziyasi;

V. qizilo'ngach axialaziyasi;

S. qizilo'ngach atreziyasi;

D. qizilo'ngachning tug'ma torayishi;

6. Qizilo'ngach atreziyasining eng barvaqt paydo bo'luvchi belgisi?

A. yo'talish;

V. og'iz va burundan ko'pikli ajralma kelishi;

S. ko'karish;

D. tug'ilgandan boshlab qusish;

7. Qizilo'ngach xalaziyasiga xos belgi?

A. fontansimon qusish;

V. gorizental holatda, yig'laganda va bezovtalikda qusish;

S. epigastral sohada shish bo'lishi va doimiy og'riq;

D. iste'mol qilgan ovkatni o'zgarmagan holda qusish;

8. Oshqozonga kontrast modda kiritib, Trendelenburg xolatida rentgen tekshirish o'tkazganda, kontrastni qizilo'ngachga qaytib chiqishi qaysi kasallikni tasdiqlaydi?

A. qizilo'ngachni tug'ma kaltaligini;

V. qizilo'ngach axialaziyasini;

S. qizilo'ngach xalaziyasini;

D. pilorostenozni;

9. Qizilo'ngach axialaziyasida qusish xarakteri?

A. ko'p marta o't va qon aralash qusish;

V. bola yig'lagan va bezovta bo'lgan vaqtda qusish;

S. ovqatni o'zgarmagan xolda qusish;

D. "fontansimon" qusish

10. Qizilo'ngachning tug'ma stenoziida klinik belgilarning ruyobga chiqishi ko'proq qaysi faktorga bog'liq?

A. qisqargan joyning anatomik o'rniga;

V. torayish darajasiga;

S. toraygan joyning uzunligi;

D. yuldosh kasalliklarga;

11. Qizilo'ngach xalaziyasini aniqlash uchun rentgen kontrastli tekshirish o'tkazish vaqtida bemorning to'g'ri holati?

A. Trendelenburg holati;

V. gorizontal;

S. vertikal;

D. oyog'ini yuqoriga qilib;

12. Qizilo'ngach atreziyasi bilan tug'ilgan chaqaloq qorin bo'shlig'i umumiy rentgen tasvirida ichaklarda havo bo'lishi nimani bildiradi?

A. qizilo'ngach atreziyasini oqmasiz turini;

V. pastki qizilo'ngach-kekirdak oqmasi borligini;

S. yuqorigi qizilo'ngach-kekirdak oqmasi borligini;

D. qizilo'ngach ageneziasini va aplaziyasini;

13. Pastki traxeya-qizilo'ngach oqmasi bo'lgan chaqaloqni transportirovka vaqtidagi to'g'ri holati?

A. vertikal xolatda;

V. o'ng yoki chap yonboshda;

S. gorizontal xolatda;

D. bemor holatini ahamiyati yo'q;

14. Qizilo'ngach atreziyasi bilan tug'ilgan bolani radikal operatsiya qilish uchun qizilo'ngach segmentlari orasidagi masofa qanchagacha bo'lishi kerak?

A. 0,5 sm gacha;

V. 2 sm gacha;

S. 1 sm-1,5 sm gacha;

D. 2,5 sm gacha;

15. Qizilo'ngach atreziyasining eng og'ir asoratlaridan biri?

A. destruktiv zotiljam;

V. ichak tutilishi;

S. aspiratsion zotiljam;

D. yurak-qon tomir etishmovchiligi;

16. Qizilo'ngachning tug'ma stenozini davolashni optimal usuli?

A. operativ davolash:

V. spazmolitiklarni qo'llash:

S. bujlar yordamida kengaytirish;

D. vagotomiya;

17. Qizilo'ngach axialaziyasida o'tkazuvchanlik qaysi joyda buziladi?

A. qizilo'ngach kardial qismida;

V. 1-fiziologik torayishda;

S. 2-fiziologik torayishda;

D. 1 va 2 torayishlarda;

18. Qizilo'ngach atreziyasida qaysi tekshirish usulini qo'llash mumkin emas?

A. kontrastli rentgenografiya;

V. traxeobronxoskopiya;

S. ezofagoskopiya;

D. qizilo'ngachga rezina kateter kiritib rentgen qilish;

19. Qizilo'ngach atreziyasida yuqori segmentga kontrast yuborib rentgen qilganimizda nima aniqlanmaydi?

A. qizilo'ngach atreziyasini uzunligi;

V. traxeya-qizilo'ngach oqmasi kengligi;

S. qizilo'ngach atreziyasini shakllari va o'pkadagi yallig'lanish belgilari;

D. pastki traxeya-qizilo'ngach atreziyasi bo'lganda ichaklarda havo bor yo'qligi;

20. Agarda yaigi tug'ilgan chaqaloq birinchi emizishdan so'ng qussa, qizilo'ngach atreziyasi borligini bilish uchun nima qilish kerak?

A. ichaklarni kontrastli tekshirish;

V. qorin bo'shlig'i auskultatsiyasi;

S. oshqozonga zond o'tkazish;

D. ko'krak qafasini obzor rentgenografiyasi;

21. Qizilo'ngach atreziyasi gumon qilinsa, uni aniqlash uchun o'tkazilishi zarur bo'lgan eng oddiy va imkoniyatli usul?

A. oshqozonga zond o'tkazish;

V. qizilo'ngach va qorin bo'shlig'ini kontrastli rentgenografiyasi;

S. ezofagoskopiya;

D. ko'krak qafasini ultratovushli tekshirish;

22. Elefant sinamasini o'tkazish uchun zond orqali nima yuboriladi?

A. suv;

V. kontrast modda;

S. xavo;

D. antiseptik eritma;

23. Qizilo'ngach atreziyasini paydo bo'lish sabablaridan biri?

A. embrional davrda qizilo'ngachni qon bilan ta'minlanishini buzilishi;

V. vakuolizatsiya jarayonini buzilishi;

S. birlamchi qizilo'ngach trubkasini paydo bo'lishini buzilishi;

D. qo'shni a'zolari hosil bo'lishini buzilishi;

24. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qizilo'ngachni kontrastli tekshirish uchun qanday kontrast modda ishlatiladi?

A. bariy sulfat;

V. yodolipol;

S. indigokarmin;

D. brilliant yashili yoki metil ko'ki;

25. Qizilo'ngach atreziyasining eng ko'p uchraydigan turi?

A. ikkala uchi ham ko'r tugaydi;

V. yuqori uchi traxeaga ochilib, pastki uchi ko'r tugaydi;

S. yukori uchi ko'r tugab, pastki qismi traxeyaga ochiladi;

D. ikkala uchi xam traxeaga ochiladi;

O'pka va bronxlar rivojlanish nuqsonlari

1. O'pka ageneziyasi nima?

- A. Bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarini bo'lmasligi;
- B. Rudiment broxlar va ko'r tugaydigan bo'lak broxlarni bo'lmasligi;
- C. Bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi;
- D. Broxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagi ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi;

2. O'pka gipopilaziyasi nima?

- A. Bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarini bo'lmasligi;
- B. O'pka to'qimasigi rivojlanmaganligi;
- C. Bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi;
- D. Broxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagi ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi;

3. O'pka atelektazi nima?

- A. O'pka to'qimasigi rivojlanmaganligi;
- B. Bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarini bo'lmasligi;
- C. Bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi;
- D. Broxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagi ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi;

4. O'pka emfezimas nima?

- A. O'pka to'qimasigi rivojlanmaganligi;
- B. Bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarini bo'lmasligi;
- C. Bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi;
- D. Broxlardagi klapan hisobiga o'pka bo'lagi ko'p miqdorda havo yig'ilib qolishi;

5. Bolada tarqalgan ikki tomonlama bronxoektaz aniqlandi, davo uslubi?

- A. Planli ravishda operativ davo;

- B. Zudlik bilan operativ davolash;
- C. Byulau bo'yicha plevra bo'shlig'ini drenajlash;
- D. Pulmonektomiya;

6. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash uslubi?

- A. Pulmonektomiya;
- B. O'pkani kista bor qismini rezektsiya qilish;
- C. Byulau bo'yicha torakosintez;
- D. Konservativ davolash;

7. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash usulini ko'rsating?

- A. Pulmonektamiya;
- B. Byulau bo'yicha torakosintez;
- C. Kista bor qismini rezektsiya qilish;
- D. Konservativ davolash;

8. Lobar emfizemada perkussiyada aniqlanadi?

- A. To'mtoq tovush;
- B. Aniq o'pka tovushi;
- C. Perkutor tovushni qisqarishi;
- D. Quticha tovush;

9. Lobar emfizemaning dekompensatsiyalashgan formasiga xos simptom?

- A. Sianoz;
- B. Yo'tal;
- C. Gipertermiya;
- D. Balg'am ajralishi;

10. O'pkaning tug'ma bo'lakli emfezemasida eng qulay davolash usuli?

- A. Pulmonektomiya;
- B. O'pkaning zararlangan bo'lagini olib tashlash;
- C. Byulau bo'yicha torakosintez;
- D. Konservativ;

11. Bronxoektaziya kasalligining asosiy diagnostik usuli?

- A. Bronxoskopiya;
- B. Ko'krak qafasini ultratovushli tekshirish;
- C. Bronxografiya;
- D. Ko'krak qafasi umumiy R-grafiyasi;

12. O'pka ageneziyasi bu?

- A. O'pka to'qimasi rivojlanmaganligi;
- B. Bronxlar, o'pka to'qimasi va tomirlarini bo'lmasligi;
- C. Bronxlar obturatsiyasi natijasida o'pkani bujmayib qolishi;
- D. Broxlar, o'pka to'qimasi va o'pka qon tomirlari bo'lmasligi;

13. Bronxoektaz kasalligining shakllari bo'yicha qanaqa turlari bor?

- A. silindrik, kistasimon, xaltasimon;
- B. silindirlik, kistasimon, diffuz;
- C. silindirlik, kistasimon, aralash;
- D. xaltasimon, aralash, kistasimon;

14. Chaqaloqning ahvoli og'ir, hansirash bor, chap tomondan sust nafas eshitiladi. Rentgenda o'pka rasmi yomon ko'rinadi, tiniqligi kuchaygan, pastki bo'lak uchburchaksimon soya bor. Diagnozingiz?

- A. O'pka kistasi;
- B. Lobar emfizema;
- C. O'pka gipoplaziyasi;
- D. O'pka ageneziyasi;

15. O'pka ageneziyasi tasdiqlovchi tekshirish usuli?

- A. Bronxosikopiya;
- B. Aortagrafiya;
- C. Angiopulmonagrafiya;
- D. Ultratovush tekshirish;

16. O'pka gipoplaziyasini tasdiqlovchi tekshirish usuli?

- A. Bronxosikopiya;
- B. Ultratovush tekshirish;

- C. Aortagrafiya;
- D. Angiopulmonografiya;

17. Lobor emfizemani tasdiqlash uchun kerak?

- A. Umumiy rentgenografiya;
- B. Bronxoskopiya;
- C. Aortagrafiya;
- D. Bronxografiya;

18. O'pka sekvestratsiyasini tasdiqlash uchun zarur tekshirish usuli?

- A. Bronxoskopiya;
- B. Aortagrafiya;
- C. Bronxografiya;
- D. Angiopulmonografiya;

19. Lobar emfizemada ko'proq zararlanadi?

- A. Chap pastki bo'lak;
- B. O'ng yuqorigi bo'lak;
- C. O'ng o'rta bo'lak;
- D. Chap yuqorigi bo'lak;

20. 6 yoshli bolaning o'pkasida kista topildi, ahvoli qoniqarli, nafas yetishmovchiligi yo'q. Taktikangiz?

- A. Kista punksiyasi;
- B. Konservativ davolash;
- C. Kuzatish;
- D. Operatsiya;

21. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash uslubi?

- A. O'pkani kista bor qismini rezeksiya qilish;
- B. Pulmonektomiya;
- C. Byulau bo'yicha torakosentez;
- D. Konservativ davolash;

22. O'pkaning lobar kistasi uchun optimal davolash usulini ko'rsating?

- A. Pulmonektomiya;
- B. Kista bor qismini rezeksiya qilish;
- C. Byulau bo'yicha torakosentez;
- D. Konservativ davolash;

23. Lobar emfizemada perkussiyada aniqlanadi:

- A. To'mtoq tovush;
- B. Aniq o'pka tovushi;
- C. Quticha tovush;
- D. Perkutor tovushni qisqarishi;

24. Lobar emfizemaning dekompensatsiyalashgan formasiga xos simptom:

- A. Yo'tal;
- B. Gipertermiya;
- C. Balg'am ajralishi;
- D. TSianoz;

25. O'pkaning tug'ma bo'lakli emfizemasida eng qulay davolash usuli:

- A. O'pkaning zararlangan bo'lagini olib tashlash;
- B. Pulmonektomiya;
- C. Byulau bo'yicha torakotsentez;
- D. Konservativ;

Tug'ma ichak tutilishlari

1. Pilorostenoz kasalligida qanaqa operatsiya qilinadi?

- A. Frede-Ramshted operatsiyasi;
- B. Bilrot I operatsiyasi;
- C. Mikulich operatsiyasi;
- D. Ivanisevich operatsiyasi;

2. Pilorostenoz kasalligiga xos umumiy rentgen tasvirdagi belgi:

- A. qorin bo'shlig'ida 2 ta suyuqlik satxlarini bo'lishi;

B. qorin bo'shligida ko'plab suyuqlik satxlarini bo'lishi;

C. oshqozon xajmini kattalashishi;

D. diafragma ostida erkin xavo bo'lishi;

3. 3 haftalik chaqaloqda pilorostenoz borligini qaysi belgi tasdiqlay olmaydi:

A. palpatsiyada kattalashgan privratnikni aniqlanishi;

B. oshqozon peristaltikasini ko'rinishi;

C. bariyni oshqozonda turib qolishi;

D. o't aralash qusish;

4. Pilorostenozning ishonchli rentgenologik belgisi?

A. kontrast moddani oshqozonda 4 soatgacha turib kolishi;

B. kontrast moddani oshqozon kardial qismida turib qolishi;

C. 12 barmoqli ichak diametrini torayishi;

D. pilorik kanalni torayishi;

5. Pilorostenoz kasalligida oshqozon peristaltikasi qanday bo'ladi?

A. peristaltika bo'lmaydi;

B. kuchaygan bo'ladi;

C. antiperistaltika;

D. vaqti-vaqti bilan paydo bo'lib turadi;

6. Pilorostenoz kasalligida modda almashinuvi buzilishining qaysi biri kuzatiladi?

A. gipernatriemiya va giperkalimiya

B. umumiy gipervitaminoz

C. gipoxloremiya;

D. oshqozon shirasi kislotasini kamayishi;

7. Chaqaloqlarda oshqozon-ichaklarni kontrastli tekshirishda qo'llaniladigan kontrast modda?

A. yodolipol;

B. urotrast;

- C. biligrafin;
- D. bariy sulfat;

8. Pilorostenoz qaysi kasallik bilan taqqoslanadi?

- A. ichaklar normal aylanish jarayonini buzilishi;
- B. ichki qisilgan churralar;
- C. chakaloqlar melenasi;
- D. appenditsit;

9. Pilorostenoz kasalligi etiologiyasidagi yetakchi omilni ko'rsating:

- A. pilorik kanalni homila davrida ifloslanishi va keyinchalik chandiqlanishi;
- B. pilorik soha mushaklarini gipertrofiyasi va uning parasimpatik asab xosilalari bilan anomal innervatsiyasi
- C. parasimpatik asab hosilalarini tug'ma yetishmasligi natijasida pilorik kanalni torayishi;
- D. pilorik kanal bo'ylama mushaklarini giperplaziyasi va shilliq qavati gipertrofiyasi;

10. Pilorostenoz kasalligining yetakchi klinik belgisi?

- A. xansirash;
- B. bezovtalik;
- C. qusish;
- D. ko'karish

11. Pilorostenoz kasalligida najas chiqishining xususiyati:

- A. doimo ich ketishi;
- B. ko'p miqdorda ovqat qoldiqlari bilan;
- C. tez-tez, suyuq, badbuy hidli;
- D. kam miqdorda, doimiy, qora-yashil rangli;

12. Pilorostenoz kasalligi uchun qusish turini aniqlang.

- A. "favvora" simon qusish;
- B. ko'p miqdorda qusish;
- C. oxirgi emgan sut miqdoridan kam qusish;

D. to'xtovsiz qusish;

13. Pilorostenoz uchun xos qusishni aniqlang:

A. o't bilan qusish;

B. ivigan sut bilan qusish;

C. mekoniy bilan qusish;

D. qon aralash qusish;

14. Pilorostenozni aniqlovchi yetakchi tekshirish usulini ko'rsating:

A. gastroduodenoskopiya;

B. qonning bioximik taxlillari;

C. oshqozon-ichaklarni kontrastli Rentgenologik tekshirish;

D. kattalashgan privatnikni palpatsiyalanishi;

15. Pilorostenoz qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

A. mezenterial arteriyani o'tkazuvchanligini buzilishi;

B. oshqozon osti bezi kistafibrozi;

C. ingichka ichak atreziyasi;

D. qizilo'ngach axialaziyasi;

16. Piloromiotomiya vaqtida jarroxlilik uslubi:

A. seroz qavatni kesib, keyinchalik mushaklarni o'tmas ajratish;

B. privatnikni shilliq qavatgacha kesish;

C. seroz qavatni kesib, keyin mushaklarni o'tkir yo'l bilan kesish;

D. privatnikgacha kesish undan keyin qisqichlar qo'yish;

17. Pilorostenoz kasalligida operatsiyadan keyingi asosiy tadbirni ko'rsating:

A. umrov osti venasiga kateter qo'yish;

B. oz-oz va tez-tez ovqatlantirish;

C. immunogemotransfuziya;

D. anabolik garmonlar qilish;

18. Pilorotomiyadan keyin mumkin bo'lgan asorat:

A. assit;

B. koprostaz;

C. peritonit;

D. anuriya;

19. Pilorostenozda o'tkazuvchanlik qayerda buziladi:

A. oshqozon kardial qismida;

B. oshqozon terminal qismida;

C. qizilo'ngachning 3 fiziologik toraygan qismida;

D. 12 barmoqli ichak proksimal qismida;

20. Qorindagi "qum soati" simptomi qaysi kasallik uchun xos:

A. pilorospazm;

B. oshqozon o'smasi;

C. Ledd sindromi;

D. pilorostenoz;

21. Tug'ma yuqori ichak tutilishiga xos klinik belgi:

A. qorinning puchaygan holati;

B. epigastral sohada shish bo'lishi;

C. tug'ilgandan boshlab o't va achigan sut bilan aralash qusish;

D. qorin oldingi devorini shishishi;

22. Mekonial ichak tutilishining sabablaridan biri:

A. oshqozon osti bezining kistafibrozi;

B. oshqozon osti bezining halqasimon boshi;

C. ichaklar atreziyasi;

D. ichaklar burilishlari nuqsonlari, Ledd sindromi;

23. Tug'ma yuqori ichak tutilishiga xos rentgenologik belgi:

A. qorin yuqori qismida ko'p Kloyber kosachalarini bo'lishi;

B. qorinning hamma joyida ko'p Kloyber kosachalarini bo'lishi;

C. ikkita suyuqlik sathi va ustida xavo bo'lishi;

D. qorin bo'shlig'ida erkin havo bo'lishi;

24. Ledd sindromi nima?

- A. 12 barmoqli ichakni bosilishi va ingichka ichakni o'z o'qi atrofida buralib qolishi;
- B. 12 barmoqli ichak atreziyasi, och ichak atreziyasi;
- C. yo'g'on ichak atreziyasi;
- D. 12 barmoqli ichak atreziyasi va ingichka ichakni o'z o'qi atrofida buralib qolishi;

25. Tug'ma yuqori va pastki ichak tutilishlarida anatomik chegarani ko'rsating:

- A. oshqozon va 12 barmoqli ichak orasi;
- B. ileotsekal burchak;
- C. ko`ndalang chambar ichak
- D. och ichakni boshlanish qismi (Treyts bog'lami);

Tug'ma pastki ichak tutilishlari

1. Pastki tug'ma ichak tutilishiga xos rentgenologik belgilarni ko'rsating:

- A. ko'p miqdorda suyuqlik satxlari bo'lishi;
- B. 2 ta havo pufagi va 2 ta suyuqlik satxi bo'lishi, pastki qismlarida havo bo'lishi;
- C. diafragma ostida erkin havo bo'lishi;
- D. ichaklar pnevmatozi;

2. Mekonial ichak tutilishida qaysi a`zoning ferment ishlab chiqarishi buziladi:

- A. oshqozon, ingichka ichak;
- B. oshqozon osti bezining tashqi sekret chiqarish apparati;
- C. Langergans orolchasi to`qimalari;
- D. jigar;

3. Tug'ma ichak tutilishining qaysi turi uning aylanishi bilan bog'liq emas:

- A. Ledd sindromi;
- B. o'рта ichakni buralib qolishi;

C. neyrogen ileus;

D. ichakni ichak tutqichi oynasida qisilib qolishi

4. Surunkali Girshprung kasalligiga xos rentgenologik belgi:

A. yo'g'on ichakda kengaygan va toraygan joylarni bo'lishi

B. Kloyber kosachalari;

C. yo'g'on ichakda toraygan joyni bo'lishi;

D. yo'g'on ichakda kengaygan joyni bo'lishi:

5. Surunkali Girshprung kasalligida operatsiyadan oldin qilinadigan huqna:

A. fiziologik eritma bilan;

B. tozalovchi huqna;

C. sifonli huqna;

D. xloralgidratli huqna;

6. Chala tug'ilgan bolada to'g'ri ichak va anal teshigi atreziyasi aniqlandi.

Qaysi taktika to'g'ri bo'ladi?

A. oraliq proktoplastikasi;

B. qorin-oraliq proktoplastikasi;

C. Diffenbax operatsiyasi;

D. kolostoma quyish;

7. Girshprung kasalligining boshlanish davri va ich ketish xususiyatlari qaysi faktorga bog'liq emas:

A. peristaltika bo'lmaydigan qismining uzunligiga;

B. anal sfinkterining zaifligiga

C. ovqatlanish xususiyatlariga va bolani parvarishlashga;

D. konservativ muolajalarni to'g'ri o'tkazishiga;

8. Qaysi nuqsonli rivojlanishda Vangestin usulida tekshirish o'tkaziladi:

A. Girshprung kasalligining o'tkir shakli;

B. to'g'ri ichak atreziyasining oqmal turi;

C. to'g'ri ichak atreziyasining oqmasiz turida;

D. to'g'ri ichak va anal teshigining tug'ma torayishlarida;

9. Girshprung kasalligini o'tkir shakli klinik belgilari qachon yuzaga chiqadi:

- A. 2-3 haftalikdan boshlab;
- B. qo'shimcha ovqatlar bera boshlagach;
- C. 1 yoshdan keyin;
- D. tug'ilgandan boshlab;

10. Girshprung kasalligining o'tkir osti kechishida operatsiya qilish uchun optimal vaqt (bolaning yoshi);

- A. 1 yoshdan keyin;
- B. 3 yoshdan keyin;
- C. 5 yoshdan keyin;
- D. 7 yoshdan keyin

11. Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi bilan yangi tug'ilgan chaqaloqni yonboshdan olingan invertogrammasi 18 soatdan keyin qilinishi kerak. Buni sababi nima?

- A. diagnozni tasdiqlash uchun;
- B. ichaklarda suyuqlik satxini aniqlash uchun;
- C. atreziya balandligini aniqlash uchun
- D. operatsiyadan oldingi tayyorgarlik xajmini va vaqtini aniqlash uchun;

12. Girshprung kasalligining subkompensatsiyalashgan turini aniqlash usuli:

- A. irrigografiya;
- B. qorin bo'shlig'ini ultratovushli tekshirish;
- C. qorin bo'shlig'ing umumiy rentgen tasviri;
- D. og'izdan bariy eritmasini berib, gastroenterografiya qilish;

13. Girshprung kasalligida sifonli ho'qna qilish uchun qaysi eritma ishlatiladi:

- A. 0.9% li natriy xlor;

B. osh tuzining 1% li eritmasi;

C. sovunli eritma;

D. 3% li vodorod peroksidi;

14. Girshprung kasalligini davolashda qaysi operatsiya palliativ hisoblanadi:

A. Svenson operatsiyasi;

B. Soave operatsiyasi;

C. Kolostoma quyish;

D. Dyamel operatsiyasi;

15. Vangenstin buyicha rentgen tekshirish o`tkazish vaqtida bemorning xolati:

A. vertikal;

B. gorizontal;

C. qorin bilan yotqizilib;

D. oyogini yuqoriga qilib;

16. Anal teshigining ektopiyasida qaysi xolat operatsiya qilishga ko`rsatma bo`ladi:

A. oqmani qin daxlizida joylashishi;

B. ichaklar disbakteriozi;

C. kaprostaz;

D. anal teshigini oldinga yoki orqaga siljishi;

17. Girshprung kasalligini o`tkir kechishida agarda konservativ davo yordam bermasa eng optimal operatsiya:

A. Svenson operaiiyasi;

B. Dyamel operaiiyasi;

C. Kolostoma;

D. Soave operaiiyasi;

18. Girshprung kasalligini surunkali kechishida operatsiya uchun optimal yosh:

- A. 3-6 oylik;
- B. 1 yoshgacha;
- C. 10 yoshgacha;
- D. 3 yoshgacha;

19. Girshprung kasalligining etiopatogenezidagi asosiy sabab:

- A. ichak devorida nerv tugunlarini tug'ma yo`qligi yoki kam rivojlanishi;
- B. ichak mushak qavatining tug'ma yo`qligi yoki kam rivojlanishi;
- C. ichaklar faoliyatni boshqarilishini markaziy nerv sistemasidan buzilishi;
- D. ichaklar aylanish jarayonini buzilishi;

20. Girshprung kasalligining qanaqa anatomik shakli yo`q:

- A. rektal;
- B. ileosekal;
- C. rektosigmoidal;
- D. subtotal va total;

21. Girshprung kasalligining asosiy va yetakchi belgisi:

- A. jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi;
- B. qorin hajmini kattalashib ketishi;
- C. o`zi axlat qila olmasligi;
- D. qusish;

22. Girshprung kasalligida radikal operatsiyaning mohiyati:

- A. ichakning toraygan qismini kesib tashlash;
- B. ichakning kengaygan qismini kesib tashlash;
- C. ichakni toraygan qismini aylanib o`tuvchi ketma-ket anastomoz qo`yish;
- D. ichakni toraygan va qisman kengaygan qismini kesib olib tashlash;

23. To`g`ri ichak va anal teshigi atreziyasida Vangenstin bo`yicha rentgen tekshirish bola tug`ilgandan keyin necha soat o`tgach o`tkaziladi:

- A. 18 soat o`tgach;
- B. 2-4 soat o`tgach;
- C. 8-10 soat o`tgach;

D. kindigi tushgandan keyin;

24. Anal soha terisidan to`g`ri ichak ko`r tugagan qismigacha bo`lgan masofa qancha bo`lsa to`g`ri ichak pastki atreziyasi deyiladi:

A. 3 sm gacha;

B. 2 sm gacha;

C. 4 sm gacha;

D. 5 sm dan ko`p bo`lsa;

25. Girshprung kasalligida operatsiya usuli:

A. Frede-Ramshted operatsiyasi;

B. Ivanisseyvich operatsiyasi;

C. Andersen-Kucher operatsiyasi;

D. Soave-Lenyushkin operatsiyasi;

Jigar, o`t yo`llari va me`da osti bezini rivojlanish nuqsonlari

1. O`t yo`llari atreziyasiga xos belgi?

A. sariqlikni oshib borishi;

B. ALT va ACT miqdorini oshishi;

C. jigar va taloqni kichrayib borishi;

D. bog`lanmagan bilirubin mikdorini oshib borishi;

2. O`t yo`llari atreziyasini qachon operatsiya qilish kerak:

A. 3 oylikdan keyin;

B. dastlabki oylarda;

C. 6 oylikdan keyin;

D. 1 yoshdan keyin;

3. Portal gipertenziyaga xos belgi:

A. giposplenizm;

B. miokard gipertrofiyasi;

C. astitni erta paydo bo`lishi;

D. o`pkadan qon ketish;

4. O't yo'llari atreziyasida qo'llaniladigan operatsiya:

- A. jigar bo'lagini olib tashlash;
- B. ichaklararo anastamoz qo'yish;
- C. laporosentez
- D. jigar va ichak orasiga anastamoz qo'yish;

5. Portal gipertenziya jigar ichi shakliga sabab bo'luvchi omil:

- A. jigar venalarining flebiti;
- B. darvoza venasini trombozi;
- C. o'tkir gepatit;
- D. jigar darvozasi sohasidagi o'sma

6. Portal gipertenziyani jigardan tashqari (usti) shaklini eng dastlab paydo bo'ladigan belgisi:

- A. astitni paydo bo'lishi;
- B. jigarni kattalashishi;
- C. jigarni kichrayishi;
- D. ALAT va ACAT miqdorini oshishi;

7. Jigar ichidagi o't yo'llari nimadan hosil bo'ladi:

- A. o't yo'llarining bosh qismidan;
- B. jigarning aylana bog'lamidan;
- C. glisson kapsuladan;
- D. jigar bo'lakchalaridan;

8. Jigardan tashkari o't yo'llari nimadan hosil bo'ladi:

- A. o't yo'lining bosh qismidan;
- B. jigar bo'lakchalaridan;
- C. jigarning aylanma bog'lamidan;
- D. glisson qobig'idan;

9. O't yo'llari atreziyasi klinik belgilari qachon paydo bo'ladi:

- A. 1 oylikka borib;
- B. tug'ilgandan boshlab;

C. 3 oylikka borib;

D. 5 oylikdan keyin;

10. O't yo'llari atreziyasi qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

A. peritonit;

B. sepsis;

C. o't yo'llarining shilliqli tiqinlar bilan bekilib qolishi;

D. jigar sirrozi;

11. O't yo'llari atreziyasini shiliq bilan bekilib qolishidan farqlash maqsadida qilinadigan muolaja:

A. qorin bo'shlig'ini umumiy rentgen tasviri;

B. diagnostik laparotomiya;

C. 12 barmoqli ichakka 25% li magneziy sulfat eritmasini kiritish;

D. laparotsentez;

12. O't yo'llari atreziyasida qo'llanilaligan operatsiya;

A. o't yo'llari va ichak orasida anastomoz qo'yish;

B. jigar bo'lagini olib tashlash;

C. ichaklararo anastomoz qo'yish;

D. laporosentez

13. Portal gipertenziyada qaysi kollateral qon aylanish yo'li bo'lmaydi:

A. gastroezofogeal va paraumblikal venalari orqali;

B. diafragmal venalari orqali;

C. mezenteriogemorroidal venalar orqali;

D. qorin orti va mediastenal venalari orqali;

14. Kiari kasalligida portal qon aylanishi buzilishining qaysi shakli uchraydi:

A. jigar ichi shakli;

B. jigar osti shakli;

C. jigar usti shakli;

D. aralash shakli;

15. Baddi-Kiari sindromida portal qon aylanishi buzilishining qaysi shakli uchraydi:

- A. jigar usti shakli;
- B. jigar ichi shakli;
- C. jigar osti shakli;
- D. jigardan tashqari shakli

16. Portal qon aylanish buzilishining qaysi turi yurakka bog'liq bo'lgan Pik sirroziga sabab bo'ladi:

- A. jigar usti shakli;
- B. jigar ichi shakli;
- C. jigardan tashqari shakli;
- D. jigar osti shakli;

17. Jigar kistasi va o'smalarining informativ tekshirish usuli:

- A. ultratovushli tekshirish;
- B. kompyuter tomografiyasi;
- C. radioizotop tekshirish:
- D. angiografiya;

18. Jigar fibrozi portal qon aylanishi buzilishining qaysi shakliga sababchi bo'ladi:

- A. jigar usti shakli;
- B. jigardan tashqari shakli;
- C. aralash shakli
- D. jigar osti shakli:

19. Darvoza venasi trombozi portal qon aylanish buzilishini qaysi shaklini chaqiradi:

- A. jigar usti shakli;
- B. jigar ichi shakli;
- C. aralash shakli;
- D. jigar osti shakli;

20. Darvoza venasi atreziyasi portal qon aylanish buzilishini qaysi turiga sababchi bo'ladi:

- A. jigar osti shakli;
- B jigar usti shakli;
- C jigar ichi shakli;
- D aralash shakli;

21. Darvoza venasini chandiqlar, o'smalar, infiltratlar bilan bosilishi portal qon aylanishi buzilishini qaysi turiga sababchi bo'ladi:

- A. jigar usti shakli:
- B. jigar osti shakli;
- C. jigar ichi shakli;
- D. aralash shakli

22. Pastki kovak venaga jigar venalari quyiladngan joydan yuqorida uning torayishi, tug'ma membranalari va tashqaridan bosilishlari portal qon aylanishi buzilishini qaysi turiga sababchi bo'ladi:

- A. jigar usti shakli;
- B. jigar osti shakli;
- C. jigardan tashqari shakli;
- D. aralash shakli

23. Portal gipertenziyaning qaysi turi ko'p uchraydi:

- A. jigar ichi turi;
- B. jigar usti turi;
- C. jigardan tashqari turi;
- D. aralash turi;

24. Portal tizimdan qonni olib ketuvchi yangi yo'llar hosil qiluvchi operatsiya:

- A. organopekpiya;
- B. splenektomiya;
- C. tanner operatsiyasi;

D. umumiy jigar arteriyasi periarterial nevrektomiyasi;

25. Portal tizimga qon kelishini kamaytirishga qaratilgan operatsiya:

A. organopeksiya;

B. splenektomiya;

C. tanner operatsiyasi;

D. umumiy jigar arteriyasi periarterial nevrektomiyasi;

Buyrak va siydik yo'llari tug'ma nuqsonlari

1. Qaysi anomaliya buyrak struktura anomaliyasiga tegishli:

A. buyrak polekistozi;

B. gomolateral distopiya;

C. taqasimon buyrak;

D. buyrak ikkilanishi;

2. Siydik oqimi tezligini aniqlash usuli:

A. urofluometriya;

B. urokimografiya;

C. sistomonometriya;

D. uretrosistografiya;

3. Embrional bitishmalar natijasida vujudga kelgan gidronefrozni davolash usuli:

A. Andersen-Kucher operatsiyasi;

B. Foley operatsiyasi;

C. Ureterolizis;

D. Derjavin operatsiyasi;

4. Quyidagilardan qaysi biri struktura anomaliyasiga kirmaydi:

A. solitar kista;

B. g'ovak buyrak (Kachchi-Richcha kasalligi)

C. buyrak multikistozi, polekistoz;

D. buyrak aplaziyasi;

5. Infravezikal obstruktsiyada ko'p uchraydigan asorat:

- A. ureterning neyromushak displaziyasi;
- B. neyrogen siydik pufagi;
- C. qovuqning haqiqiy divertikuli;
- D. qovuqning soxta divertikuli;

6. Embrional davrda buyraklarning dastavval joylashish joyi:

- A. bel sohasi;
- B. retroperitonal, 1-bel umurtqasi sathida;
- C. qorin bo'shlig'i;
- D. chanoq sohasi;

7. Embrional davrda buyrakning sekretor apparati nimadan rivojlanadi:

- A. Volf nayidan;
- B. Myuller nayidan;
- C. Metanefrozdan;
- D. Nefrogen blastomadan

8. Embrional davrda buyrakning ekskretor apparati nimadan rivojlanadi:

- A. Myuller nayidan;
- B. Uraxusdan;
- C. Metanefrozdan;
- D. Volf nayidan;

9. Volf nayidan quyidagilar hosil bo'ladi:

- A. yig'uvchi kanalchalar, kosachalar, ureter, urug' nayi;
- B. buyrak koptokchalari, ilon izi kanalchalar;
- C. bachadon, qin, urug` pufakchasi, urug' nayi;
- D. jom, ureter, bachadon nayi, buyrak koptokchalari;

10. Myuller nayidan quyidagilar hosil bo'ladi:

- A. buyrak koptokchalari, ilon izi kanalchalar;
- B. bachadon, bachadon nayi, qin;
- C. yig'uvchi kanalchalar, kosachalar, ureter, urug' nayi;

D. bachadon, qin, urug' pufakchasi, urug' nayi;

11. Nefrogen blastomadan quyidagilar hosil bo'ladi:

A. buyrak koptokchalari, ilon izi kanalchalar;

B. yig'uvchi kanalchalar, kosachalar, jom;

C. ureter, uretra, urug' nayi;

D. buyrak koptokchalari, kosachalar, jom;

12. Siydik miqdorini ko'payishi bu:

A. pollakuriya;

B. poliuriya;

C. anuriya

D. oligouriya;

13. Siydik miqdorini kamayib ketishi bu:

A. anuriya;

B. oligokiuriya;

C. oligouriya;

D. dizuriya;

14. Bir sutkalik siydikdagi shaklli elementlar soni qaysi sinama yordamida aniqlanadi:

A. Addis-Kakovskiy;

B. Zimnitskiy;

C. Amburje;

D. Nicheporenko;

15. Qaysi belgi gidronefroznining asoratlanishidan darak beradi:

A. gematuriya;

B. paypaslanadigan shish;

C. og'rik;

D. piuriya;

16. Qaysi tekshirish usuli gidronefrozni sababini aniqlashga ko'proq yordam beradi:

- A. ekskretor urografiya;
- B. radioizotopli renografiya;
- C. retrograd ureteropielografiya;
- D. angiografiya;

17. Quyidagi hollardan qaysi birida gemoglobinuriya bo'ladi:

- A. o'tkir pielonefrit;
- B. o'tkir glomerulonefrit;
- C. nekrotik papillit;
- D. paranefrit;

18. Quyidagi tekshirishlardan qaysi birini anuriyada qo'llash man etiladi:

- A. obzor urografiya;
- B. sistouretrografiya;
- C. ekskretor urografiya;
- D. sistoskopiya;

19. Anuriyalarning qaysi biri siydik a'zolarining patologiyasi bilan bog'liq emas:

- A. prerenal;
- B. subrenal;
- C. renal;
- D. arenal

20. Qovuqning qaysi nuqsonli rivojlanishi bo'lmaydi:

- A. qovuk ektopiyasi;
- B. qovuq ekstrofiyasi;
- C. qovuqning ikkilanishi;
- D. qovuqning divertikuli;

21. Siydikni filtrlanishida quyidagilardan qaysi biri ishtirok etadi:

- A. buyrak kapsulasi;
- B. Shumlyanskiy-Bauman kapsulasi;
- C. glisson kapsulasi;

D. mezonefrogen kapsula;

22. Quyidagi hollarda buyraklar simmetrik shaklda bitishgan deyiladi:

A. L-simon, taqasimon;

B. S-simon L-simon;

C. taqasimon, fathersimon;

D. fathersimon, Z-simon;

23. Buyraklarni joylashish anomaliyalarini tasdiqlovchi eng ishonchli tekshirish usuli:

A. umumiy urografiya;

B. buyrak punktsiyasi;

C. radioizotopli renografiya;

D. ekskretor urografiya;

24. Buyraklar ikkilanishining asosiy diagnostika usuli:

A. ekskretor urografiya;

B. ultratovushli tekshirish;

C. radioizotop renografiya;

D. obzor urografiya;

25. Ekskretor urografiya buyrakni yorilishiga xos alomat:

A. kontrast modda chiqishini susayishi;

B. kontrast moddani paranefral to'qimaga o'tishi;

C. kontrast moddani kattalashgan buyrak jomida yig'ilib qolishi;

D. kontrast moddani siydik nayi pastki qismida to'xtab qolishi;

Qorin old devori, qorin-parda o'simtasining rivojlanish nuqsonlari

1. Siydik nayining qovuqdan tashqari ektopiyasida siydik tuta olmaslik xarakterini ko'rsating:

A. siydik pufagi to'lganda siydik tomchilab oqadi;

B. siydik doimo tomchilab turadi va siydik oqimi siyish vaqtida

uzilib koladi;

C. normal siyish akti bo'ladi va siydik doimo tomchilab oqib turadi;

D. bola uxlaganda siydik oqib turadi;

2. Qanday holatlarda qovuq ekstrofiyasi bo'lganda sigmasimon ichakdan siydik pufagi hosil qilinadi:

A. qovuq hajmi kichik bo'lib, anal sfinkter funksiyasi sust bo'lganda;

B. qovuq shillik kavatida papillamatoz o'zgarishlar bo'lganda;

C. qovuq shillik qavati diametri katta bo'lganda;

D. qovuq hajmi kichik bo'lib, anal sfinkter funksiyasi yaxshi bo'lganda;

3. Qovuq ekstrofiyasini davolashni fiziologik usuli:

A. Mixelson-Ternovski operatsiyasi;

B. Melnikov operatsiyasi;

C. qovuqni mahalliy to'qimalardan yasash;

D. qovuqni sigmasimon ichakdan yasash;

4. Qovuq ekstrofiyasida qovuqqa siydik naylari:

A. siydik nayining teshiklari hosilaning yuqori qismida ikkita kichkina teshik bo'lib ochiladi;

B. siydik naylarining teshiklari hosilaning pastki qismida birta teshik bo'lib ochiladi;

C. siydik nayining teshiklari to'g'ri ichakka ikkita kichkina teshik bo'lib ochiladi;

D. siydik nayining teshiklari hosilaning pastki qismida ikkita kichkina teshik bo'lib ochiladi;

5. Siydik pufagi ekstrofiyasini asosiy diagnostika usuli:

A. obzor urografiya;

B. ekskretor urografiya;

C. umumiy kurik;

D. ultratovushli tekshirish;

6. Qovuq ekstrofiyasi bilan tug'ilgan bolada kuzatiladi:

A. Bola tug'ilgandan 1-xafta so'ng uning qovuq usti sohasida o'smasimon hosilani ko'rish mumkin;

B. Bola tug'ilgan zahoti uning qovuq usti sohasida u yoki bu kattalikda bo'lgan qo'ng'ir-qoramtir tusli o'smasimon hosilani ko'rish mumkin;

C. Bola tug'ilgan zahoti uning qovuq usti sohasida qip-qizil, o'smasimon hosilani ko'rish mumkin

D. Bola tug'ilganida ushbu patalogiya aniqlanmaydi;

7. Chov churralarini operatsiya qilishda jarroxlik uslubi nimaga bog'liq:

A. chov xalqalari o'lchamiga;

B. bemor yoshiga;

C. qorin oldingi devori mushaklari holatiga;

D. churra xaltasi xajmiga;

8. Qorin bo'shlig'i bilan tutash gidroseleda qaysi operatsiya qo'llaniladi:

A. Bergman operatsiyasi;

B. Rossa operatsiyasi;

C. Grossa operatsiyasi;

D. Vinkelman operatsiyasi

9. Qorin bo'shlig'i bilan tutashmagan moyak pardalari istiskosida suyuqlik qanday yo'l bilan hosil bo'ladi:

A. qorin bo'shlig'idan keladi;

B. moyak hujayralari ishlab chiqaradi;

C. qin o'simtasi hujayralari ishlab chiqaradi;

D. limfa tomirlaridan o'tadi;

10. Taranglashmagan gidroselini qachon operatsiya qilish maqsadga muvofiqdir:

A. diagnoz aniqlangach;

B. ko'krak yoshida;

C. uch yoshdan keyin;

D. maktab yoshida;

11. Moyak pardalarini qorin bo'shlig'i bilan tutashuvchi istisqosiga xos belgilar:

- A. shishni doimo o'zgarmasdan bir xil turishi;
- B. shishni ertalabga kattalashib, kechga yaqin kichrayishi;
- C. qo'l bilan ushlab ko'rganda shishni birdan kattalashishi;
- D. shishni ertalabga kichiklashib, kechga kattalashishi;

12. Bolalarda chov churralarini paydo bo'lishining asosiy sababi:

- A. qorin parda qin o'simtasini bekilmasligi;
- B. bolani ko'p yig'lashi;
- C. chov kanali yuza teshigi o'lchamlarini katta bo'lishi;
- D. chov sohasi mushaklari yetishmovchiligi;

13. Chov churrasini tasdiqdovchi belgi:

- A. "yo'tal itarishi" belgisi asosida;
- B. qon va siydik taxlillarida o'zgarishlar bo'lishi;
- C. "qo'lni itarish" belgisi asosida;
- D. chov kanali tuynugini xajmini aniqlash asosida;

14. Nukke kistasi paydo bo'lishini asosiy sababi:

- A. qorin parda o'simtasi obliteratsiyasini buzilishi;
- B. infeksiya;
- C. shikastlanish;
- D. chov soxasi qon va limfa tomirlarining rivojlanishidagi disproportsiya;

15. 1,5 yoshgacha bolalarda urug' tizimchasi va moyak pardalari istisqosini paydo bo'lishini asosiy sababi:

- A. infeksiya;
- B. qorin parda qinsimon o'simtasi obliteratsiyasini buzilishi;
- C. shikastlanish;
- D. chov yorg'oq sohasi qon va limfa tomirlari rivojlanishini buzilishi;

16. Tuxum pardalari istisqosi qiyosiy tashxisi qaysi kasallikdan boshlanadi:

- A. varikosele;
- B. tuxum o'smasi;
- C. chov-yorg'oq churrasi;
- D. tuxumning buralib kolishi;

17. Urug' tizimchasining to'satdan paydo bo'lgan kistasi qiyosiy tashxisi nimadan boshlanadi:

- A. poliorxiya;
- B. kriptorxizm;
- C. chov limfadeniti;
- D. qisilgan chov churrasi;

18. Urug' tizimchasi va moyak pardalari tutashmagan istisqosiga xos klinik belgi:

- A. uzoq vaqt davomida urug' tizimchasi va tuxum pardalarining taranglashib turishi;
- B. yorgoq asimmetriyasi;
- C. kunning oxiriga borib yorg'oqning kattalashishi;
- D. og'riq sindromi;

19. Urug' tizimchasi va moyak pardalari istisqosini aniqlovchi tarqalgan va yengil tekshirish usuli:

- A. teshib ko'rish;
- B. diafanoskopiya;
- C. chov soxasining rentgen surati;
- D. chov sohasi palpatsiyasi;

20. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda moyak pardalari taranglashgan istisqosini davolash usuli:

- A. Rossa operatsiyasi;
- B. Bergman operatsiyasi;
- C. Vinkelman operatsiyasi;
- D. Moyak pardalarini teshish (punktsiya);

21. Moyak pardalari va urug' tizimchasi istisqosini operativ davolash muddati:

- A. 6 oylikda;
- B. 1,5 yoshdan keyin;
- C. 5 yoshdan keyin;
- D. 10 yoshdan keyin;

22. Moyak pardalari va urug' tizimchasi istisqosini qaysi muddatlarda kuzatish mumkin:

- A. 1,5-3 yoshgacha;
- B. 3-7 yoshgacha;
- C. chaqaloqligidan 1,5 yoshgacha;
- D. 7-14 yoshgacha;

23. Qorin parda qin o'simtasi o'rta qismida suyuqlik yig'ilishi bu:

- A. enterokistoma;
- B. nukke kistasi;
- C. mekkel divertikuli
- D. moyak pardalari istisqosi;

24. Gidroselining chov yorgoq churrasidan asosiy farqli belgisi:

- A. diafonoskopiyada yorishishi;
- B. og'rik bo'lmasligi;
- C. yorg'oqni kattalashishi;
- D. yorg'oq terisida o'zgarish bo'lmasligi;

25. Eng ko'p uchraydigan churra turi;

- A. kindik churrasi;
- B. son churrasi;
- C. to'g'ri chov churrasi;
- D. qiyshiq chov – yorg'oq churrasi;

Tashqi jinsiy a`zolarining nuqsonlari

1. Varikoselega nima sabab bo'lishi mumkin:

- A. buyrak venasida bosimning balandligi;
- B. moyak va uning ortig'i kasalliklari;
- C. moyak arteriyasida bosimning ortishi;
- D. buyrak arteriyasida bosimni ortishi;

2. Kriptorxizmning asorati:

- A. siydik tuta olmaslik;
- B. seminoma;
- C. akliy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish;
- D. moyak gipertrofiyasi;

3. Soxta kriptorxizmga xos xolatni aniqlang:

- A. bir tomonda moyakni umuman yorg'oqda bo'lmasligi;
- B. moyakni vaqti-vaqti bilan yorg'oqqa tushib turishi;
- C. ikkala tomondan ham moyakni yorg'oqda bo'lmasligi;
- D. moyakni chov kanalida ushlanib qolishi;

4. Operatsiya qilinmagan kriptorxizmning eng xavfli asorati:

- A. bepushtlik;
- B. ikkilamchi jinsiy belgilarni paydo bo'lmasligi;
- C. moyak atrofiyasi;
- D. seminoma;

5. Kriptorxizmni davolashda qaysi dori qo'llaniladi:

- A. pitiutrin;
- B. metiltestosteron;
- C. xorionin gonadotropin;
- D. testosteron propionat;

6. Varikoselega aynan xos bo'lgan belgi:

- A. yorgoqni shishi;
- B. yorg`oqda chuvalchangsimon xosilalarni paypaslanishi;

- C. moyak xajmini kattalashishi;
- D. moyak xajmini kichiklashishi;

7. Kriptorxizmni operativ davolash uchun bemorning optimal yoshi:

- A. chaqaloqlik davri;
- B. 6 yoshgacha;
- C. 10 yoshgacha;
- D. 2 yoshdan;

8. 2 yoshli bolada chov ektopiyasi shaklidagi kriptorxizm aniqlandi. Qaysi vaqtda operatsiya qilish kerak:

- A. 6 yoshdan keyin;
- B. 10 yoshgacha;
- C. 12 yoshgacha;
- D. kechiktirmasdan operatsiya kilinadi;

9. Kriptorxizmni davolashda quyidagilardan biri noto`g`ri hisoblanadi:

- A. gormonlar bilan davolash xam mumkin;
- B. kriptorxizmni davolash 2 yoshdan boshlanadi;
- C. moyakni 2 bosqichli operatsiya bilan yorg`oqqa tushirish;
- D. moyakni operativ tushirish urug` tizimchasi elementlarini mobilizatsiya kilish yo`li bilan olib boriladi;

10. Tuxumcha “vikar” gipertrofiyasi qachon kuzatiladi?

- A. Anorxizmda;
- B. Monorxizmda;
- C. Poliorxizmda;
- D. Kriptorxizmda;

11. Kriptorxizm va tuxumchalar ektopiyasining farqi nimada?

- A. kriptorxizmda tuxumchalar tushish yo`lida qoladi, ektopiyada yo`lidan adashib, boshqa joyni egallaydi;
- B. kriptorxizmda tuxumchalar tushish yo`lidan boshqa joyni, ektopiyada yo`lida adashib qoladi;

C. kriptorxizmda tuxumchalar tushish yo'lidan adashib qoladi, ektopiyada tushish yo'lida qoladi;

D. kriptorxizm va tuxumchalar ektopiyasida morfofunktsional farq yo'q;

12. Kriptorxizmda tuxumchalarni yorg'oqqa tushirish operatsiyasi nomi?

A. Organopeksiya;

B. Orxidopeksiya;

C. Ru-Oppel operatsiyasi;

D. Neouretroplastika;

13. Total epispadiyani davolash uchun bemorning optimal yoshi:

A. chaqaloqlik davri;

B. 6 yoshgacha;

C. 8 yoshgacha;

D. 3 yoshgacha;

14. Gipospadiyaning olat tanasi shaklida davolashni boshlash uchun bemorning optimal yoshi:

A. uch yoshdan keyin

B. bir yoshgacha:

C. bir yarim yoshgacha;

D. uch yoshgacha;

15. Orqa uretradagi klapanlarni ishonchli diagnostika usuli:

A. umumiy urografiya;

B. oddiy tsistografiya;

C. ekskretor urografiya;

D. miktsion sistografiya;

16. O'g'il bolalarda epispadiya shakllari:

A. olat boshi, tana, yorg'oq, total;

B. olat boshi, tana, yorg'oq, oraliq;

C. olat boshi, tana, total;

D. olat boshi, tana, total, oraliq;

17. Gipospadiyaning necha turi mavjud?

- A. 4 ta;
- B. 2 ta;
- C. Xech qanaqa turi bo'lmaydi;
- D. 5 ta;

18. Gipospadiya bu:

- A. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi;
- B. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi;
- C. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi;
- D. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi;

19. Epispadiya bu:

- A. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi;
- B. uretra orqa-dorzal devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi;
- C. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining pastroqdan ochilishi;
- D. uretra old-ventral devori yetishmasligi natijasida uretra og'zining yuqoridan ochilishi;

20. Gematokolpos:

- A. balog'at yoshiga yetayotgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;
- B. balog'at yoshiga yetgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;
- C. balog'at yoshiga yetayotgan o'g'il bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;
- D. turmush qurgan ayollarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;

21. Gematometra:

- A. balog'at yoshiga yetgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;
- B. balog'at yoshiga yetayotgan qiz bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;
- C. balog'at yoshiga yetayotgan o'g'il bolalarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;
- D. turmush qurgan ayollarga xos bo'lgan holat hisoblanadi;

22. Gematokolpos xarakterlanadi:

- A. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo'lishi natijasida menstrual qonning birinchi marta chiqishi bilan xarakterlanadi;
- B. Qizlik – hayo pardasi tabiiy bo'lmasligi natijasida menstrual qonning qinda yoki bachadonda to'planib qolishi bilan xarakterlanadi;
- C. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo'lmasligi natijasida menstrual qonning qinda yoki bachadonda to'planib qolishi bilan xarakterlanadi;
- D. Qizlik – hayo pardasida tabiiy teshik bo'lmasligi natijasida homilaning qinda yoki bachadonda qolishi bilan xarakterlanadi;

23. Gematokolposda klinik belgilari:

- A. Qizlik pardasining to'liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin qindan sababsiz qon ketishi bilan namayon qiladi;
- B. Qizlik pardasining to'liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin qorinda og'riq bilan namayon bo'ladi;
- C. Qizlik pardasining to'liq berkligi homiladorlik vaqtida qindan sababsiz qon ketishi bilan namayon qiladi;
- D. Qizlik pardasining to'liq berkligi menstruatsiya boshlanmasidan oldin hech qanaqa klinik belgi namayon qilmaydi;

24. Gematokolposda klinik belgilari menstrual sikl boshlanishi bilan:

- A. menstrual qon qinda to'planib qoladi, bir necha kun qorinni pastki sohasida og'riq bezovta qiladi;
- B. menstrual qon qinda to'planib qoladi, bir necha kun tenezm kuzatiladi;
- C. menstrual qon qindan oqib, bir necha kun qorinni pastki sohasida og'riq bezovta qiladi;

D. bir necha kun qorinni pastki sohasida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish bezovta qiladi;

25. Gematokolposda klinik belgilari har sikldan so'ng xarakterlanadi:

A. shikoyatlari uzviylik –(siklli) bo'lib, har sikldan so'ng bemor ahvoli yaxshilanadi;

B. shikoyatlari uzviylik –(siklli) bo'lib, har sikldan so'ng bemor ahvoli yomonlashadi;

C. shikoyatlari kamayib, har sikldan so'ng bemor ahvoli yomonlashadi;

D. shikoyatlar qilmaydi, har sikldan so'ng bemor ahvoli biroz yomonlashadi;

Ko'krak bo'shlig'i taranglashish sindromi

1. Diafragmal churralarning ishonchli rentgenologik belgisi:

A. o'pkalar soxasida uyachali yorug'lik zonalarini va suyuqlik satxlarini bo'lishi;

B. o'pkalar sohasini qorayishi;

S. o'pkaning pastki qismlarida o'pka rentgen suratini pasayishi;

D. ko'ks oralig'i a'zolarini churra tomonga siljishi;

2. Asfiktik qisilishga xos belgi:

A. yurak-qon tomir yetishmovchiligi belgilari;

B. ichak tutilishi belgilari bo'lishi;

S. nafas qisishi va sianozni kuchayib borishi;

D. toksikoz-ekzikoz klinikasi;

3. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda bezovtalik paytida sianoz paydo bo'lishi qaysi kasallikga xos belgi:

A. ko'krak qafasining varonkasimon deformatsiyasi;

B. traxeya-qizilo'ngach o'rtasidagi oqma;

S. diafragmal churra;

D. Subdural gematoma;

4. Tug'ma diafragmal churralarning yetakchi belgisi:

- A. ko'krak qafasi deformatsiyasi
- B. ovqat hazm bo'lishini buzilishi:
- S. siydik ajralishini buzilishi
- D. nafas yetishmovchiligi

5. Tug'ma diafragmal churralarning asosiy diagnostika usuli:

- A. qorin bo'shlig'i a`zolarining umumiy rentgen tasviri
- B. ultratovushli tekshirish
- S. bronxografiya
- D. gastroenterografiya

6. Tug'ma va ortirilgan diafragmal churralarning farqi:

- A. Deyarli farq aniqlanmaydi;
- V. Klinik kechishi belgilari bilan farqlanadi;
- S. Churra mahsulotlari bilan farqlanadi;
- D. Churra xaltasi bo'lish-bo'lmasligi bilan farqlanadi;

7. Diafragma churrasi bu:

- A. o'pkaning qorin bo'shlig'iga siljishi;
- B. qorin bo'shlig'i a`zolarini ko'krak qafasiga o'tishi;
- S. ko'ks oralig'i a`zolarini sog' tomonga siljishi;
- D. ko'ks oralig'i a`zolarini qorin bo'shlig'iga siljishi;

8. Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasini asosiy diagnostika usuli:

- A. oshqozonni kontrastli tekshirish;
- B. ko'krak qafasini ultratovushli tekshirish;
- S. ko'krak qafasini obzor rentgen tasviri;
- D. Gastroduodenoskopiya;

9. Diafragmaning qisilgan churrasiga xos bo'lmagan belgi:

- A. o'pkadan qon ketish;
- B. ko'krak qafasi sohasida og'riq;
- S. qayta qusishlar;
- D. sianoz va nafas olishni qiyinlashib borishi;

10. Diafragmal churrani asfiktik qisilishida qaysi simptom bo'lmaydi:

- A. sianoz;
- B. meteorizm;
- S. bezovtalik;
- D. ko'ks oralig'i a`zolarini siljishi;

11. Mediastenit deganda:

- A. ko'ks oralig'i yog' qavati va qorin pardaning yiringli yallig'lanishi tushiniladi;
- B. ko'ks oralig'i yog' qavati va ko'krak qafasida joylashgan a`zolarning yiringli yallig'lanishi tushiniladi;
- S. ko'ks oralig'i yog' qavati va ko'ks oralig'ida joylashgan a`zolarning yiringli yallig'lanishi tushiniladi;
- D. ko'ks oralig'i yog' qavati va me`daning yiringli yallig'lanishi tushiniladi;

12. Mediastenitga sabab bo'ladigan omil:

- A. hammasi;
- B. ko'ks oralig'i yog' qavatiga bronxlar teshilishi natijasida infeksiya tushishi;
- S. ko'ks oralig'i yog' qavatiga tish olinishi natijasida infeksiya tushishi;
- D. ko'ks oralig'i yog' qavatiga qizilo'lgach teshilishi natijasida infeksiya tushishi;

13. Mediastenit klinik kechishi xarakteri:

- A. ahvoli og'ir, yuqori temperatura, bezovtalik, nolishli hansirash;
- B. ahvoli og'ir, yuqori temperatura, bezovtalik, yo'talish, og'zidan ko'pik kelishi;
- S. bezovtalik, ahvoli og'ir, yuqori temperatura, nolish, auskultativ-quticha tovushi, hansirash;
- D. ahvoli o`rtacha, temperatura, bezovtalik, hansirash;

14. Mediastenitda kuzatiladigan asoratlar:

- A. perikardit, plevrit, pnevmoniya, enterokolit;
- B. perikardit, koksit, plevrit, pnevmoniya, interlobit;

S. perikardit, plevrit, pnevmoniya, entsefalit;

D. perikardit, plevrit, pnevmoniya, interlobit;

15. O'pka bakterial destruksiyasi deganda tushuniladi:

A. Bronxial daraxt yiringli-destruksiyasi bilan kechadigan septik kasallik;

B. O'pka parenximasi va plevranning proliferativ yallig'lanishi bilan kechadigan septik kasallik;

S. O'pka parenximasi va plevranning fibroz va sklerotik o'zgarishi bilan kechadigan toksik kasallik;

D. O'pka parenximasi va plevranning yiringli-destruksiyasi bilan kechadigan septik kasallik;

16. O'pka bakterial destruksiyasi kliniko-rentgenologik qanaqa shakllari farqlanadi:

A. O'pka, o'pka-plevral;

B. O'pka, o'pka-plevral, o'pka-bronxial;

S. O'pka, o'pka-plevral, plevral;

D. O'pka, o'pka-plevral, perikardial;

17. O'pka bakterial destruksiyasi o'pka shakllari farqlanadi:

A. infiltrat, absess, bulla, emfizematoz;

B. infiltrat, absess, bulla;

S. infiltrat, absess, kistoz;

D. infiltrat, kistoz, bulla;

18. O'pka bakterial destruksiyasi o'pka-plevral shakllari farqlanadi:

A. Piyoraks, pnevmotoraks;

B. Piyoraks, piopnevmotoraks, pnevmotoraks;

S. Piyoraks, piopnevmotoraks, pnevmotoraks;

D. Piyoraks, piopnevmotoraks, pnevmotoraks, gidrotoraks;

19. O'pka bakterial destruksiyasi surunkali shakllari farqlanadi:

A. bronxoektaz, surunkali empiema, orttirilgan o'pka kistasi;

B. surunkali absess, surunkali empiema, orttirilgan o'pka exinokokkozi;

S. surunkali absess, surunkali empiema, orttirilgan o'pka kistasi;

D. surunkali absess, surunkali bronxit, orttirilgan o'pka kistasi;

20. O'pka bakterial destruksiyasi kechish shakllari farqlanadi:

A. O'tkir va surunkali;

B. O'tkir, o'tkir osti, surunkali;

S. O'tkir, kompensatsiyalashgan, surunkali;

D. O'tkir, cho'zilgan, surunkali;

21. O'pka bakterial destruksiyasi qanaqa sindromlar bilan kechishi mumkin:

A. Abdominal, neyrotoksik, astmoid, renal;

B. Abdominal, neyrotoksik, astmoid;

S. Abdominal, neyrotoksik, bronxial, renal;

D. Abdominal, neyrotoksik, astmoid, entsefalitik;

22. O'pka bakterial destruksiyasi o'pka shakli kechishida qanaqa rentgenologik o'zgarishlar kuzatiladi:

A. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgargan, sinuslari toza;

B. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgarmagan, sinuslari toza;

S. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgargan, sinuslarida suyuqlik satxi aniqlanadi;

D. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi o'zgarmagan, sinuslarida suyuqlik satxi aniqlanadi;

22. O'pka bakterial destruksiyasi o'pka-plevral shakli kechishida qanaqa rentgenologik o'zgarishlar kuzatiladi:

A. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi o'zgarmagan, sinuslarida suyuqlik satxi aniqlanadi;

B. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgargan, sinuslarida suyuqlik satxi aniqlanadi;

S. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgarmagan, sinuslari toza;

D. Jarayon joylashgan o'pka parenximasi soyasi intensivligi o'zgargan, sinuslari toza;

23. O'pka bakterial destruksiyasi davolashida Byulau usulida plevra bo'shlig'ini passiv drenajlashning mohiyati:

A. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va plevra varaqasini yallig'lanishdan saqlash;

B. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va musbat bosimni saqlash;

S. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va manfiy bosimni saqlash;

D. Plevra bo'shlig'ini drenajlash, manfiy bosimni hosil qilish va yiringli xilqatni chiqarib yuborish;

24. O'pka bakterial destruksiyasi kechishida zararlangan o'pka soxasida auskultativ qanaqa nafas eshitiladi:

A. Ikkala o'pkada xam qattiq nafas fonida nafas olishning susayishi

B. Qattiq nafas fonida nafas olishning sust eshitilishi

S. Qattiq nafas fonida nafas olishning kuchayishi

D. Qattiq nafas fonida har xil kalibrli xirillashlar

25. O'pka bakterial destruksiyasi etiologiyasida asosiy o'rin tutadi:

A. hammasi to'g'ri;

B. stafilokokk, grammanfiy flora –ko`k yiring tayoqchasi, klebsiela, protey, Kox tayoqchasi va ular assosatsiyasi;

S. streptokokk, grammanfiy flora – yiring ko`k tayoqchasi, klebsiela, protey, ichak tayoqchasi, Kox tayoqchasi va ular assosatsiyasi;

D. stafilokokk, streptokokk, grammanfiy flora – yiring ko`k tayoqchasi, klebsiela, protey, ichak tayoqchasi va ular assosatsiyasi;

«O'tkir qorin» sindromi.

1. Kriptogen peritonit.

A. sababi noma`lum peritonit;

- B. qorin pardaning ichak tayoqchalari bilan yallig`lanishi;
- S. qorin parda va qorin bo`shlig`i a`zolarining yallig`lanishi;
- D. appenditsitdan keyingi peritonit;

2. 1-yoshgacha bo`lgan bolalarga xos o`tkir appenditsit belgilari.

- A. giperleykotsitoz, umumiy bezovtalik, ko`p qusish, ich ketishi, yuqori harorat;
- B. qorindagi tarqalgan ogriq, bir marta qusish, gektik xarorat, ich ketishi;
- S. bir marta qusish, ich ketishi, giperleykotsitoz;
- D. ko`p marta qusish, subfebril harorat, ich qotishi;

3. Quyidagi belgilardan qaysi biri nekrotik enterokolitnng ichak teshilishi bilan kechuvchi asorati uchun xos emas.

- A. Anusdan qon kelishi;
- B. Qusish, ichak faoliyatini buzilishi;
- S. Perkussiyada jigar to`mtog`ligini aniqlanishi;
- D. Qorin oldingi devorini shishishi;

4. O`tkir appenditsitni o`ng tomonlama buyrak sanchig`idan farqlashda qaysi blokada qo`llaniladi.

- A. Loren - Epshteyn buyicha;
- B. Shkolnikov - Selivanov buyicha;
- S. Lukashevich - Oberst buyicha;
- D. Vagosimpatik blokada;

5. O`tkir appenditsit diagnozi buyicha operatsiya vaqtida apnendikulyar infiltrat aniqlandi. Sizning taktikangiz.

- A. Ichakning infiltratga aloqador qismini rezeksiya qilish va anastomoz qo`yish;
- B. Appendektomiya;
- S. Infiltrat hosil qilgan to`qima va organlarni bir-biridan ajratish;
- D. Qorin bo`shlig`iga drenaj qo`yish va jaroxatni tikish;

6. O`tkir appenditsitga xos og`riq.

- A. Xanjar sanchgandek;

- B. Sanchiqsimon;
- S. Doimiy, zo'rayuvchi;
- D. Kuchsiz, doimiy;

7. Bemorda Duglas absessi aniqlandi, sizning davo usulingiz.

- A. intensiv so'riluvchi terapiya o'tkazish;
- B. to'g'ri ichak orqali kesib, yiringni chiqarish;
- S. o'rta chiziq bo'ylab laparotomiya qilish va yiringni chiqarish;
- D. o'ng yonbosh sohadan kesish va yiringni chiqarish;

8. Bemorda sovuq appendikulyar infiltrat aniqlandi, konservativ davo vaqtida qorinda og'riq paydo bo'ldi, tana harorati 38,7⁰ C, peritonal belgilar paydo bo'ldi. Davo usulini tanlang.

- A. shoshilinch operatsiya;
- B. antibiotiklar miqdorini oshirish;
- S. qoringa sovuq qo'yish, kuzatish;
- D. laparoskopiya qilish;

9. O'tkir tarqalgan peritonit operatsiyasidan keyin bemorning to'g'ri holati.

- A. Bosh tomon yuqoriroq, gorizontal;
- B. Trendelenburg holati;
- S. O'ng yonbosh holati;
- D. Chap yonbosh holati;

10. Qorin oldingi devori shishi qaysi kasallikda kuzatiladi;

- A. tug'ma ichak tutilishi;
- B. ichak invaginatsiyasi;
- S. chaqaloqlar peritoniti;
- D. Girshprung kasalligining o'tkir shakli;

11. Appendikulyar absessni to'g'ri davolash usuli.

- A. Punktsiya yordamida yiringni so'rib olish;
- B. Laparotomiya, qorin bo'shlig'ini taftish qilish, "sigara" tampon kuyish;

C. Kesish, appendektomiya qilish va jaroxatni tikish

D. So`ruvchi terapiya, fizioterapiya, antibiotiklar;

12. Navbatchilik paytida bemor o'ng yonbosh sohasida "sovuq" infiltrat topildi. Sizning taktikangiz.

A. Kuzatuv;

B. Shoshilinch operatsiya;

S. Rejali operatsiya;

D. Antibiotiklar, fizioterapiya, kuzatuv, infuzion terapiya;

13. Bemorda birlamchi peritonitga shubha bor, taktikangiz.

A. rejali operatsiya;

B. shoshilinch operatsiya;

S. antibiotiklar berish;

D. qoringa muz qo'yish va kuzatish;

14. Peritonitning og'ir formalarida qaysi preparat mikrosirkulyatsiyani tiklaydi.

A. Qon va plazma;

B. Poliglyukin;

S. Reopoliglyukin;

D. Aminokrovin;

15. Bolalarda absesslashgan appendikulyar infiltratda ratsional davolash usuli.

A. Laparoskop yordamida yiringni tortib olish;

B. Konservativ;

S. Lazeroterapiya;

D. Operatsiya;

16. O'ng yonbosh soxada yallig'lanish borligini tasdiqlovchi ishonchli belgi.

A. Lokal og'riq;

B. Qusish;

S. Leykositlar sonini oshishi;

D. Qorin oldingi devori mushaklarini taranglashishi;

17. O'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorda appendektomiya operatsiyasi o'tkazilishiga qarshilik ko'rsatuvchi holat.

A. Homiladorlik;

B. Tug'ma yurak nuqsoni borligi;

S. Gemofiliya;

D. 3-darajali kamqonlik;

18. Voskresenskiy simptomini izoxlab bering;

A. epigastral sohasidagi og'riqni o'ng yonbosh sohasiga o'tishi;

B. o'ng yonbosh sohasini bosganda chap yonbosh sohasida og'riq bo'lishi;

S. chap yonbosh sohasini bosganda o'ng yonbosh sohasida og'riq bo'lishi;

D. ko'ylakni tortib, ustidan qorin sohasida qo'lning o'tkazish vaqtida og'riq bo'lishi;

19. O'tkir appenditsitga shubha bo'lgan bemor shifoxonaga yetib kelguncha kuchli og'riq bo'lsa, uni qaysi dori bilan ogriqsizlantirish mumkin.

A. og'riqsizlantirish mumkin emas;

B. 50% yoki 25% li analgin;

S. xloralgidrat;

D. promedol;

20. 3 yoshgacha bolalarda appendektomiyaning qaysi turi ko'proq qo'llaniladi.

A. retrograd appendektomiya;

B. tipik appendektomiya;

S. ligaturali appendektomiya;

D. invaginatsion appendektomiya;

21. Qaysi vaqtda invaginatsion usulda appendektomiya qilish mumkin!

A. o'simta empiemasida;

B. ikkilamchi appenditsitda;

S. flegmonoz appenditsitda;

D. gangrenoz appenditsitda;

22. Katta yoshdagi bolalarda qaysi vaqtda ligatura usulida appendektomiya qilinadi:

A. gangrenoz appenditsitda;

B. flegmonoz appenditsitda;

S. appenditsit tiflit;

D. o'simta empiemasida;

23. Shenleyn-Genox kasalligida nima sababdan qorinda oqriq bo'ladi?

A. ichaklar devori yalliglanganligi sababli;

B. tomirlar o'tkazuvchanligi buzilganligi sababli;

S. chuvalchangsimon o'simta yalliglanganligi sababli;

D. qorin parda va ichak devoriga qon quyilganligi sababli;

24. Qiz bolalarda diplokokkli peritonitda infeksiya qorin bo'shlig'iga asosan qaysi yo'l bilan kiradi:

A. qin orqali;

B. gemotogen;

S. limfogen;

D. enterogen;

25. Agarda o'tkir appenditsitga shubha bo'lsa, necha soatgacha kuzatish mumkin:

A. 2-6 soatgacha;

B. kutish mumkin emas;

S. 12 soatgacha;

D. 24 soatgacha;

Me`da - ichak traktidan qon ketishi

1. Laparoskopiya bu:

- A. yuqoridagilarni hammasi;
- B. endoskopik tekshirish va davolash usuli;
- S. endoskopik muolaja;
- D. optik sistemani qo'llash yo'li bilan bajariladigan operativ muolaja;

2. Qorin bo'shlig'idagi kovak organ teshilganda bir sutkadan keyin bemor qusish xarakterini aniqlang:

- A. qon aralash qusish;
- B. fontanli qusish;
- S. o't aralash qusish;
- D. xazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari bilan qusish;

3. Qorin bo'shlig'i a`zolari shikastlanganda shokka olib keluvchi holat:

- A. qon ketishi;
- B. qusish;
- S. yuqori xarorat;
- D. qaltirash;

4. Qorin bo'shlig'ida kovak a`zoni shikastlanishiga xos belgi:

- A. perkussiyada jigar to'mtoqligini yo'qolishi;
- B. perkussiyada jigar to'mtoqligini yaqqol aniqlanishi;
- S. qorinda absolyut to'mtoqlik bo'lishi;
- D. auskultatsiyada ichak xarakatlarini kuchayishi.

5. Jigari yorilgan bemor qaysi holatda yotadi:

- A. o'ng enboshda yotadi;
- B. majburiy yarim o'tirgan holat;
- S. chap yonboshga yotib, qo'lini o'ng qovurga ostiga qo'yib yotadi;
- D. chalqancha yotadi;

6. Taloq yorilganda taktika:

- A. shoshilinch laparotomiya;

- B. shoshilinch laparoskopiya;
- S. shoshilinch splenografiya;
- D. qon to`xtatuvchi chora-tadbirlar o`tkazish va bemorga tinchlik berish;

7. Taloq shikastlanishiga xos belgi:

- A. Shyotkin-Blyumberg belgisi;
- B. Veyner belgisi;
- S. Voskresenskiy belgisi;
- D. "kindik" belgisi;

8. Splenektomiyaga ko`rsatmalar:

- A. taloqni lat yeyishi
- B. taloqni mayda yirtilishlari, taloqni majaqlanib ketishi
- S. subkapsulyar yorilish va gematoma hosil bo`lishi
- D. taloq kapsulasini yorilishi.

9. Jigar va taloq yorilishlarining eng optimal diagnostika usuli:

- A. kolonoskopiya;
- B. qorin bo`shlig`i punksiyasi;
- S. laparoskopiya;
- D. qorin bo`shlig`i rentgenografiyasi;

10. Jigar jaroxati qanday tikiladi:

- A. sakkizsimon choklar bilan;
- B. P-simon chok yordamida;
- S. tugunsimon iplar yordamida;
- D. tikilmasdan charvi bilan tamponada qilinadi;

11. Qorin bo`shlig`i a`zolarining yopiq shikastlanishlarida ko`proq zararlanadigan a`zoni aniqlang:

- A. taloq;
- B. jigar;
- S. oshqozon;
- D. ingichka, yo`gon ichak;

12. Taloqni yirtilganligi haqida (latent davrida) ko'proq ma'lumot beruvchi tekshirish usuli:

- A. qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenogrammasi;
- B. qorin bushlig'ini ultratovushli skanerlash;
- S. irrigografiya;
- D. qonning umumiy taxlili;

13. Taloq yirtilishining birinchi bosqichiga xos bo'lgan simptomni aniqlang:

- A. Pasternatskiy simptomi;
- B. Veynert simptomi;
- S. Shyotkin-Blyumberg simptomi;
- D. "kindik simptomi";

14. Taloq yirtilishining qaysi turi bo'lmaydi:

- A. bir momentli;
- B. uch momentli;
- S. ikki momentli;
- D. hammasi;

15. Jigar yirtilishiga xos bo'lgan simptomni aniqlang:

- A. Shyotkin-Blyumberg sipmtomi;
- B. Veynert simptomi;
- S. Gorner simptomi;
- D. "kindik simptomi";

16. Kulenkamff simptomi quyidagi kasalliklardan qaysi biriga xos:

- A. qovuq yirtilishi;
- B. jigar yirtilishi; .
- S. buyrak toshi;
- D. oshqozon- ichak teshilishi;

17. Oshqozon osti bezi shikastlanishi diagnostikasida qaysi fermentni ko'payishi kuzatiladi:

- A. tripsin;
- B. amilaza;
- S. insulin;
- D. pepsin;

18. Qorin bo'shlig'i parenximatoz a`zolari shikastlanib, ichki qon ketishida qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik miqdori:

- A. dinamikada kamayib boradi;
- B. dinamikada o'zgarmaydi;
- S. dinamikada oshib boradi;
- D. xammasi to'g'ri;

19. Parenximatoz a`zolar shikastlanishida qaysi holatda qorin bo'shlig'ida qon aniqlanmaydi:

- A. jigar, oshqozon, ichak va taloq subkapsulyar yorilganida;
- B. faqat taloq subkapsulyar yorilganida;
- S. jigar va taloq subkapsulyar yorilganida;
- D. faqat jigar subkapsulyar yorilganida;

20. Bolalarda nima sababdan parenximatoz a`zolar ikki bosqichli qon ketishi kuzatiladi:

- A. parenximatoz a`zolar kapsulasi plastik bo'lganligi sababli;
- B. parenximatoz a`zolar kapsulasi fibroz to'qimali bo'lganligi sababli;
- S. parenximatoz a`zolar kapsulasi elastik bo'lganligi sababli;
- D. parenximatoz a`zolar parenximasi elastik bo'lganligi sababli;

21. Bolalarda parenximatoz a`zolar ikki bosqichli qon ketishi nimasi bilan xavfli:

- A. kutilmaganda bemor bezovtalanishi bilan;
- B. kutilmaganda gematoma hosil bo'lishi bilan;
- S. kutilmaganda kuchli qon ketishi bilan;
- D. gematoma hosil bo'lib, qo'shni a`zolari bosib qolishi bilan;

22. "Frenikus simptom" qachon kuzatiladi?

- A. jigar yoki taloq subkapsulyar yorilganida;
- B. faqat taloqdan qorin bo'shlig'iga qon ketganida;
- S. faqatgina jigardan qorin bo'shlig'iga qon ketganida;
- D. jigar yoki taloqdan qorin bo'shlig'iga qon ketganida;

23. “Vanka-Vstanka” belgisida kuzatiladi:

- A. jaroxatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida avvalgi holatiga qaytmaydi;
- B. jaroxatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida gorizental holatda yotib oladi;
- S. jaroxatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida yig'laydi;
- D. jaroxatlangandan keyin, bemor holati o'zgartirilganida avvalgi holatiga qaytadi;

24. Kulenkamff belgisida kuzatiladi:

- A. qorinparda ta`sirlanish belgisi musbat, qorin old devori mushaklari taranglashgan;
- B. qorinparda ta`sirlanish belgisi manfiy, qorin old devori mushaklari taranglashgan;
- S. qorinparda ta`sirlanish belgisi aniqlanmaydi, qorin old devori yumshoq;
- D. qorinparda ta`sirlanish belgisi musbat, qorin old devori mushaklari yumshoq;

25. Ikki momentli yorilish kuzatiladigan a`zolar:

- A. taloq, buyrak, jigar;
- B. jigar, taloq, oshqozon osti bezi;
- S. jigar, qovuq, taloq;
- D. taloq, jigar;

Orttirilgan ichak tutilishi

1. Mekkel divertikulini uchi kindikga tutashgan bo'lsa, qaysi asorat ko'p uchraydi:

- A. strangulyatsion ichak tutilish;

B. invaginatsiya;

S. perforatsiya;

D. divertikulit;

2. Bemorga ichak invaginatsiyasi tashxisi qo'yildi. Kasallik boshlanganligiga 20 soat bo'lgan, sizning taktikangiz:

A. gastroenterografiya;

B. shoshilinch laparotomiya;

S. irrigografiya;

D. konservativ davolash;

3. Invaginatsiyada xurujsimon og'riqning sababi:

A. Meysner asab tolalarining falajlanishi;

B. ichak peristaltikasi oqibatida.

S. Auerbax asab tolalarining falajlanishi;

D. ichaklar parezi;

4. Ichak evaginatsiyasi bu:

A. ichaklarni operatsiya yarasi orqali tashqariga chiqishi;

B. ichak shilliq qavatini stoma orqali tashqariga chiqishi;

S. ichaklarni tabiiy teshiklar orqali teri ostiga chiqishi;

D. ichaklarni bir-biriga kirib qolishi;

5. Qanday hollarda pnevmoirrigoskopiya invaginatsiyani davolash maqsadida qo'llaniladi:

A. kasallik boshlangan vaqti noma'lum bo'lsa;

B. kasallik boshlangandan 12 soat o'tgungacha;

S. dastlabki 24 soatda;

D. xamma hollarda;

6. Invaginatsiyada to'g'ri ichak orqali nima ajraladi:

A. shilliq va axlat;

B. qon va shilliq;

S. suyuk axlat;

D. hech narsa ajralmaydi.

7. Qaysi holat obturatsion ichak tutilishiga xos emas:

A. surunkali qabziyat va Girshprung kasalligi;

B. bitishmali kasallik;

S. oshqozon-ichaklardagi trixobezoar;

D. mekonial ileus.

8. Ichak invaginatsiyasida to'g'ri ichakdan ajralayotgan qonning ko'rinishi:

A. axlat va qon aralashgan bo'ladi;

B. "malina murrabosiga"ga o'xshagan ajralma;

S. axlat rangi qora bo'ladi;

D. axlat oxirida qirmizi qon chiqadi;

9. 5 yoshli bola 2-marta ichak invaginatsiyasi tashxisi bilan jarrohlik bo'limiga yotqizilgan. 1-marta yotganda invaginat konservativ yo'l bilan to'grilangan. Bu safar kasallik boshlanganiga 6 soat bo'lgan. Bunday holatda sizning taktikangiz:

A. konservativ yo'l bilan invaginatni to'g'rilash;

B. shoshilinch operatsiya;

S. rejali ravishda operatsiya o'tkazish;

D. og'iz orqali bariy eritmasini berish va kuzatish;

10. Falajli ichak tutilishida qo'llaniladigan eng samarali blokada:

A. vagosimpatik blokada;

B. kovurg'alar oralig'i blokadasi;

S. paranefral blokada;

D. Loren-Epshteyn blokadasi;

11. Ichaklar harakatini kuchaytiruvchi dori:

A. atropin sulfat;

B. magnezii sulfat;

S. prozerin;

D. novokain.

12. 6 oylik chaqaloqda ichak invaginatsiyasi borligi aniqlandi. Kasallik boshlanganiga 8 soat bo'lgan. Taktikangiz:

A. kuzatuv;

B. konservativ davolash;

S. shoshilinch operatsiya;

D. rejali operatsiya;

13. 8 oylik chaqaloqda to'satdan qornida xurujsimon og'riq paydo bo'ldi, 1 marta qusdi, qorin damlamagan, yumshoq, qorin bo'shlig'ida 5-6 sm. hajmda hosila paypaslanadi, u xarakatchan, og'riqli, bola 12 soatdan buyon kasal. Axlat huqnadan keyin kam miqdorda chiqdi. Sizing tashxisingiz:

A. o'tkir appenditsit;

B. buyrak sanchig'i;

S. ichak invaginatsiyasi;

D. qorin bo'shligi o'smasi.

14. Ichaklar invaginatsiyasini necha soatgacha konservativ davolash mumkin:

A. 8-10 soatgacha;

B. 12 soatgacha;

S. 6 soatgacha;

D. 18-20 soatgacha;

15. Ichak invaginatsiyasida og'riqning xarakteri:

A. doimiy kuchsiz og'riq bo'lishi;

B. kuchayib boruvchi og'riq;

S. xurujsimon og'riq;

D. qorin bo'shlig'ida ko'chuvchi og'riqni bo'lishi;

16. Ichak invaginatsiyasi qaysi yoshda ko'p uchraydi:

A. chaqaloqlarda;

- B. 1-3 yoshlarda;
- S. ko'krak yoshida;
- D. maktab yoshida;

17. Ichak tutilishida Valya simptomiga xos xolatni aniqlang:

- A. to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rganda bo'sh bo'lishi;
- B. "tushayotgan tomchi" simptomini bo'lishi;
- S. qorin devori orqali ichaklar xarakatini kuzatilishi;
- D. qorinda qattiq xosilani paypaslanishi;

18. Erta bitishmali ichak tutilishida konservativ davolash muddati:

- A. 12-24 soatgacha;
- B. 2 kungacha;
- S. 3-6 soatgacha;
- D. 3 kungacha.

19. Kechki bitishmali ichak tutilishida konservativ davolash muddati:

- A. 1-3 soatgacha;
- B. 12 soatgacha;
- S. 3-6 soatgacha;
- D. 24 soatgacha;

20. 6 yoshli bolaga ingichka ichak invaginatsiyasi tashxisi qo'yilgan. Sizing taktikangiz:

- A. rejali ravishda operatsiya;
- B. konservativ yo'l bilan to'g'rilash;
- S. shoshilinch operatsiya;
- D. bariy eritmasi bilan tekshirish;

21. Surunkali ichak tutilishining asosiy diagnostika usuli:

- A. qorin bo'shlig'ini obzor rentgenportografiyasi;
- B. to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish;
- S. pnevmoirrigoskopiya;
- D. kontrast moddani oshqozon-ichaklardan o'tishini kuzatish;

22. O'tkir ichak tutilishida to'g'ri ichak barmoq bilan ko'rilganda u qanday holatda bo'ladi:

- A. to'g'ri ichak ampulasida axlat to'la;
- B. ampula qisilgan holatda;
- S. ampulada qo'l bilan ko'rilganda to'siq bor;
- D. ampula bo'sh, ochilib turibdi;

23. Strangulyatsion ichak tutilishiga xos bo'lgan og'rik:

- A. xanjar sanchgandek og'riq;
- B. doimiy kuchsiz og'riq;
- S. xurujsimon og'riq;
- D. doimiy kuchli og'rik;

24. O'tkir ichak tutilishiga shubha bilan kasalxonaga tushgan bemorga rentgen tekshirish o'tkazishdan oldin quyidagilardan qaysi birini qilish mumkin emas:

- A. oshqozonga zond qo'yish;
- B. tozalovchi hukna qilish;
- S. eksikozga qarshi kurash;
- D. simptomatik davo;

25. Bolalarda glist invaziyasi qanaqa xirurgik holat keltirib chiqaradi?

- A. Spastik (buyrak) sanchig'i, obturatsion ichak tutilishi;
- B. Spastik (ichak) sanchig'i, strangulyatsion ichak tutilishi;
- S. Invaginatsiya, obturatsion ichak tutilishi;
- D. Spastik (ichak) sanchig'i, obturatsion ichak tutilishi;

Bolalarda xirurgik infeksiya

1. Psevdofurunkulyoz qaysi a'zo yoki to'qimaning yallig'lanishi:

- A. Terining;
- B. apokrin ter bezlarining;
- S. teri osti yog' qavatining;

D. teri va teri osti yog' qavatining birgalikda yalliglanishi;

2. Adenoflegmona qaysi to'qimaning yallig'lanishi:

A. teri osti yog' to'qimasining;

B. Terining;

S. limfa tuguni va atrof to'qimalari yallig'lanishi;

D. limfa tugunlarining;

3. Nekrotik flegmonada qaysi eritma bilan bog'lam qo'yiladi:

A. 40 % li sergozin;

B. osh tuzini 1 % li eritmasi;

S. 40 % li glyukoza;

D. 25 % li magnezium sulfat;

4. Nekrotik flegmonada har necha soatda bog'lamni almashtirish kerak:

A. Har 2 soatda;

B. Har 5-6 soatda;

S. Har 8 soatda;

D. Har 12 soatda;

5. Chaqaloqlar mastiti kasalligida qanday jarrohlik usuli qo'llaniladi:

A. Radial kesmalar;

B. Shaxmat tartibida ko'p mayda kesmalar;

S. Yarim oysimoi kesmalar;

D. Bo'shashtiruvchi kesmalar;

6. Chaqaloqlar flegmonasida yallig'lanish o'chog'ida qilinadigan to'g'ri muolaja:

A. Teri ostidagi "ko'r cho'ntaklar"ni barmoq bilan ochish;

B. Jaroxatga antibiotiklar kiritishi uchun mikroirrigatorlar qo'yish;

S. Jarohatga rezina chiqargichlar qo'yish;

D. Gipertonik bog'lam qo'yish;

7. Qaysi kasallik chaqaloqlar flegmonasi bilan qiyoslanadi:

A. psevdofurunkulyoz;

- B. saramas;
- S. epifizar osteomielit;
- D. gemangioma;

8. Nekrotik flegmonada bog'lamga qo'yiladigan eritma:

- A. 10 % li kaltsiy xlor;
- B. Vishnevskiy malxami;
- S. quruq bog'lam;
- D. 25 % li magneziy sulfat;

9. Chaqaloqlar flegmonasining asosiy qo'zg'atuvchisini ko'rsating:

- A. sodda hayvonlar;
- B. stafilokokk;
- S. viruslar;
- D. chaqaloqning saprofit florasi;

10. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishiga moyillik beruvchi anatomik xususiyatni ko'rsating:

- A. ter bezlarining rivojlanmaganligi;
- B. kichik qon aylanish doirasidagi o'zgarishlar;
- S. infeksiyaning kindik orqali o'tishi;
- D. teri shox qavatining sust rivojlanganligi;

11. Chaqaloqlar flegmonasiga moyillik beruvchi anatomik xislatni ko'rsating:

- A. teri osti yog' qavati tomirlarida anastomozlarning kamligi;
- B. yog' bezlarining yaxshi faoliyat ko'rsatishi;
- S. tirnoq plastinkasining sust rivojlanganligi;
- D. teridagi soch sterjinlarining erta tushishi;

12. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasida birlamchi yallig'lanish jarayoni qaerda joylashadi:

- A. terida;
- B. teri osti yog'-qavatida;

S. terining limfa tomirlarida;

D. shilliq qavatlarda;

13. Chaqaloqlar flegmonasi organizmning qaysi qismida ko'p uchraydi:

A. kindik atrofi soxasida;

B. tananing orqa qismida;

S. ko'krak qafasi oldingi qismida;

D. tananing ochik qismlarida;

14. Chaqaloqlar flegmonasi qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

A. tug'ma teleangiektaziya;

B. nevus;

S. teri va teri osti yog' qavatining tug'ruq jarohati;

D. skleroma;

15. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi kasalligida operatsiyasidan keyingi davrda qaysi tadbir asosiy hisoblanadi:

A. har kuniga 1 marta bog'lamni almashtirish;

B. gemodinamik ko'rsatkichlarni har soatda kuzatib turish;

S. 2-sutkadan boshlab har kuni vanna qilish;

D. har 6-8 soatda bog'lamni almashtirish;

16. Pseudofurunkulyoz kasalligida qo'llaniladigan jarroxlilik uslubi:

A. yarimoysimon kesmalar;

B. ko'p mayda kesmalar;

S. radial kesmalar;

D. lampas kesmalar;

17. Flegmonada qanday yallig'lanish kuzatiladi:

A. tarqalgan;

B. kapsulali;

S. o'ralgan;

D. Cheksiz;

18. Bolalarda "xirurgik sepsis" nima ma'noni anglatadi:

- A. umumiy og'ir infeksiyon kasallikni;
- B. yuqoridagilarning hammasi;
- S. mahalliy va umumiy davolash kerakligini;
- D. mahalliy o'chokli infeksiya borligini, makroorganizm reaktivligini o'zgarishini;

19. Boldir sohasida aniq chegarali yaltiroq qizil rangda yallig'lanish ko'rinmokda, terisi shishgan, atrofi og'riqli, jarayonning tarqalishi kuzatilmokda. Tashxishingiz:

- A. furunkul;
- B. karbunkul;
- S. saramas;
- D. flegmona;

20. Bolada konussimon yiringli o'choqlar bor, o'rtasida yiringli ildizi bilan. Uzoq muddatli o'tkir osti kechishi bilan xarakterlanayapti. Qaysi kasallik uchun xarakterli:

- A. psevdofurunkulyoz;
- B. saramas;
- S. teri osti absesslari;
- D. furunkul;

21. Chaqaloqlar sepsisida eng ko'p uchraydigan septik o'choqni aniqlang:

- A. Yarali nekrotik enterokolit;
- B. osteomielit;
- S. chaqaloqlar flegmonasi;
- D. yiringli omfalit;

Bolalarda o'tkir gematogen osteomielit

1. O'tkir gematogen osteomielitniig klinik turlarini ko'rsatning:

- A. mahalliy, septiko-piemik, toksik;
- B. nekrotik, septik, mahalliy;

S. mahalliy, septik, nekrotik;

D. kataral, flegmonoz, gangrenoz;

2. 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkir gematogen osteomielit kasalligida suyakning qaysi qismi ko'proq zararlanadi:

A. metafiz va diafizar;

B. metafizar;

S. diafizar;

D. epifizar;

3. Qaysi kasallik atipik osteomielitlar turiga kirmaydi:

A. Ole osteomieliti;

B. Brodi absessi;

S. Yuing absessi;

D. Garre osteomieliti;

4. O'tkir gematogen osteomielit kasalligining eng erta paydo bo'luvchi va ishonchli belgisi nima?

A. suyak ichidagi bosimning oshishi;

B. suyak sohasi terisining giperemiyasi;

S. suyak atrofidagi yumshoq to'qimalarda yiring bo'lishi;

D. suyak ichida qon bo'lishi;

5. Katta yoshli bolalardagi o'tkir gematogen osteomielit kasalligida qo'llaniladigan immobilizatsiya:

A. simli narvonchalar yordamida;

B. orqa gipsli longeta yordamida;

S. aylanma gipsli bog'lam;

D. qo'lda tayyorlangan moslamalar yordamida;

6. 7 yoshli bola son suyagining o'tkir gematogen osteomielit kasalligining 3-kunida kasalxonaga yotqizildi. Ahvoli og'ir, kuchli zaharlanish va zotiljam belgilari bor. To'g'ri davo uslubini tanlang:

A. shoshilinch operatsiya-osteoperforatsiya;

- B. operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazish va yumshoq to'qimalarni kesish;
- S. infuzion va antibakterial davo, rejali operatsiya qilish;
- D. operatsiyadan oldingi tayyorgarlik o'tkazish va osteoperforatsiya qilish;

7. Surunkali osteomielitga aynan xos bo'lgan belgi:

- A. "eriyotgan qand" simptomi;
- B. osteoporoz;
- S. suyakni sinishi;
- D. sekvestr va sekvestrial qutini bo'lishi;

8. Qaysi kasallik chaqaloqlar flegmonasi bilan qiyoslanadi:

- A. psevdofurunkulyoz;
- B. saramas;
- S. epifizar osteomielit;
- D, gemangioma;

9. O'tkir gematogen osteomielit kasalligiga shubha bo'lgan bemorning suyak kanali punktsiya qilinganda yiring topildi. Sizning keyingi zaruriy muolajangiz:

- A. suyak kanalini yuvish;
- B. suyak ichi bosimini aniqlash;
- S. qo'shimcha osteoperforatsiyalar qilish;
- D. yumshoq to'qimalarni kesish;

10. O'tkir gematogen osteomielit kasalligini boshlanish davrida diagnozga yordam beruvchi ishonchli tekshirish usuli:

- A. suyak ichi bosimini aniqlash;
- B. yumshoq to'qimalarini kesish;
- S. flebografiya;
- D. rentgenografiya;

11. O'tkir gematogen osteomielitga shubha bo'lganda suyak ichidagi bosimni qancha vaqt davomida o'lchash mumkin:

- A. 2-3 daqiqa;
- B. 10-15 daqiqa;
- S. 20-25 daqiqa;
- D. 30-40 daqiqa;

12. O'tkir gematogen osteomielitga shubha bo'lgan bemorning suyak kanali punktsiya qilib ko'rilganda qon chiqdi. Sizning keyingi muolajangiz:

- A. suyak ichi bosimini aniqlash;
- B. qo'shimcha osteoperforatsiya;
- S. jarohatni drenajlash;
- D. jarohatni tikish;

13. O'tkir gematogen osteomielitning o'tkir davri qancha vaqt davom etadi:

- A. 20-25 kungacha;
- B. 2-3 oygacha;
- S. 7-8 oygacha;
- D. 8-10 oygacha;

14. Son suyagi bo'yinchasi o'tkir gematogen osteomielitida davo uslubingiz:

- A. yumshoq to'qimalarni kesish, rezina chiqargichlar qo'yish;
- B. son suyagi buyinchasini osteoperforatsiya qilish;
- S. suyak ichiga antibiotiklar kiritish;
- D. artrotomiya;

15. Son suyagi pastki uchligi o'tkir gematogen osteomieliti, kasallikning 6-7 kuni. Yumshoq to'qimalar punktsiyasida yiring topildi. Sizning davo uslubingiz:

- A. yumshoq to'qimalarni kesish;
- B. osteoperforatsiya, suyak ichiga antibiotiklar kiritish;
- S. kesish, osteoperforatsiya, rezina chiqargich qo'yish;
- D. teri orqali osteoperforatsiya;

16. O'tkir gematogen osteomielit kasalligida yiringli yallig'lanish jarayonini tarqalish chegaralari:

- A. suyak kanali, devori, qon tomirlar;
- B. suyak ko'migi, suyak devori, atrof yumshoq to'qimalar;
- S. suyak devori va kanali;
- D. suyak va suyak usti pardasi orasi;

17. Katta yoshli bolalarda o'tkir gematogen osteomielitning rentgenologik belgilari qachon paydo bo'ladi:

- A. kasallik boshida;
- B. 1 - oy oxirida;
- S. 8-10 kunlarda;
- D. 14-21 kunlarda;

18. O'tkir gematogen osteomielitga xos rentgenologik belgi:

- A. periostit;
- B. osteoskleroz;
- S. yolg'on bo'g'im;
- D. sekvestr;

19. 8 yoshli bola chap boldir sohasidagi kuchli og'riqqa shikoyat qiladi.

Ko'rik paytida u shishgan, kuchli og'riq bor, tana harorati 39,6⁰ C. Sizning keyingi to'g'ri harakatingiz:

- A. bo'shashtiruvchi kesmalar;
- B. immobilizatsiya qilish;
- S. diagnostik osteoperforatsiya;
- D. kuzatuv;

20. Surunkali gematogen osteomielitda qilinmaydigan jarrohlik harakati:

- A. osteoperforatsiya;
- B. oqmani kesib olish;
- S. sekvestrektomiya;
- D. suyakdagi bo'shliqni qoshiqlar yordamida tozalash;

21. O'tkir gematogen osteomielit klinikasidagi eng xos belgi:

- A. rentgen tasvirida periostit va osteoporozni ko'rinishi;

- B. tana haroratining ko'tarilishi;
- S. oyoq yoki qo'lda psevdoparezning kuzatilishi;
- D. leykoz;

22. O'tkir gematogen osteomielitning boshlanish davrida ishonchli diagnostika qilish usuli:

- A. angiografiya, flebografiya;
- B. suyaklarni rentgenografiya qilish;
- S. suyaklarni ultratovushli tekshirish;
- D. osteoperforatsiya va osteonometriya;

23. 6 yoshli bolada son suyagining o'tkir gematogen osteomieliti boshlanganiga 2 kun bo'lgan, eng to'g'ri taktikani tanlang:

- A. shu joyga antibiotik yuborish;
- B. yumshoq to'qimalarni kesish;
- S. yumshoq to'qimalarni kesish, osteoperforatsiya qilish;
- D. teri ustidan osteoperforatsiya va osteonometriya qilish va Aleksyuk iganalarini o'rnatish;

24. Quyidagilardan qaysi biri birlamchi surunkali osteomielitlarga kirmaydi:

- A. Brodi absessi;
- B. Olening albuminozli osteomieliti;
- S. Pertes kasalligi;
- D. Popkirovning antibiotikli osteomieliti;

25. O'tkir gematogen osteomielitning asoratlariga quyidagilarning qaysi biri kirmaydi:

- A. ankilozlar;
- B. osteomalyatsiya;
- S. patologik chiqishlar va sinishlar;
- D. yolg'on bo'g'imlar;

TEST SAVOLLARINING JAVOBLARI:

Qizilo'ngach rivojlanish nuqsonlari

1-v, 2-s, 3-a, 4-a, 5-a, 6-v, 7-v, 8-a, 9-s, 10-v, 11-a, 12-v, 13-a, 14-v,
15-s, 16-a, 17-a, 18-s, 19-s, 20-s, 21-a, 22-s, 23-s, 24-v, 25-s.

O'pka va bronxlar rivojlanish nuqsonlari

1-a, 2-v, 3-s, 4-d, 5-a, 6-v, 7-s, 8-d, 9-a, 10-v, 11-s, 12-a, 13-a, 14-v, 15-s, 16-d,
17-d, 18-d, 19-d, 20-d, 21-a, 22-v, 23-s, 24-d, 25-a.

Tug'ma ichak tutilishlari

1-a, 2-s, 3-d, 4-a, 5-v, 6-a, 7-d, 8-a, 9-v, 10-s, 11-d, 12-a, 13-v, 14-s, 15-a, 16-a,
17-v, 18-s, 19-v, 20-d, 21-v, 22-a, 23-s, 24-a, 25-d.

Tug'ma pastki ichak tutilishlari

1-a, 2-b, 3-c, 4-a, 5-c, 6-d, 7-b, 8-c, 9-d, 10-b, 11-c, 12-a, 13-b, 14-c, 15-d, 16-a,
17-c, 18-d, 19-a, 20-c, 21-c, 22-d, 23-a, 24-b, 25-d.

Jigar, o't yo'llari va me`da osti bezini rivojlanish nuqsonlari

1-a, 2-v, 3-s, 4-d, 5-a, 6-v, 7-a, 8-v, 9-v, 10-s, 11-s, 12-a, 13-v, 14-s, 15-a, 16-a,
17-v, 18-s, 19-d, 20-a, 21-v, 22-a, 23-a, 24-a, 25-v.

Buyrak va siydik yo'llari tug'ma nuqsonlari

1-a, 2-v, 3-s, 4-d, 5-v, 6-v, 7-d, 8-s, 9-a, 10-v, 11-d, 12-v, 13-s, 14-d, 15-d, 16-a,
17-v, 18-s, 19-d, 20-d, 21-v, 22-s, 23-d, 24-a, 25-v.

Qorin old devori, qorin-parda o'simtasining rivojlanish nuqsonlari

1-s, 2-d, 3-s, 4-a, 5-s, 6-s, 7-d, 8-v, 9-s, 10-s, 11-d, 12-a, 13-a, 14-a, 15-d, 16-s,
17-d, 18-a, 19-v, 20-s, 21-s, 22-v, 23-d, 24-a, 25-d.

Tashqi jinsiy a`zolarining nuqsonlari

1-a, 2-v, 3-v, 4-d, 5-s, 6-v, 7-d, 8-d, 9-a, 10-v, 11-a, 12-v, 13-v, 14-a, 15-d, 16-s,
17-d, 18-a, 19-v, 20-a, 21-v, 22-s, 23-d, 24-a, 25-v.

Ko'krak bo'shlig'i taranglashish sindromi

1-a, 2-s, 3-s, 4-d, 5-a, 6-d, 7-b, 8-a, 9-a, 10-s, 11-s, 12-a, 13-a, 14-d, 15-d, 16-a,
17-b, 18-s, 19-s, 20-b, 21-a, 22-b, 23-d, 24-s, 25-d.

«O'tkir qorin» sindromi

1-a, 2-b, 3-d, 4-a, 5-d, 6-d, 7-b, 8-a, 9-a, 10-s, 11-b, 12-d, 13-b, 14-s, 15-s, 16-d, 17-s, 18-d, 19-a, 20-s, 21-b, 22-s, 23-d, 24-a, 25-a..

Me`da - ichak traktidan qon ketishi

1-d; 2-a; 3-a; 4-a; 5-a; 6-a; 7-b; 8-b; 9-b; 10-b; 11-a; 12-b; 13-b; 14-b; 15-s; 16-b; 17-b; 18-s; 19-a; 20-s; 21-s; 22-d; 23-d; 24-d; 25-d.

Orttirilgan ichak tutilishi

1-a, 2-b, 3-b, 4-b, 5-b, 6-b, 7-b, 8-b, 9-b, 10-s, 11-s, 12-b, 13-s, 14-s, 15-s, 16-s, 17-s, 18-s, 19-s, 20-s, 21-d, 22-d, 23-s, 24-d, 25-d,

Bolalarda xirurgik infeksiya

1-b, 2-s, 3-d, 4-b, 5-a, 6-s, 7-b, 8-d, 9-b, 10-d, 11-a, 12-b, 13-b, 14-d, 15-d, 16-b, 17-a, 18-b, 19-a, 20-d, 21-d.

Bolalarda o'tkir gematogen osteomielit

1-a, 2-d, 3-s, 4-a, 5-b, 6-d, 7-d, 8-b, 9-s, 10-a, 11-a, 12-a, 13-b, 14-d, 15-s, 16-a, 17-d, 18-a, 19-s, 20-a, 21-s, 22-d, 23-d, 24-s, 25-b.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO`YXATI:

1. Ahmedjanov I.A. va “Bolalar urologiyasi”, qo’llanma 2003 y. Toshkent, Ibn Sino nashriyoti.
2. Suleymanov A.S. va hammual. Bolalar xirurgiyasi, darslik. 2000-yil Toshkent, Ibn Sino nashriyoti.
3. Shamsiev A.M. “Ostriye destruktivniye pnevmonii u detey”, qo’llanma. 1996. Toshkent.
4. Shamsiev A.M. va hammual. Xirurgicheskiye bolezni u detey, qo’llanma. 2001. Toshkent.
5. Xamraev A.J. va hammual. Bolalar koloproktologiyasi, qo’llanma. 2001. Toshkent.
6. Akopyan V.G “Xirurgiya pecheni u detey”, qo’llanma. 1978, M.
7. Bairov G.A «Srochnaya xirurgiya detey», darslik 1997, S-P.
8. Bairov G.A. «Xirurgiya porokov razvitiya u detey», qo’llanma. 1988. L.
9. 9. Bairov . G.A «Abdominalnaya xirurgiya detey», darslik 1994, S-P.
10. Durnov L.A. «Pediatricheskaya onkologiya», darslik 1996, M.
11. 11. Isakov Yu.F «Detskaya xirurgiya», darslik 2004, v 2-t, M.
12. Isakov Yu.F. va hammuall. «Rukovodstvo po torakalnoy xirurgii detey». Shifokorlar uchun qo’llanma. 1978, M.
13. Kudryavtsev V.A, «Detskaya xirurgiya v leksiyax», darslik 2000, Arx-k.
14. Lopatkin N.A, Pugachev A.G. «Detskaya urologiya», 1986,.darslik M
15. Lenyushkin A.I. «Detskaya koloproktologiya», qo’llanma 1990, M.
16. Mixelson V.A. «Osnovi detskoy anesteziologii i reanimatsii», 1984, darslik. M.
17. Xolder T.N, Ashkraft K.U, «Detskaya xirurgiya», qo’llanma 1997, 3-t,. ingliz tilidan tarjima.
18. Internet materiallari: www.Murm.dethir.ru; www.College.ru; www.Medsurg.ru/child/. www.tma.uz