

JARROHLIK

S.T. Xujabayev
M.M. Dusiyarov
Q.E. Raxmanov
N.A. Qurbonov
S.S. Davlatov
M.J. Sanoyeva

DARSLIK



Toshkent
"Mutafakkir"

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM
FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

**S.T. Nujaboyev, M.M. Dusiyarov, Q.E. Raxmanov,
N.A. Qurbonov, S.S. Davlatov, M.J. Sanoyeva**

JARROHLIK

Oliy ta'lim muassasalari

*Magistraturaning 70910212 - Xirurgiya mutaxassisligi
talabalari uchun*

D A R S L I K

TOSHKENT – 2023

Jarrohlik [Matn]: darslik / S.T. Xujaboyev, M.M. Dusiyarov, Q.E. Raxmanov, N.A. Qarbonov, S.S. Davlatov, M.J. Sanoyeva - Samarqand, 2023. - 664 b.

Tuzuvchilar:

- Xujaboyev S.T.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrasi dotsenti, DSc.
- Dusiyarov M.M.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrasi dotsenti, PhD.
- Raxmanov Q.E.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti I – son xirurgik kasalliklar, transplantologiya, urologiya kafedrasi dotsenti, DSc.
- Qarbonov N.A.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti diplomdan keyingi ta'lim fakulteti xirurgiya kafedrasi mudiri, PhD.
- Davlatov S.S.** Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital xirurgiya kafedrasi dotsenti, PhD.
- Sanoyeva M.J.** Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrasi dotsenti, DSc.

Taqrizchilar

- Safoyev B.B.** Buxoro davlat tibbiyot institutining umumiy xirurgiya kafedrasi mudiri, DSc, professor.
- Abdullayev S.A.** Samarqand davlat tibbiyot universiteti umumiy xirurgiya kafedrasi professori, t.f.d.

Annotatsiya. Keyingi yillarda xirurgiya fanining zo'r berib rivojlanishi zahirida, ilgari faqatgina yirik ilmiy markazlar imtiyozli hisoblangan ko'pgina murakkab diagnostika uskunalarning – rentgen televizion qurilmalar, ultratovush yordamida va endoskopik tekshiruv uskunalari xizmatidan nafaqat yirik klinikalarning foydalanishi, balki viloyat va tuman kasalxonalarida amaliyotga keng miqyosda kirib kelishi, yangidan yangi diagnostik uskunalarning xizmatidan keng ko'lamda foydalanish, burun tasavvur qilish qiyin bo'lgan yangi texnologiyalarning shiddat bilan kirib kelishi va ular bilan bog'liq bo'lgan endoxirurgik va miniinvaziv operatsiyalar uchun moslama yoki uskunalarning taraqqiyoti yotadi. Albatta, hularning barchasini, yetakchi omil – jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilmiy ahli orasida namoyon etish, ular tajribasiga tayangan holda takomillashtirish, yuqori samarali jarrohlik amaliyotlari usul va uslublarini ishlab chiqish va ularni amaliyotga keng tadbiq etishsiz, tasavvur qilish qiyin. Mazkur darslik oliy ta'lim muassasalari magistraturaning 70910212 – Xirurgiya mutaxassisligi talabalariga mo'ljallangan.

Mazkur darslik Samarqand davlat tibbiyot universitetining 2023 – yil 29 – dekabrda A/F 617 - sonli buyrug'iga binoan chop etishga ruxsat etilgan. Qayd raqami G 000209-2023.

ISBN 978-9943-6028-1-6

© Toshkent: Mutafakkir, 2023
© S.T. Xujaboyev va boshq. Darslik.

SO'Z BOSHI

Keyingi yillarda xirurgiya fanining jadal rivojlanishi zaminida ilgari faqatgina yirik ilmiy markazlardagina qo'llanilib kelingan ko'pgina murakkab diagnostika uskunalarining – rentgenologik, ultratovush va endoskopik tekshiruv uskunalarining nafaqat yirik klinikalarda, balki viloyat va tuman kasalxonalari amaliyotiga keng miqyosda kirib kelishi, yangidan yangi diagnostik uskunalar (angiografiya, kompyuter tomografiya, doplerografiya va b.q.) xizmatidan keng ko'lamda foydalanish, avval tasavvur qilish qiyin bo'lgan yangi texnologiyalarning shiddat bilan kirib kelishi va ular bilan bog'liq bo'lgan endoxirurgik va miniinvaziv operatsiyalar uchun moslama yoki uskunalar taraqqiyoti yotadi. Albatta, bularning barchasini, etakchi omillar – jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilm ahli orasida namoyish etish, ular tajribasiga tayangan holda takomillashtirish, yuqori samarali jarrohlik amaliyotlari usul va uslublarini ishlab chiqish va ularni amaliyotga keng tadbiq etishsiz tasavvur qilish qiyin.

Natijada, bugungi kun xirurgiyasi nafaqat surunkali xolesistitda, balki ushbu kasallikning o'tkir turida ham laparoskopik operatsiya uslublaridan foydalanish, ko'pgina boshqa surunkali va o'tkir xirurgik kasalliklarda ham kichik yoki miniinvaziv operatsiya taktikasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'lib, kundan kun odat tusiga aylanib bormoqda. Bundan tashqari, xirurgiya sohasida yangidan-yangi yo'nalishlar paydo bo'lishi, oldingi darsliklarda ularning ifoda etilmaganligi, yangi darslikni yaratish va ushbu masalalarni ham unga kiritish zaruratini yuzaga keltirdi.

Binobann, yurtimizda xirurgik kasalliklar fani bo'yicha chop etilgan barcha darsliklarni qaytadan ko'rib chiqib, ularga shu ixtisoslikning bugungi holati va kelajagini inobatga olgan holda o'zgartishlar va to'ldirishlar kiritish ehtiyoji tug'ildi. Dars jaryonini olib borishda qat'iy izchillikka rioya qilgan holda, tibbiyotning ushbu murakkab sohasidan bilim berishda, insoniyat to'plagan tajribalarni talabalarga ilmiy asosda etkazishga harakat qilindi. Zero, undan bugungi kun talabalari foydalanib, ertangi kunda aholiga davr talabiga munosib ravishda xizmat ko'rsatishlari lozim bo'ladi.

Darslikni yozishda xirurgiyaga oid mavjud ma'lumotlarni bayon etganimiz holida, kasalliklarni aniqlash va davolashning yangi usullari bilan tanishtirishga harakat qildik. Bu borada mamlakatimiz olimlarining qo'shgan ulkan hissalarini haqida ham so'z yuritishga urindik. Bularning barchasi, bo'lajak jarrohlarning yangi avlodini tarbiyalashga va ularning xalqimizga malakali xizmat ko'rsatishiga yordam beradi degan umiddamiz.

O'TKIR APPENDITSIT

O'tkir appenditsit xirurgik kasallik bo'lib, ko'richak chuvalchangsimon o'simtasining o'tkir nospesifik yallig'lanishidir. O'tkir appenditsit bilan kasallanish har 1000 kishidan 4-5 nafarni tashkil qiladi. Ayniqsa, o'tkir appenditsit 20-40 yosh orasida, ayollarda erkaklarga nisbatan 2 marotaba ko'p uchraydi. MDH da yil davomida o'tkir appenditsit tufayli 1 mln dan ortiq operatsiyalar qilinadi. Yurtimizda ushbu kasallik bilan bir yil mobaynida 50 mingdan ortiq bemor shifoxonalarga yotqizilgan va ulardning 89%ida appendektomiya operatsiyasi bajarilgan. Operatsiyadan keyingi o'lim darajasi Rossiyaning rivojlangan klinikalarida 0,2-0,3%ni, O'zbekistonda esa, o'rta hisobda, 0,2%ni tashkil qiladi. O'lim yuzaga kelishining asosiy sabablariga bemorlarning shifoxonaga yotqizilishidan oldingi davrda yo'l qo'yilgan diagnostik xatolar, ba'zida esa, shifoxonaga kech yotqizish sababli yuzaga kelgan asoratlardir kiradi.

Grekov I.I. "Chuvalchangsimon o'simta yallig'lanishi xameleonsimon kasallik, u kutilgan joyda bo'lmasdan, umuman kutilmagan holatlarda kuzatiladi",- deb ta'rif beradi. Appendektomiya jarrohlik amaliyotida eng oson bajariladigan, shu bilan birga eng murakkab amaliyotlardan biri hisoblanadi. Kasallik diagnostikasining qiyinligi, uning asoratlanishi va kasallikning og'ir o'tishiga olib keladi.

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Chuvalchangsimon o'simta ko'richakning orqa-medial devoridan uzunasiga ketgan, uchta mushaklar uchrashgan joydan chiqadi. U turli holatda joylashib, uzunligi 6-16 sm, diametri esa 5-9 mm bo'lgan yopiq silindr shakliga ega bo'ladi. Keksa yoshdagi odamlar organizmida o'simta kichrayadi, devorlari sklerotik o'zgarishlarga uchraydi, natijada uning bo'shlig'i torayib, hatto atreziyaga uchrab ketishi ham mumkin. Chuvalchangsimon o'simta odatda o'ng yonbosh sohasida joylashib, qorin bo'shlig'ining pastki va medial tomoniga yo'naladi (1-rasm), ba'zan esa kichik chanoq sohasigacha tushishi ham mumkin. O'simta ko'richak gumbazidan medial, hamda lateral yo'nalishda yuqoriga ham ko'tarilishi mumkin (2-rasm), ba'zan esa jigar osti sohasi, o't pufagigacha etib boradi.

Aksariyat hollarda, chuvalchangsimon o'simta ko'richak orqasida va hatto retroperitoneal bo'shliqda ham joylashishi mumkin (3, 4-rasm).



1-rasm. Ko'richak va chuvalchangsimon o'simtaning qorin bo'shlig'i o'ng yonbosh chuqurchasida joylashishi



2-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning joylashish turlari

Chuvalchangsimon o'simta to'rtta – shilliq, shilliq osti, mushak va seroz qavatlardan iborat. Shilliq osti qavatida limfoid follikulalar joylashgan bo'lib, chuvalchangsimon o'simtaning hazm trakti immun tizimini tashkillashtirishga muhim ahamiyat kasb etadi. Limfoid follikulalar miqdori 4 yoshdan boshlab paydo bo'la boshlaydi, keyinchalik kattalashadi, hamda miqdor jihatidan ko'payib 30 yoshgacha maksimumga etadi va yosh o'tgan sari asta – sekin involyusiyaga uchrab boradi. Shuning uchun, o'tkir appendisit 4 yoshgacha deyarli uchramaydi, 10-30 yosh orasida juda ko'p uchraydi va 30 yoshdan keyin kam uchraydi.

Chuvalchangsimon o'simta qorin aortasidan chiquvchi a. mesenterica superioming tarmog'i bo'lgan a. ileocolicaning shoxchasi a. appendicularis tomonidan qon bilan ta'minlanadi. Undan chiqqan venoz qon darvoza venasiga borib quyiladi (5-rasm).



3-rasm. Ko'richakning joylashish turlari: 1-jigar ostida; 2-o'ng yonbosh sohada; 3-kichik chanoq bo'shlig'ida



4-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning qorin orti bo'shlig'ida (retroperitoneal) joylashishi



5-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning qon bilan ta'minlanishi:
1 - a. Iliocolica; 2 - a. appendicularis

Ko'pchilik holatlarda ko'richak parietal qorin parda bilan har tomonlama o'ralgan bo'ladi, ayrim holatlarda esa mezoperitoneal joylashgan bo'lib, kam harakatchan, yoki umuman harakatsiz holda bo'lishi mumkin. Ba'zida chuvalchangsimon o'simtaning tug'ma bo'lmaslik holatlari ham kuzatiladi, lekin bu kabi holat kamdan - kam bo'ladi.

Etiologiya va patogenez

O'tkir appenditsit – chuvalchangsimon o'simtaning nospesifik yallig'lanishi bo'lib, inson organizmi va bakteriyalar orasidagi bo'lgan biologik muloqotni buzilishi natijasida kelib chiqadi. O'tkir appenditsitda infeksiya ko'zg'atuvchisi odatda stafilokokklar, ichak tayoqchasi, aralash va anaerob flora hisoblanadi.

O'tkir appenditsit kelib chiqishida turli-tuman nazariyalar mavjud bo'lib, bular dimlanish, askaridalar invaziyasi, angionevrotik, infeksiyon, kortiko-visseral, allergik, neyrogen va qon tomir nazariyalaridir. Qator hollarda, organizmda boshqa lokalizatsiyali yallig'lanish o'choqlari mavjud holda, chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir yallig'lanishi paydo bo'ladi, bu hol esa uning limfoid to'qimaga boyligi bilan bog'liq bo'lib, infeksiyaning limfogen yo'l bilan tarqalishi hisobiga yuzaga keladi.

O'tkir appenditsitning rivojlanishida ko'p miqdorda ovqat iste'mol qilish, tarkibida ichak atoniyasiga va bijg'ish jarayonlariga ta'sir ko'rsatuvchi oqsil maxsulotlarining ustunlik qilishi ma'lum ahamiyatga ega. Ko'pchilik olimlarning fikricha, keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir appenditsitga ko'proq a. appendicularis trombozi sabab bo'ladi. Go'daklik yoshida esa, o'tkir appenditsit gijja invaziyasi (ostritsalar) sababli vujudga kelishi mumkin.

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, chuvalchangsimon o'simta sohasidagi patologik jarayon silliq mushaklar va qon tomirlar spazmidan boshlanib, shilliq parda oziqlanishining lokal buzilishiga va yallig'lanishiga olib keladi. Ayni vaqtda, chuvalchangsimon o'simtadagi dimlanish, undagi mikroflora virulentligining ortishiga olib keladi, bu esa mikroflorani chuvalchangsimon o'simta bo'shlig'iga osonlikcha kirishini ta'minlaydi. Shu vaqtdan boshlab yiringlash jarayoni boshlanadi.

Klassifikatsiyasi

Murakkab, hamda turlicha klinik va patologoanatomik ko'rinishga ega bo'lgan kasallikni ma'lum bir tizimga solish anchagina mushkul hisoblanadi. Shuning uchun turli xil klassifikatsiyalar taklif etilgan bo'lib, hozirgi kunda qo'llaniladigan klassifikatsiyalar ichida Kolesov V.I. taklif etgan klassifikatsiya birmuncha qulay hisoblanadi:

1. Appendikulyar sanchiq (kolika).
2. Oddiy (kataral) appenditsit (7 - rasm).

3. Destruktiv appenditsit:

- flegmonoz shakli (8 - rasm);
- gangrenoz shakli (9 - rasm);
- gangrenoz-perforativ shakli;



6-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning odatdagi ko'rinishi



7-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning kataral yallig'lanishi



8-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning flegmonoz yallig'lanishi



9-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning gangrenoz yallig'lanishi

4. Asoratlangan appenditsit:

- appendikulyar infiltrat;
- appendikulyar abscess;
- tarqalgan yiringli peritonit;
- pileflebit (ichak tutqich venalari septik tromboflebiti);
- sepsis.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

O'tkir appenditsitning klinik manzarasi turli-tumanligi bilan ajralib turadi, bu kasallikning bosqichigagina emas, balki chuvalchangsimon o'simtaning joylanish variantlariga ham bog'liq bo'ladi.

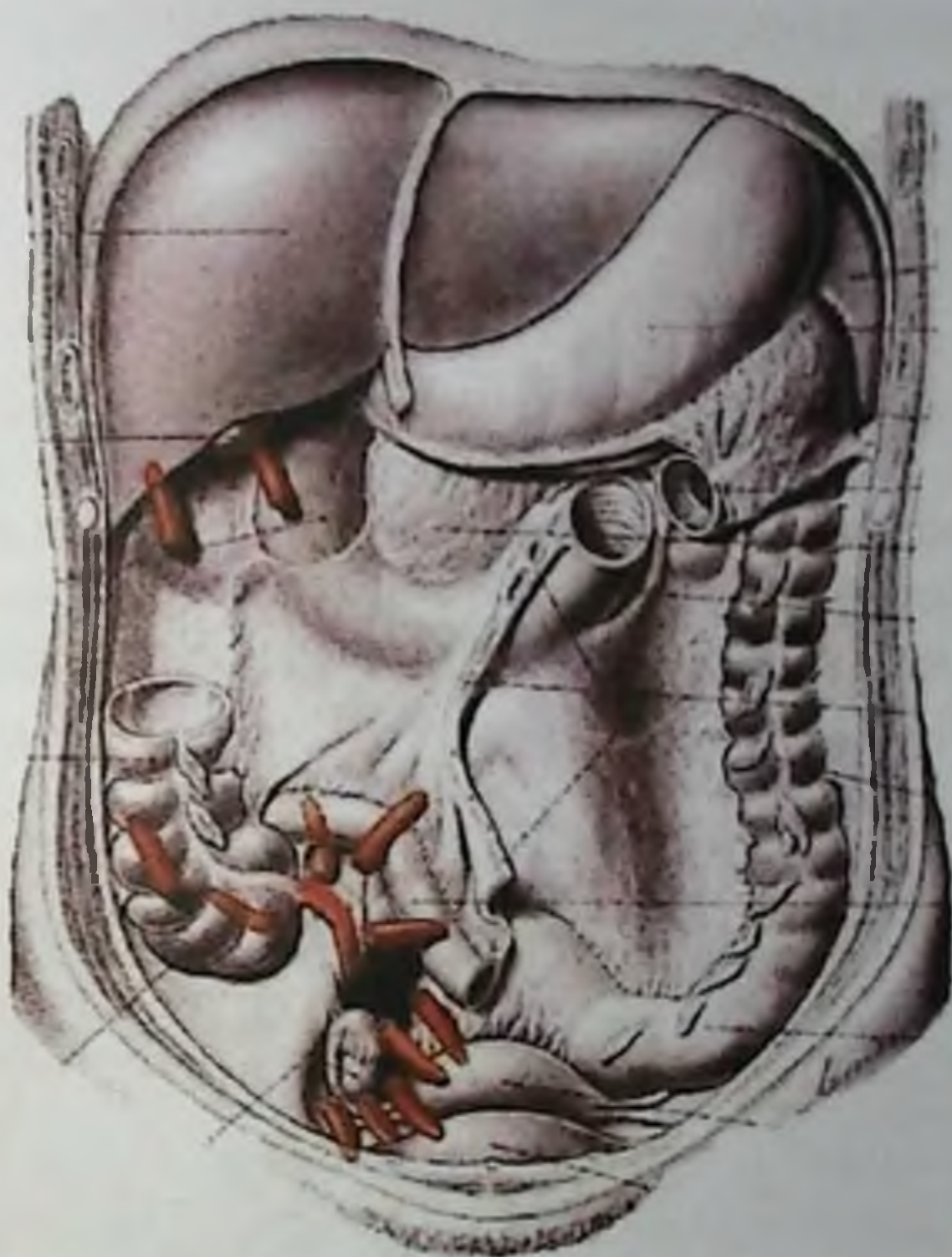
Odatdagi ko'inishida, kasallik o'ng yonbosh sohasidagi o'rtacha og'riq bilan namoyon bo'ladi va bu og'riq sekin-asta kuchayib boradi. Og'riqlar butun qorin bo'ylab, epigastral yoki kindik atrofidan boshlanib, keyin o'ng yonbosh sohasiga o'tishi mumkin. Taxminan 30-35% bemorlarda og'riq epigastral sohadan boshlanib, 4-6 soat o'tgach, o'ng yonbosh sohaga o'tadi (Koxer-Volkovich simptomi 10 - rasm).



10-rasm. Koxer-Volkovich simptomi: 1-og'riqning birlamchi lokalizatsiyasi; 2-3-4 soatdan keyin og'riq o'ng yonbosh sohaga ko'chadi.

O'tkir appenditsitda odatda og'riq doimiy, ba'zan esa xurujsimon bo'ladi. Og'riqlar intensivligi yallig'lanish jarayonining tarqalganligiga bog'liq bo'lmaydi. Og'riq, birdaniga o'ng yonbosh sohasida boshlanib, so'ng qorinning turli sohalariga tarqalishi mumkin. Bu holat ko'pincha, chualchangsimon o'simtaning qaerga joylashganligiga bog'liq bo'ladi. Chualchangsimon o'simtaning retrotsekal joylashishida og'riqlar belga, tashqi jinsiy a'zolar sohasiga uzatilib, buyrak sanchig'i klinikasini ham beradi. Chualchangsimon o'simta yuqori joylashishida, o'tkir xolesistit yoki pankreatit belgilari kabi simptomlar bilan ham o'tadi.

Ko'pchilik bemorlarda, og'riq o'ng yonbosh sohasidan o'ng oyoqqa uzatiladi. Og'riq ko'ngil aynishi yoki 1-2 marta qayt qilish, tana haroratining $38-39^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi bilan o'tadi. Bemor qayt qilganida, ba'zi xirurgik kasalliklaridagi kabi qusgandan so'ng yengillik sezmaydi va bu belgi o'tkir appenditsitga xos bo'lgan belgilardan hisoblanadi.



11-rasm. Yallig'langan chuvalchangsimon o'simtaning qo'shni a'zolar devoriga tegib turishi

Qorinni paypaslab ko'rilganda, o'ng yonbosh sohasida mushaklarning taranglashishi yoki rigidligi (defans muskolorim) va og'riq belgisi aniqlanadi. Paypaslashni sog' taraf – chap yonbosh sohasidan boshlab, asta-sekin o'ng yonboshga o'tish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Qorinni umumiy tekshiruvdan so'ng maxsus tekshiruvga o'tiladi, o'tkir appenditsit uchun xos bo'lgan belgilarni aniqlash lozim bo'ladi. Bugungi kunda, o'tkir appenditsitda uchrashi mumkin bo'lgan 100 dan ortiq belgilarga ta'rif berilgan. Biroq, ularning quyidagi ettitasini aniqlash, ko'pincha to'liq tashxis qo'yish uchun yetarli hisoblanadi:

1. Shyotkin-Blyumberg belgisi;
2. Voskresenskiy (ko'ylak sirpanishi) belgisi;

3. Obrazsov belgisi;
4. Sitkovskiy belgisi;
5. Bartome-Mixelson belgisi;
6. Rovzing belgisi (12 - rasm);
7. Ivanov belgisi.

O'tkir appenditsitning destruktiv turlarida mushaklar taranglashuvidan tashqari qorin pardasining ta'sirlanish simptomi, Shyotkin-Blyumberg simptomini aniqlash mumkin: o'ng qo'l barmoqlari bilan qorin devori bosib turib, birdan keskin ravishda qo'l tortib olinganda og'riq kuchayadi. Og'riq yallig'langan qorin pardalarning bir-biriga tegishi yoki tebranishi natijasida paydo bo'ladi.



a.



b.

12-rasm. Rovzing simptomini aniqlash: a. sigmasimon ichak sohasida qo'lning turtkisimon harakati; b. yo'g'on ichakda gazlarning retrograd harakati natijasida o'ng yonbosh sohada og'riqning paydo bo'lishi

Ko'ylak sirpanishi belgisi faqat o'tkir appenditsit uchun xos bo'lgan belgi hisoblanadi. Bu belgi 1940 yil, V.M. Voskresenskiy tomonidan taklif etilgan. Bemor ko'ylagi bilan qorin devori yopiladi, so'ng o'ng qo'l barmoqlari uchi bilan o'ng yonbosh sohasidan chapga yuzaki va keskin o'tkazilsa, og'riq kuchayadi (Voskresenskiy simptomi, "ko'ylak sirpanishi" (15-rasm)).



13 - rasm. Sitkovskiy simptomini aniqlash: chalqancha holatidan (a.) chap yonboshga yotganda (b.) o'ng yonbosh sohada pastga tortuvchi og'riqlar seziladi



14 - rasm. Bartom'e-Mixelson simptomi: bemor chap yonbosh holatida yotib, o'ng yonbosh soha paypaslanganda shu sohada og'riqning kuchayish



15 - rasm. Voskresenskiy simptomi.



16 - rasm. Shetkin Blumberg simptomi

Kasallik yaqqol ko'rinib to'rgan bo'lsa o'ng yonbosh sohani chuqur palpatsiya qilish ancha qiyinchiliklar tug'diradi. Shuning uchun buni bajarish shart emas. Rovzing, Sitkovskiy (13 - rasm), Bartome-Mixelson (14 - rasm), Razdolskiy simptomlari o'z ahamiyatini saqlagan bo'ladi. Tana harorati 38-38. 5°S gacha, leykotsitlar soni esa 12×10^9 - 20×10^9 l gacha etishi mumkin.

Gangrenoz appenditsit-chuvalchangsimon o'simta devorining nekrozi va yiringni yallig'lanishi bilan xarakterlanadi. Nerv tolalarining o'lishi oqibatida og'riqlar kamayishi yoki butunlay yo'qolishi mumkin. Bu bilan birga qorin bo'shlig'ida bakterial toksinlarning surilishi oqibatida keyinchalik tizimli yallig'lanish reaksiyalari simptomlari kelib chiqadi ko'p hollarda qayta qayt qilish kuzatiladi.

Qorinni kuzdan kechirganda qorin devori o'ng yonbosh sohasida og'riq intinsivligi pasayadi flegmonoz appenditsitga qaraganda, ammo chuqur palpatsiyada og'riqning birdaniga kuchayishi kuzatiladi. Qorinning barcha qismi shishgan peristaltika susaygan yoki umuman kuzatilmaydi. Shotkin-Blyumberg va Voskresenskiy simptomi musbat (18-19 rasmlar). Rovzing, Sitkovskiy, Bartome-Mixelson simptomlari ham musbat bo'lishi mumkin. Tana harorati gangrenoz appenditsitda normal 37°S gacha yoki pasayishi ham mumkin to 36°S gacha. Leykotsitlar soni kamaygan 10×10^9 - 12×10^9 g/ l yoki norma atrofida bo'ladi 6×10^9 - 8×10^9 / l. Tana haroratiga mos kelmaydigan taxikardiya 100-120 marta minutiga yallig'lanish jarayoni «toksik qaychi» nomi bilan ataladi. Bu faqat gangrenoz appenditsit uchun xos bo'lib diagnostikasida katta ahamiyatga ega.

Keksa yoshdagi bemorlarda birlamchi gangrenoz appenditsit uchrashi mumkin. Bu chuvalchangsimon o'simta arteriyalarida birlamchi qon aylanishining buzilishi oqibatida (ateroskleroz yoki tromboz tufayli) buning oqibatida chuvalchangsimon o'simta infarkti bo'ladi va to'g'ridan-to'g'ri gangrenoz appenditsitga o'tadi. Kataral va flegmonoz appenditsit bo'lmasdan turib klinik ko'rinishlari oddiy gangrenoz appenditsitnikidan farq qiladi. Birlamchi gangrenoz appenditsit boshlanish davrlarida o'ng yonbosh sohada chuvalchangsimon o'simta infarkti tufayli kuchli og'riqlar bilan xarakterlanadi. Og'riqlar tez so'nadi, chunki nerv tolalari o'lishga ulgirgan bo'ladi.

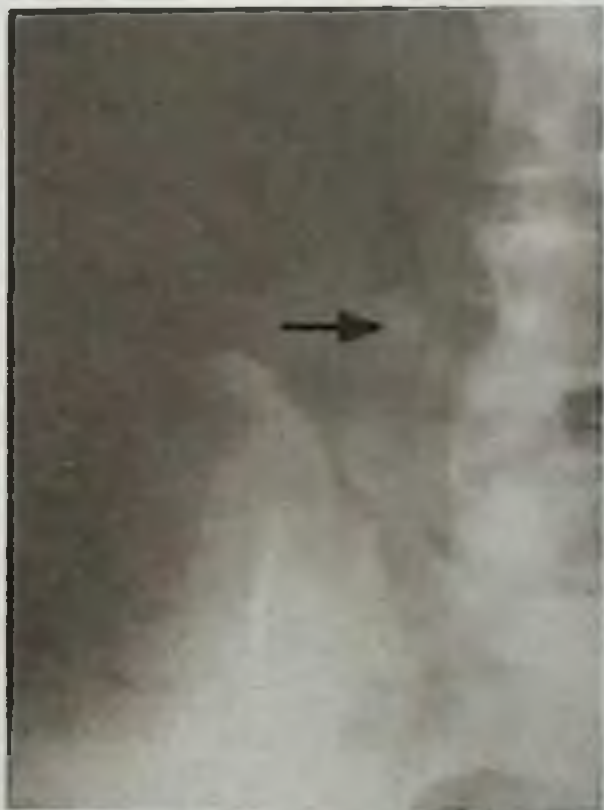
Diagnostikasi

O'tkir appenditsit diagnozi quyidagilarga asoslanib quyiladi:

- bemor shikoyati;
- anamnez ma'lumotlari (kasallik boshlanishi, xuddi shunday xurujlarning oldin ham kuzatilganligi va boshqalar.);
- ob'ektiv (klinik) tekshirishlardagi ma'lumotlari;
- differensial diagnostika natijalari;
- qon va siydik laborator tekshirish natijalari;
- yallig'lanishning umumiy klinik belgilari, intoksikatsiyaning mavjudligi;
- Instrumental tekshirish natijalari (qorin bo'shlig'ining obzor rentgenoskopiyasi, kompyuter tomografiyasi, ultratovush tekshirish, laparoskopik diagnostika va h.k.).

O'tkir appenditsit tipik klinik kechishida instrumental tekshirish o'tkazishga hojat qolmaydi.

O'tkir appenditsit diagnostikasida *rentgenologik tekshirish usulini* qo'llash maqsadga muvofiq emas. Qorin bo'shlig'i a'zolarini kontrastsiz obzor rentgenoskopiyasida chuvalchangsimon o'simta aniqlanmaydi. 80% bemorlarda bir yoki bir nechta kasallikning belvosita belgilari aniqlanadi: ko'richak va yonbosh ichak terminal qismida suyuqlik sathi, yonbosh ichak terminal qismi va yo'g'on ichak o'ng yarmida gaz to'planishi, ya'ni pnevmatoz, ko'r ichak medial konturining deformatsiyasi, yonbosh-bel mushagi (m. ileopsoas) konturining noaniqligi (17-rasm). Ayrim vaqtlarda appendikolitlarning soyalari aniqlanadi. Chuvalchangsimon o'simta perforatsiyasida ayrim vaqtlarda pnevmoperitoneum aniqlanadi.



17-rasm. Qorin bo'shlig'i a'zolarining obzor rentgenogrammasi. Chuvalchangsimon o'simta (strelka) proeksiyasida gaz bilan to'lgan ko'richak deformatsiyasi (bosilishi), yonbosh ichak bo'shlig'ining qisman kengayishi aniqlanadi.

O'tkir appenditsitda *ultratovush tekshirish (UTT)* usulining sezgirligi 85% ni tashkil qiladi, maxsusligi esa – 95%. Me'yorda chuvalchangsimon o'simta UTT yordamida aniqlanmaydi, chunki vizualizatsiyada uning strukturasi o'zgarishi yallig'lanish jarayoni bilan ifodalanadi. O'tkir appenditsitda ultratovushli kriteriyalarga quyidagilar kiradi: chuvalchangsimon o'simta devorida shish bo'lishi, datchik yordamida uni bosish imkoniyatining yo'qligi, chuvalchangsimon o'simta diametri 7 mm dan ziyot; o'simta ko'ndalang kesimida «nishon» ko'rinishida bo'lishi, bu

o'simta bo'shlig'ining gipoexogen kengayishi bilan ifodalanadi, ya'ni shiliq va mushak qavat aylanasi giperexogen qalinlashadi. Tekshirib ko'rilganda yonbosh ichak terminal qismining atoniyasi va ko'richak devorining shishi aniqlanadi, agar ular suyuqlik bilan to'lgan bo'lsa (18 - rasm).



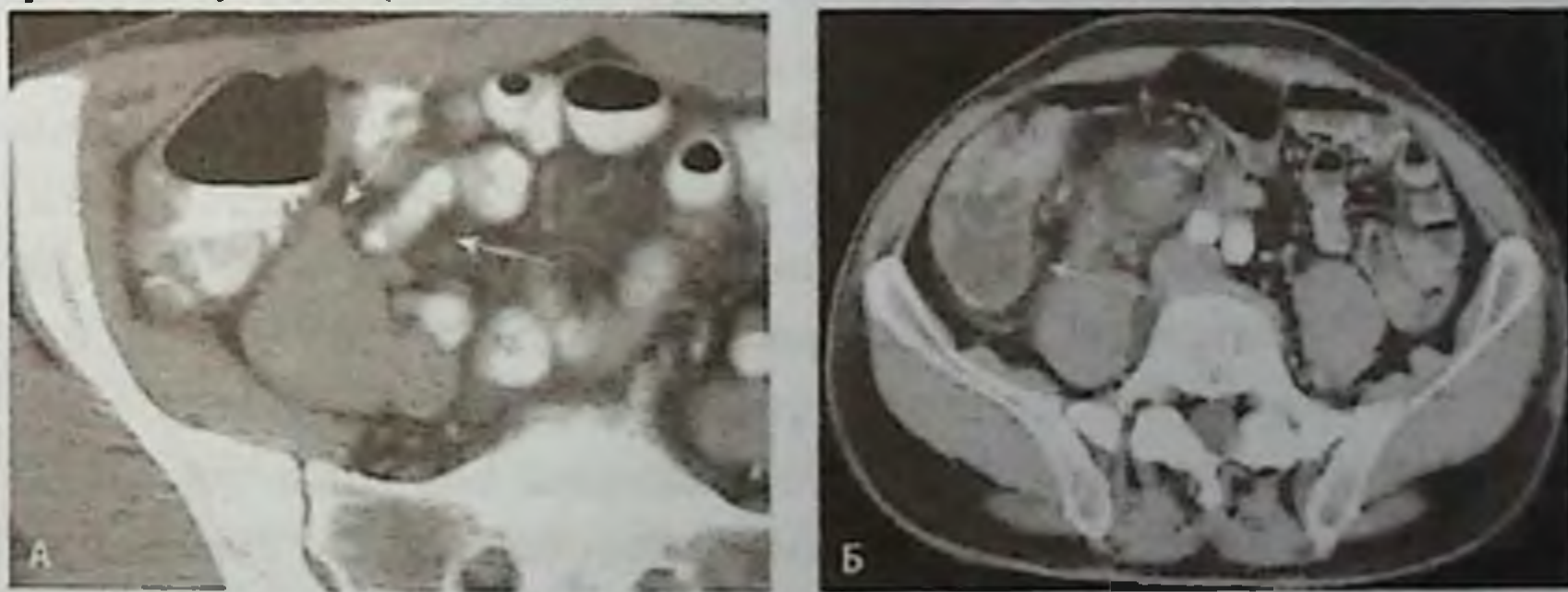
18-rasm. O'ng ileotsekal soha ul'trasonogrammasi: A-o'tkir appenditsit: appendiks diametrining kattalashishi – 11 mm (1); chuvalchangsimon o'simta devorining qalinlashishi – 4,3 mm (2); B-appendikulyar infiltrat (anexogen soha – chuvalchangsimon o'simta atrofida suyuqlik yig'ilishi)

O'tkir appenditsit rivojlanib borgan sari o'simta devori strukturasi qavatma-qavat bo'lishi yo'qoladi, o'simtaning gangrenoz o'zgarishi rivojlanishi natijasida uning konturlari yo'qoladi, yallig'lanish jarayoni chuvalchangsimon o'simtadan tashqariga tarqalganligi hisobiga yonbosh ichakdan ko'richakka o'tish joyi proeksiyasida (ileotsekal burchak) suyuqlik to'planadi, gaz pufakchalari bilan quyuc suyuqlik saqlovchi va qalin rigid devorga ega bo'lgan abscessning shakllanishi. UTT boshqa kasalliklar (mezadenit, Kron kasalligi, xolesistit va h.k.) belgilarini aniqlash imkoniga ega. Yallig'langan chuvalchangsimon o'simta va uning to'qimalari atrofida qon aylanishining kuchayishini hisobga olganda rangli doplerografiyaning o'tkir appenditsitga diagnoz quyishda imkoniyatlari yuqori ekanligini e'tirof etsa bo'ladi. Ma'lum bo'lishicha, gangrenoz appenditsitdan tashqari, chuvalchangsimon o'simtaning boshqa hamma yallig'lanishlarida o'simta devorida qon aylanishi kuchayadi, bu esa unda va uning atrofidagi to'qimada yallig'lanish jarayoni kechayotganligidan darak beradi.

Ayrim adabiyotlarda o'tkir appenditsitga diagnoz quyishda teri elektrotermometriyasi, termografiya, dozalangan gidrostatik irrigoskopiya usullaridan foydalanish mumkinligi to'g'risida aytib o'tilgan.

Amaliyotda ayrim vaqtlarda klinik belgilar, ultratovush va rentgenologik tekshirish natijalari shubhali bo'lganda, o'tkir appenditsitga diagnoz quyishda ko'pincha *kompyuter tomografiya (KT)* qo'llaniladi. O'tkir appenditsit borligini ifodalovchi kompyuter diagnostikasi kriteriylari sifatida chuvalchangsimon o'simtadagi yallig'lanish o'zgarishlari yoki appendikolit (chuvalchangsimon o'simta bo'shlig'ida toshlarning bo'lishi) bilan birgalikda peritsekal yallig'lanishlar bo'lishi mumkin. Kontrast moddalar diagnostik ahamiyatni oshiradi (tekshirishdan bir soat oldin vena ichiga kontrast yuboriladi). KT da zararlangan chuvalchangsimon o'simta nay tuzilishiga ega bo'lib, diametri 4 dan 20 mm gacha borib etadi va devori qalinlashadi; peritsekal reaksiya qovushqoqligi yoki ko'richak atrof chegarasining noaniqligi bilan kechadi; shuningdek appendikolitlar aniqlanishi mumkin (19 - rasm).

Peritsekal yallig'lanish o'zgarishlarini differensial diagnostikasida KT muhim ahamiyatga ega, xususan flegmonalar yoki abscesslarni farqlashda. Asoratlangan appenditsitda KT muvaffaqiyatli qo'llaniladi, aynan appendikulyar infiltratni ko'r ichak o'smasidan differensial diagnostika qilish maqsadida (20-rasm).



19-rasm. O'tkir appenditsit diagnostikasida qorin bo'shlig'i multispiral kompyuter tomografiyasini qo'llash: A – o'tkir appenditsit: chuvalchangsimon o'simtaning qalinlashishi (strelka), periappendikulyar kletchatkaning yallig'lanishi (uzlukli strelka); B – o'tkir appenditsit: peritsekal yallig'lanish (peritiflit, strelka bilan ko'rsatilgan), ko'richak devorining qalinlashishi.



20-rasm. O'tkir appenditsitning laparoskopik diagnostikasi. Laparoskopiyada o'tkir flegmonoz appenditsit, mahalliy chegaralanmagan seroz peritonit aniqlandi.

Differensial diagnostika natijalari shubhali bo'lganda, laparoskopik diagnostika va hattoki diagnostik laparotomiyani qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi (Koup qoidasi – kasallik boshlangganidan 6 soat davomida va simptomatika saqlanib qolganda diagnozni aniqlash imkoni bo'lmaganida laparotomiya bajarish). Hozirgacha «sharsimon katetemi» yuborgan holda laparotsentez ham o'z diagnostik ahamiyatini yo'qotmagan.

O'tkir appenditsitning laparoskopik belgilari bevosita va bilvosita belgilarga bo'linadi. Bevosita belgilariga quyidagilar kiradi: chuvalchangsimon o'simta devorining taranglashishi, visseral qorin pardaning giperemiyasi, o'simta seroz qavatida kichik nuqtali qon quyilishlarining bo'lishi, fibrin bilan qoplanishi, chuvalchangsimon o'simta tutqichining infiltratsiyasi. Kasallikning bilvosita belgilariga quyidagilar kiradi: qorin bo'shlig'ida xira suyuqlikning bo'lishi (ko'pincha o'ng yonbosh chuqurchada va kichik chanoq bo'shlig'ida), o'ng yonbosh sohada parietal qorin pardaning giperemiyasi, ko'richak devorining giperemiyasi va infiltratsiyasi. O'tkir appenditsitda laparoskopiyaning diagnostik aniqligi 95-98% tashkil qiladi.

Differensial diagnostikasi

Chuvalchangsimon o'simtaning atipik joylashuvida (jigar osti, siydik chiqarish yo'llari atrofi, kichik chanoq bo'shlig'i) o'tkir xolesistit, urologik va ginekologik kasalliklar bilan differensial diagnostika qilishga zaruriyat to'g'iladi.

O'tkir xolesistit o'tkir appenditsitdan farqli ularoq, og'riq o'ng qovurga yoyi ostida o'tkir boshlanib, o'ng elka va kurakka tipik irradiatsiya beradi. Bu o'tkir xolesistitning boshlang'ich davri bo'lib, o't (jigar) sanchig'i nomi bilan mashhurdir va ko'proq ko'p marotabali ovqat va saftoli qusish bilan birga kechadi.

Bemordan so'ralganda bu xurujli og'riqlar ko'p marotaba bo'lganligi, parhezni buzish, yog'li ovqat va alkogoliste'mol qilganligi bilan bog'laydi, aniq bo'ladi. Ayrim hollarda xuruj o'tib ketuvchi sarg'ayish bilan kechadi. Bu anamnestik ma'lumotlar o'tkir xolesistit uchun xosdir.

Qorin tekshirib kurilganda shuni nazarda tutish kerakki, chugalchangsimon o'simtaning yuqori joylashuvida maksimal og'riq va mushaklar taranglashuvi o'ng qovurg'a yoyining ko'proq lateral sohasida, o'tkir xolesistitda esa ko'prok medial sohalarda kuzatiladi. O'tkir xolesistitda ko'p hollarda kattalashgan, taranglashgan va keskin og'riqli o't pufagi paypaslanadi.

O'tkir xolesistitda tana harorati o'tkir appenditsitga nisbatan yuqoriroqdir, leykotsitoz dinamikasida ikkala kasallikda deyarli farq yo'q.

Muhim axborotni o't xaltani ultratovush tekshirishda olish mumkin. Bu tekshirish usuli o't pufagi da kechayotgan yallig'lanish belgilarini (o't pufagi hajmi kattalashuvi, devorlari qalinligi) aniq kuzatish mumkin. O'tkir appenditsit diagnostikani ultratovushli verifikatsiya qilish hamma vaqt ham imkoniyati bo'lmaydi.

O'ng tomonlama buyrak sanchig'i qoidaga ko'ra, o'ng bel yoki o'ng yon pastki sohada tumtoq, balki qattiq o'tkir og'riqlar bilan boshlanadi. Ayrim hollarda reflektor xarakterdagi qusish kuzatiladi. Tipik hollarda og'riq o'ng songa, oraliqqa, jinsiy a'zolarga uzatilib, dizuriya, ya'ni og'riqli tez-tez peshobga chiqish bilan kechadi. Shuni aytib utish kerakki, dizurik belgilar o'tkir appenditsitda chugalchangsimon o'simta o'ng buyrakka, siydik pufagi va siydik nayiga yaqin joylashganda ham kuzatilishi mumkin. Differensial diagnostikada anamnez muhim rol uynaydi: o'tkir appenditsitda yuqorida aytib o'tilgan kabi irradiatsiyatsiya joylarda qattiq, sanchuvchi og'riqlar bulmaydi.

Tekshiruv paytida buyrak sanchig'i bor bemorlarda qorin sohasida intensiv og'riqlar, qorin parda kuzg'alish belgilari kuzatilmaydi.

Diagnoz quyishda shubha tug'ilganida siydikning laborator tekshiruvi va sharoit to'g'ri kelsa shoshilinch ekskretor urografiya yoki xromotsistoskopiya so'ng barham topadi. Ba'zida peshobning makroskopik tekshiruvda qizil rangda (makrogematuriya), mikroskopik tekshiruvda yangi eritrotsitlarning (mikrogematuriya) bo'lishi aniqlanadi.

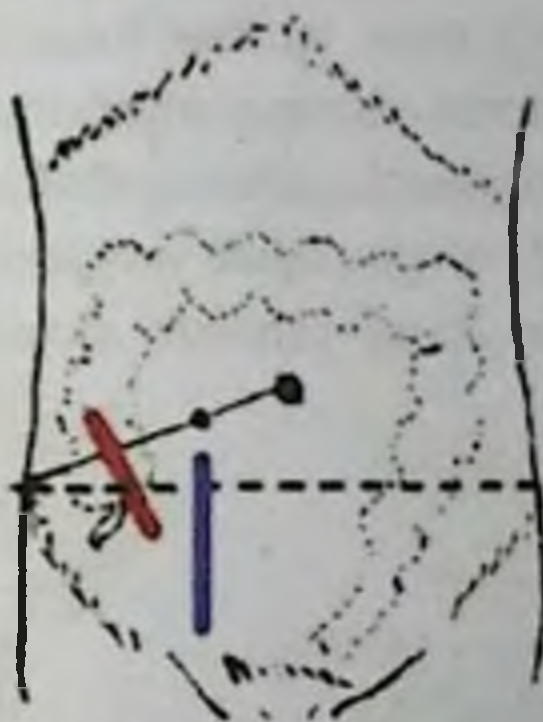
O'ng tomonlama pielitning (pielonefrit) o'tkir appenditsit bilan differensial diagnostikasi buyrak sanchig'iga nisbatan murakkabroq. Kasallik qoidaga ko'ra bel-yonbosh va mezogastral sohada tumtoq og'riqlar bilan boshlanadi. Qusish va dizuriya boshida bo'lmasligi ham mumkin. 1-2 kun o'tgandan so'ng tana harorati (39°S gacha) ko'tariladi. Albatta, bu holda ham anamnez muhim o'rin tutadi, negaki pielit ko'proq siydik-tosh kasalligida, homiladorlikda, prostata bezi adenomasida va boshqalarda siydik ajralishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Ta'kidlab o'tish kerakki, pielitda mezogastral va yonbosh sohalarda og'riq kuzatiladi, bunda o'tkir appenditsitning retrosekal, retroperitoneal shaklidan farqlash zarur, Obrazsovning Psoas-simptomi musbat bo'ladi.

Davolash taktikasi

O'tkir appenditsitga biroz bo'lsa ham shubha tug'ilganida, kasallik klinik kechishining tez rivojlanib borishini va kasallik asoratlarini oldini olish maqsadida xirurgik muolajani o'z vaqtida bajarish muhim ekanligini hisobga olgan holda bemorni xirurgiya bo'limiga zudlik bilan yotqizish zarur. Diagnozga shubha bo'lganida ko'p marotaba klinik ko'riklar, laborator tahlillar (leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi), ultratovush tekshirish va hattoki kerak bo'lsa laparoskopik diagnostika qilib bemorni aktiv kuzatish kerak. «O'tkir appenditsit» diagnozi quyilganidan so'ng urgent tartibda appendektomiya operatsiyasini bajarish zarur. Operatsiya qanchalik erta bajarilsa, shunchalik u xavfsiz va samarali kechadi. Diagnoz quyilganidan so'ng 2 soatdan kechikmasdan operatsiya bajarilishi kerak (kasallik tarixida albatta bemorni shifoxonaga yotqizilgan vaqti va diagnoz quyilgan vaqti yozilishi shart). Ayrim vaqtlarda ob'ektiv sabablarga (bemor terminal holati, operatsiyadan oldin tayyorgarlik zarurligi va h.k.) ko'ra diagnoz quyilganidan so'ng operatsiya bajarilishini kechiktirish mumkin, bu ham albatta kasallik tarixida yoritilishi kerak. Laparoskopik diagnostika vaqtida ehtiyotlik bilan «instrumental palpatsiyada» o'tkir destruktiv appenditsit bo'lib, abscess belgilari

bo'lmagan appendikulyar infiltrat bilan asoratlanib to'qimalarni ajratish imkoni bo'lmaganda istisno tariqasida shoshilinch ravishda operativ muolaja bajariladi.

O'ng yonbosh sohada Mak-Burney nuqtasidan, qiyshiq Volkovich-D'yakonov kesmasi – klassik appendektomiya uchun ishonarli kesim hisoblanadi (rasm 21). Differensial diagnostikada shubha bo'lsa yoki o'tkir appenditsitning asoratlari bo'lganida appendektomiya Lenander kesimi yoki o'rta laparotomiya orqali bajariladi.



21 - rasm. Appendektomiya uchun qo'llaniladigan xirurgik kesmalar: qizil rangda Volkovich-D'yakonov kesmasi, ko'k rangda Lenander kesimi.

Appendektomiya operatsiyasi qoyidaga ko'ra umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi (vena ichiga yoki intubatsion narkoz), kam holatlarda – operativ muolaja hajmi va operativ kesimni inobatga olgan holda navokain eritmasini qo'llab mahalliy infiltratsion anesteziya ostida bajariladi. O'tkir destruktiv appenditsit asorati bo'lganida umumiy og'riqsizlantirish absolyut ko'rsatma hisoblanadi.

Appendektomiya urgent abdominal xirurgiyada tarqalgan operatsiya ekanligini hisobga olsak, uning har xil klinik holatlarda, shuningdek o'tkir appenditsitga xatolik bilan diagnoz quyilganda bajarilish usulini va xususiyatlarini aytib o'tish joyiz.

Volkovich-D'yakonov usulida teri kesimini bajarish uchun qo'yidagi mo'ljallardan foydalaniladi: kindik va o'ng tomonlama yonbosh suyak oldingi yuqori usig'ini birlashtiruvchi chiziq uchta bir xil qismlarga bo'linib, tashqi va o'rta uchlikdagi chegarada (Mak-Burney nuqtasi) 10-12 sm

uzunlikdagi kesim qilinadi, bunda kesimning $1/3$ qismi ta'kidlab o'tilgan chiziqdan yuqorida va qolgan $2/3$ qismi chiziqdan pastda bo'ladi. Teri va teri osti yog' qavati kesilgandan so'ng batamom qon ketishi to'xtatiladi, tashqi qiyshiq mushak aponevrozi uning tolalari yo'nalishda kesiladi va jarohatning yuqori burchagida mushakkacha etadi yoki kerak bo'lsa mushak ham o'z tolalari yo'nalishida travmatizatsiyani kamaytirish maqsadida kesiladi (22-rasm). Bundan keyin ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarda kichik ko'ndalang kesim qilinadi va ular kengaytirgichlar yordamida yon tomonlarga tumtoq yo'l bilan teridagi kesimga nisbatan perpendikulyar ravishda suriladi (23-rasm). Aytib o'tilgan mushaklar ochilganidan so'ng odatda ularga yopishib turgan ko'ndalang fassiya va qorin parda aniqlanadi. Qorin pardaga yopishib turgan ichak qovuzloqlarini jarohatlab qo'yishni oldini olish maqsadida uning ochilishi alohida ehtiyotlik bilan amalga oshiriladi.



22-rasm. Tashqi qiyshiq mushak aponevrozini kesish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)



23-rasm. Ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklarni tumtoq yo'l bilan yon tomonlarga surish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)

Bu maqsadda qorin parda pinsetlar bilan ushlanib (27-rasm), uning tagiga qaychi branshalari yaqinlashtiriladi, ular qorin parda qavatlari orasidan yaxshi ko'rinishi kerak, bu esa kesim mo'ljallangan joyda ichak qovuzloqlari yo'qligidan darak beradi va qorin parda kesiladi (qorin parda kesimining uzunligi 2-3 sm) (24-rasm). Qorin bo'shlig'ida patologik

suyuqlik bo'lsa, marleli tupfer yordamida bakteriologik tekshirish bajarish uchun suyuqlik olinadi, keyinchalik suyuqlik evakuatsiya qilinadi. Antiseptik eritmalarda namlangan salftkalar yordamida qorin bo'shlig'i operatsion jarohatdan chegaralanadi. Qorin bo'shlig'iga kirib ko'richakni topishga harakat qilinadi, topilgandan so'ng u imkoniyati boricha chuvalchangsimon o'simta bilan birgalikda jarohatga chiqariladi (25-rasm).

Ko'richak ingichka ichakdan ko'ndalang lentolari borligi bilan farqlanadi. Agar bitishmalar hisobiga uni jarohatga chiqarish imkoni cheklangan bo'lsa, ularni ehtiyotlik bilan ajratishga urinib kurish zarur. Qorin bo'shlig'iga yopishgan va jarohatga chiqarib olish imkoni bo'lmagan chuvalchangsimon o'simta bo'lsa, uning asosiga qalin ip o'tkaziladi, ko'richakning gumbazi esa qorin bo'shlig'iga to'g'rilanadi.



24-rasm. Ikkita pinset orasida qorin pardani kesish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)



25-rasm. Jarohat yo'nalishi bo'ylab qorin pardani kesish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)

Keyin esa, ipni tortgandan so'ng o'simta mobilizatsiyasiga qiyinchilik tug'dirayotgan bitishmalar aniqlanadi va ular o'tkir va o'tmas yo'llar bilan ajratiladi, bu bilan chuvalchangsimon o'simtani kuch bilan tortib, uzib olishni oldini olish mumkin (26-rasm). Chuvalchangsimon o'simtani jarohatga chiqarib olish imkoni bo'lmaganda appendektomiya retrograd usulda bajariadi.



26-rasm. Operatsion jarohatga ko'richak (a.) va chuvalchangsimon o'simtani (b.) chiqarish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha).

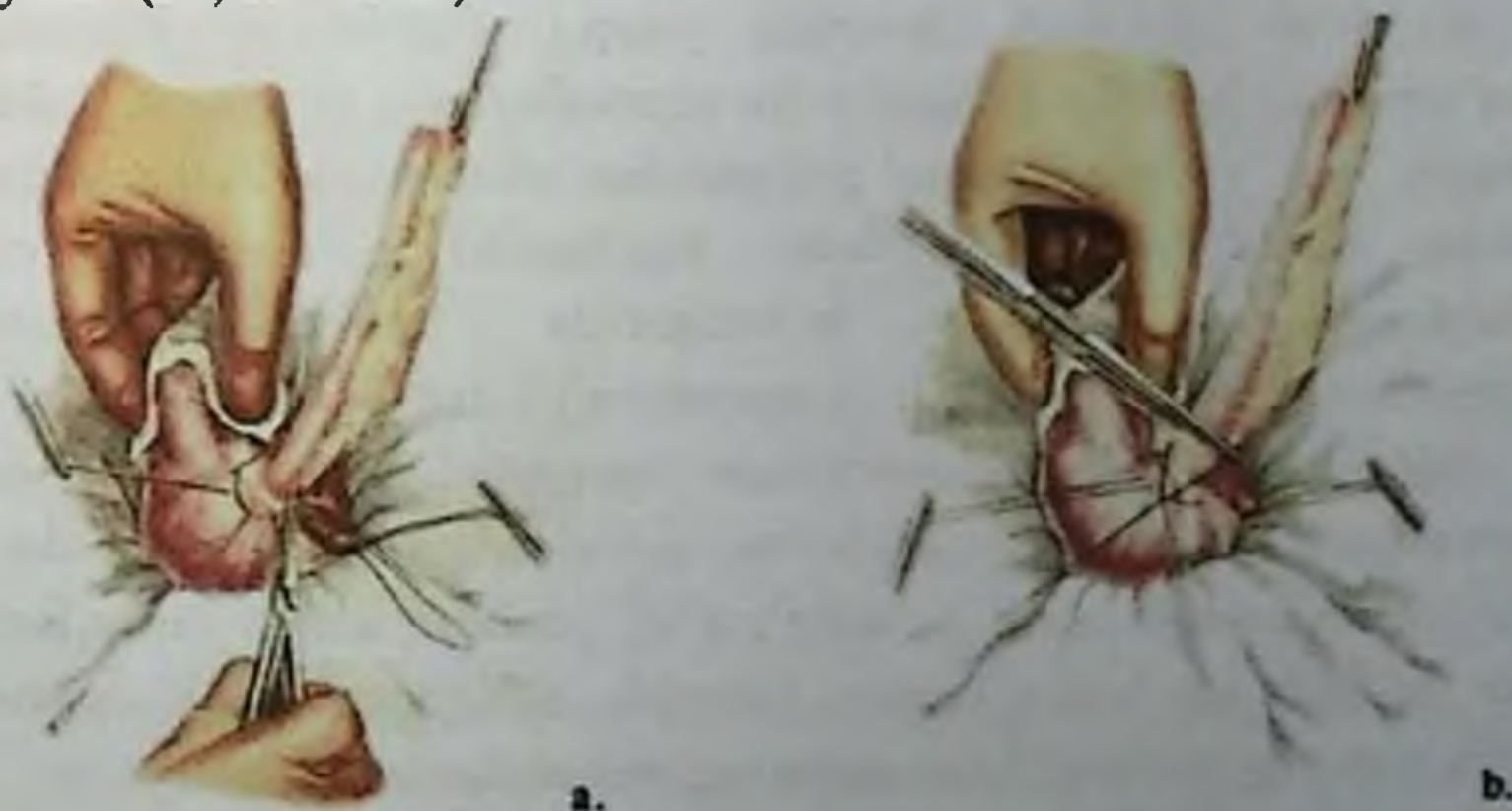
Chuvalchangsimon o'simtani jarohatga chiqarib olish imkoni bo'lgan holatlarda klassik *antegrad appendektomiya* bajariladi. Chuvalchangsimon o'simta asosidan ip o'tkazilib, o'simta tutqichi bog'lanadi va u ipdan yuqoriroqda kesiladi.

Bunda cho'ltoq uzunligi 0,3-0,4 mm bo'lishi kerak, ya'ni *a. appendicularis* ham bog'langanligiga ishonch hosil qilish kerak (27-rasm). O'simta tutqichi uzun bo'lganida, ya'ni bir martadan uni bog'lab, kesib olish imkoni bo'lmasa, qisqichlar yordamida bosqichma-bosqich qisilib, kesiladi va bog'lanadi. O'simta tutqichi siyrak to'qimadan iborat bo'lsa u tikilib, bog'langanligi maqsadga muvofiqdir. O'simta butun buyi buylab tutqichi ajratilgandan so'ng, uning asosida qisqich quyiladi, o'simta qisqich quyilgan joydan pastroqda ketgut, vikril yoki boshqa biron bir suriluvchi materialdan iborat bo'lgan ip bilan bog'lanadi. Ajratilgan chuvalchangsimon o'simtani ko'tarib, uning asosidan 1-1,5 sm uzoqlikda kiset usulida seroz-mushak choki quyiladi (31-rasm). Bunda 3/0, 4/0 sintetik iplarni qo'llab atravmatik ignalardan foydalanish maqsadga muvofiq bo'ladi, shu bilan birga igna kirish chuqurligini ham nazorat qilish zarur, ya'ni igna ichak bo'shlig'iga tushmasligi kerak.



27-rasm. Chuvalchangsimon o'simta tutqichini bog'lash va kesish
(V.N. Voylenko va bq. bo'yicha)

Keyin qo'yilgan kiset chokdan 0,4-0,5 sm balandroqda o'simtaga qisqich quyiladi, o'simta asosi bog'langan ip va qisqich o'rtasidan chuvalchangsimon o'simta kesiladi. O'simta cho'ltog'i 5% yod eritmasi yoki boshqa antiseptik bilan bilan ishlov berilib, kiset chok ichiga cho'ktiriladi, chokni xirurgning o'zi tortib bog'laydi. Bundan so'ng qo'shimcha ravishda o'sha usul bilan kiset chok ustidan Z-simon chok qo'yiladi (28, 29 - rasm).



28-rasm. Chuvalchangsimon o'simta asosiga kiset chok qo'yish (a.), kiset chokdan yuqoriroqda o'simtani bog'lash (b.) (V. N. Voylenko va bq. bo'yicha).



29 – rasm. Chuvalchangsimon o'simtani kesish (a), chuvalchangsimon o'simta cho'tog'ini kiset chokiga cho'ktirish (b), ustidan Z simon chok qo'yish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha).

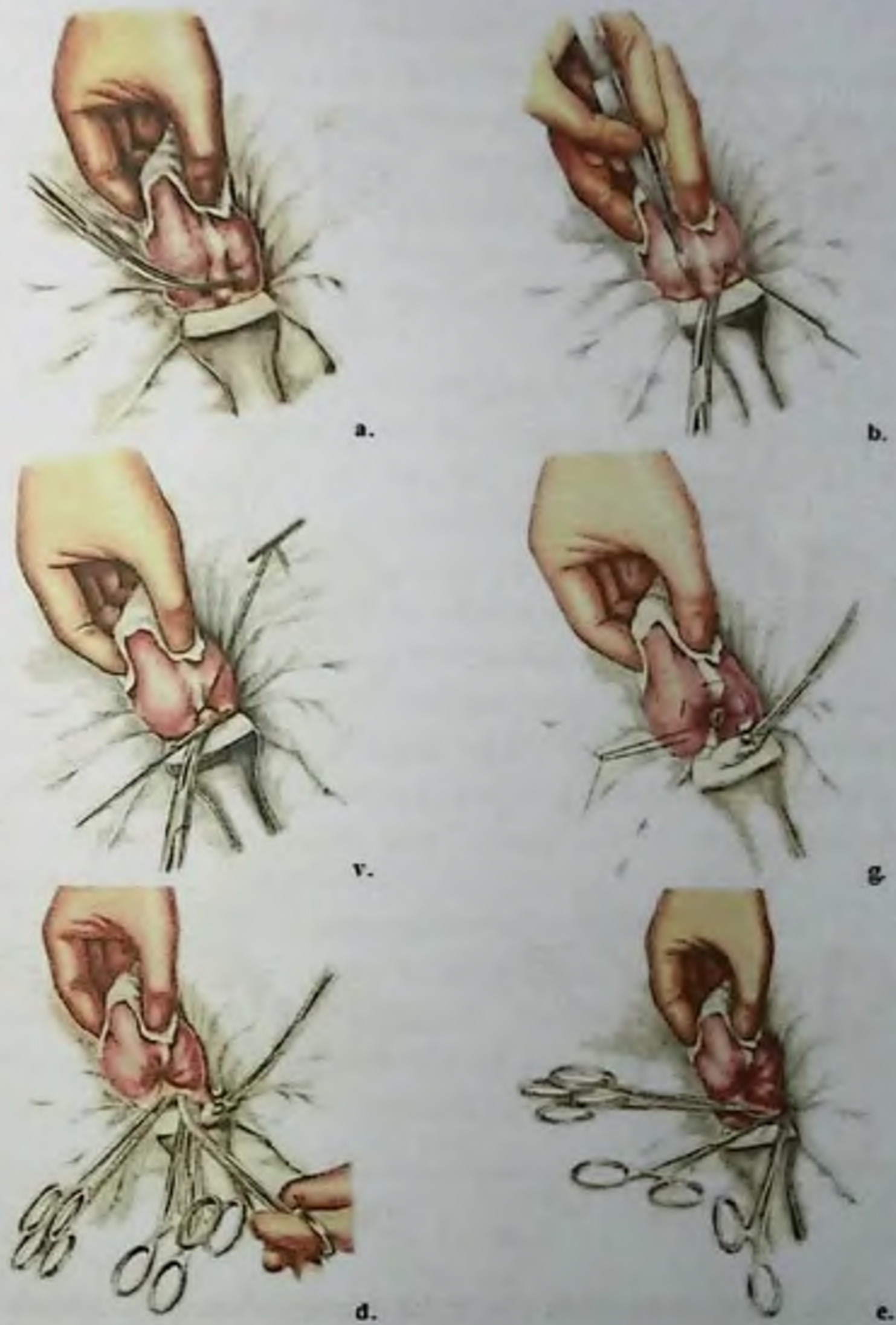
Ko'richak qorin bo'shlig'iga to'g'rilanib yuboriladi.

Chuvalchangsimon o'simta retrosekal joylashib, uni jarohatga ko'richak bilan birgalikda chiqarib olish imkoni bo'lmasa, *retrograd appendektomiya* bajarish maqsadga muvofiq bo'ladi (30, 31 - rasm).

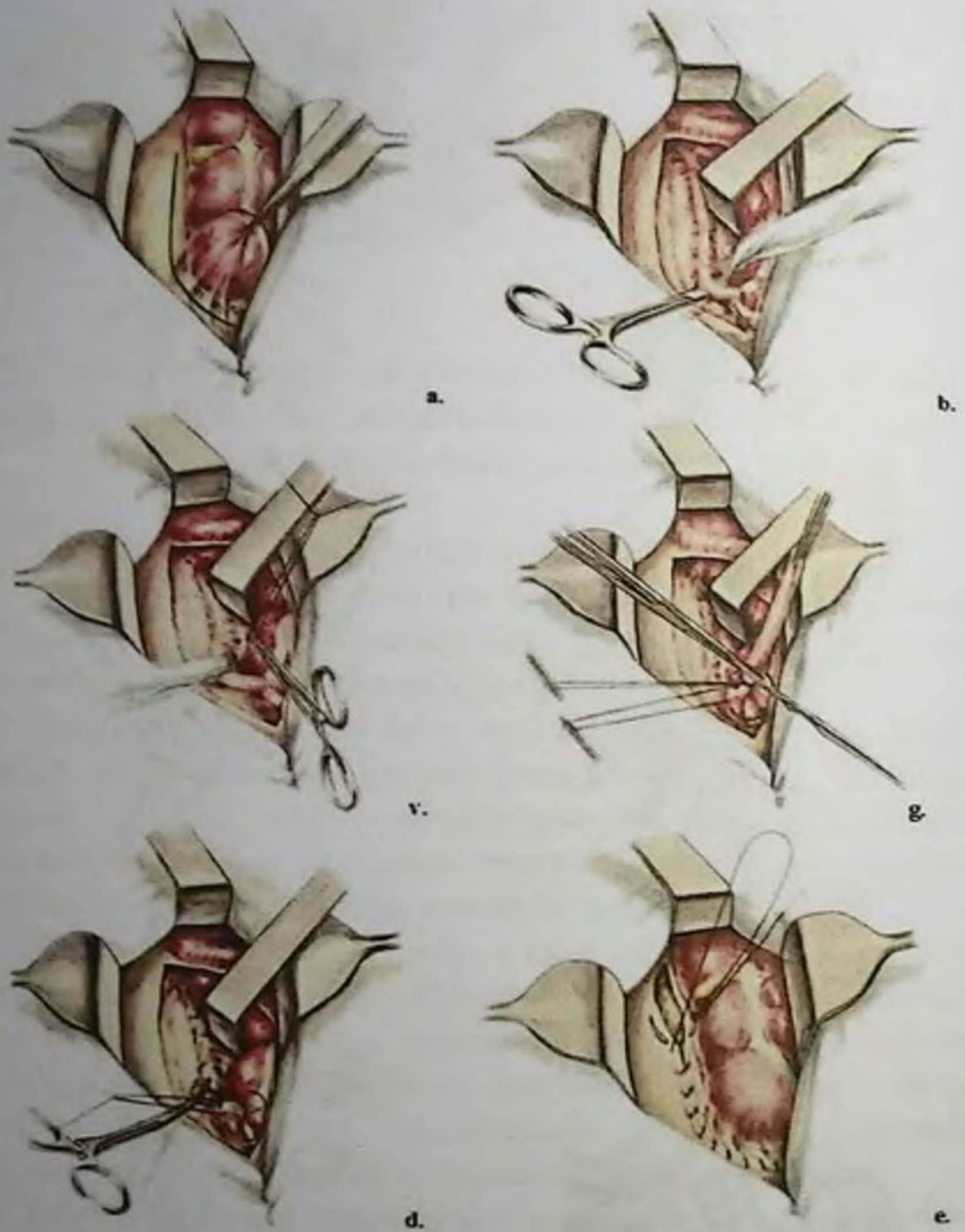
Chegaralangan peritonit bilan asoratlangan o'tkir appenditsitning destruktiv shaklida ko'richak gumbazi devorida yallig'lanish o'zgarishlari borligini inobatga olib, chuvalchangsimon o'simta gumbazini peritonizatsiya qilishda kiset chok emas, balki alohida seroz-mushak choklarida foydalanish maqsadga muvofiq bo'lar edi.

Ko'richak gumbazi devorida yaqqol ifodalangan destruktiv-yallig'lanish o'zgarishlar bo'lgan o'tkir appenditsitning gangrenoz shaklida ligaturali usul (peritonizatsiya qilinmasdan chuvalchangsimon o'simta asosidan surilmaydigan ip bilan bog'lanadi) qo'llaniladi, uning mustahkamligiga ishonch bo'lmaganida ko'richak gumbazi ekstraperitonizatsiyasi bajariladi va operatsion jarohat qisman tikiladi.

Oddiy, flegmonoz appenditsitda operatsiyadan keyingi jarohat qavatma-qavat tikiladi, kerak bo'lsa polixlorvinil va silikon drenaj naylardan foydalanib qorin bo'shlig'i o'ng yonbosh sohasi drenajlanadi (qorin bo'shlig'ida yallig'langan suyuqlik borligidan darak beruvchi kasallik mahalliy peritonit bilan asoratlangan holatlarda).



30-rasm. Retrograd appendektomiya: a. chivalchangsimon o'simtani asosidan qisish; b. chivalchangsimon o'simtani asosidan bog'lash; v. o'simtani kesish; g. o'simta cho'ltog'ini kiset chokka cho'ktirish; d. qon to'xtatuvchi qisqichlar orasida o'simta tutqichi va bitishmalarni kesish; e. chivalchangsimon o'simta tutqichini tikis hva bog'lash (V. N. Voylenko va bq. bo'yicha).



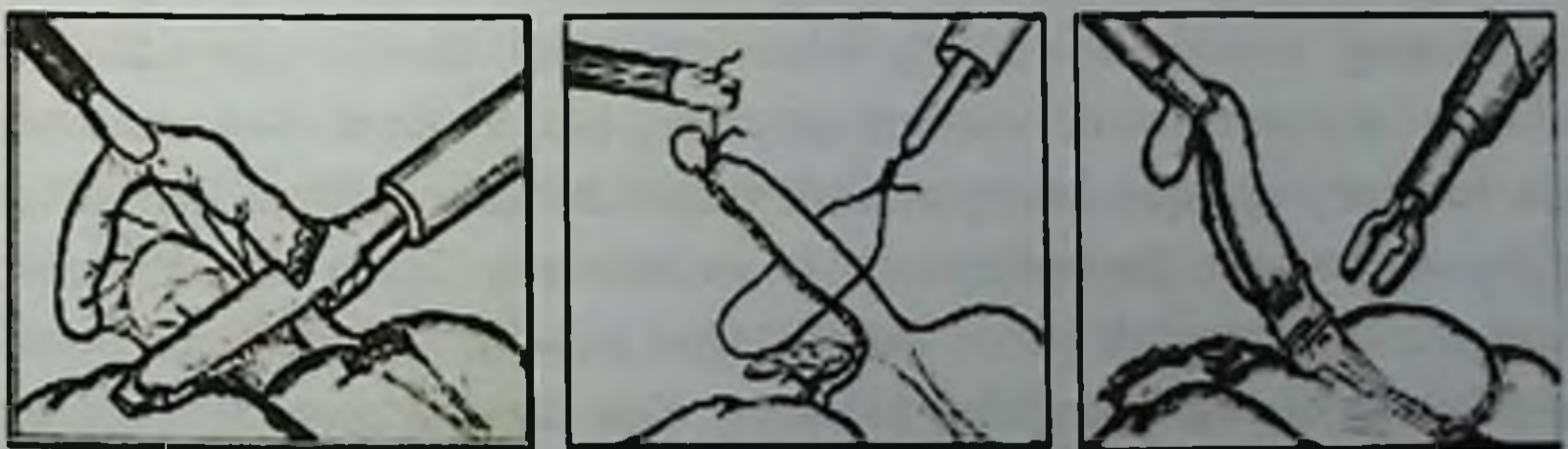
31-rasm. Qorin parda ortida chuvalchangsimon o'simta joylashganida appendektomiyani bajarish: a. parietal qorin pardani kesish chizig'i; b. chuvalchangsimon o'simta asosining ostiga marlili tasmani o'tkazish; v. o'simtaga keladigan qon tomirlarni bog'lash; g. o'simtani kesib olish; d. o'simta kesib olingan va o'simta chultog'i kiset chokka cho'ktirilmoqda; e. parietal qorin pardani tikish (V.N. Voylenko va bq. bo'yicha).

Appendektomiyaning murakkab turlardan biri – bu chuvalchangsimon o'simta qorin parda ortida *retroperitoneal* joylashishidir. Uni bajarishda qorin tug'ri mushagining qini qirrasini kesilib, ichki qiyshiq va ko'ndalang mushaklar maksimal ravishda yonga surilishi hisobiga an'anaviy xirurgik kesim kengaytirilishi talab qilinadi. Keyin esa chuvalchangsimon o'simta asosidan tasma o'tkazilib, o'ng yon kanal parietal qorin pardasi kesilishi hisobiga ko'richak gumbazi molizatsiya qilinib, medial tomonga suriladi.

Ko'richak atrofidagi yog' kletchatkasiga o'tib, ehtiyotlik bilan butun uzunasi buylab chuvalchangsimon o'simta ajratiladi. Bunda a. appendicularisni farqlab, uni bog'lash juda muhim. Shundan so'ng appendektomiya an'anaviy usulda davom ettiriladi.

Hozirgi kun jarrohlik amaliyotiga, yangi texnologiyalar: tejamkor va kam invaziv usul, hamda uslublar shiddat bilan kirib kelmoqda, ularga alohida ahamiyat berilmoqda. Jarrohlik amaliyotida ularni qo'llash, nafaqat operatsiyalar jarayonida yuzaga keladigan jarohat darajasini kamaytirishga, bu bilan birga uning samaradorligini oshirishga va asoratlarni sonini keskin kamaytirishga olib keladi. Shuning uchun, ushbu kasallikda, bugungi kunda tobora keng qo'llanilayotgan usul – laparoskopik appendektomiyaga to'xtalib o'tamiz (32-rasm).

Laparoskopik appendektomiyani bajarish uchun, kindik va uning atrofini punksiya qilib, qorin bo'shlig'iga CO₂ gazi yuborin orqali pnevmoperitoneum vujudga keltiriladi. Maxsus troakarlar orqali qorin bo'shlig'iga mujazgina videokamera va endoxirurgik asboblarni kiritilib, chuvalchangsimon o'simta olib tashlash jarrohlik amaliyoti bajariladi.



32-rasm. Laparoskopik appendektomiyaning turlari (Endo GIA steplerini, Rouder sirtmog'ini va qisqich klipsa qo'llash orqali).

O'tkir appenditsit asoratlari

Appendikulyar infiltrat (chegaralangan peritonit) – ingichka ichak qovuzloqlari, katta charvi, yo'g'on ichakning bir-biri va parietal qorin pardasi bilan qo'shilib ketgan birgalikdagi yallig'lanishi bo'lib, uning markazini yallig'langan chuvalchangsimon o'simta va atrofida yig'ilgan ekssudat tashkil etadi. Uning vujudga kelishi negizida, inson organizmining qorin bo'shlig'ida joylashgan biror-bir a'zosida yallig'lanish jarayoni paydo bo'lsa uni chegaralash yoki cheklash maqsadida, unga boshqa a'zolarning kelib yopishishi yotadi. Odatda bu jarayon, kasallik boshlanishining 3-4 sutkasidan boshlab, yallig'langan chuvalchangsimon o'simtaga yaqin joylashgan barcha a'zolar uni o'rab oladi va appendikulyar infiltrat shakllanadi. Kuchli og'riqlar bu jarayon boshlanishi bilan bosilib, simillaydigan holga o'tadi. Qorin paypaslab ko'rilganda, o'ng yonbosh sohasida zich-elastik konsistensiyali o'smasimon tuzilma aniqlanadi. Odatda u harakatsiz, chanoq kletchatkasi bilan qo'shilib ketgan bo'ladi. Appendikulyar infiltrat operatsiyaga birdan-bir monelik qiladigan hol hisoblanadi va muolaja yo'li bilan davolanadi. Uning kechuvida asosan 2 yo'nalish mavjud bo'lib, so'rilib ketishi yoki yiringlashi mumkin bo'ladi.

Shuni aniqlash maqsadida, har kuni bemorga ultratovush yordamida tekshiruvlar o'tkazib turish lozim bo'ladi. Maqsadga muvofiq o'tkaziladigan antibakterial muolaja (antibiotiklar va sulfanilamid preparatlari) tayinlangandan keyin, tana harorati asta-sekin pasayadi, infiltrat o'lchami kichrayadi, leykotsitlar miqdori normaga keladi. Boshdan kechirilgan appendikulyar infiltratdan keyin bemorlarni 3 oydan keyin surunkali appenditsit bor bemorlar sifatida operatsiya qilinadi.

Appendikulyar absess – appendikulyar infiltratda yallig'lanish jarayonining yiringlashga o'tishi bilan izohlanadi. Bunda, appendikulyar infiltratni konservativ davolashga qaramay, bemor ahvol yomonlashadi, tana harorati, ayniqsa kechqurunlari yuqori bo'ladi. Infiltrat sohasidagi og'riq kuchayadi, paypaslaganda u yumshoqroq holga o'tadi, uning chegaralarida noaniqlik paydo bo'ladi. Qon tahlilida leykotsitozga ortishi qayd etiladi. Bunda yiringlikni (absess), iloji boricha qorin bo'shlig'iga tarqatmasdan, tashqariga ochish va uni drenajlash zarur bo'ladi.

Tarqalgan yiringli peritonit - o'tkir appenditsitning kechishini 1% hollarda qiyinlashtiradi, ammo teshilgan appenditsitda asoratlari chastotasi

8-10% gacha oshadi. Tarqalgan yiringli peritonit o'tkir appenditsit letalligining asosiy sababi hisoblanadi.

Tarqalgan yiringli peritonit kelib chiqishiga asosiy sabab bemorning statsionarga kech murojat qilishi va kam hollarda texnik xatoliklar yoki operatsiya vaqtida erkin qorin bo'shlig'ida appendikulyar abscessni aniqlamay qolish oqibatida kelib chiqadi.

Tarqalgan peritonit klinik ko'rinishlari yaxshi o'rganilgan. chuvalchangsimon o'simta teshilishi bilan statsionarga tushgan bemorda qorinning klassik yallig'lanishining belgilari kuzatiladi: teri rangi oqargan, adinamiya, ko'p marotaba qayt qilish, pulsi siyraklashgan, tili quruq, qonni devoni taranglashgan. Qorinning boshqa simptomlari ham oson aniqlanadi: Shotkin-Blyumberg, Voskresenskiy, kichik chanoq bo'shlig'i tekshirilganda og'riq aniqlanadi. Shuning uchun tarqalgan peritonitni diagnostika qilish unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Anamnez va peritonit dinamikasini bilgan holda uning sababini aniqlash qiyin emas.

Operatsiyadan keyingi peritonit klinik ko'rinishlari boshqacha bo'ladi. Bu erda chuvalchangsimon o'simtaning teshilishi bilan bog'liq og'riq fenomenlari kuzatilmaydi, og'riqlar doimiy bo'lishi operatsiyadan keyingi travma oqibatidagi og'riq bilan bog'liq. Qorin bo'shlig'ini rivojlanuvchi taranglashishi ham kuzatilmaydi. Ammo teskari ichak parezi va og'riqning barcha qismlarida bir xil tarqalishi oqibatida qorin shishgan bo'ladi. Shunga qaramasdan Shotkin - Blyumberg simptomi odatda yaxshi aniqlanadi. Ko'rsatilgan simptomlar operatsion travmalar bilan ham bog'liq.

To'liq diagnoz quyish uchun temperatura egniligining gektik xarakteri, qon formulasi yiringli – toksik siljishi va boshqa yallig'lanish reaksiyalari katta ahamiyatga ega. Qorin bo'shlig'ida infeksiya qolganda keltirilgan peritonit simptomlari operatsiyadan keyin 5-7 kunlarda maksimum darajasiga chiqadi. Operatsiyadan keyingi davrda normal kechishida, bu davrda kasallik belgilari yo'qoladi va harorati normaga tushadi.

Tarqalgan yiringli peritonit chuvalchangsimon o'simtaning teshilishi oqibatida yoki appenditsitdan keyin 2-lamchi kelib chiqqan bo'lsa ham shoshilinch laparatomiya qilish tavsiya etiladi. Lekin juda og'ir bemorlarda operatsiya tavsiya qilingan bo'lsada, operatsiya shoshilinch ravishda qilinmaydi. Bunday bemorlarda operatsiyaga tayyorgarlik tavsiya etiladi, bemorlar energetik balansi tiklanadi. Bu buzilgan gomeostaz korreksiyasida,

birinchi navbatda gipovolemiyada, yurak funksiyasi buzilganda, elektrolit buzilishlarda tavsiya etiladi. Bu maqsadda arterial bosim ko'rsatkichlari, imkon boricha elektrolitlar muvozanatini nazorati ostida kompleks infuzion terapiya o'tkaziladi. Appendikulyar kelib chiqishga ega bo'lgan tarqalgan yiringli peritonitda asosiy operativ yondashish bo'lib pastki o'rta laparotomiya hisoblanadi. Zaruriyat tug'ilganda kesmani yuqoriga yo'naltirib kindikni chap tomonidan aylantirib kesmani davom ettirish mumkin. Qorin bo'shlig'ini ochgachda birinchi bo'lib yiringni quritish zarur, so'ngra appendektomiya qilinadi.

Agar operativ yondashuv operatsiyadan so'ngi peritonit sababli bo'lsa unda yiringli peritonitga sabab bo'lgan infeksiya manbaini aniqlash va bartaraf etish zarur.

Masalan chuvalchangsimon o'simtaning tikuvi mustahkam bo'lmaganida unga yangidan ligatura yotqiziladi va alohida-alohida tikiladi. Agar ikkinchi marta o'simtani tikish mumkin bo'lmasa u holda kontrapertura orqali qo'lqopli tampon quyiladi. Ushbu kesim orqali o'simtani izolyatsiya qilish maqsadida qorin bo'shlig'idan yana 2-3 tampon o'tkaziladi.

Pileflebit (Darvoza venasi va uning tarmoqlarining septik tromboflebiti) – o'tkir appenditsitning juda kam uchraydigan va juda og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Hozirgacha pileflebitning davolashni aniq usuli noma'lum agar o'z vaqtida yonbosh chambar ichak venalari bog'lansa yoki aniqrog'i ileotsekal burchakni sog'lom to'qimalar atrofida rezeksiya qilinsa kasalni qutqarish mumkin. Pileflebitning yuzaga kelishi aniq sababi odatda gangrenoz appenditsit natijasidir, bunda nekrotik jarayon chuvalchangsimon o'simta tutqichida va uning venasi orqali yuzaga keladi. Shundan keyin jarayon rivojlanish xarakteriga ega bo'lib tezlik bilan ileotsekal burchakning tutqich venalariga tarqaladi va 2-3 kun davomida darvoza venalariga keyin retrograd yo'nalishda taloq va boshqa tutqich venalariga tarqaladi.

Appendektomiyadan keyin sodir bo'ladigan pileflebitda hech qanday yorug' oraliq bo'lmaydi: kasallarda tana harorati operatsiyaning birinchi kunidan ko'parila boshlaydi, tez rivojlanadigan xarakterdagi sistemali yallig'lanish reaksiyasi yuzaga keladi. Qorinni ko'zdan kechirganda metiorizm aniqlanib, o'ng yarmida og'riq sezilib, qorin bo'shlig'ida keskin

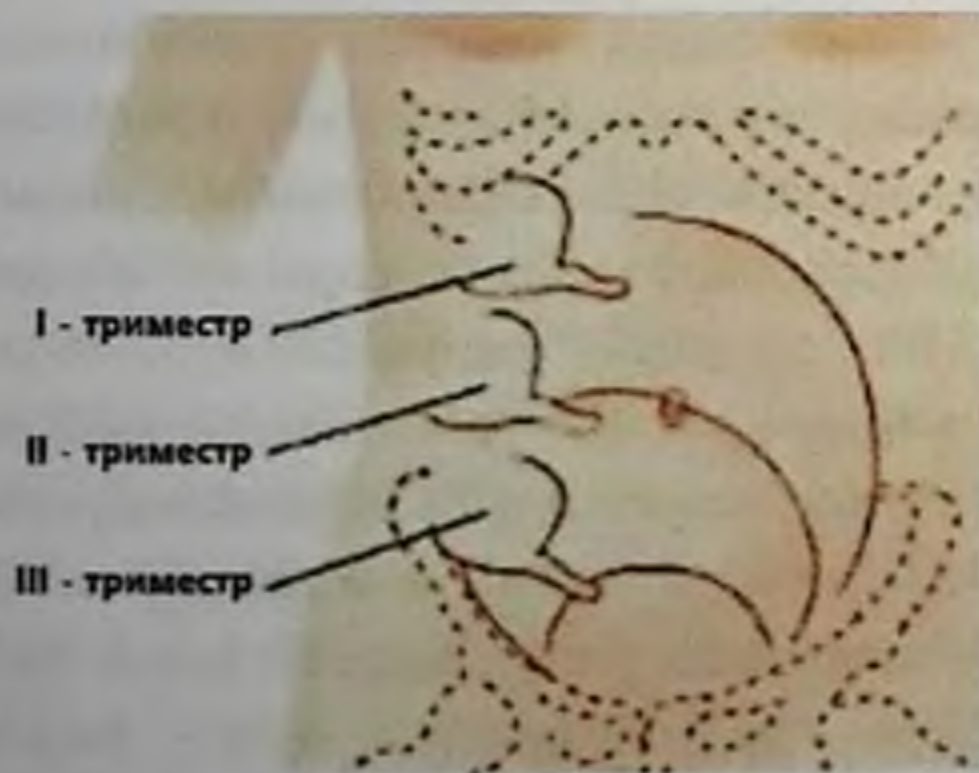
rivojlanmagan simptomlarga ega bo'ladi keyinchalik jarayonning jigar venalariga o'tishi bilan sariqlik yuzaga keladi, jigar kattalashadi jigar va buyrak etishmovchiligi rivojlanadi. Kasallanishning 7-10 kunlarda letal holat kuzatiladi. Jigar venalari tromboflebetining sust rivojlanishida Kiari sindromi ko'rinishi yuzaga kelishi mumkin. (Jigar va taloqning kattalashishi assitning yuzaga kelishi) Kasallik umumiy septik holatda ko'rinadi. Afsuski, antibiotiklarning katta dozasi letallikni oldini ololmaydi va natijada bemorda jigar abscesslari hisobiga letal holat kuzatilishi mumkin. Yuqoridagilarga asosan, gangrenoz appenditsitni oldini olishda appendektomiya o'tkazishda diqqatli bo'lish zarurdir. Agar chuvalchangsimon o'simta tutqichida pileflebit belgilari ko'rinsa (ko'k nekrotik ko'rinish tiniq bo'lmagan seroz qatlamining ichida yashil venalari ko'rinadi), bu holda yonbosh ichakning oxirida joylashgan tutqich ildizigacha olib tashlash zarur.

Homilador ayollar, bolalar va keksa yoshdagi odamlarda o'tkir appenditsitning o'ziga xos kechishi

O'tkir appenditsit homilador ayollarda 0,7- 1,2% hollarda uchraydi. Ya'ni aholining qolgan toifalariga nisbatan sezilarli tez uchraydi. Bu birqancha omillar bilan ifodalanadi, bular chuvalchangsimon o'simta yallig'lanish jarayonini yuzaga keltiradi: bachadonning kattalashishi hisobiga ko'richakning va chuvalchangsimon o'simtaning yuqoriga va tashqariga siljishi natijasida chuvalchangsimon o'simtaning bukilishi va uzayishi, uning bushashi, hamda chuvalchangsimon o'simtada organlararo anatomik joylashishi o'zgarishi natijasida qon bilan ta'minlanishi yomonlashadi. Homiladorlikda qat bo'lib turishi, ichaklardagi floraning turib qolishi va virulentligi oshishining bu holda ahamiyati kam. Homilador ayollar organizmida gormonal holatning o'zgarishi ma'lum ahamiyatga egaki, organizmda immunitetni pasayishiga olib keladi. Keltirilgan omillar ko'pchilik hollarda appenditsitning og'ir kechishiga asosan homiladorlikning ikkinchi yarmida olib keladi. O'z o'rnida destruktiv o'zgargan appenditsit homilaning nobud bulishiga olib kelishi mumkin. Bu murakkablik homilador ayollarda 6% hollarda uchraydi.

Homilador ayollarda o'tkir appenditsit kechishini o'rganish muhimligi shundaki, ushbu kasallikda homiladorlik vaqtida uchrab turadigan belgilar (qorin og'riq, qayd qilish, leykotsitoz) bo'ladi, bu esa diagnostikasini qiyinlashtiradi. O'tkir appenditsitning klinik kechishi homiladorlikning

birinchi yarmida, homiladorlikdan tashqari holatda farq qilmaydi. Appenditsitda sezilarli farq homiladorlikning ikkinchi davrida kuzatiladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida, bachadonni birlashtiruvchi apparatning chuzilishi sababli og'riq sindromi kuzatilmaydi. Sinchkov surovlardan so'ng og'riq epigastral sohadan boshlanib, asta sekinlik bilan chvalchangsimon o'simtaning joylashish sohasiga o'tganligi aniqlanadi (Koxer-Volkovich simptomi). Qayd qilish asosiy ahamiyatga ega emas, chunki homiladorlikda uchrab turadi. Qorin tekshirilganda chuvalchangsimon o'simtaning joylashishini aniqlash zarur, chunki u homilaning muddatiga qarab yuqoriga siljiydi (33-rasm), shunday qilib homiladorlikning ikkinchi yarmida o'tkir appenditsitda lokal og'riq kuzatiladi. Mushaklarning lokal zuriqishi pasayadi, bunga sabab kattalashgan bachadon hisobiga qorin devorining chuzilganligini homiladorligini kech muddatlarida ko'richak va uning o'simtasi kattalashgan bachadon orqasida bo'lganda manfiy va qorining boshqa qo'zg'aluvchanlik simptomlari paydo bo'lishi mumkin. Shotkin-Blyumberg, Voskresenskiy va bq. Bu davrda odatda Obrazsov va ayrim hollardagina Sitkovskiy va Bartom'e-Mixelson simptomlari musbat bo'lishi mumkin.



33-rasm. Homiladorlikning har xil davrlarida ko'richakning joylashish joyi

Tana harorati normada yoki subfebril bo'lishi mumkin. Leykotsitlar soni asta sekin oshadi, lekin shuni ham inobatga olish kerakki, homiladorlikda leykotsitoz $10^{12} \times 10^9$ gacha ko'tarilishi fiziologik jarayon.

Homiladorlikning ikkinchi davrida o'tkir appenditsit va o'ng tomonlama pielit taqqosiy tashhis ancha qiyinchilik tug'diradi, chunki bu

kasalliklarining o'xshash hislatlari ko'p: og'riqning kuchsiz sindromi, og'riqning yuqorida bo'lishi, qayt qilish. Pielitga to'g'ri keladigan dizurik jihatlarga kelsak ular o'tkir appenditsitda ham bo'lishi mumkin. Bunga sabab chuvalchangsimon o'simta va o'ng buyrakning homiladorlikning kechki davrida bir biriga yaqin joylashishi bilan bog'liq. Qorinni ob'ektiv tekshiruvda og'riqning yuqori joylashganligini ko'rsatadi, chunki bunda ileotsekal burchak kattalashgan bachadonni orqasida joylashgan. Qorinning qo'zg'aluvchan simptomlari ancha vaqt bilinmasligi mumkin. Kasallikning boshlanishi yaqqol ajralib turadi: bilamizki appenditsit har doim og'riq, harorat ko'tarilishi, qayt qilish bilan boshlanadi. Pielitda esa hammasi keskin darajada qayt qilish harorat ko'tarilishi, oxirida esa og'riq bilan boshlanadi. Ob'ektiv tekshirishda shuni aniqlash mumkinki pielitdagi maksimal og'riq homiladorlarda bel sohasiga yaqinroq bo'ladi. Appenditsitda esa qorinning yonbosh va oldingi devorida joylashadi. To'g'ri mo'ljalda bemorni chap tomonga yotqizib, qorinni palpatsiya qilish yordam beradi: chunki bu holda bachadonni qisman chapga siljishi natijasida chuvalchangsimon o'simta va buyrakni aniq paypaslash mumkin.

Peshob tahlili ham katta ahamiyatga ega (kateter yordamida olinganligi), chunki bunda piuriyani aniqlash mumkin. Yiringli pielonefritni belgisi tariqasida, shu qatori UTT da o'zgarishlar aniqlanadi. Shu bilan birgalikda ikkilanishlar bo'lsa bemorni operatsiya qilish ma'qul. Konservativ davolashda appendikulyar peritonit xavfi paydo bo'lish xavfi homiladorlarda boshqa bemorlarga nisbatan faolroq bo'ladi.

Homiladorlikning birinchi yarmida aniq tashhis quyilganda operativ yondashuvda Volkovich-D'yakonov kesmasidan foydalaniladi. Homiladorlikni ikkinchi yarmida bu yondashuv to'g'ri kelmasligi mumkin, shuning uchun uni qoida bo'yicha modifikatsiya qilinadi: homila muddati qancha katta bo'lsa kesma shunchalik yuqori bo'ladi. Shunday qilib homilaning oxirgi haftalarida qilinadi, bunga sabab ko'richak va chuvalchangsimon o'simtani ancha yuqoriga siljishi.

Homiladorlarda operativ taktika har qanday appenditsitning turida umumiy davolash prinsiplaridan farq qilmaydi. Boshqacha qilib aytganda, bu erda operativ taktikaning xamma jihatlari va qorin bo'shlig'ini barcha drenaj usullari qo'llaniladi, appenditsitning hamma turlaridan qatt'iy nazar.

Faqatgina kattalashgan bachadon oldidagi xarakterlarda maksimal ehtiyotkorlikni saqlash lozim.

Chunki uning shikastlanishi homilani tushib qolishi yoki vaqtdan oldin homila tushishiga sabab bo'ladi. Usha yukoridagi nuqtai nazardan qorin bo'shlig'ini tamponadasi quyidagi ko'rsatmalar asosida qilinadi. 1) Qorin bo'shlig'ini gemostaz qilish iloji bo'lmaganda. 2) Chegaralangan appendikulyar oldi abssezi yorilganda.

Operatsiyadan keyingi davrda odatdagi terapiyadan tashqari, homilani muddatidan oldin to'xtatishni oldini oluvchi davoni o'tkazish zarur. Buning uchun qatt'iy yotoq rejimi, 25% li Mg So₄ eritmasi sutkasiga 5-10 ml dan 2 maxal m/o ga, tokoferol asetati 100-150 mg dozasida 10% li yogli eritmasi 1 maxal 1 marta.

Agar gormonal fonning loabarator kontrol aniq bo'lmasa, gormanal preparatlar (progesteron va bq.) chetlatiladi. Chunki ularning predozirovkasi yomon hollarga olib kelishi mumkin. Bachadonni qisqarishiga olib keluvchi preparatlar sifatida qo'llaniladigan prozerinlar va natriy xloridning gepertonik eritmasini qo'llash qatiyan man etiladi. Shu sababli gepertonik ho'qnalar ham qo'llanilmaydi.

Homiladorlarda tarqalgan peritonitni davolash qiyin masala hisoblanadi. Bu asoratda o'lim yuqori ko'rsatgichga ega, har xil avtorlarning aytishicha 23-55% ona va 40-92% homila uchun o'lim bilan tugaydi, o'lim ko'rsatgichi ancha yuqori ayniqsa kech homila muddatlariga to'g'ri keladi. Tarqalgan yiringli peritonitning homiladorlikdagi salbiy natijalari xirurgik taktikaga nisbatan ishonchsizlik keltirib chiqargan. Quyidagi operativ aralashish shart deb hisoblanadi: qorin bo'shlig'i ochilgan, darrov shu vaqtning o'zida kesarcha kesish operatsiyasini qilish, so'ngra bachadonni amputatsiya qilish, keyin appendektomiya, qorin bo'shlig'ini drenajlash. Hozirgi vaqtda turli antibakterial preparatlarning yordami bilan ko'pincha bunday hollarda kesar kesish qilinmaydi. Shunday ekan bachadon amputatsiyasi ham katta homila muddatidagi destruktiv appenditsit aralashishining xajmi va xarakteri xaqidagi savolni akusher ginekolog bilan birga hal etish kerak. Bunday operativ aralashishda ularning ishtiroki zarur, hozirgi davr xirurgik taktikasini qisqa qilib shuni aytish mumkin: peritonit masalasida maksimal aktivlik, homiladorlikka nisbatan maksimal konservatizm o'tkaziladi.

Hozirgi sharoitda homiladorlardagi yiringli tarqalgan peritonitda, umumiy anesteziya ostida urta laparatomiya, yiringni evakuatsiya qilish, appendektomiya, qorin bo'shlig'ini drenaj qilinadi. Operatsion jarohat tikiladi. Muddatigacha yoki muddatiga kam qolgan homiladorlarda tugruq baribir ham bo'lishi sababli operatsiyani kesar kesishdan boshlanadi, so'ngra bachadon tikilgach, peritonizatsiya qilingach appendektomiya va keyingi peritonit uni davolash bilan bog'liq bulgan manipulyatsiyalar qilinadi.

Agar normal tugruq jarayoni bo'lsa lekin gangrenoz yoki perforativ appenditsitning klinikasi bo'lsa u holda bachadonning qisqaruvchanlik xususiyati vaqtinchalik appendektomiya, keyin esa tugruq jarayonini stimulyasiya qilish mumkin. Patologik jarayondagi o'tkir appenditsitning har qanday klinikada bulishidan katt'iy nazar bir momentda kesar kesish, appendektomiya qilish kerak.

Bemorni qanday muddatdagi tugruqdan tashqari appendektomiya va operatsiyadan keyingi kuzatishlar uchun albatta xirurgiya bo'limiga o'tkazish zarur va u erda bemor xirurg va ginekolog nazoratida bo'lishi kerak.

Bolalardagi o'tkir appenditsitning o'ziga xos kechishi.

Bolalarda o'tkir appenditsit kattalarnikiga qaraganga nisbatan kam uchraydi. Kasallik paydo bo'lishi ko'pincha 5 yoshdan keyingi davrga to'g'ri keladi. O'tkir appenditsitning 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda kam uchrashini shu bilan tushuntirish mumkinki, chugalchangsimon o'simta bu davrda varonkasimon shaklda bo'ladi, hamda bu davrda chugalchangsimon o'simtadagi limfatik apparat sust rivojlanganligi bo'lib hisoblanadi.

O'tkir appenditsit bolalarda kattalarga qaraganda og'ir kechadi. Bu bola organizmining infeksiyaga nisbatan kurashning sustligi bola qonining sust plastik jihatlari, tulik rivojlanmaganligi uning chugalchangsimon o'simtaga etib bormasligi shu sababli chegara barerida qatnashmasligi bilan tushuntiriladi.

Qorinda paydo bo'lgan og'riq o'zining sanchiqli xarakterga, aniq dinamikaga ega emasligi bilan kattalardagi o'tkir appenditsitdan ajralib turadi. Shuni aytish kerakki 10 yoshgacha bo'lgan bolalar og'riqning aniq lokalizatsiyasini ko'rsata olmaydi. Bu esa kasallikni aniqlashda qiyinchilik tugdiradi. Bolalarda qayt qilish ko'p marotaba bo'ladi, kichik bolalarda qayt

qilish tez-tez kuzatiladi. Bolaning holatida xarakterli hisoblanadi. U o'ng biqiniga yoki orqasi bilan yotadi oyoqlarini qoringa tortgan holda va qo'llarini o'ng biqini sohasiga qo'yib, uni vrach qarashidan himoya qiladi. Sekin palpatsiya qilganda, bu erda giperesteziyani hamda mushaklarning tarangliligi va qattik og'riq sohasini aniqlash mumkin hatto kasallikni 1-chi soatlarida ham Shotkin – Blyumberg, Voskresenskiy, Bartome Mixelson simptomlari aniqlanadi.

Tana harorati kasallikning boshlanishidanoq ancha yuqori, lekin kamdan kam hollarda leykotsitlar 20×10^9 l oshadi.

Bolalardagi o'tkir appenditsit qiyosiy tashxisi – quyidagi kasalliklar asosiy e'tiborni jalb etadi: plevropnevmoniya, gastroenterit dizenteriya, gemorragik vaskulit, Shenleyn-Genox kasalligi.

Plevropnevmoniyani taqqosiy tashhislashda shuni hisobga olish kerakki, ushbu kasallik faqat og'riq bilan xarakterlanmay balki og'riqning qoringa berilishi, yo'tal, lablar ko'kimtirligiga, burunga o'tishi va hansirash bilan xarakterlanadi. Shuni nazarda tutish kerakki, bolalardagi nafas va pulsning nisbati 1:4, agarda 1:3 yoki 1:2 bo'lsa, bu o'tkir pnevmoniyaga ishora qiladi. Pnevmoniyada shuningdek xirillashlar va boshqalar.

Gastroenterit taqqosiy tashhisida shuni inobatga olish kerakki, Ushbu kasallik qorindagi og'riqdan emas balki qayt qilish va suvli ich ketish paydo bulish bilan boshlanadi, og'riq o'tkir appenditsitga nisbatan qiyinroq boshlanadi. Og'riq bu kasallikda xurujsimon xarakterga ega, shundan so'ng katta tahoratga ehtiyoj seziladi. Ushbu kasallikda tana harorati yuqori xuddi appenditsitdagi singari lekin leykotsitlar soni normal yoki ancha pasaygan neytrofil siljishi aniq emas.

O'tkir appenditsitni dizenteriyadan farqlash ko'pincha kichik yoshdagi bolalarda kerak bo'ladi. Bu erda asosiy rolni anamnez o'ynaydi, asosan. Ushbu kasallik bir necha bolalarda paydo bo'lganligi ayniksa ular bir jamoa joyda bulganlarida bilinadi. Og'riqlar xurujsimon xarakterga ega ko'pincha qorinning chap qismida joylashadi, bunda ko'p suyuq qon aralash tahorat bo'ladi. Qorinning pastki chap qismida maksimal paypaslash og'riqlari kuzatiladi juda kam, hollardagina qorinning quzgaluvchanlik simptomlari bo'ladi. Tana harorati dizenteriyada ko'pincha yuqori 38-39 °S leykotsitlar soni uncha katta bo'lmagan neytrofil siljishi bilan oshgan bo'lishi mumkin.

Gemorragik vaskulitning hisobdan chiqarish uchun, shuni inobatga olish kerakki, Ushbu kasallikdagi qorindagi og'riq ko'p mayda subseroz qon ketish va og'riqning aniq joylashmaganligi bilan xarakterlanadi. Bundan tashqari sinchkov tekshiruvda terini tekshirish gemorragik qon quyilishlar oyoq qo'llarda, dumba sohasida, qo'ltiq osti sohasida tananing simmetrik qismlarida, ko'rish mumkin. Shuningdek lunjning shilliq qavati til osti sohasiga e'tibor berish kerak, chunki u erda toshma paydo bo'lishidan oldin mayda shilliq parda qon quyilishlarini ko'rish mumkin. Tekshiruvda qorin devori taranglashmagan ammo Shotkin – Blyumberg simptomi ko'pincha yaqqol, qorin damlagan va bir tekisda og'riqli. Rektal tekshiruvda ichaklarda qonli axlat borligini ko'rish mumkin. Tana harorati ayrim hollarda 38 °S va yuqori leykotsitlar unchalik katta bo'lmagan neytrofil siljishi bilan ifodalanadi.

Agar qorinning qo'zgaluvchanlik simptomlari bo'lib yoki diareya rektal tekshirib diagnoz qo'yish qiyinchilik tugdirsa u holda 6-12 soat bolani dinamik kuzatish maqsadga muvofiq. Shu bilan bir qatorda shuni inobatga olish kerakki kattalarga qaraganda og'ir kechadi. Shuning uchun ham kasallikni 1-chi sutkalarida ayrim hollarda o'simtaning destruksiyasi rivojlanadi. Bundan kelib chiqqan holda shuni aytish mumkinki bolalarda xirurgik taktikani kattalarga qaraganda ancha aktiv qilish kerak.

Bulaming hammasi kasallikning ikkinchi kunida paydo bo'ladigan appendikulyar infiltratga ta'lluqli. Bolalarda chuvalchangsimon o'simtaning kaltaligi va qorin mushaklarini rivojlanmaganligi hisobiga infeksiyaning qorin bo'shlig'iga tarqalmasligi uchun to'siq bo'la olmaydi. Shu bilan bog'liq holda appendikulyar infiltratda absessga o'tib ketadi yoki peritonit rivojlanishiga olib keladi. Chunki chuvalchangsimon o'simtani chandiqlanmagan organdan ajratib olish qiyinchilik tug'dirmaydi. Bu erda chandiq jarayoni va chuvalchangsimon o'simtani boshqa organlar bilan yopishishi yuqligi uchun. Bunda xirurgik manipulyatsiyalarni tartibi o'simtaning ishlovidan tashqari xuddi kattalamikidek buning sababi 10 yoshgacha bulgan bolalarda ingichka ichakning shilliq qavati bulmasligi uchun kisetli chok qo'yiladi.

Shuning un bolalarning 1-2chi yoshida ligaturali (amputatsiyali) appendektomiya usuli qo'llaniladi, bunda chuvalchangsimon o'simtaning chultog'i ketgut bilan emas sholk yoki boshqa so'rilib ketmaydigan ip bilan

bog'lanadi, shilliq qavat elektrokoagulyator bilan kuydiriladi va shu holida qorin bo'shlig'ida qoldiriladi. Ko'pchilik klinik eksprementlar shuni ko'rsatadiki bu usul chuvalchangsimon o'simtani ishlov berish xavfsizligini ko'rsatadi, katta yoshdagi bolalarda kattalarnikidek cho'ltoq kisetli chok bilan tikiladi chunki bu ichak tutilishining sababi bo'lishi mumkin. Operatsiyon jarohati tikish va zarur bo'lganda qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan tugatiladi. Bolalarda chuvalchangsimon o'simta qorin bo'shlig'ida erkin joylashgani uchun, laparoskopik appendektomiya qilishga katta imkoniyat beradi.

Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir appenditsitning o'ziga xos kechishi

Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir appenditsit yosh va o'rta yoshdagilarga qaraganda kam uchraydi. Ularning soni o'tkir appenditsitning 10% ni tashkil etadi.

Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir appenditsitning destruktiv formasi ko'p uchraydi. Bu bir tomondan organizmning reaktivligini pasayganligi, boshqa tomondan esa qon tomirlarning aterosklerotik shikastlanishi bilan bog'liq bo'lib, bu hol chuvalchangsimon o'simtada qon aylanishning buzilishi natijasida nekroz va gangrenaga olib kelishi mumkin. Shaxsan keksalarda kataral va flegmonoz yallig'lanishlardan keyin rivojlanadigan birlamchi gangrenoz appenditsit uchraydi. Bu guruhga oid bemorlarda o'tkir appenditsit simptomokompleksi unchalik yorqin ko'rinishga ega emas. Kasallikni boshlanishida keksa bemorlar epigastral sohadagi abdominal og'riqqa e'tibor berishmaydi. Bu holat og'riqqa nisbatan kuchayishi bilan bog'liq. Destruktiv jarayonning rivojlanishi hisobiga o'rta yoshdagi bemorlarda ko'ngil aynishi va qayt qilish. Katta tahoratga kam chiqishi e'tiborga loyiq emas, chunki keksa yoshda sekinlik bilan ichak bo'shalishiga fiziologik moyillik mavjud.

Teshilgan appenditsitning destruktiv holatlarida kuchli og'riq seziladi. Yoshga mansub bo'lgan qorin devorlarining relaksatsiyasi natijasida mushaklar tarangligi e'tiborga loyiq emas. Lekin Shotkin-Blyumberg simptomi musbat, ko'pincha Voskresenskiy, Sitkovskiy simptomlari musbat. Ayrim hollarda ichaklar parezi natijasida burttirilgan meteorizm kuzatiladi. Bu holat ayniqsa kasallikning destruktiv formalarida bo'ladi. Tana harorati biroz ko'tarilgan yoki normal holatda bo'ladi hatto destruktiv

appenditsit bo'lganda ham leykotsitlar soni normal yoki unchalik yuqori emas, $10 \times 12 \times 10^9$ l mikdorda neytrofil siljishi sezilarsiz.

O'rta yoshdagi bemorlarda keksa yoki qarilarga nisbatan appendikulyar infiltrat ko'p uchraydi u asta sekin rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Bemorlar ko'pincha o'simtasimon shish paydo bo'lganini sezishadi, ular kuchsiz bo'lgan og'riqlardan bir necha vaqt o'tgach paydo bo'ladi. Bu holat appendikulyar infiltrat va ko'richak orasida qiyosiy taqqoslashda muhim ahamiyatga ega.

Qariyalardagi o'tkir appenditsitning o'ziga xosligi shundaki, operatsiyagacha o'tkir appenditsitning u yoki bu klinik formaga o'tishini aniqlash qiyin. Bu aktiv xirurgik taktika yuritish zarurligini ko'rsatadi, bunga yana bir sabab shuki, qariyalarda appendektomiya xavfi baland bo'ladi.

Og'riqsizlantirish masalasiga kelganda umumiy anesteziyani tanlashadi. Ayniqsa nafas olish va yurak qon-tomir kasalliklari bor bemorlarda.

Qari yoshdagi bemorlarda operatsiyadan keyingi holatni olib borish oson emas organizmning muhim funksional boshqaruvchi organlarni kontrol qilib turish zarur. Asosan asosiy choralarni nafasning buzilishi tsirkulyator o'zgarishlar, yurak etishmovchiligi metabolik o'zgarishlar va ularni profilaktika va davolashga qaratish kerak. Asosiy e'tiborni o'pka arteriyasi tromboemboliyasini profilaktikasiga qaratish lozim.

Oxirgi o'n yilda appendikulyar infiltrat tashhisida ultratovush tekshirish usuli juda samarali natija bermoqda, bu usul bilan hosilaning ichki strukturasi to'liq o'rganish mumkin, yallig'lanishning dinamik kechishi, vaqti o'tgan sayin va davolash choralari qo'llagandan keyingi o'zgarishlar, shuningdek davolash taktikasini qo'llashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Appendikulyar infiltratning oqibati uning to'lik so'rilib ketishi yoki uning absessga aylanishi hisoblanadi. Bu esa xirurgik taktikani qo'llanishida muhim ahamiyatga ega, asosiy chora bo'lib konservativ davolash va kutish hisoblanadi.

Operatsiyaga qarshi ko'rsatma appendikulyar infiltratning tinch kechishi xisoblanib, uning dinamikasida hosilaning aniq tendensiyasi so'rilishi kuzatiladi.

Davolash chora-tadbirlariga bemorlar qabul qilingan kundanoq yotoq rejimi, o'ng qovuq sohasiga sovuq qo'yish, yengil parhez va antibiotiklar qo'llash. Shu bilan birgalikda qorin bo'shlig'ining holati tinimsiz kuzatilib, to egri chizigi va leykotsitoz dinamikasi doimiy nazoratga olinib har bosqichda ultratovush apparatida tekshiruv olib boriladi.

Agar statsionardagi kuzatuvda bo'lgan bemorlarda qaytadan o'ng qovurg'a osti sohasida kuchli og'riq turib, sistemali yallig'lanish reaksiyasi kuchaysa (leykotsitoz, tana haroratining gektik xarakterda bo'lishi), bundau holatda absesslangan appendikulyar infiltratga shubxa qilsa bo'ladi va bu gumon ultratovush tekshiruvida aniqlanadi. Shakllangan periappendikulyar absess yumaloq formadagi bo'shliqli hosila bo'lib, u bir qirrali gipo yoki anexogen massadan iborat qattik piogen kapsula bo'lib, diametri 5-8 mm gacha qalinlikda bo'ladi.

Bunday holatlarda xirurgik aralashuv ko'rsatma hisoblanadi. Yiringlagan infiltratni ochish odatdagidek umumiy ogiksizlantirish va Volkovich – D'yakonov kesimi bilan o'tkaziladi. Qorin bo'shlig'i ochilgach juda xam ehtiyotkorlik talab qiladi, bu infiltratlangan ichak kovuzlogini zararlanmaslik uchun qilinadi. Ushbu kovuzloklar va o'nga yaki neg to'qimalarini ajratib, patologik uchok tomon kirib boriladi. Shundan keyin xosil bulgan teshik yanada kengaytiriladi, yiringli uchok olinib, tozalanib, urni dioksidin eritmasi bilan yuviladi, bir eki ikki qavatli perchatka-dokali tampon va drenaj trubkasi umatiladi. Xirurgiya yarasini tamponlargacha tiqiladi. Appendikulyar infiltrat yiringlagan holda lateral lokalizatsiyaga ega bo'lsa, unda qorindan tashqari usul qo'llaniladi. Buning uchun Pirogov dostupi (u Volkovich – D'yakonov kesimiga karaganda lateralrok jolashadi) qilinadi. Aponevroz ochilgandan so'ng, bugik yo'nalish buylab mushaklar chetga suriladi. Palpatsiya natijasida infiltrat sohasi topilib, flyuktuatsiya sohasi yiringlagan joy ehtiyotlik bilan ochiladi.

Shuni bilish zarurki, yiringlagan appendikulyar infiltratni ochish bilan bevosita appendektomiyani qo'llash mumkin emas. Yiringli uchok tozalangach destruktiv o'zgarishli chuvalchangsimon o'simtani olib tashlash xirurg uchun hech qanday qiyinchilik tugdirmasada, jaroxatga moyil bo'lgan ichaklar, yiringli sohani chegaralab to'rgan to'qima bar'erini shikastlashi va qaytmas asoratlarga sabab bo'lishi mumkin: massiv kon ketish, ichaklarda okma bilan tugaydigan chuqur zararlanishi va boshqalar.

O'simtani fakatgina shunday holda olib tashlash mumkinki bu jarrox uchun hech qanday texnik qiyinchilik tug'dirmasin (bunda o'simta abscess bo'shlig'ida erkin etgan bo'lishi lozim). Operatsiyadan so'ng bemorlarga dezintoksikatsion terapiya va keng ta'sirga ega bulgan antibiotiklar qilinadi.

Appendikulyar infiltrat yiringlaganda chuvalchangsimon o'simtaning tulik destruksiyasiga sabab bo'ladi, bu esa uni yiringli ajralma ustida nekrozlangan massa ko'rinishida to'rgandek bo'ladi. Ba'zan chuvalchangsimon usim taning bir kismi kolib ketishi o'tkir appenditsitga sabab bo'ladi. Agar appendikulyar infiltrat yiringlamasdan konservativ davolash natijasida surilib ketsa, bemorni statsionardan javob berilgandan 3-4 oy utganidan so'ng o'tkir appenditsitning residividan kochish maqsadida rejali ravishda appendektomiya operatsiyasini o'tkazish tavsiya qilinadi.

Qorin bo'shlig'ida joylashgan lokal abscesslarga chuvalchangsimon o'simtaning anomal noto'g'ri joylashishi sabab bo'ladi, bundan tashqari yana qorin bo'shlig'i ichi gematomalari, chuvalchangsimon o'simta sohasidagi infiltrat jaraenlari sabab bo'ladi.

Yuqorida keltirilganlardan eng ko'p uchraydigani bu chanok abscessidir. Bu birinchi urinda anatomik sabab bulib, kichik chanok a'zolari pastda joylashganligi uchun u erga tez-tez yallig'lanish ekssudatlari tushib turadi.

Teshilish atrof organlar to'qimalari bilan epilgan- dan so'ng epigastral sohada kolib, ajinga, me'da suyuqligi tuplanishi kirib borishiga karab qorinni enbosh sohasiga kuchadi. Bunday yolg'ondakam Koxer-Volkovich simptomi o'tkir appenditsit borligi to'g'risida noto'g'ri xulosaga olib kelib natijada xirurgik taktikada xatolik bo'lishi mumkin. Xatolik bo'lishi yana xam mukarrarli aytib utilgan vaziyatda o'ng enbosh sohada mushak tarangligi va boshqa qorin parda kuzgalishi belgilari: Shetkin-Blyumber, Voskresenskiy va boshqalar aniqlanishi mumkin. Shundan kelib chikkan holda yakin va keyingi anamnezini yigish muxim rol uynaydi. Uzoq vaqt mobaynida me'da diskomfortiga yoki yara kasalligi borligiga, kasallikning epigastral sohada o'tkir og'riq bilan boshlanishiga shikoyatlar, kusish yukligi o'tkir appenditsit emasligidan darak beradi. Ikqilanish va shubxalar perkutor va rentgenologik tekshirilganda qorin bo'shlig'ida erkin gaz aniqlansa, shubxalar yo'qoladi.

QORIN OLD DEVORI CHURRALARI

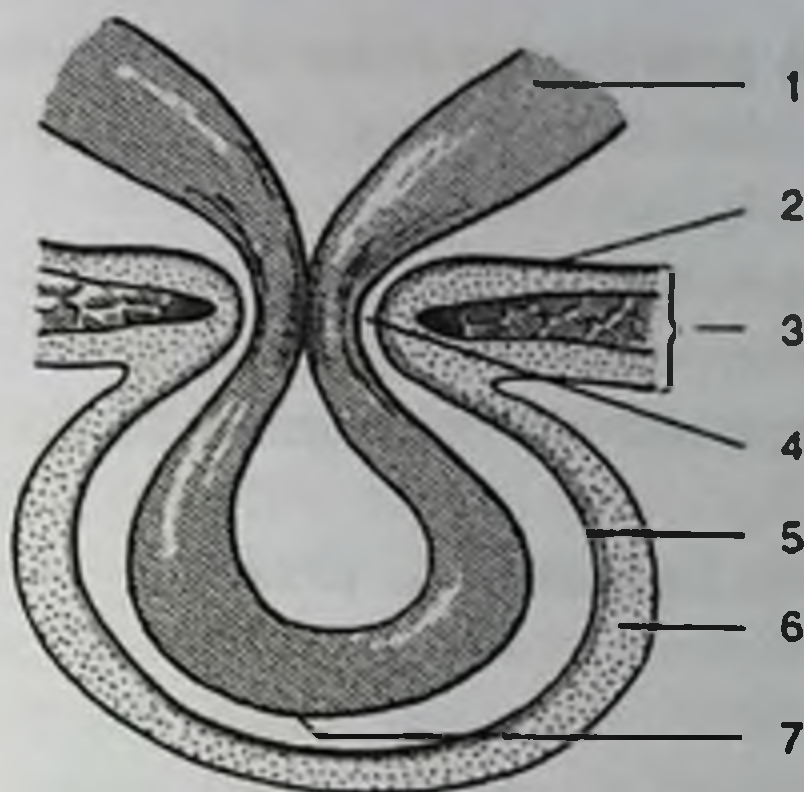
Qorin churralari (*hernia abdominalis*)-qorin bo'shlig'i a'zolarining qorin parda bilan o'ralgan holda qorin old devoridagi tabiiy, yoki sun'iy teshiklar orqali boshqa bo'shliqqa, yoki teri ostiga chiqishiga aytiladi. Churra bo'lishi uchun quyidagi komponentlar bo'lishi kerak:

- churra darvozasi;
- parietal qorin pardadan iborat churra xaltasi;
- churra elementi – qorin bo'shlig'i a'zolari. Ichki a'zolarning qorin pardaning butunligi buzilishi oqibatida, qorin parda bilan o'ralmagan holda teri ostiga chiqib qolishi teri osti eventratsiyasi, tashqariga chiqishi esa - tashqi eventratsiya deb ataladi.

- **Churra darvozasi** – tabiiy, yoki sun'iy paydo bo'lgan qorin old devori mushak-aponevroz qavatidagi defekt bo'lib, shu defekt orqali churrali bo'rtma chiqadi.

- **Churra xaltasi** qorin pardaning parietal varag'i bo'lib, churra darvozasi orqali tashqariga bo'rtib turadi. Unda og'iz, ya'ni- xaltaning boshlanish qismi, bo'yincha - xaltaning tor qismi, tanasi- eng katta va kengaygan qismi, tubi - xaltaning distal qismi farqlanadi. Churra xaltasi bir kamerali, yoki ko'p kamerali bo'lishi mumkin.

- **Churra elementi** – churra xaltasi ichida joylashgan ichki a'zo. Oshqozon osti bezidan boshqa barcha qorin bo'shlig'i a'zolari churra xaltasi ichida bo'lishi mumkin (34 - rasm). Ko'proq harakatchan a'zolar churra xaltasi ichida joylashadi, bular katta charvi, ingichka ichak va sigmasimon ichakdir. Churra elementi qorin bo'shlig'iga to'liq to'g'rilanishi mumkin (To'g'rilanadigan churra), qisman to'g'rilanishi mumkin (To'g'rilanmaydigan churra) yoki churra darvozasi sohasida qisilishi mumkin (Qisilgan churra). To'g'rilanmaydigan churrani qisilgan churradan farqlash juda muhim, chunki qisilgan churrada ichak tutilishi bo'lishi, ichak devorining nekrozi va gangrenasi, peritonit yuzaga kelishi mumkin. Agar ichki a'zoning katta qismi churra darvozasi orqali chiqsa va ko'p vaqt davomida churra xaltasi ichida tursa, bunday churralar gigant churralar deyiladi. Ularni operatsiya vaqtida avvalgi joyiga to'g'rilash qiyinchilik tug'diradi, chunki avvalgi egallab turgan joyi kichrayishi mumkin.



34-Rasm. Churra elementlari: 1 - ichak; 2 – qorin parda;
3 – qorin devori; 4 – churra darvozasi; 5 – churra xaltasi;
6 – churra qobig‘i; 7 – churra xaltasi a‘zosi.

Qorin tashqi churralari

Qorinning tashqi churralari aholining 3-4% da uchraydi. Qorin bo‘shlig‘ida bajariladigan barcha operatsiyalarning 8-20% qismi churralar hisobiga to‘g‘ri keladi. Bu kasallikning erkaklarda uchrashi ayollarga nisbatan 1,2-1,3 marta ko‘proq. Maktabgacha yoshda bo‘lgan bolalarda va 50 yoshdan keyin uchrashi eng ko‘p hisoblanadi. Eng ko‘p uchraydigan churralar chov churralari (72-75%), son churralari (6-8%), kindik churralari (4-5%), operatsiyadan keyingi churralar (12% gacha). Boshqa turdagi churralar 1% ni tashkil qiladi. Erkaklarda chov churralari, ayollarda esa son va kindik churralari ko‘p uchraydi.

Qorin tashqi churralari klassifikatsiyasi

A. Kelib chiqishiga ko‘ra:

- I. Tug‘ma churralar.
- II. Orttirilgan churralar.
 1. Zo‘riqishdan bo‘ladigan churralar.
 2. Darmonsizlikdan bo‘ladigan churralar.
 3. Operatsiyadan keyingi churralar.
 4. Travmatik churralar.
 5. Patologik churralar.

B. Anatomik joylashuviga ko'ra: chov, son, kindik, epigastral, xanjarsimon o'siq churralari, qorinning yon churralari, bel, quymich, yopqich teshik, oraliq churralari.

C. Klinik kechishiga ko'ra:

1. Asoratlanmagan (to'g'rilanadigan) churralar.
2. Asoratlangan churralar (to'g'rilanmaslik, qisilish, kaprostat, churra yallig'lanishi).

D. Rivojlanish bosqichlari bo'yicha:

1. Noto'liq.
2. To'liq.

Etiologiyasi va patogenezi

Churra paydo bo'lishini moyillik tug'diradigan va keltirib chiqaradigan omillarga ajratishimiz mumkin.

Moyillik tug'diradigan omillarga quyidagilar kiradi:

- Nasliy moyillik. Hozirgi paytda churra paydo bo'lishida nasliy moyillikning o'mi shubha uyg'otmaydi va 20-25% bemorlarda aniqlanadi. Bu yerda gap faqatgina qorin old devorining anatomik tuzilishining nasliy avloddan avlodga berilishi haqida emas, balkim biriktiruvchi to'qimaning tug'ma zaifligi, tana tuzilishi turi ham inobatga olinyapti. Bu esa, bir bemorda qo'shma churraning uchrashi bilan asoslanadi. Masalan diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi va chov churrasi birga uchrashi va boshqalar.

Bunday bemorlarda skelet mushaklari rivojlanish nuqsonining borligi, yassiyoqlik, varikoz kasalligi, atonik ich qotish va boshqalar ko'p kuzatiladi.

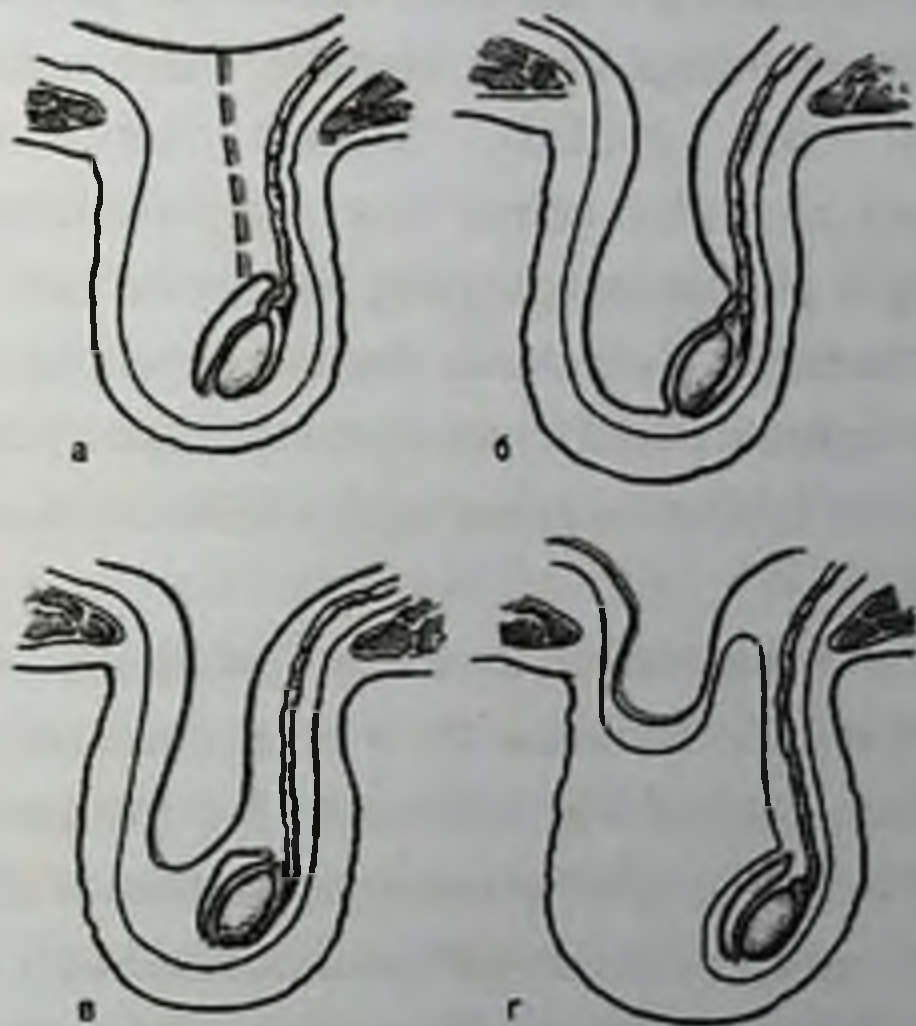
- Bemorning yoshi (masalan, bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qorin old devorining sustligi, qariyalarda mushaklar gipotrofiyasi).
- Jins (ayollarda chanoqning tuzilishi va son halqasi o'lchamining kattaligi, erkaklarda chov kanalining kattaligi).
- Semizlik darajasi.

Bundan tashqari, tana og'irligining keskin kamayishi, qorin old devorini innervatsiya qiluvchi nervning kesilishiga olib keluvchi jarohatlanishlar muhim o'rin tutadi.

Keltirib chiqaruvchi sabablarga og'ir jismoniy zo'riqishda, og'ir kechuvchi tug'ruqlarda, ich qotishida, siyishning qiyinlashishida, kuchli yo'talda qorin ichki bosimining oshishi kiradi. Qorin ichki bosimini oshiruvchi zo'riqishlar to'satdan (og'irlik ko'tarish) yoki tez-tez takrorlanuvchi (yo'tal, ich qotishi) bo'lishi mumkin.

Tug'ma churralarga embrional davrda qorin devorining rivojlanish nuqsoni sabab bo'ladi: embrional kindik churrasi (kindik tizimchasi churrasi), chov kanalida qorin parda qin usimtasining yopilmasligi (35 - rasm). Dastlab churra darvozasi hosil bo'ladi, keyinchalik esa jismoniy zo'riqish natijasida qorin ichki bosimi oshib churra rivojlanadi.

Orttirilgan churralarda churra xaltasi va elementi dastlab chov kanalining ichki teshigi orqali, keyinroq tashqi teshik orqali chiqadi (35 - rasm).



35 - rasm. Chov churrasi hosil bo'lishi: *a* – Obliteratsiyaga uchragan qorin parda qin o'sig'i (norma); *b* - Obliteratsiyaga uchramagan qorin parda qin o'sig'i, tug'ma chov churrasi; *v* – Orttirilgan qiyshiq chov churrasi; *g* – Orttirilgan to'g'ri chov churrasi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Kasallikning asosiy belgisi bemor tik turganda, yurganda, jismoniy zo'riqish paytida, yo'talganda churrali bo'rtma hosil bo'lishi va shu sohada og'riqning yuzaga kelishi. Bemorning gorizontal holatida, yoki yengil qo'l

harakati bilan churrali bo'rtma kichrayadi, hatto qorin bo'shlig'iga to'liq to'g'rilanib ketishi ham mumkin. Qisman to'g'rilanmaydigan churralarda churrani qorin bo'shlig'iga to'liq to'g'rilashning imkoni bo'lmaydi.

Bemorlar vertikal va gorizontal holatda ko'rikdan o'tkaziladi. Vertikal holatda kichik o'lchamdagi va to'g'rilanadigan churralarni ko'rishimiz mumkin. Perkussiya qilganimizda churra elementi gaz saqlovchi a'zo bo'lsa timpanik tovush eshitiladi, gaz saqlamaydigan a'zo, masalan katta charvi bo'lsa to'mtoq tovush eshitiladi. Paypaslab ko'rganimizda churra elementining konsistensiyasini aniqlashimiz mumkin. Bemorning gorizontal holatida churraning to'g'rilanishi aniqlanadi. To'g'rilanish vaqtida katta churralarda churra elementi ichak bo'lsa quldurash eshitilishi mumkin. Churra elementini barmoq bilan qorin bo'shlig'iga to'g'rilagandan so'ng churra darvozasining o'lchamini va shaklini aniqlash mumkin. Bemor yo'talganda barmoq uchiga churra elementi kelib uriladi, bu belgi yo'tal turtkisi belgisi deb aytiladi. Mazkur simptom asoratlanmagan (to'g'rilanadigan) churralar uchun xos. To'g'rilanmaydigan churralarda yo'tal turtki belgisi aniqlanmaydi, yaniy manfiy bo'ladi.

Katta o'lchamdagi churralarda churra elementini aniqlash maqsadida oshqozon ichak traktini (BaSO_4) va siydik pufagini (sistografiya) kontrast modda jo'natish yo'li bilan rentgenologik tekshirish mumkin.

Davolash

Churralarni *konservativ* davolash bolalarda, kindik churralarini davolashda qo'llaniladi. Bunda ichki a'zolar chiqmasligi uchun bosuvchi bog'lam qo'yiladi. Ko'pchilik bolalarda, 5-6 yoshgacha kindik halqasi yopiladi va operativ davo talab qilinmaydi. Kattalarda churrali bo'rtmaning o'zi operativ davoga ko'rsatma hisoblanadi, chunki turli xil asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Dekompensatsiya bosqichidagi hamroh kasalliklar operativ davoga qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda bandaj bog'lash tavsiya qilinadi. Bandaj ichki a'zoni chiqishini oldini oladi va faqat to'g'rilanadigan churralar uchun tavsiya etiladi.

Xirurgik davolash – churralarda og'ir asoratlar rivojlanishini oldini olishning asosiy usuli.

Asoratlanmagan churralarda operatsiya ikki bosqichdan iborat bo'ladi: dastlab churrali bo'rtma ustidan kesim bajariladi, churra darvozasidan ajratiladi, churra xaltasi topiladi va ochiladi. Churra elementi qorin

bo'shlig'iga to'g'rilanadi, churra xaltasi bo'yinchasidan tikiladi va bog'lanadi. Churra xaltasi kesib olinadi. Keyingi bosqichda qorin devori auto yoki alloplastika qilinadi. Operatsiya asosan umumiy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi.

Profilaktikasi. Emizikli bolalarda churra rivojlanishini oldini olish uchun gigiena qoidalariga rioya qilish, kindikni to'g'ri parvarishlash, ratsional ovqatlantirish, ichak funksiyasini to'g'ri nazorat qilish kerak bo'ladi. Kattalarda doimiy jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish, mushaklarni chiniqtirish churra rivojlanishini oldini oladi. Churrani erta aniqlash va asoratlarni rivojlanishidan oldin operatsiya qilish katta ahamiyat kasb etadi. Shuning uchun profilaktik ko'riklarni o'tkazish kerak.

ChOV ChURRALARI (HERNIA INGVINALIS)

Chov churralari barcha churralarning 75% ini tashkil etadi. Chov churrasi bor bemorlarning 90-97% erkaklar hisoblanadi. Chov churralari tug'ma va orttirilgan bo'ladi.

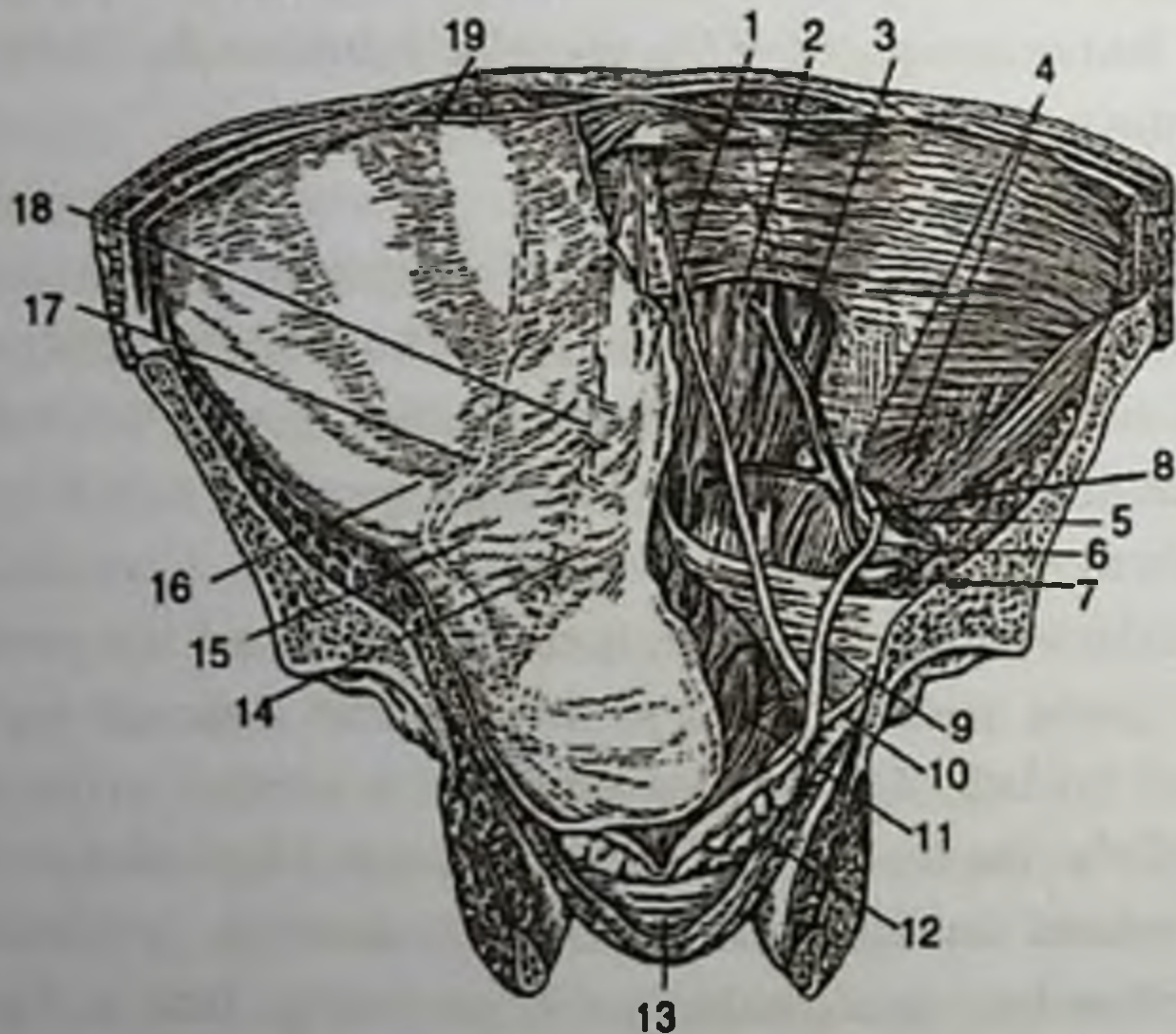
Embrional rivojlanishi

O'g'il jinsli homilaning rivojlanish jarayonining 3-oyidan boshlab moyakning pastga tushishi boshlanadi. Ichki chov halqasi sohasida parietal qorin parda bo'rtishi natijasida churra xaltasi paydo bo'ladi. Homila rivojlanishi davomida bo'rtma chov kanaliga qarab yo'naladi va yettinchi oyning oxirida moyaklar yorg'oqqa tushishni boshlaydi. Chaqaloq tug'ilgan paytida moyaklar yorg'oqda bo'ladi, qorin pardaning qin o'simtasi esa bitib ketadi. Agar qorin pardaning qin o'simtasi bitib ketmasa tug'ma chov churrasi hosil bo'ladi. Qorin pardaning qin o'simtasi ayrim sohalarda bitmasligi sodir bo'lsa, bu urug' tizimchasi istisqosi (funikulotsele) deyiladi.

Chov sohasi anatomiyasi. Qorin old devoriga ichkaridan, qorin bo'shlig'i tomondan qaralganda qorin pardaning beshta burmasi va chuqurchalarni ko'rish mumkin va bu chuqurchalar churra chiqishi mumkin bo'lgan joylar hisoblanadi. Tashqi chov chuqurchasi - chov kanalining ichki teshigi hisoblanadi, u chov boylamidan 1-1,5 sm yuqorida bo'ladi. Normada chov kanali yoriqsimon bo'lib, erkaklarda urug' tizimchasi, ayollarda bachadon yumaloq boylami joylashgan bo'ladi. Chov kanali ichki teshikdan boshlanadi va tashqi chov teshigida tugaydi. Chov kanali erkaklarda 4-4,5 sm uzunlikda bo'ladi (36 - rasm). Chov kanali devorlari: -oldindan: qorin tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi; -orqadan: qorin ko'ndalang fassiyasi; -

yuqoridan: qorin ko'ndalang mushagi va ichki qiyshiq mushakning pastki erkin qirralari; -pastdan: chov boylami (lig. ingivinalis).

Chov kanalining tashqi teshigi qorin tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi oyoqchalaridan hosil bo'ladi. Chov kanali tashqi teshigining kattaligi har xil bo'lib, uning ko'ndalang diametri 1,2-3 smgacha etadi. Ayollarda chov kanalining tashqi teshigi erkaklarga nisbatan kichikroq bo'ladi. Chov sohasi turli shaklda va kattalikda bo'ladi. Chov sohasi chegaralari: -pastdan: chov boylami; -yuqoridan: qorinning ko'ndalang va ichki qiyshiq mushaklari qirrasini; -medial tarafdin: qorinning to'g'ri mushagi tashqi qirrasini. Chov sohasi yoriqsimon, uchburchak shaklda bo'lishi mumkin. Uchburchak shakldagi chov sohasi zaif hisoblanadi. Bachadon yumaloq boylami chov kanali tashqi teshigi sohasida tolalarga bo'linadi va tolalar qov suyagiga yopishadi.



36 - rasm. Qorin old devorining orqa yuzasi: 1 – qorin pardaning o'rta, kindik burmasi; 2 – qorin to'g'ri mushagi; 3 – epigastral arteriya va vena; 4 – ichki chov halqasi; 5 – moyak qon tomirlari; 6 – tashqi yonbosh arteriya; 7 – tashqi yonbosh vena; 8 – chuqurchalararo boylam; 9 – urug' otuvchi yo'l; 10 – siydik nayi; 11 – siydik pufagi; 12 – urug' pufakchalari; 13 – prostata bezi; 14 – siydik pufagi usti chuqurchasi; 15 – medial chov chuqurchasi; 16 – lateral chov chuqurchasi; 17 – lateral kindik burmasi; 18 – medial kindik burmasi; 19 – qorin parda.

Tug'ma chov churralari. Agar embrional davrda hosil bo'lgan qorin pardaning qin o'simtasi bitib ketmasa, uning bo'shlig'i bilan qorin bo'shlig'i to'liq aloqa qiladi. Natijada tug'ma chov churrasi hosil bo'ladi. Tug'ma chov churralari bolalarda churralarning 90%ni tashkil etadi, kattalarda esa 10-12% hollarda uchraydi. Tug'ma chov churralari doimo qiyshiq bo'ladi.

Orttirilgan chov churralari. Qiyshiq va to'g'ri chov churralari farqlanadi. Qiyshiq chov churrasi tashqi chov chuqurchasi orqali chiqsa, to'g'ri chov churrasi ichki chov chuqurchasi orqali chiqadi. Chov churrasining kanal shaklida churra xaltasining tubi chov kanali tashqi teshigigacha boragan bo'ladi. Tizimcha shaklida churra chov kanali tashqi teshigi orqali chiqadi va urug' tizimchasi elementlari sohasida joylashadi. Chov-yorg'oq shaklida churra yorg'oqqa tushadi.

- **Qiyshiq chov churrasi** kasallikning boshlang'ich bosqichlarida qiyshiq yo'nalgan bo'ladi. Churra kattalashishi natijasida chov kanalining ichki teshigi medial yo'nalishda kattalashadi. Qanchalik medial kengayib borsa shunchalik chov kanali orqa devori sustlashib boradi. Uzoq davom etgan chov-yorg'oq churralarida chov kanali to'g'ri yo'nalish oladi. Katta churralarda yorg'oq kattalashadi, jinsiy olat teri ostida qoladi, chura elementi mustaqil qorin bo'shlig'iga to'g'rilanmaydi. To'g'rilaganda ichak quldirashi eshitiladi.

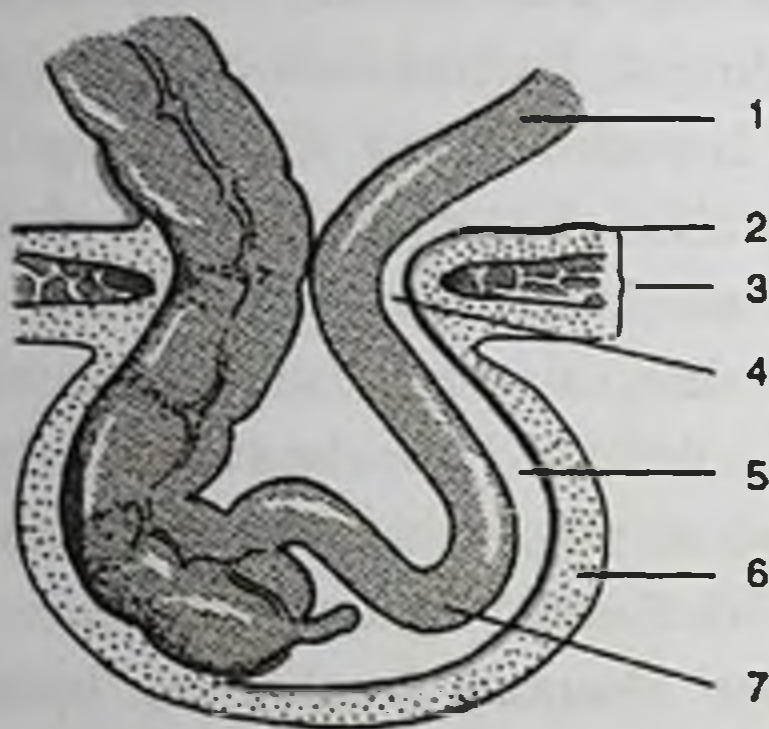
- **To'g'ri chov churasi** qorin bo'shlig'idan ko'ndalang fassiyadan bo'rtib medial chuqurcha orqali chiqadi. Chov kanalining tashqi teshigi orqali chiqib yorg'oq ildizi sohasida joylashadi, yumaloq shaklda bo'ladi. Ko'ndalang fassiya to'g'ri chov churrasini yorg'oqqa tushishiga to'sqinlik qiladi. To'g'ri chov churrasi ko'p hollarda ikki tomonlama bo'ladi.

- **Sirpanuvchi chov churralari** churra xaltasi devorini mezoperitoneal o'ralgan a'zo hosil qilganda aytiladi (37 - rasm). Masalan, siydik pufagi, ko'r ichak va ko'tariluvchi chambar ichak. Sirpanuvchi chov churralari barcha chov churralarining 1-1,5% ni tashkil qiladi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Churra haqiqatdan paydo bo'lgan bo'lsa uni aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Anamnez yig'ish kerak: jismoniy zo'riqish paytida to'satdan paydo bo'lganligi yoki asta sekinlik bilan kattalashib kelganligi, bemorning vertikal holatida churraning paydo bo'lishi, gorizontol holatda to'g'rilanishi

kabi ma'lumotlar. Bemorlarni churra sohasida va qorinda og'riq, yurganda noqulaylik hissi bezovta qiladi. Agar churra xaltasida siydik pufagi joylashgan bo'lsa dizurik belgilar yuzaga kelishi mumkin.



37 - rasm. Sirpanuvchi chov churrasi: 1 - ichak; 2 – qorin parda;
3 – qorin devori; 4 – churra darvozasi; 5 – churra xaltasi;
6 – churra qobig'i; 7 – churra xaltasi a'zolari.

Bemorni vertikal holatda ko'rganda chov sohasi assimetirik ekanligi ko'rinadi. Qorin devorida bo'rtmaning bo'lishi uning shakli va o'lchamini baholashga imkon beradi. Chov kanali tashqi teshigini barmoq bilan tekshirish bemorni gorizontol holatda yotqizgan holatda churra elementini qorin bo'shlig'iga to'g'rilagan holda amalga oshiriladi. Normada chov kanali tashqi teshigi erkaklarda bir barmoq o'tkazadi. Yo'tal turtkisi belgisini aniqlash mumkin. Ikkala chov kanali ham tekshirilishi kerak. Albatta yorg'oq tekshirilishi kerak (urug' tizimchasi, moyaklar, moyak ortiqlari paypaslanishi).

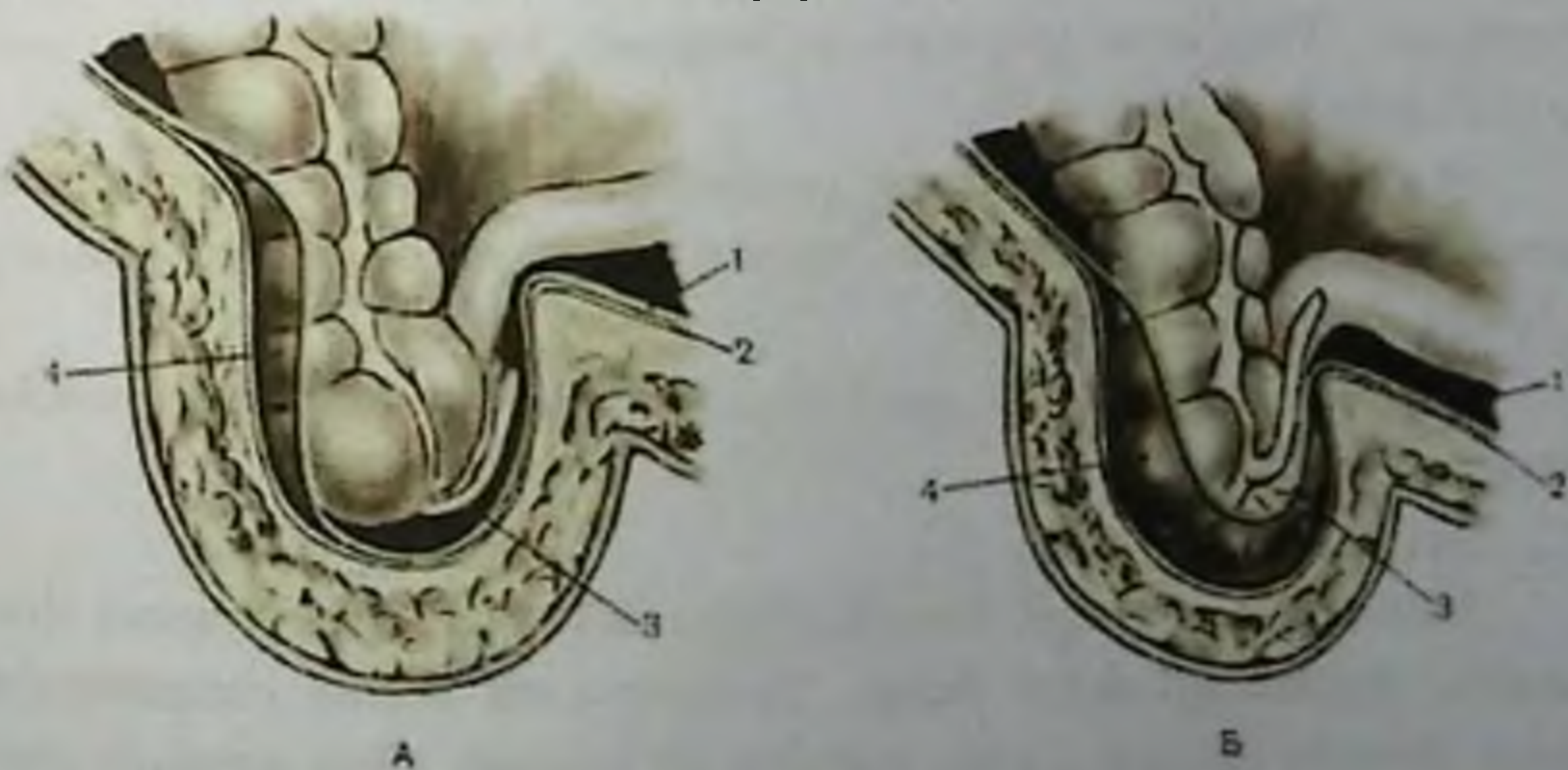
Ayollarda chov churralari ko'rik va paypaslash orqali aniqlanadi. Chov kanali tashqi teshigiga ayollarda barmoqni o'tkazish qiyin. Ayollarda chov churralari chov kanalida joylashgan bachadon yumaloq boylami kistalaridan differensial tashxislanadi. Churralardan farqli ravishda kistalar gorizontol holatda o'lchamini o'zgartirmaydi, to'mtoq tovush eshitiladi.

- **Qiyshiq chov churrasi** to'g'ri chov churrasidan farqli ravishda bolalarda va o'rta yoshdagi odamlarda ko'p uchraydi; bir tomonlama bo'ladi va ko'p hollarda yorg'oqqa tushadi. Unchalik katta bo'lmagan qiyshiq chov churralarida chov kanali orqa devori yaxshi rivojlangan bo'ladi, katta

churralarda orqa devor sustlashgan bo'ladi, yo'tal turki belgisini aniqlash barmoqdan lateralda seziladi. Churra xaltasi urug' tizimchasi elementlari orqali o'tadi, shuning uchun churra bor tomonda ob'ektiv ko'rik paytida urug' tizimchasi qalinlashganligi aniqlanadi.

- **To'g'ri chov churrasi** keksa yoshdagi odamlarda ko'p uchraydi. Churali bo'rtma yumaloq shaklda bo'ladi, chov boylamidan medial joylashadi. Churra deyarli yorg'oqqa tushmaydi, odatda ikki tomonlama bo'ladi, ob'ektiv ko'rganda chov kanali orqa devori sustlashgan bo'ladi. Yo'tal turki belgisi to'g'ridan to'g'ri chov kanali tashqi teshigida, barmoqdan medial tomonda aniqlanadi. Churra xaltasi urug' tizimchasidan ichkarida joylashadi.

- **Sirpanuvchi chov churrasining** o'ziga xos belgisi yo'q. Odatda keng churra darvozasiga ega katta churra hisoblanadi. Asosan keksa yoshdagi bemorlarda uchraydi. Sirpanuvchi churrada yo'g'on ichak bo'lsa irrigoskopiyada aniqlanadi. Sirpanuvchi churrada siydik pufagi bo'lsa bemorlarda dizurik belgilar yuzaga keladi, shuningdek ikki lahzali siyish yuzaga keladi: dastlab bemor siydik ajraladi, keyin churra bosilganda yana siyish hissi paydo bo'ladi va bemorda yana siydik ajraladi. Sirpanuvchi churrada siydik pufagi ekanligiga shubha bo'lganda bemorning kateterizatsiya qilinadi va sistografiya qilinadi. Bunda siydik pufagi churrasi shakli, o'lchami, unda tosh bor-yo'qligi aniqlanadi.



38 - rasm. Ko'richak sirpanuvchi churrasi.

1 – peritoneum; 2 – fascia transversalis; 3 – churra qopchasi;
4 – ko'richak devori.

Differensial diagnostikasi. Chov churralarini gidrotselle, varikotselle, qorin old devori lipomasi, shuningdek son churralaridan differensial diagnostika qilish kerak.

Yorg'oqning kattalashishiga sabab bo'lgan to'g'rilanmaydigan chov churralari gidrotselega o'xshash ko'rinish berishi mumkin. Gidrotseleda moyakning xususiy qavatlar orasiga suyuqlik to'planadi, buning natijasida yorg'oq kattalashadi. Gidrotselening to'g'rilanmaydigan chov churrasidan farqi shundaki, u yumaloq yoki oval shaklda bo'lib, noksimon shaklda bo'lmaydi, elastik konsistensiyali, yuzasi silliq bo'ladi. Hosila paypaslanganda moyakni uning ortig'i chegarasidan ajratib bo'lmaydi. Katta o'lchamdagi gidrotsele paypaslaganda chov tashqi halqasidan yaqqol ajralgan bo'ladi. Perkutor tovush gidrotseleda to'mtoq bo'ladi, churrada esa timpanik bo'lishi mumkin. Diafanoskopiya asosiy tekshirish usuli hisoblanadi. Bu tekshirish qorong'u xonada yorg'oqqa maxsus yorug'lik tarqatuvchi yoritgich orqali nur o'tkazishga asoslangan. Gidrotsele bo'lsa yorg'oqda qizg'ish rang paydo bo'ladi va nur o'tkazadi, churra bo'lsa yorug'lik nuri o'tmaydi.

Chov churrasini varikotsele bilan differensial diagnostika qilganda quyidagilarga e'tibor berish kerak. Varikotseleda bemorda vertikal holatda yorg'oqda simillovchi og'riq, yorg'oqning kattalashishi kuzatiladi. Paypaslaganda urug' tizimchasining venalari ilonsimon kengayganligi aniqlanadi. Yorg'oqni yuqoriga ko'targanda kengaygan venalar oson bo'shab qoladi.

Qorin old devori lipomasi paypaslaganda og'riqsiz, harakatchan, yumshoq konsistensiyali bo'lib, ultratovush tekshiruvda aniq diagnoz qo'yish imkoni mavjud bo'ladi.

Son churrasi asosan paypaslaganda chov boylamidan pastdan chiqqanligi aniqlanadi.

Davolash

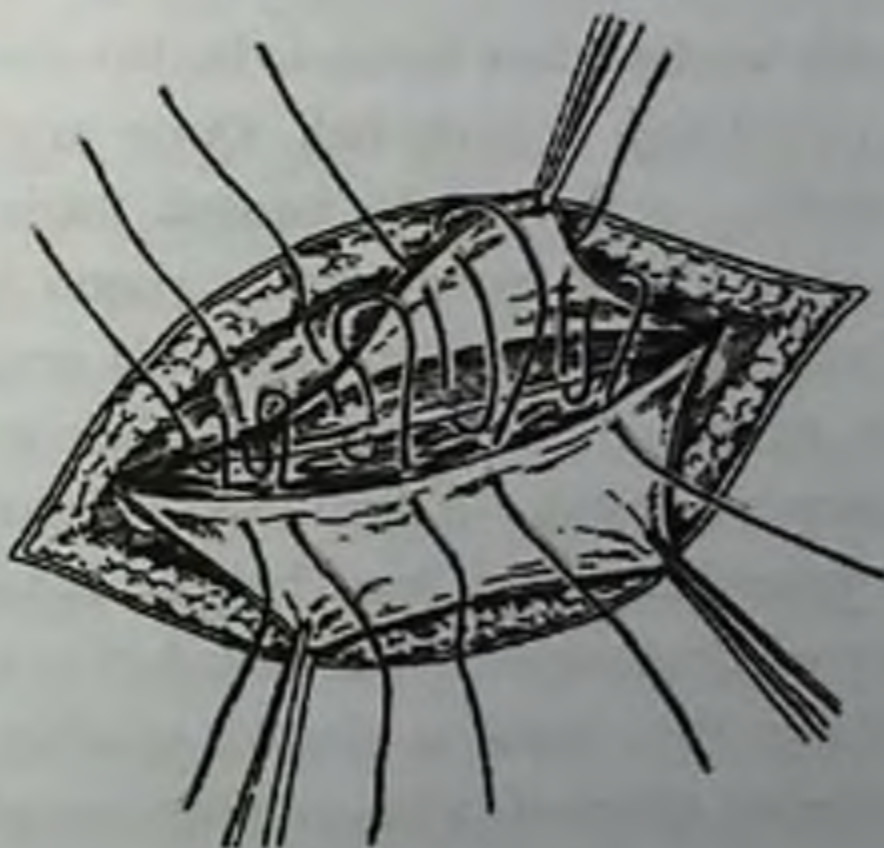
Asosiy usul – xirurgik davolash. Operatsiyaning asosiy maqsadi chov kanalini plastika qilishdan iborat. Operatsiya bir nechta bosqichlardan iborat. *Birinchi bosqich* – chov kanaliga yo'l ochish. Chov sohasida chov boylamiga parallel va undan yuqorida qiyshiq kesim bajariladi. Qorinning tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi kesiladi: yuqori laxtagi ichki qiyshiq va ko'ndalang mushakdan ajratiladi, pastki laxtagi urug' tizimchasidan

ajratiladi. *Ikkinchi bosqich* – churra xaltasini ajratish va olib tashlash. *Uchinchi bosqich* – chov kanali ichki teshigini normal o'lchamgacha tikish (diametri - 0,6-0,8 sm). *To'rtinchi bosqich* – chov kanali plastikasi.

Chov kanali plastikasi usulini tanlashda shuni unutmaslik kerakki, chov churralari paydo bo'lishiga asosiy sabab chov kanali orqa devorining zaifligi hisoblanadi. Shuning uchun hozirgi vaqtda faqat chov kanali orqa devori plastika qilinadi. Chov kanalining oldingi devorini plastika qilish hozirda tarixiy ahamiyatga ega bo'lib qolganligi uchun qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Bobrov-Jirar usuli chov kanalini oldingi devorini mustahkamlashga asoslangan. Urug' tizimchasi ustidan dastlab qorinning ichki qiyshiq mushagi va ko'ndalang mushagi, keyin alohida choklar bilan tashqi qiyshiq mushagi aponevrozining yuqori laxtagi chov boylamiga tikiladi. Aponevrozning pastki laxtagi yuqori laxtakka choklar bilan biriktirilib duplikatura hosil qilinadi.

Kimbarovskiy choklari bir xil to'qimalarni birlashtirishga asoslangan. Bunda tashqi qiyshiq mushak aponevrozi yuqori laxtagiga 1 sm qirg'og'idan ichkarida chok o'tkaziladi va ichki qiyshiq mushak, ko'ndalang mushakdan o'tkaziladi, so'ngra yana tashqi qiyshiq mushak aponevrozidan chiqariladi, keyin chov boylamiga tikiladi. Buning natijasida bir xil to'qimalar birlashtiriladi (39 - rasm).



39 - rasm. Jirar-Spasokukoskiy usulida Kimbarovskiy choklari bilan chov kanali oldingi devori plastikasi.

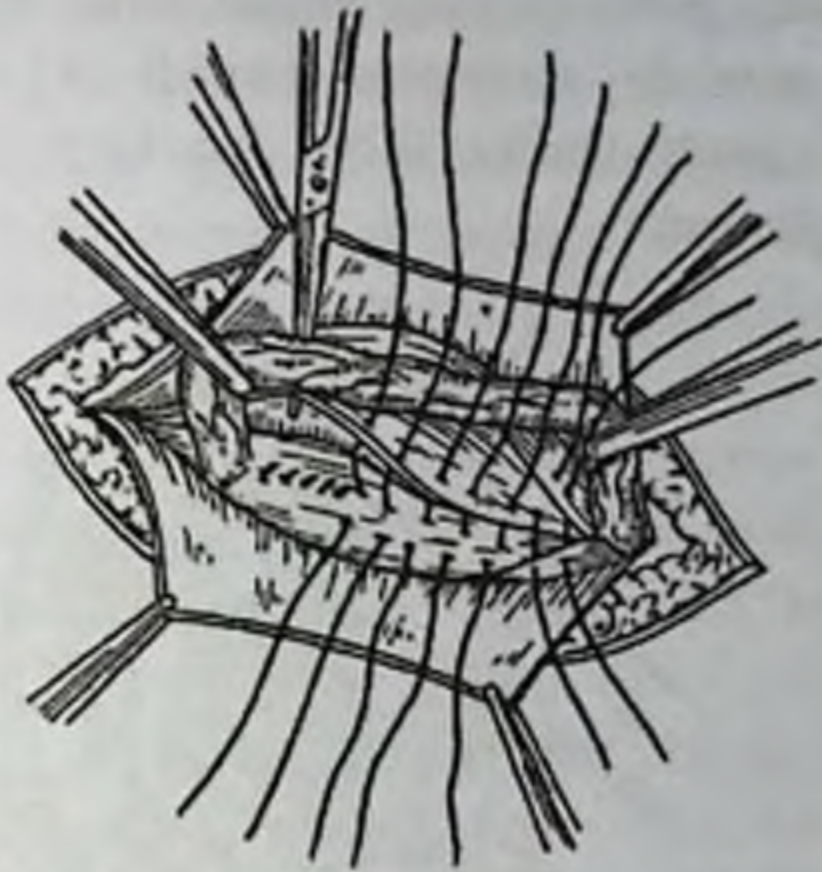
Bassini usuli – eng ko‘p tarqalgan usul bo‘lib, bunda chov kanali orqa devori mustahkamlanadi. Churra xaltasi bartaraf etilgandan so‘ng urug‘ tizimchasi yuqoriga ko‘tariladi, uning ostidan ichki qiyshiq mushak, ko‘ndalang mushak va ko‘ndalang fassiya bilan birga chov boylamiga tikiladi. Urug‘ tizimchasi shakllangan mushakli devorga qo‘yiladi. Urug‘ tizimchasi ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozi o‘zaro “yonma-yon” tikiladi (40 - rasm).



40 - rasm. Bassini bo‘yicha chov kanali orqa devori plastikasi

Postempskiy usulida chov kanali to‘liq likvidatsiya qilinadi va chov kanali boshqa yo‘nalishga yo‘naltiriladi. Qorin to‘g‘ri mushagi qinining qirrasi ichki qiyshiq va ko‘ndalang mushak tolalari bilan yuqori qov boylamiga tikiladi. So‘ngra aponevrozning yuqori laxtagi ichki qiyshiq mushak va ko‘ndalang mushak bilan birgalikda urug‘ tizimchasi ostidan chov boylamiga tikiladi. Tashqi qiyshiq mushak aponevrozining pastki laxtagi urug‘ tizimchasi ostidan o‘tkazilib yuqori laxtak ustiga fiksatsiya qilinadi. Urug‘ tizimchasi yangi hosil bo‘lgan kanalga qo‘yiladi, uning ustidan teri osti yog‘ kletchatkasi va teri tikiladi (41 - rasm).

Oxirgi yillarda chov kanalini plastika qilishda Shouldays usuli va Lixtenshteyn usulidagi alloplastika keng qo‘llanilmoqda.



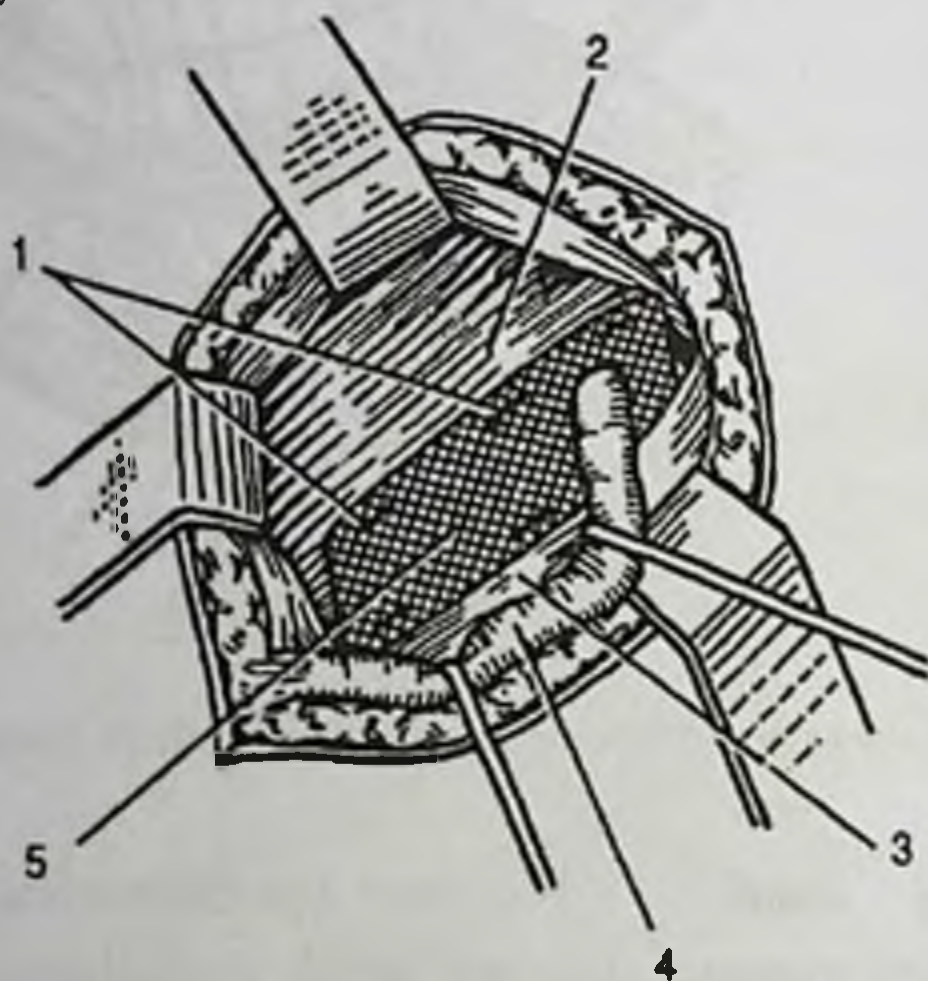
41 - rasm. Postempskiy usulida chov kanali plastikasi

Shouldays usuli – Bassini operatsiyasining modifikatsiyasi hisoblanadi. Uning maqsadi churrani kesish va churra xaltani kesib olgandan so'ng uzluksiz chok yordamida ko'ndalang fassiyadan duplikatura hosil qilishdan iborat. Shu chok yordamida ichki qiyshiq mushak va ko'ndalang mushak chov boylamiga tikiladi. So'ngra urug' tizimchasi ustidan tashqi qiyshiq mushak aponevrozi duplikatura hosil qilinadi. Shu usulda muallif rahbarligida bajarilgan 200000 operatsiyalardan 1% dan ko'p bo'lmagan asoratlarni kuzatilgan.

Barcha yuqorida bajarilgan usullar taranglashgan plastikalar hisoblanadi va turli xil to'qimalar (mushak va aponevroz) tikiladi. Bu esa bir tomondan operatsiyadan keyingi davrda og'riq sindromiga sabab bo'ladi, ikkinchi tomondan residivlar sonini oshiradi. Shuning uchun oxirgi yillarda polipropilen setka yordamida Lixtenshteyn usulida alloplastika bajarish keng qo'llanilmoqda. Bu usulda taranglashmagan plastika bo'ladi.

Lixtenshteyn usuli – chov kanali alloplastikasining ishonchli usuli hisoblanadi. Bu usulda asosiy maqsad to'qimalarni taranglashmagan plastika qilishdir. Churra xaltasi bartaraf etilgandan so'ng urug' tizimchasi atrof to'qimalardan ajratiladi. Polipropilen to'r urug' tizimchasi ostidan uzluksiz chok yordamida qorin to'g'ri mushagi qirrasiga, chov boylamiga fiksatsiya qilinadi. To'rning yuqori qirrasini qorinning ichki qiyshiq va

ko'ndalang mushagi pastki qirrasiga tikiladi. Urug' tizimchasi ustidan qorin tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi tikiladi (42 - rasm). Bu usulda alloplastika qilinganda residiv 0,2% dan ko'p bo'lmaganligi muallif tomonidan ta'kidlangan.



42 - rasm. Chov kanali orqa devori plastikasi. Polipropilen to'r fiksatsiyasidan keyingi orqa devor ko'rinishi: 1 – To'r fiksatsiya qilingan joy; 2 – qorinning ichki qiyshiq mushagi; 3 – qorinning tashqi qiyshiq mushagi aponevrozi; 4 – urug' tizimchasi; 5 - polipropilen to'r.

SON CHURRASI (HERNIA FEMORALIS)

Son churrasi kam uchraydigan churralar qatoriga kirib, Pupart boylamidan pastda joylashadi, ko'proq ayollarda (1:5) va chap tomonda kuzatiladi.

Son kanali anatomiyasi.

Chov boylami, yonbosh va son suyaklari (arcus femoralis) o'rtasida joylashgan bo'shliq yonbosh fassiyasi (arcus iliopectoralis) tarmoqlari vositasida 2 qismga (lacuna musculorum va lacuna vasorum) bo'linadi.

Muskul lakunasi orqali m. iliopsoas va n. femoralis, tomir lakunasi orqali a. et v. femoralis o'tadi, qov suyagi gorizontall tarmog'i periostidan m. pectineus bilan qoplangan fascia pectinea chiqadi. Fascia pectinea va Pupart boylami o'rtasidagi burchak biriktiruvchi to'qima plastikasi – lig. lacunare

Gimbemati bilan to'lgan. Jimbemat boylami bilan son venasi o'rtasidagi bo'shliq, yog' kletchatkasi va Pirogov-Rozenmyuller chuqur chov limfa tuguni bilan to'lgan va son halqasi (anulus femoralis) deyiladi. Oldingi tomondan u chov boylami, orqadan esa taroqsimon boylam va shu nomli fassiya bilan chegaralangan. Churra ochib boradigan yo'l normada bo'lmaydigan son kanali deb ataladi.

Kanalning ichki teshigi bo'lib son halqasi xizmat kiladi, u qorin bo'shlig'i tomonidan ko'ndalang qorin fassiyasi bilan yopilgan, bu soxada u limfatik tomirlar hisobiga ravoqlangan bo'ladi. Son kanalining tashqi halqasi hiatus saphenus hisoblanadi.

Kanalning o'zi uch qirrali shaklga ega: uning oldingi devori son serbar fassiyasining o'roqsimon chekkasi, lateral devori – son venasi, orqa medial devori – yonbosh taroqsimon fassiyadan tashkil topgan. Son kanali uzunligi 1-3 sm.

Son churrasini joylashuviga ko'ra tomir-lakunar, jimbemat-boylam va muskul-lakunar turlarga bo'lish mumkin.

Son churrasining eng ko'p uchraydigan, ya'ni tipik turi tomir-lakunar tur hisoblanadi. Son churralari aksariyat churra hosil bo'lishiga anatomik moyillik tug'diradigan omillari bo'lgan ayollarda kuzatiladi, chunki ularning chanog'i katta, alohida qiyalikka ega, son halqasi o'lchamlari katta (anulus femoralis eni ayollarda 1,8 sm, erkaklarda esa 1,2 sm), oval teshik katta va uning yuqori shohi kaltalashgan.

Unutmaslik kerakki, 28,5% hollarda a. obturatoria, a. epigastrica inferiordan anomal uzoqlashadi va bunday xollarda son kanalining ichki halqasi uchala tomondan tomirlar (v. femoralis, a. epigastrica inferior, a. obturatoria) bilan o'ralgan bo'ladi.

Bunday joylashuv «ajal toji» (corona mortis) degan nom olgan, chunki qisadigan xalqani kesish vaqtida a. obturatoria shikastlanganda o'limga sabab bo'ladigan qon oqishi ro'y berishi mumkin.

Diagnostikasi.

Son churrasi Pupart boylamidan pastroqda son oval chuqurchasi zonasida, qov dumboqchasidan pastda lateral joylashgan kichikroq (yorg'oq yoki tuxumdek keladigan) shish bilan xarakterlanadi. U chovda og'riq bilan o'tadi, ba'zan dispeptik buzilishlar, qorinda bo'lishi yoki qabziyat bilan

birga kechadi, aksariyat o'ng tomondagi churra sirpanuvchan bo'ladi. Joyiga kiritib bo'lmaydigan churra ichida ko'pincha charvi bo'ladi.

Churraning hamma tipik simptomlari – kuchanishda kattalashadigan va yotganda yo'qoladigan bo'rtma, yo'tal turtkisi bo'lganda va Pupart boylamining medial yarmida pastdagi tipik joylashuvda diagnoz qo'yish oson. Juda semiz va to'la ayollarda churraning Pupart boylami munosabatini aniqlash qiyin bo'lganda (spina iliaca anterior superior va tuberculum pubicum) tutashtirib turadigan chiziqdan foydalaniladi.

Bundan tashqari, son churralarining differensial diagnostikasini urug' tizimchasi lipomasi, oval chuqurcha limfadeniti, son venalarining varikoz kengayishi, xavfli o'sma metastazi, son tomirlari anevrizmasi bilan o'tkazish kerak.

Davolash.

Son churralari faqat operatsiya qilib davolanadi. Operatsiyalarning hamma usullarini ikki turga ajratish mumkin:

- 1) chov kanali tomonidan qilinadigan operatsiyalar;
- 2) son tomonidan bajariladigan operatsiyalar.

Joyiga kiritib bo'lmaydigan katta o'lchamli son churralarida T-simon kesmalardan kam foydalaniladi.

Chov tomonidan o'tkaziladigan operatsiyalar.

Rudji usuli. Chov kanali va ko'ndalang fassiya ochilgandan, churra xaltachasi ajratilib ishlov berilgandan keyin Pupart boylamini suyak usti pardasiga tikib, plastika o'tkaziladi.

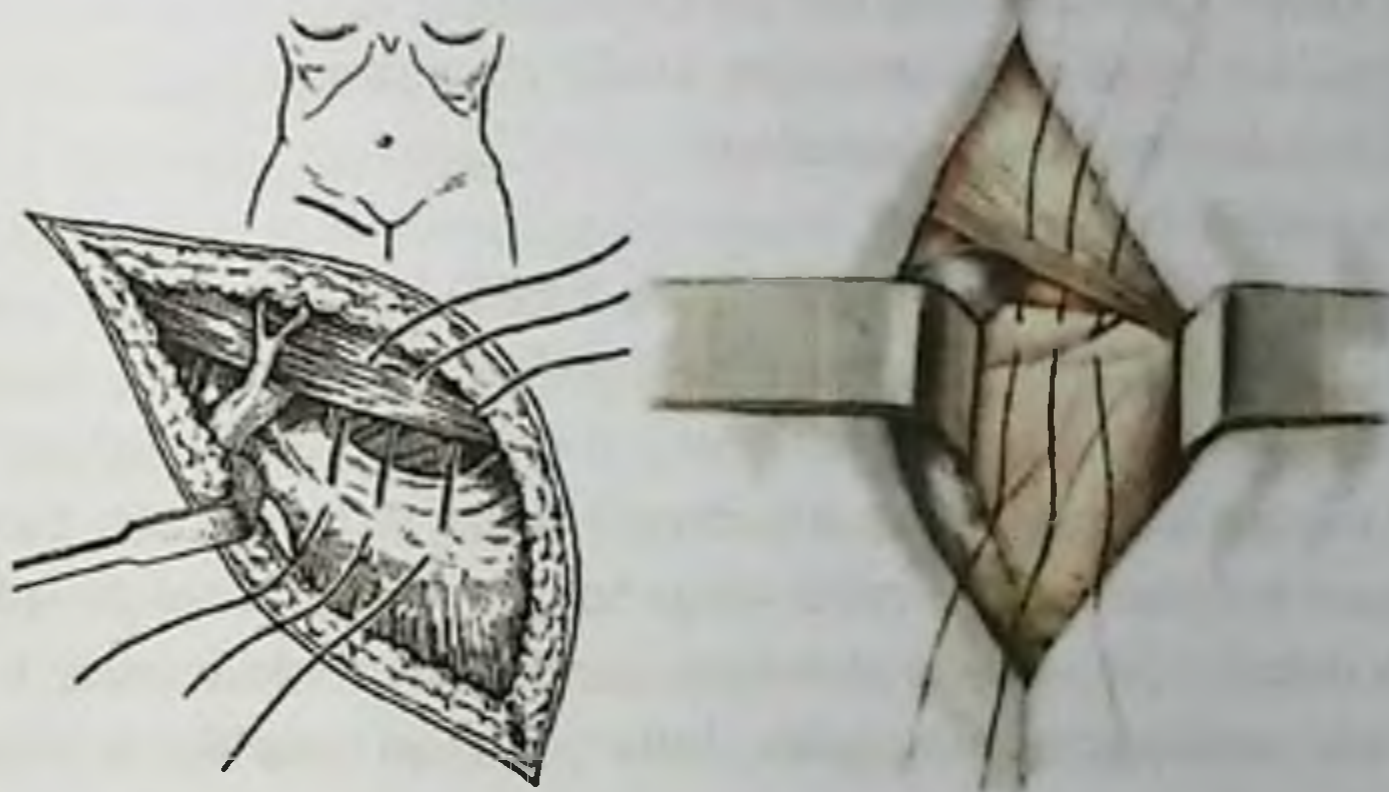
Chov kanali devorining butunligi tiklanadi.

Parlavechcho usuli – tashqi halqa butunligini saqlab qolgan holda chov kanali ochiladi. Qorin ichki qiyshiq va ko'ndalang muskullarining pastki chekkasini qov suyagining suyak usti pardasiga urug' tizimchasi orqasidan tikishadi. Choklarning ikkinchi qatori xuddi shu muskullarga chov boylamiga solinadi. Rayx usuli – ichki qiyshiq va ko'ndalang muskul Pupart boylamiga va qov suyagining suyak pardasi ustiga urug' tizimchasi oldidan tikiladi.

Praksin usuli – qo'shma usul bilan plastika qilinadi operatsiyani son tomonidan boshlab xaltachani ajratiladi va unga ishlov beriladi. Plastikani esa chov yo'li orqali urug' kanalchasi orqasida Pupart boylamiga va suyak

usti pardasiga qilinib, ichki qiyshiq va ko'ndalang muskullar pastki chekkasini tikiladi.

Son tomondan qilinadigan operatsiyalar. Lokvud-Bassini usuli – son halqasi plastikasini chov boylamini qov suyagi usti pardasiga tikish hisobiga bajariladi (43-rasm).



43 - rasm. Lokvud-Bassini usulida son xalqasini plastikasi.

Bassini plastika usulini oval chuqurcha yarimoysimon chekkasiga (margo falciformis) va taroqsimon fassiyaga choklaming ikkinchi qatorini solish bilan to'ldirdi.

Prokunin usuli – son kanalidagi ichki xalqani taroqsimon muskul va shu nomdagi fassiyadan olingan laxtak bilan yopiladi. Aponevrozning chov boylamiga parallel qilib kesib olingan transplantatning eniga muvofiq tilinadi.

Urug' tizimchasini yuqoriga suriladi va komsang yordamida son halqasi zonasidagi ko'ndalang fassiyani to'mtoq holda suriladi. Son halqasi orqali taroqsimon muskul laxtagini tashqi qiyshiq muskul aponevrozi kesmasiga o'tkaziladi, unga transplantat o'matilib, son kanalining ichki teshigi bekitiladi.

Uotson-Cheyne usulining Prokunin usulidan farqi shundaki, taroqsimon muskuldan olingan asosi yuqoriga yo'naltirilgan 6-7 sm uzunlikdagi laxtak Pupart boylamiga tashqaridan tikib ko'yiladi.

Transplantatni tomir qiniga va taroqsimon muskulga qo'shimcha mahkamlanadi.

KINDIK ChURRALARI

Kindik halqasi orqali o'tadigan churralarga kindik churralari deyiladi. Kindik churralari hamma churralarning 6-8 foizini tashkil qiladi.

Quyidagilar farq qilinadi:

- 1) kindik kanalchasining tug'ma churralari;
- 2) go'dak bolalardagi orttirilgan kindik churralari;
- 3) kattalarning kindik churralari.

Anatomik ma'lumotlar.

Qorin oldingi devori strukturasi kindik sohasini bo'sh joy deb hisoblash mumkin. Embrional davrda kindikning shakllanishi murakkab jarayondir. Normada antinatal davrning 6-oyidayoq kindik halqasi hosil bo'ladi, uning o'lchami asta-sekin kichrayib boradi va tug'ilishdan bir necha kun o'tgach tushgan kindik o'rnida ichiga botgan yamoqcha xolida uzil-kesil berkilib qoladi. Bu sohada aksariyat qorin oldingi devorining tug'ma rivojlanish nuqsonlari, shuningdek katta yoshdagi odamlarda churralar kuzatiladi.

Hatto normal sharoitlarda kindik sohasi bir muncha beqaror strukturalar – teri, kindik fassiyasi va qorin pardasi bilan berkilgan bo'ladi.

Kindik halqasi serbar va fassiyasi sust rivojlangan bo'lganda churralar paydo bo'lishi uchun shart-sharoitlar vujudga keladi. Kindik halqasining muskul pardasi bo'lmagan faqat kindik venasi o'tadigan yuqori bo'limi pastki bo'limidan kuchsiz bo'ladi. Kindik fassiyasining to'rtta biriktiruvchi to'qima tortmalari bilan mahkamlanganligini eslatib o'tish lozim: bitib ketgan kindik venasi, kindik arteriyalari va obliteratsiyalangan siydik yo'li. Biroq fassiya yaxshi rivojlangan qorin to'g'ri muskullari va uning kindik halqasi diametrini toraytiradigan qin aponevrozlari bo'lgandagina pishiq bo'ladi. Shuning uchun kindik churrasi, odatda, to'g'ri qorin muskullari sust rivojlangan ayollarda (80%) va bolalarda kuzatiladi.

Kindik tizimchasi churrasi yoki kindik churrasi (omphalocele) rivojlanish nuqsonidan iborat bo'lib, bunda bola tug'iladigan fursatda qorin bo'shlig'i qisman qorin pardasidan tashqarida – amnion, Vartanov liqildog'i va birlamchi oddiy qorin pardasidan tashqil topgan kindik pardalarida joylashadi (ichakning aylanish jarayoni buzilishi natijasida, qorin

bo'shlig'ining o'sib etilmaganligi yoki qorin oldingi devorining yopilishi buzilishidan). Qorin oldingi devori rivojlanishining to'xtash vaqtiga ko'ra kindik churralarining 2 turi – embrional va fetal churralar tafovut qilinadi. Embrional churralarda jigarda Glisson kapsulasi bo'lmaydi va u kindik pardalari bilan qo'shilib ketadi.

Churra o'lchamlariga ko'ra kichiqroq – 5 sm gacha, o'rtacha – 10 sm gacha, kattalari – 10 sm dan katta bo'ladi.

Churra pardalari holatiga ko'ra: asoratlangan (pardalarining yirtilishi, ularning yiringli parchalanishi, ichak oqmalari) va asoratlanmagan (pardalari o'zgarmagan) turlariga bo'linadi.

Kindik tizimchalarining churralari bo'lgan bolalarning taxminan 65 foizida rivojlanish nuqsonlari (yurak, me'da-ichak yo'li, siydik-tanosil sistemasining) birga uchraydi.

Tug'ilishdan keyin dastlabki soatlarda churra xaltachasini hosil qiladigan kindik pardalari yaltiroq, tiniq, oqimtir rangli bo'ladi. Biroq birinchi sutka oxirida ular quriydi, loyqa tortadi, so'ngra infeksiyalanadi va fibrin qatlamlari bilan qoplanadi. Pardalar yupqalashganda va yirtilganda eventeratsiya yuz beradi.

Davolash operatsiya usulida va konservativ bo'ladi.

Operatsiyaga mutloq monelik qiladigan xollarga tug'ma yurak nuksoni, bolaning oy-kuni ancha to'lmasdan tug'ilishi va og'ir kalla suyagi-miya shikasti kiradi. Diametri 5-7 sm li churralarda qorin oralig'i devori qatlam-qatlam qilib tikiladi. Diametri 7-9 sm li churralarda faqat teri tikiladi. Katta o'lchamli churralar qorin ichi bosimining xayot uchun xavfli oshib ketishi sababli operatsiyaga nisbiy monelik qiladigan xol xisoblanadi. Bunday xollarda churraga steril bog'lam qo'yiladi va qorin devorini yopishkoq plastir tilishlari bilan tortib qo'yiladi. Bunday chaqaloqlarning talaygina qismi peritonit va sepsisdan nobud bo'ladi. Agar bu kasallar oyi-kuni to'lib va qo'shilib keladigan og'ir rivojlanish nuqsonlarisiz tug'ilgan bo'lsalar Gross bo'yicha 2 boskichli operatsiya qilish yoki nuqsonni alloplastik material bilan yopish mumkin.

Go'daklarda kindik churralari xayotining dastlabki oylarida rivojlanadi yoki keyinchalik hosil bo'ladi. Bolalarda kindik churralari ular yig'laganda, qattiq yo'talganda va fimozda doimiy kuchanganda, oriqlab ketganda vujudga keladi. Bolalarda kindik churralari odatda katta o'lchamli

bo'lmaydi va oson joyiga tushadi. Qisilib qolish xollari kamdan-kam uchraydi.

Davolash taktikasi churra turiga va bolaning yoshiga bog'liq. Chaqaloq va yosh bolalarda qorin pressi o'sishi va rivojlanishi jarayonida odatda bola 3-5 yoshga, ba'zan 5-6 yoshga etganda churraning o'z-o'zidan tuzalib ketishi kuzatiladi. Bundan kechroq muddatlarda kindik halqasi o'zicha yopilmaydi. Operatsiya kilib davolash kerak bo'ladi.

Kengaygan kindik halqasi yopilishiga quyidagi tadbirlar imkon beradi:

1) kindik soxasiga paxtaga o'ralgan yassi karton parchasini qo'yib qo'yish. Uning chekkalari churra teshigi chekkalarini yopib turishi lozim. Bog'lam 1 oycha qo'yiladi, so'ngra alishtiriladi;

2) qorin pressini rivojlantirish va mustahkamlashga qaratilgan massaj va gimnastika. Davo bolaning 1 oyligidan boshlanadi;

3) qorin muskullarini doimiy tarang qilib turadigan asosiy kasallikni davolash;

4) to'g'ri rejim, vannalar, to'g'ri ovkatlanish. Konservativ davo yordam bermaganda (odatda 2-3 yildan keyin) va churra qisilganda operatsiya qilishga to'g'ri keladi.

Katta odamlardagi kindik churralari. Ko'pincha to'g'ri muskullar diastazi bilan birga keladi va ko'p tuqqan yoki juda semirib ketgan ayollarda uchraydi. Kindik churralari hosil bo'lishiga, shuningdek assit va kindik oqmalari sabab bo'ladi.

Churra teshigining o'lchamlari xar xil – juda tor teshikdan serbar teshikkacha. Katta teshiklar ko'ndalang yo'nalishga ega. Churra xaltachasi noto'g'ri shaklda va to'siqlar hamda divertikullar hosil qiladi.

Kindik churralari arang bilinadigan bo'rtmachalardan tortib, katta xajmli o'smalargacha bo'lishi mumkin. Kindik churralari ko'pincha joyiga tushmaydigan bo'ladi, koprostaz va qisilib qolish bilan asoratlanadi.

Churralar og'ir yuk ko'targanda, shuningdek churra o'zicha chiqkanda og'riq, beradi. Aksariyat kindik churralari terining bichilishi yoki kiyim-kechak yupka tortgan badan terisini bosib turishi natijasida yalliglanishga uchraydi.

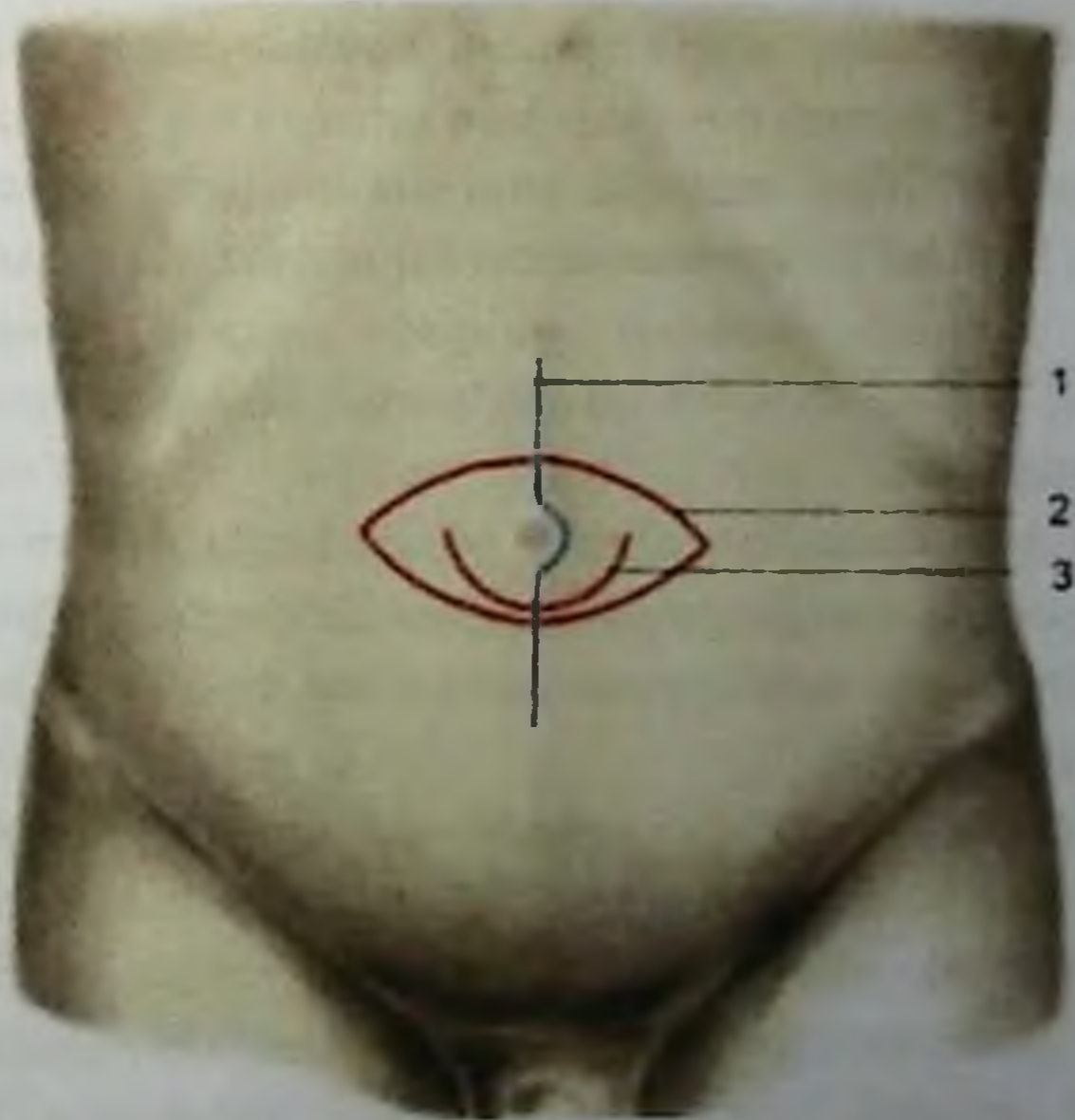
Shunday qayta yallig'lanishlar natijasida churra xaltachasi ichida bitishmalar hosil bo'ladi va churra joyiga tushmaydigan, ya'ni to'g'rilanmaydigan bo'lib qoladi.

Kindik churralari operatsiya qilib davolanadi. Kindik churralarida kindik churra xaltachasi bilan birga kesib tashlanadi. Churra ichidagi a'zolar churra xaltachasi bilan bitishmalari ajratilgandan keyin qorin bo'shlig'iga kiritiladi.

Churra xaltachasining ichida shishib qalinlashgan charvisi bo'lgan to'g'riylanmaydigan kindik churralarida charvini rezeksiya qilish kerak. Churra xaltachasi darvozalari oldida uzluksiz chok bilan tikiladi.

Bolalardagi kichik churralarda churra darvozalari plastikasi Lekser bo'yicha o'tkaziladi. teshik atrofiga aponevrozga ipak ip bilan kiset choki solinadi, u tortilgandan keyin xalkani bekitadi. Keyinchalik aponevrozga ko'ndalang yo'nalishda tugunli ipak choklar solinadi (44-rasm).

Meyo usuli churra darvozarini yaxshi bekitish uchun katta kindik churralarida qo'llaniladi. Kindik halqasini ikkala tomonda 1 sm dan kesiladi. Aponevrozning pastki chekkasini bir necha P-simon choklar yordamida yuqori chekkasi ostiga tortiladi va o'sha erda duplikatura hoida mahkamlanadi; aponevroz laxtagining yuqori chekkasini tugunli choklar qatori bilan aponevrozning pastki uchastkasi sathiga tikiladi (44-rasm).



44 - rasm. Kindik churralarida operatsiya kesmalari:
1- Sapejko usuli, 2- Lekser usuli, 3- Meyo usuli.

Sapejko usuli – Meyo usulidan qorin devori aponevrozini churra teshigi ustidan vertikal yoʻnalishda ikki marta oshirish bilan farq qiladi. Sapejko usulida fakat tugunchali choklar solinadi (44-rasm).

OQ CHIZIQ CHURRALARI (HERNIA LINIAE ALBA)

Oq chiziq churrallari (hernia liniae alba) yoshi ulgʻaygan va keksa odamlarda koʻproq uchraydi.

Anatomiyasi.

Qorinning oq chizigʻi oʻrta chiziq boʻylab ichki qiyshiq, va koʻndalang muskullar aponevrozlarining biriktiruvchi toʻqima tolalaridan hosil boʻladi.

Kindikdan yuqoridagi oq chiziq kindik oldida eni 2-3 sm ga etadigan serbar biriktiruvchi toʻqima plastikasidan iborat.

Qorin toʻgʻri muskullari qinini hosil qiladigan aponevrozlar oq chiziqqa oʻtayotganda qiya yoʻnalib, bir biri bilan kesishadi va ayrim kishilarda birmuncha kattalashib ketadigan va churra chiqadigan joy boʻlib xizmat qiladigan yogʻli kletchatka bilan toʻlgan yoriqsimon boʻshliqlar hosil qiladi.

Qorin toʻgʻri muskullari kindikdan pastda deyarli tegib turadi. Bunday joylashgan churralarning nihoyatda kam uchrashi shu bilan izohlanadi.

Qorin usti sohasi anatomik strukturasi (epigastrium) ham churra boʻrtmalari hosil boʻlishiga shart-sharoitlar mavjud. Bu sohada qorin toʻgʻri muskullari dastalari orasidagi yoriqlarni nazarda tutish lozim. Bu dastalarning bir qismi V-VII qovurgʻalarga, boshqalari esa xanjarsimon oʻsimtaga yopishadi.

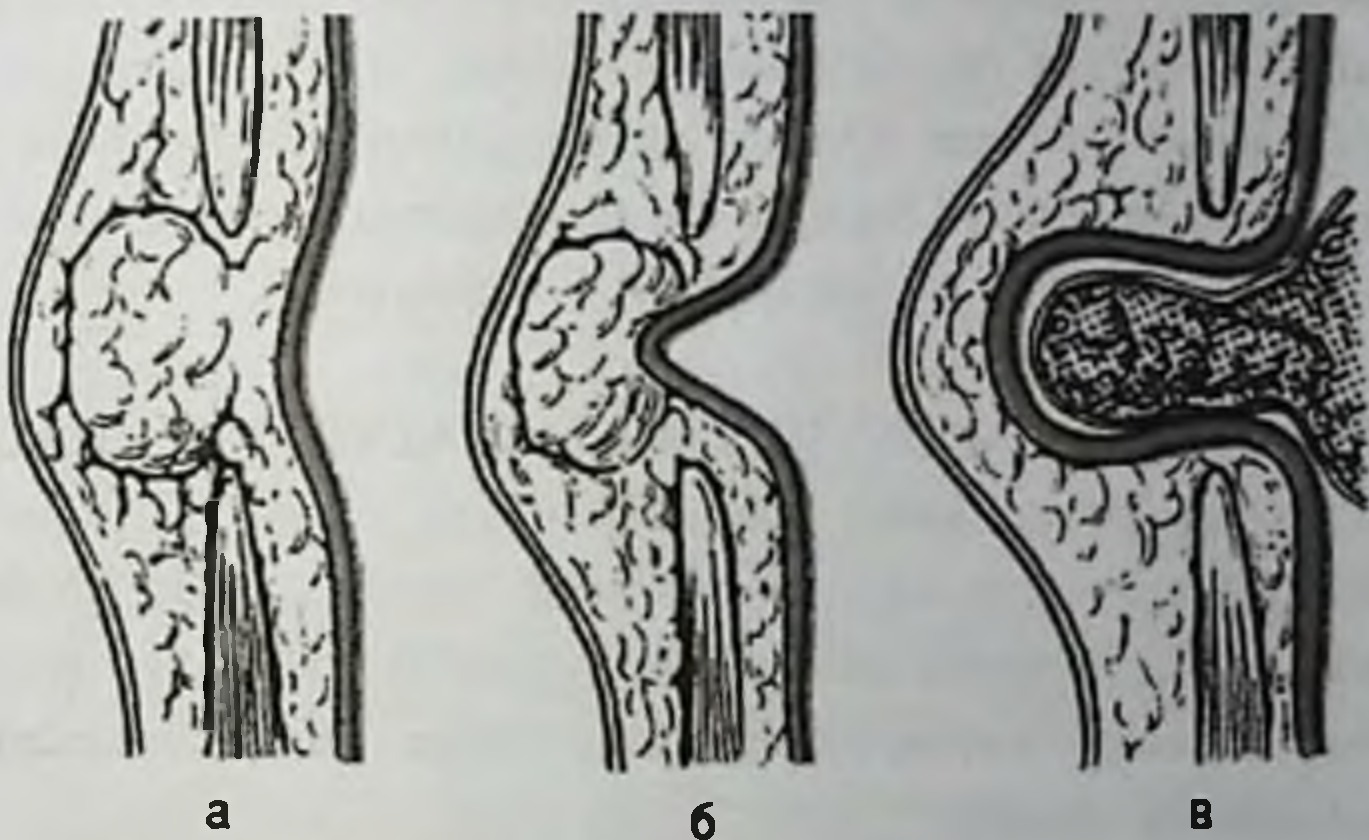
Muskul-aponevrotik tuzilmalar tonusi buzilganda va qorin ichidagi bosim oshganda bu yoriqlarga qorin pardasi oldidagi yogʻ, shuningdek qorin pardasi kirib qolishi mumkin: meʻda kasalligi bularning qisilib qolishiga sabab boʻlishi mumkin.

Oq chiziq churrallari joylashuviga koʻra kindikdan yuqorida joylashgan qorin usti churrallari (herniae epigastricae), kindik oldida joylashgan kindik oldidagi (hernia paraumbilicalis) va kindik pastida joylashgan qorin pastidagi (herniae hypogastricae) churralarga boʻlinadi.

Qorin ichidagi bosimning talaygina koʻtarilishi taʼsiri ostida aponevrozdagi yoriq orqali (normada undan tomirlar, nervlar oʻtadi) avvaliga qorin pardasi oldidagi yogʻ boʻrtib chiqadi, u baʼzan qorin devori

muskullari taranglashtirilganda yumaloq zichlashma (qorin pardasi oldidagi lipoma deb ataladigan) ko'inishida paypaslanadi. Keyinchalik lipomadan keyin qorin pardasi ham bo'rtib chiqadi va xaqiqiy churra hosil bo'ladi (45-rasm).

Simptomlari. Bemorlar jismoniy harakat paytida va qisilish bo'lganda bo'rtma sohasida og'riq sezadilar. Yotishda odatda og'riq bo'lmaydi. Churra qisilganda bemorning ko'ngli ayniydi va qusadi.



45 - rasm. A. Qorin old devori lipomasi, B. Endi boshlanayotgan hosila, V. Qorin old devori churrasi.

Me'da kasalliklari – gastrit, yara, rak bilan differensial diagnostika o'tkaziladi. Me'da patologiyasida og'riqlar ovqat eyish bilan bog'liq, vaxolanki churrada og'riq jismoniy harakat qilinganda paydo bo'ladi. Bemorlarda epigastriyda og'riq bo'lgan hamma hollarda me'da va o'n ikki barmoq ichakni qo'shimcha rentgenologik tekshirish zarur.

Davolash – operatsiya usulida.

Churra xaltachasi ajratilgandan va ishlov berilganda uni olib tashlangandan keyin yoriqni aponevrozda tugunli choklar, kiset chok bilan tikiladi yoki Sapejko bo'yicha yoki Sapejko-Dyakonov bo'yicha plastika qilinadi. Ikkinchi usul birinchisidan birinchi qatorda P-simon choklar solish bilan farq qiladi.

QORINNING YoNBOSH ChURRALARI

Kam uchraydi, ular shikastlardan, kesilgan abscesslardan keyin, mahalliy muskul falaji zaminida hosil bo'lishi mumkin va odatda qorin ko'ndalang muskulining muskul qismi aponevrozga o'tayotganda spigeliy chizig'ida hosil bo'ladi. Aponevroz to'g'ri muskullar qini devorlari tarkibiga o'tayotganda o'yoq (chuqurcha) hosil bo'ladi. Bu erda aponevroz tolalari ikkiga bo'linadi va qinga qon tomirlar va nervlar kiradi. Bu joylar churra chiqadigan bo'sh joylar hisoblanadi. Churra ko'pincha kesilgan holda aniqlanadi. Operatsiya churra teshigini ochish, churra ichidagini qorin bo'shlig'iga solish va qorin devorini qatlam-qatlam qilib tikishdan iborat. Martynov bo'yicha plastika Sapejko usulidan kesmaning o'ng qorin to'g'ri muskuli chekkasi bo'ylab joylashuvi bilangina farq qiladi.

TRAVMATIK VA OPERATSIYADAN KEYINGI ChURRALAR

Ko'pincha qorinni kesib ochiladigan turli operatsiyalardan keyin uchraydi. Operatsiyadan keyingi churralar asosan qorin bo'shlig'ini tamponada qilish va drenajlash, jaroxat yiringlab ketishi va operatsion jarohatning ikkilamchi tortilib bitishi bilan o'tadigan operatsiyalardan keyin vujudga keladi (46 - rasm).

Churra paydo bo'lishining sabablaridan biri operatsiya vaqtida muskul nervlari va tomirlarining kesilib ketishi hisoblanadi.

Operatsiyadan keyingi churralarning paydo bo'lish sabablarini faqat tikilgan to'qimalarning sust regeneratsiyasidan emas, balki operatsiya texnikasining noto'g'riligidan va operatsiyadan keyin bitmagan yamoqni etarlicha ehtiyot qilmaslikdan izlash kerak. Operatsiyadan keyingi churralar ba'zan juda kattalashib ketib, qorin a'zolarining talay miqdordagi eventratsiyasi bilan o'tadi.

Operatsiyadan keyingi yamoqli churralar churra xaltachasiga ega bo'lishi, qator hollarda esa undan mahrum bo'lishi mumkin va operatsiyadan keyingi teri osti chandiqli eventratsiyasidan iborat bo'ladi.

Simptomlari – qorinda og'riq, og'irlik va jismoniy mehnat bilan shug'ullanishga imkon yo'qligi, ba'zan qabziyat va qorin dam bo'lishi bemorlarning asosiy shikoyatlaridan hisoblanadi.

Ob'ektiv tekshiruvda qorin devorida yamoqli o'zgargan yupqalashgan teri bilan qoplangan bo'rtmacha aniqlanib, uning ostida qorin a'zolari paypaslab ko'riladi.

Ularni joyiga solingandan keyin churra teshigining o'tkir chekkalarini paypaslab ko'rish mumkin, bu teshik operatsion yamoqning boshdan-oxirigacha katta o'lchamlargacha etishi mumkin.



46 - rasm. A. Bemor 47 yoshda operatsiyadan (yuqori-o'rta laparatomiyadan) keyingi katta churra. B. Bemor 63 yoshda. Operatsiyadan keyingi gigant churra. V. Bemor 61 yoshda operatsiyadan (pastki-o'rta laparatomiyadan) keyingi katta churra. Bemor G. 57 yoshda. Qorin yon devori operatsiyadan keyingi churra.

Churra xaltachasi ichidagi a'zolar (charvi, ingichka va yo'g'on ichak qovuzloqlari) ko'pincha bo'rtib chiqqan joy sohasida yamoqli o'zgargan teri bilan qo'shib ketgan bo'ladi. Tushgan ichki a'zolarning churra xaltachasi bilan bitishmalar hosil qilganligi, shuningdek ko'p sonli ichki a'zolarning churra xaltachasiga surilishi natijasida operatsiyadan keyingi churralar ko'pincha to'g'rilab bo'lmaydigan bo'lib qoladi.

Diagnostikasi: Churralami diagnostika qilishda asosan instrumental tekshirishlarga murojaat qilinib jumladan ultratovush tekshiruvi (47 - rasm), kompyuter tomografiya (48 - rasm) shuningdek churrani qisilishiga shubha qilinganda qorin bo'shlig'i a'zolari rentgenografiyasi bajariladi.



47 - rasm. Bemorda ultratovush tekshiruvida churra xaltasida bitishma kasalligi aniqlanganligi strelka yordamida ko'rsatilib qo'yilgan.



48 - rasm. Bemorda KT tekshiruvida operatsiyadan keyingi gigant churra aniqlangan.

Davolash. Operatsiyadan keyingi churralami konservativ davolash qorinni mahkam tutib turadigan belbog'-bandaj tayinlashdan iborat. Davolashning bu usuli ba'zan katta eventratsiyali semiz bemorlarni davolashning birdan bir yo'li hisoblanadi, chunki yurak faoliyatida buzilishlar bo'lgan bu bemorlarni operatsiya yo'li bilan davolash katta xavf tug'diradi. Eventratsiyasi ko'p bemorlarni operatsiyaga 1-2 hafta mobaynida tayyorlanadi, u o'rinda yotishi kerak, chunki aks holda operatsiya vaqtda ichki a'zolari to'g'rilash va ularning ustidagi qisqargan qorin devorlarini tortish qiyin. Operatsiya qilib davolash churra xaltachasini ajratishdan, yupqalashgan teri yamog'i va unga yopishgan churra ichidagi a'zolar o'rtasidagi bitishmalarni ajratishdan iborat, shundan keyin ajralib ketgan qorin devori aponevrozini ajratish va ularga choklar solish zarur.

O'rtada joylashgan churra operatsiyalaridan keyin churra teshigini ikki marta ko'paytirish prinsipi bo'yicha, aponevrozning bir chekkasini ikkinchisiga qo'yib yopiladi. Yon tomonlarni operatsiyalardan keyingi churralarda devor nuqsoni odatda muskullarni qatlam-qatlam qilib tikib yopiladi (49 - rasm).



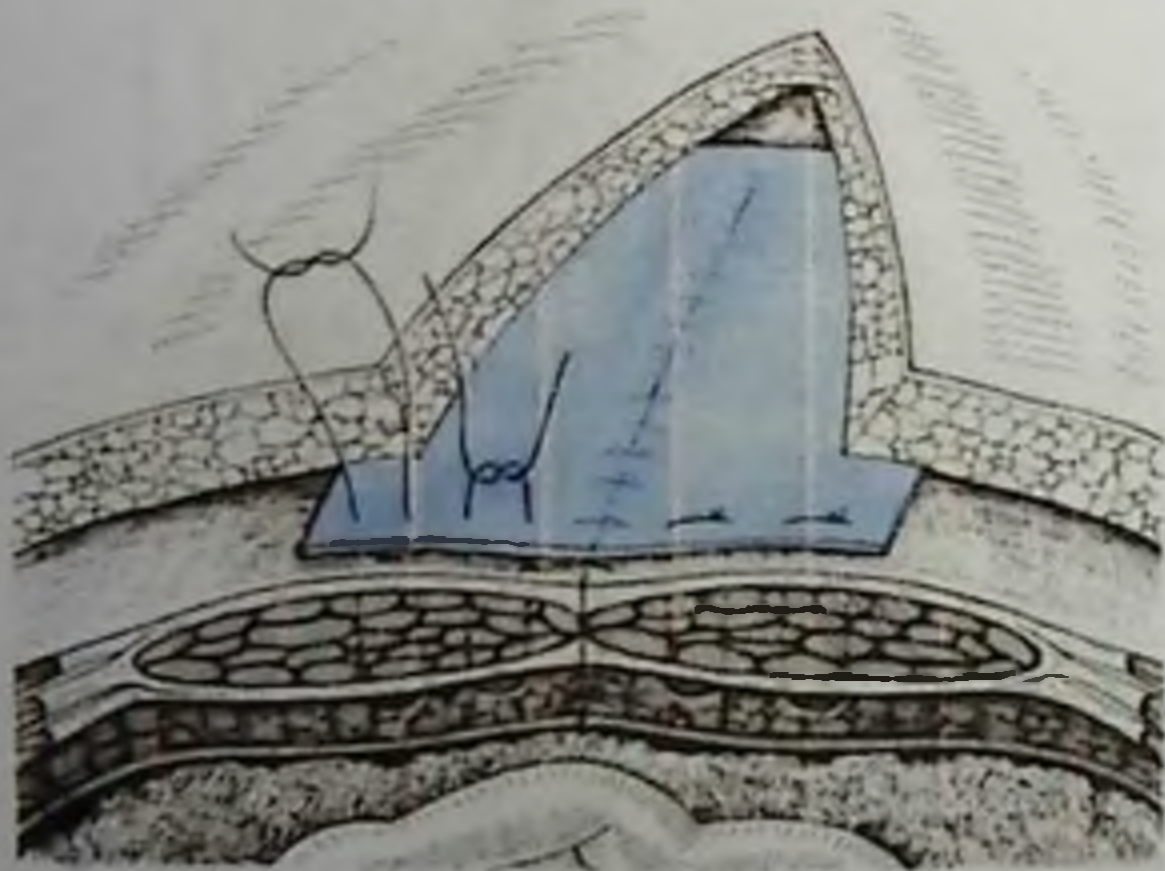
49 - rasm. Amaliyotdan keyingi churralarda Voznesenskiy usulida plastika qilish.

Vreden usuli – qorin devori nuqsoni bo'lgan joyda cho'zilgan yamoq to'qimalarni va aponevrozidan qo'shaloq hosil qilishdan iborat.

S.P. Shilovsev usuli – aponevrozdagi nuqsonni yamoqli teri laxtagi bilan uning epidermal qatlamini oldindan elektr koagulyatsiya qilib plastik bekitishdan iborat. Chandiqli to‘qima va katta nuqsonlarda cutis-subcutis dan foydalaniladi, shuningdek qo‘shni muskullardan olingan oyoqchadagi plastinka, son serbar fassiyasidan olingan erkin fassial to‘qima yoki alloplastika ham qo‘llaniladi. Churra teshiklarini polivinilalkogol, porolon, polietilen kabi matolar bilan plastika qilishda ham yaxshi natijalar olingan.

Amaliyotdan keyingi gigant churralarida, osilgan qorin bilan bo‘lgan bemorlarda jarrohlik amaliyoti churra darvozasini Voznesenskiy usulida plastika qilish va osilgan qorinni Zolton usulida bartaraf etish tavsiya qilinadi.

Qorin old devorining operatsiyadan keyingi qaytalangan va qaytalanuvchi churralarida asosan alloplastika operatsiyalari bajariladi. Bu operatsiya ham o‘z navbatida allotransplantatni joylatirilishiga ko‘ra 3 ga bo‘linadi. Agarda allotransplantat (setka) aponevroz ustidan qo‘yilsa On-lay (50 - rasm), aponevroz ostidan qo‘yilsa Sub-lay yoki bevosita qorin parda ichidan qo‘yilsa In-lay usulida alloplastika operatsiyasi bajarilagn hisoblanadi.



50 - rasm. Amaliyotdan keyingi churralarda onlay usulida alloplastika qilish.

Operatsiyaga ko‘rsatma:

1. Churra residiv yoki residivlanuvchi bo‘lsa
2. Churra katta o‘lchamda bo‘lib qorin old devori kuchsiz va mushaklar, fatsiya hamda aponevroz atrofiyasi bo‘lsa.

3. Churra darvozasi ko'p sonli bo'lganda

4. Gigant churralar qorin old devoridagi defekt 250 sm² va undan katta bo'lib autoplastika qilishni imkoni bo'lmaganda.

Ushbu operatsiyalarda foydalaniladigan sintetik transplantat (setkalar) polipropilen, teflon, ekoflon, atrium, marleks, prolen, treleks nomlar bilan yuritiladi.

Bundan tashqari zamonoviy davolash usullariga qorin old devori churralarida laparoskopik gernioplastika usullarini ham kiritishimiz mumkin.

ICHKI VA KAM UCHRAYDIGAN ChURRALAR

Ichki yoki intraabdominal churralarga qorin cho'ntaklari churralari va diafragmal churralar, shuningdek joylashuviga ko'ra kam uchraydigan: qorinning yonbosh churralari (spigeliy chizig'ining), Pti uchburchagining bel churralari va Lesgaft-Gryunfeld to'rtburchagi churralari: yopqich, quymich va oraliq churralari kiradi.

Anatomik ma'lumotlar. Qorinning ichki churralari ichki a'zolar qorin bo'shlig'i a'zolarining teshiklaridan biriga (foramen epiploica Winslovi), boylam yoki qorin cho'ntaklari recessus iliococalis, intersigmoideus; flexura duodenojejunalisdan biriga yoki diafragma teshiklariga kirganda vujudga keladi.

Ma'lumki, diafragma muskul va pay qismlardan tashkil topgan. Ko'krak bo'shlig'i tomonidan u parietal plevra bilan, qorin bo'shlig'i tomonidan parietal qorin pardasi bilan qoplangan. Diafragmaning muskul qismida 3 bo'lim: partes sternalis, aortalis, lumbalis farq qilinadi. Diafragmaning bel qismi xar qaysi tomondan 3 ta oyokcha: medial, o'rta va lateral oyokcha hosil qiladi. Diafragma bel qismining medial oyokchalari (o'ng va chap) 8 raqami ko'rinishidagi kesishma hosil qilib, ikkita teshik hiatus aortcus hiatus oesophagusni chegaralab turadi. Keyingisi adashgan nervlar bilan qizilo'ngachni o'tkazadi. Qizilo'ngachni o'rab turgan muskul tolalari qizilo'ngach sfinkteri m. sphincter oesophagi ni hosil qiladi. Sfinkter borligiga qaramay, qizilo'ngach teshigi orqa ko'ks oralig'i diafragmal churralar chiqadigan joy bo'lib xizmat qilishi mumkin, churra ichida odatda me'daning kardial qismi bo'ladi. Diafragmada muskul tolalari bo'lmaydigan va ko'krak ichi va qorin ichi fassiyalari tegib turadigan uchastkalar bo'ladi.

Diafragmaning bu «kuchsiz uchastkalari» baʼzan diafragmal churralar chiqadigan joylar boʻlib xizmat qiladi. Diafragmaning toʻsh va qovurgʻa qismi orasida, xanjarsimon oʻsimtadan chapda uchburchak oraliq trigonum sternocostalis boʻladi, uni yana Larrey nishoni ham deb ataladi (shu joyda perikardni Larrey usulida teshiladi).

Oraliqda kletchatka bilan oʻralgan vasa thoracica intema boʻladi, xanjarsimon oʻsimtaning oʻng tomonidagi xuddi shunday oraliq Maʼzoi yorigʻi deyiladi. Diafragmaning qovurga qismi va bel qismining tashqi oyoqchasi oʻrtasida trigonum lumbocostalis boʻladi, ularni Boxdalek yoriqlari deb ataladi.

Bel sohasida kam joylashadigan churralar Pti uchburchagi yoki Lesgaft-Gryunfeld rombasimon boʻshligʻi orqali chiqadi:

1) orqaning serbar muskuli chekkasining yonbosh qirrasini va qorin tashqi qiyshiq muskuli yaqinida tarqaladi va uchburchak shaklidagi boʻshliq, trigonum lumbale (Pti uchburchagi) hosil qiladi. Baʼzan shu joydan bel churralari chiqadi;

2) bel boʻshligʻi – spatium lumbale Lesgaft-Gryunfeld uchburchagi yoki rombasi.

Uchburchak tomonlari quyidagilar: yuqoridan – pastki tishsimon muskulning pastki chekkasi, pastdan – ichki qiyshiq muskulning orqa (erkin) chekkasi, medial – orqa yozuvchi muskulning lateral chekkasi. Baʼzan uning hosil boʻlishida yuqoridan XII qovurga qatnashadi, bu holda boʻshliq toʻrtburchak shaklida boʻladi. Bu oraliqning tubi qorin koʻndalang muskuli aponevrozidan hosil boʻladi. Ustki tomonidan faqat orqaning serbar muskuli bilan yopilgan va shunga koʻra qorin orqa devorining eng yumshoq sohasi sanaladi.

Baʼzan Lesgaft-Gryunfeld uchburchagi bel churralari chiqadigan joy boʻlib xizmat qiladi.

Simptomatikasi va davolash. Ichki churralarning shunday xususiyati borki, ular qisilmagan vaktida, diafragmal churralarni istisno qilganda muayyan klinik simptomlarga ega boʻlmaydi va aniqlanmaydi. Ular qisilganda xronik (qisilishgacha) yoki oʻtkir strangulyatsion ichak tutilib qolishi simptomlari bilan namoyon boʻladi. Shuning uchun ichki churra diagnozi faqat operatsiya vaqtida qoʻyiladi.

Bel churralari kamdan-kam, keksa xolsizlangan ayollarda uchraydi va ko'pincha katta o'lchamli bo'ladi. Katta bel churralarida churra teshigi qorin tashqi qiyshiq mukulidan olingan oyoqchadagi laxtak bilan yopiladi yoki alloplastika qilinadi.

Yopqich churra yopqich kanali orqali shu nomdagi nervlar va tomirlar bilan birga chiqib kanaldan o'tadi va m. peelneum ostida joylashadi. Shuning uchun churra o'smasi deyarli konturlanmaydi (ko'rinmaydi) va yaxshi paypaslanmaydi. Kamdan kam, faqat kattalarda, deyarli faqat ayollarda, asosan yoshi ulg'aygan (60-70 yoshdagi) odamlarda uchraydi.

Diagnostikasi qiyinchilik tug'diradi. Xovship-Romberg simptomi xarakterli. Unda nevrologik xarakterdagi kuchli sanchiqli og'riq bo'lib, u yopqich nerv yo'li bo'ylab, sonning medial yuzasi bo'yicha tizza bo'g'imigacha tarkaladi va paresteziya bo'ladi.

Bemor oyog'ini bukib va yon tomoniga burib o'tiradi. Qin yoki to'g'ri ichagi orqali kiritilgan barmoq bilan ba'zan chanoq oldingi devoridagi tortmani paypaslab ko'rilsa bo'ladi. Davolash operatsiya usulida, chunki aksariyat qisilish manzarasida operatsiya qilishga to'g'ri keladi. Laparotomiya yoki son kesmasi yo'li bilan, ba'zan kombinatsiya qilib – laparotomiya va son kesmasi ko'rinishida (Trelat) operatsiya qilinadi.

Quymich churralari: a) noksimon muskul ustidan b) noksimon muskul ostidan (foramen intraperiforme) orqali chiqishi mumkin.

Keksa ayollarda uchraydi. Quymich churralari ko'p xollarda noksimon muskul ostidan o'tadi va dumbaning katta muskuli ostiga yotadi. Shuning uchun o'lchami katta bo'lmagan churralar qiyinlik bilan aniqlanadi. Ba'zan quymich sohasida og'riq paydo bo'ladi va u yurish vaqtida kuchayadi. Qisilganda bosimdan mahalliy og'riqlar va ishias simptomlari aniq ifodalangan bo'ladi, ichak tutilishi manzarsi paydo bo'ladi.

Davolash – faqat operatsiya usulida, aksariyat u qisilish vaqtida o'tkaziladi. Ko'pchilik xirurglar qorin orqali qilinadigan usuldan foydalanadilar.

Churra darvozalari fassiya yoki muskul bilan to'ldiriladi.

Oraliq churrasi teri ostiga chanoq tubining muskul qismi orqali m. levator ani, m. coecygeus yoki m. levator ani tolalari orasidagi bo'shliqqa chiqadi. U chanoq fassiyasini bo'rttirib, isheorektal chuqurgacha kiradi va oraliq yoki to'g'ri ichak oldingi devori, qin devori yoki katta lab pastki qismi

terisini bo'rttiradi. Aksariyat to'g'ri ichakning tushishi bilan birga keladi. Ko'pincha ayollarda, to'g'ri ichak operatsiyasidan keyin uchraydi. Uning ichida qovuq yoki uning divertikuli, ayol tanosil a'zolari, ichak, charvi bo'lishi mumkin.

Joylashuviga ko'ra o'rta, yon tomonlama, oraliq churralar farq kilinadi. Churra o'smasining xarakatchanligi, uning yo'talish va kuchanish vaqtida kattalashuvi, shuningdek quldirab joyiga kirishi xarakterli.

Davolash qorin bo'shlig'ini kesish yo'li bilan yoki oraliq orqali operatsiya usulida bo'ladi.

Joyiga kiritib bo'lmaydigan yon tomonlama oraliq, churralarida operatsiyaga ruxsat etilmaydi.

QORIN OLD DEVORI ChURRALARINING ASORATLARI

Churraning qisilishi

Churraning qisilishi – shoshilinch operatsiya talab qiladigan eng ko'p va xavfli asorat. Qisilgan churralarda o'lim ko'rsatkichi 3-15% ni tashkil etadi. Churra elementi churra darvozasida qisiladi. Qisilish o'rta yoshdagi va keksa yoshdagi bemorlarda ko'p kuzatiladi. Eng ko'p, ya'ni 50-60% hollarda chov churrasi qisiladi. Katta o'lchamdagi to'g'rilanuvchi churralarga nisbatan o'rta va kichik o'lchamdagi churralar ko'p qisiladi. Churraning qisilishi paydo bo'lgan vaqtiga bog'liq emas, to'satdan paydo bo'lgan churra ham qisilishi mumkin. Har qanday a'zo qisilishi mumkin, eng ko'p ingichka ichak va katta charvi qisilishi kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kelib chiqish mexanizmiga ko'ra elastik, axlatli, aralash yoki kombinatsiyalashgan qisilish bo'lishi mumkin.

Elastik qisilish jismoniy zo'riqish, yo'tal natijasida qorin ichki bosimining birdan oshishi hisobiga yuzaga keladi. Bunday vaziyatda churra darvozasiga zo'riqish tushadi, natijada churra xaltasi odatdagidan katta bo'lib chiqadi, qaytib kirishi uchun churra elementi qisiladi.

Axlatli qisilish ko'proq keksa yoshdagi odamlarda uchraydi. Churra xaltasida joylashgan ichakning olib keluvchi qismida ko'p miqdorda axlatning to'planishi olib ketuvchi qismni qisadi; churra darvozasiga bosim oshib boraveradi va elastik qisilish qo'shiladi. Aralash shakldagi qisilish shunday yuzaga keladi.

Patologoanatomik ko'rinishi. Qisilgan a'zoda qon va limfa aylanishi buziladi, venoz dimlanish natijasida ichak devoriga, uning bo'shlig'iga va

churra xaltasiga transsudat to'planadi. Ichak sianotik ko'rinishga ega bo'ladi, churra suyuqligi tiniq holda bo'ladi. Nekrotik o'zgarishlar ichak devorining shilliq qavatidan boshlanadi. Zararlanish ko'proq strangulyatsion halqa sohasida rivojlanadi, chunki ichak devori shu sohada ko'proq qisiladi.

Vaqt o'tishi bilan patomorfologik o'zgarishlar kuchayib boradi, qisilgan ichakda gangrena rivojlanadi. Ichak ko'kimtir qora tusga kiradi, ko'p sonli subseroz qon quyilishlar yuzaga keladi. Ichak devori ilvillagan, peristaltikasi yo'q, ichak tutqichi qon tomirlarida pulsatsiya yo'qoladi.

Churra suyuqligi xira, gemorragik, axlat hidli bo'ladi. Ichak devori teshilishi natijasida axlatli flegmona va peritonit yuzaga keladi.

Churra xaltasida ichakning qisilishi strangulyatsion ichak tutilishiga tipik misol bo'ladi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi. Klinik ko'rinishi qisilish turiga, qisilgan a'zoga, vaqtiga, asorat rivojlangandan keyingi o'tgan vaqtga bog'liq. Qisilgan churraning asosiy simptomi-churra sohasida og'riq va avval to'g'rilanib turgan churraning to'g'rilanmay qolishi.

Og'riqning intensivligi turli xil bo'ladi, to'satdan kuchli og'riq shok holatiga sabab bo'lishi mumkin. Churra qisilishining mahalliy belgilariga paypaslaganda kuchli og'riq, qattiqlashish, churrali bo'rtmaning taranglashishi hisoblanadi. Yo'tal turtkisi belgisi manfiy. Perkussiya qilinganda churra xaltasida charvi, siydik pufagi, churra suyuqligi bo'lganda to'mtoq tovush eshitiladi. Agar churra xaltasida ichak bo'lsa gaz hisobiga perkussiyada timpanik perkutor tovush eshitiladi.

Elastik qisilish. Bu asoratning rivojlanishi qorin ichki bosimining oshishi (jismoniy zo'riqish, yo'tal, defekatsiya vaqtida kuchanish) natijasida rivojlanadi (51 - rasm). Ichak qisilishiga ichak tutilish belgilari ham qo'shiladi. Qisilgan ichak devorida qon tomir va nervning qisilishi natijasida to'lg'oqsimon og'riq paydo bo'ladi, bu peristaltika hisobiga bo'ladi. Gaz va axlat chiqmasligi, qusish bo'ladi. Tezkor xirurgik davo qo'llanmasa bemor ahvoli og'irlashadi, ichak tutilish belgilari, intoksikatsiya, suvsizlanish rivojlanadi. Keyinchalik churrali bo'rtma sohasida terining giperemiyasi, shishi kuzatiladi, flegmona rivojlanadi.

Qisilish chov kanali ichki teshigida sodir bo'lishi mumkin. Shuning uchun chov kanalining tashqi teshigini barmoq bilan tekshirish bilan

chegaralanmasdan ichki teshikni ham tekshirish kerak. Chov kanalini barmoq bilan tekshirganda ichki teshik sohasida og'riqli hosila paypaslanishi mumkin. Bu turdagi qisilish kam uchraydi.

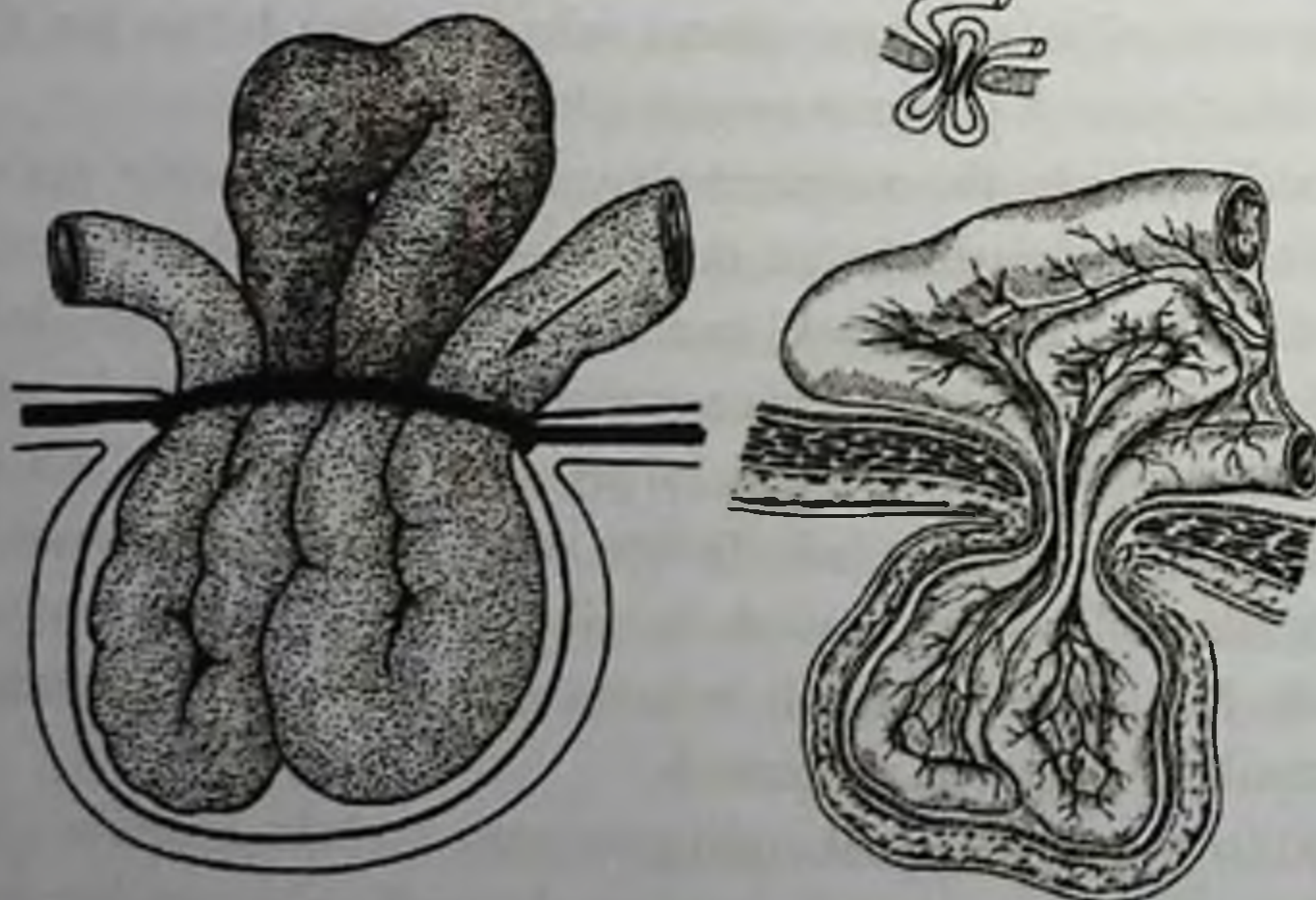


51 - rasm. Churraning elastik qisilishi



52 - rasm. Churraning axlatli qisilishi.

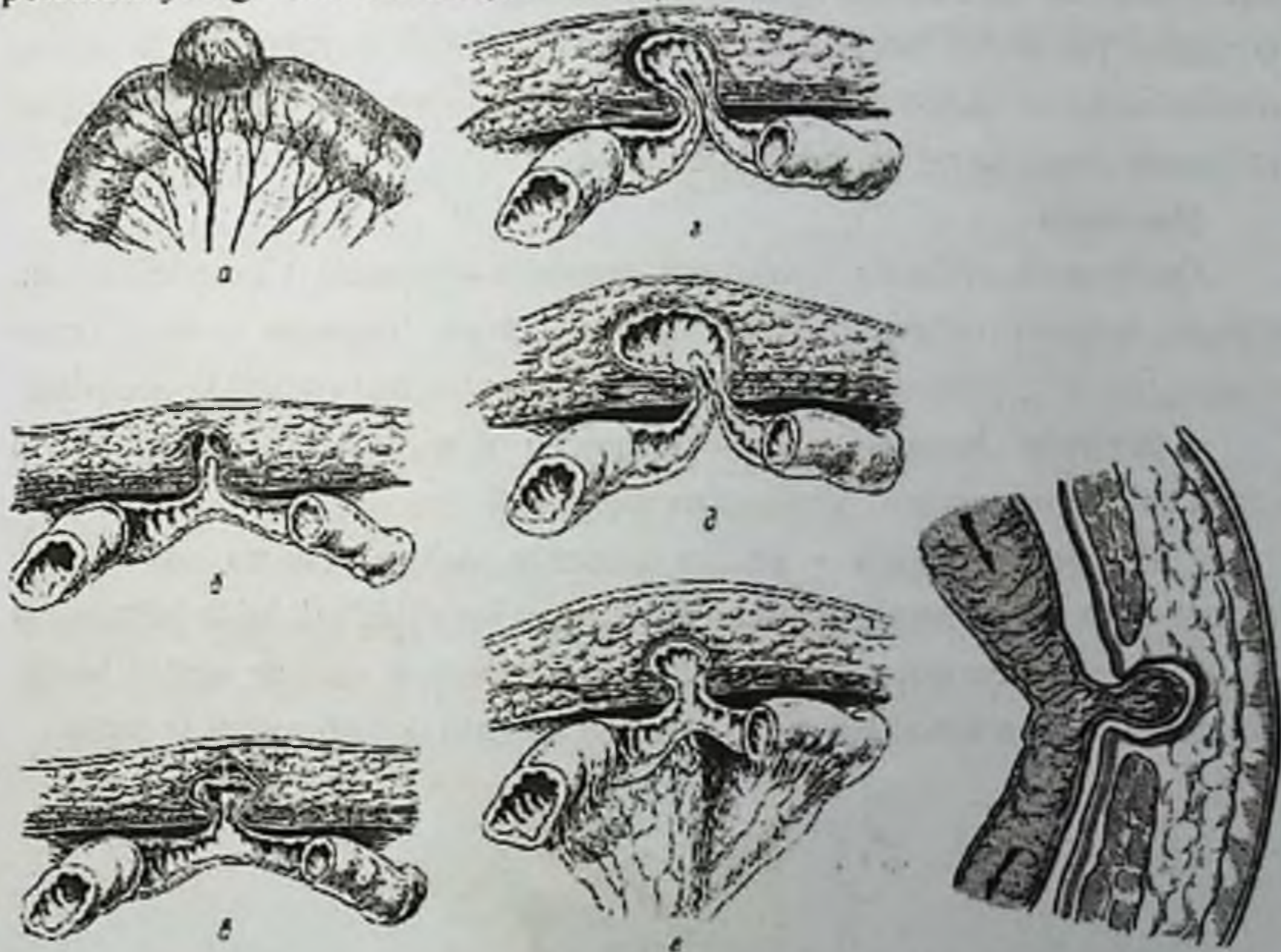
Retrograd qisilishi. Retrograd qisilish ko'proq ingichka ichakda kuzatiladi. Churra xaltasida 2 ta ichak qovuzlog'i uchraydi va ularni bog'lab turuvchi ichak qorin bo'shlig'ida joylashadi (53 - rasm). Qisilishda bog'lab turuvchi ichak qovuzlog'i katta ahamiyatga ega. Nekroz qorin bo'shlig'ida joylashgan ichakda boshlanadi. Bu vaqtda churra xaltasidagi ichakning hayotiyliги saqlangan bo'lishi mumkin.



53 - rasm. Churraning retrograd (Ichakning W-simon) qisilishi.

Operatsiyaga diagnoz qo'yish qiyinchilik tug'diradi. Operatsiya vaqtida churra xaltasida 2 ta ichak qovuzlog'i aniqlansa, xirurg qisilgan halqani kesib qorin bo'shlig'idagi ichakni ham reviziya qilishi shart. Agar retrograd qisilish o'z vaqtida aniqlanmasa bemorda bog'lovchi ichak qovuzlog'ining nekrozi natijasida peritonit rivojlanishi mumkin.

Rixter qisilishi. Agar ichak devorining kichik halqada qisilishi yuzaga kelsa rivojlanadi. Ko'proq chov va son churralarida ba'zan kindik churralarida kuzatiladi. Ichakning qisilgan qismida qon va limfa aylanishining buzilishi destruktiv o'zgarishlarga, nekroz, ichak perforatsiyasiga olib keladi (54 - rasm).



54 - rasm. Rixter qisilishining yuzaga kelish jarayonlari.

Diagnostikasi qiyinchilik tug'diradi. Klinik ko'rinishiga ko'ra Rixter qisilishi ichak qisilishidan farq qiladi: shok belgilari yo'q, ichak tutilish belgilari bo'lmasligi mumkin, ichakning evakuator funksiyasi saqlanishi mumkin. Ba'zan diareya kuzatilishi mumkin, churrali bo'rtma sohasida doimiy og'riq kuzatiladi. Churra darvozasi sohasida qattiq, og'riqli hosila paypaslanadi. Rixter qisilishini birlamchi paydo bo'lgan churrada aniqlash qiyin. Semiz ayollarda chov sohasidagi Rixter qisilishini paypaslash

qiyinchilik tug'diradi. Bemorning umumiy ahvoli dastlab qoniqarli bo'lishi mumkin, keyinchalik churra flegmonasi va peritonit rivojlanishi natijasida yomonlashadi. Diaqnoz operatsiya vaqtida asoslanadi. To'qimalar kesilib churra xaltasi ochilganda ichak devorining qisilgani aniqlanadi.

Qisilgan churrani yolg'on qisilishdan farqlash kerak. O'tkir pankreatit va peritonitda churra xaltasiga qorin bo'shlig'idan ekssudat o'tib to'planadi. Bunda churra o'lchami kattalashadi, og'riqli bo'ladi, lekin Yo'tal turtkisi belgisi saqlanadi.

Avval aniqlanmagan to'satdan qisilgan churra. Qorin devorida churra hosil bo'lishi uchun tipik sohalarda tug'ruqdan keyin qorin pardada bo'rtmalar paydo bo'ladi. Bu ko'proq chov sohasida paydo bo'ladi. Avval aniqlanmagan to'satdan paydo bo'luvchi qisilgan churralar chov sohasida va son kanali sohasida og'riq bilan boshlanadi.

Davolash

Qisilgan churralarda shoshilinch operatsiya qilinadi. Uning bajarilishi qisilgan halqani ochish, churra xaltani ochish, qisilgan a'zoni qorin bo'shlig'iga to'g'rilashdan iborat. Operatsiya bir necha bosqichda bajariladi.

- **Birinchi bosqich** –aponevrozgacha to'qimalarni qavatna-qavat ochish va churra xaltasini ajratishdan iborat (55 - rasm).

- **Ikkinchi bosqich** – churra xaltasini ochish, churra suyuqligini bartaraf etish (56 - rasm). Qisilgan a'zo qorin bo'shlig'iga kirib ketmasligi uchun xirurg yordamchisi dokali salfetka yordamida ushlab turishi kerak. Churra xaltasini ochmasdan avval qisilgan halqani ochish mumkin emas.



55 - rasm. Qisilgan chov-yorg'oq churrasida operatsiya. Teri kesimi.



56-rasm. Qisilgan chov-yorg'oq churrasida operatsiya. Churra xaltasini ajratish.

- **Uchinchi bosqich** – Qisilgan halqani vizual nazorat ostida qorin bo'shlig'i tomondan yopishgan a'zoni zararlamasdan ochish kerak (57, 58 - rasm).

- **To'rtinchi bosqich** – Qisilgan a'zoni hayotiyligini aniqlash. Bu operatsiyaning eng muhim bosqichidir (57 - rasm). Ingichka ichakning hayotiyligini belgilovchi asosiy tamoyillar – ichakning rangining qayta tiklanishi, ichak tutqichi qon tomirlarida pulsatsiya borligi, strangulyatsion halqa va subseroz gematoma yo'qligi, ichak peristaltikasining borligi. Shubhasiz ichakning hayotiy emasligini ko'rsatuvchi belgilar – ichak qora tusda, seroz qobiqning xiraligi, ichak devori ilvillagan, ichak peristaltikasi va qon tomirlarda pulsatsiya yo'qligi (58 - rasm).



57-rasm. Qisilgan chov-yorg'oq churrasida operatsiya. Churra xaltasini ochish.

• **Beshinchi bosqich** – Hayotiy bo'lmagan ichak qovuzlog'ini rezeksiya qilish. Seroz qobiqda ko'rinib turgan zararlangan sohadan 40-50 sm olib keluvchi va 15-20 sm olib ketuvchi qism chegarasida ichak rezeksiya qilinadi (59 - rasm). Ichak devonida strangulyatsion halqa, subseroz gematoma, shish, infiltratsiya bo'lganda va ichak tutqichida gematomalar bo'lganda rezeksiya bajariladi. Charvi nekrozga uchragan bo'lsa rezeksiya qilinadi. Sirpanuvchi churralarda qisilgan a'zoning qorin parda bilan qoplanmagan qismini ham hayotiyligini tekshirish kerak. Ko'richak nekrozi aniqlansa o'ng tomonlama gemikolektomiya bajariladi va ileotransversanastomoz shakllantiriladi. Siydik pufagi devoni nekrozi aniqlansa shu soha rezeksiya qilinadi va epitsistostoma shakllantiriladi.



58 - rasm. Qisilgan chov-yorg'oq churrasida operatsiya. Qisilgan halqasini ochish.



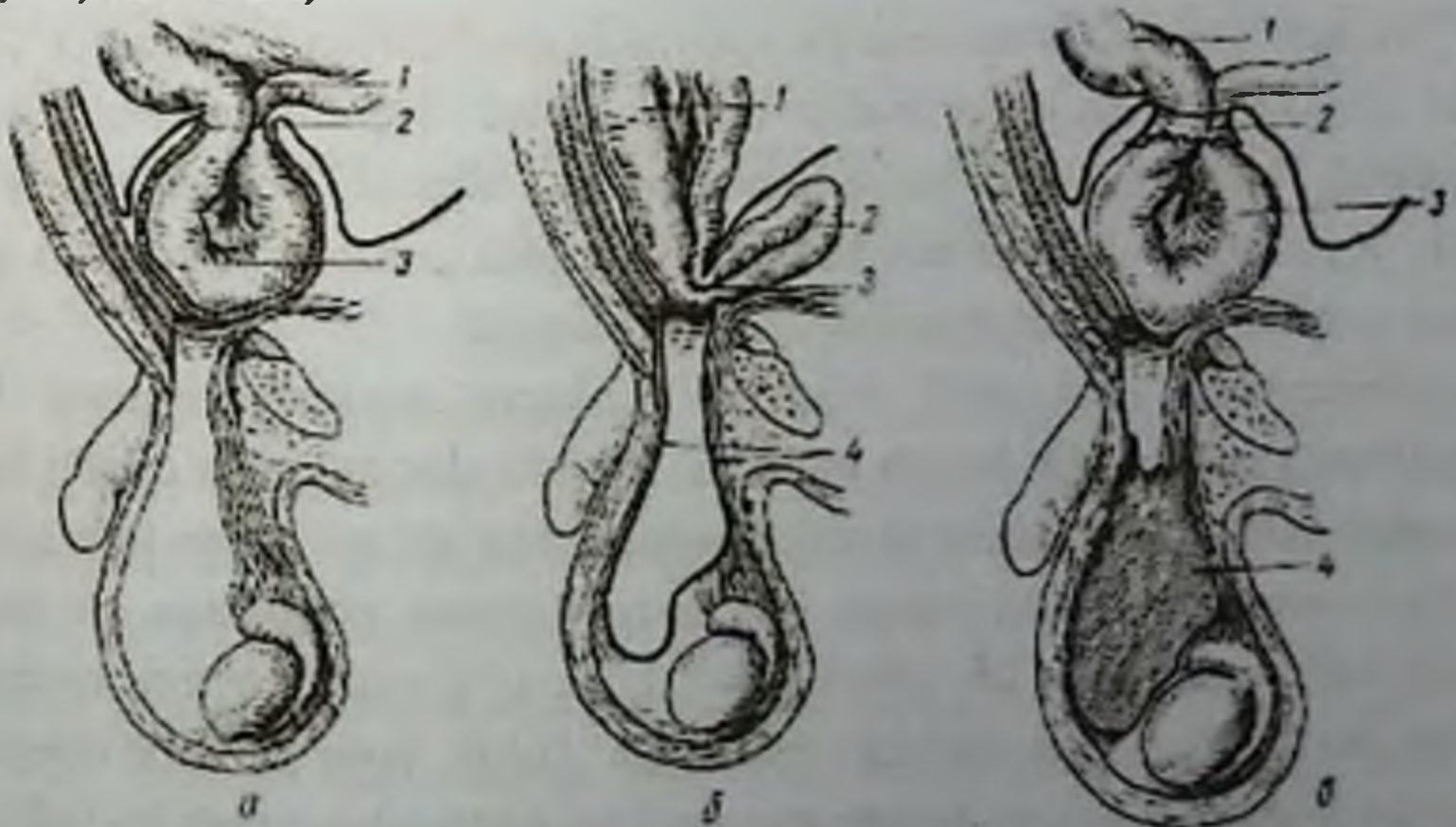
59 - rasm. Qisilgan chov-yorg'oq churrasida operatsiya. Ichak qovuzlog'i rezeksiyasi.

• **Oltinchi bosqich** – churra darvozasi plastikasi. Qisilgan churralarda flegmona bilan asoratlangan bo'lsa operatsiya o'rta laparotomiya bilan boshlanadi, chunki churra xaltasidagi infitsirlangan suyuqlik qorin bo'shlig'iga tarqalishini oldini olish kerak. Laparotomiya vaqtida ichak rezeksiyasi bajariladi va ichaklararo anastomoz shakllantiriladi. Keyin churra xaltasi kesib olinadi. Churra darvozasi plastikasi bajarilmasdan yiringli bo'shliq drenajlanadi. Bemorlarni kompleks davolashning asosiy mezoni umumiy va mahalliy antibiotikoterapiya o'tkazishdan iborat.

Oqibati. Operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichi qisilgandan keyin operatsiyagacha o'tgan vaqtga bog'liq – dastlabki 6 soatda - 1,1%, 6 soatdan 24soatgacha – 2,1%, 24 soatdan – 8,2%; ichak rezeksiyasidan keyin o'lim ko'rsatkichi – 10%, churra flegmonasida – 15%.

Qisilgan churralarni qo'l bilan yoki mustaqil to'g'rilanishida kuzatiladigan asoratlar

Bemorlarda qisilgan churra mustaqil to'g'rilanib ketsa ham xirurgik statsionarga yotqizilishi kerak. Mustaqil to'g'rilanib ketgan ichak peritonitga yoki ichki qon ketishga sabab bo'lishi mumkin. Hozirgi zamonda qisilgan churralarni bemorlar tomonidan majburlab to'g'rilash holatlar deyarli uchramaydi. Davolash muassasalarida ham qisilgan churralarni majburlab to'g'rilash ta'qiqlanadi va u asoratlar kuzatilishiga olib keladi (60, 61, 62 - rasm).



60 - rasm. Qisilgan chov churralarini majburlab to'g'rilaganda kuzatiladigan asoratlar.

a - qisilgan churraning butunligicha to'g'rilanishi: 1 - qisilgan ichak qovuzlog'ining olib keluvchi qismi; 2 - qisuvchi halqa, churra xaltasi bilan birgalikda to'g'rilangan; 3 - qisilgan ichak qovuzlog'i va churra xaltasi; b - churra xaltasi yorilishi natijasida yolg'on to'g'rilanish, bunda ichak qovuzlog'i qorinoldi yog' kletchatkasiga chiqadi: 1 - qisilgan ichak qovuzlog'ining olib keluvchi qismi; 2 - ichak qovuzlog'i, churra xaltasi yorilishi natijasida qorinoldi yog' kletchatkasiga chiqqan; 3 - qisilgan ichak qovuzlog'i; 4 - bo'shagan churra xaltasi; v - churra xaltasining bo'yinchasidan pastidan yorilib yolg'on to'g'rilanishi: 1 - qisilgan ichak qovuzlog'ining olib keluvchi qismi; 2 - churra bo'yinchasi, ichak qovuzlog'i bilan birga to'g'rilangan; 3 - qisilgan ichak qovuzlog'i; 4 - bo'shagan churra xaltasi.

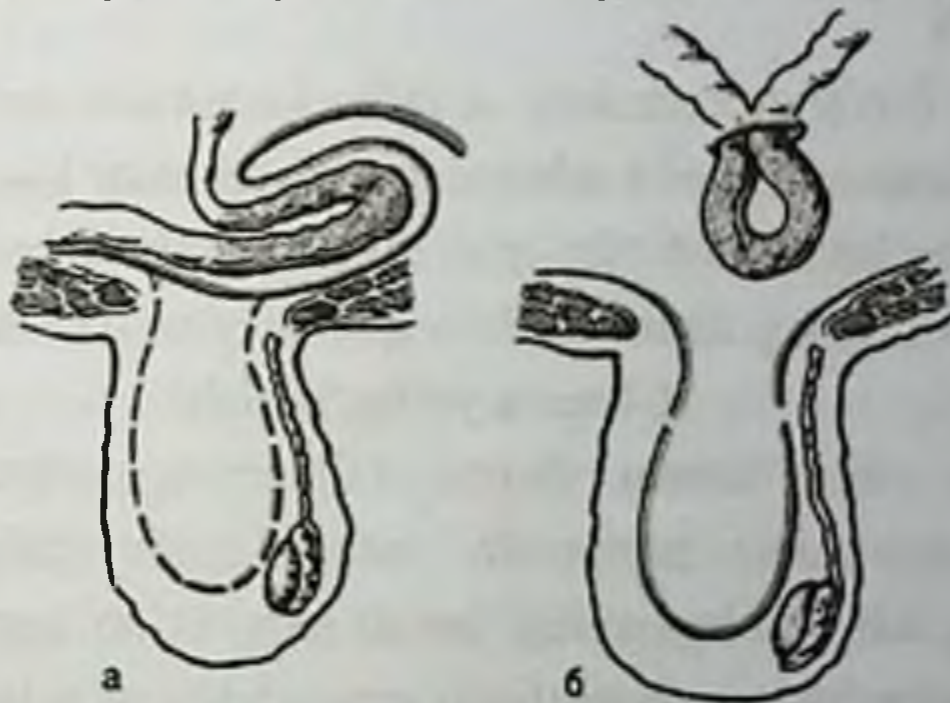
Kuzatishlardan ma'lumki, mustaqil to'g'rilangan yoki operatsiya qilingan qisilgan churralarda bemorlarda turli xil shikoyatlar paydo bo'ladi. Ulardan eng ko'p kuzatiladigan shikoyatlarga qorindagi og'riq, meteorizm, qorin quldirashi bo'lishi mumkin. Yuqoridagi klinik belgilar qisman ichak tutilishiga xos bo'lib bo'lib keyinchalik o'tkir ichak tutilishi kuzatilishi mumkin. Bularning barchasi ichak qovuzloqlarining o'zaro, atrofidagi a'zolar bilan, parietal qorin parda bilan bitishmalar hosil qilishi bilan asoslanadi.

Bemor xirurgik statsionarga yotqizilib tekshirilganda peritonit yoki ichki qon ketish aniqlansa zudlik bilan operatsiya qilinishi kerak. Agar yuqoridagi belgilar aniqlanmasa ham dinamik kuzatish amalga oshirilishi kerak. Agar bemorda dinamik kuzatuv natijasida peritonit yoki ichki qon ketish aniqlanmasa rejali operatsiyaga tayyorlanadi.

Bemorning o'zi qo'li bilan to'g'rilagan qisilgan churrasi bor bemorlarni kuzatuv olib borish mushkul, chunki ular murojaat qilishi kam kuzatiladi. Davolash muassasalarida qisilgan churrani qo'l bilan to'g'rilash mumkin emas, bu churra xaltasi va churra elementi yorilishiga, peritonit rivojlanishiga sabab bo'lib qoladi. Qo'l bilan to'g'rilash paytida qisilgan churra bo'yinchasidagi qisilish saqlangan holda yolg'on to'g'rilanishi mumkin. Natijada jarayon davom etaveradi va peritonitga sabab bo'ladi.



61 - rasm. Qisilgan ichak qovuzlog'ini to'g'rilashga urinish (a); churra xaltasini ichak qovuzlog'i bilan noto'g'ri en block to'g'rilanishi (b); churra darvozasini ichak qovuzlog'i bilan noto'g'ri M - block to'g'rilanishi (v)



62 - rasm. Churraning yolg'on to'g'rilanishi: a – churra xaltasi qisilgan a'zo bilan qorin parda oldi bo'shlig'iga siljishi; b – churra xaltasi bo'yincha sohasida parietal qorin pardaning uzilishi, qisilgan a'zoning qorin bo'shlig'iga siljishi.

Churraning to'g'rilanmasligi

Churraning to'g'rilanmasligi churra xaltasida churra elementining o'zaro yoki churra xaltasi bilan aseptik yallig'lanish hisobiga yopishib qolishiga aytiladi. Churraning to'g'rilanmasligi qisman bo'lishi mumkin. Bunda churra elementining bir qismi qorin bo'shlig'iga to'g'rilangan bo'ladi. Uzoq vaqt bandaj taqib yurish ham churra to'g'rilanmasligiga sabab bo'lishi mumkin. Churraning to'g'rilanmasligi ko'proq kindik, son va operatsiyadan keyingi churralarda kuzatiladi. Ko'p kamerali bo'lishi mumkin. Ko'p kameralar bo'lishi va bitishmali jarayon rivojlanishi churra elementi qisilishiga yoki ichak tutilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Koprostaz

Koprostaz – yo‘g‘on ichakda axlat massasi to‘planib qolishi. Bu churra asorati bo‘lib, churra elementi yo‘g‘on ichak bo‘lganda rivojlanadi. Koprostaz ichakning harakatlanish funksiyasi buzilishi natijasida rivojlanadi. Uning rivojlanishiga churraning to‘g‘rilanmasligi, kamharakat bo‘lish va ko‘p miqdorda ovqat yeyish sabab bo‘ladi. Koprostaz qariyalarda, semizlarda, erkaklarda chov churrasida, ayollarda kindik churrasida ko‘p kuzatiladi. Asosiy belgilari: ich qotishi, qorindagi og‘riq, ko‘ngil aynishi, ba‘zan qusish kuzatilishi mumkin. Churrali bo‘rtma sekinlik bilan kattalashib boradi, deyarli og‘riqsiz, biroz taranglashgan, xamirsimon konsistensiyali, Yo‘tal turtkisi belgisi musbat. Bemoming umumiy ahvoli o‘rta og‘ir bo‘ladi.

Davolash. Yo‘g‘on ichakni axlatli massadan bo‘shatish kerak. Churrani to‘g‘rilangan holatida ichakni peristaltikasini kuchaytirish kerak. Gipertonik eritma bilan mikroho‘qna qilish kerak. Ichni yumshatuvchi preparatlar mumkin emas, chunki axlatli qisilish yuzaga kelishi mumkin

Churra yallig‘lanishi

Churraning yallig‘lanishi churra xaltasining qorin bo‘shlig‘idagi yalig‘g‘lanish jarayonlari natijasida infitsirlanishi natijasida bo‘lishi mumkin, shuningdek, teridagi yallig‘lanish jarayonlari ham sabab bo‘lishi mumkin. O‘tkir appeditsitda shoshilinch appendektomiya bajariladi, boshqa holatlarda churra xaltasini infitsirlayotgan manba bartaraf etiladi. Churraning surunkali yallig‘lanishi tuberkulyozda kuzatiladi va operatsiya vaqtida aniqlanadi. Bunda churra plastikasi bajariladi va bir vaqtning o‘zida tuberkulyozga qarshi spesifik dori vositalari qilinadi. Churra sohasida terining yallig‘lanishi bo‘lsa churrani plastikasi yallig‘lanish davolangandan keyin bajariladi.

Asoratlarni oldini olish uchun churrasi bor bemorlarni asorat rivojlanmaguncha rejali xirurgik davolash kerak. Churraning bo‘lishi operatsiyaga ko‘rsatma hisoblanadi.

O'T-TOSH KASALLIGI

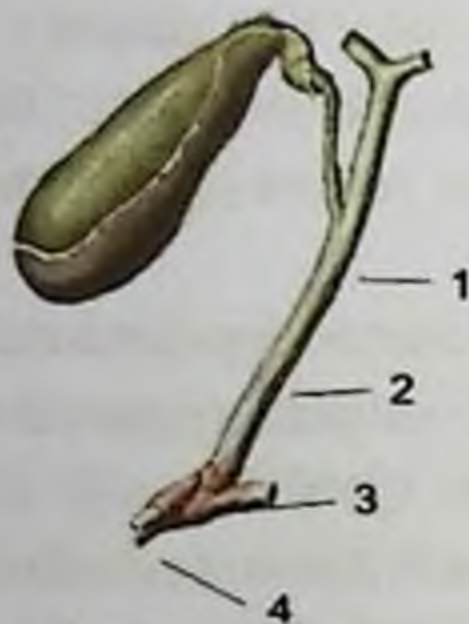
O't ajratuvchi yo'llar anatomiyasi.

O't ajratish tizimi xususiy devorga ega bo'lmagan (kontaklashgan hepatotsitlar yuzidagi o'ziga xos xo'jayralar), o'zaro keng anastomozlashgan kichik o't kanalchalardan boshlanadi. Ular segmentar o't yo'llariga o'tadi. Keyinchalik segmentar o't yo'llari o'ng va chap jigar yo'llarini, ularning qo'shilishi esa umumiy jigar yo'lini hosil qiladi. Umumiy jigar yo'li va o't pufagi yo'li qo'shib umumiy o't yo'lga o'tadi. O't ajratish tizimining (jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari) umumiy uzunligi 6-8 sm dan oshadi.

Umumiy jigar yo'li (ductus hepaticus communis) o'ng jigar va chap jigar yo'llarining qo'shilishi natijasida jigar darvozasidan boshlanadi va 0,5-sm uzunlikni tashkil qiladi. Qo'shilish joyi (confluens) 90-95% hollarda jigardan tashqarida joylashadi. Ayrim hollarda o'ng jigar yo'li va chap jigar yo'li jigar ichida yoki o't pufagi yo'li o'ng jigar yo'lga qushilgandan keyin birikadi. Jigar darvozasi sohasidagi jigar ichi o't yo'llari ko'p sonli yon shoxlanishga (150-70 mk diametrda) ega, ulardan bir qismining uchi yopiq, boshqalari esa o'zaro anastomozlashib, o'ziga xos to'r hosil qiladi. Bu hosilalarning funksional ahamiyati to'liq o'rganilmagan. Ma'lum bo'lishicha, yopiq shoxlanishlarda safro yig'ilib, o'zgarishlarga (tosh hosil bo'lish ehtimoli) uchraydi, shu bilan birgalikda o't safro to'ri o't yo'llarining keng anastomozini hosil qiladi. Umumiy jigar yo'li o'rtacha uzunligi 3 sm tashkil qiladi. O't pufagi yo'lining umumiy jigar yo'lga quyilish joyidan umumiy o't yo'li boshlanadi va 3+4 sm (o'rtacha 7 sm) atrofida bo'ladi. Shuningdek umumiy o't yo'li diametri o'rtacha 5 – 6 mm bo'lib, normada 1,0 sm dan oshmaydi.

Endoskopik va intraoperatsion xolangiografiyada umumiy o't yo'lining diametri 10–11 mm-dan oshmaydi, bu diametrdan keng bo'lsa safro gipertenziyasidan darak beradi. Teri orqali ultratovush tekshirishida (UTT) normada uning diametri kichik, 3–6 mm-ni tashkil qiladi. Magnit-rezonansli xolangiografiya (MRXG) natijasiga ko'ra umumiy o't yo'lining diametri 7 - 8 mm.

Supraduodenal qismi o'n ikki barmoq ichak dan yuqorida joylashgan. Retroduodenal qismi o'n ikki barmoq ichak yuqori gorizontal qismining orqasidan o'tadi. Umumiy o't yo'lining me'da osti bezi qismi me'da osti bezi bosh qismi va o'n ikki barmoq ichak pastga tushuvchi qismi devori orasida bo'lib, tashqarida (o't yo'li me'da bosh qismi orqa yuzasidagi egatda joylashadi) yoki me'da osti bezi to'qimasining ichida joylashadi (63 - rasm). Umumiy o't yo'lining bu qismi ko'pincha me'da osti bezi bosh qismi o'smalarida, kistalarida va yallig'lanishli o'zgarishlarda bosimga uchraydi.

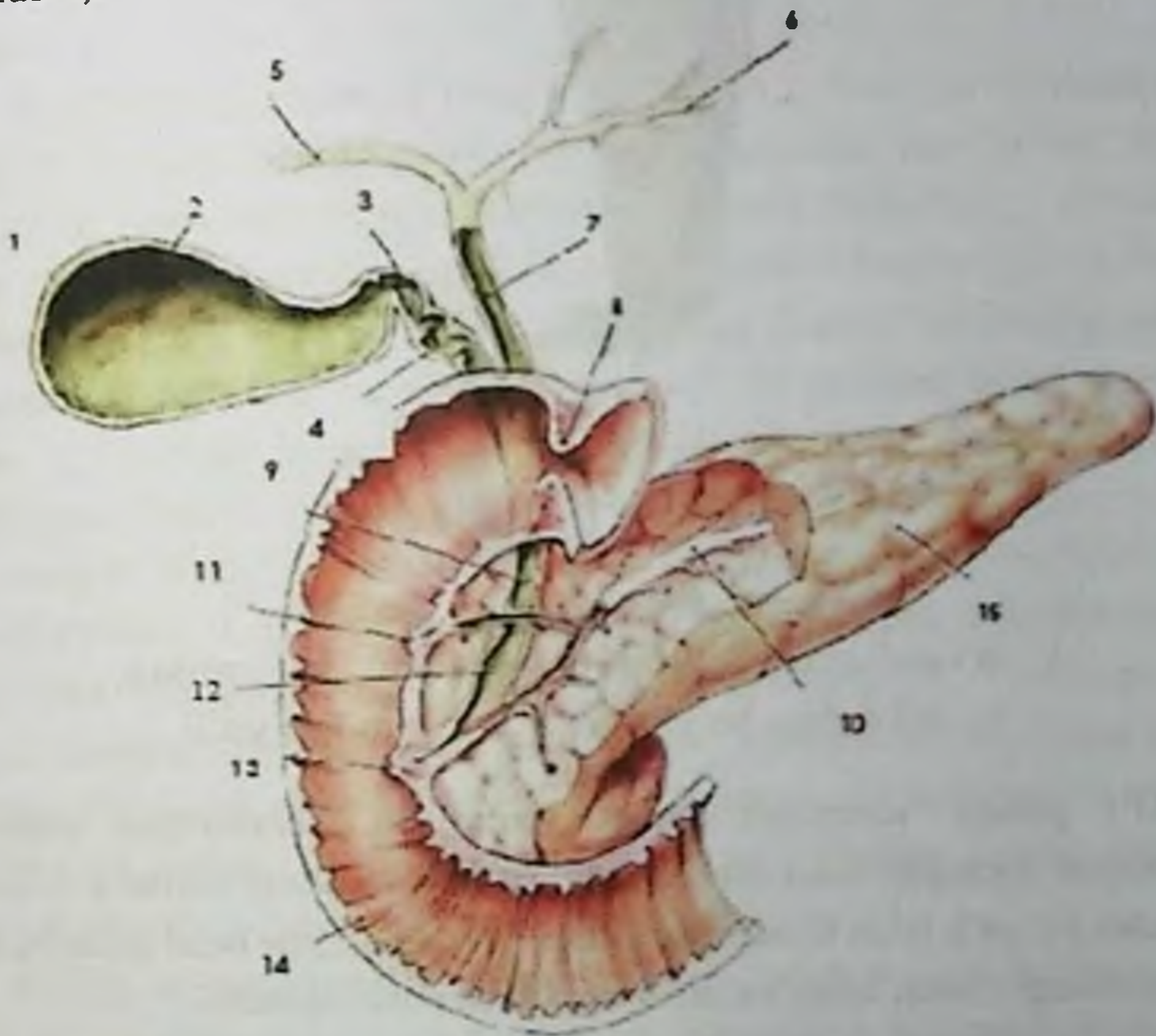


63 - rasm. Umumiy o't yo'lining qismlari: 1) supraduodenal 2) retroduodenal 3) retropankreatika 4) intramural.

Umumiy o't yo'li umumiy jigar arteriyasi, darvoza venasi, limfa tomirlari, limfa tugunlari va nervlari bilan birga jigar – o'n ikki barmoq ichak boylami tarkibiga kiradi. Boylamning asosiy anatomik elementlari quyidagi ketma – ketlikda joylashadi: lateral tomondan boylam qirrasida umumiy o't yo'li; undan medial tamonda umumiy jigar arteriyasi o'tadi; ularning orasida, dorsal (chuqurroq) sohada darvoza venasi joylashadi. Jigar – o'n ikki barmoq ichak boylami ning taxminan yarmida umumiy jigar arteriyasi o'ng va chap jigar arteriyalariga bo'linadi. Bunda o'ng jigar arteriyasi umumiy jigar yo'lining ostidan o'tib, ularning kesishish joyida o't pufagi arteriyasi tarmog'ini beradi.

Umumiy o't yo'li o'zining oxirgi qismida (duodenal) me'da osti bezi yo'li bilan qo'shiladi va jigar-me'da osti ampulasini (ampulla hepatopancreatica) hosil qilib, katta duodenal so'rg'ich (papilla duodeni major) cho'qqisida o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'iga ochiladi. 5 – 10 % kuzatishlarda me'da osti bezi qo'shimcha yo'li o'n ikki barmoq ichak kichik so'rg'ich (papilla duodeni minor) cho'qqisida alohida ochiladi. Umumiy o't

yo'lining o'n ikki barmoq ichakga quyilish joyi har xil, lekin 65 – 70% kuzatishlarda u o'n ikki barmoq ichak pastga tushuvchi qismining orqa medial konturi bo'ylab o'rta uchligida quyiladi. Ichak devorini surib, umumiy o't yo'li o'n ikki barmoq ichakda bo'ylama bukilmani hosil qiladi (64 - rasm).



64 – rasm. O't ajratish tizimi, me'da osti bezi va o'n ikki barmoq ichakning tuzilishi. 1 – o't pufagi tubi; 2 – o't pufagi tanasi; 3 – o't pufagi bo'yinchasi; 4 – o't pufagi yo'lining spiral bukilmalari; 5 – o'ng jigar yo'li; 6 – chap jigar yo'li; 7 – umumiy jigar yo'li; 8 – me'da pilorik qismi; 9 – umumiy o't yo'li; 10 – me'da osti bezi yo'li; 11 – me'da osti bezining qo'shimcha yo'li; 12 – Vater so'rg'ichi ampulasi; 13 – katta duodenal so'rg'ich; 14 – o'n ikki barmoq ichak; 15 – me'da osti bezi.

O't pufagi (vesica billiaris, vesica fellea) jigar o'ng bo'lagi pastki yuzasidagi maxsus yotoq (o't chuququrchasi)da joylashgan bo'lib, yupqa devorli noksimon shaklda, 30 – 70 ml xajmdagi sig'imdan iborat. Katta yoshdagi odam o't pufagining o'rtacha uzunligi 7 sm, kengligi 3 sm,

devorining qalinligi 1,5-2,0 mm. O't pufagining tubi, tanasi (keng qismlari), voronkasi va o't yo'liga o'tuvchi bo'yinchasi bor (65-rasm).



65 - rasm. O't pufagining qismlari:

- 1 – o't pufagi tubi; 2 – o't pufagi tanasi; 3 – voronka;
4 – o't pufagi bo'yinchasi; 5 – o't pufagi yo'li.

O't pufagi voronkasi uning tanasi va bo'yinchasi orasidagi konussimon toraygan soha hisoblanadi. O't bo'yinchasi voronka bilan bir tamondan o't yo'li bilan ikkinchi tamondan ikkita bukilma hosil qilib, bu soha qush tumshug'i nomi bilan yuritilib xarakterli shakl beradi.

O't yo'lining teshigiga yaqin joyda o't pufagi devorining divertikulsimon burtish joyi bo'lib, Gartman (Hartmann) cho'ntagi deyiladi. Gartman cho'ntagi gepato-duodenal boylamga o't pufagi bo'shlig'ining qolgan qismlariga qaraganda yaqinroq joylashadi va tegib turadi. Bunday topografik va anatomik munosabatlarda bu sohadagi patologik jarayonlar (yirik «tiqilgan» tosh, yallig'lanish) mexanik sariqlik yoki xolesistoxoledoxial oqma (Mirizzi sindromi I va II tip) rivojlanishini chaqiradigan umumiy o't yo'lining bosilishiga olib keladi.

O't pufagining tubi (uning oldingi yuzasi) ko'pincha qorin old devori, o'ng tamonda qorin to'g'ri mushagining tashqi qirrasini bilan qovurg'a yoyi o'rtasidagi kesishma sohasiga to'g'ri keladi. O't pufagi tubining orqa yuzasi ko'ndalang chambar ichakka, tanasining orqa medial yuzasi esa o'n ikki barmoq ichak pastga tushuvchi qismiga to'g'ri keladi.

O't pufagi devori quyidagi qavatlardan iborat: shilliq, mushak, seroz osti (siyrak biriktiruvchi to'qima, qon tomirlar saqlaydi), seroz qavat (visseral qorin parda). Seroz qavat o't pufagi qorin bo'shlig'iga qaragan tomonining ko'p qismini qoplaydi. O't pufagining jigar ichida joylashgan shaklida pufakni hamma tamondan faqatgina siyrak biriktiruvchi to'qima qoplaydi.

Agar pufakning hamma yuzasi erkin qorin bo'shlig'ida joylashsa, o't pufagi o'zining tutqichiga (qorin parda dublikaturasi) ega bo'ladi. Bu o't pufagining harakatchanligini ("flotirlovchi" yoki "adashgan" o't pufagi) ta'minlab, o'z o'qi atrofida aylanib qon aylanishi buzilishiga va nekroz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. O't pufagi mushak qavatining tolalari bo'ylama va sirkulyar yo'nalishda kesishib joylashgan. Silliq mushakli tolalar o't pufagi tubida kam rivojlanib, bo'yincha sohasida yaqqol rivojlangan. Tolalar asosan sirkulyar yo'nalgan. Mushak tolalari orasida mikroskopik yoriqlari bo'lib, shilliq qavat qoplovchi epiteliysining divertikulsimon invaginatlari hisoblanadi. Bular mushak qavatiga chuqur kirib seroz qavatgacha etadi va Rokitanskiy-Ashoff (C. Rokitansky, L. Ashoff) sinuslari deyiladi. Ular yallig'lanish manbai bo'lib xizmat qilishi mumkin. Patologik jarayon asosida o't kengayganida Rokitanskiy-Ashoff sinuslari o't pufagi devori perforatsiyaga uchramasdan safroli peritonit sababchisi bo'lishi mumkin.

Shilliq qavat baland silindrik epteliy (prizmatik va ustunli) bilan qoplanib, o't pufagi absorbsion yuzasini oshiradigan ko'psonli bukilmalar hosil qiladi. O't pufagi shilliq qavatida al'veolyar naysimon bezlar joylashgan bo'lib, shilliq ishlab chiqaradi.

O't pufagining jigar yuzasida Nemis olimi tomonidan aniqlangan Lyushka (H. Luschka) yo'llari bor. Ko'pincha ular bevosita jigar ichi o't yo'llariga ochiladi. Ularning bo'lishi rivojlanish nuqsoni bo'lib, xolesistektomiya bajarilganidan so'ng operatsiyadan keyingi erta davrda o't safro oqishining sababchisi bo'lishi mumkin.

O't pufagi yo'li (ductus cysticus) normada 2-3 mm ni tashkil qiladi va gepatoduodenal boylam yog' kletchatkasining orasidan o'tadi. Agar o't yo'lining diametri ko'rsatilgan kattalikdan kichik bo'lsa, bu o't pufagidan safroning adekvat oqimiga tusqinlik qilib tosh paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. O't pufagi yo'lining uzunligi har xil bo'lib, o'rtacha 1-3 sm ni

tashkil qiladi. Ammo, uning kalta (1 sm dan kichik), yoki umuman bo'lmasligi holatlari ham uchraydi, bunda o't pufagi va UJY o'rtasida keng teshik bo'ladi (kichik konkrementlarning ko'chish ehtimoli katta).

O't pufagi yo'li UJYga lateral tomondan o'tkir burchak ostida quyiladi. Lekin, o't pufagi yo'lining UJY bo'ylab davomiyligi va unga quyilish burchagi juda o'zgaruvchan. 20% xollarda o't yo'lining quyilishi anomaliyasi uchraydi. O't pufagi yo'li UJYning old va orqa tomonidan, yoki uni spiralsimon aylanib o't ishi mumkin. O't pufagi yo'li UJYga nihoyatda past, yoki uning medial tomondan quyilishi va o't yo'li bilan parrallel uzun yo'nalishda umumiy seroz qavat bilan qoplanishi mumkin. Shuningdek, bu ikkala o't yo'li parallel yo'nalib, umumiy seroz-mushak qavatiga ega bo'lishi ham mumkin. Adabiyotlarda keltirishicha, o't pufagi yo'li O'JYga, shuningdek O'BI ga alohida quyilishi ham mumkin.

Sfinkter apparati. O'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichi. Sfinkter apparatining tuzilishi to'g'risidagi mutaxassislar fikri har doim ham mos kelmaydi, har xil ma'lumotlar, Vatanimizdagi va chet el qo'llanmalarida keltirilgan umumiy qabul qilingan klassik ma'lumotlar bir – biridan farq qiladi, ayrim holatlarda esa hattoki qarama - qarshi qarashlar mavjud.

Safro va MOB sekreti sfinkter apparati safro ajralishini boshqarib turganligi uchun faqatgina O'BI yo'nalishi tomon yo'naladi (o'ziga xos prinsip "bir tomonlama harakat shossesi"). Bu bilan duodenal suyuqlik o't yo'llariga refluksi oldi olinib, o't yo'li ichi muhitining sterilligi ta'minlanadi.

O't pufagi bo'yinchasi shilliq qavati Geyster (Heister) burmalari deb ataladigan spiral burmalarni hosil qiladi (plica spiralis). U o't pufagi yo'lga davom etib, o't pufagiga safroning kirish va chiqishini boshqaradi.

Yuqorida aytilganidek, UO'Y o'zining terminal qismida O'BI pastga tushuvchi qismi (pars descendens) orqa medial devori orqali qiyshiq yo'nalishda o'tib, MOB yo'li bilan qo'shilgan holda jigar – me'da osti bezi ampulasini shakllantiradi. O't va me'da osti bezi yo'llarining O'BI devoridan o'tish sohasida silliq mushaklardan iborat sirkulyar va bo'ylama qavatlar doimiy etarlicha qalinlashgan. Mutaxassislarning fikricha mushak tizimi hosil bo'lishi va uning rivojlanganlik darajasi nihoyatda farq qiladi, lekin ko'pincha uning quyidagi qismlari mavjud:

1) UO'Y sfinkteri (m. Sphincter ductus choledochis), o't yo'lining MOB yo'li bilan qo'shilishdan oldin intramural qismini o'rab olgan sirkulyar mushak tolalaridan hosil bo'lgan;

2) MOB yo'li sfinkteri (m. Sphincter ductus pancreatici) intraduodenal qismni ampulaga o'tish sohasigacha o'rab oladi va 30% holatlarda aniqlanadi;

3) Bo'ylama mushak tolalari UO'Y va MOB yo'li o'rtasidagi bo'shliqni to'ldirali;

4) Ampula sfinkteri (m. Sphincter ampullae; sfinkter Oddi), jigar MOB ampulasi atrofidagi sirkulyar siyrak qavat tolalarning bo'ylama mushak tolalarini kesib o'tishidan hosil bo'ladi.

Ma'lum bo'lishicha, UO'Y sfinkteri o't yo'lini toraytirib, safro chiqishini boshqaradi. Bo'ylama mushak tolalari qisqarib, UO'Y uzunligini qisqartiradi va O'BIga safro oqishini boshqaradi. Ampula sfinkterining qisqarishi esa o't yo'llariga ichak mahsulotlarini o'tib ketishidan asraydi. Shu bilan birga, UO'Y va MOB yo'li ampulaga alohida quyilganda sfinkter qisqarishi natijasida safro MOB yo'lga refluks bo'lib, o'tkir pankreatit rivojlanish xavfi bo'ladi.

Qon bilan ta'minlanishi, limfa oqimi. O'ng jigar arteriyasining tarmoqlari o't yo'llarini o'rab olgan to'r chigali hisobiga jigardan tashqari o't yo'llari arterial qon bilan ta'minlanadi. O'ng jigar va gastroduodenal arteriya tarmoqlarining keng anastomoz to'ri UJY va UO'Yni qon bilan ta'minlaydi. Yuqorida sanab o'tilgan arteriya tomirlarining jarohatlanishi oqibatida o't yo'llari strikturasi rivojlanadi.

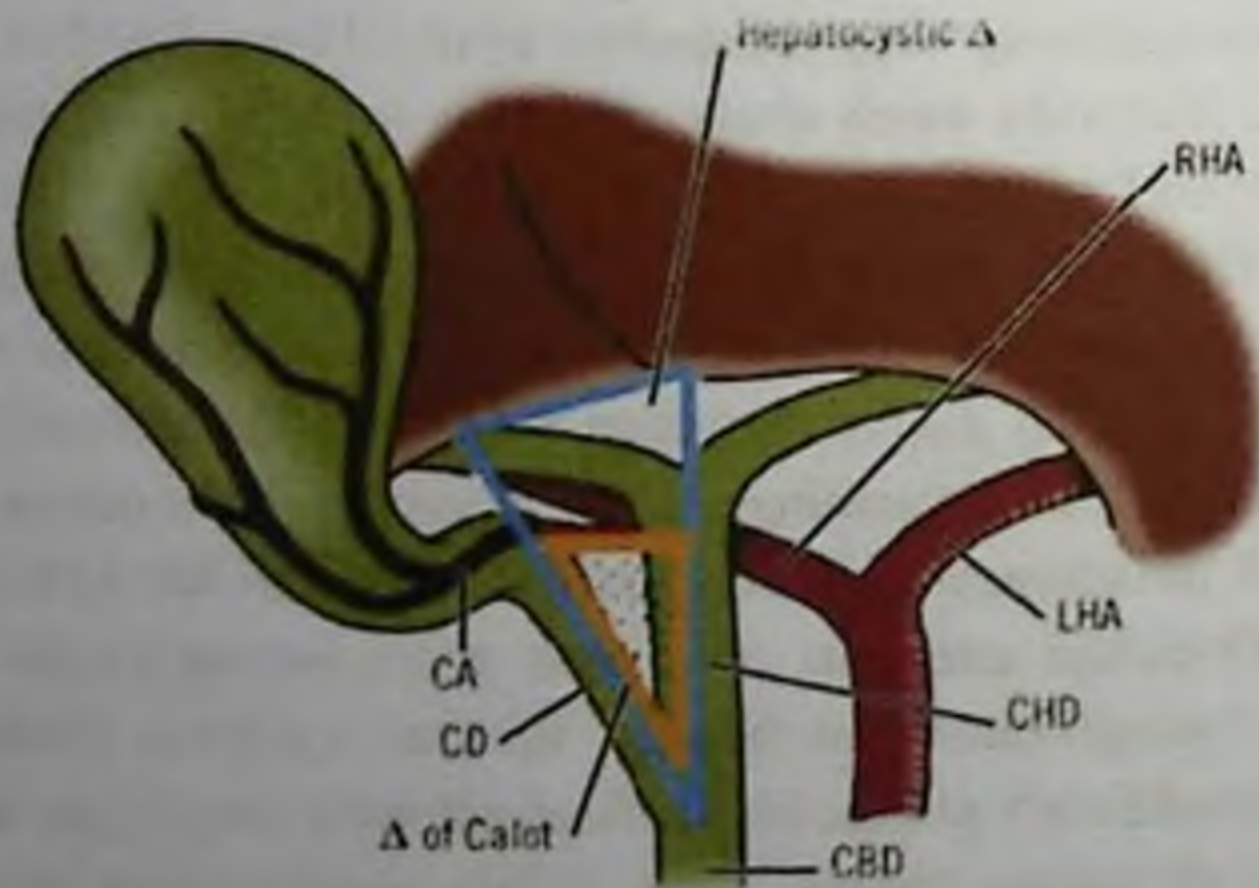
O't pufagi 90% holatlarda o'ng jigar arteriyasining tarmog'i bo'lgan o't pufagi arteriyasi (a. cystica) orqali qon bilan ta'minlanadi. Odatda o't pufagi arteriyasi o'ng jigar yo'lini orqa tomonidan kesib o'tadi. O't yo'li, UJY va o't pufagi arteriyasining o'zaro joylashishi Kalo uchburchagi deb ataladi. O't pufagi arteriyasi topografiyasining har xil turlari mavjud. Masalan, o't pufagi arteriyasi o'ng jigar arteriyasining yuqori qismidan ajralib, o't pufagi tanasi va hattoki, tubidan quyilishi (bunday holda operatsiya vaqtida o't pufagi bo'yinchasi sohasida o'ng jigar arteriyasini bog'lash xavfi yuqori bo'ladi); o't pufagi arteriyasining o't yo'lidan pastroqda ajralishi; chap jigar arteriyasi, jigar xususiy arteriyasidan ajralishi

va boshqalar bo'lishi mumkin. Shuningdek, o't pufagi arteriyasi ikki va undan ortiq tarmoq bo'lib ajralishi ham mumkin.

O't pufagi arteriyasining o't pufagi devoriga kirish joyida limfa tuguni (nodus cystices) joylashgan bo'lib, operatsiya vaqtida o't pufagi arteriyasini muljal olishda muhim ahamiyatga ega. Odatda o't pufagi arteriyasi o't pufagi bo'yinchasi sohasida ikkita – yuzaki seroz qavatni qon bilan ta'minlovchi va o't pufagi devorining chuqur qavatlarini qon bilan ta'minlovchi qavatlariga bo'linadi. Jigardagi o't pufagi yotog'i orqali o't pufagiga kichik qon tomirlar o'tadi va xolesistektomiya vaqtida, yoki operatsiyadan keyingi erta davrda qon ketish manbai bo'lishi mumkin.

O't pufagi arteriyasi tugallangan qon tomir bo'lganligi uchun o't pufagida ishemik o'zgarishlar, yallig'lanish (qariyalar va keksa yoshdagilarda aterosklerotik o'zgarishlar fonida), o'sma, jigar arteriyasi orqali qon oqimining buzilishi va boshqalar natijasida nekrozga olib kelishi mumkin. Venoz qon o't pufagi venasi (v. cystica) orqali darvoza venasiga, kam holatlarda jigar sinuslariga qo'yiladi.

Limfa oqimi subseroz limfa chigallari orqali harakatlanadi. Bu chigallar jigar limfa tomirlari, o't pufagi bo'yinchasi, jigar darvozasi sohasidagi va UO'Y bo'ylab joylashgan limfa tugunlari bilan anastomoz hosil qiladi. Bu anastomozlar MOB boshcha qismidan limfaning oqib ketishini ta'minlaydi.



66 - rasm. Kalo uchburchagi (Δ of Calot) va jigar – o't pufagi (Musman zonasi) uchburchagi (Hepatocystic Δ).

RHA – jigar o'ng arteriyasi; LHA – jigar chap arteriyasi; CA – o't pufak arteriyasi; CD – o't pufak yo'li; ChD – umumiy jigar yo'li; CBD – umumiy o't yo'li.

O't pufagidagi yallig'lanish jarayonlarida kattalashgan limfa tugunlari UO'Y bosishi (perixoledoxial limfadenit) va mexanik sariqlik yuzaga kelishi mumkin. Limfa tugunlarining metastatik zararlanishida ham obturatsion sariqlik kelib chiqishi mumkin.

Innervatsiya. O't va magistral o't yo'llarining innervatsiyasi jigar nerv chigallari, qo'yosh chigali, adashgan nerv oldingi ustuni, pastki diafragma chigallarining tarmoqlari orqali ta'minlanadi. Adashgan nerv oldingi ustuni va jigar nerv chigallarining tarmoqlari sfinkter apparati funksiyasini boshqaradi, shuning uchun me'da, O'BI va diafragmadagi har xil patologik jarayonlar sfinkter apparati funksiyasiga salbiy ta'sir etib, diskineziya, o't va o't yo'llarida yallig'lanish o'zgarishlarini va tosh paydo bo'lishiga sababchi bo'ladi. O't pufagi motorikasining asab tizimi tomonidan boshqarilishini parasimpatik va simpatik tizim ta'minlaydi, ya'ni parasimpatik tizim o't pufagi qisqarishiga, simpatik tizim bo'shashiga ta'sir etadi. O't pufagi simpatik innervatsiyasi qo'yosh chigali o'qi (qo'yosh chigali, undan – jigar chigali, MOB chigali, qo'yosh chigali tunlari va bq.) orqali ta'minlanadi. Jigar nerv chigali VII-X ko'krak simpatik gangliylar, o'ng va chap adashgan nerv va o'ng diafragma nervining tolalarini o'zida tutib, qo'yosh chigali sinapslarida uziladi. Nerv tolalari jigar arteriyasi va o't yo'llari bilan birga portal trakt va jigar parenximasidagi eng kichik tarmoqlargacha tarqaladi. Nerv ustunlari jigar arteriyasi va qopqa venasining tarmoqlari bilan hamroh yo'naladi. Visseral og'riqlar simpatik tolalar bo'ylab yo'nalib, o'ziga xos xarakterli epigastral sohaga, o'ng qovurg'a yoyi osti va o'ng kurak osti sohasiga irradiatsiya beradi. Ikkala adashgan nerv tarmoqlari parasimpatik innervatsiyani ta'minlab, o't pufagi motorikasiga ta'sir etadi.

O't hosil bo'lishi va o't ajralish fiziologiyasi. Xujayra va xujayralararo bo'shliq orqali sirkulyatsiyadagi qon tarkibida aktiv va passiv moddalarning (suv, glyukoza, kreatinin, elektrolitlar, gormonlar, vitaminlar va bq.) transporti natijasida jigarda safro ishlab chiqiladi. Shuningdek gepatositlar tomonidan safro (O't kislotalari) komponentlarining aktiv

sekresiyasi va o't pufagi da hamda kichik o't yo'llarida ayrim moddalar va suvning qayta so'rilishi natijasida safro paydo bo'ladi. Bu jarayon katta fiziologik ahamiyatga ega. Safroga birinchi navbatda xazm qilish sekreti deb qaraladi (ularning ustunligi organik anionlar), chunki o't kislotalari yog'lar absorbsiyasida asosiy o'rin tutadi. Safro yog'larni emul'siyalaydi va ular yuzasini oshirib, lipaza ta'sirida ularning gidrolizini ta'minlaydi. Safro ta'sirida yog'larning gidroliz mahsulotlari eriydi. U enterositlarda trigliseridlarning so'rilishi va resintezini ta'minlaydi. Safro MOB va ichak fermentlarining aktivligini (asosan lipaza) oshiradi, bundan tashqari oqsil va uglevodlarning gidroliz va so'rilishini kuchaytiradi.

Yog'lar hazm bo'lishi buzilganda boshqa moddalarning hazm bo'lishi ham buziladi, chunki yog' ovqatning kichik qismlarini urab fermentlar ta'siriga qarshilik ko'rsatadi. Bu kabi holatlarda ichak bakteriyalarining faoliyati chirish, bijg'ish va gaz hosil qilish jarayonini kuchaytiradi. Safro regulyator vazifani ham bajaradi – safro hosil bo'lishi, safro ajralishi, ingichka ichak motor va sekretor faoliyati, shuningdek enterositlarning proliferatsiyasi va to'kilishini boshqaradi. Safro me'dada hazm bo'lish jarayonini O'Blga tushgan kislotalarni neytrallashtirish yo'li bilan to'xtatadi, bundan tashqari ichaklarni hazm qilishga tayyorlab, pepsinni inaktivatsiyalaydi. Shuningdek safro gastroduodenal soha evakuator faoliyatini boshqarib ta'sir etadi. Ichak bo'shlig'ida yog'da eruvchi vitaminlar (A, D, E va K), xolesterin, kalsiy tuzlarining so'rilishida safroning ahamiyati katta.

Bundan tashqari, organizmdan buyrak orqali ajralmagan ayrim molekula va ionlar safro bilan chiqadi. Ularning orasida xolesterin (erkin xolesterin holida chiqadi, uning efir va o't kislotalari, bilirubin, shuningdek mis va temir molekulalari ko'proq ahamiyatga ega. Shuning uchun safroga ekskretor suyuqlik deb ham qaraladi.

Safro 80% suvdan va 20% unda erigan moddalardan iborat. erigan moddalarga o't kislotalari va ularning tuzlari (65%ga yaqin), biliar fosfolipidlar (20% ga yaqin, asosan lesitin hisobiga), oqsillar (5%ga yaqin), xolesterin (4%), bog'langan bilirubin (0,3%), fermentlar, immunoglobulinlar, shuningdek ko'p miqdorda safro bilan ajraluvchi ekzogen va endogen moddalar (o'simlik stirollari, vitaminlar, gormonlardori preparatlari, toksinlar, mis, temir, kaliy, natriy, kalsiy, ruh, magniy, simob

va b.q. metallarining ionlari) kiradi. Sutka davomida o'rtacha 600-700 ml safro sekresiya bo'ladi (250 dan 1500 ml gacha). Bunda umumiy xajmdan 500 ml/sut yaqini gepatotsitlar tomonidan va 150 ml/sutga yaqini o't yo'llar xujayralari tomonidan sekresiya qilinadi.

SURUNKALI KALKULYOZ XOLESISTIT

Yer yuzining 10% dan ko'p aholisida o't ajratish tizimi kasalliklari uchraydi, bunda har bir keyingi o'n yillikda miqdor ikki barovar oshmoqda. Yosh ulg'aygan sari biliar tizim kasalliklari soni ortadi. Keksa yoshdagilarda, biliar tizim kasalliklari ichida o't tosh kasalligi (O'TK) va surunkali toshli xolesistit asosiy o'rin tutib, 46,1% tashkil etadi, surunkali toshsiz xolesistit esa 31,5% tashkil etadi. 40-59 yoshdagi shaxslarda O'TK 8,5%, surunkali toshsiz xolesistit 57,1% tashkil etadi. 20-25% hollarda toshlar autopsiyada aniqlanadi. Har bir o'ninchi erkak va har bir to'rtinchi ayol surunkali xolesistit bilan og'riydi. Ko'pincha 40 yoshgacha, ortiqcha tana vazniga ega bo'lgan, tuqqan ayollar og'riydi. 50 yoshdan keyin erkaklar va ayollar deyarli bir hil O'TK bilan og'riydi.

Etiologiya va patogenezi. Surunkali xolesistit rivojlanishini chaqiruvchi asosiy etiologik omillarga quyidagilar kiradi: O'TK, patogen mikrofloraning ichak bo'shlig'idan o't pufagiga o'tishi, surunkali infeksiya uchoqlaridan gematogen va limfogen yo'l bilan infeksiyaning o'tishi; pankreatoduodenal sohaning boshqa kasalliklari.

O't ajratish tizimining funksional nerv-mushak buzilishlari, birinchi navbatda gipo- va atonik turda, asab-ruhiy kasalliklar, gipodinamiya, vaqtida ovqatlanmaslik va kaloriyasiz ovqatlanish, MOB suyuqligining refluksi, irsiy omillar, parazitlar kasalliklar (lyamblioz, opistorxoz, amebiaz, askaridoz), endokrin buzilishlar surunkali xolesistit rivojlanishida qo'shimcha etiologik omillar hisoblanadi. Limfa kollektorlariga boy va keskin qon aylanishga ega bo'lgan o't pufagi bo'ynchasidan infeksiyon jarayon rivojlanishi boshlanadi.

Xolesistit rivojlanishining patogenezi sxematik ravishda quyidagicha tasavvur qilsa bo'ladi. Birinchi navbatda o't aylanish diskineziyasi, o't dimlanish paydo bo'ladi. O't pufagidagi safroning ishqoriy reaksiyasi kislotali (pH 4,0-6,5 gacha) tomonga siljiydi, safro solishtirma og'irligining kattaligi, quruq qoldiq miqdori, safroda suv miqdori, safro

qovushqoqligi va yuzaki taranglashish ko'rsatkichi o'zgarib, tosh hosil bo'lishiga olib keladi, ya'ni O'TK rivojlanadi. O'TK o't pufagidagi surunkali yallig'lanishni kuchaytirib, o'tkir xolesistit xurujini vujudga keltiradi.

Patologik anatomiyasi. Surunkali xolesistitning morfologik ko'rinishi xolelitiaz fonida o'tkazilgan ko'pgina o'tkir yallig'lanish bilan bog'liq bo'ladi. Ayrim holda esa, sust kechuvchi, persistirlovchi surunkali yallig'lanish jarayonining aksi bo'ladi. Surunkali xolesistitning patologik anatomiyasi keskin farqlanadi. U surunkali yallig'lanishning asosiy belgilarini davom etuvchi jarayon kabi aks etib, to'qimalarning jarohati, reaktiv o'zgarishlar va chandiqlanish bir vaqtning o'zida rivojlanadi. Gistologik belgilar ham universal hisoblanadi: al'ternativ o'zgarishlar, limfositlar va makrofagal infiltrasiya, biriktiruvchi to'qima va qon tomirlarning o'smasi, shuningdek saqlangan strukturalarda adaptasion va kompensator faoliyat.

Surunkali xolesistitda o't pufagida makroanatomik o'zgarishlari asosan to'qimalarda fibroz paydo bo'lishi bilan ifodalangan. O't pufagi devori normaga qaraganda 2-3 marta qalinlashadi, zich, "terisimon", kul rang – oqimtir tusga kiradi, oldin o'tkazilgan o'tkir yallig'lanish xurujlari hisobiga deformatsiyalashadi. Subseroz fibroz o'zgarish hisobiga tashqi qobig'i bujmayadi. Fibrozlashgan shilliq qavat silliqlashadi, yoki aksincha, qo'pol burmalarga ega bo'ladi. Ayrim holatlarda o't bo'shlig'i obliterasiyaga uchragan va konkrementlarni o'rab olgan bitishmalarga ega bo'lishi mumkin. O't pufagining sklerozlangan devori diffuz kalsinozga uchrab, "chinni pufak" ko'rinishiga keladi. Bunda karsinoma rivojlanish ehtimoli yuqori ekanligi isbotlangan.

Mikroskopik tekshirishda surunkali yallig'lanishning asosiy belgilari aniqlanadi, ya'ni o't hamma qavatlarida limfoid va makrofagal xujayralar bilan ifodalangan infiltrat. Shilliq qavatdagi o'zgarishlar uning atrofiyasi yo'li bo'ylab rivojlanishi mumkin. Atrofiyaning yuqori darajasi o't pufagi istisqosida kuzatiladi, ya'ni infeksiya qo'shilmasdan o't yo'lining uzoq vaqt tosh bilan okklyuziyasi natijasida kelib chiqadi. Shilliq qavat o'zgarishining boshqa shakli bu – giperplastik o'zgarishlar natijasida. Unga polipoz va papillomatoz kabi o'zgarishlar xarakterli. O't shilliq qavatining chin xavfsiz o'smalari (adenomalar) kam uchraydi. Ko'pincha yallig'lanish natijasida

kelib chiqqan fibroz to'qimadan tuzilgan, yallig'lanish xujayralari va lipid saqlovchi makrofaglar bilan infiltratsiyalashgan hamda silindrik epiteliy bilan qoplangan poliplar ko'p uchraydi. Surunkali xolesistit uchun shilliq qavatning ma'lum mikroskopik xususiyatlari xarakterli bo'ladi. Surunkali xolesistitda o't pufagi tanasining mushak va subseroz qavatda murakkab shilliq ajratuvchi bezli strukturalar hosil bo'ladi. Surunkali xolesistit uchun shuningdek, ko'pincha qon tomir yo'li bo'ylab mushak tutamlari orasida joylashgan shilliq qavatning divertikulsimon burtmalari – Rokitanskiy-Ashof sinuslari xarakterli bo'ladi. Gipertrofiyalashgan mushak tolalari orasida joylashgan bezli strukturalarga o't pufagi adenomatozi deyiladi.

O't pufagi bo'shlig'ining total fibrozi, qo'pol chandiqli deformatsiyasi va obliteratsiyasi, shuningdek to'qimalarning atrofiyasi surunkali xolesistitning universal oqibati hisoblanadi. O't pufagi devorining qavatlarini deyarli farqlanmaydi. Ayrimda o't pufagi ossifikatsiyasi va pertifikatsiyasi kuzatiladi.

Klassifikatsiya. Quyida klinitislar uchun mos surunkali kalkulyoz xolesistitning klassifikatsiyasi keltirilgan.

1. Kasallik bosqichiga ko'ra:

- simptomsiz;
- simptomli asoratlarsiz;
- simptomli asoratlar bilan (asoratlangan O'TK).

2. Klinik shakliga ko'ra:

- latent (tosh tashib yuruvchi);
- biliar (safroli) sanchiq;
- surunkali residivlanuvchi xolesistit;
- surunkali rezidual xolesistit;
- birlamchi-surunkali xolesistit;
- kam uchraydigan shakllari (Botkin xolesistokardial sindromi, Seynt sindromi).

3. Surunkali xolesistit asoratlari:

- o'tpufagi istisqosi,
- o't pufagi "bujmayishi",
- Mirizzi sindromi,
- biliodiGEstiv oqmalar.

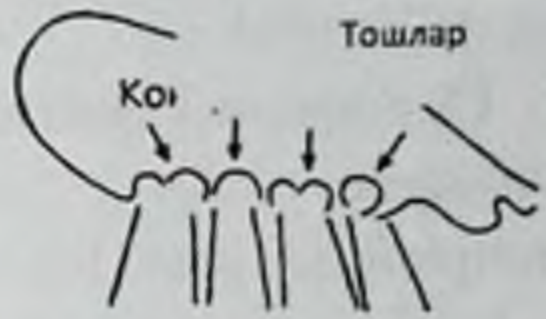
Klinik ko'rinishi. Surunkali xolesistitning diagnostikasida anamnez asosiy ma'lumot bo'lib xizmat qiladi. Odatda, bemorlar uzoq vaqt o'ng qovurg'a yoyi osti sohasidagi og'riqqa shikoyat qilishadi. Bemor bilan atroflicha suhbatlashgandan so'ng, o't pufagi sanchig'iga xos klinik ko'rinishni bayon qilishadi. O't pufagi va UO'Yda kichik toshlar bo'lsa, o'tkir pankreatit qo'shilishi hisobiga og'riq belbog'simon xarakterda bo'ladi. Bemorda gipertermiya bilan o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riq uzoq vaqt davom etsa, bu bemor o'tkir yallig'lanish jarayonini o'tkazganligidan darak beradi. Bemor kasalligining anamnezini yig'ish vaqtida, o'tkir og'riqli xurujlardan keyin mexanik sariqlik belgilari, ya'ni teri va shilliq pardalarning sarg'ayishi, siydik rangining to'qlashishi, axlat rangining oqarishi kuzatilgan yoki kuzatilmaganligini aniqlash kerak.

Surunkali residivlanuvchi xolesistitda qorinda og'riqlarning paydo bo'lish chastotasi har xil, ya'ni og'riq bir necha kun oralig'ida, ayrimlarda og'riq xurujlarining oralig'i bir necha oyni, kamdan-kam hollarda esa bir necha yilni tashkil etadi. O'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riq xurujlari o'tkir xolesistit klinik ko'rinishi bilan kechishi mumkin. Bu vaqtda bunday o'tkir kasalliklar uchun qabul qilingan taktik talablarga rioya qilgan holda xirurgik statsionarda davolash kerak.

Surunkali xolesistit stenokardiyaga, yurak ritmining buzilishiga, ya'ni ekstrasistoliyaga, mersal aritmiyaga olib kelishi mumkin. Bunda bemorlar og'riqni nafaqat o'ng qovurg'a yoyi ostida, balki yurak sohasida ham sezishadi, ayrim holatlarda qorin sohasida mutlaqo og'riq his qilmasdan faqat yurak sohasida og'riq his qilishadi. Xolesistokardial sindrom borligi ko'pincha operatsiyadan keyin aniqlanadi, ya'ni operatsiyadan keyin stenokardiya yuqoladi.

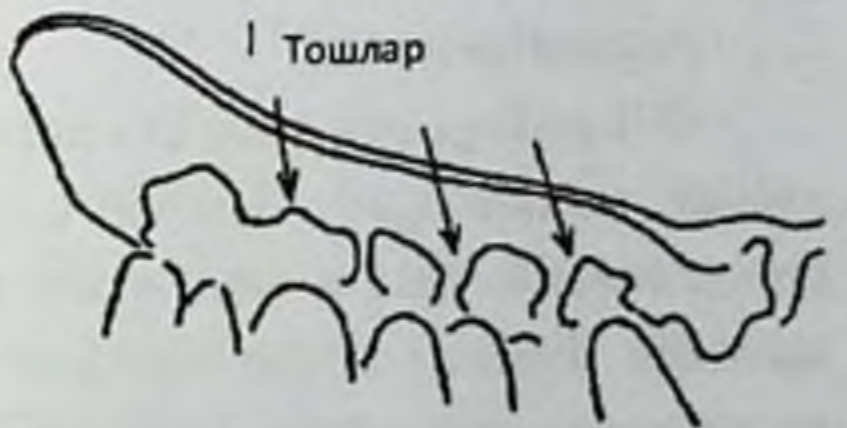
Surunkali xolesistit va uni ultratovush diagnostikasi. O't pufagi dagi toshlar va ularning kattaligini aniqlash imkonini beradi. Kasallikning klinik kechishi xususiyatlari aksariyat hollarda toshlarning kattaligiga bog'liq, shuning uchun bu ma'lumot tekshirish bayonnomasida albattda aks etish kerak. Shuningdek o't pufagi devorining o'zgarish darajasini aniqlash muhim ahamiyatga ega. o't pufagi devorining qalinlashishi, konturining deformatsiyasi va kattaligining kichrayishi qo'pol sklerotik o'zgarishlardan darak beradi, bu esa operatsiya bajarilishini murakkablashtiradi. Surunkali kalkulyoz xolesistitning final bosqichi – «bujmaygan» pufak UTTda katta

bo'lmagan intensiv soylanish ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bunda o't pufagi toshlari yakka konglomerat shaklida ko'rinadi.



Тошлардан пайдо бўлган акустик

Ультратовушли сканограмма ва sxema. Surunkali toshli xolesistit. O't pufagidagi ko'plab toshlar.



Ультратовушли сканограмма ва sxema. Surunkali toshli xolesistit. O't pufagi bo'yinchasi sohasida toshlar konglomerati.



Ультратовушли сканограмма ва sxema. Surunkali toshli xolesistit. «Bujmaygan o't pufagi. O't pufagi bo'shlig'ini to'liq to'ldirgan, toshlardan hosil bo'lgan keng akustik soylanish.

67 – rasm. Surunkali toshli xolesistitning UTT belgilari.

Peroral xolesistografiya, vena ichiga xolesistografiya singari oxirgi yillarda klinik amaliyotda o'zining ahamiyatini yo'qotdi va kamdan kam hollarda qo'llaniladi.

O'TK diagnostikasida kompyuter tomografiya (KT) tanlov usul bo'lib hisoblanmaydi.

Simptomsiz yoki latent xolesistolitiaz (tosh tashuvchanlik) – bu surunkali xolesistit boshqa shakllariga ko'pincha qo'shib keluvchi kasallik davri hisoblanadi. Asosan profilaktik ko'riklarda yoki boshqa kasallik tufayli UTT o'tkazilganda xolesistolitiaz diagnozi qo'yiladi. Simptomsiz kechuvchi xolesistolitiazda har qanday asoratlari paydo bo'lish xavfi bor (pastga qarang).

Asoratlari:

O't pufagi istisqosi. O't pufagi bo'yinchasi, yoki o't pufagi yo'lining toshlar, o'tkazilgan destruktiv yallig'lanish hisobiga kelib chiqqan obliteratsiyasi natijasidagi okklyuziyaga uchrashi o't pufagi istisqosiga sababchi bo'ladi. Agar tiqilgan tosh joyidan siljimasa va infeksiya qo'shilmasa vaqt o'tishi bilan safro reabsorbsiyaga uchrab, o't pufagining bo'shlig'i shilliq qavat ajratadigan shilliq bilan to'ladi. Buning natijasida o't pufagi suvli yaltiroq suyuqlik bilan to'lgan yupqa devorli xalta ko'rinishiga ega bo'ladi. O't pufagi istisqosida infeksiya tushib o'tkir empiema rivojlanish xavfi bor.

O't pufagi istisqosining klinikasi yaqqol namoyon bo'lmasdan, o'ng qovurg'a yoyi ostida tumtoq, simmilovchi og'riqlar kuzatiladi va harakat vaqtida bu og'riqlar kuchayadi. UTTda yupqalashgan devori bo'lgan o't pufagida suyuqlik va o't pufagi bo'yinchasi sohasida siljimaydigan tosh aniqlanadi.

“Bujmaygan” o't pufagi. Surunkali toshli xolesistitning final bosqichida, ya'ni ko'p marotaba o'tkir xolesistit xurujlarini o'tkazish hisobiga, qo'pol chandiqli o'zgarishlar va mushak qavatning biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi natijasida o't pufagining devori deformatsiyaga uchraydi. Bunda o't pufagi ning bo'shlig'ida toshlardan bo'sh joy qolmaguncha o't pufagi nihoyatda kichrayadi. O't pufagidagi toshlar qo'pol chandiqli tuqimaga o'ralgan konglomerat ko'rinishini hosil qiladi. Bunday holat “bujmaygan” yoki “skleroatrofik” o't pufagi nomini olgan. Bu kasallikning klinik ko'rinishi ma'lum o'zgarishlarga ega. Qorinda intensiv

og'riqlar xarakterli emas. Bemorlar o'ng qovurg'a yoyi ostidagi subfebril harorat bilan kechuvchi tumtoq, simmilovchi og'riqlardan shikoyat qilishadi. Ayrim hollarda, qorindagi og'riqlar mutlaqo yuqoladi. Ammo, toshlar bilan to'lgan va mikrofloraga boy o't pufagi surunkali infeksiyaning manbai hisoblanadi. Bundan tashqari, aynan "bujmaygan" o't pufagi bo'lganda jigardan tashqari o't yo'llarining bosilish, yoki deformatsiyaga uchrash, hamda o't pufagi va UO'Y, UJY o'rtasida oqma paydo bo'lish xavfi yuqori bo'ladi.

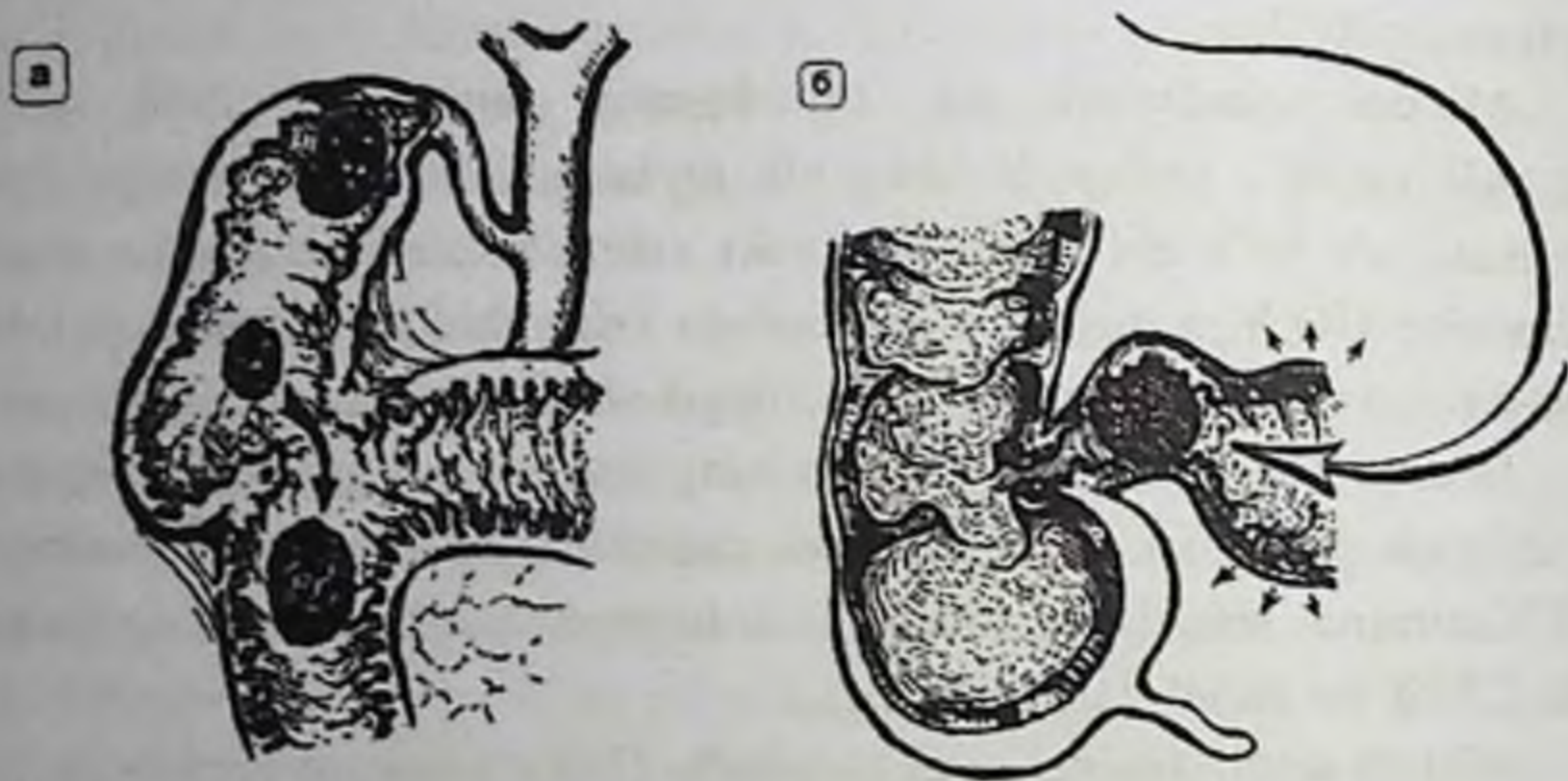
Mirizzi sindromi va biliodigestiv oqmalar. 1948 yilda R.L. Mirizzi O't pufagi bo'shlig'ida joylashgan toshlar hisobiga jigar to'qimasi, o't yo'li deformatsiyasi yoki xolesistoxoledoxeal oqma orqali toshlarning UO'Yga migratsiyasi hisobiga kelib chiqqan mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda bunday patologik sindromni bayon qilib bergan.

Hozirgi vaqtda Mirizzi sindromining ikki hil turi ajratiladi: xoledox bo'shlig'ida toshlarsiz perixoledoxeal chandiqlar va bitishmalar hisobiga UO'Y terminal sohasining torayishi; xolesistoxoledoxeal oqma og'zidagi yoki JTO'Y bo'shlig'idagi toshlar.

Mirizzi sindromining I tipi ko'pincha O'tkir xolesistit vaqtida paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. O't pufagidan jigar – o'n ikki barmoq ichak boylamiga tarqaladigan yallig'lanish infiltrati, O't pufagi bo'yinchasida tiqilib turgan toshning bosimi hisobiga o't safro gipertenziyasiga sabab bo'luvchi UJY yoki UO'Yning bosilishi kelib chiqadi. Bunda o't yo'li va UO'Yning parallel ravishda yo'nalishi, o't pufagi bo'yinchasi yoki Gartman chuntagi UJY va UO'Yning ustida yotishi kabi anatomik o'zgargan joylashuvlar ahamitga ega. Bunday anatomik muvozanatning buzilishida jigardan tashqari o't yo'llari o't pufagida joylashgan toshlar hisobiga bosiladi.

Mirizzi sindromining II tipi, ya'ni xolesistoxoledoxeal oqmani bir-biriga zich yopishgan a'zolaridagi yotoq yaralar keltirib chiqaradi. Oqma o't pufagining bo'yinchasi va UJY o'rtasida o't yo'lining butunligi to'liq buzilgan holda o't bilan UO'Y aloqa qiladi. Oqma og'zida tosh joylashadi va qisman o't yo'lga siljib mexanik sariqlikka sababchi bo'ladi. Ayrim holatlarda jigardan tashqari o't yo'llariga oqma orqali bir nechta toshlar o'tishi mumkin va oqma toshlardan xoli yoki o't yo'llariga keyingi tosh o'tishga intiladi.

Mirizzi sindromining oqmasiz shakli (I tip) o'tkir xolesistit xuruji bilan boshlanadi. Kasallik boshlangandan 2-3 kun o'tgach bemorlarda yaqqol namoyon bo'lmagan mexanik sariqlik paydo bo'ladi. UTTda o't pufagi da yallig'lanish belglari va bo'shlig'ida jigardan tashqari o't yo'liga zich yopishgan tosh ko'rinadi. Jigardan tashqari o't yo'llari bir oz kengayadi, jigar ichi o't yo'llarining kengayishi aniqlanmaydi. Diagnostika tasdiqlash uchun ERXG bajarilishi kerak.



68 - rasm. a – o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'iga xolesistoduodenal oqma orqali yirik toshning O'tishi. b – yonbosh ichak terminal qismining tosh bilan obturatsiyasi

Mirizzi sindromi oqmali shaklining (II tip) klinik ko'rinishi mexanik sariqlik va ko'pincha xolangit bilan kechadi. UTTda "bujmaygan" o't va jigardan tashqari va jigar ichi o't yo'llari kengayadi, jigardan tashqari o't yo'llarining proeksiyasida tosh aniqlanadi. Diagnostika faqatgina ERXG orqali qo'yiladi.

Patologik oqmalar nafaqat o't yo'llari orasida, balki o't va o'n ikki barmoq ichak o'rtasida ham bo'lishi mumkin, kamdan – kam holda o't va me'da yoki ko'ndalang chamber ichak o'rtasida ham bo'lishi mumkin. Ayrim adabiyotlarda o't va ingichka ichak o'rtasida, UO'Y va o'n ikki barmoq ichak, me'da, ko'ndalang chamber ichak o'rtasidagi oqmalar shakllanganligi bayon etilgan. Shunday qilib, O't pufagi bilan har qanday bo'shliqli a'zo orasida oqma shakllanishi mumkin. Oqma paydo bo'lishiga yallig'lanish natijasida O't pufagi bilan yuqorida qayd etib o'tilgan a'zolar

o'rtasidagi bitishmalar sabab bo'ladi. o't pufagi hajmi katta toshga ega bo'lganda yoki o't tosh bilan to'liq to'lganda pufak devori katta bosim ostida qolib, pufak va keyinchalik bitishmalar natijasida zich yopishgan bo'shliqli a'zo devorining yotoq yarasi paydo bo'ladi. O't pufagi toshlari ichak bo'shlig'iga o'tib ketadi. 2 sm diametrdan katta bo'lmagan toshlar ichak bo'shlig'idan hech qanday belgilarsiz chiqib ketadi. O't pufagidan ichak bo'shlig'iga o'tgan yirik toshlar obturatsion ichak tutilishiga sababchi bo'lishi mumkin.

O't pufagi va ichak o'rtasida oqmaning mavjud bo'lishi o'tkir xolesistit xurujlarining qaytalanishiga sababchi bo'ladi. Jigardan tashqari o't yo'llari va ichak orasida oqmaning shakllanishi natijasida xolangit rivojlanadi. BiliodiGESTiv oqmaning mavjud bo'lishi mutloq xirurgik davolanishga ko'rsatma bo'ladi.

O't pufagining xolesteroz. O't shilliq qavatining ichida juda ko'p miqdorda lipidlarning (xolesterinli efirlar va triglitseridlar) yig'ilishi natijasida kelib chiqqan xolesteroz patomorfologik aniqlanadi. Lipidlar epitelial, ya'ni ko'pikli xo'jayralar deb nomlanuvchi makrofaglarning ichida yig'iladi. Bunda shilliq qavat qulupnay yoki malinani eslatadi, "malinali" yoki "qulupnayli" o't terminlari shu erdan kelib chiqqan. Xolesterozning uchrash darajasi aniqlanmagan. Autopsiya ma'lumotlariga ko'ra kasallik 5-40% kuzatuvlarda uchraydi.

O't pufagi poliplari. O't pufagi shilliq qavatining poliplari uchrash chastotasini ob'ektiv baholash amalda imkoni yo'q, chunki «polip» termini yig'indi so'z hisoblanadi. Bundan tashqari, o't pufagi poliplarining tan olingan «me'yoriy» klassifikatsiyasi mavjud emas. Bu «polip» tushunchasining aynan bir ma'noda emasligini tushuntiradi.

Umumpatologik nuqtai nazardan qaraganda «polip» shilliq qavatning ekzofit hosilasi hisoblanadi. U oyoqchaga yoki keng asosga ega bo'lishi mumkin. Mikroskopik tuzilishiga ko'ra polip har qanday o'sma yoki o'smasimon kasallik tarzida yoki surunkali yallig'lanish jarayoni produktiv fibroplastik komponentining natijasi bo'lishi mumkin. Boshqa tamondan qaralganda, o't pufagidagi patologik jarayonning nazologik borligini aniqlovchi diagnoz bir qismi o'rnida «polip» termini qo'llanganda, bir nechta umumqabul qilingan tushunchalar bilan chegaralanadi, asosan patologoanatomik va xirurgik fikrlar to'g'ri kelmaydi.

Surunkali toshsiz xolesistit. Xolelitiaz bo'lmaganda surunkali xolesistit kam uchraydi. Toshsiz xolesistitning 7% kuzatishlarida O't ajratuvchi yo'llarda toshlar aniqlanadi, bu O't pufagi toshsiz yallig'lanishida ayrim shubhalarni chaqirishi mumkin. Surunkali toshsiz xolesistit bu O't pufagi da giper- yoki gipokinetik tarzda kelib chiqqan diskineziyaning mahsuli hisoblanadi. Shuningdek uning rivojlanishi O't kazilgan infeksiyalarga bog'liq: lyambliozlar, shistozomatoz, amebiaz. (OIV) bilan zararlangan bemorlarda sitomegalovirusli toshsiz xolesistit to'g'risida ma'lumotlar paydo bo'ldi. Toshsiz xolesistit morfologiyasi o't pufagi devorida xolelitiazga nisbatan kamroq va ma'lum bir morfologik o'zgarishlar xususiyatiga ega emas. Toshsiz xolesistitda ko'pincha infiltrat ichida ko'p miqdorda etilgan eozinofillarning bo'lishi bilan xarakterlanadigan surunkali xolesistitning morfologik turi, ya'ni eozinofilli xolesistit deb nomlanadigan shakli uchraydi.

Surunkali toshsiz xolesistitning klinik ko'rinishida yog'li, o'tkir, qovrilgan ovqatlar qabul qilishi bilan bog'liq o'ng qovurg'a yoyi ostida intensiv bo'lmagan og'riqlar bo'ladi. Tana haroratining ko'parilishi, varaja qilish kabi belgilar xarakterli emas. O'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riqlarni keltirib chiqargan boshqa kasalliklar inkor qilingandan so'ng surunkali toshsiz xolesistit to'g'risida uylash mumkin va surunkali toshsiz xolesistit diagnozi qo'yiladi. O't pufagi devorining deformatsiyasi va qalinlashishi kasallik ultratovushli tekshirishining bilvosita belgisi hisoblanadi. Funktsional sinamalarda o't pufagi diskineziyasining belgilari aniqlanadi.

Davolash usullari.

Surunkali xolesistitda kichik kesimdan xolesistektomiya. Kichik kesimdan xolesistektomiya mini xolesistektomiya (MXE) ham deyiladi. MXE uchun quyidagi masalalar nihoyatda muhim bo'lib hisoblanadi: operatsiya xavfsiz bajarilishi uchun ekspozitsiya yetarli darajada qilib, kesim qay darajada kichik bo'lishi kerak? Odatdagi mini-laparotomiyada texnik qiyinchiliklar paydo bo'lsa kesim kengaytirilib xavfsizlikka erishiladi. Adekvat ekspozitsiyani saqlab, kesim qay darajada kichik bo'lishi kerak degan savolga javob berish uchun M. I. Prudkov tavsiya etgan «Mini-Assistent» asboblarni ishlatib mini-laparotomiya bajarish kerak. Ushbu operatsiya qorin devorida kichik kesimni bajarib, qorin bo'shlig'ida adekvat ko'rik va manipulyatsiyalar uchun etarlicha katta zona ta'minlab

beradi. «Mini-Assistent» asboblar komplekti asosini jarohatni kengaytiradigan xalqa, ilmoqsimon oynalar to'plami va yoritgich tizim tashkil qiladi. Qorin devori 3-5 sm kattalikda kesilib maxsus mexanizm yordamida oynalar fiksatsiyalanadi va bukilma burchagining o'zgarishi hisobiga, o't yo'llarida ishlash va xolesistektomiyani bajarish uchun jigar osti sohasida adekvat ko'rik va manipulyatsiyalarni ta'minlaydigan zona paydo bo'ladi (adekvat ekspozitsiya).

Operatsiya bir nechta bosqichlardan iborat.

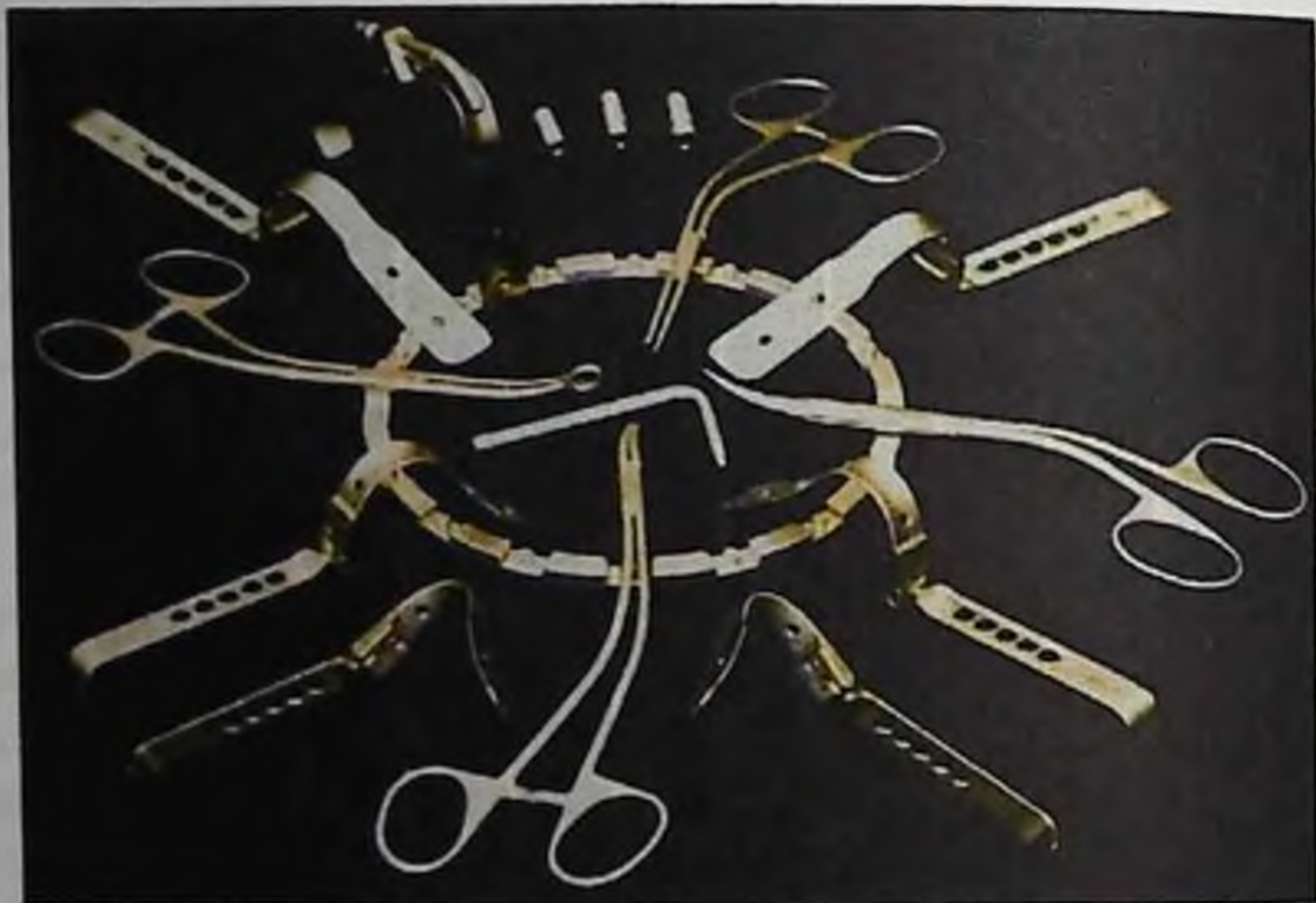
1-chi bosqich – minilaparotomiya

Qorin old devorida 2 barmoq o'rta chiziqdan o'ngda ko'ndalang qo'yilgandan keyin qovurg'a yoyidan pastga davom etuvchi 3-5 sm kattalikdagi kesim bajariladi. Juda kichik kesim bajarilmaganligi ma'qul, chunki jarohatni kengaytiradigan oynalarning kuchli tortilishi hisobiga operatsiyadan keyingi davrda jarohat asoratlarning soni oshadi, asosan bu usulni yangi o'rganish vaqtida, operatsiya davomiyligi uzayganda kuzatiladi. Teri, teri osti yog' qavati, to'g'ri mushak qinining tashqi va ichki devorlari kesiladi, mushak esa kesim o'qi yo'nalishida tumtoq yo'l bilan ochiladi. Yaxshi gemostazga erishi kerak. Qorin parda to'g'ri mushak qinining orqa devori bilan birga kesiladi. Qorin bo'shlig'iga jigar yumaloq boylami o'ngrog'idan kirish kerak.

2-chi bosqich – ochiq laparoskopiya

Ilmoq-oynalar va yoritgich tizimini o'rnatish ochiq laparoskopiya operatsiyasining asosiy bosqichi hisoblanadi. Xatolarning ko'pi operatsiyaning bu bosqichiga e'tibor bermaslikdan kelib chiqadi. Agar oynalar noto'g'ri o'rnatilgan bo'lsa, jarohatni kengaytiradigan asbob to'liq fiksatsiyalanmagan bo'lsa, jigar osti sohasini adekvat yoritish va ko'rib bo'lmasa manipulyatsiyalar og'irlashadi va xavfli bo'ladi. Bunday holatda xirurg asboblar komplektiga kirmaydigan qo'shimcha asboblarni ishlata boshlaydi va nihoyat an'anaviy laparotomiyaga o'tish bilan yakunlanadi. Birinchi navbatda jarohat o'qiga perpendikulyar yo'nalishda ikkita katta bo'lmagan ilmoqlar o'rnatiladi. Ular "birinchi" va operatorga nisbatan "chap" ilmoqlar deb nomlanadi. Bu ilmoqlarning asosiy vazifasi jarohatni ko'ndalang yo'nalishda cho'zish va jarohatni kengaytiradigan xalqani fiksatsiya qilish. O'ng ilmoq egilish burchagi shunday tanlanishi kerakki, keyinchalik u jarohatdan o't pufagini olishda xalaqit bermasligi kerak. Chap

ilmoq odatda to'g'ri burchakka yaqin burchak ostida egilgan holda o'rnatilishi kerak. Jigar osti sohasiga katta salfetka kiritiladi. Uchinchi, nisbatan uzun ilmoq jarohatning pastki burchagiga fiksatsiyalanmagan holda o'rnatiladi, keyin salfetka bilan birga kerakli joyga o'rnatilib fiksatsiya qilinadi. Bu ilmoqning harakati standart operatsiyalarda assistent qo'li vazifasini eslatadi va operatorga jigar osti sohasini ochib beradi.



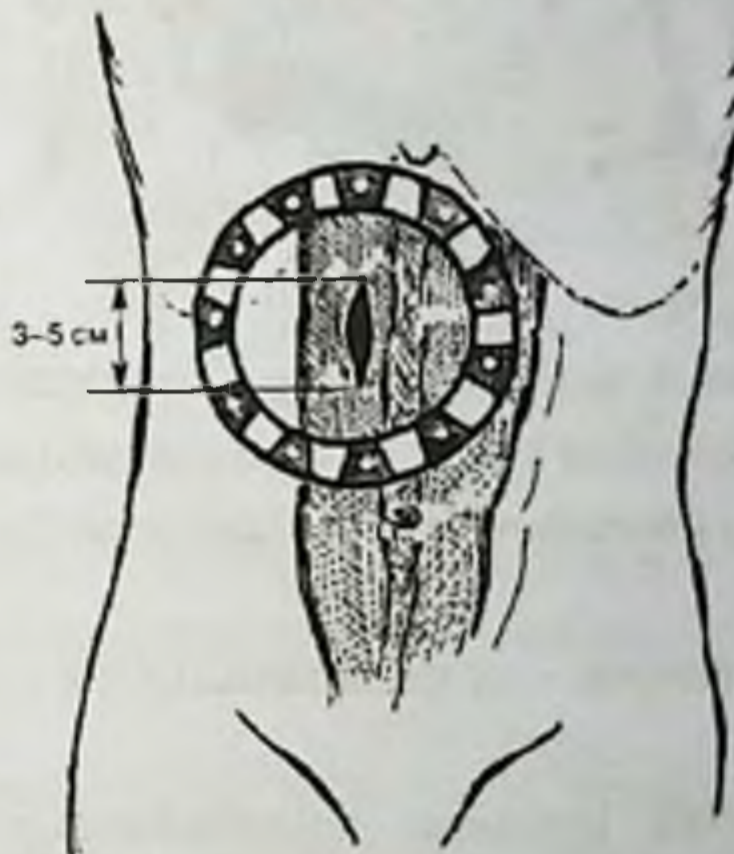
69 - rasm. «Mini-Assistent» xirurgik asboblar to'plami.

1 – jarohatni kengaytiradigan xalqa; 2 – oyna-retraktorlar;
3 – yoritgichni tutib turadigan retraktor; 4 – masofadan operatsiya bajarish uchun asboblar.

Qalin lavsan iplardan bo'lgan uzun “dumli” xirurgik salfetkalar ilmoqlar o'rtasida o'rnatiladi. Salfetkalar qorin bo'shlig'iga an'anaviy xolesistektomiyadagi kabi to'liq kiritiladi va ilmoqlar o'rtasida o'rnatiladi; chapga – jigar chap bo'lagi ostiga, chapga va pastga – me'da va katta charvini surish uchun, o'ngga va pastga – chamber ichak jigar burchagi va ingichka ichak qovuzloqlarini fiksatsiya qilish uchun. Odatda, qorin bo'shlig'ini qolgan sohalaridan deyarli to'liq chegaralash, adekvat operatsiya zonasini ta'minlash uchun uchta ilmoq oyna va ular o'rtasida salfetkalar yetarli bo'ladi. Yoritgich bilan birga oyna jarohatning yuqori burchagiga o'rnatiladi va u bir vaqtning o'zida jigar ilmog'i vazifasini

bajaradi. Agar jigarning o'ng bo'lagi katta "osilib turuvchi" ko'rinishda bo'lsa uni surish uchun qo'shimcha oynalar talab qilinadi.

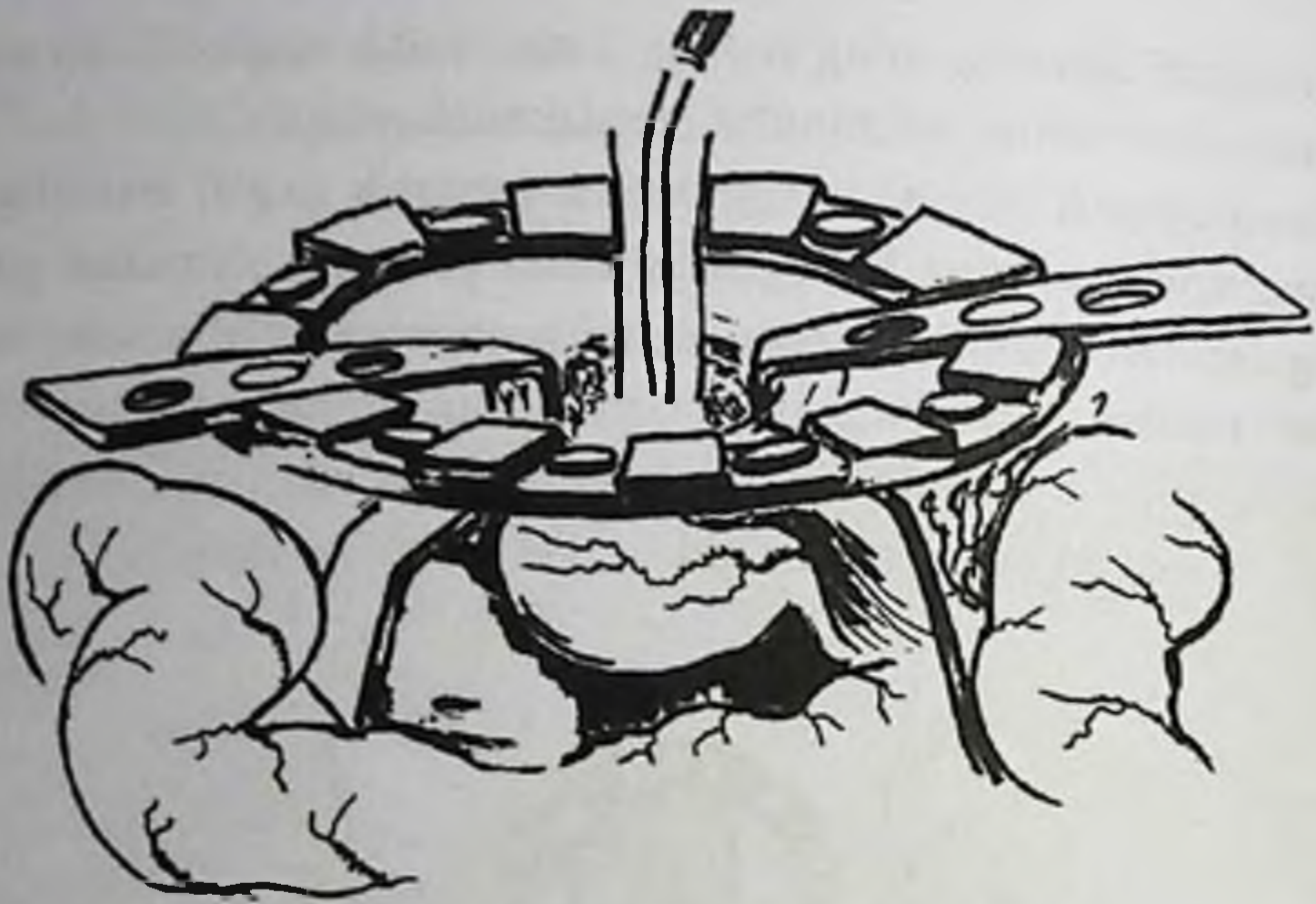
Ilmoq-oynalar tizimi, salfetkalar va yoritgich to'g'ri o'rnatilgandan so'ng operator jigar o'ng bo'lagining pastki yuzasini, o't pufagi gartman cho'ntagidan tortilganda gepatoduodenal boylam va O'BI yaxshi ko'radi. Yoritgich manbai bilan birga fiksatsiyalangan jarohatni kengaytiradigan xalqani harakat qilib, qorin bo'shlig'ining boshqa sohalarini ham ko'rish mumkin – o'ng yon kanal, me'da oldingi yuzasi va boshqalar.



70 - rasm. Qorin old devorida bajariladigan kesimning sxematik ko'rinishi (strelka bilan ko'rsatilgan).

3-chi bosqich – xolesistektomiya

Kalo uchburchagi elementlarini ajratib olish (bo'yinchasidan xolesistektomiya) bajarish texnikasi an'anaviy xolesistektomiyadan masofadan operatsiya qilish va qorin bo'shlig'iga qo'lni kiritib bo'lmasligi bilan farqlanadi. «Mini-Assistent» to'plamidagi xirurgik asboblardan foydalanilganda xirurg qo'li operatsion jarohatni yopib qo'ymasligi, asboblarning ishchi qismi ushlaydigan qismiga nisbatan harakat qilishi kerak. Manipulyatsiyaning bunday xususiyatlariga xirurg adaptatsiya talab qilinadi, lekin umuman olganda operatsiya usuli LXE qaraganda an'anaviy xolesistektomiyaga yaqin.



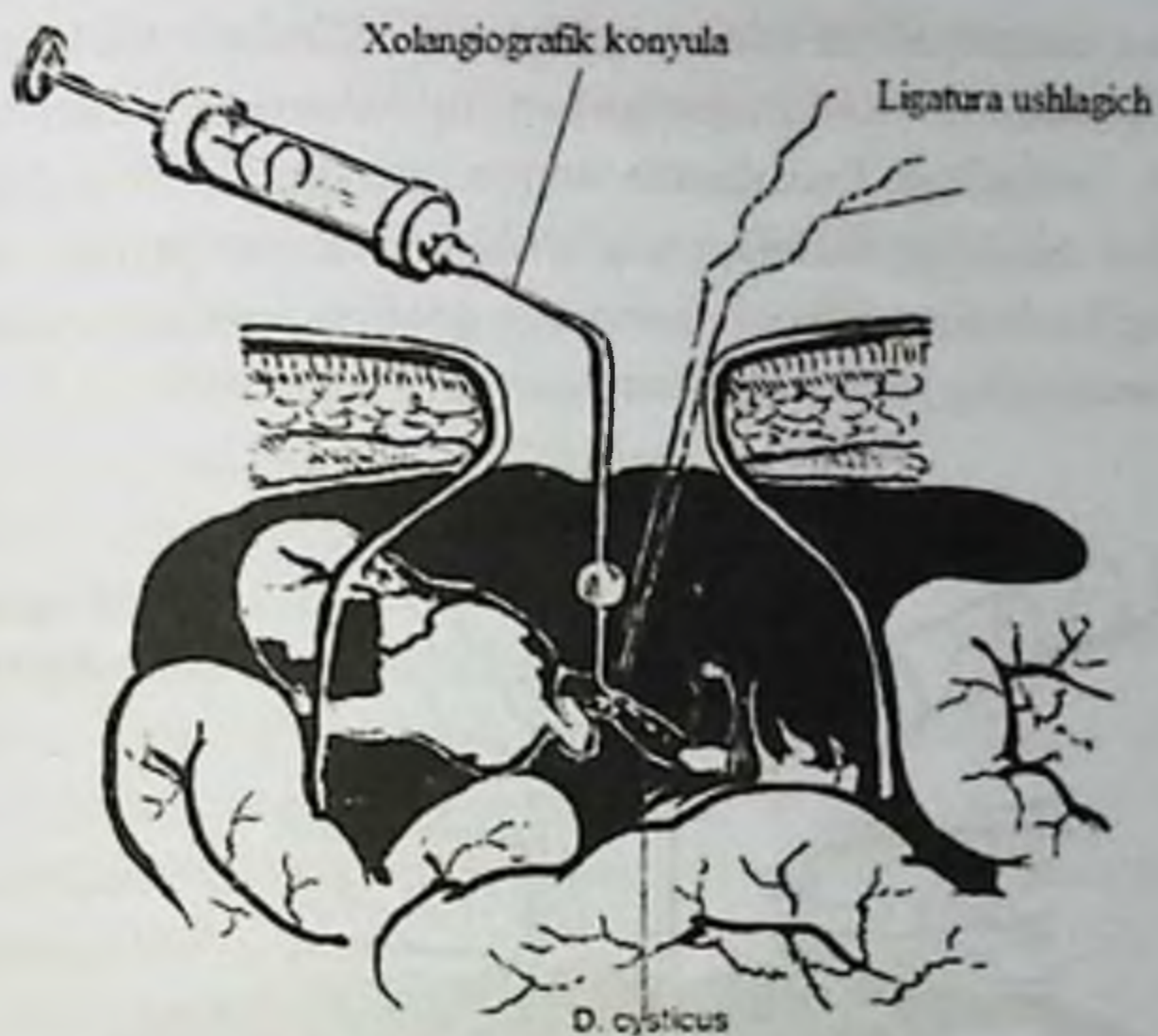
71 - rasm. Ilmoq-oyinlar va yoritgichning o'rnatilgandan so'ngi sxematik ko'rinishi. Jigar osti sohasida ko'rik va manipulyatsiyalar uchun qorin old devoridagi kesimdan katta bo'lgan zona "ochiladi".

Bevosita vizual nazorat – ochiq laparoskopiya – o'rganish jarayonini yengillashtiradi.

Qo'yidagilar kichik kesimdan xolesistektomiya bajarishda asosiy qoyida bo'lib hisoblanadi:

- Kalo uchburchagi elementlarini ajratishda UJY va UO'Y devorlarini aniq ko'rish zarur;
- ajratilgan naysimon strukturalar to'liq farlanmagunicha ularni bog'lash yoki kesish mumkin emas;
- agar o't pufagini ajratish boshlanganidan 30 min. davomida yallig'langan infiltrat yoki chandiqli bitishmalar orasida anatomik strukturalar farqlanmasa, ana'anaviy, ya'ni katta kesimdan bajariladigan xolesistektomiyaga o'tiladi.

Bu qoyidalar asoratlar va konversiya sabablarini o'rganish asosida ishlab chiqilgan bo'lib, juda muhim hisoblanadi. Amaliyotda, asosan kunduzgi vaqtda, konsul'tatsiya uchun tajribali xirurgni taklif qilish maqsadga muvofiq bo'ladi va birgalikda operatsiyani davom ettirish yoki konversiyaga O't ish savoliga echim topish kerak.



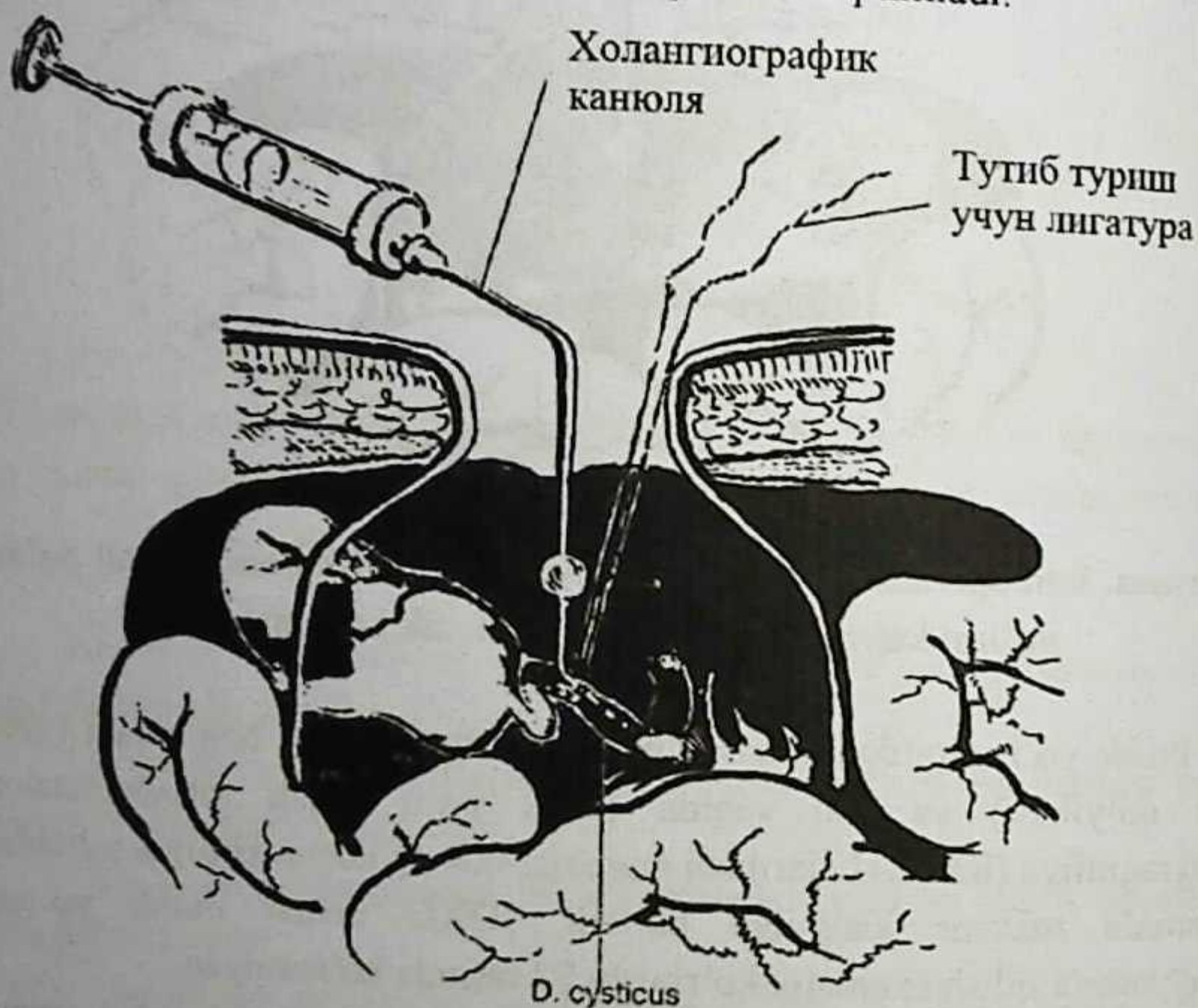
72 - rasm. Intraoperatsion xolangiografiya uchun mini-kesim orqali pufak yo'lini kanyulyatsiya qilish sxematik ko'rinishi.

Pufak yo'li ajratilganidan so'ng uning distal qismi bog'lanadi (yoki klipsi qo'yiladi) va shu vaqtda pufak yo'li orqali intraoperatsion xolangiografiya (IOXG) bajarilishi mumkin, buning uchun xirurgik asboblarni to'plamida maxsus kanyulya bo'ladi. IOXG uchun pufak yo'lini kanyulyatsiya qilish sxematik ko'rinishi 72 rasmda ko'rsatilgan.

Keyinchalik pufak yo'li kesiladi va ikkita ligatura (ip) bilan uning cho'ltog'i bog'lanadi. Tugun Vinogradov tayoqchasi yordamida bog'lanadi: tugun qorin bo'shlig'idan tashqarida shakllantiriladi va vilka yordamida pastga tushirilib, tugun tortiladi. Bu usul va Vinogradov tayoqchasi asbobi tajribali xirurg uchun yangilik hisoblanmaydi, chunki bu usul an'anaviy xirurgiyaning murakkab holatlarida qo'llaniladi.

Keyingi bosqichda o't pufagi arteriyasi ajratiladi, kesiladi va bog'lanadi. Pufak arteriyasini koagulyatsiya qilish mumkin emas. O't pufagi yotog'idan juda sinchiklab ajratish kerak. Xuddi odatdagi xirurgiyadagi kabi, asosiysi "kerakli qavatga tushish" kifoya va tubidan yoki bo'yinchasidan (pufak yo'li va arteriyasi kesilganidan so'ng bu muhim ahamiyatga ega emas) o't pufagi yotog'idan bosqichma-bosqich ajratiladi.

Dissektor va koagulyatsiya bilan birga qaychi ishlatiladi. Bu bosqich sifati va xavfsizligielektroblok xususiyatiga bog'liq. Al'ternativa sifatida plazmali yoki lazerli skalpeldan foydalanish mumkin. Ajratilgan o't pufagini qorin bo'shlig'idan olish qiyinchilik to'g'irmaydi. Kontrapertura orqali o't pufagi yotog'i sohasiga silikonli drenaj nay qoldirib operatsiya yakunlanadi. Qorin old devorining jarohati qavatma-qavat to'liq tikiladi.



73 - rasm. Pufak yo'lida kanyulyani fiksatsiya qilish sxematik ko'rinishi. Maxsus vilka (Vinogradov tayoqchasi) yordamida tugunni bog'lash.

Mini-kesimdan xolesistektomiyaga ko'rsatma:

- surunkali kalkulyoz xolesistit,
- simptomsiz xolesistolitiaz,
- O't pufagi polipozi,
- O'tkirkalkulyoz xolesistit,
- xolesistolitiaz + endoskopik bartaraf etilmagan xoledoxolitiaz,
- LXE texnik qiyinchiliklar,
- qorin bo'shlig'idagi bitishmali jarayon.

Mini-kesimdan xolesistektomiyaga qarshi ko'rsatma:

- qorin bo'shlig'i a'zolarini reviziya qilish kerak bo'lganda,
- diffuz peritonit,
- qon ivishini boshqarib bo'lmaydigan buzilishlari,
- jigar sirtozi,
- O't pufagi raki.

Og'riqsizlantirishga talablar xuddi LXE kabi.

Kichik-kesimdan xolesistektomiyaning afzalliklari:

- qorin old devorining minimal jarohati,
- O't pufagi va UO'Y adekvat yondashuv,
- qorin bo'shlig'ida avval operatsiya bajarilganligiga qaramasdan manipulyatsiyalarni bajarish imkoniyatining borligi,
- homiladorlikning II va III trimestrlarida ham operatsiyani bajarish imkoniyatining borligi,
- kam jarohatli operatsiya,
- pnevmoperitoneumning yo'qligi,
- erta va kechki jarohat asoratlarning nihoyatda kamayishi,
- tashqi nafas funksiyasining buzilishi va ichak parezining bo'lmasligi, analgetiklarga ehtiyojning kamayishi, harakat faolligining erta tiklanishi, ishga layoqatlikning tez tiklanishi,
- operatsiyani bajarish texnologiyasi an'anaviyga yaqinligi uchun qisqa vaqtda o'zlashtirish (tajribali xirurg uchun),
- xirurgik asboblarni solishtirib ko'rganda qimmat emasligi.

Kalkulyoz xolesistitning deyarli barcha klinik shakllarida, mini-laparotomiya yuqori darajada xavfsizlik bilan xolesistektomiya qilishga, operatsiya vaqtida jigardan tashqari O't yo'llarini reviziya qilishga imkon beradi, shuningdek:

- UJY va UO'Y tashqi diametrini o'lchash hamda ko'rish,
- UO'Y supraduodenal qismida erkin ishlash,
- pufak yo'li orqali IOXG bajarish,
- operatsiya vaqtida UTT o'tkazish,
- pufak yo'li orqali operatsiya vaqtida xoledoxoskopiya O'tkazish.

O'TK miniinvaziv usullarini qo'llab davolaganda bemorlar odatdagi ijtimoiy va aqliy faoliyatga tez qaytishadi, shu bilan bir qatorda operatsiya o't kazgan bemorlar hayot sifati yuqori darajada bo'ladi.

UTT nazoratida O't pufagini punksiya sanatsiyasi va dekompressiyasi

O't pufagini punksiya sanatsiyasi va dekompressiyasi – O'tkir xolesistit xurujini bartaraf qilish maqsadida tajribali vrach qo'lida juda qulay va shu bilan birga amalda xavfsiz manipulyatsiya hisoblanadi. Bu manipulyatsiyadan maqsad qo'yidagilar:

- Infitsirlangan safro va yiringni olish;
- O't pufagi dekompressiyasi, uning devorida qon aylanishini yaxshilash;
- Og'riq o'tkir xurujini bartaraf etish.

O't pufagi devorida boshlang'ich nekrobiotik o'zgarishlar bo'lganda ham o't pufagi punksiya sanatsiyasi va dekompressiyasini bajarish mumkin. Bu manipulyatsiya somatik og'ir bemorlarda bemorni operatsiyaga tayyorlash vaqtini yutadi (ikki bosqichli jarayon) yoki bemor uchun xavfli xirurgik operatsiya oldi olinishi mumkin. Boshqa tomondan qaraganda, o't pufagi bo'yinchasi sohasida zich infiltrat bo'lgan bemorlarda keyinchalik laparoskopik xolesistektomi imkoni to'g'iladi, chunki O'tkirxuruj davrida LXE xavfli operatsiya hisoblanadi. Manipulyatsiyani bir necha marta xurujlar bartaraf bo'lgunicha qaytarish mumkin. O'tkir xolesistit davrida o't pufagi punksiyasi ancha yengil va xavfsiz drenajlash mumkin, ammo bu manipulyatsiya kam bajariladi.

Punksiya texnikasi

Punksiya vaqtida igna yo'nalishi UTT yoki KT yordamida aniqlanadi.

KT nazoratida o't pufagi dekompressiyasi murakkab va xavfsiz emas, chunki bunda bemor katta dozada rentgen nurlari bilan nurlanadi. Murakkablik tamonidan biri yana shundaki, igna yo'li ayni vaqtda emas, balki bir oz kechikish bilan ko'rinadi. Bu ma'lum vaqt oralig'i bilan bir necha marta skanerlashga majbur etadi va muolaja vaqti uzayadi. Shuning uchun igna UTT nazoratida o't pufagi tamon sanchiladi. UTT oddiy yuqori informatsiyaga ega, amalda xavfsiz va arzon usul hisoblanadi. UTT nazoratida o't pufagi punksiya sanatsiyasi va dekompressiyasi oldin keng tarqalgan laparoskopik usulga nisbatan bir qator afzalliklarga ega: 1) kam vaqtni egallab harakatlanish mumkin bo'lmagan bemor bevosita palatasida bajarish mumkin; 2) pnevmoperitoneum talab qilinmaydi (bemor ahvolini

og'irlashtirib qo'yishi mumkin), o't pufagi zonasida infiltrat va bitishmalar bo'lganda UTT nazorati bajarilishi mumkin.

Teri orqali bajariladigan manipulyatsiyalar uchun zamonaviy ultratovush apparatlaridan foydalaniladi. Bu asboblarning tasviri ikki xil kattalikda (chuqurligi va kengligi bo'yicha) qayt qiladi, ayrimlari hatto uch ulchamli tasviri (3D-rekonstruksiya) namoyon qilishi mumkin. Ular yordamida ichki a'zolar chuqur tasviri olinadi. Ushbu asboblarning afzallik tamonlaridan yana biri - bu tasvirlar yuqori sifatda har xil kulrang ranglar (qoradan oq ranggacha) va qon tomirlar rangli tasvirda namoyon bo'ladi.

Bunday asboblarning o'rganilayotgan ob'ekt holatini uzluksiz kuzatishga imkon beradi, ayniqsa harakatlanayotgan strukturalar tekshirilganda juda muhim. Keltirilgan skanerlash turi dinamik va real vaqtda amalga oshiriladi. Hozirgi vaqtda ultratovush chastotasi va tekshirish chuqurligi o'zgaradigan asboblardan foydalaniladi.

Odatda datchiklar skanerlash sirtida punksiya ignaning joylashishini yengil aniqlashga imkon beradigan o'zgartiriladigan yo'naltiruvchi adapterlar bilan jihozlangan, shuningdek igna burilish burchagini 20° atrofida o'zgarish imkonini beradi. Punksiya uchun tanlangan, igna diametriga mos adapterga qoplag'ich qo'yiladi.

Tajribali mutaxassis punksiyani yo'naltiruvchi adaptersiz bajara oladi (erkin qo'l usuli deyiladi). Bu usul punksiya yo'nalishi va burchagini o'zgartirib igna bilan keng manipulyatsiya qilishga imkon beradi, lekin yuqori malakani talab qiladi.

Ignani to'g'ri olish uchun chiziqli, konveksli va sektoral ultratovush datchiklaridan foydalaniladi.

UTT nazoratida ko'p qirrali teri orqali bajariladigan amaliyotlar ikkita asosiy manipulyatsiyani bajarishga qaratilgan: punksiya va drenajlash. O't pufagini drenajlash pastroqda keltirilgan.

UTT nazoratida teri orqali punksiya uchun 15-20 sm kattalikdagi va diametri 16-18 g, ya'ni 1-1,25 mm keladigan har xil ignalar qo'llaniladi. Semiz bo'lmagan bemorlar uchun umrov osti venasi punksiyasi uchun mo'ljallangan ignalardan foydalanish mumkin.

Teri orqali o't pufagini punksiyasi uchun mo'ljallangan usullar ikkita qoyidagiga rioya qilishga asoslangan: 1) punksiya kanal jigar to'qimasi orqali o'tishi kerak; 2) O't pufagi devorining punksiyasi o't pufagi yotog'i

tamonidan qorin bo'shlig'iga aloqasi bo'lmagan orqa devordan amalga oshirilishi kerak. O't pufagi devoridagi teshik orqali o't-safro qorin bo'shlig'iga oqmasligi uchun yuqoridagi qoyidalarga rioya qilish kerak.

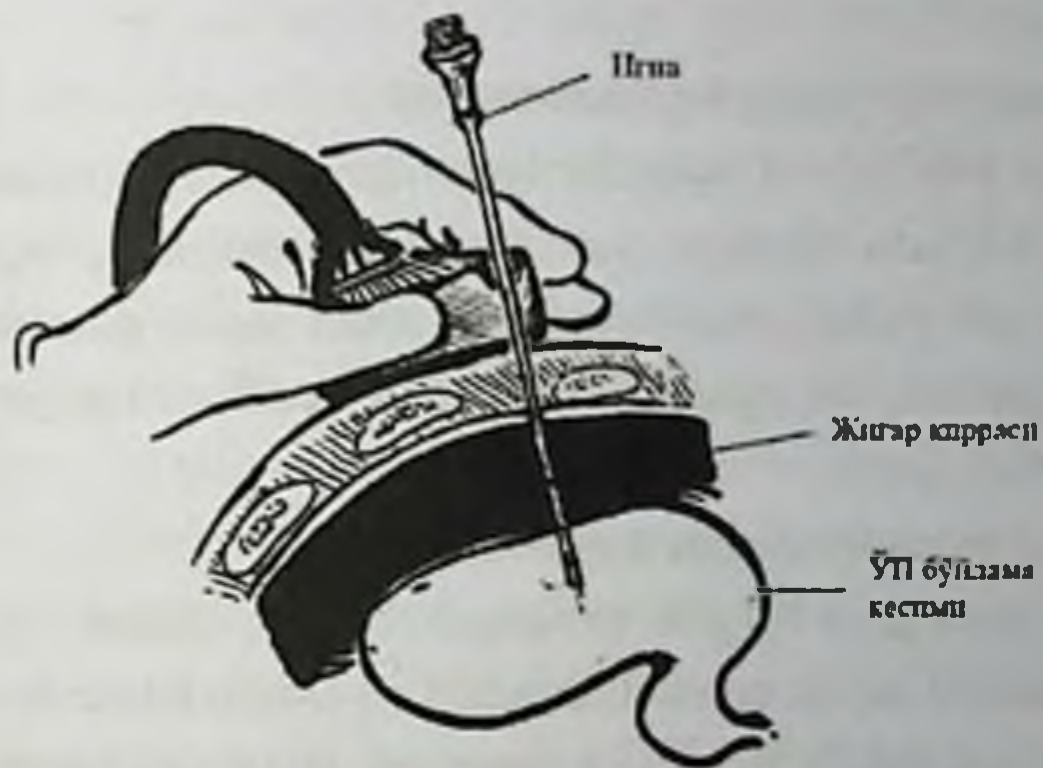
Teri orqali o't pufagi punksiyasi mahalliy anesteziya (bemor allergik anamnezini hisobga olib navokain yoki lidokain eritmasi bilan) ostida aseptika va antiseptikaning barcha qoyidalariga rioya qilgan holda bajariladi. Kerak bo'lsa sedativ dori vositalar bilan premedikatsiya qilinadi.

Chiziqli punktsion datchik yordamida teshish nuqtasini tanlash bilan manipulyatsiya boshlanad. Teri qoplamalari spirt yoki xlorgeksidin eritmasi bilan ishlov beriladi. Yod saqlovchi vositalar datchik faol yuzasiga salbiy ta'sir qilishi uchun ularni qo'llash maqsadga muvofiq emas.

Steril datchik yordamida terida nuqta tanlanib, jigar parenximasining minimal qalinligi orqali o't pufagi keng qismiga igna yo'naltiriladi. Manipulyatsiyaning bu bosqichi juda muhim, chunki manipulyatsiyaning muvaffaqiyati to'g'ri tanlangan igna traektoriyasiga bog'liq. Yuqorida aytib O't ilgan qoyidalarga tayanib, punksiya joyi individual tanlanadi. Teridagi punksiya joyi ko'pincha VIII-IX qovurg'alar oralig'ida, oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab joylashadi. Ammo u qovurg'a ostida ham joylashishi mumkin. O't pufagi punksiyasi juda muhim emas. Terida punksiya nuqtasida yumshoq to'qimalar mahalliy anesteziyasi o'tkaziladi. Keyin punktsion igna yoki stilet-kateter bo'shliq orqali yo'naltiruvchi adapter tomon yuboriladi va doimiy vizual nazorat ostida jigar parenximasi orqali o't pufagi maksimal bo'shlig'iga kiritiladi. Ignani kiritish sharoitlaridan biri bu butun manipulyatsiya davomida doimiy bir vaqtning o'zida monitor ekranida igna uchini va o't pufagining maksimal bo'ylama bo'shlig'ini nazorat qilishdan iborat. O't pufagi qorin parda orti qismiga ignani kiritish joyini to'g'ri tanlash uchun aylana ko'rinishida o't ko'ndalang kesimi ko'rinadigan qilib datchikni 1-2 marta aylantirish foydali.

Mandren olingandan keyin o't bo'shlig'idagi suyuqlik shpris yordamida surib olinadi va bakteriologicalik tekshirishga hamda antibiotiklarga sezgirlikka yuboriladi. O't pufagi bo'shlig'i antiseptik eritmasi bilan sanatsiya qilinadi. Agar chiziqli punktsion datchik nazoratida qovurg'alardan akustik soya sababli o't qiyin ko'rinsa, sektor datchik yordamida punksiya bajariladi. Uning katta bo'lmagan skanerlovchi boshi yordamida o't pufagi bo'shlig'iga qovurg'alararo oraliq orqali punksiyaning xavfsiz

traektoriyasini belgilash mumkin. Sektor datchik yordamida punksiya qilish usuli chiziqli punksiyon datchikni qo'llab punksiya usuli kabi bajariladi. Qovurg'a oralig'iga sektor datchik shunday qo'yiladiki, monitor ekranida o't pufagi maksimal bo'ylama bo'shlig'i ko'rinishi kerak, marker chizig'i esa o't bo'shlig'ining keng qismiga jigar parenximasining minimal qalinligi orqali o'tishi kerak.



74 - rasm. Steril datchik yordamida terida nuqta tanlanib, jigar parenximasining minimal qalinligi orqali O't pufak eng keng qismiga igna yo'naltiriladi.



75 - rasm. O't pufagi qorin parda orti qismiga ignani kiritish joyini to'g'ri tanlash uchun aylana ko'rinishida O't ko'ndalang kesimi ko'rinadigan qilib datchikni 1-2 marta aylantirish foydali.

Datchik shunday holatda fiksatsiya qilinib, mahalliy anesteziyadan so'ng o'zgartiriladigan punksiyon tayanch yo'naltiruvchi bo'shlig'iga igna kiritiladi va asta-sekin harakatlantirib chuqurlikka yuboriladi. Odatda monitor ekranida yorqin chiziqli exosignal tarzida igna uchi yaxshi ko'rinadi.

O't pufagi punksiyasida qo'yidagi murakkab holatlar va asoratlar kelib chiqishi mumkin.

O'T yo'llaridagi yaqqol gipertenziya

O't pufagi punksiyasi vaqtida safro gipertenziyasi aniqlansa biljar tizimdagi yuqori bosim hisobiga punksiyon teshikdan safro oqishi mumkin. Shuning uchun o't pufagi punksiyasidan oldin safro gipertenziyasi yo'q ekanligiga va jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari kengaymaganligiga ishonch hosil qilish kerak.

O't pufagi punksiyasidan keyin qon ketish

Agar punksiya joyi to'g'ri tanlangan bo'lsa, ignani olgandan so'ng jigar parenximasidan bir oz qon ketish odatda 1-2 min keyin to'xtaydi (qorin yon devorini jigarga bosib turish yoki bemorni o'ng yon tamonga yotqizish kerak). Punksiya jigar qirrasiga yaqin joyda bajarilishi kerak (2-3 sm ko'p bo'lmagan masofada).

Individual anatomik xususiyatlar inobatga olinib jigar qirrasidan juda uzoqda punksiya bajarilgan bo'lsa, punksiya vaqtida o'rta jigar venasi yoki uning shohlari jarohatlanishi mumkin. Yallig'langan o't pufagi devoriga tegib turgan jigarning bir qismi giperemiya hisobiga etarlicha intensiv qon ketishga sababchi bo'lishi mumkin. Qon ketish profilaktikasi va to'xtatish uchun har xil usullar taklif etilgan: punksiyon kanalni gemostatik bilan plombirovkasi, meditsina elimini qo'llash va bq. Ammo, qoyidaga ko'ra, bu chora-tadbirlarga ehtiyoj yo'q. Punksiyon teshik sohasida qorin devorini jigar diafragmal yuzasiga 5-6 min bosib turish bilan qon ketishni to'xtatish mumkin. Ko'pincha uzoq vaqt bosib turmaslik sababli qon ketish kelib chiqishi mumkin. Bemor o'zini noadekvat tutishi natijasida jigarning travmatik jarohatlanishi yoki bir necha marta muvaffaqiyatsiz punksiya urinishlari qorin bo'shlig'iga qon ketish xavfini kuchaytiradi.

O't pufagi gangrenasi

Qon tomir tizimi zararlangan keksa yoshdagi bemorlarda ko'pincha yallig'lanish jarayonlari tez rivojlanib, o't devorrining destruksiyasiga olib

keladi. O't pufagi devori qalinlashmasligi mumkin. Punksiya vaqtida qo'ng'ir rangdagi badbo'y suyuqlik so'rib olinadi, bunda har doim ham o't pufagi bo'shlig'ida toshlar bo'lavermaydi. UTT ma'lumotlarini e'tibor bilan o'rganish muhim. Bemor noadekvat og'ir ahvoli bilan bunday belgilarning qo'shma kelishi pufak devoridagi qaytmas destruksiya bilan gangrenoz xolesistit borligi to'g'risida taxmin qilish mumkin. Bunda o't pufagi sanatsion punksiyasi effektiv bo'lmasligi mumkin. Bunday bemorlarni, ularning og'ir ahvoliga qaramasdan, shoshilinch operatsiya qilish kerak.

Chegaralangan yig'ilgan suyuqlik diagnostikasi va davosida UTT

O't yo'llari xirurgiyasi bilan shug'ullanuvchi xirurgiya bo'limlari kundalik amaliy ishiga UTT keng kirib keldi. Bu usul bilan nafaqat diagnoz qo'yish va teri orqali manipulyatsiyalar qilish, balki operatsiyadan keyin hosil bo'ladigan patologik gematomalar, bilomalar, infiltratlar va bq. dinamikada rivojlanishini kuzatish mumkin.

Har qanday noaniq holatda (tana haroratining ko'parilishi, drenaj orqali safro yoki qon ajralsa yoki, aksincha, drenaj orqali to'satdan safro oqmasdan qolganda) birinchi navbatda UTT o't kazish maqsadga muvofiq. U bemor yotog'i oldida ham xavfsiz va yengil bajariladi (ayniqsa portativ kameralar yordamida). Bir nechta shunday holatlarni ko'rib chiqamiz.

Xolesistektomiyadan keyin o't pufagi yotog'ida suyuqlik yig'ilishi.

UTT har bir xolesistektomiyadan keyin o't pufagi yotog'ida ko'p miqdorda bo'lmagan suyuqlik (2-3 ml qon yoki safro) yig'ilishini aniqlashga imkon beradi. Ammo shunga mos klinik ko'rinishda suyuqlikni infitsirlanganligiga gumon qilish mumkin. Bunday holatlarda teri orqali punksiya ko'rsatilgan. Bu manipulyatsiya oddiy, mahalliy anesteziya ostida bajariladi va infitsirlangan suyuqlikni evakuatsiya qilib, keyinchalik qoldiq bo'shliqni sanatsiya qilishga imkon beradi. Kerak bo'lganda aspiratsiyalangan suyuqlikni bakteriologik tekshirishdan o't kazish mumkin. Muammoni echish uchun ko'pincha bir marta punksiya qilgan etarli. Ammo muolajani kerak bo'lganda qaytarish mumkin yoki UTT nazoratida drenajlash mumkin.

Xolesistektomiyadan keyin o't pufagi yotog'ida, jigar ostida yoki diafragma ostida suyuqlik yig'ilishi.

Agar diafragma osti sohasi punksiyasida safro olinsa, u qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda yig'ilganligidan darak beradi. Pufak yo'lida

ligatura yoki klipslar etishmovchiligi, aniqlanmagan o't yo'llari jarohati va hk. bo'lgan bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda jigar osti yoki diafragma osti tezda drenajlanishi kerak. Bu muolaja oddiy va UTT nazoratida yengil bajarish mumkin.



76 - rasm. Ultratovush skanogrammasi va sxemasi. Xolesistektomiyadan keyin o't pufagi yotog'ida suyuqlik yig'ilishi (strelka). Punksiyada 30 ml qon aralash safro evakuatsiya qilindi.



77 - rasm. Ultratovushli skanogramma sxemasi. Xolesistektomiyadan keyin diafragma osti sohasida suyuqlik yig'ilishi (strelka bilan ko'rsatilgan). Drenajlangandan so'ng 1 l sutkagacha safro evakuatsiya qilindi. Pufak yo'li cho'ltog'ining choklari etishmovchiligi.

Sanatsiya qilingan va drenajlangan bo'shliq yo'q qilinganidan bir necha kundan keyin safro oqish manbaini aniqlash uchun rentgenokonstrast tekshirish maqsadga muvofiq. Odatda, agar magistral o't yo'li jarohatlanmagan bo'lsa ajraluvchi safro miqdori asta-sekin kamayadi va bemor tuzalib, drenajni olib tashlash mumkin.

Surunkali xolesistitda laparoskopik xolesistektomiya

Hozirgi vaqtda LXE bajarilayotganda ikkita usul qo'llaniladi. Ulardan birini fransuz xirurgi F. Dubois tavsiya etgan bo'lsa, ikkinchi usulni amerika xirurgi B.J. Carroll tamonidan tavsiya etilgan. Kasb tilida bu usullar fransuz va amerika usullari deyiladi. Bu usullarning asosida bir nechta modifikatsion usullar ishlab chiqilgan.

LXE fransuzcha usulida xirurg bemor oyoqlarining orasida joylashib, to'g'ri pozitsiyada ishlaydi va harakatning aniq koordinatsiyasini ta'minlaydi. Assistent bemordan chap tamonda joylashadi (78-rasm).

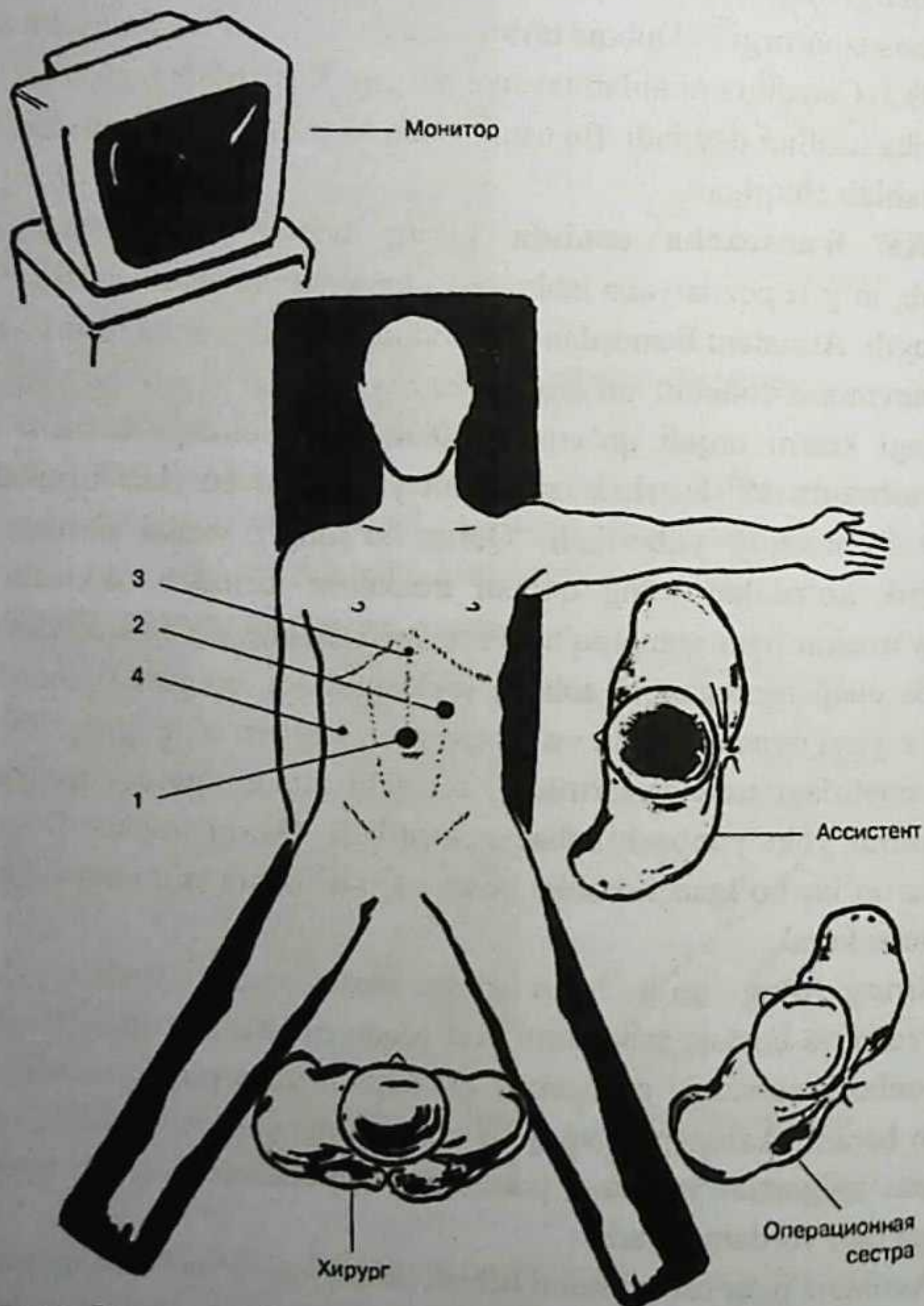
Pnevmooperitoneum an'anaviy tarzda Veress ignasi bo'ylab kindik sohasidagi kesim orqali qo'yiladi. 10 mm diametrdagi birinchi troakar kindik sohasida 45° burchak ostida o't yo'nalishi bo'ylab kiritiladi va u bo'ylab laparoskop yuboriladi. Qorin bo'shlig'i vizual nazorat ostida diagnostik ko'rikdan so'ng qolgan troakarlari kiritiladi. Ikkinchi xuddi shunday troakar jigar yumaloq boylamidan 5 sm lateral va kindikdan 6-8 sm yuqorida chap mezogastral sohada joylashtiriladi. epigastral sohada o'ng qovurg'a yoyi aynan ostidan va uroqssimon boylam o'ng qirrasi bo'ylab 5 mm diametrdagi troakar kiritiladi. Ikkinchi xuddi shunday troakar o'ng mezogastral yoki yonbosh sohadan kiritiladi. Oxirgi troakar O't olishga etarlicha qo'lay bo'lgan, asboblari bilan erkin ishlashni ta'minlaydigan joyda joylashishi kerak.

Xirurg o'ng qo'li bilan chap mezogastral sohada joylashgan koagulyator va boshqa asboblarni port orqali ishlatadi, chap qo'li bilan esa o'ng yonbosh sohadagi port orqali o't kerakli traksiyani ta'minlab o'ziga yordam beradi. Assistent chap qo'li bilan kamerani boshqaradi, o'ng qo'li bilan esa epigastral sohadagi port orqali qaychi va so'rg'ich nayi bilan xirurgga faol yordam beradi.

Assistent jigar osti sohasini ochish uchun jigar o'ng bo'lagini yuqoriga suradi. Bitishmalar bo'lganda xirurg ularni kesib, 4-chi nuqtadan Gartman kistasi yoki o't pufagi tanasining pastki uchligiga qisqich qo'yadi. O't pufagi

lateral tamonga traksiyasi hisobiga pufak yo'li va pufak arteriyasi jigar arteriyalari va magistral o't yo'llaridan maksimal darajada uzoqlashadi, ya'ni Kalo uchburchagining elementlari ochiladi.

O't pufagi bo'yinchasining oldingi va orqa yuzasi bo'ylab koagulyatsion ilmoq yoki qaychi bilan qorin parda ochiladi. Kalo uchburchagi sohasida to'qimalar orasidan pufak yo'li ajratiladi. Xuddi shunday pufak arteriyasi ajratiladi.



78 - rasm. Laparoskopik xolesistektomiya vaqtida joylashuv pozitsiyasi

Kalo uchburchagi sohasida ishlaganda qo'yidagi qoyidalarga qat'iyan rioya qilinadi: elektrokoagulyatsiyani ishlatgan holda to'qimalar juda sekin chapdan o'ngga harakat qilib ajratiladi. Ilmoq bilan ishlaganda faqatgina ilmoqga ilingan porsiya koagulyatsiya qilinadi. O'T yo'llariga bevosita yaqin ishlaganda koagulyatsiya ishlatilmaydi. LXE fransuzcha usulda operatsion brigada a'zolari va asboblari uchun portlarning joylashishi. 1 – laparoskop; 2 – klipapplikator, koagulyator, qaychi va dissektor bilan ishlash uchun 10 mm diametrdagi port; 3 – qaychi va dissektor bilan ishlash uchun 5 mm diametrdagi port; 4 – qattiq qisqich bilan ishlash uchun xuddi shunday port.

O't pufagi bo'yinchasi va u pufak yo'lga o'tish joyi ajratilgandan so'nggina pufak yo'lga klipslar qo'yiladi va kesiladi. UO'Y devoridan 5 mm dan kam bo'lmagan uzoqlikda pufak yo'lga ikkita klipslar qo'yiladi. Uchinchi klips o't pufagi tanasiga yaqin joyga qo'yiladi va klipslar orasidan pufak yo'li erkin kesiladi. Pufak arteriyasiga O't pufagi tanasiga maksimal yaqin joyda bir yoki ikkita klipslar qo'yiladi va kesiladi. Agar pufak arteriyasining cho'ltog'idan qon ketish yuzaga kelsa u qisqich bilan ushlanib, yuqoriga ko'pariladi va vizual nazorat ostida qayta klipslanadi. Klipslarni «ko'r-ko'rona» qo'yish mumkin emas. Keyin elektrokoagulyatsiyani ishlatgan holda O't pufagi yuqori va lateral tamonga suriladi. O't pufagi tanasining perimetri bo'ylab qorin parda kesiladi va u yotog'idan sidirib olinadi. O't pufagi orqa devoridagi mayda qon tomirlari bilan siyrak yog' to'qimasi koagulyatsiya qilinadi. Operatsiya jarayonida mono- va bipolyar koagulyatsiya qo'llanilishi mumkin. Bipolyar koagulyatsiya qo'llanganda ichki a'zolarning operatsiya vaqtidagi bo'lishi mumkin bo'lgan elektrokoagulyatsion jarohati kamayadi. Shuning uchun bu usul ko'pqo'llaniladi. O't pufagi yotog'idan ajratilgandan so'ng u plastik konteynerga joylashtirilib, jigar o'ng bo'lagingining ustiga qo'yiladi. Gemo- va biliostaz nazorati O't kaziladi. Chap mezogastral sohadagi portga laparoskop kuchiriladi. O't pufagi bo'lgan konteyner qattiq qisqichga ushlanib teri sathiga kindik troakari orqali chiqariladi. O't pufagi konteynerdan chiqariladi va shundan so'ng qorin bo'shlig'idan konteyner olinadi. 5 mm diametrdagi pastki port orqali jigar osti sohasi drenajlanadi. Qorin bo'shlig'ida va qorin devori jarohatlaridan qon ketish yo'qligiga

ishonch qilib ko'ruv nazoratida qorin bo'shlig'idan troakarlar olinadi, jarohatlar tikiladi.

Ўт пуфаги латерал тарафга
сурилганда пуфак йули осов
ахратили.



Пуфак йулидан тортишганда
гепатодуоденал бойлам
киррасида уйи анда
куривали.



79 – rasm. Laparoskopik xolesistektomiya.

LXE AQSh olimlari usulida bemor va operatsiya qatnashchilari 78 rasmda ko'rsatilgandek joylashadi. Pnevmooperitoneum bajarilganidan so'ng 10 mm diametrdagi troakar shu zuhotiyoq kindik sohasidan qorin bo'shlig'iga kiritiladi. U orqali laparoskop boshqariladi. Keyingi xuddi shunday troakar xanjarsimon usiqdan pastda o'rnatiladi, u qorin bo'shlig'ida uroqsimon boylamdan o'ngda joylashishi kerak. 5 mm diametrdagi troakar XII qovurg'a sathi pastidan eng lateral no'qtadan kutariluvchi chamber ichakka zarar etkazmagan holda joylashtiriladi. Ikkinchi xuddi shunday troakar birinchi troakarga nisbatan medial va o'ng qovurg'a yoyiga maksimal yaqin kiritiladi. Troakarlarning joylashishi 78 rasmda ko'rsatilgan.



Пуфак йўли ўрнига УЎЙ хато ажратил

Қонаётган артерия тортилиб,
клипсланиши ҳисобга қон кетишини
тухтатиш



80 – rasm. Laparoskopik xolesistektomiya.

Jigar osti sohasini ochib ko'rsatish uchun assistent 5 millimetrli pastki port orqali kiritilgan qattiq qisqich bilan o't pufagi tubini fiksatsiya qilib jigar o'ng bo'lagi bilan yuqoriga suradi. Xirurg xanjarsimon o'siq sohasida qo'yilgan port orqali ishlab, o't pufagi bo'yinchasini pufak yo'liga o't ish joyidan ehtiyotlik bilan to'qimalarni pastgacha pufak yo'li to'liq farqlangunicha ajratadi. Pufak yo'li ajratilganidan so'ng, xuddi shunday yuqoridan pastga qarab pufak arteriyasi ajratiladi. Pufak yo'li va arteriyasi yuqorida aytilgandek klipslanib kesiladi.

Gartman cho'ntagi orqali o't pufagi qisqich bilan fiksatsiyalanib, yuqoriga surilgandan so'ng yotog'idan elektrokoagulyatsiya yordamida ajratiladi. Operatsiya yuqorida ko'rsatilgandek yakunlanadi. Kindik yoki xanjarsimon o'siq sohasidagi port orqali o't pufagi olinadi.

Operatsiya vaqtidagi asoratlarni (qon ketish, o't -safro oqishi) bartaraf qilish uchun operatsiya texnikasining xususiyatlari pastroqda bayon qilingan.

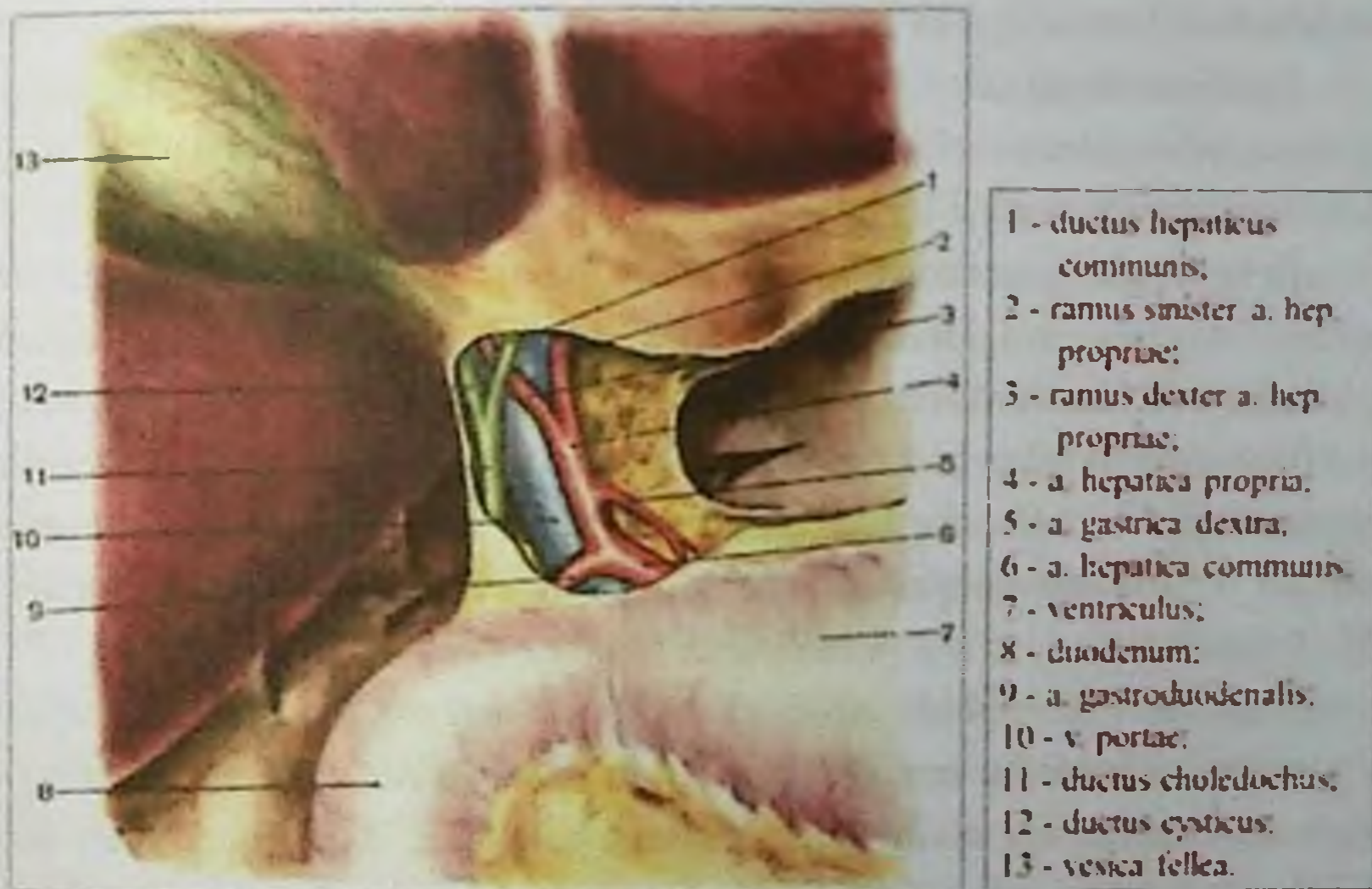
O'tkir xolesistit va uning asoratlari

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

O'ng va chap tomondagi jigar o't yo'llari jigarning shu nomdagi bo'laklaridan chiqib, umumiy jigar yo'lini hosil qiladi. Jigar yo'lining diametri 0,4 sm-dan 1 sm gacha o'zgarib turadi va o'rta hisobda 0,5 sm ni tashkil qiladi. O't yo'lining uzunligi taxminan 2,5-3,5 sm. Umumiy jigar yo'li o't pufagi yo'li bilan qo'shilib, umumiy o't yo'lini hosil qiladi. Umumiy o't yo'lida to'rtta qism farq qilinadi: o'n ikki barmoq ichak ustida joylashgan supraduodenal, o'n ikki barmoq ichak yuqori gorizontallik qismi orqasidan o'tadigan retroduodenal, retropankreatik (me'da osti bezi boshchasi orqasidagi) va o'n ikki barmoq ichakning vertikal qismi devoridagi intramural qismlar.

Umumiy o't yo'lining distal qismi o'n ikki barmoq ichak shilliq pardasi ostidagi qavatda joylashgan katta duodenal so'rg'ich (Fater so'rg'ichi) hosil qiladi. Katta duodenal so'rg'ich uzunasiga ketgan, doirasimon va qiyshik tolalardan iborat avtonom mushak sistemasiga - Oddi sfinkteriga ega, bu sfinkter o'n ikki barmoq ichakka bog'liq emas. Pankreatik yo'l katta duodenal so'rg'ichga yaqinlashib, umumiy o't yo'lining terminal qismi bilan birga duodenal so'rg'ich ampulasini hosil qiladi. Katta duodenal so'rg'ichda operatsiya bajarishda o't yo'li bilan pankreatik yo'llarning o'zaro munosabatlariga doir turli variantlar hisobga olinishi lozim. O't pufagi jigarning pastki yuzasida unchalik katta bo'lmagan chuqurchada joylashgan. O't pufagining sig'imi taxminan 50-70 ml ni tashkil qiladi. O't pufagining shakli va o'lchamlari uning yallig'lanishi va chandiqli jarayonlarida o'zgarishlarga uchrashi mumkin. O't pufagining tubi, tanasi, bo'yni farq qilinib, bo'yni pufak yo'lga o'tadi. Aksariyat o't pufagi bo'ynida qo'ltiqsimon bo'rtma - Gartman cho'ntagi hosil bo'ladi.

Pufak yo'li ko'pincha xoledox o'ng yarim doirasiga o'tkir burchak ostida tushadi. O't pufagi devori uchta parda: shiliq, mushak va fibroz pardalaridan iborat. Pufak shilliq pardasi ko'p sonli burmalar hosil qiladi. Pufak bo'yni sohasida va uning yo'lining boshlang'ich qismida Geyster klapanlari mavjud, pufak yo'lining bir-muncha distal bo'limlarida silliq mushak tolalari tolalari bilan birga Luyitkins sfinkterini hosil qiladi. Shilliq parda mushak tolalari orasida joylashgan ko'p sonli burmalar – Rokitanskiy-Ashoff sinuslarini hosil qiladi.



81 - rasm. Jigar va o't yo'llarining anatomik ko'rinishi

O't pufagi o't pufagi bo'yni tomonidan xususiy jigar arteriyasining bitta yoki ikkita shohi, yoki uning o'ng tarmog'idan keladigan pufak arteriyasi orqali qon bilan ta'minlanadi. Limfatik tugunlarga limfa oqib ketishi, jigar darvozasidan va jigarning o'zidagi limfatik sistemadan sodir bo'ladi. O't pufagi innervatsiyasi qorin chigali tarmoqlari, chap adashgan nerv va o'ng diafragmal nervdan tashkil topgan jigar tarmog'idan amalga oshiriladi. Jigarda hosil bo'ladigan va jigardan tashqaridagi o't yo'llariga tushadigan o't suyuqligi (safro) suv (97%), o't tuzlari (1-2%), pigmentlar, xolesterin va o't kislotalaridan (taxminan 1%) iborat. Jigaming o't ajratish o'rtacha debiti minutiga 40 ml. O't pufagida suv va elektrolitlar so'rilishi

hisobiga o't suyuqligi konsentratsiyasi ro'y beradi. Bunda o'tning asosiy komponentlari konsentratsiyasi ularning jigardan ajralayotgan o't suyuqligidagi dastlabki miqdoridan 5-10 marta oshgan bo'ladi. Ovqat, nordon me'da shirasi, yog'lar va qondagi intestinal gormonlar - xolesistokinin, sekretin o't pufagining qisqarishini va ayni vaqtda Oddi sfinkterining bo'shashishini vujudga keltiradi.

Ovqat o'n ikki barmoq ichakda ishqoriy muhitga ega bo'lib qolgandan keyin qonga gormonlar ajralishi to'xtaydi, Oddi sfinkteri qisqarib, o'tning ichakka tushib turishiga to'sqinlik qiladi.

Epidemiologiyasi. O'tning o'tkir yallig'lanishi asosan O'TK bilan og'rigan bemorlarda uchraydi, shuning uchun xolesistit va O'TK ning epidemiologiyasi deyarli bir xil.

Rivojlangan mamlakatlarning 10-20 % katta yoshdagi aholisida o't toshlari borligi aniqlanadi. G'arbiy mamlakatlar aholisida asosan xolesterinli toshlar (tarkibida 50% dan ziyot monogidrat xolesterol), Osiyo va Afrika mamlakatlarida o't yo'llarining infeksiyasi va yallig'lanishi fonida pigmentli toshlar dominantlik qiladi. AQShda har yili taxminan 1 mln odamda o't toshlari aniqlanadi, ulardan yarmi operativ davo o'tkazadilar. 80% holatlarda toshlar o'n yillab klinik belgisiz kechadi.

Tosh hosil bo'lishida etnik va geografik xususiyatlarning ahamiyati to'g'risida ma'lumotlar bor. Rivojlangan mamlakatlarda o't toshlari 25% ga yaqin aholida borligi ayrim ma'lumotlar keltirilgan. Yosh ulg'aygan sari O'TK soni ortib boradi. AQShda 40 yoshgacha bo'lgan aholida o't toshlari faqatgina 5% aholida uchraydi, keksa yoshdagi odamlarda esa o't toshlari 30% da uchraydi. G'arbiy irqga mansub keksa yoshdagi ayollarda erkaklarga nisbatan ikki marta ko'p o't toshlari borligi aniqlangan.

Irsiy omil tosh hosil bo'lishida yuqori xavf guruhiga kiradi. Bunda har xil to'g'ma metabolizm buzilishlari orqali ta'sir etadi, ya'ni o't safro tuzlarining sintezi va sekresiyasining buzilishi yoki zardob va safroda xolesterol konsentratsiyasining oshishi, giperlipidemiya. estrogen qabul qiluvchilar, semizlik bilan og'rigan shaxslarda o't toshlarining hosil bo'lish xavfi ortadi.

Etiologiya va patogenezi. O'TK o'tkir xolesistit asosiy etiologik faktori hisoblanadi. o't bo'yinchasi yoki pufak yo'lining tosh bilan okklyuziyasi o'tkir xolesistit rivojlanishiga sababchi bo'ladi. o't pufagining

to'liq tosh bilan to'lishi o'tkir xolesistit rivojlanishi uchun asosiy kalit komponent hisoblanadi. O'tkir xolesistit xurujini bartaraf etish uchun okkyuziyaga olib kelgan toshni o't bo'shlig'iga siljitib, pufak yo'li orqali o'tkazuvchanlikni tiklash zarur. Bunda kasallik xuruj bilan cheklanishi mumkin. Agar obturatsiya bartaraf etilmasa, kasallikning keyingi bosqichlari drenajlanmaydigan bo'shliq shakllanishi bilan bog'liq patogenetik mexanizmlar asosida rivojlanadi.

O't toshlari tiqilishi natijasida pufak silliq mushaklarining spazmi kelib chiqadi va klinikasi o'ng qovurg'a yoyi ostida intensiv dardsimon og'riqlar bilan kechadi. o't pufagi mushaklarining spazmi mikrosirkulyatsiyadagi qon tomirlarning torayishi va keyinchalik vazodilyatatsiya hamda kapillyarlar va venulalarning o'tkazuvchanligi oshishi bilan kechadi. Bu esa o't pufagi devorining shishiga, pufak bo'shlig'iga transsudatning yig'ilishiga olib keladi. Oxirgi omil o't pufagi bosimining oshishiga va o'z navbatida pufak devorida mikrosirkulyator qon aylanishi buzilishini kuchaytiradi va shilliq qavat ishemiyasiga olib keladi. Shilliq qavat rezorbsion funksiyasining buzilishi kelib chiqadi. Qon aylanishining sekinlashishi va eritrotsitlarning sladjlanishi fonida postkapillyar qon tomirlarda tromboz kelib chiqadi. Bu fonda bioximik jarayonlarning patologik zanjiri avj olib boshlaydi: shilliq qavat fosfolipazalarining faollashishi – lesitinlarning lizolesitinlarga gidrolizi – glikoprotein qavatning jarohatlanishi. O't pufagi shilliq qavatining epiteliysi himoya qavatdan xoli bo'lib, o't toshlari agressiv ta'siridan himoyalalanmaydi.

O't pufagi suyuqligi oqimining va pufak devoridagi mikrosirkulyator qon aylanishining buzilishlari yallig'lanish rivojlanishi va mikrofloraning faollashishi uchun qulay sharoit hisoblanadi.

O't pufagi da rivojlanadigan infeksiyon jarayonda o't toshlari yuzasida saprofitlashgan mikroorganizmlarning ko'pgina turlari ishtirok etadi. Ko'pincha bu grammanfiy shartli – patogen guruhidagi mikrofloralar (ichak tayoqchalari, klebsiellalar, proteylar), fakultativ- va obligat-anaerob kokklar (stafilo- va streptokokklar, pepto- va peptostreptokokklar), obligat-anaerob grammanfiy mikroorganizmlar (bakteroidlar, fuzobakteriyalar va b. q.).

Yallig'lanish va destruktiv o'zgarishlarning rivojlanishi bilan atrofdagi a'zolar bu patologik jarayonga qo'shiladi, bu a'zolar visseral qorin

pardasida fibrinlarning cho'kishi natijasida yallig'lanish o'smasi deb nomlanuvchi – pufak oldi infiltrati paydo bo'ladi. Infiltrat tarkibiga kiruvchi jigar, o'n ikki barmoq ichak piyozcha qismi va me'daning antral bo'limi, ko'ndalang chamber ichak to'tqichi va katta charvi infeksiyon uchoqni qorin bo'shlig'idan etarlicha chegaralab turadi. Aynan shu sababga ko'ra o't pufagi devori destruksiyasida va perforatsiyasida tarqalgan peritonit rivojlanmasdan pufak oldi absessi shakllanadi. O'tkir xolesistitda tarqalgan peritonit 4%ga yaqin holatlarda uchraydi. Bu asorat infiltrat shakllanishigacha devor destruksiyasining keskin rivojlanishi yoki pufak oldi absessining erkin qorin bo'shlig'iga ochilishi natijasida kelib chiqadi.

Keksa yoshdagi odamlarda o'tkir xolesistit pufak arteriyasining trombozi natijasida kelib chiqishi mumkin va kasallik yuqorida bayon etilgan patogenetik bosqichlar bilan kechadi. Bunday holatlarda O'Tdevorining infarkti natijasida kasallik tez rivojlanadi. Bunda o't pufagi devorining yallig'lanishli o'zgarishlari kam bo'ladi. Pufak suyuqligining infeksiyalanishi ikkilamchi xarakterda, ya'ni o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'idan infeksiyaning yuqoriga ko'parilishi hisobiga kelib chiqadi. Devorning gangrenoz o'zgarishi natijasida qorin bo'shlig'i infeksiyalanadi, chunki infiltrat shakllanishga ulgirmaydi. Buning natijasida kasallik boshlanishidan birinchi sutkaning oxirida bemorlarda maxalliy peritonit rivojlanib, tezda tarqalgan peritonitga o'tishi mumkin.

Patologik anatomiyasi

O'tkir va surunkali xolesistitning patologik anatomiyasini ko'rib chiqishdan oldin bir nechta umumiy terminologik va metodik aspektlarga e'tibor berish kerak, bular hisobga olinmaganda material klinik-anatomik tahlil qilinganda har xil qarashlarga sababchi bo'lishi mumkin. Bizning fikrimizcha, operatsion materiallar tekshirish natijalarini yoritishda xirurglar va patologlar o'rtasidagi ayrim anglashishlar (afsuski, ayrim vaqtlard, letal oqibatlar tufayli yig'ilishlarda) biron bir asosga ega emas, faqatgina diagnoz shakllanishida va terminlarni qo'llashda kelishmovchiliklar bo'lishi mumkin.

Xirurglar va patologoanatomlar "o'tkir xolesistit" va "surunkali xolesistit" terminlarini har xil qo'llashadi. Patolog o'tkir xolesistit tushunchasini pufakda surunkali yallig'lanishga xos belgilar bo'lmasdan ekssudativ-nekrotik yallig'lanish reaksiyalarini kuzatganda ishlatadi, xirurg

esa tabiiyki diagnozni birinchi marta kuzatilgan o'tkir jarayon va bir necha marta takrorlangan xurujlarda kuzatiladigan klinik belgilarga qarab shakllantiradi. Klinik patologiya bo'yicha asosiy qo'llanmada keltirilgan klassifikatsiyasida «o'tkir» va «surunkaliga o'tgan o'tkir (superimposed)» xolesistitlar farqlanadi. Aynan oxirgi, aksariyat hollarda "o'tkir xolesistit" klinik diagnozi bilan kelib tushgan bemorlarning operatsion materiali morfologik predmet bo'lib hisoblanadi. Amaliyotni o'tayotgan patologoanatomlar tamonidan bu holat "o'tkirlashgan surunkali" deb ko'rsatiladi.

Xolesistitning patologoanatomik klassifikatsiyasi to'qimada qaysi yallig'lanish jarayoni ustunligiga qarab tuziladi. O'tkir xolesistitning to'rtta asosiy turi farqlanadi:

- Kataral;
- Difteritik (fibrinoz);
- Flegmonoz;
- Gangrenoz.

O'tkir kataral xolesistitda asosiy morfologik o'zgarishlar o't pufagi shilliq qavatida ro'y beradi. Mikroskop ostida limfoid va makrofagal xo'jayralar bo'lgan, neytrofil leykotsitlardan tarkib topgan, nisbatan quyuq bo'lmagan infiltratlar ko'rinadi. O't pufagi tanasi shishadi. Seroz qavat tamonidan o'zgarishlar giperemiya bilan chegaralanib, o't pufagi devorining rangi o'zgaradi va qon tomirlari kengayadi.

Difteritik (fibrinoz) xolesistit qupol dispers fibrinoz ekssudat uchun qon tomir o'tkazuvchanligining oshishi natijasida shilliq qavat chuqur nekrozi va shu sohalarda tukilishi bilan xarakterlanadi (82 - rasm). Shilliq qavatning difteritik zararlanishi pufak devori ichki qavatlarining yiringli va nekrotik jarohatlanishi bilan birga kechadi.

Flegmonoz xolesistitning morfologik xususiyatlari nomlanishining o'zida aks etgan. Jarayon pufak devoridagi tarqalgan yiringli yallig'lanish (flegmona) bilan xarakterlanadi. Mikroskopik tekshirganda pufak devori neytrofil polimorf-yadroli leykotsitlar bilan tuyingan rivojlangan diffuz infiltratsiya, qon aylanishining buzilishi aniqlanadi: to'laqonlik, shish, stazlar, tromblar (82 - rasm). To'qimalarning yiringli erigan uchoqlari (abscesslar) uchrashi mumkin. O't pufagi seroz qavatining fibrinoz yallig'lanishi xarakterli hisoblanadi, bunda visseral qorin pardada

ipsimon yoki qoplangan fibrin paydo bo'lib, yallig'lanish jarayoniga atrofdagi a'zolarning qo'shilishi natijasida yallig'lanish infiltrati hosil bo'ladi.

O't pufagi empiemasi flegmonoz xolesistitning bir turi hisoblanadi. Bunda o't pufagi bo'shlig'ida yiring to'planishi bilan xarakterlanadi. empiemaning flegmonoz yallig'lanishdan asosiy farqi shundaki, empiemada a'zo yuzasida yaqqol rivojlangan morfologik yallig'lanish va perixolesistit belgilari bo'lmaydi.

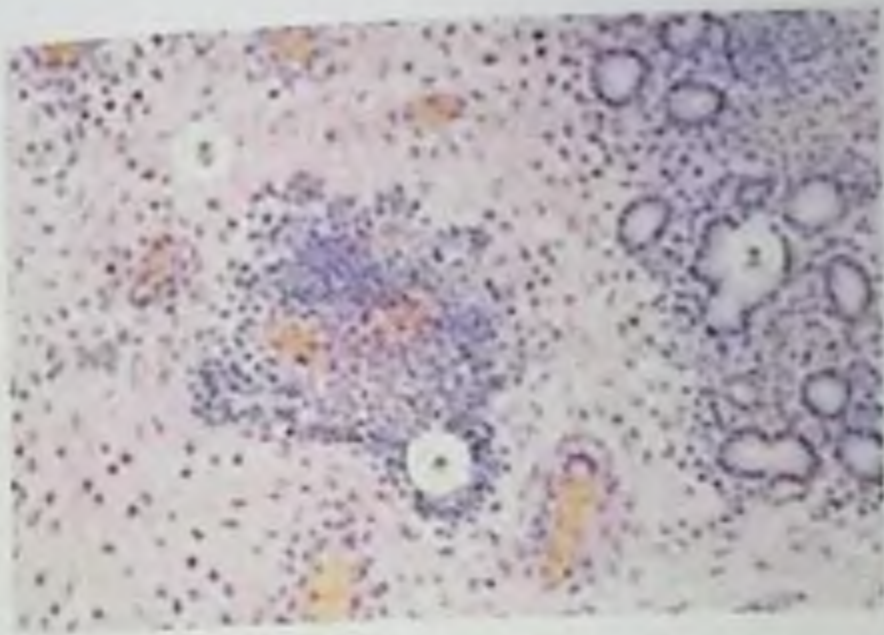
Gangrenoz xolesistit yoki o't pufagi gangrenasi chuqur qon aylanishining buzilishi bilan bog'liq, pufak devorida yaqqol nekrotik o'zgarishlar bilan xarakterlanadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, o'tkir xolesistitning aytilgan turlari kasallikning ketma-ket keladigan bosqichlari bo'lishi mumkin. Kasallik kechishi davomida u yoki bu to'qima yallig'lanish reaksiyasi ustunlik qilib, kasallik esa har xil klinik-anatomik shakllarga ega bo'lishi mumkin.

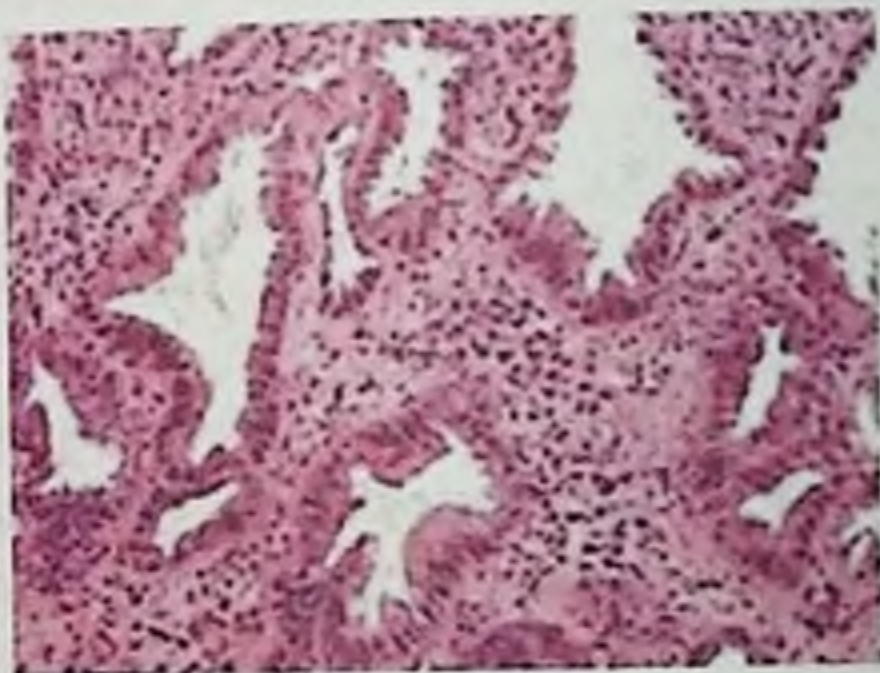
Ko'pchilik hollarda O'Tdevorining nekrotik o'zgarishlari va gemotsirkulyatsiyaning keskin buzilishlari (staz, tromboz) flegmonoz yallig'lanish jarayoni fonida ro'y beradi. Boshqa tamondan qaralganda, pufak devorining massiv nekrozi yiringli yallig'lanish belgilari bilan kechmaydigan holatlar kuzatiladi, ya'ni pufak arteriyasining basseynida anastomozlar bo'lmasdan bevosita ishemik jarayonlar natijasida kelib chiqishi mumkin – bunga “**birlamchi gangrenoz xolesistit**” deyiladi (82 - rasm).

Klassifikatsiyasi

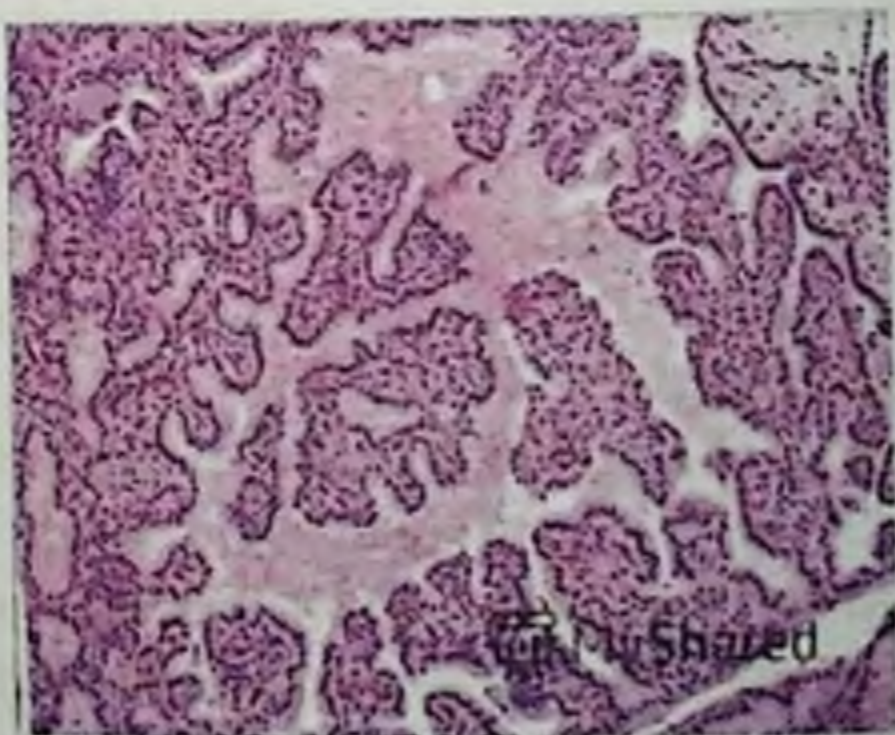
O'tkir xolesistitning klinik klassifikatsiyasi bu kasallikni davolash bilan bevosita bog'liq, chunki har bir klassifikatsion birlik ma'lum davolash taktikasini nazarda tutadi. Bunday qoyidaga rioya qilmaslik vrachning qo'pol xatosi hisoblanib, og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Asoratlar rivojlanganda shakllangan diaqnozga davolash taktikasining mos kelmasligi vrach harakatini oqlashga imkon bermaydi. Shuning uchun kasallik diaqnozini shakllantirishda har bir diaqnostik termin qatiyan davolash harakatiga mos kelishini unutmaslik kerak.



Микрофотограмма. Ўт пуфаги шилтик каватининг дифтеритик яллиғлашиши. Гематоксилин ва эозин билан бўйаш. 100 марта катталаштирилган.



Микрофотограмма. Сурункали фонда флегмоноз холецистит (яккол ўткирлашган сурункали холецистит). Гематоксилин ва эозин билан бўйаш. 100 марта катталаштирилган.



Микрофотограмма. Ўт пуфаги гангренаси (бирламчи гангреноз холецистит). Гематоксилин ва эозин билан бўйаш. 50 марта катталаштирилган.

82 – rasm. O't pufagi yallig'lanishining gistologik ko'rinishi.

A'zo devorining yallig'lanish xarakteriga bog'liq ravishda o't pufagi yallig'lanish kasalliklarining klinik klassifikatsiyasi asosida ikki guruhga, ya'ni o'tkir va surunkali xolesistitga bo'lish yotibdi. O'tkir xolesistit ko'pchilik holatlarda xolelitiyaz fonida vujudga keladi. Pufak devorida qon

aylanishining buzilishi yoki pankreonekrozda fermentativ jarohatlanish natijasida paydo bo'ladigan toshsiz o'tkir xolesistit kasallikning nisbatan kam uchraydigan shakli hisoblanadi.

Tavsiya etilayotgan o'tkir xolesistit klassifikatsiyasi klinik amaliyotda va o't pufagi o'zgarishlari to'g'risidagi patologoanatomik jarayonlardan tarkib topgan klassifikatsiyalarga asoslangan.

O'tkir xolesistit:

- kataral,
- flegmonoz,
- gangrenoz.

O'tkir xolesistit asoratlari:

pufak oldi infiltrati,
pufak oldi absessi,
o't perforatsiyasi,
peritonit.

Kataral o'tkir xolesistitda o't pufagi taranglashadi, bir oz giperemiyalashadi, devori infiltratsiyalanmagan, qorin pardada fibrin bo'lmaydi.

Flegmonoz xolesistit uchun o't pufagining keskin taranglashishi, giperemiya va devorining infiltratsiyasi, qorin pardada fibrinoz cho'kmalar xarakterli, shu bilan birga pufak oldi infiltrati bo'lishi mumkin. Flegmonoz-yarali xolesistitda o't pufagidevori perforatsiyasining xavfi yuqori. O'tkir flegmonoz xolesistitning klinik turlaridan biri o't pufagi empiemasi hisoblanadi, bunda o't keskin taranglashadi, pufak devori giperemiyalashib, infiltratsiyalanadi, lekin pufak devorida fibrinoz cho'kmalar va pufak oldi infiltrati bo'lmaydi.

Gangrenoz xolesistit uchun o't pufagi butun devorida juda ko'p o'choqli nekrozlanishlar xarakterli. Flegmonoz va gangrenoz xolesistitning kam uchraydigan turi emfizematoz xolesistit bo'lishi mumkin, bunda infeksiyon jarayonda gaz hosil qiluvchi mikroflora ustunlik qiladi. Bunda o't pufagi devorida destruktiv o'zgarishlar keskin tus olib, pufak oldi infiltrati shakllanishigacha perforatsiya kelib chiqib, tarqalgan peritonitga olib kelishi mumkin.

Klinik ko'rinishi. O'tkir xolesistit bilan og'rigan bemorlarda kasallik tarixi ko'pincha tipik kechadi va to'liq yig'ilgan anamnez natijasida yuqori

darajadagi ehtimollik bilan to'g'ri diagnostik taxmin qilish mumkin. Kasallik rivojlanish bosqichlarini aniqlashda, nafaqat oldin o'tkazilgan og'riq xurujlarining xarakteri, balki siydik rangining o'zgargan-o'zgarmaganligi, axlatning oqargan-oqarmaganligi, teri va skleralarning sarg'aygan-sarg'aymaganligi, terida qichishish bo'lgan-bo'lmaganligini sunishtirish kerak. Sanab o'tilgan simptomlar bemorda xoledoxolitiyaz yoki katta duodenal surg'ichning har xil o'zgarishlari borligidan darak beradi. Agar bemorga oldin gepatopankreatoduodenal soha UTT o'tkazilgan bo'lsa, tosh kattaligi va olingan boshqa ma'lumotlarni aniqlash kerak.

O'tkir xolesistit rivojlanishiga yog'li va o'tkir ovqatlarni iste'mol qilish ta'sir qiladi, ya'ni O'Pning intensiv qisqarishini chaqiradi, bu esa o'tkir xurujlarga olib keluvchi pufak buyinchasi yoki pufak yo'lida tosh tiqilishiga sababchi bo'ladi.

O'tkir xurujlarning klinik kechishida o'ng qovurg'a yoyi ostida intensiv dardsimon og'riqlar paydo bo'ladi. Og'riqlarning o'ng umrov usti va o'ng kurak sohasiga irradiatsiyasi xarakterli. Bemor harakatlenganda og'riq intensivligi o'zgarmaydi. Ayrimda qo'shimcha ravishda reflektor vegetativ va qon tomir reaksiyalari – ko'ngil aynishi va qusish; teri qoplamalarining oqarishi, sovuq yopishqoq terining paydo bo'lishi kabi mutlaqo yengillik keltirmaydigan simptomlar vujudga keladi. Qayt qilganda dastlab eyilgan ovqat mahsulotlari, keyinchalik – safro bilan buyalgan me'da shirasi va duodenal suyuqlik ajraladi. Taxikardiya doimiy simptom bo'la olmaydi. Til namligicha qoladi.

Qorin old devoriga vizual qaralganda nafas harakatlarida simmetrik ishtirok etadi. Qorin palpatsiyasi yuzaki bo'lib, chap yonbosh sohadan boshlanib, o'ng qovurg'a yoyi ostida yakunlanishi kerak. Qorin bunday ko'rilganda, bemorlar qorindagi bunday kuchli og'riqqa shikoyat qilishiga qaramasdan, palpatsiya bu og'riqlarni kuchaytirmadi. Qorin old devoni mushaklarining taranglashishi odatda kuzatilmaydi va o't pufagi palpatsiyada aniqlanmaydi. Bunda kaft qirrasini bilan qovurg'a yoyi sohasiga o'ng va chap tamondan yengil urib ko'rilganda o'ng tamonda sezilarli og'riq kuchayishiga olib keladi (Ortner simptomi). Tana haroratining ko'parilishi xarakterli emas. Qon umumiy tahlilida va qon bioximiyasida odatda patologik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Siydik umumiy tahlili ham me'yorda qoladi (buyraklar yoki siydik pufagi qo'shimcha kasalliklari bo'lmaganda).

Agar kasallik boshlangandan 10-12 soat davomida tiqilgan tosh o't pufagi bo'shlig'iga siljimasa, o't yallig'lanish jarayonlari rivojlanadi va o'tkir xolesistit klinik ko'rinishi kuchayib boradi. Bunda og'riqlar doimiy simillovchi xarakter va harakat qilganda kuchayib boradi. Og'izda quruqlik xissi paydo bo'ladi, til ildizi karash bilan qoplanib til namligicha qoladi. Qorin yuzaki palpatsiyasida o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchaygan og'riq aniqlanadi, bu erda qorin old devori mushaklari taranglashadi, Shyotkin-Blyumberg, Ortner, Merfi simptomlari har doim keskin musbat bo'ladi. Ko'pincha keskin og'riqli, elastik o't pufagining tubi paypaslanishiga imkon bo'ladi. Qorin qolgan sohalarida palpatsiya og'riq chaqirmaydi. Qon umumiy tahlilida leykotsitoz 10-12 minggacha etadi, bunda tayoqcha yadroli siljish xarakterli bo'lmaydi. Yoritilgan klinik ko'rinish 1-3 sutkagacha davom etadi.

Infeksiya va yallig'lanish rivojlanib borgani sari bemor ahvoli og'irlashadi. endogen intoksikatsiyaning klinik belgilari – tana harorati 38°S va undan yuqori ko'panilishi, varaja qilish bo'lishi mumkin, xolsizlik, ishtahaning yo'qolishi paydo bo'ladi. Yurak qisqarishlari soni minutiga 100-120 gacha oshishi mumkin. Og'iz qurishi kuchayadi. Til quruqlashib, quyuc kulrang yoki malla karash bilan qoplanadi. Qoringa vizual qaralganda qorin devorining nafas harakatlarida o'ng tamon orqada qolishi hisobiga assimetriya paydo bo'lishi mumkin, Qorin palpatsiya qilinganda o'ng qovurg'a yoyi sohasida, ayrimda esa qorin to'liq o'ng yarmida mushaklarning keskin taranglashganligi va shu sohada og'riqning kuchayganligini aniqlash mumkin. Shu erda Shyotkin simptomi musbat bo'ladi. Kasallikning bu bosqichida o't pufagi juda kattalashadi, ammo uning paypaslanishi qorin old devori mushaklarining keskin taranglashishi hisobiga nihoyatda qiyinlashadi. Bemor chap "yarim yonbosh" holatiga o'zgartirilganda palpatsiyaning afzalligi oshadi. Agar pufak paypaslanishi imkoni bo'lsa, unda u keskin og'riqli, elastik, o'smasimon hosila sifatida aniqlanadi. Qon tahlil qilinganda yuqori leykotsitoz saqlanib, ko'pincha tayoqcha yadroli siljish paydo bo'ladi; qonning bioximik ko'rsatkichlari o'zgarmaydi. Yoritilgan klinik va laborator ma'lumotlar o'tkir flegmonoz yoki gangrenoz xolesistit uchun xarakterli.

O'tkir xolesistit ayrimda diagnostikani murakkablashtirib, diagnostik xatolarga olib keluvchi tipik klinik belgilersiz kechadi. Diagnostik

murakkablikning sabablaridan biri - bu o't pufagi va jigaming yuqori joylashishi. Bunday anatomik sharoitda pufak yuqori, qovurg'alarning ostida joylashadi va palpatsiya qilinmaydi. Bunda o'ng qovurg'a yoyi osti sohasidagi og'riqlar biron bir pal'pator mahalliy simptomatika bilan kechmasligi mumkin. Ortner simptomi musbat bo'lib qoladi. Pufak oldi infiltrati shakllanganda paypaslanmasligi mumkin.

ERPXG qilgandan so'ng o't infeksiyalanishida kasallik juda og'ir kechadi. Pufakning destruktiv yallig'lanishi ko'pincha minimal mahalliy klinik belgilar bilan kechadi, bu bunday bemorlar antibiotikoterapiya qabul qilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ammo infeksiyon jarayon keskin tus olib, o'tkir xolesistitga xos yaqqol mahalliy va umumiy simptomatika bilan kechishi mumkin.

Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit har xil terapevtik kasalliklar fonida kelib chiqadi. Bunda O'Pning yallig'lanishi ko'pincha destruktiv xarakterda bo'ladi. Infeksiyon jarayonning agressivligi va arteriyalarning aterosklerotik o'zgarishi fonida mahalliy qon aylanishining buzilishi hisobiga pufak devorining tezda nekrozi vujudga keladi. Qo'shimcha kasalliklarning - qandli diabet, yurak surunkali ishemik kasalligi (YuIK), nafas va serebrovaskulyar etishmovchlik va bq. Dekompensatsiyalanishi natijasida bemor ahvoli og'irlashadi.

Keksa yoshdagi shaxslarda o'tkir xolesistit tipik klinik belgilar bilan kechib, yengil tashhislanishi mumkin. Lekin ko'pincha kasallik har doimki klinik belgilar bilan kechmaydi. Xususan, aynan bu bemorlarda o'tkir xolesistit pufak bo'yinchasining tosh bilan obturatsiyasidan emas, balki pufak arteriyasining trombozi natijasida kelib chiqqan bo'lishi mumkin. Bunda kasallikning klinik ko'rinishi keskin rivojlanadi. Kasallik tusatdan boshlanadi. Parhez buzilishlari bilan bog'liq emas. Kasallik boshlanishining birinchi soatlarida o'tkir xuruj klinik belgilari bo'lmaydi. Og'riq doimiy, intensiv xarakterda o'ng qovurg'a yoyi osti sohasida bo'ladi. Kasallikning birinchi soatlaridan endogen intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi: tana harorati oshadi, xolsizlik paydo bo'ladi, leykotsitoz keskin oshadi, birinchi sutkaning oxirlarida qon formulasi keskin chapga siljiydi. Kasallikning birinchi soatlaridan qorin palpatsiyada o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli og'riq, mushaklarning taranglashishi aniqlanadi. Qayd etib o'tilgan simptomlar tezda qorin o'ng yarmini va keyin esa butun qorinni egallaydi.

Shyotkin simptomi musbat bo'ladi. Kasallikning bu shaklida yallig'lanish infiltratining hosil bo'lishi xarakterli emas, ya'ni u shakllanishga ulgirmaydi.

O't pufagi yallig'lanishining atipik klinik ko'rinishi minimal og'riqli sezgi bilan kechuvchi nihoyatda sust namoyon bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda bemorlar tibbiy yordamga kechikib murojaat qilib kelishadi. Bu bemorlarni hospitalizatsiya qilish vaqtida pufak oldi infiltrati shakllangan bo'ladi, ayrimda absessga aylanadi yoki peritonit va boshqa asoratlar rivojlanishi mumkin.

Shuni esda tutish kerakki, ko'pgina bemorlarda, ayniqsa keksa yoshdagilarda o'tkir xolesistitning sust klinik belgilari va o't pufagi devoridagi yaqqol namoyon bo'lgan yallig'lanish o'zgarishlari orasida nomutanosiblik kuzatilishi mumkin. Aytib o'tish kerakki, o't pufagi devori gangrenoz o'zgarishlardagi klinika uzoq vaqt belgisiz "yorqin" davr bilan kechadi, ya'ni sezuvchi apparat retseptorlarining nekrozi fonida og'riqlar kamayadi. Bunday oddiy bo'lmagan klinik holatda laborator ko'rsatkichlar, UTT, ayrimda laparoskopiya nazorat dinamikasi yordam beradi.

Diagnostikaning o'ziga xos xususiyatlari

Hozirgi vaqtda UTT xolesistit diagnostikasida asosiy apparat usuli bo'lib hisoblanadi. Xolesistit aniqlangan yoki biron bir kasallik xolesistit bilan differensial diagnostika qilinadigan hamma bemorlar albatda UTTdan o'tishi kerak. Tekshirish jarayonida nafaqat o't pufagi va undagi suyuqlikning holati, balki jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari (ulaming diametri, toshlarning bo'lishi), me'da osti bezining holati, yaqin joylashgan a'zolaming infiltrativ-yallig'lanish o'zgarish darajasi, qorin bo'shlig'idagi erkin yoki chegaralangan suyuqlik miqdori boholanadi.

O'tkir kataral xolesistit klinik ko'rinishiga mos o'tkir xolesistit kasalligining boshlang'ich bosqichida o't pufagi kattaligining kattalashishi, devorlarining qalinlashishi aniqlanadi. O't pufagi bo'shlig'ida bir jinsli bo'lmagan modda va toshlar aniqlanadi, shuningdek ko'pchilik bemorlarda pufak bo'yinchasi sohasida siljimaydigan tosh bo'ladi. O't pufagi bo'shlig'ida toshlar aniqlanmaganda, yallig'lanish sababi pankreatik sekretning refluksi yoki pufak devorida qon aylanishining buzilishi bo'lishi mumkin.

O't pufagi devorida yallig'lanish jarayonlarining rivojlanib borgani sari UTTda qavatlanish paydo bo'ladi va devorning "ikkilangan konturi" fenomini aniqlanadi, bu destruktiv o'zgarishlardan darak beradi (83 - rasmga qarang). Bu "ultratovushli" simptom flegmonoz yoki gangrenoz xolesistitda paydo bo'lishi mumkin. Pufak devorida nekroz uchoqlari bo'lganda uning konturlari "uzilganligi", devor oldida erkin suyuqlik – pufak oldi absessi aniqlanadi.

O'tkir xolesistitda UTT bilan nafaqat o't pufagi devori va undagi moddalarning xarakteri, balki atrof to'qimalarning holatini aniqlashga imkoni bor. Xususan, zich pufak oldi infiltrati shakllanganda tekshirish pufak atrofida giperexogen zonalarni aniqlaydi.

Peritonitda UTT bilan jigar osti va diafragma osti bo'shliqlarida, lateral kanallarda, qovuzloqlararo bo'shliqda suyuqlik yig'ilganligini aniqlash imkoni bor.



Конкремент ва ундан тушган акустик соя

83 - rasm. O't yo'llarini ultratovush tekshirish

O't pufagiva o't yo'llari, atrof to'qimalar holati to'g'risidagi bunday keng va ob'ektiv ma'lumotlarga ko'ra nafaqat o'tkir xolesistit diagnostini quyish mumkin, balki bemorlarni davolash taksikasi, operatsiya uchun optimal vaqt va bajarish usulini tanlash mumkin.

Diagnostik laparoskopiya invaziv tekshirish usuli bo'lib, o'tkir xolesistit bilan og'riqan bemorlarda vujudga keladigan faqatgina murakkab holatlarda qo'llaniladi. O'tkir destruktiv xolesistitning aniq klinik belgilari bo'lib, o't pufagidagi yallig'lanish o'zgarishlari UTTda aniqlanmagan holatlarda diagnostik laparoskopiyaga mutloq ko'rsatma bo'ladi. Bunday

holatda kasallikning klinik ko'rinishi o'tkir appenditsit yoki boshqa shoshilinch operatsiya talab qilinadigan kasalliklar (yara kasalligining perforatsiyasi, o'tkir ichak tutilishi va bq.) natijasida kelib chiqqan bo'lishi mumkin.

Asoratlari

Pufak oldi infiltrati

Kasallik boshlanishidan 3-4sutkada pufak oldi infiltrati shakllanishi mumkin. Pufak atrofida shakllanayotgan yallig'lanishli o'sma dastlab bir-biriga yopishgan zich bo'lmagan bitishmalar hosil qiladi, operatsiya vaqtida va qanday bajarilish usulidan qat'iy nazar bu bitishmalar yengil ajratiladi. Bunday infiltrat «siyrak» deyiladi. Kasallik vaqti chuzilib, infiltrat hosil qiluvchi a'zolar to'qimalarining yallig'lanish infiltratsiyasi kuchayganligi sayin operatsiya vaqtida bitishmalarni ajratish murakkab masala bo'lib qoladi. Bunday holatlarda «zich» infiltrat termini ishlatiladi.

Pufak oldi infiltrati shakllanganligi sayin va bunga mos ravishda infeksiyon uchoqning erkin qorin bo'shlig'idan chegaralanganligi uchun bemorlar sub'ektiv yengillik his qilishadi: qorindagi og'riqlar kamayadi, ayrimda to'liq yo'qoladi, ko'ngil aynish va qusish bo'lmaydi, og'iz qurishi kamayadi. Lekin bemor harakat qilganda og'riq saqlanib qoladi. O'ng qovurg'a yoyi osti palpatsiyasida katta xajmdagi infiltrat, og'riq, mushaklarning bir oz taranglashishi aniqlanadi. Ayrimda infiltrat o'ng qovurg'a yoyi ostini to'liq egallaydi. Bu davrda gipertermiya xarakterli, ya'ni varaja bilan bo'ladigan $38-38,5^{\circ}\text{S}$ va undan yuqoriga etadigan subfebril xarakterdagi harorat bo'lishi mumkin.

Kasallik infiltrat bosqichiga etganda sust kechadi. Faqatgina klinik ma'lumotlarga asoslanib, pufak devori destruksiya darajasini amalda aniqlash mumkin emas. Yallig'lanishga qarshi terapiya fonida kasallik ijobiy dinamika bilan kechganda, organizm infeksiya bilan kurasha olib, infiltrat hajmi asta-sekin kichrayadi va 7-10 kundan keyin to'liq aniqlanmasdan qoladi. Agar tosh o't pufagi bo'shlig'iga siljisa, unda o't pufagining funksiyasi tiklanadi. Kasallik bunday ijobiy kechishi har doim ham kuzatilmaydi. Kasallikning bu bosqichida o't pufagi holatini ob'ektiv baholash uchun UTT yordam beradi.

Pufak oldi absessi. Pufak oldi infiltrat iva kasallik ijobiy dinamika bilan kechmaganda – gangrenoz xolesistitda, flegmonoz-yarali shaklda,

pufak devorining perforatsiyasida – pufak oldi absessi hosil bo‘ladi. Agar bemor antibakterial terapiya qabul qilmasa, absessga aylanishning klinik belgilariga ko‘p terlash bilan kechadigan gektik darajadagi harorat, varaja xarakterli. O‘ng qovurg‘a yoyi ostida paypaslanadigan yallig‘lanishli infiltrat hajmi kattalashadi, ya‘ni «yoyilgandek» bo‘ladi. Bunda qorindagi og‘riqlarning kuchayishi xarakterli emas. Qon umumiy tahlilida yuqori leykotsitoz saqlanib qoladi, to mielotsitlargacha formulaning chapga siljishi xarakterli. Agar yiring bo‘shlig‘i retrovezikal yoki pufak bo‘yni sohasida infiltrat chuqurida joylashsa absessning qorin bo‘shlig‘iga yorilish xavfi kamayadi. Agar absess pufak tubi yoki tanasi sohasida shakllansa, u infiltratni ajratib erkin qorin bo‘shlig‘iga yorilishi mumkin.

Bemorlar antibakterial terapiyani qabul qilgan holatlarda, pufak oldi infiltratining absesslanishi simptomsiz kechishi mumkin. Kasallik UTT bilan bir necha marta tekshirilib, jarayon dinamikada baholanadi va diagnoz quyiladi.

O‘t pufagi ning perforatsiyasi va peritonit. Peritonit o‘tkir xolesistitning jiddiy asorati hisoblanadi. Mahalliy chegaralangan peritonitning (perivezikal infiltrat va absesslanuvchi infiltrat) klinik ko‘rinishi yuqorida bayon qilingan edi.

Mahalliy chegaralanmagan peritonit ko‘pincha o‘tkir xolesistitning destruktiv shakli bilan birga kechadi. Flegmonoz va gangrenoz xolesistitda jigar osti, o‘ng diafragma osti sohasida va o‘ng lateral kanalda yallig‘lanish uchog‘i natijasida hosil bo‘lgan ekssudat yig‘iladi. Bunda bakteriemiya bo‘lmaydi yoki minimal darajada -2-3 KOE/g bo‘ladi. O‘t pufagi devorining nekrozlangan sohalari orqali mikroorganizmlar o‘tadi. Ayrimda ekssudat o‘t safro bilan bo‘yalgan bo‘lishi mumkin. Mahalliy seroz peritonitning bunday shakli ijobiy kechadi. Peritonit bu shaklida o‘tkir xolesistit konservativ terapiyasi holatida jarayon orqaga qaytishi mumkin, ya‘ni infiltrat shakllanishi hisobiga jigar osti sohasidagi infeksiyon-yallig‘lanishli uchoqning chegaralanishi kuzatiladi. Xirurgik davolaganda operatsiya laparoskopik va ochiq an‘anaviy usulda bajarilishi mumkin.

O‘T perforatsiyasi va perivezikal absessning erkin qorin bo‘shlig‘iga ochilganda oqibati xavotirli holat yuzaga keladi. Bunday holatlarda o‘t pufagida infeksiyon jarayonni keltirib chiqargan mikroflora oqibatida qorin bo‘shlig‘ining massiv zararlanishi kelib chiqadi.

Mahalliy chegaralanmagan peritonitning klinik belgilari destruktiv xolesistit simptomatikasiga uxshash bo'ladi.

Perivezikal infiltrat shakllanmasdan o'tpufagi ning perforatsiyasi natijasida yuzaga kelgan tarqalgan peritonit, kasallik boshlanishidan 2-3 sutkalarda paydo bo'lishi mumkin. Bunda kasallik boshlanishining birinchi soatlaridan o'tkir xolesistit klinikasi tez rivojlanadi. Infeksiyaning agressivligi va pufak devorining shiddat bilan destruksiya natijasida o'ng qovurg'a yoyi ostida og'riqlar doimiy intensiv xarakterda bo'lib, gipertermiya, yuqori leykotsitoz bilan kechadi. «Yorqin davr» bo'lmasdan og'riqlar qorinning o'ng yarmi bo'ylab va undan keyin butun qoriga tarqaladi. Ko'rik vaqtida qorin old devori mushaklarining taranglashganligi aniqlanadi, Shyotkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi. Har doim yaqqol namoyon bo'lgan endogen intoksikatsiya belgilari bo'ladi: ten qoplamalarining oqish-kulrang rangda bo'lishi, ko'pterlash, gipertermiya va varaja, formulaning chapga siljishi bilan yuqori leykotsitoz. UTTda o't pufagi kattlashgan va bushagan (qorin bo'shlig'iga yorilishi hisobiga) bo'lishi mumkin, lekin uning devorlari har doim qalinlashgan, qavatlangan bo'ladi; erkin qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanadi. Bunday bemorlar shoshilinch operatsiyaga muxtoj bo'ladi.

O'tkir toshsiz xolesistit

O'tkir toshsiz xolesistit o't pufagida toshlar bo'lmagan sharoitda kelib chiqadi. O'tkir kalkulyoz xolesistitdan farqli o'tkir toshsiz xolesistit ko'pincha erkaklarda kuzatiladi.

Kasallik ko'pincha og'ir jarohatlar yoki boshqa kasalliklar (keng kuyishlar, qo'shma jarohatlar, gepatopankreatoduodenal zonaga aloqasi bo'lmagan katta hajmdagi operatsiyalardan keyin, tizimli qizil yugurik, sarkoidoz, leykozlar va bq.) asosida paydo bo'ladi. Bunday bemorlar intensiv terapiya bo'limlarida davolanadi va o'tkir toshsiz xolesistitni keltirib chiqaruvchi omillardan biri - bu uzoq vaqt, to'liq parenteral ovqatlantirish deb qaralmoqda.

O'tkir toshsiz xolesistit agressiv kechadi, tezda o't pufagi gangrenasi rivojlanib, o't pufagi devori perforatsiya bo'ladi. Bu asosiy og'ir kasalliklar fonida o'tkir toshsiz xolesistit kech diagnostikasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shuning o'zi bemorlar o'lim ko'rsatkichining yuqori bo'lishini ko'rsatadi, birinchi navbatda asosiy og'ir kasalliklar natijasida.

O'tkir toshsiz xolesistitning etiologiyasi ko'p omilli hisoblanadi. Uning asosida xolesistokinin bilan stimullovchi, regulyar qisqarishlarning bo'lmashligi natijasida pufakda o'tning dimlanishi yotadi. Xolesistokinin eyilgan ovqatni saqlagan xazm qilish trakti yuqori bo'limlarining stimulyatsiyasi natijasida hosil bo'ladi. Suvning sunilishi va safroning asta-sekin quyuqlashishi chukma hosil bo'lishiga olib keladi. Quyuq yopishqoq safro va cho'kma yallig'lanish mediatorlarining faollashishiga olib keladi. Yallig'lanish mediatorlariga o't pufagi shilliq qavatidan prostaglandinlar va interleykinlar kiradi, bular limfo- va gemostazga, ishemiya va nekrozga sababchi bo'ladi. Bundan tashqari, o't pufagi dagi dimlanish safroning bakteriyalar bilan ko'paniluvchi kolonizatsiyasiga va o't pufagi devorida mikroblari invaziyaga olib keladi. Tomir reaksiyalari muhim. Bu omillarning hammasi enteral ovqatlanish etishmovchiligida paydo bo'ladi. Lekin ayrim bemorlarda ovqatlanish me'yorda saqlangan bo'lsa ham kasallik rivojlanishi mumkin. Narkotiklarning buyurilishi qushimcha omil deb qaraladi. Kasallik rivojlanishining boshqa sabablari ham e'tiborga olinishi kerak. Ularga o't pufagi devorining nekroziga olib keluvchi o'tkir ishemiya kiradi. Arterial gipotenziya, travmatik, kuyish, septik yoki operatsion shok natijasida qon aylanishining markazlashuvi a'zo devor ichi qon aylanishining buzilishi bilan kechadi. Qon tomirlarining aterosklerotik zaralanishi bo'lgan keksa yoshdagi bemorlar yuqori xavf guruhlariga kiradi. epiteliyning jarohatlanishi va konsentrlangan o't kislotalarining agressiv ta'siri mikroblar invaziyasi uchun kirish darvozasini ochadi.

O'tkir toshsiz xolesistitning simptomatikasi o'tkir kalkulyoz xolesistit belgilari bilan deyarli bir xil. Lekin o't pufagi o'tkir yallig'lanishini yashiradigan asosiy keltirib chiqargan kasalliklar hisobiga ma'lum bir farq ham bo'lishi mumkin. Qorin o'ng yuqori kvadrati va epigastral sohada og'riq bo'lishi o'tkir kalkulyoz xolesistitning doimiy kuzatiladigan belgisi hisoblanadi, toshsiz shaklda esa 70% bemorda aniqlanadi. Narkotik analgetiklar ta'sirida, xushining karaxtligi, shuningdek og'riq o'tkazilgan operatsiya, jarohat va boshqa sabablar bilan yashirinishi hisobiga o'tkir toshsiz xolesistitda og'riq pasayadi yoki mutlaqo kuzatilmashligi mumkin. Bunday holat kasallikni kechikib aniqlashga sabab bo'ladi. Ko'pincha kuzatiladigan belgilariga o'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riq va isitma kiradi.

Qorin dam bo'lishi va ichaklarning sust peristaltikasi faqat 25% bemorlarda aniqlanadi, paypaslanadigan infiltrat yanada kam holatlarda uchraydi. Qon umumiy tahlilida formulaning chapga siljishi bilan leykotsitlar soni, ishqoriy fosfataza va asparagin aminotransferazalarning miqdorining oshishi kuzatiladi. So'zsiz UTT foydali hisoblanadi.



Ўт пуфагининг
қалинлашган,
қаватланган
девори

84 - rasm. UTT da o't pufagining tasviri

Bunda pufak kattalashadi, devorlari qalinlashib qavatlanadi, ayrimda pufak bo'shlig'ida gaz aniqlanadi. Lekin bu belgilar har doim ham kuzatilmaydi, va bundan tashqari nospesifik bo'lishi mumkin. Masalan, o't pufagi devorining qalinlashishi yurak etishmovchiligida, gipoproteinemiya, assitda kuzatilishi mumkin. Qo'shimcha foydali ma'lumotni KT va magnit-rezonansli tomografiya (MRT) berishi mumkin.

Davolash taktikasi

Surunkali kalkulyoz xolesistitni konservativ davolash samarasiz, shuning uchun rejali ravishda xirurgik davolanish tavsiya etilgan. **Simptomsiz kechuvchi surunkali kalkulyoz xolesistit**, ham ko'pchilik kuzatuvlarda xirurgik davolanishi kerak, chunki erta yoki kech kasallik tipik kechishiga xarakterli barcha simptomlar namoyon bo'ladi. Og'ir asoratlar (o'tkir xolesistit, o'tkir pankreatit, mexanik sariqlik va bq.) ko'pincha birinchi klinik belgilari bo'lib hisoblanadi.

Erta operatsiyadan keyingi davrda avj olib, bemor hayotiga xavf soluvchi og'ir qo'shimcha kasalliklar (dekompensatsiya bosqichidagi yurak etishmovchiligi, og'ir nafas etishmovchiligi bilan o'pka kasalliklari,

uremiya bosqichidagi surunkali buyrak etishmovchiligi, og'ir qandli diabet va bq.) xirurgik davolanishga qarshi ko'rsatma bo'ladi.

Ko'pchilik holatlarda surunkali asoratlanmagan kalkulyoz xolesistit operativ davosi o't pufagi olib tashlashga, ya'ni xolesistektomiyaga qaratilgan. Bu operatsiya an'anaviy usulda (an'anaviy (ochiq) xolesistektomiya – OXE) yoki zamonaviy ayaydigan kam invaziv texnologiyalarni (laparoskopik – LXE yoki kichik kesimdan, ya'ni mini-xolesistektomiya - MXE) qo'llash yordamida bajarilishi mumkin.

Mualliflarning ko'pchiligi davolashni xolesterozning toshsiz shaklidan konservativ chora-tadbirlar bilan boshlash mumkin deb hisoblashadi. Bunda qonda lipidlar miqdorini kamaytiruvchi dorilar bilan birga safroda ko'pto'yinmagan kislotalar miqdorini oshiruvchi preparatlar (xolevaya va dezoksixolevaya kislotalar) qo'llaniladi. Safroda xolesterinning erigan holatdagi miqdori ko'pto'yinmagan kislotalar miqdoriga bog'liq. Bu kislotalar miqdori oshganda xolesterin «sladjlardan» safro eritmasiga o'tib, u bilan birga o'n ikki barmoq ichakka tushadi. o'tadi. Xolesterin ingichka ichakda qonga qayta so'rilishini hisobga olib, xolesterinni so'rilishiga to'sqinlik qiluvchi dorilar buyuriladi va shu bilan safroda xolesterin miqdori kamaytiriladi.

Konservativ terapiya 4-6 oy davom etishi mumkin, agar u samarali bo'lsa. o'tkazilayotgan konservativ terapiyadan klinik samaradorlik bo'lmasa, operativ davoga, ya'ni xolesistektomiyaga ko'rsatma bo'ladi. Shuni yodda tutish kerakki, o't pufagi olib tashlash bilan yog'lar almashinuvining buzilish muammosini echib bo'lmaydi.

Surunkali toshsiz xolesistit kasalligini vrach-gastroenterolog davolaydi. O't pufagi olib tashlanishi natijasida safro evakuatsiyasining buzilishi zo'rayib, qorinda og'riq kuchayadi. Juda kam holatlarda, ya'ni tekshirish davomida o't pufagi «bujmayishi» hisobiga zahira, konsentratsion va evakuator funksiyalari buzilganda xolesistektomiya o'zini oqlaydi. Xolesistektomiya bajarish mumkin yoki mumkin emasligi to'g'risidagi savol terapevt-gastroenterolog va xirurg ishtirokida konsiliumda muhokama qilinishi kerak.

An'anaviy yoki ochiq usulda xolesistektomiya

OXE yuqori o'rta laparotom yoki Koxer bo'yicha o'ng qovurg'a yoyi ostidagi kesim bilan bajarilishi mumkin. S.P. Fedorov, Rio-Brank,

Shprengel, Chermi va bq. tamonidan tavsiya etilgan kesimlar hozirgi vaqtda xolesistektomiya uchun qo'llanilmaydi. O'rta kesim bajarilganda qorin devorining to'qimalari kam jarohatlanadi, lekin o't pufagi olib tashlashda ayrim vaqtlarda qiyinchiliklar to'g'diradi. Qorin old devori qiyshiq mushaklarini kesish talab qiluvchi o'ng qovurg'a yoyi ostidagi kesimdan xolesistektomiya o'rta kesimga qaraganda qo'lay.



85 - rasm. Xolesistektomiya operatsiyasi jarayoni.

Yuqori o'rta laparotomiya xanjarsimon o'siqdan 3-4 sm pastga tushgandan kindik sohasigacha davom ettiriladi. Bemor tana vazni semiz bo'lib, qorin devori qalinlashishiga olib kelsa, jigar osti soha yaxshi ko'rinishi uchun kesim kindikni chapdan aylanib o'tib, kindikdan pastgachasa davom etishi kerak.

Koxer bo'yicha tavsiya etilgan kesimda kesim o'ng qovurg'a yoyiga parallel va 4-5 sm pastrodan bajariladi. Teri va teri osti yog' qavati kesilgandan so'ng o'ng tamon qorin to'g'ri mushak qinining oldingi devori ko'ndalang yo'nalishda ochiladi. Medial tamondan qorin oq chiziq aponevrozi kesiladi. Lateral yo'nalishda qorin tashqi qiyshiq mushak aponevrozi ochiladi va qorin devori jarohatining lateral burchagigacha ichki qiyshiq mushak kesiladi. Qorin to'g'ri mushagi elektroskalpel bilan kesiladi. Qon ketishini tuxtatuvchi qisqichlar mushak ikki yon tamonidan o'tuvchi faqat 2ta arteriyaga qo'yiladi. To'g'ri mushaklarni Bilrotning ikkita uzun qiqsichlari orasidan kesib va suruluvchi iplar bilan cho'ltoqlarni bog'lash ham mumkin. Ammo bunda to'g'ri mushakning qo'pol cho'ltoqlari hosil bo'lib, jarohat tamondan asoratlarga olib kelishi mumkin. Ichki qiyshiq mushak tolalari tumtoq yo'llar bilan tola yo'nalishi bo'ylab ajratiladi, kerak

bo'lganda tashqi qiyshiq mushak qirrasi kesiladi. Jarohat kanali marlidan bo'lgan salfetka yoki pelyonkalar bilan qoplanadi. Medial tamondan qorin to'g'ri mushak qinining orqa devori kesiladi, lateral tamondan parietal qorin parda bilan birga ko'ndalang mushak kesiladi.

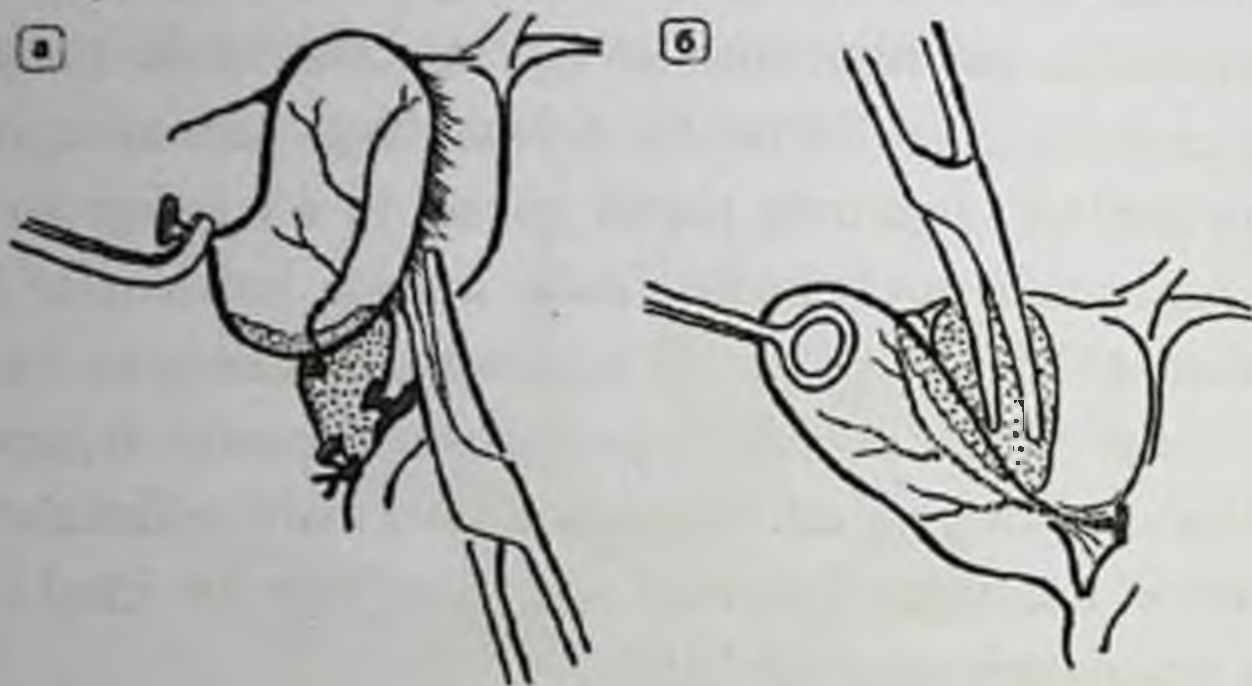
Laparotomiya bajarilganidan so'ng, ingichka ichak qovuzloqlari va ko'ndalang chamber ichak katta charvi bilan birga nam xirurgik pelyonka bilan pastga suriladi. Jigaming pastki yuzasi va o't pufagi ko'riladi. O't pufagi va unga yaqin joylashgan a'zolar orasida bitishmalar bo'lsa ular qaychi yordamida bartaraf etiladi. O'ng tamondan diafragma osti sohasiga, o'ng lateral kanal va jigar chap bo'lagining ostiga operatsion jarohatni erkin qorin bo'shlig'idan chegaralash maqsadida katta marli salfetakalar qo'yiladi. Katta operatsion ilmoqlar yordamida operatsion maydon ideal ko'rinishga ega bo'lgan ekspozitsiyaga erishiladi.

O't pufagi «tubidan» yoki ko'proq tavsiya etiladigan usul «bo'yinchasidan» olinishi mumkin (86 - rasm). «Bo'yinchasidan» xolesistektomiya qilganda o't pufagi mobilizatsiyasi pufak yo'li va pufak arteriyasining ajratishi bilan boshlanadi. Ularni kesgandan so'ng o't pufagi yotog'idan o'tkir va tumtoq yo'l bilan subseroz ajratiladi. Bunday usuldagi xolesistektomiyada murakkab va ma'suliyatli bosqich birinchi navbatda bajariladi, ya'ni qon tomir bog'langanligi uchun to'qimalardan qon ketishi kamayadi.

«Tubidan» xolesistektomiya deganda, o't pufagi birinchi navbatda yotog'idan ajratiladi, keyin esa oxirgi bosqichda – o't pufagi yo'li va arteriya kesiladi. O't pufagi bo'yincha sohasida chandiqli deformatsiya yoki shu soha to'qimalarining yallig'lanishli infiltratsiyasi bo'lganda, bunday texnik usulda operatsiya bajarilganda pufak yo'li va arteriyasi oson ajratiladi, UO'Y yaxshi farqlanadi va jigardan tashqari o't yo'llarining jarohatlanish ehtimoli kamayadi.

«Bo'yinchasidan» xolesistektomiya qilganda Gartman cho'ntagi sohasiga uchi yumaloq qisqich qo'yiladi va o't pufagi kerakli traksiyasiga erishish mumkin. Bunda o't pufagi qiyshiq yo'nalishda yuqori va lateral tamonga siljiriladi, jigar – o'n ikki barmoq ichak boylami va o'n ikki barmoq ichak vertikal qismi esa pastga va medial tamonga siljiriladi (Krauze ilmog'i, qo'l yordamida va bq.). Bunday uslub hisobiga o't pufagi bo'yni, pufak yo'li va UO'Y tortiladi bu esa pufak yo'lining mobilizatsiyasini yengillashtiradi.

Shuni unutmaslik kerakki, **Gartman cho'ntagidan ortiqcha traksiya UJY va UO'Y V-simon siljiga olib keladi.** Bunda pufak yo'li va UJY bitta anatomik strukturadek ko'rinadi. Buning natijasida UJY pufak yo'li deb qarab kesilishi yoki devor oli jarohati kelib chiqishi mumkin.



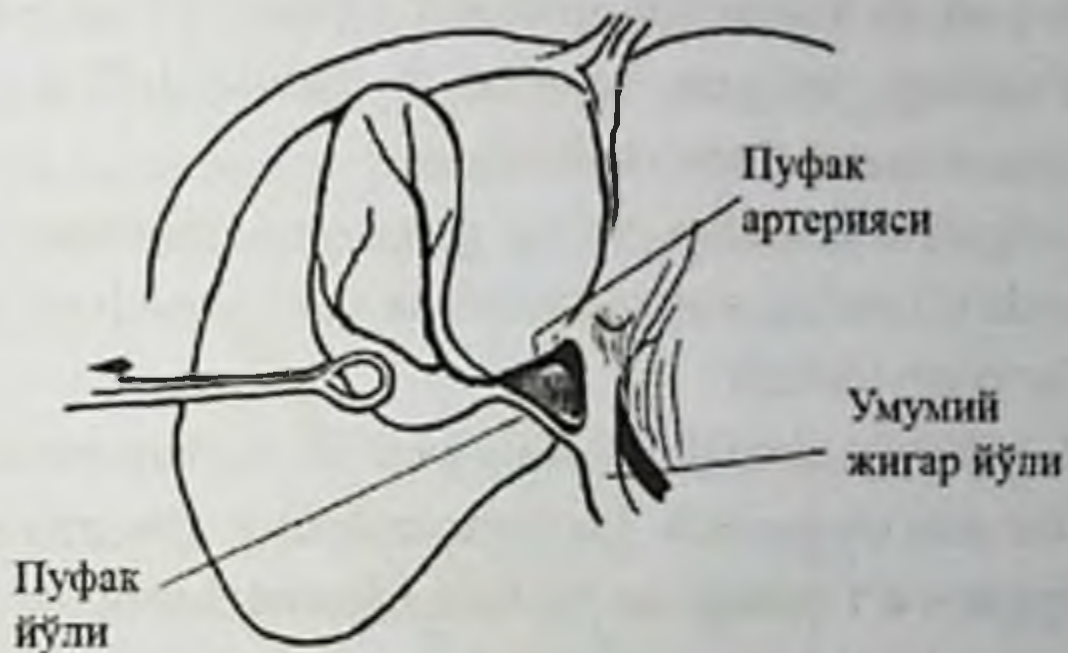
86 - rasm. Xolesistektomiyaning sxematik ko'rinishi.
a – «bo'yinchasidan»; b – «tubidan».

Gartman cho'ntagi pufak bo'yinchasiga mo'ljal olib yog' to'qimasining orasidan pufak yo'li ajratiladi. Buning uchun o't pufagi oldingi yuzasi bo'yinchasining o'qi bo'ylab 1 sm yaqin masofada pufak orqa yuzasiga qarab qorin parda kesiladi. **Kesimning pastki qirrasida UJY va UO'Y lateral qirrasidan 3-5 sm masofa yuqorida bo'lishi kerak.** Dissektor yordamida yog' kletchatkasi siljiriladi va pufak yo'li ajratiladi. Buning natijasida pufak yo'lining orqa tamonida uchburchak shakldagi «tuynuk» (Kalo uchburchagi) hosil bo'ladi, uning devorlariga qo'yidagilar kiradi: pastdan pufak yo'li, yuqoridan pufak arteriyasi, medial tamondan UJY.

Pufak yo'li ikkita qisqich bilan qisilib ularning orasidan kesiladi. O't pufagi pufak yo'lining chultog'i bog'lanadi yoki unda qattiq qisqich qoldiriladi. Pufak yo'li distal chultog'i tikiladi va bog'lanadi.

Pufak yo'li kesilib bog'langanidan so'ng o't pufagi bo'ynidan uchi yumaloq qisqich bilan yuqori va lateral tamonga tortiladi. Bunda pufak arteriyasi, qoyidaga ko'ra, yengil farqlanadi. O'ng jigar arteriyasining jarohatini oldini olish maqsadida o't pufagi devoriga maksimal yaqin qilib pufak arteriyasiga qisqich qo'yiladi. Qon tomir kesiladi, jigar arteriyasi tamonidagi cho'ltoq ligatura bilan bog'lanadi. O't pufagi devoridagi

arteriyaning chultog'idan qon ketish bo'lmaganligi uchun uni bog'lash shart emas. Agar qon ketish kuzatilsa, bu o't pufagi qon bilan ta'minlanadigan qo'shimcha manbaga ega ekanligidan darak beradi, buni keyinchalik pufak mobilizatsiyasini bajarganda unutmash kerak. Ko'ptarmoqli pufak arteriyasi yoki jigar parenximasi tamonidan pufakni qon bilan ta'minlaydigan qo'shimcha arteriya bo'lishi mumkin.



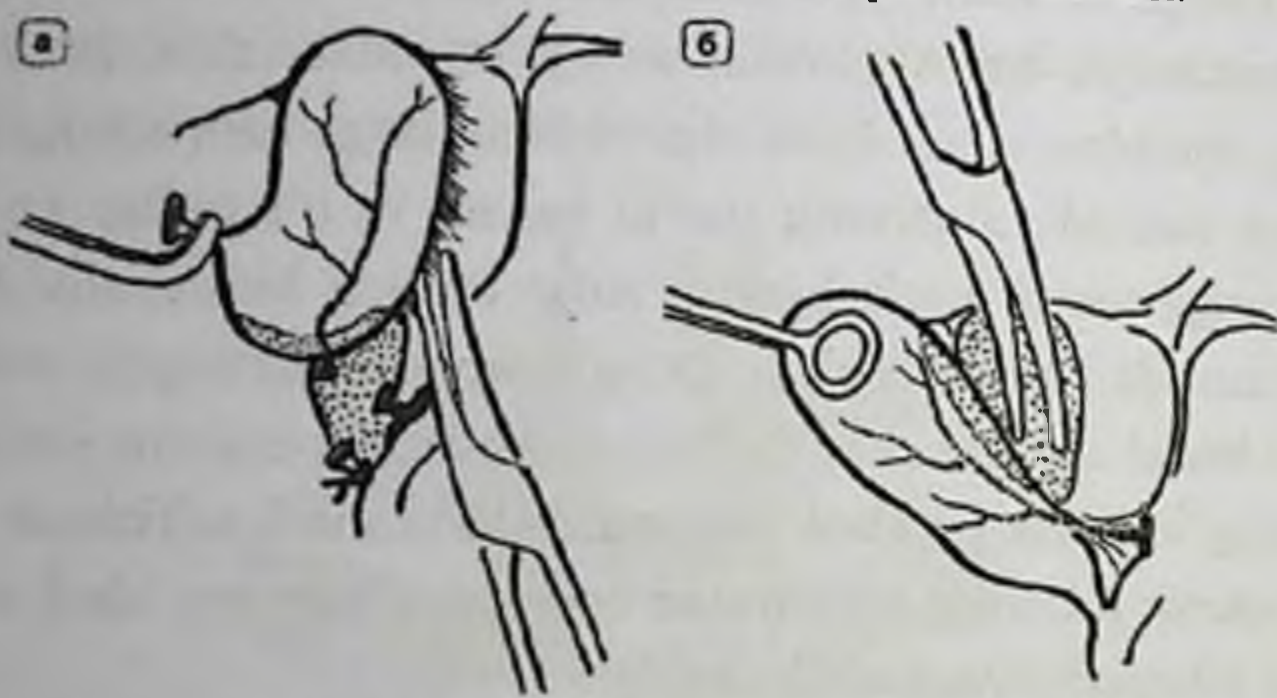
87 - rasm. Gartman cho'ntagidan traksiya qilish yordamida o't pufagi siljiydi va pufak yo'li, pufak arteriyasi, UJY ajratilishiga erishiladi.



88 - rasm. Jigar osti sohasini kontrapertura orqali drenajlash: drenaj nay uchi jigar - o'n ikki barmoq ichak boylami va pufak yo'li chultog'iga yaqin qo'yilgan.

O't pufagi tanasining perimetri bo'ylab qorin parda elektroskalpel yoki qaychi yordamida kesiladi. Orqa devor sohasida to'qimalarning yengil taranglashishini ta'minlash maqsadida o't pufagi tubidan tortiladi. Qaychi yoki elektroskalpel bilan jigardan pufak orqa devori yog' kletchatkasining siyrak yupqa qavati bo'ylab ajratiladi. To'qimalarda qo'pol chandiqli

Shuni unutmaslik kerakki, **Gartman cho'ntagidan ortiqcha traksiya UJY va UO'Y V-simon siljiga olib keladi.** Bunda pufak yo'li va UJY bitta anatomik strukturadek ko'rinadi. Buning natijasida UJY pufak yo'li deb qarab kesilishi yoki devor oli jarohati kelib chiqishi mumkin.



86 - rasm. Xolesistektomiyaning sxematik ko'rinishi.

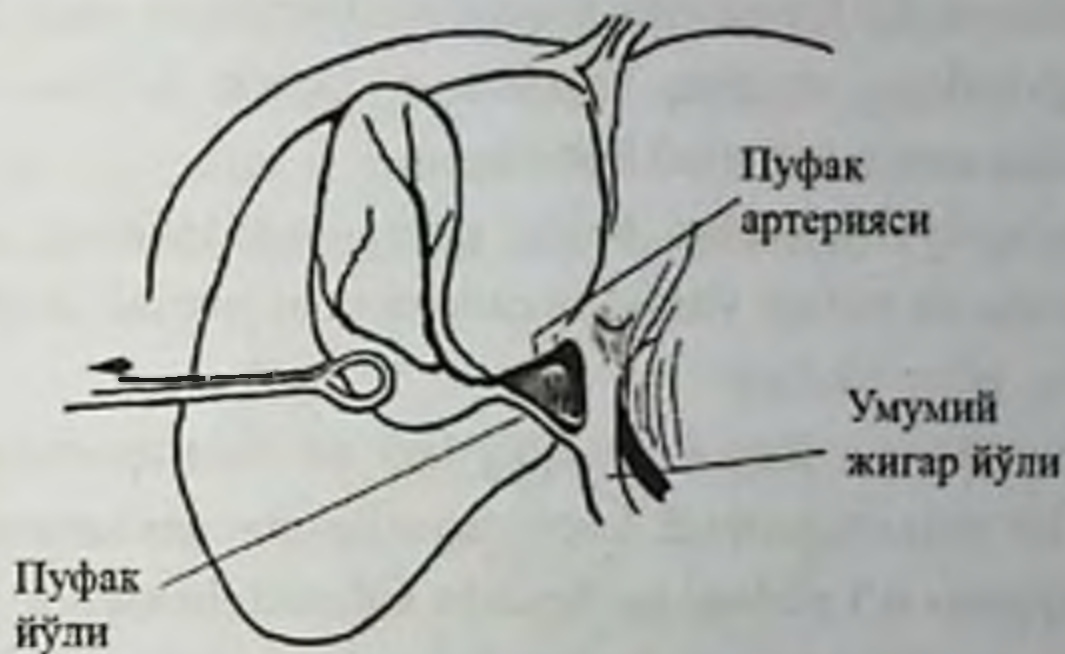
a – «bo'yinchasidan»; b – «tubidan».

Gartman cho'ntagi pufak bo'yinchasiga mo'ljal olib yog' to'qimasining orasidan pufak yo'li ajratiladi. Buning uchun o't pufagi oldingi yuzasi bo'yinchasining o'qi bo'ylab 1 sm yaqin masofada pufak orqa yuzasiga qarab qorin parda kesiladi. **Kesimning pastki qirrasida UJY va UO'Y lateral qirrasidan 3-5 sm masofa yuqorida bo'lishi kerak.** Dissektor yordamida yog' kletchatkasi siljiriladi va pufak yo'li ajratiladi. Buning natijasida pufak yo'lining orqa tamonida uchburchak shakldagi «tuynuk» (Kalo uchburchagi) hosil bo'ladi, uning devorlariga qo'yidagilar kiradi: pastdan pufak yo'li, yuqoridan pufak arteriyasi, medial tamondan UJY.

Pufak yo'li ikkita qisqich bilan qisilib ulaming orasidan kesiladi. O't pufagi pufak yo'lining chultog'i bog'lanadi yoki unda qattiq qisqich qoldiriladi. Pufak yo'li distal chultog'i tikiladi va bog'lanadi.

Pufak yo'li kesilib bog'langanidan so'ng o't pufagi bo'ynidan uchi yumaloq qisqich bilan yuqori va lateral tamonga tortiladi. Bunda pufak arteriyasi, qoyidaga ko'ra, yengil farqlanadi. O'ng jigar arteriyasining jarohatini oldini olish maqsadida o't pufagi devoriga maksimal yaqin qilib pufak arteriyasiga qisqich qo'yiladi. Qon tomir kesiladi, jigar arteriyasi tamonidagi cho'ltoq ligatura bilan bog'lanadi. O't pufagi devoridagi

arteriyaning chultog'idan qon ketish bo'lmaganligi uchun uni bog'lash shart emas. Agar qon ketish kuzatilsa, bu o't pufagi qon bilan ta'minlanadigan qo'shimcha manbaga ega ekanligidan darak beradi, buni keyinchalik pufak mobilizatsiyasini bajarganda unutmash kerak. Ko'ptarmoqli pufak arteriyasi yoki jigar parenximasi tamonidan pufakni qon bilan ta'minlaydigan qo'shimcha arteriya bo'lishi mumkin.



87 - rasm. Gartman cho'ntagidan traksiya qilish yordamida o't pufagi siljiydi va pufak yo'li, pufak arteriyasi, UJY ajratilishiga erishiladi.



88 - rasm. Jigar osti sohasini kontrapertura orqali drenajlash: drenaj nay uchi jigar - o'n ikki barmoq ichak boylami va pufak yo'li chultog'iga yaqin qo'yilgan.

O't pufagi tanasining perimetri bo'ylab qorin parda elektroskalpel yoki qaychi yordamida kesiladi. Orqa devor sohasida to'qimalarning yengil taranglashishini ta'minlash maqsadida o't pufagi tubidan tortiladi. Qaychi yoki elektroskalpel bilan jigardan pufak orqa devori yog' kletchatkasining siyrak yupqa qavati bo'ylab ajratiladi. To'qimalarda qo'pol chandiqli

o'zgarishlar bo'lmaganda va yupqa qavatda ishlaganda (ya'ni subseroz) pufakni ajratish deyarli qonsiz kechadi. Qonayotgan ayrim mayda qon tomirlar qo'shimcha koagulyatsiya qilinadi. Agar o't pufagi yotog'ida jigardan chiquvchi qo'shimcha yirik arteriya bo'lsa, u yumaloq sanchuvchi ignada so'riluvchi ip bilan 8-simon chok quyib tikiladi.

Xolesistektomiya vaqtida pufak arteriyasidan yoki pufak yotog'idan qon ketish, safro oqishi kuzatilishi mumkin. Operatsiya vaqtidagi gemo- va biliostaz to'g'risidagi aniqroq savollar 6 bobda («O'tkir xolesistitda operatsiyalarning xususiyatlari») keltirilgan.

Elektrokoagulyatsiyasidan so'ng gemo- va biliostaz ishonchligiga shubha bo'lganda o't pufagi yotog'i uzluksiz yoki tugunli choklar bilan 2-0 so'riluvchi iplar bilan tikiladi.

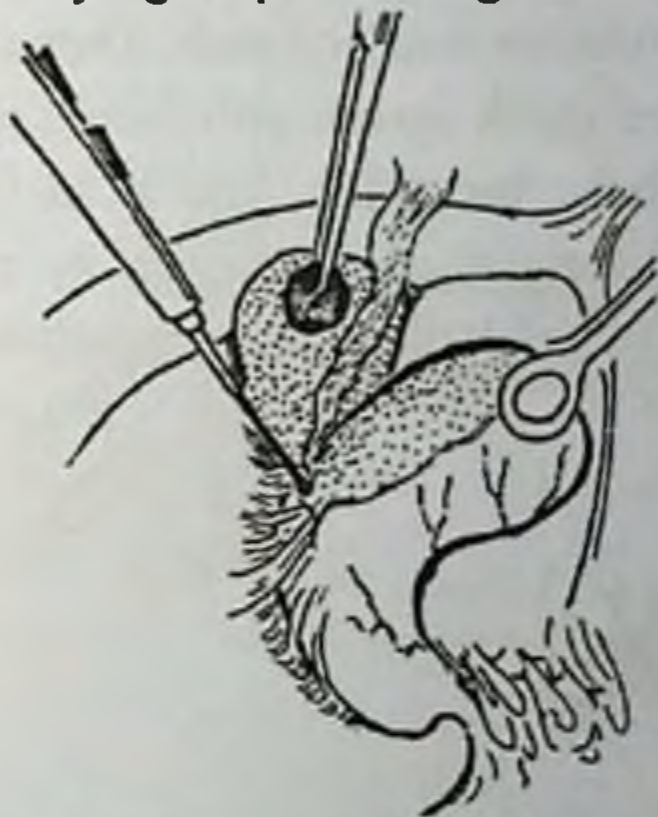
Jigar osti sohasiga drenaj nay qo'yiladi va kontrapertura orqali qorin bo'shlig'idan bir uchi chiqariladi. Laparotom jarohat qavatma-qavat tikiladi.

«Bujmaygan» o't pufagi bo'lganda xolesistektomiya

Chandiqlik va bitishmalar natijasida qo'pol deformatsiyalashib, o't pufagi devori sklerozlanishi hisobiga (skleroatrofik o't) kattaligi kichrayib qolgan o't pufagi olishda ko'pqiyinchiliklar vujudga keladi. O't pufagi devoridagi deformatsiya jigar-o'n ikki barmoq ichak boylamiga ham tarqalishi hisobiga texnik qiyinchilik kelib chiqadi. O't pufagi bo'yni va pufak yo'li qisqaradi, jigar-o'n ikki barmoq ichak boylamiga tortiladi. Jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami va o't pufagi distal qismining ustida o'n ikki barmoq ichak turadi.

Operatsiya jigar osti sohasidagi bitishmalarni ajratish bilan boshlanadi. O'n ikki barmoq ichak o'tkir yo'l bilan, qaychi yordamida jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami va o't pufagi oldingi yuzasidan ajratiladi. O't pufagi bo'shlig'ida o't toshlari bilan chandiqlik to'qimalarning konglomeratidan iborat bo'lib, jigar-o'n ikki barmoq ichak boylamiga yopishib turadi. Yuqorida aytilgandek pufak yo'lini ajratish, Kalo uchburchagi sohasida «tuynuk» shakllantirish magistral o't yo'lining jarohatlanishi ehtimolini oshiradi, ya'ni o't pufagi traksiyasi jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami siljishi bilan kechadi, natijada «tuynuk» pufak yo'li bilan shakllanmasdan UJY va UO'Y hisobiga paydo bo'ladi. UO'Y pufak yo'li deb qaralib kesilishi mumkin. O't pufagi mobilizatsiyasi «tubidan» amalga oshirilsa ancha yengillashadi. Buning uchun o't tubi va tanasining perimetri bo'ylab

qorin parda kesiladi. Pufakni pastga tortilishini ta'minlash uchun pufak tubi Mikulich qisqichi bilan fiksatsiya qilinadi. Qaychi yoki elektroskalpel bilan pufak orqa devori uning yotog'idan bo'ynigacha ajratiladi (rasm - 89) UJY va UO'Y joylashishi aniqlanadi va shundan so'ng chandiqli to'qimadan ajratmasdan O'Tbo'ynchasiga yoki pufak yo'liga Fyodorov qisqichi qo'yiladi. Ko'pincha o't pufagi distal qismini urab olgan chandiqli to'qimada qisqichga tushib qoladigan pufak arteriyasi ham bo'ladi. UJY, UO'Y va o'ng jigar arteriyasi qisqichga olinmaganligiga hamda qisqichdan pastda tosh qolmaganligiga ishonch hosil qilgandan so'ng pufak kesib olinadi. Cho'ltoq so'rilmaydigan ip bilan bog'lanadi.



89 - rasm. O't pufak orqa devorini «Tubidan» mobilizatsiyasi

Ayrim holatlarda qo'pol bitishmalar hisobiga jigar parenximasini jarohatlamasdan o't pufagi orqa devorini ajratish imkoni bo'lmaydi. Bunday holatda Pribram usulida xolesistektomiya bajarilishi lozim. Jigar osti sohasi drenajlanadi. Laparotom jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Mirizzi sindromi oqma shaklida xolesistektomiya

Mirizzi sindromi bo'lganda xolesistektomiyani bajarish haqiqatda qiyinlashadi. Operatsiya «ochiq» usulda amalga oshirilganligi ma'qul. LXE jigardan tashqari o't yo'llarida bajariladigan operatsiyalarda nihoyatda katta tajribaga ega bo'lgan va endoskopik usulda chok qo'ya oladigan xirurglar tamondan bajarilishi mumkin. Xolesistobiliar oqma ajratilganda UJY yoki UO'Y devorida katta defekt paydo bo'ladi va u bartaraf etilganda o't

yo'lining bo'shlig'i torayadi yoki deformatsiyaga uchraydi. Bunday holatni oldini olish uchun qo'yidagi uslubdan foydalanish kerak.

Mirizzi sindromida oqma hosil qiladigan O't pufagi bo'yni mobilizatsiya qilinadi. Oqma sohasida fiksatsiyalangan, o't toshining proeksiyasida UO'Y oldingi devoriga qisman davom etuvchi bo'yincha o'qi yo'nalishida o't pufagi devori kesiladi. Tosh olinadi. O't pufagi bo'yni orqa devoridan qiroq hosil qilib, kesimning yuqori qirrasida o't pufagi kesiladi. Qiroq kattaligi UO'Y devoridagi defektni plastika qilia oladigan kattalikda bo'lishi kerak. Xolesistektomiya bajariladi. Asboblar yordamida, yaxshisi xoledoxoskop bilan reviziya qilinib, jigardan tashqari o't yo'llanda o't toshlari yo'qligiga ishonch hosil qilinadi. Oqma sohasidagi o't pufagi devorining qiroqlari atravmatik ignada so'riluvchi sintetik ip bilan UO'Y defekti qirrasiga tikiladi, bu bilan UO'Y defekti bartaraf etiladi. Xoledoxolitiaz adekvat bartaraf qilinganligiga va o'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichidan o'tuvchanlik tiklanganligiga ishonch hosil bo'lsa UO'Y drenajlanmaydi.



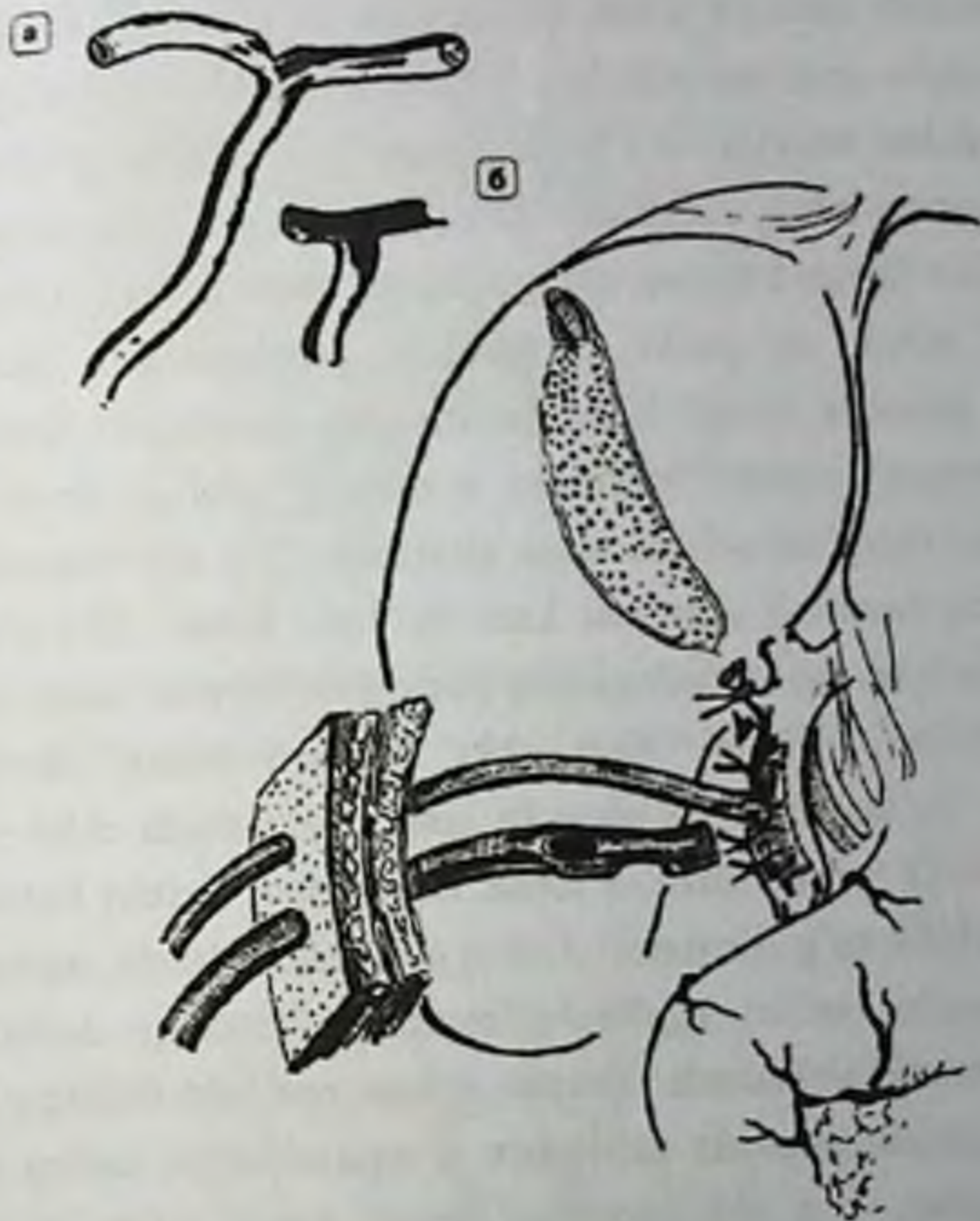
90 - rasm. Mirizzi sindromi oqma shaklining haqiqiy turi: to'liq emirilgan pufak yo'li sohasida oqma.



91 - rasm. UO'Y devoridagi defektni o't pufagi devoridan hosil bo'lgan qiroq yordamida plastika qilish.

Deformatsiya va torayish yuz berganda UO'Y qo'shimcha xoledoxotomik teshik orqali chiqariladigan T-simon drenaj nay bilan tashqi

drenajlanadi. T-simon drenajning proksimal qismi UO'Yda yangi paydo bo'lgan bo'shlig'iga kiritiladi.



92 - rasm. T-simon drenaj yordamida UO'Y tashqi drenajlash.
a - T-simon drenajni qisqa ariq ko'rinisha shakllantirish turlaridan biri;
b - xoledoxotomik teshik tugunli choklar bilan drenajgacha tikilgan, jigar osti sohasi drenajlangan.

Ichki biliodigestiv oqmalarda xolesistektomiya

BiliodiGESTiv oqma bo'lganda har doim o't pufagi ga yaqin a'zolarga tarqalgan yaqqol namoyon bo'lgan chandiqli-bitishmali jarayon bo'ladi. Shuning uchun operatsiya (qaysi usulda bajarilishidan qat'iy nazar) qiyinchilik bilan o'tadi. A'zolarning topografo-anatomik holati o'zgarishi hisobiga sharoit og'irlashadi.

Ko'proq qiyinchiliklar xolesistoduodenal oqma bo'lganda vujudga keladi. Bunda har doim o't puagi bo'yni va jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami sohasida qupol chandiqli deformatsiya bo'ladi, bu esa jigardan

tashqari o't yo'llari travmatik jarohatlanish xavfini nihoyatda oshiradi. Bundan tashqari chandiq orasidan o'n ikki barmoq ichak piyozcha va vertikal qismini ajratish katta qiyinchilik to'g'diradi. Bunday holatda o't puagi «tubidan» ajratish mumkin. Chandiq orasidan o't puagi distal qismini ajratib, jigardan tashqari o't yo'llarining joylashishi aniqlangandan so'ng o'n ikki barmoq ichak ajratiladi. O't puagi va o'n ikki barmoq ichak katta maydonda bir-biriga fiksatsiyalanganligiga qaramasdan oqma diametri katta bo'lmaydi. Ichak va pufak o'rtasidagi bitishmalarni ajratishda a'zolar o'rtasidagi qavatda ishlab katta bo'lmagan qaychidan foydalanish kerak. Agar uni bajarish imkoni bo'lmasa, a'zolar o't pufagi devorini kesish yoki o't pufagi bo'shlig'ini ochish bilan ajratiladi. O'n ikki barmoq ichak devori butunligining buzilish ehtimoli kam bo'lishi kerak. O't o'n ikki barmoq ichakdan qat'iy oqma teshigining perimetri bo'ylab kesib olinadi.

O't pufagi olinadi. O'n ikki barmoq ichak devoridagi defekt ko'ndalang yo'nalishda so'riluvchi iplar yordamida ikki qatorli choklar bilan tikiladi. O'n ikki barmoq ichak devoridagi defekt katta bo'lmaganda tikish qiyinchilik to'g'dirmaydi. Lekin ayrim holatlarda, oqma teshigi, ichak oldingi devorini to'liq egallashi mumkin. Bunday holatda operatsiya nihoyatda murakkablashadi. Texnik echim ma'lum holatga bog'liq: ichak devoridagi defekt atrofida infiltrativ o'zgarishlarga, uning joylashishi va konfiguratsiyasi, o'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichining teshikka nisbatan holatiga. O'n ikki barmoq ichak piyozcha va pastga tushuvchi qismining boshlang'ich joyida defekt bo'lganda Koxer usulida mobilizatsiyadan so'ng tikish yengillashadi. Hattoki ayrim hollarda o'n ikki barmoq ichakni xazm jarayonidan ajratish uchun vagotomiya bilan me'da ekonom rezeksiyasi talab qilinishi mumkin.

Xolesistogastral oqmalar kam uchraydi, o't puagi tanasi va me'da antral qismi o'rtasida bo'ladi. Umuman olganda, oqmani ajratish va me'da devoridagi defektni tikish yuqorida bayon qilingandek amalga oshiriladi. Me'da devoridagi defektni tikishda texnik muammolar vujudga kelmaydi. Shuni unutmaslik kerakki, bunday oqmaning sababi o't puagi o'sib kiruvchi me'da raki bo'lishi mumkin. Xavfli o'smani inkor etish uchun har doim me'da va o't barmoq devorining defekti qirrasidan biopsiya olish kerak.



93 - rasm. Oqma: 1 – xolesistoduodenal; 2 – o't pufagi va ko'ndalang sambar ichak o'rtasida; 3 – o't pufagi va me'da o'rtasida.



94 - rasm. Xolesistoduodenal oqma. Barmoq yordamida oqma teshigini ajratish va oqma teshigining perimetri bo'ylab a'zolami ajratish.

Xolesistoduodenal va xolesistogastral oqmalarda yirik toshlarning ichak trakti bo'shlig'iga migratsiyasi oqibatida o'tkir obturatsion ichak tutilishiga olib kelishi mumkin. O't toshlari tufayli ichak tutilishida shoshilinch operatsiya bajarilganida, oqma ajratilmaydi va xolesistektomiya bajarilmaydi.

O't pufagi va ko'ndalang chamber ichak o'rtasidagi oqmalar o't pufagi tubi va kam holatlarda tanasi sohasida joylashadi. Odatda ular katta bo'lmaydi va o'tkir xolesistitda o't pufagi bitishmalardan ajratish jarayonida aniqlanadi. Ko'ndalang chamber ichakdagi katta bo'lmagan defektni aniqlamaslik mumkin. Shuning uchun, o't pufagi tubi sohasida ko'ndalang chamber ichak bilan qo'pol bitishmalar bo'lganda biliodiGESTiv oqma bo'lishi mumkinligini yoddan chiqarmaslik kerak. Chamber ichak devoridagi defektni tikish murakkab emas. Kolostoma shakllantirish talab qilinmaydi.

Spontan biliodiGESTiv oqmalarda xirurg har doim UO'Y va o'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichi reviziyasini o'tkazishi kerak, chunki oqma hosil bo'lishiga UO'Y o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida safro oqimini kompensatsiya qilish va o't-safro gipertenziyasini bartaraf qilish uchun paydo bo'lgan bo'lishi mumkin.

O'tkir xolesistitda operatsiyalarning o'ziga xos xususiyatlari

O'tkir kataral va o'tkir flegmonoz xolesistitning davosi konservativ terapiyadan boshlanadi, u shuningdek operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatida ham qaralishi mumkin. Konservativ terapiya choralariga a'zoga funksional tinchlikni ta'minlash maqsadida ochlik; mahalliy sovuq qo'llash; o't pufagi silliq mushaklarini bo'shashtirish va og'riqsizlantirish maqsadida spazmolitiklarni buyurish; kristalloidlardan iborat poliion eritmalar, glyukoza bilan infuzion terapiya o'tkazish. Shuningdek, sefalosporinlarning II – III avlodi yoki metronidazol qo'shib penitsillinlar bilan himoyalangan antibakterial terapiya o'tkazish mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, o'tkir obturatsion xolesistitda o't pufagi bo'shlig'ida keskin bosim oshishi va uning devorida mikrosirkulyatsiyaning buzilishi tufayli antibakterial vositalarning konsentratsiyasi o't pufagi devori va uning bo'shlig'ida etarlicha bo'lmasligi mumkin. Antibiotiklar birinchi navbatda infeksiyon jarayonni o't pufagi dan boshqa a'zolarga o'tishini oldini olish maqsadida buyuniladi. Qorinda og'riq intensivligining pasayishi yoki yo'qolishi va oldin paypaslangan o't pufagi paypaslanmasligi yoki kattaligining kichrayishi konservativ terapiya naf berganligidan darak beradi. Dinamik UTT o'tkazilganda o't pufagi kattaligi kichrayadi, oldin o't pufagi bo'yincha sohasida fiksatsiyalangan tosh, bo'shliqqa siljiydi. Agar og'riq pasayib yoki yo'qolsa va shu bilan birga o't pufagi tubi paypaslanishi davom etgan

holatda konservativ terapiya naf bermaganligidan darak beradi. Davolashdan naf bo'lgan yoki bo'lmaganligi to'g'risidagi ob'ektiv ma'lumotni dinamik UTT o'tkazib olish mumkin, shuningdek, laborator tekshirish tahlillariga ko'ra xulosa chiqariladi.

Gangrenoz xolesistitda pufak oldi absessida, o't pufagi empiemasida shoshilinch operatsiya bajarilishi kerak (qarshi ko'rsatma bo'lmasa).

«Zich» infiltratda o't pufagi olib tashlash, ya'ni infil'trlangan to'qimalardan uni ajratish nihoyatda murakkab, lekin bunday holatlarda ham operativ davo ko'rsatilgan.

Ayrim holatlarda, ya'ni og'ir qo'shimcha kasalliklar hamroh bo'lganda, «zich» pufak oldi infiltratini ajratish imkoni bo'lmaganda xolesistostomiya bajariladi.

Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit xirurgik davosining taktikasi. O'tkir xolesistitda keksa yosh xirurgik davo uchun qarshi ko'rsatma bo'da olmaydi. O't pufagi devorida destruksiya juda tez rivojlanishi va operativ davo xavfini oshiradigan qo'shimcha kasalliklarning bo'lishi hisobga olinib davolash taktikasi ishlab chiqiladi. Ushbu holatning murakkabligi o't pufagi destruktiv yallig'lanishlar va intoksikatsiya qo'shimcha kasalliklarni dekompensatsiya bosqichiga o'tishini tezlashtirishi bilan baholanadi. Bundan kelib chiqqan holda, sutka davomida konservativ terapiyadan naf bo'lmaganda, qoyidaga ko'ra bemorlarga operativ davo o'tkazish kerak.

Ammo, og'ir qo'shimcha kasalliklari bo'lgan bemorlarda, ya'ni radikal xirurgik davo o'tkazib bo'lmaganda, tanlov usuli bo'lib, ultratovush nazoratida o't pufagi bir yoki bir necha marta punksiya qilinadi yoki teri orqali, jigar orqali mikrosolesistostoma qo'yiladi.

Bemor ahvoli yaxshilangach va qo'shimcha kasalliklar stabillashgandan so'ng xolesistektomiyaning optimal turini tanlab, radikal xirurgik davo o'tkazish kerak.

O'tkir toshsiz xolesistitda o't pufagi devorida tez destruksiya bo'lishi mumkinligi shoshilinch xolesistektomiyani talab qiladi. Operatsiya an'anaviy (ochiq) va laparoskopik usul bilan bajarilishi mumkin. Faqatgina nisbatan kam holatlarda teri orqali punksiyon xolesistostomiya adekvat va yetarli davolash chorasi bo'lishi mumkin.

O'tkir xolesistitda an'anaviy xolesistektomiya

O'tkir xolesistitda xolesistektomiyaga o'tishdan oldin, o't pufagi ni operatsiya vaqtiga shakllanib ulgurgan yallig'lanish infiltratidan ajratib olish kerak.

O't pufagi ni yallig'lanish infiltratidan ajratib olish

O'tkir xolesistitda yallig'lanish o'zgarishlari nafaqat o't pufagi da, balki atrof to'qimalarda ham bo'ladi, shu bilan xolesistektomiya o'ziga xos qiyinchiliklarni to'g'diradi. O't tubi sohasida pufak devorini bitishmalardan tozalash bilan o't infiltratdan ajratilishi boshlanadi. O't keskin kattalashishi va infil'trlangan devorning taranglashishi, a'zo siljimasligi va fiksatsiyalanishini hisobiga o't bo'yinchasiga qisqichlarni qo'yishga imkon bermaydi. Ajratishni yengillashtirish maqsadida o't devorlari bo'shashishi uchun pufak bo'shatiladi. Buning uchun o't tubidan yo'g'on igna bilan punksiya qilinib, o't bo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinadi va mikroflora tekshiriladi. Pufak bo'shatilgandan so'ng punksiya joyiga uchi yumaloq qisqich qo'yiladi, bu qoldiq suyuqlikni punksiya joyidan chiqishiga yul qo'ymaydi.

Bundan tashqari, pufak oson ajratilishi uchun qisqich pufak traksiyasi uchun ishlatiladi. «Siyrak» infiltratda o't atrof to'qimalardan tsirkulyar harakatlar bilan ko'rsatkich barmoq yoki tupfer bilan ajratish mumkin. Zich infiltratdan o't ajratib olish juda murakkab vazifaga aylanadi. To'qimalar tupfer, barmoq yordamida «tumtoq» yo'llar bilan ajratiladi yoki qaychi yordamida «o'tkin» yo'l bilan pufak yotoqdan ajratib olinadi.

Qaychi to'qimalarni kesish maqsadida emas, balki qaychi uchlarini kengaytirish yo'li bilan to'qimalar ajratiladi. Infiltrat hosil qiluvchi a'zolarni bir – biridan ajratish muvaffaqiyati uni «qavatda» ishlashi natijasida yuzaga keladi. A'zolarni ajratishda mexanik ta'sir yaqin turgan strukturalarga emas, balki pufak devoriga qaratilishi kerak. Asosiy qiyinchilik infiltrat ichidan o't bo'yinchasini, Gartman cho'ntagini ajratib olishda to'g'iladi, chunki bunda UO'Y va O'BI jarohatlanish xavfi juda yuqori.

Gartman cho'ntagini infiltrat ichidan ajratib olgandan so'ng u uchi yumaloq qisqichga olinishi kerak, buning yordamida pufak yuqori va lateral tamonga traksiyasi amalga oshiriladi. Keyin esa Kalo uchburchagi oldingi yuzasining proeksiyasi bo'ylab, pufak medial konturi bo'yicha qorin parda kesiladi, keyin oldingi kesimning orqa yuza proeksiyasi bo'ylab qorin parda

kesiladi. Buning natijasida pufak bo'yinchasidan pastda va pufak yo'li oldida yupqa yog' to'qimasidan iborat to'siq qoladi. Bu to'siq qalinligi juda minimal bo'lishi mumkin, ya'ni qorin parda oldingi va orqa varaqlari kesilganidan so'ng pufak bo'yinchi va yo'li orqasida «tuynuk» hosil bo'ladi, uning yon devorlarini pufak yo'li va pufak arteriyasi hosil qilsa, asosini esa UJY hosil qiladi, ya'ni Kalo uchburchagining tamonlari. Lekin ko'pincha yallig'lanish infiltrati hisobiga yog' to'qimasi 5dan 10 mm gacha qalinlikdagi zich to'qimaga aylanadi. Bunday holatlarda yog' to'qimasi ehtiyotlik bilan dissektor uchi bilan yoki kichik tupfer yordamida yuqorida aytilgan «tuynuk» hosil qilib ajratiladi. Bunday «tuynuk» hosil qilinishi natijasida UJY joylashishini ko'rib, uning jarohatlanishini oldini olish mumkin. Keyin esa pufak yo'li va pufak arteriyasi ajratiladi. O't pufagi arteriyasini farqlashga, bevosita pufak devorida, arteriya yo'nalishi bo'ylab joylashgan limfa tuguni yordam beradi.



95 - rasm. A. O't pufagini barmoqlar yordamida ajratish.
B. Qaychi uchlarini «qayta» harakatlantirish natijasida to'qimalarni ajratish.

O't pufagi yallig'lanish jarayoni hisobiga bu limfa tuguni kattalashib oson aniqlanadi. Pufak arteriyasini ajratishda limfa tuguni jarohatlanishini oldini olish lozim, chunki bunda parenximatoz qon ketishi mumkin. Bunday holat vaziyatni yanada chigallashtiradi.

Pufak yo'li va arteriyasi ajratilgandan so'ng yana bir bo UJY va UO*Y chetda qolganligiga ishonch hosil qilish kerak. Shuni yodda tutish kerakki, Gartman cho'ntagidan yumaloq qisqich bilan pufak yuqori va lateral

O't pufagi va ko'ndalang chamber ichak o'rtasidagi oqmalarda o't pufagi tubi va kam holatlarda tanasi sohasida joylashadi. Odatda ular katta bo'lmaydi va o'tkir xolesistitda o't pufagi bitishmalardan ajratish jarayonida aniqlanadi. Ko'ndalang chamber ichakdagi katta bo'lmagan defektni aniqlamaslik mumkin. Shuning uchun, o't pufagi tubi sohasida ko'ndalang chamber ichak bilan qo'pol bitishmalar bo'lganda biliodiGESTiv oqma bo'lishi mumkinligini yoddan chiqarmaslik kerak. Chamber ichak devoridagi defektni tikish murakkab emas. Kolostoma shakllantirish talab qilinmaydi.

Spontan biliodiGESTiv oqmalarda xirurg har doim UO'Y va o'n ikki barmoq ichak katta so'rg'ichi reviziyasini o'tkazishi kerak, chunki oqma hosil bo'lishiga UO'Y o'tkazuvchanligining buzilishi natijasida safro oqimini kompensatsiya qilish va o't-safro gipertenziyasini bartaraf qilish uchun paydo bo'lgan bo'lishi mumkin.

O'tkir xolesistitda operatsiyalarning o'ziga xos xususiyatlari

O'tkir kataral va o'tkir flegmonoz xolesistitning davosi konservativ terapiyadan boshlanadi, u shuningdek operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatida ham qaralishi mumkin. Konservativ terapiya choralariga a'zoga funksional tinchlikni ta'minlash maqsadida ochlik; mahalliy sovuq qo'llash; o't pufagi silliq mushaklarini bo'shashtirish va og'riqsizlantirish maqsadida spazmolitiklarni buyurish; kristalloidlardan iborat poliion eritmalar, glyukoza bilan infuzion terapiya o'tkazish. Shuningdek, sefalosporinlarning II – III avlodi yoki metronidazol qo'shib penitsillinlar bilan himoyalangan antibakterial terapiya o'tkazish mumkin. Shuni yodda tutish kerakki, o'tkir obturatsion xolesistitda o't pufagi bo'shlig'ida keskin bosim oshishi va uning devorida mikrosirkulyatsiyaning buzilishi tufayli antibakterial vositalarning konsentratsiyasi o't pufagi devori va uning bo'shlig'ida etarlicha bo'lmasligi mumkin. Antibiotiklar birinchi navbatda infeksiyon jarayonni o't pufagi dan boshqa a'zolarga o'tishini oldini olish maqsadida buyuniladi. Qorinda og'riq intensivligining pasayishi yoki yo'qolishi va oldin paypaslangan o't pufagi paypaslanmasligi yoki kattaligining kichrayishi konservativ terapiya naf berganligidan darak beradi. Dinamik UTT o'tkazilganda o't pufagi kattaligi kichrayadi, oldin o't pufagi bo'yincha sohasida fiksatsiyalangan tosh, bo'shliqqa siljiydi. Agar og'riq pasayib yoki yo'qolsa va shu bilan birga o't pufagi tubi paypaslanishi davom etgan

holatda konservativ terapiya naf bermaganligidan darak beradi. Davolashdan naf bo'lgan yoki bo'lmaganligi to'g'risidagi ob'ektiv ma'lumotni dinamik UTT o'tkazib olish mumkin, shuningdek, laborator tekshirish tahlillariga ko'ra xulosa chiqariladi.

Gangrenoz xolesistitda pufak oldi absessida, o't pufagi empiemasida shoshilinch operatsiya bajarilishi kerak (qarshi ko'rsatma bo'lmasa).

«Zich» infiltratda o't pufagi olib tashlash, ya'ni infil'trlangan to'qimalardan uni ajratish nihoyatda murakkab, lekin bunday holatlarda ham operativ davo ko'rsatilgan.

Ayrim holatlarda, ya'ni og'ir qo'shimcha kasalliklar hamroh bo'lganda, «zich» pufak oldi infiltratini ajratish imkoni bo'lmaganda xolesistostomiya bajariladi.

Keksa yoshdagi bemorlarda o'tkir xolesistit xirurgik davosining taktikasi. O'tkir xolesistitda keksa yosh xirurgik davo uchun qarshi ko'rsatma bo'da olmaydi. O't pufagi devorida destruksiya juda tez rivojlanishi va operativ davo xavfini oshiradigan qo'shimcha kasalliklarning bo'lishi hisobga olinib davolash taktikasi ishlab chiqiladi. Ushbu holatning murakkabligi o't pufagi destruktiv yallig'lanishlar va intoksikatsiya qo'shimcha kasalliklarni dekompensatsiya bosqichiga o'tishini tezlashtirishi bilan baholanadi. Bundan kelib chiqqan holda, sutka davomida konservativ terapiyadan naf bo'lmaganda, qoyidaga ko'ra bemorlarga operativ davo o'tkazish kerak.

Ammo, og'ir qo'shimcha kasalliklari bo'lgan bemorlarda, ya'ni radikal xirurgik davo o'tkazib bo'lmaganda, tanlov usuli bo'lib, ultratovush nazoratida o't pufagi bir yoki bir necha marta punksiya qilinadi yoki teri orqali, jigar orqali mikroholesistostoma qo'yiladi.

Bemor ahvoli yaxshilangach va qo'shimcha kasalliklar stabillashgandan so'ng xolesistektomiyaning optimal turini tanlab, radikal xirurgik davo o'tkazish kerak.

O'tkir toshsiz xolesistitda o't pufagi devorida tez destruksiya bo'lishi mumkinligi shoshilinch xolesistektomiyani talab qiladi. Operatsiya an'anaviy (ochiq) va laparoskopik usul bilan bajarilishi mumkin. Faqatgina nisbatan kam holatlarda teri orqali punksiyon xolesistostomiya adekvat va yetarli davolash chorasi bo'lishi mumkin.

O'tkir xolesistitda an'anaviy xolesistektomiya

O'tkir xolesistitda xolesistektomiyaga o'tishdan oldin, o't pufagi ni operatsiya vaqtiga shakllanib ulgurgan yallig'lanish infiltratidan ajratib olish kerak.

O't pufagi ni yallig'lanish infiltratidan ajratib olish

O'tkir xolesistitda yallig'lanish o'zgarishlari nafaqat o't pufagi da, balki atrof to'qimalarda ham bo'ladi, shu bilan xolesistektomiya o'ziga xos qiyinchiliklarni to'g'diradi. O't tubi sohasida pufak devorini bitishmalardan tozalash bilan o't infiltratdan ajratilishi boshlanadi. O't keskin kattalashishi va infil'trlangan devorning taranglashishi, a'zo siljimasligi va fiksatsiyalanishini hisobiga o't bo'yinchasiga qisqichlarni qo'yishga imkon bermaydi. Ajratishni yengillashtirish maqsadida o't devorlari bo'shashishi uchun pufak bo'shatiladi. Buning uchun o't tubidan yo'g'on igna bilan punksiya qilinib, o't bo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinadi va mikroflora tekshiriladi. Pufak bo'shatilgandan so'ng punksiya joyiga uchi yumaloq qisqich qo'yiladi, bu qoldiq suyuqlikni punksiya joyidan chiqishiga yul qo'ymaydi.

Bundan tashqari, pufak oson ajratilishi uchun qisqich pufak traksiyasi uchun ishlatiladi. «Siyrak» infiltratda o't atrof to'qimalardan tsirkulyar harakatlar bilan ko'rsatkich barmoq yoki tupfer bilan ajratish mumkin. Zich infiltratdan o't ajratib olish juda murakkab vazifaga aylanadi. To'qimalar tupfer, barmoq yordamida «tumtoq» yo'llar bilan ajratiladi yoki qaychi yordamida «o'tkin» yo'l bilan pufak yotoqdan ajratib olinadi.

Qaychi to'qimalarni kesish maqsadida emas, balki qaychi uchlarini kengaytirish yo'li bilan to'qimalar ajratiladi. Infiltrat hosil qiluvchi a'zolarni bir – biridan ajratish muvaffaqiyati uni «qavatda» ishlashi natijasida yuzaga keladi. A'zolarni ajratishda mexanik ta'sir yaqin turgan strukturalarga emas, balki pufak devoriga qaratilishi kerak. Asosiy qiyinchilik infiltrat ichidan o't bo'yinchasini, Gartman cho'ntagini ajratib olishda to'g'iladi, chunki bunda UO'Y va O'BI jarohatlanish xavfi juda yuqori.

Gartman cho'ntagini infiltrat ichidan ajratib olgandan so'ng u uchi yumaloq qisqichga olinishi kerak, buning yordamida pufak yuqori va lateral tamonga traksiyasi amalga oshiriladi. Keyin esa Kalo uchburchagi oldingi yuzasining proeksiyasi bo'ylab, pufak medial konturi bo'yicha qorin parda kesiladi, keyin oldingi kesimning orqa yuza proeksiyasi bo'ylab qorin parda

kesiladi. Buning natijasida pufak bo'yinchasidan pastda va pufak yo'li oldida yupqa yog' to'qimasidan iborat to'siq qoladi. Bu to'siq qalinligi juda minimal bo'lishi mumkin, ya'ni qorin parda oldingi va orqa varaqlari kesilganidan so'ng pufak bo'yinchasi va yo'li orqasida «tuynuk» hosil bo'ladi, uning yon devorlarini pufak yo'li va pufak arteriyasi hosil qilsa, asosini esa UJY hosil qiladi, ya'ni Kalo uchburchagining tamonlari. Lekin ko'pincha yallig'lanish infiltrati hisobiga yog' to'qimasi 5dan 10 mm gacha qalinlikdagi zich to'qimaga aylanadi. Bunday holatlarda yog' to'qimasi ehtiyotlik bilan dissektor uchi bilan yoki kichik tupfer yordamida yuqorida aytilgan «tuynuk» hosil qilib ajratiladi. Bunday «tuynuk» hosil qilinishi natijasida UJY joylashishini ko'rib, uning jarohatlanishini oldini olish mumkin. Keyin esa pufak yo'li va pufak arteriyasi ajratiladi. O't pufagi arteriyasini farqlashga, bevosita pufak devorida, arteriya yo'nalishi bo'ylab joylashgan limfa tuguni yordam beradi.



95 - rasm. A. O't pufagini barmoqlar yordamida ajratish.
B. Qaychi uchlarini «qayta» harakatlantirish natijasida to'qimalarni ajratish.

O't pufagi yallig'lanish jarayoni hisobiga bu limfa tuguni kattalashib oson aniqlanadi. Pufak arteriyasini ajratishda limfa tuguni jarohatlanishini oldini olish lozim, chunki bunda parenximatoz qon ketishi mumkin. Bunaday holat vaziyatni yanada chigallashtiradi.

Pufak yo'li va arteriyasi ajratilgandan so'ng yana bir bo UJY va UO'Y chetda qolganligiga ishonch hosil qilish kerak. Shuni yodda tutish kerakki, Gartman cho'ntagidan yumaloq qisqich bilan pufak yuqori va lateral

tamonga traksiya qilinganidan so'ng UO'Y joyidan siljib, pufak yo'lini eslatadigan darajada yuqoriga chuzilishi mumkin. Bu UO'Y to'liq kesilishiga sababchi bo'lishi mumkin. Shuning uchun, ajratilgan nay ko'rinishidagi strukturalarning anatomik tuzilishini muljal qilib, Gartman cho'ntagidan tortishni bushashtirish yoki yaxshisi to'xtatish kerak.

Pufak yo'li va arteriyasiga birin-ketin qisqich qo'yilib, kesiladi va so'rilmaydigan ip bilan bog'lanadi. Pufak yo'li cho'ltog'ini tikib bog'lash ham mumkin, bu bog'langan ipni joyidan siljib ketishiga yo'l qo'ymaydi. Pufak yo'li va arteriyasini ajratish bo'yicha yuqorida aytilgan texnik qoyidalariga rioya qilinsa jigardan tashqari magistral o't yo'llar jarohatlanish xavfi juda minimal bo'ladi.

O't mobilizatsiyasi bosqichida, o'sha zahotida bartaraf qilishga majbur qiladigan, har xil asoratlarni ro'y berishi mumkin.

Operatsiya vaqtidagi qon ketish

O'Tbo'yinchasini ajratish jarayonida pufak arteriyasining jarohatlanishi yoki uning chultog'idan ip siljib ketishi mumkin. Arterial qon ketishni ko'r-ko'rona va shoshma-shosharlik bilan to'xtatish natijasida og'ir asoratlarni ro'y berishi mumkin: JTO'Y, o'ng jigar arteriyasi va darvoza venasining jarohatlanishi. Sanab o'tilgan asoratlarni oldini olish uchun bir nechta gemostazni ta'minlaydigan oddiy texnik usullarni qo'llash kerak.

Tupfer yordamida qonayotgan arteriyani bosib turish natijasida qon ketishni vaqtinchalik to'xtatish mumkin. Agar bundan keyin ham qon ketish davom etsa jigar o'n ikki barmoq ichak boylamini barmoqlar yordamida qisish bilan vaqtinchalik gemostazga erishish mumkin. Ayrimda, chap qo'l ko'rsatkich barmog'ini charvi cho'ntagi teshigiga (Vinslov teshigi) tiqib, jigar o'n ikki barmoq ichak boylamini ko'parish yetarli bo'ladi, bunda arteriya qisilishi natijasida qon ketish vaqtinchalik to'xtaydi, bu Pringel usuli ham deyiladi. Bu usulni qo'llash uchun xirurg bemorga nisbatan o'ng yoni bilan yondashishi kerak. Qon ketishni vaqtinchalik to'xtatishga erishgandan so'ng, elektr so'rg'ich yordamida jigar osti sohasiga to'kilgan qon so'rib olinadi va operatsion maydon kuzdan kechiriladi. Qoyidaga ko'ra, bunda jarohatlangan qon tomir ko'rinadi. Agar qon ketish manbai aniqlanmasa, xirurg qisqa muddatga ko'rsatkich va bosh barmog'i bilan qisib turgan jigar o'n ikki barmoq ichak boylamini bushatadi va qon ketayotgan manba aniqlanadi. Pufak arteriyasining chultog'i uzun yumshoq

qon to'xtatuvchi qisqich bilan, atrof to'qimalarni ildirmagan holda ushlanadi. Jigar o'n ikki barmoq ichak boylamining naysimon strukturalari qisqichga ilinmaganligiga ishonch hosil qilish kerak. Agar arteriyaning chultog'i nisbatan uzun bo'lsa, tikmasdan faqatgina bog'lash yetarli bo'ladi. Cho'ltoq nihoyatda kalta bo'lganda qisqich branshasining aynan uchidan 3-0 yoki 4-0 so'rilmaydigan ip bilan atravmatik ignada Z-simon chok qo'yiladi. Bunda pufak arteriyasining chultog'i va atrof yog' to'qimasi chokka ilinishi kerak.

To'qimalarning keskin infiltratsiyasida o't bo'yinchasini mobilizatsiyasi vaqtida pufak arteriyasi asosiy ustun o'ng jigar arteriyasidan uzilishi natijasida qon ketish ro'y berishi mumkin. Bunday holatda qon ketishni to'xtatuvchi qisqich qo'yish mumkin emas. Yuqorida aytilgandek, qon ketishini vaqtinchalik to'xtatish kerak. Jarohat quritilib, o'ng jigar arteriyasining devor oldi defektining joylashgan o'rni topiladi va gepatoduodenal boylam tarangligini bo'shatmasdan 4-0 yoki 5-0 ip bilan atravmatik ignada devor oldi choki qo'yiladi (96 - rasm).



96 - rasm. Qon ketishni vaqtinchalik to'xtatishga erishish uchun jigar o'n ikki barmoq ichak boylamini xirurg chap qo'li ko'rsatkich va bosh barmog'i bilan qisish (Pringel usuli).

O't pufagi yotog'idan ajratish har doim ham subseroz amalga oshmaydi. Buning natijasida yallig'lanishli o'zgargan jigar parenximasi qon ketish bilan kechadigan yuzaki jarohatlanishi mumkin. Pufakni ajratish vaqtida o't pufagi yotog'ini elektrokoagulyatsiya qilish samarasiz kechishi

mumkin. Bunday parenximatoz qon ketishini to'xtatish uchun pufak yotog'i so'riluvchi ip bilan atravmatik ignada tikiladi. Uzluksiz yoki uzlukli chok qo'yish mumkin. O't pufagi yotog'ini tikishda igna jigar parenximasiga 1sm chuqurlikkacha kirishi kerak, aks holda yuzaki tikish natijasida to'qima kesilib qon ketish kuchayishi mumkin. Shu bilan birga juda chuqur tikish oqibatida jigar ichi segmentar o't yo'llari va qon tomirlar chokka ilinishi mumkin.



97 - rasm. O'ng jigar arteriyasi defektini «barmoq» nazoratida tikish.

TaxoKomb plastinasi bilan o't pufagi yotog'ini aplikatsiya qilish intensiv qon ketishni to'xtatuvchi samarali usul hisoblanadi. Bunda o't pufagi yotog'ini tikish shart emas.

Operatsiya vaqtida o't-safro oqishi

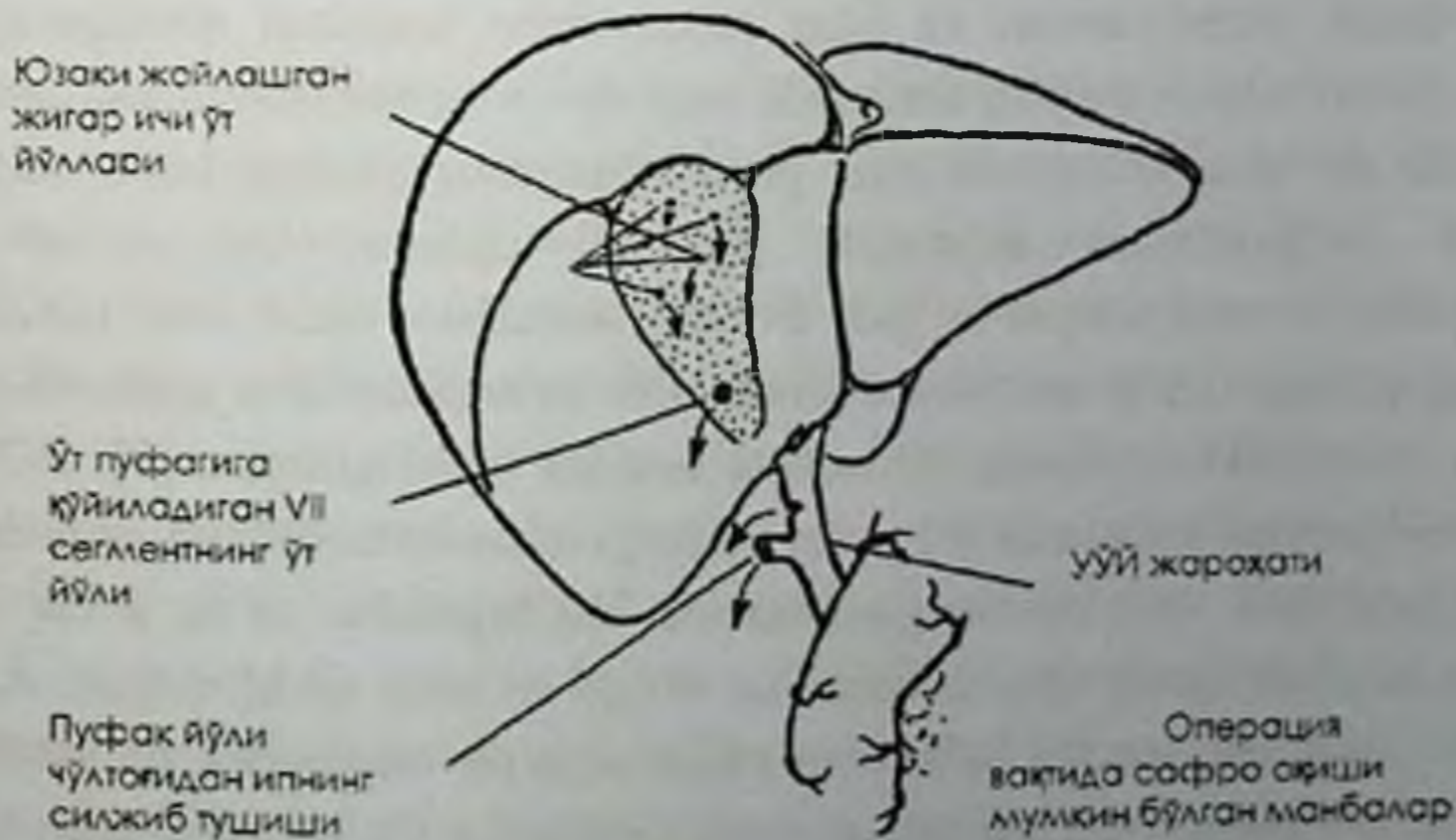
O'tkir xolesistitda operatsion travma darajasining yuqori bo'lishi natijasida qo'yidagi asoratlarning xavfi oshadi: O't pufagi yotog'ida yuzaki joylashgan kichik o't yo'llarining jarohatlanishi, pufak yo'li cho'ltoq'ida joylashgan ipning uzilishi yoki siljib tushishi, UJY va UO'Y devor bir qismining jarohati, magistral o't yo'llarining to'liq kesilishi.

O't pufagi yotog'idagi yuzaki joylashgan jigar ichi o't yo'llarining jarohati odatda operatsiya vaqtida aniqlanmaydi; jigardan tashqari o't yo'llarining travmalari, ayniqsa o't yo'li devori bir qismining jarohati, pufak yo'li cho'ltoq'idan ipning siljib tushishi yoki cho'ltoqni ip bilan kesilishi ham birdaniga aniqlanmaydi. Yuqorida sanab o'tilgan asoratlarning operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga o't-safroning oqishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'p miqdorda safro oqganda qorin bo'shlig'ida safro yig'ilganligini ko'rish mumkin. Bunday holat UJY yoki UO'Y to'liq kesilib proksimal uchi

bog'lanmaganda ro'y beradi. O't-safro kam miqdorda oqganda qon bilan aralashib qolganligi uchun qorin bo'shlig'ida ko'rish qiyin.

Safro oqish manbasini topish uchun jigar osti sohasidan barcha yig'ilgan suyuqlikni so'rib olinishi kerak. Bundan keyin gepatoduodenal boylamga katta marli tamponi yaqinlashtirilib, distal qismi boylamga, o'rtasi esa O't pufagi yotog'iga zich bosiladi. Bir necha daqiqa ushlab turgandan so'ng tampon rangi o'zgarganligi baholanib sekin olinadi. Safro oqganda tamponda sariq rangdagi dog'lar paydo bo'ladi. Tampon o'rtasi sariq rangga bo'yalsa safro oqishi pufak yotog'idan ekanligidan darak beradi, agar tampon uchi bo'yalsa jigardan tashqari o't yo'llari yoki pufak yo'li cho'ltog'idan safro oqayotganligini bildiradi.

Pufak yotog'idagi jigar ichi o't yo'llarining jarohatidan o't-safro oqganda jarohatlangan o't yo'lini kichik diametri tufayli ko'rib bo'lmaydi. Lekin O't pufagi yotog'i yaxshi ko'zdan kechirilishi kerak, chunki hatto juda kichik diametrdagi o't yo'li ham jigar parenximasi bilan drenajlanadi. Agar O't pufagi yotog'idagi kesilgan o't yo'li aniqlansa, unga kontrast modda yuborib fistulografiya o'tkazish lozim. Parenximani drenajlaydigan kattalik sohasiga bog'liq ravishda va jigar ichi o't yo'llarining boshqa o't yo'llari bilan bog'liqligini hisobga olib keyingi harakatlarni aniqlash kerak: o't yo'lini bog'lash, uni drenajlash yoki anastomoz qo'yish.



98 - rasm. Odatda safro oqishini to'xtatish uchun safro oqadigan joyda jigar to'qimasi 2-0 yoki 3-0 so'riluvchi ip bilan yumaloq atravmatik ignada 8-simon chok qo'yiladi.

Agar pufak yo'li cho'ltoq'idan ip siljib ketishi natijasida safro oqsa, pufak yo'li cho'ltoq'i Fyodorov qisqichi yoki dissektor bilan qayta ushlanib tikib bog'lanadi. Cho'ltoq kalta bo'lganda qayta bog'lab bo'lmaydi, chunki pufak yo'li teshigi sohasida UJY qirrali defekti paydo bo'ladi. Bunday holatlarda devor defekti 3-0 yoki 4-0 so'riluvchi ip bilan atravmatik ignada tikiladi. Yallig'lanish infiltratsiyasida UJY devori qalinlashadi va shilliq qavatni ilmasdan chok qo'yish mumkin. Xuddi shunday UJY va UO'Y devorining qirrali defekti tikiladi. UJY va UO'Y to'liq kesilganda xirurgik davoning texnikasi IV bo'limda bayon qilingan.

O'tkir xolesistitda uning murakkabligidan qat'iy nazar operatsion maydon antiseptik eritma bilan yuvilib, jigar osti sohasi drenajlanish bilan operatsiya yakunlanishi kerak. Drenaj kontrapertura orqali chiqarilishi kerak, o'rta laparotomiyada o'ng qovurg'a yoyi osti sohasidan, o'ng qovurg'a yoyi ostiga parallel kesim bilan laparotomiya qilinganda laparotom jarohat pastki burchak lateral sohadan chiqariladi.

Pribram usulida xolesistektomiya

O'tkir xolesistit tufayli xolesistektomiya bajarilayotganda o't pufagi orqa devorini ajratishda va bo'yinchasini mobilizatsiya qilishda ayrim vaqtlarda qiyinchiliklar to'g'iladi. To'qimalardagi yaqqol yallig'lanish infiltrati eski chandiqli o'zgarishlar bilan birga kelishi texnik muammolarni to'g'diradi. Pufak devori va jigar parenximasi orasidagi qavatga kirish imkoni bo'lmaydi. Buning natijasida orqa devor mobilizatsiyasida intensiv qon ketish bilan kechuvchi jigar parenximasining jarohati kelib chiqadi, pufak bo'yinchasini ajratishda jigardan tashqari o't yo'llarining jarohatlanish xavfi yuqori bo'ladi. Bunday asoratlarni oldini olish uchun o't pufagi oldingi va yon devorlarini kesib olish va orqa devorini qoldirish yo'li bilan xolesistektomiyaning bir nechta usullari taklif qilingan [5]. 1927 y. Pribram bunday holatlarda o't pufagi oldingi devorini kesib olib, orqa devor shilliq qavatini elektropichoq yordamida kuydirgandan so'ng pufak orqa devor mushak qavat qirg'oqlarini bir-biriga tikishni taklif qilgan. A. V. Vishnevskiy esa bunday holatlarda pufak orqa devoriga chok qo'ymasdan olingan o't pufagi bo'yinchasi va yotog'i sohasiga Vishnevskiy mazi bilan tampon qo'yib operatsiyani yakunlashni taklif qilgan. Thorek, pufak orqa devorini qoldirib, chok qo'ymasdan orqa devor shilliq qavatini o'tkir qoshiqcha bilan olishni taklif qilgan.

Hozirgi vaqtda Pribram usulida xolesistektomiya qo'yidagi modifikatsiyada amalga oshiriladi (100 - rasm). Pufakning oldingi yon devorlari pufak bo'yinchasigacha kesiladi, pufak bo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinib, toshlar olinadi. O't bo'yinchi va pufak yo'liga metall yoki plastik zond kiritiladi, uni muljal qilib infil'trlangan to'qimalar orasida pufak yo'lining joylashishi aniqlanadi. Pufak yo'li va jigardan tashqari o't yo'llari farqlash imkoni bo'lgan holatlarda, pufak yo'li ehtiyotkorlik bilan dissektor bilan «aylanib» o'tiladi va qalin to'qimalarni qo'shib bog'lanadi. Shundan so'ng o't bo'yinchi pufak yo'ligacha kesiladi. Lekin pufak yo'liga qo'yilgan ip bushab ketmasligi uchun bog'langan ipgacha 2-3 mm kesilmagan to'qima qolishi kerak. Shuning bilan bir qatorda, odatda gepatoduodenal boylam sohasida infil'trlangan to'qimalar orasidan naysimon strukturalarni farqlab bo'lmaydi. Bunday holatlarda pufak yo'li bog'lanmaydi. O't gipertenziyasi bo'lmasa bog'lanmagan pufak yo'lidan o't-safro oqishi kuzatilmaydi.

O't pufagi orqa devori va bo'yincha soha shilliq qavati to'liq buzilgunicha koagulyatsiya qilinadi. Bunda argon yoki plazmenli «skalpel» bo'lgan bipolyar koagulyatsiyani qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. Jigar osti sohasiga drenaj nay qoldirib, kontrapertura orqali chiqariladi.

O'tkir xolesistitda laparoskopik xolesistektomiyaning o'ziga xos xususiyatlari.

Uzoq vaqt mobaynida o'tkir xolesistit laparoskopik xolesistektomiya operatsiyasi bajarilishi uchun qarshi ko'rsatma hisoblangan edi. Hozirgi vaqtda o't yo'llarida laparoskopik operatsiyalarni bajarishda yuqori tajribaga ega bo'lgan klinikalarda, LXE o'tkir xolesistitda muvaffaqiyatli bajarilmoqda. LXE erta (kasallik boshlangandan birinchi 2-3 sutkada) bajarishga harakat qilish kerak, chunki keyinchalik o't pufagini o'rab turuvchi infiltrat zich bo'lib qoladi, ya'ni operatsiya bajarilishini qiyinlashtiradi. O't pufagi devori qalinlashadi va qisqichga ushlanmaydi.

O't pufagi va atrof to'qima yallig'lanish o'zgarishlari (pufakning qalinlashgan devori, pufak oldi infiltratining bo'lishi) operatsiya davomida uchta 10 millimetrli troakarlarni qo'llashga majbur qiladi. Bunda o't pufagi 10 millimetrli qisqich bilan fiksatsiya qilib, infiltratni tupfer yordamida ajratishga imkon bo'ladi.

Operatsiya o't pufagi tubi sohasida pufak devorining katta bo'lmagan qismini infiltratdan ajratish bilan boshlanadi. Devor ochilganidan so'ng, yo'g'on igna yoki yaxshisi elektroso'rg'ichning 5 millimetrli nayi yordamida punksiya qilinadi. Pufak bo'shlig'idagi suyuqlik so'rib olinganidan keyin mikroflora ekmasiga tekshiriladi, shundan keyin pufak oldi infiltratini ajratish yakunlanadi.

Gartman cho'ntagini infiltrat orasidan ajratish operatsiya «kaliti» hisoblanadi. Gartman cho'ntagida ko'pincha siljimaydigan toshlar bo'lib, uning devoriga qisqich qo'yishga imkoniyat kam bo'ladi. Bunday holatda zich yopishib qolgan toshni yuqoriga, pufak tanasining bo'shlig'iga siljitishga harakat qilish kerak. Shundan so'ng Gartman cho'ntagiga 10 millimetrli qisqich qo'yiladi va pufak yuqori va lateral tamonga traksiya qilinadi (99 - rasm). Shuni yodda tutish kerakki, pufak ortiqcha tortilganda UO'Y siljib jarohatlanishiga sabab bo'lishi mumkin.



99 - rasm. O't pufagi bo'shlig'idagi yirik tosh qisqich yordamida yuqoriga siljirilganidan so'ng Gartman cho'ntagini ajratish yengillashadi.

Keyin Kalo uchburchagi sohasida qaychi yordamida qorin parda kesiladi va tumtoq yo'l bilan, dissektor yoki tupfer yordamida infil'trlangan kletchatka ajratiladi va umumiy jigar hamda pufak yo'li o'rtasida «tuynuk» shakllantiriladi, ya'ni an'anaviy xolesistektomiyadagi kabi. An'anaviy xolesistektomiyadan farqli ravishda, shakllantirilgan «tuynuk» asosi bo'lgan UJY gepatoduodenal boylam infil'trlangan yog' to'qimasining orasida joylashganligi uchun laparoskopik amaliyotda har doim ham tez

farqlanmaydi. Ayrim holatlarda xirurg «tuynuk»ni shakllantirib UJY lateral tamonga siljitadi. Bunda u pufak yo'li deb baholanib kesilishi mumkin. Jigardan tashqari o't yo'llarining jarohatini oldini olish uchun, xirurg nafaqat pufak yo'lini, balki UJY va UO'Y yaxshi farqlanganligiga ishonch hosil qilishi kerak. O't yo'llarini aniqlash uchun qo'yidagi usulni qo'llash mumkin. Shakllantirilgan «tuynuk»ga xirurgik asbob kiritilib, pufak yo'li va O'Tbo'yinchasi lateral va bir oz yuqoriga siljiriladi. Bunda gepatoduodenal boylam chekkasida aniq farqlanadigan UO'Y tortilishi kuzatiladi. Jigardan tashqari o't yo'li oldingi devoriga pufak yo'li taxminiy qo'yi lish joyida 1 sm dan uzoq bo'lmagan oraliqda visseral qorin parda va yog' to'qimasi tozalanadi. Agar o't yo'llarining aniq qo'yilish joyi ajratilsa, jigar darvozasi tamonidan keladigan UJY terminal qismi, UO'Y va pufak yo'lini ko'rish imkoni bo'ladi (nay strukturalarining T-simon tuzilishi).

UJY jarohatlanish xavfi bo'lganligi uchun pufak yo'lini magistral o't yo'lga yaqin joydan ajratish tavsiya etilmaydi. LXE amaliyotga kiritilganidan so'ng, pufak yo'lining qolib ketgan uzun cho'ltoq'ida tosh bo'lmasa asorat kelib chiqmasligi ma'lum bo'ldi.

Pufak yo'lga klipslar qo'yishda ortiqcha kuch sarf qilmaslik kerak, chunki bu pufak yo'li cho'ltoq devorining qisman teshilishi va hattoki klipslar yordamida infil'trlangan devorning kesilishiga sabab bo'lishi mumkin. Xuddi shunday ehtiyotlik bilan pufak arteriyasi klipslanadi va kesiladi.

Ayrim holatlarda pufak arteriyasi ikkita qon tomir bilan namoyon bo'lishi mumkin, ulardan bittasi pufak yo'lidan oldinda, ikkinchisi esa odatdagi joydan o'tadi. Bunday holat bo'lishi mumkinligini xirurg yodda tutishi kerak, chunki qo'shimcha arteriyani pufakni qon bilan ta'minlaydigan yagona manba deb qabul qilib cho'ltoq'iga ishlov bergandan so'ng odatdagi joydan chiquvchi asosiy arteriya ustunidan qon ketishi mumkin.

O't pufagi yotog'idan ajratishda ma'lum qiyinchiliklar to'g'ilishi mumkin: infil'trlangan to'qima oson yirtiladi, har doim ham pufak orqa devori va uning yotog'i orasidagi qavatga «kirish» iloji bo'lmaydi. Bunday holatlarda Pribram tamonidan tavsiya etilgan operatsiya usulidan foydalanish mumkin, ya'ni pufak oldingi yon devorlarini kesib, orqa devor shilliq qavatini koagulyatsiya qilish. Bunda pufak bo'yinchasining oldingi

devori pufak yo'liga qo'yilgan klipslardan 3-5 mm qolganicha kesish kerak. Uzun «ochilmagan» pufak bo'yinchasining cho'ltog'i qolganida uning bo'shlig'ida toshlar qolishi mumkin. Agar pufak bo'yinchasi pufak yo'liga qo'yilgan klipsga yaqin joydan kesilsa, klips joyidan kuchishi mumkin.

Agar pufak bo'shlig'idan yirik toshlar qorin bo'shlig'iga tushsa ular konteynerda olinadi. Ko'pmayda toshlar uchligining diametri 10 millimetr kattalikda bo'lgan elektr so'rg'ichi bilan muvaffaqiyatli so'rib olinadi.



100 - rasm. Pribram usulida xolesistektomiyada o't pufagi ning oldingi yon devorini kesib olish. Kesimning pastki burchagi klipsdan 3-5 mm yuqorida.

O'tkir xolesistit tufayli xolesistektomiyalarning hamma holatlarida bilio- va gemostaz nazoratidan so'ng jigar osti sohasi antiseptik eritma bilan yuviladi va tashqi diametri 10 mm bo'lgan nay bilan drenajlanadi.

Gemostazning o'ziga xos xususiyatlari

Arterial qon ketish. Laparoskopik operatsiya vaqtida qon ketishni to'xtatish murakkab vazifa hisoblanadi. endovideoxirurgik aralashuvlarga xarakterli bir qator o'ziga xos spesifik xususiyatlar mavjud. «Pulsatsiyalovchi» qon ketish vujudga kelganda laparoskop optikasiga qon sachraydi, bu esa laparoskop yon oynasini artish uchun laparoskopni qorin bo'shlig'idan chiqarishga majbur qiladi. Bu vaqt oralig'ida jigar osti sohasiga qon yig'ilib, qon ketish manbaini yashiradi. Bundan tashqari, qorin bo'shlig'ida qon yig'ilgandan so'ng yorug'lik yutilishi oshib, ko'rinish yomonlashadi. Bunday muammolarni oldini olish uchun, qo'yidagi qoyidalarga rioya qilish kerak.

Arterial pulsatsiyalovchi qon ketganda laparoskop qon ketish manbaidan optika ifloslanmaydigan masofaga o'tkazilishi kera. Qonayotgan qon tomirning anatomik ko'rinishi aniq farqlanmasidan klipslash, to'qimalarni koagulyatsiya qilish yoki «ko'r-ko'rona» qisqich qo'yish mumkin emas. Qon ketayotgan manba yoki u aniqlanmasa qonayotgan joy har qanday asbob bilan bosib turiladi. Bu deyarli har doim vaqtinchalik qon ketishini to'xtatadi yoki qon ketishini nihoyatda kamaytiradi. Shundan so'ng to'kilgan qon so'rib olinadi. elektroso'rg'ichni ishlatgan holda, qonayotgan tomirni bosib turish qisqa vaqtga bushatib, qon ketish manbai farqlanadi. Jarohatlangan pufak arteriyasi yoki uning cho'ltog'idan qon ketganda u dissektor yoki qisqichga olinib, bir oz yuqoriga tortiladi va shu zahotiyoq ushlab turgan asbobning tagidan o'ng jigar arteriyasi klipsga ilinmasligiga ishonch hosil qilib klipslanadi. Agar qon ketish manbai jigar arteriyasi bo'lsa, arteriya devoridagi defekt 4-0 yoki 5-0 so'rilmaydigan ipda atravmatik igna bilan tikiladi. Agar xirurg endoskopik chok qo'yish texnikasini mukammal bajara olmasa yoki sharoit arteriya defektini sifatli tikishga yo'l qo'ymasa, kechiktirmasdan konversiyaga o'tish kerak.

O't pufagi yotog'idan qon ketish. O'tkir xolesistitda o't pufagi yotog'idan ajratib olgandan so'ng jigar parenximasidan qon ketadi. Gemostazni ta'minlash uchun bipolyar koagulyatsiyani qo'llash lozim. O't pufagi yotog'ining yuqori yarmidan qon ketganda qon ketishni to'xtatishda qo'yidagi usul yordam beradi. Yotoqning qonayotgan yuzasi bipolyar qisqich bilan bosib turiladi. Bipolyar qisqichning qarama-qarshi tamoni jigaming diafragmal yuzasiga biron-bir asbob (grasper, so'rg'ichning metal nayi) qo'yiladi. Bu asbob bilan jigar bipolyar qisqichga zich bosiladi va koagulyatsiya amalga oshiriladi. Asboblarda o'rtasida jigar parenximasining kompressiyasi bilan birga koagulyatsiya qilish yaxshi gemostatik afzallikka ega.

Pufak yotog'ini elektrokoagulyatsiya qilishdan naf bo'lmaganda TaxoKomb gemostatik vositasini qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. TaxoKomb plastinasi 10 mm diametrdagi portga mos qilib nay shaklida urab, qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Atravmatik qisqichlar yordamida plastina yoyilib, pufak yotog'ining qonayotgan joyiga tupfer bilan bosib turiladi va 5 min. davomida qo'zg'atmasdan ushlab turiladi. Gemostatik vositani

qo'llash bo'yicha qoyidalariga rioya qilinsa to'liq gemostazga erishish mumkin.

Laparoskopik xolesistektomiya vaqtida o't-safro oqishi

Pufak bo'shlig'ining ochilishidan tashqari holatlarda LXE vaqtida jigar osti sohasida safro paydo bo'lsa o't yo'lining jarohatlanganligidan darak beradi. Xuddi an'anaiviy operatsiyadagi kabi, safro oqishining manbai O't yotog'ida yuzaki joylashgan kichik diametrdagi o't yo'llari, pufak yo'li cho'ltoq'idan klipsning sirpanib tushishi yoki cho'ltoqni klips yirtishi natijasi bo'lishi mumkin. Laparoskopik operatsiyalarda laparoskop optik tizimi kattalashtirib ko'rsatishi natijasida o't yo'llarining jarohati kam uchraydi.

Xolesistektomiya yakunlanganidan so'ng, safro aniqlansa yoki aniqlanmasa ham biliostaz sifatini tekshirish uchun jigar osti sohasini sinchiklab ko'rish kerak. Ko'rik pufak yotog'idan boshlanadi, asosan yotoqning yuqori lateral va pastki uchligidagi qismiga e'tibor berish kerak. Yuqori qismda jigar V segmentida yuzaki joylashgan o't yo'llari, pastki qismda esa VII yoki VIII segmentning qo'shimcha o't yo'li jarohatlanishi mumkin. Yotoq yuqori qismida jarohatlangan o't yo'li 1 mm diametrdan ziyot bo'lmagan yupqa devorli naysimon ko'rinishda bo'lib, och rangdagi kam miqdorda safro oqishi bilan xarakterlanadi.

Yotoq yuqori qismi yuzaki o't yo'llar biliostazining optimal usuli bo'lib klipslar qo'yish hisoblanadi. Buning uchun klipapplikator branshlarining uchlari jigar parenximasida aniqlangan o't yo'li o'qiga perpendikulyar 2-3 mm chuqurlikda cho'ktirilib klipslar qo'yiladi. Bipolyar koagulyatsiyani ham qo'llash mumkin, ammo bu usul har doim ham naf bermaydi.

Yotoqning pastki qismida O't yoki UJY va O'JY qo'yiladigan jigar VII yoki VIII segmentining qo'shimcha o't yo'li kesilganligini aniqlash mumkin. Qo'shimcha o't yo'li 1-2 mm diametrdagi yupqa devorli naysimon ko'rinishda bo'lib, och rangdagi ko'pmiqdorda safro oqishi bilan xarakterlanadi. Segmentar o't yo'lining kesilishi «drenajlanmaydigan» segment paydo bo'lishiga sababchi bo'lishi mumkin. Bu asoratning klinik ko'rinishi operatsiyadan keyin xafta yoki oy o'tgandan keyin namoyon bo'ladi.

Qo'shimcha o't yo'lining kesilganligi aniqlangandan so'ng, uning bo'shlig'iga nay kiritib xolangiografiya qilishga harakat qilish kerak. Agar jigar ichi anastomozlari bo'lmasa va bu o't yo'li jigar bir segmentini drenajlaydigan hajmda bo'lsa Ru usulida och ichak qovuzlog'i bilan biliodigestiv anastomoz (BDA) yoki tashqi drenajlash bajarish kerak. Qo'shimcha o't yo'li klipslanishi kechki asoratlarni keltirib chiqaradi.

O'tkir xolesistitda pufak yo'li cho'ltoq'ini klips yirtishi yoki klipsning cho'ltoqdan sirpanib tushishi odatiy holat. Bunday asorat aniqlansa defektdan pastroqda pufak yo'lining cho'ltoq'i qayta klipslanishi kerak. Pufak yo'li cho'ltoq'ini klips yirtgandan so'ng cho'ltoq qolmasdan UJY devorida defekt paydo bo'lsa, unga 3-0 yoki 4-0 so'riluvchi ip bilan atravmatik ignada chok qo'yish kerak.

O'TKIR XOLESISTIT ASORATLARI MEXANIK SARIQLIK

Mexanik (obturatsion) sariqlik o't chiqaruvchi yo'llar qisman yoki to'liq tutilib, o't suyuqligining ichakka tushishini buzilishi natijasida rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi

Hozirgi vaqtda mexanik sariqlikning sabablari juda yaxshi urganilmokda. Etiologik prinsipga ko'ra, ularni bir nechta asosiy guruhlariga birlashtirish mumkin:

- 1) Xoledoxolitiaz;
- 2) O't yo'llari va katta duodenal surg'ich strikturasi;
- 3) Yallig'lanish kasalliklari (Xolangit);
- 4) Me'da osti bezi boshchasi va o't yo'llari o'smalari, kistalari;
- 5) Jigar va o't yo'llarining parazitlar kasalliklari.

1. Xoledoxolitiaz. Dunyo bo'ylab aholining taxminan 10-15% o't tosh kasalligi bilan kasallangan deb xisoblashadi va bu odamlarning aksariyati hech qanday alomatlariga duch kelmaydi. Xoledoxolitiaz 35-42% hollarda mexanik sariqlik sabablidir. Xoledoxolitiaz kasalligi tosh bilan kasallangan bemorlarning 7-48 foizida uchraydi. Yoshi katta va keksa odamlarda xoledoxolitiaz 2-3 marta ko'proq kuzatiladi. Agar o't toshlari o'z vaqtida olib tashlanmasa, u holda jiddiyroq va ba'zi hollarda hayot uchun xavfli bo'lgan holatlar, masalan, xolesisit, xolangit, pankreatit va sariqlik paydo

bo'lishi mumkin. Shu munosabat bilan, toshlar mavjudligi aniqlansa imkon qadar ularni tezda olib tashlash tavsiya etiladi.

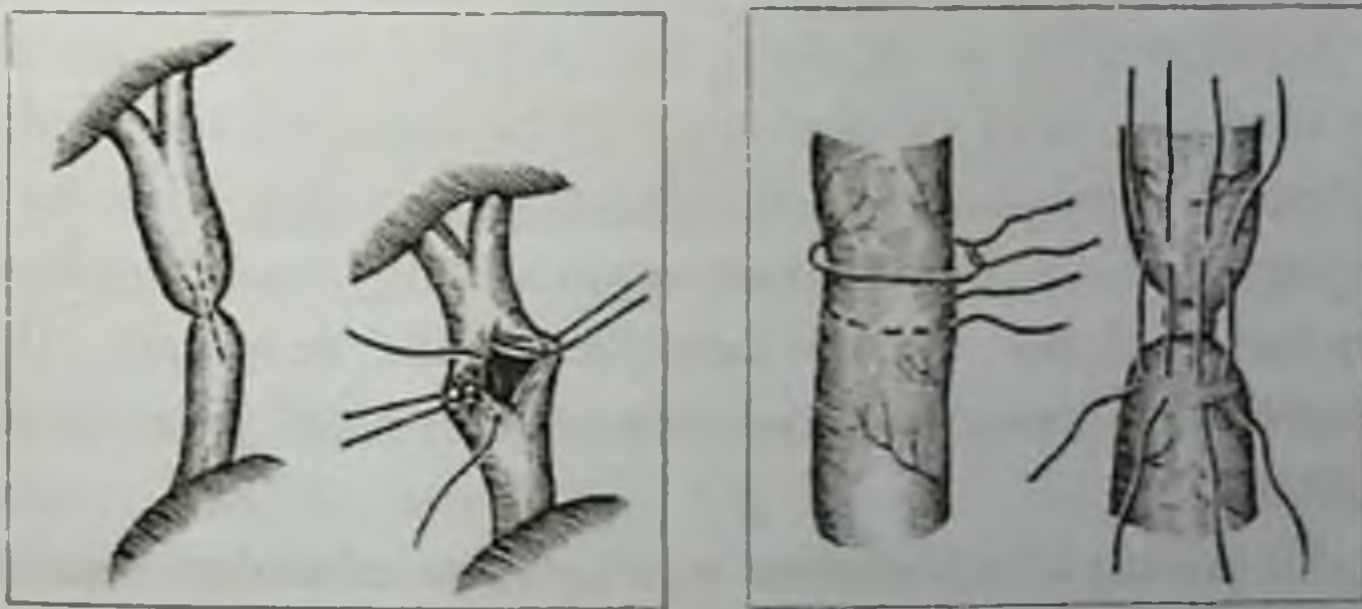
2. O't yo'llarining chandiqli torayishi (strikturasi). O't yo'llarining torayishi ko'p hollarda to'g'ridan-to'g'ri o't yo'llarida (xolangit) va atrofdagi to'qimalarda, shuningdek turli xil operatsiyalar paytida (xolesistektomiya, gastrektomiya va boshqalar) yallig'lanish jarayonlarining natijasidir. Adabiyotlarda yozilishiga ko'ra, zararlanishning kursatgichi 0,1% dan 0,74% gacha. 82,9–97% hollarda oshqozon-ichak traktining shikastlanishining sababi yanii yatrogen shikastlanishdir. XDS ning stenoz (sinonimlari: papillostenoz, faterov surgichining stenoz, XDS-ning torayishi Oddi sfinkterining sklerozi) XDS tor kanalining qisman yoki to'liq torayishi bo'lib, ko'pincha safro gipertenziyasi va o'n ikki barmoq ichakda safro chiqishi buzilishiga olib keladi. Umumiy o't yo'lining chiqish qismidagi stenozlar o't yo'llari patologiyasi bilan og'rikan bemorlarning umumiy sonining 0,7-35,6% da uchraydi. Oshqozon-ichak trakti kasalliklari bo'lgan bemorlarda XDS stenozining chastotasi 0,7-35,6% gacha. Ko'pincha 40 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan ayollar azob chekishadi. XDS stenozining sabablari: O't tosh kasalligi (xoledoxolitiaz ko'pincha mikroxoledoxolitiaz), surunkali xolesistit, xolangit, pankreatit, parapapillyar zonaning divertikullari, XDS o'smalari, Oddi sfinkterining instrumental ta'sirlari va funksional shikastlanishlarivshk. O'tk bilan XDS stenozining rivojlanishi toshning XDS orqali uning devorlariga travmatik ta'siri shuningdek o't yo'llarining yallig'lanishi bilan bog'liq. Xolangit bo'lsa, oshqozon-ichak traktining kontakt orqali yallig'lanishi XDS ga tushishidah kelib chiqadi bu esa ularning keyingi skleroziga olib keladi.

3. Yallig'lanish kasalliklari (Xolangit) - Xolangit deb jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llarining o'tkir yoki surunkali bakterial yallig'lanishiga aytiladi. Eng ko'p uchraydigan sabablari O't yo'llarining toshlari (bemorlarning 70-80 foizida), jarrohlik, laparoskopik, endoskopik jarrohlik, transpapillyarli aralashuvlar (10-5%), xolangiokarsinoma, parazitar infeksiyalar, yatrogen shikastlanishlardir. Patogenezi - xolestaz, (o't oqishini buzishi) o't yo'llarida bosimning oshishi natijasida bakterial infeksiya rivojlanishiga olib keladi. Bemorlarning fizikal tekshiruvida o'ng qovurg'a yoyi ostidagi og'riqlar, mushaklarning mo"tadillashishi (yiringli xolangit bilan) qayd etiladi. Peritonning ta'sirlanish simptomi belgilari

bo'lmaydi. Ko'pgina bemorlar jigaming pastki qirrasida og'riqni his qilishi mumkin. Yiringli xolangit tezda jigar parenximasi yuzasining qalinlashishiga, o't yo'llari devorlarida va diafragma osti yoki jigar osti sohalarida bir necha kichik xolanjiogen jigar abscesslari shakllanishiga olib keladi.



101 - rasm. O't yo'li strikturasi.



102 - rasm. Umumiy o't yo'li o'tkazuvchanligini tiklovchi operatsiyalar.
A) Geynike-Mikulich usulida. B) Rezeksiya.

Klinik jihatdan o'tkir xolangit tana haroratining to'satdan febril darajaga ko'tarilishi, titroq, va o'ng qovurg'a yoyi ostidagi to'mtoq og'riqlar va og'irlik hissi, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan ajralib turadi. O'tkir yiringli xolangit bilan og'riq kuchli xarakterga ega, sariqlik erta paydo

bo'ladi, bu nafaqat safro chiqishi qiyinlashuvi, balki jigar parenximasining zararlanishi bilan ham bog'liq. Titroq, yuqori tana harorati, nafas olishni tezlashishi, taxikardiya, leykotsitlar sonining ortishi bo'lgan-hayotiy organlar yaniy poliorgan etishmovchiligi, septik shok rivojlantirishi mumkin. Yallig'lanishlarda tizimli reaksiyaning ushbu belgilari bilan, asoratlarning yanada rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun shoshilinch choralar ko'rish kerak.



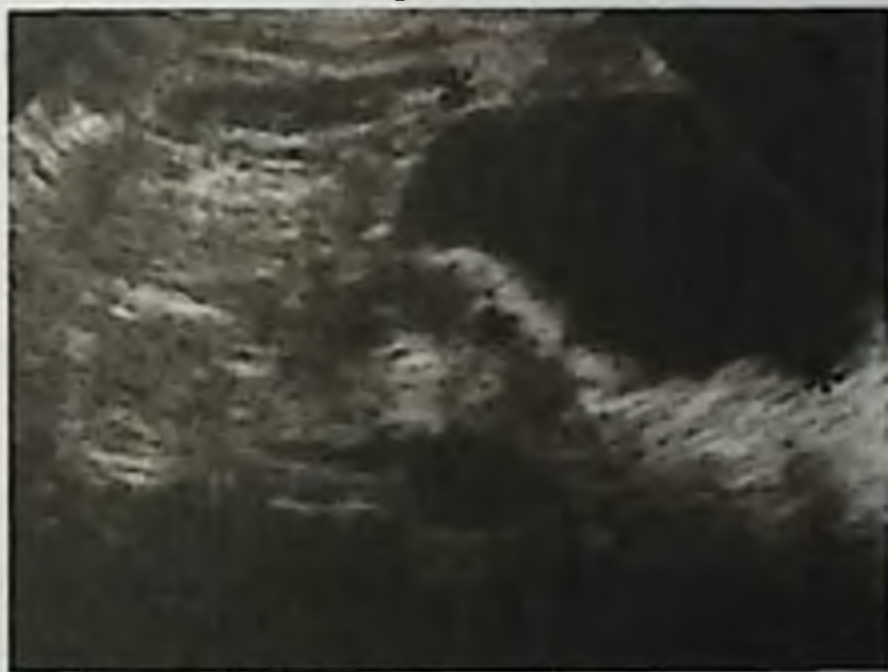
103 - rasm. Xolangit

O'tkir yiringli xolangit davolash birinchi navbatda, safro yo'llarining dekompressiyasi va obstruktiv sariqlikni bartaraf etishdan iborat. Xolelitiyoz va uning ba'zi asoratlari (xoledokolitiyaz, o'n ikki barmoq ichakning katta papillomasi, Mirizzi sindromi) bilan endoskopik manipulyatsiya - papillotomiya, litoekstraksiya va agar kerak bo'lsa, o't yo'llarining nasobiliar drenajlanishi orqali erishish mumkin. Davolashda eng muhim tarkibiy qismlar-katta antibiotik terapiyasi, BCC ni normallashtirishga qaratilgan infuzion terapiya, to'qima perfuziyasi, detoksifikatsiya.

4. Me'da osti bezi boshchasi va o't yo'llari o'smalari, kistalari - Bu umumiy o't yo'lining intrapankreatik qismini bosib qo'yishi natijasida rivojlanadi. Mexanik sariqlikning mexanizmi juda oddiy. Kista yoki o'smaning hajmini kattalashishi umumiy o't yo'lining intrapankreatik qismini mexanik bosishi natijasida biliar gipertenziya va mexanik sariqlikni rivojlanishiga olib keladi.

Jigaming xavfli o'smalari (xolangiogen va gepatotsellyuyar o'sma) safro oqishini buzadi va jigar yo'llarining segmentar va lobar kanallariga

tarqalganda biliar stazga sabab bo'ladi. Ekstragepatik o't yo'llarining proksimal qismidagi o'simta (Klaskin o'smasi) kasallikning erta bosqichida jigar o'smasiga olib keladi. Mexanik sariqlikda teri qoplami sarg'imgtir-yashil bo'ladi, o't yo'llarini berkitib qo'yadigan o'smalarda esa ersimon rangda bo'ladi. O't tosh kasalligiga bog'liq obturatsion sariqlikda kasallik boshlanayotganda jigar sanchig'iga o'xshash o'ziga xos xurujsimon og'riqlar paydo bo'ladi, ba'zan sariqlik o'tkir xolesistit zamirida vujudga keladi. Pankreatoduodenal soha o'smalarida sariqlik og'riq sezgilarisiz paydo bo'ladi. Teri qichimasi, ayniqsa bilirubin darajasi baland bo'lganda kuchli bo'ladi. Pankreatoduodenal sohasida o'smalari bo'lgan bemorlarning yarmida Kurvuaze simptomining musbatligi aniqlanadi. Axlrat oqchil rangli, o't yo'llari butunlay yopilsa axolik bo'ladi. Siydik to'q rangli. Bevosita va bilvosita bilirubin konsentratsiyasi, ayniqsa pankreatoduodenal sohaning obturatsion o'smalarida keskin oshgan bo'ladi.



104 - rasm. Ultratovush tekshirish (UTT). Oshqozon osti bezining chin kistasi

Sariqlikning biror turining klinik kechish xususiyatlari sariqlikni qo'zg'atgan kasallik xarakteriga bog'liq. Bu hol sariqlik turlarini differensial diagnostika qilishda qo'shimcha qiyinchiliklar tug'diradi. Sariqlikni diagnostika qilishning yuqorida ko'rsatib o'tilgan klinik va laboratoriya usullaridan tashqari, sariqlikning har xil turlarini differensial diagnostikasi uchun zarur va qimmatli axborot olishga imkon beradigan rentgenologik, endoskopik, radiologik, ultratovush bilan tekshirish usullariga katta o'rin beriladi.

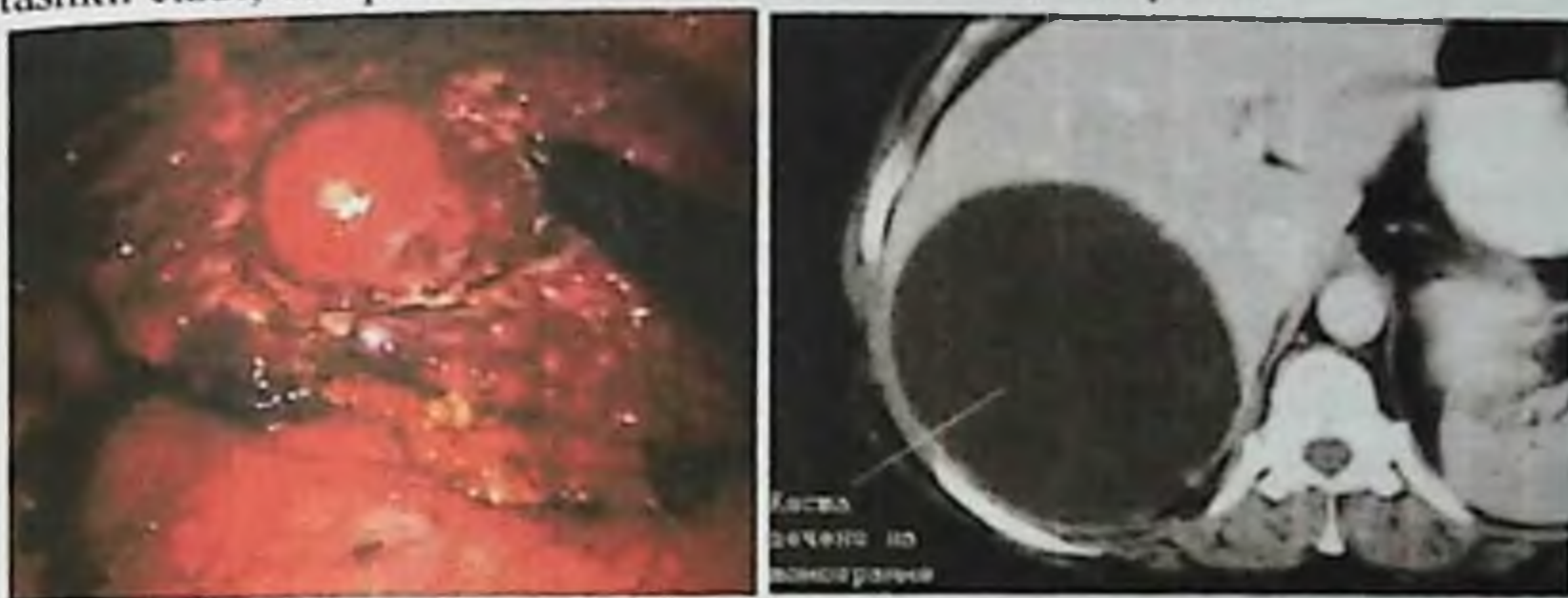
Mexanik sariqlik butun hepatobiliar sistemadagi o'zgarishlar va organizmning bir qator umumiy og'ir buzilishlari bilan o'tadi, bemorlar

holatining og'irligi sariqlik darajasi va davomiyligiga proporsional ravishda ortadi, bu qator yangi patologik holatlar paydo bo'lishiga olib keladi, shu sababli davolash natijasi yomonlashadi va o'lim darajasi ko'payadi. Jigar funksional holatining dekompensatsiyasi nisbatan tez o'tkir jigar etishmovchiligi avj olishiga olib keladi. I.M. Matyashin ma'lumotlariga binoan o't yo'llari obturatsiyasidan 10-14 kun o'tgach jigar funksiyasi shu qadar buziladiki, xirurgik operatsiya qilish g'oyat xatarli bo'lib qoladi va yuqori o'lim darajasi bilan o'tadi.

Mexanik sariqlikni davolashda dekompressiv aralashuvning muddatlari va turlari, profilaktika qilish yo'llari va operatsiyadan keyin jigar etishmovchiligini davolash muhim masala hisoblanadi. Operatsiya o't pufagi gipertenziyasini davolashning eng effektli chorasi hisoblanadi. Biroq narkoz, operatsion jarohat jigar etishmovchiligi rivojlanishi va klinik ifodalangan formaga o'tishi sababli bemorlarning ahvolini qiyinlashtiradi. Ko'rsatib o'tilgan jihatlar xirurglarni mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda radikal operatsiyalarni 2 bosqichda o'tqazish kerak degan fikrga olib keladi: birinchi bosqichda jigar funksional holatini va bemorlarning umumiy ahvolini yaxshilaydigan operatsiya, ikkinchisida radikal operatsiya qilish taklif etiladi. Hozirgi vaqtda laparoskopik xolesistostomiya, o't yo'llarini nazobiliar drenajlash, endoskopik transduodenal papillotomiya kabi ehtiyot qiladigan usullar qo'llaniladi. Teri orqali jigar orqali xolangiostomiya sariqlik, xolangit hodisalarini kamaytirish yoki tugatish, antibiotiklarni tanlash va maxalliy antibakterial davolash uchun o'tni ekish, xavfli o'smalarni ximiyaviy preparatlar bilan davolash imkonini beradi. Undan operatsiyani ko'tara olmaydigan bemorlarda o't chiqaruvchi yo'llarni tashqi yoki ichki drenajlashning doimiy usuli sifatida foydalanilishi mumkin

5. Jigar va o't yo'llarining parazitar kasalliklari. Askaridoz - og'iz geogel'mintozi, antroponoz oilasidan kelib chiqqan yumaloq qurt (*Ascaris lumbricoides*), *Ascaridae*, oilasi, *Nematoda* sinfiga mansub antroponoz. Rossiya Federatsiyasida har 100.000 aholiga to'g'ri keladigan kasallik hisoblanadi. Oshqozon-ichak traktidagi qurtlarning ko'chishi ko'pincha xolesistektomiya sfenkerotomiya, xoledoxostomiya yoki sfenkeroplastikadan so'ng kuzatiladi, *A. lumbricoides* larning o't yo'lga

ko'chib ketishi askaridozning barcha jarrohlik asoratlarning 28,5 foizini tashkil etadi, oshqozon-ichak trakti va 7% ni bezovta qiladi.



105 - rasm. Jigar exinokokkozi

Exinokokkoz - bu odamlarda va hayvonlarda surunkali parazitir kasallik bo'lib, ular organizmga kirib borishi va *Echinococcus granulosus* (lichinka) bosqichining rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Biogel'mintoz tuzilishida exinokokkoz 1,2% ni tashkil qiladi.



106 - rasm. Jigar exinokokki

Alveokokkoz - bu jigarning birlamchi shikastlanishi bo'lgan *Echinococcus multilocularis* lenta gel'mintidan kelib chiqqan jiddiy surunkali, tabiiy fokusli kasallik. Alveokokkozning o'ziga xos xususiyati asoratlari (MS parchalanish bo'shliqlari infeksiyasi, portal gipertenziya) va metastazlar bilan kechadigan birlamchi asseptomatik invaziv tarqalishidir. Rossiyada bu kasallik asosan Sibirda kuzatiladi (Oltoy o'lkasida, Krasnoyarsk o'lkasida, Tyumen va Kurgan viloyatlari), Yakutiyada,

Chukotkada, Kamchatka viloyatida. Alveokokkozda safro gipertenziyasi 7,5—44,3% da kuzatiladi.

Patogenezi - mexanik sariqlikning asosiy patogenetik aloqasi ekstragepatik o't yo'llari bilan bog'liq bilirubinni ajratish buzilishidir. Avvalo o't yo'llarida bosimning oshishi natijasida ta'sirlanadigan ichki O't yo'llari darajasida, so'ngra gepatotsitlar darajasida regurgitatsiya mavjud. MS paydo bo'lishining dastlabki kunlarida gepatotsit membranalarning o'tkazuvchanligi va ulardan indikator fermentlarining chiqishi qisqa muddatli (3-5 kun) ko'payadi. O't yo'llarining obstruksiyasi paydo bo'lganidan keyin xuddi shu davrda jigar faoliyati biroz buziladi va gepatotsitlar orqali safro chiqishi davom etadi. O't yo'llarida bosimning uzoq vaqt ko'payishi jigar hujayralari faoliyatining buzilishiga olib keladi va (bilirubinning gepatotsitdan qonga qaytishi) sodir bo'ladi. Gepatotsitlar emirilib boshlanganda jigar funksiyasi yomonlashadi va qondagi boglanmagan bilirubin miqdori ortadi. Ushbu davrda gepatotsit nekrozi kuzatilishi mumkin, shu sababli qondagi aminotransferazalarning faolligi oshadi. Ichakda o't kislotalari yo'qligi sababli lipaza faollashtirilmaydi, oqsil hazm qilish buziladi va yog'da eriydigan vitaminlarning erishi buziladi. K₁ vitaminisiz protrombin hosil bo'lmaydi, qon ivish kamayadi. Safro bakteritsid ta'sirini yo'qotadi, bu esa disbakteriozga olib keladi. O't kislotalarining yo'qligi ichak harakatining buzilishiga olib keladi. Qonda karbamid va kreatinin darajasi ko'tariladi, jigaming antitoksik funksiyasi buziladi va safro enterogepatikga aylanadi. Gepatotsitlar kamayadi va buziladi. Nefronning funksiyasi pasayadi va bularning barchasi mexanik sariqlik bilan og'rigan bemorlarda jigar-buyrak sindromining rivojlanishiga olib keladi. Toksik moddalar qon-miya to'sig'ini kesib o'tadi, bu jigar ensefalopatiyasi bilan namoyon bo'ladi. Gram-salbiy ichak florasining yuk bulish paytida ajralib chiqqan endotoksin yoki gramm-manfiy bakteriyalarning lipopolisaxaridi, ichak shilliq qavati jigar portal venasiga, so'ngra umumiy qon aylanishiga kiradi, bu yerda bir qator biologik tizimlar faollashadi: koagulyatsiya tizimi, komplement, qon hujayralari - monotsitlar, makrofaglar, neytrofillar, eozinofillar, endoteliotsitlar shuningdek ko'plab mediatorlarning chiqarilishi boshlanadi. Endotoksin yoki lipopolisaxaridi bilan kasalliklarni davolashning muvaffaqiyati ichak to'sig'ini saqlashga va jigar makrofaglarining (Kupfer hujayralari)

ishlashiga bog'liq. O't yo'lining tiqilib qolishi tufayli xolestaz ham naycha epiteliyiga, ham gepatotsitlarga arar yetkazuvchi ta'sir ko'rsatadi. Gepatotsit ichidagi safro tarkibiy qismlarining to'planishi nafaqat intragepatik xolestazning rivojlanish sabablari bilan, balki tashuvchida nuqson yoki ekstragepatik xolestazda uning funksiyasini inkor etish bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Safro tarkibiy qismlari (gidrofob o't kislotalari, bilirubin, xolestenn) gepatotsitlarga, xususan uning mitoxondriyalariga nafas olish aylanishini va yog kislotalarini oksidlanishini bevosita yoki bilvosita to'sib qo'yadigan toksik ta'sir ko'rsatadi. Natijada nafaqat gepatotsitlar funksiyasini buzilishi, balki lipid peroksidlanish jarayonlarini rag'batlantirish ham sodir bo'ladi, bu hujayralar zararlanishiga olib keladi. O't yo'llari uchun xolestazning oqibatlarini, bir tomondan, naychalar bo'shlig'idagi bosimning oshishi, boshqa tomondan, hidrofobik kislotalarning zararli yuvish ta'siridan kelib chiqadi. Ularning ortib borayotgan konsentratsiyasi biokimyoviy jarayonlar zanjirini boshlaydi, natijada apoptoz orqali gepatotsitlar va xolangiotsitlar nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi

MS bilan og'riqan bemorlarning ulushi oshqozon-ichak trakti patologiyasi bo'lgan jarrohlik bemorlarning umumiy sonining 18% yoki undan ko'pini tashkil qiladi. MS ni aniqlash har 1000 kishiga taxminan 5 ta holat. Shimoliy Yevropaliklarda Osiyo va Afrikadagi odamlar bilan solishtirganda O't tosh kasalligi xavfi yuqori. O't pufagi kasalligi bilan ayollar erkaklarga qaraganda ko'proq kasallanishadi. 60 yoshga kelib, amerikalik ayollarning deyarli 25% O't yo'llarida toshlarga ega, 75 va unda katta yoshda ular allaqachon 50% ga aylanadi. 30 yoshgacha bo'lgan bemorlar guruhida MS asosiy sababi xoledoxolitiaz; 30-40 yoshdagi odamlar orasida - o'smalar va xoledoxolitiazning chastotasi teng; 40 yoshdan oshganda o'smalar ustunlik qiladi. Barcha yoshdagi populyatsiyalarda, ko'pincha MS ning sababi o't yo'llarida toshlar (45% gacha) va kanallarda, XDS, oshqozon osti bezi, o't pufagidagi neoplazmalar (taxminan 40%).

Hozirgi vaqtda MS bilan kasallangan bemorlar sonining ko'payishi tendensiyasi kuzatilmoqda (15-20%), buning sababi ko'pincha: XDS stenoz - 16-29%, pankreatit - 5,4-27,4%, ekstragepatik o't yo'llarining torayishi - 5,3-15%, oshqozon-ichak trakti jigarining parazitlar kasalliklari - 1,6-4%

neoplazmalar (oshqozon osti bezi boshining o'smasi, XDS o'smasi, o't yo'llari), oshqozon-ichak traktining atreziyasi. O't yo'llarining kontenital malformatsiyalari kamroq tarqalgan.

Gram-manfiy ichak florasining yuq bulish paytida ajralib chiqqan endotoksin yoki gramm-manfiy bakteriyalarning lipopolisaxaridi, ichak shilliq qavati jigar portal venasiga, so'ngra umumiy qon aylanishiga kiradi, bu yerda bir qator biologik tizimlar faollashadi: koagulyatsiya tizimi, komplement, qon hujayralari - monotsitlar, makrofaglar, neytrofillar, eozinofillar, endoteliotsitlar shuningdek ko'plab mediatorlarning chiqarilishi boshlanadi. Endotoksin yoki lipopolisaxaridi bilan kasalliklarni davolashning muvaffaqiyati ichak to'sig'ini saqlashga va jigar makrofaglarining (Kupfer hujayralari) ishlashiga bog'liq. O't yo'lining tiqilib qolishi tufayli xolestaz ham naycha epiteliyiga, ham gepatotsitlarga zarar yetkazuvchi ta'sir ko'rsatadi. Gepatotsit ichidagi safro tarkibiy qismlarining to'planishi nafaqat intragepatik xolestazning rivojlanish sabablari bilan, balki tashuvchida nuqson yoki ekstragepatik xolestazda uning funksiyasini inkor etish bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Safro tarkibiy qismlari (gidrofob o't kislotalari, bilirubin, xolesterin) gepatotsitlarga, xususan uning mitoxondriyalariga nafas olish aylanishini va yog kislotalarini oksidlanishini bevosita yoki bilvosita to'sib qo'yadigan toksik ta'sir ko'rsatadi. Natijada nafaqat gepatotsitlar funksiyasini buzilishi, balki lipid peroksidlanish jarayonlarini rag'batlantirish ham sodir bo'ladi, bu hujayralar zararlanishiga olib keladi. O't yo'llari uchun xolestazning oqibatlarini, bir tomondan, naychalar bo'shlig'idagi bosimning oshishi, boshqa tomondan, hidrofobik kislotalarning zararli yuvish ta'siridan kelib chiqadi. Ularning ortib borayotgan konsentratsiyasi biokimyoviy jarayonlar zanjirini boshlaydi, natijada apoptoz orqali gepatotsitlar va xolangiotsitlar nobud bo'ladi.

Tasniflash

Mexanik sariqlikni davolash, jarrohlik taktikasini tanlash uchun E. I. Gal'perin tomonidan tavsiya etilgan uning og'irlik darajasi tasnifidan foydalanish tavsiya etiladi. bu nafaqat biokimyoviy parametrlarni, balki mexanik sariqlikning og'irligini oshiradigan asoratlarni ham hisobga oladi (1-jadval).

Mexanik sariqlikda jigar etishmovchiligining og'irligini baholash

Labarotor ko'rsatgichlar	Labarotor ko'rsatkichlari laboratoriya parametrlarining me'yordan og'ish darajasini baholash uchun o'lchov		
	1	2	3
Umumiy qon zardobidagi bilirubin (mkmol/l)	60	60-200	>200
Umumiy qon zardobidagi oqsil (mkmol/l)	>65	65-55	55

Jiddiylikni oshiradigan asoratlari: xolangit, buyrak yetishmovchiligi, jigar etishmovchiligi, ensefalopatiya, oshqozon-ichakdan qon ketish, sepsis. Mexanik sariqlik sindromining bunday asoratlari umumiy bilirubin darajasi 2 koeffitsienti bilan taqqoslanganda va bilirubinemiya darajasiga bog'liq, ya'ni bilirubin 1 ball - asorat 2 ball, bilirubin 2 ball - asorat 4 ball va bilirubin 3 ball - asorat 6 ball. Ikki yoki undan ortiq asoratlari birlashtirilganda, ballar soni ikki baravar ko'payadi yoki mutanosib ravishda oshadi. Sepsis ikki yoki undan ortiq asorat sifatida baholanadi. Mexanik sariqlikning o'sma genezisi 1 asorat sifatida baholandi. Baholash omillarining bunday kombinatsiyasi bilan mexanik sariqlikning 3 jiddiy darajasi ajratiladi (2-jadval).

Mexanik sariqlik: "A" sinfi (yengil obstruktiv sariqlik - 5 balldan yuqori bo'lgan bemorlar); "V" sinfi (o'rtacha og'irlikdagi mexanik sariqlik) - 6-15 ball bo'lgan bemorlar, "C" sinfi (og'ir mexanik sariqlik) - 16 ball bo'lgan bemorlar. MS og'irligini baholashdan tashqari, tasniflash jarrohlik aralashuvning prognozini aniqlashga imkon beradi: bemorlarga MS tasnifi "A" - ijobiy prognoz, "V" sinfi - shubhali, bemorning umumiy ahvoriga bog'liq. Shuni ham unutmangki, jigar yetishmovchiligi kasallikning har qanday davrida sariqlikni murakkablashtiradi va kasallikning prognozi va natijasini aniqlaydi. Ushbu tasniflash MSda jigar etishmovchiligini bashorat qilishga ta'sir qilmaydi.

2-Jadval.

Mexanik sariqlik og'irlik darajasini baholash

Mexanik sariqlik og'irligi	Ballar yig'indisi	Operatsiyadan keyingi asoratlar %	Operatsiyadan keyingi o'lim %
Yengil (A sinf)	≤5 ball	16,3	0,8
O'rtacha (V sinf)	6-15 ball	59	13,6
Og'ir (S sinf)	≥16 ball	88,4	46,1

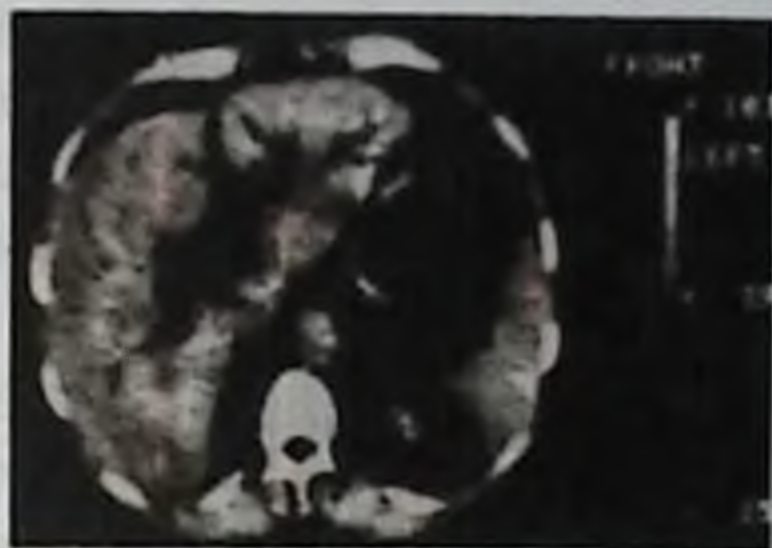
Diagnostikasi

Shikoyatlar va kasallik anamnezi.

Sariqlik mustaqil nozologik shakl emas, balki bir qator kasalliklarga xos bo'lgan sindrom bo'lgani uchun diagnostika usullari uchun oqilona algoritmni tanlash qiyin. Buning uchun birinchi navbatda klinik va tibbiy tarix ma'lumotlarini hisobga olish kerak. Bemorlar shikoyat qiladilar: og'riqlar, sklera va terining sarg'ayishi; qichima terisi; yallig'lanish jarayonlari mavjudligida tana haroratining ko'tarilishi; umumiy zaiflik; quyuq siydik va yengil najasning sekresiyasi; og'izda metall ta'm.

Anamnez: Qoida tariqasida, bemorlar o'ng qovurga yoyi ostidagi og'riqlar, anamnezda O'tda tosh mavjudligi, o't yo'lidagi oldingi operatsiyalar, terining doimiy qichishi, vazn yo'qotish, isitma va titroqning mavjudligi, dietada xato (alkogolichimliklar, yog'li, qovurilgan ovqatlar, dorivor mahsulotlarni iste'mol qilish) dorilar). Bir qator bemorlar, ayniqsa o'sma kasalligi tufayli sariqlik bilan og'rikan bemorlarda anoreksiya, dispeptik ko'rinish (ko'ngil aynish, beqaror ich ketishi) bilan og'riydilar. Xuddi shu patologiya bilan, vazn yo'qotish xarakterlidir va ba'zida bu og'riq va sariqlikning paydo bo'lishidan oldin kasallikning birinchi alomatidir.

Ishtahaning pasayishi bemorlarning yarmidan ko'pida uchraydi. Ko'pincha yog'li yoki go'shtli ovqatlarga nafrat mavjud. Ba'zida ovqatdan keyin og'irlik hissi paydo bo'ladi, oshqozon og'rig'i, ichak faoliyati tez-tez buziladi, qichishish paydo bo'ladi, ich qotishi va ba'zida diareya mo'l-ko'l, kulrang-loy rang bo'lib, yoqimsiz hidga ega, ko'p miqdordagi yog'ni o'z ichiga oladi.



107 - rasm. Instrumental tekshirish usullari. A) Ultratuvush tekshirish. B) Kompyuter tomografiya.



108 - rasm. Kontrastli rentgenografiya.

O'tkir xolangitni o't yo'llari kasalligi bilan og'rikan bemorlarda, o't yo'llarida stentlash, o'ng qovurga ostidagi og'riqlar, titroq bilan isitma va mexanik sariqlik bilan og'rikan bemorlarda qo'llash mumkin. Mexanik sariqlikning klinik ko'rinishidagi xarakterli alomatlar:

Og'riq, sariqlik, terining qichishi, vazn yo'qotish, ishtahani yo'qotish, isitma. Og'riq mexanik sariqlikning asosiy belgisi kasallikning boshida o'tkir og'riq hurujining paydo bo'lishi, jigar kolikasiga o'xshash. Og'riq o'ng kovurga ostida paydo bo'ladi, pastki orqa, bo'yin o'ng yelka va yurak mintaqasiga tarqaladi. Sariqlik o'smasi bilan og'rikan bemorlarda (20%), umuman og'riq bo'lmaydi. Har xil intensivlikdagi og'riq sindromi bemorlarning 70-85 foizida, odatda o'ng kovurga yoyi yoki epigastral soxada kuzatiladi. Oshqozon osti bezi boshining o'smasi bilan og'riq o'ng o'ng kovurga yoyi yoki epigastral mintaqada seziladi, tananing va dumning

o'smasi chap kovurga yoyi va epigastral mintaqada og'riq bilan tavsiflanadi, ammo u o'ng kovurga yoyi ogrik hislami ham namoyon qilishi mumkin.

Mexanik sariqlik kasalligi bilan kasallanish xoledoxolitiaz tufayli kelib chiqadi. Uning xarakterli simptomlar majmuasi qorin bo'shlig'idagi kuchli og'riqlar, terining rangsizlanishi va skleradan iborat bo'lib, ular og'riq 12-24 soat o'tgach, najasning rangsizlanishi va siydik rangining qizarushi. Safro aylanmasi to'liq tikanmasa, sariqlik tez ortadi, agar bu sodir bo'lmasa yoki safro chiqib ketishini bezovta qiladigan "klapan" mexanizmi paydo bo'lsa, u kechuvchi xususiyatga ega. Sariqlik bilan o'sma paydo bo'lishi bilan kasallikning birinchi alomatlari kam uchraydi, ko'pincha og'riq yoki tana vaznini yo'qotishdan oldin, asta-sekin rivojlanadi. Uning intensivligi doimiy ravishda o'sib boradi.

Terining qichishi terining retseptorlarini O't kislotalari bilan timash xususiyati tufayli yuzaga keladi. Sariqlik bilan, oshqozon osti bezi o'smasi tufayli ko'pchilik bemorlarda qichishish paydo bo'ladi. Odatda bu sariqlik paydo bo'lganidan keyin paydo bo'ladi, ko'pincha qonda bilirubin miqdori yuqori bo'ladi, Bu bemorlarning axvolini sezilarli darajada yomonlashtiradi, ularga dam bermaydi, uyqusizlikni va asabiylikni kuchaytiradi, ko'pincha terida izlari ko'rinadigan ko'plab timalishga olib keladi.

Obektiv ko'rik

Bemorni tashqi tekshiruvi sklera va terining shilliq qavatini, tanada timalgan izlarni ko'rsatadi. Teri (shilliq pardalar, sklera) sarg'ish-yashil rangga ega, safro yo'llarining mexanik sariqlik bilan - tuproq rangi xarakterli. Uzoq muddatli mexanik sariqlik bo'lsa, teri bronza rangga aylanadi. Ilgari operatsiya qilingan bemorlarda operatsiyadan keyingi qorin old devorida yaralar paydo bo'ladi. Uzoq vaqt davomida mavjud bo'lgan MS gomeostaz buzilishining, shu jumladan qon ivishining buzilishiga yordam beradi. Ushbu jiddiy asoratning klinik ko'rinishi minimal jarohatlar va in'eksiya joylarida teri gematomalari va gemorragik toshmalardir. Gepatopankreatobiliar zonaning o'tkir yallig'lanish jarayonlarida (masalan, mexanik sariqlik tomonidan murakkablashgan o'tkir xolesistitda) yuqori tana harorati qayd etiladi. Qorinni tekshirganda, qorin devori nafas olishda ishtirok etadi, qorinni paypaslganda og'riqli, o't pufagi yallig'lanishining buzuvchi shakllari bilan, o'ng kovurgada soxasida lokalizatsiya qilinadi. Xuddi shu joyda, bir qator hollarda, kattalashgan va bo'g'ilib qolgan o't

pufagini paypaslash mumkin. Ortner-Grekov, Merfi, Kera, Mussi-Georgievskiyning ijobiy belgilari (frenikus belgisi) aniqlandi. Yallig'lanish jarayonining parietal qorin bo'shlig'iga o'tishi bilan qorin bo'shlig'i mushaklarning kuchlanishiga qo'shimcha ravishda Shotkin-Blumbergning ijobiy belgisi paydo bo'ladi. Ularning barchasi O'tkir xolesistitning klinik ko'rsatmalarida batafsil tavsiflangan. Qorinni paypaslash qorinni palpatsiya qilish bilan bir qator bemorlarda uchraydi - kattalashgan, og'riqsiz o't pufagi (sindrom Kurvuz'e-Terr'e), ba'zi bemorlarda gepatosplenomegaliya aniqlanadi.

Laboratoriya diagnostikasi

Umumiy va biokimyoviy qon testini o'tkazish tavsiya etiladi.

Sharhlar: qonning umumiy tahlilida sariqlik, leykotsitozning yallig'lanish xususiyati, neytrofillarning yuqori miqdori, C-reaktiv oqsilning ko'payishi, EChTning ko'payishi, intoksikatsiya, anemiya bo'lishi mumkin. Biyoximik qon testlarida to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita bilirubin konsentratsiyasining to'g'ridan-to'g'ri va uzoq muddatli mavjudligi va bilvosita fraksiyasi tufayli ortishi kuzatiladi. Bilirubinning konsentratsiyasi yuqori raqamlarga - 850 mkol / l gacha va undan yuqori darajaga yetishi mumkin, ammo agar mexanik to'siq bo'lmasa, uning darajasi ko'pincha 100 mkol/l dan oshmaydi. Ishqoriy fosfataza (IF) darajasi oshadi, uzoq davom etgan sariqlik bilan alanin aminotransferaza (ALT) va aspartat aminotransferaza (AST) faolligining o'rtacha o'sishi kuzatiladi. Ba'zida o'tkir hepatitning differensial diagnostikasi uchun De Rit koeffitsienti (AST/ALT nisbati) hisoblab chiqiladi, uning pasayishi virusli hepatit uchun xosdir. Kamroq ma'lumot beruvchi safro kislotalari, xolesterin, lipoproteinlar, triglitseridlarning ko'payishi. Bir qator bemorlarda gamma-glutamilttransferaza (GGTP) faolligi oshgan. Fermentning tarkibi jigaming shikastlanishi bilan ortadi, uning faolligi oshishi xolestazning mavjudligini ko'rsatadi, shuning uchun MS bilan u keskin oshib, normadan 20 baravarga oshadi, bu mexanik sariqlik kasalligi yoki yiringli xolangit qo'shilishi uchun xosdir. Kreatinin miqdori normal darajada saqlanib turadi, buyrak etishmovchiligining rivojlanishi bilan uning faolligi oshadi. Kislota asosini o'rganish paytida qon elektrolitlarining qiymati jigar va ko'p a'zolar yetishmovchiligi darajasiga bog'liq. Umumiy siydik sinovini o'tkazish tavsiya etiladi.

Sharhlar: Siydikni umumiy tahlilida - bilirubin aniqlanadi, urobilinogen kamayadi yoki yo'q, ko'p safro pigmentlari, qon lipazasi - o'tkir pankreatitda faollik sezilarli darajada oshadi.

Agar parazitlar etiologiyada mexanik sariqlikga shubha tug'alsa, ikkita vazifaga muvofiq diagnostika dasturini tuzish tavsiya etiladi:

a) Sariqlikning mexanik xususiyatini blok darajasini aniqlash va UO'Ydagi o'zgarish darajasini baholash uchun standart instrumental tekshirish usullari.

b) MSning parazitlar etiologiyasini aniqlashtirish va tasdiqlash.

Mexanik sariqlikning tabiati rivojlanishida askaridozning etiologik rolini aniqlash uchun standart tadqiqotlar bilan bir qatorda quyidagilardan foydalanish tavsiya etiladi:

a) gemogramma: eozinofiliya, o'rtacha leykotsitoz;

b) *A. lumbricoideus* tuxumlarini koproskopiya yordamida aniqlash.

Sharhlar: Ishonchli tashxis faqatgina parazitologik tahlildan so'ng, o'n ikki barmoq ichakda yoki najasda opistorxiya tuxumlari yoki ularning biologik qismlari mavjudligiga asoslanadi. Bu faqat kasallikning 3-4 xaftasida yoki patogenning turini farqlashga imkon beradigan molekular biologik ekshiruv bilan mumkin bo'ladi. Oshqozon-ichak traktining parazitlar tO'tilishi bo'lsa, eozinofil sonini o'rganish tavsiya etiladi ham zarur.

Instrumental diagnostika

Diagnostik nurlanish tadqiqotlari sariqlikning sabablarini aniqlash, mexanik sariqlik mavjudligini va jiddiyligini tasdiqlash, shuningdek, o'simta kasalliklarining ekstremal gepatik metastazini istisno qilish uchun ishlatiladi. Jarrohlik yoki intervension davolanishni rejalashtirish uchun operatsiyadan oldingi davrda mexanik sariqlikning kelib chiqadigan sababini va joylashuvini aniq aniqlash zarur. Turli ilmiy jamoalarning so'nggi tavsiyalariga ko'ra, invaziv bo'lmagan diagnostik tasvirlash ultratovush (ultratovush), kompyuter tomografiyasi (KT), magnit-rezonansli xolangiopankreatografiya va endoskopik retrograd xolangiopankreatografiyani o'z ichiga oladi. Ushbu tadqiqotlar turli darajalarda samarali bo'lib, ichak tO'tilishining sabablari va darajasini baholash uchun ishlatiladi. Ushbu usullarning barchasi samaradorligini tasdiqlovchi adabiyotlarda ko'plab maqolalar mavjud, ammo qiyosiy

tadqiqotlar ularning xulosalarining to'g'riligiga ta'sir ko'rsatadigan omillarni kamdan-kam hollarda ko'rib chiqadi. Ushbu omillar orasida o'rganilayotgan populyatsiyada ekstragepatik obstruksiyaning tarqalishi, obstruksiyaning turli sabablari (tasodifiy kombinatsiyalar) va tushunarsiz natijalar yoki bajarilmagan izlanishlarning chastotasi kiradi. Ushbu omillar ishlash ko'rsatkichlaridagi farqlarga ta'sir qiladi. Shunday qilib, har qanday diagnostik shning maqsadga muvofiqligini aniqlash uchun umumiy klinik ko'rinishni hisobga olish kerak.

Qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvini MS bilan kasallangan barcha bemorlarga tavsiya etiladi

Sharhlar: Kengaygan safro yo'llarini aniqlashga asoslanib, ultratovush yordamida sariqlikning mexanik xususiyatini tezda aniqlash mumkin. Mexanik sariqlikning sabablarini aniqlashda ultratovush tekshiruvining sezgirligi 70-90%, boshqa xosligi esa 80-85% ni tashkil qiladi. Ushbu usul xoledoxolitiyaz, oshqozon osti bezi va jigardagi o'simta, o't yo'llarini kattalashgan limfa tugunlari bilan bosilganda va boshqalarni aniqlashda eng informatsiondir.

Mexanik sariqlik bo'lsa, distal blok bilan endo-ultratovush tekshiruvini tavsiya etiladi, agar ultratovush, ERXPG, MSKT ishlatilganidan keyin uning sababi noma'lum bo'lib qolsa. **Sharhlar:** usul oshqozon osti bezi boshining kichik o'smalarida, umumiy o't yo'lining distal qismida, mikroxoledolitiyaz va boshqa mayda shikastlanishlarda yuqori diagnostik samarani namoyish etadi. O't toshlarini tashxislash uchun qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvini va MRT juda informatsion usul bo'lib, u yoki boshqa usulni qo'llash ustuvorligi uning mavjudligi va o'qitilgan mutaxassislarning mavjudligiga bog'liq.

ERXPGni ultratovush tekshiruvini operatsiyadan oldingi aniq tashxisni aniqlashga imkon bermaydigan barcha holatlarda tavsiya etiladi.

ERXPG, oshqozon-ichak trakti anastomozlarining avval shakllangan bemorlarida ekstragepatik safro yo'llarini baholash uchun tanlash usuli sifatida tavsiya etiladi. **Sharhlar:** Shuni yodda tO'tish kerakki, safro yo'llarining torayishi yoki blokining uzunligi haddan tashqari baholanadi, chunki ichidagi torayish yoki ichak tutilishidagi safro miqdori signal hosil qilish va kanal tizimining anatomiyasini aks ettirish uchun har doim ham yetarli emas.

ERXPG protsedurasi muvaffaqiyatsiz ERXPG bo'lsa va kanallarning shishishi yoki periduktal siqilish tufayli xolangit bilan og'rikan bemorlarda tavsiya etiladi.

MS ni tashxislashda laparoskopiya qilish tavsiya etilmaydi. Sharhlar: laparoskopiya faqat bilvosita belgilarini aniqlaydi: jigarning malaxit rangi, uning kattalashishi va qirralarning yaxlitlanishi laparoskopiya yordamida aniqlangan jigar o'smalarining biopsiyasi juda heklangan. Shuni esda tutish kerakki, gemangioma biopsiyasi bilan kuchli nazoratsiz qon ketish ehtimoli yuqori va biopsiya natijasida parazitlar kasalliklar bu jarayonning tarqalishiga olib kelishi mumkin. Qayta takrorlanuvchi o'choqlar va "metastazlar" ni baholash uchun alveokokkoz uchun pozitsion-emul'sion tomografiyasidan foydalanish tavsiya etiladi.

Davolash

Mexanik sariqlikda konservativ davolash

- 1) endotoksemiya sindromi oldini olish.
- 2) jigar-buyrak etishmovchiligi sindromi oldini olish
- 3) jigar ensefalopatiyasi sindromi oldini olish.

Konservativ davonning asosiy prinsiplari quyidagilardan iborat:

- 1) xolestazning oqibatlarini bartaraf etish;
- 2) detoksikatsion terapiya;
- 3) og'riqsizlantirish;
- 4) jigar-buyrak etishmovchiligining oldini olish va davolash;
- 5) eroziya va oshqozon-ichak trakti yaralarini profilaktikasi va davolash (proton pompasi ingibitorlari, Nistamin blokerlari);
- 6) xolangitni davolash.

Mexanik sariqlik bilan og'rikan bemorlarni konservativ davolash quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi:

- 1) infuzion terapiya;
- 2) jigar parenximasining reparativ jarayonlarini ushlab turish va tiklash uchun dorilarni kiritish;
- 3) antibiotik terapiyasi;
- 4) ovqatlanish;
- 5) detoksikatsion terapiyasi.

Infuzion terapiyaning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- 1) to'qimalarning yetarlicha perfuziyasini tiklash;

2) jigar hujayralari metabolizmini normallashtirish (infuzion antigipoksantlar);

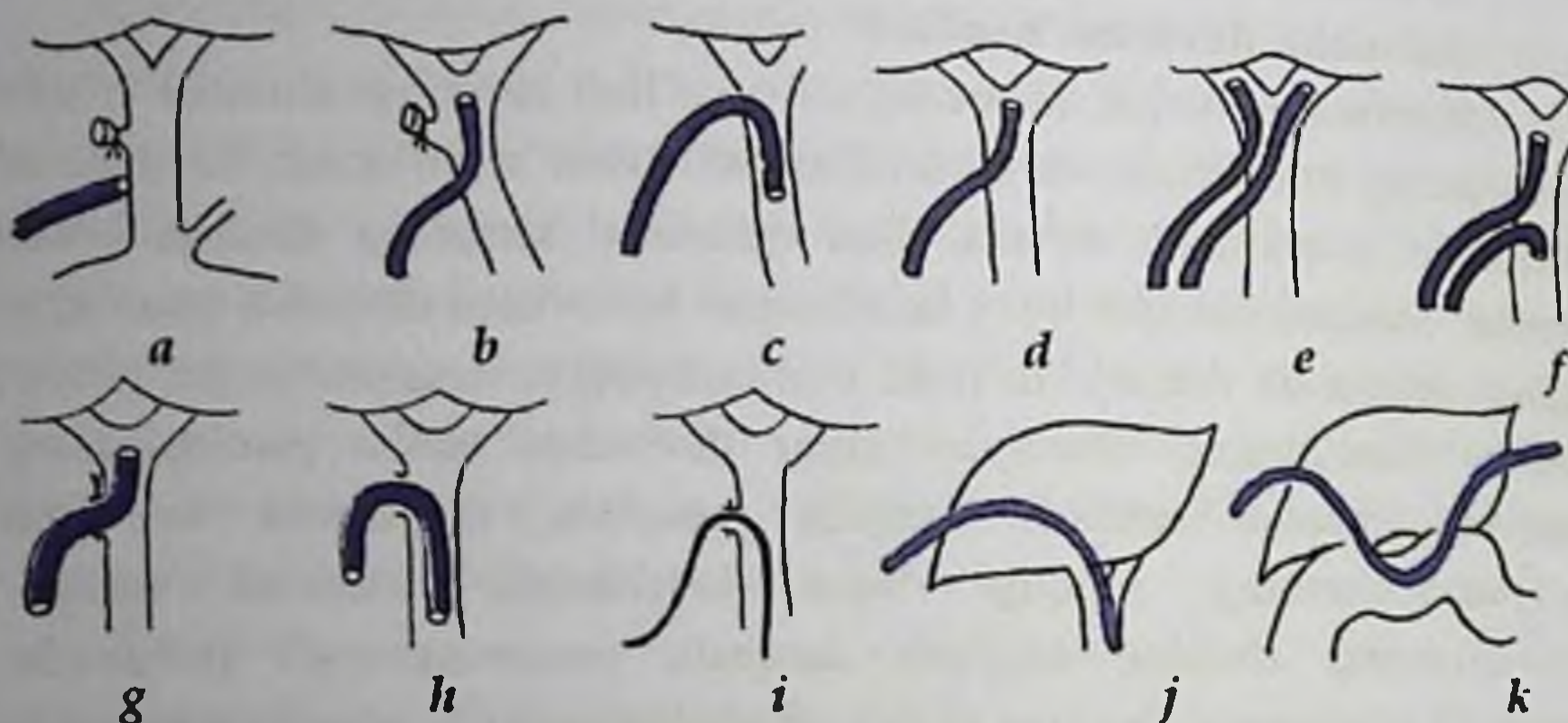
3) endogen intoksikatsiyani bartaraf etish.

Jarrohlik davolash usullari

Zamonaviy nuqtai nazardan, safro yo'llari jarrohligi minimal invaziv usullarning rivojlanishi va takomillashishi bilan tavsiflanadi, bu minimal jarrohlik va anestetik travma bilan maksimal samaraga ishishga imkon beradi. Mexanik sariqlik bilan kasallangan bemorlarni davolash muammosi jahon tibbiyotida dolzarb va jadal rivojlanayotgan muammolardan biridir. Ushbu kasallikning ahamiyati yillar davomida ushbu patologiyaning statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishi, nog'ironlik va o'lim ko'rsatkichlarining yo'qligi bilan belgilanadi. Mexanik sariqlik bemorlarning ahvolini sezilarli darajada yomonlashiradi (ko'pincha unchalik yosh emas), bu jigar va buyrak etishmovchiligi, trombogemorragik sindrom, xolemik qon ketishi, yiringli xolangit, jigarda xolangiogenik shishlar, ichak lambiozi va ko'p a'zolar yetishmovchiligiga olib keladi. Shuni yodda tO'tish kerakki, 48-82% hollarda, MS bilan og'rigan bemorlarning ahvoli jiddiy (radikal) jarrohlik aralashuvni oshqozon-ichak traktining blokirovka sabablarini bartaraf etishga imkon bermaydi. Shuning uchun mexanik sariqlikga chalingan bemorlarni davolash natijalarini deyarli 2,5 baravarga yaxshilaydigan zamonaviy yondashuv bu bosqichli jarrohlik davolashdir/ Birinchi bosqichda minimal invaziv texnologiyalardan foydalangan holda UO'Y dekompressiyasi (drenajlash) amalga oshiriladi. MS sindromini (giperbilirubinemiya) organlar va tizimlarning funksiyalarini normallashtirishni bosqichma-bosqich yo'q qilgandan so'ng, ikkinchi bosqich yakuniy (shu jumladan radikal) operatsiya hisoblanadi. Ma'lumki, operatsion xavfi yuqori bo'lgan bemorlarning mexanik sariqlik (70-80 yoshdan oshgan, og'ir patologiyalarining mavjudligi, peritonit, xolangit va boshqalar), ochiq jarrohlik va operatsion operatsiyani qayta ko'rib chiqishda o'lim arajasi taxminan 4-10% ni tashkil qilishi mumkin. 20% da.

Jarrohlik turini rejalashtirishdan oldin operatsion xavfni baholash tavsiya etiladi. Agar shbu xavfni oldini olish mumkin bo'lsa, unda al'ternativ sifatida endoskopik terapiya tavsiya etiladi. Sharhlar: agar turli sabablarga ko'ra endoskopik texnologiyalardan foydalanish imkoni

bo'lmasa, ba'zi hollarda "umidsizlik" xarakteriga ega bo'lgan majburiy jarrohlik aralashuvlarga murojaat qilish tavsiya etiladi.



109 - rasm. Umumiy o't yo'lini tashqi drenajlash usullari.

- a) Gosset bo'yicha tashqi kontaktli drenajlash; b) Lane bo'yicha;
 c) Korte bo'yicha; d) A.V. Vishnevskomu bo'yicha; e, f) Kehr bo'yicha;
 g) Abbe bo'yicha; h) Halsted bo'yicha; i) D.L. Pikovskomu bo'yicha
 kapilyar drenajlash; Jigar orqali tashqi drenajlash: j) Praderi bo'yicha
 k) E.I. Galperinu bo'yicha.

Bugungi kunga qadar davolash usulini tanlashning yagona mezonlari bo'lishi mumkin emas, chunki ularning barchasi afzalliklari va kamchiliklari bor va ularning har biri o'z ko'rsatkichlariga ega. Hozirgi bosqichda palliativ o't yo'lini xosil qilishning uchta usuli qo'llaniladi:

- 1) transabdominal jarrohlik (shu jumladan video laparoskopik);
- 2) transduodenal endoskopik usullar;
- 3) teri orqali transgepatik aralashuvlar.

O'z navbatida, safro dekompressiyasi quyidagi talablarga javob berishi kerak: samarali bo'lish, iloji boricha tezroq xolemiyani yo'q qilish, kamroq shikastlanish va eng muhim, asoratlar va o'limning past darajasi bilan birga bo'lish. Ularning har birini qo'llash uchun asos, birinchi navbatda, sariqlikning sabablari va safro chiqishi bloklanish darajasi. Hozirgi vaqtda ekstragepatik blokning uch turini ajratish odatiy holdir: yuqori, proksimal (qo'shilish haqida), o'rta va past (distal).

UO'Y distal blokining eng ko'p uchraydigan sabablari:

- 1) xoledoxolitiaz, ayniqsa XDS da tosh bilan;
- 2) UO'Yning qattiqlashishi;
- 3) oshqozon osti bezi o'smalari;
- 4) XDS saratoni;
- 5) parazitar obstruksiya va boshqalar.

O't yo'llarining proksimal bloki o'choqdan kelib chiqadigan buzilishlarning mavjudligi sababli:

- 1) Klaskin o'smalari (xolangiokarsinoma);
- 2) o't pufagi o'smasi;
- 3) jigar va limfa tugunlari limfa tugunlariga metastazlar va uzoq o'smalar bilan gepatoduodenal ligament;

Asosiy tibbiy muammolarni hal qilishda quyidagi masalalar alohida ahamiyatga ega.

- 1) dekompressiya xatti-harakatlarining ko'rsatkichlari;
- 2) dekompressiya usulini tanlash;
- 3) stentlashning variantini va turini aniqlash;
- 4) sarilikni davolashda biliodiGESTiv anastomozlarning o'mi;
- 5) dekompressiya choralarini qo'llash natijasida yuzaga keladigan jarohlik

asoratlarning taktikasi:

- 6) Mexanik sariqlik bilan kasallangan bemorlarni yo'naltirish.

UO'Y dekompressiyasining asosiy ko'rsatkichlari quyidagilardir:

- 1) o'tkir xolangit;
- 2) jigar etishmovchiligi;
- 3) Sariqlikning o'sma tabiati bilan neoadyuvant terapiyasi zarurati;
- 4) bemorlarni operatsiyadan oldingi tayyorgarlik;
- 5) og'riq va qichishishni kamaytirish;
- 6) bemorning hayot tarzini yaxshilash.

Rejali ravishda ERXPG bemorlarga qo'llaniladi:

- 1) xoledoxolitiaz, shubha qilingan XDS va xoledox stenozi bilan mexanik sariqlik klinik ko'rinishi bilan;
- 2) radiatsion diagnostika usullari (ultratovush, MRT) natijalariga ko'ra o'zgarishlar mavjud

Bo'lsa (umumiy o't yo'lining kengayishi 8 mm dan oshsa, kalsiy mavjudligi, stenoz);

3) gepatopankreatoduodenal zonadagi o'sma shubhasi bilan;

4) agar kerak bo'lsa, oshqozon osti bezidagi patologik jarayonning xususiyatini, birinchi navbatda, o'sma va surunkali pankreatit tashxisini tekshirish;

5) oshqozon-ichak traktida ilgari o'tkazilgan jarrohlik va jarrohlik bo'lmagan aralashuvlar asoratlari bo'lgan taqdirda (naycha tizimining shikastlanishi, stentning yopilishi va boshqalar).



110 - rasm. Endoskopik retrograd xolangiopankreatikografiya.

Shoshilinch ravishda ERXPGni amalga oshirish (bemorni kasalxonaga yotqizgandan so'ng tezda tayyorlash bilan shoshilinch aralashuvni o'z ichiga oladi):

1) yiringli xolangit klinikasi bilan o'tkir safro gipertenziyasi va yuqumli toksik shok rivojlanishi xavfi;

2) o't toshi XDS bilan bog'liq bo'lgan o'tkir xolesistopankreatitda;

3) operatsiyadan keyingi erta davrda, laparoskopik xolesistektomiyadan so'ng qoldiq umumiy o't yo'lining tosh kasalligi bo'lgan bemorlarda va MS klinikasida uning XDS ampulasiga kirib borishi sababli (o'tkir pankreatit xavfi, pufak yo'lining naycha etishmovchiligi bo'lsa, safro peritoniti xavfi mavjud).

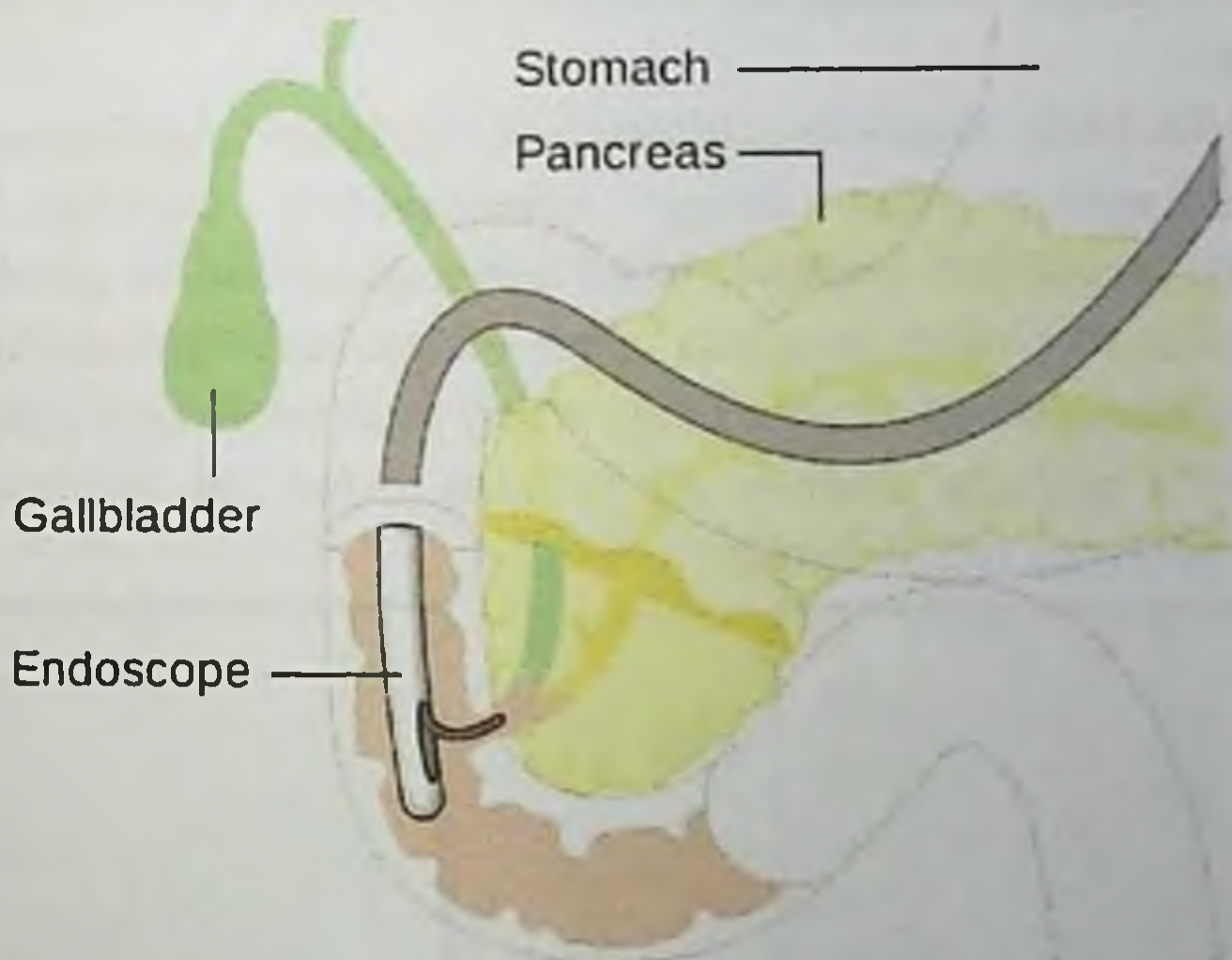
Mexanik sariqik ERXPG ga qarshi ko'rsatma:

- 1) o'tkir miokard infarkti, miyada o'tkir qon aylanishining buzilishi;
- 2) terminal dekompensatsiya yoki kuzish bosqichida kasalliklar mavjudligi.

Mutlaq karshi kursatma - bu bemoming o'ta jiddiy holati (aslida agonal), bunda endoskopiya natijalari davolash taktikasi va kasallikning natijalariga ta'sir qilmaydi.

Endoskopik drenajlash usullarini afzalliklari:

- 1) davolashning eng fiziologik minimal invaziv usuli;
- 2) u asoratlarning past darajasiga va kasalxonaga yotqizilishning qisqa muddatiga ega;
- 3) Jarayondan so'ng tez tiklanish davri mavjudligi.



111 - rasm. Endoskopik drenajlash Usulning kamchilik tomonlari.

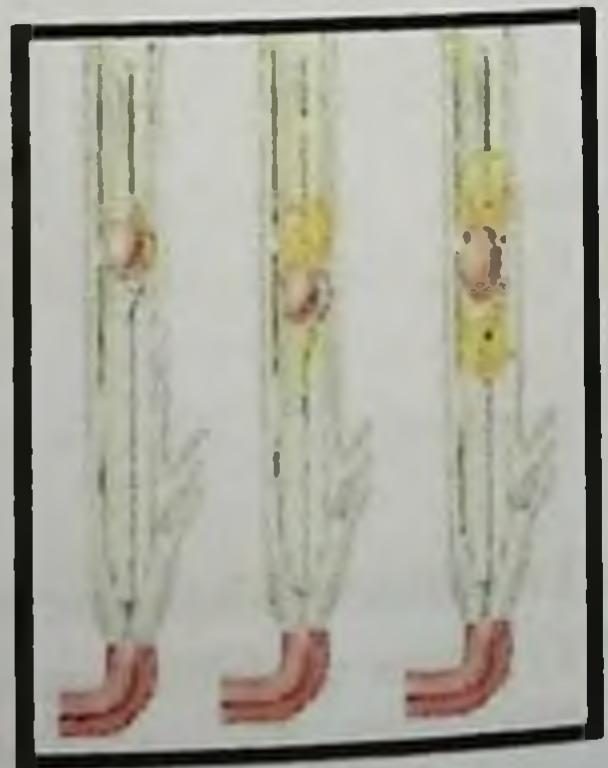
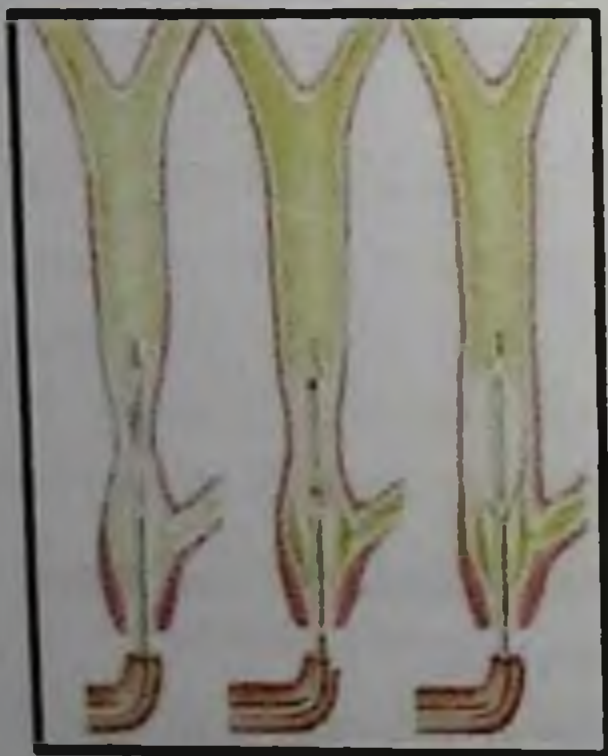
- 1) Bemor va shifokorga mavjud radiatsion yuk;
- 2) O'tkir pankreatit, xolangit kabi asoratlar rivojlanish ehtimoli;
- 3) bir qator bemorlarning takroriy aralashuvlarni o'tkazish zarurati (3-6 oydan keyin stentning o'zgarishi, uning disfunktsiyasi, stent ko'chishi mumkinligi).

Umuman olganda, boshqa tashxis usullaridan foydalanishni talab qiladigan mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarning 10-15 foizida ERXPG bilan UO'Y holati to'g'risida ma'lumot olishning iloji yo'q. Endoskopik aralashuvning mumkin bo'lgan turlari:

- 1) endoskopik papillosfinkterotomiya;
- 2) endoskopik ballon papillodilatatsiyasi;
- 3) endoskopik virsungotomiya;
- 4) safro va oshqozon osti bezining litoekstraksiyasi;
- 5) mexanik litotripsiya;
- 6) nazobiliar drenajlash
- 7) transpapillar bilioduodenal endoprotez;
- 8) transpapillar pankreatikoduodenal endoprotez;
- 9) o't pufagi va oshqozon osti bezi yo'llarining safro va shish bilan kengayishi

10) XDSning yaxshi shakllanishini olib tashlash - papillektomiya.

Xolesistektomiyadan so'ng xoledoxolitiaz kasalligi bo'lgan bemorlarda endoskopik toshlarni sifatli olib tashlash tavsiya etiladi. Sharh: ERXPG bilan ko'p yillar davomida xoledoxolitiaz kasalligini sariqlikni yo'q qilish uchun endoskopik davolashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Ushbu usul 85-90% hollarda umumiy o't yo'lidan tochni olib tashlash va O't yo'llarini tiklashga imkon beradi.



112 - rasm. Xoledox toshlarini miniinvaziv davolash usullari.
A) umumiy o't yo'li terminal qismi strikturasini dilyatatsiyasi.
B) ikkita lateksli ballon yordamida toshlarni olish.

Ushbu protsedura hatto yoshi kattaroq guruhdagi bemorlarda hamroh bo'lishi mumkin. EPST natijasida safro yo'lining yangi, kengroq og'zi hosil bo'ladi, bu toshlarni olib tashlash va ichakda safro ajralishini ta'minlaydi. EPST turli xil konfiguratsiyalarga ixtisoslashgan elektr pichoqli papillotomlardan foydalanib, endoskopik yo'nalish bo'yicha XDS sfinkterini ajratishning minimal invaziv usuli bo'lgan umumiy o't yo'llariga kirishga imkon beradi. EPST yordamida elektrokoagulyatsiyaning aralashgan rejimidan foydalanish tavsiya etiladi, chunki bu qon ketish xavfini kamaytiradi

EPST uchun ko'rsatmalar:

1) mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda surunkali xolesistit xoledoxolitiaz va XDS stenozi;

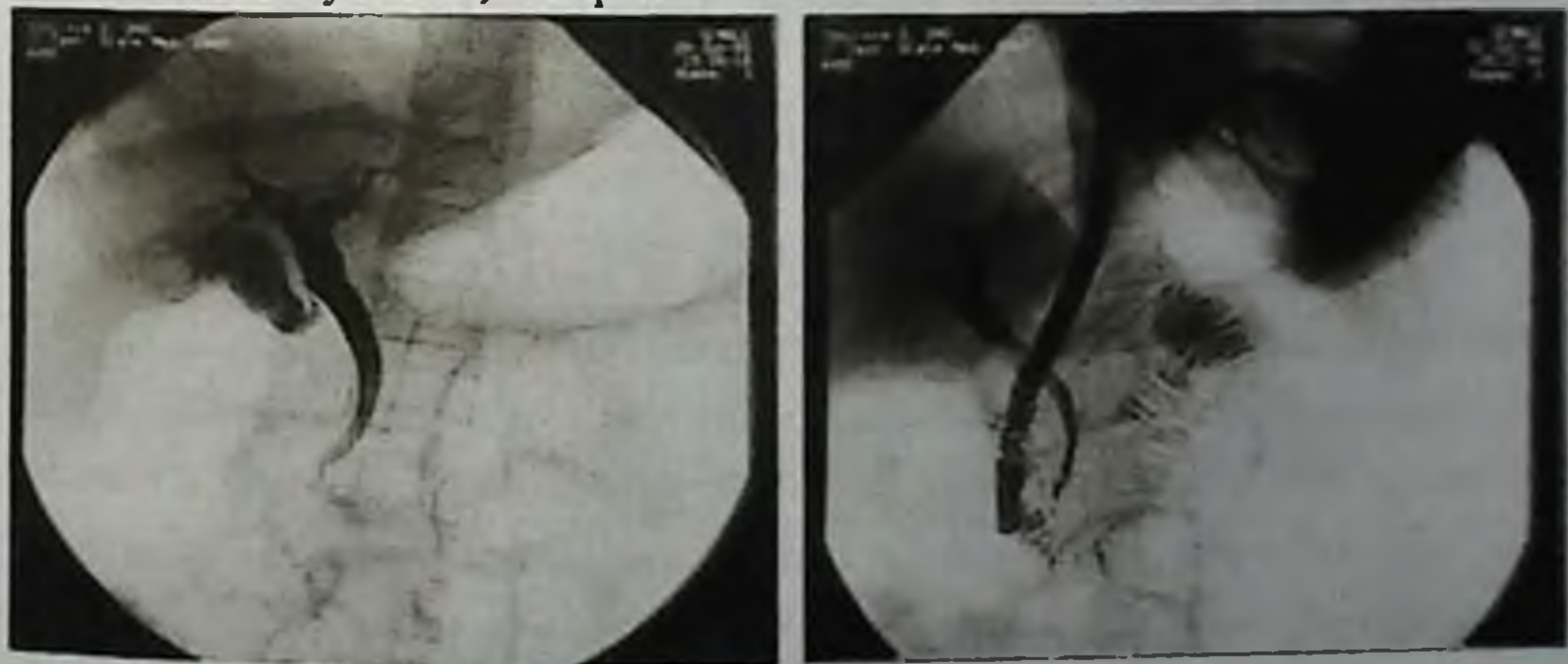
2) xolesistektomiyadan so'ng, XDS residiv yoki rezidual xoledoxolitiaz.

3) izolyatsiya qilingan XDS stenozi (uzunligi ikki santimetrdan oshmasligi kerak);

4) xoledoxo-duodeno-anastomoz bilan ishlaydigan XDS stenozi ("ko'r-ko'rona sumka" alomati);

5) transduodenal yoki endoskopik papillosfinkterotomiyadan so'ng XDS restenozi;

6) stentlashga (katta kalibrli 10-12 stentni o'rnatishda) yoki jarrohlik aralashuviga tayyorgarlik ko'rish uchun mexanik sariqlik bilan og'riqan bemorlarda o't yo'llari, oshqozon osti bezi boshi va XDS o'smasi.



113 - rasm. MRPXG.



114 - rasm. Xoledoxdagi toshlarni katta duodenal so'rg'ich yordamida olish.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar:

1) Umumiy o't yo'lining zararlangan distal qismining retroduodenal qismi uzunligidan (XDS uzunligi katlami) dan oshib ketishi.

2) Katta o'n ikki barmoq ichakning divertikuldagi joylashuvi, agar anatomik belgilarini yetarli darajada vizualizatsiya qilish imkoniyati bo'lmasa

3) Anamnezda oldingi EPST (o'tish davridan oldin) keyin stenoz.

MS yordamida, shuningdek:

Fistuloxoledoxostomiya - diseksiya o'z-o'zidan paydo bo'ladigan oqma orqali amalga oshiriladi, og'iz tepasida oqma shaklida aniqlanadi.

Suprapapillar xoledoxoduodenostomiya - o'n ikki barmoq ichak devoridagi teshiklarni ampulaga qo'yilgan uzunlamasi katakning o'rtasida, o'n ikki barmoq ichak papillotomasi yordamida amalga oshiriladi. Kanalizatsiya qilinmagan papillosfinkterotomiya - uzunlamasi katlamni XDS og'zidan umumiy o't yo'lining og'zini ochguncha ajratish orqali. Shundan so'ng, oxirgi ikki holatda igna papillotomasi standartga o'zgaradi va sfinkterotomiya qilinadi. Mexanik sariqlik uchun endoskopik endoprotez

distal xoledoxal o'smalar, oshqozon osti bezi saratoni va KDT o'smalarining 90 foizida samarali hisoblanadi. Yuqori reaksiyalar mavjudligi endoskopik usul uchun jiddiy qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.



115 - rasm. Endoskopik papillosfinkterotomiya.

Stentning asosiy asoratlari protezning ko'chishi va uni almashtirish zarurati bilan okklyuziya hisoblanadi. Stent obstruksiyasi bo'lsa, reabilitatsiya yoki tiklash amalga oshiriladi. Nazobiliar drenaj. MS bilan og'riqan bemorlarda toshlar olib tashlanganidan keyin yoki ularni endoskopik usul bilan olib tashlashning iloji bo'lmasa, oshqozon-ichak traktini dekompressiya qilish va reabilitatsiya qilish uchun nazobiliar drenaj amalga oshiriladi. Bunday hollarda nazobiliar drenaj. Safro yo'lidan tashqari, u safro yo'lini antibiotikli eritmalar bilan yuvishga imkon beradi, bu esa xolangitni tezda yo'q qilishga yordam beradi va vayron qilingan tosh parchalari va mayda kalsiy qoldiqlarini kuzatib borish uchun radiopak tadqiqotlarini o'tkazishga imkon beradi. Nazobolyar drenajlash siz safro miqdorini boshqarishga, kanal tarkibidagi tarkibni aspiratsiyalashga va kanallarni antiseptik eritmalar bilan yuvishga imkon beradi Mexanik litotripsiya. Umumiy o't yo'lida (10 mm dan katta) katta kalsiy mavjud bo'lsa, ular qazib olishdan oldin parchalanishi kerak.

Xolesistektomiyadan so'ng xoledoxolitiaz kasalligi bilan og'riqan bemorlarda endoskopik yordamida toshlarni olib tashlash tavsiya etiladi.

Endoprotezlash uchun uchta turdagi stent ishlatiladi: plastmassa, termoplastik plastmassadan; o'z-o'zidan davolaydigan metal: qoplangan, qoplanmagan, qisman qoplangan. Ko'pincha O't oqishini ishonchli ta'minlash uchun bir nechta stentlar o'rnatiladi. Ba'zi hollarda, stentni

oʻrnatish uchun ballonni oldindan qattiqlashishi yoki oʻtkazgich boʻylab maxsus safro yordamida bujlash kerak. XDS spreyi kengayishi baʼzi bemorlarda EPSTga alʼternativ boʻlishi mumkin. Ammo bu ERCPni bajarganingizdan soʻng oʻtkir pankreatit xavfini oshiradi. Safro yoki oshqozon osti bezining toraygan kanallari uchun, distal qismiga konusning tebranadigan plastik bugidan foydalaning. Metall oʻz-oʻzidan kengayadigan stentlar: ochilishdan keyin ularning diametri 6 dan 10 mm gacha, shuning uchun ular safro oqishini ancha uzoq vaqt (6-12 oygacha) qoʻllab-quvvatlaydi.



116 - rasm. Endoskopik yoʻl orqali xoledox toshini olish.

Endoskopik usul bilan olib tashlashning iloji boʻlmasa, oshqozon-ichak traktini dekompressiya qilish va reabilitatsiya qilish uchun nazobiliar drenaj amalga oshiriladi. Bunday hollarda nazobiliar drenaj. Safro yoʻlidan tashqari, u safro yoʻlini antibiotikli eritmalar bilan yuvishga imkon beradi, bu esa xolangitni tezda yoʻq qilishga yordam beradi va vayron qilingan tosh parchalari va mayda kalsiy qoldiqlarini kuzatib borish uchun radiopak tadqiqotlarini oʻtkazishga imkon beradi. Nazobolyar drenajlash siz safro miqdorini boshqarishga, kanal tarkibidagi tarkibni aspiratsiyalashga va kanallarni antiseptik eritmalar bilan yuvishga imkon beradi Mexanik litotripsiya. Umumiy oʻt yoʻlida (10 mm dan katta) katta kalsiy mavjud boʻlsa, ular qazib olishdan oldin parchalanishi kerak.

Mexanik sariqik mexanik litotripsiyanı bajarishga ko'rsatma:

- 1) EPSTdan keyin uning hajmi umumiy o't yo'lining terminal bo'limining og'zidan kattaroq bo'lgan tosh mavjudligi;
- 2) umumiy o't yo'lining terminal qismi stenozı bilan xoledoxolitiaz;
- 3) katta o'n ikki barmoq ichakning punksiya qilinadigan vaqtini cheklaydigan parapapillar divertikuli mavjudligi;
- 4) Yuqori xavfli yoki jattohlik davolanishga muhtoj bo'lmagan bemorlarda toshning keng tarqalgan safro yo'llari yoki o'sma stenozining yuqori qavatidagi joylashishi.

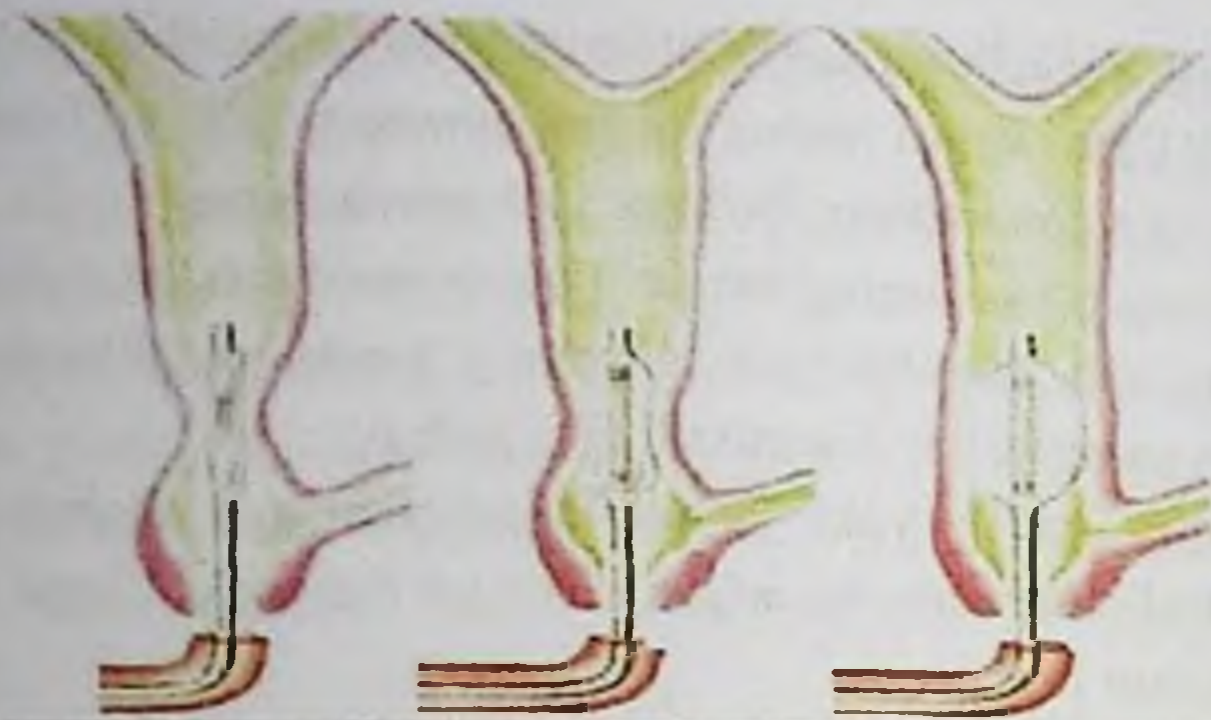
Mexanik sariqik toshni olish uchun litotripsiyaga kursatma.

- 1) o'tkir pankreatit, xolesistit;
- 2) koagulopatiyaning og'ir shakllari;
- 3) tosh, agar uning hajmi litotripsiya savatning diametridan oshsa;
- 4) Umumiy safro yo'llarining kengayishi, bu yetarli darajada drenajlash uchun biliodigestiv anastomozni talab qiladi.

Mexanik litoekstraksiya. Safro toshlarini kanallardan tozalash uchun ballon (masalan, Foggarti) va savat (Dormia tuni) ekstraktorlari ishlatiladi. Balon ekstraktorlaridan foydalaniladi:

- 1) juda ko'p miqdordagi kichik toshlar bo'lsa;
- 2) o't yo'llarining yakuniy tiklanishini nazorat qilish;
- 3) "oklklyuzion" xolangiografiyani olish (EPST va tibbiy muolajalardan so'ng umumiy o't yo'llarining kontrasti bilan)

Elektrogidravlik intraluminal litotripsi juda samarali va 74% - 98% hollarda parchalarning muvaffaqiyatli parchalanishiga imkon beradi. Toshga nisbatan ozgina zarba berilganligi va toshning katta hajmini hisobga olgan holda, elektro-gidravlik litotripsi sezilarli darajada davom etadi. Lazerli litotripsiyaning ta'siri Toshlarni intrakorporeal yo'q qilishning bu usuli 87,5 - 95% ni tashkil qiladi. Lazer toshni yo'q qilishning afzalligi bo'laklarning juda kichik o'lchamidir, bu esa kanalni o'z-o'zidan tark etishga imkon beradi. Salbiy fazilatlarga vaqtni sarflash, ishlatilgan uskunaning yuqori narxi va operatsion guruh tarkibining ko'payishi kiradi. Shunday qilib, endoskopik intrakorporal litotripsiya bugungi kunda odatiy litoekstraksiya uchun yaroqsiz bo'lgan toshlarni yo'q qilishning samarali usuli hisoblanadi.



117 - rasm. Xoledox terminal qismini dilyatatsiya qilish.

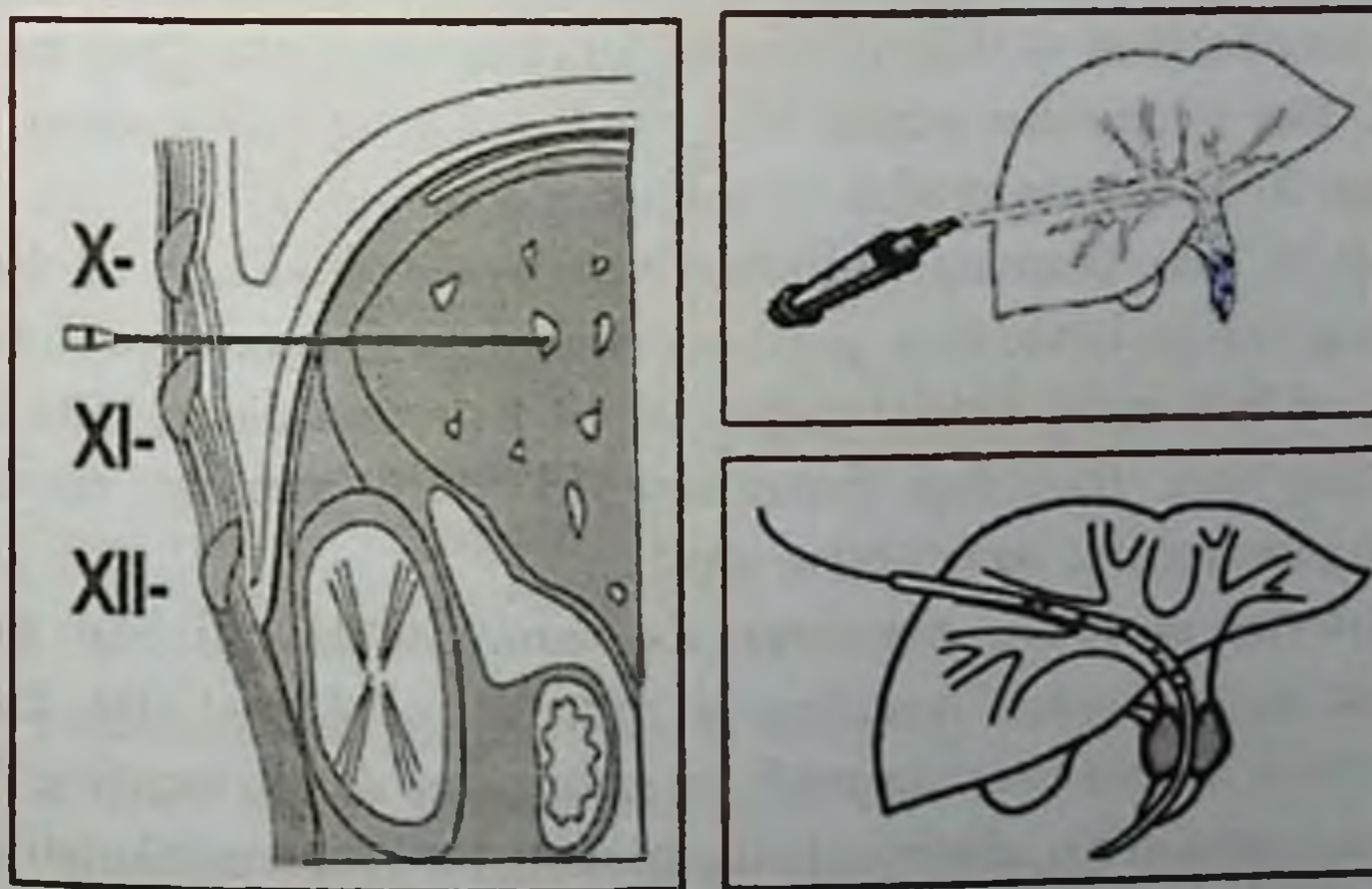
O't yo'llarini drenajlashning kombinatsiyalashgan usullari (Randev texnologiyasi). Ular murakkab anatomik imkoniyatlari bo'lgan transpapillar aralashuvlarning terapevtik imkoniyatlarini sezilarli darajada kengaytirishi mumkin: XDS ning atipik holati, divertikuldagi XDS joylashuvi, operatsiyadan keyin buzilgan anatomiya, o'simta okklyuziyasi bilan aniq to'qimalar o'zgarishi. Usulning mohiyati transdermal kistaning kanali orqali yoki xoledox drenajlash orqali antegrad yoki endosonografik drenaj usullari yordamida operatsiya davomida, shu bilan birga rentgen va yoki ultratovush (qorin bo'shlig'i ultratovush, endo ultratovush) ostida safro yo'llarida endoskopik retrograd aralashuvlarni birgalikda qo'llashdir. So'nggi yillarda, endo-ultratovush nazorati ostida sariqik bio-hazm qilish anastomozlarini yaratish usuli mashhur bo'ldi. Oshqozon-ichak trakti rentgen nurlari orqali drenajlanganda, safro dekompressiyasini o'z ichiga oladi, uning samaradorligi to'liq taxmin qilinadi, chunki manipulyatsiya me'da-ichak yo'lining obstruksiya zonasidan yuqori qismida amalga oshiriladi. Mexanik sariqlik oshqozon-ichak traktiga antegrad kirish mafkurasi tashxis bosqichining (oshqozon-ichak trakti kontrastini o'rganish) va ikkala safro gipertenziyasi sindromiga (dekompressiya) terapevtik ta'simning birlashishini va obstruksiya sababini kechiktirishni (sanitariya tadbirlarini o'tkazish uchun transgepatik kanallardan foydalanish) anglatadi.

Jigardan safro chiqishi vaqtincha dekompressiya versiyasi bilan blokadaning yuqori darajasi bilan (davolanishning keyingi radikal bosqichini rejalashtirishda yoki aksincha, kutilayotgan umr ko'rish muddati 3 oydan kam bo'lganda) plastik qoplamali stentlardan foydalanish tavsiya

etiladi, protezning oxirgi versiyasi - qoplangan nitinol stentlar hozirgi vaqtda ichi qon tomirlari drenajini ikki bosqichda o'tkazish maqbul deb hisoblanadi: ultratovush nazorati ostida va konduktor orqali kengaytirilgan intragepatik o't yo'llarini teshib qo'yish, rentgen tekshiruv nazorati ostida drenajni o'rnatish. Ammo ikkinchi bosqichni amalga oshirish ultratovush nazorati ostida ham mumkin. Xolesistostomiya Mexanik sariqlik uchun protsedura aralashuvning maqsadi: safro yo'llarining dekompressiyasi (drenajlanishi).



118 - rasm. Teri osti transgepatik xolangiostomiyasiga ko'rsatmalar.
A) Teri va jigar orqali. B) Nazobiliar.



119 - rasm. Teri jigar orqali xolangiografiya va xolangiostomiya

O'TKIR PANKREATIT

So'nggi yillarda xorijiy va yurtimiz olimlaridan V. S. Savelev (1983), A. A. Shalimov (1983), M. I. Kuzin (1989), O'. O. Oripov (1984), M. V. Danilov (1985) amaliy jarrohlikning pankreatologiya sohasi rivojiga katta hissa qo'shdilar. Me'da osti bezi (g. pancreas) hazm qilish yo'lining eng muhim bezlaridan biri bo'lib, juda katta fizilogik vazifani bajaradi. Ichki va tashqi sekret ishlab chiqarish funksiyasini bir vaqtning o'zida bajaradigan bu aralash bez, nafaqat hazm qilish jarayonida, balki metabolizmning boshqa ko'pgina tomonlariga ham jiddiy ta'sir ko'rsatadi.

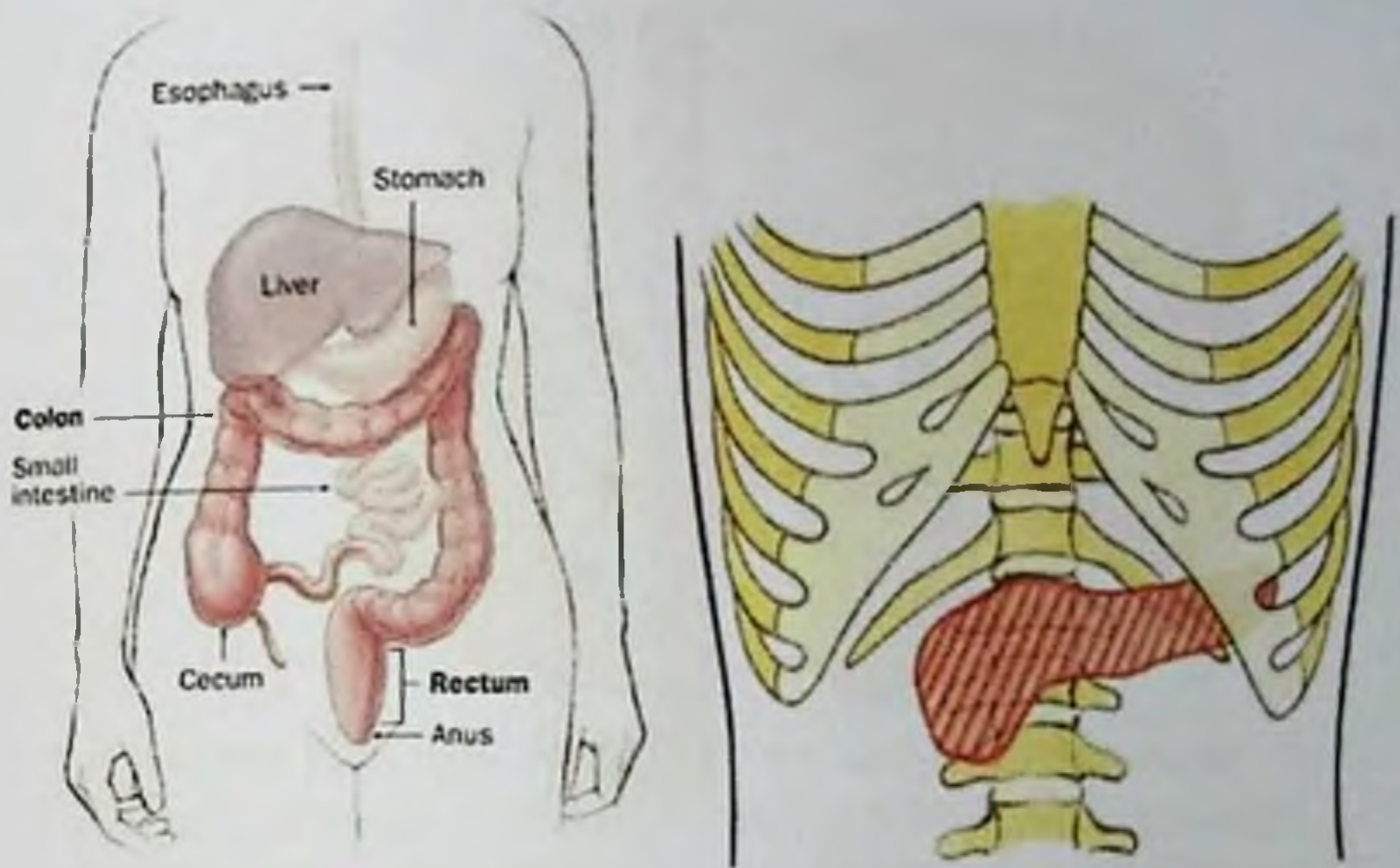
Uning anatomik joylashuvi, jigar, me'da, taloq, arteriya va qopqa vena sistemasining yirik arteriyalari quyosh chigalining postganglionar tarmoqlari bilan chambarchas aloqador, unda operatsiya o'tkazishni birmuncha qiyinlashtiradi va jarrohlardan bu xayotiy muhim a'zoga yondoshish yo'llarini puxta o'rganish va operatsiyaning tejamkor, kam invaziv va samarador usullarini izlab topishni talab etadi.

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

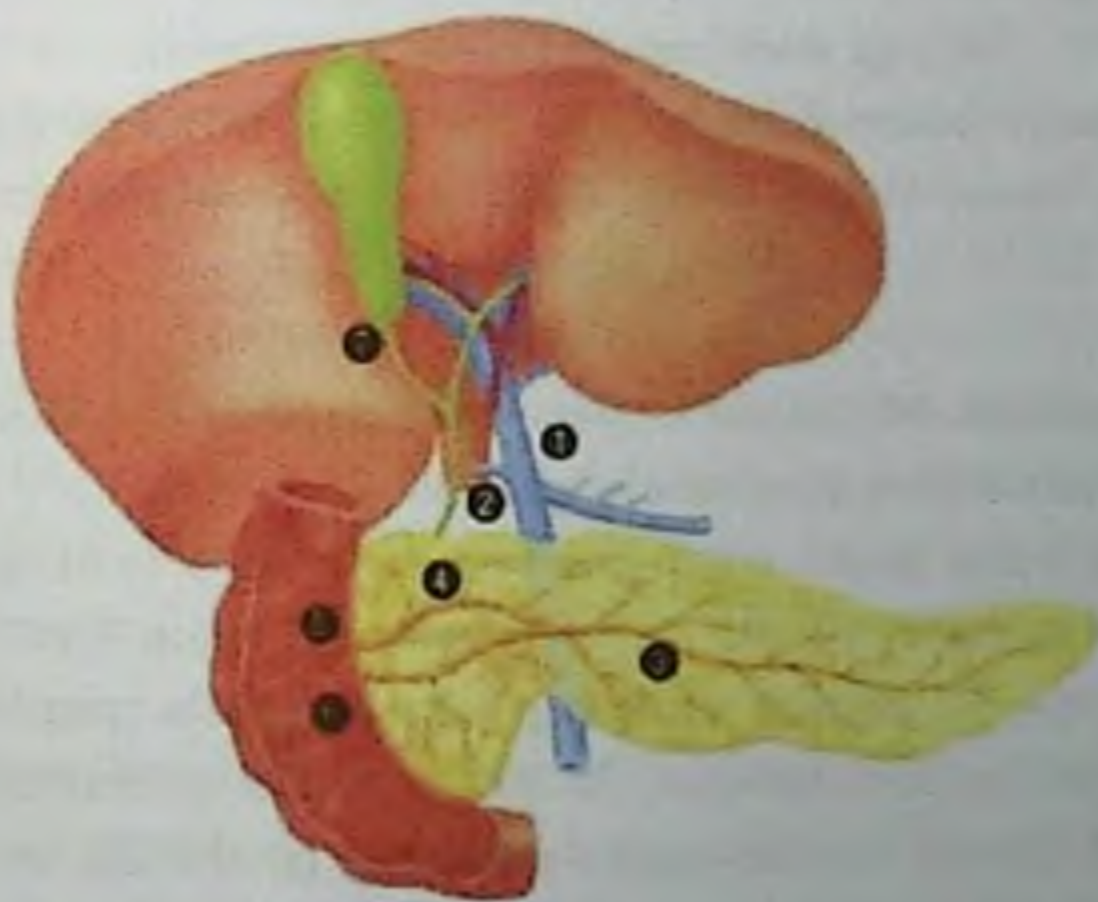
Me'da osti bezi qorin pardasi ortidagi bo'shliqda I-II bel umurtqalari sathida joylashgan bo'lib, umurtqa pog'onasini ko'ndalang yo'nalishda kesib o'tadi, shu tufayli boshchasi va tanasining boshlanishi o'rta chiziqdan o'ng tomonda, tana va dum qismining ko'proq qismi esa, chap tomonda bo'ladi. Bez o'lchamlari odatda $16,0 \times 4,0 \times 2,5$ sm bo'lib, uning vazni taxminan 60-70 gramni atrofida bo'ladi.

Me'da osti bezining boshchasi taqasimon shakldagi 12 barmoq ichakning orasiga kirib, dum qismi esa taloq darvozasigacha yetib boradi. Me'da osti bezi uning oldingi-yuqori sathi bo'ylab o'tadigan, katta charvi xaltasining orqa devoridagi (bursa omentalis) qon tomirlar, nervlar va parietal qorin pardasi varag'i bilan qoplangan.

Arterial va venoz qon-tomir sistemasi. Me'da osti bezi truncus coeliacus tarmoqlaridan, boshchasi a. pancreaticoduodenalisdan, tana va dum qismi a. lienalis dan oziqlanadi, bu arteriya me'da osti bezining yuqori chekkasi bo'ylab o'tib, aksariyat hollarda uning parenximasiga kiradi va o'z yo'lida qator tarmoqlar (a. pancreaticus brevis) beradi. Bir nomdagi venalar qopqa vena sistemasiga qon olib boradi.

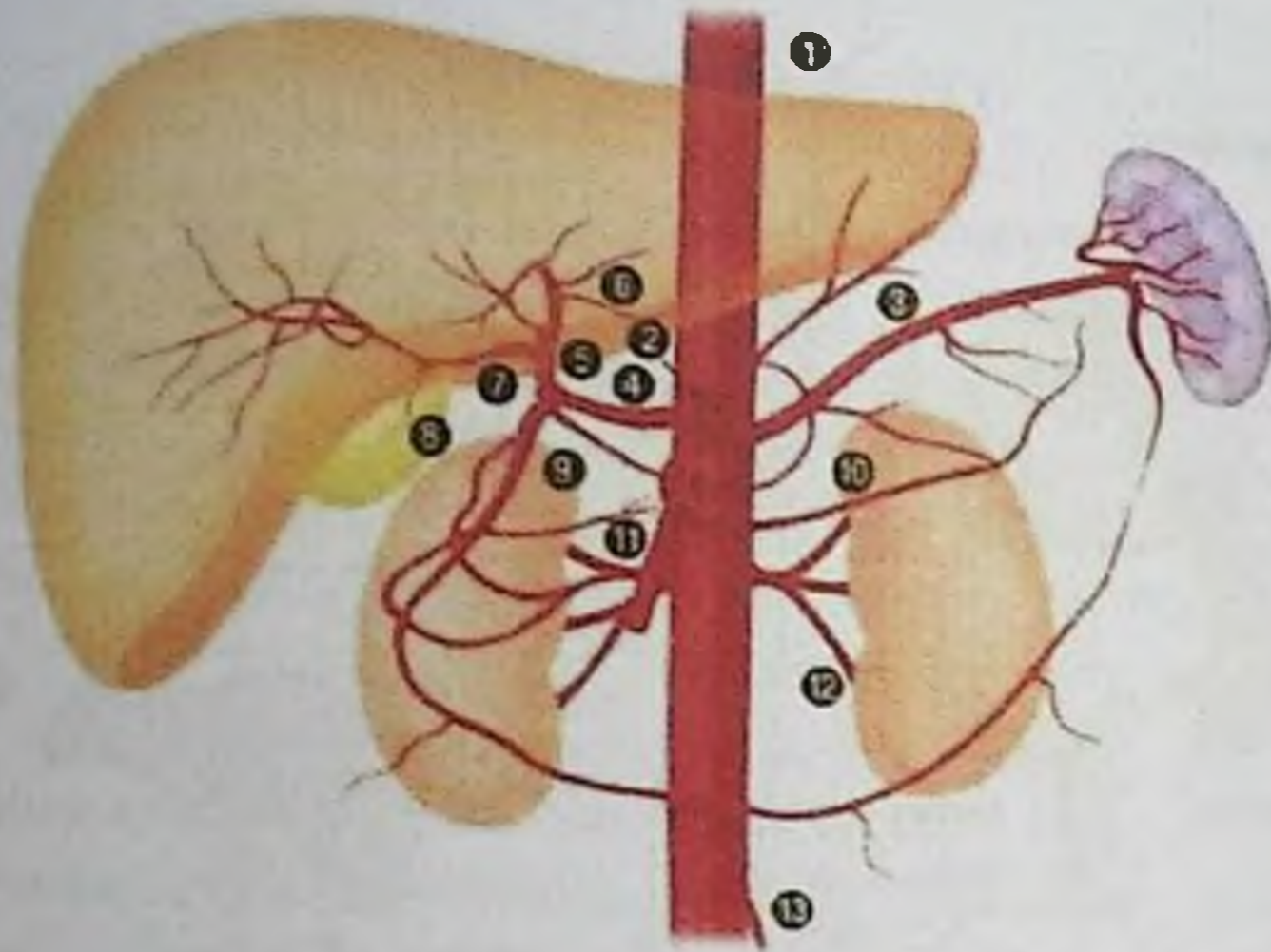


120 - rasm. Me'da osti bezini galatopik joylashuvi.



121 - rasm. Darvoza venasi va me'da osti bezini va boshqa organlarning sintopik joylashuvi.

1. Darvoza venasi, 2. Umumiy o't yo'li, 3. Me'da osti bezi yoli,
4. Qo'shimcha me'da osti yo'li, 5. Kichik duodenal so'rg'ich,
6. Katta duodenal so'rg'ich, 7. O't qopi yo'li.



122 - rasm. Me'da osti bezini qon bilan ta'minlanishi.

1. Aorta, 2. Qorin tutami, 3. Taloq arteriyasi, 4. Umumiy jigar arteriyasi, 5. Xususiy jigar arteriyasi, 6. Jigar chap bo'lagi arteriyasi, 7. Jigar o'ng bo'lagi arteriyasi, 8. O't qopi arteriyasi,
9. Gastroduodenal arteriya, 10. Me'da osti bezi arteriyasi,
11. Yuqori tutqich arteriya, 12. Chap buyrak arteriyasi,
13. Pastki tutqich arteriyasi.

Innervatsiyasi. Me'da osti bezi quyosh chigalining ham simpatik, ham parasimpatik tolalaridan innervatsiya qilinadi.

Bezning butun tanasi orqali asosiy yo'l o'tib, u bezning ko'p sonli bo'lakchalaridan sekret yig'adi va ko'pincha umumiy o't yo'lining distal qismi bilan birga, 12 barmoq ichakning katta so'rg'ichi (papilla Fateri) ga quyiladi. Asosiy yo'ldan tashqari, 75-80% hollarda qo'shimcha Santorini yo'li uchraydi. Bu yo'l ba'zan asosiy yo'l bilan qo'shiladi, ba'zan esa bez boshchasidan kesib o'tib 12 barmoq ichakka mustaqil, qo'shimcha surg'ich holida ochiladi. Virsung yo'lining umumiy o't yo'li bilan qo'shilishining bir necha turlari bor: alohida holda ochilish yoki to'liq bo'lmagan Fater so'rg'ichidan markazroq joyda, ikkita yo'lning qo'shilishi turida ochilish shular qatoriga kiradi.



123 - rasm. Jigar darvozasi va me'da osti bezi sistemasi

1. Darvoza venasi, 2. Umumiy o't yo'li, 3. Me'da osti bezi yo'li,
4. Qo'shimcha me'da osti bezi yo'li, 5. Kichik duodenal so'rg'ich,
6. Katta duodenal so'rg'ich, 7. O't pufai yo'li.

Ko'rsatib o'tilgan anatomik xususiyatlar, me'da osti bezi yo'lga o't suyuqligi refluksi yoki o't yo'llariga pankreatik shira tushishi mumkinligini ko'rsatadi. Me'da osti bezi to'qimasi tashqi va ichki sohalari bo'lgan epitelial xujayralardan tashkil topgan. Keyingisi sekret ishlab chiqaradigan va hazm qilish jarayonida ishtirok etadigan granulalardan iborat. Bezsimon to'qima orasida ichki sekretor faoliyatni bajaradigan, kapsulaga o'ralgan Langergans orolchalari joylashadi. Orolchalar ko'p sonli qon tomirlar va quyosh chigali sistemasidagi simpatik nerv tarmoqlari bilan o'ralgan. Langergans orolchalarining soni 2 000 000 gacha yetadi (1 g bezga 5 000 - 25 000 gacha).

Me'da osti bezining tashqi sekresiyasi faoliyatida, 24 soat mobaynida 1200-2200 ml pankreatik shira ishlab chiqariladi, u ishqoriy reaksiya (rN 8,5- 8,8) ga ega bo'lib, uning solishtirma og'irligi 1015 ga teng keladi. Me'da osti bezida quyidagi fermentlar ishlab chiqariladi: oqsillarni parchalaydigan proteazalar (tripsinogen, peptidaza, kollagenaza, ribodezoksiribonukleaza) va 2 turdagi (al'fa, betta) aktiv amilaza. Ular uglevodlar va lipazani parchalaydi, yog'larni yog' kislotalari va glitseringacha parchalaydi. Lipaza ta'sirini o't suyuqligi kuchaytiradi.

Kasallikni diagnostika qilish qiyinligi, og'ir kechishi va o'lim darajasining yuqoriligi jihatidan 8-10% ni, og'ir turlarida esa 50% ni tashkil etib, jarrohlarni diqqat-e'tiborini o'ziga tortib keladi. O'tkir pankreatit asosan 30-60 yoshlarda ko'proq kuzatiladi. Ayollar orasida ushbu kasallik, erkaklarga nisbatan 3-3,5 marta ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi. O'tkir pankreatitning rivojlanish sabablari turli-tuman bo'lib, polietiologik kasallik hisoblanadi. Bu kasallikning etiologik omillari ko'pligiga qaramay, ularning barchasi zamirida bezning bir strukturali birligining buzilishi, fermentlarning aktivlashishi hisobiga atsinoz xujayralar autolizi (yemirilishi) ga borib taqaladi.

Bezda fermentlarning aktivlashishiga olib keluvchi sabablar bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

- a) atsinoz xujayralarning shikastlanishi;
- b) pankreatik shira gipersekresiyasi;
- v) pankreatik shirani 12 barmoq ichakka tushishining qiyinlashishi va uning yo'llarida o'tkir gipertenziya holatining rivojlanishi.

Atsinoz xujayralarning shikastlanishiga quyidagi sabablar olib kelishi mumkin:

1. Qorin bo'shlig'i a'zolari va xususan me'da osti bezi jarohatlari;
2. Me'da osti bezida o'tkazilgan jarrohlik amaliyotlari;
3. Me'da osti bezi to'qimasida qon aylanishining buzilishi (tromboz, emboliya, qon tomirlar bog'lanishi va b.);
4. Ekzogen intoksikatsiya;
5. Allergik reaksiya;
6. Alimentar buzilishlar;

Me'da osti bezi gipersekresiyasiga spirtli ichimliklar (alkogol') ni me'yorsiz ichish va me'yordan ortiq yog'lik ovqatlar iste'mol qilish kiradi.

Me'da osti bezi shirasining o'z yo'li bo'yicha oqishini qiyinlashishiga sabab bo'luvchi omillarga me'da osti bezi yo'lining chiqish qismida joylashgan patologik jarayonlar: Oddi sfinkteriga o't toshining tutilib qolishi, katta duodenal so'rg'ich strikturasi yoki stenozi, 12 barmoq ichak shilliq qavatining shu sohada shishishi kiradi.

Patogenezi. O'tkir pankreatit rivojlanishida me'da osti bez ishlanishining neyrogen yoki gumoral rag'batlantirilish asosiy omil

hisoblanadi (ko'p ovqat yeyish, spirtli ichimliklar ichish, sekretin bilan diagnostik rag'batlantirish).

O'tkir pankreatitli bemorlarning taxminan 2/3 qismi xolelitiy bilan bog'liq bo'ladi. Biroq patogenetik mexanizmi unchalik aniq emas, o't pufagi va me'da osti bezi limfatik kollektorlar bilan aloqasi muhim rol o'ynasa kerak. Normada me'da osti bezi fermentlari, avvalo proteazalarning aktivlanishi, odatda 12 barmoq ichak bo'shlig'ida sodir bo'ladi. O'tkir autolitik pankreatitda esa bu fermentlarning aktivlashishi bezning o'zida namoyon bo'ladi. Biroq, o'tkir pankreatitda bez to'qimasining o'z-o'zini hazm qilishi uchun fermentlarning qaysi biri ko'proq zarurligi, hanzgacha to'liq aniqlanmagan. Tripsin proenzimlar, ximotripsin, elastaza, kollagenaza va fosfolipaza me'da osti bezining ko'p qismi aktivatori hisoblanadi. Fosfolipaza, fosfolipidlar va xujayra membranalaridan kuchli sitotok-sik ta'sirga ega bo'lgan lizolesitin va lizokefalinni ozod qiladi. Aktiv proteazalar kininogenlarga ta'sir qilib polipeptidlar va kininlar ajratadi. Kininlar og'riqqa va kuchli vazodilatatsiyaga sabab bo'lib, bu og'ir gipovolemik karaxtlikka olib keladi.

Aktiv lipazalar xujayra yog'larini glitserin va yog' kislotalarga parchalab, to'qimalarda og'ir distrofik o'zgarishlar avj olishiga olib keladi, bez to'qimasining o'zida bezni o'rab turgan kletchatkada, ingichka va yo'g'on ichak tutqichida, katta va kichik charvida va boshqa a'zolarida yog'li nekrozlar (steatonekrozlar) hosil bo'lishiga imkon beradi. Tripsin va kininlar shuningdek kapillyarlar o'tkazuvchanligini keskin oshiradi, staz, kapillyarlar bo'ylab perfuziyani to'xtatadigan «mikrosirkulyator blok», ishemiya, gipoksiya, atsidoz, gemokoagulyatsiya buzilishini keltirib chiqaradi. Mahalliy jarayon butun a'zolariga tez ta'sir ko'rsatadi. Limfa va qonga ko'p miqdorda toksogen polipeptidlar, lipidlar va ferment autolizisining boshqa mahsulotlari, pankreatik fermentlar, biogen aminlar tushib, toksemiya rivojlanishiga olib keladi, bu qonning plazma va trombin sistemalaridagi o'zgarishlar, markaziy va periferik gemodinamikaning buzilishi, parenximatoz a'zolaridagi funksional yetishmovchilik va toksik asoratlar bilan birga kechadi.

Binobarin, o'tkir pankreatit patogenezida o'zaro bog'langan patobio-kimyoviy va morfofunktsional 4 ta jarayon: 1) lipoliz, 2) proteoliz, 3) qon va

limfadagi mikrosirkulyatsiya buzilishlari ifodalangan demarkatsion yallig'lanish, 4) pankretogen toksemiya asosiy ahamiyatga ega.

Patologik anatomiyasi. Morfologik o'zgarishlarning turli-tuman bo'lishiga qaramay, pankreatitning uchta formasi farq qilinadi: Me'da osti bezining o'tkir shishishi, o'tkir gemorragik pankreatit, o'tkir yiringli pankreatit.

Me'da osti bezining o'tkir shishishini ba'zan kataral pankreatit deb ataladi. Makroskopik tekshirilganda bez hajmi kattalashgan, shishgan bo'ladi. Shish qorin pardasi orqasidagi kletchatkaga va ko'ndalang chamber ichak tutqichiga tarqalishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida va charvi xaltasida, aksariyat hollarda, seroz-gemorragik suyuqlik bo'ladi. Gistologik tekshirganda oraliq, to'qima shishi, unchalik katta bo'lmagan qon quyilish sohalari va bez to'qimasida o'rtacha ifodalangan degenerativ o'zgarishlar topiladi.

O'tkir gemorragik pankreatit. Bunda me'da osti bezining makroskopik ko'rinishi: hajmi kattalashgan, qirmizi-qora rangli, ilvillagan, osonlikcha parchalanadigan bo'ladi. Parapancreatik va qorin pardasi orqasidagi bo'shliqlarning gemorragik imbubitsiyasi amalda doimiy kuzatiladi. Gistologik tekshirganda - ko'p sonli distrofiya, nekrobioz va nekroz o'choqlari zaminida, bezning o'zgarmagan parenximasi sohalari aniqlanadi.



125 - rasm. Shishli pankreatitni makroskopik ko'rinishi.

Gemorragik pankreatit uchun - gemorragik ekssudatning kletchatka bo'ylab ko'p tarqalganligi va qorin pardasi orqasidagi kletchatkada assitik fermentativ flegmonaning paydo bo'lishi xos bo'ladi.



126 - rasm. Gemorragik pankreatit makroskopik ko'rinishi.

O'tkir yiringli pankreatit bakterial flora qo'shilganda rivojlanadi. Bezning yiringli parchalanish o'choqlari ko'rinib turadi.

Mikroskopik tekshirishda flegmonali yallig'lanish yoki kattaligi har xil ko'p sonli abscesslar xarakteridagi yiringli infiltratsiya topiladi, qorin bo'shlig'ida yiringli-gemorragik yoki seroz-yiringli ekssudat bo'ladi.



127 - rasm. Yiringli pankreatitni makroskopik ko'rinishi.

O'tkir pankreatit klassifikatsiyasi. O'tkir pankreatitni quyidagi turlari farq qilinadi:

- 1) me'da osti bezining o'tkir shishishi;
- 2) me'da osti bezining gemorragik nekrozi;
- 3) yiringli pankreatit.

Bunday turlarga bo'lish ma'lum darajada shartli hisoblanadi. Bitta bemorning o'zini morfologik tekshirishda, aksariyat unda patologik turlarining birga uchrashini, shuningdek o'tadigan formalarini kuzatish mumkin. Me'da osti bezining o'tkir shishishi birmuncha ko'proq kuzatiladi

(bemorlarning 77-78 foizida). O'tkir gemorragik nekroz va yiringli pankreatit bemorlarning taxminan 10-12 foizida qayd qilinadi.

Xozirgi kunda o'tkir pankreatitni eng qulay tasnifi V. I. Filin tomonidan taklif qilingan.

Fermentativ davr kasallikning birinchi 5 kuniga to'g'ri keladi. Reaktiv davr (kasallikning 6-14 kunlar) faqat destruktiv pankreatit rivojlangan bemorlarda kuzatiladi. Kasallikning 3 haftasidan sekvestratsiya davri boshlanadi. 20-24 kundan so'ng bemorlarda kasallikning yakunlanish davri boshlanadi.

Me'da osti bezidagi o'choqlar o'lchamlariga nisbatan Tolstoy A. D. (1999) o'tkir penkreatitni 5 turga bo'ladi: o'tkir shishli pankreatit (atsinar xujayralar nekrozi); kichik o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mm gacha); o'rta o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 5 mm-dan 10 mm gacha); katta o'choqli pankreonekroz (o'choqlar o'lchamlari 10 mm dan ko'p); total-subtotal pankreonekroz (oshqozon osti bezi total-subtotal shikastlanishi).

Klinikasi

Kasallik aksariyat to'sh osti sohasida va chap qovurg'alar ostida og'irlik sezgisi va biroz og'riq, kekinish, qorinning o'rta darajada dam bo'lishi ko'rinishidagi dispeptik buzilishlar bilan xarakterlanadigan qisqa prodromal davrdan (60-70%) keyin boshlanadi.

Og'riq o'tkir pankreatitning asosiy va doimiy simptom hisoblanadi. Og'riq to'satdan paydo bo'ladi. O'z xarakteriga ko'ra og'riq juda kuchli, simillagan, doimiy, kamroq vaqt mobaynida tutadi. Og'riq shu qadar kuchli bo'ladiki, bemorlar ba'zan hushdan ketadi. Og'riq o'ng va chap qovurg'alar ostida joylashuvi mumkin, ko'pincha esa belbog'simon bo'lishi kuzatiladi va yelkalar ustiga, to'sh suyagi orqasiga o'tadi, buni yanglishib ba'zan miokard infarkti deb hisoblaydilar. 85% hollarda bemor qayt qiladi (og'ir hollarda qusuq tarkibiga qon aralashgan bo'ladi). Bemor qorni tobora shishib boradi, ich kelmasligi hamda yel chiqmasligi (qabziyat) kuzatiladi.

Bemor tanasining vaziyati - ko'pincha majburiy holatda, bemorlarning ko'pchiligi yarim egilgan holatda bo'ladilar. Xastalikning boshlanishida, bemorning tana harorati normal yoki subnormal bo'ladi. Tananing yuqori harorati va isitma rivojlanib borayotgan yallig'lanish asoratlari uchun xos. Teri va shilliq pardalarning ranggi oqargan, sianotik tusda bo'lib, og'ir

intoksikatsiya jarayonidan dalolat beradi. Aksariyat hollarda sariqlik kuzatilib, o'ning normal oqishining buzilishi va jigardagi og'ir toksik holatdan dalolat beradi.

Bemorning tili quruq, kulrang qarash bilan qoplangan. Qorin bir tekis ko'tarilgan, mushak himoyasi kuchsiz, qorinning yon bo'limlarida va kindikda sianoz - Grey-Turner simptomi va Kullen simptomi qayd qilinadi.

O'tkir pankreatit uchun epigastral sohada va chap qovurg'alar ostida og'riq bo'lishi ob'ektiv simptom hisoblanadi, u ko'pincha qorin oldingi devori mushaklarining taranglashmasligi bilan o'tadi. Voskresenskiy simptomi (epigastral sohada qorin aortasi pulsatsiyasining yo'qolishi bemorlarning uchdan bir qismida, Mayo-Robson simptomi (chap qovurg'a-umurtqa bo'rchagida og'riq) esa, ularning yarmidan ko'prog'ida aniqlanadi. Shetkin-Blyumberg simptomi ko'pincha kuchsiz musbat, ichak peristaltikasi shovqinlarining susayishi kuzatiladi. Perkussiyada qorin bo'shlig'ida ozod suyuqlik aniqlanishi ehtimoli bor.

Kasallik boshlanishida bradikardiya bo'lib, tez orada taxikardiya bilan almashinadi. Kasallikning og'ir formalari uchun tez pulsning ipsimon xususiyatga ega bo'lishi xos bo'ladi. Arterial qon bosimini ko'pchilik bemorlarda pasaygani kuzatiladi.

Parenximatoz a'zolarida distrofik o'zgarishlar rivojlanadi, ularning funksional holati buziladi. Bu o'zgarishlarni asosan giperenzimemiya, mikrosirkulyator buzilishlar va intoksikatsiya tashkil etadi. Buyrak faoliyatida ayniqsa qattiq buzilishlar kuzatiladi. Bemorlarning 10-20% da diurezning oliguriyadan anuriyagacha o'zgarishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Laboratoriya tekshiruvlarida o'tkir pankreatitda proteolitik fermentlar ko'rsatkichining oshishi (amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza) xarakterli hisoblanadi. Qonda va siydikda diastazaning miqdori hamisha ham oshavermaydi. Amilaza miqdorining birdaniga oshishi (512-1024 TB dan ortiq) o'tkir pankreatitdan dalolat beradi, biroq amilaza darajasining normalligi bu kasallikni istisno qila olmaydi. Bez katta o'zgarishlarga uchraganda qonda va siydikda diastaza miqdori sezilarli o'zgarmaydi, ba'zan pasayadi. Tripsinning miqdori ancha oshishi ham o'tkir pankreatit uchun patognomonik belgidir. Chunki, bu kasallikda tripsin va uning ingibitorlari miqdori juda erta oshadi, lipaza konsentratsiyasining oshishi

birmuncha kech muddatlarda (kasallik boshlanishining 3-4-sutkalarida) sodir bo'ladi. Giperglikemiya va glyukozuriya patologik jarayonga bezning orolsimon apparatining tortilishi to'g'risida dalolat beradi. Gipokalsiemiya o'tkir pankreatitning destruktiv formalari uchun patognomonik hdat bo'ladi. U odatda kasallikning 4 va 10-kunlari orasida, ya'ni yog' nekrozlari eng rivojlangan davrda paydo bo'ladi. Kalsiyning 4 mekv/l dan pasayib ketishi prognoz jihatidan yomon belgi hisoblanadi.

Siydikda, me'da osti bezi fermentlari miqdori oshishidan tashqari, oqsil, entrotsitlar, silindrlar paydo bo'ladi. Og'ir hollarda buyrakning toksik-infeksion zararlanishi o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib keladi, bu oliguriya yoki anuriya, qonda azotli shlaklar yig'ilishi yuzaga chiqadi.

Me'da osti bezi to'qimasi fermentlarini tekshirish muayyan diagnostik ahamiyatga ega. Elastaza fermenti aktivligi odatda Keller va Mandl' bo'yicha (1971), transaminaza aktivligi esa Bregmaer bo'yicha (1970) aniqlanadi. Kasallikning hamma formalarida bu fermentlarning aktivlik darajasi nisbatan yuqori bo'lishi aniqlangan. Sog'lom odamlar qonida elastaza va transaminaza aktivligi aniqlanmaydi. O'tkir pankreatitli bemorlarda qonda elastaza aktivligi minutiga 4,3 dan 5 l mk mol/min atrofida bo'ladi. Transaminaza aktivligi 2,29 dan 4,29 mk mol/min gacha o'zgarib turadi. Qon zardobida to'qima fermentlarining paydo bo'lishi me'da osti bezi xujayralari destruksiyasidan dalolat beradi va bir nomdagi patobiokimyoviy sindrom tushunchasini tashkil qiladi.

O'tkir pankreatit asoratlari:

Erta asoratlari - shok va o'tkir yurak yetishmovchiligi, peritonit; birmuncha kechki asoratlari - me'da osti bezi absessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasi, diafragma osti, ichaklararo, charvi xaltasi, arrosion qon ketishlar, nekrozga uchragan to'qima ko'chishi, o'tkir buyrak yetishmovchiligi. Keyinchalik esa, me'da osti bezining soxta kistalari va oqmalari, ichak oqmalari, qandli diabet kabilar paydo bo'lishi ehtimoli bo'ladi.

Differensial diagnostikasi. O'tkir pankreatitni birinchi navbada me'da va 12 barmoq ichakning teshilgan yarasi bilan differensial diagnostika qilish kerak. Teshilgan yara uchun bemorning navqiron yoshi, anamnezida yaraning bo'lishi, «xanjar bilan urgandek» og'riq, qusishning yo'qligi, «taxtasimon» qorin kabi xos belgilar tafovutlashga yordam beradi.

Perkussiya qilganda jigar to'ntoqligining yo'qolishi va diafragma gumbazi ostida rentgenologik tekshiruvda aniqlanadigan o'roqsimon ozod havoborligi xos bo'ladi. O'tkir pankreatit odatda, o't-tosh kasalligi bo'lgan va yog' almashuvi buzilgan yoshi ulg'aygan odamlarda ko'proq uchraydi. O'tkir pankreatit uchun og'riqning belbog'simon bo'lishi, uning o'ziga xos irradiatsiyasi, uzluksiz qayt qilish, «mushak himoyasi» simptomining aniqlanmasligi, qorinning kepchishi, leykotsitoz, giperenzimiemiya va diastazuriyalar xos bo'ladi.

O'tkir xolesistit va o't sanchig'i xurujlari o'tkir pankreatit bilan bir qator umumiy simptomlarga ega (to'satdan boshlanishi, o'tkir og'riq, og'riq irradiatsiyasi, peristaltikaning susayishi va b.) Biroq, o'tkir xolesistit uchun og'riqning o'ng qovurg'alar ostida joylashuvi, mushak himoyasi simptomi paypaslash vaqtida kattalashgan va og'riydigan o't pufagi yoki o'ng qovurg'alar ostida infil'tratning aniqlanadi, qon va siydikda diastaza ko'rsatkichlari normal. Ko'pincha o'tkir pankreatit o't-tosh kasalligi zaminida rivojlanadi (xolesistopankreatit).

O'tkir pankreatit bilan o'tkir mexanik ichak tutilishi orasida differensial diaqnoz quyidagi belgilar asosida o'tkaziladi: o'tkir pankreatitda og'riq doimiy bo'ladi va peristaltikaning susayishi yoki butunlay yo'qolishi bilan o'tadi, og'riq qorinning yuqori va o'rta qismlarida bo'ladi. Aksincha, ichakning o'tkir tutilib qolishida og'riqlar qorinning barcha joyida to'lqinsimon bo'ladi; kasallikning dastlabki davrida peristaltika kuchli. Siydik va qonda me'da osti bezi fermentlari miqdorining yuqoriligi o'tkir pankreatit diaqnozini tasdiqlaydi.

O'tkir appenditsit ham, ba'zan o'tkir pankreatit kabi, aksariyat epigastral sohada og'riqdan boshlanadi. Biroq appenditsitda epigastral sohada og'riq qisqa fursat bo'ladi, 3-4 soat o'tgach og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi, qorin devorining taranglashuvi va rivojlanayotgan mahalliy peritonitning boshqa simptomlari bilan birga uchraydi. Siydik va qondagi diastazani tekshirish bu ikkala kasallik o'rtasida uzil-kesil differensial diaqnoz o'tkazishga imkon beradi.

Diagnostikasi.

O'tkir pankreatit diaqnozini qo'yishda anamnez ma'lumotlari (ko'p ovqat yeyish va spirtli ichimlik ichish, shikastlar va boshqalar), qorinning yuqori bo'limida ko'pincha og'ir aylanib tutadigan kuchli og'riq, uning

taxikardiya va arterial bosimning pasayishi bilan o'tishi asos bo'lib xizmat qiladi. Peritonit rivojlangunga qadar qorin yumshoqligicha qoladi, biroq ko'tarilgan bo'ladi, peristaltika bo'lmaydi. Ba'zan Mayo - Robson musbat simptomi bo'ladi.

O'tkir pankreatitda laparoskopik tekshiruvlar bu kasallikni oshig'ich diagnostika qilishning eng qimmatli usullaridan biri hisoblanadi. O'tkir pankreatitda laparoskopiya o'tkir pankreatit formasini aniqlashda, pankreonekrozning patobiokimyoviy turini bilishda yordam beradi, pankreatogen peritonit, qo'shib keladigan kasalliklar (destruktiv xolesisit) ni aniqlashga imkon beradi.

Laparoskopik tekshirishga ko'rsatmalar quyidagicha: klinik manzara-ning noaniqligi, pankreatit va qorin bo'shlig'ining boshqa o'tkir kasalliklari o'rtasida differensial diagnostika qilish zarurligidir. O'tkir pankreatitning klinik belgilari aniq bo'lganda laparoskopiya kasallikning formasini aniqlash va davo muolajalarini bajarish uchun qilinadi.

Laparoskopiyani qorin bo'shlig'ida operatsiya o'tkazilgan, shuningdek katta ventral churralari bo'lgan bemorlarda qo'llanilishi mumkin emas.

So'nggi yillarda kompyuter tomografiya (KT) va ultratovush yordamida tekshirish eng ko'p axborot beradigan usullar bo'lib qoldi, ular me'da osti bezi o'lchamlarini, strukturasi bir xil emasligini, patologik jarayon darajasini aniqlab beradigan usullardan hisoblanadi.

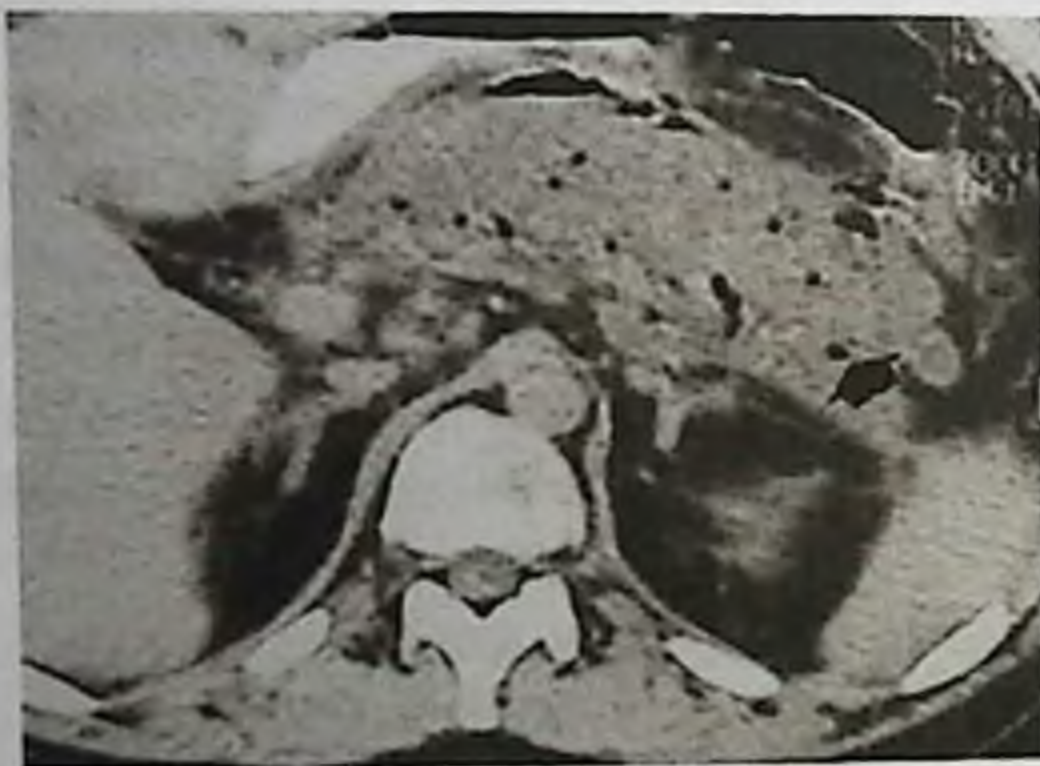
Qorin aortasi tarmoqlarini selektiv va superselektiv angiografiya qilish usullarini klinikaga joriy qilish me'da osti bezi kasalliklarining diagnostikasini birmuncha yaxshiladi. Angiografik tekshirish o'tkir pankreatitda paydo bo'ladigan me'da osti bezi angioarxitektonikasiga bos o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi.

O'tkir pankreatitning hamma angiografik simptomlarini uch guruhga bo'lish mumkin:

- 1) me'da osti bezi arterial o'zanidagi o'zgarishlar;
- 2) me'da osti bezidagi gemotsirkulyatsiya buzilishi;
- 3) me'da osti bezini o'rab turgan tomirlardagi va qorin aortasi havzasi tomirlaridagi o'zgarishlar.



128 - rasm. O'tkir pankreatitning ultratovush tekshiruvida ko'rinishi.



129 - rasm. Pankreonekroz natijasida rivojlangan oshqozon osti bezi mikroabscesslari (KT).

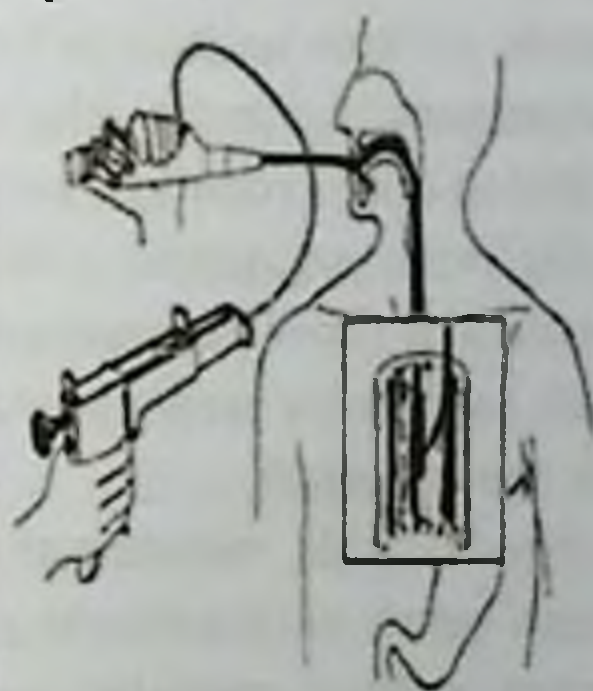


130 - rasm. O'tkir pankreatitda yader-magnit tomogrammasi.

O'tkir pankreatitda me'da osti bezi arterial o'zanidagi o'zgarishlar arteriya bo'shlig'i kengayishi, sunilishi, uzayishi va to'g'rilanishi, konturlarining noaniqligi (chplashib ketganligi), shaklining o'zgarishi va torayishi, betartib joylashuvi, ayrim tomirlarning uzilishi, shuningdek tomir devoridagi nuqsonlardan iborat.

Rentgenologik tekshiruvda o'tkir pankreatitning bilvosita belgilari aniqlanadi. Obzor rentgenogrammada me'daning kengayganligi, unda suyuqlik borligi aniqlanadi. Odatda 12 barmoq ichak qovuzlog'i kengaygan, parez holatida bo'ladi.

Ba'zan o'tkir pankreatit belgilari qorin bo'shlig'idan transparietal punksiya yordamida ekssudat olish, me'da osti bezini asbob-uskunalar bilan paypaslash, o't pufagini transparietal punksiyasi va drenaj qilish kabi maxsus diagnostik muolajalar vositasida aniqlanishi mumkin.



131 - rasm. Virsungografiya



132 - rasm. seliakografiya

Davolash.

O'kir pankreatitni patogenetik davolash, ya'ni asosiy davo tadbirlari patogenez konsepsiyasiga muvofiq kelishi kerak.

Ferment toksemiyaga qarshi kurashish uchun quyidagilardan foydalaniladi:

1) Me'da suyuqligini aspiratsiya qilish va me'dani sodali sovuq eritma bilan yuvish (me'da suyuqligidagi xlorid kislota pankreatik sekresiya stimulyatori hisoblanadi). Oddi sfinkteridagi spazmni yo'qotish uchun atropin yuborish, me'da osti bezi gipotermiyasi, 4-5 kungacha sitostatiklar yuborish (5-floruratsil, florafur va boshqa pankreatik fermentlar ishlanishini to'xtatadi) bez tashqi sekretor funksiyasini pasaytiradi; 2) spazmolitiklar yuborib ishlab chiqarilgan fermentlarning normal evakuatsiyasini ta'minlash; 3) qon o'zaniga yoki qorin bo'shlig'iga tushgan fermentlarni yo'qotish; ko'krak limfatik yo'lini limfosorbsiya bilan drenaj qilish, diurez stimulyatsiyasi; qorin bo'shlig'ini drenajlash; 4) fermentlarni proteazlar ingibitorlari bilan (kontrikal, gordoks, salol va boshqa) aktivsizlantirish.

Og'riqni yo'qotish yoki kamaytirish uchun analgetiklar va spazmolitiklar (no-shpa, papaverin, platifillin) qo'llanilishi zarur. Peridural blokada (orqa miya peridural bo'shlig'ini anestetiklar yuborib kateterlash) yaxshi samara beradi.

Suv-elektrolit muvozanati (balansi)ni idora qilish, yurak faoliyatini normaga solish va toksikozni pasaytirish maqsadida 5-10% li glyukoza eritmaları, poliion eritmalar, poliglyukin, plazma, gemodez qo'llanilishi tayinlanadi. Kaliy preparatlari, yurak glikozidlari ko'rsatmalar bo'yicha tayinlanadi.

Qonning reologik xususiyatlarini yaxshilash va tomir ichida qon ivishini profilaktika qilish uchun har 4 soatda reopoliglyukin va geparin (5000 TB) qo'llaniladi.

Antiferment muolaja. Proteazalar ingibitorlari bilan davolash. 1953 yilda Frea o'tkir pankreatitni davolash uchun birinchi marta kallikrein inaktivatori - trasilolni qo'llagan. Hozirgi vaqtda boshqa ingibitorlar: kontrikal, gordoks, pantripin, iniprol, zimofen va boshqalar keng qo'llanilyapti. Ingibitorlar ko'p yil qo'llanilishiga qaramay, ularning ta'sir mexanizmi, fazalari, qo'shimcha ta'siri to'g'risida yagona fikr yo'q. Ko'p sonli tekshirishlarda proteazalarning ingibitorlari pankreonekrozda ro'y-rost

terapevtik samara berishi, zarbali dozalari bilan qo'shma davolash esa pankreatogen toksemik asoratlardan o'limni birmuncha pasaytirishi aniqlangan. Preparatni oddiy usullarda (mushak orasiga va venaga) yuborish me'da osti bezida va qorin bo'shlig'ida antiferment preparatlarning yuqori konsentratsiyasini ta'minlay olmaydi. Bunga preparatlarni qo'shma usulda: venaga, regional - arteriyaga, qorin pardasi ichiga, qorin pardasi orqasiga yuborilganda muvaffaq bo'linadi. Proteaza ingibitorlarining yuqori mahaliy konsentratsiyasi aktiv tripsinogenni bloklab qo'yish, periatsinar bo'shliqda tripsinning aktivsizlanishi va proteoliz regional jarayonlarini to'xtatib qo'yishni, kininogenez va fibrinolizni ta'minlaydi.

Sitostatiklar bilan davolash. Oqsil sinteziga atsinoz xujayralari bilan ta'sir qilib sitostatiklar (5-floruratsil, florafur) me'da osti bezi ekzokün funksiyasini to'xtatish 70-yillarning II yarmida pankreonekrozda qo'llanilgan. 5-floruratsil 500 ml fiziologik eritmada suyultirilib, sutkasiga bir marta 2-3 kun mobaynida 250-300 mg dozada yuboriladi. Preparat qorin aortasiga selektiv yuborilganda davolash ancha-yin ta'sirchan bo'ladi. Kasallikning kechikkan muddatlarida sitostatiklarning davolash ta'sirchanligi juda ozligini ta'kidlab o'tish zarur.

Detoksikatsiya. Pankreatogen toksemiya kasallikning birinchi davrida rivojlanadi. Agar bu davrda detoksikatsiya o'tkazilmasa, bemor ahvoli jiddiylashadi, ingibitor to'siq mexanizmlar izdan chiqadi, mahaliy patologik jarayon buziladi va uning avj olishi mikrosirkulyatsiya buzilishi va qon tomir ichida qon ivishi sindromi ta'siri ostida sodir bo'ladi. O'z vaqtida o'tkazilgan detoksikatsion muolajagina patologik jarayonning bundan keyingi rivojini to'xtatadi.

Detoksikatsiyaning ta'sirchan usullaridan biri infuzion muolajani organizmni suyuqlik bilan to'yintirish (gemodilyusiya) va diurezni kuchaytirish bilan qo'shib olib borishdan iborat. Gemodilyusiya va kuchaytirilgan diurez prinsiplari oddiy, hamma e'tirof qilgan tamoyildir. Diurez soatiga 25 ml dan pasayib ketganda kuchaytirilgan diurez tayinlanadi.

Ko'krak limfatik yo'lini tashqariga drenaj qilish. O'tkir pankreatini davolash uchun bu usulni qo'llanish patogenetik asoslangan. Pankreonekrozda jigar interstitsial bo'shliqlari shishishi va kompressiyasi, shuningdek mikrosirkulyator buzilishlar sababli limfaga me'da osti bezi

fermentlari va autoliz mahsulotlari ko'p o'ta boshlaydi, bunda uning toksinligi keskin ortadi. Limfaning toksikligi darajasi me'da osti bezi zararlanishining og'ir-yengilligiga bog'liq.

Limfaning tashqariga chiqarilishi jarayonida, asosan dastlabki 2-3 sutka ichida uning toksikligi kamayadi. Bu davrda limfa bilan birga autoagressiv fermentlarning kattagina miqdori - lipaza va tripsin chiqariladi. Yog'li nekrozda tashqi limfa drenaji Ayniqsa ro'y-rost detoksikatsion natija beradi. Limfa bilan birga oqsillar, elektrolitlar yuqotilishi - limfa oqib ketishining salbiy tomoni hisoblanadi.

So'nggi yillarda klinik amaliyotga aktiv detoksikatsiya usullari: limfosorbsiya (R. Panchenko, 1982) va gemosorbsiya (Yu. M. Lopuxin, 1975) jadallik bilan joriy qilindi. Sorbentlar bilan tozalangan limfa reinfuziyasi tashqi drenajlar usulining keyingi rivoji bo'lib hisoblanadi. Limfosorbsiyaga amalda monelik qiladigan hollar yo'q, biroq uni qo'llanish limforeya yuqori bo'lganda yaxshi natija beradi.

Pankreonekrozda gemosorbsiya og'ir endotoksikozda, pankreatogen shok hodisalarida va jigar-buyrak yetishmovchiligida rivojlanadigan intoksikatsion psixozlarda qo'llanilishi kerak.

Og'ir pankreatik endotoksikozda plazmaferez o'tqazishda yuqori davo natijasi olingan (A. M. Sazonov, 1984). Bu usulda mamlakatimizda ishlab chiqariladigan asbob-uskuna yordamida limfa suyuqligi xaydalib (1-1,5 l gacha) donor plazmasi va al'bumin bilan aralashtiriladi. Plazmaferezning davo ta'siri plazma bilan birga ekzogen va endogen toksinlarni chiqarishdan iborat. Tozalangan limfa organizmga qaytadan quyiladi.

Laparoskopik drenajlash va qorin bo'shliq perfuziyasi. Pankreatogen peritonit jadal kechadi, tez oshib boradigan intoksikatsiya, parenximatoz a'zolar distrofiyasi, gemodinamikaning og'ir buzilishini keltirib chiqaradi.

Peritonitga qarshi kurashning ta'sirchan chorasi ekssudatni aktiv chiqarish, qorin bo'shlig'iga antiferment preparatlar, antibiotiklar yuborish hisoblanadi. Shu maqsadda pankreonekrozni eng ta'sirchan va bezarar davolash usuli qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash, ayni vaqtda ekssudatni bartaraf etish va qorin bo'shlig'iga peritoneal dializ o'rnatish va qo'llash hisoblanadi. Pankreatogen peritonitni laparoskopiya usuli bilan davolash ikki bosqichdan - diagnostik va davolash bosqichidan iborat

bo'ladi. Diagnostik bosqichda pankreatit turi, peritonitning bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Gemorragik ekssudat, steatonekroz dog'lari va aseptik pankreatogen peritonit belgilari ikkinchi bosqich - qorin bo'shlig'ini qorin ichi perfuziyasi yoki infuziyasi o'tqazish maqsadida drenajlash uchun asosiy ko'rsatma hisoblanadi.



133 - rasm. Tarqalgan yiringli peritonit.

Arteriya ichi regional infuzion muolaja (RIM). Bu usulni o'tkazishga asosiy ko'rsatma pankreonekroz kechishining avj olishi, peritonit va toksemik asoratlardir. RIMni o'tkazish uchun ishlatiladigan preparatlar aralashmasining tarkibi: kontrikal - 60000 TB, geparin -2000 TB, reopoliglyukin - 400 mg, nikotinat kislota - 20 ml, novokain -2,5 g, izotonik natriy xlorid eritmasi yoki Ringer - Lakk eritmasi -1000 ml umumiy hajmgacha. Buning uchun, kateter rentgentelevizion moslama nazorati ostida o'matiladi. RIM ning asosiy davo vazifasi proteoliz va kininogenez jarayonlarini to'xtatish, qon mikrosirkulyatsiyasining lokal va sistem o'zgarishlarini davolash, shuningdek markaziy gemodinamika buzilishlarini bartaraf qilishdan iborat. Shunga ko'ra RIM pankreatogen shokni davolashda, pankreonekroz va fermentativ peritonit rivojlanishining oldini olishda asosiy usullardan biri hisoblanadi.

Me'da osti bezining lokal gipotermiyasi. O'tkir pankreatitni davolash bo'yicha tadbirlar kompleksiga me'da osti bezini qorin devori, me'da, yo'g'on ichak orqali sovutish yo'li bilan gipotermiya holatini yuzaga keltiradilar. Bunda haroratni anchagina pasaytirish bez to'qimasida modda

almashinuvi jarayonlarini susaytiradi, uning fermentativ funksiyasini va proteolitik fermentlar aktivligini kamaytiradi. Bevosita lokal gipotermiyani operatsiyadan keyingi davrda me'da osti beziga operatsiya vaqtida kiritilgan maxsus zond yordamida bajariladi. Bezda asosiy operatsiya (rezeksiya, drenajlash, omentopeksiya, abdominizatsiya va b.) o'tkazilgandan keyin unga ikki bo'shliqli naycha bilan ulangan maxsus tayyorlangan lateks ballon qo'yiladi, uni chap qovurg'alar ostidagi kesma orqali tashqariga chiqariladi.

Me'da osti bezini 2-4 soatdan kuniga 3 marta muntazam sovutiladi.

Ko'pgina olimlar e'tibor bergan bu usulning afzalligi - me'da osti bezini umumiy yoki lokal gipotermiya holatini chaqirishdan iborat deb hisoblaydilar. Biroq, ular gipotermiyani amalga oshirish uchun maxsus xirurgik operatsiya o'tqazishni tavsiya qilmaydilar.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolash. O'tkir pankreatit quyidagicha xirurgik davolash qilinadi:

1) o'tkir pankreatit, uning destruktiv formalari; xolesistit bilan birga uchraganda;

2) 36-48 soat mobaynida konservativ davolash naf bermaganda;

3) qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenaj qilib bo'lmaydigan pankreatogen peritonitda;

4) o'tkir pankreatit asoratlarida; charvi xaltasi absessi, qorin pardasi orqasidagi kletchatka flegmonasida. O'tkir pankreatitning destruktiv formalarini aniqlashda va davolashda laparoskopiyaning ahamiyati katta, o'ning yordamida diagnozni aniqlash, o't chiqaruv yo'llari gipertenziyasini aniqlash va laparoskop nazorati ostida teri orqali xolesistostomiya o'tkazish, biroq eng muhimi - qorin bo'shlig'ini suyuqlik aspiratsiyasi uchun drenajlash (ferment toksemiyani kamaytirish), qorin bo'shlig'ini antibiotiklar va proteaza ingibitorlari bilan yuvish mumkin.

O'tkir pankreatitni davolash kasallikning davriga asoslanadi.

Kasallikning fermentativ davrida bemorlarga bazis, antisekretor, detoksikatsion muolaja, immunostimulyatsiya, antibakterial davolash olib boriladi (5-jadval).

Me'da osti bezidagi destruktiv jarayonga nisbatan kasallikning fermentativ davrida davolash o'ziga xos xususiyatlariga egadir. O'tkir shishli pankreatitda davolash bazis va antisekretor muolajadan iborat bo'ladi.

O'tkir destruktiv pankreatitni fermentativ davrida davolash

Bazis muolaja	1. Ochlik (3 kungacha); 2. Lokal gipotermiya; 3. Nazogastral aspiratsiya; 4. Novokain blokadalar; 5. Spazmo- va xolinolitiklar.
Antisekretor muolaja	Sandostatin, oktreotid, 5-floruratsil, dalargin, ribonukleaza.
Oshqozon osti bezi gistoproteksiyasi	1. Reologik aktiv muolaja: reopoliglyukin, ge-parin, fraksiparin, kleksan, suloleksid; 2. Antioksidant va antigipoksantlar: Ye va S guruhlar vitaminlari, olifen.
Yiringli asoratlarni profilaktikasi	1. Antibiotiklar; 2. Immunokorreksiya (ronkoleykin, sikloferon, timogen).
Detoksikatsiya	1. Nospesifik: diurezni kuchaytirish, plazma-ferez; 2. Spesifik: antifermentlar (gordoks, kontrikal, trasilol); 3. Xirurgik kaminvaziv usullar (laparotsentez, laparoskopiya).

Kichik o'choqli pankreonekrozda konservativ muolaja quyidagilardan iborat:

1. Oshqozon osti bezi faoliyatini bosish (ochlik, mahaliy gipotermiya, oshqozon zondlash va doimiy aspiratsiya, antisekretor muolaja – oktreotid, sandostatin).

2. Detoksikatsiya (plazmaferez; ko'rsatmalarga asosan qorin bo'shlig'ini laparoskopik drenajlash; infuzion muolaja va diurezni kuchaytirish).

3. Antifermentativ muolaja – kontrikal, gordoks, trasilol.

4. Og'riqni oldini olish (spazmolitiklar, analgetiklar, novokain blokadalar). Katta o'choqli pankreonekrozda bemorlarga antisekretor, detoksikatsion, antioksidant, antigipoksant, antiferment muolaja o'tqiziladi. Agar bemor kech murojaat qilsa, katta o'choqli pankreonekrozda antisekretor muolaja o'tkazilmaydi, chunki pankreonekroz rivojlanib bo'lgan va bu holatda me'da osti bezi faoliyatini bosishdan foyda yo'q. O'tkir destruktiv pankreatitni reaktiv davrida davolash quyidagilardan iborat: enteral zondli oziqlantirish, yuqori kaloriyalik parhez; ichakning normal

florasini tiklash; yiringli asoratlarni oldini olish (antibiotiklar, immunokorreksiya); antioksidant va antigipoksantlar.

O'tkir destruktiv pankreatit septik turida bemorlarga operativ davolanish ko'rsatilgan.

O'tkir pankreatitni xirurgik davolashda operatsiyalarning quyidagi turlari qo'llaniladi:

- 1) charvi xaltasini drenajlash,
- 2) me'da osti bezi dum qismi va tanasini rezeksiya qilish,
- 3) pankreatektomiya.

Bizning mamlakatimizda yopiq operatsiyalar - charvi xaltasini drenaj qilib, peritoneal perfuziya, omentopankreatopeksiya, me'da osti bezi oldingi yuzasini katta charvi to'plami bilan o'rash ko'proq tarqalgan. Omentopankreatopeksiya jarayonining chegaralanishiga, me'da osti bezida qon ta'minotini yaxshilanishiga imkon beradi, nekroz bo'lgan qismlarning bitishini tezlashadi. Bu usul yog'li pankreonekrozning mayda va yirik o'choqli yakka formalarida qo'llanilishi kerak.



134-rasm. Charvi xaltasini drenajlash.

Katta va total nekrozlarda yiringli-septik asoratlarning oldini olish uchun erta o'tqaziladigan radikal operatsiyalar: sekvestrektomiya, nekrektomiya, bez rezeksiyasi, pankreatektomiya eng istiqbolli hisoblanadi. Keyingi ikkita operatsiyani aktiv kompleks davolash natija bermagan nekrotik jarayon esa tez avj olib borayotgan bemorlarda o'tkazilgani ma'qulroq bo'ladi.

Sekvestrektomiya – nekrozga uchragan bez qismini jonsizlangan to'qima chegarasida olib tashlash - o'tmas yo'l, digitoklaziya bilan bajarilishi mumkin va bunda qon oqmaydi.

Nekrektomiya - nekrozlangan bez qismini qon bilan ta'minlanadigan to'qimalar chegarasida olib tashlash - o'tkir yo'l bilan bajariladi; bez to'qimalari nekroz chegarasi bo'ylab kesiladi va qonab turgan tomirlar qunt bilan tikiladi.

Me'da osti bezi rezeksiyasi - a'zoning bir qismini bezning o'zganmagan to'qimalari chegarasida ko'ndalangiga kesib olib tashlash splenektomiya bilan o'tishi yoki o'tmasligi mumkin. Ko'pincha me'da osti bezining korporokaudal rezeksiyasi taloqni olib tashlash bilan birga bajariladi, chunki odatda qorin pardasi ortidagi infiltratsiya bilan o'tadigan pankreonekrozda taloq venasi trombozi bo'ladi. Bundan tashqari, taloqni saqlab qolish uning tomirli oyog'ini bez to'qimasidan ajratish qiyinligi operatsiyani mushkullashtiradi.

Radikal operatsiyalarda me'da osti bezi yuzasini va qorin bo'shlig'i bo'limlarini drenajlash aloxida ahamiyatga ega. Ko'pgina olimlarning tajribasi shuni ko'rsatadiki, operatsiya natijasi ko'p jihatdan ekssudatni yaxshi evakuatsiya qilishga va operatsiya qilingan joyni doimiy yuvib turishga bog'liq. Me'da osti bezi rezeksiyasidan keyin qorin bo'shlig'ida drenajlarni eng qulay joylashtirishni V. S. Zemskov taklif etgan.

Pankreonekrozda pankreatoduodenal rezeksiya nihoyatda kam qo'llaniladi. Uni sobiq Ittifoqda A.A. Shalimov (1979) 12 barmoq ichak devori destruksiyasi bilan o'tgan total pankreonekrozli bemorlarda birinchi marta muvaffaqiyatli qo'llagan.

Surunkali pankreatit

Surunkali pankreatit mustaqil kasallik hisoblanmay, balki o'tkir pankreatitning davomi va natijasi bo'lgan bosqichi - holati hisoblanadi.

Klassifikatsiyasi: Surunkali pankreatitning turli klinik kechishi bilan farq qiladigan quyidagi formalari tafovut qilinadi (M.I. Kuzin va muallifdoshlari).

1. Surunkali qaytalanadigan pankreatit.
2. Surunkali og'riqli pankreatit.
3. Surunkali pankreatitning latent (og'riqsiz) formasi.
4. Soxta tumoroz pankreatit.
5. Surunkali kalkulyoz pankreatit.
6. Surunkali soxta kistali pankreatit.

Etiologiyasi. Surunkali pankreatitning etiologik omillari qatoriga me'da osti bezi bilan anatomik va fiziologik jihatdan bog'langan a'zolaming (o't pufagi, o't yo'llari, jigar, me'da, 12 barmoq ichak) turli zararlanishlarini, alkogolizm, ozib ketish, turli dori-darmonlar va kimyoviy omillar ta'siri, me'da osti bezi shikastlari, o'tkir va surunkali infeksiyalar, intoksikatsiya, bez yo'li sistemasi, me'da osti bezidagi o'zgarishlar (birlamchi o'smalar)ni kiritish mumkin.

Patogenezi. Surunkali pankreatitning o'tkir pankreatit patogenezi bilan ko'p o'xshash tomonlari bor. Kasallik qaytalanishi jarayonga me'da osti bezining yangi-yangi bo'limlari tortilishiga olib keladi, bu vaqti kelganda funksional parenximaning chandiqli biriktiruvchi to'qima bilan almashinuviga sabab bo'ladi, bez yo'llarida va paravazal kletchatkadagi sklerotik o'zgarishlarga olib keladi.

Patologik anatomiyasi. O'tkir va surunkali pankreatit me'da osti bezi atsinoz xujayralarining o'z-o'zini hazm qilishi, yallig'lanish reaksiyasi rivojlanishi, jonsizlangan parenxima o'rnida biriktiruvchi to'qima o'sib qalinlashishi, jarayon avj olganda esa a'zo sklerozi bilan o'tadigan nekrozi bilan xarakterlanadi. Biriktiruvchi to'qima jadal rivojlanishi natijasida bez zichlashadi va aksariyat hollarda, hajmi o'zgaradi. Mikroskopik tekshirishda to'qima fibrozi bilan bir vaqtda uning yallig'li infiltratsiyasi, lipomatoz, bez yo'llari devorida yallig'lanish o'zgarishlari kuzatiladi. Ba'zan bez yo'li bo'shlig'i obliteratsiyasi: bez to'qimasiga tuzlar va kalsiy yig'ilishi natijasida ko'p sonli mayda kistalar topiladi.

Klinikasi. Surunkali pankreatitning asosiy klinik belgilari og'riq sindromi; me'da osti bezi tashqi sekretor yetishmovchiligining avj olishiga aloqador hazm qilishning buzilishi; insulyar apparat funksiyasi buzilishining klinik simptomlari; biliar (o't) gipertenziyasi sindromi (mexanik sariqlik, xolangit, ikkilamchi xolesistit); me'da osti bezi kistalari va oqmalari kabi pankreatit asorati simptomlari, segmentar portal gipertenziya, duodenal staz va boshqalar. Odatda, qorinning yuqori yarmidagi og'riq bemorni tibbiy yordamga murojaat qilishga majbur etgan eng muhim va ilk simptomlardan biri hisoblanadi. Og'riq qori bo'shlig'ining gir atrofni o'rab oladi (belbog'simon og'riq), orqaga kurak orasi sohasiga, o'ng qovurg'alar ostiga beriladi. Og'riq doimiy yoki xurujsimon bo'ladi. Og'riq xurujlari bir necha

soatdan 4-6 sutkagacha davom qiladi. Ko'pincha bunga parhezning buzilishi sabab bo'ladi.

Dispeptik buzilishlar, ko'ngil aynishi, qusish, so'lak oqishi, ich buzilib turishi (qabziyat ich ketishi bilan almashinib turadi) doimiy bo'ladi yoki faqat qo'zish davrida kuzatiladi.

Diareya alkogolli pankreatitli bemorlar uchun ayniqsa xos. Shuningdek kreatoreya (hazm qilinmagan mushak tolalari) va steatoreya (hazm qilinmagan yog'lar) ham bo'ladi. Surunkali pankreatit uchun axlat massalari hajmining ko'payishi ayniqsa xarakterli bo'ladi. Me'da osti bezining ichki sekreter funksiyasi buzilishlarining klinik belgilari surunkali pankreatitning nisbatan kechikkan simptomlaridan bo'lsada, birmuncha ko'p uchrab turadi, ular qandli diabet, kamroq gipoglikemiya avj olishi bilan xarakterlanadi. Biliar gipertenziya sindromi, ya'ni mexanik sariqlik surunkali pankreatitning eng muhim asoratlaridan biri hisoblanadi. U qayta-qayta qo'zg'aluvchi va doimiy xarakterda bo'lishi mumkin. Ko'pchilik bemorlarda sariqlik axoliya bilan birga uchraydi, me'da osti bezi boshchasining shishishi, indurativ pankreatit oqibatida o't chiqaruv yo'llarining bosilishi, bez yo'llarida va Oddi sfinkterida chandiqli va yallig'lanish o'zgarishlari, katta duodenal so'rg'ich ampulasidagi tosh natijasi hisoblanadi. Bemor ba'zan haddan ortiq oriqlab ketadi. Buning sabablari: pankreatik fermentlarning yetarlicha ishlanmasligi va 12 barmoq, ichakka tushmasligi, parhezga rioya qilmaslik, og'riqning zo'rligidan ovqat yeyishdan qo'rqish. Ko'pgina bemorlarda og'riq xurujlari shira xaydovchi xossalari bo'lmagan hatto oz miqdorda suyuq ovqat ichilgandan keyin ham paydo bo'ladi.

Ob'ektiv tekshirishda mustaqil og'riqlar bilan birga surunkali pankreatit diagnostikasida qorin va orqani paypaslaganda og'riq borligini aniqlash ham katta ahamiyatga ega. Surunkali pankreatiti bor bemorlarning taxminan 1/4 qismida kattalashgan va og'riydigan me'da osti bezini paypaslab ko'rishga muvaffaq bo'linadi. Qorin devorida bir qancha sohalar borki, ular paypaslab ko'rilganda og'riq bo'lishi, me'da osti bezi, ayniqsa dum qismi zararlanishiga xos bo'ladi. Mey-Robson nuqtasi (kindikni chap qovurg'a ravog'ining o'rta qismi bilan tutashtirib turadigan tashqi va o'rta chiziq chegarasida); Kach nuqtasi (kindikdan 5 sm yuqorida chap to'g'ri mushak proeksiyasida); Malle-Gi nuqtasi (chap to'g'ri mushak tashqi

chekkasi bo'ylab qovurg'a ravog'ining naq pastida) shunday nuqtalar jumlasiga kiradi. Me'da osti bezi palpatsiyasi Grot usulida bajariladi. Bu usul 3 bosqichdan iborat. Grot bo'yicha me'da osti bezini palpatsiyasidagi birinchi bosqisi. Bemor chalqancha yotgan holda oyoqlari tizza sohasida bukilgan va beliga qo'lini musht qilib qo'ygan. Shifokor qo'l barmoqlarini kindik va chap qovurg'a osti orasiga kiritib bezni palpatsiya qiladi. Grot bo'yicha me'da osti bezini palpatsiyasidagi ikkinchi bosqichi. Bemor tanasini bir oz oldinga tashlagan holda turadi. Shifokor chap qo'li bilan bemorni belini 12 qovurg'a sohasida ushlab turadi, o'ng qo'li bilan esa kindik va chap qovurg'a osti orasini palpatsiya qiladi. Grot bo'yicha me'da osti bezini palpatsiyasidagi uchinchi bosqisi. Bemor o'ng yonboshida, oyoqlarini bir oz tizza sohasida bukib, o'ng qo'lini bosh orqasiga qo'ygan holatda yotadi. Shifokor qo'l barmoqlarini kindik va chap qovurg'a osti orasiga kiritib bezni palpatsiya qiladi.

Diagnostikasi. Surunkali pankreatit diagnostikasi kasallikning sub'ektiv klinik simptomlari, laboratoriya tahlillari ma'lumotlari va maxsus tekshirish usullari natijalari asosida o'tkaziladi.

Jarayon avj olgan davrda laboratoriya tekshirishlaridan fermentlar - amilaza, tripsin, lipaza, transaminaza ko'rsatkichining oshishiga ahamiyat beriladi. Xurujlararo davrda u normal bo'ladi.

Koprologik tekshirishlar ko'p miqdorda hazm bo'lmagan mushak tolalari (kreatoreya) va neytral yog' tomchilari (steatoreya) borligini ko'rsatadi.

Maxsus tekshirish usullari. Rentgenologik tekshirishlar. Rentgenologik usul surunkali pankreatitli bemorlarni tekshirishda asosiy usullardan biri hisoblanadi. Nahorga o'tqaziladigan rentgenologik tekshirish uchun maxsus tayyorgarlikning hojati yo'q. Tekshirish qorin bo'shlig'ini ikki proeksiyada obzor rentgenografiya qilishdan boshlanadi. Bu bez parenximasidagi ohaklanish yoki uning yo'llaridagi konkrementlarni aniqlash uchun zarur, ular rentgenogrammalarda topiladi. Me'da osti bezida kalsifikatsiya topilishi surunkali pankreatitning ishonchli rentgenologik simptomi hisoblanadi.

Surunkali pankreatitda ultratovush bilan tekshirish va kompyuter tomografiya butun bezning yoki faqat boshchasining kattalashganini (soxta tumoroz pankreatit), bez bag'ridagi kistoz o'zgarishlarni topishga imkon

beradi. Birmuncha hollarda umurtqa pog'onasidan o'ng va chap tomonda II-III bel umurtqalari sathida joylashgan, bez yo'li bo'shlig'ida toshlar yoki bez bag'ri parenximasida kalsinatlar borligiga bog'liq zich exostrukturalar aniqlanadi.

Bez radioizotop skanerlanganda surunkali pankreatitning eng tipik belgilariga yallig'lanishning ilk bosqichlarida sintigrafik tasvirning kuchayishi, izotop yig'ilishi nuqsonlari kiradi, bular me'da osti bezining kistali o'zgarishlari yoki parenximasining ohaqlanganidan dalolat beradi.



135 - rasm. Kompyuter tomogramma. Oshqozon osti bezi kalsifikatlari.



136 - rasm. Kompyuter tomogramma. Oshqozon osti bezi kistasi.



137 - rasm. UTT. Oshqozon osti bezi soxta kistasi.

Surunkali pankreatit diagnostikasida o't chiqaruv sistemasini retrograd kontrastlash imkoniyati ham katta ahamiyatga ega. Bu usul ikkilamchi pankreatitga sabab bo'lgan o't yo'llaridagi toshlarni aniqlashga,

shuningdek birlamchi pankreatitda umumiy o't yo'lining tubulyar stenozini diagnostika qilishga imkon beradi.

Ezofagogastroduodenofibroskopiya surunkali pankreatitning bilvosita belgilarini aniqlashda va uni me'da osti bezi o'smalaridan farq qilishda ko'p axborot beradi. Ayni vaqtda u shikast yetkazmaydi va yetarli darajada xavfsiz. Biroq, o't va pankreatik yo'llarni retrograd kontrastlash o'tkir pankreatit va xolangit xurujlari tutishiga, pankreanekroz rivojlanishiga, bosh pankreatik yo'lining yopilishiga va boshqa asoratlarning paydo bo'lishi imkoniyatini oshiradi.

Klinik pankreatitning ilk bosqichlarida angiografik tekshirishlar (seliako- va mezenterikografiya) gipervaskulyarizatsiya zahirasini, so'ngi bosqichlarda esa tomir rasmining tarqoq fibrozodiffuz qashshoqlanishi, arxitektonikasining o'zgarishi, jigar kistalari rivojlanayotganda tomirlarining so'rilishi yoki qisilishini ko'rsatadi.

Differensial diagnostikasi. Faqat umum klinik va laboratoriya tekshiruvining o'ziga asoslanib, me'da osti bezi zararlanishini aniqlash va surunkali pankreatit diagnozini ishonch bilan qo'yish mumkin emas. Shuning uchun qorin bo'shlig'ining har xil kasalliklari bilan differensial diagnostika o'tkazish zarur:

- 1) kalkulyoz xolesistit va xoledolitiaz,
- 2) me'da osti bezi turli bo'limlari, periampulyar soha, me'da, yo'g'on ichak o'smalari,
- 3) penetratsiyalovchi gastroduodenal yaralar,
- 4) aorta anevrizmasi,
- 5) qorin stvoli va yuqori ichak tutqich arteriyaning aterosklerotik zararlanishlari,
- 6) toj arteriyalarning stenokardiya hodisalari bo'lgan aterosklerozi va boshqa.

Davolash. Xurujlararo davrda yog'liq, o'tkir, qovurilgan ovqatlar istisno qilingan maxsus parhez ovqatdan iborat. Ayni vaqtda parhez yuqori kaloriyali va oson hazm qilish bo'ladigan oqsillarni yetarli miqdorda saqlagan bo'lishi kerak. Hazm qilishni yaxshilash uchun bemorlarga me'da osti bezi fermentlarini o'zida saqlagan (pankreatin, festal, panzinorm) preparatlarni berish tavsiya etiladi.

Surunkali pankreatitning har bir qo'zishini o'tkir pankreatit xuruji sifatida ko'zdan kechirmoq lozim. Qo'zish davrida davolash xuddi o'tkir pankreatitni davolash tamoyillari bo'yicha o'tkaziladi.

Asoratlanmagan surunkali pankreatitni davolashning asosiy usuli konservativ usul hisoblanadi:

- 1) surunkali pankreatitni kasallik fazasiga ko'ra davolash,
- 2) me'da osti bezi funksional yetishmovchiligini bartaraf etish,
- 3) bosqichga qarab davolash va profilaktikasi.

Qo'zish fazasida davolash:

- a) og'riqqa qarshi kurash,
- b) antifement muolaja.

Surunkali bosqichda davolash:

- a) me'da osti bezi sekretor yetishmovchiligini bartaraf qilish,
- b) vitaminlar bilan davolash,
- v) me'da osti bezi inkretor yetishmovchiligini bartaraf etish.

Surunkali pankreatitning aksariyat qo'shni a'zolar kasalliklari zahirida paydo bo'lishini nazarda tutish lozim, shunga ko'ra qo'shni a'zolami xirurgik davolash surunkali pankreatit kechishini yaxshilaydi. Me'da, 12 barmoq ichak, o't yo'llarida patologiyasi bo'lmaganda me'da osti bezining o'zida operatsiya o'tqazish masalasi paydo bo'lishi mumkin. Bu holda qo'yidagilar operatsiyaga ko'rsatma bo'la oladi: bez yo'llarida tosh borligi, bez yo'lidagi chandiqli striktura, og'riq beradigan pankreatitning og'ir formalari. Xirurgik davolashning asosiy maqsadi - pankreatit shiraning me'da-ichak yo'llariga oqib tushishi uchun optimal sharoitlar yaratishdan iborat.

Operatsiya vaqtida me'da osti bezi, o't chiqaruvchi yo'llar va 12 barmoq ichakni qunt bilan intraoperatsion taftish (reviziya) qilish zarur. Shu maqsadda intraoperatsion xolegrafiya, exografiya va o't pufagini tekshirish amalga oshiriladi. Operatsiya vaqtida bez yo'lga duodenal so'rg'ich orqali kanyulya qo'yish yordamida retrograd pankretografiya yoki bez yo'lining kengaygan distal qismini bez to'qimasi orqali punksiya qilinadi.

Pankreatik yo'l oxirgi qismining unchalik katta bo'lmagan strikturalarida transduodenal papillosfinkterotomiya bilan me'da osti bezi yo'lini transpapilyar drenajlash tavsiya qilinadi. Pankreatik yo'lda katta strikturalar

bo'lganda bunday operatsiyani qilib bo'lmaydi, bunda bez bag'ri orqali uzunasiga kesilgan pankreatik yo'l bilan Ru bo'yicha uzib qo'yilgan och ichak qovuzlog'i o'rtasida anastomoz qo'yish - bo'ylama pankreatoeyunostomiya operatsiyasi maqsadga muvofiq bo'ladi. Bez yo'li boshchasi va tanasi sohasi anchagina torayganda bezning distal qismini rezeksiya qilish va uni Ru bo'yicha uzib qo'yilgan och ichakka tikish lozim. Bunday operatsiyadan maqsad pankreatik shirani retrograd yo'nalishda oqib ketishi uchun sharoit yaratib berishdan iborat. Bezning katta qismidagi faoliyat ko'rsatib turgan parenxima patologik jarayon oqibatida nekrozga uchraganda, bez yo'li sistemasida diffuz sklerotik o'zgarishlar yuzaga kelganda va surunkali pankreatitning asosiy simptomlari keskin yuzaga chiqqan va konservativ davo usullari kor qilmaydigan hollarda me'da osti bezi (dum qismi, tanasi va pankreatektomiya) rezeksiya qilinadi.

Me'da osti bezi kistalari

Me'da osti bezi kistalari bezning o'zida hamda uni o'rab turgan to'qimalarda kapsula bilan chegaralangan suyuqlik yig'ilgan bo'shliqlardan iborat. Kasallik turli yoshga oid guruhlarda, erkaklar va ayollar o'rtasida bir xilda uchraydi.

Kelib chiqishiga ko'ra kistalarni quyidagi 5 ta turga bo'lish mumkin:

1) embrional davrdagi rivojlanish negizida kelib chiqqan kistalar (bularga dermoid kistalar, oddiy kistalar, bezdagi fibroz-kistoz o'zgarishlar va bezning polikistoz buyrak yoki jigar tipi bo'yicha polikistoz o'zgarishlari kiradi);

2) yallig'lanish jarayoni sababli kelib chiqqan kistalar (bez bo'laklari-ning chiqaruv yo'li bekilib qolishidan paydo bo'lgan soxta, ko'p kamerali, retension kistalar);

3) jarohat oqibatida yuzaga kelgan kistalar;

4) o'sma-kistalar (sistadenoma, sistadenokarsinoma, teratoma);

5) parazitar kistalar (exinokokk).

Patologik anatomiyasi. Kistalarning hosil bo'lish sababi va mexanizmlariga, devorlarining tuzilish xususiyatlariga ko'ra me'da osti bezining shuningdek chin va soxta kistalarini farq qilish lozim. Chin kistalarga tug'ma bezning tug'ma dizontogenetik kistalari, orttirilgan retension kistalar, sistadenomalar va sistadenokarsinomalar kiradi. Chin

kista ichki yuzasida epitelial qavat borligi uning nisbiy xususiyati hisoblanadi. Chin kistalar bez kistalarining 20 foizini tashkil qiladi.

Soxta kistalar birmuncha ko'proq kuzatiladi (hamma kistalarning 80 foizi). Ular tez orada to'qimaning o'choqli nekrozi, bez devorlarining yemirilishi, pankreatik shira ajralib chiqishi va bez tashqarisiga qon quyilishi bilan o'tadigan o'tkir destruktiv pankreatit yoki me'da osti bezi shikastidan keyin xosil bo'ladi. Soxta kista devorlari zichlashgan qorin pardasi va fibroz to'qimadan iborat bo'lib, chin kistadan farqli ravishda ichki tomonida epitelial qavati emas, balki granulyatsion to'qimasi bo'ladi. Soxta kista bo'shlig'i odatda suyuqlik va nekrotik to'qimalar bilan to'lgan bo'ladi. Suyuqligining xarakteri har xil bo'ladi. Soxta kista me'da osti bezining boshchasi, tanasi va dum qismida joylashishi mumkin va katta o'lchamlarda bo'ladi. Soxta kistada suyuqlik miqdori aksariyat 1-2 litr va undan ko'proq bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Me'da osti bezi kistalarining simptomatologiyasi kista etiologiyasiga, uning o'lchamlariga, joylashuviga va qancha vaqtdan buyon mavjudligiga bog'liq. Kista o'lchami kattalashmasdan ilgari u og'riq sezgilarini qo'zg'atmasligi mumkin va bemorni tekshirganda mezogastriyadagi sharsimon o'sma ko'rinishida topiladi. Me'da osti bezi o'smalari ko'pincha to'sh osti sohasida og'riq paydo qiladi, og'riq orqaga yoki belning chap yarmiga o'tadi (90% gacha bemorlarda), bu ko'pincha travmatik yoki yallig'lanishga aloqador psevdokistalarida uchraydi.

Kista me'da osti bezi boshchasida joylashganda umumiy o't yo'li bosilishi va sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Yuqorida aytilganidek, bemorni tekshirishda to'sh osti sohasida yoki mezogastriyada deyarli og'rimaydigan, konsistensiyasi elastik, paypaslab ko'rilganda va nafas olganda kam siljiydigan sharsimon o'sma aniqlanadi. Kista asta-sekin avj olib kechishi va birmuncha o'tkir kechishi mumkin. Keyingi holda kista qisqa vaqt ichida kattalashib ketadi, boshqa a'zolarida og'ir funksional buzilishlar keltirib chiqaradi va asoratlar bilan o'tadi. Me'da osti bezining eng ko'p uchraydigan asoratlaridan kista bo'shlig'iga qon quyilishi, yiringlanish, yorilib peritonit rivojlanishi, tashqi va ichki oqmalar, qo'shni a'zolar bosishidan kelib chiqadigan buzilishlarni ko'rsatib o'tish mumkin.

Diagnostikasi. Klinik simptomlarni hisobga olishdan tashqari, me'da osti bezi kistasining diagnozi maxsus tekshirish usuli ma'lumotlariga asoslanadi. Siydik va qonda me'da osti bezi fermentlarining biroz oshishidan tashqari, ba'zan ularning 12 barmoq ichak suyuqligida kamayib ketishi qayd qilinadi.

Rentgenologik tekshirishda me'da, ko'ndalang chambar ichakning odatdagi vaziyatidan oldinga va yuqoriga yoki pastga sunilganligi aniqlanadi. Kompyuter tomografiyasi va ultratovush bilan skanirlash me'da osti bezi bilan bog'liq bo'lgan tuzilmaning suyuqlik bilan to'lganligini aniqlashga yordam beradi.

Me'da osti bezi kistalarini differensial diagnostika qilishda me'da osti bezi o'smalari, aorta anevrizmasi, qorin pardasi orqasidagi limfatik tugunlar o'smasi, jigar o'smalari va kistalari, gidronefroz va buyrak o'smalari, chambar ichak tutqichi kistalarini istisno qilish zarur.

Davolash. Me'da osti bezi kistalariga davo qilish uchun quyidagi operatsiyalar taklif qilingan: marsupializatsiya, kistani oddiy drenaj qilish, kistaning ichki drenaji, kistani kesish va bezni qisman kista bilan rezeksiya qilish. Me'da osti bezi kistalarini operatsiya usuli bilan davolashning har xilligi kistaning kelib chiqish formalari ko'pligiga va ularning rivojlanish darajasiga bog'liq. Pseudokistalarda drenaj qiladigan turli operatsiyalar qo'llaniladi. Bezning dum qismida joylashgan me'da osti bezi kistalarida me'da orqali sistogastrostomiya qilish buyuriladi. Bu kista bilan me'da o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Me'da osti bezi boshchasida joylashgan unchalik katta bo'lmagan kistalarda transduodenal sistoduodenostomiya qilinadi, bu kista bilan 12 barmoq ichak o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Bez tanasi va boshchasida kelib chiqadigan yirik kistalarda kista bilan funksiyasi to'xtatib qo'yilgan och ichak qovuzlog'i o'rtasida anastomoz hosil qilinadi.

Soxta kistalar. Soxta kistalar birmuncha ko'proq kuzatiladi (hamma kistalarning 80 foizi). Ular tez orada to'qimaning o'choqli nekrozi, bez devorlarining yemirilishi, pankreatik shira ajralib chiqishi va bez tashqarisiga qon quyilishi bilan o'tadigan o'tkir destruktiv pankreatit yoki me'da osti bezi shikastidan keyin xosil bo'ladi. Soxta kista devorlari zichlashgan qorin pardasi va fibroz to'qimadan iborat bo'lib, chin kistadan farqli ravishda ichki tomonida epitelial qavati emas, balki granulyatsion

to'qimasi bo'ladi. Soxta kista bo'shlig'i odatda suyuqlik va nekrotik to'qimalar bilan to'lgan bo'ladi. Suyuqligining xarakteri har xil bo'ladi. Soxta kista me'da osti bezining boshchasi, tanasi va dum qismida joylashishi mumkin va katta o'lchamlarda bo'ladi. Soxta kistada suyuqlik miqdori aksariyat 1-2 l va undan ko'proq bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Me'da osti bezi kistalarining simptomatologiyasi kista etiologiyasiga, uning o'lchamlariga, joylashuviga va qancha vaqtdan buyon mavjudligiga bog'liq. Kista o'lchami kattalashmasdan ilgari u og'riq sezgilarini qo'zg'atmasligi mumkin va bemorni tekshirganda mezogastriyadagi sharsimon o'sma ko'rinishida topiladi. Me'da osti bezi o'smalari ko'pincha to'sh osti sohasida og'riq paydo qiladi, og'riq orqaga yoki belning chap yarmiga o'tadi (90% gacha bemorlarda), bu ko'pincha travmatik yoki yallig'lanishga aloqador psevdokistalarida uchraydi. Kista me'da osti bezi boshchasida joylashganda umumiy o't yo'li bosilishi va sariqlik paydo bo'lishi mumkin. Yuqorida aytilganidek, bemorni tekshirishda to'sh osti sohasida yoki mezogastriyda deyarli og'rimaydigan, konsistensiyasi elastik, paypaslab ko'rilganda va nafas olganda kam siljiydigan sharsimon o'sma aniqlanadi. Kista asta-sekin avj olib kechishi va birmuncha o'tkir kechishi mumkin. Keyingi holda kista qisqa vaqt ichida kattalashib ketadi, boshqa a'zolarida og'ir funksional buzilishlar keltirib chiqaradi va asoratlari bilan o'tadi.

Me'da osti bezining eng ko'p uchraydigan asoratlardan kista bo'shlig'iga qon quyilishi, yiringlanish, yorilib peritonit rivojlanishi, tashqi va ichki oqmalar, qo'shni a'zolar bosishidan kelib chiqadigan buzilishlarni ko'rsatib o'tish mumkin.

Diagnostikasi. Klinik simptomlarni hisobga olishdan tashqari, me'da osti bezi kistasining diagnozi maxsus tekshirish usuli ma'lumotlariga asoslanadi. Siydik va qonda me'da osti bezi fermentlarining biroz oshishidan tashqari, ba'zan ularning o'n ikki barmoq ichak suyuqligida kamayib ketishi qayd qilinadi.

Rentgenologik tekshirishda me'da, ko'ndalang chamber ichakning odatdagi vaziyatidan oldinga va yuqoriga yoki pastga sunilganligi aniqlanadi. Kompyuter tomografiyasi va ultratovush bilan skanirlash me'da osti bezi bilan bog'liq bo'lgan tuzilmaning suyuqlik bilan to'lganligini aniqlashga yordam beradi.

Me'da osti bezi kistalarini differensial diagnostika qilishda me'da osti bezi o'smalari, aorta anevrizmasi, qorin pardasi orqasidagi limfatik tugunlar o'smasi, jigar o'smalari va kistalari, gidronefroz va buyrak o'smalari, chamber ichak tutqichi kistalarini istisno qilish zarur.

Davolash. Me'da osti bezi kistalariga davo qilish uchun quyidagi operatsiyalar taklif qilingan: marsupializatsiya, kistani oddiy drenaj qilish, kistaning ichki drenaji, kistani kesish va bezni qisman kista bilan rezeksiya qilish. Me'da osti bezi kistalarini operatsiya usuli bilan davolashning har xilligikistaning kelib chiqish formalari ko'pligiga va ularning rivojlanish darajasiga bog'liq. Psevdokistalarda drenaj qiladigan turli operatsiyalar qo'llaniladi. Bezning dum qismida joylashgan me'da osti bezi kistalarida me'da orqali sistogastrostomiya qilish buyuriladi. Bu kista bilan me'da o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Me'da osti bezi boshchasida joylashgan unchalik katta bo'lmagan kistalarda transduodenal tsistoduodenostomiya qilinadi, bu kista bilan o'n ikki barmoq ichak o'rtasida anastomoz hosil qilishdan iborat. Bez tanasi va boshchasida kelib chiqadigan yirik kistalarda kista bilan funksiyasi to'xtatib qo'yilgan och ichak qovuzlog'i o'rtasida anastomoz hosil qilinadi (138-rasm).

Peritonit bilan asoratlangan yorilgan kistalarda, kistaning yiringlashishi bilan bog'liq septik holatda uning devorlari parietal qorin pardasiga va teriga tikib qo'yiladi. Operatsiya bilan davolashdan keyin 90-95% hollarda yaxshi natijalar olingan.



138 - rasm. Pankreatikoeyunostomiya turlari
a – Cattell bo'yicha; b – Cattell A. A. Shalimov modifikatsiyasida.

ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI

Me'da va 12-barmoq ichak anatomiyasi

Me'da qorin bo'shlig'i yuqori etaji-chap qovurg'alar ostida va qorinning chap yarmida joylashgan, uning chiqish qismigina o'rta chiziqdan o'ngga o'tadi. Me'da to'lganda uning katta egriligi kindik sohasida proeksiyalanadi. Me'dada kardial, tubi, tanasi, antral qismi xamda pilorik kanal farq qilinadi. Pilorik qisqich me'da bilan 12-barmoq ichak o'rtasidagi chegara hisoblanadi.

12-barmoq ichak me'da osti bezi boshchasini taqa ko'rinishida bukib, Treys boylami oldida duodenoeyunal bukilma hosil qiladi, uzunligi 25-30 sm- ni tashkil qiladi. 12-barmoq ichakda 4 qism qayd qilinadi: yuqori gorizontal, pastga tushadigan (unga umumiy o't yo'li va me'da osti bezi yo'li quyiladi), pastki gorizontal va yuqoriga ko'tariladigan qism tafovut kilinadi. 12-barmoq ichak tushuvchi qismi o'rqa medial yuzasiga umumiy o't yo'li va me'da osti bezi yulini terminal qismi katta duodenal surg'ichga ochiladi.



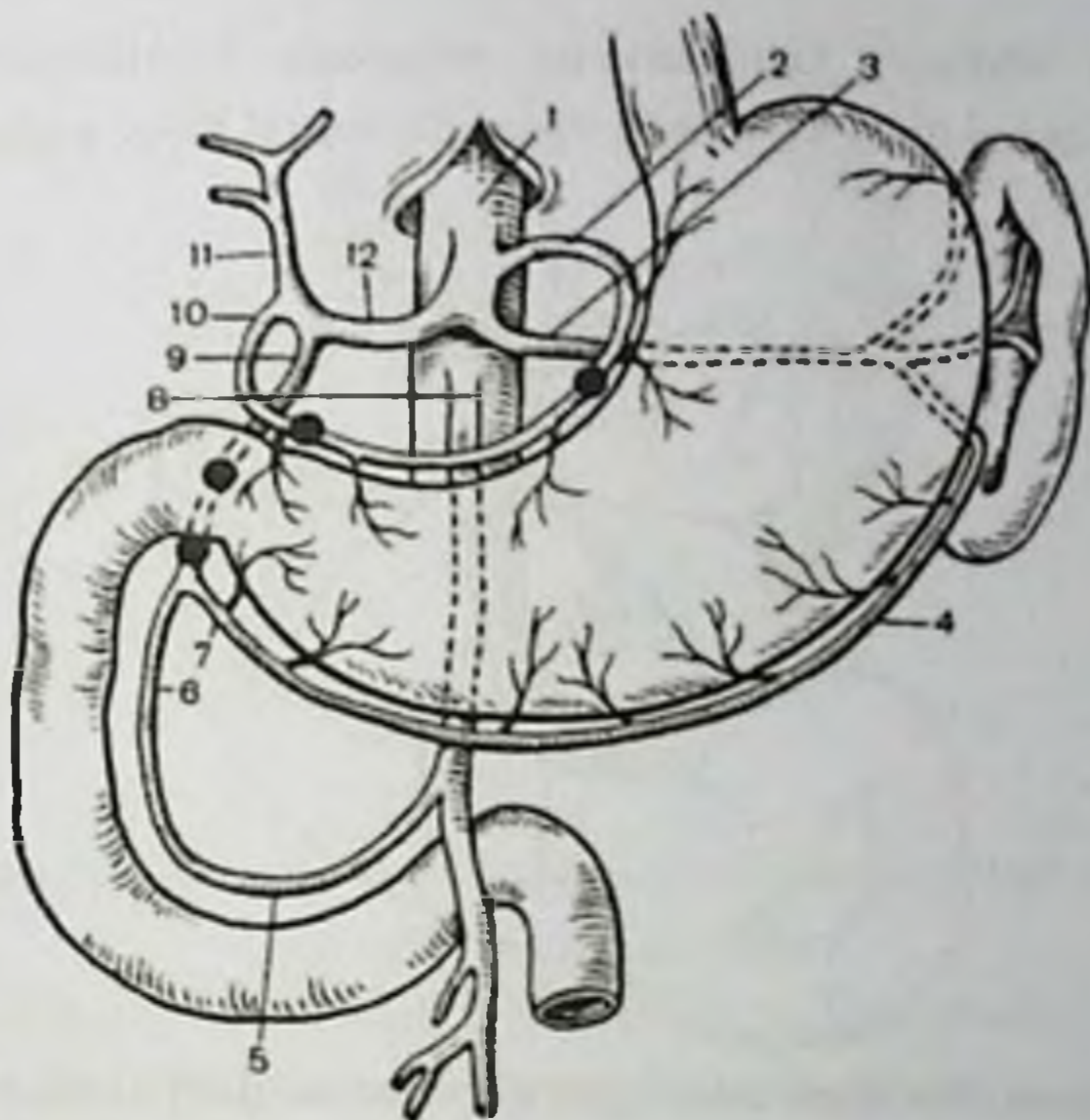
139 - rasm. Me'da qismlari.

1. Antral qismi. 2. Kardial qismi 3. Tubi 4. Tana qismi

Me'da tanasi bilan antral bo'lim o'rtasida burchak kemptigiga muvofiq keladigan oraliq egat chegara bo'lib hisoblanadi. Me'dani shu tarzda kislarga ajratish uning gistologik tuzilishiga va fiziologik xususiyatlariga muvofiq, keladi.

Qon bilan ta'minlanishi: Me'da qorin aortasi tarmoqlaridan qon bilan ta'minlanadi. Tomirlarning a'zolar ichidagi katta aloqalari, ularning anastomozlari qon ta'minotining mo'lligini keltirib chiqaradi. Bu hol eroziyalardan va yaralardan qon oqqanda qon ketishini to'xtatishni qiyinlashtiradi. Me'da venalari arteriyalarga mos keladi va qopka venaga borib quyiladi. Me'da kardial bo'limining shilliq pardasi ostidagi qavatda venoz chigallar portal sistemani yuqori kovak vena sistemasi bilan tutashtiradi, bu portal gipertenziyada venalarning varikoz kengayishini natijasida qizilo'ngach venalaridan qon ketishi mumkin shuningdek diagnostika qilishda va davolashda g'oyat muhim ahamiyatga ega. Me'dadan limfa oqib ketadigan yo'llar me'dada onkologik jarayon sababli o'tkaziladigan radikal operatsiyalarda muhim ahamiyat kasb etadi. Asosan tomirlar yo'li bo'ylab joylashadigan asosiy limfatik sohalar soni 6 ta-ni tashkil qiladi.

Innervatsiyasi: Me'dani intramural nerv chigallari, adashgan nervlar va quyosh chigalidan simpatik nervlar innervatsiya qiladi. Me'da funksiyasini idora qishda oldingi chap va orqa o'ng tarmoklarga bo'linib 3-6 tagacha ustun ko'rinishida qizilo'ngachni abdominal qismiga kirib boradi, ba'zan esa ham oldingi, ham orqadagi qo'shimcha tutamlar ko'rinishidagi adashgan nervlar, o'ng tutamdan chiqadigan va qizilo'ngachning orqa chap yuzasi bo'ylab me'da kardial qismi Gis burchagi sohasida boradigan Grassi (kriminal' nerv) qo'shimcha nerv tarmog'i muhim ahamiyatga ega. Bu qo'shimcha tarmoqlar vagotomiya paytida ushbu nerv tarmog'i kesilmasa keyin yara kasalligining qaytalanishi muhim rol o'ynaydi. Adashgan nerv tutamlari sekretor faoliyatini boshqaradigan *Latarje* oldingi va orqa tarmog'i bilan tugallanadi, uning oxirgi 2-4 tarmoqlari esa motor funksiyasini boshqaradi. Oldingi va opqa *Latarje* tarmoqlari antral bo'lim sohasida ham, tanasi va hatto kardial sohasi orasida ham kollaterallar bo'ladi.



140 - rasm. Me'da va o'n ikki barmoq ichakni arterial qon bilan ta'minlanishi. (Ko'rsatilgan nuqtalarda joylashgan yaralar, qon ketishga moyil lokalizatsiyalar hisoblanadi): 1 – truncus coeliacus; 2 – a. gastrica sinistra; 3 – a. Lienalis; 4 – a. gastroepiploica sinistra; 5 – pastki a. pankrotoduodenalis anterior; 6 – yuqorigi a. pankrotoduodenalis anterior; 7 - a. gastroepiploica dextra; 8 – a. mezenterica superior; 9 – a. gastroduodenalis; 10 - a. gastrica dextra; 11 – a. hepatica propria; 12 - a. hepatica communis.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak funksiyalari: Me'daning barcha qismlarida shilliq qavat yuzasi bir qavatli silindrsimon epiteliya bilan qoplangan bo'lib, uning hujayralari ko'zga ko'rinadigan shilliq sekresiya ajratib turadi. Sekresiya asosan bikarbonatlar, fosfolipidlar va suvdan iborat bo'lgan quyqa konsistensiyali cho'ziluvchan shilimshiq suyuqlikdan iborat. Bu quyqa konsistensiyali cho'ziluvchan shilimshiq shilliq qavatning butun yuzasini mustahkam qoplaydi, ovqatning o'tishini osonlashtiradi, shilliq qavatni mexanik va kimyoviy shikastlanishlardan va me'da shirasining o'z-o'zini yemirishidan himoya qiladi. Shilliq qavatning sirt hujayralari shilliq-bikarbonat shilimshiq bilan birgalikda fizik-kimyoviy himoya to'sig'ini

yaratadi, bu vodorod kationlarining oshqozon bo'shlig'idan orqaga qaytishishini oldini oladi va hujayra yuzasida neytral Ph-ni saqlaydi.



141 - rasm. Me'dada adashgan nerv tarmoqlari anatomiyasi.

1. Old chap ustun. 2. Orqa o'ng ustun. 3. Jigar old chap adashgan nerv ustuni. 4. Quyosh chigali orqa ong ustuni. 5. Orqa o'ng ustunning qo'shimcha tarmog'i.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak funksiyalari: Me'daning barcha qismlarida shilliq qavat yuzasi bir qavatli silindrsimon epiteliya bilan qoplangan bo'lib, uning hujayralari ko'zga ko'rinadigan shilliq sekresiya ajratib turadi. Sekresiya asosan bikarbonatlar, fosfolipidlar va suvdan iborat bo'lgan quyqa konsistensiyali cho'ziluvchan shilimshiq suyuqlikdan iborat. Bu quyqa konsistensiyali cho'ziluvchan shilimshiq shilliq qavatning butun yuzasini mustahkam qoplaydi, ovqatning o'tishini osonlashtiradi, shilliq qavatni mexanik va kimyoviy shikastlanishlardan va me'da shirasining o'z-o'zini yemirishidan himoya qiladi. Shilliq qavatning sirt hujayralari shilliq-bikarbonat shilimshiq bilan birgalikda fizik-kimyoviy himoya to'sig'ini yaratadi, bu vodorod kationlarining oshqozon bo'shlig'idan orqaga qaytishishini oldini oladi va hujayra yuzasida neytral Ph-ni saqlaydi.



142 - rasm. Me'da limfa tugunlarini River-Sappeyu buyicha sxematik kurinishi. Limfa tugunlar:

1. Me'da-katta charvi limfasi; 2. Subpilorik; 3. Jigar arteriyasi bo'ylab joylashgan limfatik tugunlar; 4. me'da chap arriyasi buylab joylashgan limfa tugunlari. 5. Parakardial. 6. Taloq arteriyasi bo'ylab o'tgan limfatik tugunlar.

O'n ikki barmoq ichakning shilliq qavati oshqozon shilliq qavatiga qaraganda ikki baravar ko'p bikarbonatshlab chiqaradi. Oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning shilliq qavatining shikastlovchi omillarga chidamliligini ta'minlashda hujayralarning tiklanish qobiliyati, yaxshi mikrosirkulyatsiya holati uning kimyoviy mediatolardan himoya qilishda (prostaglandinlar, epidermal va transformasiyalovchi omillar) muhim ahamiyati bor.

Me'dada anatomik lokalizatsiyasiga ko'ra 3 ta sekretor bez xujayralar farqlanadi:

1. Kardial bezlar - Ovqat luqmasi uchun qulay sharoit yaratadigan shilliq ajratadi.

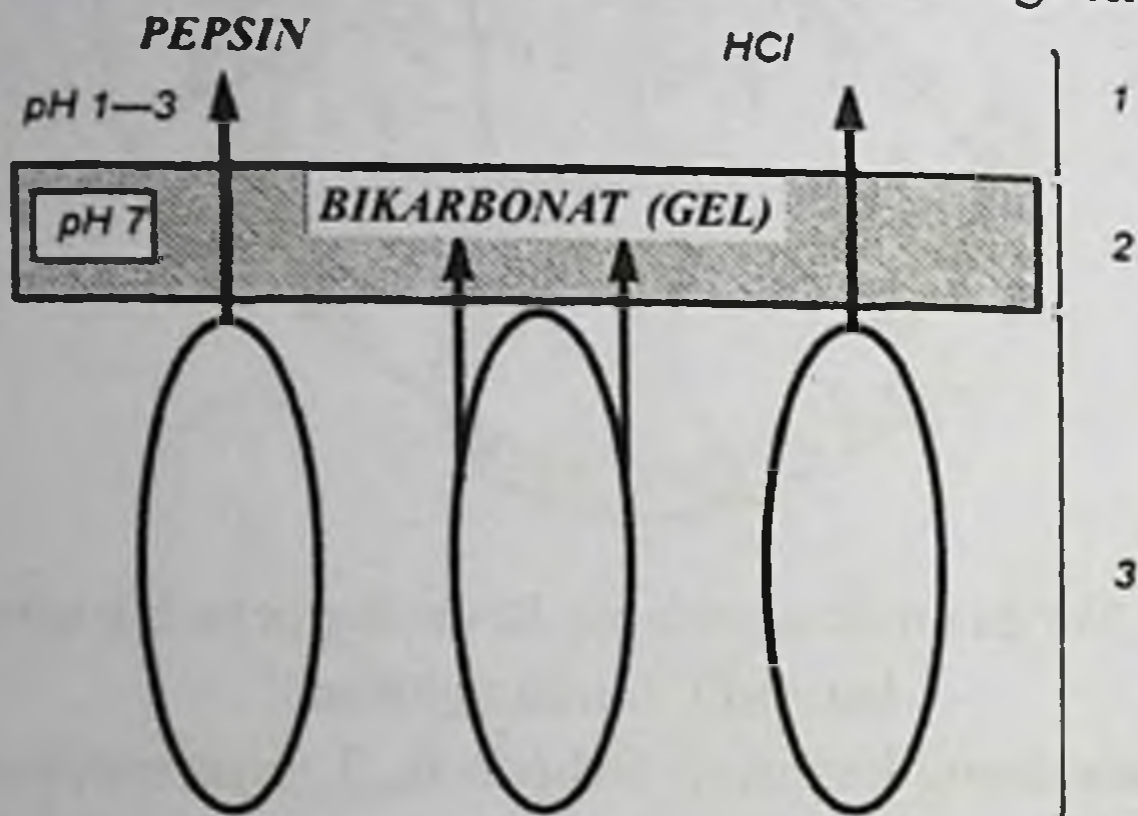
2. Fundal bezlar - Hujayralarning 4 turidan tashkil topgan:

A) Bosh hujayralar pepsinogen ajratadi

B) Parietal (yoki qoplama) hujayralar ularning membranasida gistamin, asetilxolin, gastrin, xlorid kislota- HCl ajralib chiqishi uchun retseptorlar mavjud.

S) Qo'shimcha yoki oraliq hujayralar bufer xossalarga ega shilliq ishlab chiqaradi

D) Differensiyallashmagan hujayralar - ulardan qolgan hujayralar rivojlanadi. Fundal bezlarning umumiy maydoni $3,5 \text{ m}^2$ ga teng.



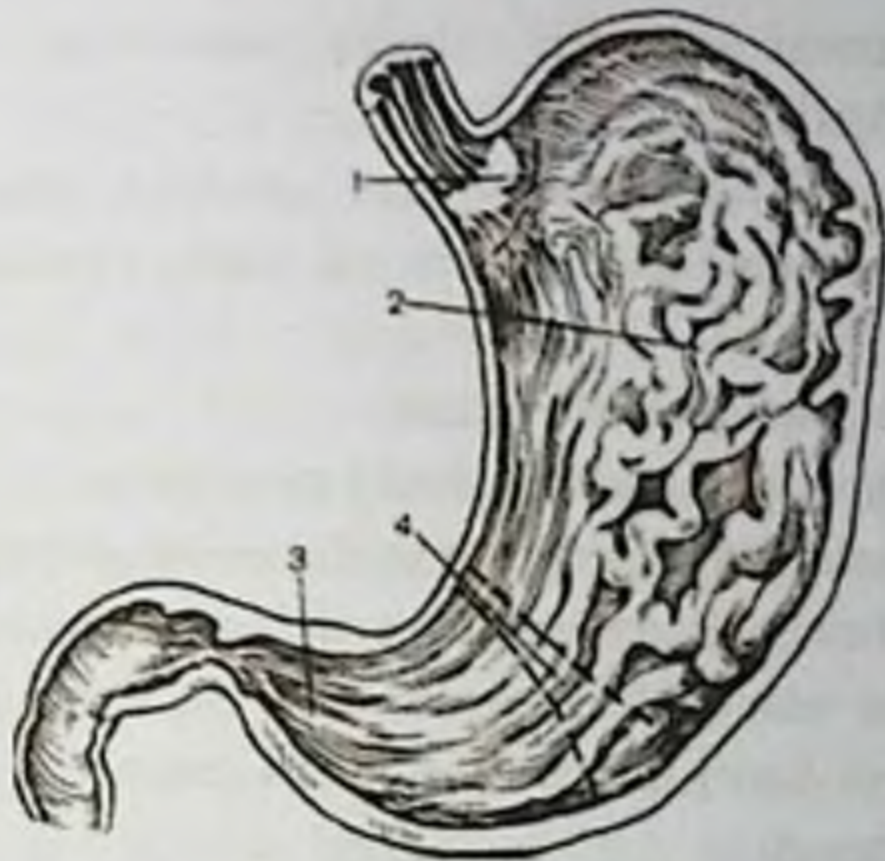
143 - rasm. Shilliq-bikarbonatli qavat.

1 - Bosh xo'jayralar; 2 - Shilliq (gel) xo'jayralar; 3 - Parietal xo'jayralar.

3. Antral bezlar hujayra ichidagi suyuqlik pH ga yaqin pH da eriydigan to'qimadan tashqari endokrin G-hujayralari (gastrin gormoni) ishlab chiqaradi, S-hujayralar (sekretin ishlab chiqaradi), I-hujayralar (xolesistokinin) ishlab chiqaradi.

Oshqozonning shilliq qavatida gastrindan tashqari, Kasl ichki omili (fundal qismida), gastrin, glyukagon ishlab chiqariladi, bu bizga oshqozonni endokrin organ sifatida xam qabul qilishimizga imkon beradi.

Fundal va antral bezlar sohalari o'rtasida aniq chegara yo'q. Ikkala bezlar joylashgan soha o'tish joyi deyiladi. Bu bezlar zarar etkazuvchi omillar ta'siriga juda sezgir. Aynan shu erda, shilliq qavat sekresiyasi va xlorid kislotasini ajratmaydigan chegaralarda ko'pincha yaralar paydo bo'ladi. Bemor yoshiga qarab antral bezlar proksimal yo'nalish bo'lab kardial qismigacha fundal bezlarining atrofiyasi (antrokardial fenomen) rivojlanadi.



144 - rasm. Me'da shilliq qavatida sekresiya ajratuvchi bezlarni anatomik tuzilishi. 1-Kardial bezlar; 2- Fundal bezlar; 3-Piloroduodenal soha; 4 -Antral bezlar;

12-barmoqli ichak shilliq pardasida endokrin hujayralar joylashadi gastrin ishlab chiqaradigan G - hujayralar, S - hujayralar (sekretin) I - hujayralar - (xolesistokinin) ishlab chiqaradi.

Sekretor funksiyasi -Sog'lom odamda bir soat ichida 50 ml me'da shirasi ishlab chiqariladi. Me'da shirasining ishlab chiqarilishi ovqat hazni qilish paytida va aqliy va hissiy omillarning ta'siriga javoban ko'payadi. Oziq-ovqat bilan bog'liq me'da shirasining sekresiyasi shartli ravishda uchta *reflektor (neyrogen yoki vagusli), oshqozon (gumoral yoki gastrinli) va ichak davriga* bo'linadi:

Me'da shirasi tarkibida xlorid kislota va pepsin borligi sababli to'qimalar tirikligicha zarar etkazilmasdan saqlanib turiladi. Sog'lom odamning oshqozonida me'da shirasining kislota-peptik omilining agressiv xususiyatlari so'lak bilan yutilgan, ishqorli shilimshiq bilan chiqariladigan, oshqozonga gidroksidi o'n ikki barmoq ichak tarkibidagi moddalar va pepsin ingibitirlari ta'sirida susayadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning to'qimalari o'z-o'zini hazni qilishdan himoya qiluvchi shilliq-bikarbonat to'sig'i, HCl sekresiyasini rag'batlantiruvchi va bir butun qiluvchi mexanizmlarning yani yaxlit tizim, oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning harakatlanishini ta'minlaydi.

Shilliq-bikarbonat to'sig'i, shilliq qavatning himoyalashini quyidagilar orqali hosil qiladi.

- Qalinligi 1,0-1,5 mm bo'lgan plyonka shaklida oshqozon epiteliyasini qoplaydigan shilliq qavat va uning tarkibidagi bikarbonat ionlari;

Hujayralarning apikal membranasi;

- hujayralarning bazal (asosiy, bosh) membranasi.

Shilliq H^+ ionlarining (oshqozon shilliq qavatigacha) teskari tarqalish tezligini sekinlashtiradi, H^+ ionlarini zararsizlantiradi va hujayralarga zarar etkazilishini oldini oladi. HCl sekresiyasini rag'batlantirish asetilholin, gastrin, gistamin va hazm qilish mahsulotlari (peptidlar, aminokislotalar) ta'siri ostida ro'y beradi.

Asetilholin parasimpatik nerv tizimining mediatorini hisoblanadi. Oshqozon devorida adashgan nerv stimulyatsiyasiga (me'da sekresiyasining reflector dav) va ovqat oshqozonga tushganda (sekresiya oshqozon bosqichida) intramural asab pleksuslarining mahalliy qo'zg'alishiga javoban chiqariladi. Asetilkolin HCl ishlab chiqarishni o'rtacha quvvatlantiruvchi stimulyatori va G-hujayralaridan gastrin chiqishini qo'zg'atuvchi vositadir. Bundan tashqari, vagus nervlarining qo'zg'alishi parietal hujayralarning gastrin ta'siriga sezgirligini oshiradi va oshqozon harakatini yaxshilaydi.

Gastrin - bu antrum va yuqori ichaklarning G-hujayralari tomonidan chiqariladigan polipeptid gormoni, parietal hujayralar tomonidan HCl sekresiyasini rag'batlantiradi va ularning parasimpatik stimulyatsiyaga sezgirligini oshiradi. Gastrinning G-hujayralaridan chiqishi parasimpatik stimulyatsiya, proteinli ovqatlar, peptidlar, aminokislotalar, kalsiy ionlari, oshqozonning mexanik qisilishi va uning antrumidagi gidroksidi pH tufayli yuzaga keladi. Gastrinning endokrin funksiyasi nafaqat oshqozon sekresiyasini rag'batlantiruvchi ta'sir bilan, balki shilliq qavat va enterokromaffin hujayralariga trofik ta'sir bilan ham ajralib turadi. Gastrinning ishlab chiqarilishiga neyrogen ta'sir (inhibitiv parasimpatik tolalar), kimyoviy ta'sirlar (antrumdagi pH darajasi past), antagonist gormonlar (gastron, kalsitonin, somatostatin, glyukagon) ta'sir qiladi.

Gistamin HCl sekresiyasining kuchli stimulyatoridir. Oshqozonda endogen gistamin sintezlanadi va shilliq qavat hujayralari (mast, enterokromaffin, parietal) tomonidan saqlanadi. Gistamin bilan

qo'zg'atilgan sekresiya parietal hujayralar membranasida H_2 retseptorlarining faollashishi natijasidir. H_2 retseptorlari deb ataladigan antagonistlar (ranitidin, famotidin va boshqalar) gistamin va oshqozon sekresiyasining boshqa stimulyatorlarini ta'sir qiladi.

Oshqozonning antrum qismidagi pH darajasiga qarab, parietal hujayralar tomonidan HCl ishlab chiqarilishini tartibga soladi. G-hujayralaridan ajralib chiqqan gastrin HCl sekresiyasini va uning ortiqcha miqdorini rag'batlantiradi, bu esa antrum va o'n ikki barmoq ichak yarasini kislotalashga olib keladi, gastrinning chiqarilishini inhibe qiladi. Intragastrik pH 2,0 dan kam bo'lsa va intraduodenal pH 2,5 dan past bo'lsa, gastrin chiqishi va HCl sekresiyasi to'xtaydi. Oshqozon ichidagi pH 4,0 dan oshiqroq va o'n ikki barmoq ichakda pH 6,0 dan yuqori bo'lsa, HCl ni suyultirish va zararsizlantirish natijasida gastrin chiqishi va HCl sekresiyasi davom etadi. Antroduodenal tormozlash mexanizmi shunday ishlaydi.

Oshqozondan o'n ikki barmoq ichakka kislotali ichimlik S-hujayralarining endokrin funksiyasini rag'batlantiradi. pH 4,5 dan past bo'lganida ichakda ajralib chiqadigan sekresiya HCl sekresiyasini ingibirlaydi, oshqozon osti bezi, jigar, o'n ikki barmoq ichak (Brunner) bezlari tomonidan bikarbonatlar va suv chiqarilishini rag'batlantiradi. O'n ikki barmoq ichak bo'shlig'ida gidroksidi sekresiya bilan HCl neytrallanganda, pH ko'tariladi, sekresiya chiqishi to'xtaydi va HCl sekresiyasi qayta boshlanadi. Sekretin tormozi shunday ishlaydi.

HCl sekresiyasining kuchli inhibitorlari bu oshqozon va ingichka ichakning endokrin D-hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan somatostatindir; oshqozon va ichak D hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan vazoaktiv ichak polipeptidi. Gastroinhibitiv polipeptid HCl sekresiyasiga ham ta'sir qiladi.

HCl mexanizmlarining sekresiyasini rag'batlantiruvchi va inhibe qiluvchi muvofiqlashtirilgan harakatlar natijasida uning parietal hujayralar tomonidan ishlab chiqarilishi normal hazm qilish va kislota-bazaviy holatni saqlash uchun zarur bo'lgan hajmda amalga oshiriladi.

Motor funksiyasi

Oshqozon hazm qilish *oshqozon (gumoral yoki gastrinli)* davridan tashqarida bolib, oshqozon buzilmagan holatda kuzatiladi. Ovqatlanish paytida me'da mushaklarning tonusini o'zgarishi (retseptor bo'shashish)

tufayli oshqozon ichidagi bosimni sezilarli darajada oshirmasdan 1500 ml atrofida ushlab turishi mumkin. Oziq-ovqat oshqozonda bo'lganida, uning mushaklarining ikki xil *tonik va peristaltik* qisqarishi kuzatiladi.

Oshqozonning tubi va tanasi asosan rezervuar, hazm qilish hamda piloroantral qismiga otkazish funksiyasini bajaradi. Asosiy vazifasi esa ovqat tarkibni aralashtirish, maydalash va o'n ikki barmoq ichakka evakuatsiya qilishdir.

Oshqozon tanasining mushaklari uning ichidagi suyuqlik va ovqat mahsulotlari hisobiga doimiy past bosim ostida bo'shashgan holatda bo'ladi. Peristaltik to'lqinlar oziq-ovqat mahsulotlarini me'da shirasi bilan aralashtirib, uni antral qismiga o'tkazadi. Bu vaqtda pilorik qism qisqaradi va mahsulotlarini oshqozondan chiqishni mahkam yopadi. Me'da tarkibidagi suyuqlikni qizilo'ngachga o'tishini (gastroezofagial refluks) oldini olish murakkab fiziologik yopilish mexanizmi asosida (*gumoral qisqarish* tonusi, Gis o'tkir burchagi, Gubarev klapani) amalga oshadi. Ushbu mexanizm natijasida oziq-ovqat luqmasi antral qismga o'tadi, u erda qo'shimcha maydalanadi va antral bezlarning ishqorli sekresiyasi bilan aralashtiriladi. Peristaltik to'lqin pilorik qismga etib borgach, antral qism tarkibidagi mahsulotlar o'n ikki barmoq ichakka kiradi. Keyin pilorik kanal yopiladi, antral qism devorlarining to'liq qisqarishi kuzatiladi. Antral qismdagi yuqori bosim uning tarkibini teskari yo'nalishda, oshqozon bo'shlig'iga o'tkazadi, bu erda yana HCl va pepsin ta'siri ostida keying luqмага shu tartibda ta'sir qiladi.

Me'da suyuqligi tarkibidagi ximus o'n ikki barmoq ichak ichiga kirishidan oldin uning mushaklari biroz kengayayib devorlari bo'shashadi.

Shunday qilib, oshqozon suyuqligi tarkibini evakuatsiya qilish antral va pilorik qismga shuningdek o'n ikki barmoq ichakka o'tishi mushaklarni ketma-ket qisqarishligi va ichidagi bosimning o'zgarishi bilan bog'liq. Oshqozonda antral va pilorik qism ovqat hazm qilish vaqtini tartibga solishni ta'minlaydi. Ushbu tartib buziganda duodenogastral reflyus kuzatilishi mumkin.

Adashgan nerv oshqozonning peristaltik qisqarishini reguleasiya qiladi, pilorik va qizilo'ngach pastki qismi sfinkteririning tonusini pasaytiradi. Simpatik nerv tizimi esa bunga teskari ta'sirga etadi: peristaltikani toxtatib sfinkterlarning tonusini oshiradi. Gastrin pilorik

sfinkteming tonusini pasaytiradi, sekretin va xolesistokinin esa uning qisqarishini pasayishiga olib keladi. Ovqat hazm qilish organlarining normal sekretor va qisqarish funksiyalari adashgan nerv (asetilxolin), biogen aminlar (histamin, xolesistokinin, sekretin va h.) mediatorlar hamda yogda eriydigan kislotalarning o'zaro ta'siri natijasida ta'minlanadi.

Me'da va 12- barmoq ichak yara kasalligining klassifikatsiyasi

Joylashishiga ko'ra: me'da va o'n ikki barmoq ichakda yarani hajmiga ko'ra:

- 1) Kichik- 0,5 sm gacha bulgan yaralar
- 2) O'rta- 0,5 sm dan 2 sm gacha bo'lgan o'lchamdagi yaralar
- 3) Gigant yaralar- 3 sm va undan katta bo'lgan yaralar

Kechishiga ko'ra:

O'tkir

Surunkali

Me'da yaralari joylashishiga ko'ra:

- Old devorida
- Orqa devorida
- Kichik egrilikda
- Katta egrilikda
- Pilorik qismida
- Antral qismida

O'n ikki barmoq ichak yaralarining joylashishiga ko'ra:

Old devorida

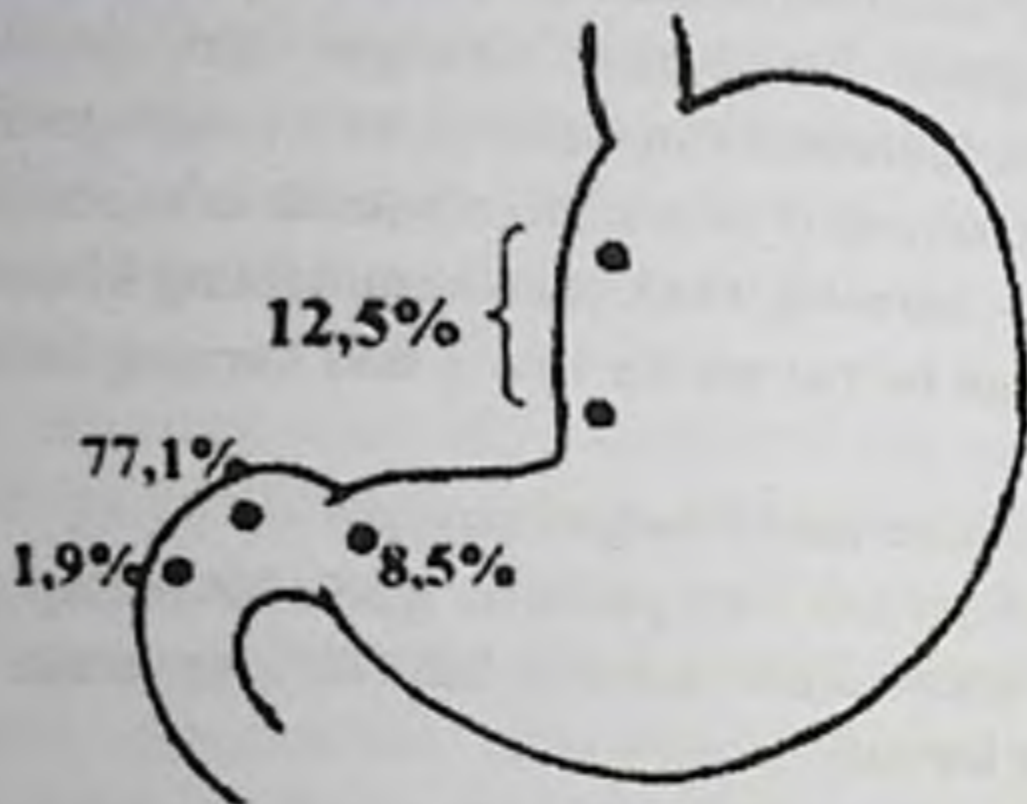
Orqa devorida

Old va orqa devorida bir vaqtni o'zida (o'pishgan yaralar).

Me'da va 12-barmoq ichakning yara kasalligi etiologiyasi

-Hozirgi zamon gastroenterologiyasining asosiy muammolaridan biri hisoblanadi. Bu kasallik 1000 aholiga hisob qilganda 4-5 kishida uchraydi. Kasallik yoshlar va yoshi ulg'aygan hamda keksa odamlarda ham uchraydi, asosan 20-40 yoshdagi kishilarda bo'ladi. Yoshlikda uning duodenal formasi, keksalikda me'da yarasi uchraydi. O'n ikki barmoq ichak yara kasalligi erkak va ayollarda uchrash nisbati 2/1, me'da yara kasalligi 1/1 nisbatga to'g'ri keladi (Grossman, 1979). Yarani joylashish lokalizatsiyasiga kura 12,5% kardial kismda, 8,5% prepilorik kanalda (antral

qismda), 77,1% o'n ikki barmoq piyozcha qismida va 1,9% postbulbar sohada bo'ladi.



145 - rasm. Yarani anatomik lokalizatsiyasiga kura joylashuvi.

Bemorlarning nog'iron bo'lishlari jihatidan yara kasalligi 2-o'rinni egallaydi (yurak, kon-tomir kasalliklaridan keyin). Yara kasalligi murakkab va hal qilinmagan masala hisoblanadi. Hozirgi vaqtda omillarning 3 asosiy guruhi: Nerv, gumoral va mahalliy omillar mavjud. Konstitutsiya, irsiyat 50%, tashqi muhit sharoitlari muayyan rol uynaydi. Me'da yaralari shilliq pardaga ximiyaviy va fizik omillar, dori preparatlari ta'sirida, qon aylanishining buzilishi, gipoksiya va boshqalardan paydo bo'ladi va bu shilliq parda butunligini buzilishiga olib keladi. Ul'serogen omillarga (M. I. Kuzin bo'yicha, 2017) quyidagilar: tug'ma (parietal hujayralar massasi oshishi, nerv sistemasi reaktivligi xususiyatlari, O (I) qon guruhi; stress holatlar (kasbkorga oid va ruhiy zo'riqishlar, shikastlar, kuyish, sepsiss); kislotali-ishqor muvozanat holatining buzilishi, antroduodenal dismotorika; ratsional ovqatlanishning rejimining buzilishi; surunkali och qolish; dori-darmonlar (asetilsalitsilat kislota, indometatsin, glyukokortikoidlar); endokrin bezlar ta'sirlari (gipokaliemiya, surunkali pankreatit tashqi sekretor funksiyaning pasayishi bilan, Zollinger - Ellison sindromi; qalqonsimon oldi bezi, gipofiz, buyrak usti bezi adenomasi); jigar, buyrak, o'pkaning surunkali kasalliklari, qon aylanishining o'tkir va surunkali buzilishlari kabilar Me'da va 12-barmoq ichakda yara defekti hosil bo'lishiga agressiya omillari (xlorid kislota, pepsin, o't kislota, lizolesitin,

motorika buzilishlari, shilliq parda shikastlari, ovqatlanish omillari va tashqi muhit ta'sirlari va himoya omillari shilliq parda rezistentligi, ishqoniy sekresiya, antroduodenal kislota «tormozi», ovqat xarakteri va boshqalar o'rtasidagi dinamik muvozanatning buzilishi bu *Helicobacter pilori* ni rivojlanishiga imkon beradi. Ko'pgina gastroenterologlar fikricha yara kasalligini asosiy sababchisi bir kancha regionlarda o'rganilib chikilishicha *Helicobacter pilori* mikrobinin ta'siri natijasida 90% bemorlarda 12 barmoq ichak shilliq qavatini zararlanishi bilan, 70-80% bemorlarda esa me'da shilliq qavatini zararlanishidan yara kasalligi kelib chiqadi. Ushbu bakteriyani yara chaqirish mexanizmi ushbu reaksiya asosida yaniy *Helicobacter pilori* o'zidan "ureaza" fermenti ajratadi natijada oshqozondagi muhit quyidagicha o'zgaradi ($\text{Hp SO}_2 + \text{NH}_3$) ifodalanadi. Tekshirishlar natijasida yana shu narsa ma'lum bo'ldiki yara kasalligi kelib chiqishiga ko'ra *Helicobacter* musbat yoki *Helicobacter* manfiy guruxlarga bulib o'rganiladi. Yara kasalligi paydo bo'lish mexanizmining murakkabligi hisobga olinadigan bo'lsa, konservativ davolashning ham, operatsiya usulini tanlashning ham qiyinligi o'z-o'zidan ravshan bo'ladi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi diagnostikasi

Me'da shirasi tahlili. Tekshiruv nahorda o'tkaziladi. Me'da ingichka zond bilan zondlanadi va yig'ilgan suyuqlik aspiratsiya qilinadi. So'ngra 1 soat mobaynida suyuqlikni doimiy aspiratsiya qilib, kislotaning bazal ishlanishi tekshiriladi. Kislotaning bazal ishlanishi ko'rsatkichlari bo'yicha vagus tonusi va uning sekretor apparatga ta'siri to'g'risida bilvosita xulosa chiqarish mumkin.

Maksimal gistamin (pentagastrin) testi-sekresiyani o'rganishning eng ahamiyatli usullari: me'da shirasining ajralishi bo'yicha shilliq parda patomorfologiyasi holatiga baho berish mumkin. Gistaminning qo'shimcha ta'siri bo'lishi mumkinligini hisobga olib, oldindan antigistamin preparatlar yuboriladi. Me'da suyuqligi 1 soat ichida (0,024 mg/kg dozada gistamin yuborilgandan keyin 30 minut o'tgach) aspiratsiya qilinadi. Sekresiya hajmi, umumiy kislotalik va ozod xlorid kislota titrlash birliklarida, xlorid kislota debiti mmol'/soat hisobida quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi:

$$\text{HCl debiti} = \frac{\text{me'da shirasi hajmi (ml)} \times \text{HCl titr birligi}}{1000}$$

Maksimal gistamin (pentagastrin) testlarining quyidagi normativlari farq qilinadi: soatlik ajralishi – soatiga 180 - 220 ml; kislotaning bazal ishlanishi –soatiga 18 - 20 mmol'; yoshi ulg'aygan va keksa odamlar uchun ular birmuncha past - soatiga 15 - 20 mmol'. Normada bazal sekresiya ko'rsatkichlari: soatlik ajralishi - soatiga 50 - 100 ml; kislotaning bazal ishlanishi - soatiga 4,5- 5,5 mmol'.

Me'da yarasida sekresiya ko'rsatkichlari normotsid yoki gipoatsid, 12-barmoq ichak yarasida - giperatsid (soatiga 40 - 45 mmol'gacha), sekresiyaning birmuncha yuqori ko'rsatkichlarida (gipersekretorlar) Zollinger - Ellison sindromi bo'lishi mumkinligi hakida o'ylash lozim (bunday hollarda zardob gastrinini o'rganish zarur). Xollander insulin testini qo'llanishda 10 kg tana og'irligiga 2 TB hisobidan venaga insulin yuboniladi, unda me'da shirasini 2 soat ichida yig'iladi (har 15 minutda 8 porsiya). Test qondagi qand miqdorini nazorat qilgan holda o'tkaziladi. Bu testni qo'llanish adashgan nervning me'da sekresiyasiga ta'sirini tadqiq qilish imkonini beradi. Biroq, u Key testiga qaraganda kam ma'lumot beradi, uni hozirgi vaqtda ham qo'llaniladi. Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda me'da sekresiyasini tekirishda Key testi bilan chegaralanish lozim.

Radiotelemetriya va rN-metriya. Birinchi usulda me'daga rN muhiti o'zgarishini qayd qiladigan mitti kapsula - radiouzatgich o'rnatiladi, u ma'lumotni qabul qilib qayd etadigan moslamaga uzatadi va lentaga egri chiziq ko'rinishida yoziladi.

Bernar zondi (1968) bilan rN ni intragastral aniqlash usuli ham bor. Bu usul bemorlar uchun og'irroq bo'lsada, biroq rN ni tanada ham, antral bo'limda ham birdaniga aniqlashga imkon beradi.

Aspiratsion usul bilan me'da shirasida rN ni aniqlash o'rtasidagi muhim farq shundaki, birinchi holda HCl tekshiriladi, ikkinchisining yordamida esa rN ning haqiqiy qiymatlari bevosita me'da devorida uning turli bo'limlarida bir vaqtning o'zida aniqlanadi. Bu usullar bir-biriga raqobatchi emas, balki biri ikkinchisini to'ldiradi. Yoshi ulgaygan va keksa odamlarda, shuningdek og'ir yotgan va zaiflashgan bemorlarda bu usullardan bittasini qo'llash mumkin.

Rentgenologik tekshirish: Me'da va 12-barmoq ichakning yara kasalligi patologiyasidagi rejali va shoshilinch xirurgiyada tekshirishning rentgenologik usullariga - obzor rentgenografiyaga (ozod gaz borligini

aniqlashda yaniy yara teshilganiga shubha bo'lganda yoki perforatsiyasida), katta ahamiyat beriladi. Bu tekshirish usuli bemor tanasini bir necha (vertical va gorizontal) holatlarda shuningdek Trendelenburg holatida Rentgen appartati bilan turli proeksiyada amalga oshiriladi.

Me'da va 12-barmoq ichakni kontrastli rentgenologik tekshirish nahorda o'tkaziladi. Bunda bariy sul'fat qabul qilishdan oldin me'dada evakuatsiya yoki gipersekresiya sodir bo'lganidan talay mikdordagi suyuqlikni aniqlash mumkin, uni zond bilan chiqarish kerak. Ozroq mikdordagi bariy aralashmasi qabul qilingandan so'ng shilliq parda rel'efi aniqlanadi, so'ngra "tig'iz" to'ldirishda shakli, joylashishi, katta-kichikligi, konturlari, so'riluvchanligi, bo'shalishning borishi va boshlanish muddatlari, patologik o'zgarishlar (to'lish nuqsonlari, «tokcha» simptomi), gaz pufagi holati, uning deformatsiyasi, og'riq nuqtalari aniqlanadi. Dinamik, flyuorografik, kinematografik tekshiruv elektron-optik o'zgartirgichdan foydalanib olib borilganda me'da motorikasini, uning turli bo'limlarini va evakuatsiya muddatlarini qayd qilish mumkin, ichak tomonidan patologiyani aniqlashda eng ko'p ma'lumot beradigan usul bo'lib, fibrotolali optika yordamida o'tkaziladi. Ertalab nahorda bajariladi, biroq shoshilinch hollarda zarurat bo'lganda sutkaning har kanday vaqtida me'dani yuvishdan so'ng o'tkazilishi ham mumkin. Tekshirishning bu zamonaviy turlari yordamida shilliq pardada bo'lgan har qanday o'zgarishlar jumladan: eroziya, yirtilish, yara, boshlang'ich bosqichdagi o'smalar aniqlanadi, sitologik va gistolgik tekshirish uchun biopsiya olish imkoniyati borligi shuningdek xavfli o'smalar va me'da yarasini differensial diagnostika qilishda bu usulning nihoyatda qimmatli ekanligini ko'rsatadi. Bu usul operatsiya qilingan me'da shilliq pardasi, choklar, ingichka ichak holati to'g'risida yetarlicha aniq tasavvur beradi. Bu usul me'dada kam shikastlaydigan al'ternativ operatsiyalar qilishga, operatsiyadan keyingi erta davrda davo tadbirlari (qon ketishini to'xtatish, to'siq, sohasiga zondlar kiritish va boshqalar) o'tkazishga imkon beradi.

Laparoskopiya shubhali hollarda yara perforatsiyasini qorin bo'shlig'ining boshqa a'zolari patologiyasidan differencatsiya qilishda katta ahamiyatga ega, xavfli jarayonning tarqalganligini aniqlab beradi shu bilan birgalikda biopsiya olishga imkonini xam beradi. UZI (UTT): Qorin bo'shlig'i a'zolari to'lik tekshirilganda onkologik kasalliklardan shu bilan

birgalikda organlar limfa tugunlarini zararlanish darajasini baxolashda kulay usul bo'lib hisoblanadi.

Me'da yarasining 3 tipi farq qilinadi (D. Jonson, 1957).

I tip - me'da kichik egriligi yaralari - mezogastral yaralar;

II tip - me'da va 12-barmoq ichakning ko'shma yaralari;

III tip - prepilorik yaralar. Ko'pincha (60% hollarda) I tipga oid yaralar va 20% da II va III tiplarga oid yaralar uchraydi.

Me'da yaralarining kelib chiqish sabablari xilma-xil. Bosh sababchilaridan biri me'dadan passajni buzilishi natijasida ro'y beradigan duodenogastral refluks, piloroduodenal segment motorikasi buzilishi, pilorusdagi yetishmovchilik hisoblanadi. 12-barmoq ichak ichidagi moddalar (lizolesitin, o't kislotalari) me'da shilliq pardasi himoya bar'erini buzadi, vodorod ionlarining jadal teskari diffuziyasi esa shilliq pardaning bevosita jarohatiga, atrofik gastrit boshlanishiga olib keladi. Mikro- va makrotsirkulyatsiya buzilishlari, shilliq parda ostidagi qavat chigali bo'lmasligi, kichik egrilik sohasidagi shilliq parda tomirlarining tugallanish xarakteri me'da yarasining eng ko'p joylashadigan joyini izohlab beradi. Me'da yaralarida xlorid kislota miqdorining past ko'rsatkichlari vodorod ionlarining teskari diffuzlanishi, qoplama hujayralar massasi kamayib ketgan atrofik gastrit bilan tushuntiriladi. Me'da va 12-barmoq ichakning qo'shma yaralari birlamchi duodenal yara, pilorostenoz va evakuatsiya buzilishlari natijasida antral staz ro'y berishi bilan bog'liq, bu antral bo'limning cho'zilishiga, gastrin ajralib chiqishiga, gipersekresiyaga va keyinroq, me'da yarasi hosil bo'lishiga olib keladi.

Prepilorik yaralar (III tipi) paydo bo'lishining patogenetik mexanizmlari 12-barmoq ichak yaralarining paydo bo'lishiga o'xshashdir.

Me'da yara kasalligining klinik manzarasi ko'p jihatdan yara joylashgan joyga, dastlabki umumiy statusga, yoshga, asoratlar paydo bo'lishiga bog'liq.

Kardial og'riqlar xanjarsimon o'siq sohasidagi og'riq bilan kechadi, u bel sohasiga, chap yelkaga, yurak sohasiga o'tadi, shu sababli bu og'riqni stenokardiyadagi og'riq deb o'ylaydilar. Og'riq ovqat yeyish bilan bog'liq bo'ladi, ovqat yeyishdan 20-30 minut o'tishi bilan paydo bo'ladi.

Mediagastral yaralar aksariyat 40 dan oshgan kishilarda paydo bo'ladi. Asosiy belgisi - ovqat yeyilgandan keyin 30-60 minut o'tgandan keyin

og'riq paydo bo'lishidir. Og'riq paydo bo'lish muddatining yaraning joylashuviga bevosita bog'liqligi qayd qilinadi. Og'riq odatda 1-1,5 soat, ya'ni ovqat me'dadan chiqib ketguncha davom qiladi. Og'riq xarakteri, paydo bo'lish muddati, kuchi va davomliligi ovqatga, uning miqdoriga, sifatiga bog'liq, keyinchalik esa og'riq ovqat xarakteridan qat'iy nazar, har gal ovqat yeyilgandan keyin paydo bo'ladi.

12-barmoq ichakning yara kasalligidan farqli ravishda me'da yaralaridagi og'riqlar «ikki fazali» bo'ladi: 1) Ovqat yeyilganda- og'riq bo'lishi, 2) Tinch sharoit – yengillashuv ko'rinishida klinika bilan kechadi.

Katta egrilikdagi yaralar kam uchraydi, ko'pincha xavfli bo'ladi, charviga, yo'g'on ichakka, taloq va jigaming chap bo'lagiga penetratsiya beradi. Pilonus yaralari (III turi) klinik jihatdan 12-barmoq ichak yaralariga o'xshash, biroq malignizatsiyalanishga moyil (2-3% hollarda) bo'ladi.

Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda yaralar aturik, ko'pincha asoratlari rivojlanishi bilan o'tadi. 60 yoshdagi bemorlarda paydo bo'lgan yaralar «eski», bu yoshdan keyin paydo bo'lgan yaralar «kechikkan» yaralar deyiladi. Me'da yaralari uchun «qarilik» yaralari xos, ular o'tkir boshlanadi, yassi, yirik bo'ladi, yaradan qon ketishiga moyil bo'ladi, ularning sababi - atrofik jarayon, tomir patologiyasi. Me'da va 12-barmoq ichakning yara kasalligi simptomatikasi keksa kishilarda kam ifodalangan - kuchli og'riq, bo'lmaydi (diametri 3 sm dan katta «gigant» yaralardan tashqari), sikllilik, mavsumiylik yo'q, kamqonlik, ozib ketish ifodalangan. 12- barmoq ichakning «kechikkan» va «eski» yaralarida me'da shirasi kislotaliligining ko'rsatkichlari saqlanib qolgan yoki hatto yuqori raqamlarda bo'ladi.

O'smirlarda yara kasalligi og'riq, qusish, duodenal yaraning bir yoki bir necha asoratlari rivojlanishi: yara teshilishi, penetratsiya, stenoz, qon ketishi holatlari kuzatiladi.

Patologik anatomiyasi. Me'da va 12-barmoq ichak shilliq pardasi va birmuncha chuqur joylashgan devorlarining defekti (nuqsoni) yara deyiladi, uning o'lchamlari va chuqurligi har xil bo'lishi - yuza yaradan (shilliq parda chegarasida), to uning hamma qatlamlarini qamrab oladigan chuqur (perforativ va penetratsiya qiladigan) yaralargacha, bir necha millimetrdan, to «gigant» yaralargacha (3-5 sm va undan katta) bo'ladi. Me'da yaralari asosan kichik egrilikda, kamroq - tanasida va katta egriligida, 12-barmoq ichakda - uning piyozcha qismida, kamroq - postbul'bar qismida joylashadi.

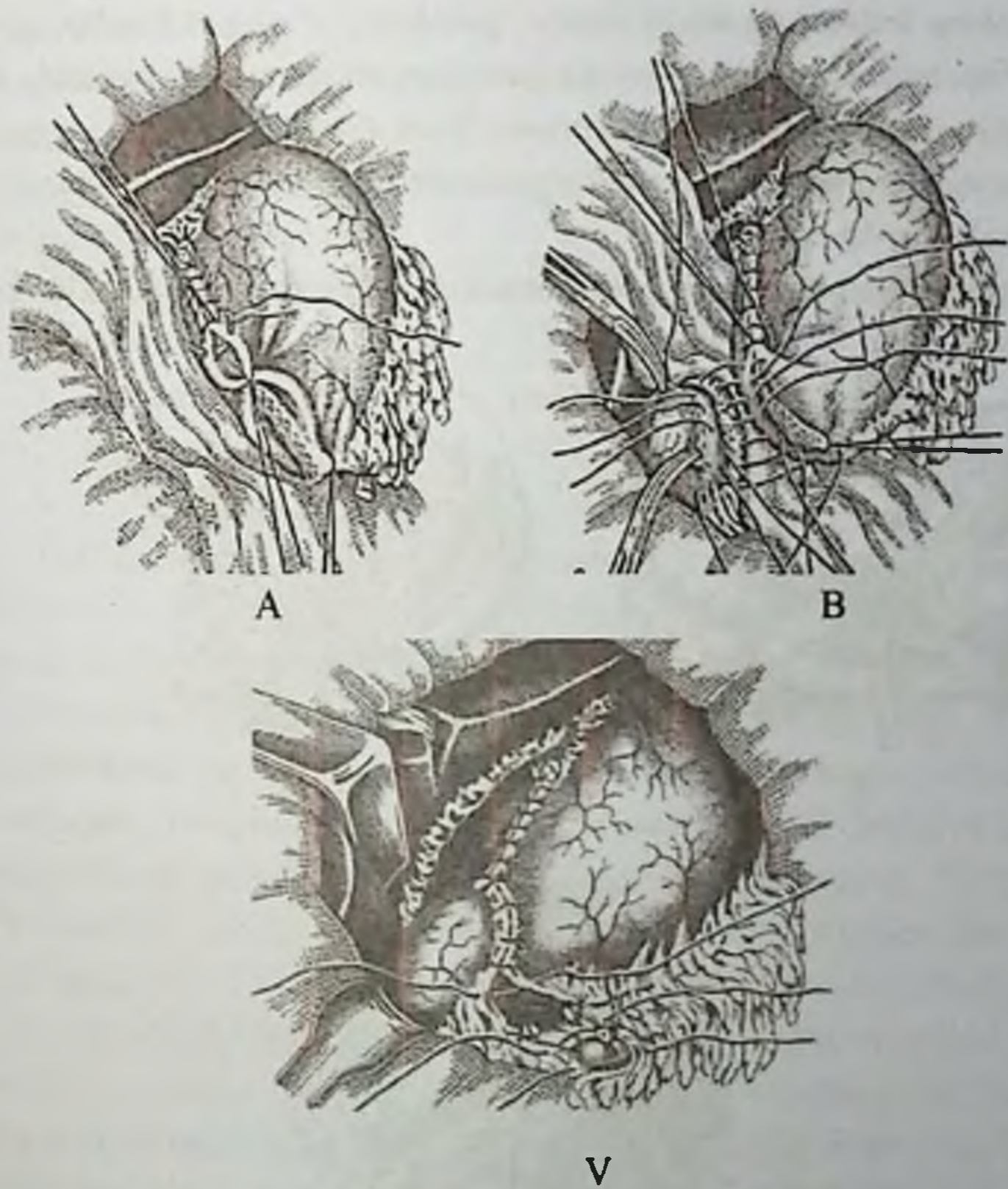
Yara bitgandan keyin me'da piyozcha qismi shaklini buzadigan chandiq qoldiradi, ba'zan chiqish qismi torayishiga - stenoziga olib keladi.

12-barmoq ichakning yara kasalligi odatda navqiron va o'rta yoshda boshlanadi, biroq 60 yoshdan oshgan odamlarda paydo bo'lishi ham mumkin («kechikkan» yaralar). Kechishining davriyligi, mavsumiy (bahorkuzda) qo'zishi, kunduzgi maromi, tungi og'riqlar va ovqat yeyilgandan keyin tinchiydigan och og'riqlar, jig'ildon qaynashiga xos bo'ladi. Og'riq maromi ifodalangan: ochlikda - og'riq boshlanadi, ovqat yeyilganda - yengillashadi, ochlikda - yana og'riq boshlanadi. Bu «uch fazalilik» jarayonning yaqqol 12- barmoq ichakda joylashganidan darak beradigan asosiy diagnostik-anamnestik belgi hisoblanadi. Og'rik xarakteri, doimiyliги o'zgaranda, orqa, yelka, kurakka o'tganda yara penetratsiyasi haqida o'ylash lozim. Odatda jarayon qo'zigan davrda paydo bo'ladigan qusish bemorga birmuncha yengillik beradi, u nordon bulib unda ovqat aralashmasi bo'lmasligi mumkin. Qusuqda ovqat bo'lishi, ayniqsa qusishdan bir muncha oldin yoki qusish oldidan ovqat yeyilgan bo'lsa, bu holda stenoz bilan bog'liq bo'lgan evakuatsiya buzilishi to'g'risida fikr yuritish mumkin. Bemorlarning umumiy holati, odatda, kam o'zgaradi yoki umuman o'zgarmaydi. Bemorda ozib ketish kuzatilmaydi, bu aksariyat bemorning og'riqni yo'qotish uchun ovqat yeb turishiga intilishi bilan bog'liq bo'ladi. Stenoz paydo bo'lganda va ovqat o'tkazuvchanlikning buzilishlarida ozib ketish qayd qilinadi, xolos. Duodenal yara diagnostikasida, umumiy qabul qilingan tekshirishlardan tashqari, me'da sekresiyasini tekshirishga katta ahamiyat beriladi. Kislotalilikning yuqoriligi (bu me'daning boshqa kasalliklarida ham uchrasada) bazal davrda ham, gistamin va insulin bilan rag'batlantirishdan keyin ham 12-barmoq ichak yarasi uchun xos. Rag'batlantirilgan kislotalilik ko'rsatkichlarining yuqoriligi - gipersekresiya (soatiga 40 mmoldan yuqori) yara teshilishi (perforatsiya) yoki qon ketishi kabi asoratlari bo'lishi mumkinligini ko'rsatadi, KBI (kislotalilikning bazal ishlanishi) ning yuqori ko'rsatkichlari Zollinger - Ellison sindromi borligi mumkinligidan dalolat beradi. Bu holda qondagi gastrin miqdorini tekshirish kerak.

Teshilgan gastroduodenal yaralar etiologiyasi

Me'da va 12-barmoq ichak yaralari perforatsiyasi - yara kasalligining eng xavfli asoratlardan biridir: Yaraning teshilishi - Oshqozon yoki ichak

devorida teshik paydo bo'lishi natijada sekresiyani qorin bo'shlig'iga tushishi tushiniladi. Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra yara kasalligini bu asorati perforatsiya 10%gacha uchraydi. Yaralarning teshilish sabablari har xil. Ko'pincha bundan oldin yara atrofidagi yallig'lanish jarayoni qo'ziydi, simptomlar kompleksi kuchayadi («prodromal» davr), ba'zan qorin ichidagi bosim oshadi.



146 - rasm (A, B, V). Me'dani Bilrot- I usulida rezeksiyasi.

Yara teshilishi mehnatga layoqatli yoshda (20-50 yosh) uchraydi. Yoshi ulg'aygan va keksa odamlarda yara perforatsiyasi unchalik ko'p kuzatilmaydi. Yarasi teshilgan bemorlarda davomli «yara» anamnezi kuzatiladi, biroq yoshlarda (30 yoshgacha) teshilish batamom tinch sharoit fonida paydo bo'ladi («soqov» yaralar teshilishi).

Bemorlarning 80-85 foizida 12-barmoq ichak boshlang'ich bo'limining oldingi devoridagi yara, kamroq - me'da pilorik bo'limidagi yara teshiladi.

Kasallik patogenezida me'da va duodenal suyuqlikning ozod qorin bo'shlig'iga doimiy oqib turishi katta ahamiyatga ega, u avvaliga shokka olib keladi.

Kichkina teshikning fibrin, charvi, yaqinda joylashgan a'zolar, qattiq ovqat bo'lakchalaridan bekilib qolishi jarayonni chegaralaydi: bu holda usti yopiq perforatsiya yuz berishi ehtimol. Yara qorin bo'shlig'i orqasiga, kichik charviga, ko'ks oralig'iga teshilganda kamdan-kam yuzaga keladigan aturik klinika paydo bo'ladi.

Teshilgan yaralar o'tkir yoki surunkali xarakterga ega, yakka yoki ko'p sonli bo'ladi.



A



B



V

147 - rasm (A, B, V). Me'dani Bilrot II usuli Gofmeyster - Finsterer modifikasiasida rezeksiyasi.

ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI ASORATLARI

Yara perforatsiyasi (teshilishi) klassifikatsiyasi

Keyingi yillarda B. D. Komarov va V. S. Savelev tomonidan taklif etilgan klassifikatsiya (1976) keng qo'llanilmoqda.

I. Etiologiyasi bo'yicha: Yarali va gormonal.

II. Lokalizatsiyasi bo'yicha: a) Me'da yaralari: kichik egrilikdagi, katta egrilikdagi, oldingi devordagi, orqa devordagi, kardial, antral, prepilonik, pilorik qismlarida.

b) 12-barmoq ichak yaralari: oldingi devoridagi, orqa devoridagi.

III. Kechishi bo'yicha:

1. Ozod qorin bo'shlig'iga teshilishi
2. Usti yopiq teshilishi
3. Atipik teshilishi

Teshilgan gastroduodenal yaralarning klinik ko'rinishi Asosan shartli ravishda uch davr farqlanadi: 1. Birlamchi shok davri to'satdan o'tkir og'riq. 2. Soxta tuzalish davri og'riqlar biroz pasayadi, 3. Diffuz peritonit davri.

Birinchi davr (Birlamchi shok) 3-6 soat davom etadi. Teshilgan gastroduodenal yaralarning klassik klinik ko'rinishi tarixiy rivojlanishga uchramagan. Teshilishning asosiy simptomatikasi (G. Mondor triadasi): «xanjar» bilan urilgandek to'satdan paydo bo'lgan og'riq (95%), qorin muskullarining qattiq taranglashuvi (92%), bemor anamnezidan yarani bo'lishligi (80%). Darhaqiqat, kuchli og'riqlarning to'satdan paydo bo'lishi birorta kasallikda ham perforatsiyadagi kabi yaqqol yuzaga chiqqan bo'lmaydi. Bunday bemorlar og'riqqa chidab bo'lmaydigan darajadagi shikoyat bilan murojaat qiladilar. «Katta yoshdagi zabardast» odamning yuz qiyofasidagi g'am-g'ussa u tortayotgan cheksiz azob-uqubatlarni ifodalab turadi» (G. Mondor). Og'riq avvaliga epigastral soxada, bunda 12-barmoq ichakda ko'prok, o'ng tomonda joylashadi, so'ngra qorinning butun o'ng yarmi bo'ylab tarqalib, o'ng yonbosh sohani, keyin butun qorinni qamrab oladi. Og'riqning yelkaga yoki o'ng kurakka, kichik chanoqqa tarqalishi xarakterli. Qusish kamdan-kam peritonit rivojlangandagina kuzatiladi.

Stenozlovchi yaralar teshilganda esa yara teshilishidan oldin bemor qayt qilishi bilan namoyon bo'ladi.

Ikkinchi «Soxta tuzalish» davri Yara teshilish vaqtidan kechikib 6 soatdan keyin yuzaga chika boshlaydi. Ushbu davrda bemorlarning ahvoli shunchalik yaxshilanadiki, ular o'zlarini sog'lom deb hisoblaydilar. Bemor odatda chalqancha yoki yonbosh bilan oyoqlarini qorniga tortib yotadi, rangi oqarib ketgan, qo'rquv ostida, sovuq, ter chiqishi mumkin. Tez-tez, yuza nafas oladi, qon tomir urishi avvaliga siyrak, arterial bosimi pasayishi mumkin. Tili dastlabki soatlarda nam, keyin quruqlashadi shu bilan birgalikda kasallikning dastlabki soatlarida rektal tekshiruvda chanoq qorin pardasida keskin og'riq borligini aniqlash mumkin. Parietal qorin pardasi nerv oxirlari sezuvchanligi buzila borgan sayin og'riq asta-sekin bosiladi, biroq bemor avvalgiday harakatsiz yotadi, tana temperatrasi normal yoki subfebril bo'ladi, Umumiy holati yaxshilanadi, qorin devori mushaklari tonusi kamayadi, o'ng yonbosh soxada og'riq kamayadi, palpatsiya kilganda Shetkin-Blyumberg simptomi musbatligi aniqlanadi.

Uchinchi davr (Tarqalgan diffuz peritonit) 8-12 soat o'tgach boshlanadi. Peritonit uning hamma klinik manzarasi namayon bo'ladi bu vaqtda bemorning ahvoli og'irlashadi. Qorin bo'shlig'ida kuchli og'riq, takroriy qusish paydo, tana harorati yuqori (38-40°C) kutarilishi kuzatiladi. Puls - minutiga 110-120 ta, Qon bosimi pasaygan. Bu holat sepsisning rivojlanish xavfini oshiradi, poliorgan yetishmovchiligi va septik shokgacha olib kelishi mumkin. Organizmni suvsizlanish va intoksikatsiya tufayli yuz Gippokrat yuzi kiyofasini oladi ko'zlar yorqinligini yo'qoladi va xiralashadi. Mashhur fransuz jarrohi G. Mondor bu kasallikning alomati emas, balki yaqinlashib kelayotgan o'lim alomatidan dalolatdir deb ta'kidlagan. Teri quruq. Nafas olish sayoz, tez-tez. Til va og'iz bo'shlig'ining shilliq pardalari quruqlashadi. Ichakning parezi yoki aniqrog'i, paralitik ichak tutilishi tufayli qorin shishadi. Qorin devori cho'zilgan va tarang (elastik taranglashish), palpatsiya va perkussiya paytida og'riqli. Shotkin-Blyumberg simptomi musbat Ichaklarda. Peristaltika eshitilmaydi. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik aniqlanadi. Ultratovush tekshiruvda kichik chanok bo'shlig'ida kup miqdordagi suyuklik aniqlanadi. To'g'ri ichakni perrektum tekshiruvda ichak old devorida og'rik, pervaginum tekshirishda qinda og'rik bo'lishi kuzatiladi.

Ultratovush tekshiruv nazorati ostida suyuqlikni aspiratsiya qilish va tarkibini aniqlash mumkin.

Takroniy qusish natijasida paydo bo'lgan suvsizlanish, ichaklarda, qorin bo'shlig'ida, shuningdek interstitsial bo'shliqda qon tomir o'tkazuvchanligining keskin oshishi va qorin bo'shlig'ida suyuqlikni ko'payishi natijasida diurez kamayadi oliguriya, anuriya va prerenal buyurak yetishmovchiligi kuzatiladi.

Yara teshilishi uchun kardinal tekshirish usuli bu Qorin bushligini obzor rentgenografiyasidir, qorin bo'shlig'ida ozod gaz borligi (penevmoperitoneum) hisoblanadi, u diafragmaning o'ng gumbazi ostida yig'iladi bir yoki ikkala gumbazlar ostida yo'l-yo'l yorug' chiziq ko'rinishida kuzatiladi.

Usti yopiq teshilish. Teshilgan yaraning to'satdan paydo bo'lgan bu ko'rinishining klinikasi 1-2 soatdan keyin so'nadi, og'riq kamayadi, mushaklarning taranglashuvi barham topadi, oz-oz og'riq, bo'ladi va mushaklar tarangligi epigastriyda kuzatiladi, xolos.

Diagnostikasi va differensial diagnostikasi. Teshilgan gastroduodenal yaraning diagnostikasi avvalo anamnezga, bemordan sinchiklab so'rab-surishtirishga, fizikal tekshirish ma'lumotlariga asoslanadi va rentgenologik hamda laboratoriya ma'lumotlari bilan to'ldiriladi. Perforatsiya uzoq vaqtgacha yara kasalligi bilan og'rib yurgan bemorlarda (rentgenologik tasdiqlangan); yara kasalligi belgilari bo'lgan (nordon kekiradigan, och qoringa yoki ovqatdan keyin og'riq paydo bo'ladigan, muntazam soda ichib turadigan), biroq hech qachon tekshirishlardan o'tmagan va yara borligi to'g'risida shubha qilinmagan shaxslarda yuz berishi ehtimol. Uchinchi guruhga «dispeptik o'tmishi» bo'lgan, biroq uni unutib yuborgan va hozirgi kasalligini avvalgi hazm buzilishlari bilan bog'liq deb o'ylamagan shaxslarni kiritish mumkin. To'rtinchi guruhga «soqov» yarasi teshilgan bemorlar kiritiladi. Bemorda prodromal davr borligiga - jarayonning kuchayishi yoki qo'zishi - epigastriyda og'riq, ko'ngil aynishi, subfebril harorat, qusishga ahamiyat berish zarur. Diagnostika uchun kasallikning o'tkir boshlanishi, bemorning o'ziga xos holati, tashqi ko'rinishi, qon tomir urishi va qon bosimi ma'lumotlari katta ahamiyatga ega. Qorinni tekshirishda perforatsiyadan keyin o'tgan fursat haqida unutmaslik kerak: dastlabki soatlarda ifodalangan

«taxtasimon» taranglashuv keyinroq, peritonit avj olgandan keyin qorin dam bo'lishi kuzatilishi mumkin. Har xil yoshdagi bemorlarda - keksalar, ayollar va boshqalarda qorin devorining bo'shashgan bo'lishini nazarda tutish lozim. Perkussiyada qorin o'ng yon kanalida va ung yonbosh chuqurchada tumtoqlashgan tovush o'miga timpanik tovush aniqlanadi (Kerven simptomi). Qorin bo'shligida ozod gaz borligi xisobidan 50-60 foiz bemorlarda jigar tumtoqligi keskin kamayadi yoki umuman yuqoladi, rentgenologik tekshiruvda esa 75-80 foiz bemorlarda aniqlanadi.

Bemor tik turganda yoki chap yonboshi bilan yotganida rentgenodiagnostika qilish bemorni tekshirishning asosiy diagnostik usuli bo'lib, diafragma gumbazi ostida ozod gazni aniqlashga (asosan o'ngda ba'zan chapda) qaratiladi.

Noaniq hollarda bemorga 1-2 qultum suvda eruvchan kontrast modda berishga to'g'ri keladi, rentgen tekshiruvda uning me'da konturlari tashqarisiga chiqishi perforatsiyaning absolyut belgisi hisoblanadi. Ba'zan pnevmogastrografiya o'tkazib (me'daga havo yuborish) takror rentgenografiya qilishdan foydalaniladi. Diagnostika qilish mushkul bo'lgan hollarda gastrofibroduodenoskopiya yoki laparoskopiya qilish kerak bo'ladi.

Laboratoriya tekshiruvda qon va siydik tomonidan biror spesifik buzilishlarni. Qorin bo'lig'i obzor rentgenogrammasi aniqlashga muvaffaq, bo'linmaydi, biroq, peritonit rivojlanganda leykotsitoz, eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi, leykotsitar formulaning chapga surilishi ifodalangan bo'ladi.

O'tkir xolesistit bilan aksariyat yoshi o'tgan semiz ayollar kasallanadilar, ularning anamnezida o'ng qovurg'alar yoyi ostida yog'lik ovqat yeyish bilan bog'liq bo'lgan qaytalanadigan og'riq bo'ladi. Og'riq o'ng qovurg'alar ostida joylashadi. Orqaga, elkaga, kurakka beriladi, doimiy bo'ladi. Ko'p marta qusish bilan o'tadi. Muskullar tarangligi kam ifodalangan, o't pufagi paypaslanadi, Ortner-Grekov, Myussi-Georgievskiy va Merfi simptomlari musbat bo'ladi. leykotsitoz ifodalangan ko'rinishda bo'ladi.



148 - rasm. Qorin bo'shlig'ni obzor rengenografiyasi
(Qorin bo'shlig'i diafragma osti sohasidagi erkin gaz).

O'tkir pankreatit uchun o'tkir keskin doimiy og'riqlar xos, biroq ular o'rab oladigan xarakterga ega va parhez buzilishi bilan bog'liq (yog'lik yoki kuchli ovqat yeyish, ichkilik ichish).

Bemor bir necha martalab qayt qiladi, u yara teshilganidagi kabi harakatsiz emas, muskul taranglashuvi odatda bo'lmaydi, Mayo-Robson simptomi musbat shunigdek Mondor triadasi aniklandi. Qonda bioximik taxlilida amilaza miqdori oshgan bo'ladi.

O'tkir appenditsit bilan differensial diagnostikasi eng qiyin, chunki har ikkala holda xam kasallik epigastriyda og'riq paydo bo'lishidan boshlanib, keyinroq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi. Biroq o'tkir appenditsitda bu og'riqlar sustroq, epigastriyda muskullar taranglashmagan, o'ng yonbosh sohada simptomatika birmuncha yuzaga chiqqan. Sitkovskiy, Rovzing va Razdol'skiy simptomlari v. b. musbat bo'ladi. Kasallik kuchayib ketgan hollarda rivojlanib bo'lgan peritonit fonida dardning sababi aksariyat o'rta laparotomiyada aniqlanadi.

Miokard infarkti (abdominal formasi), stenokardiyaning boshlang'ich bosqichlaridagi o'tkir boshlanish perforativ yara klinikasiga o'xshab ketishi mumkin. Bemor yoshining ulug'ligi, anamnezda tez-tez stenokardiya borligi, tez aritmik qon tomir unshida bemor holatining og'irligi, arterial bosimning pasayganligi, yurak tonlarining bo'g'iqligi, elektrokardiogra-fik o'zgarishlar, jigar to'mtoqligining saqlanib qolishi yurak patologiyasidan dalolat beradi.

Ba'zan zotiljam va plevrit uchun ham o'tkir boshlanish, qorinning yuqori qismida muayyan joylashgan o'rni bo'lmagan og'riq xos bo'ladi. Bemorning aktiv hatti-harakati, yuza nafas olish, burun qanotlarining harakati, harorat, o'pka tomonidan olinadigan ma'lumotlar, qorin tomonidan o'zgarishlar bo'lmasligi - bularning jami rentgenologik tekshiruv yordamida aniqlanadigan ma'lumotlar yordamida to'g'ri diagnoz qo'yish imkonini beradi.

Mezenterial tomirlarining trombozi va emboliyasi bu ma'lum bir lokalizatsiyasiz qorin bo'shlig'ida kuchli og'riqlar to'satdan boshlanishi bilan tavsiflanadigan yurak-qon tomir kasalliklarining asoratidir. Bemor bezovtalanadi, pozitsiyasini o'zgartiradi. Puls tez-tez bulib kollaps tez rivojlanadi. Tana harorati pasayadi. Qorin paralitik ichak tutilishi xisobiga shishgan bo'ladi. To'g'ri ichak perrektum tekshirilganda bilan qon aniqlanishi mumkin.

Qorin aorta anevrizmasi kechishi qorinning yuqori yarmida to'satdan kuchli og'riq bilan namoyon bo'ladi. Qorin tekshirilganda harakatsiz, pulsatsion og'riqli bo'ladi shu soxada qattiq sistolik shovkin eshitiladi. Qorin old devori mushaklari taranglashgan, puls telashaganz qon bosimi bir oz pasayadi. Yon va son arteriyalarining pulsatsiyasi pasaygan bo'ladi.

Buyrak sanchig'i o'ng yoki chap bel soxasida to'satdan o'tkir og'riq paydo bo'lishi og'riqni chov soxasiga, jinsiy a'zolarga irradiatsiya berilishi va dizurik buzilishlar bilan xarakterlanadi. Bemor xavotirda, atrofga shoshilib, og'riqdan qichqiradi. Qorin mushaklari taranglashgan, biroz shishgan jigar tumtoqligi saqlanib qolganbo'ladi. Siydik taxlilida o'zgarishsiz qizil qon tanachalari topiladi. Buyraklami ultratovush tekshiruvida kosacha-jom sistemasida konkrementlar aniqlanadi.

Differensial diagnostikani kasallik boshlanishidan boshlab dastlabki soatlarda o'tkazish mumkin; u birmuncha qiyin va anchagina vaqt o'tgach tutash peritonit klinikasi yuzaga chiqqandan keyin o'rta-o'rta laparotomiyadagina yanada aniq bo'lishi mumkin.

Davolash. Kasalxonaga yotqizilgunga qadar tez yordam ko'rsatish zarur. Yara teshilganiga shubha bo'lganda bemorni shoshilinch ravishda statsionarga olib borish kerak. Kardiotrop dori preparatlari yuborish,

kislorod berilishi shuningdek kasallik klinikasini yashirishi mumkin bo'lgan analgetik vositalarni sira yuborib bo'lmaydi.

Xirurgik bo'limda bemorni tinchlantirish, unga operatsiya qilish zarurligini tushuntirish kerak. Konservativ davolash teshilish vaqtidan 2 sutka o'tgach o'tkazilishi mumkin, bunda teshik usti bekilgan, bemorning umumiy ahvoli qoniqorli, teshik yaxshi chegaralangan bo'ladi, chunki infiltrat bo'lgan sharoitlarda operatsiya qilish asossiz ya'ni yatrogen shikastlanib qolishga sabab bo'lishi mumkin. Bedford-Turner (1945), Vangenstin (1935) va Teylor (1945) teshilgan yaralarni davolash uchun me'da suyuqligini doimiy nazogastral zond orkali aspiratsiya qilish usuli (konservativ usul) o'z vaqtida tanqid qilingan edi. Biroq bemor operatsiyadan qat'iy bosh tortganda yoki uning ahvoli nihoyatda og'ir bo'lgan ahyon-ahyon hollarda bu usul -qo'llanilishi mumkin.



149 - rasm. Teshilgan yarani tikish etapi.

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik imkon boricha qisqa bo'lishi va shokni davolash, dezintoksikatsion tadbirlar, me'daga zond qo'yishni o'z ichiga olishi kerak.

Operatsiya xarakteri har kimning o'ziga xos bo'lishi va bemorning ahvoliga, yaradagi o'zgarishlar xarakteriga, shuningdek xirurg va yordamchi xizmatlarning texnik imkoniyatlariga bog'liq. Teshilgan yarani charvi bilan plastika qilib tikish boshqa radikal operatsiya o'tkazishga ko'rsatma bo'lmaganda, tarkalgan peritonitda, yosh bemorlarda yoki, aksincha, keksa yoshdagi bemorlarda, zarur instrumentlar, apparatura yo'qligida, xirurg malakasi yetarlicha bo'lmaganda qo'llaniladi. Teshilgan yarani tikish bu bemorni peritonitdan qutqarib, yara kasalligiga barham bera

olmaydi va keyinchalik bemorlarning 40-50 foizi bu kasallikning turli asoratlari sababli takroriy operatsiya qilinishga majbur bo'ladilar. Teshilgan yarani berkitishning boshqa ko'pgina plastik usullari ham palliativ operatsiyalar guruhiga kiradi va ularni qo'llanishning keyingi natijalari shuncha qoniqarsiz oqibatlar protsentini beradi. Qorin bo'shlig'i mikroflora holati va uning xarakterini yara etiologiyali peritonit va boshqa etiologiyali peritonitlar bilan taqqoslab o'rganish shuni ko'rsatdiki, me'da-ichak tizimi distal yo'nalishi bo'ylab anaerob mikroorganizmlar ko'payib borishi kuzatiladi. Shunga mos ravishda bakteriyalar konsentratsiyasi ham o'zgaradi. Gastroduodenal peritonitlarda qorin bo'shlig'ining nisbatan kam miqdorda mikroblar bilan ifloslanishi kuzatiladi. O'tkazilgan mikrobiologik tekshiruvlar bunday holatlarda radikal jarrohlik amaliyotlarini o'tkazish maqsadga muvofiqligini asoslab berdi. 1928 yilda S.S. Yudin joriy qilgan teshilgan yaralarda me'dani birlamchi rezeksiya qilish bizning mamlakatimizda ham, chet elda ham talaygina olimlarning diqqat-e'tibonini qozondi. Yara kasalligini davolash uchun o'tkazilishi mumkin bo'lgan radikal jarrohlik amaliyotlarining ko'rsatmalarini aniqlashda qorin bo'shlig'i mikroflora holatini o'rganishdan tashqari quyidagi omillar bo'lishi zarurdir: Me'dani rezeksiya qilish uchun mutlaq, ko'rsatmalar borligi (Dekompensatsiyalashgan pilorostenoz, profuz qon ketish, perforatsiya); Nisbiy ko'rsatmalar borligi: yara penetratsiyasi, kompensatsiyalashgan yoki subkompensatsiyalashgan pilorostenoz, malignizatsiya, antral bo'lim va katta egrilikdagi yaralar, yara anamnezining davomlilik, ilgari qaytalanib turgan qon ketishlar borligi (perforatsiya vaqtidan operatsiyagacha o'tgan vaqt 6 soatdan oshmagan taqdirda, tajribali xirurg va texnik jihozlangan operatsiya xonasi, og'riqsizlantirish uchun zarur sharoitlar bor bo'lgandagina amalga oshiriladi. Teshilgan yaralarda me'dani rezeksiyasini bajarish natijalari teshilgan yarani tikib qo'yishdan afzaldir, biroq uni o'tkazish uchun ko'p sonli sharoitlarning zarurligi birlamchi rezeksiyalar sonini birmuncha kamaytiradi. Keyingi hol teshilgan yaralar shoshilinch xirurgiyasiga a'zoni saqlab qoladigan va vagotomiya bilan birga qilinadigan operatsiyalarning turli variantlari keng joriy qilinishi bilan bog'liq. Yarani kesib qilinadigan tutam vagotomiyasi va piloroplastika eng ma'qul usul sanaladi.

Radikalligi nuqtai nazaridan bu operatsiya me'dani birlamchi rezeksiya qilishga tenglashtirilishi mumkin. Ayni vaqtda kamroq shikastlantirishi va o'limning birmuncha pastligi, uni xirurglar tomonidan odatdagi sharoitlarda qo'llanish mumkinligi bu operatsiyani istiqbolli qiladi.

Teshilgan yaralarda operatsiyaning eng muhim tomoni operatsiya paytida qorin bo'shlig'ining to'liq sanatsiyasi hisoblanadi. U nechog'lik puxta o'tkazilgan bo'lsa, operatsiyadan keyingi davr shunchalik oson o'tadi va yiringliklar hosil bo'lishi uchun imkoniyatlar kamayadi.

Gastroduodenal qon ketish

Etiologiyasi va patogenezi-Yaradan qon ketish yashirin va ochiq bo'ladi. Qon me'da va 12- barmoq ichak kapillyarlari, venalari, arteriyalaridan kon ketishi bilan ifodalanadi. Yashirin kon ketish (50 ml gacha) klinik manzara amalda ifodalanmagan bo'ladi, garchi ushbu qon ketishlar xam kamqonlikka olib kelishi mumkin. Yara kasalligini ushbu asorati kon ketish 5-10% holatlarda uchraydi.

Yashirin qon ketish ko'pincha surunkali bo'lib, kapillyarlardan kelib chiqadi, bu zaiflik, temir tanqisligi kamqonligi, gemoglobin va qizil qon tanachalarining kamayishi bilan birga yuzaga chikadi. Oshqozon-ichak traktidan qon ketish manbalari ko'pincha oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichak yaralari, stress omillar va shilliq qavatning o'tkir eroziyasi (eroziv gastrit) kabilar bulib xisoblanadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yaralaridan qon ketish xavfli asoratdir.

Bu asosan oshqozon (o'ng yoki chap) arteriyalari tarmoqlaridan kon ketish tufayli yuzaga kelishi mumkin. O'n ikki barmoq ichak yarasi bo'lsa unda qon ketish manbai pankreatoduodenal arteriya bo'ladi. O'tkir yashirin qon ketishda (50 ml gacha) hosil bo'lgan najas normal rangga ega bo'lishi mumkin. Bemorning umumiy ahvoli qoniqarli. Ko'p qon ketishning aniq belgilari orasida qonli qusish va qon aralashmasi bo'lgan najas mavjud. Qon qusish (gematemezis) - o'zgarmagan yoki o'zgargan qon qusish (kofe quykasi rangida) - oshqozon, qizilo'ngach va o'n ikki barmoq ichakdan qon ketish bilan kuzatiladi.



150 - rasm. Gastroduodenal qon ketish

Melena - O'n ikki barmoq ichakdan 500 ml yoki undan ko'proq qon yo'qotganda massiv qon ketish ya'ni o'zgargan axlat (qatronsimon axlat) massalari bilan ajralishi - kuzatiladi. Bemor tanasining reaksiyasi qon yo'qotish hajmi va tezligiga, suyuqlik va elektrolitlarning yo'qolish darajasiga, bemorning yoshiga, hamroh kasalliklariga, ayniqsa yurak-qon tomir tizimiga bog'liq. Taxminan 500 ml qon yo'qotilganda umumiy sirkulyatsiyadagi (USQ) kon xajmi 10-15% kamayadi bu odatda yurak-qon tomir tizimiga sezilarli ta'sir qilmaydi.

Umumiy sirkulyatsiyadagi (USQ) kon xajmi 25% yo'qolishi sistolik qon bosimining 90-85 mm sim. ust ga, diastolik - 45-40 mm sim. ust gacha pasayishiga olib keladi. Massiv qon ketish buyrak nefronlarining filtrlash qobiliyatini pasayishi tufayli gipovolemik shok, yurak-qon tomir va buyrak yetishmovchiligi rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ko'proq qon yo'qotish umumiy sirkulyatsiyadagi (USQ kon xajmi 20-25% dan ortig'i) o'tkir buyrak yetishmovchiligi, gipoksik miya shishi va qon tomir ichi disseminatsiyalashgan qon ivishining buzilishi bo'lishi mumkin. Ushbu belgilarning barchasi bemorda parenxematoz poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishini olib keladi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi. O'tkir massiv qon yo'qotishning dastlabki belgilari: to'satdan zaiflik, bosh aylanishi, taxikardiya, gipotenziya va ba'zida hushdan ketish, keyinchalik qonli qusish paydo bo'ladi (oshqozon qon bilan to'lganda), keyin esa - melena. Kusishning tabiati (qizil qon, qoramir kofe quyqasi yoki me'da shirasi xlorid kislota kabilar). Kup

marta kayta qon qayt qilish, massiv kon ketish melena paydo bo'lishiga keyinchalik qon ketish qisqa vaqt ichida takrorlanadigan davomli kup miqdordagi qon ketishga sabab bo'lishi mumkin. Uzoq vaqtdan keyin qonli takroriy qusish qon ketishni qayta boshlanishini belgisidir. Profuz qon ketish pilorik kanalning tez ochilishi natijada ichak harakatining tezlashishi, gilos rangli najasni ajralishi bilan namayon bo'ladi.

Me'da-ichak traktidan o'tkir qon ketishning asosiy belgisi melena bo'lib bu takroriy kon qayt qilishga kura okibati yaxshilik bilan tugaydi. Qon qayt qilish va melenaning bir vaqtda paydo bo'lishi esa yuqori xavf darajasi ehtimoliga ega.

Yoshi kattalarda qon ketish manbai ko'pincha o'n ikki barmoq ichak yarasi, 40 yoshdan oshgan bemorlarda esa oshqozon yarasi hisoblanadi. Qon ketishidan oldin og'riq tez-tez kuchayadi va qon ketish boshlangandan keyin u kamayadi yoki yo'qoladi (Bergman simptomi). Peptik og'riqni kamaytirish yoki to'xtatish qonning xlorid kislotasini neytrallashtirishi bilan bog'liq.

Oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichak yarasidan yoki o'tkir yaradan (stress yara) qon ketish bu uning birinchi belgisi bulib taxminan 10% holatlarda simptomlarsiz kechishi mumkin. Tekshiruv paytida bemorning qo'rquvi va xavotiriga e'tibor bering. Teri oqargan yoki kukimtir, nam, sovuq ter bosgan bo'ladi, puls tezlashadi, qon bosimi normal yoki past bo'lishi mumkin tez-tez nafas olish kuzatiladi. Qon yukotish sezilarli darajada bo'lsa bemor chanqaydi va og'iz bo'shlig'i shilliq pardalari quruqlashishi qayd etiladi.

Qon ketishining darajasini baholash bemor tashqi, klinik ko'rinishiga asoslanib, yurak urish soni ("O'tkir qorin"ga qarang), qon bosimi, qusiq va najas bilan chiqqan qon miqdorini o'lchash, shuningdek oshqozon shirasi aspiratsiya qilish lozim. Gemoglobin, gematokrit, MVB, USQ, siydikning soatlik miqdori ko'rsatkichlari qon yo'qotish va davolash samaradorligini aniq baholash imkonini beradi. O'tkir qon ketishning erta bosqichda (bir necha soat) qonni tekshirishda qizil qon tanachalari va gemoglobin miqdori normal darajada qolishi mumkin. Buning sababi shundaki, dastlabki soatlarda qizil qon tanachalari depodan (jigar, taloq) xisobidan kompensatsiya kilinib boriladi.

Davolash va tekshirish usullari. O'tkir qon ketish bilan og'riqan bemorlarni davolash va tekshirish reanimatsiya bo'limida o'tkazilib, Bunda quyidagi ustuvor choralar ko'riladi:

- Yo'qotilgan kon xajmini to'ldirish uchun umrov osti yoki bir nechta periferik venalarni kateterizatsiya qilish, MVB ni o'lchash;
- Nazogastral zond kuyish: Bu oshqozonni yuvish va kayta qon ketishni nazorat qilish maksadida;
- Shoshilinch ezofagogastroduodenoskopiya bilan bir vaqtning o'zida yaraga epinefrin eritmasi sepish, bipolyar elektrokoagulyatsiya qilish va unga metall qisqich (klipsi) qo'yish yo'li bilan qon ketishni to'xtatish; Siydikni nazorat qilish uchun siydik pufagini doimiy ravishda kateterizatsiya qilish (kamida 50-60 ml/soatiga);

Qon ketishni yo'qotilgan qon xajmiga ko'ra 4 darajasi farqlanadi:

I darajasi - kam qon yo'qotadi, gemodinamikaning buzilishlari kam bo'ladi. Qon tomir urishi biroz tezlashadi, arterial bosim normal. MVB tanqisligi keragidan 5 foizgacha, gemoglobin 100 g/l dan yuqori.

II darajasi - ko'proq qon yo'qotadi. Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, bo'shashgan, teri qoplamlari rangpar. Qon tomir urishi tezlashgan, arterial bosimi simob ustuni hisobida 80 mm gacha. Gemoglobin 80 g/l gat eng bo'ladi.

III darajasi - bemorning umumiy ahvoli og'ir, rangi keskin o'zgargan, uni sovuq ter bosgan, qon tomir urishi tezlashgan, arterial bosimi simob ustuni hisobida 60 mm gacha pasaygan. MVB tanqisligi keragidan 30 foizgacha, gemoglobin 50 g/l.

IV darajasi - mo'l qon yo'qotib, bemor uzoq vaqtgacha hushidan ketadi, bu holat agonal holatga yaqin bo'ladi. Qon tomir urishi va bosim amalda aniqlanmaydi.

MVB tanqisligi 30 foizdan yuqori. Bunday ko'p qon yukotishlar bemor hayoti uchun jiddiy xavf tug'diradi va zudlik bilan globulyar hajm tanqisligini, qonning plazma hajmini qon quyish, eritrotsitar massa quyish, izotonik eritmalar yuborish bilan to'ldirishni talab etadi.

Gastroduodenal qon ketishni endoskopik manzarasiga ko'ra klassifikatsiyasi va uchrash foizlari (J.A. Forrest 1974).

Aktiv qon ketish.

1. Forrest Ia. Pulsatsion arterial qon ketish (100%).
2. Forrest Ib. Venoz sekin parenxematoz qon ketish (80-85%).

Qon ketish holatiga ko'ra

1. Forrest IIa Yara usti tromb bilan qoplangan (50%).
2. Forrest IIb Yara usti kon laxtasi yoki tromb bilan qoplangan (40%).
3. Forrest IIc Yara tubida gemorragiya aniqlanadi (5%).

Qon ketish belgilarisiz

1. Forrest III. Yara bor, qon ketishga xos belgilar aniqlanmaydi (1-2%).

Yo'qotilgan kon hajmini aniqlash va uni to'ldirish

- kislorodli terapiya;
- gemostatik terapiya;
- autogemotransfuziya (oyoqlami bintlash);

Tozalovchi ho'qna kilish. Bemorni endoskopik tekshiruvga tayyorlash va qon ketishni to'xtatish uchun me'dani (taxminan 4°C) sovuq suv bilan yuviladi. Oshqozon tarkibini ma'lum vaqt oralig'ida aspiratsiya qilish gemostatik terapiya samaradorligini kuzatishga imkon beradi.

Oshqozon-ichak traktidan qon ketishni o'pkadan qon ketishdan farqlash kerak, bunda qonli qusish ko'pikli xarakterga ega, yo'tal bilan birga keladi va ko'pincha har xil o'lchamdagi havo pufakchalari bilan ko'zga yaqqol tashlanadi.

Davolash usullari. Davolash usulini tanlashda endoskopiya ma'lumotlarini (Forrestga ko'ra endoskopiya paytida qon ketish bosqichi), qon ketish intensivligini, uning davomiyligini, bemorning umumiy ahvoli va yoshini hisobga olish kerak.

Konservativ terapiya asosan profilaktika va davolashga karatilgan bo'lib N₂-retseptor blokatorlarni, proton pompasi ingibitorlarini (omeprazol) tomir ichiga yuborish orqali xlorid kislotasi ishlab chiqarilishini bloklaydi. Gemostatik davolash uchun qon ivish xususiyatini oshiradigan va qon ketayotgan sohadagi qon oqimini kamaytiradigan dori-darmonlar qo'llaniladi: 1) quruq va nativ plazmani 20-30 ml dan har 4 soatda bo'lib-bo'lib yuborish; 2) 1% li vikasol eritmasini sutkasiga 6-8 ml gacha mushak

orasiga yuborish; 3) vena ichiga 1 %li kalsiy xlorid eritmasi yuborish (uning 10% li eritmasini yuborishdan saqlanish kerak, chunki u qayta qustirib qon ketishini kuchaytiradi); 4) jelatinol, polivinolni vena ichiga yuborish; 5) Aminokapron kislota 5% li eritmasini 100- 200 ml dan har 5-6 soatda yuborish; 6) qon ivish sistemasini yaxshilashga yordam beradigan ditsinon, pituitrin va boshqa preparatlarning eritmalarini vena ichiga yuborish; Umumiy statusni qat'iy nazorat qilib turgan holda korreksiya qilinishi kerak. Infuzion terapiya gemodinamikani normallashtirish, to'qimalarning yetarli darajada adekvat perfuziyasini ta'minlash maqsadida o'tkaziladi. Bunga umumiy sirkulyatsiyadagi qon (USQ) hajmini to'ldirish, mikrosirkulyatsiyani yaxshilash, tomir ichidagi agregatsiyani normallashtirish, mikrotrombozlar shakllanishini oldini olish, plazma onkotik bosimini saklab turish, suv-elektrolitlar va kislota-ishkor balansini detoksifikatsiya qilish kabilar kiradi.

Agar ichkarida dori-darmonlarni qabul qilish mumkin bo'lsa, endoskopiya yordamida qon ketishini to'xtashiga hissa qo'shadigan moddalarni (etanol, etamzillat va boshqalar) yaraning yaqinidagi submukozali bazaga kiritish, kichik taxakomb plastinkasini qo'llash - gemostatik sintetik material yoki tibbiy yelim (kley), qon ketadigan tomimi koagulyatsiya qilish (elektrokoagulyatsiya bipolyar elektr yordamida, argonoplazmenli koagulyatsiya), Aksariyat hollarda (taxminan 90%) o'tkir qon ketishini konservativ choralar yordamida to'xtatish mumkin.

Infuzion terapiya gemodilyusiyaga erishishga yordami beradi (gemoglobin miqdori kamida 100 g/l, gematokrit esa 30% atrofida bo'lishi kerak). O'rtacha gemodilyusiya qonning reologik xususiyatlarini, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, qon oqimiga periferik tomirlarning qarshiligini pasaytiradi va natijada yurak ishini osonlashtiradi.

Infuzion terapiya mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan reologik eritmalar quyilishi bilan boshlanishi kerak. Yengil qon yo'qotilganda, plazma o'mini bosadigan eritmalar 400-600 ml gacha tuz va glyukoza saqlavchi eritmalar qo'yiladi.

O'rtacha qon yo'qotishda, donor qonining tarkibiy qismlari bo'lgan plazma o'mini bosuvchi eritmalar kiritiladi. Infuziyaning umumiy hajmi bemorning tana vazniga 30-40 ml/kg ni tashkil qiladi, og'ir qon yo'qotish

va gemorragik shok holatida infuzion terapiya vositalarining umumiy dozasi yo'qotilgan qon miqdoridan o'rtacha 200-250% ga oshishi kerak.

Onkotik qon bosimini ushlab turish uchun oqsil preparatlarini vena ichiga yuborish qo'llaniladi.



151 - rasm: Endoskopik krioterapiya.

Infuziyaning taxminiy hajmini markaziy venoz bosim (MVB) va siydikning soatlik chiqishxajmi bilan aniqlash mumkin (terapiyadan so'ng u soatiga 50 ml dan oshishi kerak). Gipovolemiyani korreksiya qilish markaziy gemodinamikani yaxshilaydi. Qonni kislorodga to'yintirish sig'imi yetishmovchiligini bartaraf etish uchun bilan to'qimalarni yetarli darajada perfuziya qilishga erishish kerak. Bemorga qon ketishi to'xtagandan keyin ham 10-12 kungacha o'rinda yotish tavsiya etiladi.

Xirurgik davolash:

Me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasini jarrohlik yoki medikamentoz yo'l bilan davolash deyarli bir xil. Bu agressiv kislota-peptik omilni yo'q qilishga va oshqozon-ichak traktining asosiy qismlariga oziq-ovqatning erkin o'tishiga sharoit yaratishga qaratilgan. Ushbu maqsadga turli yo'llar bilan erishish mumkin.

- Organni saqlab qolish va bir necha ko'rinishdagi vagotomiya bilan birgalikda.
- Keng ko'lamdagi (subtotal) me'da rezeksiyasi.

• Qo'shma operatsiya-me'da ekonom rezeksiyasi bilan vagotomiya. Xirurgik davolash asosan absolyut (mutlaq) yoki nisbiy ko'rsatma asosida amalga oshiriladi.

• Absolyut ko'rsatma: Perforatsiya, profuz yoki residiv gastroduodenal qon ketish va piloroduodenal stenoz.

• Nisbiy ko'rsatma:

- Yarani qisman residivlanishi, Konservativ terapi yetarli darajada bajarilmaganda;

- Uzoq muddat bitmaydigan yaralar, konservativ terapiyaga karamasdan bitmaydigan yaralar, yara rezistentligini oshishi hamda og'riq, qayt qilish va yashirin qon ketish kabi klinik simptomlarni doimiy bezovta qilishi;

- Bemor anamnezidan uzluksiz adekvat terapiyadan keyin ham takroriy qon ketish kuzatilsa;

- Me'dani kallez va penetratsiyalangan yarasi, konservativ adekvat terapiya bajarilsada 4-6 oy davomida chandiqlanmaydigan yaralar;

- Perforatsiya (teshilgan yara) uragan yara tikilgandan keyin ham residiv yara kuzatilsa;

- Me'da shirasi yukori kislotali muxitida ko'p sonli yaralarning mavjudligi;

- Sotsial ko'rsatma (to'liq regulyar medikamentoz davolanish uchun dori vositalarini yuqligi) yoki bemorni xirurgik davolashdan bosh tortishi.

- medikamentoz terapiya uchun kerakli dori komponentlarini uzluksiz bo'lmasligi.

Agarda 3-4 marta adekvat ravishda medikamentoz davolanishdan keyin xam uzog'i bilan 2-4 yilga kasallik remissiya bersa, ushanda bemor qat'iy turib operativ davoni talab qilganda.

Shoshilinch jarrohlik usuliga ko'rsatma aktiv kon ketish (Forrest-I) bulib xisobalanadi, uni endoskopik usul bilan to'xtatish mumkin emas; qon ketishi boshlangandan boshlab uni erta bosqichlarda bajarish kerak, chunki kech aralashuvlarning okibatida bemor axvoli keskin yomonlashadi. Gemorragik shok va davomli qon ketish bilan massiv kon quyilib operatsiya o'tkazilgan bemorlarda, plazma o'mini bosuvchi eritmalar va boshqa shokka qarshi choralar amalga oshiriladi.

Kechiktirib bo'lmaydigan jarrohlik usuliga ko'rsatma: konservativ choralar naf bermaganda, qon quyish (kuniga 1500 ml gacha) bemor ahvolini yaxshilamaganda va Forrest-II A bilan endoskopik gemostazga urinish muvaffaqiyatsiz tugaganda.

Agar oshqozon yarasidan qon ketayotgan bo'lsa: Ru yoki Bilrot-I ga usulida selektiv vagotomiya me'da ekonom rezeksiyasi bilan gastroeyunal anastomoz shakllantirish operatsiyasini tavsiya qiladilar.

O'rta og'ir darajadagi bemorlarda kamroq travmali operatsiyalar afzalroqdir jumladan: Ustunli (stvolli) vagotomiya, gastrotomiya va piloroplastika. Va nihoyat, o'ta og'ir ahvolda, qon ketayotgan tomimi teshib gastrotomiya qilish yoki yarani kesib olib, keyinchalik kon ketayotgan tomimi tikish mumkin.

O'n ikki barmoq ichak yarasidan qon ketganda, ustunli vagotomiya, qon ketadigan tomimi tikish va piloroplastika bajariladi. O'n ikki barmoq ichak va oshqozon yarasi qo'shib kelaganda, tomir vagotomiyasi Ru bo'yicha antrumektomiya va anastomoz shakllantirish bajariladi.

Agar konservativ terapiya samarali bo'lsa va qon ketmasa bemorlarni 2-4 hafta davomida yarani bitishiga dori vositalari, periulseroz yallig'lanishga karshi dori preparatlari ko'llaniladi, shundan so'ng rejali operatsiya qilinadi. Jarrohlikdan keyingi o'lim darajasi 5 dan 15% gacha. Mellora-Veys sindromida shilliq qavat nuqsonini tikish bilan gastrotomiya amalga oshiriladi. Blekmor zondidan foydalanish shilliq qavatning yorilishiga olib kelishiga mumkin. Eroziya (eroziv gastrit) va stress yaralardan qon ketish xavfli bo'lishi mumkin. Shilliq qavatining kattaligi 2-3 mm bo'lgan kichik yuzaki ko'p sonli bo'lgan eroziyalar asosan oshqozonning proksimal qismida joylashgan bo'ladi. Eroziya va stress yaralarni paydo bo'lishidan oldin mexanik shikastlanish, keng hajmli kuyish, shok, gipoksiya, katta travmatik operatsiyalar, ekzogen va endogen intoksikatsiya tufayli bo'ladi. Eroziv gastritning asosiy sababi - mikrosirkulyatsiyaning buzilishi, oshqozon devorining kapillyar o'tkazuvchanligi va ishemiyasi xamda gipoksiyasidir. Shilliq qavat shishgan bo'lib, odatda bir nechta kontalash va kon kuyilish bilan qoplanganligi kurinadi. Shilliq kavat ximoyasi bikarbonat to'sig'ining zaiflashishi fonida, xlorid kislotasi va pepsin bilan shilliq qavatning shikastlanishi kuzatiladi. Mikrosirkulyatsiyaning buzilishida va shilliq qavatning shikastlanishida

vodorod ionlarining diffuziya kaytishi muhim rol o'ynaydi. Tashxis klinik va tipik endoskopik ma'lumotlarga ko'ra amalga oshiriladi. Oshqozon osti bezida gastrinomalar, parakalkonsimon bez o'smasi, giperparatireoiz va eroziv gastrit, oshqozon yarasi qon ketish bilan birga bo'lishi mumkin bo'lgan KSEN-I va KSEN-IIA sindromlari. Davolash odatda konservativ hisoblanadi. Antisekretor dori-darmonlarni buyurish: kapillyarlarga mahalliy ta'sir qilish uchun proton pompasi ingibitorlari (omeprazol), H₂ gistamin blokatorlari (famotidin), antatsidlar, ichidagi epinefrin eritmasi (epinefrin oshqozondan so'rilmaydi). Qon ketishini to'xtatish va qon quyqalarini olib tashlash uchun oshqozon vaqti-vaqti bilan sovuq suv bilan yuviladi (taxminan 4°C haroratda). To'liq dastur intensiv terapiyani o'z ichiga oladi. Qonning eroziyasi va oshqozon yarasi endoskop orqali kaogulyatsiya qilish. Davolashning muvaffaqiyati darajasi 90% ni tashkil qiladi. Jarrohlikka ehtiyoj kam. Tanlangan proksimal vagotomiyani, ba'zida defektni tikish va kamdan-kam hollarda me'da rezeksiyasini qo'llash mumkin. Qon ketish sababi, uni ayni paytdagi xavf darajasini differensial diagnostika qilishda, hozir shoshilinch Ezofagogastro-duodenofibroskopiya tekshiruvi katta ahamiyat kasb etadi. Shuningdek markaziy venoz bosimni (MVB) ni o'lchash; me'dani zondlash, o'mrov osti venasini katetirlash va uni sovuq suv yoki aminokapron kislota bilan yuvish lozim. Shoshilinch operatsiyaga ko'rsatmalar bo'lmaganda keyingi taktika va operatsiya usulini tanlash aniqlanmagan o'zgarishlarga, bemorning ahvoriga bog'liq bo'ladi.

Piloroduodenal stenoz

Yaraddan keyingi chandiqli torayish o'n ikki barmoq ichak boshlanish qismi yoki oshqozon pilorik qismida bemorlarning 10-40% da rivojlanadi. Buning sababi odatda o'n ikki barmoq ichak yaralari, kamroq prepilorik yaralar va pilorik kanalning yaralari hisoblanadi.

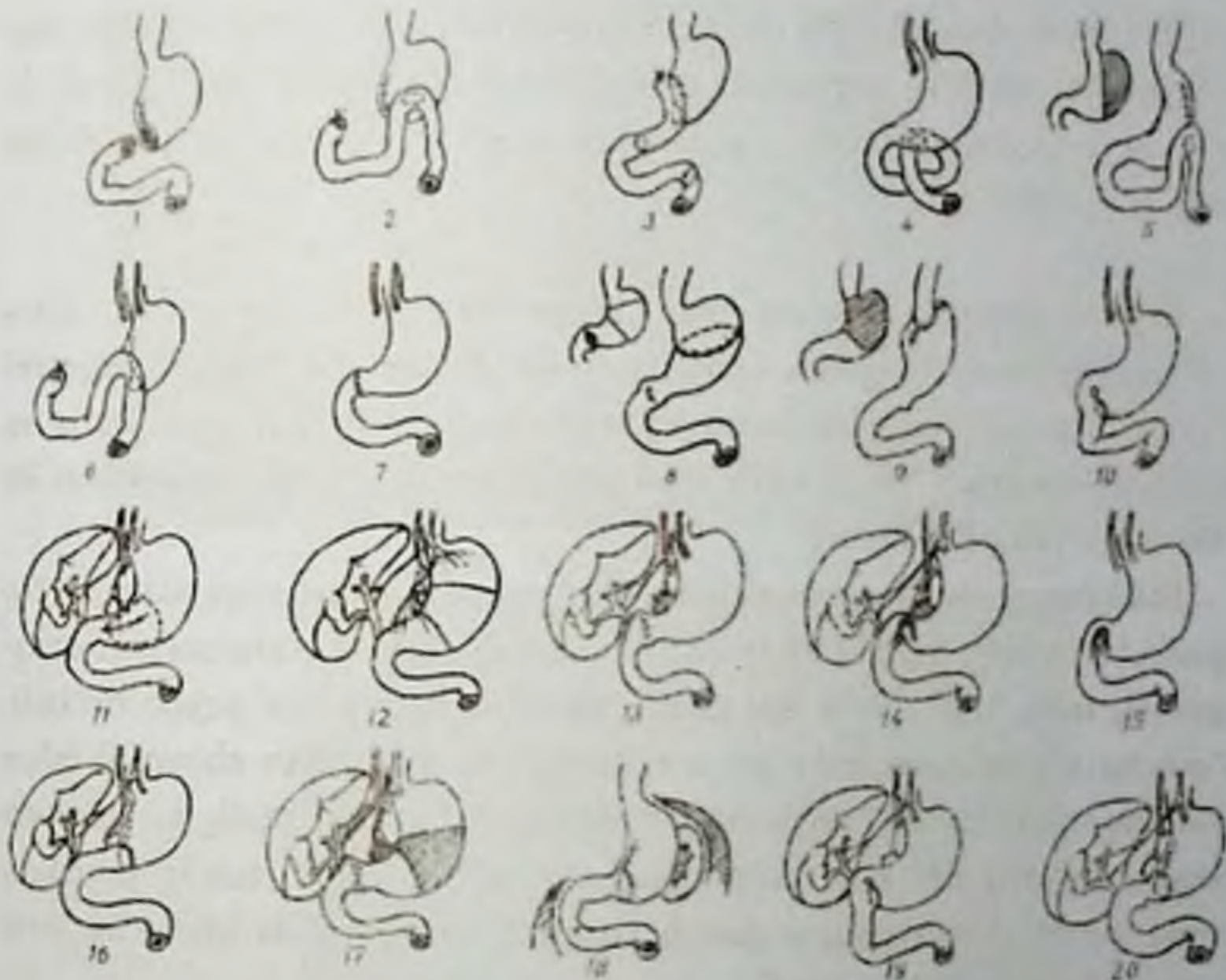
Stenozning shakllanishida yaraddan keyingi chandiq, ayrim hollarda o'n ikki barmoq ichakning yallig'lanishli infiltrati bilan bosilishi, shilliq qavatning shishishi tufayli ichakning torayishi yuzaga keladi.

Torayish sabablari va darajasi gastroduodenoskopiya, biopsiya va rentgen tekshiruvi yordamida aniqlanadi. Oshqozonda evakuatsiya qilish qiyinchilik tug'diradi, natijada shunga javoban, mushak qavati gipertrofiyaga uchraydi. Kelajakda mushaklarning qisqaruvchanlik qobiliyati zaiflashadi va oshqozon kengayishi (gastrektaziya) paydo bo'ladi.

Piloroduodenal stenozi klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Klinik kechishiga ko'ra 3 bosqichga bo'linadi

- I - Kompensatsiya;
- II - Subkompensatsiya;
- III - Dekompensatsiya:



152 - rasm. 12-barmoq ichakni xirurgik davolash usullari.

1-Bilrot-I usulida rezeksiyasi; 2-Bilrot-II usulida rezeksiyasi; 3-Zaxarov usulida me'da rezeksiyasi ingichka ichak bilan anastamoz kuyish; 4. Dragstedt stvolli vagotomiya gastroenterostomiya bilan; 5 - Wangensteen usulida me'da tubi rezeksiyasi gastroenterostomiya bilan; 6- Bilrot-II usulida rezeksiyasi vagotomiya bilan; 7- Geyneke - Mikulich (Weinberg) stvolli vagotomiya piloro-plastika bilan; 8-Wangensteen me'da tanasini segmentar rezeksiyasi piloroplastika bilan; 9 Deloers usulida me'da proksimal rezeksiyasi; 10-Lagrot usulida stvolli vagotomiya gastroduodenostomiya bilan, 11-Martin, Kirk, Grassi selektiv vagotomiya shilliqli antrumektomiya; 12-Ferguson usulida me'dani segmentar

rezeksiyasi me'dani antral'noy kismi innervatsiyasi bilan; 13-Geyneke-Mikulich, Burge usulida selekt vagotomiya piloroplastika bilan 14-Finneyu Griffith usulida selektiv vagotomiya piloroplastika bilan; 15-Finney Hendri stvolli vagotomiya piloroplastika bilan; 10- Bilrot-1 Harkin, Nihus usulida selektiv vagotomiya antrumektomiya bilan; 17- Wangesteen -Bern usulida selektiv vagotomiya me'da segmentar rezeksiyasi piloroplastika bilan; 18- A. A. Shalimov buyicha me'da rezeksiyasi pilorik kanal saklangan holda; 19- Schreiber selektiv vagotomiya gastroduodenostomiya bilan, 20 -A. A. Shalimov bo'yicha selektiv vagotomiya, antrumektomiya pilorik kanal saqlangan holda.

Kompensatsiya bosqichi aniq klinik belgilarga ega emas. Yara kasalligining odatiy belgilari, bemorlarda ovqatlangandan keyin epigastral sohadagi bi oz og'riq, oshqozonda og'irlik hamda to'lishish hissi, zarda va kekirish qayd etiladi. Vaqti-vaqti bilan qusish (me'da shirasi bilan) kuzatilib bu bemorga yengillik beradi

Subkompensatsiya bosqichida, bemorlarda ovqatlangandan keyin epigastral sohadagi og'riq va to'lishish hissi kuchayadi, oshqozonda oziq-ovqatning uzoq vaqt ushlanishi tufayli palag'da tuxum hidi paydo bo'ladi. Ko'pincha vizual qaraganda qorin bo'shlig'ida chayqalish shovqini bilan birgalikda oshqozon to'lqinsimon peristaltikasini kuchayganligini aniqlash mumkin. Deyarli har kuni ko'p miqdorda qusish, yohud sun'iy ravishda barmoq yordamida majburiy qusish chaqiradilar natijasida bemorlar tana massasini kamayishi kuzatiladi

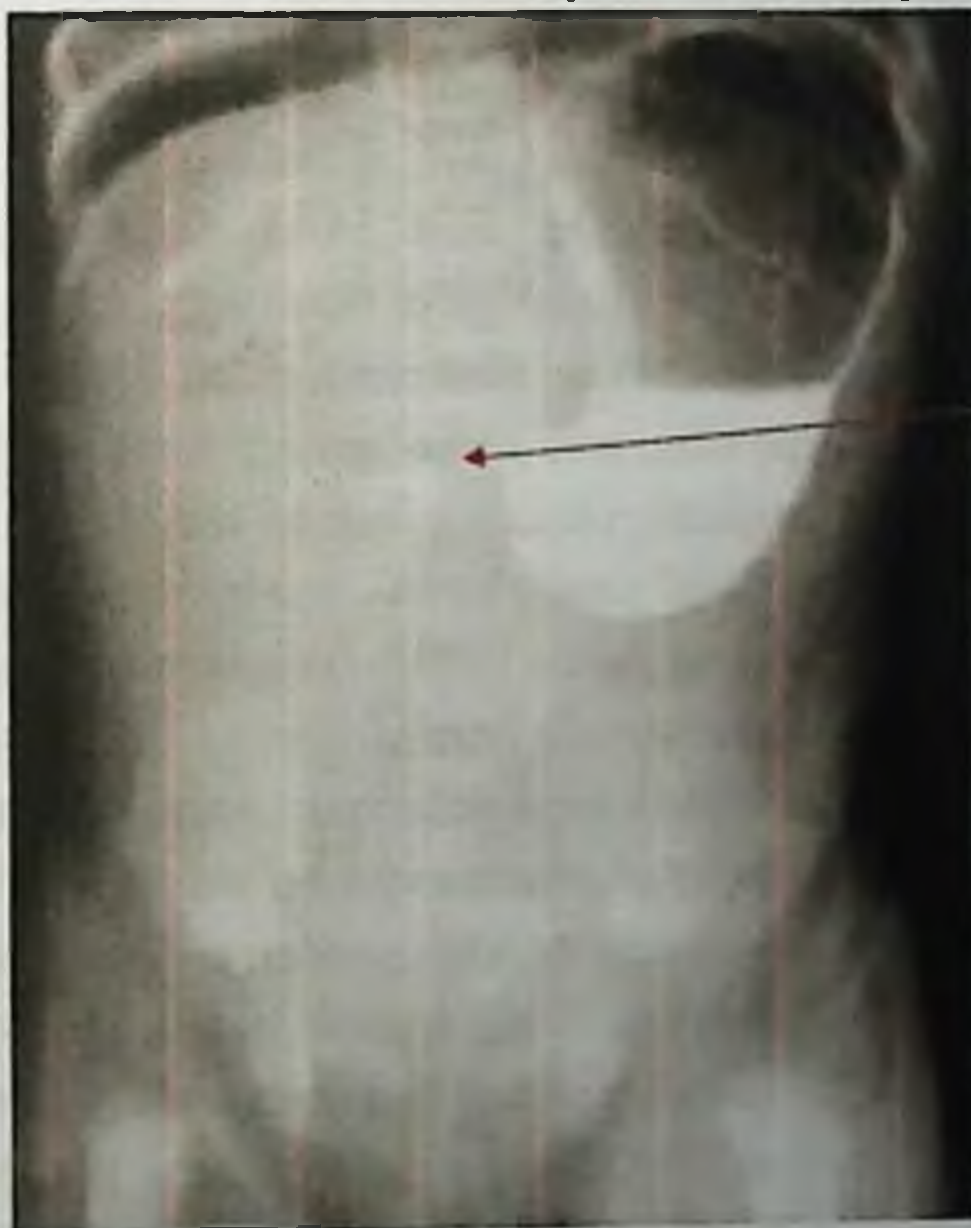
Dekompensatsiya bosqichida gastrostaz, oshqozon atoniyasi rivojlanadi. Oshqozonning kattalashishi uning devorini yupqalashishiga shuningdek motor-evakuator funksiyasini yo'qolishiga olib keladi. Bemorning ahvoli sezilarli darajada yomonlashaib sutkalik diurezning miqdori kamayishi kuzatiladi. Teri quruqlashib turgorligi kamayadi. Og'iz bo'shlig'i, tili va shilliq pardalari quruqlashadi. Bemor qorin old devori ko'zdan kechirilganda cho'zilgan oshqozonning konturlari ko'rinishi mumkin. Qorin devorining qo'l bilan nuqtasimon bosilganda oshqozonda tomchi yokim chayqalish shovqini eshitiladi.

Rentgenologik tekshiruvda birinchi bosqichda oshqozon bir oz kengayganligi, uning peristaltikasini kuchayganligi va pyloroduodenal

sohaning torayishi aniqlanadi shuningdek bemorga contrast modda bariy bo'tqasi (BaSO_4) ichkizilib tekshirilganda BaSO_4 8-12 soat davomida me'dada saqlanib qolsa bu holat kompensatsiya, 12-24 soat davomida saqlanib qolsa subkompensatsiya, 24-72 \lt va undan ortiq vaqt soat davomida saqlanib qolsa dekompensatsiya bosqichi deb baholanadi.



153 - rasm. Me'dada bariy (BaSO_4) bo'tqasi



154 - rasm. Pilorik kanalni toraygan ko'rinishi

Pyloroduodenal sohaning chandiqli torayish darajasi endoskopik tekshiruv bilan aniqlanadi. I bosqichda pyloroduodenal kanal diametri 1 sm-dan 0,5 sm gacha qisqarganligi; II bosqichda oshqozon cho'ziladi, pyloroduodenal kanal esa chandiqli deformatsiya tufayli 0,5 sm-dan dan 0,3 sm gacha torayashi kuzatiladi. Me'da peristaltik aktivligi kamayadi. III bosqichda oshqozon katta hajmga bo'lib uning shilliq qavatning atrofiya rivojlanadi.

Pyloroduodenal stenozli bemorlarda og'iz orqali normal ovqatlanish yetarli bo'lmaydi chunki qayt qilish natijasida ko'p miqdorda me'da shirasi, ovqat massalari bilan H, K, Na, Cl ionlari va oqsilni chiqib ketishi tufayli organizmda suvsizlanish, progressiv ozish, elektrolitlar muvozanatining buzilishi (gipokalemiya, gipohloremiya va giponatremiya) va kislota-asos muvozanatini (metabolik alkaloz) kuzatiladi.

Suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishi belgilari: bemorni gorizontol holatidan vertikal holatga o'tkazganda kollaps, bosh aylanishi, puls tezlashishi, qon bosimining pasayishi, terining oqarishi va sovuq ter bosishi bilan diurezning kamayishi kabilardir. Gipokalemiya (K^+ konsentratsiyasi 3,5 mmol/lr dan past) klinik jihatdan mushaklarning zaifligi bilan namoyon bo'ladi. Plazmadagi K^+ darajasini 1,5 mmol/lr-gacha kamayishi qovurg'alararo mushak nervlari va diafragmning falajiga, nafas olish va yurak faoliyatini to'xtatishiga olib kelishi mumkin. Hipokalemiyada qon bosimining pasayishi (asosan diastolik), yurak ritmining buzilishi, yurak chegaralarining kengayishi, uning cho'qqisida sistolik shovqin eshutilishi kuzatiladi. Sistolik qisqarish vaqtida yurak to'xtashi mumkin. EKGda Q-T intervalining uzayishi, T tishchening amplitudaning kamayishi va tekislanishi, U. tishchening paydo bo'lishi aniqlanadi/ Gipokalemiya fonida dinamik ichak tutilishi kuzatilishi mumkin.

Suvsizlanish natijasida buyrakda qon oqimi kamayadi, glomerular filtratsiya va diurez kamayadi, azotemiya bo'ladi. Buyrak etishmovchiligi tufayli kislotali metabolik mahsulotlar qondan chiqarilmaydi. Qonning pH miqdori kamayadi, hipokalemik alkaloz asidozga aylanadi. Gipokalemiya giperkalemiya bilan almashinadi. Shu bilan birga, bemorlarda aniq hipoxloremiya mavjud. Qonda elektrolitlar tarkibining buzilishi neyromuskulyar qo'zg'aluvchanlikka ta'sir qiladi. Og'ir holatlarda, hipoxloremiya fonida, oshqozon tetaniyasi rivojlanadi-umumiy titroq, trizm,

qo'llarning qisqarishi ("akusher qo'li" - Trusso belgisi), yuz nervi stvoli (ustun) ga urilganda yuz mushaklarining qisqarishi (Xvostik simptomi) musbat bo'ladi.

Hipoxloremik va hipokalemik alkaloz, azotemiya bilan birga kelsa to'g'ri davolash to'g'ri bo'lmasa, bemor hayotiga xavf solish mumkin.

Differensial diagnostikasi

Pyloroduodenal stenoz yara keyingi stenoz, oshqozon chiqish qismi o'smalari tufayli stenozlardan ajralib turishi kerak. Buning uchun endoskopik (shu jumladan biopsiya olish,) va rentgenologik tekshiruvlar diagnozni tasdiqlashga imkon beradi. Pyloroduodenal subkompensatsiyalashgan yoki dekompensatsiyalashgan stenozning mavjudligi operatsiya uchun mutlaq ko'rsatma hisoblanadi.

Davolash

Bemorda yara kasalligini qo'zishi, kompensatsiya yoki subkompensatsiyalashgan stenoz belgilari bo'lgan bemorlar 2-3 hafta davomida konservativ yaraga qarshi davolanish kursini o'tkazadilar. Natijada, pilorik kanal va o'n ikki barmoq ichakning boshlang'ich qismidagi shilliq qavatining shishi yo'qoladi hamda periulseroz infiltrate kamayadi. Shu bilan bir vaqtda, suv-elektrolit balansi va oqsil almashinuvi bartaraf etiladi. Jarrohlik xavfi kamayadi.

Kompensatsiyalashgan stenoz bilan bemorlarni qisqa (5-7 kun) davomida intensiv yaraga qarshi davolash lozim. Subkompensatsiyalashgan yoki dekompensatsiyalashgan stenoz bo'lgan bemorlarda suv-electrolit va kislota-asos muvozanat buzilishi aniqlanadi, ushbu holatda operatsiyadan keying davr og'ir o'tmasligi uchun ko'proq operatsiyadan oldin puxta tayyorgarlik talab etiladi.

- Suv-elektrolitlar buzilishlarini normallashtirish oqsilga boy eritmalarni, K, Na, Cl ionlarini vena ichiga quyish yo'li bilan amalga oshiriladi. Kaliy preparatlarini faqat diurez tiklangandan va qondagi tarkibini aniqlangandan keyin buyurish mumkin. Suv muvozanatini saqlash uchun bemorga izotonik dekstran eritmasi, zamonaviy plazma o'rmini bosuvchi eritmalar yuboriladi.

Davolashning samaradorligini bemorning umumiy ahvoli, gemodinamik ko'rsatkichlari (puls, qon bosimi, MVB, shok indeksi, soatlik diurez, UQH), kislota asos ko'rsatkichi, plazma elektrolitlari

konsentratsiyasi (K, Na, Cl), gemoglobin, gematokrit, kreatinin qondagi mochevina holatiga qarab aytish mumkin.

Parenteral yoki zondli enteral oziqlantirish, dekstroz, aminokislotalar, yog' emulsiyasi va boshqalarni kiritish orqali tananing energiyaga bo'lgan ehtiyojlarini ta'minlaydi.

- Yaraga qarshi to'liq davolanish.
- Oshqozonni muntazam ravishda dekompressiyalash (me'da suyuqligini zond orqali aspiratsiya qilish).

Stenoz bo'lgan soha orqali o'tuvchanlikni tiklash to'g'risida, oshqozonga kiritilgan natriy xloridning izotonik eritmasini (500-700 ml) evakuatsiya tezligi bilan hisoblash mumkin. Agar yuborilgan miqdorning yarmidan ko'prog'i aspiratsiya paytida eritma kiritilgandan 30 minut o'tgach oshqozonda qolsa, u holda o'tuvchanlik hali tiklanmagan. Sinamani vaqtincha zondlash bilan aniqlash mumkin. Shu maqsadda, ehtimol, oshqozon tarkibini to'liq aspiratsiya qilish amalga oshiriladi va sinama (zond yopiladi) to'xtatiladi. Agar oshqozonda 4 soat ichida 100 ml dan kam shira to'planib qolsa, u holda o'tuvchanlik qisman tiklanadi. Bilvosita, o'tuvchanlikning yaxshilanishi aspiratsiya paytida oshqozondan chiqadigan miqdorning kamayishi bilan namoyon bo'ladi. Bunday holda siz og'iz orqali ovqatlanishni boshlashingiz mumkin. Ushbu sinama bemor takroriy rentgen tekshiruvidan bosh tortganda imkon beradi.

Xirurgik davolash

Piloroduodenal zonaning etarlicha patensiyali kompensatsiyalangan stenozida duodenoplastika yoki piloroplastika yordamida tanlab proksimal vagotomiya bajarilishi mumkin. Dekompensatsiyalangan stenoz va II tipli yaralar bilan, piloruodenal stenoz bilan bir qatorda, Ru yoki Bilrot-I ga ko'ra me'da rezeksiyasi va magistral vagotomiya, anastomoz ko'rsatiladi. Subkompensatsiyalangan stenoz bilan ikkala vagotomiyani ham drenajlash operatsiyasi bilan, shuningdek, stagotaj vagotomiyasi bilan oshqozonni iqtisodiy rezeksiyalash mumkin. Bu oshqozonning kontraktil funksiyasini saqlab qolish darajasiga bog'liq va har bir holatda alohida-alohida hal qilinadi.

O'n ikki barmoq ichakning stenozida to'g'ri tanlangan jarrohiik amaliyoti uzoq muddatli ijobiy natijalarni asoratlanmagan yaralarni davolashdagi ijobiy natijalardan farq qilmaydi.

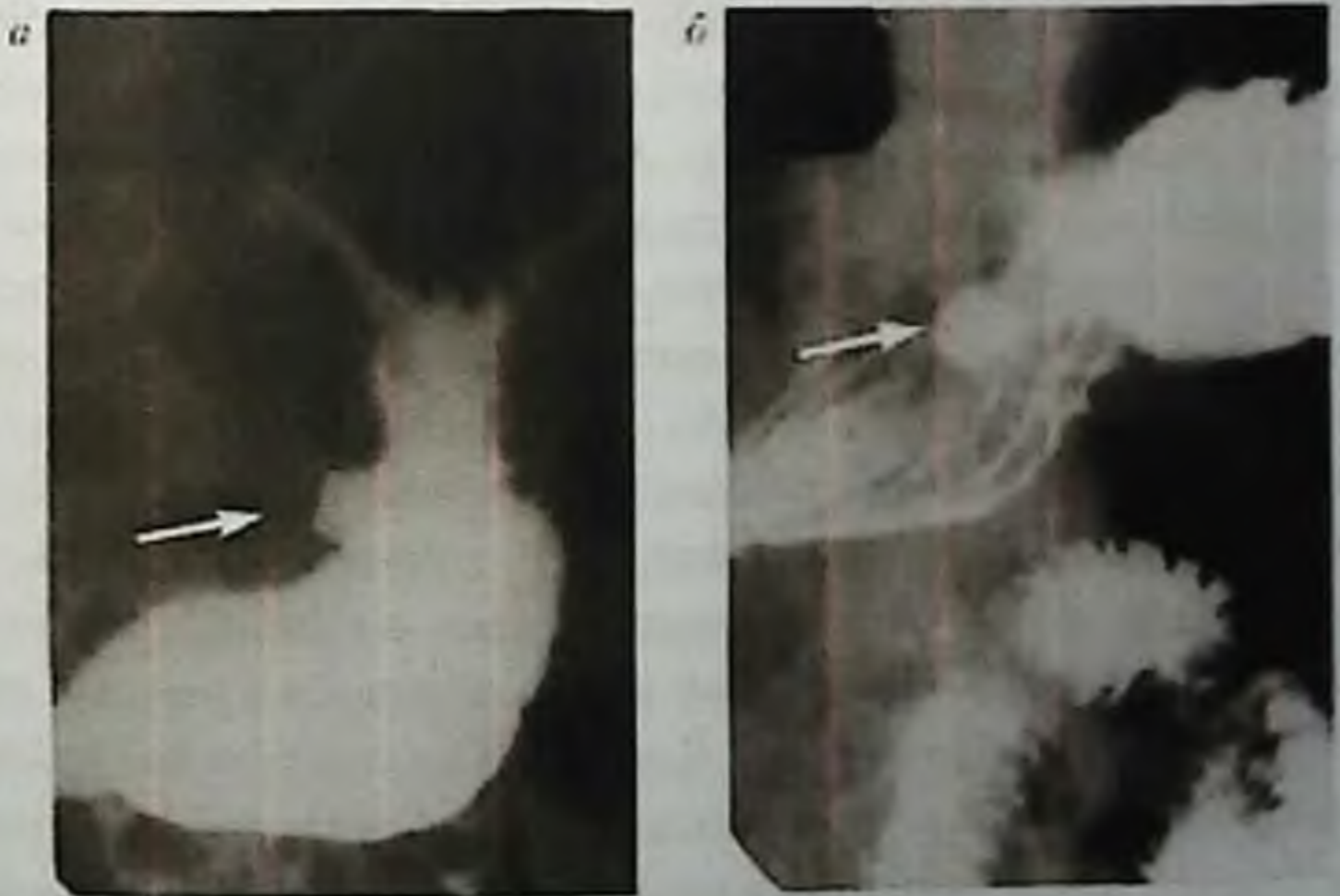
Yara penetratsiyasi

Yara penetratsiyasi jarayoni oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichakning devonidan qo'shni a'zolarga: jigar, oshqozon osti bezi bosh qismiga, kichik charviga, o'sib kirib borishi tushiniladi.

Ko'pincha yaraning kamroq kichik charviga, me'da osti bezi bosh va tana qismiga, jigarga, gepatoduodenal boylamga, yo'g'on ichakka hamda qorin old devoniga penetratsiyasiylanishi aniqlanadi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Penetratsiyalashgan yaralar doimiy intensiv og'riq bo'lib, oziq-ovqat iste'mol qilishdan keyin ham, antatsid preparatlarini qabul qilishdan keyin ham kamaymaydi. Ko'ngil aynishi va qusish kuchayadi. Ba'zi hollarda yallig'lanish belgilari paydo bo'ladi, bu subfebril harorat, leykotsitoz va EChT ni oshishi bilan tasdiqlanadi. Oshqozon osti beziga yaraning o'sib kirib borishi bilan bel og'rig'i paydo bo'ladi, bu ko'pincha belbog'simon harakterda bo'ladi. Oshqozon tanasiga yarani Penetratsiyalanishi og'riqni ko'krakning chap yarmiga, yurak sohasiga irradiyasiylanishi bilan namayon bo'ladi. Yarani oshqozon osti bezi boshiga, gepatoduodenal boylamga o'sib o'tishi obturasion sariqlik rivojlanishi olib keladi. Penetratsiyalashgan yaraning rentgenologik belgisi oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichakda "Nisha" simptomining musbatligidadir (155 - rasm).



155 - rasm. "Nisha" simptomi

Diagnoz endoskopik tekshiruv yordamida yaraning chetidan biopsiya olish bilan tasdiqlanadi.

Davolash: Penetratsiyalashgan yarani konservativ davolash samarasiz. Penetratsiyalashgan yarani jarrohlik davolash maqsadga muvofiq. Qoida tariqasida, me'da yara bilan rezeksiyasini bajarish yoki uning krateridan qoldirish mumkin. Ba'zi mamlakatlarda ustunli vagotomiya bilan antrumektomiya shu bilan birgalida me'da yarasini konservativ davolash "oltin standart" hisoblanadi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak o'sma kasalliklari

O'sma kasalligi me'dani barcha qavatlaridan yuzaga keladi. Kelib chiqishiga ko'ra epitelial va noepitelial guruhlarga bolinadi. Ushbu guruhlar yaxshi va yomon sifatli o'smalarga ajratiladi. Yomon sifatli o'smalar eng ko'p uchraydigani 98% - me'da saratoni hisoblanadi, yaxshi sifatli o'smalar 2% holatlarda uchraydi. Barcha hazm traktidagi o'smalar asosan 20% holatlarda me'dada uchraydi.

Me'da o'smalari. Me'da saratoni – me'da shilliq qavati epiteliy hujayralaridan kelib chiqqan xavfli o'smadir. Bemorlarning ko'p qismi 50 yoshdan oshgan bemorlar guruhiga kiradi. Erkaklar ayollarga nisbatan ko'prok kasallanadi. Jarrohlik usulida davolash samaradorligi kasallikni kech aniqlanishi sababli hanuzgacha past effektiv ko'rsatkichda qolmoqda. Kasallikni erta bosqichlarida radikal jarrohlik amaliyoti o'tkazish to'liq sog'ayishga olib kelishi mumkin. Jarrohlik usulida davolash natijalarini yaxshilash o'sma kasalliklarini erta aniqlash orqali amalga oshiriladi.

Me'da saratoni erta turlarini 3 bosqichi tafovut qilinadi: saraton in situ, yuzaki saraton, invaziv saraton. Invaziv saraton shilliq osti qavatiga o'sib kiradi. Saraton in situ yoki intraepitelial saraton infiltrativ o'sish yo'qligi bilan tavsiflanadi. Saraton in situ asosan me'da surunkali yarasi, proliferatsiyalanuvchi adenomatoz polip sohasida, giperplastik gastrit fonida kelib chiqadi. Yuzaki saraton invaziv hisoblanadi, ammo me'da shilliq qavati chegarasida tarqaladi va tunica muscularis mucosae sohasida shilliq osti qavatga tarqalmaydi. Saraton me'da yarasidan kelib chiqqanda makroskopik polipdan kelib chiqqan erta saraton polip ko'rinishidek bo'lgandek oddiy surunkali yara ko'rinishida bo'ladi. Yuzaki saraton mul'titsentrik rivojlanadi. Saratonning erta invaziv turi - erta saraton

nivojlanishi- ning III bosqichi hisoblanadi. O'sma elementlarini me'da shilliq osti qavatiga o'sib kirishi, ammo mushak qavatiga tarqalmasligi bilan tavsiflanadi. Saratonning erta turi klinik belgilari ular qaysi kasallik fonida kelib chiqqanligiga bog'liq bo'ladi. Me'da saratonining erta turlarini aniqlashda gastroskopik tekshiruvning ahamiyati juda katta. Gastroskopiya bir nechta joydan gastrobiopsiya va biopatlarni sitologik va gistologik tekshiruvlari bilan birgalikda olib borilishi shart. Me'da saratonini kelib chiqishiga o'sma oldi kasalliklari sabab bo'ladi. Shifokor vazifasi - o'sma oldi holatlarini aniqlash va onkologik kasallik kelib chiqish ehtimoli yuqori bo'lgan xavfli guruhga kiruvchi bemorlarni aktiv kuzatish. Me'da saratoni bilan kasallangan bemorlar orasida surunkali gastrit fonida (50%) va surunkali yara (46%), kamdan-kam holatda me'da polipi fonida (4%) saraton kasalligi kelib chiqqanligini kuzatish mumkin.

Klinika va diagnostikasi. Poliplar biror bir belgilarsiz yoki atrofik gastrit belgilari bilan kechadi, agar uning fonida kelib chiqqan bo'lsa. Kasallik asta - sekin boshlanadi, anamnezi bir necha oydan bir necha yilgacha bo'lishi mumkin. Epigastral sohadagi og'riq asosan ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lib, og'riq simillovchi xarakterda ovqat qabul qilgandan so'ng erta davrda yoki 0,5-2 soatdan so'ng boshlanadi. Og'riq ayrim vaqtda 2-3 soat davom etib so'ng o'tib ketadi. Ishtaha pasaygan yoki umuman bo'lmaydi. Kekirish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, meteorizm va ich kelishi noturg'unligi kuzatiladi. Holsizlik, bosh aylanishiga axiliya va polip yarasidan surunkali qon ketishi natijasida kelib chiqqan anemiya sabab bo'ladi. Yarishin qon qetish shilliq qavat yengil jarohatlanishi va polip yaralanishi bilan bog'liq. Qon qayt qilish ko'p mikdorda qon ketganda kuzatiladi. Privratnik yaqinida joylashgan polip o'lchamlari kattalashganda me'dadan evakuatsiya buzilishi belgilari asta-sekin ortib boradi. Me'da suyuqligini tekshirishda axiliya aniqlanadi, biroq ayrim vaqtda me'da suyuqligi kislota ko'rsatkichlari normada bo'lishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvda yumaloq yoki oval shakldagi, aniq va tekis konturli «to'lish nuqsoni»ni aniqlash mumkin (156 - rasm).

«To'lish nuqsoni»ni surilishi polip oyokchasi borligida kuzatiladi va u «to'lish nuqsoni» tomonga yo'nalgan yorug'lanish ipi sifatida ko'rinadi. Poliplarni malignizatsiyalanishi rentgenologik belgilari: tishsimon va noaniq konturli noto'g'ri shakldagi «to'lish nuqsoni»; shilliq osti qavati va

mushak qavati infiltratsiya natijasida polip soxasida peristaltikaning susayishi; bemorni qayta tekshirganda polip o'lchamlarining kattalashishi.



156 - rasm. Me'da saratonini asosiy belgisi
«To'lishish nuqsoni»

Gastrobiopsiya bilan birgalikda olib borilgan gastroskopiya poliplami, ularni malignizatsiyalanishi, me'da saratonining polipsimon shakllaridan differensial diagnostikasida juda katta ma'lumot beradi.

Davolash. Bezli polipni (adenoma) joylashgan joyi va o'lchamlaridan qat'iy nazar endoskopik elektroeksiziya yo'li bilan olib tashlanadi. Agar olib tashlangan polip gistologik tekshiruvda uning malignizatsiya-lashganligi aniqlansa, me'da saratonidagi kabi me'da rezeksiyasi yoki hamma onkologik radikalizm qonunlariga rioya qilgan holda gastrektomiya amaliyoti ko'rsatilgan. Klinika va diagnostikasi: Me'da saratoni erta turi uchun xos bo'lgan klinik belgilar yo'q. U belgilersiz yoki qaysi kasallik fonida kelib chiqqan bo'lsa, shu kasallik belgilari bilan kechishi mumkin. Me'da saratoni bilan kasallanish onkologik kasallik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda ehtimoli yuqori. Onkologik xavf yuqori bo'lgan omillarga me'da o'sma oldi kasalliklari (surunkali gastrit, me'da surunkali yarasi, me'da poliplari); noonkologik kasallik tufayli me'da rezeksiyasi bajarilganligiga 5 yil va undan ortiq vaqt o'tgan bemorlarda me'da cho'ltog'i surunkali gastriti; oilasida saraton bilan kasallangan bemorlar

bo'lganligi; axilik gastriti bo'lgan bemorlarda qon guruhi A (II) bo'lishi; zararli omillar ta'siri (kimyoviy sanoat) kiradi. Me'da saratoni klinik ko'rinishi xilma-xildir. Ular o'sma kelib chiqqan patologik fon, ya'ni o'sma oldi kasalliklari, o'sma lokalizatsiyasi, shakli va o'sish turiga, gistologik strukturasi, tarqalish bosqichiga va asoratlariga bog'liq. Bir qator bemorlarda surunkali gastrit, surunkali me'da yarasi ko'p yillik anamnezi, qolganlarida esa kasallikning kam ifodalangan belgilari anamnezi davomiyligi bir necha oyni tashkil etadi.

Bemorlarni so'rab surishtirganda aniqlangan belgilarni shartli ravishda kasallikni mahalliy va umumiy belgilariga bo'lish mumkin. Mahalliy belgilarga «me'da diskomforti» belgilari: fiziologik to'yish hissini yo'qligi, to'mtoq bosuvchi xarakterdagi og'riq, epigastral sohadagi to'lish va tortishish hissi, ishtahaning pasayishi yoki umuman bo'lmasligi, ba'zi oziq-ovqat mahsulotlaridan bosh tortish (go'sht, baliq).

Me'da saratonining umumiy belgilari: holsizlik, tana vaznini kamayishi, adinamiya, odatiy ishdan tez charchash, depressiya. Bularning hammasi o'sma intoksikatsiyasi sababli kuzatiladi. Ko'p hollarda anemiya kuzatiladi. Ba'zida anemiya kasallikning birinchi belgisi bo'lib hisoblanadi. Axiliya natijasida temir moddasini so'rilishi buzilishi va o'smadan surunkali qon ketishi natijasida temir tankisli anemiya kuzatiladi. Tana haroratini subfebril va yuqori darajalargacha ko'tarilishi o'sma kasalligining o'tkazib yuborilgan turlarida uchraydi. Tana haroratini ko'tarilishining sabablari: o'smadan oksil almashinuvi moddalarini so'rilishi, o'smani yallig'lanishi, me'dadan tashqaridagi metastazlar sohasida yallig'lanish o'choqlarining paydo bo'lishi. Kasallik erta bosqichlarida bemorlarning tashqi ko'rinishi o'zgarmaydi. Anemiya rivojlanganda teri va ko'rinib turgan shilliq kavatlarning rangparligi kuzatiladi. Teri qurishi, uning burmasimon ko'rinishda bo'lishi, teri osti yog' qavatining yo'qolishi suv almashinuvining jiddiy buzilishi, sezilarli ozishdan darak beradi. Qorinni ko'zdan kechirganda uni yuqori qismida notekis shishganligi, me'dadan chiqish joyi stenozida me'dani peristaltik qiskarishlarini ko'rish mumkin. Qorin o'lchamlarining kattalashishi qorin bo'shlig'ining bo'sh qismlarida suyuqlik to'planishida (assit) kuzatiladi. Qorinni yuzaki paypaslaganda qorin devori mushaklarining taranglashuvi va og'riqligi o'smani me'dadan tashqariga tarqalganligi, qorin bo'shlig'i karsinomatozidan dalolat beradi.

Laborator tekshiruv usullari. Qon analizlarida gemoglobin miqdori va eritrotsitlar sonining kamayishi, eritrotsitlarning cho'kish tezligining ortishi kuzatiladi. Me'da sekresiyasini tekshirganda ko'pincha axlorgidriya aniqlanadi, ammo me'daning kislota hosil qilish funksiyasi saqlanib qolishi ham mumkin va erkin xlorid kislota ko'rsatkichlari biroz pasaygan yoki normada bo'ladi. Me'da saratonini aniqlashda rentgendiagnostika hozirgi paytgacha muhim o'rin tutadi. Me'da saratonining erta turlarini aniqlashda shilliq qavat rel'efi, me'dani kontrast bilan to'ldirib rentgenologik tekshirish lozim. Me'da saratoni rivojlanganligining asosiy rentgenologik belgilari: to'lish nuqsoni, to'lish nuqsonida tokcha belgisi, chegaralarining deformatsiyasi, a'zo bo'shlig'ining qisqarishi, jarohatlangan sohada devorlar taranglashuvi va peristaltikaning yo'qligi, shilliq qavat rel'efining parchalanishi. To'lish nuqsoni saratonining ekzofit o'sish turiga xos bo'lgan belgi hisoblanadi. Me'da bo'shlig'ining deformatsiyasi va qisqarishi o'smani endofit o'sish turida, bunda me'da devorida o'sma infiltratsiyasi kuzatiladi. Shilliq qavat rel'efi jarohatlangan sohada burmalarini yo'qotadi, shaklsiz bo'lib qoladi (xavfli rel'ef), burmalar parchalanganda «uzilish» belgi aniqlanadi. Biopsiya olish bilan amalga oshiriladigan gastroskopiya saratonning erta turlarini aniqlashda va o'smani morfologik turini aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Me'da saratoni diagnozi ko'yilgandan so'ng bemorni jarrohlik usulda davolash haqidagi muammoni hal etish lozim. Bemorlarni umum klinik tekshirganda uzoq metastazlar bor yoki yo'qligi aniqlanadi. Uzoq metastazlar to'g'risida aniq ma'lumotlar bo'lmasa, me'da saratonining ko'shni a'zolarga o'tganligini, jigardagi metastazlarni, qorin bo'shlig'i kanseromatozini aniqlash maqsadida biopsiya bilan laparoskopiya, jigar, me'da osti bezini ultratovush skanirlash va kompyuter tomografik tekshiruvlari o'tkaziladi.

Davolash jarrohlik usulida: me'da saratoni jarrohlik amaliyotiga absolyut ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Me'da rezeksiyasi yoki gastrektomiya radikal usul hisoblanadi. Jarrohlik amaliyotining radikalligi quyidagilarda namoyon bo'ladi: 1) me'dani, 12-barmoq ichakni va qizilo'ngachni sog'lom to'qima sohasida kesish, 2) saraton joylashgan soha va metastazlar bo'lishi mumkin bo'lgan sohadagi limfa tugunlarini (1 va 2 tartibli) birgalikda olib tashlash. Jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatmalar onkologik va umumiy bo'lishi mumkin. Jigarda, o'pkada, o'mrov usti sohasi

limfa tugunlarida uzoq metastazlar borligi, katta assit borligi, Shnisler va Krukenberg metastazlari borligi, 3- va 4- tartibli, ya'ni me'da bilan birgalikda olib bo'lmaydigan limfa tugunlarida gistologik tasdiqlangan metastazlar borligi jarrohlik amaliyotiga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Umumiy xarakterdagi qarshi ko'rsatmalarga kaxeksiya, og'ir hamroh kasalliklar kiradi. Radikal jarrohlik amaliyotlarining asosiy turlari: 1) me'dani distal subtotal rezeksiyasi, 2) gastrektomiya, 3) me'dani proksimal subtotal rezeksiyasi. Me'dani distal subtotal rezeksiyasi piloroantral sohasi ekzofit o'smasi proksimal yo'nalishda me'da burchagidan yuqoriga tarqalmaganda bajariladi. Me'da bilan birgalikda katta va kichik charvi, ikkala egriliklar bo'yicha, piloris atrofida va chap me'da arteniyasi bo'ylab joylashgan limfatik tugunlari olib tashlanadi. Amaliyot gastro-enteroanastomoz qo'yish bilan tugallanadi. Ko'pincha Bilrot-II usuli qo'llaniladi. Ekzofit o'sma me'da tanasida joylashganida, total jarohatlanganda va joylashgan sohasidan kat'iy nazar infiltrativ o'smalarda gastrektomiya amaliyoti bajariladi. Me'da bilan birgalikda deyarli butun katta va kichik charvi, me'da-taloq bog'lami, parakardial va paraezofageal yog' to'qimalari ham olib tashlanishi shart. O'smaning ekzofit turida qizilo'ngach o'sma paypaslangan joy yuqori chegarasidan 3 sm, infiltrativ turida 5-6 sm yuqorida kesilishi shart. Amaliyot qizilo'ngach va me'da anastomoz qo'yish bilan tugallanadi. O'sma qo'shni a'zolarga o'sib kirganda va uzoq metastazlar bo'lmaganda qo'shma jarrohlik amaliyotlari, ya'ni me'dani subtotal rezeksiyasi yoki a'zoni butunlay yoki bir qismi rezeksiyasi bilan birgalikda qilinadigan gastrektomiya amaliyotlari bajariladi. Palliativ jarrohlik amaliyotlarini ulaming xavfi kam bo'lgan amalga oshiriladi. Me'daning palliativ yoki qisman rezeksiyasi me'dadan chiqish qismi o'smasida, parchalanuvchi va qonayotgan o'smani qon ketish manbai sifatida bemor xayotiga xavf solganda bajariladi. Palliativ jarrohlik amaliyoti bajarish mumkin bo'lmagan holatlarda, me'dadan chiqish qismi stenoatlanuvchi saratonida gastroeyunoanastomoz yoki yeyunostoma qo'yish amaliyoti, me'da proksimal qismi saratonida va disfagiya da gastrostoma yoki yeyunostoma qo'yish amaliyoti bajariladi.

POSTGASTROREZEKSION SINDROMLAR

Me'da operatsiyalaridan keyingi patologik sindromlar oshqozon uning shakli va funksiyasini o'zgartiradi. Oshqozonni rezeksiya qilish va vagotomiya drenajlash operatsiyasidan so'ng eng sezilarli o'zgarishlar yuz beradi chunki bunda pilorik kanal yo'q bo'lganligi va uning funksiyalari buzilishidan postrezeksion va postvagotomik sindromlar rivojlanadi. Operatsiyadan keyingi morfologik o'zgarishlar natijasida yuzaga kelgan patologik sindromlarga kichik oshqozon sindromi, olib keluvchi qovuzloq sindromi, refluks ezofagit va refluks gastrit kiradi.

Operatsiyadan keyingi funksional buzilishlar natijasida kelib chiqqan sindromlarga demping sindromi (erta va kech), diareya, anemiya, malabsorbsiya va metabolik kasalliklar kiradi. Ikkinchisi, asosan, oziq-ovqat tarkibiy qismlarining gidrolizini buzilishi, ingichka ichakda yog'lar va vitaminlarning yetarli darajada so'rilishi bilan bog'liq (malabsorbsiya sindromi).

Oshqozon rezeksiyasidan so'ng bemorlarda yuzaga keladigan kasalliklar quyidagilar bilan bog'liq:

- oshqozonning asosiy qismi olib tashlanganligi sababli rezervuar funksiyasi yo'qolishi;
- pilorik kanalni olib tashlash va keng anastomozni shakllantirish tufayli ovqat mahsulotlari o'n ikki barmoq ichakka yoki och ichakka tezda evakuatsiya qilinadi;
- ovqatning o'n ikki barmoq ichak orqali o'tishi va uning oshqozon-ichakni neyrohumoral tartibga solishda ishtiroki kamayishi bundan mustasno (oshqozon Bilrot-II usuli yordamida rezeksiyasida; Aslida, bu rezeksiyadan vagotomiyasiz farq qilmaydi, chunki kichik egrilikni harakatga keltirganda, gemostrastomiyada bo'lgani kabi, vagus asabining shoxlari muqarrar ravishda kesib o'tadi, oshqozon va pilorus distal qismi olib tashlanadi. Faqat kichik texnik oshqozon sindromi rivojlanishining oldini olish uchun rezervuar vazifasini bajaradi. Pilor yo'q qilinmasdan texnik jihatdan to'g'ri tanlangan proksimal vagotomiya, ya'ni piloroplastika va boshqa me'da drenajlash operatsiyalari odatda minimal bo'lgan vagotomiyadan keyingi sindromlar bilan birga keladi. Konservativ davo

osonlikcha tuzalib ketadi va kasallikning qaytalanishi bo'lgan bir necha holatlarda yaralar qayta operatsiyani talab qiladi

Demping sindrom

Demping sindromi (erta) - bu gemodinamik buzilishlar va neyrogetativ buzilishlar alomatlari majmuasi, bu me'da tarkibidagi moddalarning ingichka ichakka tez kirib borishiga javoban yuzaga keladi.

Etiologiyasi va patogenezi

Demping reaksiyasining rivojlanishining asosiy sababi bu oshqozonning qolgan yuqori qismida retseptiv bo'shashishning yo'qligi, ya'ni. oshqozon yoki vagotomlangan oshqozonning yangi oziq-ovqat mahsulotlari kelganda kengayish qobiliyati. Shu munosabat bilan ovqatdan keyin oshqozonda bosim oshadi, uning tarkibi tezda jejunum yoki o'n ikki barmoq ichakka kiradi. Bu retseptorlarning noto'g'ri tirnash xususiyati, ichak tarkibidagi osmolyaritning oshishiga olib keladi. Osmotik muvozanatga erishish uchun hujayradan tashqari suyuqlik ichak bo'shlig'iga o'tadi. Ichak devorining kengayishiga javoban biologik faol moddalar (vazoaktiv ichak polipeptidi, kininlar, gistamin, serotonin va boshqalar) shilliq qavat hujayralaridan chiqariladi. Natijada tanada vazodilatatsiya sodir bo'ladi, aylanma plazma hajmi kamayadi va ichak motor faolligi oshadi. Aylanib yuruvchi plazma hajmining 15-20% ga pasayishi vazomotor simptomlarning paydo bo'lishida hal qiluvchi omil: zaiflik, bosh aylanishi, yurak urishi va qon bosimining pasayishi. Gipovolemiya va gipotenziya tufayli simpato-adrenal tizim faollashadi, bu terining rangparligi, yurak urishi va qon bosimi ortishi bilan namoyon bo'ladi. Erta demping reaksiyasi qonda glyukoza miqdorining tez ko'tarilishi fonida rivojlanadi. Ingichka ichak harakatining kuchayishi ichak kolikasiga, diareyaga olib kelishi mumkin. Ingichka ichakka oziq-ovqat, oshqozon osti bezi sharbati, safro, oshqozon osti bezi sharbatida fermentlar miqdori pasayishi va ximiyaning ingichka ichak orqali o'tishi, yog'lar, oqsillar, uglevodlarning hazm bo'lishi buziladi, vitaminlarning assimilyatsiyasi kamayadi. Oziq-ovqat mahsulotlarini yomon hazm qilish natijasida vitamin etishmovchiligi, anemiya va boshqa metabolik kasalliklar rivojlanadi, bu ma'lum darajada bemorlarning hayot sifatini pasaytiradi.

Pyloroplastika bilan qilingan vagotomiyadan so'ng, me'da rezeksiyasidan ko'ra kamroq tez-tez demping sindromi rivojlanadi, asosan

yengil, kamdan-kam hollarda o'rtacha, uni konservativ usul bilan davolash mumkin. Demping sindromi, asosan, Jabule bo'yicha piloroplastika yoki gastroduodenostomiya paytida teshikning kengligi 2-3 sm dan oshiq bo'lgan holatlarda yuz beradi, selektiv proksimal vagotomiyadan so'ng pilorusni yo'q qilmasdan, ya'ni piloroplastikasiz, demping sindromi va diareya, qoida tariqasida, sodir bo'lmaydi.

Klinik ko'rinishi

Bemorlar odatda zaiflik, ortiqcha terlash, bosh aylanishidan shikoyat qiladilar. Keyinchalik og'ir holatlarda, hushdan ketish, butun tanada issiq chaqnashlar, yurak urishi va ba'zida yurakdagi og'riq paydo bo'lishi mumkin. Bu hodisalarning barchasi ovqatlanishdan 10-15 minut keyin, ayniqsa shirin, sutli, suyuq (choy, sut, kompot va boshqalar) ovqatdan keyin rivojlanadi. Ushbu alomatlar bilan bir qatorda epigastral sohada og'irlik va to'lilish hissi, ko'ngil aynish, ozgina qusish va qorin bo'shlig'ining shishi, diareya kuzatiladi. Mushaklarning kuchli zaifligi tufayli bemorlar ovqatdan keyin gorizontal holatidadir. Diagnostikasi ovqatdan keyin paydo bo'ladigan demping reaksiyasining xarakterli alomatlariga asoslangan. Demping reaksiyasi paytida ob'ektiv tekshiruv yurak urish tezligining ko'payishi, qon bosimining o'zgarishi, buklamada pasayish kuzatiladi. Rentgen tekshiruvi operatsiya qilingan oshqozonning tezda bo'shatilishini, ayniqsa Bilrot II usuli Goffmeyster Finsterrer modifikatsiyasidagi rezeksiyadan so'ng bemorlarda tezkor bo'shashish aniqlanadi. Oshqozon tarkibini evakuatsiya qilish ko'pincha "etishmovchilik" shaklida amalga oshiriladi, ingichka ichakda kontrastning jadal o'tishi natijasida distonik va diskinetik kasalliklar kuzatiladi.

Demping sindromi og'irlik darajasiga uchga bo'linadi

➤ I - yengil darajasi. Shirin, sutli suyuqliklarni iste'mol qilgandan keyin 15-20 min o'tib demping reaksiyasi yurak urish tezligi 15 martaga ko'payishi, holsizlik boshlanadi. Odatda bu 15-30 minut davom etadi. Tana vazni saqlangan bo'ladi.

➤ II - O'rta o'gir darajasi. Bunda demping reaksiyasi har qanday ovqatni iste'mol qilgandan keyin kuzatilib, yurak urish tezligini daqiqada 30 martagacha va sistolik bosim tendensiyasi oshishi yuzaga keladi. Arterial bosim normal bo'ladi. Demping reaksiyasining davomiyligi 45 daqiqadan 1 soatgacha davom etib cho'ziladi bu holat bemorlarni o'ziga qulay holatda

yotishga majbur qiladi hamda tana vaznining etishmasligi esa 10 kg gacha borib etadi. Bazilarda ishga bolgan qobiliyat pasayishi shuningdek bemorlar kasbini o'zgartirishgacha majbur bo'lishadi



157 - rasm. Rentgenogrammada oshqozon cho'ltogi va ingichka ichak tasviri ko'rinib turibdi bunda bariy bo'tqasini evakuasiya bo'lib keltiruvchi qovuzloqqa tushishi o'z aksini topgan.

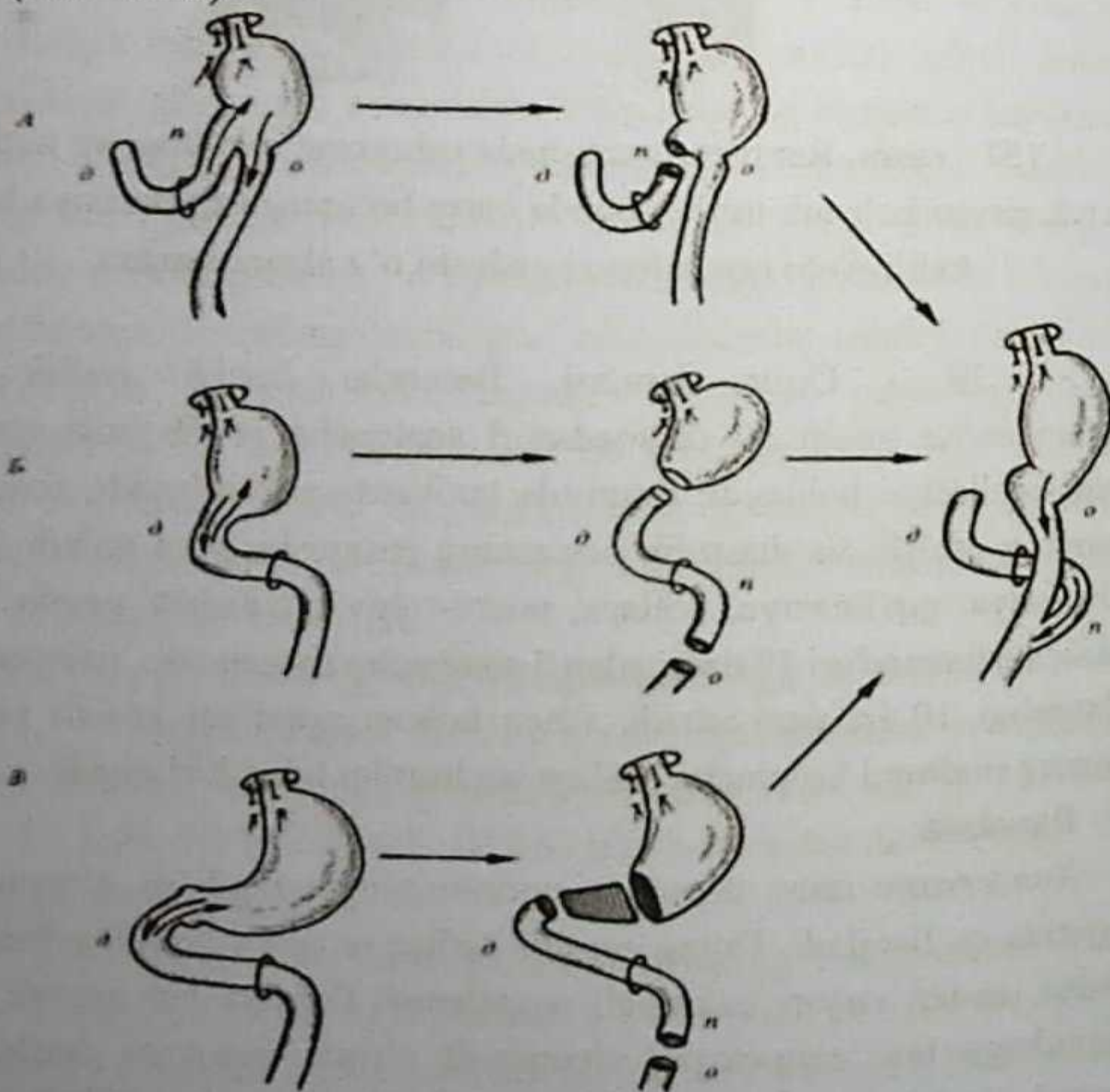
➤ **III - Og'ir darajasi.** Bemorlar kuchli zaiflik tufayli ovqatlangandan keyin 30 daqiqadan 3 soatgacha yotish yoki gorizontal holatni egallashni hohlaydi. Bemorda taxikardiya rivojlanadi, sistolikning bosimning oshishi va diastolik bosimning pasayishi qayd etiladi. Ba'zida bradikardiya, gipotenziya, kollaps, nerv-ruhiy buzilishlar paydo bo'ladi. Reaksiya davomiyligi 30 daqiqadan 3 soatgacha davom etib, tana vaznining etishmasligi 10 kg dan oshadi, ishga bolgan qobiliyat keskin pasayadi. Damping sindromi ko'pincha boshqa sindromlar bilan birlashadi.

Davolash

Konservativ davo demping sindromining yengil va o'rtacha og'ir darajasida qo'llaniladi. Uning asosini parhez terapiya tashkil qiladi: kam-kamdan tez-tez yuqori kaloriyali ovqatlanish (kuniga 5-6 marta), tarkibi vitaminlarga boy oziq-ovqat, vitamin B o'mini bosuvchi dorilar bilan davolash, uglevodlar va suyuqliklarni cheklash tavsiya etiladi. Barcha ovqatlar bug' yoki to'liq qaynatilib istemol qilinadi. Ovqatni issiq shaklda

qabul qilish tavsiya etiladi. Issiq va sovuq ovqatlanishdan saqlanish kerak. Somatostatinning (teri ostiga) sintetik analogi bo'lgan oktreotid demping sindromini davolashda muvaffaqiyatli qo'llaniladi. Keng randomizatsiyalangan tekshirishlar shuni ko'rsatadiki, ushbu preparatni ovqatdan 30 daqiqa oldin teri ostiga yuborish demping sindromini yengillashtiradi va ko'pchilik bemorlarga normal hayot tarzini olib borishga imkon beradi. Dietoterapiya, ferment preparatlari bilan bir qatorda, polivitamentlar qo'llaniladi. Psixopatologik sindromlarni davolash psixiatr bilan kelishilgan holda amalga oshiriladi.

Xirurgik davolash- Demping sindromining og'ir (III) darajasida, II-darajada konservativ davo effect bermaganda qo'llaniladi. Eng ko'p tarqalgan rekonstruktiv operatsiya bo'lib Bilrot-II usulini Bilrot-II usuliga yoki Bilrot-II usulini gastroeyunaduodenoplastika qilish bilan rekonversiya qilinadi (158 - rasm).



158 - rasm. Rekonstruktiv Ru usulida gastroeyunal anastamoz shakllantirish operatsiyasi etaplari.

- A - Gofmeyster-Finsterer usulida me'da rezeksiyasi; B - Bilrot-I usulida me'da rezeksiyasi; V - Vagotomiya piloroplastika bilan;
G - Ru usulida gastroeyunal anastamoz shakllantirish operatsiyasi;
D - O'n ikki barmoq ichak; P - Olib keluvchi qovuzloq sindromi;
O - Olib ketuvchi qovuzloq sindromi.

Me'da bilan o'n ikki barmoq ichakni bog'laydigan oshqozon tarkibidagi suyuqlikni evakuatsiya qilishni ta'minlab, uni ichakka kirish tezligini sekinlashtiradigan gastroeyunaduodenoplastika, ingichka ichak transplantatsiyasi operatsiyalari qo'llaniladi.

O'n ikki barmoq ichakda ovqat oshqozon osti bezi suyuqligi va safro bilan aralashadi, o'n ikki barmoq ichak tarkibidagi osmolyarligi plazmaning osmolyarligi bilan tenglashtiriladi va barcha oziq-ovqat moddalari och ichakda gidrolizlanadi.

Gipoglikemik sindrom

Gipoglikemik sindrom (kechgi demping sindromi) ovqatdan 2-3 soat o'tgach rivojlanadi.

Patogenezi kechgi demping reaksiyasi immunoreaktiv insulinning haddan tashqari ko'p miqdordagi sekresiyasi bilan bog'liq. Giperinsulinemiya natijasida qon glyukoza miqdorining subnormal ko'rsatkichlarga (0.4-0.5 g/l) pasayishi kuzatiladi.

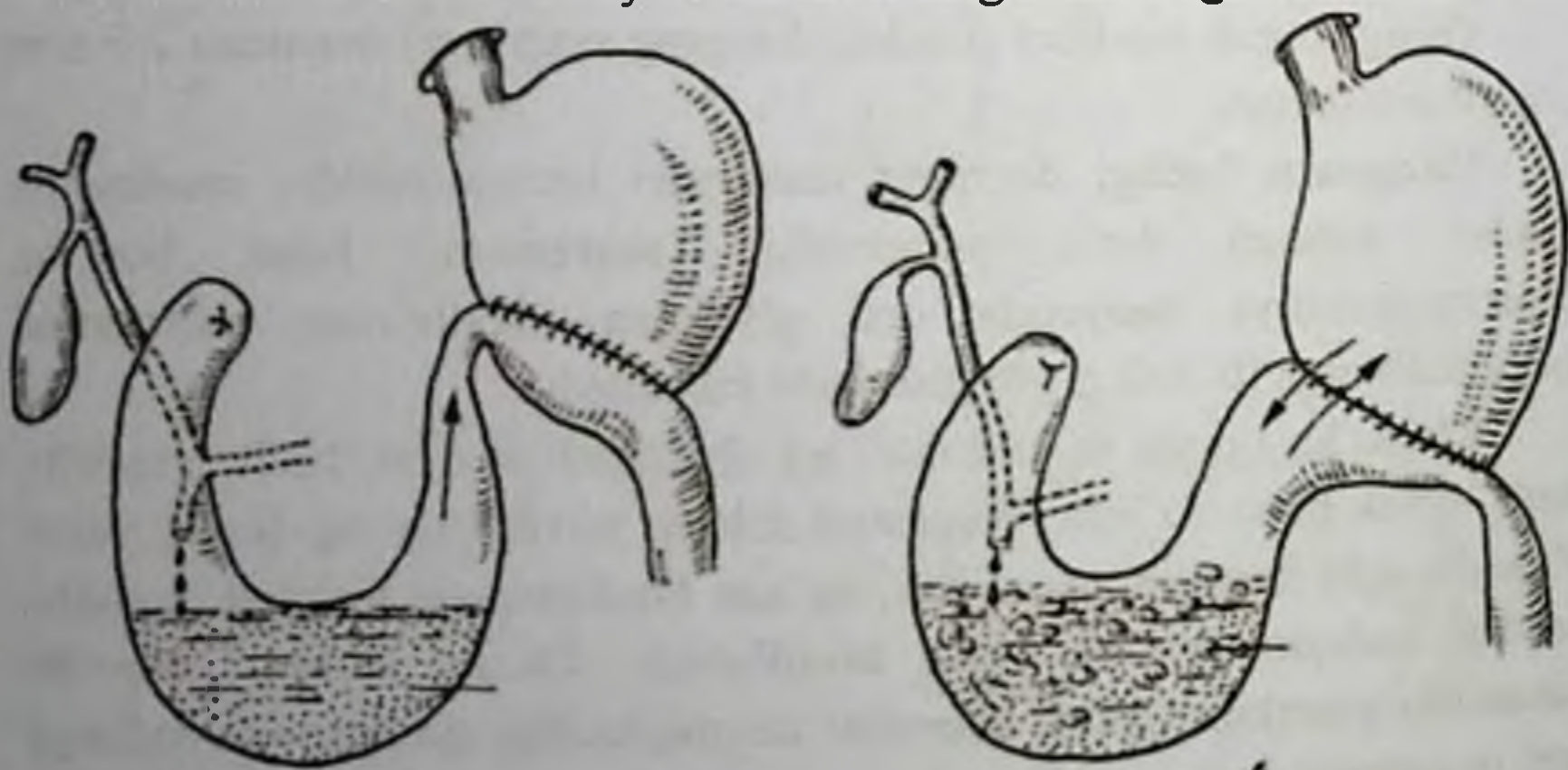
Klinik ko'rinishi va tashxisi: tez charchash sezgisi, bosh aylanishi, tezda ochlik hissi bo'lishi, epigastral sohada noxush og'riq, titroq, yurak o'ynashi, qon bosimini pasayishi, ba'zan bradikardiya, terining oqarishi, haddan tashqari terlash bilan tavsiflanadi. Bazah xushni yo'qotish kuzatilishi mumkin. Ushbu alomatlar oz miqdordagi ayniqsa ulevodlarga boy ovqatlarni iste'mol qilgandan so'ng tezda yo'qoladi. Gipoglikemiya alomatlari jismoniy mashqlardan so'ng, ovqatlanish orasidagi uzilishlar bilan yuzaga kelishi mumkin. Gipoglikemik sindromning aniq ko'rinishini oldini olish uchun bemorlar tez-tez ovqatlanishga, o'zlari bilan shakar, pechene, non olib yurishga harakat qilishadi va gipoglikemiyaning birinchi alomatlari paydo bo'lganda ularni istemol qilishadi.

Davolash Gipoglikemik sindrom va demping sindromining doimiy kombinatsiyasi ularning patogenetik o'xshashligiga bog'liq. Eng azobga soluvchi demping sindromi bo'lib, uni bartaraf etish terapevtik tadbirlarga,

shu jumladan oshqozon-ichak trakti faoliyatini tartibga soluvchi dorilarni (domperidon va boshqalar) tayinlashga yo'naltirilishi kerak.

Olib keluvchi qovuzloq sindromi

Olib keluvchi qovuzloq sindromi Bilrot-II usuli Gofmeyster-Finsterer modifikatsiyasida rezeksiyasidan so'ng rivojlanadi (159-rasm). Bu operatsiyada ko'pincha bajarish uchun qulay bo'lib oshqozon cho'ltoq'idan oziq-ovqat o'n ikki barmoq ichakka kalta qovuzloqqa kirib dimlanish chaqiradi natijada cho'ltoq etishmovchiligiga sharoit yaratiladi, ya'ni. Kechki davrda xolesistit, xolangit, pankreatit, ichak disbakteriozi, jigar sirrozi rivojlanishi mumkin. Afferent pastadir tarkibidagi me'da suyagiga refluksiya safro safro gastritini va refluks ezofagitini keltirib chiqaradi. Suyuqliklarni olib keluvchi qovuzloqqa refluks bo'lishi refluks-gastrit va olib keluvchi refluks-ezofagit chaqiradi. Olib keluvchi qovuzloq sindromi bilan demping sindromi qo'shilishi va oshqozon osti bezi yetishmovchiligi suv-elektrolit va kislota asosiy almashinuvning buzilishiga olib keladi.



159 - rasm. Olib keluvchi qovuzloq sindromi.

A) Olib keluvchi qovuzloq stenozi: B) Olib ketuvchi qovuzloq stenozi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Bemorlarni ovqatdan (asosan yog'li ovqat) keyin epigastral sohada va o'ng ong qovurga yoyi osti sohadagi og'riqlar bezovta qiladi. Bemor to'mto'q, ba'zan belbogsimon og'riqqa shikoyat qilib, o'ng kurak osti sohasiga irradiasiya beradi, kunning oxirigacha ularning intensivligi oshadi. Shundan so'ng, ko'p miqdorda to'satdan safroli qusish, yanii olib keluvchi

qovuzloq tarkibidagi suyuqlik oshqozonga oʻstishi natijasida yuzaga keladi. Qusishdan keyin odatda yengillik keladi. Sindromning ogʻirligi safroli qusish chastotasi va qusishning koʻpligi bilan belgilanadi, bunda safro aralashmasi sezilarli boʻladi. Pankreatit qoshilishi bilan belbogsimon ogʻriq yuzaga keladi. Baʼzida epigastral sohada olib ketuvchi qovuzloq proeksiyasida elastic hosila paypaslanadi, qusishdan keyin ular yoʻqoladi.

Oshqozon ertalab och qoringa rentgenologik tekshiruv paytida, oshqozon choʻltogʻda, boʻshligʻiga suyuqlik aniqlanadi. Oshqozonga kiritilgan kontrast modda tezda olib keluvchi qovuzloqqa tushib uzoq vaqt saqlanib qolishi va dimlanishni yuzaga keltiradi. Agarda kontrast modda olib keluvchi qovuzloqqa tushmasa unda qovuzloq meʼda osti bezi va oʻt suyuqli bilan toʻladi natijada meʼda-ichak anastomoz bukilmasida bosim ortadi.

Davolash Eng koʻp adekvat qoʻllaniladigan usul operatsiyadan keyingi dastlabki bosqichlarda olib keluvchi qovuzloqni endoskopik nazointestinal zond bilan drenajlab dekompressiya qilish va yuvish mumkin. olib keluvchi qovuzloqda dimlanish boʻlganda tezda paydo boʻladigan bakterial flora rivojlanib mahalliy va keng spektrli antibiotik terapiyasi yordamida davolanadi. Oshqozon va oʻn ikki barmoq ichak harakatini normallashtiradigan dori sifatida metoklopramitni buyuriladi. Refluks gastritining mavjudligini inobatga olgan holda, sukralfat, antatsid preparatlarini buyurish tavsiya etiladi. olib keluvchi qovuzloq xirurgik davolash uning ogʻir shakllarida va tez-tez koʻp miqdorda uzluksiz oʻt bilan qayt qilish kuzatilganda amalga ohiriladi. Operatsiya vaqtida dimlanishni bartaraf etib oʻtkazuvchanlikni tiklash uchun koʻproq rekonstruktiv operatsiya Goffmester-Finisterer usulidagi anastomozni Ru usuliga oʻtkazish operatsiyasi bajariladi.

Refluks gastrit Oʻn ikki barmoq ichak tarkibidagi safro kislotalari, lizolesitin va oshqozon osti bezi suyuqligining oshqozonga quyilishi natijasida rivojlanadi. Ushbu moddalar shilliq-bikarbonat toʻsigʻini buzib, oshqozon shilliq qavatiga zarar etkazadi va safroli refluks gastritini keltirib chiqaradi. Oʻn ikki barmoq ichak refluksining sabablari Bilrot-II va Bilrot-Iga usuliga koʻra oshqozon rezeksiyasi boʻlishi mumkin. Kamroq - piloroplastika bilan vagotomiya, gastroenterostomiya, oʻn ikki barmoq ichak patologiyasining surunkali (mexanik yoki funksional) buzilishidir.

Klinik ko'rinish va diagnostikasi Refluks gastritining asosiy belgilari epigastral sohada og'riq, regurgitatsiya va yengillik keltirmaydigan qusish, ovqatdan keyin og'riq kuchayishi bazan to'mto'qlashgan yoki kuydiruvchi og'riq bo'lishi hamda vazn yo'qotish bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarni og'zidagi achchiqlik hissi tashvishga soladi. Refluks ezofagitining qo'shilishi jig'ildon qaynashi, disfagiya bilan birga keladi. Kasallikning rivojlanishi bilan gipo va achloridriya, anemiya, vazn yo'qotishlar yanada rivojlanadi. Operatsiya qilingan oshqozon shilliq qavatiga safro va ichak suyuqligining takroriy tushishi, ayniqsa anastomoz sohasiga, eroziv gastritni keltirib chiqarishi mumkin va keyinchalik ichak metaplaziyasi va me'da epitelial displaziyasi bilan shilliq qavatning atrofik o'zgarishlariga olib keladi. Eroziv gastritda qon yo'qotish bilan birga hipoxrom anemiya rivojlanishiga yordam beradi. Surunkali atrofik gastritda gastromukoproteid ishlab chiqaradigan parietal hujayralar soni kamayadi (Kastl ichki omili) va qondagi B₁₂ vitaminini tendensiyasi pasayishi, so'ngra pernitsioz anemiya rivojlanishi kuzatiladi.

Operatsiyadan 15-25 yil o'tgach, o'n ikki barmoq ichak yoki oshqozon-ichak trakti bilan og'rikan bemorlarda, xuddi shu yoshdagi operatsiya qilinmagan bemorlarga qaraganda, me'da cho'ltog'i saratoni 3-6 baravar yuqori bo'lishi mumkin. Duodenogastral refluksni rentgen tekshiruvi yordamida aniqlash mumkin. Endoskopiya yordamida operatsiya qilingan oshqozonda safro, giperemiya va shilliq qavatning shishishi hamda oshqozonda oz miqdordagi safro bo'lishi refluks gastrit diagnozini tasdiqlash uchun asos bo'lmaydi. Yana ishonchli va ko'p informatsiya olish uchun radioizotop sintigrafiya va shilliq qavatdan biopsiya olib tekshirish lozim. Biopsiya namunalarini gistologik tekshiruvda gastritga xos bo'lgan o'zgarishlar aniqlanadi. Bu sizga kasallik turini aniqlashga imkon beradi.

Davolash. Konservativ davo parhez terapiya va medikamentoz terapiyani o'z ichiga oladi. Odatda o't kislotalarini bog'laydigan magniy va aluminiy gidroksidlarini o'z ichiga olgan antasidlar; oshqozon va o'n ikki barmoq ichak harakatini normallashtiradigan dorilar (metoklopramid) kiradi.

Xirurgik davo simptomlarning jiddiyligi va kasallikning uzoq davomiyligi, shuningdek eroziyadan qon ketish, natijada asoratlar va mikroferotsitar anemiya paydo bo'ladi. Operatsiya o'n ikki barmoq ichak

suyuqligini operatsiya qilingan oshqozondan ajratish uchun amalga oshiriladi. Rekonstruktiv Ru usulida gastroeyunal anastomoz shakllantirish bilan jarrohlik eng samarali hisoblanadi. Ingichka ichakni olib ketuvchi qovuzloq qismining uzunligi 40 sm-dan kam bo'lmashligi kerak. Gastroeyunoduodenoplastika bu (oshqozon, ingichka ichak va o'n ikki barmoq ichak cho'ltoqlari orasidagi interpozitsiya) kam ishonchli va texnik tomondan juda murakkab hisoblanadi. Ushbu usul ayni paytda keng qo'llanilmaydi.

Disfagiya operatsiyadan keyingi davrda vagotomiyadan keyin kam uchraydi, yengil va tezda o'tib ketadi. Bu qizilo'ngachni distal qismi denervatsiyasi, periezofageal yallig'lanish, operatsiyadan keyingi ezofagit ko'rinishida o'tadi. Davolash uchun prokinetiklar domperidon, tarkibi antasidlarni o'z ichiga olgan preparatlar qo'llaniladi.

Gastrostaz Gastrostaz ayrim bemorlarda ustunli vagotomiyasidan keyin, ayniqsa, noadekvat piloroplastika keyin rivojlanadi. Asosiy simptomlari ko'ngil aynish, regurgitatsiya, qusish, qorinning yuqori qismida to'mtoq og'riq yoki og'irlik hissi bo'lib hisoblanadi. Rentgen tekshiruvda oshqozonda kontrast moddaning uzoq muddat saqlanishi aniqlanadi. Davolash uchun oshqozon suyuqligini doimiy nazogastral zond bilan aspiratsiya qilish, enteral naycha orqali oziqlantirish va prokinetiklar tavsiya etiladi. Agar piloroplastika yetarli bo'lsa, unda konservativ davo bilan, me'da harakatining tiklanishi natijasida gastrostaz belgilari yo'qoladi.

Diareya. Diareya, asosan, ustunli vagotomiyadan so'ng me'dani drenajlash operatsiyalari bilan birga keladi. Oshqozonni rezeksiya qilgandan so'ng, u kam uchraydi. Diareya paydo bo'lishiga yordam beradigan asosiy omillar: xlorid kislotasi ishlab chiqarishning pasayishi, ovqat hazm qilish trakti harakatining o'zgarishi, ichakda ximus passajining tezlashishi, oshqozon osti bezining ekzokrin funksiyasi pasayishi, oshqozon-ichak gormonlarining nomutanosibliigi, ichak shilliq qavatidagi morfologik o'zgarishlar (eyunit), o't kislotalari almashinuvining hamda ichakdagi mikrofloraning o'zgarishlar kiradi. Axlatning chastotasi, uning to'satdan paydo bo'lishi, ovqat iste'mol qilish bilan bog'liqlik shunga ko'ra diareyaning uch darajaga ajratish mumkin.

Klinik ko'rinishi yengil darajasida, suyuq najas oyiga 1 martadan haftasiga 2 martagacha yoki vaqti-vaqti bilan ma'lum ovqatlarni qabul

qilgandan keyin paydo bo'ladi. **O'rtacha** darajasida suyuq najas haftasiga 2 martadan kuniga 5 martagacha paydo bo'ladi. **Og'ir** holatlarda, suvli najas kuniga 5 martadan ko'proq, to'satdan, ba'zida biron bir ovqat eyishdan keyin paydo bo'ladi. Diareya odatda bemorning ahvolining asta-sekin yomonlashib tezda holdan toydiradi.

Davolash ovqatlanish ratsiondan demping reaksiyasini keltirib chiqarmasligi uchun sut va boshqa mahsulotlarni chiqarib tashlash tavsiya etiladi; Axlatni ushlab turishga olib keladigan omillarni ta'minlash uchun ichak mikroflorasini normalizatsiya qilish, antibakterial vositalar, bifidobakteriyalar, bifidum va uning analoglari qo'llaniladi. Shu bilan birgalikda o't kislotalarini adsorbsiya qiladigan vositalarni buyurish tavsiya etiladi. Tezda musbat effekt olish uchun loperamid-antidiyareal vosita, oshqozon-ichak trakti motorikasini kamaytiradigan preparatlar qo'llaniladi.

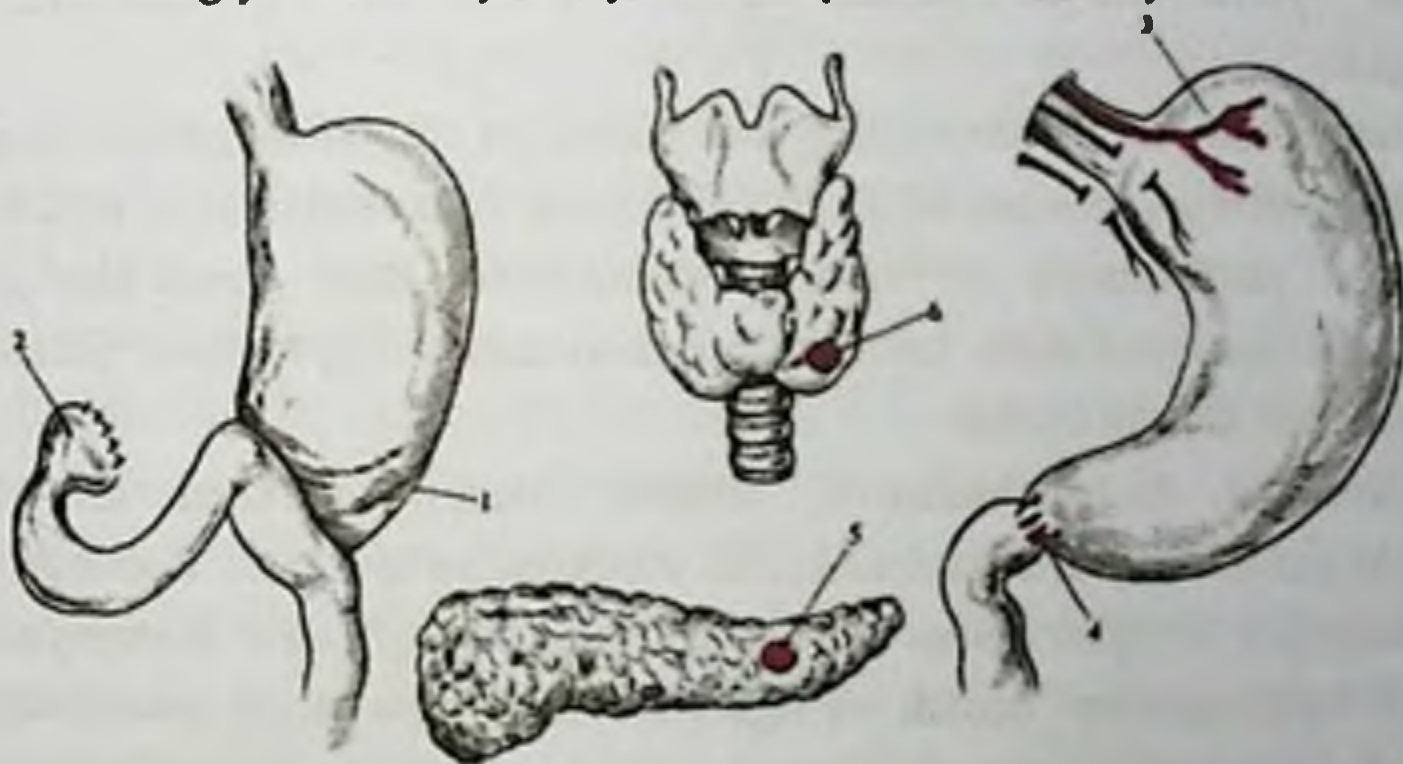
Metabolik buzilishlar asosan oshqozonni sekresiya qiluvchi Kastl omili, parietal hujayralarining ko'p qismini olib tashlash tufayli keng distal gastrektomiya yoki gastrektomiyadan so'ng rivojlanadi. B₁₂ vitaminini yonbosh ichakda so'rilish jarayonlarini yaxshilash uchun kerak. Biroq, ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra B₁₂ vitamini etishmovchiligi va megaloblastik anemiya parietal hujayralar tomonidan buzilgan gastromukoprotein ishlab chiqarish bilan emas, balki ingichka ichakda malabsorbsiya (malabsorbsiya sindromi), bakteriyalarning ko'payishi yoki autoimmun gastrit bilan bog'liq.

Klinik ko'rinishi Bir qator bemorlarda temir tanqisligi kamqonligi, B₁₂ vitaminining etishmasligi rivojlanadi. Malabsorbsiya bilan ko'plab oziq-ovqat tarkibiy qismlarining so'rilishi buziladi, steatorreya ko'pincha sodir bo'ladi. Bu hayotning sifatiga, bemorning xulq-atvor reaksiyalariga ta'sir qiluvchi keskin shunungdek vazn yo'qotishiga va hatto kaxeziyaga olib keladi.

Davolash Odatda kuniga bir necha marta kam miqdorda yuqori kalorili ovqatlar eyish tavsiya etiladi. Ko'pgina bemorlar odatdagidek kuniga uch marta ovqat eyishni xohlashadi. Oshqozon hajmining kamayishi va ovqatlanish paytida oshqozon cho'ltogida sezuvchi nervlarni yo'qligi sababli, bemorlarda tezda to'yish hissi paydo bo'ladi va ovqatlanishni to'xtatadilar natijada kerakli miqdordagi kaloriyalarni olmaydilar. Bemorlarga to'g'ri ovqatlanish, B₁₂ vitaminini, temir preparatlarini buyurish

kerak. Og'ir holatlarda metabolik buzilishlarni korreksiya qilish uchun stasionar davolanish buyuriladi.

Me'da va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi bilan oshqozon (rezeksiya yoki vagotomiya) operatsiyadan so'ng yara kasalligi kam yoki ko'p chastotada qaytalanadi (160-rasm). Oshqozon rezeksiyasidan keyin yarani qaytalanishi sabablari xlorid kislota ishlab chiqarishning yetarli darajada pasaymasligi ekanom rezeksiya yoki o'n ikki barmoq ichak, antral qism cho'lto'gi ust shilliq qavatidan qoldirish tufayli bo'lishi mumkin. Kislota ishlab chiqarishni tartibga soluvchi antioksidant funksiyasining faolsizlanishi munosabati bilan qolgan gastrin ishlab chiqaruvchi hujayralar gastrinni ajratishda davom etadilar va oshqozon cho'lto'gida xlorid kislotaning yetarli darajada ajralib chiqishini ta'minlaydilar.



160 - rasm. Operatsiyadan keyin residiv yaraning sabablari

- 1 - Me'da ekonom rezeksiyasi; 2 - O'n ikki barmoq ichakni ust qismi, antral qismdan qoldirish; 3 - To'liq bo'lmagan vagotomiya;
- 4 - Gastroduodenostomani torayishi; 5 - Zollinger-Ellison sindromi;
- 6 - Birlamchi giperparatireodizm (Paraqalqonsimon bez adenomasi).

Vagotomiyadan so'ng yaraning qaytalanishi 10-15% holatlarda uchrab odatda to'liq yoki yetarli bo'lmagan vagotomiya bilan bog'liq bo'ladi. Chiqish qismida teshikning torayishi Geynika-Mikulich usulida piloroplastika yoki Jabule usulida o'tkazilgan gastroduodenostomiya tufayli oshqozon suyuqligini dimlanishini keltirib chiqaradi, bu holat kasallikning qaytalanishiga ham olib kelishi mumkin. Yaraning qaytalanishi ekstragastral

(me'dadan tashqari omillar) omillarga ham bog'liq bo'lib gastrinoma (Zollinger-Ellison sindromi), giperparatiroidizm, KSEN-I va KSEN-IIA tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Zollinger-Ellison sindromi ushbu triada simptomlarini o'z ichiga oladi:

- birlamchi peptik yara, o'n ikki barmoq ichakda lokalizatsiyalangan, ko'pincha takrorlanadigan yaralar yetarli dori-darmonlar va standart xirurgik davolanishiga qaramaydi;

Gastrinning keragidan ortiqcha sekresiyasi tufayli xlorid kislotaning tezda hipersekresiyasi;

Gastrinoma - oshqozon osti bezining neyroendokrin o'simtasi, gastrin sekresiyasi yoki me'da antral qismi G-hujayrali giperplaziyasi mavjudligidir.

Zollinger-Ellison sindromining mavjudligiga shubhalanganda yara kasalligining agressiv, tez-tez takrorlanib kechishi va asoratlari (qon ketish, anamnezidan perforatsiya bo'lishi), davolanishning past samaradorligi bulaming barchasi me'dada standart operatsiyasidan keyin ham yarani takrorlanishidan dalolat beradi.

Differensial diagnostikasining muhim mezonini qondagi gastrin konsentratsiyasini va xlorid kislotani ishlab chiqarishini aniqlash. Zollinger-Ellison sindromi bo'lgan bemorlarda xlorid kislotaning bazal sekresiyasi soatiga 15 mmol/soatdan oshadi va ilgari kislotani pasaytirish maqsadida oshqozonda operatsiya qilingan bemorlarda 5 mmol/soatdan oshmaydi. Keyinchalik murakkab holatlarda sekretin, kalsiy glyukonat va boshqalarni tomir ichiga yuborish bilan maxsus stress testlarini o'tkazish tavsiya etiladi ("oshqozon osti bezi o'smalari" mavzusiga qarang).

Bilrot II usulida oshqozon rezeksiyasidan so'ng, yaralarning qaytalanishi 2-3% hollarda kuzatiladi. Ko'pincha yara ichakning olib ketuvchi qismida (ulcus pepticum jejuni) uchraydi. Kamdan kam hollarda yaraning ko'ndalang chambar ichakka penetratsiya bolishi natijasida oshqozon, och ichak va ko'ndalang chambar ichak o'rtasida oqma paydo bo'ladi. Vagotomiyadan keyin takroriy yaralar odatda o'n ikki barmoq ichakda, kamroq hollarda oshqozonda joylashgan bo'ladi.

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi Qaytalangan yaralarning odatiy belgilari: og'riq, qusish, qon ketish (massiv yoki yashirin), anemiya, vazn

yo'qotish. Oshqozon, ingichka va yo'g'on ichak oqmasi, diareya, qusish bilan najasda qonli aralashmalar va tezda vazn yo'qotish kabi belgilar. Ovqat mahsulotlari operatsiya qilingan oshqozondan to'g'ridan-to'g'ri yo'g'on ichakka tushadigan bo'lsada so'rilmaydi. Eng informativ diagnostika usullari sifatida endoskopiya va rentgen tekshiruvi qilishimiz mumkin.

Davolash - Vagotomiyadan so'ng yara qaytalanadigan bo'lsa, *Helicobacter pylori*ni bartaraf qilish uchun bitta antisekretor dori (omeprazol, ranitidin, famotidin) va antibiotiklardan foydalanish yaxshi samara beradi. Ta'kidlanishicha, oshqozon och ichak anastomozni joylashgan joyda joylashgan marginal yaralar dorilar bilan davolanishi qiyin. Dori-darmonlarni davolash samarasi bo'lmaganda yoki hayot uchun xavf tug'diradigan asoratlarni paydo bo'lganda, rekonstruktiv operatsiya ko'rsatiladi. Operatsiyaning maqsadi - yaraning asosiy sababini yo'q qilish.

Agar oshqozonni rezeksiyalash paytida o'n ikki barmoq ichakning ustidagi shilliq qavati saqlanib qolgan antrum qismi olib tashlanmasa, uni olib tashlash ko'rsatma bo'ladi, agar biron bir holatga qarab boshqa rekonstruktiv operatsiyaga ehtiyoj qolmasa. Bilrot II usuliga ko'ra rezeksiya qilinganidan keyin yara qaytarilgan bo'lsa, yarani olib tashlash bilan asosiy vagotomiya yoki oshqozonni yuqori rezeksiya qilish tavsiya etiladi. Yaxshi samara, Gofmeister-Finsterer bo'yicha anastomozni Ru bo'yicha anastomoz bilan rekonstruksiya qilish orqali vagotomiya yordamida amalga oshiriladi. Ru-ga ko'ra, antrum rezeksiyasi, tomining vagotomiyasi va gastroeyununal anastomoz bilan birgalikda oshqozon rezeksiyasidan va proksimal vagotomiyadan so'ng yaraning qaytalanishi uchun ko'rsatiladi.

Peptik yarani davolashda qo'llaniladigan jarrohlik usullarining samaradorligi mezonlari Oshqozonda operatsiyadan keyin patologik sindromlarning chastotasi oshqozon yarasini davolashda qo'llaniladigan jarrohlik usullarining samaradorligining asosiy mezoni bo'lib xizmat qiladi. Ko'pgina hollarda, oshqozonda operatsiya natijalari odatda Visik mezonlariga muvofiq baholanadi.

- I bosqich. Patologik alomatlar yo'q.
- II bosqich. Oddiy hayotga ta'sir qilmaydigan buzilgan funksiyaning yengil belgilari mavjud.

➤ III bosqich. Bemoming normal hayoti va ishlash qobiliyatiga halaqit bermaydigan, ammo yetarli davolanishni talab qiladigan o'rtacha alomatlar mavjud.

➤ IV bosqich. Yaraning qaytalanishi yoki nog'ironlikka olib keladigan boshqa alomatlar.

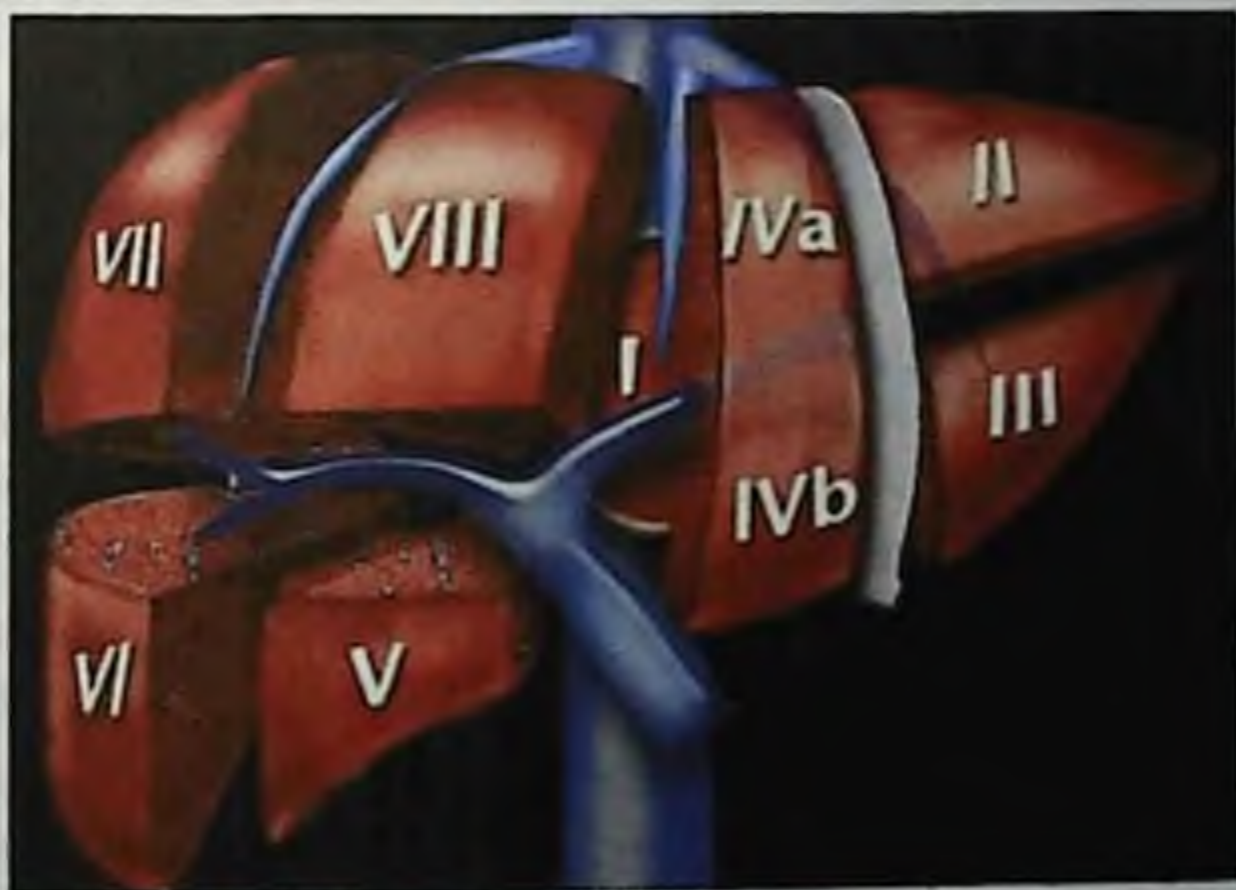
Visic I va II mezonlariga javob beradigan operatsiya natijalari juda yaxshi va yaxshi deb baholanadi. Qoniqarli va yomon natijalar Visik III va IV deb baholanmoqda. Ushbu usul yordamida bemorlarning o'zlari hayot sifatini baholaydilar. Bemor ko'pincha ularning alomatlarida yengil asoratlarni hisobga olmaydilar, chunki operatsiyadan oldin kasallik alomatlarining jiddiyligi bilan solishtirganda, ular unchalik ahamiyatli ko'rinmaydi. Visik mezonlari etarlicha sezgir emas. Bir tadqiqotda oshqozondagi operatsiyalar natijalari ushbu mezonlardan foydalangan holda hemioplastika natijalari bilan taqqoslangan. Visik mezonlariga ko'ra, operatsiya qilingan bemorlarning ikkala guruhida ham bir xil darajada yaxshi va a'lo natijalar qayd etildi. Bu Vizik belgilarining past o'ziga xosligi va populyatsiya orasida dispeptik kasalliklarning sezilarli chastotasi bilan izohlanadi. Ba'zi mualliflar Visik shkalasini qo'shimcha mezonlar bilan yaxshilashga harakat qilmoqdalar. Shu munosabat bilan bitta operatsiya usulini boshqasi bilan solishtirish imkonsiz bo'lib qoladi.

Operatsiyadan keyingi har bir patologik sindrom aks ettirilgan va uning og'irligi besh balli tizim bo'yicha baholanadigan Jonson shkalasini yanada maqbul deb hisoblash mumkin. Yevropa gastroenterologlari assotsiatsiyasi tomonidan qabul qilingan hayot sifatini aniqlash ko'lamini yanada mukammal deb hisoblash mumkin. Bu nafaqat rezeksiyadan keyingi sindromlarning jiddiyligini, balki keng qamrovli operatsiyalarda hayot sifatidagi o'zgarishlarni ham hisobga oladi. Hayot sifati nafaqat bemor, balki oila a'zolari, shifokorlar, tibbiy va ijtimoiy ekspertiza komissiyasining mutaxassislari tomonidan baholanadi. Ular mehnat qobiliyatini, nog'ironlik guruhini, ijtimoiy va oilaviy hayotdagi o'zgarishlarni, jamiyatdagi muloyimlikni, hayot va munosabatlarning psixologik jihatlarini hisobga oladi. Hayot sifati bajarilgan jarrohlik aralashuvning samaradorligi bilan belgilanadi. Turli xil operatsiyalardan bemorga yuqori sifatli hayotni ta'minlay oladigan usulni tanlash kerak.

JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI

Anatomo-fiziologik xususiyatlari

Jigar inson organizmining eng yirik a'zolaridan biri hisoblanadi. Uning og'irligi 1200-2000 g ni (tana og'irligining 1/50 qismini) tashkil qiladi. U ona qornidagi homila hayotining uchinchi xaftasida o'n ikki barmoq ichak shilliq qavati epiteliyidan ajralib chiqish yo'li bilan rivojlanadi. Jigar qorinning o'ng yuqori kvadrantida joylashgan bo'lib, qovurg'alar bilan yopilgan. Uning yuqori chegarasi o'ng o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab IV qovurg'alar oralig'igacha etadi, pastki cheti chaqaloqlarda aksariyat hollarda kindikkacha boradi. Emizik yoshidagi bolalarda u qovurg'a cheti ostidan 2-3 sm ga chiqib turadi va taxminan to'rt yoshlarga kelib uning orqasida joylashadi. Jigaming pastki chegarasi o'rta chiziq bo'ylab kindik bilan xanjarsimon o'simta orasidagi masofaning o'rtasida joylashgan. Jigaming oldingi yuqori qabariq yuzasi o'roqsimon boylam bilan ikki bo'lakka: o'lchamlari bo'yicha katta o'ng va kichikroq chap bo'laklarga bo'linadi. Pastki botiq yuzasida ikkita uzunasiga ketgan bo'ylama egatlar (o'ng va chap) va ko'ndalang egat farqlanib, buni jigar darvozasi deb ataladi. Bu egatlar jigaming o'ng, chap, kvadrat va dumsimon bo'laklarga bo'ladi.



161 - rasm. Jigar sigmentlari joylashuvi

Jigar darvozasi tarkibiga jigar arteriyasi, nervlari va darvoza (qopqa) venasi kiradi, limfatik yo'llar va umumiy jigar o't yo'li esa undan boshlanadi. Jigar, diafragmaga tegib turadigan orqa yuzasidagi qismidan tashqari, hamma tomonlardan qorin parda bilan qoplanadi.

Qorin pardasi atrofidagi a'zolariga o'tib, jigarni turg'un holatda tutishda muhim ahamiyatga ega bo'lgan boylamlar: o'ng va chap tojsimon, jigar-me'da, jigar-o'n ikki barmoq ichak, jigar-buyrak boylamlarini hosil qiladi. Jigarning qon ta'minoti xususiy jigar arteriyasi, shuningdek darvoza venasi tomonidan amalga oshiriladi. Bunda umumiy qon oqimining taxminan 25% arteriyaga va 75% i darvoza venasiga to'g'ri keladi.

Jigarning o'roqsimon boylami bo'yicha o'ng va chap bo'laklarga bo'lish uning funksional anatomiyasiga mos kelmaydi, bundan vizualizatsiya usullari natijalariga baho berishda, hamda xirurgik operatsiyalar o'tkazishda foydalaniladi. Uning negizini darvoza venasi, xususiy jigar arteriyasi va o't yo'llarining tarmoqlanishi prinsipi tashkil qilinadi, ular qon ta'minotini va jigarning bir-biriga nisbatan uzoqlashgan sohalaridan qon oqib kelishini ta'minlab turadi. Chunonchi, darvoza venasi o'ng va chap tarmoqlarga bo'linib, tegishli jigarning o'ng va chap bo'lagini oziqlantiradi. Bo'laklar o'rtasidagi chegara qiya chiziq bo'ylab pastki kovak venasidan o't qopchasi o'migacha va keyin jigar darvozasigacha boradi. Darvoza venasining har ikki tarmog'i, o'z navbatida, yana ikkita tarmoqqa bo'linib sektorlar nomini olgan sohalmi qon bilan ta'minlaydi.

O'ng bo'lakda – oldingi va orqa, chap bo'lakda – medial va lateral sektorlar farqlanadi. Sektorlar segmentlarga bo'linadi, ular raqamlar bilan belgilanadi. Chap bo'lakni I-IV segmentlar hosil qiladi. Bunda I segment jigarning dumsimon bo'lagiga mos keladi, II va III segmentlar chap lateral sektorda, IV segment esa chap medial sektorda joylashgan. Jigarning o'ng bo'lagi tarkibiga V-VIII segmentlar kiradi. O'ng oldingi sektor V va VIII ga, o'ng orqa esa VI va VII segmentlarga bo'linadi.

Jigarning gistologik tuzilishi asosini shakli prizmasimon va o'lchamlari 1 mm dan 2,5 mm gacha bo'lgan bo'lakchalar tashkil qiladi. Har bo'lakcha o'rtasida markaziy vena joylashgan bo'lib, undan radiuslar bo'yicha periferiyaga tomon to'sinlar joylashib, ular o't kapillyarlarini, qo'shilgandan keyin esa o't yo'llarini hosil qiladigan ikki qator jigar hujayralaridan iborat. Jigar arteriyasini va darvoza venasining oxirgi

tarmoqlarini kapillyarlar hosil qiladi, ular jigar hujayralarini o'rab turadi. Oddiy kapillyarlardan farqli ravishda, bo'lakchalar ichidagi kapillyarlar endoteliysidan tashqari, yuqori fagotsitar faoliyatga ega bo'lgan Kupfer hujayralarini saqlaydi. Endotelial hujayralar muayyan o'lchamdagi makromolekulalarni gepatotsitlar bilan endotelial hujayralar o'rtasida joylashgan Disse bo'shlig'igacha o'tkazib, qonni filtrlash xususiyatiga ega bo'lgan fenesterlar bilan ta'minlanadi.

Subendotelial bo'shliqda yulduzsimon hujayralar (Ito hujayralari) topiladi, ular aktin va miozin borligi tufayli muayyan moddalar, masalan endotelin-1 ta'siri ostida qisqarish qobiliyatiga ega bo'lib, shu tariqa qon oqimini sinusoidlar darajasida amalga oshirib turadi. Qon kapillyarlar orqali o'tib markaziy venaga tushadi, ular birlashib, so'ngra jigar venalarini xosil qiladi. Jigar venalari 3-5 ta miqdorda pastki kovak venasiga quyiladi.

Jigar ichi o't yo'llari darvoza venasi va jigar arteriyasini tarmoqlarining yo'li bo'ylab joylashgan. O'ng va chap bo'lakchali jigar yo'llari birga qo'shilib, umumiy jigar o't yo'lini (gepatikoxoledox) xosil qiladi. Unga qopcha yo'li quyilgandan keyin, bu yo'l – umumiy o't yo'li (xoledox) deb ataladi va me'da osti bezi yo'li bilan birga o'n ikki barmoq ichakka quyiladi.

Limfa Disse bo'shliqlarida xosil bo'ladi. Jigarda venoz oqim buzilganda va sinusoidal bosim orta borganda limfa ishlanishi keskin ko'payadi, bu assit xosil bo'lishining eng muhim omillaridan biri hisoblanadi. Jigarning limfatik tomirlari limfaning jigar darvozasi limfatik tugunlariga va keyin jigar-o'n ikki barmoq ichak boylami bo'ylab oqishini ta'minlab turadi. Limfa jigarning yuza bo'limlaridagi yo'llar bo'yicha oqib keladi, ular diafragmadan oqib o'tib, ichki ko'krak arteriyasi yo'li bo'ylab ko'ks oralig'i tugunlariga va ko'krak limfatik yo'lga limfa oqishini ta'minlaydi. Limfatik yo'llar va tugunlarning bir qismi, pastki kovak venasining ko'krak bo'limi yo'li bo'ylab tarqaladi.

Jigar sunuslari qorin chigalida joylashadigan VII-X simpatik gangliylarining nerv tolalaridan innervatsiya qilinadi. Parasimpatik innervatsiya o'ng va chap adashgan nervlarining tolalaridan amalga oshiriladi. Innervatsiyada shuningdek o'ng diafragmal nerv qatnashadi. Nerv tolalari jigarga arteriyasi va o't yo'llari yo'li bo'ylab kiradi va jigar parenximasigacha etib boradi.

Jigar turli-tuman faoliyatlarini bajaradi: oqsil sintezi, uglevod, yog' almashinuvida qatnashadi, ular bir-biri bilan chambarchas bog'langan. Jigarda qon plazmasining asosiy oqsillari (albuminlar, globulinlar, fibrinogen), oddiyuglevodlardan glikogen polisaxaridi sintezi sodir bo'ladi va uning glyukoza xosil qilib parchalanishi, yog' utilizatsiyasi, yog' kislotalarining parchalanishi va oksidlanib parchalanishi, shuningdek fosfolipidlar sintezi ro'y beradi. Jigar hujayralarida ammiakdan mochevina xosil bo'lishi kechadi, qon ivish omillari sintezi, bilirubin almashinuvi ta'minlanadi. Jigar endogen va ekzogen toksik moddalarni zararsizlantirishning eng muhim a'zolaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Jigar etishmovchiligining muhim ko'rinishlaridan biri – sariqlik hisoblanadi, uning asosini jigar pigment almashinuv faoliyatining buzilishi tashkil qiladi. Bilirubin gem metabolizmining oxirgi mahsuloti hisoblanib, u gemoglobin, mioglobin, sitoxromlar, masalan, R450 sitoxromi molekulalarining tarkibiy qismi hisoblanadi. Bir kecha-kunduzda retikuloendotelial sistemada taxminan 300 mg bilirubin xosil bo'ladi. Bunda uning qariyb 80% eritrotsitlar gemoglobinidan sintez qilinadi, qolgan miqdori esa taloq, suyak iligi, gem saqlaydigan oqsillarning etilmagan hujayralaridan sintez qilinadi.

Gemoglobinning parchalanishi jarayonida uning oqsil qismi (globin) ajralib chiqadi, gemosiderin tarkibidagi temirdan sintez uchun foydalaniladi, gemotoidin esa (molekulaning gem saqlovchi bo'lagi) keyinchalik parchalanishga uchraydi. Mikrosomal ferment gemoksigenaza ta'siri ostida porfirinli halqa chiziqli terapirrolga (biliverdin) aylanadi, u o'z navbatidan biliverdin sintetazidan bilirubinga aylanadi, xosil bo'lgan bilirubin tuzilishiga ko'ra qutblanmagan birikma, ya'ni yog'da eruvchan modda hisoblanadi. U qon albumini bilan uzviy bog'langan. Jigar sinusoidlarida bilirubin albumindan ajralib chiqadi. Jigar hujayrasida bilirubinning glyukuron kislota bilan kon'yugatsiya reaksiyasi ro'y berib, natijada bilirubin mono va diglyukuronidga (bog'langan bilirubin) aylanadi. U suvda eruvchan bo'lib qoladi va o't orqali ajraladi. Kon'yugatsiyalanmagan bilirubin sulfodiazoreaktiv bilan molekulalararo vodorod bog'lar to'g'ridan-to'g'ri (spirt bilan Vandenberg reaksiyasi) xosil qilmaydi, shuning uchun kon'yugatsiyalangan (bevosita bilirubin) dan farqli ravishda bilvosita bilirubin deb ataladi. Albumin bilan bog'langan va suvda erimaydigan

bilvosita bilirubin buyrak kanalchalarida filtrlanmaydi va siydik bilan ajralib chiqmaydi.

Ingichka ichakda, o't yo'llarida (ayniqsa bakterial xolangitda) bilirubin urobilinogenga aylanadi, u qonga oson so'riladi. Biroq amalda to'la-to'kis ushlab qolinadi. Jigar faoliyati buzilganda urobilinogenning jigardan ekskresiyasi ortadi, keyinroq yo'g'on ichak mikroflorasi ta'siri ostida bog'langan bilirubindan sterkobilinogen xosil bo'ladi, u sterkobilinga aylanib axlatga o'ziga xos rang beradi. Normada sterkobilinogenning ozroq qismi jigarni chetlab o'tib, to'g'ri ichak venalari bo'ylab, sistem qon oqimiga tushadi va siydik bilan ajraladi.

Jigarning anatomik nuqsonlari

Jigarning anatomik nuqsonlari jigarning joylanishi (*situs viscerus inversus*) va uning tuzilish xususiyatlari bilan bevosita bog'liq bo'ladi. Jigarning bir qator hayvonlarga xos bo'lgan bo'laksimon tuzilishi, insonda ham atavizm ko'rinishida uchrashi mumkin. Kamdan-kam hollarda qo'shimcha bo'lakchalar tutqichga (*mezenteriy*) ega va buralib qolishi mumkin, bu jarrohlik operatsiyasini o'tkazilishini talab qiladi.

Jigar tomirlarining tug'ma patologiyasi jigar bo'lagining atrofiyasiga olib kelishi mumkin, fibroz rivojlangan sayin jigarning o'lchamlari keskin kichrayadi. Jigar o'ng bo'lagining ageneziyasi birmuncha kam uchraydi, u jigardan tashqari portal gipertenziya holatiga olib kelishi mumkin.

Ridel bo'lagi borligi jigardan anatomik tuzilishining boshqacha turi hisoblanadi, bunda jigarning o'ng bo'lagi til ko'rinishida o'sib chiqqan bo'lib, pastga o'ng yonbosh sohasi sathigacha osilib tushib, katta hajmli tuzilmaga o'xshab ko'rinadi.

Ko'pchilik hollarda jigar nuqsonlari klinik jihatdan yuzaga chiqmaydi, davolashni talab qilmaydi va boshqa patologiyani aniqlash uchun bemorni tekshirilayotganda tasodifiy topilma bo'lishi mumkin.

Jigarning jarohatlanishlari

Jigar jarohatlanishlari odatda yo'l-transport hodisalari oqibatida, balandliklardan yiqilish, o'tkir predmet yoki o'q otar qurol, turli-tuman qattiq buyumlar ta'siridan kelib chiqib, teshib kirgan yaralanishlarga bog'liq bo'lishi mumkin. Ular yatrogen tabiatga ega bo'lishi mumkin. Jigar jarohatlari aksariyat hollarda ko'krak, qorin bo'shlig'idagi boshqa

a'zolaming, shuningdek bosh va sklet suyaklarining jarohatlanishi bilan birga o'tadi.

Jigar jarohatlari ochiq yoki yopiq turlarga bo'linadi. Jigar jarohatlarining tabiatiga va darajasiga ko'ra ularning klinik belgilari juda kam yoki shok, ichga qon ketishi, peritonit belgilari ko'rinishida yaqqol namoyon bo'lishi mumkin. Qorinning oldingi devonda qontalash sohalaming borligi, jarohat kanalining joylashuvi va yo'nalishi operatsiyaga qadar jigarning jarohatlanganligiga shubha uyg'otishi mumkin. Tashxis qo'yishda laparoskopiya, qorin bo'shlig'i suyuqligini diagnostik aspiratsiya qilish, ultratovush yordamida tekshirish, kompyuter tomografiyasi katta yordam berishi mumkin. Bunda qorin bo'shlig'ida qon yoki o't suyuqligining borligi, jigar yorilganligi yoki uning kapsulasi ostida suyuqlik yig'ilganligini aniqlash mumkin. Ayrim hollarda jigar parenximasida gaz to'planganligi aniqlanadi. KT da pasaygan singish koeffitsenti sohasi fonidagi gaz, gematomaning yiringlagani haqida axborat beradi. Qorinning yopiq jarohatida diagnozni aniqlash uchun, ba'zan laparotomiya o'tkazish zarurati tug'iladi.

Jigar jarohatlanishining og'irlik darajasi

(Amerika xirurglari assotsiatsiyasining tasnifi bo'yicha)

I Yuzasi 10% dan kichik kapsula osti gematomasi, ortib bormaydi, parenxima yirtilishi chuqurligi 1 sm dan oshmagan, qonamaydi.

II Yuzasi 10-50% kapsula osti gematomasi, ortib bormaydi. Yirtilish maydoni 10 sm kam va chuqurligi 1-3 sm, qon oqishi davom qiladi.

III 50% dan ortiq kapsula osti gematomasi yoki ortib boradigan, gematoma yirtilib qon oqadi, markaziy gematoma chukurligi 2 sm dan ko'p. Parenxima ichkariga 3 sm dan ko'p yirtilgan.

IV Markaziy gematoma yirtilib qon oqadi. Jigaming 25-50% parenximasi emirilgan.

V Jigar parenximasining 50% ko'pi emirilgan. Pastki kovak yirik jigar venalari jarohatlangan.

VI Jigar uzilib tushgan.

Jigar jarohatlarini davolash ko'pchilik hollarda xirurgik usulda, jarohatlanish tabiati va og'irligi bilan belgilanadi. Jigardagi kichikroq gematomalar qunt bilan kuzatib borilib, gemodinamika ko'rsatkichlari

barqaror bo'lganda, konservativ usulda davolash olib boriladi. Qorin bo'shlig'ida patologik suyuqlik bo'lganda, shuningdek sanchilgan, kesilgan jarohat bo'lganida yoki o'q otar qurollardan jarohatlanishda laparotomiya va qorin a'zolari taftishi (reviziya) o'tkazilishi zarur bo'ladi.

Jigar jarohatlarida operatsiyaning maqsadi: qon oqishini to'xtatish, jigarning jarohatlangan to'qimasiga ishlov berish va qorin bo'shlig'ini drenajlashdan iborat bo'ladi. Qon oqishini to'xtatish uchun gepatoduodenal bog'lamdan o'tadigan jigar arteriyasi, darvoza venasini barmoq bilan bosib turish yoki oqayotgan qonni to'xtatishni imkonini beradigan qisqichlar ishlatish yo'li bilan vaqtincha gemostazni ta'minlash va qulay joyda qon tomirlarini tikish yoki bog'lash kabi amaliyotlar qo'llanadi. Jarohatlangan jigarga xirurgik ishlov berish, mahalliy gemostaz uchun kichikroqlarini koagulyatsiya qilish, majaqlangan va xayotga layoqatsiz to'qimalarni kesib olib tashlash, atipik rezeksiyalar, P-simon choklar quyish yoki klipsalar yordamida qonni to'xtatishdan iborat. Ba'zi hollarda, jarohatlangan qismni katta charvining tutami bilan to'panada qilish yoki maxsus gemostatik preparatlar qo'llash yo'li bilan qonni to'xtatish talab etiladi.



162 - rasm. Jarohatlangan jigarga xirurgik ishlov berish.

Jigar parenximasining yirik qon tomirlar va o't yo'llarini qamrab olgan jarohatlanishlari, jigarni bir qismini rezeksiya qilishni talab etadi va bu holda jigarning sektoral va segmentar tuzilishlari hisobga olinishi lozim bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi davrda kechikkan qon ketishi, o't oqmalari, o't yo'llari strikturalari, darvoza venasi stenozlari, portal gipertenziya va jigar abscesslari shakllanishi, koagulopatiya va sepsis kabi asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Odatda, katta jarohatlarda qon ketishining asosiy

sabablaridan biri jigar arteriyasining uzilishi yoki unda anevrizma shakllanishi, uning esa yorilib o't yo'llariga tushishi (gemobiliya) paydo bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu asoratlarni aniqlash uchun jigar arteriyasi selektiv arteriografiyasini bajarish lozim bo'ladi.

O't oqmalari magistral o't yo'llarida o'tkazuvchanlikning buzilishi (yorilishi yoki to'siq paydo bo'lishi) oqibatida va o't qopchasi gipertenziyasida yuzaga kelishi mumkin. Bu hollarda oqmadan chiqayotgan o't suyuqligini tashqariga faol ravishda aspiratsiya qilish orqali, qorin bo'shlig'iga o't suyuqligining tarqab ketishini oldini olish va o't oqmasini shakllantirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

O't chiqaruvchi yo'llar strikturasida toraygan qismlarni dilyatatsiya qilib kengaytirish, stentlar o'rnatish vositasida, endoskopik yoki jigar orqali endobiliar operatsiyalar yordamida dimlanib qolgan o't suyuqligini tashqariga yo'llash orqali vaqtincha bemor ahvolini yaxshilash, keyin esa rejali amaliyot o'tkazib qoniqarli natijaga erishish mumkin. Rejali usulda bajariladigan bunday xirurgik operatsiyalarga, aylanma yo'l orqali o't oqimini ta'minlaydigan biliodigestiv anastomozlar qo'yishlar kiradi.

Jigar jarohatlanishlarida o'lim darajasi yuqori (10-60%) bo'lib, jarohatga qo'shib keladigan shokning og'irligiga, jarohatlanishning hajmi, tabiati va xususiyatiga, operatsiyadan keyingi asoratlarning turiga va uning og'irligiga bog'liq bo'ladi. Jigarning pastki kovak venasi, darvoza venasi va jigar venalari bilan birgalikdagi jarohatlanishi, ayniqsa o'ta xavfli hisoblanadi.

Jigar abscesslari

Jigar abscesslari keyingi yillarda ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklarning tibbiyotda faol qo'llanilishi oqibatida bir muncha kam uchraydigan kasallik bo'lib qoldi. Bugungi kunda bu kasallikni ko'paytiruvchi omillar: jadal kimyoviy muolaja, qandli diabetning asoratlanishi, o'zga a'zolari ko'chirib o'tkazish va OITS sababli immunitetning pasayib ketishi xisoblanadi. Jigar abscesslari yuqoriga ko'tariluvchi biliar infeksiya ta'sirida, infeksiyaning portal venoz sistema bo'ylab gematogen tarqalishi yoki sepsisda jigar arteriyasi orqali tarqalishi, infeksiyaning qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida to'g'ridan-to'g'ri tarqalishi, shuningdek jigarning jarohatlanishlari natijasida paydo bo'ladi. Ko'pchilik hollarda jigar abscesslari o't tosh

kasalligida yoki jigardan tashqaridagi o't yo'llari saratonining parchalanishida aksariyat og'ir kechuvchi yiringli xolangitning asorati sifatida rivojlanadi. Boshqa sabablaridan: destruktiv appenditsit, chamber ichak divertikuliti, nospesifik yarali kolit, amyobali dizenteriyalar asorati bo'lgan sepsis yoki pileflebit hisoblanadi.

Jigar abscesslari yolg'iz holda bo'lishi mumkin, biroq aksariyat hollarda ko'p sonli abscesslar uchraydi. Yakka abscess ko'pincha o'ng bo'lakda joylashadi. Abscesslarda bakteriologik tekshiruv natijasida bakterial flora taxminan 50% hollarda topadilar. Sepsisda aksariyat hollarda tillarang stafilokokk, gemolitik streptokokk aniqlanadi. Biliar abscesslarida aksariyat ichak tayoqchasi yoki aralash florani aniqlaydilar. So'nggi yillarda anaerob flora katta ahamiyat berilmoqda. Uni bakteriyalarni maxsus muhitga ekkandagina topish mumkin bo'ladi.

Jigar absessi hamisha ikkilamchi kasallik hisoblanib, kasallikning asosiy klinik belgilari zamirida: tana haroratining gektik tabiatga ega bo'lishi, et junjikishi, qaltirash, haddan tashqari ko'p terlash, ko'ngil aynishi, ishtaha pasaishi kuzatiladi. Og'riq esa, bu xastalikda kechikkan simptom bo'lib hisoblanadi va aksariyat yirik yolg'iz abscesslarda uchraydi. Bu holda ko'pincha jigar kattalashadi, paypaslanganda jigarda og'riq paydo bo'ladi va ba'zan teri qoplamlari va ko'z oqlig'ining (skleralar) sarg'ayishi kuzatiladi. Qon tahlilida – yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, anemiyaga xos belgilar kuzatiladi. Qon ekmasida taxminan 30% hollarda kasallik qo'zg'atuvchi bakteriyalar topiladi. Aksariyat hollarda asosiy sababchi septik holat bo'ladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolari rentgenoskopiyasida diafragmaning o'ng gumbazini odatdan tashqari yuqoriga ko'tarilganligi va xarakatchanligining cheklanishi aniqlanadi. Plevral sinusda reaktiv tarzda suyuqlik yig'ilishi mumkin. Gaz hosil qiladigan flora abscessga sabab bo'lsa, jigar soyasi tasvirida suyuqlik sathi aniqlanishi mumkin, ba'zan esa jigar chegaralarining deformatsiyasi aniqlanadi.

Diagnostikasida jigarni ultratovush yordamida tekshirish, kompyuter va rentgen tomografiyasi o'tkazish, zarurat bo'lganda esa angiografiya, jigarni radioizotop texnesiy bilan skanerlash diagnozni aniqlashda yordam beradi.

Antibiotiklar bilan davolash mikroflorani sezuvchanligiga muvofiq tarzda olib boriladi. Jigarda antibiotikning ko'proq konsentratsiyasini vujudga keltirish uchun jigar arteriyasiga yoki obliteratsiyalangan kindik venasiga, u ajratilib buj yordamida tiklangandan so'ng qo'yigan kateter orqali muolaja o'tkaziladi. Yakka holdagi katta yoki bir necha yirik abscesslarni operatsiya usulida davolanadi, abscess ochiladi va bo'shliq drenajlanadi. Ko'p sonli abscesslarda, bo'shliqni rentgenoskopiya, kompyuter tomografiya yoki ultratovush tekshiruvini nazorati ostida teri orqali drenajlash, davolashning kam invazivli va samarali usullaridan hisoblanadi. Jigar abscessi asoratlariga sepsis, diafragma osti abscessi, abscessning qorin bo'shlig'iga yoki plevra bo'shlig'iga yorilishi, plevra empiemasi, yiringli perikardit, peritonitlar kiradi.

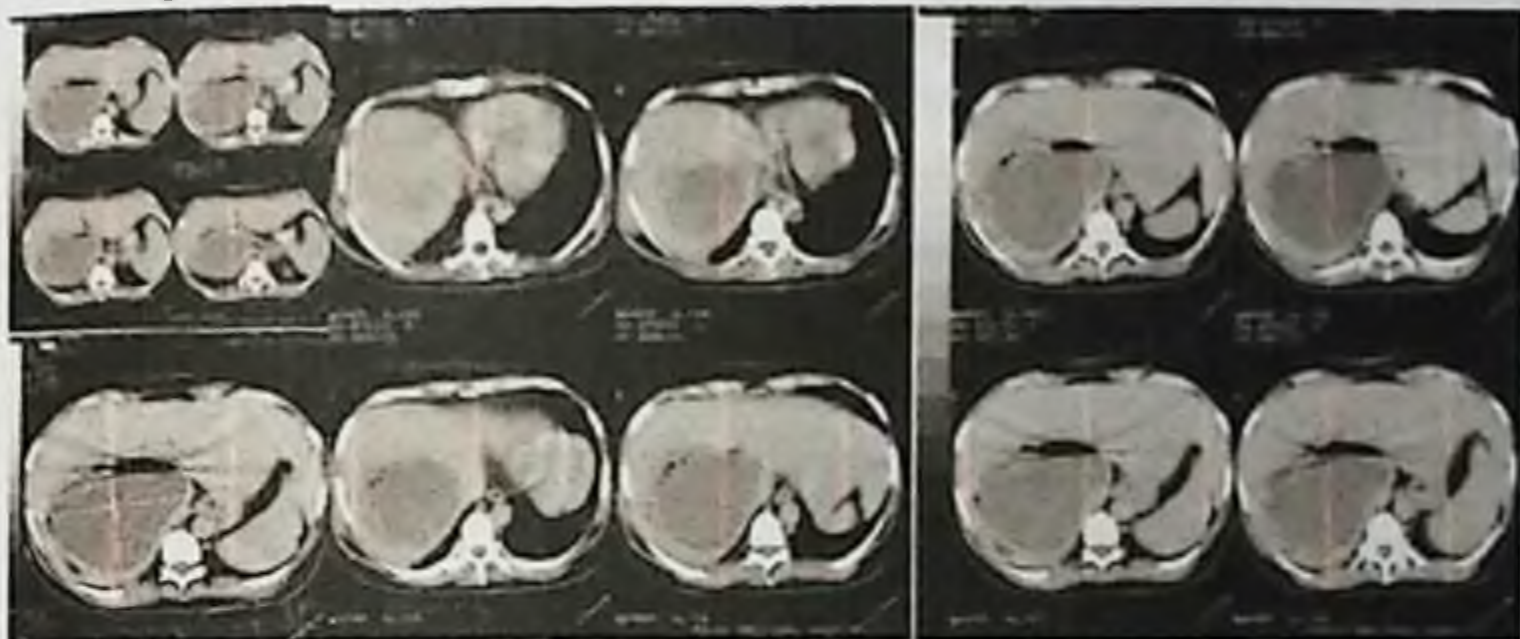
Prognozi doimo jiddiy. Yakka yirik abscesslarda o'z vaqtida drenajlanganda 90% gacha bemorlar sog'ayib ketadilar. Ko'p sonli abscesslar va drenajlanmagan yakka abscesslarda davolash ko'pchilik hollarda o'lim bilan yakunlanishi kuzatiladi.

Jigar exinokokkozi

Exinokokkozning ikki turi tafovut qilinadi. Bir kamerali yoki gidatidoz va ko'p kamerali yoki alveolyar turi farq qilinib, ularni exinokokkning ikkita mustaqil turlari qo'zg'atadi. Exinokokkozning gidatidoz turini tasmasimon gijja (*Echinococcus granulosus*) rivojlanishining lichinka bosqichidan iborat. Alveolyar turining qo'zg'atuvchisi (*Echinococcus multilocularis*) hisoblanadi. Gijjaning asosiy xo'jayini bo'lib – it va ba'zi yirtqich hayvonlar: bo'ri, tulki va b., oraliq xo'jayini bo'lib esa odam va o'txo'r uy hayvonlari (qo'y, qoramol, tuya va b.) hisoblanadi.

Insonda exinokokk kistasining rivojlanishi jarayoni asosida gijja tuxumlarining (skoleks) me'da-ichak traktiga tushishishi asosiy omil bo'lib hisoblanadi. Parazit tuxumlari me'da yoki ingichka ichak devoriga kiradi va vena qon tomirlari bo'ylab avvalo jigarga, aksariyat hollarda o'ng bo'lagiga, undan o'tgan tuxumlari esa o'pka va boshqa a'zolarga etib boradi. Shuning uchun, kasallikka eng ko'p chalinadigan a'zolar jigar, keyingi o'rinda esa o'pkalar turadi. Keyingi yillar tajribasi shuni ko'rsatdiki, insonda bu kasallikka chalinmaydigan a'zoning o'zi yo'q. Jumladan, bu kasallik taloqda, ichaklarda, mushaklarda va hattoki bosh miyada uchrash holatlari ham e'tirof etilgan.

Inson organizmining parazitlar kista rivojlanayotgan a'zolari uning atrofida zich fibroz kapsula shakllanishi bilan javob beradi. Exinokokk kistasi ichki germinativ va tashqi xitin pardalardan tashkil topgan bo'ladi. Exinokokning ichki pardasi suyuqlik chiqaradi, uning tarkibida skolekslar va tushgan joyida palak yoza oladigan qiz kistalari bo'ladi.



163 – rasm. Jigarda exinokokk kistasi KT.



164 – rasm. Jigarda exinokokk kistasi: UTT va makroskopik ko'rinishi

Klassifikatsiyasi.

Jigar exinokokkozining klinik kechishi bo'yicha ko'p mualliflar kasallikning uch asosiy bosqichini tafovut qiladilar:

1-bosqichi: yashirin, simptomsiz.

2-bosqichi: simptomlar yuzaga chiqqan.

3-bosqichi: asoratlarning rivojlanishi.

Jigar exinokokki kistasi birmuncha tez rivojlanib, katta o'lchamlarga etganda klinik jihatdan namoyon bo'ladi. Jigar va epigastriy sohasida

simmillovchi zirqiragan og'riqlar paydo bo'ladi. So'ngra qorin old devorining (ayniqsa kista yirik o'lchamlarda bo'lsa) bo'rtib chiqishi kuzatiladi. Parazitning rivojlanishi jarayonida organizmda unga nisbatan anugen-antitelo reaksiyasi ishga tushadi va sensibilizatsiya jarayoniga sabab bo'ladi. Shuning uchun organizmda allergik holat yuzaga keladi va "eshak emi"ga o'xshash toshmalar toshishi kuzatiladi.

Exinokokk kistasi o'zining rivojlanishi (o'sishi) jarayonida, ayniqsa jigaming yirik qon tomirlari, o't yo'llari yonida joylashgan bo'lsa, ulami ezishi natijasida portal gipertenziya belgilari yoki mexanik sarqlik kabi asoratlarni keltirib chiqaradi. Ba'zi hollarda bemorning e'tiborsizligi yoki o'z vaqtida diagnostika qilinmaganligi oqibatida kistaning qorin bo'shlig'iga yorilishi ko'pincha anafilaktik shok, peritonit kabi og'ir asoratlarni yuzaga keltiradi. Keyinroq esa exinokokk tuxum va kistalarining yorilgan bo'shliqqa (qorin bo'shlig'i, plevral bo'shliq va b.) disseminatsiyasiga, ya'ni tushgan a'zolarida o'sib ko'payishiga olib keladi. Bu holat bemorlarni qayta-qayta jarrohlik amaliyotini boshidan o'tkazishga majbur qiladi. Exinokokk kistasi yiringlaganda bemorda intoksikatsiyaga xos bo'lgan barcha belgilar paydo bo'ladi.

Bemorda jigar exinokokkozi kasalligi borligiga shubha qilinganda uning anamnezini yig'ishda kasbiga, uy xayvonlari yoki iti borligiga, alohida ahamiyat beriladi. Yuqorida keltirilgan shikoyatlarning borligiga e'tibor beriladi. Ob'ektiv ko'rikda esa, jigaming kattaligiga, chegaralarining o'zgarganiga qaraladi. Qonning umumiy tahlilida eozinofiliya, kista yiringlaganda esa yuqori leykotsitoz topiladi. Serologik reaksiyalar (RSG, RIGA, RGA, IFA) jigaming exinokokkozga uchragani xaqida 90% ga yaqin hollarda to'g'ri natija beradi. Rentgen tekshiruvi o'tkazilganda diafragmaning zararlangan tarafda yuqori turishi, gumbazning bo'rtib chiqishi, ba'zan esa kista chegarasida kalsinatlar borligini aniqlash mumkin. Ultratovush yordamida tekshiruv va kompyuter tomografiyasini o'tkazish eng qulay va noinvaziv tekshirish usullariga kiradi va aniq ma'lumot beradigan usullardan hisoblanadi.

Bugungi kunda yuqoridagi usullarning keng qo'llanilishi, radioizotop va angiografik usullarni kasallik diagnostikasida qo'llash o'z ahamiyatini yo'qotdi. Jigar exinokokki xirurgik yo'l bilan, exinokokkektomiya amaliyotini o'tkazish yo'li bilan davolanadi. Kistaning o'lchamlari unchalik

katta bo'lmay, jigarining chetida joylashgan bo'lsa – ideal exinokokkektomiya usuli qo'llanilib (kistani xitin va fibroz pardalari bilan qo'shib, butunligicha – bo'shlig'ini ochmasdan) olib tashlanadi. Ko'pchilik hollarda buning iloji bo'lmasdan, kista ichidagi suyuqlik, avvalo punksiya va aspiratsiya yo'li bilan bo'shatilib, so'ngra kista ochilib ichidagi germinativ va xitin pardalari olib tashlanadi. Albatta, bu amaliyot bajarilayotganda disseminatsiyaning oldini oluvchi barcha chora-tadbirlar qo'llaniladi. Fibroz pardaning ichiga glitserin bilan ishlov beriladi va tikib (kapitonaj) bo'shliq yo'qotiladi. Exinokokk kistasining joylashgan o'rniga qarab, bo'shliqni yo'qotishning usuli tanlanadi. Qator hollarda bo'shliqni katta charvi bilan tompanada qilib bo'shliq yo'qotiladi yoki bo'shliq ochiq holda qoldiriladi (abdominizatsiya). Agarda amaliyot jarayonida jigarda o't oqmaları topilsa, ular yaxshilab tikilib, bo'shliqqa drenaj naychasi qo'yiladi. Yiringlagan kistani operatsiyaning asosiy bosqichi tugallangandan so'ng qo'shimcha ravishda drenajlanadi.

Hozirgi kunda jigar exinokokkini laparoskopik usulida operatsiya qilish usuli ham qo'llanilmoqda. Bu amaliyotga ko'rsatma bo'lib exinokokk kistasining ulchami 10 sm dan kichik bulishi, asoratlanmagan va jigarining 2-3-5-6-7-segmentlarda joylashgan bo'lishi kerak. Operatsiyadan keyingi davrda ushbu kasallikning qaytalanishini (residiv) profilaktika qilish maqsadida parazitga qarshi preparatlar (albendazol, mebendozol va b.) tavsiya etiladi.

Alveokok o'zida rangsiz suyuqlik saqlaydigan ko'p sonli mayda pufakchalardan iborat bo'lib, o'smasimon fibroz tugundan tashkil topgan bo'ladi. Alveolyar exinokokk infiltrativ o'sish qobiliyatiga ega bo'lib, o'sma o'sishini eslatadi, hamda o't yo'llari va qon tomirlarga o'sib kirishga qodir. Shu sababli alveokokkozning eng ko'p uchraydigan asorati yirik o't chiqaruvchi yo'llarini ezilishidan kelib chiqqan mexanik sarqlik hisoblanadi. Alveokokkning infiltrativ o'sish xususiyati, magistral qon tomirlar va o't yo'llarini ezilishiga sabab bo'lib, jarrohlik amaliyotini bajarishda bir muncha qiyinchiliklar tug'diradi. Ba'zi hollarda, atipik yoki anatomik jigar rezeksiyasi amaliyotlarini bajarishga to'g'ri keladi, o't yo'llari esa drenajlanadi. Alveolokokkoz "o'chog'i"ga parazitga qarshi qo'llaniluvchi preparatlar (flavakridin) yuboriladi.

PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI

Turli xil sabablarga ko'ra darvoza tomirlari, jigar venasi va pastki kovak venada qon oqimining buzilishi natijasida darvoza vena xavzasida bosimni (12 mm sim. ustunidan) ko'tarilishiga aytiladi.

Etiologiyasi-kelib chiqish shakliga ko'ra: Qonni adekvat oqib ketishi qarshilik qiluvchi to'siqlar (blokklar) 4 turga bo'linadi.

- Jigar osti,
- Jigar ichidagi
- Jigar usti
- Aralash to'siqlar kiradi.

O'z navbatida jigardan tashqari to'siqlar 2 turli bo'ladi: jigargacha (jigar osti) va jigardan o'tgach (jigar usti) blokklar.

I. Portal gipertenziyaning rivojlanish jarayonida jigardan tashqari (Jigar osti) (10-12%) to'siq hosil bo'lishining Birlamchi sabablari:

-Darvoza venasining rivojlanish nuqsonlari (vena bo'shlig'i atreziyasi, obliteratsiyasi).

Ikkilamchi sabablar:

Qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonlari – pankreatit, appenditsit a boshqalar

- Omfalit, kindik venasining flebiti, sepsis, yaqin turgan a'zolar o'smasi tomonidan ezilishi, travmalar, shu jumladan operatsiyalar natijasida paydo bo'lishi mumkin. Bundan tashqari total jigardan tashqari portal gipertenziya hamda segmentar jigardan tashqari portal gipertenziya farqlanadi.

II. Portal gipertenziyaning jigar ichi to'sig'i odatda ko'proq (80-90% gacha) uchraydi

-Jigar parenxemasi biriktiruvchi to'qima bilan almashinishi natijasida porta venaning jigar ichki sohalarining reduksiyasi kuzatiladi.

-Sirrozda jigaming arterial oqimi keskin kamayadi, chunki jigaming butun arterial oqimi torayadi, taloq tomonda esa oqim ortadi.

-Taloq arteriyasida qon oqimining hajmi yuqori bo'lganligi sababli taloq venasidan qon chiqib ketishi qiyinlashadi va taloqda qon miqdori 50 ml-dan 1000 ml-gacha ortib borishi natijasida splenomegaliya kuzatiladi.

III. Jigar usti bloki (to'siq).

-Jigar venasi kasalliklari

1. Vena-okklyuzion kasalligi
2. Badda-Kiari kasalligi (sindromi)

-Pastki kovak vena trombozi

-Yurak kasalliklari

1. Kardiomiopatiya
2. Yurakni klapan nuqsoni
3. Konstriktiv perikardit

➤ Kovak venani torayishi: jigarni tug'ma o'sma kasalligi bilan bosilishidan jigarni kattalashishi yuzaga keladi.

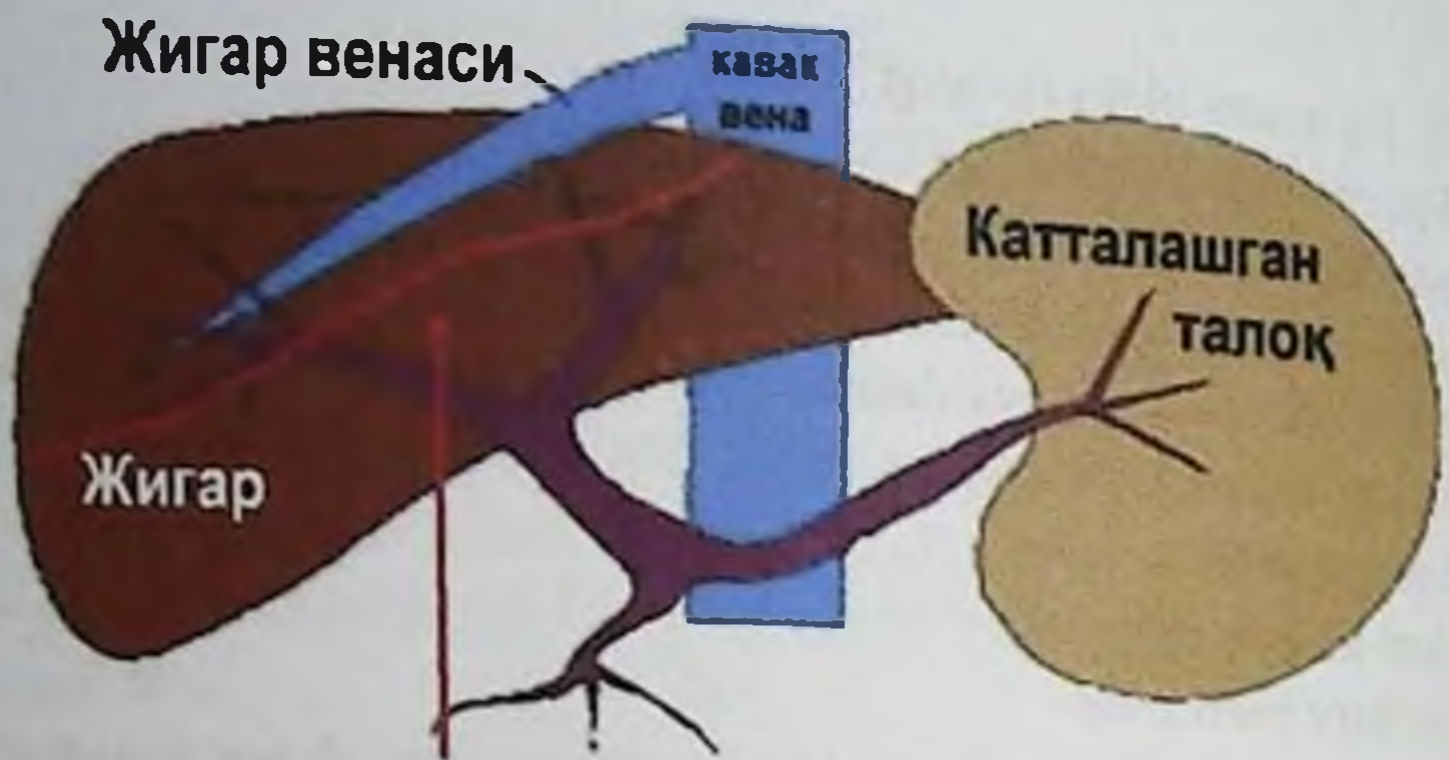
➤ Badda-Kiari kasalligi simptomokompleks kasallik bo'lib qon oqib ketishini buzilishi jigar venasida kuproq obliteratsiyalovchi endoflebit sababidan kelib chiqadi. Birincha marta patologoanatom Badda (1846), Kiari (1899) va A. Abrikosov (1905) kabi olimlar tomonidan aniqlangan.

➤ O'ng yurak yetishmovchiligi- yurak o'ng bo'lmasi venoz qonni qabul qilib xaydashga ulgurmasligi natijasida ichki organlar va jigarda o'zgarish kuzatiladi.

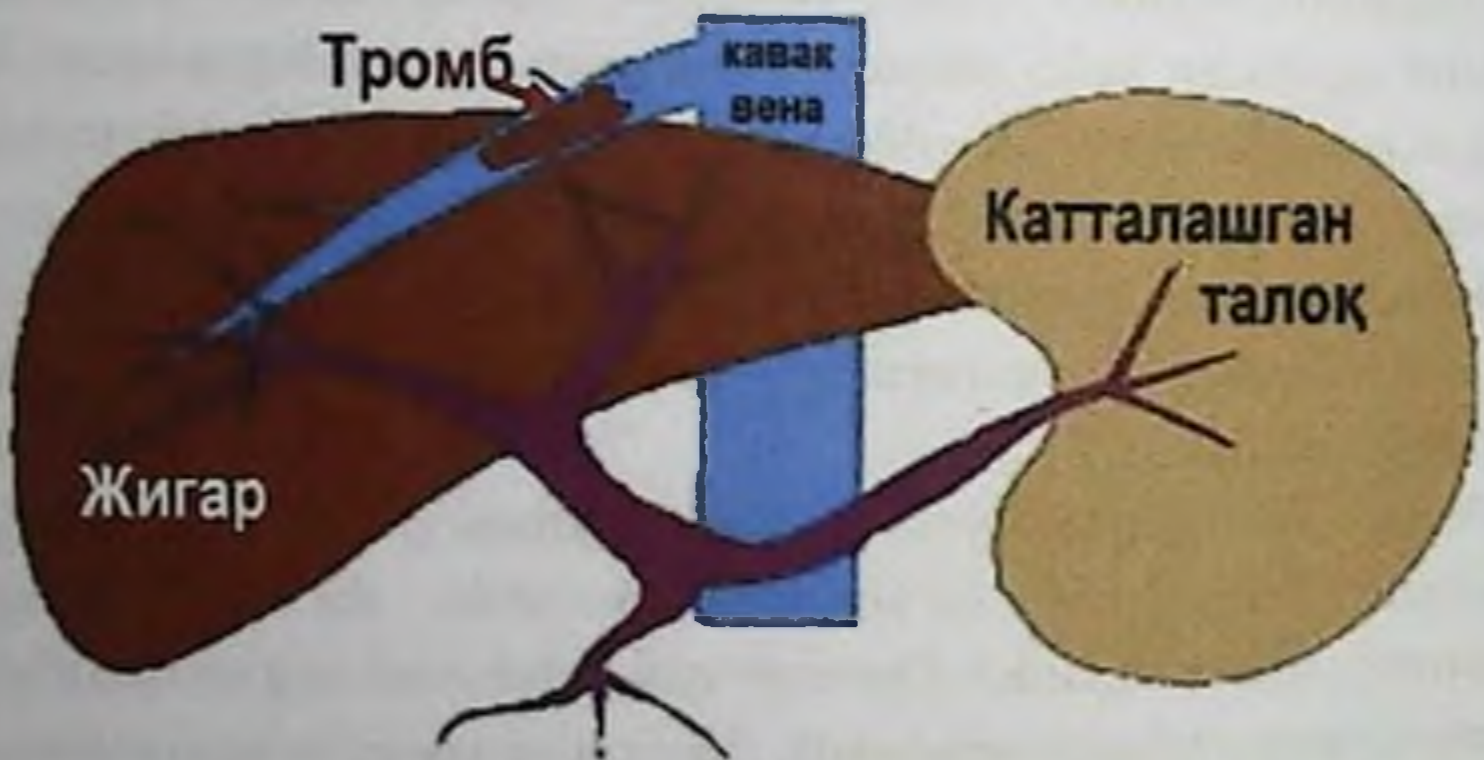
IV. Portal gipertenziyani aralash formasi – jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlarda qo'shimcha ravishda darvoza venasining trombozini rivojlanishi kiradi. Darvoza venasida bosimning ortishi idiopatik deb nom olgan portal gipertenziyada, darvoza venasi o'zaniga arteriovenoz fistula orqali jadal qon oqib kelishidan paydo bo'lishi mumkin.



165 - rasm. Darvoza venasidagi tromb (to'siq) ko'rsatilgan.



166 - rasm. To'siq jigar ichida joylashgan bo'lib o'zgargan jigar to'qimasi, darvoza venasidagi qon fil'tratsiya bo'lishga ulgurmaydi.



167 - rasm. To'siq jigar venasi yoxud pastki kovak venada joylashgan bo'ladi.

Portal gipertenziya sindromi klassifikatsiyasi

Patsiora bo'yicha klassifikatsiyasi

1. Portal qon aylanishning jigar usti blokadası:
 - a) yurakni pik sirroziga olib keluvchi sabab
 - b) Kiari kasalligi (jigar venasi trombozi);
 - v) Badda - Kiari sindromi (jigar venasi sathidagi pastki kovak vena trombozi, stenoz yoki jigar venasi yuqorisi obliteratsiya, o'sma yoki chandiq bilan bosilishi).
2. Portal qon aylanishning jigar ichi blokadası:
 - a) turli formadagi jigar sirrozi (portal, postnekrotik, biliar, aralash);

- b) jigar o'smasi (qon tomir, parazitlar, bez);
- v) jigar fibrozi (portal, chandiqli, travmadan keyingi, lokal yallig'lanish jarayoni).

3. Portal qon aylanishning jigar osti blokadası:

- a) fleboskleroz, obliteratsiya, darvoza vena yoki uning tarmoqlari trombozi;
- b) tug'ma stenoz, darvoza vena yoki uning tarmoqlari atreziyasi;
- v) darvoza vena yoki uning tarmoqlarini chandiqli, o'sma, shuningdek infiltrat bilan bosilishi.

4. Portal qon aylanishning aralash blokadası:

- a) jigar sirrozini darvoza vena trombozi bilan qo'shilib kelishi (jigar birlamchi sirrozi, darvoza vena trombozi asorati);
- b) jigar sirrozini darvoza vena trombozi bilan (portal sirroz darvoza venasi trombozi natijasida portal jigar sirrozi).

Portal gipertenziya sindromini klinik kechishiga ko'ra bosqichlari

Kompensatsiya (boshlang'ich bosqich-portal bosimni o'rtacha 250-340 mm s.u. gacha ko'tarilishi, qon aylanishini jigar ichida kompensatsiyalanishi, splenomegaliya bilan gipersplenizm yoki usiz);

Subkompensatsiya (yuqori portal bosim 350-400 mm s.u. gacha ko'tarilib splenomegaliya, qizilo'ngach va oshqozon venalarini varikoz kengayishi qon ketish yoki qon ketishsiz bo'lishi, qon aylanishini darvoza-jigar tizimida rivojlangan buzilishi);

Dekompensatsiya (splenomegaliya, qizilo'ngach va oshqozon venalarini varikoz kengayishi qon ketish yoki qon ketishsiz bo'lishi, assit, qon aylanishini darvoza-jigar va markaziy tizimda rivojlangan buzilishi).

Portal gipertenziya shakliga qarab ushbu bosqichlarning klinik kechishi turli xil bo'lishi mumkin. Bu farq jigar funksional holatining buzilish darajasi va bu bilan bog'liq boshqa patologik reaksiyalar xam paydo bo'lishi mumkin.

Patogenezi. Shunday qilib, qorin bo'shlig'ining toq a'zolaridan darvoza venasi sistemasiga qonning oqib kelib toki pastki kovak venaga quyilishigacha bo'lgan joyda to'siq paydo bo'lishi – portal gipertenziyaga, bu holat esa o'z navbatida tabiiy portokoval anastomozlarning yuqori

darajada rivojlanib ketishiga (varikoz kengayishiga), ular orqali esa qonni kaval vena sistemasiga tushishiga olib keladi. Portal sistemada gipertenziyaning yanada ko'tarilishi, tabiiy portokaval anastomozlarda bosimning yanada ortishiga, ularning yorilishi oqibatida qizilo'ngachning pastki 1/3 va me'daning kardial qismidan, gemorraidal venalardan, ba'zida esa qorin devorining pastki qismidagi venalardan katta miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi, shu sababdan, portal gipertenziyaning asosiy belgilaridan: splenomegaliya, qizilo'ngach pastki 1/3 va me'daning kardial qismi venalari, gemoroidal venalar hamda qorin devorining pastki qismidagi venalarning varikoz kengayishi va assit suyuqligining borligi alohida ahamiyatga ega bo'ladi.

Klinikasi. Bemorlar – holsizlik, epigastral sohadagi og'riqlar, ishtahaning yo'qligi, ko'ngil aynishi, qorinning dam bo'lishi, qabziyatdan noliydilar.

Bemor ko'zdan kechirilganda: teri qoplamalari rangpar, quruq, tana mushaklari atrofiyaga uchrash holatida, vazni kamaygan, qomi kattalashgan, baqanikiga o'xshash yonlari assit hisobiga bo'ladi.

Jigar xastaligining belgilaridan: "tomir yulduzchalari", petexiyalar hamda bemor kaftlarida (*Pal'mur eritema*) xos o'zgarishlarni aniqlash mumkin.



168 - rasm. Assit hisobiga ovalsimon qorin bo'rtib chiqqan, qorinning pastki yon tomonlarida kengaygan varikoz venalar ko'rinadi.



169 - rasm. Kengaygan varikoz venlar "tomir yulduzchalari"

Taloqni kattalashishi (splenomegaliya) va gipersplenizm hamda *ginekomastiya* bilan o'tadi, bu trombositopeniya, leykopeniya, anemiya holatlari bilan yuzaga chiqadi.



170 - rasm. Pal'mar eritema

Jigar faoliyatining buzilganligi – qon ivish omillarining ishlanishi, trombositlar miqdorining kamayishiga hamda gipokoagulyatsiyaga olib keladi. Buning taʼsirida milklar qonashga moyil boʻladi, burundan qon oqishi yuzaga keladi. Jigar ichi gipertenziyasida kasallikning kechishi tsirroz kasalligining tabiatiga (postnekrotik, alkogoldan keyin va b.), jarayonning aktivligiga, jigardagi funksional buzilishlar darajasiga bogʻliq boʻladi.



171 - rasm. Ginekomastiya.

Jigar usti blokining oʻtkir turlarida (Kiari, Badd-Kiari sindromlari) gipertenziya hisobiga epigastral sohada, oʻng qovurgʻalar ostida toʻsatdan kuchli ogʻriqlar paydo boʻladi, gepatomegaliya belgilari va assit miqdori tez ortib boradi. Bemorlar koʻpincha, avj olib boradigan jigar va buyrak etishmovchiligidan halok boʻladilar. Kasallikning surunkali turida gepatomegaliya va splenomegaliya kuzatiladi, oldingi qorin devorida kollateral venoz tomirlar toʻri aniqlanadi, assit orta boradi, oqsil almashinuvining buzilishlari va ogʻriqlar kuchayib boradi.

Jigardan tashqari blokda jigar faoliyati uzoq vaqtgacha qoniqarli darajada qolishi mumkin, portal gipertenziya tasodifan splenomegaliya topilganda yoki qiziloʻngach va meʼdaning varikoz venalaridan qon ketganda aniqlanishi mumkin.

Kasallikning kompensatsiya bosqichida portal bosim oʻrtacha darajada koʻtariladi. Klinik koʻrinishlarida jigar tsirrozi belgilari ustunlik qiladi. Kengaygan portosistem kollaterallar, qiziloʻngach va meʼdaning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi, kasallikning subkompensatsiya

bosqichiga o'tganligidan dalolat beradi. Tranzitor (o'tib ketadigan) yoki rezistent (barqaror) assit borligi, jigar o'lchamlarining kichrayishi, hatto atrofiyagacha qisqarishi, jigar etishmovchiligini keltirib chiqaradi va portal gipertenziyaning dekompensatsiya bosqichidan darak beradi.

Jigarning funksional holatiga baho berish uchun xalqaro Chayld-Pyu tasnifi qo'llaniladi, unda jigar-xujayra etishmovchiligining asosiy belgilar baholanadi (6-jadval).

6-jadval

Jigar etishmovchiligini Chayld-Pyu bo'yicha tasnifi

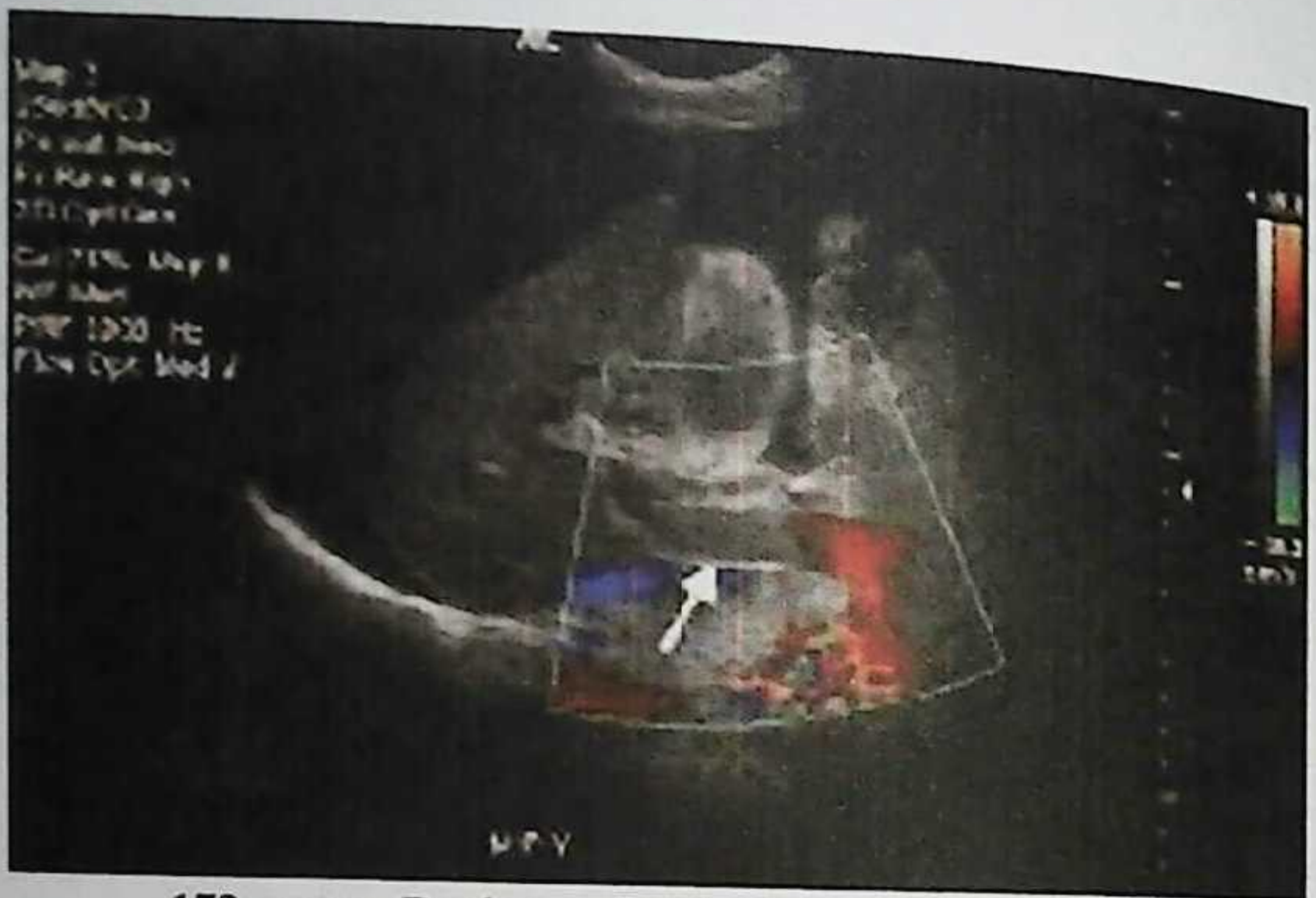
Belgilar	Ballar soni		
	1	2	3
Assit	Yo'q	Tranzitor	Barqaror
Ensefalopatiya	yo'q	Tranzitor	Yaqqol
Bilirubin	30 mkmol/l	30-50 mkmol/l	50 mkmol/l dan ortiq
Albumin	35 g/l dan ortiq	35-28 g/l	28 g/l dan kam
Protrombin indeksi	65-100%	65-55%	55% dan kam

Portal gipertenziya sindromini diagnostikasi - instrumental tekshirish usullari qizilo'ngach va me'daning varikoz venalari borligini, ularning o'lchamlari va tarqalganlik darajasini aniqlash EGDFS tekshiruvini orqali amalga oshiriladi.

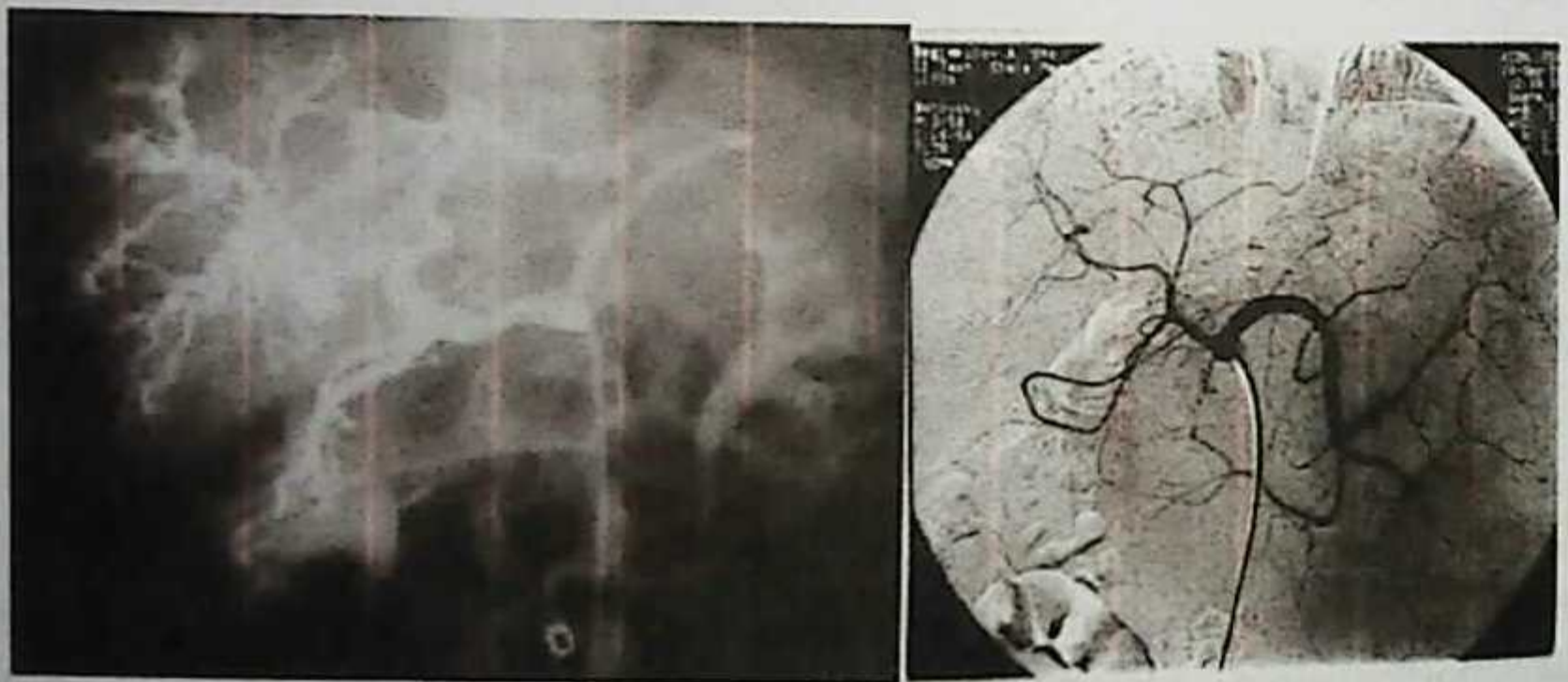
Bemorga rentgenologik tekshirish, jigarda qon ta'minoti buzilishlari tabiatini, darvoza venasidan qon oqimi bo'ylab to'siqning sababi va darajasini aniqlash uchun (dopplerografiya, seliakografiya, kavagrafiya, splenoportografiya, teri orqali jigar orqali portografiya) tekshiruvlarini o'tkazish zarur bo'ladi.



172 - rasm. EGDFS tekshiruvi.



173 - rasm. Doplerografiyada Darvoza venasining trombozi aniqlangan.



174 - rasm. Angiografik tekshiruv usullari seliakografiya.

Portal gipertenziyani davolash, blokning turiga, kasallik bosqichiga va kompensatsiya darajasiga uzviy bog‘liq bo‘lib, muolajaning asosiy yo‘nalishi blok sabablarini bartaraf etish, jigar faoliyatini tiklash va kelib chiqishi mumkin bo‘lgan asoratlarni profilaktikasiga yo‘naltirilgan.



175 - rasm. Splenoportografiya.

Davolash usullari:

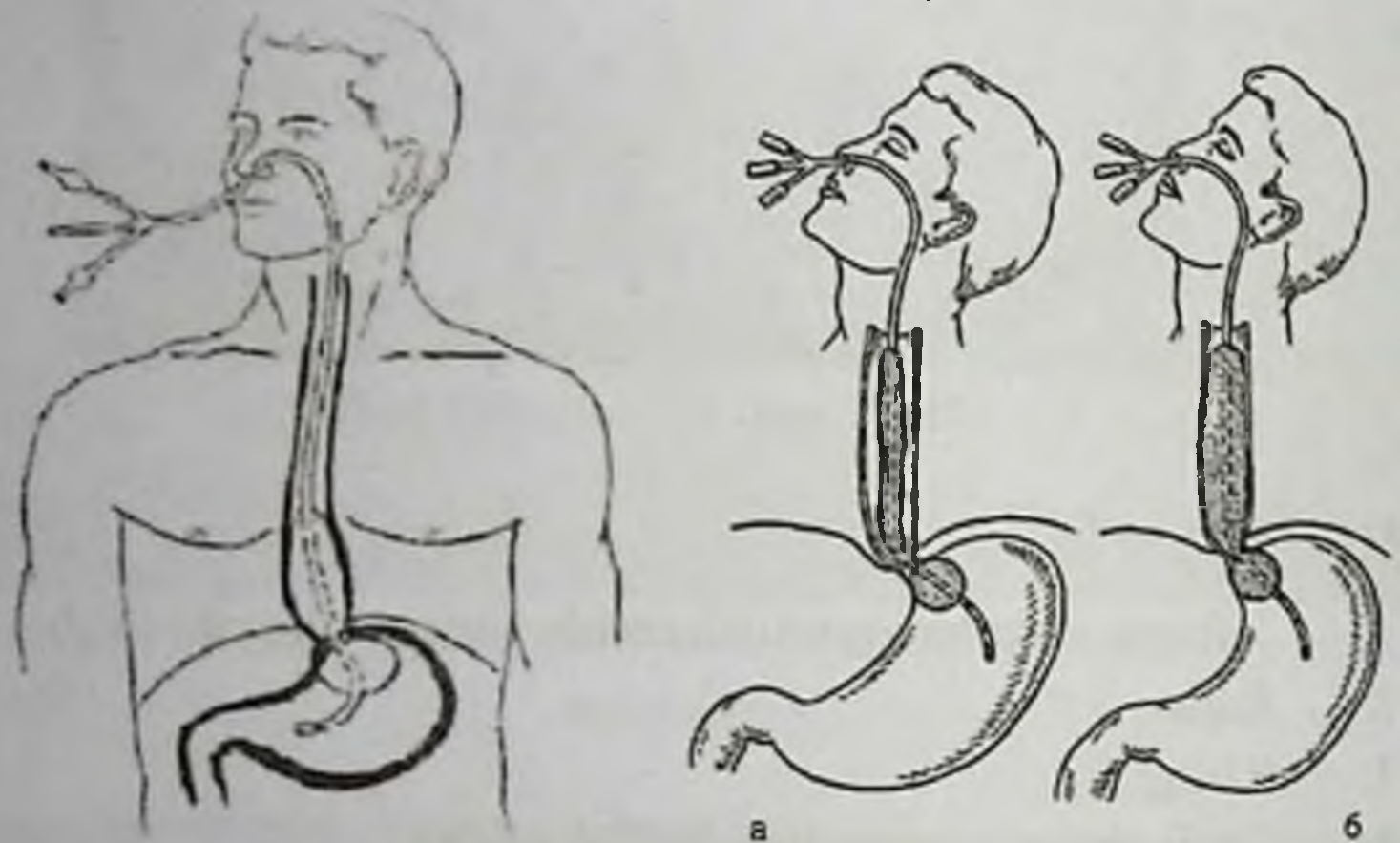
Portal gipertenziya sindromida konservativ davolash.

1. Rejim;
2. Parhez;
3. Oqsil almashinuvini korreksiya qilish;
4. Gepatotsitlar funksiyasini stimulyatsiyalash;
5. Endogen intoksikatsiya sindromini davolash;
6. Gormonoterapiya;
7. Immunoterapiya;
8. Vitaminoterapiya (B, Ye) guruh;
9. Gemorragik sindromni davolash;
10. Assit bo'lganda diuretiklar qo'llash;
11. Ensefalopatiya profilaktikasi.
12. Qizilo'ngach venalaridan qon ketishini profilaktikasi.

Portal gipertenziyaning og'ir asoratlaridan biri – qizilo'ngachning pastki 1/3 va me'da kardial qismidagi varikoz kengaygan venalardan profuz qon ketishi hisoblanadi. Bunda odatda bemorlarda epigastral sohada oldindan biror og'riq sezilmay, birdaniga qizil rangdagi qon va ivindilari bilan qayt qilish ro'y beradi. Bu holatda ko'pincha bemorlarda postgemorragik shok, uning oqibatida ro'y beradigan hayotiy muhim a'zolar faoliyatining buzilishi va etishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi, avj oladi.

Shu holat yuz bergan bemorlarning taxminan 1/3 qismini halokatga olib keladi.

Varikoz kengaygan venalardan bu xildagi qon ketishini davolash konservativ tadbirlar (muolaja) dan boshlanadi. Vaqtinchalik gemostaz uchun bemorlarga burun yoki og'iz orqali Blekmor-Seyngsteyken zondi qo'yiladi va ishchi holatga keltiriladi (176-rasm).



176-rasm. Qon ketganda o'ratilgan Blekmor-Seyngsteyken zondi.

Ushbu zondning boshlanish qismida yumaloq (me'da uchun) va silindrsimon (qizilo'ngach uchun) shakldagi ikkita pufakchalari bo'lgan 3 kanalli rezina naychadan iborat bo'lib, ikkita kanali pufakchalarni shishirish uchun ishlatiladi. Uchinchi kanali esa, me'da shirasini aspiratsiya qilish va gemostatik muolaja samaradorligini nazorat qilish uchun xizmat qiladi.

Zondni o'ratishdan oldin pufakchalarga havo yuborish yo'li bilan shishirib, ularning butunligi tekshirib ko'riladi. Avvalo zond burun yoki og'iz orqali me'daga kiritiladi, so'ngra me'daga tegishli pufakchaga havo yuborib shishiriladi. Undan so'ng zond retrograd yo'nalishda yaxshilab tortilib, me'daning kardial qismini mahkam bosib turishi ta'minlanadi va qizilo'ngach uchun mo'ljallangan pufakcha shishiriladi. Zond shunday holatda mahkamlanadi. Me'dani bir necha marta sovuq suv bilan yuviladi. Qonayotgan varikoz venalarni zond pufakchalarining mahkam bosishi, ketayotgan qonning to'xtashiga sharoit yaratadi. Bir necha soat o'tgach (12-24), qon ketish to'xtagach pufakchalardagi bosim kamaytirilib, zondan

chiqayotgan suyuqlik tabiati nazorat qilinadi. Qizilo'ngachda zondni ishchi holatda ushlab 2 sutkadan oshmasligi kerak. Albatta ushbu tadbir kompleks muolaja ostida qilinishi kerak.

Muolaja zamirida shokni bartaraf etuvchi tadbirlar, gemostatik preparatlarni qo'llash, yo'qotilgan qon o'rmini to'ldirish va hayotiy muhim a'zolar faoliyatini tiklash yotadi. Darvoza venasida bosimni kamaytirish uchun vazopressin preparatlar (vazopressin, terlipressin, aktrapid) qo'llaniladi.

Operativ davolash usullari:

Portal gipertenziya sindromida xirurgik davolashga ko'rsatma:

- ✓ *Jigardan tashqari portal gipertenziya sindromi;*
- ✓ *Jigar sirrozi kompensatsiya bosqichi;*
- ✓ *Bemor oldin qizilo'ngach va oshqozon venalaridan qon ketish bilan operatsiya bo'lgan bo'lsa.*

Portal gipertenziyaning operativ davolash usullarini tasnifi

1. Portal sistemadan yangi qon oqish yo'llarini hosil qiluvchi operatsiyalar

- a. portokaval anastomozlar
- b. organopeksiya
- v. omentopeksiya

2. Portal sistemaga qon kelishini kamaytiruvchi operatsiyalar

- a. splenektomiya
- b. qorin poyasini bog'lash

3. Portal sistemani me'da va qizilo'ngach venalaridan ajratuvchi operatsiyalar

- a. Sugiuri operatsiyasi
- b. Me'da proksimal qismini va qizilo'ngach pastki uchligini

rezeksiyasi

- v. Me'da va qizilo'ngach venalarini bog'lash

4. Jigar ichi arterial qon aylanishini va regeneratsiyasini yaxshilovchi operatsiyalar

- a. Jigami qisman rezeksiyasi
- b. Jigami elektroditermokoagulyatsiyasi
- v. Jigar arteriyasini nevrotoomiya
- g. arterioportal anastomozlar

5. Qorin bo'shlig'idan assitik suyuqlikni olib ketuvchi operatsiyalar
 - a. Son teri osti venasi bilan anastomoz
 - b. Peritoneovenoz shuntlash va boshqalar
6. Jigar transplantatsiyasi
7. Endovaskulyar operatsiya

Sindromning jigardan tashqari blok turlarida, ko'pincha bemorlar xirurgik usulda davolanishlari lozim bo'ladi. Portosistem-splenorenal, mezenteriko-kaval yoki bevosita portokaval anastomozlar qo'yish operatsiyalari qo'proq qo'llaniladi. Jigar tsirrozi keltirib chiqargan portal gipertenziyali bemorlarni davolashda xirurgik davolashdan, jigarda aktiv jarayon va jigar etishmovchiligi simptomlari bo'lmagandagina foydalanish mumkin. Bemorning yoshi va umumiy ahvoriga, Qo'shimcha kasalliklar borligi va ularning turiga, jigaming buzilgan faoliyatlarini tiklanish darajasiga, gipersplenizmning yuzaga chiqqanligiga, hamda kompensatsiya darajasiga muolaja uzviy bog'liq bo'ladi. Bugungi kunda, xirurgik yo'l bilan davolashning ikkita asosiy yo'nalishi qo'llaniladi: darvoza venasida bosimni pasaytirish uchun portosistem anastomozlar qo'yish yoki qon ketishlarning oldini olish maqsadida gastroezofageal shuntlarni qo'yish.



177 - rasm. Bevosita portakoval shuntlash operatsiyasi.

Bemorlarda assit suyuqligi bo'lganda, ovqatlanish jarayoni buzilganda va nevrologik belgilar yuzaga kelganda, operatsiyaning natijalari qoniqarsiz, operatsiyadan keyingi o'lim darajasi yuqori bo'ladi.



178 - rasm.

1) Orgonapexiya.

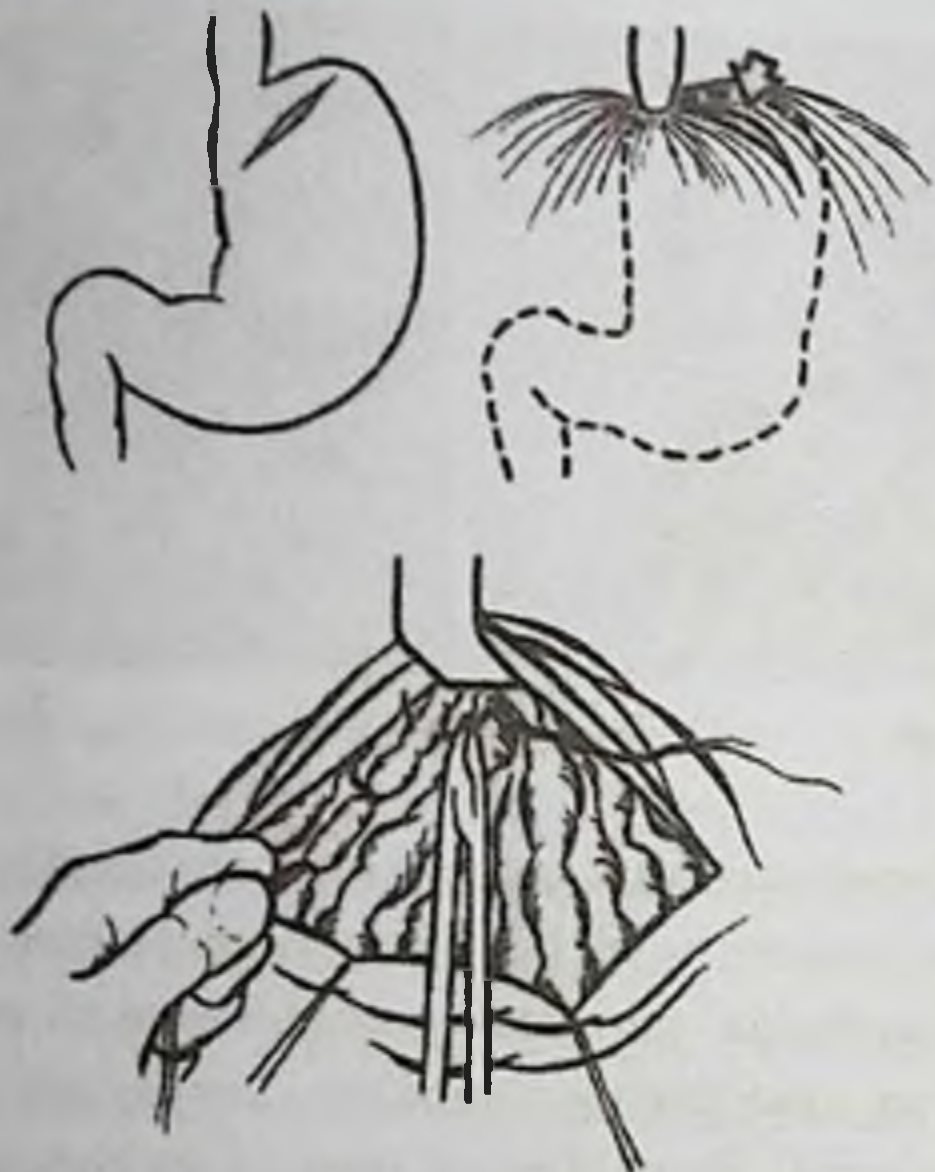
2) Splenuktomiya

Portal gipertenziyali bemorlarni davolashda bugungi kunda qo'llaniladigan progressiv va kam invaziv usullardan biri endovaskulyar usullardir. Bu usullarga: taloq arteriyasini surunkali embolizatsiya qilish, qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalarini o'tkir embolizatsiyasi kiradi. Bu usul orqali jigar ichiga portosistem shunt qo'yish ham mumkin. Bu xildagi kam jarohatlash usullari bilan davolash samaradorligi ancha yuqori bo'ladi.

Qon oqishini uzil-kesil to'xtatish maqsadida varikoz venalarni endoskopik sklerozlash, ligatura yordamida varikoz kengaygan venalarni bog'lash mumkin bo'ladi. Buning uchun endoskop orqali vena bo'shlig'iga yoki paravenoz sohaga maxsus igna orqali sklerozlovchi preparatlar (varikotsid, trombovar) yuboriladi. Bular vena intimasini jarohatlantiradi va uning bo'shlig'ini obliteratsiya bo'lishiga zamin yaratadi.

Bugungi kunda, uzil-kesil gemostazni ta'minlashda kam travmatik va samarador usullardan biri – endovaskulyar operatsiyalar yordamida qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarining embolizatsiyasi (180 - rasm, a). Portal sistemada qon bosimini pasaytirishga esa, teri va jigar orqali shuntlash hisoblanadi (180 -rasm, b)

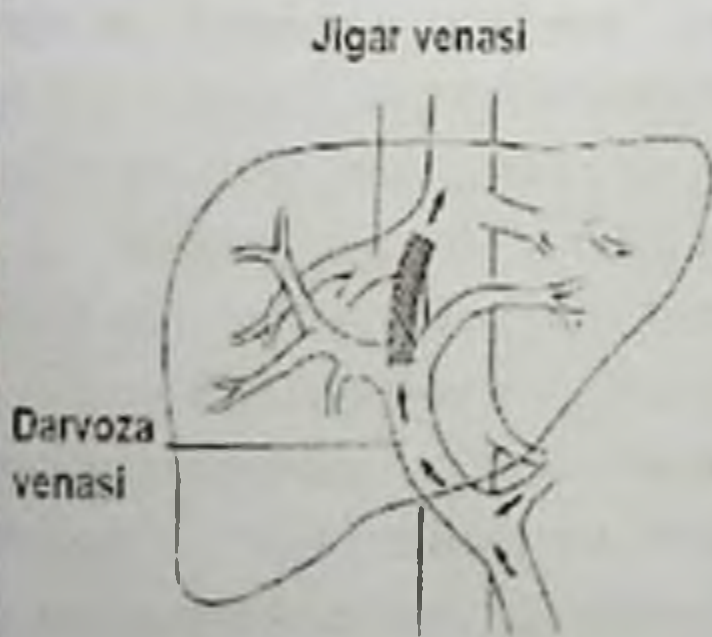
Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan venalaridan qon oqishini medikamentoz davolash naf bermaganda majburiy chora sifatida har xil xirurgik operatsiyalar qo'llaniladi. Bularga Patsiora va Tanner jarrohlik amaliyotlari kirib, bemor ahvolining og'irligiga sababli kengaygan qizilo'ngach va me'daning kardial qismi varikoz kengaygan venalarini bog'lash bilan cheklanadi.



179 - rasm. Patsiora bo'yicha qizilo'ngach va oshqozon venalarini bog'lash operatsiyasi.



a



b

180 - rasm. Qonab turgan qizilo'ngach venalarini embolizatsiyasi va teri va jigar orqali shuntlash amaliyotlari.

Portosistem anastomozlar qo'yish, bu tur bemorlarda alohida qilinadigan anchayin travmatik operatsiyalar turkumiga kirib, cheklangan hollardagina qo'llaniladi. Birmuncha kengroq qo'llaniladigan

operatsiyalardan biri splenektomiya bo'lib, uning zamirida ham splenomegaliya yoki gipersplenizmga uchrab nihoyatda kattalashib ketgan taloqni olib tashlab, portal sistema gipertenziyasini birmuncha kamaytirish yotadi. Biroq, bu operatsiyani ham, ahvoli og'ir bemorlarda o'tkazish anchagina murakkab bo'lib, hamisha ham yaxshi natijalarga olib kelavermaydi.

Kezi kelganda shuni aytish kerak-ki, jigarda tsirroz rivojlanishi oqibatida yuzaga kelgan portal gipertenziyada, qizilo'ngach venalaridan qon ketishi o'lim darajasini yanada ko'tarilishiga (70% gacha) olib keladi va jigar tsirrozining kompensatsiyalangan bosqichidan dekompensatsiya holatiga o'tishga olib keladi. Bemor ahvolining og'irlashishi, assit va sariqlikning yanada ortishiga, jigar etishmovchiligining esa yanada avj olib chuqurlashishiga hamda bemorlarda takroriy qon ketishlar yoki jigar faoliyatining kamchiligidan o'limga olib keladi.

Bugungi kunda portal vena sistemasidagi gipertenziyani (bosim) pasaytirishda klinikamizda ishlab chiqilgan va anchagina tajriba orttirilgan endovaskulyar usullaridan biri – taloq arteriyasini surunkali embolizatsiyasini qilish, anchayin yaxshi natijalarga olib keladi va bemor umrini uzaytiradi (181 - rasm).



181 - rasm. Taloq arteriyasini surunkali embolizatsiyasining bosqichlari.

Bu usul qo'llanilganda, bemorning nihoyatda kengayib ketgan taloq arteriyasiga (jigar arteriyalari aksariyat kichiklashgan va toraygan) endovaskulyar usul yordamida Gian-Turko spirali o'matiladi va qonning bemalol oqib o'tishi yo'lida to'siq paydo qilinadi. Buning evaziga, amaliyotdan keyingi davrda, qon oqimida aylanma harakatlarning paydo

bo'lishiga, taloqqa kelayotgan qon miqdorining kamayishiga, uning to'qimasi ishemiyasiga va ichida asta-sekinlik bilan rivojlanadigan aseptik nekroz holatiga olib keladi. Bu esa, o'z navbatida asta-sekinlik bilan kelayotgan qon miqdorining yanada kamayishiga, taloqning yanada kichrayishiga va uni 1-1,5 oy mobaynida portal sistemadan batamom uzilishiga, ya'ni to'liq embolizatsiya bo'lishiga olib keladi.

Bundan tashqari jigar ichi portal tizimni transyugulyar shuntlash. **Transyugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPSh)** muolajasi mavjud bo'lib unga ko'rsatma: - Portal gipertenziya; - Qizilo'ngach va oshqozon venalari varikoz kengayishida o'tkir qon ketganda; - Qizilo'ngach va oshqozondan takroriy qon ketganda; - Refrakter assit (medikamentoz terapiya yordam bermaydigan assit); - Jigar gidrotoraksi (plevra bo'shlig'ini assit suyuqligi bilan to'lishi); - Badda-Kiari sindromi (pastki kovak venani infrarenal bo'limdagi tugunlar bilan bosilishi).



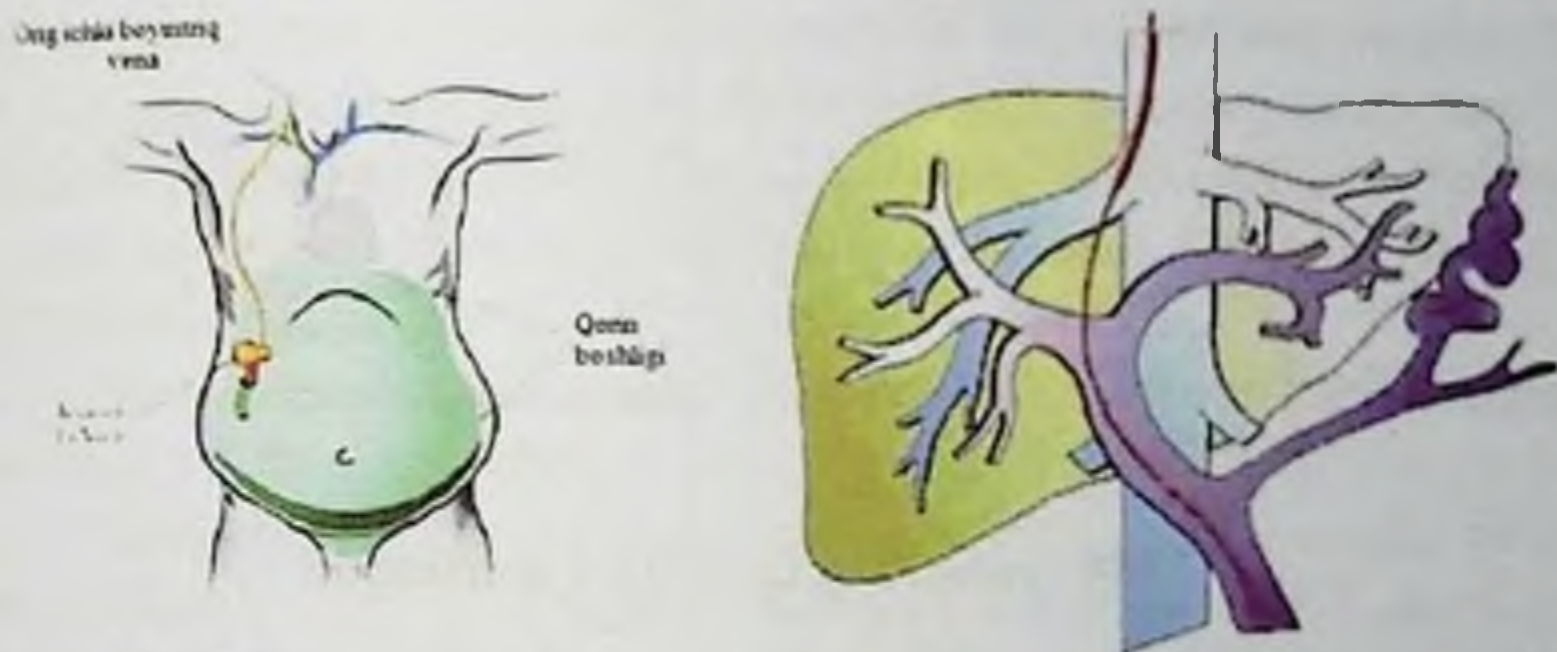
182 - rasm. Jigar ichi portal tizimni transyugulyar shuntlash foydalaniladigan ballon katetir.

Darvoza venani jigar ichi portal tizimni transyugulyar kateterizatsiyasi etaplari.

Kesma o'ng ichki bo'yinturuq vena orqali bajarilib jigar venasiga *Rosch* ignasi kiritiladi, jigar parenxemasi orqali o'tkazilib darvoza venani chap tarmog'i punksiya qilinadi va oxirida kateterizatsiya qilinadi. Bu bilan birgalikda darvoza venasi va jigar venasi oralig'idagi bosim gradientini o'lchash mumkin.

So'nggi yillarda Sugiura (1973) jarrohligi juda keng tarqalgan bo'lib bunda qorin bo'shlig'i va atrofdagi to'qimalar o'rtasida kengaygan venoz kollaterallarni tikish, bir vaqtning o'zida maxsus apparat yordamida qizilo'ngachning tikilishi, oshqozonning proksimal qismi seroz qavatini

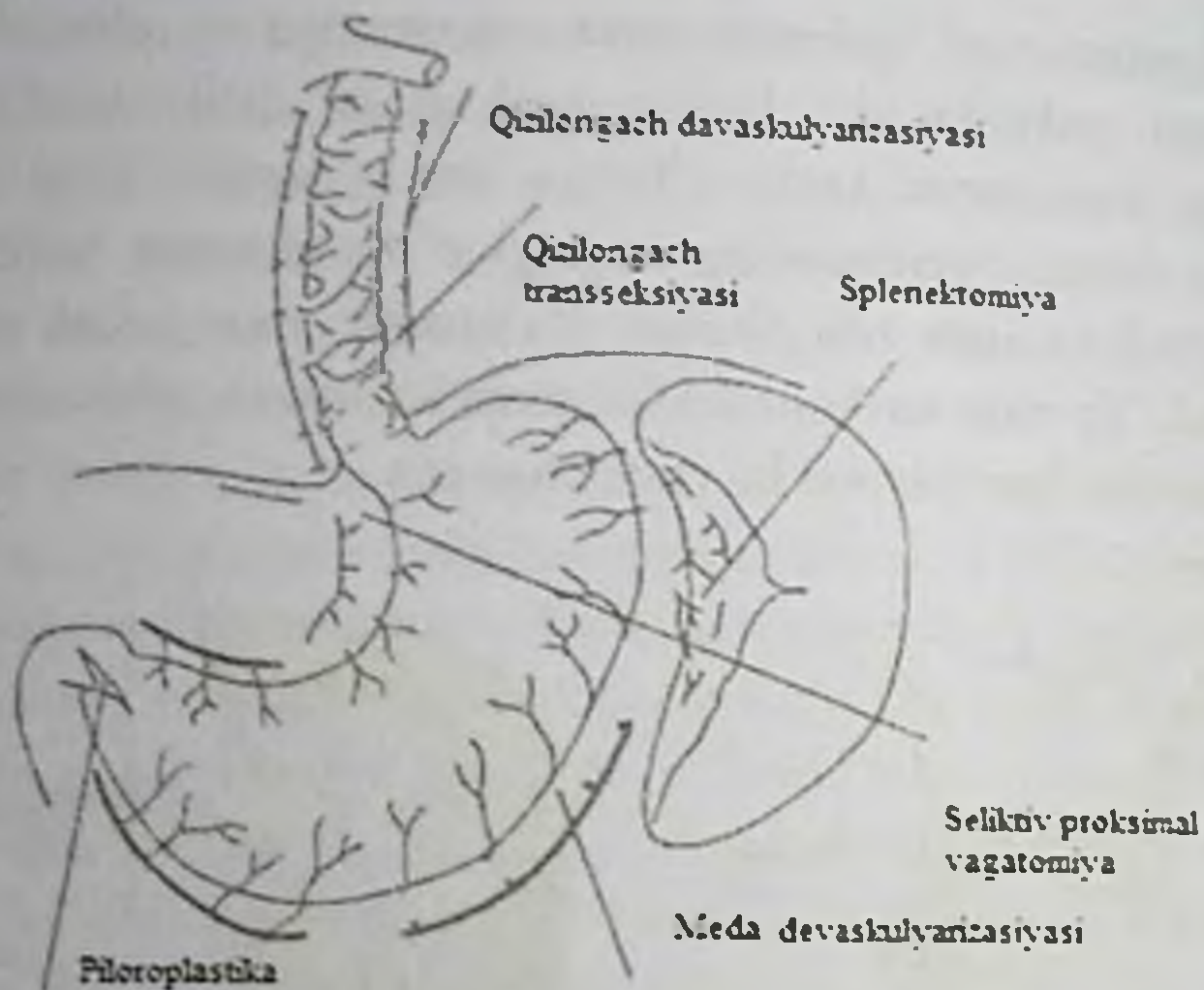
devaskulyarizatsiyasi, splenektomiya, vagotomiya va piloroplastika qilish yo'li bilan yakunlanadi. Ushbu usul sizga qizilo'ngachning barcha kengaygan tomirlarini kesib o'tishga imkon beradi. Usul muallifining so'zlariga ko'ra, operatsiyadan keyingi o'lim darajasi taxminan 5% ni tashkil qiladi va jigar ishi blokida 5 yilgacha omon qolish darajasi 80% gacha etadi. Yevropa va Amerika Qo'shma Shtatlarida ushbu operatsiyaning natijasi bundan ham yomon ko'rsatkichga ega.



183 - rasm. Muolajani bajarilish etaplari

Qizilo'ngach varikoz kengaygan tomirlaridan qon ketayotgan bemorlarni davolashda juda muhim komponent jigar ensefalopatiyasini oldini olish va davolashdir. Bu holat jigaming detoksifikatsiya funksiyasining etishmasligining namoyonidir. Ayniqsa, bu holat jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda uchraydi, aksariyat hollarda qon ketish epizodiga qadar jigaming funksional holati buzilgan. Ko'pincha, jigar ensefalopatiyasi portokaval anastamoz operatsiyadan keyin yuzaga keladi yoki yomonlashadi.

Ko'p miqdorda qon ketganda, qonning ko'p miqdori ichak bo'shlig'iga tushadi, u ammiak hosil bo'lishi bilan yo'g'on ichakda parchalanadi. Jigar sirroziga chalingan bemorlarda ushbu birikmaning to'liq neytrallanishi ro'y bermaydi va giperammonemiya yuzaga keladi, bu jigar ensefalopatiyasining rivojlanishidagi etakchi omillardan biridir. Ushbu jiddiy asoratni oldini olish uchun tozalovchi ho'qnalar yordamida ichakni bo'shatish kerak. Ichak mikroflorasining o'sishini to'xtatish uchun ichishga antibiotiklar buyuriladi, ular oshqozon-ichak traktidan so'rilmaydi.



184 - rasm. Sugiura (1973) operatsiyasi

Bu jarayonning asta-sekinlik bilan rivojlanishi taloqqa bemaol oqib kelayotgan qonni to'g'ridan-to'g'ri jigarga yo'naltirilishi oqibatida uning yo'qolib borayotgan faoliyatini tiklanishiga olib keladi. Albatta, bu jarayonlarning hammasi vrach nazorati ostida.

Jigar sirrozi asoratlari

- Varikoz kengaygan venalardan qon ketish
- Assit
- Jigar ensefalopatiyasi
- Birlamchi peritonit
- Gepatorenal sindrom
- Gepatotsellyulyar karsinoma
- Gipersplenizm

Sindromning jigar ichi va jigar usti shakllari bo'lgan ko'plab bemorlarda oqibati ijobiy tugamaydi, jigar funksiyalari odatda kam uchraydigan jigardan tashqari portal gipertenziyasi bo'lgan odamlarda prognoz ijobiy tugaydi.

QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARI

Qalqonsimon bezda ikkita bo'lak (lobus) va bo'yincha (isthmus glandulae thyroidae) hamda yuqori pastki qutblari farqlanadi.

Taxminan $1/3$ qismi piramidal Qo'shimcha bo'lagi (lobus pyramidalis), qo'proq bo'yincha qismidan boshlanadi yoki bezning yon bo'laklaridan hosil bo'ldi. Kam holatlarda bez cho'qqisi til osti suyagigacha boradi. Ba'zida bo'yincha qismi bo'lmaydi yoki o'lchami aksincha juda katta bo'ladi, uchinchi qismga o'xshab ko'rinadi. Ushbu holatlarni hisobga olgan holda traxeotomiya o'tkazishda shoshmaslik uchun to'liq o'qib o'rganish kerak.

Bez o'lchamlariga murojaat qiladigan bo'lsak har bir bo'laklarining uzunligi 5-7 sm-dan, kengligi 3-4 sm, qalinligi - 2 sm-cha.

Qalqonsimon bez normal og'irligi Arendt ma'lumotiga ko'ra, chakaloklarda 1 gr, 6 oylikgacha bolalarda - 2 gr, 6-12 oylikda - 3 gr, 3-4 yoshda - 7 gr, 5-10 yoshda - 10 gr, 11-15 yoshda - 15 gr, 16-25 yoshda - 25 gr-ni tashkil qilib bez yonbosh bo'laklari V- VI traxea halqasi ro'parasida joylashadi.

Bo'yin funksional tarkibini follikulalar hosil qiladi (25 dan 500 mkm-gacha). Follikulalar devori bir qavat epiteliydan iborat (yassidan silindrikkacha, to'qimani funksional aktivligiga bog'liq holda). Follikulalar venoz kapillyarlar, limfatik kapillyarlar va nerv tolalari bilan o'ralgan.

Qalqonsimon bez, bo'yin IV fassiyasidan hosil bo'lgan ikki qavat kapsula bilan o'ralagan. Bez xususiy fassiya kapsulasi chuqur kirib borib bezni ikki bo'lakka (lobuli) ajratadi qolgani follikulalardan iborat. To'rtinchi fassiya bezdan Qo'shni organlarga bog'lanadi. O'rta bog'lam ko'ndalangiga yo'nalib bo'yin o'rtasidan va uzuksimon tog'ayni I-traxeya tog'ayiga tortib turadi. Yonbosh bog'lam bezdan o'tib uzuksimon va qalqonsimon tog'ayga boradi.

Sintopiyasi. Qalqonsimon bez bo'yinchasi traxeya I-III yoki III-IV tog'aylar, kam holatlarda uzuksimon tog'ayning old yuzasida yotadi.

Traxeyani yonbosh bo'lagi orqa sathida xalkum, hiqildoq va qizilo'ngach joylashadi, tashqi qirrasini umumiy uyku arteriyasining devori

hosil qiladi. Bez orqa medial yuzasida bo'yin o'rta chizig'iga yunalishi buylab qaytuvchi nerv yotadi.

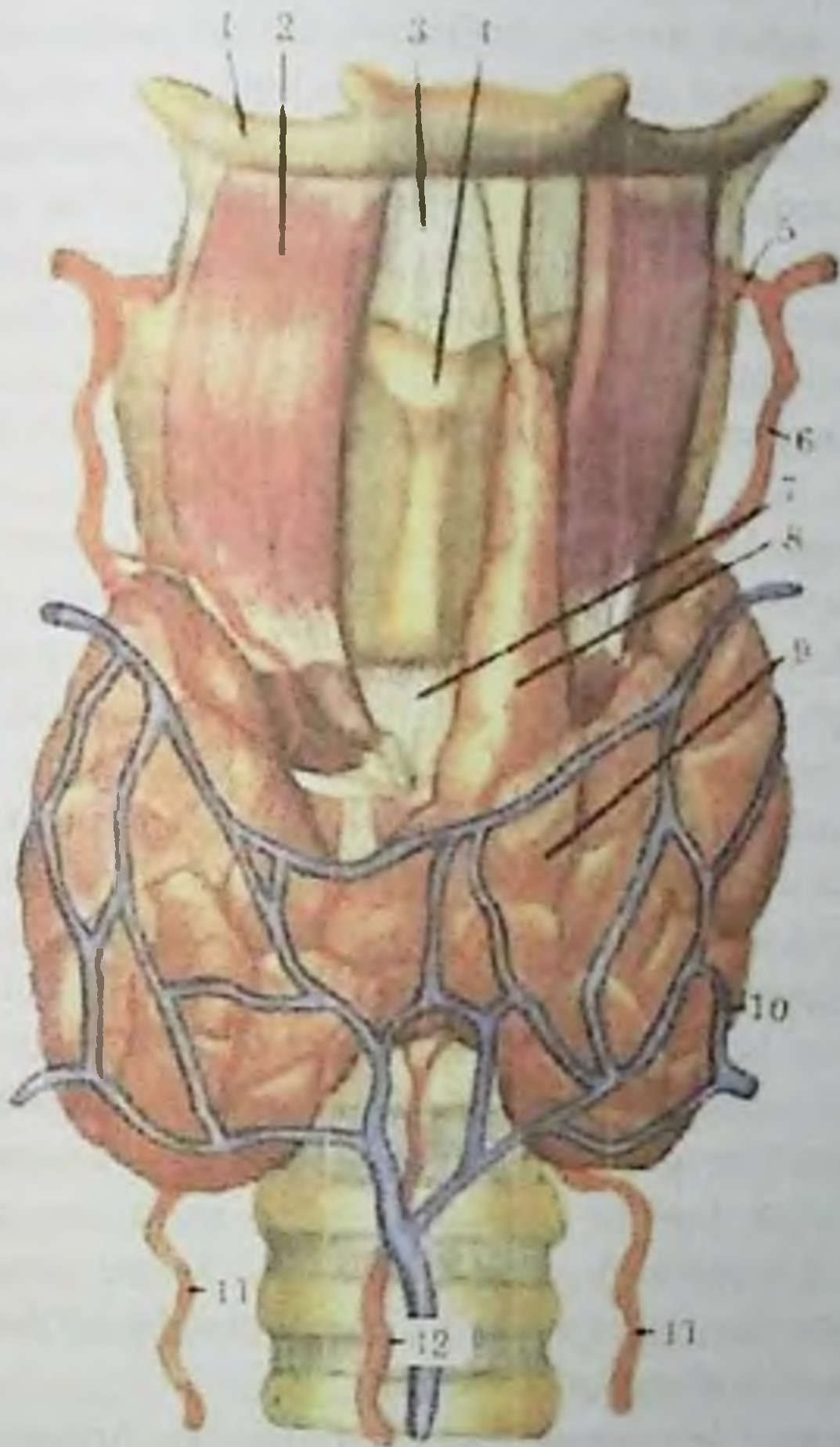
Qalqonsimon bezning old yuzasi ko'krak til osti, ko'krak-qalqonsimon va ko'krak til osti mushagi bilan qoplanadi.

Qalqonsimon bezni qon bilan ta'minlanishi ikkita juft va bitta tok arteriya tarmog'i yordamida amalga oshiriladi, 2 ta yuqori qalqonsimon arteriya bevosita tashqi uyqu arteriyasidan, 2 ta pastki qalqonsimon arteriya bevosita umrov osti arteriyasi stvolidan shuningdek bitta nomsiz arteriya bevosita aorta yoyidan chiqadi (185 - rasm).

Qalqonsimon bez bo'yincha qismiga 5% holatlarda qalqonsimon bez (Yelka-bosh stvoli sistemasi) toq arteriyasi chiqadi. Bezning asosiy arteriyalari asosan to'qimaga kirguncha tarmoqlanadi. Anastamoz ko'pincha bezning ikkala bo'lagi oralig'ida hosil bo'ladi, operatsiya jarayonida qalqonsimon bezga kiradigan asosiy arteriya va stvollami bog'lab yoki kesib qo'yishdan ehtiyot bo'lish kerak. Agarda bunday holat kuzatilsa organda qon aylanish buzilishiga olib keladi.

Bezning ikkinchi asosiy muhim amaliy ahamiyati shundan iboratki u bez old yuzasini qon bilan ta'minlab, arterial stvol ko'rinishida turadi. Bezni tashqarisida asosiy arteriyalari ikkita tarmoq ko'rinishida joylashib, uchinchi tarmog'i uning kapsulasida joylashadi. Bezda chuqur joylashgan mayda arterial tomirlar bo'lib, buni operatsiya vaqtida gemostaz qilish uchun esdan chiqarmaslik kerak.

Yuqori qalqonsimon arteriya odatda tashqi uyqu arteriyasidan chiqib, ba'zan uchinchi holatlarda umumiy uyqu arteriyasidan ham boshlanadi. U pastga va ichkariga yo'naladi, qalqonsimon bez yuqori qutbi tarmoqlari 2-3 ga bo'linib ketadi. Bu tarmoqlar N.B. Lixachev ma'lumotlariga ko'ra bezning old-yon va orqa yuzalarini qon bilan ta'minlaydi. Qo'proq quyidagicha variantlar uchraydi: tashki, oldingi va ichki tarmoqlari; orqa, oldingi va ichki yoki orqa, tashqi va ichki tarmoqlar. Xirurg asosan ichki tarmoqni yodidan chiqarmasligi kerak, bu tomir anastomozlari bilan bitta arteriya (hiqildoq arteriyasi) qarama-qarshi tomonda joylashadi. Ba'zi holatlarda tomir to'satdan yorilsa har ikkala tomon tugash joyida ko'p miqdorda qon ketishi kuzatiladi. Bu holatni bartaraf qilish uchun avval tomimi atrof to'qimalardan ajratib so'ngra qisqichlarga olib ishlov berish kerak.



185 - rasm. Qalqonsimon bezni qon bilan ta'minlanishi hamda traxeya bilan aloqasi (Oldindan ko'rinishi):

- 1 - Til osti suyagi; 2 - Qalqonsimon til osti mushagi;
- 3 - Qalqonsimon til osti bog'lam; 4 - Qalqonsimon tog'ay;
- 5 - Hiqildoq yuqori arteriyasi; 6 - Qalqonsimon yuqori arteriyasi;
- 7 - Uzunqalqonsimon aro bog'lam; 8 - Qalqonsimon bez piramidal bo'lakchasi; 9 - Qalqonsimon bez; 10 - Hiqildoq venasi;
- 11 - Hiqildoq pastki arteriyasi, 12 - Qalqonsimon bez toq arteriyasi.

Pastki qalqonsimon arteriya qonni umrov osti arteriyasidan oladi, 2-3% holatlarda aynan shunday bo'lmaydi. Doimo pastki qalqonsimon arteriyadan ko'ra yuqori qalqonsimon arteriya keng va rivojlangan bo'ladi. Pastki qalqonsimon arteriya keraklicha egri-bugri joylashgan. Pastki qalqonsimon arteriya tarmoqlarga bo'linib qalqonsimon bez pastki qism orqa-yon yuzasiga o'tadi. Shu sababdan operatsiya davomida qalqonsimon bezni ajratayotganda ko'pincha bilinmas ya'ni ko'rinmaydi, shuning uchun operatsiya qilish chog'ida arteriya zararlangan u bir necha nerv ustunlari qisqarishi hisobiga traxeya va bez o'rtasidagi yoriqqa kirib ketadi va keskin xavf tug'diradi.

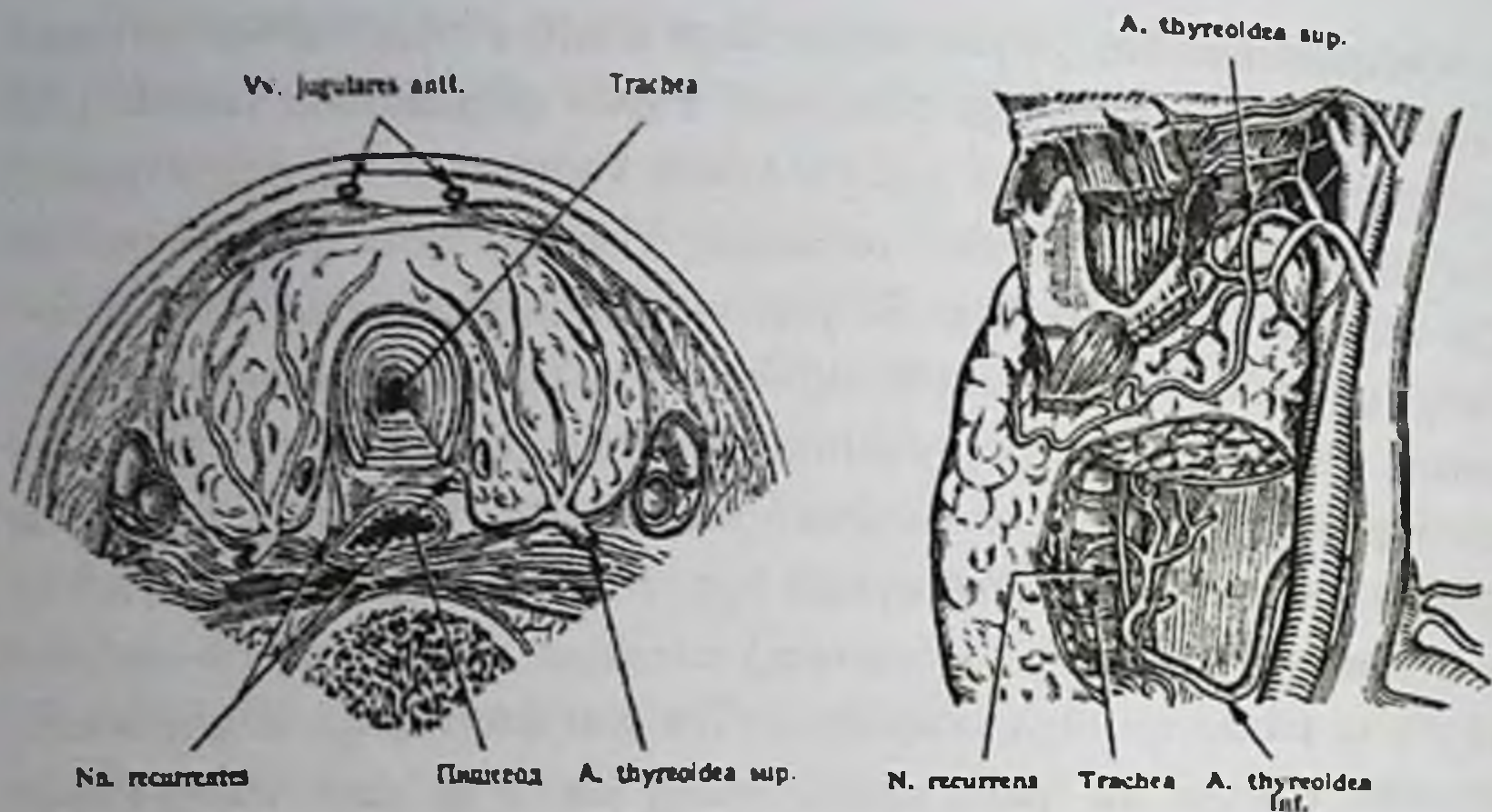
Qalqonsimon bezni toq arteriyasi odatda yelka-bosh ustuni yoki aorta yoyidan chiqadi, traxeya o'rta chizig'i bo'ylab bo'yin qismigacha ko'tariladi. 45% holatlarda qalqonsimon bezga Qo'shimcha tomir, hiqildoq arteriyasi chiqib qizilo'ngach va bo'yin mushaklariga qarab yo'naladi. Qalqonsimon bez qon aylanish intensivligi bo'yicha boshqa organlarga qaraganda birinchi o'rinda turadi. Bezni bir gr massasidan minutiga 50 ml qon oqib o'tadi ushbu holat bo'yirak to'qimasida 15 ml-ni, yotgan paytda mushakda 1-2 ml-ni tashkil qiladi. Bezda arterialararo anastamozlar yaxshi shakllangan. Qalqonsimon bez yuza venalari vena chigallarini hosil qiladi, pastki ikki venasi bez old-yon yuzasida tarmoqlanib chiqib nomsiz venaga quyiladi. Bezni venoz chigallari visseral varaq atrofida joylashadi. Bezda patologik o'zgarish bo'lganda qon tomirlar kallibri, miqdori va tarmoqlanish variantlarini bilish kerakki patologiya bo'lsa bezda shu zararlangan yo'nalish bo'ylab patologik uchoq aniqlanadi. Asosan tireotoksikozda antitireoid preparatlar, va ko'pincha tireostatik vositalar qo'llanganda qon tomir devorida xuruj alomatlari aniqlanadi.

Qalqonsimon bez asosiy qon tomirlari: 1) Arteriya va vena tomirlarining yo'nalishi bir-biriga mos kelmasligi. 2) Bez vena qon tomirlarini umumiy miqdori, kengligi, sig'imi arteriya qon tomirlariga qisman mos keladi; 3) Bezning vena tomirlari chigal hosil qiladi, ko'plab anastamozlari bo'ladi shu sababdan bez jarohatlangan sohadan xamda markaziy, periferik venalaridan kuchli qon ketish yuz beradi; 4) Bez venasi, bo'yin barcha venalarida klapan bo'lmaydi shuning uchun yog' emboliyasi, havo emboliyasi bo'yin old jarohatlanishlarida qo'proq uchraydi.

Qalqonsimon bez yuqori venasi faqat arteriya bilan baravar yo'naladi va alohida ustun ko'rinishiga o'xshaydi. Pastki qalqonsimon vena ko'plab ustunlarga ega bo'lib uning o'zini yo'nalishi yonbosh bo'lak pastki qismiga va bo'yincha qismidan pastka yo'naladi. Yonbosh yoki medial vena bir necha ustun ko'rinishida bez old-yon yuzasidan chiqib ichki bo'yintirik venasiga quyiladi. Venani bo'yin old va yon yuzalarida joylashishi foydali. Normada bez orqa yuzada joylashmaydi. Qalqonsimon bezda yuqori va pastki hiqildoq nervlarini qon tomirlari bilan birga joylashganligi favqulotda holatlarda muhim amaliy ahamiyatga ega. Pastki hiqildoq yoki qaytuvchi nerv (n. laringeus inferior s. recurrens) adashgan nervdan chiqib chapdan aorta yoyini pastki qismiga, o'ngdan umrov osti arteriyasiga to'g'ri keladi. Chap nerv traxeya va qizilo'ngach oralig'ida, o'ng nerv traxeya orqa devorida yotadi. Qaytuvchi nerv o'quv qo'llanmalarda va rasmlarda alohida ustun ko'rinishida yozilgan, turli xil variantlarda, holatlarda aks ettirilmagan. Ko'pincha qaytuvchi nerv qalqonsimon bez pastki qutbida ikki uch tarmoqqa bo'linib ketadi. Taxminan 50% holatlarda nerv yoki uning bir tarmog'i pastki qalqonsimon arteriya oldidan o'tadi (186 - rasm). Qalqonsimon bez yon bo'lagini olish operatsiyasida bez pastki arteriyasini bog'lashda uning nerv tolalariga zarar etishidan qalqonsimon bezda falajlanish kuzatilishi mumkin.

Xirurg aynan qaytuvchi nervni anatomo-topografik xarakteristikasini to'liq bilishi qalqonsimon bez operatsiyalarida ovoz boylami funksiyasini buzilishi patogenezini tushunchasi imkoniyatini beradi, asosan yon bo'laklari subfatsial joylashganligi sababli to'g'ridan to'g'ri travmalarda nervlarda zararlanish bo'lmaydi. Buning sababli to'g'ridan to'g'ri travmalarda nervlarda zararlanish bo'lmaydi. subfatsial joylashganligi sababli to'g'ridan to'g'ri travmalarda nervlarda zararlanish bo'lmaydi.

Hiqildoq yuqori nervi o'z funksiyasi bilan aralash funksiyali nerv deb nom olgan. Uning tashqi tarmog'i qalqonsimon bez oldi mushak tolalarini harakatini ta'minlaydi, ovoz boylamini taranglashishida ishtirok etadi. Uning ichki tarmog'i sezgir, tarmoqning tugash joyi lokalizatsiyasi hiqildoq va hiqildoq usti shillik qavatida tugaydi, tashqi tarmog'i yuqori qalqonsimon arteriyasi bilan bir qatorda o'tadi.



186 - rasm. Qalqonsimon bezning innervatsiyasi.

Qalqonsimon bez yuqori joylashganda yuqori qutbi yoki bez yuqori arterial stvoli bog'langanda hiqildoq yuqori nervini travma qilish mumkin. Ba'zan, tashqi harakatlantiruvchi nerv zararlanganda ovoz o'zgarishi kuzatiladi (ovoz o'zgarib boshlaydi). Bu simptom hiqildoq pastki nervini zararlanishini aniqlashda yetarlicha murakkab differentsiyaga olib kelishi mumkin. Ichki tarmoq jarohatlanganda bemor qattiq ovqatlarni yaxshi yutadi, suyuq ovqatlar erkin nafas yo'liga o'tib ketadi, hiqildoq usti sezuvchanligi oshib va yutinishda hiqildoqni yopmasdan kiradi. Bu holat 2-3 hafta davom etishi mumkin, keyinchalik bu holat borgan sari kamayib boradi va hiqildoq usti nerv o'tkazuvchanligi funksiyasi qayta tiklanib normallasadi.

Qalqonsimon bez limfa tugunlari asosan traxeya old-yonida joylashadi. Qalqonsimon bezni yon bo'lagi orqa yuzasida, bevosita qalqonsimon bez orti bezi kapsulasi joylashadi, uning asosiy vazifasi organizmda kalsiy almashinuvini boshqaradi.

Odatda ular har ikkala bo'lakda, pastki qalqonsimon arteriyaga yaqin joylashadi. Paraqalqonsimon bez yuqori sathi uzuksimon tog'ay pastki qirrasida, qalqonsimon bezni yon bo'lagi pastki qirrasidan 0,5-1 sm yuqorida yotadi. Paraqalqonsimon bez katta bo'lmagan qo'ng'ir-sariq rangli bo'lib o'lchami o'rtacha 2×3×6 mm-ni tashkil qiladi. Bez odatda juda kam hollarda kapsula ichida joylashadi.



187 - rasm. Qalqonsimon bez orti bezini joylashishi.

Endemik bo'qoq yoki yoddefitsit kasalligi

Etiologiya va patogenezi

Yoddefitsit kasalligi inson uchun noinfeksion patologiya bo'lib keng tarqalgan. Yer planetasi bo'ylab yod yetishmovchiligini atroflicha hisoblaganda 15 000 000 00 kishini tashkil qiladi, ulardan 600 mlni. qalqonsimon bez kattalashishi bilan kechadi, 40 mln aholi esa kuchli aqliy rivojlanishdan orqada qoladi. Klinik amaliyotda yoddefitsit kasalligi bo'qoq keng tarqalgan. Agar qalqonsimon bez hajmini kattalashishi mahalliy regionda aniqlangan bo'lsa endemik bo'qoq bo'lib 5% prepubertat yoshda uchraydi. Sporadik bo'qoq bu qalqonsimon bez kasalligi ma'lum regionda yashovchi aholi yashash joyida yod yetarlicha ta'minlangan bo'ladi. Endemik bo'qoq haddan tashkari ko'p uchrab, organizmga yetarlicha yod tushmasligi sababli yuzaga keladi. Yod yetishmovchiligidan tashqari, bir qator strumogen omillar sababli ham bo'qoq rivojlanishi mumkin.



188 – rasm. Yoddefitsit kasalliklari epidemiologiyasi “Aysberg” fenomenini.

Qalqonsimon bez to'qimasi folikulalarida yod o'zlashtirilishiga tiotsianid, flavonoid, oltingugurt saqlovchi tionamid va boshqa moddalar halaqit qiladi. Ko'pchilik mutaxasislarni fikricha butun dunyo bo'yicha bo'qoqni kelib chiqishi fonida yod yetishmovchiligi yotadi.

Strumogen omillar uch asosiy guruhga bo'linadi:

1. Davolovchi vositalar, qalqonsimon bez funksiyasini bloklaydigan preparatlar (tireostatiklar).
2. Tabiiy strumogen omillar,
3. Tarkibida flavonoid va tiotsianid saqlovchi suv va ovqat mahsulotlari.

Bo'qoq paydo bo'lishiga ko'pincha strumogen omillar olib keladi.

Barcha strumogen omillar ko'shib tireotrop gormon sekresiyasi aktivligini turli xil darajadagi intensivlikda o'zgartirib qalqonsimon bez funksiyasini blokirovkaga uchratadi, bu bezning kattalashishiga olib keladi. Bundan tashqari ko'pchilik strumogen sabablar bez ichidan yod ajralishini pasaytiradi, qalqonsimon bez funksiyasini buzadi. Shunday qilib strumogen omillarni ta'sir qilishi va ayni paytda ko'plab sababdan yod yetishmasligi patogenezi qalqonsimon bezni kattalashishiga olib keladi.

Barcha bo'qoqga olib keluvchi omillar orasida endemik bo'qoq patogenezining rivojlanishi genetik omillar ta'sirida bo'lishi aniqlangan. Yengil darajali yod yetishmovchiligiga moyillik aholi o'rtasida ko'pchilikni tashkil qiladi. Dunyoda yod yetishmasligidan, bo'qoqni rivojlanishi ortib bormoqda. Og'ir darajali yod yetishmovchiligi hohlagan kishida moyillik bo'lishi yoki genetik omillarga bog'liq emas, kasallikni klinik polimorfizmi uning tarqalishiga jiddiy ta'sirini ko'rsatadi. Qalqonsimon bez gormonlari ko'pincha yod ajratmasligi aniqlanadi. Qalqonsimon bez tiroksin (T₄) sekresiya qiladi bu tarkibida 4 atom yod saqlaydi. Tiroksin periferik to'qimalarga tarqaladi, biologik aktiv triyodtironin bo'lib u tarkibida 3 atom yod saqlaydi. Kam miqdorda qalqonsimon bez o'z to'qimasidan sekresiya qilinadi. Organizmga yod suv va ovqat mahsulotlari bilan tushadi, qalqonsimon bezda yod qondan aktivlashib gormon xosil bo'lishida foydalaniladi. Organizmga yod suv va ovqat mahsulotlari orqali tushib qalqonsimon bezda aktivlashadi hamda gormon xosil bo'lishi uchun foydalaniladi. Bu 60% qo'proqni hosil qiladi, siydik bilan ajralmaydi. Organizm uchun yetarli miqdorda gormon kerak, bu uchun yetarli miqdorda

yod organizmga tushib turishi zarur. Har kungi yodga ehtiyoj kishining yoshiga va fiziologik holatiga bog'liq.

Odam hayoti davomida hammasi bo'lib 4-5 gr yod sarflaydi. Bu atigi bir choy qoshiqni tashkil qiladi. Qalqonsimon bez kasalligi uzoq muddat davomida TB-da bo'lgan miqdorda yod yetishmasligi oqibatida kelib chiqadi.

Bo'qoq endemiyasini og'irlik darajasini aniqlashda foydalaniladigan qator ko'rsatkichlar.

Lens-Bauer indeksi (bu bo'qoqni erkaklar va ayollar o'rtasida uchrashiga ko'ra nisbati, agar nisbat birga yaqin bo'lsa og'ir endemiya deb sanaladi).

Tugunli bo'qoq uchrashiga ko'ra boshqalariga nisbatan ustunlik qiladi.

Kretinizm borligi. SSV endemik bo'qoqni navbatdagi kriteriyaga asoslangan holda baholaydi.

Bo'qoqni tarqoqligi (palpator tekshirishga asoslanib aniqlanadi).

Qalqonsimon bezni kattalashish darajasini asosan UZI xulosasiga ko'ra aniqlanadi.

Tireotrop gormonini qondagi miqdoriga ko'ra (TTG).

Tireoglobulin konsentratsiyasiga ko'ra.

Yoduriyaga qarab. Yod yetishmovchiligi darajasini bitta ko'rsatkichga ko'ra baholash qiyin, uni bir necha ko'rsatkichlardan foydalanib baholash mumkin. UZI xulosasiga ko'ra yod endemiya amplitudasini baholash navbatdagi o'rinda turadi.

Bo'qoqda yod defitsitligi yagona sabab emas. Qalqonsimon bez kattalashishida autoimmun kasalligi (diffuz toksik bo'qoq yoki Grejvs-Bazedov kasalligi) va yallig'lanish kasalligi (tireoidit), o'sma (yaxshi va yomon sifatli), kistalar sabab bo'lishi mumkin. Qalqonsimon bez odatda xomiladorlikda kattalashadi. Qalqonsimon bezni har kanday kattalashishi bo'qoq deyilib, uning kattalashishi faqat strukturasi, olib keluvchi omil yoki morfologiyasiga bog'liq emas. Qalqonsimon bezni ko'pgina kasalliklari bo'lib uni kelib chiqishiga ko'ra, klinikasi va morfologik holatiga qarab davolanadi.

Klassifikatsiyasi. Qalqonsimon bezni eng asosiy tekshirishlaridan biri palpatsiya bo'lib bo'qoqni borligini, kattalik darajasini va tugun o'lchamini aniqlashda qulay. Ammo palpator tekshirish usuli past sezgirlik darajasiga

ega bo'lganligi uchun 30-40% hollarda yolg'on informatsiya beradi. Qalqonsimon bezni kattalik darajasini erta aniqlash va baxolash uchun A.N. Nikolaev klassifikatsiyasi qabul qilingan. Hozirda ushbu klassifikatsiya bir oz eskirgan. Negaki asosiy kamchiligi normal o'lchamdagi bez tushunchasi ichiga kirmagan (Normada qalqonsimon bez paypaslanmaydi), Ayni paytda qalqonsimon bezni kattalik darajasini aniqlash uchun butun dunyo SSV tomonidan quyidagi klassifikatsiya qabul qilingan.

Qalqonsimon bezni kattalik darajasi formasiga ko'ra:

Diffuz bo'qoq

Tugunli bo'qoq

Aralash bo'qoq.

Diffuz kattalashgan qalqonsimon bez odatda ikkala bo'lagi va bo'yinchasi hisobiga simmetrik va assimetrik tipda kattalashishi mumkin.

Tugunli kattalashish – bu bezni qaysidir qismi yoki bo'yinchasi tugunli hosila hisobiga kattalashishi mumkin.

Aralash bo'qoq- bu qalqonsimon bezni tugun va diffuz kattalashishi bir vaqtda Qo'shib kelishi bilan baholanadi.

Qalqonsimon bezni funksional holatiga ko'ra quyidagi guruhlarga bo'linadi:

Eutireoid (normal funksiya);

Gipertireoid (qalqonsimon bez funksiyasini oshishi);

Gipotireoid (qalqonsimon bez funksiyasini pasayishi).

Bo'qoqni joylashish lokalizatsiyasiga ko'ra:

I. Tipik lokalizatsiyasi (Bo'yin old yuzasida joylashishi);

II. Atipik joylashuvi

Bo'yin-ko'krak oldi;

Ko'ks orti (Retrosternal);

Ko'ks oldi (Antisternal);

Bo'qoq ektopiyasi (Til ostida, ko'krak ichida)

Aberrant bo'qoq (Qalqonsimon bezda qo'shimcha bo'qoq).

Tugunli bo'qoq

Tugunli bo'qoq (TB)–bu terma klinik tushuncha bo'lib, turli xil morfologik harakterdagi qalqonsimon bezda hosil bo'lgan barcha tugunlarni Qo'shilishidan yuzaga keladi. Qalqonsimon bezni (QB) klinik amaliyotda har qanday o'lchamda kattalashishi, kapsulasini borligi, palpator, vizual

tekshirish yordamida aniqlansa bu termin «tugun» deb kabul qilingan. Qalqonsimon bezdagi tugunlar tekshirish usullari yordamida aniqlanadi. Tumanlarda qalqonsimon bezdagi tugunlar 3-7% hollarda palpator topiladi. Suv va ovqat mahsulotlarida yod yetarli bo'lgan joylarda uchraydigan bo'yoqlarga qaraganda endemik bo'yoqlar bir necha bor ko'prok uchraydi. Kattalarda UZI tekshiruvi 30% holatlarda, erta hosil bo'lgan tugunlarda to'g'ri diagnostika qila olmaydi, buni ustiga ko'pincha bir necha tugunlar aniqlanadi. Oxirida autopsiya qilinib bemorlar tekshirib ko'rilganida qalqonsimon bezda joylashgan tugunli hosilalar umumiy bemorlarning yarmidan ko'prok kismini tashkil kiladi. Qalqonsimon bez tugunli hosilalari erkaklarga nisbatan qo'proq ayollarda uchraydi.

Tugunli bo'yoqni kechishi va patogenezi. Yoddefitsit bo'lgan regionlarda tugunli kolloid proliferatsiyalagan bo'yoq yoddefitsit tireopatiya morfogenez etapidan boshlanadi. Ko'p yillar davomida qalqonsimon bez funksiyasi avtonom shakllangan, toksik bo'yoq tugunli (ko'p tugunli) bo'yoqlarda og'ir klinik belgi bilan kechadi. Qalqonsimon bezda yod defitsitligiga moyillik bo'lganda stimulatsiya qiluvchi omil, tireoid gormonlar produksiyasini adekvat miqdorda ta'minlash uchun asosiy defitsit substrat sintezini yaxshilash kerak. Qalqonsimon bez kattalashishiga olib keluvchi sabab bo'lganda diffuz eutireoid bo'yoq shakllandi (I etap). Yod defitsitligi bilan bog'liq bo'lgan bo'yoq aholida 10-80% holatlarda uchraydi. Aytishlaricha qalqonsimon bez to'qimasi o'ta sezgir. Proliferatsiyalovchi bo'yoq yakka yoki ko'p tugunli bo'lib shakllanishi (II etap). III etap kompensator jarayon bo'lib tug'ma patologik xarakterda boshlanadi. Alohida tirotsitlarda aktiv bo'linadiganlarida reparativ jarayonlar kechikib boshlaydi shuning natijasida mutatsiya yig'ilib boradi. Oxirgi etap IV etap bo'lib bunda bo'yoqni yod defitsitli morfogenezi tugunli va ko'p tugunli diffuz toksik bo'yoq qalqonsimon bezni avtonom dekompensatsiyasi bilan kechadi. Ushbu jarayon ko'p yillar davomida davom etib kelmokda shuning uchun tugunli va ko'p tugunli bo'yoq (eutireoid, toksik) keksa yoshdagi odamlarda ko'prok uchraydi. Ko'plab mualliflar fikricha jiddiy muommalar yengil va o'rtacha yod- defitsitligi bo'lgan bemorlarda va ko'pincha ko'p tugunli hamda tugunli toksik bo'yoq keksa yoshlilarda uchraganda kelib chiqadi.

Patomorfologiyasi. Bo'qoq makroskopik xarakteriga ko'ra diffuz, tugunli va aralashga bo'linadi. Gistologik tuzilishiga ko'ra-parenximatoz va kolloid bo'ladi (189-rasm). Ba'zan bez kistoz va kalsinatlangan bo'ladi. Eutireoid bo'qoqni gipertireoid bo'qoqqa o'tish belgilari: Tireoid epiteliydan yassi, kubik va silindrik yostikchasimon, so'rg'ichli, papillomatoz tarmoqlanib o'suvchi va limfotsit suyuqligi bilan to'lishi, suyuq vakuolasimon kolloidliga o'tishiga aytiladi. Kolloid eozinofillar tarkibida ko'p miqdorda so'rg'ichli vakuolalar, interstitsiyada - limfotsit, follikulalar saqlaydi (189-190-rasm).



189 - rasm. Endemik notoksik bo'qoq.

Makrofollikulyar bo'qoq bez epiteliysininig proliferatsiya bilan kechishi (gematoksilineozin bilan bo'yalganda ko'rinishi).



190 - rasm. Diffuz toksik bo'qoq.

Epiteliya giperplaziyasi so'rg'ich hosilalari bilan (gematoksilineozin bilan buyalganda ko'rinishi).

Klassifikatsiyasi

Kalqonsimon bez tugunli kasalliklarini morfologik xarakteriga ko'ra bo'linadi: Tugunli kolloid proliferatsiyalovchi bo'qoq, tugunli kolloid proliferatsiyalanmagan (yaxshi sifatli o'sma) bo'qoq hamda yomon sifatli o'sma. Qalqonsimon bez tugunli kasalliklarini klassifikatsiyasi (SSV, 1988 y.)

I. Tugunli kolloid bo'qoq turli xil darajada proliferatsiyalanishiga ko'ra.

II. O'sma:

1. Epitelial o'sma:

A. Yaxshi sifatli:

Folikulyar adenoma;

Boshqalar.

B. Yomon sifatli:

Folikulyar rak;

Papillyar rak;

Medullyar rak;

Differensiyallashmagan (anaplastik) rak;

boshqalar.

2. Noepitelial o'sma:

A. Yaxshi sifatli.

B. Yomon sifatli:

Aralash o'sma;

Ikkilamchi;

Differensiyallashmagan o'sma;

O'smasimon tugun.

Tugunli kolloid proliferatsiyalovchi bo'qoq va qalqonsimon bez o'smasi diagnostik usullarda bir necha termin bilan xarakterlanadi.

Tugunli bo'qoq (klinik termin) –bu klinik terma tushuncha bo'lib, qalqonsimon bezni barcha hosilalarini o'z ichiga qo'shib oladi, morfologik xarakteriga ko'ra esa turli xilga bo'linadi.

Tugunli bo'qoq (morfologik termin) –sporadik yoki endemik kolloid proliferatsiyalagan bo'qoq inkapsulyar ko'rinishi.

Solitar tugun-qalqonsimon bezni bitta inkapsulyar hosilasi.

Ko'p tugunli bo'qoq-qalqonsimon bezni ko'p sonli inkapsulyar hosilasi ammo bez orasida to'qima bo'lib yopishmagan ko'rinishga ega.

Konglomerat tugunli bo'qoq- bu qalqonsimon bezni ko'p sonli inkapsulyar tugunli ko'rinishi, bez bilan intim yopishib shakllangan konglomerat hosil qilgan.

Haqiqiy kista- inkapsulyar bo'lib bo'shlig'i ichida suyuqlik saqlaydi.

Tugunli kistoz degeneratsiya - umumiy kistoz komponentga ega bo'lishi bilan birga tarkibida to'qima ham bo'ladi.

Aralash yoki diffuz-tugunli bo'qoq-tugun qalqonsimon bezni diffuz kattalashishi fonida yuzaga kelgandagina aytiladi.

Qalqonsimon bez o'smasi adenoma-yaxshi sifatli inkapsulalashgan poliklonal o'sma, adenokarsinoma - yomon sifatli inkapsulalashgan monoklonal o'sma.

Haqiqiy tugun surunkali autoimmun tireoidit fonida inkapsulalashgan tugun (morfologik-tugunli kolloid bo'qoq) autoimmun tireoidit fonida (AIT).

Simptomatikasi va klinik kechishi

Bemorni klinik tekshirish etaplaridan o'tkazish kerak:

Qalqonsimon bezda tugun borligini tasdiqlash yoki inkor qilish.

Tugun o'lchami va uni lokalizatsiyasini baxolash;

Qalqonsimon bez funksional aktivligini aniqlash.

Bemorni tugunli bo'qoq bilan klinik tekshirishlar natijasiga bog'liq holda davolash taktikasi. Qalqonsimon bezni har kanday tugunli hosilasida onkologik ehtiyotkorlikni unutmaslik kerak va agar ko'p laborator va instrumental tekshirish usullari natijasida tugun borligi yuqori informatsiyada aniqlansa, palpator aniqlansa, tugun kichik o'lchamda ya'ni 1 sm-gacha diametrda bo'lsa differensial diagnostika o'tkazish va klinik diagnozni qo'yish ancha murakkab.

Ko'pgina bemorlar hech kanday shikoyat qilmaydi, agar shikoyati bo'lsa unda nospesifik xarakterda bo'ladi. Bemor boshini burganda bug'ilish kuchaysa, disfagiya, bo'yin sohasida bosim sezgisiga, halqumda g'ijirlash sezgisiga shikoyat qilsa u holda katta o'lchamda ko'krak ortida tugun borligidan dalolat beradi. Faqat 20% atrofi holatlarda qalqonsimon bezni tugunli hosilalarida klinik simptomatika ifodalanadi.

Tugunli bo'qoqlarni baholashda klinik ma'lumotlar albatta o'qitiladi, 60 yoshdan oshganlarda va 20 yoshdan kichiklarda, erkaklarda, tugun o'lchami 4 sm bo'lganda va anamnezidan bo'yin sohasida nur terapiya o'tkazgan bo'lsa yomon sifatli o'smaga aylanishi mumkin.

Yomon sifatli tugunlarda yutinganda bez harakati sezilmasligi, ovoz bug'ilishi, regionar limfa tugunlari kattalashishi asosiy kriteriyalari bo'lib ba'zan tugunning tez kattalashishi, kattiklashishi, yaxshi sifatli va yomon sifatli o'smalarda qiyosiy tashxislashda muhim ahamiyatga ega.

Qalqonsimon bezni ko'rish va palpatsiya qilish birinchidan bo'qoq borligini bilish, ikkinchidan bezni kattalashish darajasini aniklash, aynan tugun borligi va uning o'lchamini aniqlab diagnoz qo'yishda muhim ahamiyatga ega (191-rasm).



191 - rasm. Qalqonsimon bezni paypaslash usullari.

Tugun 1 sm-gacha paypaslanmaydi ko'rik vaqtida hech kanday patologiko'zgarish aniqlanmaydi, bunday tugunlar ba'zan to'satdan ultratovush tekshirishlar vaqtida aniqlanib koladi.

Katta bo'lmagan tugun (1,0 sm-dan 3,0 sm-gacha diametrda). Ko'rganda bo'yin o'zgarmagan, palpatsiyada solitar tugun yoki bir necha tugunlar bo'lsa aniqlanishi mumkin. (192a-rasm). Palpatsiya qilinganda tugunni og'riqli yoki og'riqsizligi uning konsistensiyasi va atrof to'qimalar bilan bitishma hosil qilgan yoki yuqligi aniqlanadi. Palpator albatta limfa tugunlarini ham tekshirish mumkin. Ko'krak orti buqog'i va tugun o'lchamini katta bo'lishi (3,0 sm diametrdan kata bulganda) (192^b-rasm).



A



B

192 - rasm. Qalqonsimon bezni tugunli xosilasi.

a –tugunli bo‘qoq II darajasi; b –ko‘p tugunli bo‘qoq V darajasi.

Bo‘qoq o‘lchami kattalashib Qo‘shni organlarni bosadi, bo‘yin hajmi o‘zgarib shu bilan birga boshqa simptomlar xam qo‘shilib kelishi mumkin:

Bo‘yin sohasida yoqimsiz sezgi;

Bosim sezgisi, tomoq komasi;

Vizual bo‘yin kattalashishi;

Yutinishning qiyinlashishi;

Ko‘p yutalish;

Ovoz bug‘ilishi;

Bo‘yin deformatsiyasi;

Bo‘yin venalarini kengayishi.

Ikki va undan ortiq klinik simptomlarni bir vaqtda bo‘lishi shuningdek qalqonsimon bez raki bo‘lgan bemorlarda xavf daraja yuqori bo‘ladi ushbu holatlarda onkoehtiyotkorlikni oshirish kerak.

Tugunni tezda kattalashishi;

Tugun juda qattik konsistensiyali bo‘lishi;

Ovoz boylami parezi, regionar limfa tugunlarini kattalashishi

Qalqonsimon bez medulyar raki bemor va uning oilasida borligi.

Dasturlash diagnostikasi. Bemorni instrumental va laborator tekshirish, va vrach ko‘rigini Qo‘shish qalqonsimon bez kasalligini aniqlash dasturi diagnostikasini tuzishga yordam beradi. Qalqonsimon bez turli xil patologiyasini aniqlashning jadvaliy ko‘rinishi.

A. Operatsiya oldi usuli

1. Asosiy:

Qalqonsimon bezni ultratovushli tekshiruvi;
Ingichka ignali aspiratsion punktsion biopsiya usuli (IIAPB)
Tireoid gormonlar miqdorini aniqlash TTG.

2. Qo'shimcha:

Antitireoid antitelalar titrini aniqlash;

Radioizotop skanerlash;

Qizilo'ngachga bariy qontrasti yuborish yo'li bilan ko'krak kafasi rentgenografiyasi.

Kompyuter tomografiya va magnit-yadroli tomografiya (ko'rsatma bo'yicha kamdan-kam bajariladi);

Termografiya

B. Intraoperatsion (Ko'rsatma bo'lsa):

Qalqonsimon bezni intraoperatsion ultratovush tekshiruvi;

Qalqonsimon bez o'smasida to'qimani tezkor gistologik tekshirish (Qalqonsimon bez adenokarsinomasiga shubha qilinganda);

C. Operatsiyadan keyingi (asosiy):

Qalqonsimon bezni gistologik tekshirish.

Qo'shimcha:

O'sma to'qimasini immunogistoximik tekshirish (o'sma markerlarni aniqlashda).

Qalqonsimon bezni ultratovushli tekshirish.

Qalqonsimon bezni tekshirish uchun optimal chizgichli datchik chastotasi 7,5 MGts va 10 MGts (193 - rasm). Qalqonsimon bezni ultratovushli tekshirish bayonnomasida hamma savollarga javobni o'z ichiga olish kerak:

1. Qalqonsimon bez to'qimasidagi organik o'zgargan tugun bilan palpatsiyani mos kelishi.

2. Bemorda bitta (solitar) tugun yoki ko'plab tugun bo'lishi.

3. Tugun strukturasi va o'lchami?

4. Tugun kapsulasida qon aylanish xarakteri?

Ultratovushli tekshirish usuli chegaralangan bo'lib uning yordami bilan qalqonsimon bez morfologik xarakterini aniqlab bo'lmaydi. Bu klinik belgilar muhim hisoblanmasada diaqnozni asoslashda vrachga foydali bo'lishi mumkin.



193 - rasm. Qalqonsimon bezni ultratovushli tekshirish. Qalqonsimon bezda tugunli jarayon strelka bilan ko'rsatilgan.

Ingichka ignali aspiratsion punksiyon biopsiya usuli.

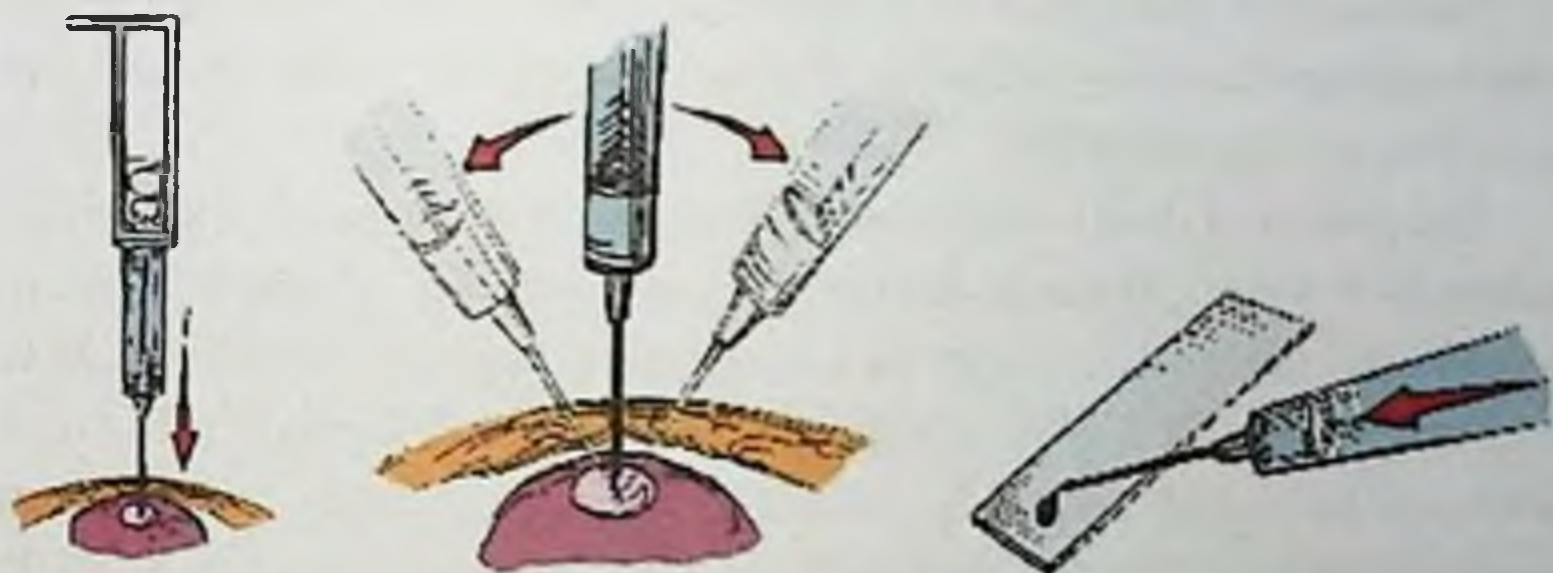
Qalqonsimon bezni sitologik diagnostikasi (H Martin, 1930) yilda aniqlangan bo'lib oxirgi 20 yil davomida keng qo'llanilib kelinmokda. Qalqonsimon bezni ingichka ignali aspiratsion punksiyon biopsiya usuli yagona usul xisoblanadi (IIAPB), tireoid to'qima strukturasi to'g'ri baholashda foydalaniladi. Bu usulni bajarilishi juda oddiy bo'lishiga qaramasdan qimmatbaho asbob uskuna talab etmaydi, yuqori informativ ma'lumot olish mumkin, malakali vrach punksiyani bajarsa malakali sitologik tekshirib bo'ladi. Ko'pchilik amaliy tibbiy markazlarda operatsiya xajmi 50% kamaygan, qalqonsimon bez raki oldinroq diagnostika qilinsa uning soni ikki martaga kamayganligi ma'lum bo'ldi. Tugun bir necha joyidan punksiya qilinib o'lchami 3,5-4 sm-ga kamaytirildi. Muolaja o'tkazilayotganda gematoma bo'lishi, traxeyani teshilishi hamda bemorda og'riq sezgisi bo'lishi mumkin, odatda jiddiy asoratlarga olib kelmaydi. Hozirga vaqtda faqat ultratovushli tekshirish nazorati ostida ingichka ignali aspiratsion punksiyon biopsiya usuli (194-rasm) keng qo'llanilmokda. Tugun 1 sm-gacha bo'lsa palpatsiya qilinmaydi uni faqat muhim vaziyatlarda punksiya qilish va kuzatish tavsiya etiladi, Qalqonsimon bez yomon sifatli o'smaga (gipoexogen, noaniq konturli tugun, mikrokalinat bo'lishi) yoki nasliy medullyar rakga bilan shubha qilinsa ultratovushli tekshirish o'tkaziladi.

Ingichka ignali aspiratsion punksiyon biopsiya usulini to'g'ri o'tkazish qoidasi: Agar qalqonsimon bezda hosila bo'lsa punksiya qilish kerak. Tugun ustidan UZ-datchigi nazorati ostida 0,8-1 mm-li igna shtrixsimon harakat qilinib kiritiladi. Shprisga tugun ichi massasi tortilib

buyum oynachasi ustiga tomiziladi, quritilib, bo'yalgandan so'ng sitologik tekshiriladi (195-rasm).



194 - rasm. Ingichka ignali aspiratsion punktsion biopsiya usuli.



195 - rasm. ПАРВ usulini bajarilish texnikasi

Punktat to'lik yaxshi sifatli (aniqligi 2-5% holatlarda to'g'ri kelmaydi) punktatsiya to'lik yomon sifatli (xato kuzatilmaydi); shubhali rak punktatsiyasi (immunotsitoximik kriteriyalar va sitologik klassifikatsiyaga asosan gistologik xulosada 30-70% hollarda aniqlanadi); ma'lumot bermaydigan punktatsiya (5-8% xollarda), qalqonsimon tugundan qayta biopsiya olinadi va immunotsitoximik tekshirish o'tkaziladi.

Qalqonsimon bezni sitologik tekshirish har doim: «Bu nima?», degan savolga javob bermasligi mumkin, lekin «Nima qilish kerak» degan savolga javob beradi. Bu sitologik tekshirish orqali to'liq yakuniy morfologik tashxis qo'yib bo'lmayligini ko'rsatadi, lekin bemorni nisbatan kuzatish va davolash imkonini beradi. Odatdagi hollarda «follikulyar neoplaziya» sitologik xulosa beriladi. Sitologik tekshirishda yuksak shakllangan qalqonsimon bez rakini follikulyar adenoma va tirotsitlarning ajratilgan guruhidan farqlab

bo'lmaydi. Bu holat sitologik xulosada «follikulyar neoplaziya» tashxisi quyilganda operativ davoga ko'rsatma bo'ladi va operatsiya vaqtida gistologik tekshirishni talab qiladi. IIAPB da qalqonsimon bez rakiga shubha qilinganda xam operativ davoga mutlaq ko'rsatma hisoblanadi va operatsiya vaqtida gistologik tekshirishni talab qiladi. Maxsus tekshirish (IIAPB) usuli va sezuvchanlikni oshirish maqsadida TPO (onkopress markeri) va Moati-47 bilan immunotsitoximik reaksiya qabul qilingan. Kalqonsimon bez rakini tasdiqlashda ko'rsatkichi past bo'lsada ishonchli sanaladi. Boshqa onkopress tekshirish usullaridan GAP-IV mavjud. Kalqonsimon bez rakini tasdiqlashda ko'rsatkichi yuqori bo'lsada aniq diagnoz bilan mos keladi.

Radioizotop tekshirish (radionuklid skanerlash sintigrafiya).

Radionuklid skanerlash va sintigrafiya–qalqonsimon bezni ikki suratli gammo-tapografik usuli yordamida. Bu radionuklid 131 I yoki Texnesiy-99 yaqqollroq amalga oshiriladi.

Qalqonsimon bez kasalliklarini skanerlash yoki gamma-kameralar yordamida (oxirga paytlarda sintigrafiya tekshiruvda) aniqlash mumkin. Qalqonsimon bez diffuz yoki to'lik zararlanishini, uning o'lchami, tarqalish konturlari, radionuklid bilan to'lish intensivligi tugunli hosilani funksional aktivligini ko'rsatadi. Tugunli xosilani minimal o'lchami 1 sm bo'lsa skanagrammada aniqlanadi. Agarda 1 sm-gacha bo'lsa ba'zan skanerlashda aniqlanmasligi ham mumkin, skrining usuli va keyingi ko'rsatmalar bilan bajariladi.

1. Avtonom tugun (tugun) Qalqonsimon bez (toksik adenoma, tugunli yoki ko'p tugunli bo'qoq).

2. Residiv bo'qoq yoki qalqonsimon bez operatsiyadan keyingi tireotoksikoz.

3. Qalqonsimon bez anomal rivojlanishi yoki bez to'qimasini atipik lokalizatsiyada bo'lishi.

Ko'krak orti bukog'i;

Qalqonsimon bez distopiyasi, til osti bukog'i;

Qalqonsimon bez gemiagenezia yoki ageneziasini;

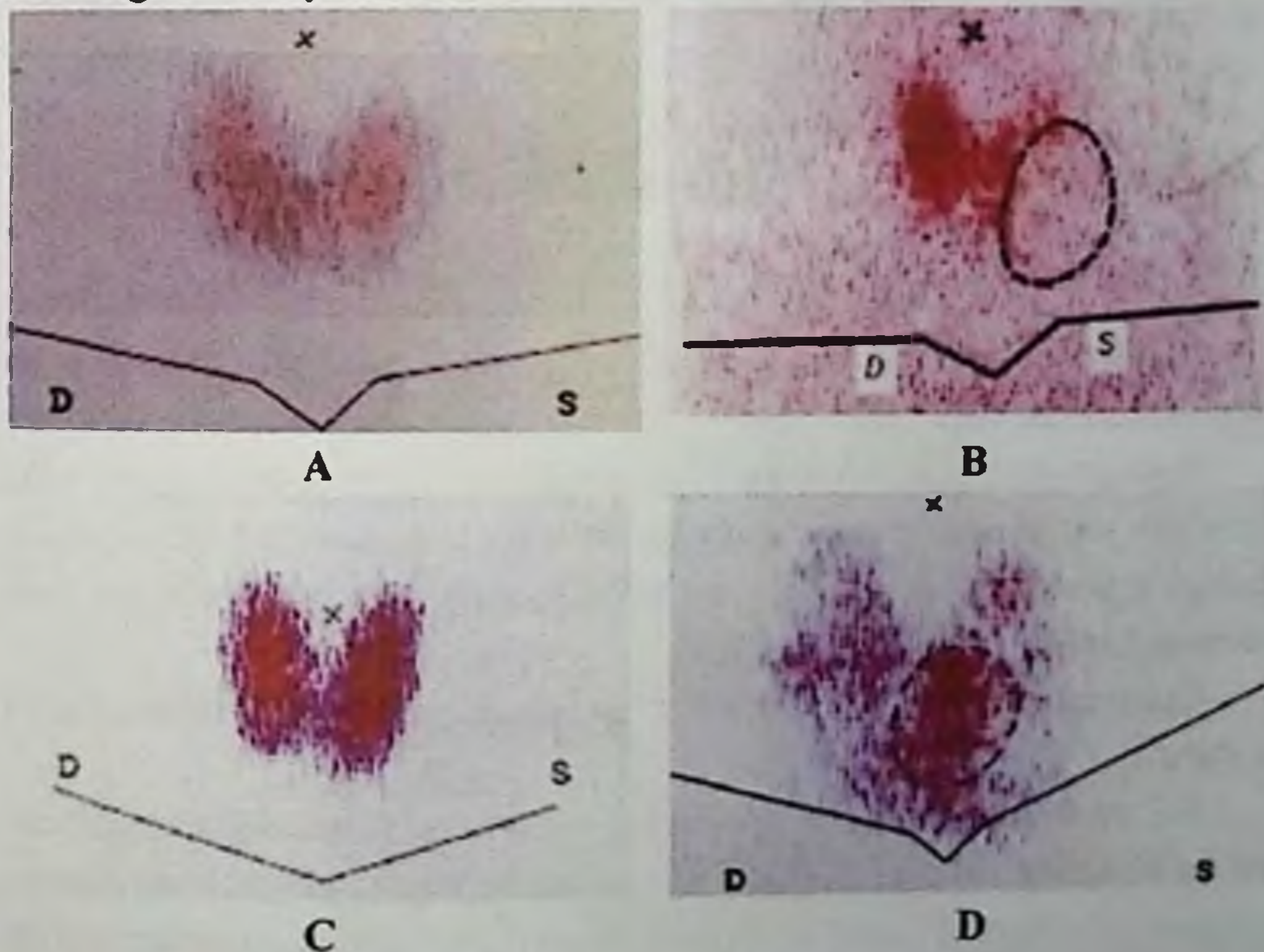
Qalqonsimon bez differensiyallashgan raki funksional metastazida (131 I va Texnesiy-99 yordami bilan metastazlarni ko'rinishini) bez

funksiyasi aktivligi bo'lmashligini aniqlab bo'ladi. Ovarial struma (ovarial teratoma tireoid to'qima).

4. Qalqonsimon bez raki operatsiyasidan keyin xirurgik yondashuvni radikal ekanligini baholash.

Qalqonsimon bezni har qanday tugunli hosilasi, yaxshi va yomon sifatli o'smasi, ko'pincha sovuq o'choqni ko'rinishi, radionuklid qabul qilmaydi. Autoimmun tireoiditda «Sovuq tugun» surati, nekroz o'chog'i sohasi bilan massiv limfoid infiltratsiya mos keladi. Ko'pgina «sovuq tugun» tugunli kolloid kistoz bo'qoqdan guvohlik beradi, embrional xujayrali adenoma, adenoma V to'qima bilan. «Issiq tugun» ko'prok tugunli proliferatsiyalangan kolloid bo'qoq bilan mos keladi. (funktional aktivligi yuqori belgilari bilan) toksik adenoma, adenoma bilan A-xujayra.

Qalqonsimon bezni izotop skanerlash usuli va «sovuq» yoki «issiq» tugun tushunchasi bilan klinik diagnozni to'lik chiqarib bo'lmaydi tugunni morfologik xususiyatini ham bilish kerak (196-rasm).



196 - rasm. Qalqonsimon bez skanogrammasi.
 a-bir xil tekislikda izotop to'planishi. b - «Sovuq» tugun;
 v - Diffuz toksik bo'qoq; g - Tugunli toksik bo'qoq.

Rentgenologik tekshirish

Tugunli bo'qoqda xam rentgenologik tekshirishdan foydalaniladi, bemorda aniq holat bo'lsada Qo'shimcha qiyshaytirilgan limfografiya, limfa tugunini zararlanish darajasini aniqlash tartib bilan tekshiriladi. Qalqonsimon bez rentgenokonstrast limfografiya verografin preparati bilan qilinib bu usul mohiyati bez parenxemasini aniqlash, keyingi rentgenografiyada (limfogramma olganda) limfa strukturasi yaqqol ko'rinadi bu regional limfa tuguni uchun nima ko'prok zarurligini bilish kerak. Zararlanmagan limfa tugunlar rentgen suratida yaxshi kontrastlanadi, metastaz holati bo'lganda to'lik yoki qisman blokda aniqlanadi (197- rasm).



197 - rasm. Ko'krak orti (rentgenogrammasi).

Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, qizilo'ngachni bariy bilan rentgenokonstrast tekshiruvi.

Rentgenokonstrast tekshiruvi qalqonsimon bezni qizilo'ngach yoki traxeyaga yopishishganligini, torayish bo'lsa, undan tashqari qalqonsimon bezdagi tugun ko'krak ortida (antisternal) joylashgan bo'lganda aniqlash imkonini beradi.

Qalqonsimon bezni kompyuter va magnitno-rezonans tomografiya tekshiruvi

KT va MRT tekshiruvi bu yuqori informatsiya beradigan noinvaziv usul bo'lib uning yordamida qalqonsimon bez lokalizatsiyasini, konturlarini, formasini, o'lchamini, atrof to'qimalar bilan munosabatini, strukturasini va regional limfa tugunlar borligini aniqlashda muhim ahamiyatga ega.

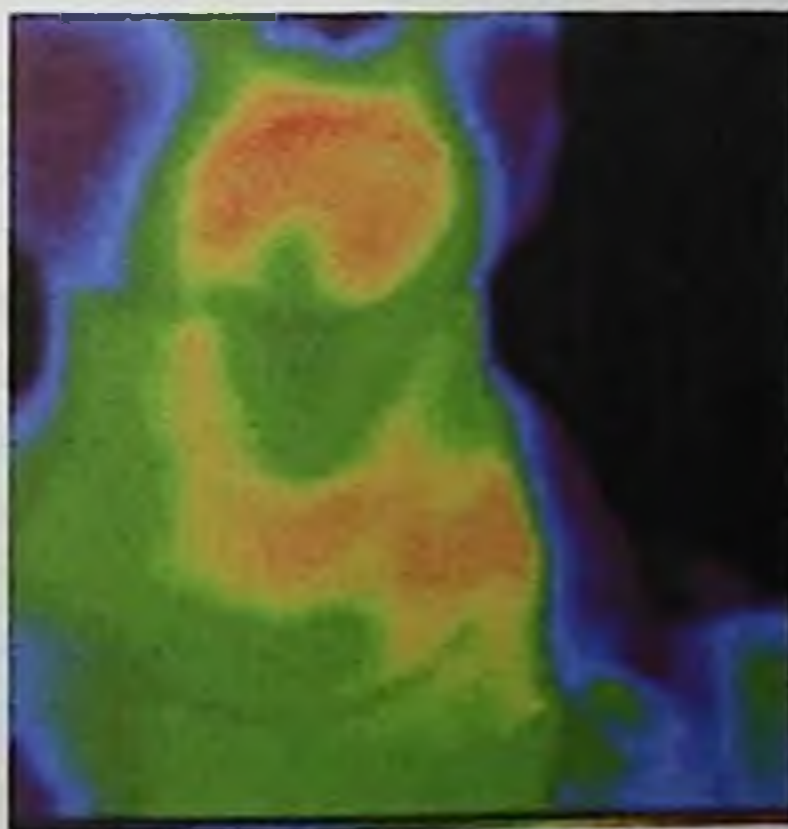
Ko'krak orti buqog'i diagnostikasida KT, va MRT dan foydalaniladi ammo tugunli bo'qoq va bez rakini aniqlashda skining tekshiruvidagidek ma'lumot bermaydi (198-rasm).

Qalqonsimon bez termografiyasi

Termografiya - bu usul asosan organizm issiq maydonida o'rganiladi. Boshqa usullar bilan kompleks o'tkazilganda to'qimani emmission qobiliyatini aniqlashda, metabolik jarayonlarga olib keluvchi bog'liqlik tomonini aniqlashda qo'llaniladi (199-rasm).



198 - rasm. Qalqonsimon bez o'smasini KT-da surati.



199 - rasm. Tireotoksik bo'qoq termogramma qilinib tekshirilganda diffuz yoki o'choqli (toksik adenoma) gipertermiya aniqlanadi.

Tugunli bo'qoq termogrammasida qalqonsimon bez proeksiyasida termoassimetriya atrofda to'qimalarga nisbatan temperaturani $0,3-0,7^{\circ}\text{S}$ pasayishi kuzatiladi. Bemorda bez sohasida gipotermiyani bo'lishi autoimmun tireoidit va gipotireozda kuzatiladi.

Laborator diagnostikasi (tireoidnaya gormonlar) TTG (TTG, TSh), tireotropin TTG - glikoproteid, gipofiz oldingi bo'lagidan ajralib bu qalqonsimon bez asosiy funksiyasi regulyatsiyasini boshqaradi. Gipotalamus bezini tireotropin-rilizing gormonini tireoid gormon (T_3) ni nazorat qiladi. Qalqonsimon bezni TTG gormoni metabolik jarayonda qatnashib (ATF-siklini aktivlaydi), triyodtironin, tiroksin gormoni ajralishini kuchaytiradi.

Qalqonsimon bezni funksional faolligini baholashda TTG ni aniqlash kerak. Bemorda gipofiz funksiyasini (eu-, gipo- va gipertireoz) bilish uchun TTG aniqlanadi. Tireotoksikozni davolash monitoringida birlamchi gipotireoz terapiyasini almashtirish yoki qalqonsimon bez funksiyasini pasaytirish kerak, tugunli bo'qoq, qalqonsimon bez rakini inkor qilish uchun tiroksin nazorati zarur.

Yoshga nisbatan normal ko'rsatkich.

21-54 yosh - $0,4-4,2$ mMOd/ml;

55-87 yosh - $0,5-8,9$ mMOd/ml.

TTG ni oshishi birlamchi gipotireozdan guvohlik beradi, gipofiz bezi, o'pka, sut bezi va boshqa o'sma kasalliklarida qalqonsimon bezning ektopik sekresiyasi kuzatiladi. TTG kamayishi qalqonsimon bez ekzogen terapiyasi, qalqonsimon bez avtonom sekresiyasi, subklinik gipertireoz, birlamchi gipertireoz rivojlanganidan dalolat beradi. Erkin triyodtironin, erkin T_3 (T_3)ning erkin fraksiyasi T_4 ning qalqonsimon bez to'qimasidan tashqarida metabolizmdan hosil bo'lganida darak beradi. T_4 ning diyodlanishi oqibatida T_3 ning hosil bo'lishi periferik to'qimalarga nisbatan gipofizning oldingi bo'lagida faol kechadi. Shu sababli qonda T_3 ni erkin fraksiyasini aniqlash muhim ahamiyatga ega bo'lib, TTG ishlab chiqarilishi va qayta bog'lanish holati haqida ma'lumot beradi. Norma triyodtironi $1,71-3,71$ pg/ml-ga teng. T_3 ni oshishi T_3 -toksikoz, qalqonsimon bez gormoniga periferik sindrom chidamliligida, yoddefitsit bukog'ida, estrogen qabul qilganda, peroral kontrasepsiyada gipertireozdan darak beradi.

T₃ ni pasayishi o'tkir tireoidit bo'lmagan kasalliklar, homiladorlikni uchinchi uch oyligi, androgen, deksametazon, salitsilat, kumarin hosilalarini qabul qilishi gipotireozdan darak beradi. Erkin tiroksin T₄ (F T₄) Qalqonsimon bezdagi erkin T₄ gormoni konsentratsiyasi qon tarkibidagi oqsil konsentratsiyasiga bog'liq emas. Erkin T₄ miqdori tiroksin saqlovchi gormonlar (TSG) diagnostikasida muhim o'rin to'tadi. Erkin T₄ konsentratsiyasi o'zgarishi TSG tarkibi o'zgarishiga sabab bo'ladi. Homiladorlarda, peroral kontraseptiv preparatlar, androgen, estrogen saqlovchi preparatlar qabul qilganda shuningdek irsiy va orttirilgan qalqonsimon bez kasalliklarida TSG tarkibida T₄ konsentratsiyasi o'zgarishi (ko'payishi yoki kamayishi) kuzatiladi. Erkin tiroksinning normal konsentratsiyasi- 0,70-1,48 ng/dl-ga teng. Erkin tiroksin konsentratsiyasi ko'payishi tireotoksikozda, kamayishi gipotireozda, tireostatiklar bilan davolanganda, xomiladorlikning oxirgi uch oyligida kuzatiladi. Tireoperoksidaza antitelasi ATPO, Anti-TPO).

Qalqonsimon bez hujayrasi fermentlari antitela bilan birga tireoid gormonlar sintezida qatnashadi. Qalqonsimon bez kasalliklari diagnostikasida autoantitelaning tireoperoksidazaga nisbatini tekshirish autoimmun jarayonlarda, tug'ruqdan keyingi rivojlanadigan tireoiditlarda muhim o'rin tutadi. Normada autoantitelaning tireoperoksidazaga nisbati 5,61 ME/ml gacha. Buning normadan oshishi qalqonsimon bezning autoimmun kasalligidan dalolat beradi. (Hashimoto tireoiditi, Greyvs kasalligi, idiopatik miksedema). Tireoglobulin (TG, Tg).

Tireoglobulin - oqsil matritsali, tireoid gormondan sintezlanadi. Tireoglobulin normada kam miqdorda qalqonsimon bezdan qonga quyiladi. Qalqonsimon bez kasalliklarida, bez operatsiyasidan keyingi erta davrda, qalqonsimon bez biopsiyasida tireoglobulin miqdori oshadi.

Qalqonsimon bez onkologik kasalliklaridagi, bez residiv kasalliklaridagi radikal terapiya (total tireoidektomiya va keyingi davrda radioaktiv yod bilan davolash) da qiyosiy tashxis uchun qonda tireoglobulin miqdorini tekshirishga ko'rsatma hisoblanadi. TG ni uning antitelasi bilan birgalikda tekshirish maqsadga muvofiq sanaladi.

Normada 42 ng/ml gacha, total tireoidektomiyadan keyin - 5 ng/ml-gacha. Tireoglobulin antitelasi (At-TG, Anti-Tg) Tireoglobulin antitelasi

qon zardobida qalqonsimon bez gormonidan ajraladi. Qalqonsimon bez autoimmun kasalliklari,

Xashimoto kasalligi, atrofik autoimmun tireoidit, diffuz toksik kasalliklari diagnostikasida asosiy o'rin tutadi.

Normada At-TG 4,11 ME/ml gacha.

Xashimoto kasalligida, Greyvs kasalligida, idiopatik miksedemada, qalqonsimon bez rakida, pemsioz anemiyada, sistemali qizil volchankada normadan yuqori bo'lishi kuzatiladi.

Kalsitonin, tireokalsitonin (calcitonine) Kalsitonin oqsil gormon hisoblanadi, qalqonsimon bez parafolikulyar S hujayralarida ishlab chiqariladi. Uning fiziologik funksiyasi paraqalqonsimon bez gormonlari antagonisti, suyak osteoklastlari aktivligini pasaytirish, qon zardobida kalsiy miqdorini kamaytirishdan iborat.

Kalsitonin miqdori yosh kattalashgan sari miqdori kamayadi, homiladorlik va laktatsiya davrida nisbatan yuqori bo'ladi. Ayrim klinikalarda kalsitonindan organizmda kalsiy almashinuvini tekshirish va qalqonsimon bez medullyar rakida onkomarker sifatida foydalaniladi.

Miqdori jinsga bog'liq holda farq qiladi: ayollarda - 0,07-12,97 pg/ml, erkaklarda - 0,68-20,26 pg/ml.

Kalsitonin miqdorining oshishi xomiladorlik, qalqonsimon bez raki, surunkali buyrak yetishmovchiligi, alkogolli jigar sirrozi, Zollingera-Ellison sindromi ayrim hollarda - o'pka raki, sut bezi raki, oshqozon osti bezi raki, karsinoid sindrom, ba'zan - pankreatit, tireoidit haqida ma'lumot beradi. Paratgormon (i-RTN) Paratireoid gormon - oqsil paraqalqon bezdan ajraladi. Paratgormon qonda Ca^{2+} va fosfat miqdorini oshiradi. Uning ishlab chiqarilishi qon zardobida kalsiy konsentratsiyasini boshqarib turadi.

Normada 15,0-68,3 pg/ml ga teng.

Paratgormon miqdori oshishi birlamchi giperparatireoz, ikkilamchi giperparatireoz (masalan, surunkali buyrak yetishmovchiligi, psevdogipoparatireoz), Zollingera-Ellison sindromi, orqa miya jarohati, ko'p sonli endokrin neoplaziya (KSEN)-sindromi, osteoporoz haqida guvohlik beradi.

Paratgormon miqdori kamayishi gipoparatireoz (autoimmun, xirurgik), sarkoidoz, paratireoid bo'lmagan giperkalsiemiya, gipertireoz haqida guvohlik beradi.

Tugunli hosilalarni differensial diagnostikasi

Qalqonsimon bezni qiyosiy tashxislash uchun amaliyotda barcha usullarni qo'llab ko'rish mumkin. Yana bir muhim narsa shundaki qalqonsimon bezning 1 sm dan katta hosilalari UTT nazorati ostida tekshiriladi va bu hosilalarni o'rganishga qulaylik tug'diradi. Undan kichik o'lchamdagi hosilalar UTT nazorati ostida punktsion biopsiya qilish yo'li bilan o'rganiladi. Quyida ko'rsatilgan klinik, laborator-instrumental natijalar tugunli hosilalar haqida taxmin qilishga imkon beradi. Klinik kechishi, turlari va davolash usullari.

Konservativ davolash faqatgina kolloid tugunli bo'qoqda bo'yin organlarida bosilish belgilari kuzatilmaganda sitologik tekshirish xulosalaridan so'ng ko'rsatma xisoblanadi. Bo'yin soha organlarida bosilish belgilari bo'lganda, yomon sifatli o'smaga gumon qilinganda operativ davoga mone'lik ko'rsatadi.

Konservativ davolash va dinamikada kuzatish. Konservativ davolash bemorda kolloid tugunli bo'qoqning proliferatsiya darajalarida (punktsion biopsiya xulosasiga asosan) kichik o'lchamlarda (3 sm-gacha bo'lganda), bo'yin soha organlarida bosilish belgilari bo'lmaganda tavsiya etiladi.

Konservativ davolashga ko'rsatma:

Qalqonsimon bez rakiga xos klinik va sitologik belgilar hamda xavf boshqa omillari bo'lmaganda, tugun o'lchami 1 sm-gacha bo'lgan hollarda.

Konservativ davolashni davom ettirishga ko'rsatma va kuzatish:

Kuzatish davrida tugun hajmi kattalashmasligi ya'ni tugun kattalashishi—tugun xajmining 6 oy davomida 5 mm-dan katta bo'lmashligi.

Tireoid gormon preparatlari qo'llaniladi. Davolashni boshlashdan oldin bemor yoshiga, yurak qon-tomir tizimida kasallik uchrashiga va qalqonsimon bez funksional aktivligiga e'tibor beriladi. Ko'p hollarda kolloid tugunli bo'qoqda qalqonsimon bez funksiyasi o'zgarmaydi. Bemorlarni tireoid gormonlar bilan davolashdan maqsad tugun o'sishini sustlashtirish yoki to'xtatishdan iborat. Odatda bu kuniga 75-100 mkg atrofidagi L-tiroksindan iborat. Aynan shu miqdor TTG miqdorini kamaytiradi, birinchidan tirotsitlar stimulyatori va ikkinchidan, tirotsitlar kattalashiga sabab bo'luvchi mahalliy avtonom omillar stimulyatori hisoblanadi. Davolash davrida TTG miqdori normani minimal chegarasida bo'lishi lozim, buni davolash boshlangandan keyin 2-3 oygacha nazorat

qilib turish lozim. Biz hohlagan effekt bo'lmasa L-tiroksin miqdori oshiriladi. Kuzatish davomida TTG miqdori normaning minimal chegarasida bo'lsa L-tiroksin qo'llash shart emas. Davolash tugun hajmini UTT nazorati ostida tekshirib 6-12 oygacha davom ettiriladi. Agar davolash davomida tugun hajmi kattalashishda davom etsa qayta IIAPB usulida tekshirilib xirurgik davo haqida o'ylash mumkin. Kolloid tugunli bo'qoq patogenezida atrof muhitda yod defitsitligi muxim o'rin to'tadi, shu sababli bu kasallikni kompleks davolashda kaliy yodid preparatidan foydalanish maqsadga muvofiq sanaladi. 45 yoshdan keyin yod preparatlari qo'llash kamaytiriladi. Agar ushbu davo rejalashtirilganda tugunli hosila avtonom funksiyasini inkor qilish uchun qalqonsimon bezni sintigrafiya tekshiruvidan o'tkazish shart. Katta yoshli bemorlarda eutireoz kuzatilib, qalqonsimon bez o'smasi belgilari bo'lmasa dinamik kuzatish tireoid gormonsiz bajariladi.

Ko'p tugunli bo'qoq

Bemorda ko'p tugunli bo'qoq kuzatilganda yomon sifatli o'sma yoki qalqonsimon bezni avtonom funksional o'zgarganligini inkor etish uchun ingichka ignali aspiratsion punktsion biopsiya (IIAPB) va sintigrafiyadan foydalaniladi. Davolash davomida hajmi kichrayishi yoki uning o'sishining minimal sustlashishi kuzatilganda TTG miqdorini nazorat qilgan holda tiroksin bilan davolash davom ettiriladi. Davolash fonida TTG kamayishi bezning avtonom funksional rivojlanishi yoki tiroksin dozasini oshib ketishidan darak beradi. Bunday hollarda tiroksin bilan davolash 2 oy tanaffus bilan TTG miqdori qayta tekshirilib amalga oshiriladi. Bu vaqtda TTG miqdori kamligicha qolsa tiroksin bilan davolash shart emas. Bemorni to'liq tekshirish va xirurgik davolashga oydinlik kiritish maqsadida qalqonsimon bezda IIAPB tekshiruvi o'tkaziladi. Bunday taktika tiroksin bilan davolash fonida tugun hajmi kattalashganda o'tkazilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Qalqonsimon bez ko'p tugunli buqog'ida solitar hosilaga qaraganda yod preparatlarini kam qo'llash lozim. Bemorlarda yurak qon-tomir tizimi og'ir patologiyasida va ko'p tugunli da IIAPB xulosa bermasa faqatgina UTT orqali dinamikada kuzatiladi.

Ko'p tugunli toksik bo'qoq

Ko'p tugunli toksik bo'qoq asosan katta yoshli bemorlarda va atrof muhitda yod yetishmaganda yurak kon tomir tizimi kasalliklari

dekompensatsiya bosqichida uchraydi. Tekshirish texnikasi xuddi eutireoid tugunli bo'qoqnidek tashqi ko'rik, qalqonsimon bez palpatsiyasi, UTT, IIAPB, TTG ni tekshirish va qalqonsimon bezni radioizotopli skanerlashdan iborat. Davo usuliga radiyodoterapiya va xirurgik davo kiradi. Og'ir hamroh kasalligi bor bemorlarda radioaktiv yod bilan davolash asosiy usul hisoblanadi.

Autoimmun tireoidit fonida tugunli (AIT)

Autoimmun tireoidit fonida har qanday tugunli hosilalar haqida IIAPB tekshirishdan keyin aniq xulosaga qilish mumkin. Bunday holatda tekshirish va davolash usuli xuddi tugunli bo'qoqdagidek o'tkaziladi. Tireoid gormonlar AIT ning gipotireoz va eutireoz fazalanda buyuriladi. Ko'rganda tugunning kattalashgani, paypaslaganda qattiqlashgani, UTT da o'zgarganligi, sitologik tekshirishda AITning tipik belgilari topilganda surunkali autoimmun tireoidit tashxisi qo'yiladi.

Paypaslanmaydigan tugunli hosila

Paypaslanmaydigan qalqonsimon bez tugunlari vrachlar uchun katta qiziqish uyg'otadi. "Tugunli" bo'qoq tashxisini quyish UTT dagi exogen strukturasi, kapsulasini borligi va aniq begilariga asoslanadi. UTT da aniq tashxis quyish vrach mahorati va UTT apparatini imkoniyat darajasiga bog'liq. Qalqonsimon bez follikulasining maksimal o'lchami 300 mkm atrofida, hosila diametri 1-2 mm bo'lsa bu tugun hisoblanmaydi. Bu holatda tireoid gormonlar qo'llanilmaydi.

Bo'qoqni tugunli formasi:

Solitar tugunlar bir tomonlama, ko'p tugunlida (yaxshi sifatli o'smalar o'lchami 3 sm-dan katta bo'lganda)—gemitireoidektomiya operatsiyasi bajariladi, bu qalqonsimon bezni bitta bo'lagini olish yo'li bilan amalga oshirilsa shunday aytiladi. Ko'p tugunli bo'qoq ikki tomonlama - subtotal subfatsial tireoidektomiya (yuqori residiv xavfi va o'sma malignizatsiyada-yoshlarda, irsiy moyillarda, nurlanishda, noma'lum omillar) bajariladi yoki gemitireoidektomiya ikkinchi bo'lak rezeksiyasi bilan (past residiv xavfi va malignizatsiya) yoki tugun ikki bo'lagidan rezeksiya (yoshi kattalarda residiv xavfi kam bo'lganda) qilish bilan bajariladi.

Diffuz toksik

Diffuz toksik (Greyvs, Bazedov, Pari, Flayani kasalliklari) (DTB) – autoimmun kasallik qalqonsimon bez diffuz kattalashishi bilan kechib,

tireoid gormonlar sekresiyasi oshishi va butun organizmda o'zgarishlar keltirib chiqarishi bilan xarakterlanadi. Diffuz toksik bo'qoq asosan ayollarda 20-50 yoshda rivojlanadi. Uchrash nisbati erkak va ayolga 1:5-1:7 ga teng. 5% hollarda DTB oftalmopatiya va miksedemada kuzatiladi.

Etiologiya va patogenezi

DTB rivojlanishida asosan o'tkir va surunkali psixik buzilishlar (80%), oftob urishi, surunkali nerv zo'riqishlari, infeksiya (gripp, faringit, qizamiq, ko'kyutal, revmatizm, (SKV), nasliy omillar, intoksikatsiya, bosh miya jarohatlari, homiladorlik, boshqa endokrin bezlar disfunktsiyasi, klimaks, gipotalamus kasalliklari sabab bo'ladi. Bugungi kunda DTB yuqori sezuvchan tipli autoimmun jarayon ekanligi isbotlangan. Bunda bemor qonida oqsil tabiatli tireostimulyatorlar uchraydi, tireoglobulin antitela titri oshadi, mikrosomal fraksiya, hujayraviy immunitet buzilishi, bez va retrobulbar kletchatka hujayralarida infiltratsiya, T-supressorlar sonini nisbiy yoki mutlaq kamayishi, V-limfotsitlar miqdorini oshishi kuzatiladi. Tireoid gormonlar asosan nerv tizimi, yurak-qon-tomir tizimi, ovqat hazm qilish tizimi va organizmda moddalar almashinuviga ta'sir etadi. Uglevodlar almashinuvi buzilishi ichaklarda glyukoza so'rilishining oshishi va uglevodning yog'ga aylanishini buzilishi siklini o'zgarishi kabilar.

Oqsil almashinuvi buzilishi- oqsil parchalanishi oshishi; azot balansi manfiylashishi kuzatiladi.

Yog'lar almashinuvi buzilishi-zahira yog'lar parchalanishi va bemorda oriqlash (tana massasini kamayishi) kuzatiladi.

Bulardan tashqari vitaminlar, suv-tuzlar, mikro va makroelementlar almashinuvini buzilishi kuzatiladi. Tireotoksikozning og'ir shakllarida tireotoksik yurak, tireotoksik jigar sirrozi, tireotoksik oftalmopatiya, osteoporoz, kaxeziya kuzatiladi.

Klassifikatsiyasi

Klinik kechishiga ko'ra yengil, o'rta og'ir va og'ir turlari farqlandi.

I. Milk klassifikatsiyasi bo'yicha DTB ning to'rt bosqichi farqlanadi.

I bosqich - Nevrotik, qalqonsimon bez sezilarsiz kattalashadi, tireotoksikoz rivojlanishi boshlanadi.

II - bosqich - Neyrogormonal, qalqonsimon bez sezilarli kattalashadi, tireotoksikoz belgilari yaqqol seziladi.

III bosqich - Visseropatik, ichki organlarda tireotoksik zararlanishi kuzatiladi.

IV bosqich - Kaxektik, organ va sistemalarda distrofik o'zgarish kuzatiladi.

DTB klinik rivojlanishiga ko'ra ikki guruhga bo'linadi:

a) Sekin rivojlanuvchi DTB;

b) DTB ning o'tkir shakli, o'tkir va tez rivojlanishi bilan xarakterlanadi, ba'zan bir necha soatda tireotoksik koma rivojlanadi.

O'tkir tireotoksikoz kam uchraydi ammo tireotoksik komada esa o'lim kuzatiladi. Bu turi asosan yoshlarda, ayollarda, homiladorlarda, klimaks davrida va katta yoshda uchraydi.

Klinik kechishi

Amaliyotda DTB butun organizmda barcha moddalar almashinuvi buzilishi bilan kechadi. Bundan tashqari 1842 yilda Basedov klassik triadasi yaratilgan (bo'qoq, taxikardiya, ekzoftalm), bugungi kunda 70 ga yaqin klinik belgilar, 3 asosiy sindrom: gipertireoidizm, oftalmopatiya, miksedema. Gipertireoidizm doimiy belgi hisoblanadi, oftalmopatiya va miksedema kam hollarda (1-5%) uchraydi. Gipertireoidizm asosida giperplaziyalashgan qalqonsimon bez gormonlari (triyodtironin va tiroksin) sekresiyasini oshishi yotadi.

Bemorlarni kuzatishda ularning qiyofasiga, tanasi qaltirashiga, ko'p gapligiga, yig'loqiligiga, vazn yetishmasligiga, og'ir hollarda mushak hajmi kamayganligiga e'tibor beriladi. DTB ning yana bir belgisi nerv tizimidagi o'zgarishlar hisoblanadi.

Greyvs (1835) birinchilardan bo'lib bu kasallikni "isteriya" deb atagan. Bemor jahldor, sezuvchan va boshqalar bilan kelisha olmaydigan kayfiyati tez o'zgaruvchan, tez yig'laydigan bo'ladi. DTB ning erta belgilariga umumiy holsizlik, tez charchash, mushaklar kuchining kamayishi, qo'zg'aluvchanlik oshishi, yig'loqilik, uyqusizlik, terlash va tana harorati ko'tarilishi kiradi.

Yaqqol klassik (kardinal) simptomlariga esa bez hajmi kattalashishi, taxikardiya, ekzoftalm, qo'l qaltirashi, tana vaznini kamayishi kiradi.

DTB da yurak qon-tomir tizimida yaqqol klinika namoyon bo'ladi. Sub'ektiv va ob'ektiv belgilar yurakdagi o'zgarishlar, DTB Qo'shilishiga asoslanib "tireotoksik yurak" (distrofiya, gipertrofiya, kardioskleroz)

atamasi qabul qilingan. Bemorni yurak urishi, ogʻriq va hansirash bezovta qiladi. Taxikardiya-doimiy belgi, pulsni 1 daqiqada 90 tadan oshishi va puls tonusi yuqoriligi bilan xarakterlanadi. Oʻpka arteriyasi nuqtasida II ton aksenti va funksional sistolik shovqin eshitiladi. Koʻp hollarda boʻlmachalar mushaklari qoʻzgʻalishi oshishi natijasida hilpillovchi aritmiya kuzatiladi. Katta yoshlilarda aritmiya xurujlari kuzatilmasligi va xurujlar oraligʻida puls normallasishi tashxis qoʻyishda qiyinchilik tugʻdiradi. Baʼzan miokardda gipoksiya stenokardiya xurujlari kuzatiladi. Buning natijasida tireotoksik yurak va yurak yetishmovchiligi rivojlanadi. Shuningdek ich qotishi, oshqozonda yaralar, pankreatit, jigar sirrozi kuzatilishi mumkin.

Organizmda energiya almashinuvi kuchayishi natijasida gipertermiya sindromi (qizib ketish, tana harorati koʻtarilishi, bemor bir qavatli prostinada uxlaydi "prostina belgisi").

Koʻz simptomlari retrobulbar kletchatkaga glikozamin tushishi natijasida simpatoadrenal tizim aktivligi oshishidan koʻz mushaklarida tonus oʻzgarishi va shish xosil boʻlishi bilan kuzatiladi. Ekzoftalmning uch turi farqlanadi: bilinarsiz (14-17 mm), oʻrtacha (17-20 mm), bilinarli (20 mm-dan katta). DTB da koʻz simptomlarini oftalmopatiya (yomon sifatli ekzoftalm) dan farqlash lozim. Bu 5% hollarda birga uchraydi. Bir vaqtda uchraganda ekzoftalmda bemorda koʻz olmasida ogʻriq, koʻzida qum borligi sezgisi, koʻzdan yosh okishi, qovoqlarda shish, koʻz sklerasi tomirlarida nuqtasimon qon quyilishlar kabi shikoyatlar uchraydi. Sezilarli oftalmopatiyada koʻz olmasi orbitadan chiqishi, konʻyunktiva va qovoqlarda shish, keratit, kipriklarda yaralar, oxirgi bosqichlarda koʻrish oʻtkirligi yoʻqolishi kuzatiladi. Markaziy nerv tizimida-tireotoksik ensefalopatiya: bosh ogʻrigi, fotofobiya, buyumni ikkita koʻrish, uyqu buzilishi. Mari simptomi (qoʻllarda tremor) va butun tanada «telegraf simyogʻochi» simptomlari musbat. Qaltirash doimiy boʻlib yozish, chizish va ishlashga toʻsqinlik qiladi.

DTB da qalqonsimon bez kattalashgan va qattiqlashgan boʻladi. Ayrim bemorlarda bezda pulsatsiya aniqlanadi. DTB da bemor oriqlaydi bunga sabab ogʻir hollarda teri osti yogʻ qavati kamayishi hisobidan boʻlmay mushak hajmining kamayishi hisobidan kaxeksiyagacha oriqlash kuzatiladi. Qoʻl-oyoqlar proksimal mushaklaridagi kuchsizlik tireotoksik miopatiyada

kuzatiladi («taburetka» simptomi). Shuningdek endokrin tizimda ham buzilish-amenoreya, gipokortitsizm kuzatiladi.

Pretibial miksedemada boldir old yuzasi terisida qattiqlashish, qalinlashish, qizarish, shu sohada tuklar to'kilishi kuzatiladi. Tireoid gormonlarning ingichka ichak shilliq qavatiga sitotoksik ta'siri natijasida tireotoksik enteral sindrom – oshkozon-ichak trakti gipermotonikasi, osmotik diareya rivojlanishi kuzatiladi. Shuningdek bo'yрак usti bezining glyuko va mineralokortikoid funksiyasi buzilishidan qonda leykopeniya, granulotsitopeniya va limfotsitoz kuzatiladi.

Diagnostikasi

1. Bemorni klinik va laborator tekshirish.
2. Qalqonsimon bezni ultratovush tekshiruvi.
3. Tireoid gormonlar miqdori va qalqonsimon bez to'qimasida turli xil komponentdagi antitelolarni aniqlash.
4. Pay reflekslari, EKG organizmda moddalar almashinuvini tekshirish.
5. Endokrin oftalmopatiyada ko'z olmasi retrobulbar kletchatka mushaklari hajmi UTT, KT, MRT natijalariga ko'ra baholanadi.
6. Radioaktiv yod yoki texnesiy yordamida skanerlash.

Davolash usullari va bajarish texnikasi.

Toksik bo'qoqni davolash vrachlar uchun qiyin va mas'uliyatli hisoblanadi. Ko'rsatilganidek Greyvs kasalligini davolash usullari va qalqonsimon bez funksional avtonomiyasi farq qiladi. Asosiy farq shundan iboratki, qalqonsimon bez funksional avtonomiyasida tireostatiklar bilan davolashda tireotoksikozni stabil remissiya holatiga o'tkazib bo'lmaydi ya'ni, tireostatiklar to'xtatilgandan keyin tireotoksikoz qaytadan rivojlanadi. Bunday hollarda funksional avtonomiyani (ko'p tugunli va tugunli toksik disseminatsiyalashgan shakllarini) davolash radioaktiv yod yordamida bez destruksiyasi yoki xirurgik usul bilan qalqonsimon bezni olib tashlashdan iborat. Alohida guruh kasalliklarda masalan, Greyvs kasalligida 30–40% hollarda uzoq konservativ davo natijasida turg'un remissiyaga erishish mumkin.

Autoimmun tireoidit. Autoimmun tireoidit – qalqonsimon bez yallig'lanish kasalliklarining autoimmun sababli, giterogen guruhi buning

asosida qalqonsimon bez follikulyar hujayralarining va follikulalarining yaqqol rivojlangan destruksiya yotadi.

Xashimoto autoimmun tireoiditi

Kasallikni birinchi bo'lib 1912 yilda yapon jarrohi tasvirlab bergan. (Hashimoto Haka-ru, 1881-1934). Autoimmun sababli rivojlanishi 1956 yilda tasdiqlandi. Aholining 1% ida uchraydi, erkak va ayolda uchrash nisbati 1:4, qo'proq 40-50 yoshda uchraydi. Xashimoto autoimmun tireoiditi gipotireozni birlamchi asosiy sababi hisoblanadi.

Etiologiya va patogenezi. Kasallikning bosh sabablaridan biri autoimmun tireoidit va diffuz tugunli bo'qoq patogenezidagi kabi immun tizimdagi tug'ma buzilishlardir. AIT ning asosiy faktori bo'lib qalqonsimon bez hujayrasi antigenlari bilan SD 4-limfotsitlar (T-xelperlar) va SD 8-limfotsit (T-supressorlar) o'rtasidagi o'zaro nuqsonlar sabab bo'ladi. Surunkali limfotsitar tireoidit bilan kasallangan bemorlarda HLA-DR5 borligi bo'larning irsiy moyilligidan darak beradi. Surunkali limfotsitar tireoidit boshqa autoimmun kasalliklar bilan birga uchrashi mumkin (vitiligo, miasteniyasi, revmatoid artrit, nospesifik yarali kolit va boshqalar). Qalqonsimon bezni autoimmun zararlanishidan har xil antitelalar hosil bo'ladi (tireoglobulin, mikrosomal fraksiyalar) buning natijasida qalqonsimon bez limfotsitar infiltratsiyasi va destruktiv o'zgarishlari kuzatiladi. Autoimmun buzilishlar yakuniy natijasi qalqonsimon bez hujayrasi yetishmasligidan gipotireoz kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda qalqonsimon bez zahira holida saqlanadi, bu gipotireozdan saqlab turadi. Autoimmun tireoidit xavf omillariga: bemorlarda va bemor yaqin qarindoshlarida qalqonsimon bez operatsiyalaridan keyingi DTB, gistologik tekshirishda limfoid hujayralar infiltratsiyasi kuzatilishi mumkin bu autoimmun tireoiditda uchraydi.

Klassifikatsiyasi

Xashimoto autoimmun tireoiditining klinik variantlari:

1. Gipertrofik (giperplastik) shakli – shakllanadi.
2. Atrofik shakli – qalqonsimon bez to'qimasi sklerozlanadi va uning funksiyasi sustlashadi (gipotireoz). Bu autoimmun jarayonning yakuniy bosqichi hisoblanadi.
3. O'choqli shakli - qalqonsimon bezning bitta bo'lagi zararlanadi.
4. Diffuz shakli - qalqonsimon bezning ikkita bo'lagi zararlanadi.

Klinik kechishi va simptomatikasi

Xashimoto autoimmun tireoiditi sekin rivojlanadi bemorda dastlab shikoyat bo'lmaydi faqat ba'zi hollarda holsizlik va tez charchash belgilari kuzatiladi. Kasallik asosan yosh va o'rta yoshli ayollarda simptomsiz rivojlanadi. Bemorlarni 95 % ini ayollar tashkil etadi.

Klinik ko'rinishi har xil bo'ladi: kichik simptomsizdan gipotireoz va miksedemagacha. Kasallikning erta va xarakterli belgisi – qalqonsimon bez kattalashishidir. Bemorlar bo'yin old sohasida bosilish hissi, noxushlik yoki og'riqqa shikoyat qiladi. Og'riq 10% bemorlarda uchraydi. Ba'zan yengil disfagiya yoki ovoz bug'ilishi kuzatiladi. Qalqonsimon bezning tez kattalashishi bo'yin old sohasida noxushlik bilan, sekin kattalashishi esa simptomsiz kechadi. Kompresion simptomlar kam uchraydi. Gipotireoz simptomlari T_3 va T_4 miqdori sezilarli kamayganda kuzatiladi.

Ko'zdan kechirganda simmetrik joylashadi, juda qattiq, tugun harakatchan, teri yuzasi notekis bo'ladi. Xarakterli klinik belgilaridan biri "kachalka simptomi", bunda bezning bir qismi bosilganda uning boshqa qismi teskari tomonga siljiydi. Ba'zan qalqonsimon bezda birlamchi tugunlar paypaslanadi.

Katta yoshli bemorlarda (60 yoshdan keyin) kasallikning atrofik shakli – birlamchi idiopatik gipotireoz uchraydi. Bunday hollarda tugun aniqlanmaydi, tireoid gormonlar yetishmovchiligidan bemorlarda charchoq, holsizlik, uyquchanlik, ovoz bug'ilishi, shish, bradikardiya kuzatiladi. Birlamchi idiopatik gipotireoz tireobloklovchi autoantitelalar yoki antitireoid autoantitelalarning tirotsitlarga sitotoksik ta'siridan rivojlanadi deb tushuniladi. 2-4% bemorlarda surunkali limfotsitar tireoiditning tireotoksik shakli uchraydi. Bu bemorlarda birlamchi tekshirishda juda qattiq tugun va antitireoid autoantitelalarning yuqori titri aniqlanadi. Bunday bemorlarda yengil va sezilarli tireotoksikoz belgilari xarakterlidir.

Diagnostik dasturlash

1. Bemorni klinik va laborator tekshirish.
2. Qalqonsimon bezni ultratovush tekshiruvi.
3. Tireoid gormonlar miqdori va qalqonsimon bez to'qimasida turli xil komponentdagi antitelolarni aniqlash.
4. TAPB.
5. Laringoskopiya.

Differensial diagnostikasi

Qalqonsimon bez raki, autoimmunnim tireoidit bilan differensial diagnostika o'tkaziladi. Qalqonsimon bezni asosiy diagnostik usuli TAPB, bo'lib bez strukturasini to'g'ri baxolash imkonini beradi. Odatda antitelo qalqonsimon bez bu kasalligida bo'lmaydi, Ridel tireoiditdan autoimmun tireoiditini farqlashda foydalaniladi. Tireoglobulin antitelosi Ridel tireoiditida aniqlanmaydi yoki uning titri Xoshimota tireoiditiga nisbatan kam miqdorda aniqlanadi

Davolash usulini tanlash va taktika

Operatsiyaga ko'rsatma qo'yilgan ammo tugunni traxeyaga yaqqol (to'liq) kompressiyasi natijasida yomon sifatli o'smadan aniq inkor qilib bo'lmaydi. Ridel tireoiditi operatsiyasi texnik tomondan juda murakkab chunki kuchli fibroz yopishishganligi sababli qalqonsimon bezni to'liq olish ya'ni operatsiya tireoidektomiya bilan yakunlanadi. Qalqonsimon bez yetarli darajada rezeksiya qilinmaganda Qalqonsimon bez biriktiruvchi to'qimalari jadallik bilan kattalashib qayta operatsiya qilinishi ham mumkin. Steroid terapiya Ridel tireoiditida effekt bermaydi. Gipotireozda L-tiroksin bilan almashinuvchi terapiya o'tkaziladi.

Qalqonsimon bezdagi tugun va kistalarni operatsiyasiz olish.

Qalqonsimon bezdagi tugun va kistalarni operatsiyasiz olish asosan bez zararlangan sohasidan lazer diodi yordamida davolovchi ta'sir qilish. Muolaja ultratovush nazorati ostida o'tkaziladi. Qalqonsimon bezni davolash uchun klinikalarda operatsiyasiz yangi usul (lokal gipertermiya), qabul qilingan bo'lib operativ davodan ko'ra qulayli tomonlari ko'p. Qalqonsimon bez patologiyalarida xirurgik va operatsiyasiz davolash usullarini qiyoslama taqqoslash quyidagi jadvalda (7-jadval) keltirilgan.

Qalqonsimon bezdagi tugun va kistalarni operatsiyasiz olishga ko'rsatma:

Tugunli eutireoid bo'qoq 2 sm gacha diametrda bo'lsa.

Ko'p tugunli eutireoid bo'qoqda (4-5 tacha tugun bo'lsa).

Qalqonsimon bezni onkologik o'smalari yoki uning residivlanishida, radioterapiya o'tkazish imkoni bo'lmaganda.

Har kandy etiologiyali operatsiyadan keyingi residiv bo'qoqda.

Qalqonsimon bez xar kandy lokalizatsiyasida 2 sm-dan katta bo'lmagan kistalar joylashganda. Bemor xirurgik davodan bosh tortganda.

Qalqonsimon bez patologiyasini davolashni taqqoslash usuli

Parametrlari	Qalqonsimon bez kasalligi bo'qoqni xirurgik davolash	Lazer bilan davolash
Davolash	Travmatik, invaziv	Jarohatsiz
Og'riqsizlantirish	Narkoz	Mahalliy
Bo'yinda davolashdan keyin kosmetik defekt (yara, chandik)	Qoladi	Qolmaydi
Davolash davomiyligi	Davomiyligi (bir hafta atrofi)	1 seans davomiyligi 20-30 minut
Gospitalizatsiya (Statsionar sharoitda yotqizish)	Talab etilmaydi	Ambulator davolanish tavsiya etilmaydi
Davolash jarayoni UZI nazorati ostida o'tkaziladi (Real belgilangan vaqt mobaynida)	Yo'q	Xa
Davolashdan keyin gipotireozga olib kelishi mumkin	Bor	Yo'q
Og'ir mexnat grafigiga davoni Qo'shish mumkin	Yo'q	Bor

Muolajani o'tkazilishi. Lokal gipertermiya ambulator sharoitda mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Muolaja ikkita mutaxassis vrach xirurg va ultratovush tekshiruvchi yordamida amalga oshiriladi (200-rasm). Ultratovush yordamida tekshiruvchi vrach tugun lokalizatsiyasini, chuqurligini, jarohatlangan soha hajmini, muolaja davomiyligini (tugun koagulyatsiyasi misolida), ma'lum vaqtni hisobga olishda qo'l keladi. Xirurg lazer diodi bilan tugun pozitsiyaga nisbatan harakatlanib ta'sir qiladi. Barcha muolajalar davomiyligi (ultratovush tekshiruvidan boshlab zararlangan sohani koagulyatsiya qilib tugatguncha vakti hisoblasak) o'rtacha 20-30 min vaqt sarflanadi. Apparat va lokal gipertermiya o'tkazish usuli 200 «a» va «b» rasmlarda ko'rsatilgan. Muolaja tugatilgandan keyin

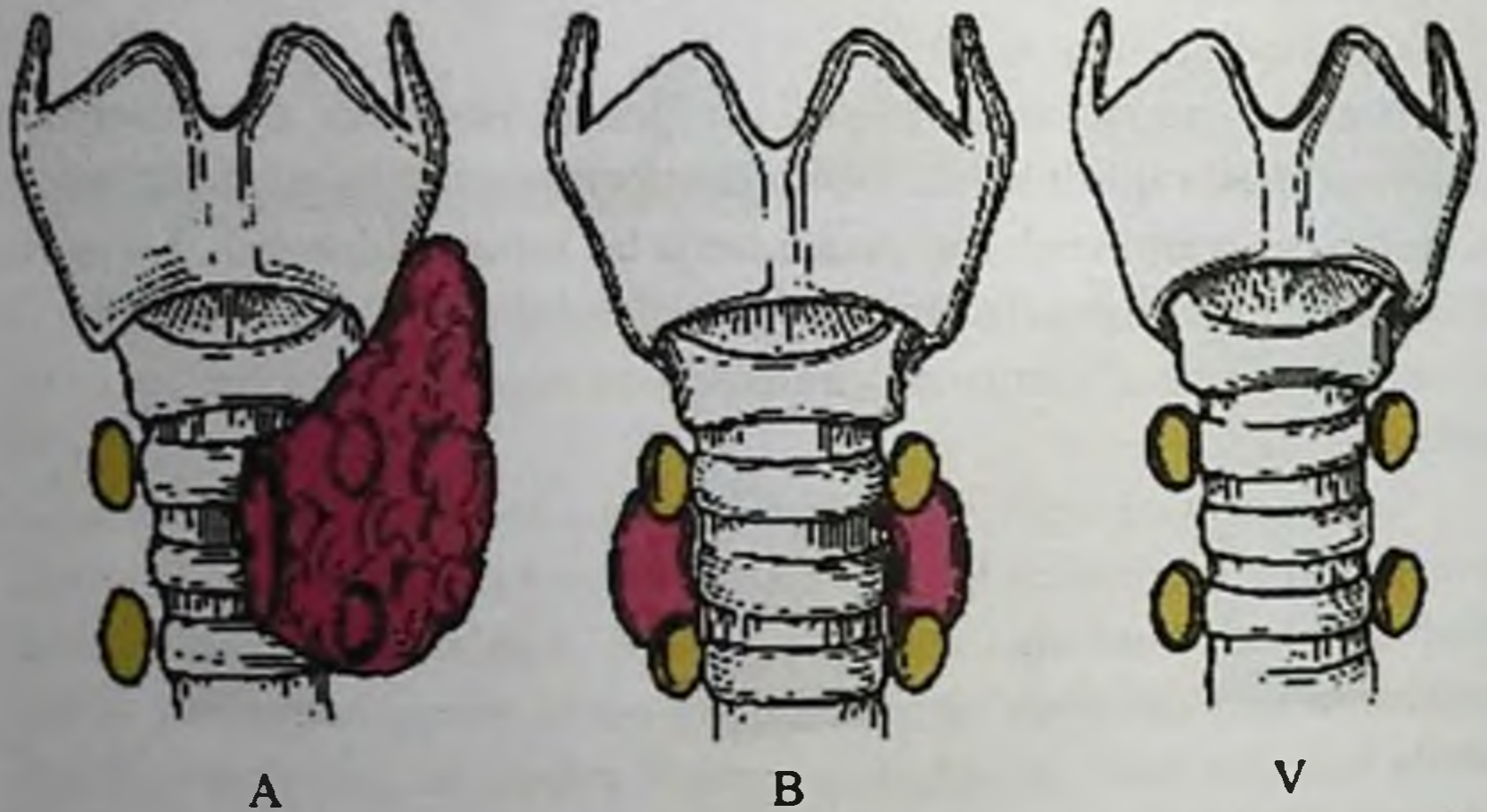
Qalqonsimon bezga operativ yondashuv. Qalqonsimon bezda bajariladigan barcha operativ yondashuvlar quyidagicha farqlanadi (201-rasm).

Gemitireoidektomiya (Bezning bir bo'lagi olinadi);

Tireoidektomiya (Qalqonsimon bez barcha bo'lagi olinadi yoki ekstrpatsiya deb ham atash mumkin);

Bezning subtotal rezeksiyasi (diffuz toksik bo'qoqda o'tkaziladi har bo'lakdan 1-3 g miqdorda koldiriladi);

Atipik rezeksiyasi (tireiodal to'qimadan ozgina qoldiriladi mas: trexeya yonidan yoki boshqa joyidan yoki qoldirilmaydi qo'yinki har bir bemorga individual yondashiladi).



201 - rasm. Qalqonsimon bezda operativ yondashuvning jadvaliy ko'rinishi. a – gemitireoidektomiya; b - subtotal rezeksiyasi; v – tireoidektomiya.

Hozirgi vaqtda minimal operativ yondashuv ya'ni gemitireoidektomiya bilan bo'yincha yoki piramidal bo'lagini olish operatsiyalari bajarilmokda.

Qalqonsimon bez operativ yondashuvning ikkita keng qo'llaniladigan usuli tafovut qilinadi: Subfassial va ekstrafassial strumektomiya.

A.V. Nikolaev subtotal strumektomiyani ishlab chiqkandan keyin bu keng tarqalib, qalqonsimon bez subtotal subfassial rezeksiyasi deb nom oldi.

Ushbu operatsiya diffuz toksik bo'qoqda bajariladi (XX asming 50 yillarida).

Subfassial rezeksiyasidan keyingi usul:

1) To'qimani minimal travmatizatsiyasi bunda chegaralangan operativ yondashuv bo'yin to'rtinchi fassiyasi visseral varag'ini xamda qalqonsimon bezga kiruvchi qon tomirlarni bez to'qimasiga yaqin joydan ya'ni tanlab kesish yuli bilan erishiladi.

2) Minimal qon yukotishni ta'minlash va aniq gemostaz (quruq operatsion maydon). Bu usulning maqsadi maxsus intraoperatsion asoratlarni oldini olishga qaratilgan bo'lib jumladan qaytuvchi nerv va paraqalqonsimon bezni jaroxatlanishidan asrash kerakligi to'g'risida ogohlantiradi.

Qalqonsimon bez operatsiyalari uchun optimal kesma Koxer kesmasi bo'lib bo'yin pastki burmasidan o'tkaziladi bu Langer chizig'iga mos kelib ko'krak bo'yintirik chizig'idan 2-2,5 sm yuqorida joylashadi, shu sohadan ko'ndalangiga 5-10 sm uzunlikda kesib boriladi. Kesma ikkinchi fassiyagacha oldingi bo'yintiriq venasigacha ochib boriladi, gemostaz uchun ko'prok elektrokoagulyatsiyadan foydalaniladi. Teri teni osti chultog'i qalqonsimon tog'ay yuqori qirrasigacha va ko'krak bo'yintiriq chuqurchasigacha ajratilib keyin bo'yin o'rta chizig'i bo'ylab ko'krak til osti va ko'krak qalqonsimon mushaklar ochiladi. Ba'zi holatlarda pretireoid mushaklar kesim o'tkazilganda katta o'lchamli bo'qoq bo'lsa ko'rinib boshlaydi. Bezdan orqa yuzaki mushaklar ajratilib bo'yinning uchinchi fassiya va mushaklari ilgakka olinadi, qalqonsimon bezda to'lig'icha reviziya o'tkazilgandan keyin, bezda qilinishi kerak bo'lgan operatsiyani hajmi ma'lum bo'ladi.

Bo'yin atrof to'qimalaridan qalqonsimon bezni ajratib bo'lgandan keyin uning bo'laklarini mobilizatsiya qilish mumkin. Atrof to'qimalar qon-tomirlari va boylamalaridan mobilizatsiya qilinadi. Bo'yin atrof to'qimasi qisqichga olinib kesiladi va bo'yin atrof to'qima orqa yuzasi va traxeyani old yuzasi oralig'ida yo'l hosil qilinadi. Qalqonsimon bezni o'zgargan bo'lagi olib tashlanadi.

Qalqonsimon bez qisman mobilizatsiyasi bo'yin atrof to'qimasi yarmini traxeyadan ajratish va bez fassiyasi ichki varag'ini bir qismini traxeyada qoldirishdan iborat. Subfassial rezeksiya qalqonsimon bez

kapsulasi ichini reviziyasi, bez ichki-orqa yuzasida xavfli sohalami qoldirish, hiqildoq qaytuvchi nerv va paraqalqonsimon bezni saqlash imkonini beradi.

Qisman mobilizatsiya va rezeksiyadan keyin traxeya yon yuzasida shakllantirilgan cho'ltoqdan gemostazni kuzatish, paraqalqonsimon bezni va hiqildoq qaytuvchi nervini nazorat qilinadi. Cho'ltoqqa rezinali chiqargich, ba'zi hollarda PXV nayi va Redon usulida aspiratsion naylash bajariladi.

Operatsion jarohat qavatma-qavat tikiladi, dastlab pretireoid mushaklar alohida tugunli choklar bilan so'ng yuzaki fassiya platizma mushagi bilan birga tikiladi. Teriga kosmetik uzluksiz teri ichi choklari qo'yiladi. Drenaj nay jarohatdan, alohida chiqariladi.

Bahsli hollarda vrachlar operatsiya vaqtida qalqonsimon bez qolgan qismi hajmini bo'lak og'irligiga nisbatan qilib kolgan cho'ltoq massasini hisoblab beradi.

Ekstrafassial operatsiya usuli. Bu Koxer usuli bazasi hisoblanadi. Birinchi marta qalqonsimon bez operatsiyasi uning xususiy kapsulasiga qo'shib birga olish bilan yakunlangan, to'rtinchi fassiyaning visseral varag'i, kapsula ustidan yuqori va pastki qalqonsimon bez arteriyasi bog'lanadi. Bu usul Koxer usulining bazasi bo'lib qalqonsimon bezni birinchi operatsiyasi uning xususiy kapsulasi bo'yin to'rtinchi fassiyaning visseral varag'i bilan birgalikda kapsula ustidan yuqori va pastki qalqonsimon arteriyalarni bog'lab bezni o'zgargan qismini olish bilan yakunlanadi.

Ekstrafassial usul etapi hiqildoq qaytuvchi nervi va paraqalqonsimon bezni saqlash maqsadida taxminiy ko'rish bilan amalga oshiriladi.

Ushbu usul asosan chet el G'arb tomonlarda keng foydalaniladi.

Qalqonsimon bez zamonoviy xirurgik qonun qoidasida hiqildoq qaytuvchi nervini zararlamaslik uchun uni ko'rib operatsiyani yakunlash kerak deyilgan. Hozirgi vaqtda bahs munozara asosan qalqonsimon bez rakiga shubha qilinganda (subfassial yoki ekstrafassial) operativ yondashuv qilingan. Lekin ayni vaqtda faqat ekstrafassial, hiqildoq qaytuvchi nervini zararlamaslik uchun anatomo-topografik mo'ljalni olib ya'ni uni ko'rib operatsiya yakunlanadi.

Ekstrafassial tireoidektomiya amaliy aytganda ikkita gemitireoidektomiya demakdir. Qalqonsimon bezda ikki variant usulda bez

qismlarini mobilizatsiya qilinadi: lateral dan-boshlash bilan pastki qalqonsimon arteriyani ajratib bog'lash, pastki paraqalqonsimon bez va qaytuvchi nervni ko'rish, hamda yuqori yoki kranial-mos ravishda, dastlab yuqori qalqonsimon arteriya bilan keyin yuqori paraqalqonsimon arteriya bog'lanadi.

Qalqonsimon bez bo'lagini ajratish algoritmi bilan intraoperatsion impedansometriya qabul qilingan.

Bezga kirib borish standart Koxer usulida boradi. Ayrim holatlarda bez ancha kattalashganda-pretireoid mushaklarga ko'ndalangiga kesib ochish bilan, bez bo'lagi yuqori qutbiga yagona kesma yordami bilan amalga oshiriladi.

Bo'yin to'rtinchi fassiyasi orqa lateral sohasidan bo'laklar mobilizatsiya qilinib boshlanadi. Yumshok disektor yordami bilan qisqich kiritmasdan radial yo'nalishda bo'lak pastki qutbi yuqorisiga kirib boriladi. Pastki qalqonsimon arteriya elementlari alohida ajratiladi. Bundan keyin qarama-qarshi tomon chiziqli strukturasi o'lchab o'tkaziladi. Pastki qalqonsimon arteriya identifikatsiya qilinadi. Yuqori paraqalqonsimon bezda qon aylanishini saqlash maqsadida kapsulaga yaqin joydan ligatura kiritilib bog'lanadi. Nerv ustunini identifikatsiya qilish etapida kranial yo'nalishda uning tarmoqlarini ko'rish maqsadi bilan ehtiyotkorlikda mobilizatsiya qilinadi. Qaytuvchi hiqildoq nervi orqada, arteriya oldinda, yoki uning tarmoqlari orasida joylashadi. Joylashtirishning 30 xildan ortik varianti ma'lum, ulardan yana qanchalab murakkab tarmoqlari bo'lib alohida o'ng va chap tarmoqlari ajralib turadi. Alohida havfli guruhdan (1% atrofi) qaytmaydigan chap hiqildoq nervi, u bo'yin qismi adashagan nervdan chiqadi va bevosida hiqildoqqa yo'naladi. Hiqildoq qaytuvchi nervini ob'ektiv nazorat qilish uchun elektromiografik usul qabul qilingan, bunda nervga elektrod ignasi tekkizilganda hiqildoq mushaklari qisqarishidan tenzodatchiqda elektrostimulyatsiya tebranishlari aniqlanadi. Hiqildoq qaytuvchi nervini identifikatsiya qilish uchun qanday noinvaziv kontakt passiv bipolyar qarama-qarshi (impedansa) elektrodlardagi o'zgarishlarni anatomik strukturasi (arterial venoz tomirlar, mushak tolalari), taxminan nerv joylashishi sohasida moslashtirish. Nerv qarama-karshiliklari orasidagi farq shubhasiz ($75 \pm 10,29$ kOm) va qon tomir ($9,1 \pm 0,53$ kOm), jiddiy ravishda identifikatsiyani yengillashtiradi.

Paraqalqonsimon bez asosan vizual belgilarga qarab identifikatsiya qilinadi. Hiqildoq qaytuvchi nervi va paraqalqonsimon bez pastki qismi identifikatsiya qilingandan keyin yuqori qutbida mobilizatsiya o'tkaziladi. Bezninig yuqori tarmog'i oyokchasi ajratiladi va hiqiloq yuqori nerv tarmoqlari elementlari travma olmasligi maqsadida alohida-alohida likvidatsiya qilinadi.

Yuqori qalqonsimon bez yuqori qutbi to'liq mobilizatsiya qilishdan oldin, bez kapsulasi orqa yuzasi sohasida. Tireoid inf dan 10-12 mm yuqorida hiqildoq qaytuvchi nervi bilan birga kesiladi. Traxeya qalqonsimon boylam (Beri boylami—bu varaq bo'yin to'rtinchi fassiyasi trexeyani qattiq bezga fiksatsiya bo'lgan joyi, buni faqat hiqildoq qaytuvchi nervi va uning tarmoqlarini identifikatsiya qilgandan keyin kesiladi. Qarama-qarshi tomonda ham ushbu taktika bajariladi. Operatsiya gemostaz nazorati hamda jarohatni drenajlash va qavatma-qavat tikish bilan yakunlanadi. Tugunli bo'qoqni operatsiya etaplari ketma-ketlikda quyidagi rasmlarda tasvirlangan (202-rasm).



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18

202-rasm. Tugunli bo'qoq operatsiyasini ketma-ketlik etaplari.
 1 – Operatsion maydon; 2-Koxer usulida kesma; 3,4 –teriga ishlov berish;
 5-Qalqonsimon bez yuqori o'ng arteriyasini bog'lash. 6,7–Etap bilan
 qalqonsimon bez o'ng bo'lagini olish; 8 – Makropreparat: Qalqonsimon
 bez o'ng bo'laki. 9 - Qalqonsimon bez o'ng bo'laki yotog'iga drenaj nay
 qoldirish. 10,11,12,13 –Pretireoid mushaklarni tiklash; 14,15,16 – bo'yin
 old yuzasiga kosmetik choklarni qo'yish;
 17 – Kosmetik choklar; 18 – Jarohatga asseptik bog'lama qo'yish.

Intraoperatsion va operatsiyadan keyingi asoratlar

Qalqonsimon bez kasalliklarini xirurgik davolashdan keyingi asoratlari klassifikatsiyasi B.V. Petrovskiy va V.S. Semenov bo'yicha uch guruhga bo'linadi.

1. Maxsus asoratlari (hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlash, operatsiya vaqtida va keyin qon ketish, tireotoksik kriz, gipoparatireoz). Hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlash, bu olti oygacha tranzitor, permanent yoki vaqtinchalik yo doimiy olti oydan ko'p vaqt davomida hiqildoq paralichi yoki pareziga olib keladi.

2. Asoratlari, bo'yin operatsiyalari uchun harakterli (traxeyani jarohatlash asfiksiya rivojlanishi bilan birga, qizilo'ngach yoki ko'krak limfatik yo'lidagi jarohatlanish, bo'yin tarmoqlari travmasi, havo emboliyasi, pnevmotoraks).

3. Asoratlari: Har qanday xirurgik yondashuv (infiltrat, jarohat yiringlashi, ligaturali oqma, pnevmoniya, infarkt miokardi va h.) olib kelishi mumkin. Hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlanishi. Bu bo'qoqni operativ davolashda kuzatilishi mumkin bulgan asoratlardan biri bo'lib sanaladi. Hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlanishi chastotasi qalqonsimon bez raki operatsiyalaridan keyin 3,5-17,5% gacha bo'qoq kasalliklardan keyin esa 0,13- 4,8% ni tashkil qiladi. Hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlanishi uning anatomik joylashuvi, operatsiya hajmi va usullariga bog'liq. Qalqonsimon bez raki operatsiyalari ekstraorgan invaziya deyilib rakni Qo'shni organlarga o'sib asoratlanishi tushunchasini beradi. Ba'zi statistik ma'lumotlar katta farq bilan aniqlaydi, to'g'ridan to'g'ri laringoskopiya tekshiruv usulidan foydalanib kasallikni operatsiyadan keyingi asoratlari nazorat darajasi aniqlanganda ko'prok ob'ektiv baholanadi. Hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlanishi ko'pincha qalqonsimon bez pastki qutbini ajratishda yuzaga keladi.

Ushbu sohada hiqildoq qaytuvchi nervi pastki qalqonsimon arteriyasi bilan yaqin joylashgan. Deyarli 39% holatlarda arteriya tarmoqlari orasidan, 35% orqadan, 25% holatlarda oldidan o'tadi. Ayrim vaqtlarda nerv o'z joyida, qachonki u hiqildoq devorini teshib o'tganda va arteriyani ajratishda jarohatlanadi. Qalqonsimon bezda o'tkazilgan operatsiyalar uni anatomo-topografik munosabatini o'zgartirganda, chandiqli hamda bitishmali kasalliklarida hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlanish chastotasini yanada oshiradi.

Bo'qoqni ancha kichik bosqichda fonatsiya, nafas olish va yutinish buzilish belgilari aniqlanmaydi. Ovozni o'zgarish darajasi va nafas olishni har xil buzilishlari jarohatlanishning xarakteriga bog'liq (kesib qo'yish,

bog'lab qo'yish, uzilishi, yallig'lanishi, shishi, gematoma yoki qisilishi va boshqalar). Zararlanish ko'lami (bir yoki ikki tomonlama, hiqildoq qaytuvchi nervi bilan yuqori hiqildoq nervini birgalikda jarohatlanishi). Hiqildoq qaytuvchi nervi alohida jarohatlangan holatlarda klinik belgilari aniqlanmaydi, faqat laringoskop bilan tekshirilganda aniqlanishi mumkin. Qaytuvchi nerv jarohatlanganda klinik belgilari o'zgaruvchan bo'ladi, buzilgan funksiyasini tiklanishi vaqti va zararlanish xarakterga bog'liq. Agar laringoskopiyada hiqildoq falaji tasdiqlanadi (ovoz boylamlari harakatini chegaralanishi), nerv zararlanishi bilan bog'liq, ovoz tiklanishi bir necha kundan oygacha cho'zilishi mumkin. Hiqildoqda bir tomonida falajlik bo'lganda, ovoz boylamlari harakatlanmaydi (sababi—hiqildoq qaytuvchi nerv kesiladi), funksiyasini tiklanishi kamdan kam holatlarda kuzatiladi. Qaytuvchi nerv jarohatlanganligi oqibati aniqlanadi va uning tiklanish mumkin bo'lgan funksiyasini aniqlashning perspektiv metod kabul qilingan ovoz hosil bo'lish funksiyasi spektral analiz hisoblanadi. Asosan qaytuchi nervni ikki tomonlama jarohatlanishi xavfli bo'lib ovoz boylamini yopilishi, afoniya, asfiksiya kuzatiladi bunday holatda zudlik bilan shoshilinch intubatsiya yoki traxeostomiya o'tkazish kerak.

Qon ketish

Bu qalqonsimon bez xirurgiyasini jiddiy asoratlaridan bo'lib sanaladi. Intraoperatsion qon ketish 0,25-8,9% hollarda, operatsiyadan keyingi qon ketish - 0,2-2,7% ni tashkil qilib ular arterial, venoz yoki parenxematoz xarakterda bo'ladi. Asosiysi qon ketish to'xtamaydi. Kerven yozishicha: «qochonki xirurg qon ketish vaqtida aqlini yo'qotsa, bemor hayotini yo'qotadi deydi». Operatsion maydonni chegaralanganligi qon ketishni to'xtatishda qiyinchilik tug'diradi. Qon ketish asosan diffuz toksik bo'qoqda qon ivish vaqtini kamayishi va qon tomirlar devori mo'rtligi bilan birga kelganda kuzatiladi. Qon ketishda hamma vaqt vaqtinchalik gemostaz (barmoqlar bilan tomirni bosish, tupfer yordamida bosish yoki tompanlash) qilinadi keyin qon ketayotgan tomir ajratiladi va bog'lanadi. Venoz qon ketish qo'proq arterialga qaraganda qiyin kechadi. Katta diametrdagi vena qon tomir jarohatlanganda qon ketsa tomir devori yorilganligi hamda havo emboliyasi bo'lishi mumkinligi to'g'risida o'ylash mumkin. Ko'krak qafasi ekskursiyasi taxminan chegaralanadi va adekvat jarohat ekspozitsiyasini ta'minlaydi. Gemostaz tugallanib mobilizatsiya qilingandan keyin qon

ketayotgan tomir yopiladi. Operatsiyadan keyingi qon ketish yo'tal, qayt qilish, AQB ni ko'tarilishi, narkozdan chiqishda bo'yin mushaklarini qisqarishida kuzatiladi. Bemor yuz sohasidagi sianozga, hansirashga, bo'yin old sohasidagi qattiq hosilaga shikoyat qiladi vizual qaraganda bo'yin oldi kattalashaganligini ko'rish mumkin, aseptik bog'lam olinganda qon ketish kuzatiladi. Qon ketishni to'xtatish faqat operatsion xonada o'tkaziladi.

Tireotoksik kriz

Operatsiyadan keyingi tireotoksik kriz tireotoksik bo'qoq avjida juda yakkol klinika bilan boshlanib organik hamda tizimli o'zgarishlar bilan kechadi. Qalqonsimon bez olinishi markaziy nerv sistemasini gipofiz bezi funksiyasi va bo'yрак usti bezini po'stlok qavati o'rtasidagi bog'liqligini o'zgarishi natijasida murakkab va chuqur buzilishlarga olib keladi. Tireotoksik kriz paytida tireoid gormonlarni qonda tusatdan ko'payishi kortizol metabolizmni tezlashishiga, bo'yрак usti bezini mag'iz qavati aktivligini oshishiga sabab bo'ladi. Qonda adrenalın konsentratsiyasini ko'payishini tartibga solish, to'qimalarni kortizolga bo'lgan ehtiyojini oshishi, bo'yрак usti bezi yetishmovchiligiga nisbatan kuchayishiga sabab bo'ladi.

Tireotoksik kriz klinik kartinasi qonda tireoid gormonlarni yuqori darajada konsentratsiyaga ega bo'lishi va bo'yрак usti bezi mag'iz qismidagi katexolamin gormonini yetishmasligi bilan yuzaga chiqadi.

Tireotoksik kriz o'rta og'ir darajasi (1-darajasi), u yengil darajali psixomotor qo'zg'alish, tana temperaturasini ko'tarilishi 38-39 °S gacha. Puls 120-140 ta minutiga, ritmik, sistolik bosim normal, diastolik 50 mm. sim ust gacha tushgan. Yuzaki uyqu, nafas tezlashishi, o'rtacha terlash aniqlanadi. Tireotoksik kriz og'ir darajasi (2-darajasi), aniq ifodalangan psixomotor qo'zg'alish, qo'llar tremori, yuzdagi giperemiya, shilliq qavatlar sianozini.

Temperaturani 40 °S dan yuqori, puls 140 tadan ko'p minutiga, yurak ritmini buzilishi, sistolik bosimni pasayishi 70-80 mm sim ust gacha, diastolik bosimni - 30-40 mm sim ust gacha shuningdek profuz terlash, nafasni qisman yuzaki bo'lishi, uyqusizlik bilan kechadi.

Gipoparatireoz

Gipoparatireoz qalqonsimon bez xirurgiyasini maxsus og'ir asoratlaridandir. Sababi shuki paraqalqonsimon bezni olinishi yoki travma

olishi natijasida paratgormon defitsitligini chaqirishi kalsiy miqdorini kamayishi va fosforni oshishiga olib keladi. Ma'lumki ikkala paraqalqonsimon bezni olinishi o'tib ketmaydigan tetaniyani keltirib chiqaradi. Tranzitor gipoparatireoz chastotasi 0,28-18,6%, permanent - 0,05-7,2% ga teng. Ushbu asoratlar bilvosita xirurgik yondashuv hajmi va usuli, hiqildoq qaytuvchi nervini jarohatlanishi bilan bog'liq. Paraqalqonsimon bezni olishdan tashqari ba'zan gipoparatireoz bo'lsa demak travmadan so'ng deb tushunish mumkin. Bu asosan qon aylanish bilan bog'liq, ko'pincha 85%-95% hollarda paraqalqonsimon bez pastki qalqonsimon arteriyadan qon bilan ta'minlanadi. Bundan keyingi muolajalami shu arteriyada ishlov berishda juda ehtiyotkorlik bilan bajarishga to'g'ri kerak.

Uzoq va rivojlangan paratireoid yetishmovchilikka paraqalqonsimon bez to'qimasidan kam miqdorda qoldirish natijada bezning gipofunksiyasidan yuzaga keladi. Gipoparatireozni klinik ko'rishi ko'prok operatsiyadan keyingi davr ya'ni 2-3 sutkada rivojlanadi. Bemor boshlanishida emaklayotgandek sezgi, ko'l-oyoqlar sovqotishi, tonik sudorgi – barmoqlardagi simmetrik sudorgi («akusher kuli») paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu simptom shubhasiz tetaniya. Tetaniyada sudorgi bo'lmaydi ammo Xvosteka, Veysa, Trusso va Erba simptomlari musbat bo'ladi.

Qon zardobidagi kalsiy miqdoriga qarab paraqalqonsimon bez yetishmasligini og'irlik darajasi quyidagicha tasniflanadi.

- a) Yengil darajasi (kalsiy 1,82-2,08 mmol/l);
- b) O'rta og'ir darajasi (kalsiy 1,56-1,81 mmol/l);
- v) Og'ir darajasi (kalsiy 1,3-1,55 mmol/l).

Paraqalqonsimon bez yetishmasligida titanik sindrom bilan yoki atipik va vegetativ tartibsizlik bilan (arterial gipo yoki gipertenziya, stenokardiya xuruji, bronxoastmatik komponent, bo'yрак yoki jigar sanchig'i, diareya, qusish, poliuriya) kechadi.

Paraqalqonsimon bez yetishmasligini o'tkir kechishida davolash uchun kalsiy xlor yoki kalsiy glyukonatning 10%-10-20 ml eritmasi v/i ga qilinadi keyin tabletka shakliga o'tkaziladi. Bemorlarga dori preparatlarini tanlash individual bo'lib vitamin "D" bilan birgalikda foydalaniladi va qon zardobida kalsiy miqdori nazorat qilinib boriladi.

YO'G'ON ICHAK KASALLIKLARI

Chambar ichak

Chambar ichak yo'g'on ichakning bir qismi bo'lib, uzunligi 1-2 m ga teng, uning diametri ko'richak sohasida 7-8 sm ga, distal sohasida esa 4-5 sm ga teng. U ko'richak, yuqoriga ko'tariluvchi, ko'ndalang, pastga tushuvchi chamber ichak, sigmasimon ichak qismlaridan iborat.

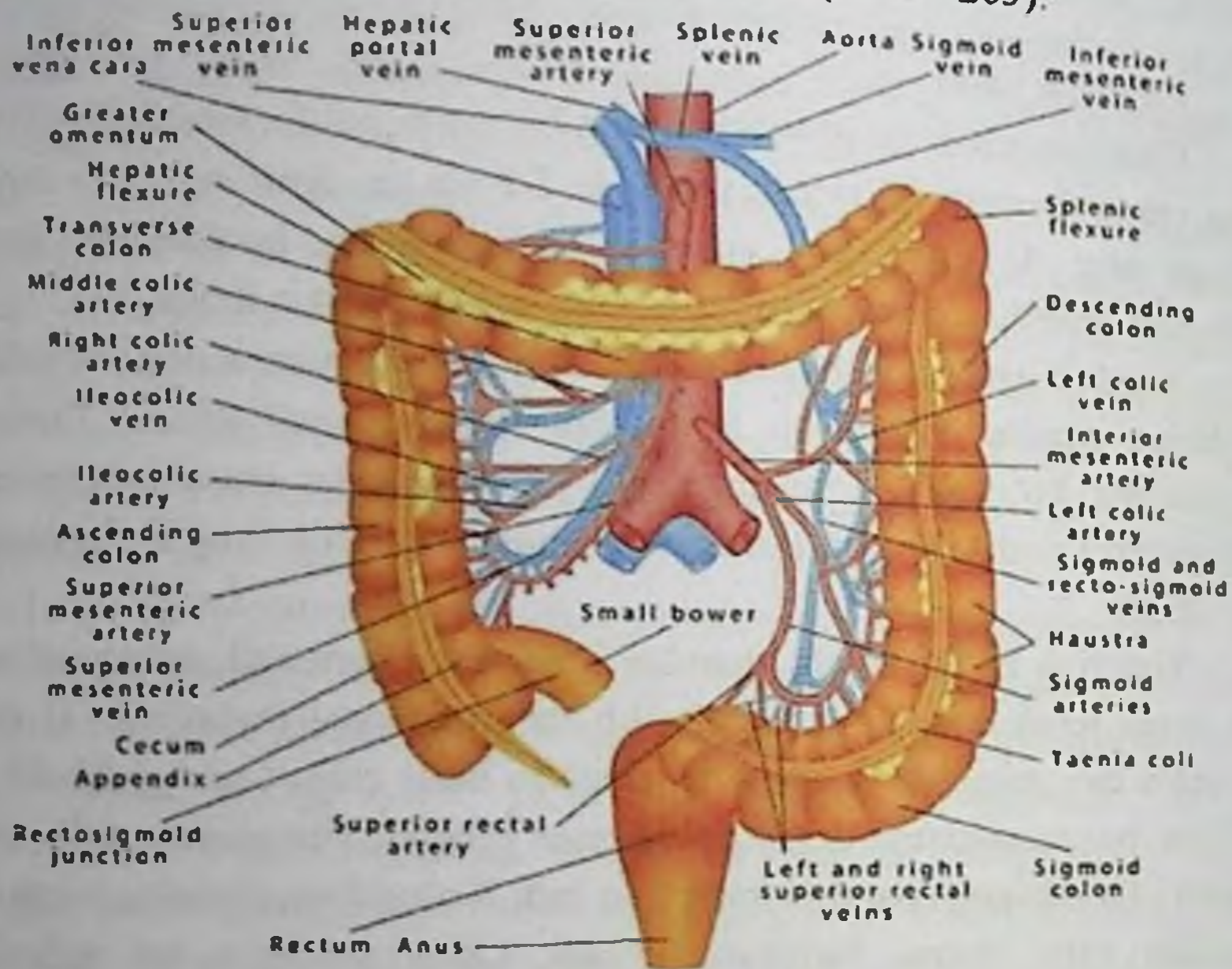
Yo'g'on ichak ingichka ichakdan farq qilib, bo'ylama mushak tolalari bir-biriga parallel yo'nalgan tasmalarni (teniae) hosil qiladi. Tasmalar orasida esa, bo'rtmalar (haustreae coli) joylashib, ular orasida toraymalar almashinib keladi. Bundan tashqari gaustralar devorida "yog'li shokilalar" joylashadi.

Yuqoriga ko'tariluvchi chamber ichak mezoperitoneal, ayrim xollarda esa, qisqa ichak tutqichiga ega bo'lib intraperitoneal joylashadi. U o'ng qovurg'a osti sohasida "jigar bukilmasi" ni hosil qilib, uzunligi 50-60 sm bo'lgan, har tomonlama qorin parda bilan o'ralgan (intraperitoneal), uzun tutqichli ko'ndalang chamber ichakka o'tadi. Ko'ndalang chamber ichak old yuzasiga katta charvi birikkan bo'ladi. Chap qovurg'a osti sohasida ko'ndalang chamber ichak "taloq bukilmasi" ni hosil qilib, aksariyat mezoperitoneal, ba'zan in-traperitoneal joylashuvchi pastga tushuvchi chamber ichakka, u esa o'z navba-tida intraperitoneal joylashuvchi o'z tutqichiga ega bo'lgan sigmasimon ichakka o'tadi.

Chambar ichak o'ng yarmini yuqorigi tutqich arteriyasining tarmog'i bo'lgan yonbosh-chambar ichak (a. ileocolica), o'ng va o'rta chamber ichak (a.a. colica dextra et media) arteriyalari qon bilan ta'minlasa, chap yarmini pastki tutqich arteriyasi tarmog'i – a. colica sinistra qon bilan ta'minlaydi. Chap chamber ichak arteriyasi o'rta chamber ichak arteriyasi tarmog'i bilan anastomoz hosil qilib – Riolan ravog'ini yuzaga keltiradi. Sigmasimon ichakni Qo'shimcha 2-3 ta sigmasimon arteriyalari (a. sigmoideae) ham qon bilan ta'minlaydi (rasm - 203).

Venoz qon oqimini yuqorida sanab o'tilgan arteriyalarga nomdosh venalar amalga oshirib, yuqori va pastki tutqich venalari (v.v. mesentericae superior et inferior), ular esa darvoza venasini (v. porta) hosil qilishda ishtirok etadilar. Xuddi shunday, limfa oqimi ham arteriyalar bilan yonma-

yon o'tuvchi limfa tomirlari orqali yuqorigi va pastki tutqich arteriyalari atrofida joylashuvchi limfa tugunlariga quyiladi (rasm - 203).



203-rasm. Yo'g'on ichakning qon bilan ta'minlanishi.

Ichak faoliyatining nerv boshqarilishi nerv sistemasining parasimpatik va simpatik bo'limlari, Meysner va Auerbax chigallari tomonidan amalga oshirilib, bunda parasimpatik bo'lim motorika va sekresiyaning kuchayishiga imkon beradi, simpatik bo'lim esa bunga teskari ta'sirga ega.

Chambar ichakda 95% suv, elektrolitlar, ayrim gaz moddalar so'riladi. Bundan tashqari, ichak mikroflorasi ta'sirida V va K guruh vitaminlarining almashinuvi amalga oshiriladi.

Mahsus tekshirish usullari.

Yo'g'on ichak kasalliklarida rentgenologik tekshirish to'g'ri diaqnoz qo'yish uchun ob'ektiv ma'lumotlar beradigan asosiy usullardan biri hisoblanadi. Kontrast moddani peroral yuborish ichakning motor funksiyasini va ileotsekal klapan xolatini o'rganish uchun maqsadga muvofiq.

Irrigoskopiya (retrograd kontrastlash) ichakning xolatini, shaklini va uzunligini aniqlash, o'smalar, poliplar, kolit, divertikulyoz va boshqa kasalliklarni aniqlash maqsadida qo'llaniladi.

Kolonoskopiya - bu yo'g'on ichakni endoskopik tekshirish usuli bo'lib, yo'g'on ichak patologiyasida diagnostik imkoniyatlarni birmuncha kengay-tirdi. Najasni va ichak aralashmalarini koprologik tekshirish, me'da-ichak yo'llarining turli bo'limlaridagi funksional va organik zararlanishlar to'g'risida xulosa chiqarishga imkon beradi.

Chambar ichak anomaliyalari va rivojlanish nuqsonlari

Embriogenez buzilishi oqibatida chamber ichak joylashuvi (distopiyasi) vujudga kelib, u qorin bo'shlig'ining o'ng yoki chap yarmida joylashishi mumkin. Ichakning uzayib ketishi uning barcha qismlari (dolixokoliya) yoki ayrim qismining (dolixosigma) uzayishi hisobiga yuzaga kelishi mumkin. Natijada, ichakning motor-evakuator funksiyasi buzilib, qabziyat, meteorizm, og'riqlar paydo bo'ladi.

Ichak stenozlari va atreziyalarining yakka xolatda yoki ko'plab joylashishi kuzatilib, bola tug'ilishining erta davrida o'tkir ichak tutilishi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Bu esa, xirurgik davo qo'llanilishini talab etadi.

Girshprung kasalligi

Girshprung kasalligi - chamber ichak megakoloni yoki gigantizmi, uning evakuator funksiyasi buzilishi bilan kechuvchi tug'ma kasallik hisoblanib, qabziyat va qorinning keskin dam bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Tug'iladigan har 5000 ta chaqaloqdan bittasida uchrashi mumkin. Asosan yosh bolalarda va o'smirlarda uchrab, kattalarda esa juda kam xollarda kuzatiladi.

Etiologiya. Kasallik vegetativ nerv sistemasi rivojlanishining buzilishi, yo'g'on ichak mushaklararo (Auerbax) va shilliqosti (Meysner) nerv chigallari ganglionar hujayralarining o'sib yetilmaganligi (gipoganglioz) yoki mutlaqo bo'lmashligi (aganglioz) oqibatida kelib chiqadi. Aganglionar zona kattalarda, asosan, to'g'ri ichakda, bolalarda esa sigma-simon ichak yoki chamber ichakning boshqa qismlarida uchrab, ichakning bu qismi doimo spastik qisqargan xolatda, peristaltikasiz bo'ladi va ichak mahsulotining ushbu sohadan qiyinchilik bilan o'tishi oqibatida ichakning normal innervatsiyali yuqori turuvchi sohalari kengayib,

gipertrofiyaga uch-raydi. Ichakning kengayib ketgan qismi gistologik tekshiruvda mushak tolalarining gipertrofiyasi va sklerozi aniqlanadi.

Klinikasi. Girshprung kasalligi belgilari ichak mahsuloti passaji-ning buzilishi bilan xarakterlanadi. Asosiy simptomlari – qorinning dam bo'lishi, bir necha kundan bir necha oygacha ich kelmasligi, qabziyat, ich kelishga aslo mayl yo'qligi bilan ifodalanadi. Qorin keskin dam, assimetrik bo'ladi, bunda chayqalish shovqinini payqash mumkin. Ba'zan qabziyat ich surishi bilan almashinadi (paradoksal ich surishi). Qorinning tobora taranglashib dam bo'lishi diafragma ekskursiyasini cheklab qo'yadi, bu xolat o'z navbatida nafas qisishiga, yurak urib ketishiga olib keladi. Qabziyat yuzaga kelishi bilan intoksikatsiya alomatlari: bosh og'rig'i, bexollik, ko'ngil behuzur bo'lishi, ishtaha yo'qligi paydo bo'ladi.

Diagnostikasi. Bemorning shikoyatlari, anamnezidagi uzoq davom etib kelayotgan qabziyat bilan bir qatorda ob'ektiv ko'ruvda qabziyat, doimiy meteorizm natijasida qorinning keskin dam bo'lishi, ba'zan najas toshlarini paypaslanishi kuzatiladi. Rektal tekshiruvda sfinkter tonusining kuchayganligi, ampulaning bo'sh bo'lishini ko'rish mumkin. Rektoromanoskopiyada to'g'ri ichak spazmi sababli rektoskopning qiyinchilik bilan o'tishi, kengaygan joyga yetganda "tushib ketish" hissining paydo bo'lishi va shu sohada najas toshlarining yig'ilib qolganligi aniqlanadi.

Irrigografiyada yo'g'on ichakning toraygan va kengayib ketgan (10-15 sm gacha) bo'limlari aniqlanadi. Ichakning kengaymagan bo'limlaridan kengaygan bo'limlariga o'tishi voronkasimon shaklda bo'ladi (rasm 204).

Kolonoskopiyada to'g'ri ichakning va sigmasimon ichak distal qismining diametrda 2,5-3 sm gacha torayganligini kuzatish mumkin. Bu sohada ichak peristaltikasi kuzatilmaydi devori qalinlashgan bo'lib ko'rinadi, ichak qiyinlik bilan bo'shaladi. Bo'shalgandan so'ng chambar ichak devorlari puchaymaydi.

Asoratlari. Chambar ichakning uzayishi va kengayishi turli bo'limlarining buralib qolishiga sabab bo'ladi va natijada o'tkir ichak tutilishi vujudga keladi. Ichak devorida yaralar paydo bo'lishi, uning teshilishi, peritonit, qon ketishi, enterokolit rivojlanishi Girshprung kasalligining asoratlaridan hisoblanadi.



204-rasm. Girshprung kasalligida ichakning ko'rinishi.

Davolash. Girshprung kasalligida konservativ davolash operatsiyaga tayyorgarlik bosqichi hisoblanadi, u ichakning bo'shatilishiga qaratilgan chora-tadbirlardan iborat. Parhezga rioya qilish, ichak motorikasini yaxshilashga imkon beradigan yangi sabzavotlar va mevalardan iborat mahsulotlarni iste'mol qilish, ichak peristaltikasini fizioterapevtik usullar bilan yo'lga solish, turli xil xuqnalar qo'yish shular qatoriga kiradi.

Xirurgik davolash aganglionar zonani va yo'g'on ichakning dekompensatsiyalangan kengaygan bo'limlarini olib tashlab, ichak o'tkazuvchanligini tik-lashdan iborat.

Nospesifik yarali kolit

Nospesifik yarali kolit chambar va to'g'ri ichaklar shilliq qavatining yarali-nekrotik o'zgarishi bilan kechuvchi surunkali yallig'lanish kasalligidir. Abu Ali ibn Sino asarlarida yo'g'on ichakda yaralar hosil qilish bilan o'tadigan qon aralash ich ketishi tasvirlangan. O'zbekiston olimlari bu patologiyani o'rganishga (professorlar I. A. Kassirskiy, A. A. Askarov, U. A. Askarov), shuningdek nospesifik yarali kolitni xirurgik davolashga (prof. S. M. A'zamxo'jaev) katta hissa Qo'shdilar. O'rtacha har 100000 aholidan 1,2 tasi kasallanadi.

Etiologiyasi yetarli o'rganilmagan. Kasallikni chaqiruvchi mikrobyoki virusni aniqlash ustida olib borilgan ishlar natijasiz yakunlangan. Shu sababli kasallik kelib chiqishida infeksiyon nazariya o'z ahamiyatini bir-muncha yo'qotgan. Buning aksi allergik jarayon esa, kasallik rivojlanishida muhim o'rin tutadi. Ovqatlanish ratsionidan sut, tuxumga o'xshash allergenlarni olib tashlash kasallik klinik kechishini ijobiy tomonga o'zgartir-ganligi ma'lum. Bundan tashqari, immun jarayonlarning ahamiyati ham kasallik rivojlanishida ma'lum bir ma'noga ega. Bemor qon zardobida yo'g'on ichak shilliq qavatiga qarshi mahsus antitelolarning bo'lishi buning yaqqol dalilidir. Nospesifik yarali kolit kelib chiqishida oilaviy moyillik ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Patogenezi. Kasallik organizmning sensebilizatsiyasi va autoimmun reaksiya rivojlanishi bilan kechadi. Ichak shilliq qavati antigen ishlab chiqaradi va unga qarshi antitelolar paydo bo'ladi. Antigen-antitelo reaksiyasi yuzaga keladi, keyin esa kolit, yaralar kelib chiqadi. Keyinchalik ikkilamchi infeksiya qo'shiladi, ichak nerv apparati shikastlanadi, alimentar yetishmovchilik yuzaga keladi.

Patologik anatomiyasi. Ichak devori shishgan, giperemiyalashgan, oson yirtiluvchan bo'lib, shilliq qavatida ko'plab yara va eroziyalar paydo bo'ladi. Yara tubida ba'zan, arroziyaga uchrovchi va qon ketishiga sabab bo'luvchi qon tomirlar ko'rinib turadi, ayrim xollarda yaralar chuqurlashib ichak perforatsiyasiga olib keladi. Shilliq qavat fibrin parda bilan qoplangan, ba'zida kasallik juda og'ir kechib, hatto shilliq qavatning ko'chib tushishi ham kuzatiladi. Gistologik tekshiruvda shilliq qavat atrofiyasi, shilliq osti qavatining leykotsitar infiltratsiyasi va kriptalarda mikroabscesslar yuzaga kelib, keyinchalik ichak devori chandiqli fibrozi va psevdopolipozi vujudga keladi.

Nospesifik yarali kolit chambar va to'g'ri ichakning barcha qismiga tarqalgan bo'lishi mumkin (total zararlanish), ba'zan alohida ichak qismlarini egallashi ham mumkin (segmentar zararlanish).

Nospesifik yarali kolit klinik kechishida uning qaysi shakli ekanligi ahamiyatga ega. O'tkir (yashin tezligida kechuvchi) shaklida (10% bemorlarda) kasallik juda og'ir kechadi. Bunda ich surishi sutkasi 40 marotabagacha yetishi mumkin. Najas shilliq, qon, yiring aralash bo'ladi, qorinda kuchli og'riq tenezmlar, qayt qilish, yuqori harorat yuzaga keladi.

Bemorning axvoli og'ir, qon bosimi tushishi, pulsining tezlashuvi kuzatiladi. qorin kattalashgan, paypslaganda yo'g'on ichak bo'ylab og'riqli. Leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, gemoglobin, eritrotsitlar sonining gematokrit ko'rsatkichining kamayishi kuzatiladi. Ich surishining davom etishi organizmning suvsizlanishiga, tana vaznining pasayishiga, suv-elek-trolit almashinuvining va kislota-ishqor muvozanatining buzilishlariga olib keladi. Rektoromanoskopiyada ichak shilliq qavati shishgan, undan qon ketayotganligi, ichak bo'shlig'ida shilliq, qon va yiring borligi ko'rinadi. Kasallikning o'tkir shakli ko'pincha og'ir asoratlarga bilan kechadi – massiv qon ketishi, ichak perforatsiyasi, ichak toksik dilyatatsiyasi. O'lim kasallikning birinchi kuni (yashin tezligida kechuvchi shakli) yoki yaqin oylar ichida yuzaga kelishi mumkin. O'tkir shakli ko'p uchramasada, undagi letallik 20% ni tashkil qiladi.

Ko'pchilik (50%) bemorlarda kasallikning surunkali residivlovchi shakli uchraydi. Bu shaklida kasallikning avj olish va remissiya davrlari almashinib keladi. Remissiya davri bir necha yilgacha davom etishi mumkin. Kasallikning avj olishiga emotsional stress, ko'p charchash, parhezni buzish, antibiotik va surgil dorilarni qo'llash sabab bo'lishi mumkin. Avj olgan davri xuddi o'tkir shaklini eslatadi. Remissiya davrida bemorlar hech qanday shikoyat bildirmaydilar, ammo, najas shakllanmagan xolatda qoladi. Ayrim xollarda kasallik o'tkir yoki asta-sekinlik bilan boshlanib, to'xtovsiz ravishda kuchayib boradi. Bu kasallikning surunkali uzluksiz shakli hisoblanib, 35-40% bemorlarda uchraydi.

Nospesifik yarali kolitning barcha shakllariga anemiya, jigarning yog'li distrofiyasi xos bo'lib, og'ir kechuvchi shaklida gipoalbuminemiya, beta- va gammaglobulin miqdorining ko'payishi kuzatiladi. Ko'p miqdorda suv va elektrolit yo'qotilishi oqibatida organizmda suv-elektrolit muvozanatining buzilishi, suvsizlanish, gipokaliemiya vujudga keladi. Natijada vitamin almashinuvi buziladi. Ichak devorining destruksiyasi juda og'ir asoratlarga – qon ketishi (5-6%), perforatsiya (3-4%), ichak toksik dilyatatsiyasi (NYaKning barcha shakllari bo'yicha bemorlarning 2-6%ida, o'tkir shakli bilan og'irgan bemorlarning 10-20%ida), stenoz, malignizatsiya (7-10%) olib keladi.

Ba'zan, qon ketishi shu darajada kuchli bo'ladiki, hatto shoshilinch jarrohlik amaliyoti haqida savol dolzarb bo'lib qoladi. Xuddi shunday ichak

perforatsiyasi va toksik dilyatatsiyasida ham operativ davo yakuniy hisoblanadi.

Nospesifik yarali kolit rak oldi kasallik hisoblanadi. Yo'g'on ichak raki 5-7% bemorlarda, kasallik boshlangandan 10-20 yil o'tgach esa bu ko'rsatkich 40% ni tashkil qiladi.

Diagnostikasi bemorning shikoyati, anamnezi, rektoromanoskopiya, irrigografiya, kolonoskopiya natijalariga asoslanib bajariladi.

Kasallik differensial diagnozi dizenteriya, proktit, Kron kasalligi bilan o'tkaziladi.

Davolash. Konservativ davo oqsilga boy, uglevodlar va sutni cheklovchi parhezdan, desensibilizatsiyalovchi va antigistamin dori vositalari (dimedrol, pipolfen, suprastin, tavegil), vitaminlar (A, Ye, S, K, B guruh), bakteriostatik preparatlar (etazol, ftalazol, sulgin, enteroseptol) dan tashkil topadi. Bundan tashqari, salazopiridazin antimikrob va desensibilizatsiyalovchi ta'sir ko'rsatib, juda yaxshi natija beradi. Davo natijasiz bo'lgan xolatlarda davoga steroid gormonlarni (prednizolon, deksametazon) Qo'shish maqsadga muvofiqdir.

Xirurgik davo kasallik asoratlari yuzaga kelganda, ya'ni, profuz qon ketganda, ichak perforatsiyasi va toksik dilyatatsiyasida qo'llaniladi. Bundan tashqari, operativ davo kasallikning uzluksiz va residivlovchi shakllarida, konservativ davo natija bermaganda, rak rivojlanganda ham qo'llaniladi. Ichak toksik dilyatatsiyasida ileo- yoki kolostomiya amaliyoti bajariladi. Qolgan xolatlarda zararlangan ichak qismi rezeksiyasi, kolektomiya yoki ileostomiya bilan yakunlanuvchi koloproktomiya amalga oshiriladi.

Chambar ichak divertikullari va divertikulyozi

Tug'ma divertikullar embrional davrda gistogeneznining buzilishi oqibatida yuzaga keladi. Oritirilgan divertikullar esa, ichak mushak qavati defektlaridan shilliq qavatning bo'rtib chiqishi natijasida rivojlanadi (sohta divertikul). Ichak devorida mushak qavati uning ko'ndalang yo'nalgan tasmalari orasida sust rivojlanganligi tufayli shu yerda paydo bo'ladi. Ayniqsa, ichak devorida qon tomirlar kiradigan teshiklari sohasida divertikullar ko'p uchraydi. Divertikullar kelib chiqishida ichakdagi yallig'lanish jarayoni, qabziyat muhim rol o'ynaydi. Kasallik aksariyat 40 yoshdan oshgan odamlarda ko'p uchraydi. Divertikullar 3-5 mm li bo'yinchasi va

diametri 0,5-1,5 sm bo'lgan tanasiga ega bo'rtmalardan iborat. Ko'pincha divertikullar sigmasimon va pastga tushuvchi chamber ichak (68%) larda kuzatiladi. divertikul kattalashavergach, uning devori yupqalashib, shilliq qavati atrofiyaga uchraydi va natijada najasning shu joylarda turib qolishi oqibatida eroziyalar, yaralar hamda divertikulitlar rivojlanadi.

Divertikulyoz klinik belgilarisiz kechib, yallig'lanish jaryoni (divertikulitlar) rivojlanishi bilan qorin pastida og'riq, qabziyatning ich surishi bilan almashinib kelishi, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, ba'zan qayt qilish bilan ifodalanasa, keskin yallig'lanish jarayoni tana haroratining subfebril bo'lishi, qorindagi og'riqlarning intensivligining ortishi, lekotsitoz bilan namoyon bo'ladi. Qorinni paypaslaganda zararlangan soha ustida kuchli og'riq, mushaklar biroz tarangligi kuzatiladi.

Klinik kechishi xuddi o'tkir appenditsitga o'xshab ketadi, ammo bu belgilar qorinning chap tarafida aniqlanadi. 2-27% xolatlarda divertikul qorin bo'shlig'iga yorilib peritonitni, qorin orti sohasiga yorilib qorin orti flegmonasini va ichak tutqichi klechatkasiga yorilib esa parakolik abscessni keltirib chiqaradi. Divertikul ichida hosil bo'lgan abscess ichak bo'shlig'iga yorilib belgilarisiz kechsa, uning qorin bo'shlig'iga yorilishi peritonitga, bo'shliqli a'zoga yorilishi esa, ichki oqma rivojlanishiga olib keladi. Uzoq muddat davom etib kelgan divertikul bitishmalar hosil qilib, o'tkir ichak tutilishiga sabab bo'ladi. Yo'g'on ichak divertikulida 3-5% bemorlarda qon ketish asorati kuzatiladi. Bunda arteniya devoni atroziyaga uchrab, aksariyat xollarda u profuz bo'ladi va umumiy xolsizlik, bosh aylanishi, teri qoplamlarining oqimtir tusda bo'lishi, najasning qon aralash kelishi, taxikardiya belgilari bilan namoyon bo'ladi.

Diagnostikasi. Irrigioskopiya tekshiruv usullari ichida eng ma'quli hisodlanib, u nafaqat diagnostik, balki, davolash muolajasi bilan qimmatlidir (qon ketayotgan tomirli divertikul bo'shlig'ini bariy oxagi bilan tamponada qilish). Divertikulitda kolonoskopiya va rentgenologik tekshiruvlarini o'tkazish uning perforatsiyasi yuz berishi mumkinligi tufayli xavflidir.

Davolash. Konservativ (parhez, spazmolitiklar, antibiotiklar, sulfanilamid preparatlari, antiseptik vositali ho'qnalar). Xirurgik davoga ko'rsatma divertikul perforatsiyasi, o'tkir ichak tutilishi, massiv qon ketishi, juda kuchli divertikulitda medikamentoz davo naf bermaganda va ichki

oqmalar rivojlanganda yuzaga keladi. Operatsiya gemikolektomiya, sigmasimon ichak rezeksiyasi bilan ifodalanadi. Qon ketish bilan asoratlangan divertikulli bemorlarning 30% xirurgik davolanadi. Operatsiya qo-nayotgan tomimi tikish, divertikulni ichak bo'shlig'iga invaginatsiya qilish yoki ichakning ushbu qismi rezeksiyasi bajarilishidan iborat. Bunda letallik 20% ni tashkil etadi.

Chambar ichak poliplari

Polip havfsiz o'smalar katoriga kiradi, biroq uning malignizatsiyaga moyilligi bor, aksariyat chamber ichakning chap yarmida joylashadi (75% to'g'ri va sigmasimon chamber ichakda uchraydi). Poliplar yakka va ko'psonli, o'lchami 0,5 dan 2 sm gacha bo'ladi, ular ichak bo'shligiga osilib turadi.

Chambar ichakning yuvenal, giperplastik, bezsimon, bezsimon-tukli, tukli diffuz polipozi uchraydi.

Poliplar oyoqchada yoki keng asosli bo'lishi mumkin (rasm 205)



205-rasm. Poliplarning turi.

Poliplar paydo bo'lishini aksariyat yallig'lanish, kolit, dizenteriya, yarali proktosigmoidit bilan bog'laydilar.

Klinik manzarasi qorinda joylashishi aniq bo'lmagan og'riqlar, ich ketishi, qon, shilimshik aralash najas, qabziyat, ichakda g'alati sezgi (diskomfort) bilan xarakterlanadi.

Diagnostikasi: klinik simptomlari va anamnez ma'lumotlari bilan birga rekto- va kolonoskopiya, irrigoskopiyaning muhim ahamiyati bor (rasm 206).



206-rasm. Rektoskopiya.

Poliplarni davolash usulini har kim o'ziga xos tanlashi kerak. Yakka poliplar elektrokoagulyatsiya yo'li bilan rekto- yoki kolonoskop orqali olib tashlanadi.

Operatsiya usulida olib tashlashning iloji bo'lmasa, ichak devorini polip zonasida ponasimon qilib kesiladi. Polip malignizatsiyasida esa radikal operatsiya: o'ng tomonlama yoki chap tomonlama gemikolektomiya qilinadi. Chambar ichak diffuz polipida subtotal kolektomiya qilinib, ileorektal yoki ileosigmasimon anastomoz qo'yiladi.

TO'G'RI ICHAK KASALLIKLARI

Anatomo-fiziologik ma'lumotlar

To'g'ri ichak tahminan uchinchi (S_3) dumg'aza umurtqasi sathidan boshlanib, ichakning terminal qismi hisoblanadi. U kichik chanoq sohasi orqa qismida joylashgan bo'lib dumg'aza va dum egilmasi bo'ylab tushib, anal teshigi bilan tugaydi. To'g'ri ichak uzunligi o'rta hisobda 12 - 20 sm ni tashkil etib, u uch qismga: qorin pardasi bilan qoplangan ampula usti (rektosigmoid) – 4 - 5 sm, ekstraperitoneal va fassiya bilan qoplangan ampulyar (8 - 10 sm) va anal kanali (2,5 - 4 sm) qismlariga bo'linadi. Ampulyar qismi o'z navbatida – yuqori ampulyar (3-5 sm), o'rta ampulyar (4-6 sm) va pastki ampulyar (3-5sm) qismlariga bo'linadi. Pastki ampulyar qismi anal kanaliga o'tib, orqa chiqaruv teshigi bilan tugaydi.

Chanoq qorin pardasi ostida to'g'ri ichakni yog' klechatkasidan iborat chanoq-to'g'ri ichak va o'tirg'ich-to'g'ri ichak sohalari o'rab turadi. O'rta ampulyar qismi qorin pardadan butunlay xoli joylashgan bo'lib, uning yuqori chegarasi bo'lib qorin pardaning o'tuvchi bukilmasi hisoblanadi va u pararektal klechatka bilan o'ralagan bo'lib, bu ayniqsa, orqa va yon tomonlarida kuchli rivojlangan. To'g'ri ichak yo'g'on ichakning boshqa qismlaridan farq qilib, uning gaustratsiyalari bo'lmaydi, bo'ylama mushak qavati tizimcha shaklda emas, balki, ichak aylanasi bo'ylab bir tartibda tarqalgan. Chanoq qorin pardasi o'tuvchi bukilmasi to'g'ri ichak oldingi yarim aylanasida joylashib, u anusdan erkaklarda 7-9 sm va ayollarda 5-7 sm masofada bo'ladi. To'g'ri ichakning orqa-yon devorlarida qorin parda o'tuvchi bukilmasi - plicae rectovesicales odatda anusdan 12-15 sm masofada yotadi.

To'g'ri ichak shilliq qavati silindrik epiteliy bilan qoplangan. Pastki ampulyar qismida to'g'ri ichak shilliq qavati bo'ylama bukilmalar (Morgani ustunlari) xosil qilib, ularning asosida anal kriptalar joylashgan. Bu kriptalarga shilliq ishlab chiqaruvchi anal bezlarining chiqaruv teshiklari ochiladi. Anal kanali shilliq qavati ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan. Ushbu yassi epiteliy bilan pastki ampulyar qism silindrik epiteliylari orasidagi chegara – zigzagsimon anarektal (tishsimon) chiziq deyiladi.

To'g'ri ichak devorida tashqi tomondan uzunasiga ketgan muskul tolalari, ichki devorida esa doirasimon tolalar joylashgan. To'g'ri ichakning pastki qismida silliq muskul tolalari ichki sfinkteri hosil qiladi. Orqa chiqaruv yo'lini ko'taradigan muskulning bir qismi hisoblangan qov-to'g'ri ichak muskuli to'g'ri ichakni qovuzloq xolida o'rab, tashqi sfinkteri hosil qiladi.

Anal kanali – me'da-ichak traktining oxirgi qismi bo'lib, anorektal chiziqdan boshlanib, anus bilan tugaydi. Uning uzunligi 3-4 sm ni tashkil etadi. Anal kanali ikkita mushak: ichki (chuqur) va tashqi (yuzaki) xalqalari bilan o'ralgan. Ichki xalqa (ichki sfinkter) to'g'ri ichak ichki sirkulyar mushak qavatining bevosita davomi hisoblanadi. U silliq mushak tolalaridan tashkil topib, avtonom innervatsiyaga ega va shuning uchun ixtiyorsiz ravishda qisqaradi. Tashqi mushak xalqasi (tashqi sfinkter) esa, inson ixtiyoriga bo'ysunadi.

Qon bilan ta'minlanishi. To'g'ri ichak bitta toq - yuqori to'g'ri ichak arteriyasi (pastki tutqich arteriyasi tarmog'i) va ikkita juft - o'rta va pastki to'g'ri ichak arteriyalari orqali qon bilan ta'minlanadi.

Venoz qon oqimi yuqori va pastki venalar chigali yordamida pastki, o'rta va yuqorigi to'g'ri ichak venalari orqali amalga oshiriladi.

Innervatsiyasi. To'g'ri ichak oxirgi simpatik chigal dumgaza sohasi tarmoqlari, arteriyalar bilan birga boruvchi simpatik nervlar va II-IV – dumg'aza nerv ildizlari tarmoqlari orkali innervatsiyalanadi. Ampula usti va ampulyar sohalar asosan vegetativ nervlar, anal qismi esa aksariyat orqa miya nervlari orqali idora qilinadi. Ampulyar qismning turli xil tasirlarga kam sezuvchanligi va anal qismning og'riqqa yuqori sezuvchanligi yuqoridagi xolat bilan ifodalanadi.

To'g'ri ichak limfa tomirlari va tugunlari yuqori to'g'ri ichak va pastki tutqich arteriyalari bo'ylab joylashib, limfa anal kanali sohasidan chov limfa tugunlariga quyiladi.

To'g'ri ichak faoliyati - evakuator, rezervuar va so'rish funksiyalaridan iborat.

Tekshirish usullari. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish eng oddiy va muhim tekshiruv usuli hisoblanadi, uni bemor yonboshi bilan yotganda, tizza-tirsagiga tiralib turgan xolatida yoki cho'kkalab turgan xolatida bajargan ma'qul: to'g'ri ichakdagi o'sma, yot jism, shilliq osti

paraproktiti, gemorroy, to'g'ri ichak oqmalari, duglas bo'shlig'i chandiqlarini paypaslab ko'rish mumkin. Anoskop yordamida bu patologik hodisalarni vizual ko'zdan kechirsa bo'ladi, rektoromanoskopiyada esa yo'g'on ichakning yuqorida joylashgan bo'limlarini va hatto sigmasimon ichakdagi patologiyani ham ko'rish mumkin.

To'g'ri ichak tug'ma anomaliyalari

Tug'ma anomaliyar to'liq yoki oqkali ichak atreziyalari bilan kechadi. Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi, to'g'ri ichak atreziyasi, orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichak atreziyalari farqlanadi.

Orqa chiqaruv teshigi atreziyasida uning o'rnida yupqa teri bo'lib uni oson ichkariga botirish mumkin. To'g'ri ichak atreziyasida ichak o'mida biriktiruvchi to'qima shakllangan bo'ladi. Orqa chiqaruv teshigi atreziyasi ayrim xollarda 1-3sm li cho'ntaklar hosil qilishi mumkin. Ba'zan to'g'ri ichak atreziyasi to'g'ri ichak-qin oqmalari, to'g'ri ichak-siydik qopi oqmalari va to'g'ri ichak-uretral oqmalar xolatida ham kechadi.

Klinikasi. Kasallikning birinchi kunidanoq o'tkir ichak tutilishi belgilari (qorinning dam bo'lishi, yel va ich kelmasligi, xiqichoq, kekinish, qayt qilish). Tashhis oraliq sohasini ko'ruvidan so'ng qo'yiladi. najasning qin yoki siydik nayi orqali chiqishi atreziyaning oqma bilan kechayotganligidan dalolat beradi. To'g'ri ichak-siydik qopi oqkali atreziyada siydik rangi xira, najas bilan aralashgan bo'ladi.

Davolash – xirurgik.

To'g'ri ichak jarohatlari

To'g'ri ichak jarohatlari turli xil predmetlar ta'siri orqali, chanoq suyaklari singanda, o'q tekkanda, tibbiy muolajalar vaqtida (rektoromanoskopiyada, termometr yoki xuqna moslamasini ichakka kiritganda), chanoq a'zolari jarrohlik amaliyotlari va tug'ruq vaqtida yuzaga keladi.

Klinik kechishi to'g'ri ichakning qaysi qismi jarohatlanganligiga bog'liq bo'lib, u qorin parda ichi yoki qorin parda orti sohalarida vujudga kelishi mumkin. Og'riq, qon ketishi, najasning koringa yoki pararektal klechatkaga tushishi bilan namoyon bo'ladi.

Davolash xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladi. Bunda ichak devori defektini tikish, chanoq klechatkasini drenajlash, ba'zan kolostomalar o'rnatish amaliyotlari bajariladi.

Gemorroy

Etiologiyasi va patogenezi. Gemorroy - to'g'ri ichak g'orsimon (kavemoz) tanachalarining venulalar orqali, arterio-venoz anastomozlarga ega bo'lgan to'g'ri ichak g'orsimon shilliq osti chigallardan qonni oqib chiqib ketishining buzilishi natijasida, ularning kengayishi bilan kechuvchi kasallik xisoblanadi. Kasallik juda keng tarqalgan bo'lib, katta yoshdagi axolining 43,7 foizida uchraydi va to'g'ri ichak kasalliklari bilan og'rikan bemorlar orasida 40 foizni tashkil etadi. Erkaklar va ayollar orasida kasallik deyarli bir xil nisbatda, o'rtacha 30-50 yoshda uchraydi. Ko'pincha, ichki va tashqi gemorroidal tugunlar Morgani ustunlari asosida yuzaga kelib, anal kanalining chap yon, o'ng old-yon va o'ng orqa-yon devorlarida joylashadi. Bu bemorning chalqancha yotgan xolatida shartli soat mili bo'yicha mos xolatda 3, 7, 11 larga to'g'ri keladi. Bundan tashqari, arterio-venoz shuntlarning funksiyasining buzilishi va neyroqumoral mexanizmlarning izdan chiqishi ham gemorroy rivojlanishida e'tiborga loyiq.

Gemorroyning yuzaga kelishida va avj olishiga bir necha omillar, jumladan, kam harakatli va uzoq vaqt o'tirish bilan kechuvchi hayot tarzi, semizlik, qabziyat, defekatsiya vaqtida qattiq kuchanish, xomiladorlik va tug'ruq, chekish, sovuq qotish, uzoq vaqt davom etgan diareya, og'ir yuk ko'tarish, davomli yo'tal, alkogol, achchiq va o'tkir taomlar iste'mol qilish shular jumlasidandir. Ichki va tashqi gemorroidal tugunlar yoki ularning Qo'shib kelishi - aralash gemorroy farq qilinadi (207 - rasm).



207-rasm. Bavosil. A. Anal kanalning epitelial qirrasini. B. Tashqi bavoasil. B. Ichki bavoasilning tushishi. G. Anal kanali va to'g'ri ichak orasidagi chegara. D. Anal teshigi atrofidagi qon-tomirlar. E. Anusning tashqi sfinkteri. J. Anusning ichki sfinkteri.

Klinik manzarasi. Gemorroy bemorga sezilmasdan boshlanadi. Kasallikning boshida orqa chiqaruv yo'lida vaqti-vaqti bilan yoqimsiz sezgilar paydo bo'ladi, to'g'ri ichakda yot jism borgan o'xshab tuyuladi. Birmuncha vaqt o'tgandan keyin defekatsiyada (xojatga borganda) qon ketish paydo bo'ladi, qon bir necha tomchidan to unitaz devorlarigacha sachrab ketadigan oqim ko'rinishigacha ketadi. Qon rangi qirmizi-qizil tusda bo'lib, qon yo'qotish bemorning umumiy xolatiga ta'sir qilmaydi. Gemorroyda bo'ladigan qichishish va achishish anal yoriqning noto'liq bekilishi va shu sababli shilimshiq ajralib turishidan sodir bo'ladi. Keyin ichki gemorroidal tugunlarning tushishi rivojlanadi.

Gemorroyning asosiy belgisi bo'lib qon ketishi hisoblanadi. U alvon rangli bo'lib, asosan defekatsiya vaqtida va undan so'ng darhol yuzaga keladi. Ba'zida qon sizib oqadi, ayrim vaqtlarda uning izchilligi tufayli hatto, kamqonlikka olib keladi. Gemorroyga xos qon ketishida qon najasga aralashmagan bo'lib, uni ustidan qoplab turadi.

Keyingi asosiy belgilaridan biri bu – og'riq. U gemorroidal tugunlarning yallig'lanishida, trombozida yoki qisilishida, anal teshik yorig'i yuzaga kelganda vujudga keladi. Og'riq defekatsiya vaqtida hamda undan keyin ham paydo bo'lishi mumkin.

Orqa chiqaruv teshigi qichishishi ichakdan shilliq ajralishi oqibatida anal teshik atrofi terisining ivib shilinishi natijasida paydo bo'ladi. Bu o'z navbatida ekzema rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Gemorroy kechishida gemorroidal tugunlarning tashqariga chiqishi kuzatiladi va 3 bosqichdan iborat bo'ladi: I bosqichida gemorroidal tugunlarning faqat defekatsiya vaqtida tushishi qayd qilinib, o'zicha joyiga kiradi. II bosqichida gemorroidal tugunlar defekatsiya vaqtida va jismoniy zo'riqishda tushadi, biroq o'zicha joyiga kirmaydi. III bosqichida tugunlar arzimagan jismoniy harakatda, yo'talish va aksirishda tashkariga chiqib, o'zicha joyiga kirmaydi.

Shunga ko'ra surunkali gemorroy klinik kechishining 4 bosqich farqlanadi. I bosqichda qon ketishi kuzatilib, tugunlarning tushishi kuzatilmaydi. II bosqichda faqat kuchanish vaqtida tugunlarning tushishi kuzatilib, mustaqil yana to'g'rilanadi. III bosqichida defekatsiya davrida, ba'zida qorin ichki bosimining ortishi natijasida tushib qolgan tugunlarni faqat qo'l yordamida to'g'rilanadi. Kasallikning IV bosqichida gemorroidal

tugunlar vertikal tinch xolatda tushadi, ular to'g'rilanmaydi yoki to'g'rilangach darxol, yana tushib qolishi kuzatiladi. Bu bosqichda ularning trombozi, anal teshikda og'ri, ko'p miqdorda qon ketishi yuzaga keladi.

O'tkir gemorroyning 3 og'irlik darajasi farqlanadi:

1. Tashqi gemorroidal tugunlar unchalik katta emas, zich-elastik konsistensiyali, paypaslaganda og'riqli; anal teshik atrofi biroz qizirgan, bemorlar, ayniqsa, defekatsiya vaqtida kuchayadigan kuyish, qichishish hissiga shikoyat qiladilar.

2. Anal teshik atrofi keskin shishgan, qizargan, anal teshik sohasida, ayniqsa, yurganda va o'tirganda kuchayuvchi kuchli og'riq, paypaslaganda va barmoq bilan ko'rganda og'riq kuchli bo'lishi.

3. Anal teshigi atrofi sohasi yallig'lanish infiltratiga aylangan, paypaslaganda kuchli og'riq xissi, orqa chiqaruv teshigi sohasida ko'kimtir-qizg'ish tusli, fibrin bilan qoplangan ichki gemorroidal tugunlar kuzatiladi; davo choralari ko'rilmaganda tugunlar nekrozi, oqibatda shilliq qavati yaraga aylanib, o'tkir paraproktit rivojlanishi mumkin.

Surunkali gemorroiy uchun qo'zish va remissiya davrlari xos. Remissiya davrida bemorlar hech qanday shikoyat bildirmaydilar. Alkogol yoki o'tkir taomlar iste'mol qilish, jismoniy zo'riqishlar qon ketishiga sababchi bo'ladi.

Bemorlarni tekshirish tizza-tirsak xolatida yoki cho'kkalab o'tirib kuchangan xolatlarda amalga oshiriladi. Tekshirish to'g'ri ichakni barmoq yordamida, anoskopiya va rektoskopiya usullari bilan bajariladi.

Differensial diagnostika. Gemorroyni to'g'ri ichak polipi, raki bilan, orqa teshik yorilishi bilan, to'g'ri ichak shilliq qavatining tushishi bilan farqlash lozim. Yo'g'on ichak raki bilan farqlash uchun irrigoskopiya va retoromanoskopiya o'tkaziladi.

Davolash - konservativ davo, kam jarohat yetkazib davolash (maloinvaziv), jarrohlik yo'li bilan davolashlarga bo'linadi.

Konservativ davo to'g'ri ichak sohasida yallig'lanishni bartaraf qilishga, qon aylanishini yaxshilashga, ich kelishini muntazamlashtirishga qaratiladi. Bunga ko'rsatma bo'lib, surunkali gemorroyning erta davri, og'riq sindromli o'tkir kechishi hisoblanadi. Umumiy va mahalliy davo choralari olib boriladi. Umumiy davo asosida parhezdan tashqari, qabziyatni oldini olish, flebotrop va og'riq qoldiruvchi vositalar yotadi. Maxalliy davo

og'riqni, trombozni, yallig'lanishni va qon ketishini oldini olishga qaratilgan. Bunda og'riq qoldiruvchi, burishtiruvchi, yaraga qarshi vositalar, mikrohuqnalar va o'tiruvchi vannachalar qo'llaniladi.

Kam jarohat yetkazib davolash (kaminvaziv) usullariga skleroterapiya usuli kirib, bunda turli xil sklerozlovchi dori vositalari ishlatiladi. Jumladan etoksisklerol, fibroveyn, trombovarning eritmalari. Bu vositalar gemorroidal tugunlar ichiga yuborilib, uning trombozi, yallig'lanish bosqichisiz uning obliteratsiyasiga erishilinadi. Bir vaqtning o'zida 2 tadan ortiq tugunga dori vositasini yuborish tavsiya etilmaydi, chunki og'riq kuchli bo'lishi mumkin. 12-14 kundan kam bo'lmagan muddatda davo yana qaytarilishi mumkin. Bu usul kasallikning I - II bosqichlarida 71-85% gacha yaxshi natija beradi. Kechki bosqichlarida esa 26-42%, qoniqarsiz natija III-IV bosqichlarida 31-62% ni tashkil etadi.

Bu usulga qarshi ko'rsatma bo'lib turli yuqumli kasalliklar, anus atrofi yallig'lanish mavjud bo'lishi hisoblanadi.

Yana bir kam jarohat yetkazib davolash usuliga tugunchalarga lateks halqachalarini qo'yishdir. Halqachalar tugun oyoqchasiga o'rnatiladi va ma'lum bir vaqt o'tgach, tugunlar nekrozi va ularning uzilib tushishiga erishiladi.

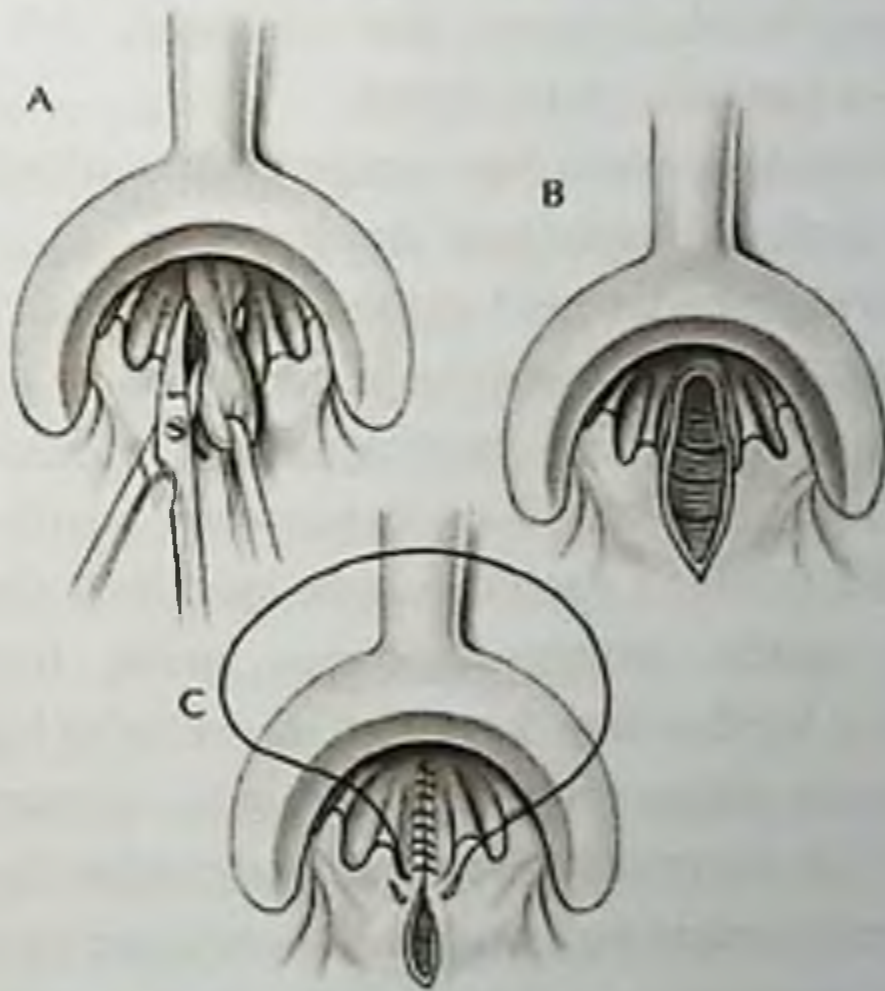
Bu usul jarrohlik usuliga nisbatan kam radikalizmga ega va ko'p residiv beradi. Shuning uchun bu usul yuqori operatsion havfi bo'lgan va hamroh og'ir kasalliklari mavjud bemorlarga qo'llaniladi.

Lateks halqachali tugunlarni bog'lash usuliga raqobatlashuvchi usullardan biri bu – ultratovush dopplerometriya nazorati ostida bajariladigan gemorroidal tugunlarni bog'lashdir. Bu usul gemorroyning II-III bosqichlarida qo'llaniladi. Ushbu yangi usul shilliq ostida joylashgan yuqori gemorroidal arteriya terminal tarmoqlarini joylashishini va sonini aniq topishga, ularni to'liq bartaraf etishga erishtiradi.

Bundan tashqari kam jarohatli usullarga infraqizil fotokoagulyatsiya, kriodstruksiya, monopolyar va bipolyar koagulyatsiya, lazerli koagulyatsiyani kiritiladi.

Xirurgik davo kasallikning II-III bosqichlarida qo'llaniladi. Jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlik 1-2 kun davomidagi parhez, operatsiyadan bir kun oldin kechqurungi va ertasiga ertalabki ho'qnalarni o'z ichiga oladi. Umumiy og'riqsizlantirish qo'llaniladi.

Eng keng tarqalgan jarrohlik usullaridan 30-yillarda ingliz jarrohlari – Milligan va Morgan tomonidan taklif etilgan usul (Milligan-Morgan usuli) hisoblanib, hozirgi kunda uning turli xil modifikatsiyalari qo'llaniladi. Bunga ko'ra uch asosiy gemorroidal tugunlar kesiladi va ularni qon bilan ta'minlab turuvchi qon tomir oyoqchasi bog'lanadi. Buning uchun anal sfinktermi keng qilib ochilgandan so'ng, tugunchaga halqali qisqich qo'yilib tortiladi, ikkala tomonidan shilliq qavati kesilib, tugun oyoqchasi ajratilib qon to'xtatuvchi qisqich qo'yiladi. Tugun kesib olib tashlanadi, oyoqchasi esa tikib bog'lanadi, ustidan shilliq qavat defekti ketgut bilan tikib qo'yiladi. Bu usuldan keyin 1-3% xolatlarda kasallik residiv beradi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar shlaksiz parhezni davom ettiradilar, har kuni bog'lam almashtiriladi. Operatsiyadan keyingi 5-6 kuni bemorning mustaqil ichi keladi. U og'riqli va biroz qon ketishi bilan kechishi mumkin.



Rasm – 208. Miligan – Morgan bo'yicha gemorroidektomiya.

Bundan tashqari, Subbotin, Lokxard-Mammeri, Martinov, Rijix usullari ham mavjud, ammo ular hozirgi kunda juda kam qo'llaniladi.

1993 yili italiyan jarrohi Antonio Longo yangi operatsiya usulini taklif qildi. Unga ko'ra to'g'ri ichak shilliq qavati tishsimon chiziq yuqorisidan rezeksiyasi va bir qismini olib tashlash amaliyoti bajarilib, shu yo'l bilan gemorroidal tugunlarni qon bilan ta'minlanishi keskin kamayadi va ular

o'mini asta-sekinlik bilan biriktiruvchi to'qima egallaydi. Bu operatsiya steppler usulida ishlovchi mahsus sirkulyar tikuvchi apparat yordamida amalga oshiriladi.

Gemorroyda xirurgik davoga qarshi ko'rsatma bo'lib, dekompensatsiyalashgan portal gipertenziya va arterial gipertenziyaning og'ir darajasi hisoblanadi.

Gemorroyning asoratlariga gemorroidal tugun trombozi, qisilishi, mo'l profuz qon ketishlari kiradi. Tromboz aksariyat xollarda parhezni buzganda, jismoniy zo'riqishdan so'ng kelib chiqadi. Og'riq ozgina jismoniy harakatda, yo'talganda vujudga keladi, yot jism hissi paydo bo'ladi. Anal teshigidan ko'kimtir tusli tugun ko'rinib turadi, paypaslaganda u kuchli og'riqli. Rektal tekshiruv ham kuchli og'riq bilan kechadi. Trombozlarni davolash ko'pincha konservativ bo'lib, o'z ichiga parhez, surgi dorilar, yallig'lanishga qarshi dori vositalari, 3-4 kun davomida permanganat kaliyli vannachalardan iborat.

Bunday xolatlarda operativ davo maqsadga muvofiqdir. U trombozga uchragan tugunni kesib olib tashaladan iborat.

Gemorroidal tugunlardan mo'l qon ketishi anemiyaga sabab bo'lib, bu bemorlarda umumiy lohaslik, uyqusizlik, tomir urishning tezlashishi, yurak sohasidagi og'riq, bosh og'rishi, bosh aylanishi, mehnat qobiliyatining pasayib ketishidan noliydilar. Teri qoplamlari oqarib ketadi, tezda charchash, arterial bosimning pasayib ketishi kuzatiladi. Doimiy mo'l qon ketishidan oldin odatda qonning oz-ozdan ajralib turishi kuzatiladi. Arzimagan jismoniy harakat ham qon ketishiga sabab bo'ladi.

Bemorlar uyda konservativ dori-darmonlar yordamida davolanib yuradilar va anemiya simptomlari kuchayib ketgandan keyingina bunday bemorlar shoshilinch yordam ko'rsatish uchun statsionarga olib kelinadilar.

Davolash - operatsiya usulida bo'ladi. Tashqi gemorroidal tugun trombozi aksariyat parhez buzilganda, ichkilik va o'tkir taomlar yeyilgandan keyin paydo bo'ladi. Orqa chiqaruv yo'lida qattiq og'riq boshlanadi, go'yo unda yot jism bordek tuyuladi. Harorat 38-39°S gacha ko'tariladi. Tashqi ko'zdan kechirishda orqa chiqaruv yo'li sohasida ko'kimtir tugun yoki bir necha tugunchalar ko'rinadi, ular paypaslanganda og'riydi, zich bo'ladi. Davolash parhezga qattiq rioya qilish, ovqatdan o'tkir taomlar, ichkilikni chiqarish, surgi dori ichish, yallig'lanishga qarshi preparatlar (diklofenak

natriy, nimesil, ketoprofen, asetilsalitsilat kislota), antibiotiklar qo'llanishdan iborat. Mahalliy qo'rg'oshinli xo'llab bosish (primochka), Vishnevskiy malhami qo'llaniladi.

Ichki gemorroidal tugunlarning qisilishi. Buning sababi ham ichkilik ichish va o'tkir taomlar iste'mol qilish hisoblanadi. Ichki gemorroidal tugunlar tushadi va anal teshikda qisilib qoladi, tromboz va nekroz qaytadan paydo bo'ladi. Bemorlarda orqa chiqaruv yo'li sohasida qattiq og'riq, yot jism borligi sezgisi, haroratning 39°S gacha ko'tarilishi kuzatiladi. Anal teshikni ko'zdan kechirishda to'q ko'kimtir rangli gemorroidal tugunlar ko'rinib turadi. Nekroz qon ketishi bilan o'tadi.

Davolash parhez ovqatlar, surgi dorilar, antibiotiklar, yallig'lanishga qarshi preparatlar tayinlashdan iborat. Yallig'lanish jarayoni barham topgandan keyin xirurgik davolashga o'tiladi.

Anal yorig'i

Orqa chiqaruv yo'li yorilishi (anal yoriq) - orqa chiqaruv yo'lidagi nuqson. Ko'pincha ayollarda uchraydi. 90% xollarda anal yoriq anal sfinkterning orqa devorida joylashadi. Orqa chiqaruv yo'lining o'tkir, xronik va qaytalanuvchi yorilishi farq qilinadi.

Anal yoriqlarning etiologiyasi, patogenezi turli-tuman. Qattiq najas massalari anal kanali orqali o'tayotganda devori shikastlanib qoladi. Kriptalarga infeksiya tushib, anal bezlarni yallig'lantiradi va yoriqlar paydo bo'ladi. Anal halka atrofidagi mayda arteriyalarning tomir spazmi kam yorilishga sabab bo'ladi. Anal kanal devoridagi nerv tolalarining nevriti ham yoriqlar paydo qiladi.

Klinikasi. O'tkir anal yoriqning asosiy simptomi og'riq hisoblanadi. Og'riq juda qattiq, bemorni kuchli iztirobga soladi, odatda xojatdan keyin boshlanadi va bir necha soatga cho'ziladi. Og'riqdan tashqari, anal sfinkterning kuchli reflektor spazmi sababli qabziyatlar paydo bo'lib, natijada har gal xojatga borishdan keyin yoriq battar shikastlanib turadi. Aksariyat anal yoriqda xojatdan keyin qon tomchilari ajralib chiqishi kuzatiladi.

Barmoq bilan tekshirish, rektoskopiya va rektoromanoskopiyadan oldin yoriq ostiga 10-20 ml 1% li novokain yuboriladi. Shundan keyin bu tekshiruvlar yordamida ko'pchilik xollarda orqa devorda joylashadigan uzunasiga ketgan yoriqni ko'rish mumkin.

Davolash. O'tkir boshlangan anal yoriqlarda konservativ davolash, issiqlik vannalari, grelkalar, UVCh, diatermiya tavsiya etiladi. Spirit-novokainli blokada, sfinkteri Rekome bo'yicha cho'zishdan foydalanish mumkin. Xronik va qaytalanadigan anal teshik yoriqlarini xirurgik usulda davolash - ponasimon kesib olib tashlashdan iborat.

O'tkir paraproktit

To'g'ri ichak oldi kletchatkasining o'tkir yallig'lanishi. Aksariyat erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi. Paraproktit pararektal kletchatkaga infeksiya tushishi natijasida vujudga keladi. Pararektal kletchatkaga mikroblar anal kriptalarga ochiladigan anal bezlardan tushadi. Anal bezdagi yallig'lanish jarayoni natijasida uning yo'li bekiladi va sekret oqib chiqishi buziladi. O'tkir paraproktit paydo bo'lishiga moyillik tug'diradigan sabablar orasida to'g'ri ichak distal bo'limi va anal kanal shilliq pardasidagi mayda shikastlar birinchi o'rinda turadi.

Klassifikatsiyasi bo'yicha quyidagilar farq qilinadi:

1. Etiologik prinsipi bo'yicha: oddiy, anaerob, spesifik, travmatik.
2. Yiringlikning joylashuvi bo'yicha: shilliq parda ostidagi teri ostidagi, ishiorektal, pelviorektal, retrorektal.
3. Kechishi bo'yicha: o'tkir, xronik, qaytalanadigan.

To'g'ri ichak oqmalari (surunkali paraproktit)

O'tkir paraproktitni boshdan kechirish oqibatida rivojlanadi va to'g'ri ichakda oqma yara borligi bilan namoyon bo'ladi. Oqma yaralarning paydo bo'lishiga ko'pincha bemorlarning yiringlik o'zicha yorilgandan keyin tibbiy yordam olishga kechikib murojaat qilishlari sabab bo'ladi.

Klassifikatsiyasi. To'liq va noto'liq turi farq qilinadi. To'liq oqmada ikkita va undan ortiq teshiklar: ichki - to'g'ri ichak devorida va tashqi - anal teshik atrofi terisida bo'ladi.

Noto'liq oqmada bitta teshik bo'ladi va u ichki va tashqiga bo'linadi. Ichki oqmaning to'g'ri ichak devorida teshigi bor, u pararektal kletchatkada tugaydi. Tashqi oqmaning anal teshik atrofida teshigi bo'ladi va u pararektal kletchatkada tugallanadi. To'g'ri ichak oqmasi sfinkterga nisbatan joylashuviga ko'ra intrasfinkter, transsfinkter va ekstrasfinkter bo'lishi mumkin.

Intrasfinkter oqma - oqma kanali to'liq to'g'ri ichak sfinkteri ichida bo'ladi.

Transsfinkter oqma - oqma kanali qisman sfinkter orqali o'tadi, qisman kletchatkada joylashgan.

Ekstrasfinkter oqma - oqma kanali chanoqning kletchatka bo'shliqlaridan o'tadi va sfinkteri chetlab o'tib, chot terisiga ochiladi.

Klinik manzarasi oqma borligi va uning vaqti-vaqti bilan bekilib turishi bilan bog'lik, bu yiringli bo'shliq drenaji buzilishiga, yiring yig'ilib qolishiga, paraproktitning og'irlashuviga olib keladi. Qayta og'riq turadi, subfebril harorat, et junjikishi, lohaslik qayd qilinadi va 4-5 kuniga kelib oqma o'z-o'zidan yoriladi va bu hodisalar to'xtaydi. Anus atrofi ko'zdan kechirilganda yiringli ajralmasi asta sekin ajralib chiqayotgan oqmani, teri bichilganini ko'rish mumkin. Oqma yo'lini aniq bilish uchun fistulografiya qilinadi.

Davolash. Konservativ davolash kamdan-kam sog'ayishga olib keladi. Odatda undan operatsiyaga tayyorgarlik bosqichi sifatida foydalaniladi. Bu oqmani antiseptik eritmalar bilan yuvish, antibakterial davo, antiseptiklar bilan mikroquvunlar qo'yish va o'tiradigan vannalar qilishdan iborat.

Xirurgik davolash oqma yo'lini kesib, keyin tikib qo'yishdan iborat. Oqma kanalini to'liq kesish uchun operatsiyadan oldin nazorat uchun oqmaga metilen ko'ki yoki brilliant yashili eritmasi yuboriladi.

To'g'ri ichak tushishi

To'g'ri ichakning tushishi deganda ichakning tashqariga, orqa chiqaruv yo'li atrofiga chiqishi tushuniladi. Qorin ichida bosimning oshishi (qabziyat, ich ketar, tug'ruk, yo'tal) ichak tushishiga sababchi hisoblanadi. Dumba sohasi va bel-dumg'aza sohasining o'q otar qurollardan yaralanishi, maishiy shikastlar ham ichak tushishiga olib kelishi mumkin.

Klassifikatsiyasi. To'g'ri ichak tushishining uchta bosqichi farq qilinadi:

I bosqichi - to'g'ri ichak xojat paytida tushadi, so'ngra o'z-o'zidan joyiga kiradi.

II bosqichida - ichak jismoniy zo'riqishda tushadi, o'z-o'zidan joyiga kirmaydi, bemorlar qo'llari bilan ichakni joyiga kiritadilar.

III bosqichida ichak arzimagan jismoniy harakatda ham tushadi va joyiga kiritilgandan keyin tez orada yana tushadi.

Patologoanatomik jihatdan kasallikning 4 formasi tafovut qilinadi:

1. Orqa chiqaruv yo'li shilliq pardasi tushishi.
2. Ichak anal bo'limi devorining hamma qatlamlari tushishi.
3. To'g'ri ichakning orqa chiqaruv yo'li tushmasdan tushishi.
4. Orqa chiqaruv yo'li va to'g'ri ichakning tushishi.

Klinikasi. Asta-sekin rivojlanadi, kasallik boshlanayotganda xojatga borilganda faqat shilliq parda tushadi. Kasallik rivojlangan sayin to'g'ri ichakning tushishi tez-tez ro'y berib turadi, ichakni qo'l bilan joyiga kiritilgandan keyin, hatto vertikal xolatda ham uning tushishi qayd qilinadi. Bemorlar mehnatga layoqatsiz bo'ladilar.

Ichak tushganda quyidagi **asoratlarni** kuzatish mumkin: to'g'ri ichak shilliq pardasida yaralar, nekroz va teshilish (perforatsiya), keyinchalik peritonit paydo bo'ladi.

Davolash. Bolalikda qabziyat, ich ketar, yo'talni bartaraf etishga karatilgan konservativ davolashning o'zi kifoya qiladi. To'g'ri ichak tushishining yengil turida Tirsh operatsiyasi bajariladi - orqa chiqaruv yo'li atrofidagi teri ostiga kumush simning teri osti implantatsiyasi bajariladi. Kyummel - Zereni bo'yicha rektopeksiya operatsiyasi juda yaxshi natija beradi. Bu operatsiyaning mohiyati to'g'ri ichak devorini umurtka pog'onasining bo'ylama boylamiga dumg'aza umurtqalari sohasiga fiksatsiya qilishdan iborat. To'g'ri ichakning tushishi anal sfinkterning yetishmovchiligi bilan birga uchraganda yuqorida zikr kilingan operatsiyani chanoq tubi muskullarini mustahkamlash bilan to'ldiriladi.

To'g'ri ichak raki

Kolorektal rak barcha yomon sifatli o'smalarning 15% ni tashkil qiladi. Shundan 30% ni to'g'ri ichak raki tashkil etadi. To'g'ri ichak raki 100000 axolining har 10 tasida uchraydi. Asosan 50-60 yoshda, erkaklar bilan ayollar deyarli bir xil nisbatda kasallanadilar. Hozirgi kundaham kasallik kelib chiqish sababi aniq emas, ammo uning kelib chiqishida ovqat turi, najasning ichak bo'ylab harakati, uning tarkibi, bakterial flora tarkibi muhim o'rin tutadi. Kasallik kelib chiqishidagi boshqa omillarga ichak motorikasi va qabziyatga sabab bo'ladigan kamharakatlihayot tarzi, surunkali ichak kasalliklarini ham ta'kidlash lozim. Rak oldi kasalliklariga

to'g'ri ichak polipi, nospesifik yarali kolit. Kron kasalligi, surunkali paraproktitni kiritish mumkin. To'g'ri ichak rakining 4 bosqichi farqlanadi:

I bosqich – uncha katta bo'lmagan, harakatchan o'sma (diametri 2 sm dan kam), ichak devoriga o'sib kirmaydi, shiiliq osti qavatidan tashaqariga o'tmaydi, metastazlar yo'q.

IIa bosqich – o'sma ichak yarim aylanasidan katta bo'lmagan sohani egallaydi (mushak qavatigacha o'sib kiradi), metastazlar yo'q.

IIb bosqich - o'sma ichak yarim aylanasidan katta bo'lmagan sohani egallaydi, ne prorastaet kishechnuyu stenku (mushak qavatigacha o'sib kiradi), regional limfa tugunlarida metastazlar.

IIIa bosqich - o'sma ichak yarim aylanasidan katta bo'lgan sohani egallaydi, devoriga o'sib kiradi, yon atrof a'zo va to'qimalarga ham o'sib kirishi mumkin.

IIIb bosqich - o'sma ichak yarim aylanasidan katta bo'lgan sohani egallaydi, ichak devoriga o'sib kiradi, yon atrof a'zo va to'qimalarga ham o'sib kirib, regional limfa tugunlariga ko'plab metastazlar beradi.

IV bosqich – katta harakatsiz o'sma, chanoq a'zolariga va to'qimalariga o'sib kiradi, regional va uzoq limfa tugunlari va a'zolarida metastazlar.

Halqaro rakka qarshi ittifoq tavsiyasiga ko'ra jarayon tarqalishini TNMP sistemasi bo'yicha baholanadi. Bunga ko'ra T (tumor) – birlamchi o'sma, N (nodes) - regional limfa tugunlar xolati, M (metastasis) – uzoq metastazlar, R (penetration) – o'smaning ichak devoriga o'sib kirish darajasi.

Davolash. Operativ davo turini tanlash o'smaning joylashishi, asoratlari yoki metastazlarning bor-yo'qligiga qarab tanlanadi. Uzoq metastazlar va asoratlar inkor qilinsa, radikal operatsiya bajariladi. Xirurgik davolash ximioterapiya va nur bilan davolash bilan birgalikda olib boriladi.

O'TKIR ICHAK TUTILISHI

O'tkir ichak tutilishi (ichakning o'tkir tutilishi, ileus, utkir ileus) - ichak yo'llaridagi ximus passajining buzilishi bilan rivojlanuvchi holat.

Etiologiyasi.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir xirurgik kasalliklari orasida o'tkir ichak tutilishi 3,5-9% ni tashkil etadi. Ichak tutilishi ko'pincha 20-40 yoshlarda kuzatilib, ayollarga qaraganda erkaklarda qo'proq uchraydi. Yoz va kuz oylarida (iyul-oktabr) o'tkir ichak tutilishi bilan kasallanganlar soni qo'proq bo'ladi, chunki bu davrda meva va sabzavotlar tarkibidagi kletchatka tushishi hisobiga ichaklar qo'proq zo'riqadi.

O'tkir ichak tutilishi bilan bemorlarni davolashning natijalari avvalo kasallikni o'z vaqtida aniqlashga bog'liq. Operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichi kasallik boshlanishidan boshlab 6 soatgacha kasalxonaga yotqizilgan bemorlar orasida 2,1-3,1% ni, 24 soatdan kechikib yotqizilganlar orasida 16,4-19,9% ni tashkil qiladi.

O'tkir ichak tutilishidagi har xil jihatlarini o'rganish uzoq tarixga ega. Bu kasallik haqidagi birinchi tushunchani Gippokrat bergan. Uning fikricha, ileus ichaklardagi gazlar hisobiga hosil bo'ladigan yallig'lanishlar natijasidagi kelib chiqadigan holat. Galen o'z ishlarida ichak tutilishiga yallig'lanish hisobiga ichaklar peristaltikasi buzilishi sabab bo'lishiga e'tibor qilgan. Bu olimlar laborator, patologoanatomik tekshiruvlarsiz, hamda zamonaviy anatomiya va fiziologiya bilimlariga ega bo'lmasda, ichak tutilishi patogenezida zaruriy elementlar - ichak xarakatini buzilishi, gaz va suyuqliklar yig'ilishi natijasida ichaklar kengayishini ko'rsatib o'tishgan. XVII asr boshlarida Riolan o'tkir ichak tutilishining mexanik, obstruktiv va strangulyatsion turlari mavjudligini isbotladi. Bu esa, ileusni operativ davolashga urinishlar boshlanishiga olib keldi.

O'tkir ichak tutilishi klassifikatsiyasi.

Ichak tutilishining birinchi tasnifini 1899 yilda Val bergan va u ichak tutilishlarini 2 guruxga bo'lgan: 1. Strangulyatsion ichak tutilishi, 2. Obturatsion ichak tutilishi.

Undan keyin 1906 yilda Vilyams Val tasnifiga Qo'shimcha kiritdi. Bundan tashqari V. A. Ooppel, A. B. Chuxrienko, A. S. Solovyov va boshqalar taklif qilgan tasniflar xam mavjud.

Barcha ichak tutilishlari quyidagi asosiy guruxlarga bo'linadi:

I. Kelib chiqishga kura:

1. *Tug'ma ichak tutilishi* - ingichka ichak, yo'g'on ichak va orka teshik atreziyasi;

2. *Orttirilgan ichak tutilishi.*

II. Kelib chiqish mexanizmiga kura:

1. *Mexanik ichak tutilishi:*

1) Obturatsion tutilish;

a) ichak devori bilan bog'liq bo'lmagan obturatsiya;

b) ichak devoridan kelib chiqkan obturatsiya

v) ichak devori tashqarisidan obturatsiya

2) Strangulyatsion tutilish:

a) buralishlar

b) ichakning tugun xosil qilishi

3) Aralash ichak tutilishi:

a) invaginatsiya

b) bitishma sababli ichak tutilishi

v) ichak churralarning qisilishi

2. *Dinamik tutilishi:*

1) Paralitik ichak tutilishi

2) Spastik ichak tutilishi

III. Ichak tutilishining satxiga ko'ra:

1. *Yuqori (ingichka) ichak tutilishi*

2. *Pastki (yo'g'on) ichak tutilishi*

IV. Klinik kechishiga ko'ra:

1. *Qisman yoki to'liq*

2. *O'tkir va surunkali*

Barcha turdagi o'tkir ichak tutilishlarini A. G. Solovyov (1948) ikkita asosiy guruxga bo'ladi: dinamik va mexanik ichak tutilishi. Mexanik ichak tutilishi esa o'z navbatida, obturatsion, strangulyatsion va bitishma tufayli boshlangan ichak tutilishlariga bo'linadi.

A. V. Norenberg-Charkviani (1969) o'z klassifikatsiyasida ichak tutilishining A. G. Solovev klassifikatsiyasidagi bitishma tufayli paydo bo'ladigan turi o'rniga bu kasallikning aralash (xam obturatsiya, xam strangulyatsiya alomatlari bo'ladigan) turini kiritadi. Ichak invaginatsiyasi, tug'ma rivojlanish nuqsonlari tufayli boshlangan ichak tutilishini, qisilgan churralarni xam bu olim shu toifaga kiritadi.

Shunday qilib, A.G. Norenberg-Charkviani klassifikatsiyasining umumiy holdagi ko'rinishi mana bunday:

A. Mexaniq ichak tutilishi:

I. Obturatsion ichak tutilishi (ichak tutqich ishtirokisiz o'tadigan xili):

1. Ichak ichida, uning devori bilan bog'liq bo'lmagan to'siq (obturatsiya). Bunday holatga:

- a) o't toshlari;
- b) axlat toshlari;
- v) yot jismlar;
- g) gijjalar sabab bo'lishi mumkin.

2. Ichak devoridan chiqib, uning yo'lini ichkaridan berkitib kuygan to'siq (obturatsiya):

- a) o'smalar;
- b) chandiqli stenozlar.

3. Ichakdan tashqaridagi to'siq (obturatsiya): o'smalar, kistalar bilan ichakning bosilib qolishi.

4. O'n ikki barmoq ichak obturatsiyasi:

- a) arterio - mezenterial ichak tutilishi;
- b) gematoma bilan bosilib qolishi.

5. To'g'ri ichak obturatsiyasi: axlat yig'ilib kotib qolishi (kaprostaz).

II. Strangulyatsion ichak tutilishi (ichak tutqich ishtiroki bilan boshlanadigan xili):

1. Me'da-ichak buralishi:

- a) me'da buralishi;
- b) ingichka ichak buralishi;
- v) ko'richak buralishi;
- g) ko'ndalang-chambar ichak buralishi;
- d) sigmasimon ichak buralishi.

2. Ichakda tugun xosil bo'lishi.
3. Yo'g'on ichak charvisining buralishi.
4. Katta charvining buralishi.

III. Aralash xillari:

1. Rivojlanish nuqsonlari tufayli birdan ichak tutilib qolishi (katta yoshli odamlarda):

- a) malrotatsiya;
 - b) Mekkel divertikuli qatnashuvida;
 - v) dublikatsiya.
2. Invaginatsiya.
 3. Bitishmalar tufayli ichak tutilishi.
 4. Churraning ichkarida qisilib qolishi.

B. Dinamik ichak tutilishi:

1. Paralitik ichak tutilishi (me'daning birdan kengayib ketishi; ingichka ichakning falaj bo'lishi).

2. Spastik ichak tutilishi:

- a) spazm tufayli boshlanadigan xili;
- b) qo'rg'oshindan zaxarlanish tufayli boshlanadigan ichak spazmi.

Klinik manzarasi.

Ichak tutilishining asosiy alomatlari qorinda og'riq paydo bo'lib, ich kelishi va bot chiqishining to'xtab qolishi, qorin dam bo'lib, shishib ketishi, ichak peristaltikasi kuchayib (keyinchalik ichak butunlay «jim bo'lib qoladi») qayt qilish yuzaga kelishi, tomir urishining (pulsning) tezlashib ketishidir.

Kasallik aksariyat holatlarda kutilmaganda, tusatdan boshlanadi. Kasallikning eng boshidayok bemorda kuchli og'riq tufayli ko'pincha shok holati yuzaga keladi: uning esi og'ib, ranggi rangpar bo'lib ketadi, pulsi susayib, a'zoyi-badanini muzdek ter bosadi. Ichakda eshitilib turadigan shovqinlar yo'qolib ketadi. Organizm ana shunday odatdan tashqari yangicha sharoitlarga bir qadar moslashib olishi munosabati bilan shok hodisalari birmuncha vaqtdan keyin kamayib, bemor sal o'ziga kelib qoladi, pulsi tezlashib, ichak peristaltikasi yana paydo bo'ladi, bemordan xol surab ko'rilganida esa u yaxshi bo'lib koldim, deb javob beradi.

Ichak tutilishining ayrim xillari birdan boshlanmasdan, balki zimdan boshlanib, asta-sekin zo'rayib boradi.

Anamnez ma'lumotlarini to'plashda kasallikning qanday boshlanganiga, «oxirgi marta ich kachon kelgani va axlat qanday bo'lib tushganiga, avvallari shunday hodisalar bo'lgan-bo'lmaganiga, qorin operatsiya kilinganmi, shikastlanganmi-yo'kligiga» ahamiyat beriladi.

Bemorni tekis joyga, yostiqsiz yotkizib kuyib tekshiriladi, u chalqancha tushib, tuppa-to'g'ri bo'lib yotishi kerak. Avvalo qisilib qolgan churra yo'kligiga ishonch xosil qilish kerak (tipik churra darvozalari ko'zdan kechirilib, tekshirib ko'riladi). Qorin tenisini ko'zdan kechirib, unda qanday bo'lmasin biror xil chandiklar bor-yo'kligiga ahamiyat beriladi.

Qorinni tekshirib ko'rish birdan ichak tutilishiga xos bo'lgan bir qancha kimmatli alomatlarni ko'rsatib berishi mumkin: qorinning dam bo'lib turgani eng xarakterli alomatlarining biri xisoblanadi, lekin ichakning kaysi joyi tutilib qolgani va kasallikning muddatlariga qarab qorin xar xil darajada dam bo'lib turishi mumkin. Chunonchi, ichakning yuqori qismlari tutilganida qorin juda arziyas darajada dam bo'lishi yoki mutlako dam bo'lmasligi xam mumkin. Ichakning tutilib, tiqilib qolgan joyi qanchalik pastda bo'lsa, qorin shuncha ko'p dam bulaveradi (yo'g'on ichak tutilib qolganida qorin ayniksa juda dam bo'lib, shishib ketadi). Kasallik muddati o'tib borgan sayin el to'planishi (meteorizm) xam zo'rayib boradi.

Qorin devorining nafas harakatlaridagi ishtiroki qorinda el to'planib, meteorizm avjiga chiqmaguncha uncha o'zgarmaydi. *Qorinning noto'g'ri shaklga kirib, asimmetrik bo'lib qolishi* birdan ichak tutilishining xarakterli alomatidir.

Cho'zilib ketgan, aniq chegaralanib turgan ichak qovuzlogining qorin devori orqali bilinib turishi- *Val simptomi* birdan ichak tutilishining barvaqt paydo bo'ladigan alomatidir. Qorinning shu joyi to'qillatib urib ko'rilganida (perkussiya) baland timpanik ovoz eshitiladi. Bunday ichak qovuzloklarining soni tez orada ko'payib qoladi, bu narsa qorinning, usha joyi dumbayib chiqib turishiga, asimmetrik shaklga kirishiga olib boradi.

Yonbosh ichak tutilganida Val simptomi kindik soxasi (mezogastrium) da aniqlanadi; yo'g'on ichakning distal bo'limlari tutilib qolganida esa meteorizm qorinning yon tomonlarini egallaydi.

Sigmasimon ichak buralib qolganida qorin guyo «qiyshayib qolgandek» bo'lib ko'rinadi. Qorin shaklining bo'zilishiga xos bo'lgan mana shu simptomlarning xammasi kasallikning birinchi kunida yaxshiroq bilinib turadi; keyinchalik meteorizm kuchayib borishi tufayli ular uncha bilinmay qoladi-da, butun qorin juda dam bo'lib, shishib ketadi.

Ichak peristaltikasining ko'rinib turishi ichak tutilishining juda muxim alomati xisoblanadi (bu narsa kasallikning boshida, shok bosilib qolganidan keyin ayniksa ruyi-rost bilinib turadi). Bu *I.I. Grekov simptomi* bo'lib, «ustma-ust kelayotgan to'lqinlar yoki birdan paydo bo'lib, birdan yo'qolib ketadigan dumbaymalar» manzarasini beradi. Uni qorin devorini salgina urib ko'rish yoki silkitib ko'rish yo'li bilan yuzaga keltirish mumkin (Grekov simptomi xronik ichak tutilishida ancha aniq ifodalangan bo'ladi, chunki bunda ichakning tutilib qolgan joyidan yukog'irokdagi muskullari gipertrofiyaga uchraydi).

Grekov simptomi obturatsion ichak tutilishida ko'prok, strangulyatsion ichak tutilishida esa kamroq ma'lum bo'ladi.

Peristaltikaning kaysi joydan boshlanib, kaysi joyda tugallanishi ko'zatib borilar ekan, ichakning tutilib, tiqilib qolgan joyini bilib olsa bo'ladi.

Ko'rinadigan peristaltika paydo bo'lganida, odatda, og'riqlar zo'rayib, odamga juda azob beradi («sanchiqqa o'xshab turadigan og'riqlar»). Lekin qorin devori teri osti yor katlamidan maxrum bo'lib, ancha ilvillab qolgan xollarda va ko'p tugib, qorinning to'g'ri muskullari orasi ancha ochilib qolgan ayollarda xam. peristaltika bilinib turishini unutmaslik. kerak. Bunday sharoitlarda ichakning odatdagi, iormal peristaltikasi ko'rinib turadigan bo'ladi.

Qorinni paypaslab ko'rish (palpatsiya). Birdan ichak tutilishida qorin pressi muskullarining ximoyalani, tarang tortib qolishiga sabab bo'lmaslik uchun qorinni avaylab, mayin harakatlar bilan paypaslab ko'rish kerak. Chukur palpatsiyada bezillab turgan joyni, «tekshirayotgan barmoqlarga kattikkina bo'lib unnaydigan ichak qovuzlokklarini» (I.I. Grekov, 1928) yoki xali falaj xoliga tushmagan ichaklarning «xuddi prujinaga o'xshab, qarshilik ko'rsatayotganini» (M. V. Partashnikov, 1955) sezish mumkin.

Ichaklar ancha dam bo'lib, oldingi qorin devori bir muncha cho'zilib turgan maxalda tekshirayotgan odam qorin devorining bir qadar tarang tortib, qarshilik ko'rsatayotganini paykaydi (*Mondor simptomi*).

Qorin paypaslab ko'rilganida ba'zan «o'smadek» bo'lib turgan invaginatsiya tanasi, yallig'lanish infiltrati va boshqalarni topish mumkin bo'ladi.

Qorin devori sal silkitib ko'rilganida eshitiladigan «chayqalish shovqini» - *I.P. Sklyarov* (aslida bu Gippokrat) *simptomi* ichak qovuzlogining suyaklik va gazga to'lib, cho'zilib ketganidan darak beradi (ichak parezi bosqichida bo'ladi). Qorin to'qillatib urib ko'rilganida balandligi, tembri jixatidan notekis bo'lgan timpanik ovoz chiqadi, bu ovoz ba'zi joylarda bo'g'ikrok bo'lib eshitiladi.

Qorin plessimetr bilan perkussiya kilinib, ayni vaqtda stetoskop orqali eshitib ko'rilganida ba'zan metallga xos aniq jarangli ovoz eshitiladi, bu - ichak gazlar bilan to'lib-toshib, xuddi ballondek juda shishib ketgan maxalda aniqlanadigan *Kivul simptomi* bo'lib, sigmasimon ichak buralishiga xos deb xisoblanadi.

Strangulyatsion ichak tutilishida qorin bo'shlig'ida ancha barvaqt ekssudat to'planadi - perkussiyada qorinning past joylaridan chiqadigan tovush bo'g'ikrok bo'lib eshitiladi (obturatsion ichak tutilishida esa ekssudat odatda keyinrok to'planadi).

Ichak shovqinlari (peristaltikasini) bor-yo'kligini aniqlash uchun auskultatsiya - eshitib ko'rish usulidan foydalaniladi. Obturatsion ichak tutilishida kasallikning boshlangich davrida, ichakning harakat funksiyasi xali bo'zilmagan maxalda «bir talay cho'zik shovqinlar eshitiladi, bular ancha bir tekis, jarangdor, ichak qovuzloklarida aks sado beradigan, toni baland va tembri deyarli bir xil bo'ladi. Strangulyatsion ichak tutilishida shovqinlar fakat kasallikning eng boshida eshitiladi va tez orada yo'qolib ketadi.

Ba'zan «chakillab tomayotgan tomchi shovqinini» eshitish mumkinki, bu xol ovozning berk bo'shliqda aks sado berishiga bog'liq.

Shunday kilib, ichak tutilishida qorin auskultatsiyasidan olinadigan ma'lumotlar kasallik boshlanganidan beri qancha vaqt utganiga borlik bo'ladi:

a) ilk muddatlarida (kasallik shoksiz utayotgan maxallarda) guldiraydigan, shitirlaydigan, kuchi bilan uzuk-cho'zikliğini o'zgartirib turadigan juda xilma-xil shovqinlar eshitiladi;

b) shok endi boshlanib kelayotgan paytda bu shovqinlar yo'qolib ketadi, bemor shu holatdan chiqkanidan keyin ular yana paydo bo'ladi;

v) oraliq davrda, ichakning dam bo'lishi zo'rayib borayotgan paytda shovqinlar kamayib boradi-yu, lekin ular qisqarok va jaranglirok bo'lib qoladi;

g) kasallikning kechki davrida, ichak parezi boshlanganida peristaltika kuchayishi munosabati bilan eshitiladigan ovozlarning xammasi, shuningdek peristaltikaning o'zi xam asta-sekin yo'qolib ketadi, qorin tinchib, «suv kuygandek jim-jit» bo'lib qoladi, bu - kasallikning daxshatli alomati bo'lib, ichak falajlanib bo'lganidan, ichak devorining o'zi esa basharti xali nekrozga uchramagan bo'lsa xam, lekin shunga yaqinlashib qolganidan darak beradi.

Qorin juda xam dam bo'lib, shishib turgan mana shu paytda *Lotheissen simptomini* aniqlash - normada qorin orqali eshitilmaydigan nafas shovqinlari va yurak tonlarini eshitish mumkin. Bu o'lim yaqinlashib qolganidan darak beradigan yomon alomatdir (L. A. Kirsner, 1936). To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirib ko'rish diagnostika uchun shart deb xisoblanadigan usuldir. Birdan ichak tutilishida to'g'ri ichak ampulasi, odatda, bum-bush turgan bo'lib chiqadi, oldingi devoni dumalok elastik to'zilma ko'rinishida dumbayib turadi (I. I. Grekov tomonidan tasvirlangan *Obuxov kasalxonasi simptomi*). I. I. Grekov: «ileus boshlanganini bilib olish uchun birgina shu alomatning o'zi kifoya» degan edi. To'g'ri ichakni tekshirish bilan bir vaqtning o'zida qorin bimanual yo'l bilan palpatsiya qilib ko'rilganida dam bo'lib turgan ichak qovuzloklarini, invaginat tanasi yoki ichakka tiqilib qolgan yot jism (o't yoki axlat toshi) ni birmuncha aniq paypaslab topsa bo'ladi. Vaginal tekshirish bachadon va ortiklaridagi o'smalar, yallig'lanish infiltratlarini aniqlab olishga imqon beradiki, bular xam xil turdagi ichak tutilishi xollari bilan birga davom etib borayotgan bo'lishi mumkin.

Rentgenologik tekshirish. Qorin bo'shlig'i organlarining obzor rentgenoskopiyasida satxi gorizonta (suyuqlik) bo'lib, tepasi gumbazsimon yorishib turgan joy borligini topish mumkin, «*Kloyber kosasi*» deb shuni

aytiladi, u tunkarib kuyilgan kosaga o'xshaydi va bemorning olgan vaziyatiga karab o'zgarib turadi.

Strangulyatsion ichak tutilishida Kloyber kosalari bir soatdan keyin xam paydo bo'lishi mumkin, obturatsion ichak tutilishida esa 3-6 soatdan keyin paydo bo'ladi.

Ichak devorida destruktiv o'zgarishlar zo'rayib, ichak tonusi pasayib borgan sayin gaz pufaklarining balandligi kamayib, satxining uzunligi ortib boradi (A. P. Xomutova, 1962). Bunday kosalar soni bittadan 12-15 tagacha borishi va bundam ko'ra ko'prok bo'lishi mumkin.

Ingichka ichaklarda Kloyber kosalari xar xil balandlikdan joy oladi, lekin asosan qorin bo'shlig'ining markaziy bo'limlarida ko'prok bo'ladi (bunda kosalar pastak, satxi esa uzun bo'ladi).

Ingichka ichak yuqori bo'limlaridan tutilib qolganida kosalar soni ko'p bo'lmay, borlari xam qorinning chap tomondagi ustki kvadrantidan joy oladi. Ingichka ichakning pastki bo'limlari tutilib qolganida bu kosalar aksari o'ng tomondagi pastki kvadrantda bo'ladi.

Yo'g'on ichak tutilganida kosalar kamroq topiladi va asosan yo'g'on ichak yo'li bo'ylab yon tomonlardan joy oladi (kosa sathi qiska, lekin yorishib turadigan qismi baland bo'ladi). Kaxeksiya paytida odam o'midan turmay uzoq yotib qolganida, shuningdek ho'qnadan keyin xam kosa simptomi topilishi mumkin.

Qorinning «yorug» bo'lishi yo'g'on ichak tutilishiga, tutilganida xam gazlar bilan to'lib, shishib ketgan yo'g'on ichak butun qorinni egallab oladigan xollariga xarakterlidir.

Bemorga suyuk bariy ichirib turib me'da-ichak yo'lini tekshirish ichakning kaysi qismi tutilib qolganini aniqlab olishga imqon beradi (asosan kasallikning ilk davrida).

Utishi. Bu kasallikning butun manzarasi goxo fojiona bo'lib, shiddat bilan o'tsa, goxida kam-kamdan zo'rayib borib, sekinlik bilan o'tadi. Uning kay tanika o'tib borishi ichak tutilishining xili va tabiatiga, ichak nayining kaysi qismi zararlanganiga, ichak qovuzlari va tutqichining nechoglik qisilib qolganiga bog'liqdir.

Kasallikning utishida shartli ravishda uchta davmi tafovut qilish mumkin:

Birinchi davri - dastlabki bosqichi - 1 soatdan 12 soatgacha davom etadi. Ko'pchilik xollarda shok holatiga olib boradigan og'riq bu davrda kasallikning ustun turgan asosiy alomati bo'lib xisoblanadi. Kloyber kosalari xali bo'lmaydi. Ichak peristaltikasi zo'raygan bo'ladi.

Ikkinchi davri - oraliq bosqichi - 12 soatdan 36 soatgacha davom etib borishi mumkin. Gemodinamik o'zgarishlar, ayniksa tomir urishi tezlashib, arterial bosim pasayishi xarakterlidir. Og'riq ancha doimiy bo'lib qoladi. Odanning ichi yurishmay, yel to'planib, komi juda shishib ketadi, aksari asimmetrik shaklga kiradi. Ichak peristaltikasi susayib qoladi, «chakillab tomib turadigan tomchi shovqini» eshitiladi. Organizmning suvsivlanayotganidan darak beradigan alomatlar (entrotsitoz, gipergemoglobinemiya) paydo bo'ladi. Rentgenologik tekshirishda Kloyber kosalari borligi topiladi.

Uchinchi davri kasallikning so'nggi yoki terminal davri bo'lib, boshidan xisoblaganda 36 soat va bundan ko'ra ko'prok vaqtdan keyin boshlanadi. Gemodinamikada turg'un o'zgarishlar yuzaga kelishi, bemor ko'zlarining ich-ichiga botib, yuzining burishib qolganligi («Gippokrat yuzi»), tilning kurib, yorilib ketishi, axlat aralash qayt qilish, siydik kamayib ketishi (oliguriya) kasallikning bu davri uchun xarakterlidir.

Qorin dam bo'lib, shishib ketadi, ichak peristaltikasi yo'qolib, xuddi «suv kuygandek jim-jit» bo'lib qoladi, qorin bo'shlig'ida erkin ekssudat to'planib boradi.

Qon klinik analizida olinadigan ma'lumotlar. Birdan ichak tutilishining dastlabki davrida periferik qonda qanday bo'lmasin biror tarzda o'zgarishlar topilmaydi. Lekin kasallik zo'rayib borgan sayin qonning asta-sekin kuyuk tortib borayotganiga xos alomatlar paydo bo'ladi.

Siydik tekshirib ko'rilganida oliguriya (organizmning tobora ko'prok suvsizlanib borishi natijasida), indikanuriya boshlangani, kaliy bilan natriy zur berib chiqib turgani ma'lum bo'ladi.

Kasallik diagnozi. Anamnez va klinik tekshirishlardan olingan ma'lumotlarni taxlil qilib chiqishga asoslanadi. Birdan ichak tutilishini erta muddatlarda, barvaqt aniqlab olish ana shu daxshatli kasallikning davosida muvaffaqiyat kuzonishning xal kiluvchi shartlaridan biridir.

Kasallikning birdan-bir alomati fakat og'riqdan iborat bo'ladigan, boshqa alomatlari esa xali ma'lum bermay turadigan dastlabki davri

diagnostika uchun xammadan kiyin bo'ladi. Birok birdan ichak tutilgan maxallarda og'riqlar to'tib-to'tib turadigan, peristaltika kuchaygan paytda zurayadigan bo'lishini esda tutish kerak.

Kasallikning ikkinchi davrida uni aniqlab olishga yordam beradigan asosiy alomati - Kloyber kosalari bo'lishidir.

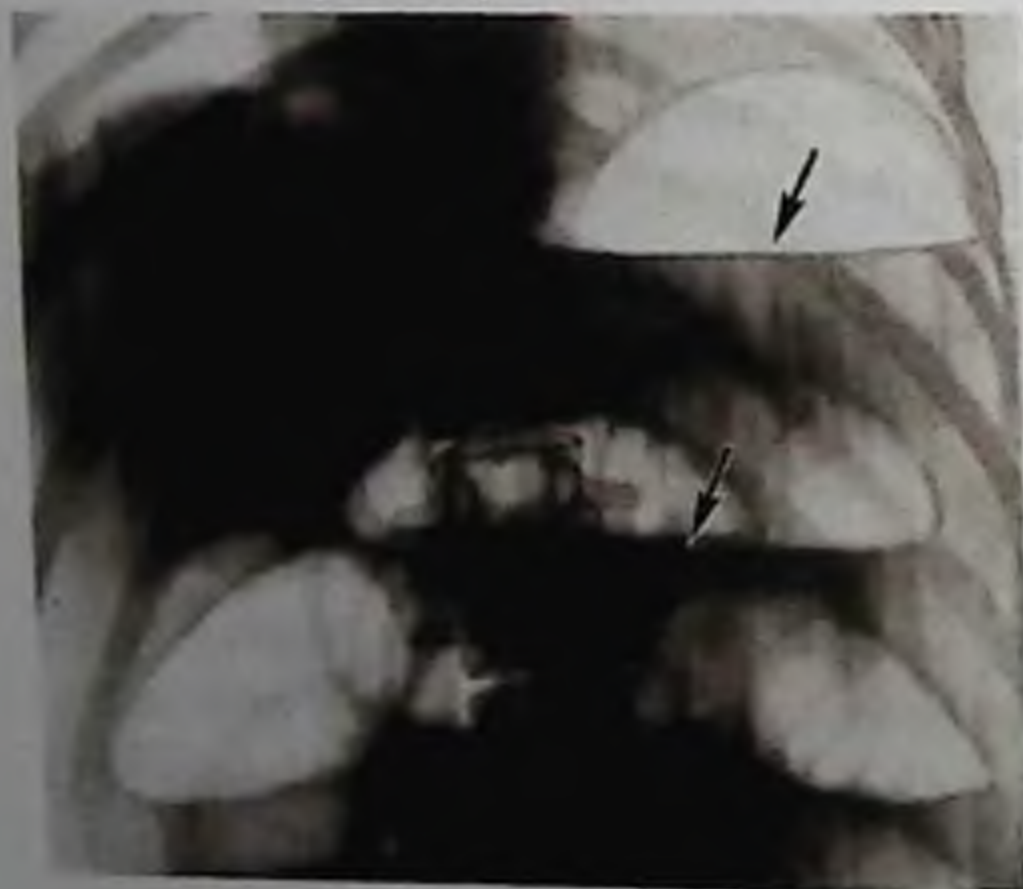
Tekshirish usullari.

Rentgenologik tekshiruv O'IT vaqtida asosiy instrumental tekshiruv usuli bo'lib kolmokda. O'IT ga biroz bo'lsada gumon bo'lganda xam bu tekshiruv usulini bajarishimiz kerak. Dastlab qorin bo'shlig'i obzor rentgenskopiya va lozim bo'lsa rentgenografiya bajariladi. Bunda quyidagi alomatlar topiladi:

1. Ichak arkasi ingichka ichak gazlar tufayli kengayib ketganda yuqorida gaz, pastda esa suyuqlik sathi aniqlanadi.

2. *Kloyber kosachalari* (209A-rasm.) – gorizontaal suyuqlik sathi gumbazimon eruglanish (gaz) bilan. Agar suyuqlik satxi eni kengrok bo'lsa bu ingichka ichak tutilishidan darak beradi.

3. *Simptom peristosti* (tortilgan purjinani eslatadi) yuqori ichak tutilishida ko'p uchraydi.



A



B

209 - rasm. Qorin bo'shlig'i obzor rentgenogrammasi.

A - Kloyber kosachalari. B - Simptom Keysi yoki «baliq skeleti» simptomi.

Rentgenokontrast tekshiruv qorin bo'shlig'i obzor retgenogrammasi naf bermaganda bajariladi.

O'tkir dinamik ichak tutilishi

Dinamik ichak tutilishiga qorin bo'shlig'idagi o'tkir yallig'lanish kasalliklari (appenditsit, xolesistit, pankreatit, peritonit va boshqalar), qorin orti sohasining yallig'lanish kasalliklari (paranefrit), shikastlar va travmatik jarroxlik amaliyotlar, qorin bo'shlig'i a'zolarida qon aylanishini o'tkir buzilishlari (taloq infarkti, tutqich tomirlarini trombozi) sabab bo'lishi mumkin. Undan tashqari dinamik ichak tutilishiga metabolik o'zgarishlar (diabetik, uremik koma), zaxarlanishlar (morfin, qo'rg'oshin bilan) olib kelishi mumkin.

Dinamik ichak tutilishi spastik va paralitik turlarga bo'linadi.

Spastik ichak tutilishi ichak motor faoliyati kuchayishi ya'ni spazm xisobiga paydo bo'ladigan holat. Spastik ichak tutilishiga eng ko'p bo'lgan sabablardan biri og'ir metallar tuzlari xisobiga zaxarlanish xisoblanadi. Undan tashqari bu holat markaziy nerv sistemasining kasalliklarida ham kuzatiladi. Bunga misol tariqasida isterik ileusni keltirish mumkin.

Gipermotor reaksiyalar ichakning mexanik tutilib qolishi - buralib qolishi, tugun hosil qilishi, invaginatsiyasi kabilar rivojlanishida ishga tushiruvchi mexanizm bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Paralitik ichak tutilishida ichak motor faoliyati susayishi ya'ni parezi kuzatiladi. Ichak tutilishini bu turi spastik ichak tutilishiga qaraganda amaliyotda qo'proq uchraydi. Chunki paralitik ichak tutilishini asosiy keltirib chiqadigan holat bu jarroxlik amaliyotining o'zidir. Undan tashqari paralitik ichak tutilishi qorin bo'shlig'i a'zolarini o'tkir yallig'lanishlarida xamroh bo'lib keladi. Ichak tutilishini bu turi qorin orti sohasini yirik gematomalarida, yumshoq to'qimalar shikastlarida, og'ir jarroxlik amaliyotlaridan keyin paydo bo'ladi.

Dinamik (ya'ni funksional) tutilib qolish avvalo hazm trakti motor funksiyasining buzilishi oqibati bo'lib, buning natijasida ichak bo'ylab passaj to'xtaydi. Shuning uchun davolash taktikasi birinchi navbatda ichak peristaltikasini tiklashga qaratilishi lozim.

Mexanik ichak tutilishida dinamik ichak tutilishidan farqli ravishda ichak bo'ylab tarkibiy qismini passajini buzilishi mexanik to'siq borligi bilan bog'liq.

Obturatsion ichak tutilishida (5-8% tashkil etadi) jarayonga ichak tomirlari Qo'shilmagan holda ichak bo'shlig'ining ichkaridan bekilib qolishi ro'y beradi. Uning sabalari o'smalar, gijjalar, fitobezoarlar, o't toshlari, yot jismlar, najas toshlari bo'lishi mumkin. Obturatsion tutilishi ichakni tashqaridan, yaqin joylashgan a'zoldan chiqqan o'smalar, kistalar, hamda chandiqlar xisobiga ham rivojlanishi mumkin. Lekin bunda tutqich tomirlari siqilmagan holda bo'lishi kerak.

Strangulyatsion ichak tutilishida esa aksariyat ichak bo'shlig'ini tashqaridan siqib qo'yishdan tashqari tutqich tomirlari siqilishi kuzatiladi. Bu esa ichakning qisilgan qismida qon aylanishini buzilishiga qo'proq olib keladi. Ichak tutilishini bu turida qo'proq destruktiv jarayon kuzatildi, endotoksikoz va peritonit tezroq rivojlanadi. Strangulyatsion ichak tutilishi ichak tutilishini hamma turlari ichida 15-40% holatlarda uchraydi.

Strangulyatsion ichak tutilishiga ichaklar buralib qolishi, tugun hosil bo'lishi, churra darvozasidagi ichak qisilishi kiradi.

Mexanik ichak tutilishining aralash turida obturatsiya hamda strangulyatsiya birgalikda keladi. Bu holatga yaqqol misol deb invaginatsiyani keltirish mumkin. Invaginatsiya qo'proq yosh bolalarda uchraydi. Unda ichakni bir qismi va uning tutqichi yonida joylashgan ichakka kirib qoladi. Bunda ichak mexanik to'siq roliga ishtirok etadi, tutqichi qisilib qolishi hisobiga tutqich tomirlarida qon o'tishi to'xtaydi.

Ohirgi vaqtlarda aralash ichak tutilishiga ayrim mutaxassislar chandiqli ichak tutilishini ham kirita boshlashdi. Chunki chandiqli jarayonda ham aynan aralash ichak tutilishiga xos holat kuzatiladi.

Ichakning mexanik ayniqsa strangulyatsion o'tkir tutilib qolishida kasallikning bir hil og'irlikda kechmasligini hisobga olib, yuqorigi va pastki tutilishini farq qilish muhim (yuqori tutilish birmuncha og'ir kechadi).

Etiologiyasi va patogenezi. O'tkir ichak tutilishini etiologik omillari ichida moyillik va olib keltiruvchi sabablarni ajratish mumkin.

Moyillik holatlar o'tkir ichak tutilishi paydo bo'lishiga asos bo'lib qoladi. Ular tug'ma va orttirilgan bo'lishlari mumkin.

Tug'ma moyillik holatlarga ichak tuzilishini anatomik anomaliyalari: ichakning ayrim qismlarini uzun yoki keng bo'lishi (megakolon - kengaygan ichak, dolixosigma - uzun ichak), ichak burilishini noto'liq bo'lishi, tug'ma stenozlar, okklyuziyalar hamda ichakning nerv-mushak apparatining tug'ma nuqsonlari (Girshprung kasalligi) kiradi.

Orttirilagan holatlarga qorin bo'shlig'ida bajarilgan jarohlik amaliyotdan keyin va yallig'lanishlardan keyingi paydo bo'lgan chandiqlar, orttirilgan churralar, o'smalar, o't toshlari, fitobezoalar, gijjalar, najas toshlari kiradi.

Moyillik holatlariga balanssiz, noto'g'ri ovqatlanishlar kirishi tasdiqlangan.

Bir necha moyillik holatlar bo'lishiga qaramay o'tkir ichak tutilishi faqat olib keluvchi sabablar bo'lganida rivojlanadi. Ular ichiga qorin bo'shlig'ida birdan bosim oshib ketishi, og'ir jismoniy zo'riqish, ko'p miqdorda ovqatlanish kiradi.

O'tkir ichak tutilib qolishi bilan kasallangan bemorlarni davolash natijalari kasallikni o'z vaqtida aniqlashga bog'liq.

Klinikasi va diagnostikasi. O'tkir ichak tutilishini diagnostika qilish kasallik anamnezi va bemor shikoyatlarini to'g'ri tahlil qilish, umumiy holatga va patologik jarayonning lokal ko'rinishlariga, shuningdek turli hil Qo'shimcha yoki maxsus tekshirish usullari natijalariga baho berishga asoslanishi kerak.

Ichak mexanik tutilib qolishining eng xarakterli simptomi - qorinning tutib- tutib og'rishidir.

Ichakdagi suyuqlikning so'rilishiga to'siq paydo bo'lganligiga organizm muhofaza reaksiyasi bilan javob beradi, bu to'lg'oqsimon og'riq ko'rinishida yuzaga chiqadigan kuchli peristaltika bilan ifodalanadi.

To'siq hajmi og'riq xurujlarining kuchi, tezligi va davomliligi o'zgarib turishi mumkin.

Obturatsion tutilib qolish uchun, masalan u yo'g'on ichakda bo'lsa, og'riq unchalik qattiq bo'lmaydi. Bemordan so'rab-surishtirganda og'riq uni bir necha sutkadan buyon bezovta qilayotganini aniqlasa bo'ladi. Aksincha tutilib qolishning strangulyatsiya shakllari (buralib qolish va ayniksa tugun hosil qilish) deyarli to'satdan keskin og'riq paydo bo'lishi bilan kechadi,

bunda nisbatan qisqa fursatlar ichida birin-ketin og'riq xurujlari bo'lib turadi.

Og'riq asta-sekin orta boradi, parez rivojlangandan keyin to'siqdan yuqorida u doimiy bo'lib qoladi va bu holat peristaltikaning susayib ketishi bilan bog'liq. Buralgan joy qanchalik yuqori joylashgan bo'lsa, og'riq xuruji davomlilik shunchalik kam va xurujning o'zi og'irroq bo'ladi.

Ichakning paralitik funksional tutilib qolishida og'riq doimiy tutash, tumtoq, simillagan bo'ladi. Qorinning tobora dam bo'lib borishi bilan o'tadi. Spastik funksional tutilib qolishda ham og'riq simillagan, tutash xarakterda bo'lishi mumkin, biroq aksariyat u to'lg'oqsimon, hatto keskin bo'ladi. Bunda mexanik tutilishdan farqli ravishda qorin odatda dam bo'lmaydi, aksincha, u ichiga botgan bo'lishi mumkin.

Og'riq reaksiyasini sinchiklab tahlil qilish qator hollarda mexanik tutilishni dinamik tutilishdan ajratibgina qolmay, balki uning strangulyatsion turini obturatsion turidan ajratish imkonini beradi. Obturatsion tutilib qolishda xurujlar yo'q paytida bemorlar deyarli og'riq sezmaydilar. Strangulyatsion tutilib qolishda esa bemorlarda xuruj bo'lmagan vaqtda ham og'riq saqlanib qoladi, chunki ularda og'riq sindromi ikkita yo'l bilan kelib chiqadi: keskin to'lg'oqsimon og'riq peristaltik to'lqinlar natijasida bo'lsa, to'lg'oqsimon og'riq bo'lmay turgan vaqtlardagi simillagan doimiy og'riq - jarayonga tortilgan ichak tutqich segmenti tomirlari va nervlarining qisilishi oqibati hisoblanadi.

Kasallikning boshida ayrim bemorlar og'riq paydo bo'lgan yoki yo'qolgan joyni yetarli darajada ko'rsatib bera oladilar. Biroq ko'pincha og'riq butun qorin bo'ylab yoyiladi yoki kindik yoxud bel soxasida joylashadi.

Og'riq sindromi xarakteri va xususiyatlarini bemorni birinchi marta ko'zdan kechirishning o'zidayok aniqlab olishga harakat qilish kerak. Bemorning vaqti-vaqti bilan bezovtalanib turishi, yuz qiyofasidan og'riqdan iztirob chekayotganini payqash, peristaltik shovqinlarning shundoqqina eshitilib turishi xurujsimon og'riq borligidan dalolat berishi mumkin. Haddan tashqari ozgan bemorlarda ba'zan qorin devori orqali ichak peristaltikasini ko'rish mumkin.

Biroq peristaltika holati to'g'risidagi batafsil axborotni olish uchun qorin bo'shlig'ini auskultatsiya qilish kerak bo'ladi. Bunda uning faqat

kuchayishi yoki sekinlashishini emas, balki paydo bo'lgan joyi, shuningdek tarqalish zonasini ham kayd qilishga muvaffaq bo'ladi.

Qorinni vaqti-vaqtida eshitib turish kasallik dinamikasi to'g'risida ma'lum darajada xulosa chiqarishga imkon beradi. Qorin bo'shlig'ini auskultatsiya qilishda aniqlanadigan «tushayotgan tomchilar» simptomi (Spasokukoskiy simptomi) ichak o'tkir tutilib qolishining xarakterli patognomonik belgisi xisoblanadi. Bu singib ketgan nom simptomining kelib chiqishiga unchalik muvofiq kelmaydi: gap «tushayotgan tomchilar» ustida emas, balki o'zida suyuqlik yoki gaz saqlab turgan biror bo'shliqqa suyuqlik yoki havo pufakchalari quyilishi to'g'risida borayapti.

Bu simptom ichakning shishib chiqqan qovuzloqlarida suyuqlik va ozod gaz borligidan dalolat berib, ularda o'tkazuvchanlikning buzilganligini ko'rsatadi. U to'liq sustlashib qolgan va tez orada yo'qoladigan peristaltika vaqtidagina aniqlanadi. Bu simptomning topilishi xirurgga ichakning o'tkir tutilib qolishi diagnostikni kuyishga to'liq asos bo'la oladi.

Ayrim holatlarda qorinni auskultatsiya qilganda nafaqat ichak peristaltikasi yo'qolishi, balki yurak urishi va nafas olish eshitiladi (Loteissen simptomi).

«Og'riq» bosqichi tugagandan va peristaltika yo'qolgandan keyin ichakning mexanik tutilib qolishi emas, balki funksional tutilib qolishi birinchi o'ringa chiqadi. Dam bo'lgan qorinda doimiy tutash og'riq bo'lgan, intoksikatsiya hodisalari ortib borayotgan bu davrda - kasallikning dastlabki tabiatini aniqlash g'oyat qiyin.

Odatda, xirurg ichakning mexanik tutilib qolishining asorati - peritonit deb diagnostik qo'yadi.

O'tkir ichak tutilishda ko'ngil aynishi va qusishning mustaqil diagnostik ahamiyati yo'q. Chunki qorin bo'shlig'i a'zolarining deyarli xar bir o'tkir kasalligida ko'ngil aynishi va qusish bo'ladi. Lekin qusish xarakteri ichak tutilib qolishining har hil turlarida bir hil bo'lmaydi. Odatda past strangulyatsion tutilib qolishning boshlanishi bir yoki ikki marta reflektor qusish bilan o'tadi. Yuqori tutilib qolishda bemor ko'p qusadi, qusish uni holdan toydiradi, ko'ngil bexuzur bo'ladi, ko'pincha xikichoq tutishi va kekirish bezovta qiladi.

Mexanik va funksional tutilib qolishning kechikkan muddatlariga qusish birmuncha xarakterli, bunda peritonit belgilari paydo bo'lishi

motorika buzilib, ichak bo'shlig'ida yig'ilib borayotgan suyuqlik yuqoriga otilib chiqadi. Shunga ko'ra qusish xech qachon ahvolni yengillashtirmaydi. Kasallik zo'rayib ketgan hollarda ichakning to'siqdan yuqori qismidagi suyuqligi chirib parchalanishi natijasida axlat aralash qusish holati ro'y beradi.

Ichak tutilib qolishining patognomonik simptomi ichning kechikib kelishi yoki kelmasligi va el chiqmasligi hisoblanadi. Ayrim mualliflar ma'lumotlariga ko'ra bemorlarning 60-70% ichning sira kelmasligi va el chiqmasligini, 16% - qisman ich kelmasligini qayd qilgan.

Ich kelmasligi va el chiqmasligining diagnostik ahamiyatiga to'g'ri baho berish uchun kasallikning xar bir hodisasiga alohida yondoshish kerak. Bu simptom ikkita holda: chamber ichak terminal bo'limida mexanik to'siq bo'lganda (sigmasimon chamber ichak buralishi, chamber ichak chap yarmi bo'shlig'ining to'liq obturatsiyasi) va xazm trakti to'liq adinamiyasida (falaji) bo'ladi. Ichakda ajralmalar chiqmasligi aksariyat uning tutilib qolganidan darak beradi.

Biroq bemorda ich kelishi va el chiqishi bu patologiyani inkor etmaydi. Yil sayin ichakning bitishmalar sababli tutilib qolish hollari ko'payib borayapti, bu aksariyat ingichka ichak qovuzloqlaridagi jarayon bilan chegaralanib qoladi. Shuning uchun bitishma jarayoniga Qo'shilmagan yo'g'on ichak bo'shalib turishi mumkin. Shu munosabat bilan bemordan so'rab-surishtirishda necha marta ich kelishi, uning o'zicha kelish-kelmasligini aniqlash muxim. Aksariyat Qo'shimcha rag'batlantiruvchi tadbirlardan keyingina juda oz mikdorda ich kelishi va el chikishi kuzatilib turadi.

Qorinni ko'zdan kechirish ko'p hollarda diagnoz qo'yishda xal qiluvchi omil bo'lishi mumkin. Qorinda xar qanday xarakterdagi og'riq bo'lgan bemorning qorin devoridagi jarrohlik amaliyotdan keyingi chandiqlar ichakning bitishmalardan tutilib qolganligini ko'rsatadi. Bir muncha mualliflar ma'lumotlariga ko'ra qorin bo'shlig'idagi bitishmalar 75-80% hollarda mexanik tutilib qolishga, 30-45% hollarda funksional (dinamik) tutilib qolishga sababchi bo'ladi.

Qorin dam bo'lishi ichak tutilib qolishining muxim simptomi hisoblanadi. Darxaqiqat, ich kelmasligi va el chiqmasligi tez orada qorin xajmining kattalashuviga olib keladi. Biroq ko'rsatib o'tilgan belgiga

tanqidiy baho berish lozim. Aftidan, qorinning dam bo'lib shishib chiqishi ichak tutilib qolishining erta belgisi bo'lmasa kerak.

Ichakning mexanik tutilib qolishining xarakterli belgisi Val simptomi hisoblanadi. Val simptomi shishib chiqqan ichak qovuzlog'i tufayli chegaralangan meteorizm paydo bo'lishidir.

Qorinni paypaslab ko'rish va perkussiya qilish qorin bo'shlig'idagi o'zgarishlar to'g'risida eng to'liq tasavvur beradi. Perkussiya yordamida sigmasimon chambar yoki ko'richak buralganda qisilgan qovuzloq chegarasini aniqlash - yuqori chegaralangan timpanit simptomi (Kivul simptomi), peritonit sababli funksional tutilib qolishda qorin bo'shlig'ida ozod suyuqlik borligidan payqash mumkin.

Ichak tutilib qolganligini aniqlashda qorinni palpatsiya qilish auskultatsiya singari katta ahamiyatga ega. Xirurg qorinni paypaslab ko'rishda qorin pardasi ta'sirlanish simptomlari bor-yo'qligini, «chayqalish shovqini» (Mate-Sklyarov simptomi) borligini aniqlashga xarakat qilib ko'rishi kerak.

O'tkir ichak tutilishida qorin, odatda, yumshoq bo'ladi va ichak devori destruksiyasida va peritonit rivojlangandan keyingina muskullar tarang tortadi. Biroq bu simptom aniq namoyon bo'lish davri odatda qisqa bo'ladi, chunki tez orada meteorizm paydo bo'ladi.

Shishib chiqmagan qorinni paypaslab ko'rishda invaginatsiyada kolbasasimon shish, yallig'lanish infiltrati va boshqa tuzilmalar aniqlanishi mumkin.

«Chayqalish shovqini» ichak o'tkir tutilib qolishining patognomonik simptomi hisoblanadi. Uni ichak qovuzloqlarida ma'lum miqdorda dimlangan suyuqlik paydo bo'lganda va kamroq hollarda bitta qovuzloq kisilib qolganda aniqlash mumkin.

Erkaklarda to'g'ri ichakni ayollarda esa qinni barmok bilan tekshirish zarur. Bu tadbir qovuq bo'shatilgandan keyin bajarilishi kerak. Ichakning obturatsion tutilib qolishida o'sma yoki obturatsiya qiladigan boshqa tuzilma aniqlanishi mumkin. Biroq u yoki bu patologik tuzilmalar aksariyat kasallikning kechikkan bosqichlarida topiladi. Kichik chanoq bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi qin gumbazi orqa qismining osilib qolishi yoki qalqib turishi, tekshirishda og'rishi bilan yuzaga chiqadi.

Sigmasimon chamber ichak uchun xarakterli belgi - to'g'ri ichak sfinkteri ochiq turgan holatda uning ampulasi bo'sh holatda (ballonsimon kengayish) bo'lib, unga "Obuxov kasalxonasi" simptomi deyiladi.

Instrumental tekshirish usullari. O'tkir ichak tutlishi bilan bemorlarga tashxis qo'yishda rentgenologik tekshirish katta ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirish ichak tutilib qolishining xarakterini va darajasini aniqlashga imkon beradi.

Ichak tutilishida rentgenologik tekshiruv asosini (kontrast moddalar qo'llamasdan) ichak qovuzloqlarida el va suyuqlik satxlarini (Kloyber kosachalari) aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshiruvda normada qorin bo'shlig'i gomogen qorong'ilashgan, faqat chap diafragma ostida me'daning gaz pufagi va undagi suyuqlik sathini ko'rish mumkin; chamber ichakning chap yarmi ham odatda ozrok miqdorda gaz tutadi. Ingichka ichak qovuzloqlarida gaz bo'lmaydi.

Kloyber kosachalarini aniqlash uchun bemorni vertikal holatda turganda tekshirish kerak. Biroq bemor ahvolining og'irligidan hamma vaqt bunga imkon bo'lavermaydi. Bunday hollarda tekshirishni lateropozitsiyada o'tkazish, ya'ni bemorni o'ng yoki chap yonboshi bilan yotgan holatida tekshirish maqsadga muvofiq, bunda rentgen nurlari orqa tomondan yunaltirilishi lozim.

Kloyber kosachalarini joylashishi va shakliga qarab ichak tutilishini joyini aniqlash mumkin. To'siq ingichka ichakda bo'lsa Kloyber kosachalari kichik bo'lib, suyuqlik sathining gorizonta kengligi uning ustidagi gazning vertikal o'lchamidan uzun bo'ladi. Gaz fonida shilliq qavat burmalari yaxshi ko'rinadi (Kerkring burmalari). Ular spiral shakllga ega bo'ladi. Kloyber kosachalari qo'proq qorin bo'shlig'ining o'rtasida joylashgan bo'lib, soni ko'p bo'ladi.

Yo'g'on ichak tutilishida Kloyber kosachalari qorin bo'lig'ining chetlarida joylashib, soni kam bo'ladi. Suyuqlik sathining gorizonta kengligi uning ustidagi gazning vertikal o'lchamidan qisqa.

Dinamik ichak tutilishida gorizonta suyuqlik sathilar ham ingichka, ham yo'g'on ichakda bo'ladi.

Ayrim hollarda rentgenkontrast tekshiruv qilish lozim bo'ladi. Ularga kam invaziv imigioskopiya va yarimstakanli bariy sinamasi kiradi.

Bu tekshiruvlardan tashqari zond orqali enterografiya qilish ham mumkin. Bunda kontrast modda to'g'ridan-to'g'ri o'n ikki barmoq ichakka tushadi va oshqozonda kontrast moddani turib qolishlardan ozod qiladi.

Hozirgi kunda o'tkir ichak tutilishi tashxisi qo'yishda ultratovush tekshiruvlari (UTT) qo'llanilyapti. UTT da ichak bo'lig'ida ichak maxsuloti yig'ilib qolganini aniqlash mumkin.

Qonni tahlil qilganda degidratatsiya va gemokonsentratsiya belgilarini aniqlash mumkin - gemoglobin va eritrotsitlar ko'pligi, gematokritni oshishi. Kasallikni ohirgi bosqichlarida esa leykotsitoz va EChTni oshishi kuzatiladi. Qonni tahlil qilganda qo'proq uning elektrolitlar miqdori ahamiyatga ega. Unda kaliy va xloridlar miqdorini kamayib ketganligi hamda kislota-ishqoriy muxitni alkalozga (kasallik boshlanish davrida) yoki atsidozga (kasallik rivojlanish davrida) o'zgarganligi aniqlanadi.

Differensial diagnostikada bemorni kasallik dinamikasida (2-3 soat ichida) tekshirish katta ahamiyatga ega. Ichak mexanik tutilib qolganda peristaltika aniq ko'rinadi (qovuzloqlar o'z joyini o'zgartiradi), Kloyber kosachalarining joylashgan joyi o'zgaradi; gaz bo'lishiga qaramay, ingichka ichak diametri yo'g'on ichak diametridan hech qachon oshmaydi. Ichakning funksional tutilib qolishi peristaltik to'lqinlar bo'lmasligi bilan xarakterlanadi, gaz va suyuqlik yo'g'on va ingichka ichaklarda joylashadi, bu manzara ko'p soatlar mobaynida amalda o'zgarmaydi Kloyber kosachalari sonigina oshadi va meteorizm ko'payadi. Aksariyat ingichka ichak diametri yo'g'on ichak diametridan kattarok.

Qiyin diagnostik hollarda kontrast moddalar yuborib rentgenologik tekshirish tavsiya etiladi.

Qorin bo'shlig'ini odatdagi obzor tekshirishdan farqli ravishda kontrast modda ko'llab rentgenoskopiya qilish diagnostik imkoniyatlarini birmuncha kengaytiribgina qolmay, balki tutilib qolgan joyning ko'rinishi va uning joylashgan o'rini aniq belgilash imkonini beradi. Bundan tashkari, Kloyber kosachalari, Kerking burmalari kabi simptomlar kontrast modda qo'llangan sharoitlarda birmuncha ravshan bo'lib qoladi.

Endoskopik tekshirish usullari ichak tutilishi diagnozini aniqlashda katta yordam berishi mumkin. Rektoromanoskopiyada va kolonoskopiyada yo'g'on ichakda uning obturatsiyasini keltirib chiqaradigan o'smani

aniqlash mumkin (kolonoskop yordamida yonbosh ichakning distal qismini ko'zdan kechirishga muvaffak bo'ladi).

Shubxali diagnostika hollarida taktik yo'llanma hammaga ma'lum: bemor kasalxonaga keltirilgan vaqtdan boshlab 2 soat ichida o'tkir ichak tutilishini istisno qilish mumkin bo'lmasa, bemor ahvoli esa yomonlashib boraversa, diagnostik laparotomiya qilishga o'tiladi.

O'tkir ichak tutilishida xirurgik va konservativ davolash usullari. O'tkir ichak tutilishi bo'lganda, shuningdek shu kasallikka tahmin qilingan hamma bemorlar shoshilinch jarroxlik bo'limiga yotqizilish kerak.

Ularga og'riq, giperperistaltikaga qarshi kurash, intoksikatsiyani bartaraf qilish va gomeostaz buzilishlarini (tsirkulyatsiyadagi qon miqdorini to'ldirish, suv-elektrolit va oqsil almashinuvini tiklash) izga solishga qaratilgan konservativ davolashni buyurish zarur. Infuzion davolash xajmi bemor ahvolining og'ir-engilligi va kasallikning qancha muddatdan buyon borligi bilan belgilanadi.

Diagnoz noaniq bo'lganda promedol va narkotik analgetiklar qo'llanishdan saqlanib turish kerak.

Konservativ davolash bemorni tekshirish bilan parallel holda maksimal hajmda o'tkaziladi. Ichak tutilishi og'ir kechayotgan bemorlarda konservativ davolash operatsiyadan oldingi tayyorgarlik sifatida, ko'pi bilan 30-40 minut ichida o'tkaziladi.

Davolash - O'tkir ichak tutilishi diagnozi tasdiqlangan bemorlarda konservativ davolash ko'pi bilan 2 soat o'tkaziladi.

Konservativ davolash kompleksi oshqozon ichak traktini yuqori bo'limlarini me'daga (yoki yaxshisi o'n ikki barmoq ichakka) zond kiritish vositasida turib qolgan suyuqlikni passiv oqizish yoki past bosim ostida (masalan, suv oqimi nasosi yordamida) chiqarishni o'z ichiga oladi. Me'dani 12% li natriy gidrokarbonat eritmasi bilan yuvish maqsadga muvofik.

Atropin sulfat (teri ostiga 1 ml 0,1% li eritmasi), zarurat bo'lganda tayinlanadi; sifon ho'qnalar yo'g'on ichakning bo'shalishiga, ba'zan esa tutilib qolishining yo'qolishiga olib keladi.

Ayrim hollarda endoskopik tekshirish vaqtida bajariladigan davolash muolajalari tutilib qolishni yo'qotishga yordam beradi. Masalan, yo'g'on ichakning distal bo'limlarida invaginatsiyaning yoki sigmasimon ichakning

buralib qolishining ilk bosqichlarida uni havo bilan chiqarib, invaginatning yozilishiga, burilishni to'g'rilanishiga muvaffak bo'lish mumkin.

Venaga 10% li natriy xloridni sutkasiga 1-2 marta 20 ml dan, 500-1000 ml dan 5-10% li glyukoza eritmasiga insulin Qo'shib (4 g quruq glyukoza moddasiga 1 TB xisobida), elektrolit, ayniqsa kaliy almashinuvini normaga solish yo'li bilan motorikani tiklasa bo'ladi. Kaliy tanqisligi nerv impulslarining sinaptik tuzilmalarga o'tishiga yomon ta'sir qiladi, ichak atoniyasini gipokaliemiya natijasida rivojlanishi yaxshi ma'lum. Biroq kaliy darajasining o'zigina emas, balki kaliy, natriy va kalsiy ionlarining normal nisbati ham muxim. Shunga ko'ra tegishli analizlar o'tkazish zarur. Ichak devorida mikrosirkulyatsiyani tiklash muvaffakiyatli davolashning shartlaridan biri sanaladi. U oqsil miqdorini normaga solish, qon reologik xossalarini yaxshilash, qonning tomir ichida ivib qolishining oldini olish va shu kabilarni o'z ichiga oladi. Jigar oldi kletchatkasiga va bevosita tomirlar o'zaniga (tomchilab) 100-150 ml miqdorda 0,25% li novokain eritmasi yuborish ichak motorikasiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi, nerv impulsining muskul tolasiga uzatilishini kuchaytiradi: 0,05% li prozerin eritmasini 1 ml dan 1-1,5 soat o'tkazib 2 marta teri ostiga albatta yuborish kerak. Qator hollarda sifonli ho'qnalar to'g'ri ichak ampulasidagi axlatni barmoq bilan chiqarish bilan Qo'shib olib boriladi.

Konservativ davolashning ta'sirchanligiga baho berishga bemorning umumiy holati (shikoyatlari, gemodinamika ko'rsatkichlari va b.) va, nihoyat, qorin tomonidan bo'lgan o'zgarishlar (o'lchami, peristaltika borligi, qorin pardasining ta'sirchanligi, motorika rag'batlantirilgandan keyin ich kelishi va boshqalar), davolash jarayonidagi rentgenologik manzara dinamikasi, mezon bo'lib hisoblanadi. O'tkazilayotgan davolashning naf bermasligi, ustiga-ustak bemor umumiy holatining yomonlashuvi (meteorizm oshishi, intoksikatsiya) operatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi.

Ichakdagi destruksiya simptomlarida (keskin lokal og'riq qorin pardasi ta'sirlanishining lokal simptomlari, defans, meteorizm, qusish, peristaltika bo'lmasligi, «chayqalish shovqini» va b.) asosiy davolash tadbiri sifatidagi operatsiyaga mutloq ko'rsatmalar vujudga keladi. Konservativ davolash operatsiyadan oldingi jadal tayyorgarlik doirasida o'tkaziladi, xolos.

Ichak parezi va funksional tutilib qolishini (falajlik) patogenetik davolash. Ichakning dinamik paralitik tutilib qolishi qorin bo'shlig'ining xarhil xirurgik patologiyasida, intoksikatsiyada, operatsiyadan keyin va shu kabilarda uchraydi.

2-3 kun davom qiladigan ichak parezi laparotomiya bilan birga o'tadi va operatsiyadan keyingi davr qulay kechganda o'zicha barham topadi. Parez va ichak funksional tutilishi og'ir formalari metabolik buzilishlar, ayniqsa kaliy ionlari tanqisligi, simpatikotoniya sababli; buyrak usti bezlari po'stlok moddasi gormonlari etishmasligi, ichak tutqich qon aylanishi buzilishi, organlar ichidagi tomirlar va ichak tutqich terminal venalari trombozi, peritonit va boshqalar sababli kelib chiqqan.

Ichak mexanik tutilishini xatto ilk davrda operatsiya qilish ichak xarakat aktivligi buzilishlarini darhol bartaraf etmay, balki avvaliga parez manzarasini kuchaytiradi.

Operatsiyadan keyin ichak choki germetikligi ko'p jixatdan operatsiyadan keyin parezning kechishi bilan belgilanadi. Ichakning operatsiyadan keyingi funksional tutilib qolishi ichak ichidagi bosimning oshishi bilan o'tib, choklarning etarlicha solinmaganidan darak beradi.

Konservativ davolash usullari orasida ichak motorikasini bevosita rag'batlantirish usullari, elektrstimulyatsiya, ichak motorikasini tormozlaydigan reflekslarni blokada qilish usullari farq qilinadi. Hazm traktini dekompressiya qilish usullari xirurgik usullarga kiradi. Motorikani yaxshilashning ho'qna, venaga natriy xlorid, kaliy xlorid eritmaları yuborish, pituitrin, prozerin qo'llanish kabi usullari eng ko'p tarqalgan.

Ichak funksional tutilishini davolashning patogenetik vositasi ichakka simpatik innervatsiya tormoz ta'sirining blokadasini bartaraf qilish hisoblanadi. Bunga ganglioblokatorlar, anesteziya qiladigan vositalar bilan gangliar blokada usullarini qo'llash, simpatolitik vositalar yuborish bilan erishiladi.

Peridural anesteziya ichak parezida uning motorikasiga rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Peridural bo'shliqqa har 4 soatda 10 ml 2,5% li trimekain eritmasi yuborish ichak harakat funksiyasini faollashtiradi. Peridural anesteziyani ichakning funksional tutilib qolishi barham topguncha, ya'ni 3-5 sutkagacha qo'llash yaxshi natija beradi.

Peridural anesteziya bilan elektr stimulyatsiyani birga olib borish, shuningdek simpatolitik vositalar qo'llash (zobarin, guanidin, omil) ichak peristaltikasini rag'batlantirishning ta'sirchan usullari hisoblanadi.

Davom ettirilgan peridural anesteziya xizmati yaxshi yo'lga qo'yilgan bo'limlarda elektr stimulyatsiya bilan birga ichakning, uni funksional tutilishini profilaktika qilish va davolash uchun qo'llash tavsiya qilinadi. Simpatolitik vositalarni esa oddiy va hammaga ma'lum bo'lganidan funksional ichak tutilishida hamma joyda qo'llanishi mumkin.

O'tkir ichak tutilishini xirurgik davolash.

Ichak tutilganda yoki unga shubxa qilinganda zarur tadbirlardan biri qorin bo'shlig'ining hamma organlariga kiriladigan yo'lni vujudga keltirish hisoblanadi. Buni avvalo miorelaksantlardan foydalanib o'tkaziladigan endotraxeal narkoz bilan ta'minlanadi.

Bemorning ichagi bitishmadan tutilib qolganda xirurg navbatdagi operatsiya qilinishida qiyin ahvolda qoladi. Shunga o'xshash har bir holda masala individual xal qilinadi, biroq har qanday yo'l orqali kirishda odatda o'zaro va parietal qorin pardasi bilan yopishgan ichak qovuzlogini katta masofada ozod qilishga to'g'ri kelishini unutmaslik kerak. Shuning uchun eski chandik bo'yicha uni kesib o'rta yo'l bo'ylab kirishdan foydalanish kerak. Bunda eng muximi qorin bo'shlig'iga kirish vaqtida ichak qovuzlog'ini jaroxatlab qo'ymaslik hisoblanadi.

Laparotomiya bajarilgandan keyin qorin bo'shlig'i taftish kilinadi. Strangulyatsion tutilishda xazm trakti birin-ketin taftish qilishning hojati yo'q. To'siqdan pastda ichak puchaygan holatda bo'ladi.

Kasallik manzarasi tutilib qolishning turi, paydo bo'lgan vaqti, ilgari boshdan kechirilgan operatsiyalar yoki peritonitdan keyin bitishma jarayonining yuzaga chiqqanligi darajasiga bog'liq holda birmuncha farq qiladi.

Agar diagnostik hato tufayli laparotomiya ichak funksional tutilishining boshlang'ich bosqichida o'tkazilgan bo'lsa, operatsiyaning faqat diagnostik qismi bilan chegaralanib qolish mumkin emas. Bunday operatsiyadan keyin bemorlarning ahvoli operatsiyadan keyingi parez xisobiga hamisha yomonlashadi. Parezga qarshi kurashish va funksional tutilib qolishni profilaktika qilish maksadida shu sharoitda nazariy asoslangan muolaja - ichak dekompressiyasi qilinadi. Ichak tutqichiga 100

ml gacha 0,25% li novokain eritmasini yuborish peristaltikaning tiklanishiga yordam beradi.

Ichakning o'tkir tutilishida operatsiya xajmi quyidagicha bo'ladi:

- ichak tutilishini bartaraf etish va tutilib qolishga bevosita olib kelgan sababni imkon boricha bartaraf etish;
- ichakni dimlangan suyuqlikdan xoli qilish va operatsiyadan keyingi davrda uning bemalol okib ketishini ta'minlash - nazoentral dekompressiya; qorin bushlig'ini sanatsiya va drenaj qilish.

Shunday qilib, eng muximi ichak bo'ylab passajni tiklash lozim. Biroq bu tutilib qolishni keltirib chiqargan sababni tugatish degan ma'noni bildirmaydi. Tabiiyki, tutilib qolishni tiklash uchun to'siqni bartaraf etish eng ma'qul variantdir. Biroq bu shartni bajarish bemor ahvolining og'ir-engilligiga to'liq bog'liq. Xar qanday operatsiyaning asosida radikallik yo'lida bemorga ziyon etkazmaslik yotishi kerak. Shuning uchun tegishli operatsiya xajmini tanlash uchun xirurg bemor ahvoliga ob'ektiv baho berishi lozim. Shubxasiz, ko'pgina sharoitlarda xirurg, odatda, ichak rezeksiyasini qilib tutilib qolish sababini bartaraf etishga majbur. Biroq operatsiyaning keyingi - tiklanish bosqichini bemor ahvolining og'ir-engilligi bilan taqqoslashi va birlamchi anastomoz qo'yishi yoki ileostomani bajarishi kerak xolos. Bemorning ahvoli nechog'lik og'ir bo'lsa, operatsiya radikalligi shunchalik kamroq bo'lishi kerak.

Ichakning buralib, tugun hosil qilib, qisilib yashab ketishga layoqatsiz qovuzloqlari odatda birlamchi rezeksiya qilinishi kerak. Ichakning yashashga layoqatsizligiga shubha bo'lganda, ayniqsa strangulyatsion egatlar, qon quyilgan qismlari bo'lganda shubhali qismlarini ham rezeksiya qilish kerak bo'ladi.

Ichakning yashashga layoqatliligini aniqlashning ko'pgina usullari taklif qilingan. Klinik amaliyotda ichakni issik izotonik natriy xlorid eritmasiga xullangan salfetka bilan 10-15 minutgacha isitishdan foydalaniladi, shuningdek ichak tutqichga 20-40 ml iliq novokain eritmasi yuboniladi. Agar ichakning yashashga layoqati saqlanib qolgan bo'lsa, hozirgina aytib o'tilgan muolajadan keyin ichakning seroz qoplami pushti rangga kiradi, turgor va aniq peristaltika paydo bo'ladi, ichak tutqich tomirlarining urib turishi aniqlanadi.



210-rasm. Ingichka ichakning buralib qolishi

Ichakning o'tkir tutilib qolishida ichak devoridagi, ayniqsa ko'zdan kechirib bo'lmaydigan shilliq pardasidagi degenerativ o'zgarishlar darajasi bir hil emas: to'siqdan yuqori joydagi qovuzloqlarda o'zgarishlar hamisha ko'prok. Shuning uchun ichak obstruksiya joyidan 40-50 sm yuqorida va uning pastidan 10-15 sm olib tashlanganda rezeksiya texnik jixatdan to'g'ri bajarilgan hisoblanadi. Ko'rsatib o'tilgan masofalarni ichakning yashashga layoqatli va layoqatsiz qismlari orasidagi chegaradan o'lchash kerak.

Ichakni sog'lom to'qimalar chegarasida rezeksiya qilish anastomozning bitib ketishiga kafil bo'ladi.

Tutilib qolishning strangulyatsion formalari orasida sigmasimon chambar ichakning buralishi eng ko'p - deyarli 50% bemorlarda uchraydi. Kasallikning eskiligi va morfologik o'zgarishlar, bemorlarning yoshi va ahvolining og'ir, yengilligi hisobga olinganda ba'zan optimal taktik echimni tanlash qiyin bo'ladi. Xirurg ko'p uchratib turadigan ayrim hollarni ko'rib chiqamiz.

Sigmasimon chambar ichak nekrozi yoki qora sigma. Taktika masalasi sog'lom to'qimalar doirasida rezeksiya qilish foydasiga hal qilinadi. Nekrozlangan qovuzloqni qorin bo'shlig'idan qorin pardasiga olib chiqib, bemor ahvoli imkon berishi bilan rezeksiya qilish yuqori letallikka sabab bo'lganligi sababli o'zini oqlamadi va hozir qo'llanilmaydi.

Nekrozlangan ichak rezeksiyasidan keyingi tiklanish bosqichi. Ichakning ikkala uchini oqmalar ko'rinishida qorin devoriga chiqarilgandan keyin eng yaxshi natijalar kuzatiladi. Ichakning distal uchini tikib

qo'yishdan va uning proksimal uchini anus ko'rinishida chiqarishdan iborat bo'lgan Gartmann operatsiyasi o'zini yaxshi oqlada. Ayrim klinikalardagi ijobiy tajribaga qaramay, sigmasimon chambar ichak nekrozida birlamchi anastomoz qo'yish yaxshi natija bermadi.

Sigmasimon chambar ichakning nekrozsiz buralishida, yuqorida ko'rsatib o'tilganidek rezeksiya va birlamchi anastomoz ahvoli og'ir bo'lmagan, intoksikatsiya belgilari yo'q yoki juda kam yosh bemorlarda qilinishi mumkin. Bu operatsiyaga yengillashtiruvchi sekostomiya majburiy qo'shimcha hisoblanadi.

Ichak buralishiga ko'p vaqt bo'lganligi, intoksikatsiya, boshqa organlarning birga keladigan patologiyasi, ko'ndalang va pastga tushadigan chambar ichaklarda ichak suyuqligining talaygina yig'ilib qolishi sigmasimon ichakni rezeksiya qilmasdan buralishi shunchaki to'g'rilab qo'ya qolish uchun asos bo'ladi.

Ichakning obturatsion tutilib qolishidagi taktika. Ichak obturatsiyasi turli-tuman sabablardan kelib chiqishi mumkin. Ulardan asosiylari: ichak buralishi yoki bitishmalar va chandiqli tortmalardan bosilishi, yo'g'on va ingichka ichakning xavfli va (kamroq) xavfsiz o'smalari, bo'shlig'ini axlat va o't toshlaridan obturatsiyasi, ichakning gijjalardan bekilib tutilib qolishi, ichakning chandiqli strikturasi hisoblanadi.

Gijja invaziyasidan tutilib qolish ko'pincha askaridalardan bo'ladi, bunda to'siq bo'lgan joy odatda yonbosh ichakda joylashadi. Laparotomiya vaqtida xirurg gijjalar to'plamini tugatishi va ularni qism va qism ichakning quyi kesigiga va ko'richakka surib qo'yishi kerak. Askaridalar eng ko'p to'plangan joyda ichak devorining yupkalashib qolganligi yoki unda organik o'zgarishlar bo'lishi ichakni qisman rezeksiya qilib, anastomoz qo'yishga ko'rsatma hisoblanadi. Odatdagi enterotomiya qilish va teshik orqali askandalarning minimal miqdorini chiqarish ham mumkin.

Tutilib qolish ingichka ichakning terminal bo'limida joylashgan gijja invaziyasidan farqli ravishda o't toshi tiqilib qolishi och ichakda va hatto uning boshlang'ich bo'limida eng ko'p uchraydi. To'siq yuqorida joylashganda kasallik tez va og'ir kechadi. Tutilib qolishning bu turida enterotomiya qilinadi va o't toshi olib tashlanadi, bunda tikishni osonlashtirish va shaklini kamroq buzish uchun ichakni ko'ndalangiga kesgan ma'qulroq.

O'sma yo'g'on ichak obturatsiyasiga eng ko'p sabab bo'ladi. 75% hollarda tutilib qolish o'sma chambar ichakning chap yarmida joylashganda va ularning 50% rektosigmoid burchakda rivojlanadi. Bu pastga tushadigan chambar ichak diametrining birmuncha kichikligi va unda shakllanib bo'lgan, zich axlat massalari borligi bilan izoxlanib, bu tutilib qolish vujudga kelishiga yordam beradi. Operatsiya xarakteri to'g'risidagi masalani echishga bemor ahvoliga kompleks baho berish, o'sma bor joydagi va ichakning olib keladigan kesigidagi lokal o'zgarishlar yordam beradi. Xirurg malakasini, anesteziologik ta'minot va shunga o'xshashlarni ham e'tibordan chiqazib bo'lmaydi.

Radikal operatsiyani ko'tara olmaydagan og'ir bemorlarda ichaklarda turib qolgan suyuqlikni chiqarish va intoksikatsiyani yo'qotish uchun avvalgi o'smadan yuqorida axlat oqmasi (axlat yo'li) qo'yish kerak. Metastazlar bo'lganda yoki o'sma qo'shni organlarga o'sib kirganda operatsiyaning bu bosqichi yagona hisoblanadi.

Bemorning ahvoli yengilroq bo'lganda o'smasi bo'lgan ichak birlamchi rezeksiya qilinishi, keyin axlat oqmasi chiqarilishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda intensiv davolashning tobora ortib borayotgan imkoniyatlari obturatsion tutilib qolishda birlamchi rezeksiyani bajarishga ko'rsatmalarni birmuncha kengaytirishga imkon berdi. Biroq yuqorida aytib o'tilganidek asosiy operatsiyani ko'richakka yengillashtiruvchi oqma qo'yish bilan to'ldirish, shuningdek qo'yilgan anastomozdan yuqorida orqa chiqaruv yo'li orqali ichak zondi kiritish yo'li bilan olib keladigan bo'limning to'liq dekompressiyasini ta'minlash zarur. Ko'pgina mualliflar anastomoz parietal qorin pardasi bilan bekitilganda uning yaxshi bitishini qayd qiladilar.

Stenozga olib keladigan o'sma ko'richak yoki yuqoriga ko'tariladigan chambar ichakda joylashgan bo'lsa, aksariyat birlamchi rezeksiyadan foydalanishga to'g'ri keladi. Biroq chambar ichak o'ng yarmi o'smalari uchun xarakterli metastazlanish munosabati bilan ko'pincha yonbosh va yuqoriga ko'tariladigan yoki ko'ndalang chambar ichaklar orasiga aylanma anastomozlar qo'yiladi.

Ichakni nodullash

Ichaklarni *nodullash* (ichakning *nodulusi*) tutqich tomirlarida kuchli qon aylanishining buzilishi va ingichka va katta ichakning muhim

qismlarining nekrozi bilan *kechadi*. Nodulyatsiyada kamida ikkita ichak qovuzloqi qatnashadi. Ulardan biri, ikki qanotli otishma shaklida katlanmini o'z tutqichi bilan birgalikda ichakning ikkinchi qovuzlog'i va tutqichi bilan birgalikda bir yoki bir nechta tugunlar bilan o'ralgan, birinchi qismni siqib chiqaradi va bo'g'ilib qoladi. Tugunning shakllanishi natijasida ichak tutqichi kamida ikki darajada bloklanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Ingichka ichak va yo'g'on ichakning harakatlantiruvchi qismlari o'z tutqichlari bilan odatda nodulatsiya bilan shug'ullanadi. Ichak ichidagi tugunlarning eng keng tarqalgan turlari bu ingichka ichak va sigmasimon ichak yoki ingichka ichak va ular orasidagi tugunlar bo'lib, ularda o'z tutqichlari bo'ladi. Ingichka ichakning qovuzloqlari (nayza va yonoq) o'rtasida nodulyatsiya kam uchraydi.

Kasallikning dastlabki bosqichlarida buzilgan va buzilgan ichak tutqichi tomirlarida qon ta'minoti har xil darajada buziladi (odatda buzilgan qovuzloqdagi qon ta'minoti qo'proq azoblanadi). Keyin nekroz rivojlanadigan ikkala qismda qon ta'minoti tezda uziladi.

Nodulyatsiyani ingichka ichak strangulyatsiyasining klinik va rentgenologik belgilari yo'g'on ichak tutilishining belgilari bilan birlashtirilgan holatlarda (rasm 211) qabul qilish kerak (rektal tekshirish paytida balon shaklidagi rektal ampulani, chap ichakdagi gorizontaal suyuqlik va ingichka ichakdagi suyuqlik darajasi).



211 - rasm. Nodulyatsiya (murakkab buralish).

Davolash. Nodulyatsiya bilan davolash faqat jarrohlik usulda amalga oshiriladi. Kasallikning dastlabki bosqichida tugun echiladi. Ko'pincha keyingi bosqichlarda kuzatiladigan tugunni to'g'rilashning iloji bo'lmasa, yo'g'on ichak va ingichka ichakni rezeksiyalashga murojaat qilish kerak.

Oqibati. Ushbu kasallikning prognozi ko'pincha yomon bo'ladi. O'lim darajasi 25% ni tashkil qiladi.

Ichakning invaginatsiyasi. Ichaklarni (*invaginacio ichakini*) ichga tortish invaginatsiyasining shakllanishi bilan birga keladi, bunda bosh va tanasi ichakning ichki (kiruvchi) va tashqi (qoldiruvchi) silindrlaridan iborat (rasm 212). Tashqi ichak invaginant vagina deb ataladi va tashqi silindrning o'rtasiga o'tish joyi invaginatsiyaning yoqasi deb ataladi. Bir ichakning boshqasiga kiritilishi turli xil chuqurliklarda sodir bo'ladi. Ichak bo'shlig'ini shilimshilik bilan berkitib qo'yish obstruktiv obstruksiya olib keladi. Ichak bilan bir qatorda uning tutqichi ham kiritiladi, bu esa qon tomirlarining siqilishiga va qon tomir tizimining buzilishiga olib keladi (strangulyatsiya).



212-rasm. Ingichka ichakning yo'g'on ichakka invaginatsiyasi

Ichakning invaginatsiyasi asosan 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi (bemorlarning umumiy sonining 75% gacha). Kattalardagi ichakning o'tkir invaginatsiyasi kam uchraydi va ichak tutilishi bilan og'riq bemorlarning 2-3 foizini tashkil qiladi. Eng ko'p uchraydigan narsa - yonbosh ichakning ko'richakka kirib borishi (ileotsekal invaginatsiya) yoki yonbosh ichak va ko'richak o'sayotgan yo'g'on ichakka kiradi. Ingichka ichakning ingichka yoki katta qismga tarqalishi kam uchraydi.

Intrusepsiya rivojlanishida asosiy ahamiyatga kiruvchi ichak devoridagi bu yoki boshqa patologik o'zgarish (oyoqdagi o'simta,

gematoma, yallig'lanish infiltrati va boshqalar), bu peristaltik kesishmalar natijasida ichak yo'nalishi bo'ylab distal yo'nalishda harakatlanib, ichak devori bo'ylab harakatlanadi. Ichak devorining turg'un spazmiga ma'lum bir rol yuklanadi, buning natijasida ichakning spazmolitik qismi peristaltik kesishmalar orqali boshqa parez holatida bo'ladi. Chaqaloqlarda chayqalish sababi ichak asab tizimining (Meysner va Auerbax chigallari) nomukammalligi hisoblanadi.

Klinik ko'rinish va diagnostika

Bolalarda kasallikning o'tkir shakllari qo'proq uchraydi, kattalarda esa surunkali shakllar ustunlik qiladi. O'tkir shaklda kasallik to'satdan, ba'zida enteritning fonida yoki laksatifni qabul qilganidan keyin boshlanadi. Etakchi simptom bu o'tkir, siqiluvchi og'riqlar bo'lib, ular ichak peristaltikasining qisqarishi bilan bir vaqtning o'zida chidab bo'lmas og'riqlarga qadar kuchayib, so'ngra asta-sekin pasayadi. Vaqt o'tishi bilan kesishmalar orasidagi intervallar qisqaradi, og'riq doimiy bo'lib qoladi.

Ichak buklanishi yoki uning boshqa deformatsiyasi natijasida paydo bo'lgan bitishmadan tutilib qolishda ichak o'tkazuvchanligini tiklash uchun ko'pincha bitishma yoki tortmani kesishning o'zi kifoya qiladi. Katta ko'lamdagi bitishma jarayoni tutilib qolgan joyni hamavaqt to'g'ri aniqlashga imkon beravermaydi, shuning uchun bunday sharoitda passajdan ichak qovuzloqlari yig'indisini uzib qo'yadigan aylanma anastomoz qo'yish juda maqsadga muvofiq.

Adabiyotda ichakning o'tkir tutilib qolishini bartaraf qilish va Nobl operatsiyasini bir vaqtda bajarish to'g'risida axborotlar bor. Bunday taktikani, aftidan, bemorlarning bir qismi uchun to'g'riligini tan olish va bu operatsiyani katta tajribaga ega xirurglar bajarishi lozimligini ta'kidlab o'tish zarur.

Ichakni turib qolgan suyuqlikdan xoli qilish va operatsiyadan keyingi davrda uning bemalol oqib ketishiga sharoit yaratishga ingichka ichakning hammasini, zarur bo'lganda yo'g'on ichakni ham intubatsiya qilish yo'li bilan erishiladi. Ichakni dekompressiya qilish va uning parezini doridarmonlar bilan davolash bilan birga ichak tutqichni 0,25% li novokain eritmasi bilan blokada qilish tavsiya etiladi, bu ham peristaltika tiklanishiga imkon beradi. Ichakda morfologik o'zgarishlar bo'lmaganda yoki kam yuzaga chiqqanda erta bajariladigan operatsiyalar hajmi (bitishmani qirqish,

ichak bo'shlig'ini ochmasdan stomani chiqarish), qorin bo'shlig'ini drenaj qilishga ehtiyoj qolmaydi.

Dinamik ichak tutilishi

Paralitik ichak tutilishi. Dinamik paralitik ichak tutilishining rivojlanishining asosiy etiologik sabablari: qorin bo'shlig'i organlarining ayrim o'tkir yallig'lanish kasalliklari, peritonit bilan asoratlangan (o'tkir xolesistit, o'tkir pankreatit, teshilgan gastroduodenal yaralar va boshqalar), qorinning qattiq yopiq shikastlanishlari, retroperitoneal gematomalar. Odatda kamroq metabolik kasalliklar uning rivojlanishiga sabab bo'ladi: diabetik, uremik koma, og'ir gipokaliemiya, har xil ekzogen intoksikatsiya. Paralitik tutilishning alohida, og'ir guruhi tutqich tomirlarida o'tkir qon aylanishining buzilishi natijasida paydo bo'ladi - yuqori tutqich arteriyasining trombozi va emboliyasi (qarang: "Periferik arteriyalarning kasalliklari").

Ichakning paralitik tutilishi ichak peristaltikasini sezilarli darajada ingibitsiya qilishi yoki hatto to'liq to'xtashi, ichak devorining mushaklari ohangining pasayishi bilan izohlanadi. Pulsatsiyalanuvchi peristaltik to'lqinning yo'qligi ichakdagi tarkibni turg'unlikka olib keladi.

Klinik ko'rinish va diagnostika

Asosiy alomatlar: og'riq, qusish, najasni doimiy ushlab turish, qichishish. Og'riqlar muntazam aniq lokalizatsiya va nurlanish yo'q. Ular odatda doimiydir, siqish komponenti odatda yo'q. Mexanik ichak tutilishi bilan solishtirganda, dinamik ichak tutilishi bilan qayt qilish kamdan-kam hollarda uchraydi, ammo peritonit rivojlanishi bilan takrorlanishi mumkin.

Qorinni tekshirganda uning bir tekis shishishi qayd etiladi. Palpatsiya qorin old devorining qarshiligini aniqlaydi. Auskultatsiyada peristaltika kamayadi yoki yo'q.

Agar paralitik ichak tutilishi peritonitning rivojlanishi bilan birlashtirilmasa, kasallikning dastlabki soatlarida bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lib qoladi. Keyinchalik, patogenetik terapiya bo'lmasa, bemorning ahvoli yomonlashadi, endogen intoksikatsiya alomatlari, gipovolemiya, suv-elektrolitlar muvozanatining jiddiy buzilishi, kislota-asos holati kuchayadi, natijada hayotiy organlarning funksional etishmovchiligi yuzaga keladi.

Qorin bo'shlig'idagi fluoroskopiya tekshirganda ichakning paralitik tutilishi ichakning barcha bo'limlarini bir tekis shishishi, shishgan ichaklarda gazsimon tarkibning suyuqlik ustidan ustunligi, ingichka va katta ichaklarda gorizontaal suyuqlik darajasi bir vaqtning o'zida bo'lishi bilan tavsiflanadi.

Davolash

Avvalo, paralitik ichak tutilishining rivojlanishiga olib kelgan patologik jarayonni yo'q qilish kerak. Ichakning motor funksiyasini tiklash va uning pareziyasini yo'q qilish uchun xlorpromazin ishlatiladi, bu simpatik asab tizimining qo'zg'aluvchanligiga ingibitiv ta'simi kamaytiradi, antixolinesteraza preparatlari (neostigmine metil sulfat), ular parasempatik asab tizimining ichakning kontraktil funksiyasiga ta'sirini kuchaytiradi. So'nggi yillarda prokinetikani ichakning motor faolligini rag'batlantirish uchun muvaffaqiyatli qo'llash to'g'risida xabarlar mavjud.

Ushbu dorilarni qo'llashda ma'lum bir ketma-ketlik kerak. Birinchidan, xlorpromazin yoki shunga o'xshash dorilar buyuriladi, 45-50 daqiqadan so'ng neostigmine metil sulfat, so'ngra tozalash ho'qnasi buyuriladi. Ichak stimulyatsiyasi ham samarali hisoblanadi.

Bemorlar endoskop yordamida oshqozon bo'shlig'iga o'rnatilgan nazogastral zond yordamida aspiratsiya orqali oshqozon va ichaklarni doimiy ravishda dekompressiyalayadilar.

Gomeostazning buzilishi turli xil etiologik omillar (o'tkir ichak tutilishi, peritonit, buzuvchi pankreatit va boshqalar) bo'lgan og'ir metabolik kasalliklar bilan og'riqan bemorlarni davolashning umumiy qoidalariga muvofiq tuzatiladi.

Paralitik parezni jarrohlik davolash faqat peritonit, tromboz yoki tutqich tomir emboliyasi fonida yuzaga kelgan hollarda ko'rsatiladi.

Spastik dinamik ichak tutilishi

Spastik dinamik ichak tutilishi qo'rg'oshin bilan zaharlanish, askariyoz, porfiriya va asab tizimining ba'zi kasalliklari bilan kechadi.

Klinikasi va diagnostikasi

Etakchi alomat ma'lum bir lokalizatsiyasiz qorin bo'shlig'idagi kuchli siqish og'riqlaridir. Og'riqlar paytida bemor to'shakka yuguradi, qichqiradi.

Dispeptik kasalliklar xaraktersizdir. Axlat va gaz chiqarish kechikishi barcha bemorlarda kuzatilmaydi, ular kamdan-kam hollarda davom etadi.

Bemorning umumiy holati biroz bezovtalanadi. Qorin bo'shlig'ida ko'pincha odatiy konfiguratsiya mavjud, ammo agar qorin devoni orqaga tortilsa, u skafoid shaklini oladi.

Qorinning rengenoskopiyasi bilan ichakning spastik-atonik holati aniqlanadi. Ba'zida ingichka ichak bo'ylab ingichka Kloiber idishlari joylashgan bo'lib, ular ingichka ichak tutqichi bo'ylab joylashgan. Ovqat hazm qilish tizimini kontrastli o'rganish ingichka ichakda bariy suspenziyasining sekin o'tishini, aniq shishgan joylarni aniqlaydi.

Spastik ichak tutilishi nisbatan kam uchraydigan dinamik obstruksiya hisoblanadi. Ichak tarkibidagi o'sishni qiyinlashtirishi yoki to'liq to'xtatilishi ichak devorining mushak qavatining doimiy spazmining paydo bo'lishi bilan bog'liq. Spazmning davomiyligi har xil bo'lishi mumkin - bir necha daqiqadan bir necha soatgacha.

Davolash. Odatda faqat konservativ davo qo'llaniladi. Bemorlarga antispazmodiklar, fizioterapevtik muolajalar buyuriladi, oshqozonga harorat beriladi; asosiy kasallik davolanadi.

O'TKIR PERITONIT

Qorin pardasining anatomik-fiziologik xususiyatlari.

Qorin pardasi qorin devorining ichki yuzasini va qorin bo'shlig'ida joylashgan a'zolari qoplab turadigan yupqa seroz pardadan iborat. Qorin pardoning qorin devorini ichki yuzasini qoplab turgan qismini parietal qorin parda (qalinligi 90-130 mkm) va ichki a'zolarning kattagina qismini qoplab turgan qismini visseral qorin pardasi (qalinligi 45-75 mkm) tashkil etadi.

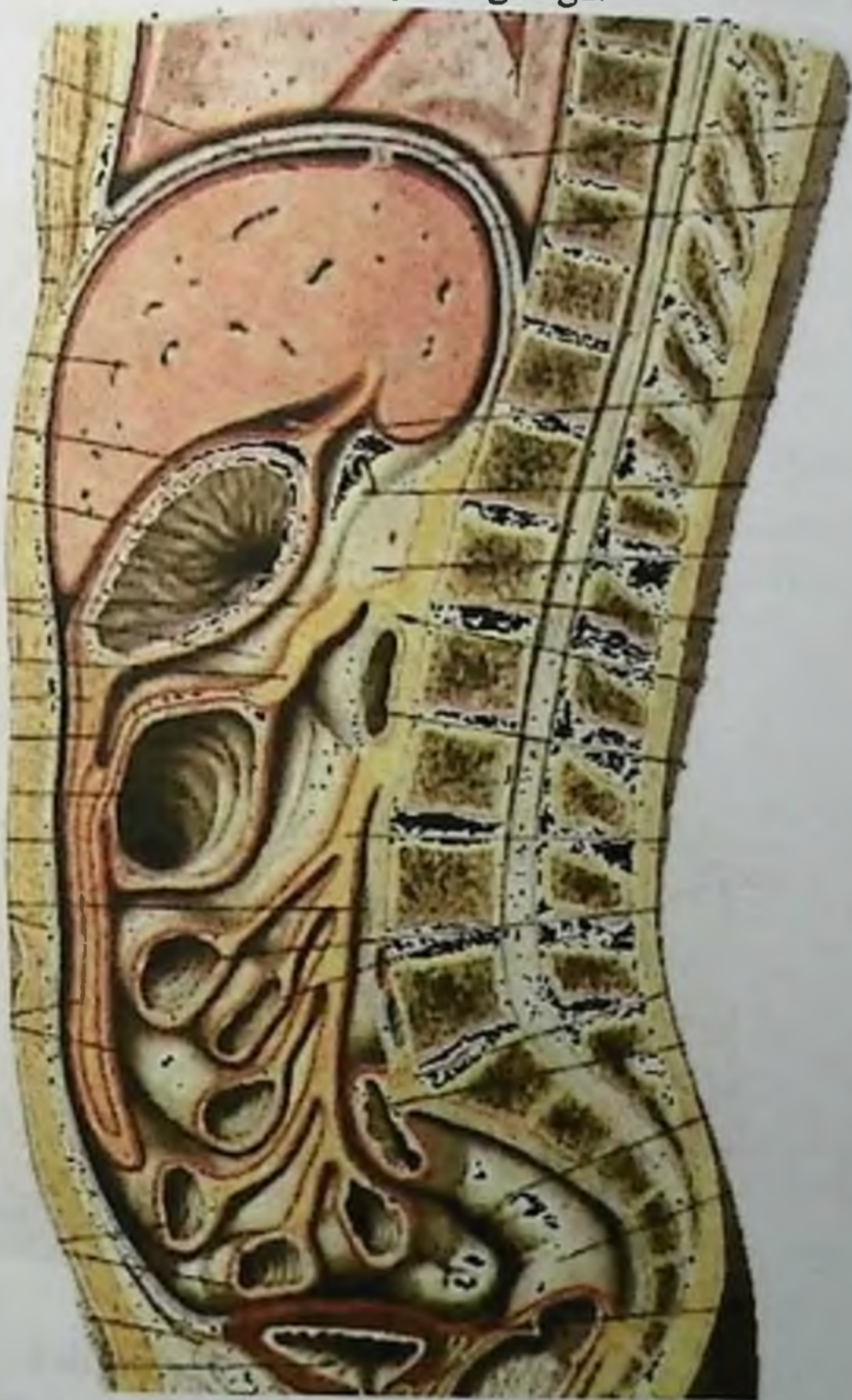
Qorin pardasi yuzasining umumiy sathi $\approx 2 \text{ m}^2$ atrofida bo'lib, erkaklarda qorin bo'shliq yopiq bo'ladi, ayollarda esa tashqi muhit bilan, bachadon va uning naylari orqali aloqada bo'ladi. Odatda, qorin bo'shlig'ida normal sharoitda ichki a'zolar yuzasini namlab turadigan, me'da va ichaklar peristaltikasini osonlashtiradigan oz miqdorda ($\approx 20 \text{ ml}$ gacha) tiniq seroz suyuqlik bo'ladi.

Qorin pardasi bir qavat mezoteliy va biriktiruvchi to'qima qavatlaridan iborat bo'lib, qon tomirlar, limfatik tomirlar, hamda nerv tolalari bilan yaxshi ta'minlangan.

Qorin pardasining bunday boy vaskulyarizatsiyasi, uning bo'shlig'ida bo'lgan suyuqlikni so'rish xususiyatiga va yallig'lanish jarayonida ishtirok etganida – ekssudatsiya qobiliyatlariga ega qiladi. Bu xususiyat qorin pardasining diafragmal yuzasidagi sathida suyuqlikni so'rish qo'proq darajada, kichik chanoq sohasida esa kamroq darajada rivojlangan.

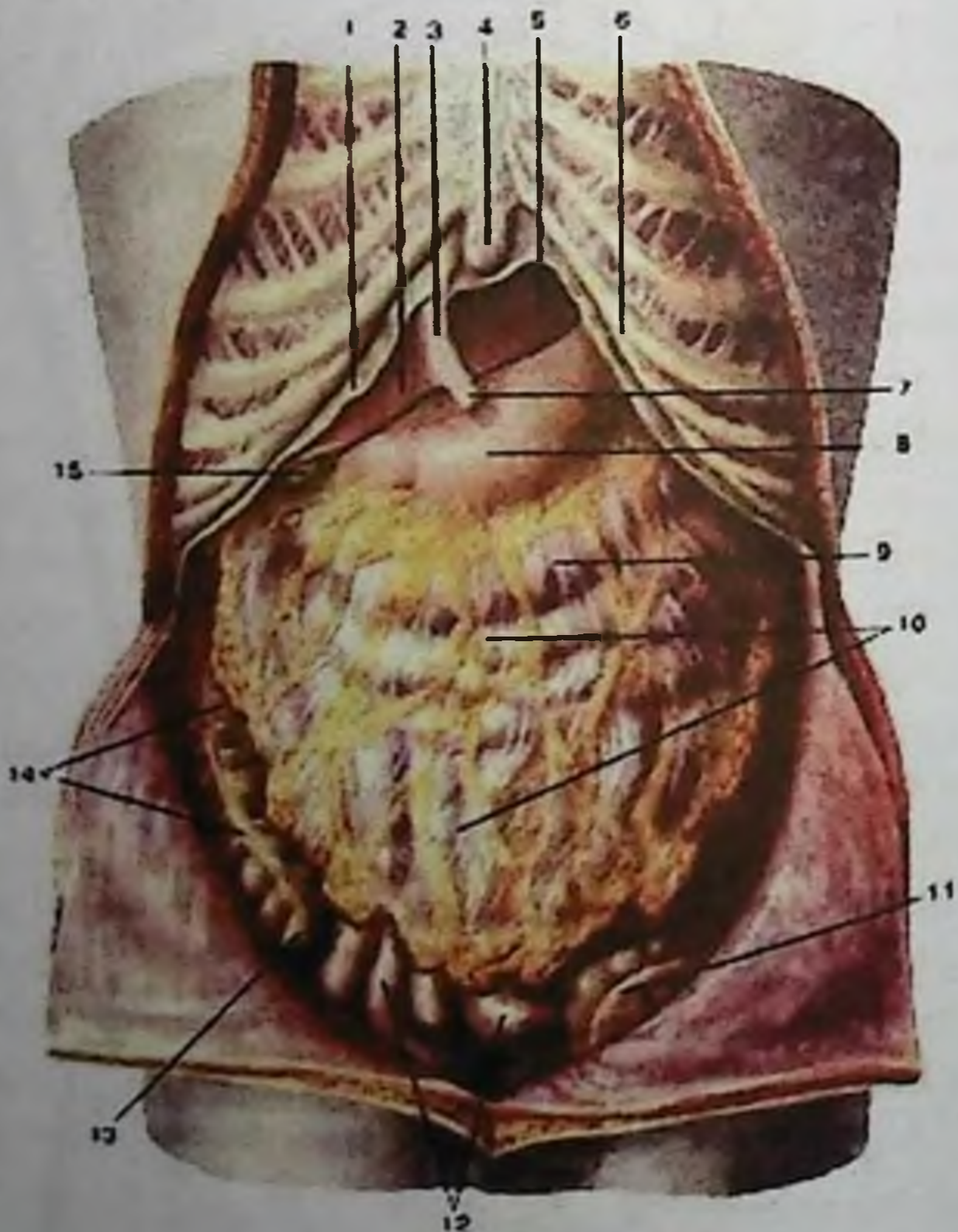
Qorin pardasining diafragmal yuzasining bu xususiyati, uning proksimal qismlari va plevra varag'ining bazal qismlarini bog'lab turadigan limfatik tomirlar bilan birgalikda, yallig'lanish jarayonining qorin bo'shlig'ining yuqori qavatidan plevra bo'shlig'iga o'tishiga imkon tug'diradi. Parietal qorin parda sezuvchan somatik nervlar (qovurg'alararo nerv tarmoqlari) bilan innervatsiyalanadi. Shu tufayli parietal qorin parda har qanday ta'sirga (mexanik, kimyoviy va b.) sezuvchan bo'ladi, og'riqlar esa mahalliy (lokal), chegaralangan (somatik og'riqlar) bo'ladi. Visseral qorin parda vegetativ (parasimpatik va simpatik) innervatsiyaga ega bo'lib, somatik innervatsiyaga ega emas. Shunga ko'ra visseral qorin parda ta'sirlanganda paydo bo'ladigan og'riqlar xurujsimon xarakteriga ega, ya'ni lokal emas (visseral og'riqlar). Kichik chanoq qorin pardasi somatik

innervatsiyaga ega emas. Bu hol, kichik chanoq bo'shlig'idagi qorin pardasining yallig'lanish jarayonlarida, oldingi qorin devori mushaklarining himoya tarangligi (visseromotor refleksi) bo'lmasligiga olib keladi. Qorin pardasi yaqqol namoyon bo'ladigan plastik xususiyatlarga ega bo'lib, mexanik yoki kimyoviy jarohat olgan holda birinchi soatlardan boshlab, uning yuzasiga fibrin cho'kadi, bu bir-biriga tegmay turadigan yuzalarining yopishishiga va yallig'lanish jarayonining chegaralanishiga olib keladi (himoya vazifasi). Bundan tashqari, qorin pardasining o'zi va u ishlab beradigan suyuqlik antimikrob xususiyatlarga ega.

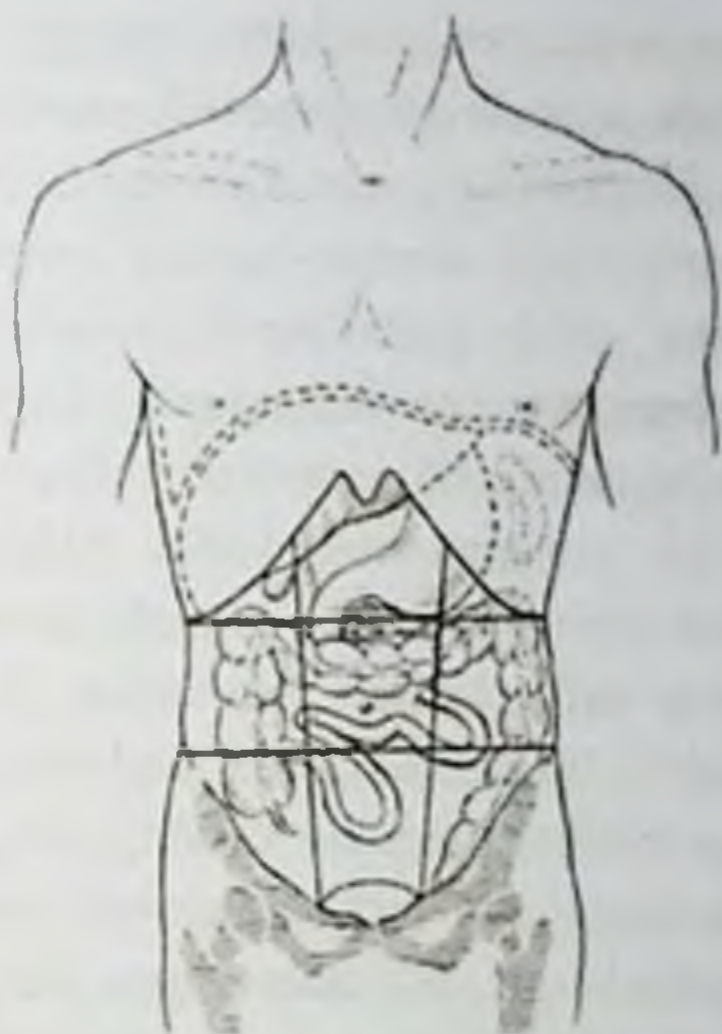


213 - rasm. Tananing bo'ylamasiga kesmasining ko'rinishi.

O'tkir peritonit – visseral va parietal qorin pardalarining yallig'lanishi bo'lib, u inson organizmi kasallanishining og'ir umumiy va mahalliy belgilari bilan o'tadi, hamda qisqa vaqt ichida hayotiy muhim a'zolar va sistemalar faoliyatining birmuncha jiddiy, ortga qaytmas buzilishlariga olib keladi. Bu holat, qorin bo'shlig'i a'zolarining turli o'tkir kasalliklari va jarohatlarining eng og'ir asoratlaridan biri hisoblanadi. Qorin pardasi jarohatlanishlari odatda ikki turda: ochiq va yopiq bo'ladi. Ochiq jarohatlanishlar (kesib kiruvchi, teshib o'tuvchi jarohatlar), odatda ichki a'zolarning jarohati yoki yaralanishi bilan birga uchraydi, hamda bu holat shoshilinch xirurgik operatsiyani (laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolari reviziyasi) o'tkazish zaruratini taqazo etadi.



214 - rasm. Qorin bo'shlig'ining anatomik sohalari.



215 - rasm. Qorin bo'shlig'idagi sohalar.

Ochiq jarohatlarning klinik kechishi va belgilari, ichki a'zoga etkazilgan jarohat turi va hajmiga bog'liq bo'ladi. Qorinning yopiq jarohatlarida, ko'pincha qorin pardasining jarohatlanishlari ichki a'zolarning shikastlanishi bilan birga uchraydi. Jarohatlanish turi va hajmiga ko'ra ichga qon ketish, posttravmatik yoki postgemorragik shok, peritonit kabi belgilar majmuasi birinchi o'rinni egallaydi. Qorin bo'shlig'iga bakteriyalarning tushishi bilan bog'liq bo'lgan bacterial (mikrobl) peritonitlardan tashqari, qorin bo'shlig'iga, qorin pardasiga agresiv ta'sir ko'rsatadigan turli xil infeksiyanmagan agentlar: qon, siydik, o't suyuqligi, pankreatik shira – tushishidan kelib chiqadigan aseptik (abakterial) peritonitlar farq qilinadi. Bugungi kunda, jarrohlik texnikasining takomillashuvi, intensiv va antibakterial muolaja yutuqlari, anesteziya usullarining xilma-xil turlaridan foydalanish imkoniyatlari, hayotiy muhim a'zolar faoliyatini tiklashning turli-tuman yo'llari borligiga qaramay, o'tkir peritonit kasalligini davolash muammosi butun jahon jarohlarining diqqat markazida turibdi. Yopiq, anatomik murakkab qorin bo'shlig'ida yallig'lanish jarayonining tabora avj olishi, intoksikatsiyaning tez fursatda rivojlanishi, ichaklar atoniyasi va bular bilan bog'liq holdagi gemodinamik va nafas olish jarayonining buzilishlari, keskin darajada izdan

biroq so'ngi paytlarda oddiy protey va boshqa shartli patogen bakteriyalar ahamiyati qo'proq bo'lmoqda, anaeroblar roli sezilarli oshdi. Pnevmonokokklar va Kox tayoqchalari kamroq uchraydi.

Peritonitning klinik kechishida o'tkir yiringli peritonit rivojlanishining uch bosqichi tafovut qilinadi.

1. Peritonitning reaktiv bosqichi (yallig'lanishda dastlabki 24 soat, perforativ peritonitda 12 soat) – qo'proq mahalliy belgilar yuzaga chiqqan bosqich: keskin og'riq sindromi, mushaklarning taranglashishi, qayt qilish, majburiy holat va b. Umumiy belgilar: pulsning 120 martagacha tez urishi, arterial qon bosimining (AQB) oshishi, nafas olishning tezlashuvi va boshqa belgilari, intoksikatsiyaga nisbatan qo'proq og'riq shoki uchun xos.

2. Peritonitning toksik bosqichi (yallig'lanishda 24-72 soat, perforativ peritonitda 24 soat) – mahalliy belgilarning so'nishi va intoksikatsiyaga xos umumiy reaksiyaning yaqqol ustunlik qilishi bilan namoyon bo'ladi: yuz qiyofasi o'tkirlashgan, rangpar, bemorda kamharakatlik, eyforiya, puls 120 dan oshgan, AQB pasaygan, kech qayt qilish, haroratning gektik xarakteri, qon formulasida yiringli-toksik surilish. Toksik bosqich uchun mahalliy belgilardan og'riq sindromining pasayishi, qorin mushaklarining taranglashuvi yoki qorinning shishishi, metiorizmning ortib borishi xos.

3. Terminal bosqich (yallig'lanishda 72 soat, perforativ peritonitda 24 soatdan ortiq) – qaytishi gumon chegaradagi chuqur intoksikatsiya bosqichi: Gippokrat yuzi, adinamiya, ruhiy holat tonusi va harakatlarning pasayishi, aksariyat intoksikatsiyadan deliriy, nafas olish va yurak-qon tomir faoliyatining talaygina buzilishlari, qo'lansa hidli ko'p qayt qilish, qon formulasidagi keskin yiringli-toksik siljish, haroratning tushib ketishi, ba'zan bakteremiya. Mahalliy belgilardan peristaltikaning butunlay yo'qolishi, qorin dam bo'lishi va shishishi, butun qorin bo'ylab tarqalgan og'riq kuzatiladi.

Klinik kechishi

O'tkir qorin sindromdai, quyidagi klinik belgilar kuzatiladi:

qorin qattiq og'riq.

Tana haroratini ko'tarilishi.

Taxikardiya.

Qayt qilish.

Gipovolimiya.

Shok.

Qorin bo'shlig'ining peritonit belgilari bosqichlarida:

Reaktiv bosqich. Dastlabki bosqich mahalliy simptomlarning ustunligi va umumiy boshlang'ich belgilarni rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Uning davomiyligi bir necha soatdan bir necha kungacha. Yiringli peritonitda uning davomiyligi 24 soat bilan cheklanadi. Ushbu bosqichda bemor majburiy holatda, odatda, oyoqlari bilan orqa tarafida yotib, oyoqlarini qorin tomonga olib keladi. Isitma va yurak urishi kabi umumiy simptomlar paydo bo'ladi. Harorat bakteriyalar hayotiy faoliyati va ularning qonga kirishi bilan bog'liq. Haroratning ko'tarilish darajasi mikroorganizmlarning patogenezligiga to'g'ridan to'g'ri proporsionaldir. Shunday qilib, streptokokkali va stafilokokk peritonit bilan harorat 39-40 gradusgacha ko'tariladi. Bemorning quruqlasha boshlaydi. Bemor yuzaki nafas oladi. Bundan tashqari, ushbu bosqichda peritonitni belgilari, masalan, Shyotkin-Blumberg simptomi aniqlanadi.

Toksik bosqich. Ushbu bosqich 24 dan 72 soatgacha davom etadi. Umumiy intoksikatsiya, suv va elektrolitlar almashinuvi va metabolik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan umumiy simptomlar ustunlik qiladi. Organizmga qon va limfalar orqali toksinlari tarqaladi. Avvalo, ular jigar va o'pkaga yetib boradi, bu esa jigar etishmovchiligiga va o'pkaning shikastlanishiga olib keladi. Nafas tez-tez, yuzaki bo'ladi. Kasal ko'p marotoba qayt qilishi davom etadi. Ushbu bosqichdagi asosiy qiyinchiliklar suvsizlanish va suv va elektrolitlar buzilishi bilan bog'liq. Tomirlar butungini buzishi va qon tomir devorining o'tkazuvchanligi o'zgarishi (barcha toksinlar ta'siridan kelib chiqqan) tufayli suyuqlik qorin bo'shlig'iga tushadi. Gipovolemiya holati rivojlanadi, bu tanadagi suyuqlik darajasining pasayishi bilan tavsiflanadi. Til quruq bo'lib, jigarrang qarash bilan qoplanadi.

Qon bosimi pasayadi va yurak urish tezligi kompensatsiya bo'lib, daqiqada 140 taga ortadi. Shu bilan birga, gipovolemiya tufayli, yurak tonlari bo'g'iq va zaif bo'ladi. Ko'p marotoba qayt qilish nafaqat suvni, balki tanadagi tuzlarini yo'qotishi gipokalemiya va hiponatremiya olib keladi. Oliguriya rivojlanganda bemorning ahvolini yanada og'irlashtiradi. Bunday holda siydikning kunlik hajmi 800 - 1500 dan 500 ml gacha kamayadi. Ma'lumki, metabolik moddalar organizmdan siydik bilan

chiqariladi. Oliguriya bo'lsa toksinlar tashqariga chiqmay tanada qoladi. Shu bilan birga, peritonitning mahalliy belgilari yo'q bo'lib ketadi. Mushaklar tarangligi yo'qoladi. Ushbu bosqichda ichak pareziyasi rivojlanadi, bu uning harakatining yo'qligi bilan tavsiflanadi. Og'riq butunlay yo'qoladi yoki yo'q bo'lib ketadi, bu esa qorin bo'shlig'idagi ekssudat to'planishi bilan bog'liq.

Terminal bosqichi kasallikning boshlangandan 72 soatdan keyin rivojlanadi. Bu dehidratatsion belgilar rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Bu bosqichdagi bemorning yuzi Gippokrat yuziga mos keladi (Hippokratica fasiesi). Bunday yuzda yuzi ozg'in odamning yuzidek burni oldinga bo'tib o'tkirlashadi, ko'zlar va yuzlar cho'kib ketadi, terining rangi rangpar tusga ega bo'ladi. Teri juda quruq holga keladi va burmalar ko'payib osilib qoladi. Hushi xiralashib, bemor tez-tez harakatsiz bo'lib qoladi. Qorin juda shishgan, palpatsiyada og'riqsizdir. Bugungi kunda, terminal bosqichi, albatta, juda kam. Peritonitning mahalliy va umumiy belgilari tarqalish darajasiga va kasallikning sababiga bog'liq.

Diagnostikasi. Qorin bo'shlig'i peritonitining diagnostikasi bemorlarning shikoyatlarini batafsil tahlil qilish va baholashni o'z ichiga oladi. Ular oshqozon-ichak organlarining surunkali patologiyasini, kasallikning qanday boshlanganligini, uning og'irligini, og'riq va intoksikatsiya sindromlarining rivojlangangi, kasallikning davomiyligiga (24 soatgacha, ikki kun yoki 72 soat yoki undan ko'p) bog'liq.

Umumiy qon tahlili (1200 va undan yuqoriroq leykotsitlarning o'sishi, yoki 4000 va undan past bo'lgan leykotsitlarning pasayishi, formulani chapga o'tkazish, EChTni tezlashtiruvchi).

Qon biokimyoviy tahlili (albumin, jigar fermenti, shakar, pankreatik fermentlar va boshqalar),

Umumiy siydik tahlili,

kislota-ishqor muvozanatini tekshirish.

Klinik tekshiruvda, yurak urishi (120 ga yaqin), qon bosimi (pasayish), nafas olish darajasi va qorinni baholash. Qorin devori palpatsiya qilinadi, qorin bo'shlig'i auskultatsiyasi, peritoneal belgilari aniqlanadi.

Instrumental tekshirish usullari:



216 - rasm. Qorin bo'shlig'ini ultratovush tekshiruvi.



217-rasm. To'g'ri ichak orqali Duglas bo'shlig'ini paypaslash.

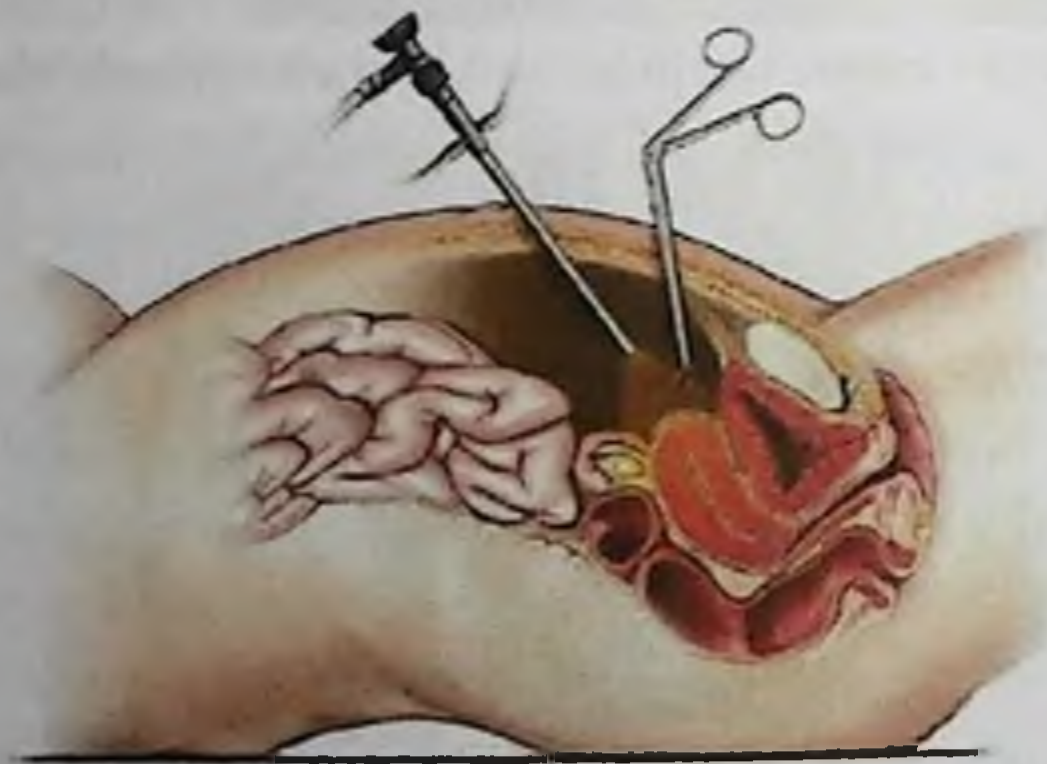
Davolash:

Konservativ davo

Konservativ davo preparatlarni qo'llashni o'z ichiga oladi va kasallik hali juda muhim bosqichga o'tmagan hollarda qo'llaniladi. Ushbu holatda ishlatiladigan dorilar quyidagilardir:

Barcha davolanishning asosi bo'lgan antibiotiklar. Masalan, "Amoksitsillin", "Seftriakson", "Dipril". Lekin davolanishning eng yaxshi samarasi uchun bakterialni antibakterial vositalarga nisbatan sezuvchanligi uchun o'tkazish tavsiya etiladi.

- Diuretiklar - Furosemid.
- Dezintoksikatsion terapiya.
- Antigistaminiklar - Loratadin, Suprastin va boshqalar.
- Yallig'lanishga qarshi - Nimesulid, Naproksen, Diklofenak.
- Analgetiklar.
- Zarur bo'lganda, antikoagulyantlar tayinlangan.
- Simptomatik terapiya.
- Vitamin komplekslarini qabul qilishni o'z ichiga olgan qo'llab-quvvatlovchi terapiya.
- Immunostimulyatsiyali preparatlar.



218 - rasm. Diagnostik laparoskopiya.

Jarroblik usulida davolash

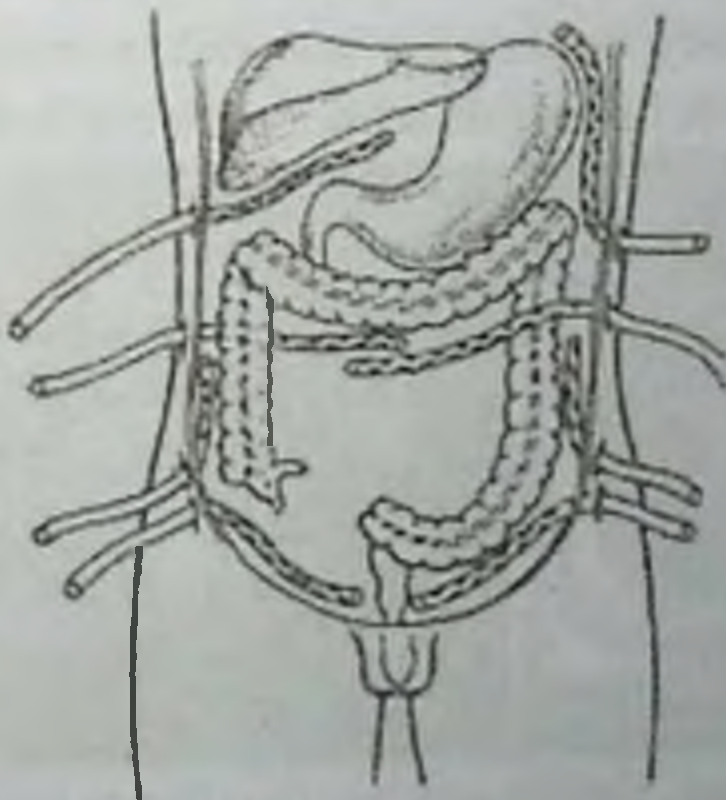
Jarrohlik amaliyoti talab qilinadigan bo'lsa, bu ham o'z navbatida uch davrga bo'lgan holatda shoshilinch amaliyot olib boriladi. Amaliyotdan oldingi davr – operatsiyadan oldin hayotiy muhim a'zolar faoliyatida hech qanday kamchilik va nuqsonlar yo'qligi so'rov shaklidagi tekshiruvdan o'tqaziladi. Amaliyot davri – yallig'lanish tarqalayotgan asosiy manba aniqlanadi va u yo'qotiladi. Qorin bo'shlig'i tozalanadi, yuviladi. Bo'shliq ma'lum muddat (Yallig'lanish hajmiga qarab) drenajlanadi.



219-rasm. O'tkir peritonitda qorin bo'shlig'i sanatsiyasi.

Amaliyotdan keyingi davr – bemorda jarrohlikdan keyin hosil bo'lgan choklarning tozaligiga hamda uning taomnomasi shifokor tavsiya etgan taomnoaga mos kelayotganiga asosiy e'tibor qaratiladi. Agar simptomlar sababini aniqlanib, jarrohlik usulida davolaniladi. Qorindagi drenajlar orqali tanaga antibakterial va yallig'lanishga qarshi dorilar qo'llaniladi. Odatda tiklanish davri qisqa.

Laparoskopiya. Bunda operatsiyadan keyingi asoratlarning xavfi minimal darajada kuzatilishi mumkin. Qorin bo'shlig'i jarrohligi. Yuqumli kasalliklar uning umumiy hajmiga etib boradigan so'nggi chora sifatida amalga oshiriladi.



220 - rasm. O'tkir peritonitda qorin bo'shlig'ini naylash.

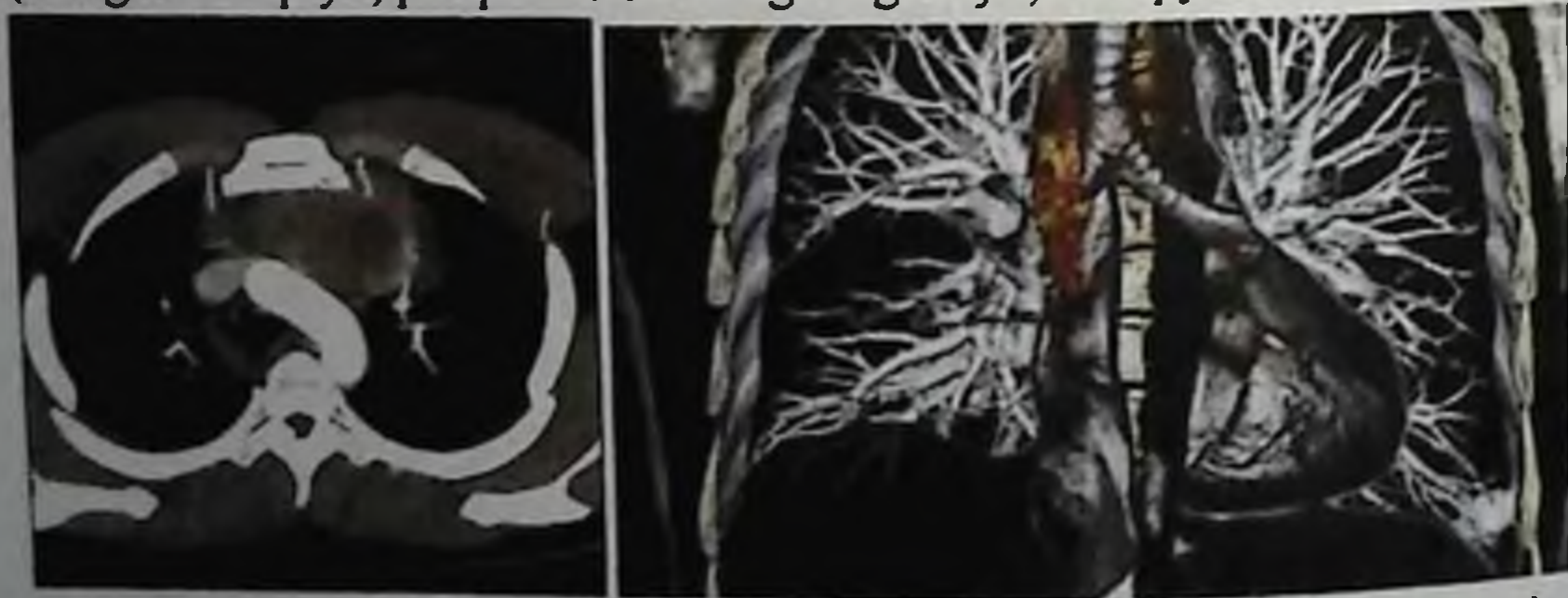
KO'KS ORALIG'I KASALLIKLARI

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Ko'ks oralig'i – ko'krak bo'shlig'ining orqa tomondan umurtqa pog'onasi, oldingi tomondan ko'krak, yon tomonlardan mediastinal plevra va pastdan diafragma bilan chegaralanib turadigan qismi bo'lib, ko'ks oralig'i yuqorida aniq chegaralarsiz bo'yin sohasiga o'tadi. Ko'ks oralig'i shartli ravishda yuqori va pastki qismlarga bo'linadi, uning sathi IV ko'krak umurtqasidan o'tadi. Traxeya yuqori ko'ks oralig'ini shartli ravishda oldingi va orqa ko'ks oralig'iga bo'ladi, yurak xaltasi esa pastki va oldingi, o'rt va orqa ko'ks oralig'iga bo'ladi.

Ko'ks oralig'i topografikanatomik bog'liq a'zolar va to'qimalarning yig'indisi hisoblanadi. Yuqori ko'ks oralig'ida traxeya, qizilo'ngach, ayrisimon bez, aorta ravog'i, elka-bosh venalari, ko'krak limfatik yo'li joylashgan bo'ladi. Pastki ko'ks oralig'ining oldingi va o'rt qismlarida yurak va perikard joylashgan bo'lib, o'rt qismining yuqori uchdan birida esa traxeya bifurkatsiyasi, o'pka arteriyasi, aortaning yuqoriga ko'taruvchi qismi joylashadi. Nihoyat, pastki orqa oralig'ida aortaning pastga tushuvchi qismi, qizilo'ngach, ko'krak limfa yo'li, simpatik va parasimpatik nervlar o'tadi.

Tekshirish usullari. Ko'ks oralig'ida joylashgan a'zolarni tekshirishning asosiy usullari har tomonlama rentgenologik tekshirishdir (rentgenoskopiya, polipozitsion rentgenografiya, kompyuter tomografiya).



221 – rasm. Kompyuter tomografiyada ko'ks oralig'ini normal ko'rinishi.

Kompyuter tomografiya – zamonaviy, batafsil ma'lumot beruvchi tekshiruv usuli hisoblanib, ko'krak qafasidan kerakli har qanday darajada ko'ndalang kesma olishga va unda joylashgan barcha a'zolar haqida batafsil ma'lumot olishga imkon beradi.

Bundan tashqari, ko'ks oralig'ining aniq diagnostikasi uchun quyidagi usullar qo'llanilishi mumkin.

Pnevmomediastikografiya – ko'ks oralig'iga gaz kiritilgandan keyin amalga oshiriladigan rentgenologik tekshiruv. Ko'ks oralig'i o'smalarining chegaralarini aniqlashga yordam beradi. Sun'iy pnevmotoraks – plevral bo'shliqqa gaz yuborish bilan bog'liq tekshirish usuli bo'lib, o'pkaning o'smasini ko'ks oralig'idagi o'smalar va kistalardan tafovut qilish imkonini beradi.

Angiografiya – yurak va yirik qon tomirlarga kateter yordamida rentgenkontrast moddalar yuborib rentgen tasvirlarni olib tahlil qiluvchi tekshirishdan iborat.

Biopsiya olish va diagnozni uzil-kesil aniqlash uchun: bronxlar orqali punksiya, torakoskopiya, transtorakal aspiratsion biopsiya, mediastinoskopiya yoki periarterial mediastinotomiya qilinib material olinadi va undan preparat tayyorlanib, mikroskop yoki elektron mikroskop yordamida tekshiriladi.

Ko'ks oralig'i jarohatlari

Ko'ks oralig'ining ochiq va yopiq jarohatlari farq qilinadi. Ularni yana a'zolar jarohatlanmagan yaralanishlar, oldingi ko'ks oralig'i jarohatlangan yaralanishlarga bo'lish mumkin. Klinik manzarasi qaysi a'zoning qay darajada jarohatlanganiga, hamda qon oqish darajasiga bog'liq bo'ladi.

Yopiq jarohatlar ko'pincha ko'ks oralig'i yirik qon tomirlarining jarohatlanishi oqibatida ichga qon ketish, gematoma shakllanishi kabi patologik jarayonlar bilan o'tadi. O'pka va bronxlar jarohatlanganda ko'ks oralig'i emfizemasi rivojlanadi. Ko'ks oralig'i gematomasi va emfizemasi nafas qisishi, sianoz, venalarning bo'rtib chiqishi bilan namoyon bo'ladi. Odatda bu holda, rentgenogrammada ko'ks oralig'ining kengayganligini, gematoma paydo bo'lganida rentgentasvirda qorong'ilashgan soya chegaralarini va emfizemada esa aksariyat yorug' tortganligi aniqlanadi.

Davolash: yallig'lanishga qarshi muolaja o'tkazish, xayotiy muhim a'zolar ishini bir meyorga solishga qaratilgan bo'ladi. Operatsiya qilish

uchun ko'rsatma bo'lib, a'zolar, yirik qon tomirlarning yorilib ulardan profuz qon ketishi, ko'ks oralig'i a'zolarining ezilishi, ular faoliyatining keskin pasayib ketishi kabi holatlar hisoblanadi.

Ochiq jarohatlar. Klinik manzarasi jarohatlangan a'zo turiga, qon ketishning hajmi yoki darajasiga bog'liq.

Davolash – xirurgik yo'l bilan amalga oshiriladigan operatsiya hajmi – jarohat turi va xarakteriga bog'liq.

Yallig'lanish kasalliklari

O'tkir mediastenit – ko'ks oralig'i kletchatkasining o'tkir yiringli yallig'lanishi. Uning paydo bo'lishiga, aksariyat hollarda ko'ks oralig'ining ochiq jarohatlari, o'tkir uchli yot jismlar vositasida teshilishi, kimyoviy moddalar ta'sirida kuyishi, ba'zan esa asbob-uskunalari yordamida tekshirishda jarohatlanishi yoki bo'yinning chuqur flegmonasining tarqalib ketishi sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. O'tkir mediastenit umumiy va mahalliy simptomlarning jadal rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Kasallik haroratning birdaniga 39-40°S darajagacha ko'tarilishi, gektik xarakterdagi isitma, et junjikishi, kuchli terlash bilan boshlanadi. Shu holatda nafas qisishi, sianoz, taxikardiya erta boshlanadi, arterial qon bosimi pasayadi, og'ir intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Bemorlar odatda ko'krak va bo'yin sohasidagi tortishadigan sanchiqli kuchli og'riqlarga shikoyat qiladilar. Bo'yinni egish va to'g'rilashda, boshni yon tomonlarga burishda, ko'krakni bosishda og'riq kuchayadi. Bemorlar majburiy holatni egallaydilar (boshini oldinga qilib qaddini baland qo'yib yotadilar). Qizilo'ngach, bronxlar teshilganda mediastinal, so'ngra esa teri osti emfizemasi vujudga keladi.

Qon tahlilida yuqori leykotsitoz, leykoformulaning chapga siljishi, EChTning oshganligi ma'lum bo'ladi. Rentgenogrammalarda ko'ks oralig'i ko'lankasining kengayganligi, ichi bo'sh a'zolar teshilganda esa, ko'ks oralig'ida gaz borligi qayd etiladi.

Davolash: Muolaja tadbirlarini o'tkazish bilan birga jarrohlik amaliyoti (operatsiya) qo'llaniladi. Bundan maqsad infeksiya manbaini bartaraf etish, ko'ks oralig'ini antiseptik eritmalar bilan doimiy yuvib turish uchun Qo'sh bo'shlig'li silikon naychalar bilan adekvat drenajlashdan iborat. Muolaja tadbirlari bakteriologik tekshiruvlar tahlili va nazorati ostida

antibakterial muolaja, diurez stimulyatsiyasi bilan birga detoksikatsion infuzion muolaja, hamda bemoming immunologik holatini quvvatlaydigan muolajalar o'tkazishdan iborat.

Surunkali mediastenit o'tkir mediastenitning oqibati bo'lishi mumkin. Unga sil, antipolipoz, zaxm sabab bo'lishi ehtimoli bor. Idiopatik sklerozlovchi mediastenit ham farq qilinadi.

Klinik ko'rinishi. Surunkali mediastenit uzoq vaqt mobaynida belgisiz kechishi mumkin. Keyinroq esa, ko'krak qafasida og'riq, tana haroratini subfebril ko'rsatkichlargacha ko'tarilishi, yo'tal, nafas olishda qiynalish va uning qisishi, lanjlik, holsizlik, yutish jarayonida qiynalishlar, ko'krakda siqilish sezgisining paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu simptomlar odatda sil (o'pka yoki limfatik tugunlar sili), zaxm kabi spesifik kasalliklaridagi bo'ladigan klinik belgilar bilan o'tadi. Sklerozlovchi mediastenitda, kasallikning rivojlanishi jarayonida asta-sekin yuqori kovak venaning ezilishi bilan bog'liq simptomlarning paydo bo'lishi (yuz kerikishi, qo'lda shish, sianoz paydo bo'lishi), ko'krak teri osti venalarining g'oyat darajada kengayishi sodir bo'ladi.

Diagnozni tasdiqlash uchun qizilo'ngach va yuqori kovak venasiga kontrast modda yuborib rentgenologik tekshirishdan foydalaniladi.

Davolash: spesifik antibakterial preparatlar tayinlashdan iborat. Idiopatik sklerozlaydigan mediastenitda nurlash, kortikosteroidlar qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. Hayotiy muhim a'zolar ezilganda, xirurgik usullarni tanlashga to'g'ri keladi.

Ko'ks oralig'i o'smalari va kistalari

Ko'ks oralig'i o'smalarining talaygina gistologik turlari mavjud.

Kelib chiqishiga ko'ra ular:

- nevrogen (ganglionevromalar, neyroblastomalar, simpatikoblastomalar, oreoxomotsitomalar, nevrinomalar va nevrogen sarkomalar);

- mezenximadan kelib chiqqan (fibromalar, fibrosarkomalar, lipomalar, liposarkomalar, limfangiomalar, gemangiomalar, angiosarkomalar va b.);

- limfatik tugunlar retikulyar to'qimasidan paydo bo'lgan (limfosarkomalar, retikulosarkomalar, limfogranulematoz);

- embriogenez buzilishi oqibatida paydo bo'ladigan ayrisimon yoki qalqonsimon bezlardan kelib chiqadigan (dermoid kistalar va teratomalar, seminomalar, xarinoepitelioma, ko'krak qafasi ichidagi bo'qoq) o'smalari bo'ladi.

Ko'ks oralig'i kistalari haqiqiy selamik kistalar va perikard divertikullariga, bronxogen va enterogen parazitar kistalarga bo'linadi. Bular embriogenez jarayonining buzilishlari oqibatida kelib chiqadi.

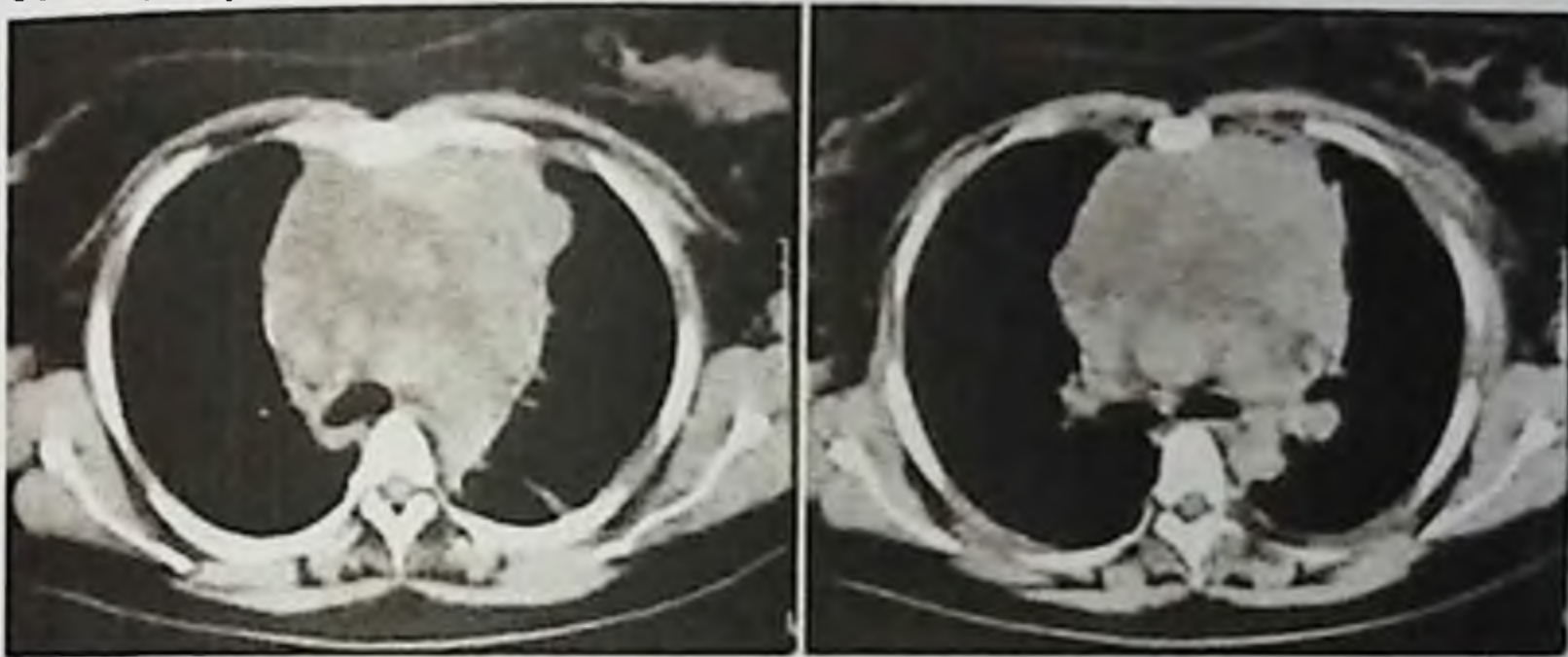
Ko'ks oralig'i o'smalari va kistalarini soxta o'smalar, anevrizmalardan (aorta, o'pka arteriyasi, toq vena anevrizmasi), diafragma churrasi, qizilo'ngach o'smalaridan tafovut qilish kerak bo'ladi.

Klinik manzarasi. Ko'ks oralig'ining o'smalari va kistalari ilk bosqichlarda belgisiz kechadi va ko'pincha profilaktika maqsadida o'tkazilgan rentgenologik tekshiruvlarda aniqlanadi. Keyinchalik o'sib ketganda va atrofdagi a'zolarni ezib qo'yganida, ko'krak qafasida og'riq, nafas olishning qiyinlashuvi kabi belgilar paydo bo'ladi. Ko'ks oralig'ining o'smalari rivojlanishi jarayonida kasallikka simpatik nerv aloqador bo'lganida Gomer simptomi aniqlanadi, qaytuvchi nerv qo'shilganda esa tovushning bo'g'ilishi kabi belgilar kuzatiladi. Yurakning ezilishi oqibatida, ko'krak qafasining o'ng yarmida og'riq paydo bo'ladi, yurak ritmining buzilishlari kuzatiladi.

Nevrogen o'smalar orqa miyaning ezilishi belgilari – sezuvchanlik buzilishining turli xil turlari, parez, falajlar, kichik chanoqda joylashgan a'zolar faoliyatining buzilishlari bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Yuqori kovak venasining qattiq ezilishi – “yuqori kovak vena” simptomokompleksining (belgilar majmuasi) rivojlanishiga olib keladi. Bunda yuz, bo'yin, qo'llar, gavdaning yuqori yarmida shish va sianoz paydo bo'ladi. Shu bilan birga o'smaga aloqador simptomlar paydo bo'lishi ham ehtimol. Ko'ks oralig'i o'smalarining ko'pchiligi xavfsiz o'smalardan hisoblanib, odatda o'smalar o'lchamining kattalashishi oqibatida a'zolaming ezilishi yuzaga kelganda, xirurgik yo'l bilan olib tashlanadi. Ko'ks oralig'i o'smalarining ko'pchiligi, vaqt o'tishi bilan xavfli o'smalar turiga aylanishi mumkin. Demak, ko'ks oralig'i o'smalari diagnostika qilinganda, bemorning ahvoli imkon bersa, profilaktik nuqtai nazardan uni jarrohlik amaliyoti usullarini qo'llab olib tashlash, ayni maqsadga muvofiq bo'ladi.

Ko'ks oralig'i o'smalari va kistalarining ayrim turlari diagnostikasi, kasallikning klinik manzarasi va davolash. Nevrogen o'smalar – ko'ks oralig'ining qo'proq uchraydigan xavfsiz o'smalaridan hisoblanadi. Ular odatda, orqa ko'ks oralig'i sohasida joylashadi.



222 – rasm. Ko'ks oralig'ining gigant o'smasi (KTdan kesma).

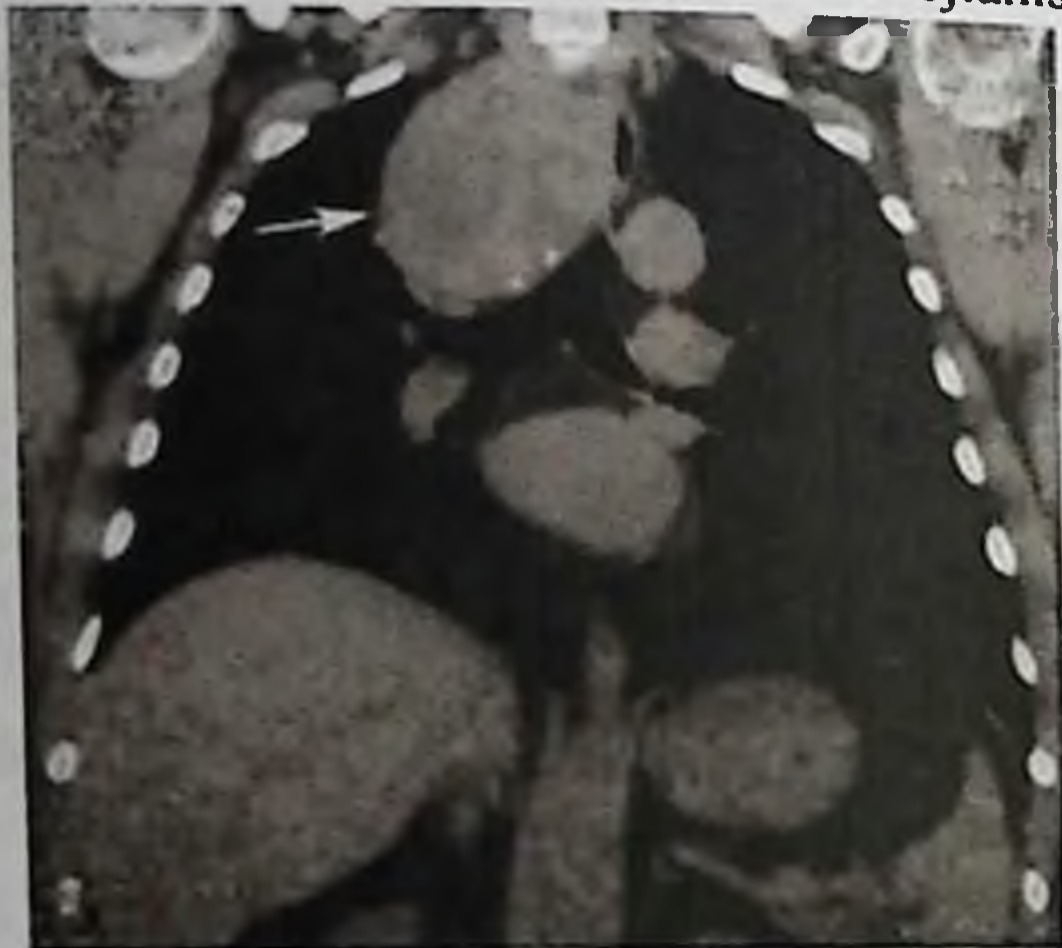
Nevrogen o'smalar simpatik nerv gangliylari va o'zaklari, adashgan va qovurg'alararo nervlar, orqa miya pardalaridan kelib chiqadi. Gistologik tuzilishi jihatidan bular neyrofibroma, neyromioma, ganglionevroma, paraganglioma, feoxromotsitomalardir. Orqa miya ildizlaridan chiqadigan o'smalar qisman orqa miya kanali ichiga, qisman esa ko'ks oralig'iga “qum soat” kabi shaklda bo'lib o'sadi. Shu munosabat bilan bemorlar orqadagi og'riqqa shikoyat qiladilar, ularda orqa miyaning bosilish belgilari, parezlar va falajliklar rivojlanadi.

Rentgenologik alomatlar: tuxumsimon yoki yumaloq shakldagi intensiv gomogen soyaning aniq chegaralari bor, ko'ks oralig'ining orqa yuqori bo'limlarida joylashadi, sun'iy pnevmotoraks qo'yilgandan keyin yaxshiroq aniqlanadi.

Davolash – xirurgik yo'l bilan o'sma olib tashlanadi.

To'sh suyagi orti (ichki) bo'qoq. Ko'krak qafasining to'sh suyagi ortida joylashgan ichki bo'qoq tireoptoz (qalqonsimon bezining to'sh suyagi ortiga tushishi) va ko'ks oralig'ida joylashgan Qo'shimcha qalqonsimon bezlar ham kiradi. Aksariyat o'ng tarafda, bo'qoqning bu turi qo'proq uchraydi. Ko'krak qafasining to'sh suyagi ortida joylashgan ichki bo'qoqning muhim belgilaridan biri bo'lib, traxeyaning ezilishi, siqilishi yoki deviatsiyasi (bir tomonga surilishi) hisoblanadi. Bo'qoqning

o'lchamlari katta bo'lganda ko'ks oralig'idagi yirik qon tomirlarining ezilishi simptomlari: bo'yin teri osti venalarining kengayishi va pulsatsiyasi, bosh og'rig'i, yuz salqishi "kompression sindrom" rivojlanishi mumkin.



223 – rasm. Qalqonsimon bez to'sh orti sohasida joylashish varianti.

Rentgenologik tekshiruv qo'llanilganda traxeya va qizilo'ngachni joyidan siljiganligining aniq chegaralari soya (ko'lanka) sifatida aniqlanadi. Ko'pincha I131 bilan skanerlash aniqroq ma'lumot beradi.

Davolash – bo'qoqni xirurgik yo'l bilan olib tashlashdan iborat.

Timomalar – ayrisimon bez o'smalari, xavfsiz va xavfli bo'lishi mumkin. "Kompression sindrom" dan tashqari aregenerator anemiya, Kushing sindromi namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda miasteniya belgilari (skelet mushaklarining birdaniga bo'shashishi, chaynash, yutish, nutq, nafas olishning buzilishi, mushak gipotrofiyasi) bilan o'tadi. Bu simptomlar antixolinesteraza preparatlari yuborilgandan keyin kamayadi. Diagnostika usullaridan mediastinografiya batafsilroq ma'lumot beradi. Davolash – bezni operatsiya yo'li bilan olib tashlashdan iborat.

Dermoid kistalar va teratomalar. Dermoid kistalar endoderma elementlaridan rivojlanadi, devorlari qalin, bo'shlig'ida yopishqoq suyuqlik, teri va soch kabi tarkibiy qismlar bo'ladi. Teratomalar o'rta ko'ks oralig'ida bir necha pusht varaqlaridan rivojlanadi. Odatda, og'riq va "kompression sindrom" paydo bo'lgandagina diagnostika qilinadi. Davolash – xirurgik yo'l bilan olib tashlashdan iborat.



224 – rasmi. Ayrisimon bez o'smasi, makropreparat.

Perikard kistalari. Embrional davrda to'qimalarning rivojlanish nuqsoni bilan bog'liq. Aksariyat o'ng kardiodiafragmal burchakda joylashadi. Kechishi ko'pincha simptomlarsiz. Katta o'lchamlarda bo'lganda yurak sohasida og'riq, aritmiyalar qayd qilinishi mumkin. Rentgenologik tekshirishda aniqlanadi. Davolash – kistani xirurgik yo'l bilan olib tashlashdan iborat.

Bronxogen kistalar. Odatda traxeya va yirik bronxlarga taalluqli bo'ladi. Ularning o'lchamlari kattalashgan sari, bemorlarda shikoyatlar birin-ketin paydo bo'ladi. Ular quruq yo'tal, nafas qisishi, stridoroz nafas olish holida yuzaga chiqadi. Rentgenologik tasvirda traxeyaga tegib turgan yumaloq soya aniqlanadi. Davolash – kistani xirurgik yo'l bilan dib tashlashdan iborat. Operatsiyaga ko'rsatma bo'luvchi asoratlari: yiringlash, perforatsiya (teshilish) hisoblanadi.

Enterogen kistalar. Orqa ko'ks oralig'ining pastki bo'limlarida joylashadi. Birlamchi ichak naychasidan rivojlanadi. Kistalarning ichki pardasi xlorid kislota ishlab beradigan me'da epiteliysi bilan qoplanganligi tufayli devorida yaralar paydo bo'lishi, qon oqishi, perforatsiyasi yuz berishi mumkin. Ular ichi kovak a'zolarga, perikard, plevra bo'shlig'iga teshib kirib, yiringlashni hosil qilishi ehtimoli bor. Diagnostika uchun

pnevmediastenografiya ko'p ma'lumot beradi. Davolash – kistalami operatsiya yo'li bilan olib tashlashdan iborat.



225 – rasm. Ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'pka bronxogen kistasi

Lipomalar – ko'pincha o'ng kardiodiafragmal burchakda joylashadi. Simptomsiz kechadi. Katta o'lchamlargacha etishi mumkin, shundagina ko'ks oralig'i a'zolarining bosilish simptomlari yuzaga keladi. Rentgenologik tekshirishda aniqlanadi. Davolash – operatsiya qilinib, o'sma olib tashlanadi.

Limfomalar. Mediastinal limfatik tugunlardan rivojlanadi. Odatda oldingi ko'ks oralig'ida joylashadi. Tabiatiga ko'ra xavfli hisoblanadi. Simptomlari intoksikatsiya bilan bog'liq – lohaslik, darmon qurishi, tana haroratining ko'tarilishi (isitma), oriqlab ketish, terida qichima paydo bo'lishi kabilardir. Katta o'lchamlarga etganda: yo'tal, ko'krakda og'riq, ko'ks oralig'i a'zolarining ezilishi belgilari bo'ladi. Diagnostika uchun rentgenologik tekshiruv, mediastenoskopiya, mediastenotomiya o'tkaziladi. Davolash – xirurgik yo'l bilan davolash erta bosqichlaridagina amalga oshiriladi, keyinchalik nur va kimyoviy preparatlar bilan davolanadi.

DIAFRAGMA KASALLIKLARI

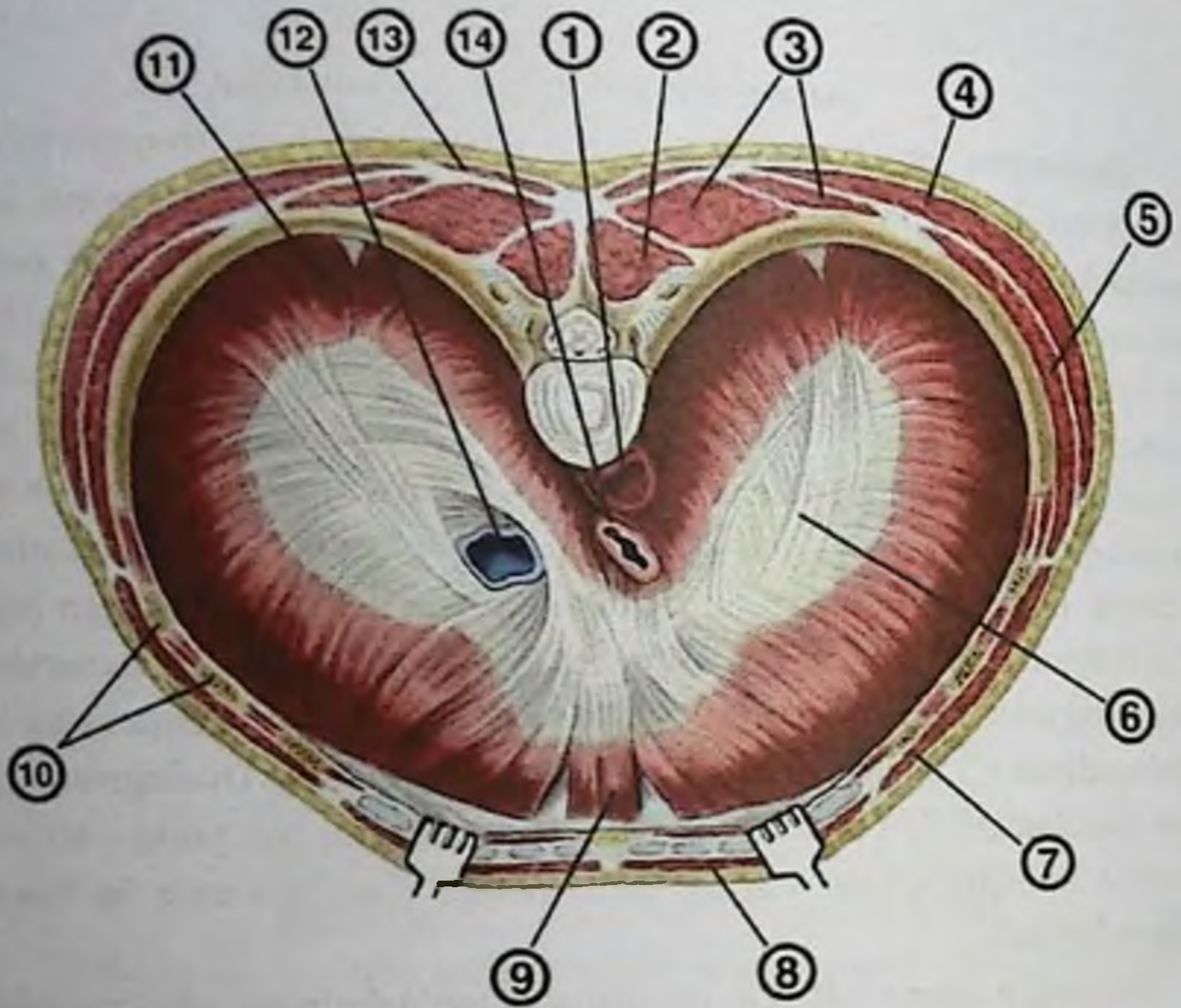
Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Diafragma (diafragma – yunoncha «to'siq») yoki to'sh-qorin to'sig'i, ko'krak bo'shlig'i a'zolarini qorin a'zolaridan ajratib turadi. U yassi yupqa mushakdan iborat bo'lib, uning tolalari ko'krak qafasining pastki gumbaz qismining butun doirasi bo'yicha boshlanib, yuqoriga boradi va radial holda pay tizmasiga o'tib, o'ng va chap tomondan ko'krak bo'shlig'iga chiqib turadigan gumbazsimon qabariqlar hosil qiladi. Shunga muvofiq holda diafragmada ikkita qism farq qilinadi: markaziy pay qismi va chekka-mushak qismi. Keyingisi yana uch qismga: to'sh, qovurg'a va bel qismlariga bo'linadi. Diafragmaning ko'krak qismi biroz nozikroq ifodalangan bo'lib, ba'zi hollarda esa, hatto bo'lmasligi mumkin. Odatda u to'sh-xanjarsimon o'sig'ining ichki yuzasi va qorin to'g'ri mushaklari qinining orqa varag'idan boshlanadigan bir necha kalta tutamlardan iborat bo'ladi. Diafragmaning bu qismi kletchatka bilan to'lgan kichkina va tor uchburchak yoriq – ko'krak-qovurg'a bo'shlig'i yoki Larrey uchburchagi bilan qovurg'a bo'limidan ajralgan bo'ladi.

Qovurg'a qismi VII-XII qovurg'alar tog'aylarining ichki yuzasidan ko'ndalang qorin mushagi o'siqlari bilan navbatlashadigan alohida mushak tutamlaridan boshlanadi, so'ngra yuqoriga ko'tarilib pay markaziga o'tadi va diafragma gumbazlarining kattagina qismini hosil qiladi. Qovurg'a qismi, Boxdalek uchburchagi nomini olgan boshqa, xuddi shunday uchburchak yoriq vositasida diafragmaning kuchliroq ifodalangan bel qismidan ajratilgan. Diafragmaning bel qismi har tomonlama uchta mushak "oyoqcha"lar: tashqi, oraliq va ichki "oyoqcha"lardan tashkil topgan bo'ladi.

Diafragmaning qizilo'ngach teshigi ko'pchilik tadqiqotchilarning ma'lumotlariga binoan uning asosan o'ng ichki "oyoqcha"si hisobiga hosil bo'ladi. Qizilo'ngach teshigi barcha tomoni berk tog'orasimon shaklga ega bo'lib, XI ko'krak umurtqasi sathida, aksariyat o'rta chiziqdan birmuncha chap tomonda joylashadi. Diafragma qizilo'ngach teshigining eni normada 1,0 sm dan 3 sm gacha bo'lib, uzunligi esa 3,5 dan 6 sm gacha kattalikka

ega bo'ladi. Diafragmaning qizilo'ngach teshigi orqali qizilo'ngachdan tashqari, chap va o'ng adashgan nervlari o'tadi.



226 - rasm. Diafragma (ko'krak qafasi tomonidan ko'rinishi):

1 - aorta; 2 - ko'ndalang o'siq mushagi; 3 - umurtqani to'g'rilovchi mushak; 4 - belning serbar mushagi; 5 - oldingi tishli mushak; 6 - pay markazi; 7 - qorin tashqi qiyshiq mushagi; 8 - qorin to'g'ri mushagi; 9 - diafragmaning to'sh qismi; 10 - diafragmaning qovurg'a qismi; 11 - diafragmaning bel qismi; 12 - pastki kovak vena; 13 - trapesiyasimon mushak; 14 - qizilo'ngach.

Diafragma o'pka bilan tutashgan joylarda va diafragmal-mediastinal, hamda diafragmal-qovurg'a sinuslar sohasida plevra bilan qoplangan bo'lib, uning payidan, qorin ichi fassiyasining bir qismi hisoblangan biriktiruvchi to'qima plastinkasi boshlangan bo'ladi.

Diafragmani juft mushak - diafragmal arteriya (a. musculophrenica) lar va aortaning juft tarmoqlari: yuqorigi diafragmal arteriya va oltita pastki

qovurg'alararo arteriyalar orqali qon bilan ta'minlanadi. Diafragmaning asosiy arteriyalari o'ng va chap pastki diafragmal arteriyalar bo'lib, ular aslini olganda butun diafragmani u yopishgan chiziq bo'ylab vaskulyarizatsiya qiladi. Ko'p sonli limfatik tomirlar diafragma qatlamlariga muvofiq joylashgan to'rlar hosil qiladi. Diafragmadan limfa oqishi, uning mushak-pay elementlari qisqarishi tufayli, ko'p sonli limfatik tugunlar vositasida ruy beradi.

Diafragma ikkita diafragmal nervlar (nn. phrenici), ikkala tomondagi oltita pastki qovurg'alararo nervlar (n. intercostalis) tarmoqlaridan innervatsiya qilinadi, shuningdek o'ng va chap diafragmal chigallaridan nerv tolalarini oladi.

Diafragma churralari. Diafragma churrasi deb, qorin bo'shlig'i a'zolarining diafragmadagi tug'ma yoki orttirilgan nuqson orqali ko'krak bo'shlig'iga sunilishiga aytiladi.

Klassifikatsiyasi va klinikasi. Barcha diafragmal churralar ikkita katta sinfga: travmatik va travmatik bo'lmagan churralar turlariga bo'linadi. Churra qopining bor yoki yo'qligiga bog'liq holda, churralar soxta va chin churralar deb ham nomlanadi.

Travmatik diafragmal churralar odatda soxta bo'lib chiqadi, biroq chin bo'lishi, ya'ni qorin churrasi qopiga ega bo'lishi ham mumkin, bu ko'krak-qorin to'sig'ining jarohati hajmiga bog'liq bo'ladi.

Travmatik bo'lmagan chin diafragma churralari qaerda joylashganidan qat'iy nazar, tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin.

Diafragmal churralarining quyidagi tasnifi keltirilgan (B.V. Petrovskiy bo'yicha):

Travmatik churralar:

soxta va chin.

Travmatik bo'lmagan churralar:

1. Soxta tug'ma churralar.

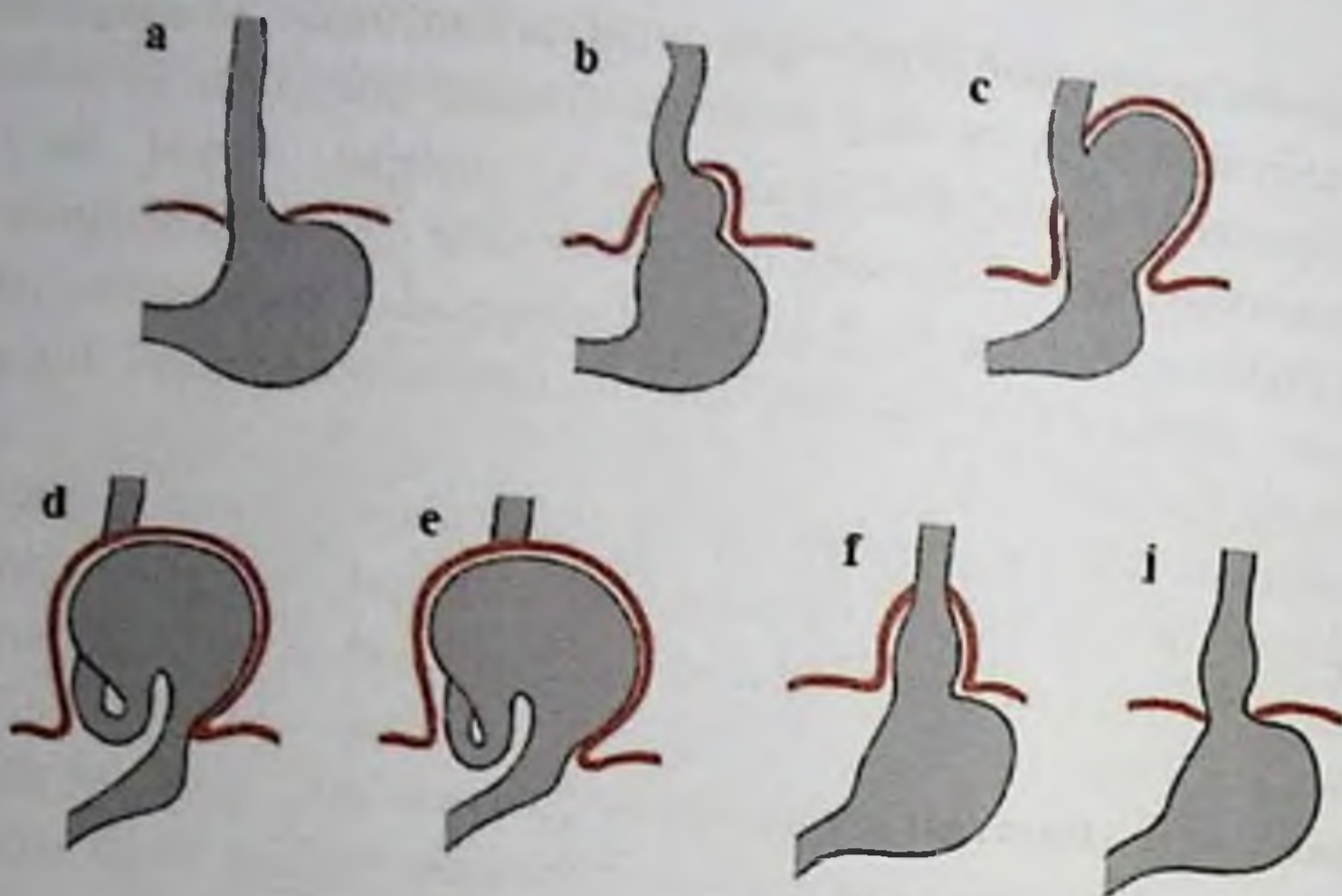
2. Diafragma kuchsiz sohalarining chin churralari.

3. Atipik lokalizatsiyali chin churralar.

4. Diafragma tabiiy teshiklarining churralari:

a) qizilo'ngach teshigi churrasi;

b) diafragma tabiiy teshiklarining kam uchraydigan churralari.



227 – rasm. Diafragmal churralarining turlari.

a - qizilo'ngach; b - kardial; c - fundal; d - subtotal; e - total;
 f - orttirilgan kalta qizilo'ngach; i - tug'ma kalta qizilo'ngach

Diafragmal churralarning umumiy simptomatikasi. Diafragmal

churralarning klinik ko'rinishlari uchta asosiy omilga bog'liq bo'ladi:
 1. diafragmadagi nuqson orqali ko'krak qafasiga tushgan churra darvozalaridagi qorin bo'shlig'i a'zolarining ezilishi va buralib qolishi;
 2. churraga tushgan qorin bo'shlig'i a'zolarining o'pkaga kompressiyasi va ko'ks oralig'i surilishi; 3. difragma funksiyalarining buzilishi va to'xtashi.
 Shunga muvofiq holda diafragmal churralarda uchraydigan barcha simptomlar quyidagilarga bo'linishi mumkin: a) joyi o'zgargan qorin bo'shlig'i a'zolari faoliyatining buzilish muddati bilan bog'liq gastrointestinal belgilar; b) o'pkaning ezilishi va yurakning surilishiga bog'liq kardiorespirator simptomlar.

Bemorlar to'sh osti sohasida, ko'krak qafasida, qovurg'alar ostidagi og'irlik sezgisi va og'riqdan, ayniqsa qo'proq ovqat eyilgandan keyin paydo bo'ladigan nafas qisishi va yurak urishiga shikoyat qiladilar. Ko'pincha churra tomondagi ko'krak qafasida bilqillagan va quldiragan tovushlar eshitiladi, bemor gorizontol holatda yotganda nafas qisishi kuchayadi. Ovqatlangandan so'ng bemor egan ovqatini qayt qilgach keyin o'zini birmuncha yengilroq his qiladi.

Qizilo'ngachning ham buralib qolishi bilan kechadigan me'da buralishida, paradoksal disfagiya belgilari rivojlanadi (qattiq ovqat suyuq ovqatdan ko'ra osonroq o'tadi). Klinik belgilarning yuzaga chiqish darajasi, bevosita me'da-ichak yo'llarining to'liqlik darajasiga bog'liq bo'lishi, katta diagnostik ahamiyatga ega.

Ko'krak qafasining tegishli yarmidagi yoki epigastral sohadagi qattiq og'riqning orqaga, kuraklarga o'tishi – diafragmal churraning qisilib qolganidan darak beradi. Kovak a'zoning qisilib qolishi, uning devorini nekrozga uchrashi yoki teshilishi, piopnevotoraks rivojlanishiga va uning avj olishiga olib kelishi mumkin. Anamnezda jarohatlanish bo'lgani, yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlarning borligi, zararlangan tomonda ko'krak qafasi xarakatchanligining pasayishi va qovurg'alararo oraliqlarning kengayganligi, uzoq muddatdan beri mavjud bo'lgan churralarda – qorinning ichga botishi, ko'krak qafasining tegishli yarmi ustida to'mtoq tovush yoki timpanitning aniqlanishi, me'da va ichaklarning to'lish darajasiga ko'ra tovush kuchining o'zgarishi, bu sohada ichak peristaltikasi yoki chayqalish shovqini eshitilayotganda nafas shovqinlarning sustlashishi yoki mutlaqo bo'lmasligi, ko'ks oralig'idagi to'mtoq tovushning sog' tomonga surilishi, diafragmal churra borligiga xaqida dalolat beradi.

Odatda, uzil-kesil diagnoz rentgenologik teshiruv natijasiga qarab qo'yiladi. Rentgenologik manzarada: ko'krak qafasiga surilgan qorin a'zolari tabiati va hajmiga, me'da-ichak yo'llarining to'lish darajasiga bog'liq. Me'da tushishida ko'krak qafasining chap tomonida suyuqlik ichish va ovqat eyishda ko'tarilgadigan katta gorizontalsath ko'rinib turadi. Ingichka ichak qovuzloqlari tushganda o'pka maydoni fonida ayrim yorug'langan va soyalashgan qismlar ko'rinib turadi. Taloq yoki jigarning surilganligi o'pka maydonining tegishli bo'limida qorong'ulanish beradi. Ayrim bemorlarda diafragma gumbazi va undan yuqorida joylashgan qorin a'zolari yaxshi ko'rinib turadi.

Me'da-ichak sistemasi a'zolarini kontrast modda yordamida tekshirilganda, churraga tushgan a'zolarning tarkibi va tabiati aniqlanadi. Churraga tushgan a'zolarni diaframadagi teshik sathida bosib ko'rish asosida (churra darvozalari simptomi) churra darvozalarining joylashgan joyi va o'lchamlari aniqlanadi.

Davolash: diafragmal churralarda siqilish imkoniyati borligini hisobga olib, profilaktik niyatda operatsiya qilish kerak bo'ladi. Churra o'ng transtorakal kesma (yo'l) orqali qilinadi, parasternal churralarda qulayroq kesma yuqori-o'rta laparotomiya, chap tomonlama churralarda esa VII-VIII qovurg'alararo transtorakal kesmalar tavsiya etiladi. Amaliyot jarayonida bitishmalar ajratilgach, diafragmadagi nuqson chetlari ozod qilingandan so'ng, surilgan a'zolar qorin bo'shlig'iga joylashtiriladi va nuqson alohida tugunli choklar yordamida dublikatura hosil qilib tikiladi. Nuqson o'lchamlari katta bo'lganda diafragmani kapron, neylon, teflon kabilardan tayyorlangan protezlar yordamida (alloplastika) mustahkamlash maqsadga muvofiq bo'ladi.

Parasternal churralarda (Larrey churrasi, retrosternal churra) surilgan a'zolar o'z bo'shlig'iga joylashtiriladi, churra xaltasi kesib olib tashlanadi, diafragma nuqsoni chetlariga va qorin mushaklari qinining orqa varag'iga, suyak ustki pardasi, to'sh va qovurg'alarga birin-ketin P-simon choklar qo'yiladi. Qisilgan diafragmal churralarda transtorakal yo'l bilan kiriladi, qisib turgan halqa kesilgach, churra xaltasining tarkibini tashkil qiluvchi a'zolar sinchkovlik bilan tekshiriladi. A'zoning yashashga moyilligi saqlangan bo'lsa, uni qorin bo'shlig'iga kiritilib, churra darvozasi defekti bartaraf etiladi. Agarda hayotga nолоyiq holat topilsa, ya'ni a'zo ortga qaytmas o'zgarishlarga uchragan bo'lsa, uni olib tashlash lozim bo'ladi.

Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralari. Diafragmaning tabiiy teshiklaridan ko'p hollarda churra chiqadigan joy qizilo'ngach teshigi hisoblanadi. Churraning ayni shu turi ko'krak, qorin bo'shliqlari to'sig'ining qo'proq tarqalgan patologiyasi hisoblanadi.

Qizilo'ngach teshigi churralarining tasnifi (B.V. Petrovskiy bo'yicha):

I. Qizilo'ngach teshigining sirpanuvchan tipdagi churralari:

- 1) qizilo'ngach teshigining qizilo'ngach churrasi;
- 2) qizilo'ngach teshigining kardial churrasi;
- 3) qizilo'ngach teshigining kardio-fundal churrasi.

II. Qizilo'ngach teshigining paraezofagial tipdagi churrasi:

- 1) qizilo'ngach teshigining fundal churrasi;
- 2) qizilo'ngach teshigining antral churrasi;

- 3) qizilo'ngach teshigining ichak churrasi;
- 4) qizilo'ngach teshigining Qo'shma me'da-ichak churrasi;
- 5) qizilo'ngach teshigining charvi churrasi.

III. Qizilo'ngach teshigining gigant (katta) churralari:

- 1) qizilo'ngach teshigining subtotal me'da churrasi;
- 2) qizilo'ngach teshigining total me'da churrasi.

IV. Kalta qizilo'ngach:

- 1) orttirilgan kalta qizilo'ngach;
- 2) tug'ma kalta qizilo'ngach.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Diafragma qizilo'ngach teshigining sirpanuvchan churralarida simptomlar refluks-ezofagit bilan bog'liq bo'ladi. Bemorlar to'sh orqasida, xanjarsimon o'siq sathida, to'sh ostida, qovurg'alar ostidagi achishtiradigan yoki lo'qillagan og'riqdan shikoyat qiladilar, bu og'riq yurak, kuraklar yoki chap elkaga beriladi. Aksariyat bemorlarni terapevtlar stenokardiya kasalligi bo'yicha kuzatib boradilar. Og'riq bemor gorizontaal vaziyatda bo'lganda va jismoniy xarakat qilganda, gavdasini oldinga engashtirganda, ya'ni me'da-qizilo'ngach refluksi oson sodir bo'lganda kuchayadi. Og'riq vaqtida bemorlarda kekirish, zarda bo'lishi va qayt qilish kuzatiladi. Vaqt o'tishi bilan bemorlarda disfagiya paydo bo'ladi, ko'pincha u o'zgaruvchan xarakterga ega bo'ladi va qizilo'ngachning peptik strikturasi rivojlanganda doimiy tus oladi. Qo'proq uchraydigan simptomi qon ketishi, odatda u yashirin bo'ladi, kamdan-kam qirmizi-qizil yoki kofe quyqasi rangidagi qayt qilish, qora rangdagi qatronsimon najas belgilari bilan namoyon bo'ladi. Anemiya (kamqonlik) kasallikning birdan-bir alomati bo'lishi mumkin. Qon ketishi diapedez yo'li bilan peptik ezofagitda eroziyalar va yaralardan sodir bo'lishi mumkin. Diafragma qizilo'ngach teshigi churralariga diagnoz qo'yishda kontrast moda yordamida bajarilgan rentgenologik tekshiruv hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Tekshirish bemorni vertikal va gorizontaal vaziyatida, ba'zan esa ko'rsatmaga qarab Trendelenburg vaziyatida o'tkaziladi. Sirpanuvchan churralarda me'da kardial bo'limi shilliq pardasi burmalarining diafragmadan yuqorigacha davom etishi, qizilo'ngachning qisqargan-qisqarmaganligi, Gis burchagining ochiqligi, qizilo'ngachning me'daga balandroqda o'tishi, gaz pufagi hajmining kichrayishi, me'dadan qizilo'ngachga kontrast modda refluksi qayd qilinishi muhim diagnostik

omillardan hisoblanadi. Kardiyaning diafragma ustida joylashuvi, diafragma qizilo'ngach teshigi kardial churrasining patognomonik belgisi hisoblanadi. Ezofagoskopiya qizilo'ngachning uzunligini aniqlashga, ezofagit belgilarining og'ir yoki yengilligiga baho berishga, kardiya etishmovchiligi darajasini aniqlashga va yara nuqsonlari malignizatsiyasini istisno qilishga imkon beradi.

Paraезofagial churralar fundal, ichak, ichak-me'da, charvi turlariga bo'linadi. Odatda bu holatlarda, kardiya joyida qoladi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi orqali esa qizilo'ngach yaqinida me'da va ichaklarning ko'ks oralig'iga surilishi ro'y beradi. Sirpanuvchan churralardan farqli ravishda paraезofagial churralarda qisilishining rivojlanish ehtimoli qo'proq bo'ladi. Paraезofagial churralarda klinik manzara churraning turi va ichidagi tarkibiy qismiga, atrofdagi a'zolarning surilish darajasiga bog'liq bo'ladi. Bunda kardiyaning yopish faoliyati buzilmagan bo'ladi.



228 – rasm. Oshqozon ichak traktining kontrastli tekshiruvda paraезofageal churra.

Me'da-ichak yoki yurak-o'pka a'zolari faoliyatining buzilishiga shikoyatlar ustunlik qilishi mumkin. Ko'pincha me'daning ko'krak bo'shlig'iga surilishi sodir bo'ladi, bunda epigastral sohada va to'sh orqasida ovqatlanishdan so'ng disfagiya, kekirish va undan so'ng og'riqlar vujudga keladi. Churra qisilganda esa, keskin og'riq, qon aralash qusish kuzatiladi. Me'dani kontrast modda bilan to'ldirilib o'tkaziladigan rentgen tekshiruvda, kardiyaning diafragma nisbatan joylashuvi aniqlanadi.

Me'daning ko'krak qafasiga surilgan qismi holati va uning qizilo'ngach hamda kardiya o'zaro munosabati o'rganiladi.

Hozirgi vaqtda diafragmal churralarini diagnostika qilishda UTT, KT va MRTdan keng foydalanilmoqda.

Davolash. Diafragmaning qizilo'ngach teshigi asoratlanmagan sirpanuvchan churralarida me'da-qizilo'ngach refluksini pasaytirishga, ezofagit hodisalarini kamaytirishga, qorin bo'shlig'i ichidagi bosim oshishining oldini olishga qaratilgan muolajalar olib boriladi. Bemorlarga tanasining bosh tomonini baland ko'tarib qo'yib uxlash, gavnani refluks paydo bo'lishini yengillashtiradigan holatlarga yo'l qo'ymaslik, ichak faoliyatini muntazam ravishda kuzatib turish tavsiya qilinadi. Qizilo'ngach teshigi churrasi borligiga bog'liq holda kasallikning klinik manzarasi og'ir bemorlarda terapevtik choralarining natija bermasligi, jarrohlik usulda davolash uchun bosh ko'rsatma hisoblanadi.

Operatsiya qorin a'zolarini joyiga solish va diafragmaning qizilo'ngach teshigi defektini bartaraf etishdan iborat. Paraezofagial churra kardiya etishmovchiligi bilan birga kelganda Nissen taklif etgan usul bo'yicha fundoplikatsiya operatsiya amalga oshiriladi.



229 – rasm. Laparoskopik orqa krurorafiya, Nissen usulida fundoplikatsiya operatsiyasi

Diafragma relaksatsiyasi. Diafragma relaksatsiyasi – diafragmaning yupqalashishi oqibatida unga yaqin joylashgan qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'krak bo'shlig'iga qarab surilishi nazarda tutiladi. Bu holatda diafragma yopishadigan chetlari odatdagi joyda qoladi. Relaksatsiyaning tug'ma (diafragma mushaklarining to'liq o'sib etilmaganligi yoki aplaziyasi

zaminida) va orttirilgan (aksariyat diafragmal nerv shikastlanishi natijasida) turlari tafovutlanadi. Diafragmaning butun gumbazi zararlanib ko'krak qafasiga surilgan bo'lsa, relaksatsiya to'liq va uning biror bo'limi (chegaralangan bo'limi) yupqalashganda qisman bo'lishi mumkin. Diafragma relaksatsiyasida zararlangan tomondagi o'pkaning ezilishi va ko'ks oralig'ining qarama-qarshi tomonga surilishi ro'y beradi, me'da yoki ichakning ko'ndalang va uzunasiga buralishi yuz berishi ehtimoli ham bo'ladi.

Klinik manzarasi. Chegaralangan o'ng tomonlama relaksatsiyada belgilar diafragmal churradagi singari bo'ladi. Churraning darvozalari yo'qligi hisobiga, bu holatda qisilib qolish xavfi bo'lmaydi.

Diagnoz – qorin bo'shlig'i a'zolarining ko'krak qafasining tegishli yarmiga surilishi, o'pkaning ezilishi, ko'ks oralig'i a'zolarining surilish belgilari asosida qo'yiladi. Rentgenologik tekshirish diagnozni tasdiqlaydigan asosiy usul hisoblanadi. Ko'krak qafasiga surilgan a'zolar ustidan diagnostik pnevmoperitoneum qo'yilganda diafragma soyasi aniqlanadi.

Davolash. Aniq ifodalangan klinik simptomlar bo'lganda jarrohlik usulida davolash zarur bo'ladi. Operatsiya surilgan qorin bo'shlig'i a'zolarini normal holatga keltirish va yupqalashgan diafragmaning dublikaturasini hosil qilish yoki uni polivinilalkogol, teri-mushak laxtaklari yordamida plastika qilishdan (mustahkamlash) iborat.



230 – rasm. Diafragma relaksasiyasining rentgenologik ko'rinishi.

QIZILO'NGACH KASALLIKLARI

Qizilo'ngach (oesophagus) – halqumni me'daning kardial qismi bilan tutashtirib turadigan kovak a'zo bo'lib, balog'at yoshidagi odamda uning uzunligi 24-29 sm ni tashkil etadi. Qizilo'ngach devorining qalinligi o'rta hisobda 3-4 mm atrofida bo'lib, uzuksimon tog'ayning pastki cheti, VI bo'yin umurtqasi sohasidan boshlanadi va uning pastki qismi (2-4 sm) qorin bo'shlig'ida joylashgan bo'ladi.

Quyidagi ma'lumotlar amaliy ahamiyatga ega: qizilo'ngachda uchta torayma bo'lib, yuqorigisi qizilo'ngachning kirish qismida yuqori qoziq tishlar oldingi chetidan taxminan 14-15 sm masofada, o'rta torayma aorta ravog'i va chap bosh bronx sohasida va pastkisi diafragma bilan kesishgan joyida bo'ladi.



231 – rasm. Qizilo'ngachga fiziologik toraymalari.

1 – xalqum toraymasi, 2 – aortal toraymasi, 3 – diafragmal toraymasi

Qizilo'ngach anatomik jihatdan uch qismga bo'linadi: bo'yin qismi (pars cervicalis – boshlanishdan orqa ko'ks oralig'iga kirish qismigacha – 5-6 sm), ko'krak qismi (pars thoracalis – ko'krak qafasidan diafragmagacha – taxminan 17 sm) va qorin qismi (pars abdominalis – diafragmadan chiqishdan me'daning kardial qismi bilan tutashguncha – 2-4 sm).

Qizilo'ngach o'z yo'lida qator a'zolar bilan duch keladi yoki ularga anatomik jihatdan yaqin, qizilo'ngachning oldingi tomonida yuqorida traxeya turadi. Traxeya bifurkatsiyasi sathida qizilo'ngachni chap bronx kesib o'tadi. Pastroqda esa, perikard bilan ajratilgan o'ng bo'lmaning orqa yuzasi joylashadi.

Diafragmal teshik orqali o'tishning oxirida, endi qorin pardasi bilan qoplangan qizilo'ngach jigaming chap bo'lagiga tegib turadi. Qizilo'ngach orqasida umurtqa pog'onasining bo'yin qismi va birinchi ko'krak umurtqalari joylashadi. Th10 yordamida u ko'krak yo'lini (ductus thoracicus) kesib o'tadi va umurtqa pog'onasidan uzoqlashadi, qizilo'ngach orqasida ichkarida o'ng tomonda toq vena (v. azygos), chap tomonda ko'krak aortasi, ular orasida esa ko'krak yo'li joylashadi. Shu yo'lda qizilo'ngach o'ng bronxial arteriyani, bir necha qovurg'alararo arteriyalar va venalami, hamda undan plevra bilan ajratilgan v. hemiazygosni kesib o'tadi. Qizilo'ngach o'ng tomonda yuqorida traxeya bilan bekilgan. Xuddi shu erda o'ng qaytuvchi nervning tarmog'i o'tadi. Eng yuqori bo'limida u qalqonsimon bezning o'ng bo'lagiga tegib turadi. Chapda qizilo'ngach qalqonsimon bezning chap bo'lagi, shu bezning venalari bilan chegaralanib turadi. Unga traxeo-efozageal burchakdan qizilo'ngachning oldingi sathiga o'tadigan chap qaytuvchi nerv yaqinlashadi. Uning yaqinida, chap o'mrov osti sohasida ko'krak yo'li joylashadi. Keyinroq qizilo'ngach aorta ravog'ining gorizontaal qismiga yaqinlashadi, mediastinal plevra, kardiya sohasi, me'da tubiga tegib turadi. O'ng adashgan nerv qizilo'ngachga o'ng bronx bilan kesishgan sathida yaqinlashadi, bu IV-V ko'krak umurtqasi sathiga muvofiq keladi va qizilo'ngachning orqa yuzasida joylashib, qorin bo'shlig'iga kiradi. Chap adashgan nerv qizilo'ngachning oldingi devoriga yaqinlashadi. Shunday qilib, qizilo'ngach o'zining butun yo'lida traxeya, pastga tushadigan aorta, ko'krak yo'li, simpatik chegaradosh ustunning ko'krak qismi, o'pka va plevra, diafragma, yuqori kovak vena, perikard va yurakning orqa yuzasi bilan anatomik jihatdan yaqin yoki tegib turadi.

Qizilo'ngach bo'yin qismi va ko'krak bo'limi boshlanishda aorta ravog'igacha o'rtacha chiziqdan birmuncha chapda yotadi. Ko'krak bo'limining o'rtacha qismida qizilo'ngach o'rtacha chiziqdan birmuncha o'ngga og'adi va diafragma ustida aortadan oldinda yotadi.

Shunday qilib, qizilo'ngach bo'yin bo'limida chapdan kesishga qulay. Ko'krak bo'limining pastki uchdan bir qismida qizilo'ngach pastga tushadigan aorta va yurak xaltasi orasida yotadi va unga chap tomonlama transplevral yo'l bilan yaqinlashish oson. Umuman olganda, qizilo'ngachning tuzilishi butun me'da-ichak yo'lga muvofiq keladi. Devori 4 qavatdan tashkil topadi – shiliq qavat (mucosa), shiliq osti qavati (submucosa), mushak qavati (muscularis) va tashqi biriktiruvchi to'qima pardasi (tunica adventicia). Qizilo'ngachning shiliq pardasi ko'p qavatli yassi epiteliy burmalaridan hosil bo'lgan. Qizilo'ngach ko'p qavatli yassi epiteliysining me'daning tsilindrsimon epiteliysiga o'tishi keskin, tishsimon chiziq ko'rinishda yuz beradi (linea zerrata). Ko'pchilik kishilarda u anatomik kardiyadan birmuncha yuqorida joylashgan.

Qizilo'ngachning mushak devori ichki doira mushaklar va tashqi bo'ylama tolalardan iborat. Ular o'rtasida g'ovak biriktiruvchi to'qima qatlami bo'ladi, unda yirik tomirlar va nervlar joylashgan. Bo'ylama mushak qavati odatda tsirkulyar qavatdan ikki baravar yupqa, qizilo'ngachning yuqori uchdan bir qismida mushaklar ko'ndalang-targ'il, mushak pardasining uchdan bir pastki qismi silliq mushaklardan tashkil topgan. Sfinkter ahamiyati bo'lgan mushak qavatining qalin qismi qizilo'ngachga kirish qismida va diafragmal torayma sathida bo'ladi. F.F. Saks (1964) fikricha, katta odamda qizilo'ngach mushak qavati tsirkulyar qatlamining qalinligi kardiya sohasida 2,2 mm, bu uning birmuncha proksimal qismlaridagi qalinligidan 1,5-2 marta ortiqdir. Qizilo'ngach tashqi tomondan g'ovak biriktiruvchi to'qima bilan o'ralgan, undan limfatik va qon tomirlar, biriktiruvchi to'qimadan iborat tortmalar o'tadi. Chunonchi, qizilo'ngachning oldingi chap devorini chap bronx asosi bilan bog'lab turadigan chap qizilo'ngach – bronxial boylami, qizilo'ngachning orqachap devorini aorta ravog'ining botiq yuzasiga taqab turadigan qizilo'ngachaortal boylami va qizilo'ngachning distal bo'limini diafragma taqab turadigan Morozov-Savvin boylami kabilar farq qilinadi. Qizilo'ngachning abdominal kesigi seroz parda bilan qoplangan bo'ladi.

Qizilo'ngachning qon bilan ta'minlanishi. Qizilo'ngach arterial qon bilan o'mrov osti arteriyasi tarmoqlarining yuqori qismida, yuqori qovurg'alararo va qalqonsimon bez arteriyasidan, ko'krak qismida pastki diafragmal va chap me'da arteriyalari tarmoqlaridan ta'minlanadi. Qizilo'ngach arteriyalari o'zaro keng anastomoz hosil qiladi. Bu hol shu a'zoda operatsiya o'tkazishda juda qo'l keladi. Venoz oqim pastki qalqonsimon, perikardial, orqa ko'ks oralig'i va diafragmal venalar orqali amalga oshiriladi. Qon vv. azygos va hemiazygosga quyiladi. Qizilo'ngach venalari asosan uzunasiga joylashgan bo'lib, uning pastki uchdan bir qismida shilliq parda osti va mushak pardalarida me'daning kardial qismi shilliq pardasi ostidagi chigalning davomi hisoblangan murakkab venoz chigal bo'ladi. Qon venoz chigaldan qizilo'ngach venalari bo'ylab, vv. azygos va hemiazygosga va yuqori kovak venaga yo'naladi, bu venalarning klapanlari bo'lmaydi. Qizilo'ngachning qorin qismi venalari me'da venalari va qopqa vena bilan bevosita bog'langan. Qizilo'ngach venalari orqali qopqa va kovak venalar sistemasi o'rtasida anastomoz amalga oshirilishini qayd qilib o'tish muhim. Qizilo'ngachning limfatik tomirlari me'daning chuqur limfatik tugunlariga quyiladi. Limfa qizilo'ngachning yuqori qismidan traxéal va traxeobronxial limfatik tugunlarga, pastki qismidan kardiya tugunlariga tushadi. Qizilo'ngach limfatik tugunlarining bir qismi bevosita ko'krak yo'liga ochiladi (D. A. Jdanov, 1952), buning qizilo'ngach rakining keyinchalik metastazlar berishida ahamiyati kattadir. Qizilo'ngachni parasimpatik n. vagi tarmoqlari va simpatik nerv sistemasi (gangl. stellatumning tolalari, arterial va kekirdak-xiqildoq chigali) orqali innervatsiya qiladi. Ikkala sistemaning nerv tolalari qizilo'ngach yuzasida chigallar: o'ng adashgan nerv tarmoqlari bilan chap-orqa qizilo'ngach chigalini, chap adashgan nerv tarmoqlari bilan o'ng oldingi qizilo'ngach chigalini hosil qiladi. Ulardan qizilo'ngach bag'rida intramural nerv chigalini (mushaklararo, auerbax) va shilliq parda osti (Meysner) chigalini hosil qiladigan tolalar chiqadi. Bular qizilo'ngach devorini innervatsiya qiladi. Qizilo'ngachning bo'yin qismi qaytuvchi nervlar, ko'krak qismi o'zaro anastomozlanadigan adashgan nervlar tarmoqlari va simpatik nerv tolalaridan innervatsiya qilinadi. Qizilo'ngachning quyi qorin nervidan (n. splanchnicus) tarmoqlar oladi. O'z-o'zini reflektor boshqarish intramural va ekstramural nerv tolalari va chigallari tomonidan amalga oshiriladi.

Qizilo'ngachning kuyishi

Qizilo'ngachning o'yuvchi ishqor, kuchli kislota, kamroq fenol, lizol, yod, sulema va boshqa ba'zi bir moddalardan kuyib qolish hollari qo'proq uchraydi. So'nggi vaqtlarda xonadonlarda kaustik soda kam ishlatila boshlangani munosabati bilan bu moddadan tasodifan kuyishlar soni kamayib ketdi, biroq ayrim joylarda u hali ham uchrab turadi. Ko'pgina mualliflarning ma'lumotlari bo'yicha so'nggi yillarda qizilo'ngachning sirka kislotadan (essensiya) kuyib qolish soni birmuncha ko'paydi. Kuchli kislota ichib qo'yilganda eng ko'p o'zgarishlar qizilo'ngachda, o'yuvchi ishqor ichib qo'yilganda esa me'dada ozroq o'zgarishlar paydo bo'ladi deb hisoblanadi (chunki me'da shilliq pardasi kislotalar ta'siriga ma'lum darajada chidamli bo'ladi).

Boshqa omillarning ham ahamiyati bor: ichilgan kimyoviy modda miqdori, me'dada ovqat borligi va x. k. Odatda kuyishdan keyin stenozlar qolgan bemorlarda og'iz va xalqum shilliq, pardasida ham tegishli o'zgarishlar kuzatiladi. Qizilo'ngach kardial sfinkteri ustidagi distal bo'lim, halqum-qizilo'ngach birikkan sohadagi proksimal bo'lim, shuningdek bifurkatsiya sathi eng qattiq zarar ko'radi. Qizilo'ngach shilliq pardasidagi qattiq ta'sirotda javoban qizilo'ngach devorlari spazmga uchrashi natijasida o'yuvchi moddaning turib qolishi qizilo'ngach distal bo'limining birmuncha jiddiy zararlanishiga olib keladi. Ishqorlardan zaharlanishda qizilo'ngachda eng og'ir o'zgarishlar yuz beradi, deb hisoblaydilar, chunki bularda kislotalardan kuyishdan farqli ravishda qoraqo'timning erib ketishi sodir bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Zararlanish darajasi zaharning miqdori va konsentratsiyasiga bog'liq. Refleks tarzida tezda qayt qilish tufayli yutilgan suyuqlik miqdori odatda unchalik ko'p bo'lmaydi, biroq og'iz, qizilo'ngach va me'daning qattiq kuyib qolishi sodir bo'lishi uchun bir necha tomchi kuchli kislota yoki ishqor kifoya qiladi. Shilliq parda giperemiyasi va shishdan keyin tezda qizilo'ngach devori nekrozi sodir bo'ladi. Nekrozlangan qismlar mayda-mayda zarralar va yirik bo'laklar holida kuygan to'qimadan ko'chib tusha boshlaydi. Ayrim hollarda yara hosil bo'lishi yuza, boshqa hollarda chuqur bo'ladi. Shilliq pardaning yuza zararlanishlari birmuncha tez epiteliylanadi. Chuqur zararlanishlari esa granulyatsiya va biriktiruvchi to'qima hosil qilib bitadi, yaralanish 8-10

kungacha saqlanib qoladi. Yaralar juda sekin bitadi. Rivojlanayotgan biriktiruvchi to'qima asta-sekin (2-6 oy ichida) chandiq (yamoq) hosil qiladi va bujmayadi.

Agar shikastlanish shilliq parda bilangina chegaralanib qolgan bo'lsa, qizilo'ngach bo'shlig'i toraymagan holda yuza chandiq hosil bo'ladi. Shilliq parda osti qavati va mushak qavati zararlanganda sklerozlangan, juda zich (Van Gekker bo'yicha qadoqsimon bujmayish), chuqur chandiqli to'qima hosil bo'ladi. Chandiqning ichki yuzasi notekis, rangsiz, ba'zan yara chaqasi bor. Chandiqli to'qimaning bujmayishi bir necha haftaga cho'ziladi. Qizilo'ngachning chandiqli o'zgarishlari, odatda, fiziologik toraymalar sathida: aksariyat o'rta (bronx-aortal) torayish sohasida, so'nra qizilo'ngachga kirish qismida yoki diafragmal teshik sohasida hosil bo'ladi. Shunday qilib, kuyishda patologik o'zgarishlarning shartli ravishda 4 bosqichini farq qilish mumkin: 1) shilliq parda giperemiyasi va shishi; 2) nekroz va yara hosil bo'lishi; 3) granulyatsiya; 4) chandiqlanish.

Klinik manzarasi. O'yuvchi ishqor yoki kislota ichilgan og'ir hollarda og'iz bo'shlig'i, halqumda, to'sh orqasida yoki epigastral soxada qattiq achishish va kuchli og'riq paydo bo'ladi. Lablar shishib ketadi, bemor ranggi bo'zaradi. Bradikardiya yuzaga keladi. Shok, hushdan ketish va o'lim yuz beradi. Agar 1-2 kun ichida o'lim sodir bo'lmasa, hiqildoq shishishi, shilliq va qon aralash yoki shilliq parda bo'lakchalarini qusish sababli og'ir nafas qisishi yuzaga keladi. Lablar va og'iz bo'shlig'i shishgan, qonab turadi. Harorat ko'tariladi. Yutinib bo'lmaydi. Qizilo'ngach teshilishi sababli qon oqadi, o'tkir mediastinit belgilari paydo bo'ladi. O'lim 3-4 kun o'tgach sodir bo'lishi mumkin.

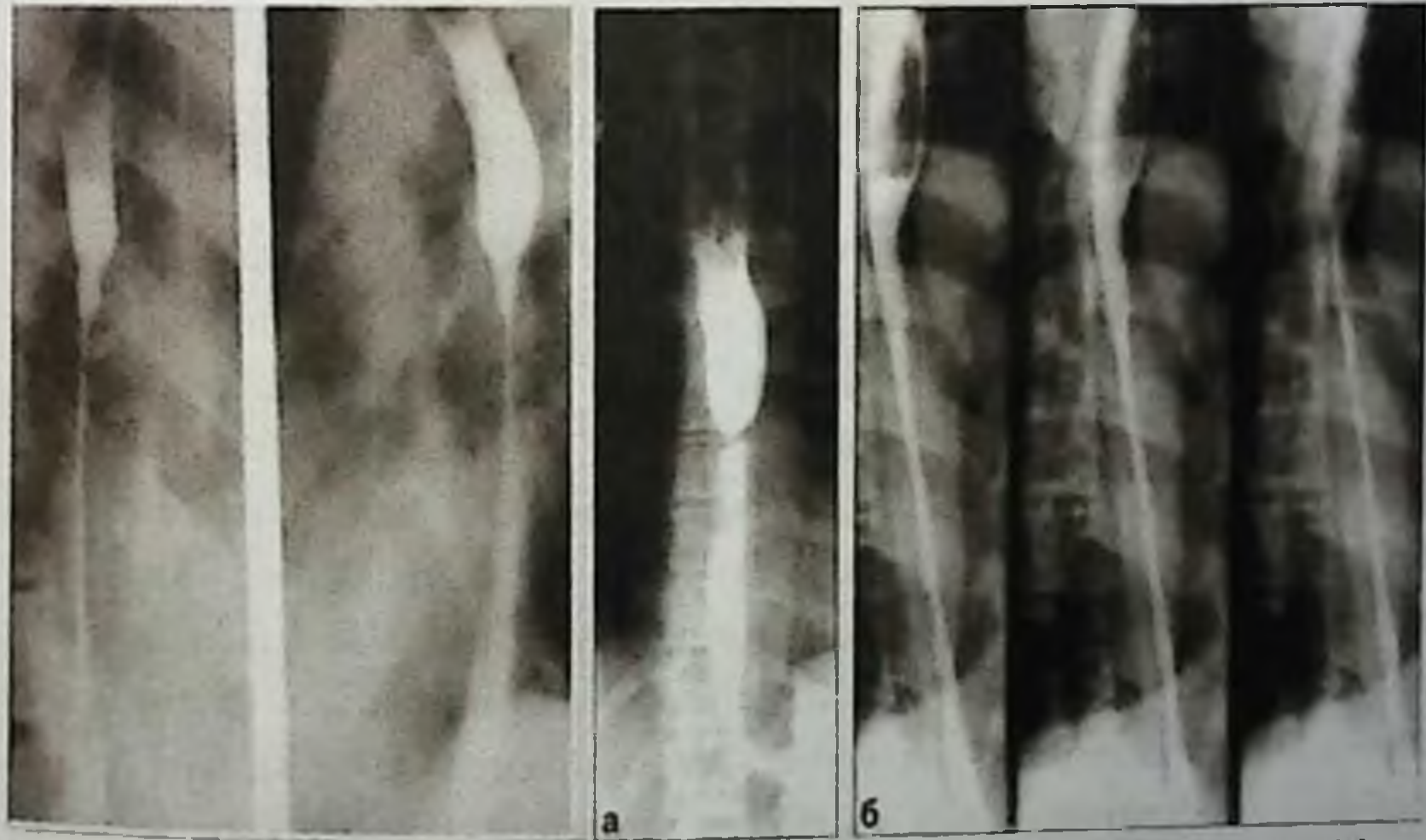
O'rtacha og'irlikdagi kechish hollarida bir necha kunlardan keyin og'riq kamayadi, biroq yutinish qiyinlashganicha qoladi, ko'p so'lak ajraladi yoki so'lak va qizilo'ngach shilliq pardasi bo'lakchalari qayt qilinadi. 10-20 kundan keyin bemor suyuqlikni asta-sekin yuta oladigan bo'lib qoladi, qizilo'ngach spazmlari keltirib chiqargan disfagiya kamayadi.

Ezofagoskopiyada pardalar bilan qoplangan, ba'zi joylarida eroziyasi, keyinroq chandiqli o'zgarishlari bo'lgan shilliq parda shishi ko'rinib turadi. Asta-sekin bemor bemalol yuta oladigan bo'ladi, biroq bir necha hafta o'tgach yana disfagiya paydo bo'ladi va u qizilo'ngachning chandiqli torayishi yuz berganda yanada kuchayadi: avvaliga qattiq, so'ngra esa suyuq

ovqatning ham o'tishi qiyinlashadi. Qizilo'ngachdan qusish avvaliga ovqat eyish vaqtida, keyin bevosita ovqatdan keyin ham yuz beradi.

Kasallikning kechikkan muddatlarida qizilo'ngachning asta-sekin kengayishi natijasida toraygan joydan yuqorida qizilo'ngachdan qusish qo'proq bo'ladi. Och qolish oqibatida bemorning umumiy ahvoli nochorlashadi: bemor nihoyatda ozib ketadi, doimiy ochlik sezgisiga azob beradigan tashnalik ham Qo'shiladi. Shunday qilib, qizilo'ngachning kuyishi 3 davrga bo'linadi: 1) o'tkir davr – shilliq pardada qizarish, shish va yara paydo bo'lish vaqtida; bu davrda kuchli og'riq sababli yutish mumkin bo'lmay qoladi; 2) o'rtacha o'tkir – granulyatsiya davri; bemor ichish va ovqat eyish imkoniyatiga ega bo'ladi, biroq yutish og'riq bilan o'tishi mumkin; 3) surunkali – qizilo'ngachning tobora torayishi, disfagiyaning qaytalanishi, ozib ketish davri.

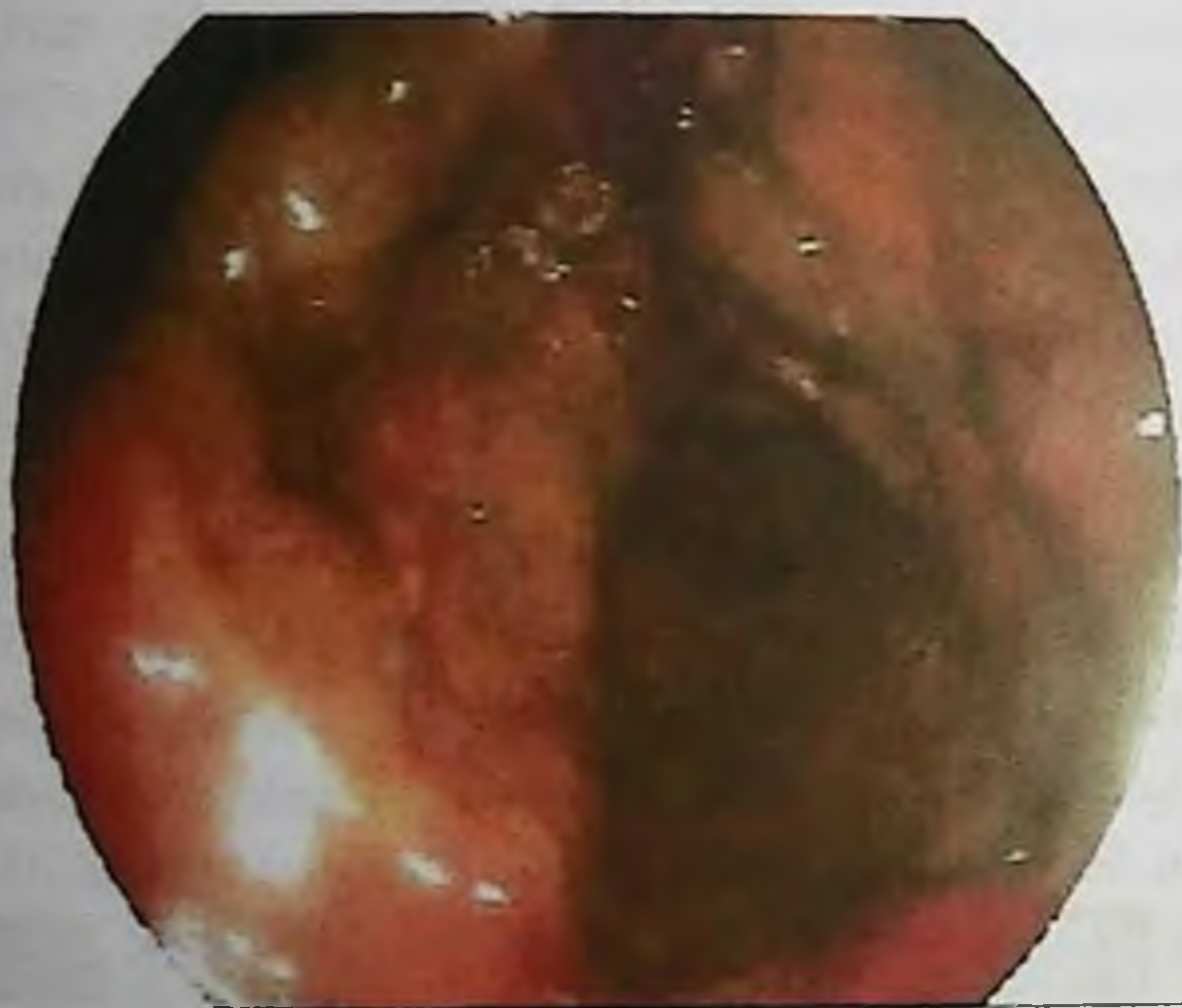
Rentgenologik tekshirish. Kamdan-kam rentgenologik tekshirish ob'ekti bo'ladigan qizilo'ngachning yangi kuyish hollarida shilliq parda burmalari shishini va lokal spazmlarni aniqlashga muvaffaq bo'linadi. Birmuncha kechikkan muddatlarda rentgenologik tekshirishda torayish bo'lgan joyni, darajasini, konturlarini aniq bilib olsa bo'ladi.



232 – rasm. Qizilo'ngach kuyishidan keyingi chandiqli torayishi.

Ezofagoskopiya. Halqasimon (eng ko'p uchraydigan formasi) torayishda ranggi o'rab turgan shilliq pardaga qaraganda ochroq fibroz halqa

topiladi. Toraygan bo'shliq odatda markazda joylashgan va ko'pincha yulduzsimon shakldagi chandiq bilan o'ralgan. Ba'zan torayish klapan shaklida bo'ladi. Ayrim hollarda kuyishdan keyingi stenozlarni rak stenozlaridan farq qilish qiyin bo'ladi. Torayish sohasi tepasida qizilo'ngachning ozmi-ko'pmi kengayganligi xavfli emasligidan dalolat beradi.



233 – rasm. Qizilo'ngach ximik kuyishining endoskopik ko'rinishi.

Kechishi va asorati. O'yuvchi ishqorlardan og'ir zaharlanishlarda bemorlar intoksikatsiya, shok, qizilo'ngach perforatsiyasi, yiringli asoratlar rivojlanishi va boshqa sabablardan nobud bo'ladilar. Qizilo'ngach va me'dadan og'ir qon ketish hollari asoratlar sifatida kuzatilishi mumkin. Kamdan-kam hollarda, odatda ishqorlardan kuyishda, qizilo'ngach – bronxial oqma yaralar paydo bo'ladi. Qizilo'ngachning kimyoviy moddalardan kuyishida aksariyat xirurgik davolashni talab qiladigan uning chandiqli torayishi eng ko'p uchraydigan asorat hisoblanadi. Qizilo'ngach torayishi bemorlarning anchagina holsizlanishiga olib keladi. Ayrim hollarda mediastinit, o'pka va plevra yiringli jarayonlari kabi asoratlar paydo bo'ladi.

Diagnostikasi unchalik qiyinchiliklar tug'dirmaydi. Anamnez va yo'qoimaydigan disfagiya rentgenologik tekshirish va ezofagoskopiya bilan

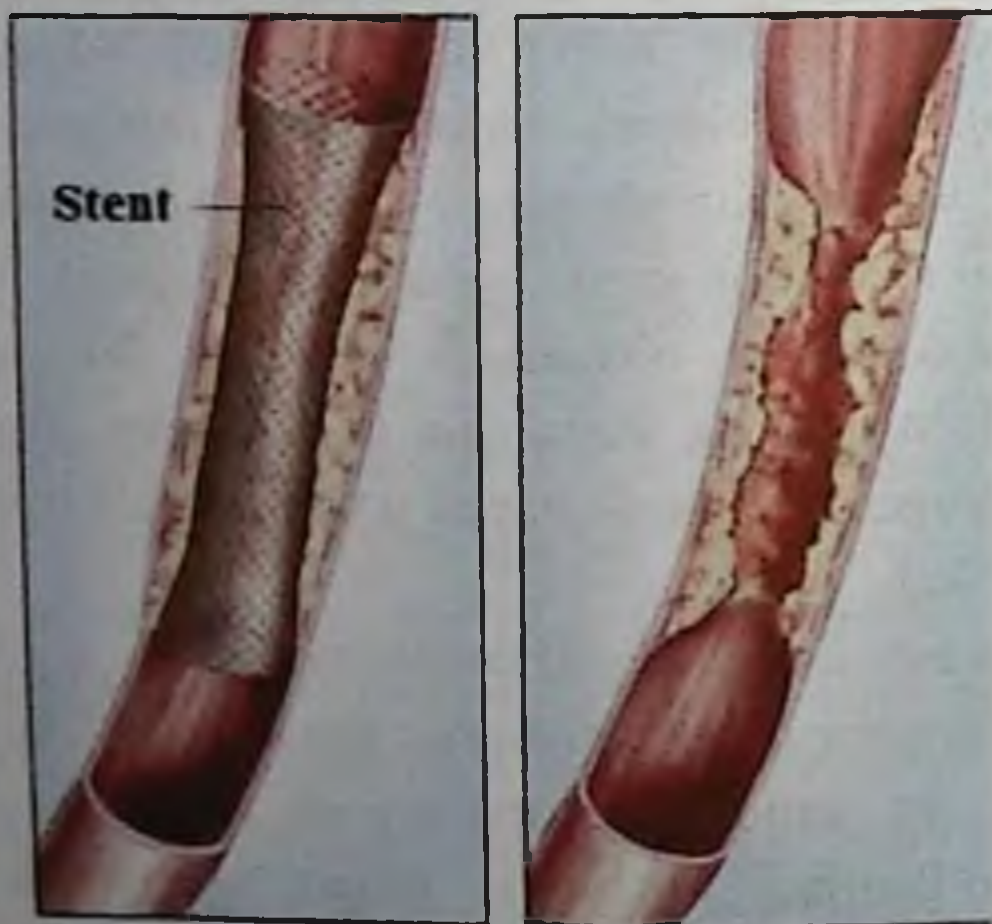
aniqlanadigan qizilo'ngach torayishining yetarli belgilaridan hisoblanadi. Davolash va profilaktikasi. Shoshilinch muolaja: tezlik bilan kasalxonaga yotqizish, morfin in'eksiyasi va suyuqlik kiritish hamda me'dani yuvish uchun ko'p qilib moy surtilgan me'da zondi kiritishdan iborat. Ishqorlar bilan zaharlanishda suyultirilgan sirka kislota eritmasi yoki o'simlik moyi bilan, kislotalardan zaharlanishda soda eritmasi bilan yuviladi. Shubhali hollarda me'da sut yoki bufer eritmalari bilan yuviladi. Zond kiritishdan avval kimyoviy modda tabiatiga ko'ra soda, sirka kislota yoki sutni ko'p miqdorda ichish buyuriladi. Neytrallaydigan modda kiritish zaharlanishdan keyin dastlabki 4 soat ichidagina maqsadga muvofiq deb hisoblanadi. Dastlabki kunlari hiqildoq shishishi, shok, aspiratsion zotiljam, periezofagit, mediastinit, buyrak zararlanishi, atsidoz sababli degidratatsiya yoki koma singari asoratlari davolanadi. Profilaktika maqsadida antibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, neomitsin) parenteral yuboriladi. Agar bemor 3 kun ichida suyuqlik icha olmasa, gastrostomiya qilish buyuriladi. Og'ir disfagiyada sutkasiga 2-3 l glyukoza eritmasi yoki 0,85%li NaCl eritmasi tayinlanadi. Sog'ayish davrida 1-2 hafta o'tgach rentgenologik tekshiruv o'tkazish qizilo'ngachning boshlanib kelayotgan torayishini aniqlashga imkon beradi.

Kimyoviy kuyishdan keyin qizilo'ngach strikturasini davolashning asosiy usuli bujlash hisoblanadi, bu usul 90-95 foiz bemorlarning sog'ayib ketishiga olib keladi. Kuyishning 9-11-kunidan boshlab bujlashga turi bo'yicha, kechikib bujlash qizilo'ngachning rivojlanib bo'lgan torayishini kengaytirish maqsadida o'tkaziladi. Bujlash 7-haftadan boshlanadi. Bujlashni qizilo'ngachning kuyishdan keyin strikturalari qolgan hamma bemorlarda toraygan joy orqali metall o'tkazgich kiritish mumkin bo'lgan hollarda o'tkaziladi.

Bujlashga monelik qiladigan hollar: mediastinit, qizilo'ngach-bronxial oqma yarasi. Barqaror klinik natija olish uchun bujlash bilan davolashni bir necha haftalar va xatto oylar mobaynida o'tkazish zarur bo'ladi va quyidagilar qo'llaniladi: 1) og'iz orqali «ko'rmasdan» bujlash; 2) qizilo'ngachni rentgen kontrast kovak plastmassa bujlar bilan bujlash; 3) ezofagoskop nazorati ostida bujlash; 4) «to'xtovsiz bujlash» tamoyili bo'yicha bujlash; 5) retrograd bujlash. Og'iz orqali «ko'rmasdan» bujlash

qizilo'ngachning yuqori va o'rta ko'krak bo'limlaridagi uncha katta bo'lmagan barmoqsimon strikturalarida qilinishi lozim.

Davolash maxsus bujlar yig'indisi yordamida o'tkaziladi. Agar buj oson o'tsa, keyingi gal raqamiga qarab yo'g'onroq buj kiritiladi. Bujlash usuli metall o'tkazgichlar va rentgenkontrast kovak bujlar qo'llanilganda takomillashtirilgan. U striktura yo'lini va bujning qizilo'ngach bo'yicha surilishini aniqlash uchun rentgenologik nazorat qilish imkonini beradi, bu hol muolaja samaradorligini oshiradi va qizilo'ngachning teshilish xavfini kamaytiradi. Ezofagoskop nazorati ostida bujlash o'tkazgichni kiritish qiyinlashgan eksentrik joylashgan strikturada, buralgan torayish kanalida, ro'y-rost suprastenotik kengayishda bajarilishi kerak. «To'xtovsiz bujlash» naysimon, buralma yoki ko'p sonli strikturalari bor bemorlarda gastrostoma orqali qo'llaniladi. Og'iz orqali kiritilgan va gastrostoma orqali kiritilgan ipak ipga turli xil diametrdagi rezina naychalar mahkamlanadi. Ularni to'g'rilab, toraygan qism orqali o'tkaziladi va bir necha soatcha qoldiriladi. Gastrostoma orqali retrograd bujlash xavfsizroq hisoblanadi va bemorlar ularni osonroq, ko'taradilar. Ayrim bemorlarda ezofagit hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin. Qizilo'ngach teshilishi va mediastini rivojlanishi bujlashning xavfli asorati hisoblanadi.



234 – rasm. Qizilo'ngach chandiqli strikturasini stentlash.

Qizilo'ngachning chandiqli strikturalarida operatsiyaga ko'rsatmalar:
1) qizilo'ngach bo'shlig'ining to'liq, obliteratsiyasi (berkilib qolishi); 2)

striktura orqali buj o'tkazishga bir necha marta muvaffaqiyatsiz urinishlar; 3) takroriy bujlashdan keyin chandiqli strikturalarning tez qaytalanib turishi; 4) traxeya yoki bronx bilan qizilo'ngach oqma yaralari borligi; 5) bujlashda qizilo'ngachning takroriy teshilishi. Bemor juda ozib ketganda davolashning birinchi bosqichi sifatida unga gastrostoma qo'yiladi.

Operatsiya usulini tanlashda bemorning yoshi va umumiy holati, qizilo'ngachning toraygan joyi va uning qancha sohani egallagani hisobga olinadi. Ko'pchilik bemorlarda bir bosqichli plastik operatsiyalar o'tkaziladi. Ko'p bosqichli plastikani esa, holsizlangan bemorlarda bajariladi. Segmentar strikturalarda qizilo'ngachda har turli qisman plastik operatsiyalar qilinadi. Qizilo'ngachning quyi qismi yoki kardiyasi zararlanganda quyidagilar: chetki qizilo'ngach-me'da anastomoz qo'yish, zararlangan qismni rezeksiya qilish va uni me'daning katta egriligidan hosil qilingan naycha, ingichka yoki yo'g'on ichakdan olingan transplantat bilan almashtirish qo'llaniladi.

Halqum, qizilo'ngachning buyin yoki bo'yin-ko'krak bo'limi zararlanganda proksimal qisman plastika bajariladi. Ingichka va yo'g'on ichaklardan olingan transplantatlardan foydalaniladi. Transplantatning bir uchini qizilo'ngachning toraygan joyidan yuqorida, boshqa qismini undan pastda anastomoz qilinadi. Striktura ko'p joyi egallagan hollarda ingichka yoki yo'g'on ichakdan olingan transplantatni to'sh oldida va to'sh ichida (retrosternal, plevra ichi, mediastinum orqasida) joylashtiriladigan total plastika qilish tayinlanadi.

Kuyish sodir bo'lganidan 2 yil o'tmasdan sun'iy qizilo'ngach vujudga keltirishga kirishmaslik kerak. Shu muddat o'tgandan keyingina qizilo'ngachning chandiqlanish darajasi aniqlanishi mumkin va shakllanib bo'lgan chandiqli to'qimaning qizilo'ngach bo'shlig'ini konservativ usullar bilan kengaytirishga imkon bermasligi ma'lum bo'ladi.

Qizilo'ngach divertikullari

Qizilo'ngach divertikullari – qizilo'ngach devorining chegaralangan bo'rtib chiqqan joylaridir. So'nggi vaqtlarda qizilo'ngach divertikullari, ilgari tasavvur qilinganidek, kam uchraydigan kasallik emasligi aniqlandi. Bu klinik amaliyotga rentgenologik tadqiqotlarning keng joriy qilinishi, aholining profilaktik maqsadlarda yalpi rentgenologik tekshiruvlardan o'tkazilishi bilan bog'liq.

Rokitansky, 1840 yildayoq divertikullarni pulsion va traksion turlarga bo'lgan edi. Pulsion divertikullar qizilo'ngach bo'shlig'ida uning qisqarishlari vaqtida paydo bo'ladigan bosim ta'siri ostida qizilo'ngach devorining bo'rtib chiqishi natijasida hosil bo'ladi, traksion divertikullarning paydo bo'lishi esa atrof to'qimalardagi yallig'lanish jarayoni va qizilo'ngach devorini kasal a'zo yo'nalishida tortadigan chandiقدar hosil bo'lishi bilan bog'liq (o'pka ildizlari sohasida limfatik tugunlarga tomon yo'nalishda yoki bu tugunlar sildan zararlanganda yuz beradigan traxeya bifurkatsiyasida). Ko'pchilik tadqiqotchilar traksion mexanizm divertikul rivojlanishining boshidagina kuzatiladi, deb hisoblaydilar. Keyinchalik divertikul kattalashadi va pulsion mexanizm ta'siri ostida o'z shaklini o'zgartiradi. Bu xildagi divertikullar pulsion-traksion divertikul nomini olgan.

Qizilo'ngach divertikullarini pulsion, traksion va aralash (pulsiontraksion) turlarga bo'lish bilan birga ularning joylashuvi bo'yicha klassifikatsiyasi ham qabul qilingan. Shu tariqa halqum-qizilo'ngach yoki senker divertikullari, epibronxial (bifurkatsion, o'rta qizilo'ngach), epifrenal (epidiafragmal) va boshqa kam uchraydigan xillari farq qilinadi. Shuningdek tug'ma va orttirilgan, haqiqiy va soxta divertikullar farq qilinadi. Tug'ma divertikullar kamdan-kam uchraydi. Ko'pchilik hollarda ular orttirilgan bo'ladi.



235 – rasm. Halqum-qizilo'ngach, senker divertikulining sxematik, endoskopik va rentgenologik ko'rinishi.

Devori normal qizilo'ngach devorining xamma qatlamlarini saqlagan divertikullar «haqiqiy», devori mushak qatlamidan mahrum bo'lgan divertikullar «soxta» degan nom olgan. Soxta divertikullar prognostik

jihatdan yomonroq, chunki qisilib qolishi, cho'zilishi va hatto teshilishi mumkin. Qizilo'ngach divertikullari aksariyat 5 dan 70 yoshgacha, ayollarda erkaklarga nisbatan birmuncha qo'proq uchraydi. Halqum-qizilo'ngach divertikullari ko'pincha ulami batafsil tasvirlagan Zencer nomi bilan senker divertikullari deyiladi. Halqum-qizilo'ngach divertikullari aslini olganda halqum distal bo'limining divertikullari hisoblanadi, biroq, ulaming paydo bo'lishi ko'pincha qizilo'ngach funksiyasining buzilishi bilan o'tadi, shuning uchun qizilo'ngach patologiyasini bayon qilishda ushbu kasallik ustida to'xtalib o'tish o'z-o'zidan joiz hisoblanadi.

Senker divertikuli paydo bo'lishida, aftidan, mexanik omil – ovqat luqmasining halqum devorining kuchsiz joyini ko'p bosib tinish, ehtimol, halqum mushaklari va qizilo'ngachga kirish qismidagi mushaklar qisqarishining uyg'unligi buzilishi asosiy ahamiyat kasb etsa kerak. Ayrim mualliflar halqum, halqum-qizilo'ngach divertikullari rivojlanishida embriologik shartsharoitlarning ahamiyatiga ishora qilib, embrionda halqum devoridagi shu xildagi bo'rtmalarni qayd qiladilar. Patologik anatomiyasi. Divertikul asta-sekin bir necha yillar ichida rivojlanadi. Halqum quyi bo'limi orqa devorida hosil bo'lgan divertikul qizilo'ngachning orqa devori va umurtqa pog'onasi orasida pastga tushadi.

Divertikul teshigi odatda enlik va halqumning to'g'ridan-to'g'ri davomi hisoblanadi va qizilo'ngach kirish qismi oldinga, hiqildoqqa siljigan. Divertikul katta-kichikligi har xil – kichkina botiqlikdan to nok kattaligigacha bo'ladi. U ovqat bilan to'lganda qizilo'ngachni oldinga qisib qo'yadi va yutishni juda qiyinlashtiradi. Divertikul qopchasida mushak tolalari bo'lmaydi va odatda atrofdagi to'qimalar bilan yopishib ketmagan bo'ladi. Divertikulning ichki yuzasi halqum shilliq pardasi bilan qoplangan. Ba'zan yuzasida eroziyalari bilan donador yoki yassi chandiqlari bo'ladi.

Klinik manzarasi. Kichik divertikul bir necha yilgacha yuzaga chiqmasligi yoki halqumda achishish, qirilish sezgisi, yo'tal, halqumda yot jism bordek his qilish, yutinish buzilishi, ko'p so'lak oqishi, og'izdan badbo'y hid kelishi, ko'ngil aynishi kabi simptomlarni paydo qilishi mumkin. Ko'ngil aynish belgisi ba'zan me'da kasalligi to'g'risida o'ylashga majbur etadi. Divertikul qopchasi kattalashuvi bilan bir vaqtda yutishning buzilishi paydo bo'ladi. Bemorga hiqildoq orqasida ovqat to'xtab qolayotgandek tuyuladi, agar qopcha katta bo'lsa, qizilo'ngachning yuqori

qismida to'xtab qolayotgandek bo'ladi. Ovqat luqmasi to'xtashi Bensaude va Gregorie «Blokada fenomeni» deb tasvirlagan qator simptomlar bilan o'tadi: bemor yutish harakatlari qiladi, shundan keyin yuzi qizarib, nafasi qisa boshlaydi, qayt qilganidan keyin yengil tortadi. Agar qayt qilmasa, boshi aylanadi, qisman hushdan ketish holati yuzaga keladi. Regurgitatsiya yoki qayt qilish har kuni bo'lsada, ovqat divertikulda kamdan-kam bir necha kun turib qoladi. Divertikul suyuqligining regurgitatsiyasi va uning nafas yo'llariga tushishi aspiratsion zotiljam kasalliklariga sabab bo'ladi.

Boshqa simptomlardan qaytuvchi nerv bosilishi oqibatida paydo bo'ladigan tovush bug'ilishi, traxeyaning bosilishi sababli nafas olish qiyinlashuvini ko'rsatib o'tish mumkin. Umumiy holat bir necha yilgacha unchalik o'zgarmay qoladi. Qator hollarda bemor ozib ketadi. Ko'zdan kechirilganda ko'pincha bo'yinda bo'rtib chiqqan joy ko'rinadi (bosh orqaga tashlanganda). Ba'zan u bo'qoqni eslatadi. Bo'rtma yumshoq konsistensiyali bo'lib, bosilganda kichiklashadi. Bemorga suv ichirib bo'rtib chiqqan joy unib ko'rilganda chayqalish shovqinini eshitish mumkin (Kuper belgisi).

Rentgenologik tekshirishda kontrast modda divertikulni to'ldiradi, so'ngra esa qizilo'ngachga o'tadi. To'lgan divertikul qizilo'ngachning orqa yoki yon tomonidan ko'rinib turadi.

Kechishi va asoratlari. Kasallik juda sekin kechadi. Bemor tobora ozib ketadi. Aspiratsion zotiljam, o'pka absessi ko'p uchraydigan asoratlardan hisoblanadi. Divertikulning eroziyalangan shilliq pardasidan qon oqishi, peridivertikulit va periezofagit, stenokardiya paydo bo'lishi ehtimol. Poliplar va rak rivojlangan hollar tasvirlangan. Ko'p hollarda bemor juda ozib ketadi, holsizlanish orta boradi, divertikul bo'shlig'ida ovqat qoldiqlari doimo yig'ilib turishi va ularning parchalanishi sababli yallig'lanish jarayoni – divertikulit rivojlanishi mumkin, bu o'z navbatida yiringli mediastinit va sepsis sababchisi bo'lishi mumkin. Qizilo'ngachning uchdan bir o'rta qismidagi divertikul, o'pka ildizi sathida bo'lib, qizilo'ngach bosh bronx bilan kesishadigan joydan bir oz yuqoriroqda joylashadi. Shuning uchun ular ba'zan epibronxial divertikullar deb ataladi. Qizilo'ngach o'rta qismidagi divertikullar traksion turga taalluqli bo'ladi, ya'ni ularning kelib chiqishida ko'ks oralig'idagi turli yallig'lanish jarayonlarida vujudga keladigan va qizilo'ngach devori qismini u yoki bu

yo'nalishda tortadigan (o'pka va plevra kasalliklarida, o'pka sili, plevrit, zotiljam) bitishmalarga katta ahamiyat beradilar. Ba'zan qizilo'ngachning bu bo'limida sof pulsion divertikullar kuzatiladi. Ularning paydo bo'lishida qizilo'ngach innervatsiyasi buzilishi yoki reflektor ta'sirlar natijasida unda motorikaning izdan chiqishi asosiy ahamiyatga ega bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Qizilo'ngach o'rta uchdan bir qismining divertikuli, devorlarining konussimon yoki yumaloq bo'rtib chiqishi bilan ifodalanib, ular yuqoriga yo'nalgan, traxeya yoki boshqa a'zolar bilan biriktiruvchi to'qima bitishmalari orqali yopishgan. Bu divertikullarning diametri 1-2 sm va ahyon-ahyonda undan kattaroq, ular ko'p sonli bo'lishi mumkin. Divertikul devori qizilo'ngach devoriga o'xshash tuzilgan. Shilliq pardasi aksari giperemiyalangan, eroziyalari ham bo'lishi ham mumkin. Bunday divertikulning odatda bo'yni bo'lmaydi va qizilo'ngach bo'shlig'i bilan keng tutashib turadi, shunga ko'ra ularda ovqat tutilib va turib qolishi kamdan-kam bo'ladi.

Klinikasi. Bunday divertikullar ko'pincha klinik jihatdan hech qanday belgilar bilan yuzaga chiqmaydi, yutishning qiyinlashuvi, to'sh orqasidagi og'riq, qon ketishi kam bo'ladi. Agar bifurkatsion divertikullarning o'lchami kattalashib ketsa, ular og'ir azoblar keltirib chiqarishi mumkin. Bu xildagi divertikullar tamoman osoyishta kechadi. Ayrim hollardagina yiringlanish va abscess hosil bo'lishi kabi asoratlar qayd qilinadi, biroq divertikullarning atrofidagi ko'p miqdordagi biriktiruvchi to'qimadan iborat bitishmalar yiringlikning tarqalib ketishiga yo'l qo'ymaydi. Yiringlikning bronxlar va bronx-qizilo'ngach fistula (oqma) si hosil bo'lishi, teshilishi (perforatsiya) juda kamdan-kam kuzatiladi. Yiringlikning qizilo'ngachga yoki aortaga yorilishi bundan ham kam uchraydi.

Qizilo'ngachning quyi uchdan bir qismi divertikullari (epifrenal) aksariyat qizilo'ngach ampulasidan yoki bevosita ampula tepasida joylashgan qismdan paydo bo'ladi yoki bundan ham proksimal qismida joylashuvi mumkin. Epifrenal divertikullar ko'pchilik hollarda pulsion hisoblanadi.

Patogenezi. Ko'pgina tadqiqotchilar traksion divertikullardan farqli o'laroq, epifrenal divertikullarning paydo bo'lishini ovqat bo'laklarining qizilo'ngach devoridagi eng sust joylarni (mushak tutamlari ajralishi, tomirlar o'tadigan joy) bosib turishi bilan bog'laydilar. Ayrim mualliflar

qizilo'ngach mushak devorining tug'ma zaifligiga katta ahamiyat beradilar. Jackson ovqat bo'lagining bosimigina emas, balki «diafragma» sfinkteri qisqarishlarining buzilishi ham patogenetik jihatdan ahamiyatga ega deb hisoblaydi.

Patologik anatomiyasi. Epifrenal divertikullar qizilo'ngachning o'rta uchdan bir qismidagi divertikullarga qaraganda yirikroq bo'ladi. Faqat ayrim hollardagina ular katta bo'ladi va ularning sig'imi 100, hatto 200 ml ga etadi. Epifrenal divertikullar katta o'lchamli bo'lganida ham, ularda ovqat qoldiqlarining uzoq vaqt tutilib qolishi va buzilishi kamdan-kam kuzatiladi. Bu ularning diafragma va yurakka yaqin joylashganligi bilan izohlanadi: diafragma harakatlari va yurakning urib turishi epifrenal divertikulga o'tadi va ularning bo'shliqlari ritmik ravishda kichrayadi va kattalashadi, bu ularning bo'shalishiga imkon beradi. Shilliq, pardasi ko'pchilik hollarda o'zgarmagan Qo'shni a'zolar bilan yopishib ketish hodisalari odatda yo'q. Klinikasi. Ko'pincha divertikullar unchalik jiddiy buzilishlar keltirib chiqarmaydi va rentgenologik tekshiruv vaqtidagina aniqlanadi. 15-20% bemorlarda noxush sezgi suyuqlik ichilgandan yoki qoringa bosilgandan keyin yo'qoladi. Ba'zan to'sh sohasida og'riq sezgisi, qayt qilish, aerofagiya, yo'tal, ishtaha yo'qolishi va ko'ngil aynishi kuzatiladi, qizilo'ngachdan qusish yuz berishi ham mumkin. Katta hajmdagi divertikul qizilo'ngachni bosib qo'yishi mumkin, shunga ko'ra ko'krakda og'riq (ayniqsa ovqatdan keyin) paydo bo'ladi, bu yurak urishi, nafas qisishi bilan o'tadi. Bu simptomlar divertikul bo'shalgandan keyin yo'qoladi.

Divertikullar rentgenologik jihatidan oson aniqlanadi. Bevosita diafragma ustida qizilo'ngach devorining turli o'lchamdagi bo'rtib chiqqan yumaloq yoki tuxumsimon konturlari aniqlanadi. Kasallik juda sekin kechadi. Ko'p hollarda divertikul o'lchami asta-sekin kattalashadi. Epifrenal divertikullarni diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralaridan farq qilish lozim. Kamdan-kam hollarda unchalik katta bo'lmagan divertikullarni qizilo'ngach yarasidan farq qilishda qiyinchilik vujudga keladi. Divertikul bilan megaezofagus (kardiya axialaziyasi) belgilarining birmuncha o'xshashliklari bor.

Xalqum-qizilo'ngach divertikullariga davo qilish – konservativ. Davolash parhezga qat'iy rioya qilish, divertikulni drenajlash, yuvishdan iborat va operatsiya qilib davolashga monelik bo'lgandagina qo'llaniladi.

Operatsiya qilmasdan davolashda o'lim, divertikuldagi turli xil asoratlarga bog'liq va 33%ni tashkil etadi.

Operatsiya qilib davolash divertikulni kesish yoki invaginatsiya qilishdan iborat. Divertikuldagi yallig'lanish hodisalarini to'xtatishga qaratilgan konservativ davolash eng zarur tadbir hisoblanadi (qattiq parhez, 7-10 kungacha yallig'lanishga qarshi vositalar va antibiotiklar ishlatish). To'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakning oldingi cheti bo'ylab kesiladi, qalqonsimon bez chap bo'lagini yuqoriga va o'ngga suniladi. Oldin quyi qalqonsimon arteriyani bog'lab m. omohyoideus ni yuqoriga suriladi. Shundan keyin jarohatda qizilo'ngach va divertikul ko'rinib turadi. Divertikulni hamma tomondan bo'ynigacha ajratiladi, choklar bilan tikiladi va kesib olib tashlanadi T. A. Suvorova UKL-40 apparati yordamida mexanik chokdan foydalanishni tavsiya etadi. Divertikul olib tashlangandan keyin mushaklar va fassiyalarga choklar solinadi. Jarohatni pishiq qilib tikiladi. Ovqat eyish va suyuqlik ichishga 3-4 sutkalaming oxiriga kelib ruxsat beriladi. Divertikul invaginatsiyasi (Girard) – divertikulni qizilo'ngach bo'shlig'iga joylashdan iborat. Bunday operatsiyani unchalik katta bo'lmagan divertikullardagina qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda qizilo'ngach divertikullarini operatsiya yo'li bilan davolashdagi xavf-xatar birmuncha yuqori. Shuning uchun divertikullarni taxminan 10-15% bemorlarda operatsiya qilinadi, xolos. Yaxshi bo'shalmaydigan, ko'pincha yallig'lanib turadigan va ro'yi rost klinik belgilari bo'lgan o'lchami katta divertikul xirurgik davolash uchun ko'rsatma hisoblanadi. Parabronxial divertikullarni o'ng tomonlama torakotomiya bilan VI qovurg'alar orasida, epifrenal divertikullarni chap tomonlama torakotomiya bilan VII-VIII qovurg'alar orasida operatsiya qilgan ma'qulroq. Plevra bo'shlig'i ochilgandan keyin mediastinal plevra qirqiladi, qizilo'ngach topiladi. Qizilo'ngachga burun orqali zond kiritiladi va uni havo bilan kengaytiriladi. Bu divertikulni topish va ajratishni birmuncha osonlashtiradi. Divertikulni oyoqchasigacha ajratiladi. Diametri 2 sm gacha bo'lgan divertikullar jimjimador choklar bilan tikilishi mumkin. O'lchami 2 sm dan katta divertikullar esa olib tashlanadi. Divertikul bo'ynini uzluksiz yoki boshqacha chok bilan tikiladi, katta divertikullarda mexanik chok qo'llaniladi. Choklarning ikkinchi qatorini qizilo'ngachning mushak pardasiga qo'yiladi. Choklarning chizig'ini parietal plevra (Depk), o'pka

to'qimasi (Nissen), diafragma laxtagi (B. V. Petrovskiy, T. A. Suvorova), kapron devor (A. A. Vishnevskiy) va shu kabilar bilan mahkamlanadi. Bu tadbirlar choklaming silitib ketmasligi uchun qilinadi. Operatsiyadan keyingi asoratlari qatoriga yana zotiljam va qizilo'ngach torayishini kiritish mumkin.

Qizilo'ngach o'smalari

Qizilo'ngach o'smalari: xavfsiz va xavfli o'smalarga bo'linadi. Qizilo'ngachning xavfsiz o'smalari kamdan-kam uchraydi. Palmer ma'lumotlariga binoan adabiyotda qizilo'ngach xavfsiz o'smalarining qariyb 350 hodisasi tasvirlangan. Qizilo'ngachning xavfsiz o'smalari qo'proq, erkaklarda uchraydi. O'smalar aksariyat qizilo'ngachning yuqori uchdan bir va o'rta qismida joylashadi.

Morfologik tuzilishi jihatidan bu o'smalar epitelial o'smalar qatoriga kiradi. Bularga qizilo'ngach poliplari, biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan o'smalar (fibroma, fibrolipoma), tomir to'qimasidan kelib chiqqan o'smalar (gemangioma), nerv to'qimasidan paydo bo'lgan o'smalar (neyrofibroma), mushak to'qimasidan hosil bo'lgan o'smalar (leyomioma) kiradi. Qizilo'ngachda aksariyat leyomiomalar (70% hollarda) rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Qizilo'ngachning xavfsiz o'smalari paydo bo'lishi, umuman o'smalarning paydo bo'lishi singari, etarlicha o'rganib chiqilmagan. Bu o'rinda juda issiq, qattiq va achchiq ovqatlar iste'mol qilish natijasida qizilo'ngach shilliq pardasining surunkali tarzda ta'sirlanib turishining ahamiyatini qayd qilib o'tish lozim.

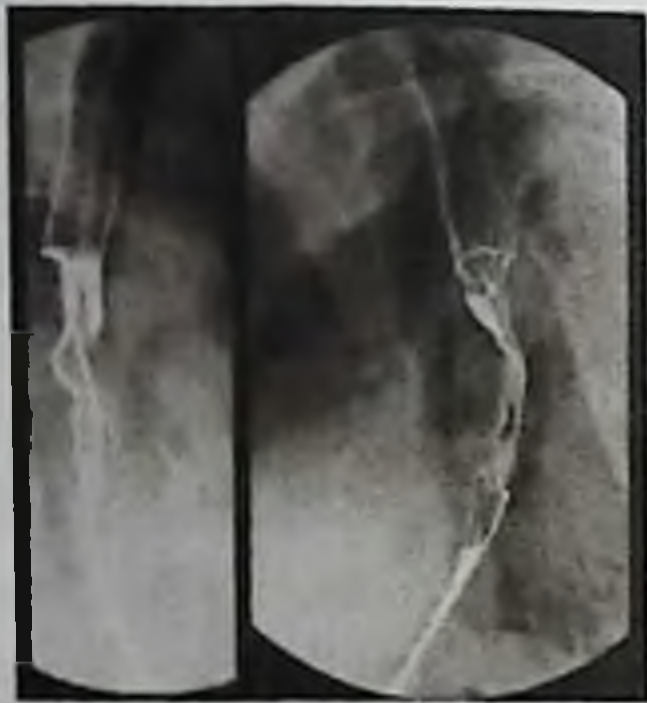
Patologik anatomiyasi. Qizilo'ngachning xavfsiz o'smalari yakka va ko'p sonli bo'lishi mumkin. Bo'shliq ichidagi (intramural, shilliq pardadan tashqaridagi) xavfsiz o'smalar farq qilinadi. Ko'pchilik hollarda bo'shliq ichi o'smalari uchraydi. Ularda oyoqcha bo'lishi ham, bo'lmasligi ham mumkin. Oyoqchali o'smalar (aksariyat fibromalar) odatda qizilo'ngachning eng proksimal yoki distal bo'limida joylashadi. O'smaning o'lchamlari birmuncha katta. Eng yirik o'smani (leyomioma) Kepper tasvirlagan, uning og'irligi 1 kg 420 g bo'lgan. Leyomiomalar ko'p uchraydi, ular yakka-yakka va ko'p sonli tugunlar ko'rinishida bo'ladi. Qizilo'ngach devorining butun mushak qatlami ichiga diffuz kirgan ko'p sonli mayda tugunchalar ko'rinishidagi tarqalgan leyomiomatoz ham uchray turadi. Leyomiomalarning yuzasi odatda silliq, yumaloq tuzilmalar

ko'rinishida, atrofdagi to'qimadan yaxshi chegaralangan, ular tartibsiz joylashgan mushak tolalari yoki ularning tutamlaridan iborat bo'lib, orasida ba'zan nekrozga uchragan qismlar, qon quyilishlar va ohaklangan qismlar uchraydi. Lipomalar yog' to'qimadan tashkil topgan bo'lib, kuchsiz stromasi bor, bo'laksimon tuzilgan.

Klinik manzarasi. Qizilo'ngachning unchalik katta bo'lmagan o'smalari simptomlarsiz o'tadi va me'da-ichak yo'lini rentgenologik tekshirishda, operatsiyalar yoki ochish vaqtida tasodifan topiladi. Eng ko'p uchraydigan disfagiya simptomi odatda vaqti-vaqtida yuzaga chiqadi va ko'p yillar ichida juda asta-sekin orta boradi (bu hodisa rakda juda kam uchraydi). To'sh orqasidagi og'riq, bosilish va to'lib ketish sezgisi, dispeptik hodisalar bundan keyingi o'rinda turadi. Poliplar va gemangiomalardan ba'zan profuz qon ketishi ehtimoli bor. Qizilo'ngachning proksimal bo'limida joylashadigan uzun oyoqchali poliplar qayt qilishda og'iz bo'shlig'iga, halqum va hiqildoqqa chiqib qolishi mumkin. Polip halqum yoki hiqildoqqa tushganda qattiq yo'tal xuruji, asfiksiya, ba'zida o'lim yuz berishi mumkin. Qizilo'ngachning katta xavfsiz o'smalari traxeo-bronxial shoxni bosib qo'yishi va o'pkaning yallig'lanish kasalliklariga, atelektazlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Traxeya, bronxlar, nervlar, yurak va ko'ks oralig'idagi boshqa a'zolarning qizilo'ngach devoridan tashqarida o'sayotgan o'smadan bosilishi natijasida nafas qisishi, yo'tal, yurak urishi, yurak sohasida og'riq va boshqa buzilishlar paydo bo'lishi mumkin. Qator hollarda o'sma ustidagi shilliq pardada nekroz, yallig'lanish va yaralar hosil bo'lishi kuzatiladi.

Rentgenologik tekshirish. Qizilo'ngach polipozi qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalari rentgenologik manzarasini eslatishi mumkin. Polipning rentgenologik belgilari quyidagilar: 1) unchalik katta bo'lmagan yumaloq yoki oval to'lish nuqsoni; 2) oyoqchasi bo'lganda bu nuqsonning muayyan chegaralarda siljishi; 3) qizilo'ngach peristaltikasi buzilmagan; 4) qizilo'ngach devorlarining qayishqoqligi saqlanib qolgan; 5) qizilo'ngach bo'shlig'ining polip sathida duksimon kengayganligi; 6) ko'krak oralig'i soyasining kengayganligi. Qizilo'ngachning shilliq parda ostidagi qavatida joylashgan juda kichkina lipomalar (0,2-0,3 sm) rentgenologik jihatdan aniqlanadigan o'zgarishlar hosil qilmasligi mumkin. Katta o'lchamdagi lipomalar tipik to'lish nuqsoni bilan qizilo'ngach bo'shlig'ining bekilib

qolishiga sabab bo'ladi. Ezofagoskopiya o'sma odatda osonlikcha aniqlanadi. Shilliq parda o'zgarmagan, biroq uning ovqat bo'lagidan shikastlanib turishi sababli yallig'lanish va yara-chaqalardan asarlar qolishi mumkin.



236 – rasm. Qizilo'ngach o'smasining rentgenologik ko'rinishi.

Diagnozi. Qizilo'ngachning xavfsiz o'smalariga rentgenologik va ezofagoskopik tekshirish asosida, shuningdek kasallikning klinik manzarasiga suyanib diagnoz qo'yiladi. Qizilo'ngachning xavfsiz o'smasini rakdan farq qilish aksariyat qiyin bo'ladi. Bunday hollarda disfagiyaning qancha vaqtdan buyon borligi, bemorning umumiy holatiga (tobora ozib ketish-ketmasligi, ishtaha aynishi – go'shtdan voz kechish, qonda o'zgarishlar – EChT tezlashuvi), o'mrov ustidagi limfatik bezlarning holatiga ahamiyat berish va rentgen suratlarni qunt bilan tahlil qilish zarur. Xavfsiz o'smalar silliq konturga, qator hollarda uzun oyoqchaga ega.

Ular atrofidagi shilliq parda qayishqoqligini va o'ziga xos tasvirini saqlab qoladi. Biroq faqat rentgenologik tekshirishlar ma'lumotlariga asoslanib rak borligini yoki yo'qligini hamisha ham bilib bo'lmaydi, chunki xavfli o'smalar kam oyoqchada joylashgan va etarlicha silliq konturlarga ega bo'lishi mumkin. Birmuncha ishonchli ma'lumotlar ezofagoskopiya olinishi mumkin. Shubhali hollarda biopsiya qilinadi, o'smaning xavfsiz xarakteriga shubha qilinganda biopsiyani nihoyatda ehtiyotlik bilan o'tkazish lozim, chunki gemangiomalarda kuchli qon oqishlar yuz berishi mumkin. O'smaning aynishi yoki boshqa asoratlar paydo bo'lishining oldini olish (qon oqishi, yallig'lanish va x. k.) uchun xirurgik davo (hatto

o'smaning o'lchamlari kichik va simptomlari kam bo'lsa-da) qilinadi. Oyoqchali o'smani ezofagoskop yordamida olib tashlash mumkin.



237 - rasm. Qizilo'ngach-me'da sohasidagi karsinoma (endoskopiya).

Qizilo'ngach ko'krak bo'limining intramural o'smalarida torakotomiya talab etiladi. O'smaning xarakteri, o'lchamlari va joylashuviga ko'ra uning enukleatsiyasi yoki qizilo'ngach rezeksiyasi operatsiyasi o'tkaziladi. Qizilo'ngach devoridagi katta nuqsonlar o'mini to'ldirish uchun alloplastika (E.N. Vansyan) yoki diafragma laxtagi bilan plastika qilinadi. Qizilo'ngach xavfsiz o'smalarini olib tashlash operatsiyasidan keyingi davr odatda asoratlarsiz o'tadi. Keyinchalik o'smaning qaytalanish hollari qayd qilinmagan. Xulosa qilib shuni aytish kerakki, qizilo'ngachning xavfsiz o'smalarini diagnostika qilishda klinik ma'lumotlarga oqilona baho berish bilan birga zamonaviy tekshirish usullarini qo'llanishining ahamiyati katta. O'smalarning xavfli aynishga uchrash imkoniyatini bartaraf qilish uchun ularni iloji boricha erta olib tashlash zarur.

O'PKA VA PLEVRA KASALLIKLARI

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

O'pka – juft a'zo bo'lib, ikkala o'pka ham ko'krak qafasi ichida joylashgan. O'ng o'pkani chap o'pkadan ko'ks oralig'i ajratib turadi. Har bir o'pka ko'krak bo'shlig'ida tolali-elastik parda (plevra) bilan qoplangan katta bo'shliqni to'ldirib turadi. Bu parda, ya'ni parietal plevra yuzasini mezoteliy yassi hujayralari bilan qoplangan bo'lib, har bir o'pka ham, o'z navbatida shunday parda – visseral plevruga o'ralgan bo'ladi.

Nafas olish harakatlari amalga oshirilayotgan vaqtda, har qaysi o'pkaning ko'krak qafasida ozod harakatlanishini ta'minlash uchun, parietal va visseral plevralar orasida juda oz miqdorda sirpanuvchan xususiyatlari nihoyatda yuqori bo'lgan – plevralararo suyuqlik bo'ladi. Bu harakatlarda o'pkaning bronxlar va qon tomirlar kiradigan qismi – o'pka o'zagi (darvozasi) ishtirok etmaydi. Parietal plevra o'z navbatida 3 qismga bo'linadi: qovurg'a qismi, diafragmal va ko'ks oralig'i plevrasi.

O'ng o'pkaning hajmi, chap o'pkaga nisbatan kattaroq bo'lib, ayni vaqtda u birmuncha kalta va serbar bo'ladi. Har qaysi o'pkada uchta yuza: tashqi (qovurg'a), pastki (diafragmal) va ichki (ko'ks oralig'i) yuzalari farq qilinadi. Har bir o'pka egatlar vositasida bo'laklarga bo'linadi. Ikkala o'pkada bo'ladigan egatlardan biri – egri egat nisbatan yuqorida (o'pka cho'qqisidan 6-7 sm pastda) boshlanadi, so'ngra pastga diafragma yuzasiga qiya holda tushib, o'pka to'qimasiga chuqur kiradi. Shu egatlar yordamida har bir o'pka yuqori va pastki bo'laklarga bo'linadi. Chap o'pkadan farqli ravishda o'ng o'pka yana ikkinchi – gorizontal egatga ega. U IV qovurg'a sathidan o'tadi. Shu bilan u o'ng o'pka yuqori bo'lagidan o'rta bo'lakni tashkil qiladigan ponasimon qismini ajratib turadi.

Shunday qilib, o'ng o'pkada uchta bo'lak: yuqori, o'rta va pastki bo'laklar bo'ladi. Chap o'pkada esa ikkita bo'lak: yuqori va pastki bo'lak tafovutlanadi. O'ng o'pkaning o'rta bo'lagiga chapda "til" bo'lagi to'g'ri keladi. O'pkalarning har bir bo'lagida bosh bronx tarmog'i hisoblangan alohida bronx bo'lagi bo'ladi. Bronx bo'laklari o'z navbatida segmentar bronxlarga bo'linib, ularning har biri o'pkaning tegishli bo'limi bilan birga bronx-o'pka segmenti nomini olgan segmentlarni hosil qiladi. Segment o'z

tashqi ko'rinishi bo'yicha asosi o'pka periferiyasiga, cho'qqisi esa o'pka ildiziga qaragan piramida shaklini eslatadi. Insonda har bir o'pka asosan o'n segmentdan tashkil topgan bo'ladi, bunda yuqori bo'lakda 3 ta bronx-o'pka segmenti, o'rta bo'lagida va chap o'pkaning unga o'xshash til qismida 2 ta segment, pastki bo'lagida 5 ta (yuqori va 4 ta bazal) segmentlari bo'ladi. Ikkala o'pkaning pastki bo'laklarida hamma hollarning deyarli yarmida Qo'shimcha segment uchraydi.

O'pkani segmentlarga bo'linishi klinika uchun katta ahamiyatga ega bo'ladi. Chunki bunga qarab, bemorda patologik "o'choq"ning qaerda joylashganini (lokalizatsiyasini) aniq topish va o'pkani maqsadga muvofiq (tejamli, segmentar) rezeksiya qilish imkoniga ega bo'lamiz. Bronx-o'pka segmentlari o'z arteriyalari va nervlariga, venalari esa segmentlararo biriktiruvchi to'qima tarkibida boradigan segmentlararo vena qon tomirlariga ega bo'ladi.

O'pkani qon bilan ta'minlashda ikkita sistema – o'pka va bronxial qon tomirlari qatnashadi. O'pka qon tomirlari sistemasi asosan nafas olish faoliyatida ishtirok etadi, bronxial qon tomirlar sistemasi esa, o'pka to'qimasini oziqlantirish faoliyatini bajaradi. Bronxial arteriyalar ko'krak aortasi tarmoqlari bo'lib, odatda bronxiolalargacha etib boradi, o'pka alveolalari esa o'pka arteriyasi sistemasi orqali amalga oshiriladi. Bronxial va o'pka arteriyalari tarmoqlari orasida anastomozlar bo'ladi. Venoz qon oqimi v. azygos yoki v. hemiazygos ga quyiladigan qisman o'pka venalari, qisman esa bronxial venalar tomonidan amalga oshiriladi.

O'pka to'qimasi simpatik nerv tarmoqlari (II-IV bo'yin va I-V ko'krak tugunlaridan) va adashgan nerv tarmoqlaridan innervatsiyalanadi. O'pka to'qimasining limfatik tomirlari asosan bronxlarning tarmoqlanadigan joylardagi o'pka ichidagi limfatik tugunlarga quyiladi, bu limfatik tugunlarning olib ketadigan tomirlari esa, o'pka ildizi tugunlarigacha etib boradi va tugaydi. Limfa suyuqligi, o'pka ildizi limfa tugunlaridan traxeyaning yon qismida joylashgan, o'pkaning bosh regionar limfatik tugunlariga oqib keladi. Gorizontaal (ko'ndalang) tekislikda o'pka ildizi tarkibi quyidagicha joylashadi: oldingi tomonda o'pka venalari, ular orqasida o'pka arteriyasi tarmoqlari va yanada orqaroqda bronx tarmoqlari yotadi, ya'ni tomirlar o'pka ildizining qolgan elementlaridan oldinda joylashadi. Bronxial arteriyalar bosh bronxlarning pastki yuzasiga

yondoshib turadi. O'pka to'qimasi ichida o'pka tomirlari tarmoqlari va bronxlarning o'zaro munosabati odatda quyidagicha bo'ladi, bronxlar venalar bilan arteriyalar orasida joylashadi.

Maxsus tekshirish usullari.

O'pka kasalliklarining diagnostikasi eng avvalo bemorning shikoyatlarini, anamnezini va uni fizik usullar bilan tekshirish natijalarini o'rganishga asoslanadi. Odatda, o'pkasida xastaligi bor bo'lgan bemorlarning quyidagi shikoyatlariga e'tibor beriladi: yo'tal, qon tuflash, nafas qisishi, ko'krak qafasidagi og'riqlar. Bemor anamnezida kasallikning qanday boshlanganiga va rivojlanishiga katta ahamiyat beriladi. Kasallik boshlanishini sovqotishga aloqadorligi, yuqumli kasalligi bo'lgan bemorlar bilan yaqinligi aniqlanadi. Mehnat sharoitlari surishtiriladi. Ba'zi hollarda, bemorning uy hayvonlarini boqishga aloqadorligi, zararli odatlari: chekish, spirtli ichimliklarni surunkali iste'mol qilishi bor-yo'qligi alohida ahamiyatga ega bo'ladi. Kasallikning kechishida olib borilgan muolajaning qanchalik muvofiqligi sinchiklab o'rganiladi.

Fizik tekshiruv usullaridan: ob'ektiv ko'rik, paypaslab ko'rish, perkussiya qilish va auskultatsiyalar qo'llaniladi. Ular patologik jarayon va funksional o'zgarishlarni aniqlashda, kasallikning kechishi to'g'risida tasavvur hosil qilishga imkon beradi va ko'pincha bemorni davolash jarayonida uning holati dinamikasiga baho berish uchun asosiy dalillar hisoblanadi.

Nafas olish sistemasi kasalliklarini aniqlashda ajralayotgan balg'amni tekshirish, uning miqdori va fizik xususiyatlarini mikroskop yordamida tekshirish, bakterioskopiya va bakteriologik ekma natijalarini o'rganish alohida ahamiyat kasb etadi.

Rentgenologik usullarni qo'llash, o'pka patologiyasi bo'lgan bemorlarda diagnoz qo'yishda ko'pincha hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Rentgenoskopiya ob'ektni turli holatda (pozitsiya), harakatda tekshirishga, plevral bo'shlig'ida suyuqlik va havoning miqdorini aniqlashga imkon beradi. Rentgenografiya – o'pkalar va ular ildizlaridagi ayrim o'zgarishlarni aniq ko'rish, dinamikada kuzatish va taqqoslashga yordam beradi.

Tomografiya usuli – qatlam-qatlam tasvirlar olish orqali, yirik segmentar va subsegmentar bronxlar bo'shlig'ining batafsil tasvirini olish,

limfatik tugunlar holati to'g'risida xulosa chiqarishga yordam beradi. O'pka to'qimasidagi kichik patologik jarayonlarni aniqlashga, bullalar, kistalar, "o'choq"li soyalarni topishga imkon beradi. Kompyuter tomografiya – bugungi kunda keng qo'llaniladigan noinvaziv usullardan biri bo'lib, o'pkadagi har xil tuzilmalarning katta-kichikligini, joylashgan qismi va chegarasini yanada aniqroq va ravshanroq aniqlab beradi, ularning zichligiga baho berish imkoniyatini yaratadi.

Bronxografiya asosan: bronxoektatik kasallikka shubha qilinganda – bronxlarning zararlanganlik darajasini aniqlash uchun, o'pkadagi yiringli jarayonlarda – bronxlar zararlanganligini aniq hajmini aniqlash uchun (ayniqsa jarrohlik amaliyoti mo'ljallanganda) yoki surunkali nospesifik zotiljam va markaziy o'pka raki o'rtasida differensial diagnostika o'tkazish uchun zarur tekshiruv usullaridan biri hisoblanadi. Bu tekshirish usuli, odatda mahalliy anesteziya ostida olib boriladi va uni och qoringa (bemor ovqatlanmasdan turib) o'tkaziladi. Bemorda balg'am ko'p miqdorda ajralayotgan davrda, avval sanatsion bronxoskopiya, keyin esa bronxografiya qilinadi. Tekshiruvdan 30 minut oldin teri ostiga 1 ml atropin sulfat yuboriladi. Anesteziya uchun 0,5% li dikain eritmasi, 10% lidokain eritmasi yoki 5-10%li novokain eritmasi ishlatiladi. Eng avvalo, yuqori nafas yo'llari anesteziya qilinib, rentgenkontrast kateter pastki burun yo'li orqali tovush yorig'iga kiritiladi va traxeyagacha surib kateter orqali 3-4 ml 10%li novokainni bosqichma-bosqich yuborish yo'li bilan traxeobronxial shox anesteziya qilinadi. Bronxografiya uchun quyidagi rentgenkontrast moddalar: sulfayodon, jeleyodon, propilyodon va b. qo'llaniladi. Odatda ulardan biri, 10-15 ml miqdorda rentgen nazorati ostida yuboriladi va suratga tushiriladi. Bundan so'ng, rentgenkontrast modda aktiv aspiratsiya yo'li bilan so'rib olib tashlanadi. Ko'rsatmalar: markaziy joylashgan bronx o'smalari, o'pkadan qon ketishi, traxeya va bronxlardagi yot jismlar, o'pkaning yiringli kasalliklarida diagnostika va sanatsiya qilish. Angiopulmonografiya o'pka arteriyasi yoki uning tarmoqlariga kateter o'matib, u orqali rentgenkontrast modda yuborib, uning rentgentasvirini olishdan iborat. O'pka patologiyasi tug'ma deb shubhalanganda, o'pka tomirlari patologiyasida, o'pka arteriyasi tromboemboliyasida, surunkali o'pka kasalliklarida o'pka-kapillyar qon oqimi buzilish darajasini

aniqlashda, xavfli o'pka tuzilmalarida – jarrohlik amaliyoti o'tkazishning maqsadga muvofiqligi masalasini hal qilishda bajariladi.

Bronxial arteriografiya – bronxial arteriyalarni kateterizatsiya qilish va yuqorida ko'rsatilgan usul bo'yicha uning rentgentasvirini olish, o'pkadan qon ketish manbaini va uning sababini aniqlashda, shuningdek davolash maqsadida o'tkaziladi.

Diagnostik pnevmotoraks. Plevra bo'shlig'iga 300-600 ml havo yuborilgandan keyin rentgenografiya qilishdir. Bu usuldan, odatda o'pkaga aloqasi bo'lmagan tuzilmalar va o'pka ichidagi jarayonlarni differensial diagnostika qilish uchun foydalaniladi.

Diagnostik pnevmoperitoneum – qorin bo'shlig'iga 1000-2000 ml havo yuborib, so'ngra rentgenografiya qilishdan iborat. Jigar, diafragma, diafragma ostida joylashgan a'zolar, plevra bo'shlig'i va o'pkadagi tuzilmalar holatini aniqlash, diafragmal churralarni differensial diagnostikasi uchun foydalaniladi.

Radioizotoplar yordamida tekshirish usullari, jumladan izotop yordamida skanerlash, perfuzion sintigrafiya, ingalyatsion sintigrafiya – o'pkadagi qon oqimi va ventilyatsiya buzilishlarini aniqlashga imkon beradi. Bu usullardan foydalanish, bugungi kunda cheklangan bo'lib, ular o'mini ko'krak qafasi va o'pkani ultratovush yordamida tekshirish, kompyuter tomografiya va boshqa noinvaziv usullar egallamoqda.

Torakoskopiya – torakoskop yordamida plevra bo'shlig'ini vizual ko'zdan kechirishdir. Ayniqsa, bu usul pnevmotoraks sodir bo'lganda nafaqat diagnostika uchun tekshiruv usuli, balki davolash uchun – pnevmotoraks sababini bartaraf etish, ma'lum operatsiyalarni o'tkazish uchun ham imkoniyat beradi.

Tashqi nafas olish funksiyalarini tekshirish usullariga spiroografiya, umumiy pletizmografiya, pnevmotaxografiyalar kirib, ular nafas a'zolari kasalliklarini ilk bosqichida aniqlash, diagnoz qo'yish, funksiyalarining buzilish yoki kompensatsiya darajasini aniqlash, davolash-profilaktika tadbirlarining ta'sirchanligiga baho berishga yordam beradi.

Nafas olish a'zolari nuqsonlari

O'pka gipoplaziyasi – o'pka parenximasi, periferik bronxlar va qon tomirlarining o'sib etilmasligidan iborat nuqson. Klinik manzarasi ikkilamchi yallig'lanish jarayoni bilan ta'riflanadi va bronxoektatik

kasallikdan kam farq qiladi. Rentgenologik usullar (bronxografiya, angiopulmonografiya) va bronxoskopiya yordamida diagnostika qilinadi. Konservativ muolaja kamdan-kam foyda beradi. Operativ davolash: segmentektomiya, lobektomiya, pulmonoektomiyadan iborat.

O'pkaning kistoz gipoplaziyasi (polikistoz) – o'pka parenximasi, bronxlar va qon tomirlarning subsegmentar bronxlar va tarmoqlar darajasida kistoz bo'shliqlar shakllanishi bilan o'tadigan tug'ma kasalligidir. Klinik manzarasi yallig'lanish jarayonining Qo'shilib kelishi va o'pkaning surunkali yiringli kasalliklari klinik manzarasiga o'xshash. Rentgenografiya, bronxografiya, angiopulmonografiya va bronxoskopiya yordamida diagnostika qilinadi. Davolash odatda jarrohlik usulida: lobektomiya, pulmonoektomiya. Konservativ muolaja (surunkali yiringli o'pka kasalliklaridagi muolajaga o'xshash) jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlik sifatida, shuningdek jarrohlik amaliyotiga monelik qiladigan hollardagina o'tkaziladi.

Ko'krak qafasi a'zolari jarohatlari

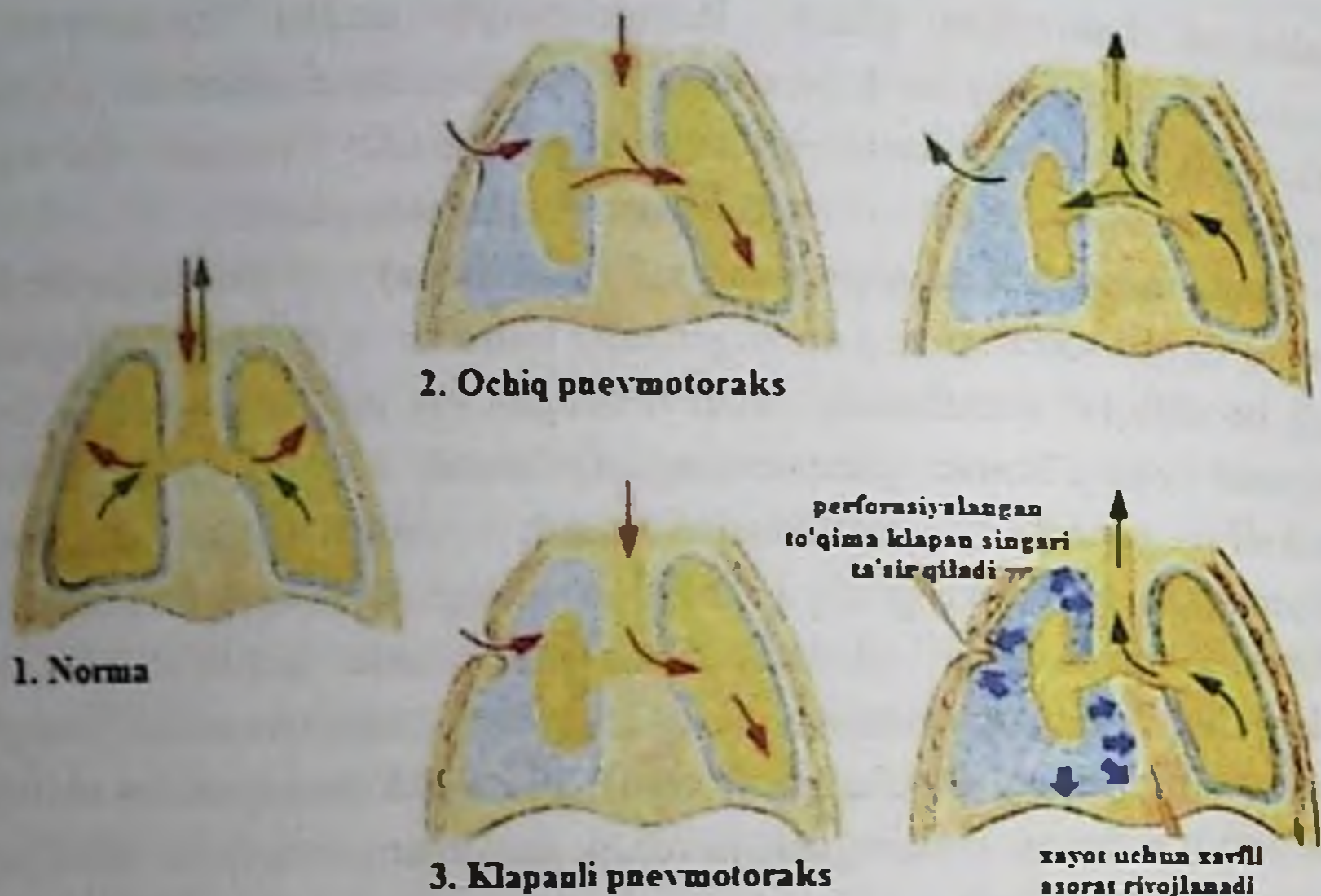
Ko'krak qafasi va uning a'zolari jarohatlari o'ta og'ir jarohatlar safiga kiradi, chunki ular aksariyat hollarda nafas olish a'zolari faoliyatini va qon aylanishining buzilishlarini keltirib chiqarib, bemorlarni o'limga giriftor qilishi mumkin. Traxeyaning ko'krak bo'limi va yirik bronxlar jarohatlari aksariyat ko'krakning yo'l-transport falokatlari vaqtida yopiq jarohatlanishining oqibati hisoblanadi. O'ziga xos belgilari: nafas olishning buzilishi, pnevmotoraks, ko'ks oralig'i emfizemasi, teri osti emfizemasi, gemotoraks va qon tuflash shular jumlasiga kiradi. Uzil-kesil diagnoz rentgenologik tekshiruvlar va bronxoskopiya va grafiyalar natijasining tahlili asosida qo'yiladi.

Davolash. Traxeobronxial shox butunligini tiklashga va qon oqishini to'xtatishga qaratilgan shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkazishdan iborat bo'ladi.

Pnevmo- va gemotoraks – ko'krak jarohatlarining o'ziga xos belgilaridan bo'lib hisoblanadi.

Pnevmotoraks

Pnevmotoraksning paydo bo'lishiga, ko'krak qafasining yopiq va teshib kiruvchi jarohatlanishlari, shuningdek bullyoz emfizema yoki polikistoz kasalliklarida o'pkaning spontan perforatsiyasi sabab bo'ladi.



238 – rasm. Pnevmtoraks turlari.

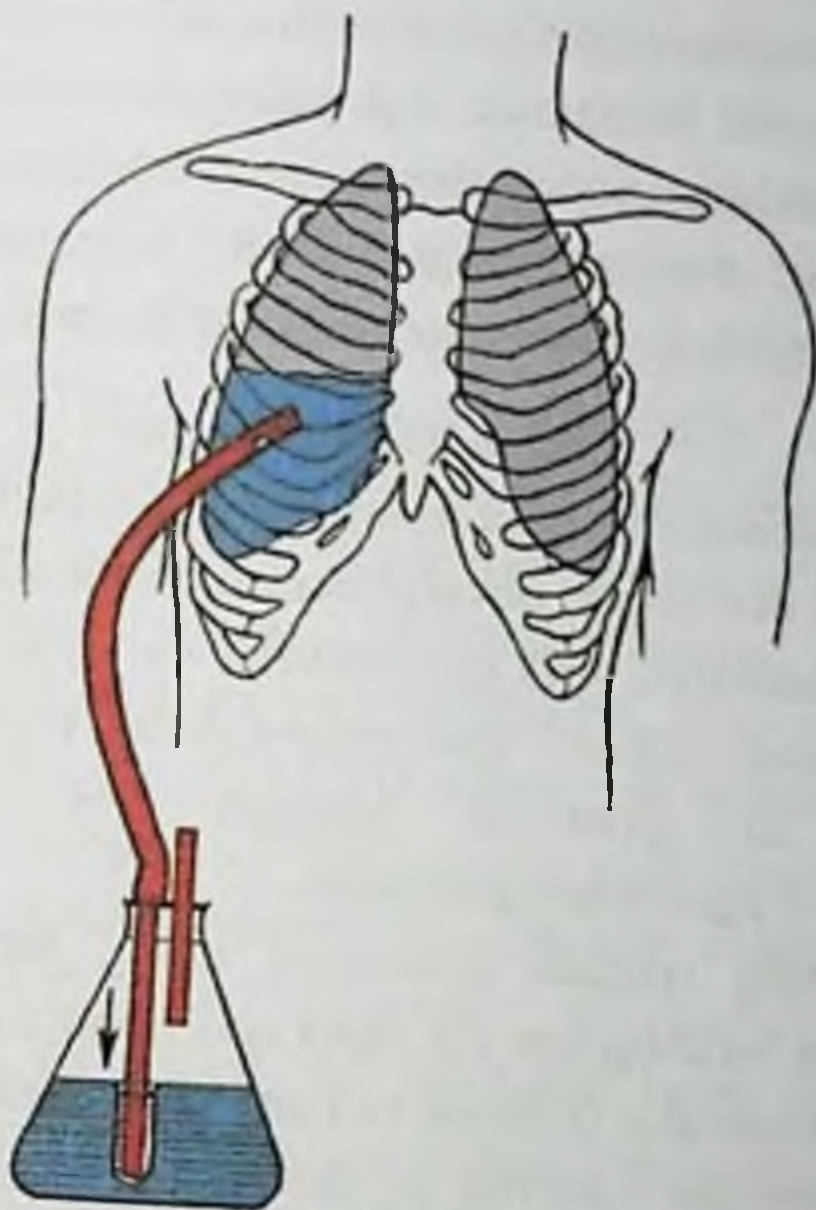
Odatda plevral bo'shliqda klapan mexanizmi paydo bo'lishi munosabati bilan havoning progressiv yig'ilishi bilan xarakterlanadigan tenzion (klapanli) pnevmotoraks ular orasida eng xavflisi hisoblanadi. Bu holat o'pkaning siqilishiga, ko'ks oralig'ining surilishiga olib keladi.

Klinik manzarasi: nafas qisishi, nafas olishning qiyinlashuvi, teri qoplamlari sianoz, taxikardiya, arterial qon bosimining (AQB) tushib ketishidan iborat bo'ladi. Zararlangan tomonda perkussiya qilinganda quticha tovushi eshitiladi, auskultativ tekshiruvda nafas olish shovqini eshitilmaydi. Rentgenografik tekshiruvda: o'pka kollapsi, ko'ks oralig'ining sog'lom tomonga siljigani aniqlanadi.

Davolash. Plevral bo'shliq punksiya qilinadi va yig'ilgan havoni so'rib olish uchun aktiv aspiratsiyaga ulanadi, keyin torakoskopiya o'tkaziladi. Shunday qilib, klapan pnevmotoraks ochiq pnevmotoraksiga o'tadi.

Torakoskopiya aniqlangan o'pkaning talaygina jarohatlarida jarrohlik usuli qo'llanadi va bunda bajariladigan jarrohlik amaliyotining hajmi patologik jarayon hajmiga qarab belgilanadi. Kichik jarohatlarda plevral bo'shliq orqa qo'ltiq chizig'i bo'yicha VII-VIII qovurg'alar orasida

va o'rtta o'mrov chizig'i bo'yicha II qovurg'alar orasida drenajlanib, so'ngra aktiv aspiratsiya o'tkaziladi.



239 – rasm. Byulau bo'yicha plevra bo'shlig'ini drenajlash.



240 – rasm. Klapanli pnevmotoraksning rentgenologik ko'rinishi.

Germetik holat vujudga keltirilib o'pka yozilgandan so'ng 2-3 sutka o'tgach, drenaj 12-24 soatga qisib qo'yiladi. Rentgenologik tekshiruvda pnevmotoraks qaytalanmayotganiga ishonch hosil qilingach, drenajlar olib tashlanadi. Agar plevral bo'shliqda 3-4 sutka mobaynida germetik holat yuzaga kelmasa, jarrohlik usulida davolanadi. Hozirgi kunda endoskopik jarrohlik amaliyotlari rivojlanganligi tufayli, videotorakoskopik usulda jarrohlik amaliyoti bajrilishi maqsadga muvofiq bo'ladi.

Travmatik gemotoraks

Ko'krak qafasining o'tmas va teshib kirgan jarohatlari oqibatida paydo bo'ladi. Qon ketish manbalari: qovurg'alararo qon tomirlari, jarohatlangan o'pka, yirtilgan chandiqlar, yirik qon tomirlar va yurak jarohatlari bo'lishi mumkin. Kasallikning kechishi. Qon yo'qotishning umumiy belgilari bilan birga anemiya va gipoksiya holatiga xos bo'lgan laborator ko'rsatkichlarning o'zgarishlari aniqlanadi.

Gemotoraksning rentgen manzarasi uning turiga qarab bo'ladi. Gemotoraks plevra bo'shlig'iga yig'ilgan qon miqdoriga qarab 3 xil turda bo'ladi: kichik gemotoraks, o'rtacha va katta gemotoraks.

Kichik gemotoraks – plevral bo'shliqda 500 ml gacha qon yig'ilishi. Bu holat bemorning tashqi ko'rinishiga va fizikal tekshiruv ma'lumotlarida kam aks etadi. Rentgenogrammada o'zgarishlar deyarli ko'rinmaydi.



241 – rasm. Gemotoraks.

O'rtacha gemotoraks – plevral bo'shliqda 500 dan 1000 ml gacha qonning yig'ilishi. Rentgentasvirda ko'krak qafasining qisman qorong'ulashgan qismi yaxshi ko'rinib turadi. Odatda bemorning rangi oqarib ketgan, anemiya belgilari yaqqol ko'rinadi, sovuq ter bosgan, arterial qon bosimi pasaygan, puls va nafas olishi tezlashgan bo'ladi.

Katta gemotoraks – plevral bo'shliqda 1000 ml dan qo'proq qon yig'ilishi, rentgentasvirda o'pkaning shu tarafi (gemotoraks hisobiga) to'liq qorong'ilashgan, ko'ks oralig'i qarama-qarshi tomonga surilgan. Gemorragik shok belgilari ham yaqqol namoyon bo'ladi.

Davolash. Qon plevral bo'shliqda 1000 ml dan qo'proq bo'lganda qon ketish manbaini topish va qon ketishni to'xtatish, ya'ni shoshilinch torakotomiya o'tkazish talab etiladi. Kichik gemotoraksda – plevra bo'shlig'i punksiyasi o'tkazilib, yig'ilgan qon alohida tadbirlar bilan aspiratsiya qilinib, autogemotransfuziya (o'ziga qayta quyish) amalga oshiriladi. Bu orada torakoskopiya o'tkazilib, qon ketish manbaini topish, uni ko'zdan kechirib qon yo'qotish tezligiga baho berish va elektrokoagulyatsiya yo'li bilan uni to'xtatish lozim bo'ladi. Yirik qon tomirlar jarohatlanganda, o'pka to'qimasidagi katta jarohatlar zudlik bilan jarrohlik usulida amaliyot o'tkazilishini talab qiladi. Qolgan hollarda, plevral bo'shliq orqa qo'ltiq chizig'i buylab VI qovurg'alar orasidan drenajlanadi, o'pka to'qimasi jarohatlanganda esa, o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab II qovurg'alar orasidan drenajlanib, uzluksiz aktiv aspiratsiyaga ulanadi.

Muolaja: yo'qotilgan qon o'mini to'ldirishga qaratilgan bo'lib, shokka qarshi qo'llaniladigan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Agar drenajlar bo'yicha qon yo'qotish 1 soat mobaynida 200 ml dan oshsa yoki 3 soat ichida soatiga 300 ml dan oshadigan bo'lsa, torakotomiya amaliyoti bajarilishi shart bo'ladi.

Ko'krak qafasining sanchilgan va o'q tekkan jarohatlanishlari

Bemor ko'p qon yo'qotib og'ir ahvolda keltirilganda, jarohat yurak yoki yirik qon tomirlar sohasida joylashganda shoshilinch «tipik» oldingi-yon tomonlama torakotomiya qilinib, ko'krak qafasi a'zolari taftish (reviziya) qilinadi va qon ketish manbaini topib, uni to'xtatish choralari ko'riladi. Agar bemor ahvoli barqaror bo'lsa, avvalo rentgenologik tekshiruv o'tkazish lozim bo'ladi. Plevra bo'shlig'iga teshib kirgan

jarohatlarda (pnevmotoraks, gemotoraks) – torakoskopiya amaliyoti qilinadi. Torakoskopiya yordamida ko'krak qafasining kaysi a'zosi jarohatlanligini aniqlash mumkin bo'ladi. Yirik qon tomirlar, o'pka to'qimasida jarohatlanib, yirik bronxlardan qon oqishi davom etayotganda jarrohlik amaliyoti o'tkazishga to'g'ri keladi. Agar aktiv qon oqishi va massiv havo kirganligining alomatlari bo'lmagan taqdirda plevra bo'shlig'i drenajlanadi. O'pka to'qimasida jarohatlanish bo'lmaganda orqa qo'ltiq chizig'i bo'yicha VI qovurg'alar orasidan, jarohat bo'lganda esa o'rtta o'mrov chizig'i buylab II qovurg'alar orasidan drenajlanishi kerak bo'ladi. Diafragmaning yaralangani aniqlanganda laparotomiya va qorin bo'shlig'i a'zolari taftishi o'tkazilishi kerak.

O'pkaning o'tkir yiringli kasalliklari

O'pkaning stafilokokk destruksiyasi – stafilokokklarning patogen shtammlari ta'siri ostida o'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishidir. O'pka to'qimasining yiringli yallig'lanishi tez fursatda intoksikatsiyaning rivojlanishiga olib keladi.

Diagnostika uchun o'pkani rentgenologik tekshiruv va balg'amni bakteriologik tekshirish, hamda diagnostik bronxoskopiya o'tkazish muhimdir. Rentgenologik usul yordamida o'pka to'qimasining infiltratsiyasi, yallig'lanish o'choqlari, o'pkadagi ko'p sonli yupqa devorli bo'shliqlar, plevrit, pnevmotoraks aniqlanadi. Kasallik o'tkir boshlanadi (yuqori harorat, et junjikishi va b.), nafas qisishi, yiringli balg'am ajralishi belgilari bilan namoyon bo'ladi. \

Davolash. Maqsadga muvofiq antibakterial muolaja (bakteriologik ekmalar natijasiga ko'ra), antistafilokokk zardobini, stafilokokk bakteriofagini qo'llash, detoksikatsion muolaja, umumiy quvvatni oshiruvchi vositalar, sanatsion muolaja qo'llaniladi.

O'tkir o'pka absessi – o'pka to'qimasining chegaralangan yiringli yallig'lanishi va bo'shliqlar hosil bo'lishidir. Mikroaspiratsiya, bronxlar drenaj faoliyatining buzilishi, organizm himoya kuchlarining keskin pasayib ketishi, shartli patogen mikrofloraning faollashuvi, o'pka to'qimasida qon ta'minotining buzilishi va nekrozga uchrashi sababli yuzaga keladi. Absesslar gematogen, bronxogen, limfogen va travmatik tabiatga ega bo'lishi mumkin. Metapnevmonik va aspiratsion absesslar klinik amaliyotda birmuncha qo'proq uchraydi.



242 – rasm. O'pka absessi.

Abssesslar uchun biror bir spesifik mikroflora yo'q. Ular streptokokk, stafilokokk, diplokokk, protey, fuzobakteriyalar va mikrofloraning boshqa turlaridan kelib chiqishi mumkin. So'nggi yillarda o'pkadagi yiringli jarayonlar rivojlanishida noklostridial anaerob bakteriyalar katta ahamiyatga ega.

Abssesslar joylashuviga ko'ra: periferik va markaziy, yolg'iz (yakka holda) va ko'p sonli, bir tomonlama va ikki tomonlama bo'ladi. Klinik manzarasida ikkita davr farq qilinadi:

1. Abssessning bronxga yorilgunga qadar bo'lgan davri.
2. Abssessning bronxga yorilgandan keyingi davri.

Birinchi davrda: kasallik yuqori harorat, ko'krakda og'riq, yo'tal, nafas siqishi, ko'p terlash belgilari bilan boshlanadi. Sekin-asta rivojlanayotgan intoksikatsiya belgilari namoyon bo'ladi. Fizikal usullar bilan tekshirishda: perkutor tovushning qisqarishi, o'pkaning zararlangan qismi ustida nafas olish shovqinining sustlashishi yoki eshitilmasligini qayd qilish mumkin. Qon tahlilida yuqori leykotsitoz, qon formulasini chapga siljishi kuzatiladi. Rentgenogrammalarda zich, turli xil o'lchamlardagi soyalar ko'rinadi.

Ikkinchi davr: yo'talish paytida birdaniga ko'p miqdorda yiringli, badbo'y balg'am ajralashi, ba'zi hollarda balg'am qon bilan aralashgan holda ajraladi. Bu davrda odatda bemorning umumiy ahvoli birmuncha yaxshilanadi, intoksikatsiya belgilari kamayadi. Abssessning o'lchamlari

katta bo'lganda uning ustida amforik nafas shovqini va turli kalibrdagi nam xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tasvirda yorilgan abscess, gorizontaal suyuqlik sathi va perifokal yallig'lanishi bo'lgan yumaloq bo'shliq shaklida namoyon bo'ladi. Bronxoskopiyada chegaralangan yiringli endobronxit aniqlanadi.

O'pka gangrenasi – o'pka to'qimasining bir qismi yiringli-irigan nekrozga uchrayshi. Bu jarayon o'pka abscessidan farqli o'laroq, o'pka gangrenasida sog'lom to'qimadan chegaralangan kapsula bilan ajralib turmaydi (chegarasiz bo'ladi). Gangrenoz abscess ham farq qilinadi, u o'pka to'qimasining bir qismini yiringli-chirigan nekrozi bo'lib, uning sekvestratsiyaga va o'pka to'qimasining zararlanmagan qismlaridan chegaralanib turishga moyilligi bo'ladi.

Klinik manzarasi. Bemorning ahvoli og'ir, isitma gektik tabiatga ega bo'ladi, bemor terlaydi, nafasi siqadi, ko'p miqdorda badbuy hidli balg'am ajraladi, bemor qon tupuradi. Rentgenologik tasvirda katta, shakli yo'q diffuz qorong'ilik aniqlanadi, uning tarkibida o'pka to'qimasining irib ketayotganini ifodalaydigan ko'p sonli yorug' soyalar ko'rinadi. Plevra bo'shlig'ida suyuqlik aniqlanadi.



243 – rasm. O'pka gangrenasi.

O'tkir yiringli kasalliklarni kompleks davolash lozim bo'ladi. Hozirgi vaqtda asosiy davolash usuli konservativ muolaja bo'lib, ayni vaqtda kichik invaziv jarrohlik amaliyotlari: transtorakal, endobronxial drenajlash, uzoq muddatli regional infuziya uchun bronxial arteriyani kateterlash amalga oshiriladi.

O'tkir davrda operativ aralashuv kasallik asoratlar bilan kechgandagina (o'pkadan qon ketganda) yoki muolaja naf bermaganda, jarayonning tarqalishga moyil bo'lganidagina qo'llaniladi. O'pkadagi o'tkir yiringli jarayonlarda konservativ muolajaning tamoyillari quyidagilardan iborat bo'ladi:

1. *Antibakterial muolaja* – bakteriyalar turini va ularning antibiotiklarga ta'sirchanlik darajalarini bakterioskopiya va ekish ma'lumotlarini hisobga olgan holda tayinlanadi, sulfanilamidlar ham ishlatiladi. Antibakterial muolajaning ta'sirchanligiga erishish uchun zararlanish o'chog'ida davo preparatlari konsentratsiyasini oshirib, ularni arteriyalarga yuboriladi. Bronxial arteriyaga kateter o'rnatib, muolajani o'sha orqali amalga oshirish eng samarali tadbir hisoblanadi. O'pkaning o'tkir yiringli xastaliklarida 60%gacha hollarda kasallik qo'zg'atuvchisi aeroblar bilan birga kelgan anaerob noklostridial infeksiya hisoblanadi. Noklostridial anaerob infeksiyaning belgilari deganda yiringli suyuqlikning badbo'y hidi, yallig'lanish o'choqlaridagi to'qimalar nekrozi, odatdagi bakteriologik tekshiruvning natijalari manfiy bo'lganda ham, tushuniladi. Anaeroblarga qarshi metronidazol (trixopol), tinidazol, klaforan, rifampitsin, doksitsiklinlar yaxshi ta'sir qiladi.

2. *Traxeobronxial yo'llar* – mikroorganizmlarni yo'qotadigan, yallig'lanishni kamaytiradigan, balg'amni suyuqlashtiradigan va uni ko'chiradigan dorivor aralashmalar yuborib *sanatsiya* qilinadi. Shuningdek bronxial shoxni kateterlash, mikrotraxeostomiya, sanatsion bronxoskopiya qilish yo'li bilan patologik suyuqlik tortib olinadi. Bunda sanatsiya uchun qo'llaniladigan aralashmalar tarkibiga 2% li kaliy bikarbonat eritmasi (2 ml), mikrofloraga sezuvchanlikni hisobga olgan holda antibiotiklar, antiseptiklar (dioksidin, furagin), balg'amni suyultiradigan moddalar (mukosolvin 10%-1,0), proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin 10-15 mg), bronxolitiklar (eufillin 0,5-1,0, 12%, novodrin 0,5%-0,5; efedrin 5%-

0,5), gormonal preparatlar (gidrokortizon 25-50 mg) kiritish maqsadga muvofiq bo'ladi.

3. *O'pka abscesslari va plevra empiemasini sanatsiya qilish* – abscess bo'shlig'ini bronxoskopik yoki transtorakal yo'l bilan kateterlash, torakotsentez orqali aktiv aspiratsiya qilish va yiringli bo'shliqni yuvishni tashkil qilishdan iborat. Traxeobronxial shoxni chetlab o'tib yiringli suyuqlikni evakuatsiya qilish, nafas olish a'zolari faoliyatini yaxshilaydi, intoksikatsiyani kamaytiradi, bemorni tezda sog'ayib ketishga yordam beradi.

4. *Detoksikatsion muolaja*. Siydik haydovchi preparatlar (laziks, gipotiazid va b.) orqali diurez stimulyatsiyasi yordamida vena qon tomiriga o'tkaziladigan infuzion (tuzli eritmalar) muolajani o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda detoksikatsiyaning birmuncha ta'sirchan, ekstrakorporal usullari – gemosorbsiya, limfosorbsiya, plazmaferez va qonni ultrabinafsha nurlatishdan foydalanilyapti.

5. *Suv-elektrolit buzilishlarni bartaraf etish*.

6. *Umumiy quvvatni oshiruvchi muolaja* – gemotransfuziya, plazma, qonning oqsilli o'rinbosarlari, glyukozaning konsentrlangan eritmaları ni quyish, anabolik preparatlar, temir preparatlarini va vitaminlarni qo'llashdan iborat.

7. *Immunitetni oshiruvchi muolaja*. Stafilokokk anatoksini quyidagi sxemaga ko'ra yuboriladi: 3 kunlik tanaffus bilan 10 in'eksiya – 0,1, 0,2, 0,3 ml va h. k. Antistafilokokk giperimmun zardob 100-150 ml 3-5 marta. Antistafilokokk gammaglobulin (mushak orasiga) 5 ml 8-10 marta kun ora. Taktivin. Dekaris 50 mg kunora 3-5 kun ichida. Prodigiozan in'eksiyasi 30 kungacha: 0,2, 0,5, 0,6, 0,7, 1,0 mg. Metiluratsil 0,5 mg kuniga 2 marta 10-15 kun mobaynida.

Qonning ivish xususiyatlarini va mikrosirkulyatsiyani normallashtirish qonning reologik xususiyatlarini yaxshilaydigan preparatlar, antiagregantlar (reopoliglyukin, aspirin, kurantil, trental) qo'llash. O'pkadagi og'ir destruktiv jarayonlarda DVS sindromining dastlabki ko'rinishlari borligini hisobga olib, anti ferment-krioplazma bilan kompleks muolaja tadbirini o'tkazish tavsiya etiladi (100 ming birlik kontrikal venaga, 5 ming birlik geparin teri ostiga sutkasiga 4 marta, yangi muzlatilgan zardob).

O'pkaning surunkali yallig'lanish kasalliklari

O'pkaning surunkali yallig'lanish kasalliklari atamasiga, o'pkadagi davomli nospesifik yallig'lanish jarayoni natijasida o'pka parenximasi, bronxial va qon tomirlar sistemalari strukturasi o'ziga xos o'zgarishlar bilan o'tadigan va o'xshash klinik manzara orqali namoyon bo'ladigan patologik holatlarning katta bir guruhi birlashtiriladi. Bunday kasalliklarning o'ziga xos klinik belgilari: uzoq vaqt yo'talib yiringli balg'am ajratish, aksariyat qon tupurib yurish hisoblanadi. Kasallik odatda avj oladigan tabiatga ega bo'ladi, remissiya va avj olish davrlari bilan o'tadi. Avj olishi aksariyat yilning sovuq mavsumlarida qayd etiladi. Qo'zish davrida yiringli balg'amning miqdorini ortishi, gipertermiya qayd qilinadi. Bahorda avj olib boradigan nafas etishmovchiligi, surunkali intoksikatsiya belgilari aniqlanadi.

O'pkaning surunkali yallig'lanish kasalliklari diagnostikasida 2 bosqich farq kilinadi: birinchi bosqich – sinchiklab so'rab-surishtirishni o'z ichiga olgan klinik tekshirish, ikkinchi bosqich – rentgenologik, endoskopik, funksional tekshirish usullarini o'z ichiga qamrab olgan asbob-uskunalar yordamida (instrumental) tekshirish. O'pkaning surunkali yallig'lanish kasalliklari aniqlanganda instrumental tekshiruvni ko'krak qafasini ikkita proeksiyada rentgenografiya qilish va maxalliy anesteziya ostida qilinadigan bronxofibroskopiya boshlanadi. Bunda qo'lga kiritiladigan ma'lumotlar jarrohlik amaliyoti o'tkazish kerak bo'lgan o'pka kasalliklari bor bemorlarni tanlab olishga va ayni vaqtda jarrohlik amaliyotiga muhtoj bo'lmay, terapevtik statsionarlarda davolanishi kerak bo'lgan bemorlarni aniqlashga imkon beradi. Tanlab olingan bemorlar guruhini ixtisoslashgan torakal bo'lim sharoitlarida sinchiklab tekshirish, tomografiya, bronxografiya, angiopulmonografiya bilan tenziometriya, radioizotop skannerlash, spiroografiya, reografiyalarni o'z ichiga oladi va aniq diagnoz qo'yishga jarrohlik amaliyoti o'tkazishning zarurligi haqidagi masalani hal etishga hamda uning hajmini aniqlashga imkon beradi.

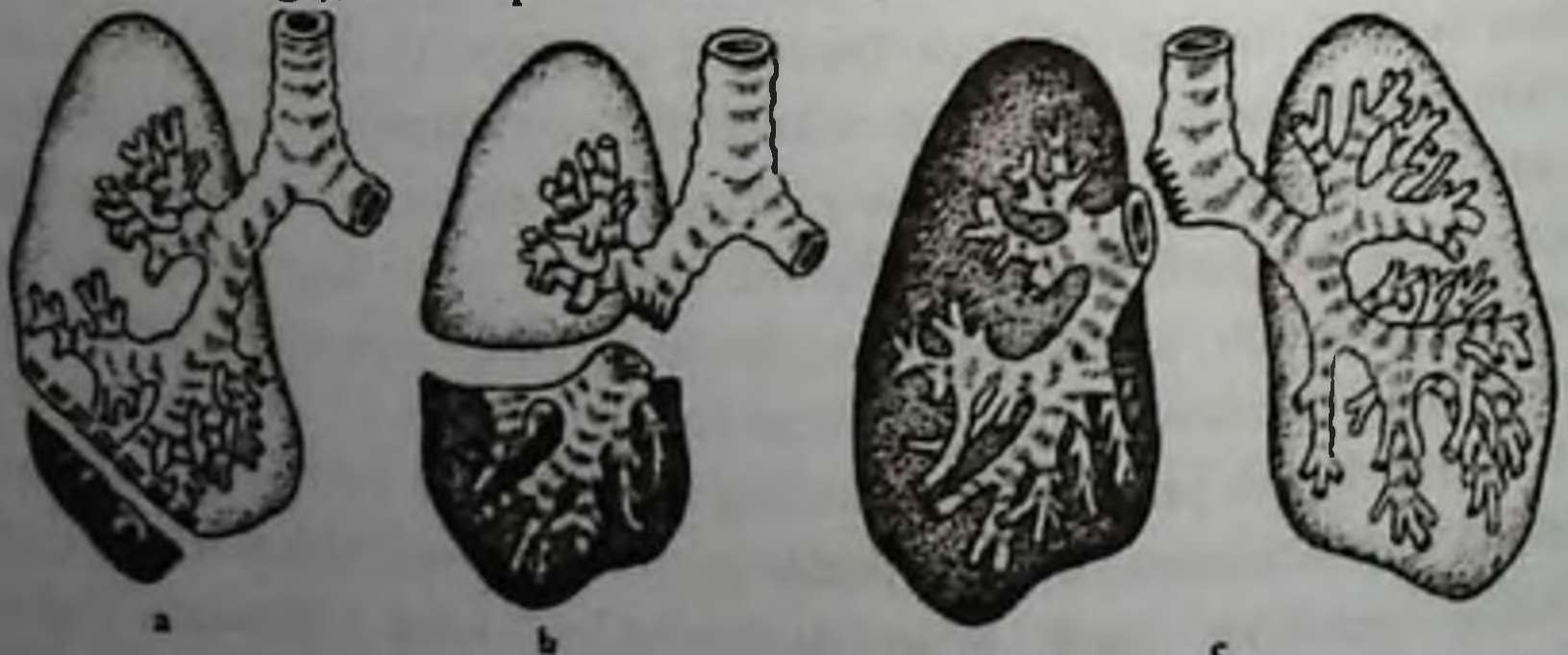
Yallig'lanish jarayoniga o'pkaning ko'pi bilan 3 bo'lagi Qo'shilgan, bronxlar va o'pka parenximasida jiddiy morfologik o'zgarishlari bor bo'lgan bemorlar jarrohlik usuli bilan davolanishlari kerak. O'pkada lokal zararlanish bo'lganda funksional tekshirish vaqtida aniqlangan nafas etishmovchiligi, Qo'shib kelgan og'ir patologiya borligi, keksa yoshdaligi,

jarrohlik amaliyoti o'tkazishga monelik qiladigan hol hisoblanadi. Nafas etishmovchiligi belgilari unchalik ifodalanmaganda, Qo'shib kelgan yashirin patologiyada jarrohlik amaliyoti o'tkazish masalasi individual hal qilinadi.

Surunkali o'pka absessi

O'pkada 2-3 oydan qo'proq vaqt mavjud bo'lgan nospesifik yiringli bo'shliqning bo'lishi – o'pkaning surunkali absessi deyiladi. Surunkali absesslar paydo bo'lishiga o'pkasida o'tkir yiringli jarayonlari bo'lgan bemorlarni kasalxonaga kech yotqizish, muolaja jarayonining yetarli bo'lmagani, uni statsionardan klinik jihatdan to'liq tuzalmasdan va rentgenologik tekshiruvsiz chiqarish sabab bo'ladi. Klinik manzarasi. Yiringli balg'am ajraladigan yo'tal, gipertermiya, o'rtacha ifodalangan intoksikatsiya simptomlari shular jumlasiga kiradi. Rentgenologik tekshiruvda ichki konturi aniq, nozikroq yallig'li gardishli va odatda ozroq suyuqlik sathi bo'lgan yumaloq bo'shliq ko'rinadi. Bronxografiyada bir yoki bir necha bronxlar bilan o'zaro bog'liq bo'lgan yumaloq bo'shliq aniqlanadi. Bronxoskopiyada yiringli chegaralangan endobronxit aniqlanadi.

Davolash. Radikal operativ davolash – segmentektomiya, lobektomiya, pulmonektomiya. Konservativ muolaja tamoyillari o'tkir jarayondagi davolash kabi, jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik sifatida yoki jarrohlik amaliyotiga monelik qiladigan ko'rsatmalar bo'lganda (jarayonning ikki tomonlamaligi, keksalik yoshi, Qo'shib kelgan patologiya borligi), mustaqil davolash vositasi sifatida foydalaniladi.



244 – rasm. O'pka rezeksiyasi. a – qirrali rezeksiya, b – bilobektomiya, c – pulmonektomiya.

Bronxoektatik kasallik

Bronx-o'pka sistemasining surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, bronxlar devori elastik va mushak komponentlarining destruksiyasi munosabati bilan bronxlarning kengayib ketishidan (bronxoektazi) iborat bo'lgan kasallik hisoblanadi. Uning rivojlanish mexanizmini bronx-o'pka sistemasidagi tug'ma buzilishlar, boshdan kechirilgan yallig'lanish jarayonlari, yot jismlarning ta'siri oqibatlar va shu kabilar bilan bog'laydilar.

Bronxoektazlar turiga ko'ra tsilindrsimon, qopsimon va aralash turlarga bo'linadi. Atelektatik bronxoektazlar alohida guruhga ajratiladi. Bronxoektazlar ayniqsa bolalik, o'smirlik yoshida va navqiron yoshda birmuncha qo'proq uchraydi. Ko'pchilik bemorlar uzoq vaqt xasta bo'lib yuradigan kishilardir.

Anamnez to'g'ri yig'ilganda to'lqinsimon kechayotgan ko'p yillik kasallikni aniqlashga muvaffaq bo'linadi. Bunda qisqa muddatli avj olish davrlari davomli remissiya davrlari bilan almashinib turadi. Vaqt o'tishi bilan tez-tez avj olishi bo'lib turadi, remissiyalar esa qisqaradi.



245 – rasm. Bronxoektaz turlari.

Kasallikning o'ziga xos simptomlari: o'pkabronx infeksiyasining tez-tez qo'zib turishi, yiringli badbo'y hidli (ko'pincha ertalab) balg'am ajralishi, nafas siqishi, qon tuflash, o'rtacha yuzaga chiqadigan intoksikatsiya belgilari hisoblanadi. Kasallikning so'nggi bosqichlarida bemor barmoqlari odatda nog'ora cho'plariga o'xshab ketadi, timoq falangalari esa soat oynalari ko'rinishiga ega bo'ladi. Zararlangan o'pka qismi auskultatsiya qilib ko'rilganda, mayda pufakchali jarangdor xirillashlar eshitiladi.

Rentgenologik usulda tasvir olinganda, o'pkaning kasallangan erlarida fibroz qismlar strukturasi iniga o'xshash ko'rinishda ekanligi, o'pka ildizi soyasi strukturasi buzilganligi aniqlanadi. Bronxoskopiyada diffuz yoki aniq chegaralangan bronxit ajralib turadi, bronxlarning distal kengayish simptomi kuzatiladi (Sul belgisi). Bronxografiya tekshiruvi bu kasallikda eng ko'p ma'lumotlar beradi – bronxlarning kengayganligi aniqlanadi: ular tsilindrsimon, xaltasimon, kistasimon va aralash turlari ko'rinadi. Lokal zararlanishda jarrohlik usulda davolaniladi – segmentektomiya, lobektomiya, bilobektomiya, pulmonektomiya qo'llaniladi.



246 – rasm. Bronxoektatik kasallikning rentgenologik va klinik ko'rinishi (baraban tayoqchasi simptomi).

Konservativ muolaja faqatgina jarayon tarqoq bo'lganida, shuningdek jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik maqsadida o'tkaziladi.

O'rta bo'lak sindromi

O'rta bo'lakning surunkali yallig'lanishi. O'pkaning atelektazi hisobiga o'rta bo'lak bronxi o'tkazuvchanligining buzilishi oqibatida rivojlanadi. O'pkaning yallig'lanish kasalliklari umumiy sonidan 20-26% ni tashkil etadi. Kasallik o'rta bo'lak bronxining tuzilish xususiyatlariga, uning

kattalashgan limfa tugunlari tufayli ezilishiga bog'liq, surunkali kechish xususiyatiga ega.

Klinik manzarasi. Yiringli balg'am ajralib turadigan yo'tal, qon tuflash, nafas siqishi, intoksikatsiya alomatlari bilan ifodalanadi. O'pkada o'rta bo'lak proeksiyasi ustida yirik-o'rtacha pufakchali xirillashlar eshitiladi.

Rentgenologik jihatdan o'rta bo'lak atelektazi, bronxoskopik jihatdan o'rta bo'lak bronxi o'tkazuvchanligining uning torayishi hisobiga buzilishi, chegaralangan yiringli endobronxit aniqlanadi. Bronxografiyada o'tkazuvchanlikning buzilishi, o'rta bo'lak bronxining «cho'ltog'i» aniqlanadi.

Davolash jarrohlik usulida – lobektomiya amaliyoti qilinadi. Jarrohlik amaliyotiga monelik qiladigan hollar bo'lganda (Qo'shilib keladigan kasalliklar, keksa, yosh) konservativ muolaja olib boriladi.

O'pkadan qon ketish

O'pkadan qon ketishi – nafas yo'llaridan qon ajralib chiqishi, o'pkadagi turli kasalliklarning ko'p uchraydigan va xatarli asoratidir. O'pkaning surunkali yiringli kasalliklari orasida 10% dan 60% gacha hollarni tashkil etadi. Bunda ko'p miqdorda qon ketishi faqat qon yo'qotilishi jihatidan emas, balki tezda yuz beradigan asfiksiya sababli xavfli bo'ladi. L.M. Nedveskaya klassifikatsiyasi bo'yicha o'pkadan qon ketishi 3 darajaga bo'linadi:

I darajasi – 300 ml gacha qon tuflash;

II darajasi – 700 ml gacha;

III darajasi – 700 ml dan ko'p qon yo'qotish.

O'pkadan qon ketishida jarrohlik aralashuv kerak bo'ladi, konservativ davolash naf bermayotgan ko'p qon ketishida shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi. Oshig'ich hollarda qon ketish manbaini aniqlay olmasdan bemor axvoli og'ir paytida, ko'pincha majburan jarrohlik amaliyoti qilishga to'g'ri keladi. Shuning uchun bunday hollarda jarrohlik amaliyoti natijalari rejali jarrohlik amaliyotlariga qaraganda birmuncha yomon bo'ladi. Shu munosabat bilan o'pkadan qon ketishini diagnostika qilish va davolashga yondoshishda quyidagicha taktika tavsiya qilinadi. Hamma bemorlarni turli jarrohlik amaliyotlarni bajarishga ko'rsatmalariga ko'ra quyidagi 2 guruhga bo'lish mumkin:

1-guruh – o'pkasidan qon ketishi I-II darajali bemorlar, ularda davolashdiagnostik tadbirlar intensiv davolash fonida shoshilinch bronxoskopiyadan boshlanishi kerak. Shoshilinch bronxoskopiya asfiksiyaning oldini olish, traxeobronxial shoxni qunt bilan sanatsiya qilish, qon ketishini to'xtatish uchun bronxni vaqtincha obturatsiya qilishni o'z ichiga olgan qator chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. Bemor ahvoli barqaror bo'lgandan keyin yaqin 6-12 soatda bronxial arteriografiyani o'z ichiga olgan rentgenologik tekshiruv o'tkaziladi, diagnoz aniqlanadi va zarur bo'lganda zararlangan tomonda bronxial arteriya embolizatsiyasi bajariladi. Bunday taktika ko'pchilik bemorlarda qon ketishini vaqtincha to'xtatish, qon ketishi tufayli yuz bergan gomeostaz buzilishlarni yo'qotish uchun vaqtni qo'ldan boy bermaslik, bemorni qunt bilan tekshirish, diagnozni aniqlash va ehtiyotlab jarrohlik amaliyotini o'tkazishga imkon beradi.

2-guruh – o'pkasidan qon ketishi III darajali bemorlar. Bunda bemorlar kasalxonaga keltirilganda konservativ tadbirlar kompleksidan tashqari ularda rentgenologik tekshirish bilan birga (rentgenoskopiya, ko'krak qafasini 2 proeksiyada rentgenografiya qilish) fibrobronxoskopiya qilish zarur. Fibrobronxoskopiya qattiq bronxoskopiyaga o'tish sharoitlarida o'tkazilishi lozim, chunki bunday bemorlarda tekshiruv jarayonida ko'p qon ketish ehtimolini istisno qilib bo'lmaydi. Olingan bronxoskopik rentgenologik ma'lumotlar ko'pchilik bemorlarda qon ketish manbaini aniqlash, diagnoz qo'yish, keyingi tekshiruv va davolash rejasini tuzishga imkon beradi. Jarrohlik amaliyoti o'tkazishga monelik qiladigan hollari bo'lgan bemorlarda qon oqishining takroran ro'y berishiga qarshi zararlangan tomonda bronxial arteriyani embolizatsiya qilish kerak.

Piopnevmotoraks

Abssess plevra bo'shlig'iga yorilganda yoki infeksiya plevrage subplevral joylashgan yallig'langan o'choqdan yiring tarqalganda paydo bo'ladi.

Ko'pincha bronx-plevral oqma yaralar paydo bo'lishi bilan o'tadi, bu o'pkaning qisman yoki to'liq kollapsiga va plevral bo'shliqning doimo infeksiyalanib turishiga olib keladi. Ahvolning og'irligi intoksikatsiya, nafas etishmovchiligining keskin oshib borishi kabi holatlarga bog'liq bo'ladi.

Rentgenologik tekshiruvda plevra bo'shlig'ida, aksariyat hollarda sathi va gaz pufaklari bo'lgan suyuqlik borligi aniqlanadi.

Bemorlarda plevra bo'shlig'ini punksiya qilib yiringni aspiratsiya qilish, so'ngra drenajlash lozim bo'ladi. Plevra bo'shlig'ini aktiv aspiratsiya va floraga sezuvchanlikni hisobga olgan holda fermentlar (tripsin, ximotripsin) va antibiotiklar Qo'shilgan antiseptik eritmalar (furatsilin, furagin) bilan lavaj qilinadi. Punksiyada plevra bo'shlig'ida germetik holatning yo'qligi, yo'tal paydo bo'lishi, plevra bo'shlig'iga dori moddalari kiritilayotganda ta'm va hid sezgisi bilan yuzaga chiqadigan bronxial oqma yarada germetiklik yaratishga va o'pkaning yozilishiga imkon beradigan keltiruvchi bronxni vaqtinchalik bronxoskopik okklyuziyalash tavsiya etiladi.

Jarayon surunkali turga o'tganda, xaltacha hosil qilgan plevra empiemasi shakllanganda (bunga aksariyat bronxo-plevral oqma yara borligi imkon beradi), jarrohlik yo'li bilan davolash – plevroektomiya bilan o'pka dekortikatsiyasi o'tkaziladi.

O'pkada patologik o'zgarishlar bo'lganda Qo'shma jarrohlik amaliyotlari – plevroektomiya bilan lobektomiya, plevropulmonektomiya qilish kerak bo'ladi.

Plevra empiemasi

Plevra empiemasi (yiringli pleurit) – visseral va parietal plevranning chegaralangan yoki diffuz yallig'lanishi holda kechib, plevral bo'shliqda yiring yig'ilishi va yiringli intoksikatsiya zamirida, aksariyat nafas etishmovchiligi belgilari bilan o'tadi. Ko'pchilik hollarda plevra empiemasi o'pkadagi yallig'lanish va yallig'li destruktiv jarayonlar, shuningdek ko'krak a'zolaridagi jarohatlar va operativ aralashuvlarning asorati bo'lib hisoblanadi. Plevra empiemasining ko'zg'atuvchilari turli xil mikroorganizmlar bo'lishi mumkin.

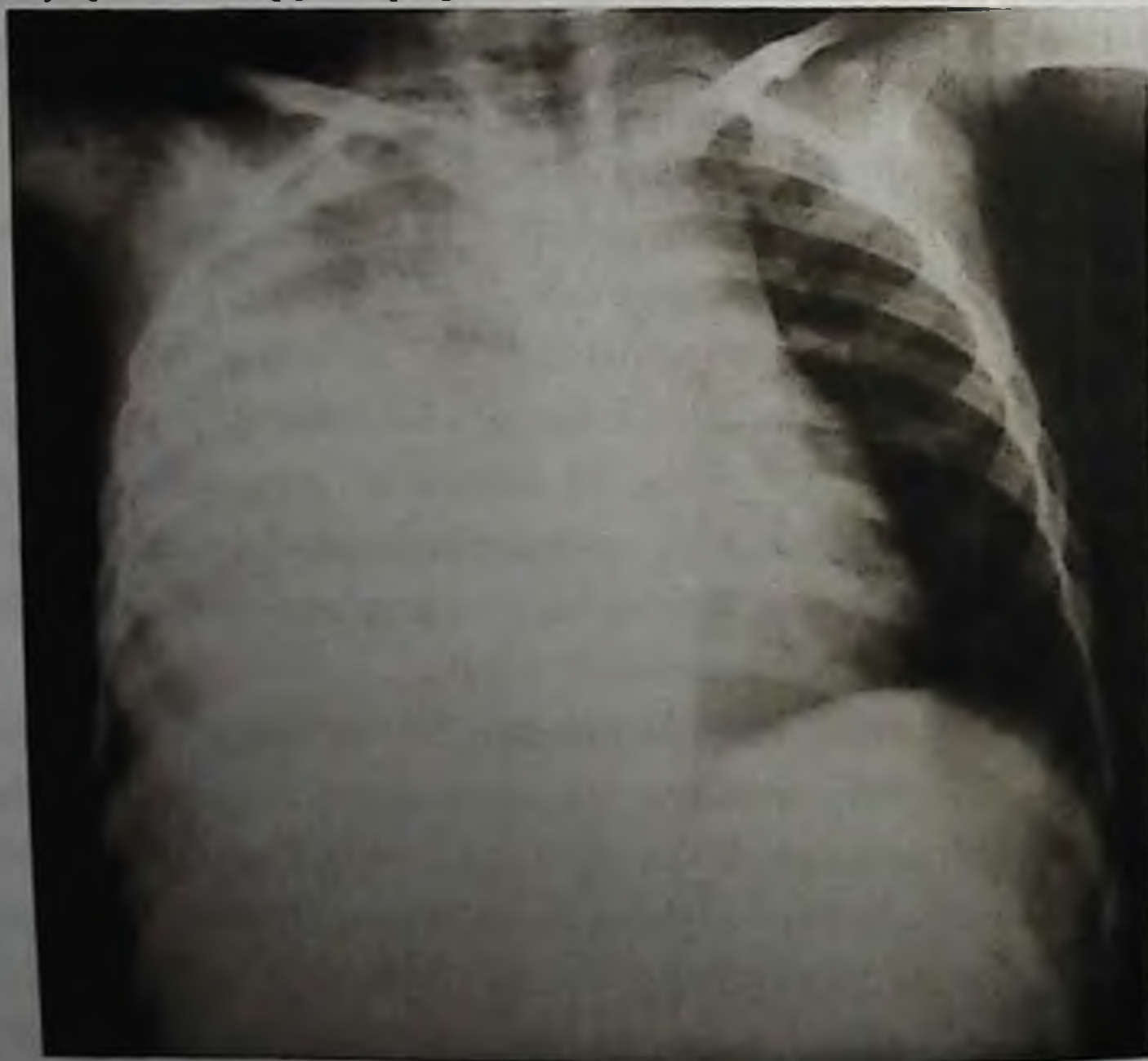
Etiologiyasiga ko'ra spesifik, nospesifik va aralash empiema farq qilinadi. Klinik kechishi xarakteri bo'yicha o'tkir va surunkali bo'ladi. Jarayonning tarqalganligiga ko'ra tarqalgan va chegaralangan bo'ladi. Tutashish xarakteri bo'yicha bronxial oqma yarasiz, bronxial oqma yarali, plevral oqma yarali bo'lishi mumkin.

Plevra empiemasi hamisha o'tkir jarayon sifatida, plevrada dag'al va barqaror morfologik o'zgarishlar paydo bo'lganda boshlanadi, bunda qoldiq bo'shliq shakllanadi, u uzoq kechadi, vaqti-vaqti bilan qo'zib turadi. Plevra empiemasi surunkali kasallik sanaladi.

Klinik manzarasi. Plevraning o'tkir empiemasi uchun umumiy intoksikatsiya belgilari, gipertermiya, et junjikishi, ko'krakda og'riq, bronxial oqma yara bo'lganda nafas qisishi, yiringli balg'am ajraladigan yo'tallar xos bo'ladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri qatlamlarining rangparligi, ba'zan sianoz qayd qilinadi.

Ko'krak qafasi tekshirilganda zararlangan tomonning nafas olishda orqada qolishi qayd etiladi. Plevra bo'shlig'idagi ekssudat yig'ilgan joy proeksiyasi ustida tovush titrashining sustlashgani yoki umuman yo'qligi, perkutor tekshiruvda to'mtoqlashgani, auskultativ tekshiruvda nafas olish shovqinining zaiflashgani yoki bo'lmasligi aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, qon formulasining chapga siljigani, EChT oshganligi qayd qilinadi.

Diagnostikada rentgenologik usullar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Aniq diagnostika uchun rentgenografiya kamida 2 ta proeksiyada bajarilishi lozim. Tarqalgan empiemada plevra bo'shlig'ida ekssudat borligi yuqori chegarasi yoysimon (qiyshiq) qorong'ulik ko'rinishida aniqlanadi.



247 – rasm. Plevra empiemasi. Rentgenografiya.

Chegaralangan empiemalarda aniq konturli har xil shakldagi gomogen soya aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ida bronxial oqma yara bo'lganda suyuqlik

sathi bo'lgan havo aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ini punksiya qilish natijalariga asoslanib aniqlanadi. Tarqalgan empiemada punksiya orqa-qo'ltiq chizig'i buylab VI-VII qovurg'alar orasida o'tkaziladi. Chegaralangan tunda – eng to'mtoqlangan nuqtasida va rentgenologik aniqlanadigan qorong'u joyida olib boriladi.

Plevra empiemasi diagnozi punksiyon usul bilan tasdiqlangandan, ya'ni yiring olinganda plevra bo'shlig'i drenajlanadi. Drenajlash plevra bo'shlig'idan yiringli suyuqlikni doimiy chiqarish yoki uni doimo antiseptiklar bilan yuvish, antibiotiklar yuborish, vakuum moslamalar yordamida siyraklantirishga imkon beradi. Drenajlash uchun ko'pincha Byulau troakari yordamida torakotsentez qilishdan foydalaniladi. Mahalliy davolash bilan birga tamoyili jihatidan o'pkaning o'tkir yallig'lanish kasalliklaridagi davolashga o'xshash intensiv muolaja amalga oshiriladi.

Plevraning o'tkir empiemasi asta-sekin surunkali turga o'tadi. Bunday o'tishning asosiy belgilari tana haroratining normal yoki subfebril haroratgacha pasayishi, kayfiyatning yaxshilanishi, yiringli ajralmaning kamayishi va qoldiq plevral bo'shliq hajmining barqarorlashuvi hisoblanadi. Biroq bu ahvol soxta yaxshilanishdir, chunki yiringli jarayon davom etadi va avj olib boradi, organizmning infeksiyaga chidami kamayadi va arzimagan noqulay sharoitlarda (sovqotish, charchash, Qo'shilib kelgan kasalliklar) u qo'ziydi.

Plevraning surunkali empiemasini diagnostika qilish qiyin emas. Rentgenologik tekshiruv usullari hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bo'shliqning joylashuvini va o'lchamlarini aniqlash uchun tomografiya, fistulografiya qilinishi kerak bo'ladi. Bronxografiya bronxial shox holatini aniqlash, bronxial oqma yaralar tabiati va joylashgan joyini aniqlash imkoniyatini beradi.

Surunkali empiemani davolashda odatda jarrohlik usuli qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda bronxial oqma yara o'pka to'qimasi rezeksiyasi bilan uchraganda plevrektomiya bilan o'pka dekortikatsiyasi eng ma'qul usul hisoblanadi.

O'pka kistalari

O'pkaning kistalar bilan zararlanishlari kelib chiqishi va morfologik tuzilishiga ko'ra turli xil kasalliklar guruhini tashkil qiladi. Qisman yoki

to'liq suyuqlik yoki havo bilan to'lgan yupqa devorli bo'shliq shakllanishi ular uchun umumiy belgi hisoblanadi.

Kelib chiqishiga ko'ra kistalar tug'ma (haqiqiy) va orttirilgan (soxta) bo'lishi mumkin. Haqiqiy o'pka kistalari embrional va postnatal davrda o'pkaning shakllanish jarayonlari buzilishi natijasida vujudga keladi. Soxta kistalar ko'pchilik hollarda asosiy kasallikning yaxshi kechishi va tuzalishi (abscess, exinokokk, sil kavernasi, o'pka ichi gematomasi) natijasida vujudga keladi. O'pkada o'choqli emfizema zaminida shakllanadigan havoli bo'shliqlarni haqiqiy va soxta kistalardan farq qilish lozim bo'ladi.

O'pka kistalarida klinik manzara ularda yallig'lanish jarayoni paydo bo'lgandagina yuzaga chiqadi. Bunda harorat ko'tarilishi, balg'am ko'chadigan yo'tal qayd qilinadi.

Diagnoz rentgenologik tekshiruv asosida qo'yiladi. Rentgenologik ikkita sindromlar guruhi – sharsimon va yumaloq tuzilmalar va yupqa devorli bo'shliqlar aniqlanadi.



248 – rasm. Ikkala o'pka polikistozi.

Kista yiringlaganda rentgenologik manzara ko'p jihatdan o'tkir yoki surunkali o'pka abscesslaridagi klinik manzarani eslatadi. Bronxografiyada kista bo'shlig'i kontrast bilan to'ldiriladi, ayni vaqtda o'rab turgan bronxial shox ham o'zgarmay qoladi.

Asoratlangan kistalarni davolashda jarrohlik usuli qo'llaniladi, u kistani olib tashlashdan yoki o'pka to'qimasi bir qismini rezeksiya qilishdan iborat. Radikal jarrohlik amaliyotga moneliklar bo'lganda o'pkaning yiringli

kasalliklariga davo qilishning umumiy prinsiplari bo'yicha konservativ davolash o'tkaziladi.

O'pkaning parazitlar kasalliklari

O'pka exinokokki – mamlakatimizda eng ko'p tarqalgan parazitlar o'pka kasalligidir. Yurtimiz shu kasallikning endemik o'choqlaridan biri sanaladi. Gidatidoz va alveolyar exinokokkoz farq qilinadi. O'pka aksariyat gidatidoz jarayonga uchraydi.

Gidatidoz exinokokkoz – qo'zg'atuvchi – tasmasimon gijja *Echinococcus granulosus* bo'lib, hayvonlar, aksariyat itlar, bo'rilar ichagida parazitlik qiladi. Qo'ylar, yirik qoramol oraliq xo'jayini hisoblanadi. Asosan alimentar yo'l bilan yuqadi. O'pkada parazit lichinkalari diametri 14-20 sm ga etadigan kistalar shakliga ega bo'ladi. Kistalarning yupqa xitin pardasi bo'lib, uning atrofida zich fibroz parda rivojlanadi. Ular orasida yoriqsimon bo'shliq bo'ladi.

Uncha katta bo'lmagan kistalarda klinik belgilar bo'lmasligi mumkin. Kista o'sib atrofidagi a'zolari bosib qo'yganda klinik belgilar paydo bo'lishi mumkin. Exinokokk kistasi bronxga yorilganda qattiq yo'tal tutib, o'zida xitin parda uziq-yuluqlari va kichik palak otuvchi kistalarini tutgan ozroq miqdordagi suyuqlik ajralib chiqadi. Ko'pchilik hollarda bemorlarning ahvoli yomonlashadi, harorati ko'tariladi. Kista plevra bo'shlig'iga yorilganda keskin behollik, issiq suyuqlik quyilgandek bo'lishi, hushni yo'qotish, arterial qon bosimining tushib ketishi, sovuq ter paydo bo'ladi. Shoshilinch jarrohlik amaliyoti o'tkazilmasa, yiringli plevrit rivojlanadi. Exinokokk kistasi yiringlab ketganda tana harorati 38-39°S gacha ko'tarilib, ko'p vaqtgacha balandligicha qoladi. Yiringlagan kista yorilganda yo'tal bilan o'zida xitin pardasi qoldiqlari, skolekslar saqlagan yiringli suyuqlik ajraladi.

Diagnoz rentgenologik tekshiruv orqali aniqlanadi – o'pkada gomogen, konturlari aniq sharsimon tuzilmalar borligi shundan dalolat beradi. Qo'shni bronx yotoq yarasida exinokokkning xitin va fibroz pardasi orasiga, perikistoz yoriqqa havo tushganda rentgenogrammalarda cho'zinchoq o'roq shaklidagi va kista chetida joylashgan yorug' yo'l-yo'l gaz paydo bo'lishi qayd etiladi. Bronxografiyada bu bo'shliq kontrast modda bilan to'ladi (subkapsulyar kontrastlanish fenomeni).

Exinokokk bronxga yorilganda va yiringlaganda rentgenologik manzara o'pka absessidagi manzaraga o'xshash, ya'ni suyuqlik sathi konturlari aniq bo'shliq kurinadi. Laboratoriya ma'lumotlari: aksariyat eozinofiliya, yiringlanishda EChT oshishi, leykotsitoz qayd qilinadi. Diaqnoz qo'yishga immunologik reaksiyalar (Kasoni, komplementni bog'lash, lateks-agglyutinatsiya) yordam beradi.

Exinokokkoz jarrohlik usulida davolanadi: Vishnevskiy, Bobrov, Vaxidov usulidagi exinokokkektomiya, o'pkaning parazitar kistasi bo'lgan qismini kesish. Xozirgi kunda endoskopik jarrohlik amaliyotlari rivojlangan tufayli, videotorakoskopik usulda exinokokkektomiya jarrohlik amaliyoti bajrilishi mumkin.

Ikki tomonlama jarayonda jarrohlik amaliyoti bosqichma-bosqich qilinadi. O'pkasida exinokokkozi bo'lgan bemorlarning qarib 50 foizida ayni vaqtda jigar ham zararlanishini eslatib o'tish lozim, davo taktikasi qo'llashda buni nazarda tutish lozim.



249 – rasm. O'ng o'pka pastki bo'lagi exinokokkozi (to'g'ri proeksiya).



250 – rasm. O'ng o'pka bronxga yorilgan exinokokkozi (KT).

Alveolyar exinokokkoz – qo'zg'atuvchisi – *Echinococcus multilocularis* yovvoyi hayvonlar – bo'ri, tulki, qutb tulkisi ichagida parazitlik qiladi. Oraliq xo'jayini – olmaxon, suv qunduzi, nutriya. Hayvon terisini ishlash vaqtida, yuqumli manbalar suvidan ichilganda yuqadi. Avval jigarni zararlantiradi, undan o'pkaga o'sib kirishi mumkin. Xavfli o'sma kabi infiltrativ yo'l bilan tarqaladi. O'pkada kam uchraydigan parazitlar kasalliklardan paragonimoz, sistitserkoz, toksoplazmoz, askaridoz, amyobiaz, bilgarsiozni (shistosomoz) eslatib o'tish mumkin.

Bronxlar va o'pkaning xavfsiz o'smalari

O'pkaning xavfsiz o'smalari gistologik tuzilishiga ko'ra turli-tuman. Ular o'pkadagi har qanday – epitelial (papilloma, adenoma), biriktiruvchi, mushak to'qimadan (fibroma, mioma, nevrinoma), shuningdek o'pkaga xos bo'lmagan, embriogenez buzilishi natijasi bo'lmish abberant to'qimalardan (teratoma, gemartroxondroma) o'sib chiqishi mumkin.

Bronx ichidagi o'smalar (aksariyat adenomalar) bronx bo'shlig'ida o'sib qalinlashib, uning bo'shlig'ini toraytiradi, so'ngra batamom bekitib qo'yadi. Ko'p uchraydigan dastlabki belgilari uzoq vaqtgacha yo'talib yurish, asta-sekin kuchayib boradigan nafas siqishi, qon tuflash hisoblanadi. O'pka qismidagi gipoventilyatsiya sababli unda ko'pincha zotiljam nivojlanadi. Yiringli jarayon avj olishi yiringli balg'am paydo bo'lishiga olib keladi. Rentgenologik manzara gipoventilyatsiya uchastkalari yoki

atelektazlarni aniqlashda yuzaga chiqadi. Tomogrammalarda bronx bo'shlig'ida o'sma soyasi ko'rinib turadi. Bronxografiyada bronx cho'ltog'i aniqlanadi. Bronxoskopiya diagnostika jihatdan eng ko'p ma'lumot beradi, bunda yuzasi silliq o'sma topiladi. Tajriba bronx ichida adenomasi bor ko'pchilik bemorlarda uzoq vaqtgacha to'g'ri diagnoz qo'yish qiyinligini ko'rsatmoqda. Yosh bolalarda simptomlar triadasi (yo'tal, asta-sekin oshib boradigan nafas siqishi, qon tuflash) bo'lganda vrach bronx ichida o'sma bormikan, deb taxmin qilishi va tegishli tekshiruv o'tkazishi lozim.

Davolash – jarrohlik usulida. O'smali bronx rezeksiya qilinadi. O'pkaning atelektaz bo'lgan qismida o'zgarishlar bo'lganda uni rezeksiya qilinadi.

Bronxdan tashqaridagi o'smalar odatda ko'p vaqtgacha sezilmay yuradi, ko'pincha ularni tasodifan yoki profilaktik rentgenologik tekshiruvda bexosdan aniqlanadi. O'sma kattalashgan sayin jarayonga bronxlar, visseral plevra qo'shilgandan keyin ko'krakda og'riq, yo'tal, qon tuflash singari klinik belgilar paydo bo'ladi. Rentgenologik jihatdan bronxdan tashqaridagi xavfsiz o'smalarning semiotikasi qator umumiy o'xshash tomonlarga ega. Odatda bular yakka-yakka sharsimon, konturlari aniq gomogen tuzilmalardir.

Davolash – jarrohlik usulida. Jarrohlik amaliyoti o'smani o'pkaning juda kichik qismi bilan olib tashlashdan iborat. Ba'zan o'pka to'qimasini rezeksiya qilmasdan faqat o'smani olib tashlashni imkoniyati bo'ladi.

TUG'MA VA ORTTIRILGAN YURAK NUQSONLARI

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar

Yuqori va pastki kovak venalar qonni yig'ib uni yurakning o'ng bo'lmachasiga tashiydi. Qon o'ng bo'lmachadan o'ng qorinchaga uch tavaqali klapan bilan ta'minlangan bo'lmacha-qorincha teshigi orqali tushadi. O'ng qorinchadan qon o'pka arteriyasi bo'ylab o'ng va chap o'pkalarga etadi. Ulardan arterial qon to'rtta vena orqali chap bo'lmachaga tushadi, keyin esa bo'lmachaqorinchaaro ikki tavaqali mitral klapan joylashgan teshik orqali chap qorinchaga tushadi. Keyin qon uchta yarimoysimon tavaqalardan tashkil topgan klapan bilan ta'minlangan aortal teshik orqali aortaga yo'naltiriladi. O'ng va chap bo'lmachalar bo'lmachalararo to'siq bilan bo'lingan, u o'z davomida qorinchalararo to'siqqa o'tadi.

Yurakning qon ta'minoti aortadan va Valsalva sinusi sohasidan chiqadigan ikkita toj arteriyasi tomonidan amalga oshiriladi. Yurak venalari toj sinusiga yoki bevosita o'ng bo'lmacha va qorinchaga quyiladi. Yurak mushagi strukturasi va faoliyati bo'yicha bir-biridan farq qiladigan ikkita element – qisqaruvchi miokard tolalari va o'tkazuvchi sistemadan tashkil topgan. Yurakning o'tkazuvchi sistemasi o'ng bo'lmacha devorida joylashgan sinus tugunidan (Keyt-Flak tuguni) iborat. Sinus tugunidan keladigan impulslar atrioventrikulyar tugunga tarqaladi, chap va o'ng oyoqchalarga bo'linadigan bo'lmacha-qorincha tutamlariga o'tadi.

Yurakning ish faoliyati davri (tsikli) qorinchalar sistolasi va diastolasi davriga bo'linib, ulaming oxirida bo'lmachalar sistolasi sodir bo'ladi. Yurak qorinchalari tomonidan qon tomirlarga haydaladigan qon hajmi, yuza maydoniga bo'lingan minutlik qon hajmi – yurak indeksi deb ataladi. Katta odamda osoyishta holatda yurak indeksi 3,5-4 l ga ($\text{min} \cdot \text{m}^2$) teng, jismoniy ish bajarilayotganda esa, uning ko'rsatkichi 5-10 martaga ortadi. Chap qorincha va aortada normal bosim simob ustuni hisobida 120 mm dan, o'ng qorincha va o'pka arteriyasida – 25 mm dan oshmaydi. Perikard esa, yurakni qoplab turgan berk seroz xalta hisoblanadi.

Maxsus tekshirish usullari. To'liq klinik diagnoz (tashxis) qo'yish, gemodinamika holatini aniqlash, yurak miokardi qisqarishi faoliyatini izdan

chiqish (buzilish) darajasini aniqlash uchun, odatda quyidagi tekshiruv usullari qo'llaniladi:



251 – rasm. Yurakning o'ng qismini (a) va chap qorinchani (b) zondlash.

I. Noinvaziv tekshiruv usullari: exokardiografiya, rentgenografiya, kompyuter tomografiya (KT), magnit-rezonansli tomografiya (MRT). Ultratovush tekshiruv yordamida (exokardiografiya) yurak to'sig'i, yurak klapanlari nuqsonlarini diagnostika qilish, miokard qisqarish funksiyasi buzilishlarini aniqlash, yurak ichi va markaziy gemodinamika holatini aniqlash imkonini beradi. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi diagnostik usul sifatida keng qo'llaniladi, albatta bu tekshiruv 3 proeksiyada, qizilo'ngachni kontrastlagan holda bajarishili shart: to'g'ri, chap va o'ng qiyshiq pozitsiyalarda. KT va MRT yuqoridagi tekshiruv usullarini to'ldiradi.

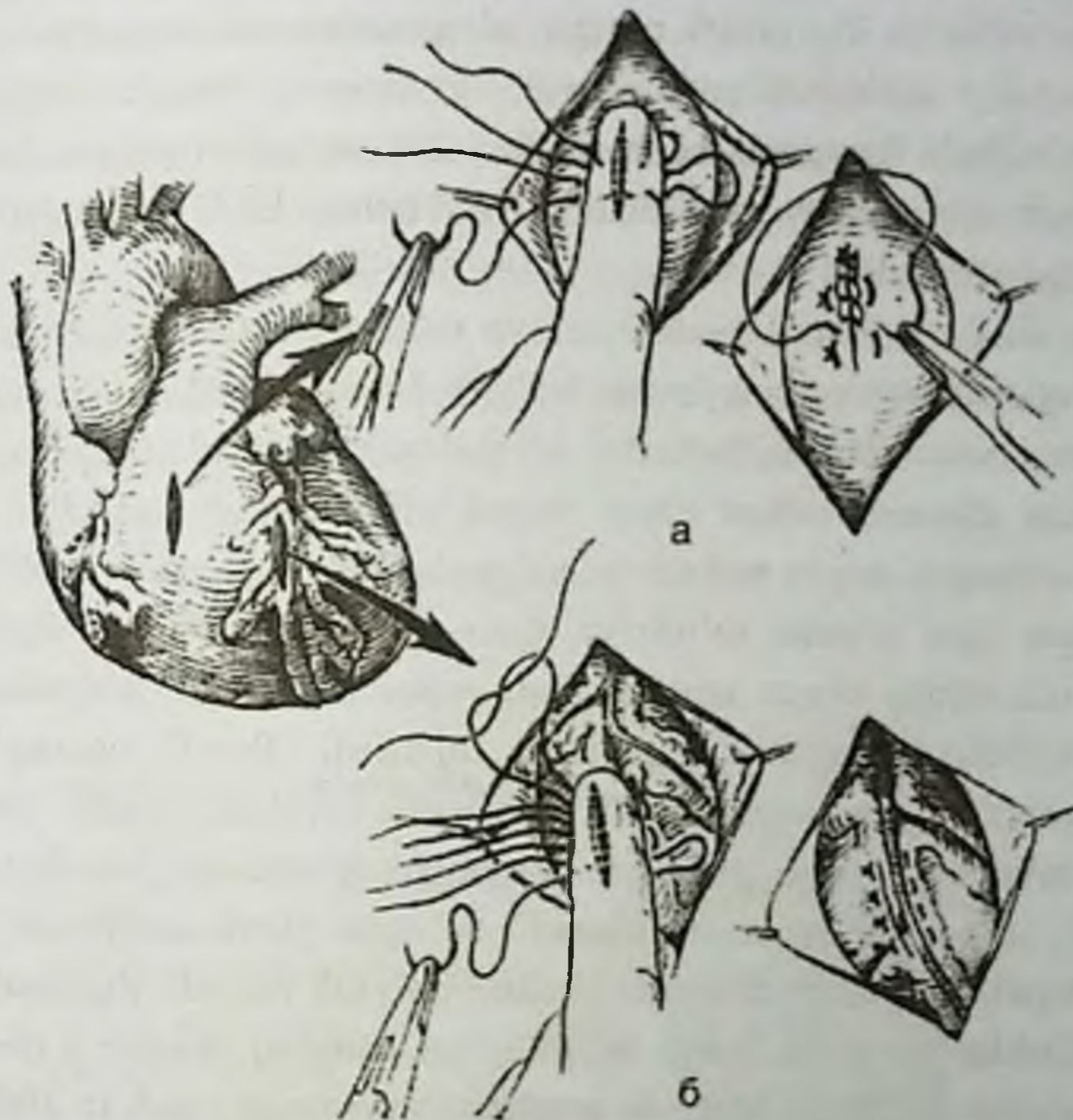
II. Invaziv tekshiruv usullari: Yurak bo'shliqlarini Seldinger usulida kateterlar yordamida zondlash. Zond yuborishning uchta usuli farq qilinadi: venoz, arterial va yurakni igna orqali punksiya qilish. Tekshirishda yurak bo'shliqlaridagi bosim o'lchanadi, qon gaz tarkibiga baho beriladi va ventrikulografiya bajariladi.

Selektiv koronarografiya – yurakning toj arteriyalariga kontrast modda yuborib, uning o'tkazuvchanligini aniqlash va baho berishga aytiladi.

Perikard va yurak shikastlanishlari

Jarrohlik amaliyotida perikard va yurak jarohatlari (shikastlari) ko'p uchraydi. Ular orasida sovuq (o'tkir) qurol zarbidan vujudga kelgan kesilgan

yoki chopilgan jarohatlar ustunlik qiladi. Perikard va yurak yaralanishlari aksariyat, boshqa a'zolar, qo'proq esa o'pkaning shikastlanishi bilan birga uchraydi.



252 – rasm. Yurak jarohatini tikish (sxematik tasvir).

Klinikasi va diagnostikasi. Yurak yaralanganda, yumshoq to'qimalari jarohati ko'pincha quyidagi chegaralarda: yuqoridan – III qovurg'a, pastdan – qovurg'alar osti va to'sh osti sohasi, chapdan – o'rta qo'litiq chizig'i, o'ngdan – parasternal chiziqda joylashgan bo'ladi. Bemorlar ko'rquv, xavotirlik hissi, bezovtalik, ko'krakda siqilish sezgisi, bosh aylanishi, behollik, havo etishmasligi va nafas olishning qiyinlashuvi sezgisi, bo'yinga, chap elkaga, qo'litiq sohasiga o'tadigan og'riqdan shikoyat qiladi. Rangi-ro'yi oqaradi, sovuq ter bosadi, hushdan ketish va shunga yaqin holat yuzaga keladi. Ahvolning og'irligi faqat qon yo'qotishgagina emas, balki birinchi galda o'tkir yurak tamponadasiga (yurakning perikard bo'shlig'iga quyilgan qondan bosilishi) bog'liq bo'ladi.

O'tkir yurak tamponadasi

O'tkir yurak tamponadasi Bek triadasi bilan namoyon bo'ladi, arterial bosim keskin pasayib, ba'zan puls paradoksal bo'ladi. Markaziy venoz qon bosimi tez va birmuncha ortadi, rentgenoskopiyada yurak soyasi pulsatsiyasi aniqlanmaydi, auskultatsiyada yurak tonlarining keskin sustlashuvi namoyon bo'ladi. Rentgenogrammalarda yurak soyasi kengaygan, trapesiya yoki shar shakliga o'xshaydi. Gemoperikard borligi EKG tishchalari voltaji pasayishiga olib keladi.

Davolash. Perikard punksiyasi va undagi qonni aspiratsiya qilish, yurak tamponadasi rivojlanayotgan hollarda birinchi yordam ko'rsatishning ta'sirchan chorasi bo'lib, bemorni ixtisoslashgan davolash muassasasiga transportda etkazish uchun zarur vaqtni yo'qotmaslik imkonini beradi. Yurak yaralangan degan tashxis qo'yilganda yoki unga shubha bo'lganda, yo'qotilgan qon o'mini to'ldirish, gomeostaz buzilishlarini korreksiya qilishni o'z ichiga olgan samarali reanimatsion tadbirlar o'tkazish bilan birga shoshilinch jarrohlik amaliyoti bajariladi. Bunda qovurg'alararo torakotomiya kesmasi qo'llanilib, perikard ochiladi, yurak jarohatini barmoq bilan bosib turib qon oqishi vaqtincha to'xtatiladi, hamda perikard bo'shlig'i qon ivindilaridan tozalanadi. So'ngra, yurak jarohatlari so'nilib ketmaydigan iplar bilan, P-simon choklar qo'yilib tikiladi. Perikardga esa, siyrak choklar qo'yilib, uning bo'shlig'iga kattaroq diametrli (6-8 mm) drenaj naycha qo'yiladi. Mabodo amaliyot jarayonida yurak to'xtab qolsa, yurak bo'shlig'iga adrenalin yuborilib, to'g'ridan-to'g'ri massaj qilinadi. Qorinchalar fibrillyatsiyasida defibrillyatsiya amalga oshiriladi.

Tug'ma yurak nuqsonlari

Tug'ma yurak nuqsonlari, yurak embriogenezi jarayonlarining buzilishi yoki postnatal davrda normal shakllanish kechikishi oqibatida paydo bo'ladi. Ko'pchilik yurak nuqsonlarining asosiy belgisi – kichik va katta qon aylanish sistemasiga qonning aniq taqsimlanmasligidir. Bunga, odatda yurak to'siqlarida nuqson borligi sabab bo'ladi.

Tug'ma yurak nuqsonlari shartli ravishda uchta guruhga bo'linadi:

Birinchi guruh – venoz qonni arterial oqimga tushishi bilan bog'liq yurak ichida patologik tutashmalari bo'lgan nuqsonlar (o'ngdan chapga, birlamchi – ko'k): Fallo triadasi, tetradasi yoki pentadasi, uch tavaqali klapan atreziyasi, Eyzemenger sindromi, tomirlar transpozitsiyasi va b.

Ikkinchi guruh – arterial qonni venoz oqimga tushishi bilan bog'liq yurak ichida patologik tutashmalari bo'lgan nuqsonlar (chapdan o'ngga, birlamchi – oq): bo'lmachalararo to'siq nuqsoni, qorinchalararo to'siq nuqsoni, ochiq arterial yo'l va b.

Uchinchi guruh – qon aylanishining buzilishi. Ko'ks oralig'idagi magistral tomirlarning torayishi sababli kelib chiqqan nuqsonlar: o'pka arteriyasi stenoz, aortaning boshlanish qismi stenoz, aorta koarktatsiyasi.

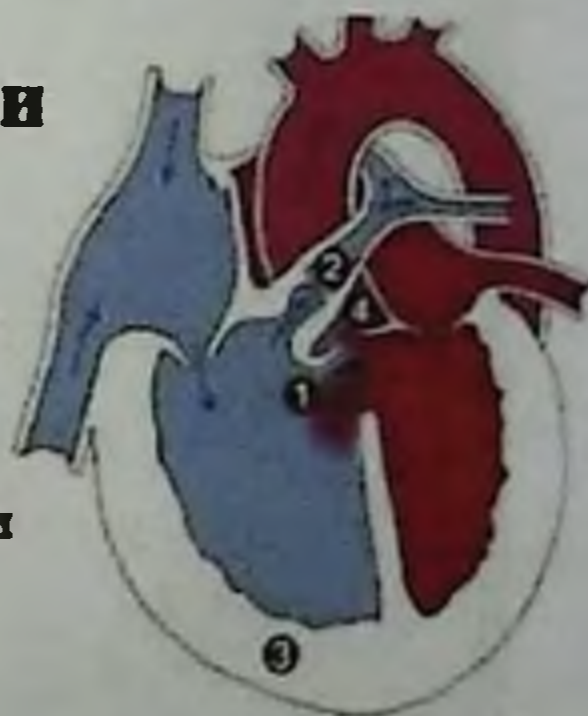
Hozirgi paytda yurak tug'ma nuqsonlarining yuzdan ortiq turlari ma'lum bo'lib, ulardan asosiylari ustida to'xtalib o'tamiz.

Fallo tetradasi. Ushbu xastalik 1888 yilda fransuz patologoanatomi Fallo tasvirlagan to'rtta doimiy belgilar bilan kuzatiladi:

1. O'pka arteriyasi torayishi.
2. Qorinchalararo to'siqning yuqori nuqsoni.
3. Aortaning o'ng tomonga surilishi.
4. O'ng qorincha gipertrofiyasi.

Фалло тетрадаси

1. Қоринчалараро тўсик деффекти.
2. Упқа артерияси стенози
3. Унг қоринча гипертрофияси
4. Аорта декстрапозицияси



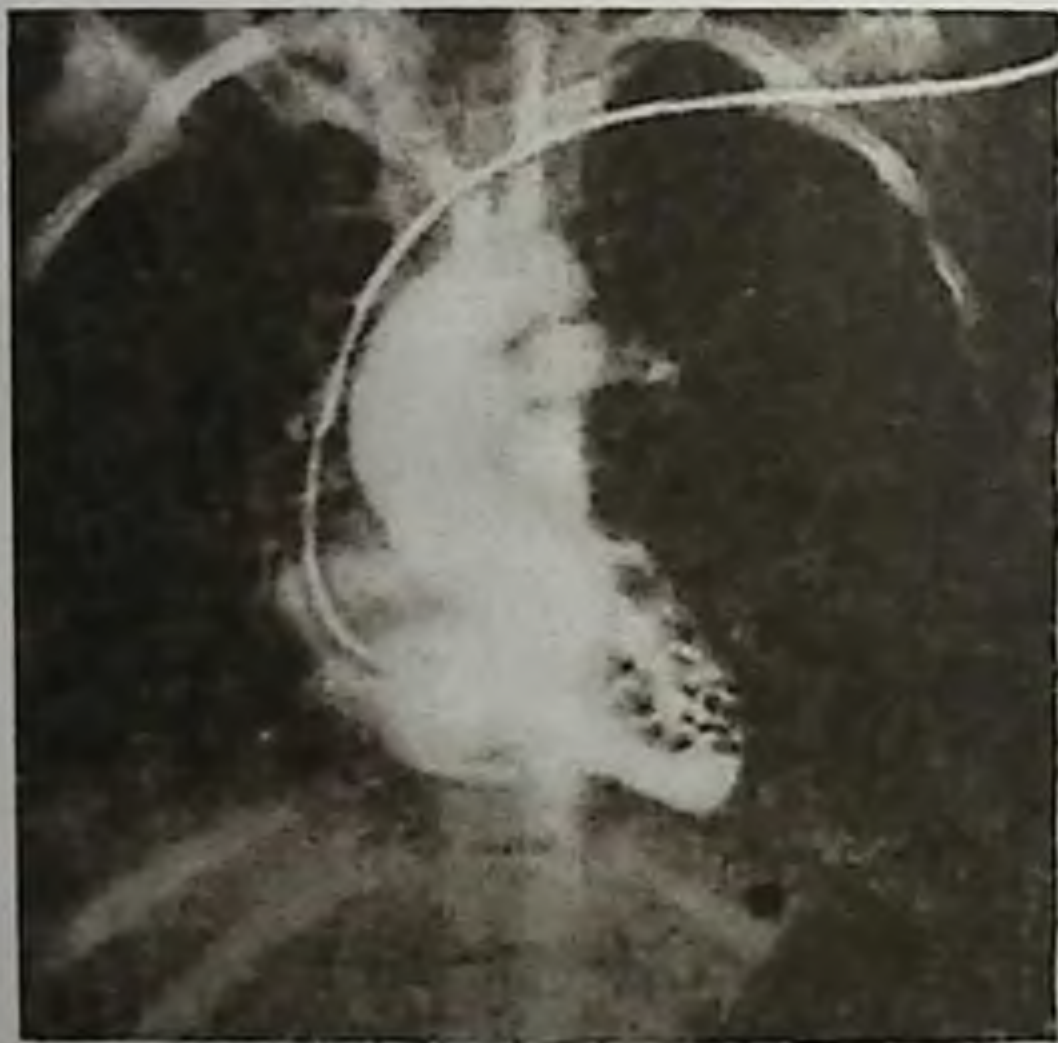
253 – rasm. Fallo tetradasi.

Fallo tetradasida gemodinamikaning buzilishi o'pkaga qon tushishining kamayishi va venoz qonni o'ng qorinchadan aortaga o'tishidan iborat bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Kasallikning dastlabki alomatlari bola tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda uning qichqirishi va emishi vaqtida yengil sianoz ko'rinishida yuzaga chiqadi. Keyinchalik, sianoz va nafas qisishi birmuncha yaqqol namoyon bo'ladi va 1-2 yoshga kelib doimiy tusga kirib, hatto bola tinch turganida ham yo'qolmaydi. Katta yoshdagi bemorlar nafas qisishi, tez charchash, bosh og'rig'i, jismoniy ishga layoqatsizlikdan

noliydilar. Aksariyat bemorlar o'rindan turolmay yotadilar. Ahvol tobora yomonlashadi. Bemorlarning teri qoplamlari ko'kimtir tusga kiradi, barmoq bilan bosib ko'rilganda, shu joyda asta-sekin yo'qoladigan oqimtir dog' qoladi. Ko'pincha bemor badanida, o'rta darajada kengaygan venalar ko'rinib turadi, ular ko'krak qafasi sohasida va bosh suyagi ustida ayniqsa yaqqol ko'zga tashlanadi. Timoq falangalari nog'ora tayoqchalari ko'rinishiga kiradi. Mushak sistemasi sust rivojlanadi.

Ko'zdan kechirilganda aksari «yurak bukrisi» ko'rinadi. Auskultatsiyada yurak cho'qqisida I tonning qisqarganligi va o'pka arteriyasi II ton sustlashganligi aniqlanadi. II-III qovurg'alar orasida to'sh suyagining chap chekkasida sistolik shovqin eshitiladi. Qon analizlarida eritrotsitlar miqdori 6-10 $12/l$ gacha va gemoglobin miqdori 130-150 g/l gacha ko'paygan.

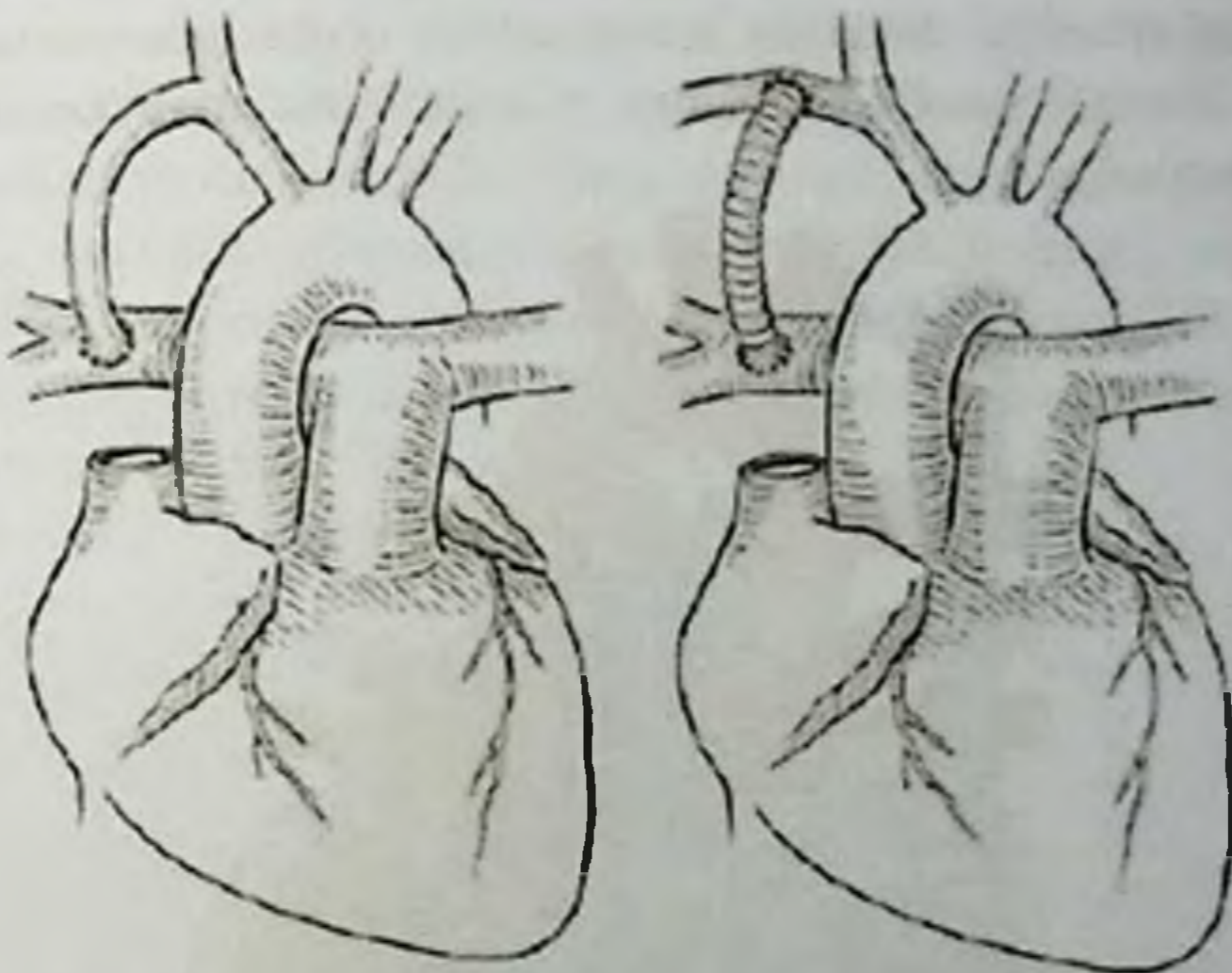


254 – rasm. Fallo tetradası (kontrast modda o'ng qorinchaga yubonilgan).

Fonokardiogrammada o'pka arteriyasi ustida shovqin, nuqson sohasi ustida va qorinchalararo to'siqda shovqin qayd etiladi. Rentgenologik tekshiruvda quyidagilar aniqlanadi: yurak bir me'yorda kengaygan, yurak beli yaxshi bilinadi, cho'qqisi yuqoriga siljigan. O'pka arteriyasi sathidagi kontur yassi va ichiga botgan; aortaning yuqoriga ko'tariladigan qismi va ravog'i kengaygan; o'pkaning tasviri xiralashgan, ildizlari soyasi kamaygan

bo'ladi. Yurakni zondlashda kateter bevosita o'ng qorinchadan aortaning yuqoriga ko'tariladigan qismiga o'tadi. O'ng qorinchaga kontrast yuborilganda ayni vaqtda o'pka arteriyasi va yuqoriga ko'tariladigan aorta to'ladi, o'pka arteriyasi stenozini aniqlanadi.

Davolash: faqat jarrohlik usuli qo'llaniladi. Fallo tetradasida jarrohlik amaliyotlari palliativ va radikal bo'lishi mumkin. Palliativ jarrohlik amaliyotlari aorta bilan o'pka arteriyasi o'rtasida tutashma (yo'l) xosil qilinib, kuchsiz arterilizatsiyalangan qonning aortadan o'pka arteriyasiga, toraygan qismini chetlab o'tib, tushishi ta'minlanadi.



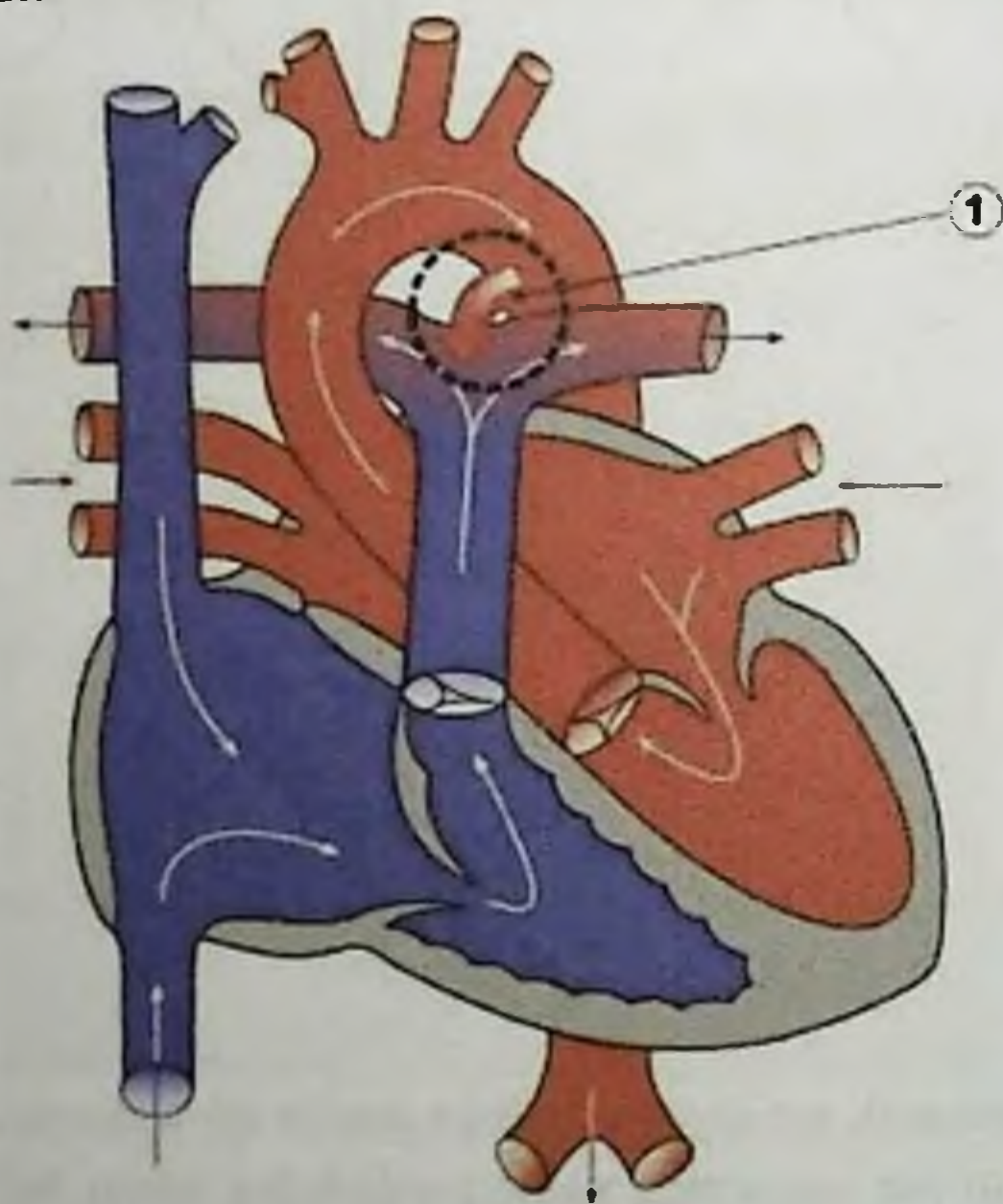
255 – rasm. O'mrov osti va o'pka arteriyasi anastomozini (Blelok – Taussig amaliyoti).

Radikal jarrohlik amaliyotlari o'pka arteriyasi stenozini bartaraf etish, qorinchalararo to'siq nuqsoniga yamoq solishdan iborat bo'ladi. Shunday yamoq chiqish bo'limining ehtimol tutilgan torayishini bartaraf qilish maqsadida o'ng qorincha devori kesmasiga tikiladi. Eng ko'p tarqalgan amaliyotlarga Blelok-Taussig jarrohlik amaliyoti kiradi.

Bunda o'ng o'mrov osti arteriyasi va o'pka arteriyasini o'ng tarmog'i orasida anastomoz qo'yiladi. Odatda, radikal operatsiyadan oldin birinchi bosqichda palliativ usul qo'llaniladi.

Ochiq arterial yo'l

Ochiq arterial yo'l (botallov protok) aortaning dastlabki bo'limini o'pka arteriyasi bilan biriktirib turadi. Embrional davrda ochiq arterial yo'l – normal fiziologik holat hisoblanib, odatda chaqaloq tug'ilganidan so'ng, tez orada bu yo'l obliteratsiyaga uchraydi. Bu jarayon buzilganda, u ochiqligicha qoladi va arterial qonni aortadan o'pka arteriyasiga o'tishi va shu munosabat bilan qator gemodinamik buzilishlar vujudga keladi. Katta qon aylanishi doirasidan kichik doiraga doimiy qonning o'tib turishi natijasida a'zolar va to'qimalarning qon bilan ta'minlanishi yomonlashadi, kichik qon aylanishi doirasida bosim ortadi, o'pka gipertenziyasi oshib borganda shovqin sistolik shovqinga aylanib, o'pka arteriyasi ustida juda yaxshi eshitiladi.



256 – rasm. Ochiq arterial yo'l.

Rentgenologik tekshirishda o'pka tasvirining quyuqlashuvi, o'pka arteriyasi va tarmoqlarining kengayishi qayd etiladi. Yurakni zondlashda o'pka arteriyasida bosimning ortishi, unda qonning kislorodga to'yinish darajasining yuqoriligi qayd qilinadi. Aortografiyada kontrast moddaning aortadan o'pka arteriyasiga tushishi aniqlanadi.

Davolash faqat jarrohlik usuli: ochiq arterial yo'lni bog'lash yoki bog'lab, so'ng uni kesishdan iborat.

Qorinchalararo to'siq nuqsoni

Qorinchalararo to'siqning bitmaganligi (nuqsoni) gemodinamikaning buzilishiga: arterial qonning chap qorinchadan o'ng qorinchaga, so'ngra kichik qon aylanish doirasiga o'tishi bilan ifodalanadi.

Bu holatda, arteriovenoz shuntning borligi chap qorinchaning gipertrofiyasiga va o'pka gipertenziyasining rivojlanishiga olib keladi. O'pkaning yuqori gipertenziyasi venoz qonning katta qon aylanish doirasiga tushishiga, sianoz paydo bo'lishiga va o'ng qorincha etishmovchiligi rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Klinikasi va diagnostikasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va bolalar hayotining dastlabki yillaridagi dekompensatsiya holatlari bilan og'ir kechadi. Kattaroq yoshdagi bolalarda simptomlar kamroq ifodalangan bo'lib, bemorda asosan nafas qisishi, tez charchash, yurak sohasidagi og'riq, yurak urishi kabi shikoyatlar bilan o'tadi.



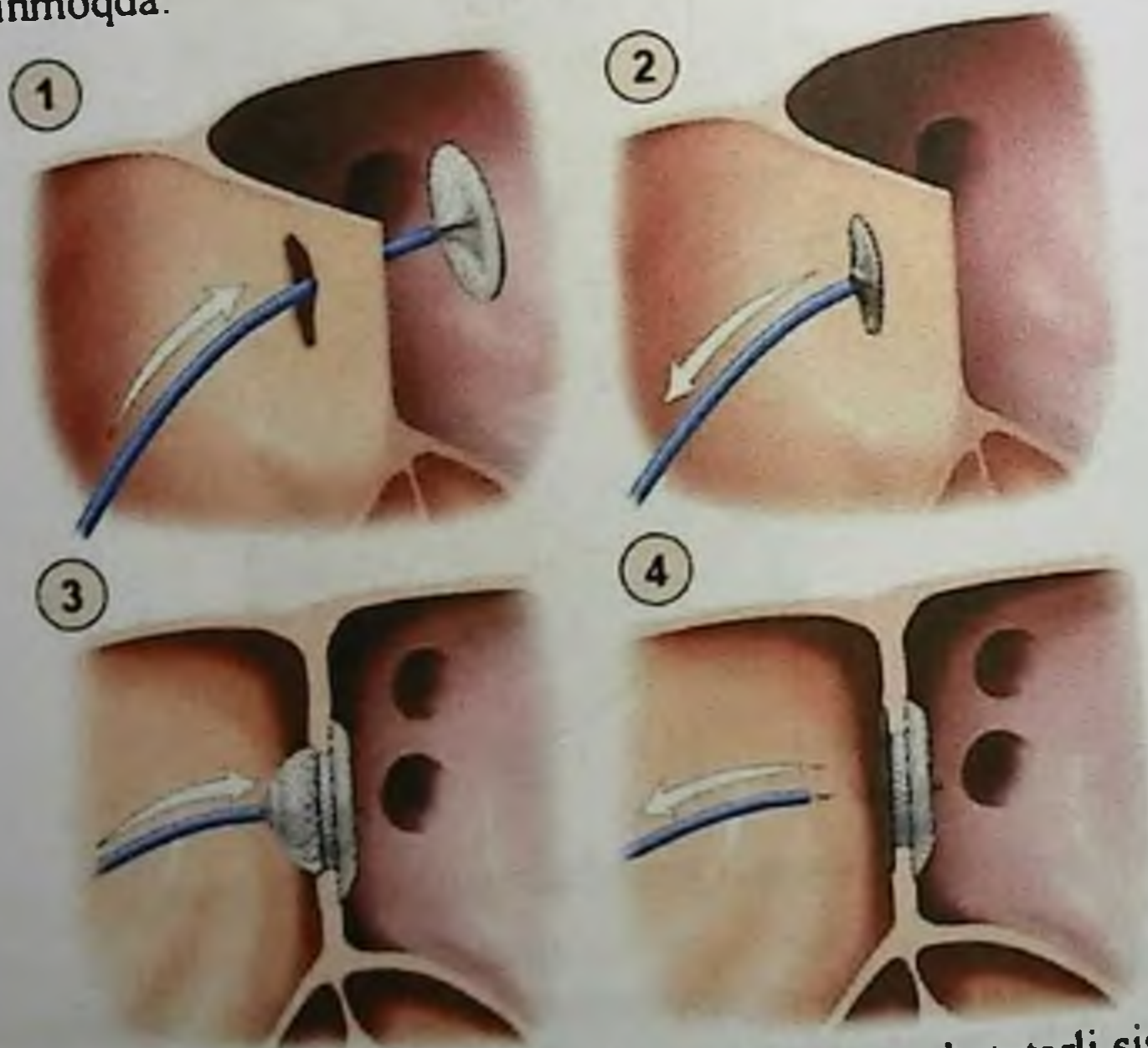
257 – rasm. Qorinchalararo to'siq nuqsoni.

Ob'ektiv tekshiruvda teri qoplamlarining rangparligi, bolaning o'sish va rivojlanishda tengdoshlaridan orqada qolishi qayd qilinadi. Yurak chegaralari o'ngga kattalashgan bo'lib, auskultatsiyada to'sh suyagining

chap chekkasi bo'ylab kuchli sistolik shovqin, III-IV qovurg'alar orasida esa uning jarangliroq eshinishi aniqlanadi. EKGda qorinchalar gipertrofiyasi qayd etiladi.

Rentgenologik tekshiruvda o'ng qorinchaning kattalashganligi, o'pka arteriyasi va uning tarmoqlarining kengayganligi, chap bo'lmacha va qorinchaning birmuncha kattalashganligi aniqlanadi. Yurak bo'shliqlari zondlanganda o'ng qorinchada qonning kislorodga to'yinish darajasining ortishi qayd qilinadi, kateter o'ng qorinchadan chap qorinchaga bimalol o'tishi mumkin. Kateter chap qorinchaga kiritilganda kontrast modda o'ng qorinchaga va o'pka arteriyasiga tushadi.

Davolash – faqat jarrohlik usuli. Qorinchalararo to'siqlardagi kichik nuqsonlarga P-simon choklar qo'yib uni bartaraf etishdan iborat. Katta nuqsonlarda u teshikni sintetik mahsulotdan tayyorlangan yamoq bilan bekitish yo'li bilan bartaraf etiladi. Rentgenendovaskulyar jarrohlikni rivojlanishi bilan, davo usullarining yangi turlari ishlab chiqildi. Bunda, nuqsonni kateter va maxsus moslama (okklyuder) yordamida yopish usuli taklif qilinmoqda.



258 – rasm. Devor nuqsonlarini yopish uchun kateterli sistema – okklyuderdan foydalanish bosqichlari.

Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni

Yurakning tug'ma nuqsoni bo'lib, bunda o'ng bo'lmacha va chap bo'lmacha to'sig'ida teshik bo'lib, shu teshik orqali tutashgan bo'ladi. Bunda gemodinamikaning buzilishi arterial qonning chap bo'lmachadan o'ng bo'lmachaga o'tishi bilan bog'liq bo'ladi. Bu holatda, arterial qonning talaygina qismi normal qon oqimida qatnasha olmaydigan bo'lib qoladi. Arterial qon oqib kelishi natijasida o'ng bo'lmachada, o'ng qorinchada va o'pka arteriyasida bosim ko'tariladi (gipertenziya), bu esa o'z navbatida o'ng bo'lmachaning kengayishiga, o'ng qorincha gipertrofiyasiga, o'pka arteriyasining "bo'rtib chiqishi"ga olib keladi.

O'pka tomirlaridagi gipertenziya o'pkada qon aeratsiyasi darajasini pasayishiga olib keladi. Bu holatning avj olishi, o'pka fibrozini keltirib chiqaradi. Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni ko'pincha mitral klapan va o'pka tomirlaridagi o'zgarishlar bilan asoratlanadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Ushbu xastaligi bor bolalarda, ko'pincha jismoniy o'sib etilmaganlik qayd qilinadi. Asosiy shikoyatlar: nafas qisishi, yurak urishi xurujlari, odatdagi jismoniy xarakatda tez charchab qolishdan iborat. Bemorlar nafas yo'llarining yallig'lanish kasalliklariga oson beriluvchan bo'lib qoladilar.



259 – rasm. Bo'lmachalararo to'siq nuqsoni.

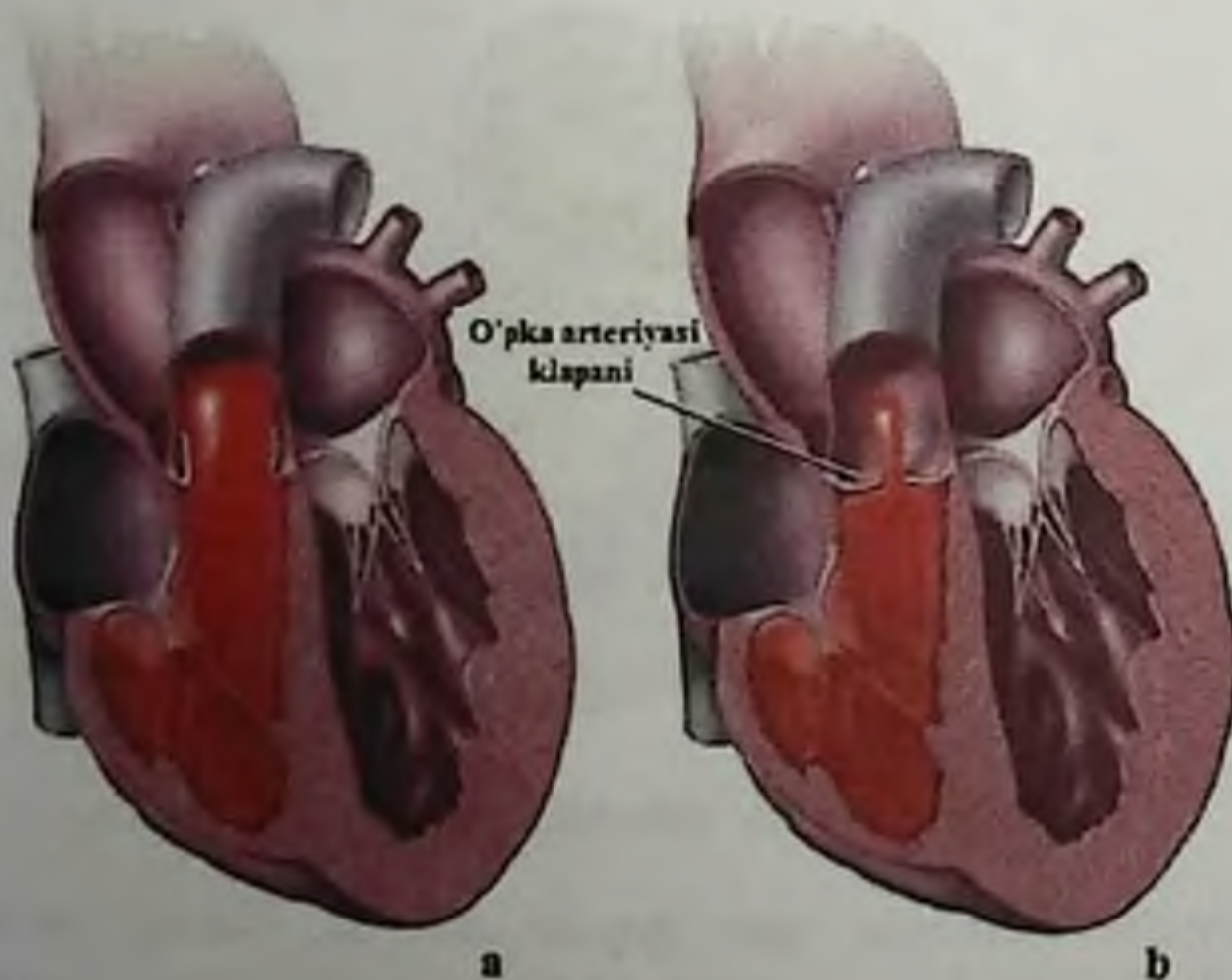
Ob'ektiv tekshirishda teri qoplamlari va shilliq pardalarning rangparligi, cho'qqi turtkisining kuchayishi, yurak "bukriligi" borligi qayd qilinadi. Auskultatsiyada to'sh suyagidan chaproqda, II qovurg'alar orasida o'pka arteriyasi ustida sistolik shovqin eshitiladi.

Rentgenologik tekshiruvda yurak o'ng qorinchasi va bo'lmachasi, shuningdek o'pka arteriyasi va uning tarmoqlarida kengaymalar ko'rinib turadi. Exokardiografik skanerlash – yurak o'lchamlaridagi o'zgarishlarni, yurak bo'lmachalararo to'siqning paradoksal harakatini ko'rsatib beradi. Yurak zondlanganda bosimning oshganligi, yurakning o'ng bo'limlarida va o'pka arteriyasida qonning kislorodga to'yinganligi qayd etiladi. Kateter nuqson orqali o'ng bo'lmachadan chap bo'lmachaga o'tishi mumkin.

Davolash – faqat jarrohlik usulda. Tug'ma nuqsonlarni 4-8 yoshda bartaraf etgan ma'qulroq. Operatsiya sun'iy qon aylanish yoki sun'iy gipotermiya sharoitlarida bajariladi. Kichikroq nuqsonlar tikib quyiladi, 1-2 sm dan ortiq nuqsonlarda sintetik yamoq solinadi.

O'pka arteriyasining torayishi

O'pka arteriyasining alohida torayishi – oqish (asianotik) turdagi nuqsonlarga kiradi. O'pka arteriyasi boshlanish joyining stenozini o'ng qorinchadan kichik qon aylanish doirasiga qon oqib kelishiga to'sqinlik vujudga keltiradi. Boshlang'ich davrda o'ng qorincha gipertrofiyasi yuz berib, keyinchalik o'ng qorincha etishmovchiligiga aylanadi. Ikkilamchi gipertrofiya va bo'lmacha kengayishi tufayli trikuspidal klapaning nisbiy etishmovchiligi paydo bo'ladi.



260 – rasm. O'pka arteriyasi klapani a) normada va b) stenozidagi holati.

Klinikasi va diagnostikasi. Asosiy shikoyatlar: nafas qisishi (jismoniy xarakat vaqtida kuchayadi), yurakning tez-tez urishi, tez charchash, bolaning rivojlanishdan orqada qolishi. Ko'zdan kechirishda yurak "bukriligi", to'shning chap chekkasida II qovurg'alar orasi paypaslab ko'rilganda sistolik titrash aniqlanadi. Perkutor tekshiruvda yurak o'lchamlarining o'ngga kattalashgani aniqlanadi. Auskultatsiyada – to'shning chap chekkasi bo'ylab II qovurg'alar orasida maksimal jaranglaydigan dag'al sistolik shovqin eshitiladi. EKG da o'ng qorincha gipertrofiyasi belgilari ko'rinadi. Rentgenologik manzara o'ng qorincha gipertrofiyasi, o'pka arteriyasining klapanlardan yuqori ko'tarilishi, o'pka arteriyasi periferik tarmoqlari bo'shlig'ining torayishi bilan ta'riflanadi. Yurak zondlanganda o'ng qorinchada bosimning oshishi kuzatiladi. O'pka arteriyasida bosim normal yoki bir oz pasaygani holda, u simob ustuni hisobida – 300 mm ga etishi mumkin.

Davolash – faqat jarrohlik usuli. Qon aylanishi to'xtatib quyilgan sharoitda stenozni bartaraf etish jarrohlik amaliyotlari o'tkaziladi.

Tug'ma aorta «og'zi» stenoz

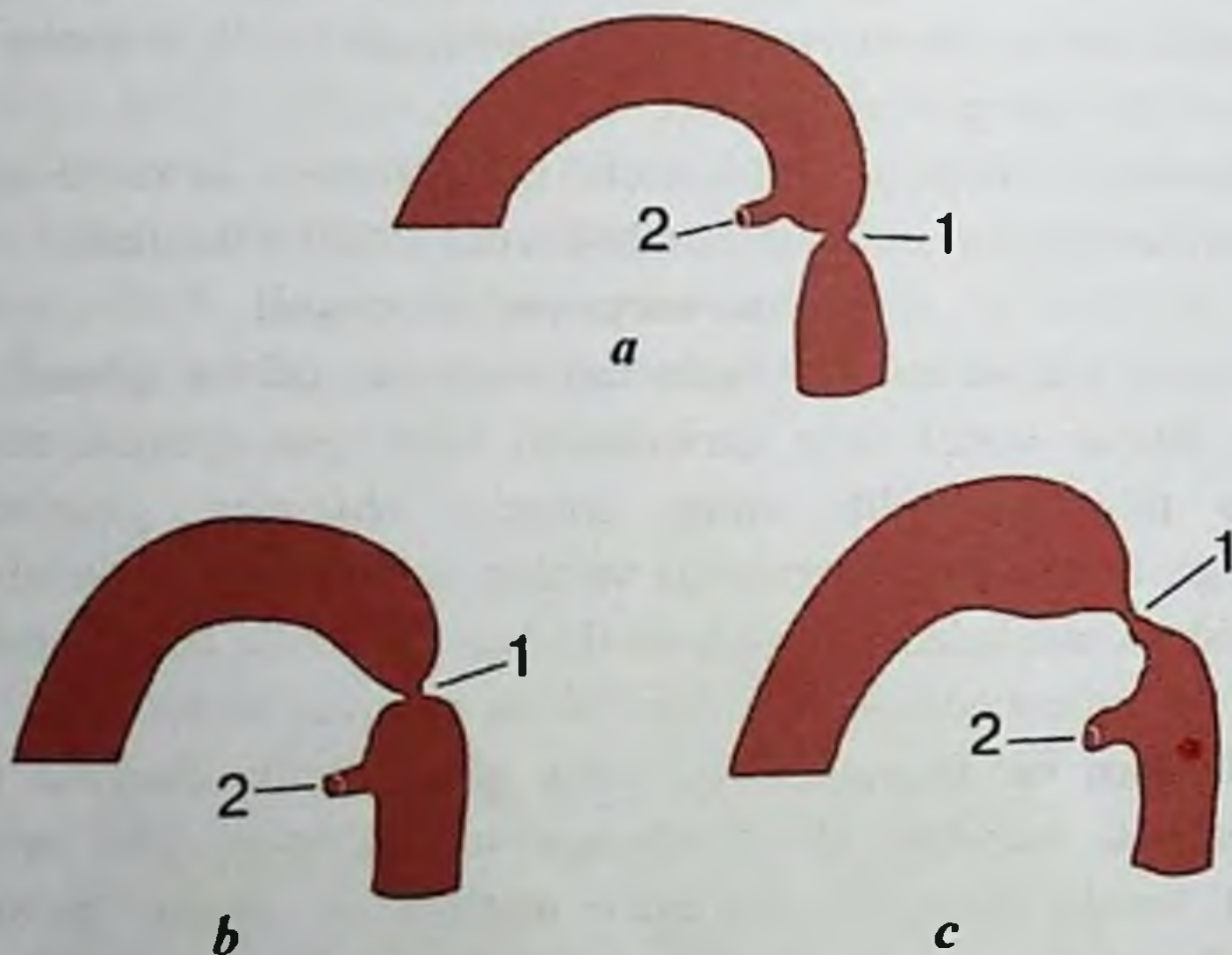
Klapan, klapan osti va klapan usti stenozlari tafovut qilinadi. Aorta «og'zi» stenoz qonni chap qorinchadan katta qon aylanish doirasiga o'tishiga to'sqinlik qilib, uning ortiqcha ishlashiga, gipertrofiyaga uchrashiga, keyin esa dilatatsiyasiga va chap qorincha etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Gemodinamikadagi buzilishlar birinchi navbatda koronar va serebral qon aylanishi buzilishida namoyon bo'ladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Nafas qisishi, tezda charchab qolish, yurak astmasi xurujlari, stenokardiyaga xos og'riqlar, bosh aylanishi, hushdan ketish kuzatiladi. Ob'ektiv tekshirishda chuqqi turtkisining kuchayishi va chapga siljishi, aorta proeksiyasida dag'al sistolik titrash aniqlanadi. O'ng tomonda II qovurg'alar orasida bo'yin tomirlariga o'tadigan sistolik shovqin eshitiladi. Puls to'liqligi va tarangligi kuchsiz. Sistolik bosim pasaygan. EKG da levogramma, miokard ishemiyasi belgilari. Rentgenologik tekshirish yurakning gipertrofiyasi va kattalashgan chap qorinchasi bilan tipik aortal konfiguratsiyasini aniqlaydi. Angiokardiografiya torayish joyi va o'lchamlarini aniq belgilash, chap qorincha bilan aorta o'rtasidagi bosim gradientini aniqlashga imkon beradi.

Davolash – faqat jarrohlik usuli, simob ustuni hisobida 30 mm dan oshadigan bosim gradientida bajariladi. Operatsiya sun'iy qon aylanish yoki gipotermiya sharoitlarida stenozni bartaraf etishdan iborat.

Aorta koarktatsiyasi

Aorta koarktatsiyasi – aorta bo'shlig'ining chegaralangan tug'ma torayganligi. Torayish ko'pincha chap o'mrov osti arteriyasi chiqadigan joydan pastroqda, aorta ravog'ining pastga tushadigan ko'krak aortasiga o'tadigan joyida joylashadi. Aortada toraygan joydan yuqorida qon bosimi oshadi, chap qorincha gipertrofiyaga uchrab, keyin dekompensatsiya holati paydo bo'ladi. Bosh miya qon tomirlari havzasida gipertenziya, serebral buzilishlar sifatida namoyon bo'ladi. Arterial sistemada bosim koarktatsiyadan pastda birmuncha pasaygan bo'ladi.

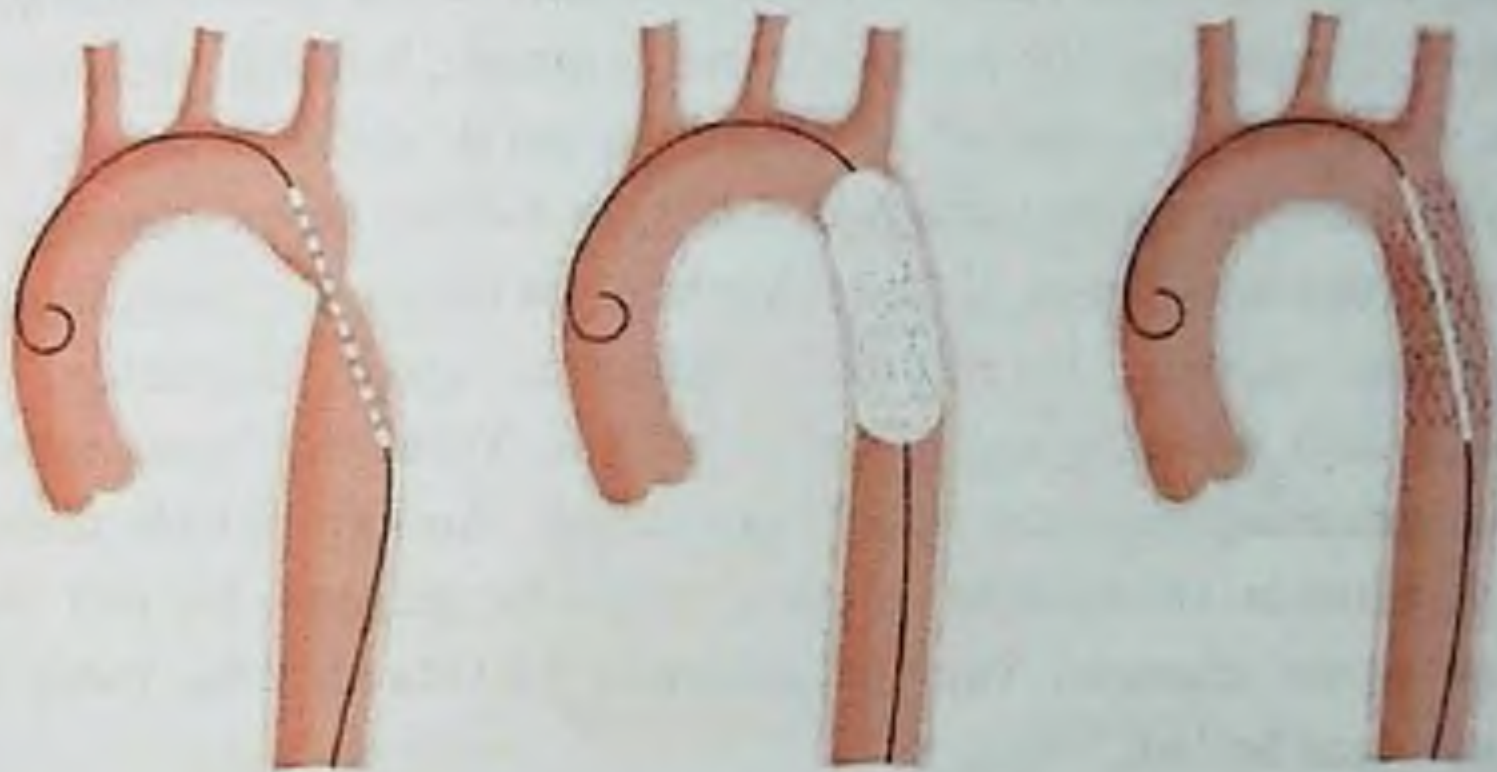


261 – rasm. Aorta koarktatsiyasi turlari. a) postduktal, b) preduktal, c) preduktal katta hajmda. 1 – koarktatsiya joyi, 2 – Ochiq arterial yo'l.

Klinikasi va diagnostikasi. Bemorlar bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurganda oyoqlarining tez og'rib qolishi, ko'zning xiralashishi, oyoqlar paresteziyasi va sovqotishidan shikoyat qiladilar. Oyoq arteriya qon tomirlarida puls bo'lmaydi. Qo'l arteriyalarida arterial bosim oshgan, oyoq arteriyalarida 90 esa aniqlanmaydi yoki birmuncha pasaygan. Bemor ko'zdan kechirilganda qovurg'alararo arteriyalar pulsatsiyasi, ularning

ustida koarktatsiya joyi sohasida sistolik shovqinni aniqlash mumkin. Rentgenogrammalarda chap qorincha konturlarining kengayganligi qayd qilinadi, birinchi va ikkinchi ravoqlar konturlari 3 raqamini eslatadi. Angiokardiografiya – aorta toraygan joyini, shaklini, o'lchami va darajasini aniqlash imkonini beradi.

Davolash – faqat jarrohlik usuli. Zamonaviy miniinvaziv amaliyotlar orasida aorta koarktasiyasining toraygan qismiga stent qo'yish ko'plab bajarilmoqda.



262 – rasm. Aortaning toraygan sohasiga stent qo'yish.

Jarrohlik amaliyotlari aortaning toraygan qismini rezeksiya qilish va «uchma-uch» anastomoz qo'yishdan iborat. Uzaygan torayish bo'lgan hollarda aortaning rezeksiya qilingan qismi sintetik protez bilan almashtiriladi.

Orttirilgan yurak nuqsonlari

Revmatizm – orttirilgan yurak nuqsonlari shakllanishiga sabab bo'ladigan asosiy kasallikdir. Shu bilan birga septik endokardit, miokard infarkti, ko'krak qafasi jarohatlari uning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Revmatizmida biriktiruvchi to'qima zararlanishi oqibatida turli klapanlarning qopqoqlari bir-biriga yopishib ketadi, bu stenozga yoki chetlarining yupqalashishi va deformatsiyasiga, kalsiy tuzlari yig'ilishi natijasida klapan etishmovchiligiga olib keladi.

Aksariyat kombinatsiyalangan nuqson, ya'ni klapan etishmovchiligi bilan birga uning stenozlanishi vujudga keladi.

Mitral klapan stenoz

Mitral teshikning torayishi, qonni chap bo'lmachadan haydash uchun to'siq bo'lib hisoblanadi. Buning hisobiga, chap bo'lmachada bosim ortadi, bu o'pka tomirlarida va o'ng qorinchada bosimning oshishiga olib keladi. O'ng qorinchaga talaygina og'irlik tushishi uch tavaqali klapaning nisbiy etishmovchiligiga, katta qon aylanishi venoz qismida qonning dimlanishiga, jigar shishiga va boshqa turdagi shishlarning rivojlanishiga olib keladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Mitral stenoz rivojlanishining boshlang'ich ilk davrida, uning to'liq kompensatsiyasida odatda shikoyatlar bo'lmaydi. Jarayon avj olib borganida: nafas qisishi, behollik, tez charchab qolish, yurak astmasi xurujlari, taxikardiya, yurak sohasida og'riq, bosh aylanishi, xushdan ketish yuzaga keladi. Qon tuflash mitral stenozga xos belgilardan biri hisoblanadi. Ko'zdan kechirishda bemorning rangpar yuzida o'ziga xos qizillik, burun uchi, lablarda, quloq suprasida, qo'l barmoqlaridagi sianoz o'ziga diqqatni tortadi. Yurak cho'qqisi sohasida ko'krak qafasining diastolik titrashi aniqlanadi. Auskultatsiyada diastolik shovqin, birinchi va ikkinchi tonda o'zgarishlar seziladi, bu uch ohang «bedana ritmi» ohangini vujudga keltiradi. EKGda odatda, yurak o'qi o'ngga siljigan bo'ladi.

Fonokardiografiya baland I tonni, yurak cho'qqisi ustida diastolik shovqinni, o'pka arteriyasida II ton aksentini, mitral "chertki" ni qayd qiladi. Rentgenogrammalarda yurak "beli" ning tekislanganligi, chap bo'lmacha va o'ng qorinchaning ko'ndalangiga kattalashgani, o'pka arteriyasining bo'rtib chiqqanligi ko'rinadi. Yurakni zondlashda torayish darajasi aniqlanadi.

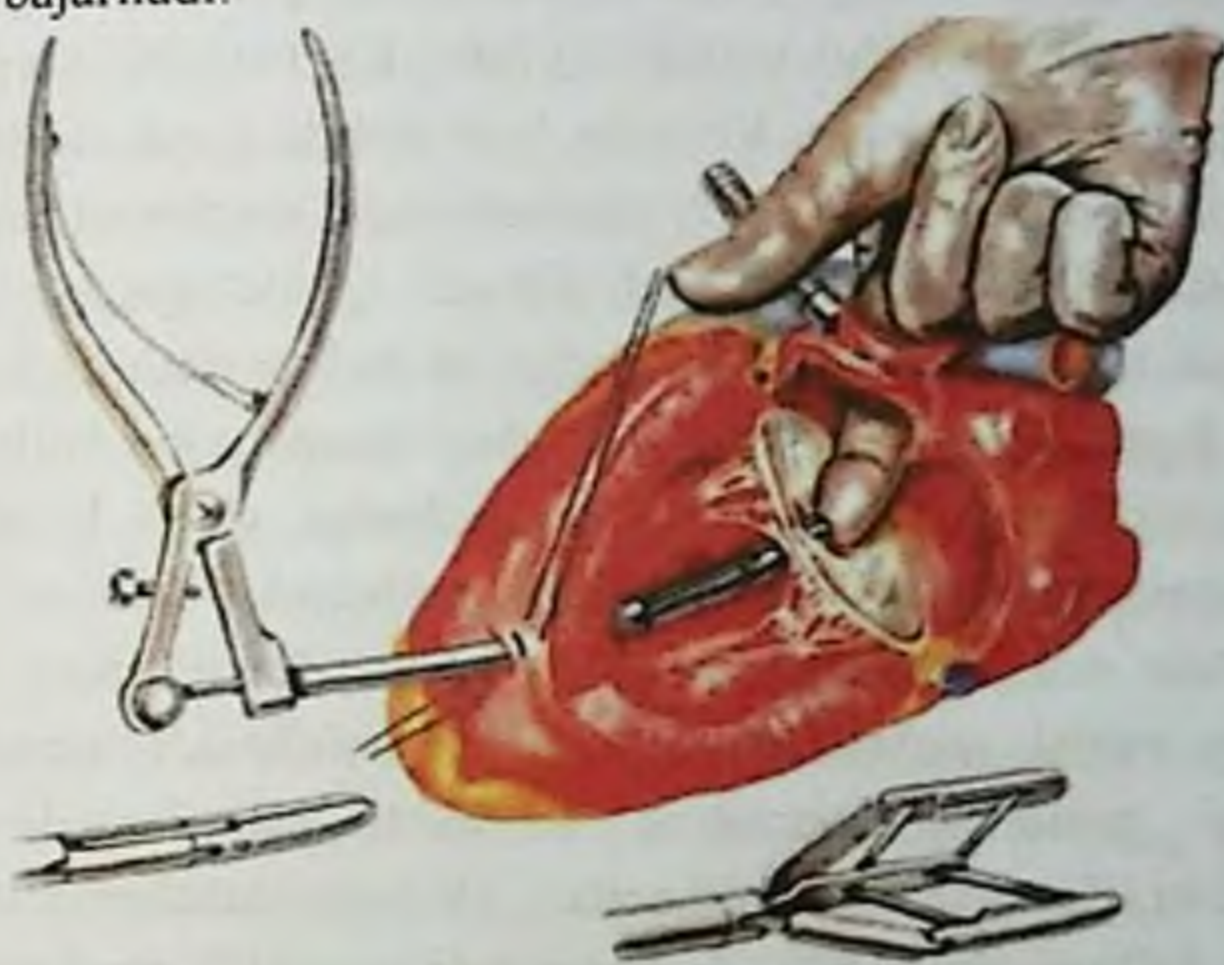
Davolash. Davo usulini tanlash bemor ahvolining og'ir-engilligiga, gemodinamikaning buzilishi darajasiga, revmatik jarayonning kechish bosqichiga bog'liq. Revmatik jarayon sust kechayotganda uni statsionarda va davomli antirevmatik davolash yordamida bartaraf etishning iloji bo'lmaganda jarrohlik amaliyotini bajarishga to'g'ri keladi. Bemor ahvolining og'ir-engilligiga ko'ra yurak nuqsonlarining besh bosqichi farq qilinadi:

I bosqich – simptomlarsiz, jarrohlik amaliyoti bajarilmaydi.

II bosqich – buzilishlar jismoniy harakatda paydo bo'ladi. Jarrohlik amaliyoti jarayon avj olishini to'xtatadi va yaxshi natijalar beradi.

III bosqich – buzilishlar tinch turganda ham yuzaga keladi, odatdagi harakatda orta boradi. Jarrohlik amaliyotini bajarish uchun qulay fursat o'tgan, biroq uni qilish zarur bo'ladi.

IV bosqich – parenximatoz a'zolarida va yurakda degenerativ o'zgarishlar bo'ladi. Jarrohlik amaliyotini bajarish muammoga aylanadi. Tavaqalarda ro'y-rost fibrinoz o'zgarishlar bo'lmaganda va mitral klapan kalsinozida yopiq komissurotomiya, asoratlangan hollarda klapani protezlash bajariladi.



263 - rasm. Barmoq bilan komissurotomiya.



264 - rasm. Mitral stenoz. Mitral tabaqani kesish.

Mitral klapan etishmovchiligi

Mitral klapan tavaqalarining noto'liq yopilishi sistola vaqtida qonning qorinchadan bo'lmachaga qayta oqib kelishiga sabab bo'ladi. Chap qorincha katta miqdordagi qonni doimo itarib turishga majbur bo'ladi. Uning vazifasi ortadi, unda gipertrofiya va dilatatsiya rivojlanadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Nuqsonning bu turida kompensatsiyasida bemorlar o'zlarini qoniqarli his kiladilar, lablarda sianoz kuzatilishi mumkin. Chap qorinchaning qisqarish xususiyati pasayib ketganda nafas qisishi, yurak urishidan shikoyatlar bo'ladi. Keyinchalik yurak astmasi xurujlari Qo'shilishi mumkin. Ko'zdan kechirishda yurak turtkisi 3-4 sm gacha oshgan, chapga siljigan. Auskultatsiyada sistolik shovqin, o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti qayd qilinadi. Qizilo'ngachni kontrastlab rentgenologik tekshirishda chap qorincha va bo'lmachaning kattalashuvi aniqlanadi. Rentgenokontrast tekshirish chap qorinchadan bo'lmagan qon regurgitatsiyasi hajmini, mitral teshik maydonini, yurak bo'shliqlari va o'pka arteriyasidagi bosimni aniqlashga imkon beradi.

Davolash mitral stenoz bosqichidagi kabi. Kasallikning rivojlanish bosqichi va mitral etishmovchilik darajasi aniqlanadi. Kasallikning I bosqichidagi bemorlarga jarrohlik amaliyoti bajarilmaydi. Jarrohlik amaliyoti II va III bosqichlarda o'tkaziladi. IV bosqichda bemorlar jarrohlik amaliyotini ko'tara olmaydilar, V bosqichda jarrohlik amaliyoti bajarish mumkin emas. Mitral etishmovchilikning asoratlanmagan turlarida klapanda rekonstruktiv amaliyotlar bajariladi. Kalsinoz va fibroz bo'lganda klapan protez bilan almashtirilishi kerak.

Aortal yurak nuqsonlari

Aortal klapan stenoz, etishmovchiligi, Qo'shma zararlanishlari farq qilinadi. Bemorlar nafas siqishi, stenokardiyaga xos og'riq, yurak urishi, uning goh urib, goh to'xtab qolgandek bo'lishi, bosh aylanishi, hushdan ketib turishdan shikoyat qiladilar.

Ko'zdan kechirilganda pastga va chapga siljigan yurakning yuqoriga ko'tarilib turadigan cho'qqi turtkisi aniqlanadi. Aortal klapan etishmovchiligida hamma arteriyalar pulsatsiyasi kuchayishi, diastolik bosimning keskin pasaygani holda sistolik bosimning oshishi qayd qilinadi. Aortal stenozda aortal klapan proeksiyasida dag'al sistolik shovqin eshitiladi. Klapan etishmovchiligida II tondan keyin birdaniga keladigan

diastolik shovqin eshitiladi. Rentgenologik jihatdan yurak o'lchamlarining chap qorincha, yuqoriga ko'tariladigan aorta va uning ravog'i hisobiga kattalashuvi aniqlanadi. Yurak "beli" yaxshi ifodalangan. Yurak bo'shliqlarini kateterizatsiya qilish stenoz yoki klapan etishmovchiligi darajasini aniqlash imkonini beradi.

Davolash. Kasallikning II va III bosqichidagi bemorlar jarrohlik usulida davo qilinishlari kerak. Alohida stenozda jarrohlik amaliyoti chap qorinchada va aortada bosim gradienti 30 mm dan oshganda qilinishi kerak. Klapandagi kuchsiz o'zgarishlarda klapan saqlab qolinadigan jarrohlik amaliyotlarini bajarish lozim. Qopqoqlar kuchli o'zgarishga uchraganda – aortal klapan protezlanadi.

Perikarditlar

Perikardit – perikardning visseral va parietal varaqlarini yallig'lanishidir. Birlamchi perikarditlar va ko'krak qafasi a'zolari kasalliklarining oqibati sifatida paydo bo'ladigan ikkilamchi perikarditlar farqlanadi. Perikarditlar klinik kechishi bo'yicha o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi.

O'tkir perikardit. A'zolaming og'ir yallig'lanishi kasalliklarida yoki sepsisda paydo bo'ladigan ikkilamchi perikarditlar qo'proq uchratiladi. Ba'zida esa, o'tkir perikarditga jarohatlar, revmatizm, sil kasalliklari sababchi bo'ladi. Fibrinoz (quruq) perikardit perikardning visseral va parietal varaqlarida fibrin tolalarining yig'ilishi bilan ta'riflanadi.

Kasallikning asosiy belgilari – yurak sohasidagi sanchiydigan va keskin og'riqlar bo'lib, ular chuqur nafas olganda va yo'talda kuchayadi, taxikardiya, nafas olishning tezlashuvi, tana haroratining qisqa fursatga ko'tarilishi hisoblanadi. Auskultatsiyada dag'al xususiyatga ega bo'lgan perikard ishqalanishi shovqini aniqlanadi, u yurak qisqarishlari bilan sinxron ravishda eshitiladi, oldinga engashilganda kuchayib, nafasni tutib turilganda yo'qolmaydi.

EKGda miokard subendokardial qavatida qon aylanishi buzilganidan dalolat beradigan o'zgarishlar qayd qilinadi.

Seroz perikardit. Perikard bo'shlig'ida yallig'lanish xarakteridagi seroz yoki seroz-fibrinoz suyuqlik yig'ilishidir. Asosiy simptomlari: to'sh orqasida kuchli og'riqlar, ular orqaga va elka ustiga o'tadi, nafas siqiladi. Atrofdagi a'zolaming perikardial ekssudatdan siqilishi sababli yutish

qiyinlashadi, hiqichoq tutadi, ovoz bo'g'iladi. Tekshirib ko'rilganda cho'qqi turtkisi zaiflashgan, yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari bo'g'iq eshitiladi. Rentgenologik tekshirishda yurak soyasining kengayganligi, pulsatsiya pasayganligi qayd etiladi. EKGda asosiy tishchalarning pasayishi aniqlanadi. Perikard bo'shlig'ida ekssudat tez yig'ilganda yurak tamponadasi rivojlanishi mumkin, u oshib boradigan taxikardiya, arterial bosimning pasayishi, sianoz, o'pka shishi rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Yiringli perikardit. Perikardda yiringli suyuqlik yig'ilishi bilan ta'riflanadi. Klinik manzarasi seroz perikarditdagi singari, biroq kasallik birmuncha og'irroq kechadi. Intoksikatsiya simptomlari – gektik harorat, et uvishishi, ko'plab terlash ustunlik qiladi. Perikard punksiya qilinganda yiringli suyuqlik olinadi.

Davolash. Konservativ davo – antibiotiklar, analgetiklar, dezintoksikatsion davo, vitaminlar, immunitetni ko'taruvchi dorilar ishlatishni ko'zda tutadi. Perikardda suyuqlik bo'lganda bir marotaba yoki takroriy punksiyalar qilish tavsiya etiladi. Yiringli suyuqlik bo'lganda perikardga mikrodrenaj o'rnatilib, uning bo'shlig'i antiseptik eritmalar, fermentativ preparatlar bilan yuviladi.

Surunkali ekssudativ perikardit. Kasallikning asosiy sababchisi – revmatizm. Perikard parietal varag'ining keskin qalinlashuvi, uning biriktiruvchi to'qimasining o'zgarishi, perikard bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik yig'ilishi bilan o'tadi.

Klinikasi va diagnostikasi. Bemorlar nafas qisishi, yurak sohasida sanchikli og'riq, yurak urishi xurujlaridan shikoyat qiladilar. Ko'zdan kechirilganda sianoz, yuz va bo'yin, qo'llarning o'rtacha shishishi qayd qilinadi. Yurak cho'qqisida turtki bo'lmaydi, yurak chegaralari kengaygan, uning tonlari bo'g'iq, arterial bosim pasaygan, venoz bosim oshgan bo'ladi. Rentgenologik tekshirilganda yurak chegaralarining anchagina kengayganligi, yurak qisqarishlari amplitudasi pasayganligi ma'lum bo'ladi. EKG da asosiy tishchalar voltaji pasaygan bo'ladi.

Davolash – jarrohlik usulida. Perikardektomiya – perikard parietal varag'ini keng ko'lamda rezeksiyasi amaliyoti bajariladi.

Qisuvchi perikardit. Asosiy sababi – sil, kamroq revmatizm, nospesifik infeksiya, jarohatlardir. Surunkali yallig'lanish jarayoni fibroz

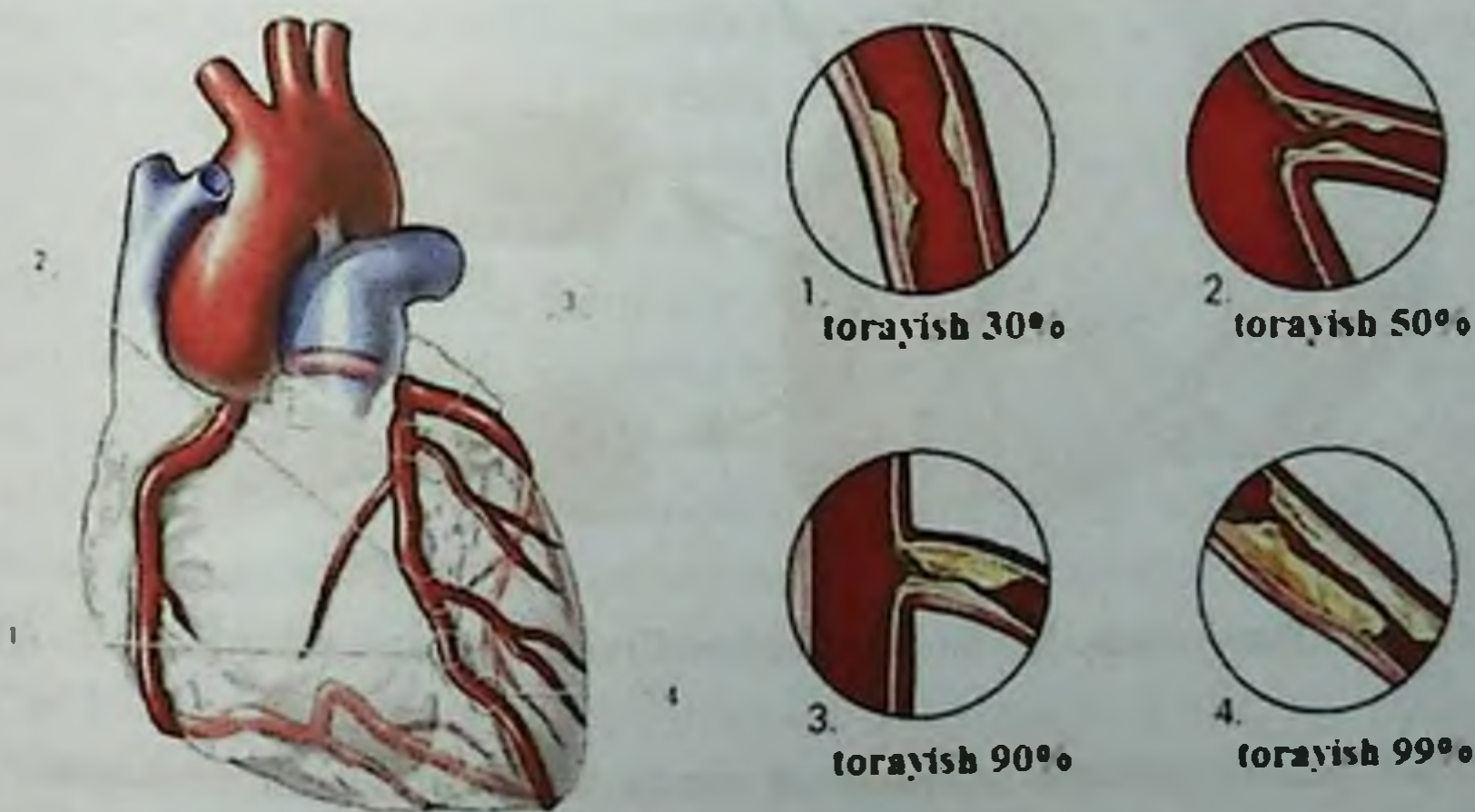
o'zgarishga, perikard parietal va visseral varaqlarining qalinlashuviga olib keladi, ular Qo'shib ketadi, aksariyat hollarda ular kalsifikatsiyaga uchraydi. Yurak xaltasi bo'shlig'i obliteratsiyaga uchraydi. Bulaming hammasi yurak ishini qiyinlashtiradi, uning ezilib qolishiga va tomirlarining buralishiga olib keladi.

Klinikasi va diagnostikasi. Bemorlarni nafas qisishi, yurak sohasida bosilish sezgisi, umumiy behollik bezovta qiladi. Yuz sianoz, rangparlik, gavda va oyoqlarda shish, jigar o'lchamlarining kattalashuvi, unda dimlanish hodisalari qayd etiladi. Auskultatsiyada yurak tonlari bo'g'iq. Yurak chegaralari normada yoki toraygan. Arterial bosim pasaygan, venoz bosim ko'tarilgan. Rentgenologik jihatdan yurak soyasi konturlari deformatsiyalangan, yurak qisqarishlari amplitudasi kamaygan, ayrim qismlari harakatsiz. EKGda hamma usullarda voltaj pasayishi kuzatiladi. Ultratovush bilan skanerlashda turli qalinlikdagi perikardial bitishmalar, ohak bilan qoplangan qismlar topiladi.

Davolash – jarrohlik usulida. Amaliyot o'zgargan perikardni radikal kesib olib tashlashdan iborat.

Yurak ishemik kasalligi

Yurak ishemik kasalligi, jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ekspertlarining ta'rifiga ko'ra, miokardning arterial qon bilan ta'minlanishining nisbiy yoki mutloq kamayishi oqibatida paydo bo'lgan yurakning o'tkir yoki surunkali disfunktsiyasidan iborat.

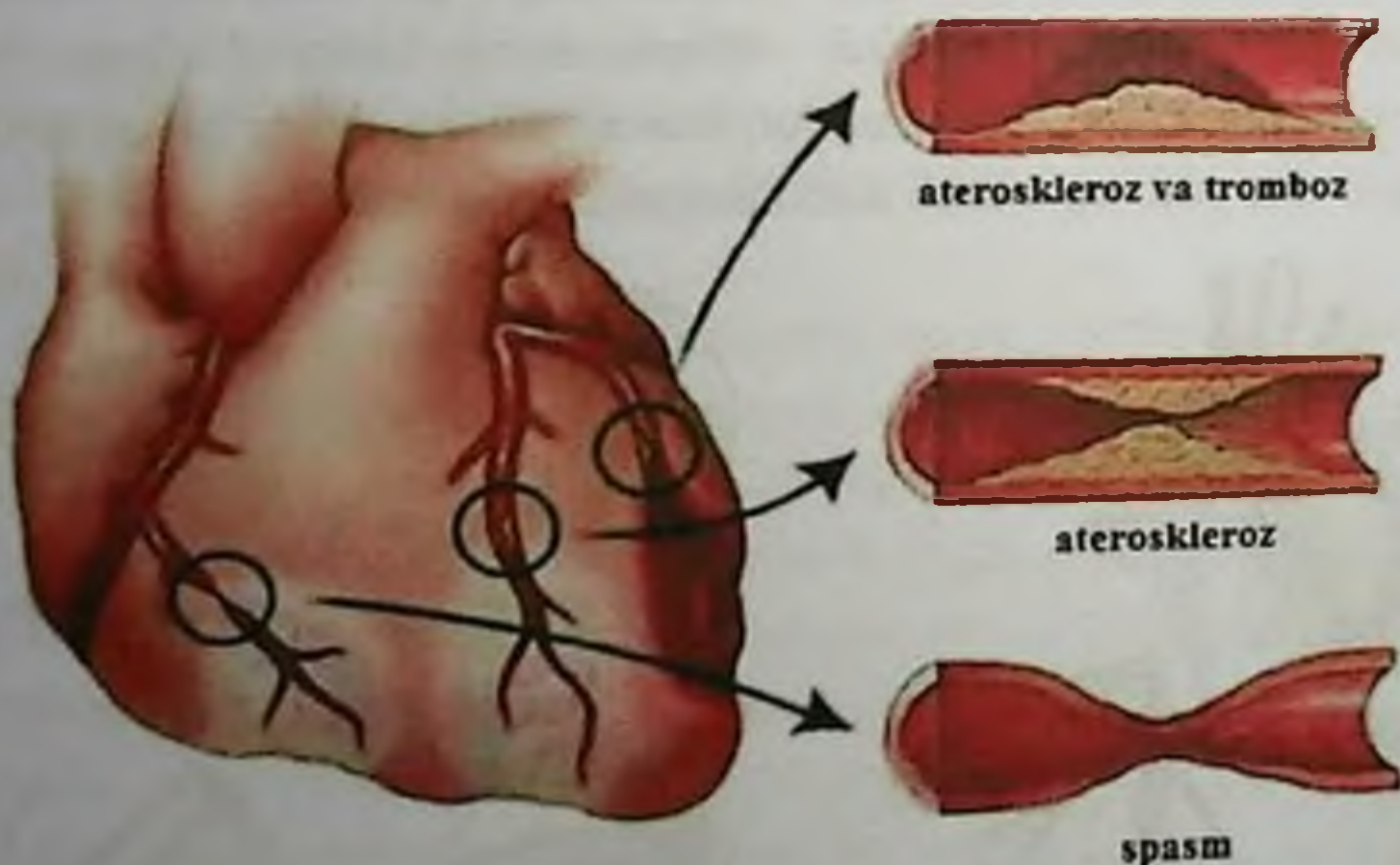


265 – rasm. Yurak ishemik kasalligida torayish darajasi.

Yurak ishemik kasalligining rivojlanishi (patogenezi) asosan miokardning kislorodga bo'lgan ehtiyoji bilan uning yurak mushagiga etkazilishi orasidagi muvozanatning buzilishidan iborat. Yurak ishemik kasalligining anatomik negizi 90% dan ko'p hollarda yurak arteriyalarining torayishi (stenoz) hisoblanadi. Yurak arteriyalari stenozini keltirib chiqaruvchi sabablar orasida ateroskleroz, arteriit, emboliyalar va boshqalar birmuncha kam uchraydi.

Ateroskleroz birinchi galda yirik va o'rta kattalikdagi arteriyalar ichki pardasini zararlantiradi. Mikroskopik o'zgarishlar mohiyatiga ko'ra aterosklerotik zararlanishlar 3 turga bo'linadi: 1) lipid dog'lar; 2) fibroz pilakchalar; 3) murakkab zararlanishlar.

Klinik simptomlar fibroz pilakchalar rivojlanganda yoki tomir devori murakkab zararlenganda paydo bo'ladi. Odatda 25-30 yoshlarda fibroz pilakchalar birinchi navbatda aortada, toj tomirlar va uyqu arteriyalarida paydo bo'ladi va asta-sekin o'lchami kattalashib boradi. Fibroz pilakcha rivojlanishi taxminan turli xil mexanizmlar – lipidlar yig'ilishi va devor oldi trombozi hisobiga ro'y beradi. Bular aksariyat bir vaqtning o'zida ta'sir qiladi.



266 – rasm. Yurak ishemik kasalligining asosiy sabablari

Ko'pchilik hollarda ateroskleroz asosiy toj arteriyalarini proksimal bo'limlarini, asosan kasallikning boshlang'ich bosqichida zararlantiradi.

Ko'pincha aterosklerotik pilakchalar kasallik boshlanishida bukilgan yoki arteriyalardan yirik tarmoqlar chiqadigan joylarda yoki arteriyalap miokard bag'riga kirgan sohasida joylashadi. Ateroskleroz miokard bag'rida joylashgan toj arteriyalar qismlariga tarqalmaydi.

Yurak ishemik kasalligi klassifikatsiyasi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ishchi guruhi ishlab chiqqan klassifikatsiyasi keng tarqalgan:

1. Yurak faoliyatining birlamchi to'xtashi.
2. Stenokardiya.
 2. 1. Zo'riqish stenokardiyasi.
 2. 1. 1. Birinchi marta vujudga kelgan.
 2. 1. 2. Barqaror.
 2. 1. 3. Avj olib boradigan.
 2. 2. Tinch turgandagi stenokardiya (spontan stenokardiya).
 2. 2. 1. Stenokardiyaning alohida turi.
3. Miokard infarkti.
 3. 1. Q tishchali miokard infarkti.
 3. 2. Q tishchsiz miokard infarkti.
 3. 3. Postinfarkt kardioskleroz.
4. Yurak etishmovchiligi.
5. Yurak ritmining buzilishi.

Barqaror stenokardiyada dori-darmonlar bilan davolash naf bermaydi, bunda ta'sirchan jarrohlik usullarini qo'llash, jumladan toj tomirlar angioplastikasi, aorta ichi kontrpulsatsiyasi, aorta-toj tomirlarini shuntlash amaliyotlari qo'llanilishini talab etadi.

Yurakning surunkali ishemik kasalligi

Yurak ishemik kasalligining asosiy va tez-tez uchrab turadigan simptomi to'sh sohasida jismoniy harakat vaqtida yuzaga chiqishi va tarqalishi jihatidan oshib boradigan bosimni his qilish hisoblanadi. Odatda og'riq, ko'krakda yoqimsiz sezgi bilan o'tadi, u chap elkaga, ko'lga yoki ikkala ko'lga, bo'yin, jag', tishlarga o'tadi. Bu paytda bemorlarda odatda nafas olish qiyinlashadi, vahima paydo bo'ladi. Ular harakatdan to'xtaydilar va xuruj o'tib bo'lguncha qimirlamay turadilar. Ularning teri koplamlari oqarib ketishi mumkin, kuchli xurujda peshonadan sovuq ter chiqadi. Nitroglitserin qabul qilingandan yoki jismoniy zo'riqish bartaraf etilgandan so'ng tasvirlangan belgilar odatda yo'qoladi.

Stenokardiya xurujining necha marta tutishi bilan aterosklerozga uchragan toj tomirlar darajasi o'rtasida bog'liqlik borligi aniqlangan. Stenokardiya xurujlari tutishi bilan toj tomirlar aterosklerozining og'ir-engilligi o'rtasida ham xuddi shunday bog'liqliklar borligi ma'lum.

Yurak ishemik kasalligining eng xatarli ko'rinishlaridan biri yurak etishmovchiligi bo'lib, u mehnat qobiliyatining vaqtinchalik yoki batamom yo'qotilishiga, nog'ironlikka va o'limga sabab bo'ladi.

Stenokardiya diagnostikasida kasallik anamnezini aniqlashning muhim ahamiyati bor. Biroq ayrim bemorlarda kasallik boshqacha, atipik simptomatika bilan yoki simptomlarsiz o'tishi mumkin.

Diagnostik usullar orasida EKG muhim o'rin tutadi, u kasallikni diagnostika qilish, uning og'ir-engilligiga baho berish, joylashgan sohasini va miokarda qon aylanish etishmovchiligi va postinfarkt kardiosklerozning qancha joy egallaganini aniqlashga imkon beradi.

YuIKga (yurak ishemik kasalligi) shubha qilingan barcha bemorlarda 12 nuqtada EKG tekshiruvini o'tkazish lozim. Yurak ishemik kasalligi bo'lgan 35% bemorlarning tinch turgan holatida qayd qilingan EKGda miokard ishemiyasi belgilari aniqlanmaydi. Bunday bemorlarda tashxisni aniqlash va toj tomir qon aylanishining rezerv imkoniyatlarini bilish uchun bir qator Qo'shimcha elektrokardiografik tekshiruvlar: jismoniy ish bilan sinamalar (veloergometriya) va EKGda 24 soatlik uzluksiz monitoring o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi. Agar koronar etishmovchilik asosini miokard vaskulyarizatsiyasining funksional buzilishi – tojsimon arteriyalar spazmi tashkil qilsa, ergometrin sinamasi birmuncha namunalik diagnostik test hisoblanadi. U EKGni nazorat qilib turgan holda ergometrin maleat (ergonovin) preparatini venaga oqim bilan yuborishdan iborat. Bunda EKGda ST segmentining izoelektrik chiziqdan surilishi va stenokardiya xuruji paydo bo'lishi sinamaning musbatligini ko'rsatadi.

Yurak ishemik kasalligi bo'lgan bemorni rentgenologik tekshirish ko'krak qafasi a'zolarini rentgenoskopiya va yurakni rentgenoelektrokimografiya qilishni o'z ichiga oladi, ular yurak ishemiyasi asoratlari borligi (yurak anevrizmasi, qorinchalararo to'siqning postinfarkt nuqsoni) va ko'krak qafasi a'zolarining Qo'shib keladigan kasalliklari to'g'risida tasavvur beradi.

Yurak ishemik kasalligida tekshirishning radionuklid usullari, xususan sokinlikda va jismoniy harakat bilan sinama o'tkazish vaqtida Tl201 bilan miokardni sintigrafiya qilish, shuningdek radionuklid ventrikulografiya usulini qo'llash muhim diagnostik ahamiyatga ega. Bular chap qorinchaning funksional holati to'g'risida ma'lumot beradi. Tekshirishning radionuklid usullari yurak zarbali va minutlik hajmini, aylanib yurgan qon xajmini, kichik qon aylanishi doirasida qon oqimi vaqtini va o'pkada aylanib yurgan qon xajmini o'rganishga imkon beradi.

Yurak exografiyasi noinvaziv usul bo'lib, yurakning tuzilishi va miokard funksiyasini tadqiq qilishga yordam beradi. Exokardiografiya usulidan chap qorincha funksional qobiliyatini va yurak ishemiyasi kasalligini, qorinchalararo to'siqning postinfarkt nuqsoni yoki mitral klapan etishmovchiligi, chap qorinchaning infarktdan keyingi anevrizmasi singari yurak ichi gemodinamikasi asoratlarini o'rganishda foydalaniladi. Chap qorinchani o'rganishda exokardiografiya chap qorincha bo'shlig'i, qalinligi va orqa devori o'lchamlari, orqa devor kinetikasi, qorinchalararo to'siq xarakati, chap qorinchaning oxirgi sistolik va oxirgi diastolik hajmi, qon otilish fraksiyasi, zarbali hajmi to'g'risida ma'lumot olishga imkon beradi. Miokard qisqaruvchanligining lokal buzilishlariga baho berishda exokardiografiya vaqtida nitroglitserin bilan farmakologik testdan foydalaniladi. Nitroglitserin qabul qilingandan so'ng gipoksiya sohasining yo'qolishi o'zgarishlarning ishemik xususiyatidan dalolat beradi. Bunda miokard sistolik harakat amplitudasi oshgan bo'ladi. Miokard qisqaruvchanligining segmentar buzilishlarini aniqlashga imkon beradigan sektoral skanerlash (ikki o'lchamli exokardiografiya), chap qorincha devorlari kinetikasining lokal buzilishlarini diagnostika qilishda ayniqsa qimmatli hisoblanadi.

Chap qorincha funksional qobiliyatiga baho berish uchun yurakning chap bo'limlarini kateterlash va chap qorinchada oxirgi diastolik bosimni va yurakdan otilib chiqqan qonni o'lchashning muhim ahamiyati bor. Yurakni kateterlashda bajariladigan chap tomonlama ventrikulografiya devorlari xarakatini va ularning kinetikasini o'rganish, shuning asosida qaytar (gipoksiya) va qaytmas (chandiqli) o'zgarishlar bo'lgan qorincha faoliyati buzilishlari o'rtasidagi differensial diagnostika xajmlarini hisob-kitob qilish imkonini beradi. Nitroglitserin qabul qilishdan oldin va keyin chap

tomonlama ventrikulografiyani bajarish mumkin. F. Sones ishlab chiqqan va 1959 yilda klinik amaliyotga joriy qilgan selektiv koronografiya yurak ishemik kasalligini diagnostika qilishning asosiy va ko'p ma'lumot beradigan usullaridan hisoblanib, bu kasallikni aniqlash va uni jarrohlik usulida davolash masalasini uzil-kesil hal qilishda juda qo'l keladi. U tojsimon arteriyalar va asosiy tarmoqlarini ko'rish, ularning anatomik va funksional holatini, aterosklerotik jarayon darajasini, kompensator kollateral qon aylanishi, tojsimon arteriyalar distal oqimini o'rganish uchun mo'ljallangan. Selektiv koronografiya 90-95% hollarda tojsimon o'zanning anatomik holatini ob'ektiv va aniq aks ettiradi.

Yurak ishemik kasalligiga uchragan bemorlarga muolaja miokard gipoksiyasini bartaraf etish, shuningdek yurak ishemiyasining stenokardiya, yurak etishmovchiligi va yurak ritmi buzilishi singari klinik ko'rinishlarini yo'qotish yoki yengillashtirishga qaratilgan. Kislorod sarfiga ehtiyoj bilan uni yurak mushagiga o'tkazish orasidagi buzilgan balansni dori-darmonlar bilan yo'qotish ikkita yo'l bilan amalga oshirilishi mumkin:

- 1) toj arteriyalarda qon oqimini kuchaytirish yordamida ishemiyaga uchragan miokard perfuziyasini yaxshilash;
- 2) ishemiyaga uchragan miokardning kislorodga extiyojini kamaytirish.

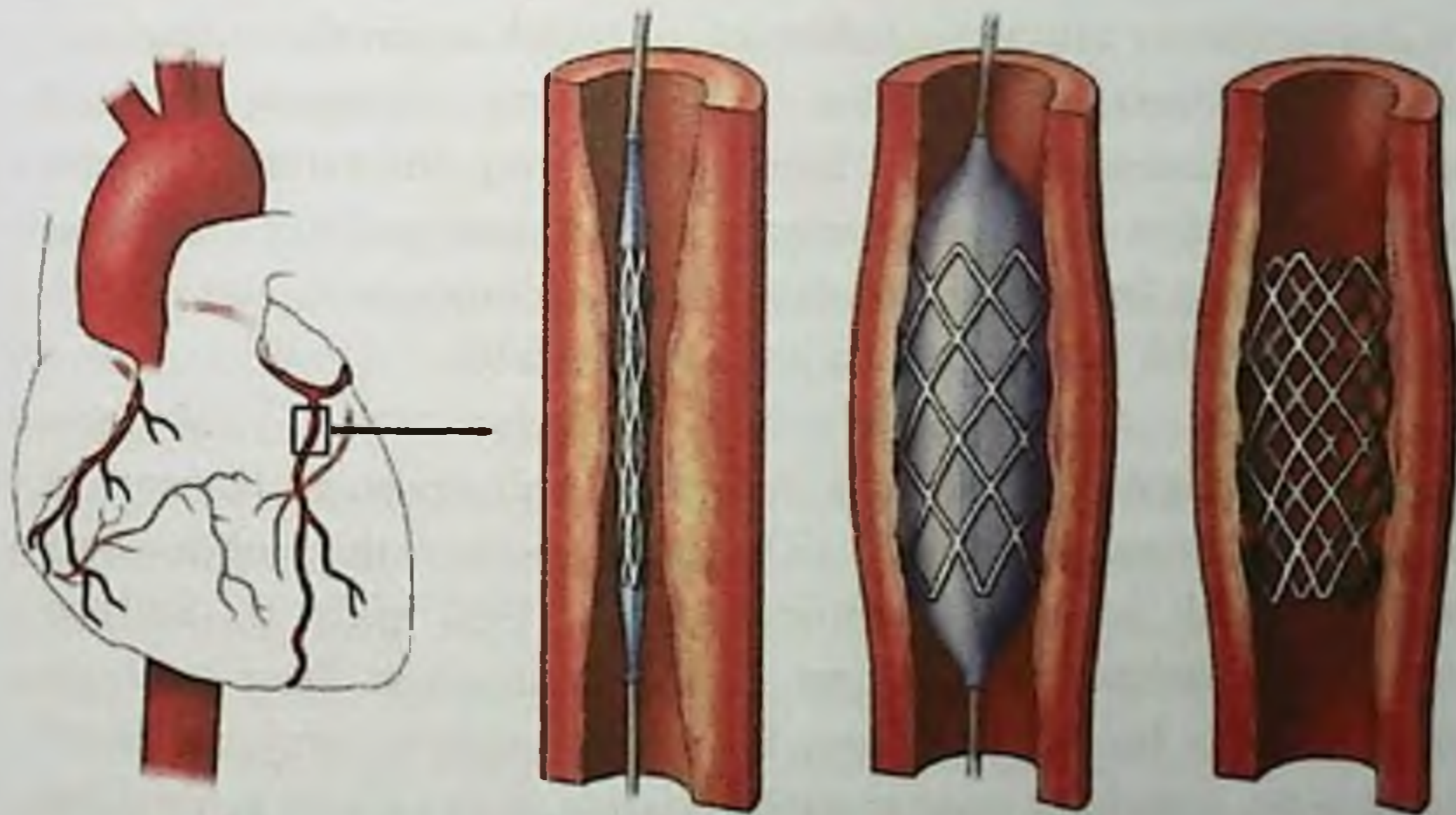
Tomirni kengaytiradigan ta'sir hisobiga koronar toj arteriyalaridagi qon oqimini yaxshilash uchun nitroglitserin va boshqa organik xamda anorganik nitrobirikmalardan foydalaniladi.

Yurak ishemiyasida yurak funksiyasini yaxshilash maqsadida beta-adrenergik retseptorlarni blokada qiladigan preparatlar (anaprilin, propranolol, obzidan, inderal) va boshqalar ishlatiladi.

Toj arteriyalar angioplastikasi. Toraygan toj arteriyalar bo'shlig'ini tiklash uchun A. Gruntzig 1977 yilda kardioxirurgiya amaliyotiga toj arteriyalar angioplastikasini joriy qildi. Bu usul stenozga uchragan toj arteriyalarni ballonli dilatatsiyasi (angioplastika) yo'li bilan miokardni revaskulyarizatsiya qilishdan iborat. Toj arteriyasida kalsinoz bo'lmachagani va bu arteriyaning distal o'zani zararlanmagani holda toj arteriyaning proksimal bo'limlarda torayishi toj arteriyalarini angioplastika qilishga ko'rsatma hisoblanadi. Angioplastika quyidagicha o'tkaziladi. Odatdagi usulda koronografiya o'tkazilgandan keyin angioplastik kateter

o'tkazgich-kateter bilan almashtiriladi, u orqali stenozlangan toj arteriyaga dilatatsion kateter kiritiladi. Dilatatsion kateter uchida diametri puchaygan holatda 1,2-1,3 mm shishirilgan holatda esa maksimal diametri 3-3,7 mm ga etadigan balloncha bo'ladi. Kateterning puchaygan holatdagi ballonchasini toj arteriyasi stenoz sohasiga rentgentelevizion nazorat ostida o'rnatiladi va uni 30% li kontrast modda eritmasi bilan 5 atmosfera bosimi ostida to'ldiriladi. Balloncha 5-60 sekund mobaynida shunday holatda turadi, shundan keyin uni bo'shatiladi. Zarurat bo'lganda ballonchani bir necha marta to'ldirish mumkin.

Stenoz darajasining 20% dan ortiqroq kamayishiga erishilganda angioplastika yaxshi natija berdi deb hisoblanadi. AQShdagi tadqiqotchilar ma'lumotlariga ko'ra, toj arteriyalarini ballonli dilatatsiya qilishda taxminan 65% bemorlarda yaxshi natija olinadi. Toj arteriyalar angioplastikasi jarayonida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asosiy asoratlar: o'tkir miokard infarkti (5,3%), toj arteriya okklyuziyasi (4,6%), toj arteriya spazmi (4,5%), qorinchalar fibrillyatsiyasi (1,8%) hisoblanadi. Ushbu amaliyotda o'lim darajasi – 1,2% ni tashkil etadi.



267 – rasm. Toj tomirlar angioplastikasi

Angioplastika muvaffaqiyatli chiqqanda taxminan 80% bemorlarda stenokardiya xurujlari yo'qoladi yoki bir muncha kamayadi, 90% dan ko'p bemorlarda jismoniy harakatlarga moyillik paydo bo'ladi, miokardning qisqarish qobiliyati yaxshilanadi.

Yurak ishemik kasalligini jarrohlik usulida davolash. Yurak ishemik kasalligining patogenetik asosi miokardning kislorodga extiyoji bilan uning arterial qon bilan toj arteriyalar bo'ylab tushishi o'rtasida disbalans ekanligini hisobga olib, uni jarrohlik usulida davolash, avvalo yurak mushagining qon bilan ta'minlanishini yaxshilashga qaratilishi lozim.

Yurak ishemik kasalligida jarrohlik usulida ikkita asosiy guruhni tafovut qilish mumkin:

- 1) miokardning bilvosita vaskulyarizatsiyasini yaxshilash;
- 2) miokardning bevosita vaskulyarizatsiyasini yaxshilash.

Birinchi guruhga perikard va epikard o'rtasida bitishmalar hosil bo'lishiga qaratilgan amaliyotlarni kiritish mumkin. Shu maqsadda epikardni skarifikatsiya qilish yoki kardioperikardiopeksiya (perikard bo'shlig'iga talkni purkash) o'tkazish taklif kilingan edi. Miokardni revaskulyarizatsiya qilish uchun to'qima transplantatlaridan foydalanish amaliyotlari: epikardga charvini, o'pka to'qimasini, ko'krak mushagini, mediastinal yog'ni, teri laxtagini, ingichka ichak bo'lakchasini tikib qo'yish shunday amaliyotlar guruhiga kiradi. Bundan tashkari, miokardni bilvosita revaskulyarizatsiya qilish maqsadida ichki ko'krak arteriyalarini bog'lash, toj sinusini arterializatsiya qilish, ichki ko'krak arteriyasini miokard bag'riga implantatsiya qilish bajarilgan. Biroq miokardni bilvosita revaskulyarizatsiya qilishga qaratilgan hamma amaliyotlar o'zini oqlay olmadi, ularning ko'pchiligi kam ta'sirchan yoki umuman foydasiz bo'lib chiqdi, shu sababli ulardan hamma joyda voz kechildi.

Miokardni to'g'ridan-to'g'ri revaskulyarizatsiya qiladigan operatsiyalarning ikkinchi guruhi g'oyat ta'sirchanligi bilan ajralib turadi va butun dunyoda yurakning ishemiyasi bo'lgan bemorlarni davolashda tobora ko'p qo'llanilib kelinmoqda. Birinchi marta 1962 yilda D. Sabiston tomonidan bajarilgan aortokoronar shuntlash amaliyoti keng tarqalgan amaliyot bo'lib, bunda ateroskleroz bilan zararlangan va toraygan qismni chetlab o'tib, aorta bilan koronar tomir o'rtasida shunt vujudga keltirishdan iborat. 1964 yilda birinchi marta V. I. Kolesov bajargan mammarokoronar anastomoz miokardni bevosita revaskulyarizatsiya qilishning ta'sirchan usuli hisoblanadi. Operatsiyalarning bu guruhiga birinchi marta 1957 yilda S. Bailey bajargan va keyinchalik autovenoz va autoperikardial plastika bilan to'ldirilgan koronar arteriyadan endarterektomiyani kiritish mumkin.

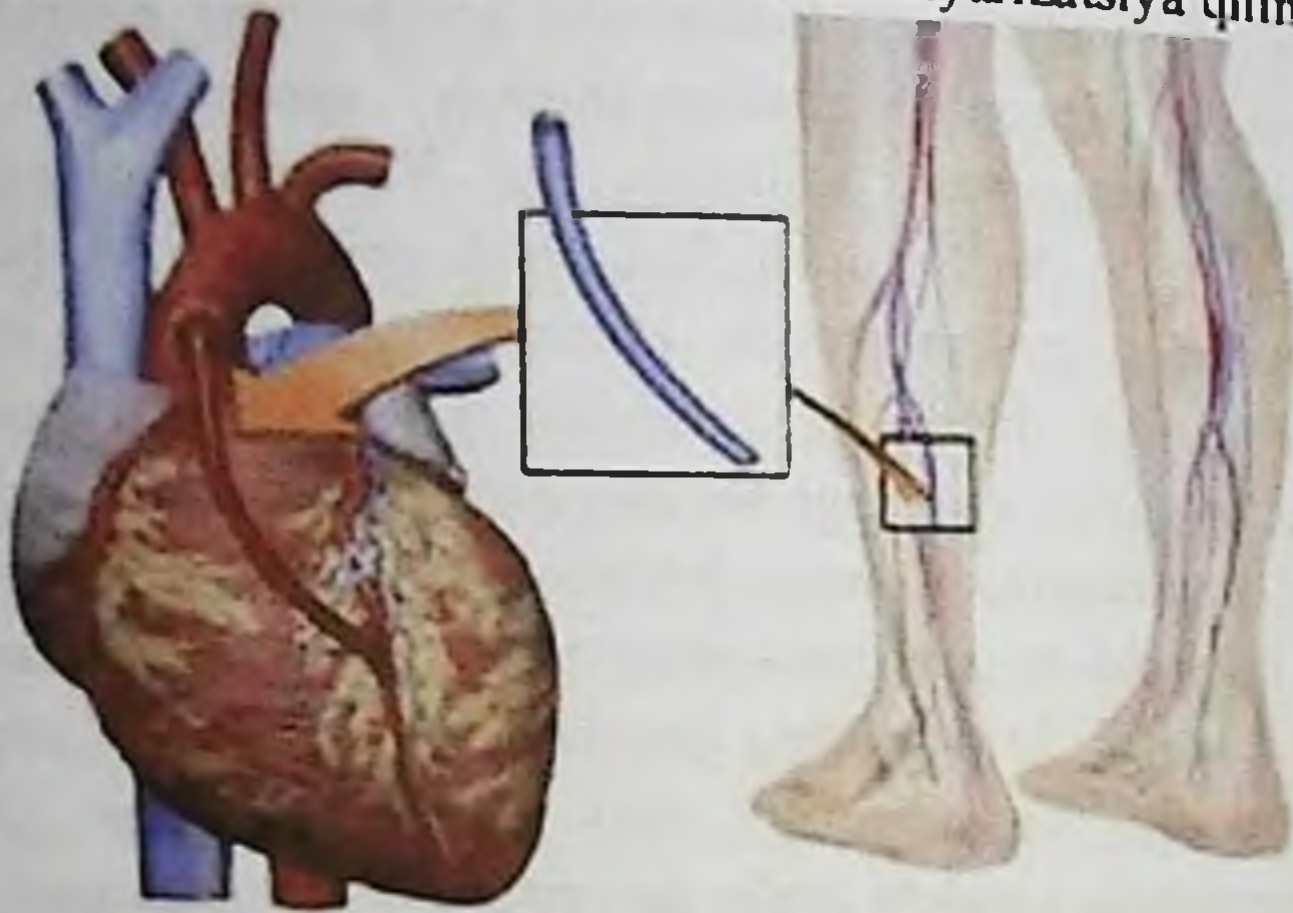
Biroq bu operatsiya natijalari qoniqarsiz va o'lim darajasi yuqori ekanligidan hozirgi vaqtda amalda qo'llanilmaydi.

Koronar arteriyadan endarterektomiya aortokoronar shuntlash bilan birga bajariladi. Koronar etishmovchilikda miokardning xirurgik revaskulyarizatsiyasining turli usullarini prof. V. I. Burakovskiy, V. S. Rabotnikov va B. V. Shabalkinlar faol ishlab chiqqanlar va bu usullar bugungi kunda keng qo'llanilmoqda. Hozirgi vaqtda ko'pgina mualliflar don-darmonlar bilan davolashga rezistent yoki berilmaydigan tinch turgandagi va zo'riqish vaqtidagi stenokardiyaning, aortokoronar shuntlash operatsiyasini o'tkazishga ko'rsatma deb hisoblamogdalar. Koronarografiya ma'lumotlari bo'yicha toj arteriyalarining zararlanishi xirurgik davolashga ko'rsatma hisoblanadi. Miokardning qisqarish faoliyatini baholashga katta ahamiyat beriladi. Aortokoronar yoki mammarokoronar shuntlash amaliyotlari harakatsiz yurakda sun'iy qon aylanishi va bemor tana harorati 28-30°S gacha pasaytirilgan sharoitlarda bajariladi.

Aortokoronar shuntlash amaliyoti texnikasi. Yurak sohasiga odatda o'rta sternotomiya yo'li bilan kiriladi. Sternotomiyani bajarish bilan birga jarrohlarning ikkinchi brigadasi boldir yoki sondan katta teri osti venasini – autovenoz transplantatni oladi. So'ngra aortaning yuqoriga ko'tariladigan qismi va kovak venalarga naychalar qo'yilib, sun'iy qon aylanish apparatiga ulanadi. Aortaning yuqoriga ko'tariladigan qismini berkitiladi va sovutilgan kardioplegik eritma yordamida yurak harakatdan to'xtatiladi. Koronar arteriyalar bilan distal autovenoz transplantatlar qo'yiladi. So'ngra yuqoriga ko'tariladigan aortadan qisqich olib qo'yilgach va yurak faoliyati tiklangach yuqoriga ko'tariladigan aorta bilan autovenoz transplantat proksimal anastomozlar quyiladi. Amaliyotning oxirida, sun'iy qon aylanish apparati uzib qo'yiladi, aorta va kovak venalar dekanyulyatsiya qilinadi hamda sternotomik kesma perikard bo'shlig'iga drenaj naycha qo'yilgach, tikiladi.

Oddiy chiziqli aortokoronar shuntlardan tashqari, bitta koronar arteriya ikkita sathida zararlanganda «sakrovchi» shuntidan foydalanish mumkin: venoz transplantat yordamida yuqori torayishni vena bilan arteriya o'rtasida yonboshidan yonboshiga anastomoz qo'yiladi, birmuncha distal torayishni esa o'sha transplantat bilan oxiridan yonboshiga anastomoz qo'yiladi. Bir necha koronar arteriyalar shikastlanganda «ilonsimon», «ko'priksimon» yoki sekvensial shuntlar qo'llanilishi mumkin: bitta venoz

transplantat bilan koronar arteriyalar o'rtasida va bitta distal anastomozni oxiridan yonboshiga qo'yish yo'li bilan revaskulyarizatsiya qilinadi.



268 – rasm. Aortokoronar shuntlash amaliyoti.

Mammarokoronar anastomozning quyidagi turlari mavjud: 1) antegrad; 2) retrograd; 3) ichki ko'krak arteriyasidan «sakrovchi» shunt sifatida foydalanish.

Antegrad mammarokoronar anastomoz qo'yish uchun safarbar qilingan ichki ko'krak arteriyasini V-VI qovurg'alararo sathida kesib olinadi, uni koronar arteriya bilan «uchini yonboshiga» yoki «uchma-uch» usulda anastomoz qo'yiladi.

Retrograd mammarokoronar anastomoz qo'yish uchun safarbar qilingan ichki ko'krak arteriyasini uning o'mrov arteriyasidan chiqqan joyida qirqiladi. So'nggi vaqtlarda ichki ko'krak arteriyasini ikkita koronar arteriya uchun sekvensial shuntlar sifatida ishlatilmoqda. O'mrov osti arteriyasi boshlang'ich bo'limining shikastlanganligi, qo'lda arterial bosimning pastligi, ichki ko'krak arteriyasini ajratib olishni qiyinlashtiradigan o'pka emfizemasi mammarokoronar anastomoz qo'yishga monelik qiladigan hol hisoblanadi.

Yurak ishemik kasalligini xirurgik davolashda operatsiyadan keyingi o'lim darajasi R. Faboloro fikricha 2% dan oshmasligi kerak. Biroq bemorlarning bu ko'rsatkich birmuncha yuqori bo'lgan guruhlar bor. Aortokoronar shuntlash bo'yicha o'tkazilgan birlamchi amaliyotlarning 90% da bemorlar stenokardiya simptomlaridan xalos bo'ladi.

O'tkir miokard infarkti

Miokard infarkti yurak mushagi muayyan qismining ishemik nekrozidan iboratdir. Jarayonning tarqoqligi bo'yicha miokard infarktining ikkita turi farq qilinadi: 1) transmural va 2) endokardial yoki intramural.

Klinik kechishi bo'yicha asoratlangan va asoratlanmagan miokard infarkti farq qilinadi. O'tkir miokard infarkti klinik manzarasini belgilaydigan asosiy omillari toj arteriyalarining zararlanish va kollateral qon aylanishining yuzaga chiqqanlik darajasi hisoblanadi, yurak mushagining ko'p yoki oz shikastlanganligi va uning joylashuvi ko'p jixatdan ana shularga bog'liq. O'tkir miokard infarkti joylashuviga ko'ra yurakning oldingi devori, yon va orqa devori o'tkir miokard infarktiga bo'linadi.

O'tkir miokard infarktini aniqlashda anamnez ma'lumotlaridan tashqari, elektrokardiografiya, ferment diagnostikasi (qon zardobida kreatinkinaza, aspartataminotransferaza, laktatdegidrogenazani aniqlash), Tc99 yoki Tl201 bilan radioizotop diagnostika, rentgenologik diagnostika, exokardiografiya, selektiv koronarografiya, chap tomonlama ventrikulografiya katta ahamiyatga ega.

O'tkir miokard infarktini davolashning zamonaviy usullari. O'tkir miokard infarktida davolash yurak faoliyati va qon aylanishini yaxshilab turish, asoratlarning oldini olish, miokardning xayotga layoqatli qo'proq qismini asrab qolishga qaratilishi lozim. Davolashni og'riq xurujini to'xtatish va ayni vaqtda oksigenoterapiya (burun kateteri orqali kislorod berish) o'tkazishdan boshlanadi.

Miokardning shikastlanish sohasini chegaralash maqsadida o'tkaziladigan tadbirlarning ikki guruhi qo'llaniladi:

1) infarkt bo'lgan va periinfarkt sohalarining koronar perfuziyasini yaxshilaydigan tadbirlar;

2) miokardning kislorodga extiyojini kamaytiradigan tadbirlar.

Birinchi guruhdagi tadbirlar: dori-darmonlar, endovaskulyar (invaziv) va jarrohlik usullar bilan yaxshilashga erishish mumkin. Konservativ davolash antispastik ta'siri bo'lgan preparatlar, qon shaklli elementlari agregatsiyasini kamaytiradigan preparatlar, beta-adrenergik retseptorlarni blokada qiladigan preparatlar, kalsiy antagonistlarini o'z ichiga oladi. Konservativ davolash bilan bir qatorda buzilgan qon oqimini va

infeksiyalangan sohani tiklashga, yurak mushagi shikastlari o'lchamini chegaralashga yordam beradigan qator endovaskulyar va jarrohlik usullari mavjud. Ular orasida koronar ichi trombolitik muolajasi, aorta ichi kontrpulsatsiyasi va aortokoronar shuntlash eng ta'sirchan usullardan sanaladi. Trombolitik preparatlarni koronar qon tomirga yuborish trombozga uchragan toj tomirni rekanalizatsiya qilishga, unda qon oqimini tiklashga, shikastlanish sohasini chegaralashga, miokard periinfarkt ishemiyalangan sohasining yashashga layoqatini saqlab qolish va o'tkir miokard infarktidan o'limni kamaytirishga qaratiladi. Okklyuziyalangan toj qon tomiriga angiografik kateter kiritiladi va u orqali bir vaqtning o'zida 20000-40000 TB trombolitik preparatlar (streptaza, avelizin) yuboriladi, so'ngra minutiga 2000-6000 TB hisobida tomchilatib yuboriladi, bunda preparatning umumiy dozasi 20000-24000 TB dan oshmasligi kerak. Butun muolajaga 1 soatcha vaqt sarf bo'ladi. Infarkt boshlangandan so'ng dastlabki 6 soat ichida o'tkazilgan trombolitik davolash taxminan 75-80% hollarda okklyuziya bo'lgan tomirni rekanalizatsiya qilishga imkon beradi. Trombolitik davolash samara bergandan keyin uzoq vaqtgacha (2-3 oy) antikoagulyantlar bilan davo olib boriladi. Toj arteriyalarda trombolitik davolashni to'liqroq tiklash uchun uni toj tomirlar angioplastikasi yoki aortokoronar shuntlash bilan birga qo'shib olib boriladi.

Aorta ichi kontrpulsatsiyasi yordamchi qon aylanishining eng tarqalgan usullaridan biri hisoblanadi. Bu usulning mohiyati shundan iboratki, aorta ichi balloni diastola fazasida tez shishib chiqadi, yurak sistolasi fazasida esa puchayib qoladi. Bu ballon Seldinger bo'yicha punktsion usul bilan son arteriyasi orqali o'tkaziladi va o'tkir koronar buzilishi sababli kelib chiqqan yurak etishmovchiligida ko'krak bo'limida o'matiladi. Bu sistolik arterial bosim pasayishiga va diastolik bosim oshishiga, miokardning kislorodga ehtiyoji kamayishiga va bir qator gemodinamik ko'rsatkichlarning yaxshilanishiga olib keladi. Kontrpulsatsiyaning asosiy ahamiyati chap qorincha ishini yengillashtirish, koronar perfuziyani va miokard oksigenatsiyasini yaxshilashdir.

Hozirgi vaqtda reperfuziya 6 soatgacha muddat ichida bajarilsa, shikastlanish qayta rivojlanishga uchraydi, jarrohlik amaliyoti bundan kechikkan muddatlarda o'tkazilsa ham, periinfarkt sohasida qon ta'minoti yaxshilanadi deb hisoblaydilar. V. I. Burakovskiy va muallifdoshlari o'tkir

miokard infarktida shoshilinch aortokoronar shuntlashga quyidagilar ko'rsatma bo'la oladi, deb hisoblaydilar: 1) koronografiya va translyuminal angioplastikadan keyin toj arteriyasining trombozi, shuningdek ilgari koronografiya o'tkazilgan va aortokoronar shuntlash rejali jarrohlik amaliyotlarini kutayotgan bemorda o'tkir miokard infarkti rivojlanishi; 2) aniq yuzaga chiqqan gemodinamik buzilishlar va kardiogen shok; 3) erta postinfarkt davrdagi turli xil asoratlari, ishemiya va nekroz sohasi kengayishi. Bu to'sh orqasida og'riqlar qaytalanishi, yurak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi, barqaror postinfarkt stenokardiyaning klinik belgilari, ko'rsatib o'tilgan asoratlarning birga kelishida namoyon bo'ladi. Miokardning talaygina qismini qon bilan ta'minlaydigan yirik toj tomir stenozini bo'ladigan mayda o'choqli miokard infarktida infarkt sohasi kengayishining oldini olish maqsadida revaskulyarizatsiya qilish maksadga muvofiq bo'ladi.

Transmural miokard infarktida jarrohlik amaliyoti bajarilishiga ko'rsatmalar bo'lganda uni faqat erta muddatlarda (xurujdan keyin 6 soat ichida), miokard infarkti zararlanishi qayta rivojlana oladigan fursatda o'tkazish lozim. Hozirgi vaqtda infarkt rivojlangandan keyin 6 soat ichida bajarilgan miokard amaliyotlarida o'lim 3,1% ni tashkil qiladi, bu dori-darmonlar bilan davolashdagiga qaraganda birmuncha kam. Bundan ortiq muddatlarda bajarilgan jarrohlik amaliyotlarda o'lim 10,3% ni tashkil etadi, bu dori-darmonlar bilan davolashdagi ulimga taxminan to'g'ri keladi.

Postinfarkt yurak anevrizmasi, qorinchalararo to'siqning postinfarkt nuqsoni, mitral klapaning postinfarkt etishmovchiligi kabi miokard infarktining asoratlari qilinadigan jarrohlik amaliyotlar yetarli darajada yaxshi ishlab chiqilgan va qo'llanilayapti. Bu jarrohlik amaliyotlari g'oyat murakkab va sun'iy qon aylanishi sharoitlarida bajariladi.

SIMPTOMATIK ARTERIAL GIPERTENZIYA

Bugungi kunda yurak-qon tomirlar tizimining kasalliklari aholining umumiy kasallanish strukturasiida birinchi o'rinni egallab, mehnat qobiliyatini yo'qotish, erta nog'ironlik va o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib hisoblanadi. Yurak va qon tomirlar kasalliklari orasida arterial gipertenziya keng tarqalgandir. Yagona belgi, ya'ni yuqori arterial qon bosimi – barcha simptomatik arterial gipertenziyalarni bitta guruhga birlashtirib turadi. Bu guruhga kiradigan kasalliklarning klinik manzarasi, etiologiyasi bir-biriga o'xshamagan, patogenezi har xil bo'lgan turli nozologik birliklardan iborat kasalliklar bo'lib, ular terapiya, jarrohlik, urologiya va endokrinologiya kabi tibbiyot ixtisosliklarining muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi.

Simptomatik arterial gipertenziyalarning quyidagi turlari farqlanadi:

- buyrak parenximasining shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar (pielonefrit, glomerulonefrit, siydik-tosh kasalligi, buyraklar polikistozi, diabetik nefropatiya va b.);
- buyrak usti bezi kasalliklari (feoxromotsitoma, Konn sindromi, Itsenko Kushing sindromi va b.);
- bosh miya kasalliklari bilan bog'liq bo'lgan arterial gipertenziyalar (ensefalit, o'smalar, bosh miya jarohatlari va b.);
- yirik qon tomirlari rivojlanishining nuqsonlari (aorta koarktatsiyasi, qonin aortasining tug'ma gipoplaziyalari va b.);
- vazorenal gipertenziya.

Vazorenal gipertenziya

Vazorenal gipertenziya (VRG) – buyrak arteriyalarida magistral qon oqimini buzilishi oqibatida va buyrak parenximasi, siydik chiqaruv yo'llarining birlamchi zararlanishi bilan bog'liq bo'lmagan simptomatik arterial gipertenziya turlaridan biridir. Barcha arterial gipertenziya turlari orasida vazorenal gipertenziya 2-5% ni tashkil etadi.

VRG negizini buyrak arteriyalarining yoki uning segmentar tarmoqlarining bir yoki ikki tomonlama torayishi yoki okklyuziyasi tashkil qiladi. Natijada arteriyaning patologik toraygan qismi orqali buyrakka qon kelishi anchagina kamayadi, bu o'z navbatida buyrak to'qimasining

ishemiyasiga sabab bo'ladi. Ishemiyaning darajasi arteriya stenozining darajasiga bevosita bog'liq bo'ladi.

Etiologiyasi.

Hozirga qadar VRG ning 40 ga yaqin sabablari mavjud. VRG kelib chiqish sabalariga ko'ra tug'ma va ortirilgan bo'ladi.

Tug'ma sabablari orasida quyidagilar qo'proq uchraydi:

- buyrak arteriyalarining fibroz-mushak displaziyasi,
- aorta va buyrak arteriyalari gipoplaziyasi,
- buyrak arteriyalari anevrizmalari,
- tug'ma arterio-venoz oqmalar.

Ortirilgan sabablar:

- ateroskleroz,
- nospesifik aorto-arteriit,
- nefroptoz,
- buyrak infarkti,
- buyraklar jarohati,
- buyraklar o'smalari.

Ateroskleroz 40 yoshdan oshgan shaxslarda VRGning asosiy sababi hisoblanadi va 60-85% gacha bemorlarda uchraydi. Atersklerotik pilakchalar ko'pchilik hollarda buyrak arteriyasini aortadan chiqish qismida yoki uning uchdan bir proksimal qismida joylashadi. Ko'pchilik hollarda buyrak arteriyasining bir tomonlama zararlanishi kuzatiladi, ayrim hollarda arteriya ikki tomonlama shikastlanadi, bu odatda 1/3 bemorlarda uchraydi va VRG ning bir muncha og'ir kechishiga olib keladi. Kasallik, ayollarga nisbatan asosan erkaklarda (2-3 marta) ko'p uchraydi.

VRG ning sabablari ichida fibroz-mushak displaziyasi atersklerozdan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi. Fibroz-mushak displaziyasi asosan navqiron yoshda va hatto bolalik yoshida (12-44 yoshgacha) uchraydi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 28 yoshni tashkil qiladi. Ayollar erkaklarga qaraganda 4-5 marta qo'proq kasallanadi. Morfologik jihatidan fibroz-mushak displaziyasi asosan buyrak arteriyalari, ularning tarmoqlarini qamrab oladigan, arteriyaning mushak, intima qatlamlarida distrofik va sklerotik o'zgarishlar kechishi bilan xarakterlanadi. Bunda arteriyaning mushak elementlarini giperplaziyasi mikroanevrizmalar hosil bo'lishi bilan birga kuzatiladi. Natijada torayish va kengayishlami (anevrizmalar) aralash

joylashishi kuzatiladi. Bu arteriyalarga o'ziga xos tus beradi, ular marvarid yoki munchoq iplariga o'xshab qoladi. Patologik jarayon 2/3 hollarda bir tomonlama bo'ladi. VRG ning sabablaridan biri nospesifik aorto-arteriit (Takayasu kasalligi) hisoblanadi.

Nospesifik aorto-arteriit tarqalgan xarakterga ega bo'lgan kasallik bo'lib, patologik jarayon asosan aorta ravog'i tarmoqlari, torakoabdominal aorta va uning tarmoqlarida kuzatiladi. VRG ning boshqa sabablari orasida nospesifik aorto-arteriit 17-22% ni tashkil qiladi. Bu kasallikda buyrak arteriyalarining zararlanishi aksariyat ikki tomonlama bo'ladi va har ikkala jinsdagi shaxslarda ham kuzatiladi, biroq asosan yosh ayollarda qo'proq kuzatiladi. Kasallik odatda 11-20 yoshda boshlanadi, 2-3 yildan so'ng buyrak arteriyalarining torayishi yuzaga chiqadi. Patogenezi bo'yicha bu kasallik autoimmun xarakterga ega bo'lib, etiologiyasi hozirgacha to'liq aniqlangan emas. Klinik jihatdan kasallik tana haroratining ko'tarilishi, leykotsitoz, EChT ning ortishi, gipergammaglobulinemiya, fibrinogenning oshishi va C-reaktiv oqsili paydo bo'lishi kabi belgilar bilan boshlanadi.

VRG yana quyidagi holatlarda yuzaga kelishi mumkin: buyrak arteriyasining ekstravazal kompressiyasi oqibatida, buyrak arteriyasi o'tkir trombozi yoki emboliyasi natijasida, buyrak arteriyalarida anevrizma hosil bo'lishi, buyrak arteriyalari gipoplaziyasi, nefroptoza, o'sma, kista, buyraklarning rivojlanish nuqsonlarida va boshqalarda.

Patogenezi. Buyrak arteriyasining torayishi yoki yopilib qolishi (okklyuziya) buyrakda qon oqimining kamayishiga va perfuzion bosim pasayishiga olib keladi. Buyrak to'qimasining ishemiyasi hosil bo'lish natijasida yukstaglomerulyar apparat (YuGA) hujayralari giperplaziyasi rivojlanadi va buning oqibatida renin (gormon) gipersekresiyasi kuzatiladi. Renin jigarda hosil bo'lgan nafaol angiotenzinogeni angiotenzin I ga aylantiradi. Angiotenzin I esa angiotenzinni konvertatsiya qiladigan ferment ta'siri ostida angiotenzin II ga aylanadi. Angiotenzin II – eng kuchli vazokonstriktorlardan biri bo'lib, arteriolalarga bevosita ta'sir ko'rsatadi va ularni torayishiga olib keladi, tomirlarning periferik qarshiligini keskin ravishda ko'paytiradi. Bundan tashqari, angiotenzin II buyrak usti bezlari po'stloq qavati tomonidan aldosteron ishlab chiqarilishini rag'batlantiradi, bu esa o'z navbatida organizmda natriy ionlari va suvning tutilishi bilan kechadigan ikkilamchi giperaldosteronizm rivojlanishiga olib

keladi. Periferik angiospazm, gipematriemiya va gipervoliemiya, arterial gipertenziyani yanada chuqurlashishiga sabab bo'ladi. Kasallikning boshlang'ich davrlarida buyrak usti bezining po'stloq qismidagi o'zgarishlar funksional xarakterga ega bo'lib, morfologik o'zgarishlar minimal holatda bo'ladi. Keyinchalik esa, o'zgarishlar organik tusga o'tadi: bez xujayralari gipertrofiyaga uchraydi va oqibatda buyrak usti bezining diffuz yoki tugunchali giperplaziyasi rivojlanadi.

Aldosteronni doimiy ravishda ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi, renin sekresiyasini kamaytiradi, shuning uchun ikkilamchi giperaldosteronizm rivojlanishi bilan kam reninli VRG shakllanadi. Klinik manzarasi. Simptomatik gipertenziyalarning ayrim turlariga (Konon sindromi, Kushing sindromi, feoxromotsitoma) xos patognomik simptomlar VRG da yo'q.

Bemorlarning shikoyatlarini quyidagicha umumlashtirish mumkin:

1. serebral gipertenziyaga xos belgilar: bosh og'rig'i, boshda og'irlik hissiyoti, quloqlarda shovqin, ko'z soqqalarida og'riqlar, xotiraning pasayishi, qoniqib uxlamaslik va b.

2. Yurak chap bo'limlariga ortiqcha og'irlik tushishi va koronar etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan shikoyatlar: yurak sohasida og'riq, taxikardiya, to'sh ortidagi og'irlik hissi va b.

3. Bel sohasidagi og'irlik sezgisi, kuchli bo'lmagan og'riqlar, buyrak infarkti bo'lgan taqdirda – gematuriya.

4. Boshqa a'zolar ishemiyasi belgilari (buyrak arteriyalari bilan birga boshqa a'zolar magistral arteriyalari shikastlanganda).

5. Nospesifik aorto-arteriitda umumiy yallig'lanish sindromi uchun xos shikoyatlar.

6. Ikkilamchi giperaldosteronizm uchun xos shikoyatlari: jinsiy zaiflik, paresteziyalar, tetaniya xurujlari, poliuriya, nikturiya, polidipsiya.

VRG taxminan 25% bemorlarda belgisiz kechadi.

Diagnostikasi. Diagnoz qo'yish uchun quyidagi anamnestik ma'lumotlar muhim ahamiyatga ega bo'ladi:

1. Bolalar va o'smirlarda barqaror gipertenziya rivojlanishi.

2. Kasalligi ilgari xavfsiz kechgan, gipotenziv muolaja esa samarali bo'lgan 40 yoshdan oshgan shaxslarda gipertenziyaning barqarorlashuvi va davolashga nisbatan refrakterlik. Bunday bemorlarda o'tuvchi oqsoqlik yoki bosh miya surunkali ishemiyasi belgilari ham bezovta qilishi mumkin.

3. Gipertenziya boshlanishining homilardorlik va tugʻruqlar bilan aloqadorligi (nefropatiasiz kechuvi).

4. Gipertenziya boshlanishining buyraklar sohasidagi asbob-uskuna yordamida tekshiruvlar yoki manipulyatsiyalar, buyraklardagi va qorin aortasidagi operatsiyalar bilan aloqadorligi.

5. Yurak nuqsoni, aritmiyalari boʻlgan bemorlarda yoki postinfarkt kardiosklerozi, boshqa arterial havzalarda emboliya hodisalari boʻlgan bemorlarda gipertenziyaning bel sohasidagi ogʻriq xurujlaridan keyin rivojlanishi.

Klinik tekshiruvni bemorlarni qoʻl va oyoqlaridagi qon bosimini oʻlchashdan boshlash lozim, bu koarktatsion sindromni istisno qilishga yordam beradi. Shuningdek bosimni gorizontal va vertikal holatda oʻlchash lozim. Agar ortostatik holatda qon bosimi yuqoriroq boʻlsa, nefroptoz toʻgʻrisida oʻylash mumkin.

Qorin aortasi va buyrak arteriyalarini auskultatsiya qilish zarur asosiy usullardan biri hisoblanadi. Bunda taxminan 40% bemorlarda buyrak arteriyalari yoki qorin aortasi proeksiyasida sistolik shovqin eshitiladi. Sistolik shovqin yuza joylashgan arteriyalar: uyqu, oʻmrov va son arteriyalari ustida eshitilishi – ateroskleroz va nospesifik aorto-arteriitda tizimli zararlanish belgisi sifatida diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bemorda quyidagi belgilar aniqlansa VRG kasalligi borligiga taxmin qilish mumkin:

- ikkita yoki undan ortiq gipotenziv preparatlar va diuretiklarga rezistent boʻlgan arterial gipertenziya;

- arterial gipertenziyani 20 yoshgacha boʻlgan ayollarda yoki 55 yoshdan yuqori boʻlgan erkaklarda paydo boʻlishi;

- tez avj olib boradigan yoki xavfli kechadigan gipertenziya;

- ateroskleroz kasalligining turli xil koʻrinishlari borligi;

- AAF ingibitorlari yoki angiotenzin II retseptorlarining blokatorlarini qoʻllash fonida rivojlanadigan azotemiya;

- qorin aortasi va buyrak arteriyalari ustidagi sistolik shovqin;

- UTT da buyraklarning oʻlchamlaridagi 1,5 sm dan oshadigan farqlar;

Yuqorida sanab oʻtilgan belgilar VRG toʻgʻrisida koʻpincha asoslangan taxmin qilishga imkon beradi, biroq ular bu diagnozni toʻliq tasdiqlash imkoniyatiga ega emas.

VRG diagnostikani tasdiqlash yoki rad etish uchun Qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish zarur bo'ladi. VRG diagnostikasining eng ishonchli va to'g'ri usuli buyraklar angiografiyasi hisoblanadi, bu tekshiruvni faqat qon tomir kasalliklariga ixtisoslashgan markazlardagina bajarish mumkin.

Angiografiya stenoz jarayonining sababini aniqlashga, stenoz darajasi va uning joylashuviga baho berishga imkon beradi, bu esa xirurgik davolash to'g'risidagi masalani hal qilishda katta ahamiyatga ega.

Diagnostika uchun, bir qator kam invaziv, skrining usullari ham mavjud bo'lib, ular buyrak arteriyalarining zararlanganini topish, angiografiyaga ko'rsatmalarni aniqlash, gipertenziya genezini (kelib chiqishi) aniqlash va ayrim bemorlarga angiografiya o'tkazish shartmasligini belgilab beradi. Jumladan, AAF ingibitorlari bilan sintigrafiya, doppler – ultrasonografiya, magnitrezonans va KT angiografiya yuksak sezuvchanlikka ega bo'lib, angiografiyagacha bo'lgan davrda skrining usul sifatida qo'llanilishi mumkin. Angiotenzinga aylantiruvchi ferment (AAF) ingibitorlari bilan renosintigrafiya qilish. Buyrak arteriyasining funksional ahamiyatga ega stenozida AAF ingibitorlarini qo'llanilishi, buyrak nefronlarida filtratsiya tezligining pasayishiga olib keladi. Bu hol efferent arteriolalar konstriktsiyasini bartaraf etish yoki sezilardi susaytirish tufayli kelib chiqadi. Renogrammaning xarakterli o'zgarishi buning oqibati bo'lib hisoblanadi. Ssintigrafiyada AAF ingibitorlari induksiyalagan o'zgarishlar renovaskulyar gipertenziya uchun eng spesifik diagnostik mezon hisoblanadi. AAF ingibitorlari qo'llanilganda normal ssintigramma olingan bo'lsa, VRG ehtimolini 10% dan kam desa bo'ladi.

Doppler-ultratovush tekshiruvi. Bu tekshiruv afzalligi uning noinvazivligi va arzonligidadir. Doppler-ultratovush tekshiruvi yordamida 2 ta usuldan foydalaniladi: buyrak arteriyalarini bevosita vizualizatsiyasi va Doppler to'lqinlari shaklini analiz qilish. Buyrak arteriyalarining bevosita vizualizatsiyasi. Bu usul asosiy buyrak arteriyalarini rangi yoki energetik doppler – bevosita ultratovush tekshiruvi bilan spektral doppler – ultratovush yordamida buyrak arteriyalari bo'ylab tezligini analiz qilishni o'z ichiga oladi.



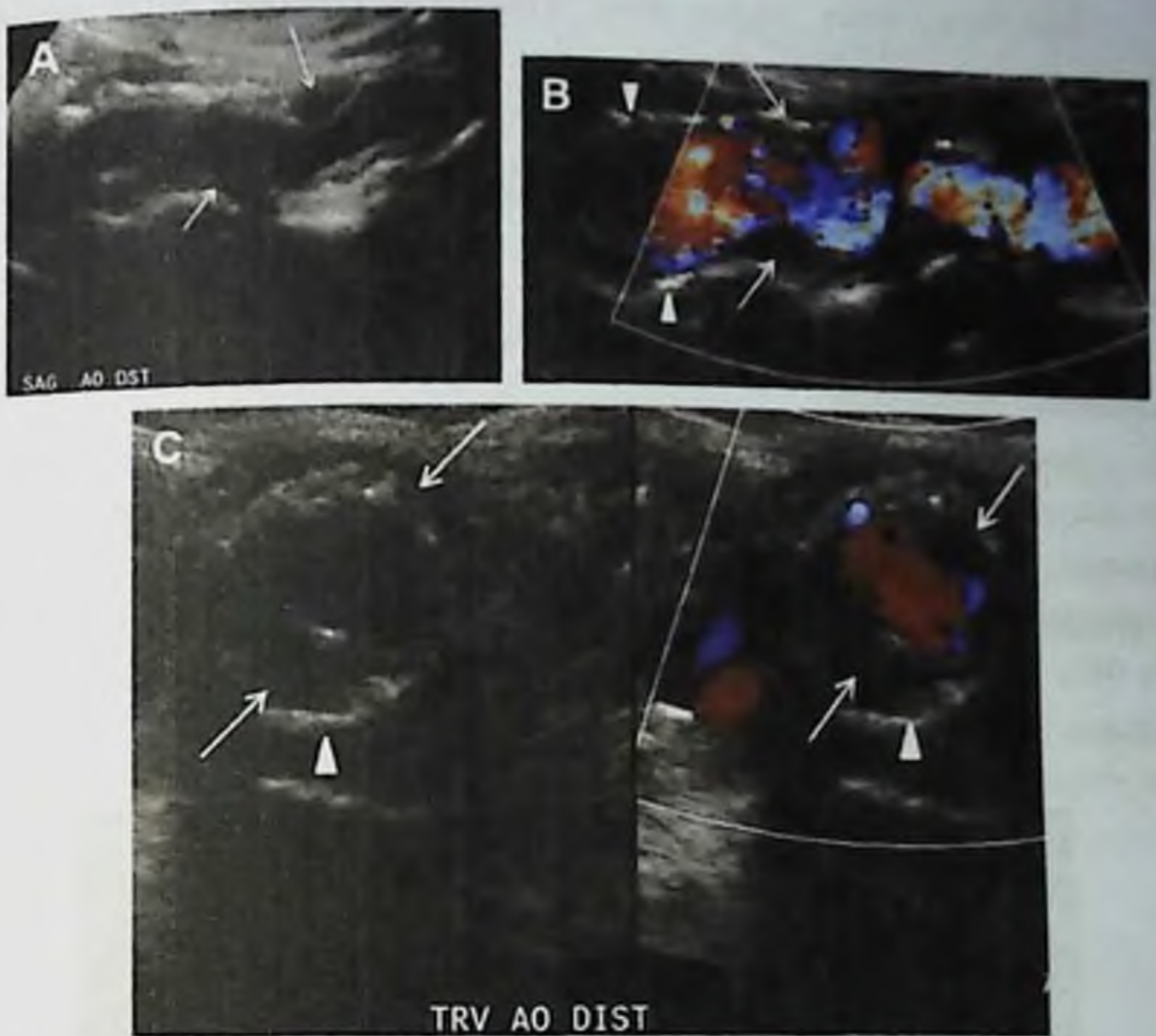
269 – rasm. Chap buyrak arteriyasining stenozi (KT angiogramma).

Uch o'lchovli ultratovush angigrafiyasi buyrak arteriyalarining batafsil ko'rishga imkon beradi, ta'svirning aniqligini uch o'lchovli magnit-rezonans angigrafiyasi bilan taqqoslash mumkin bo'ladi.

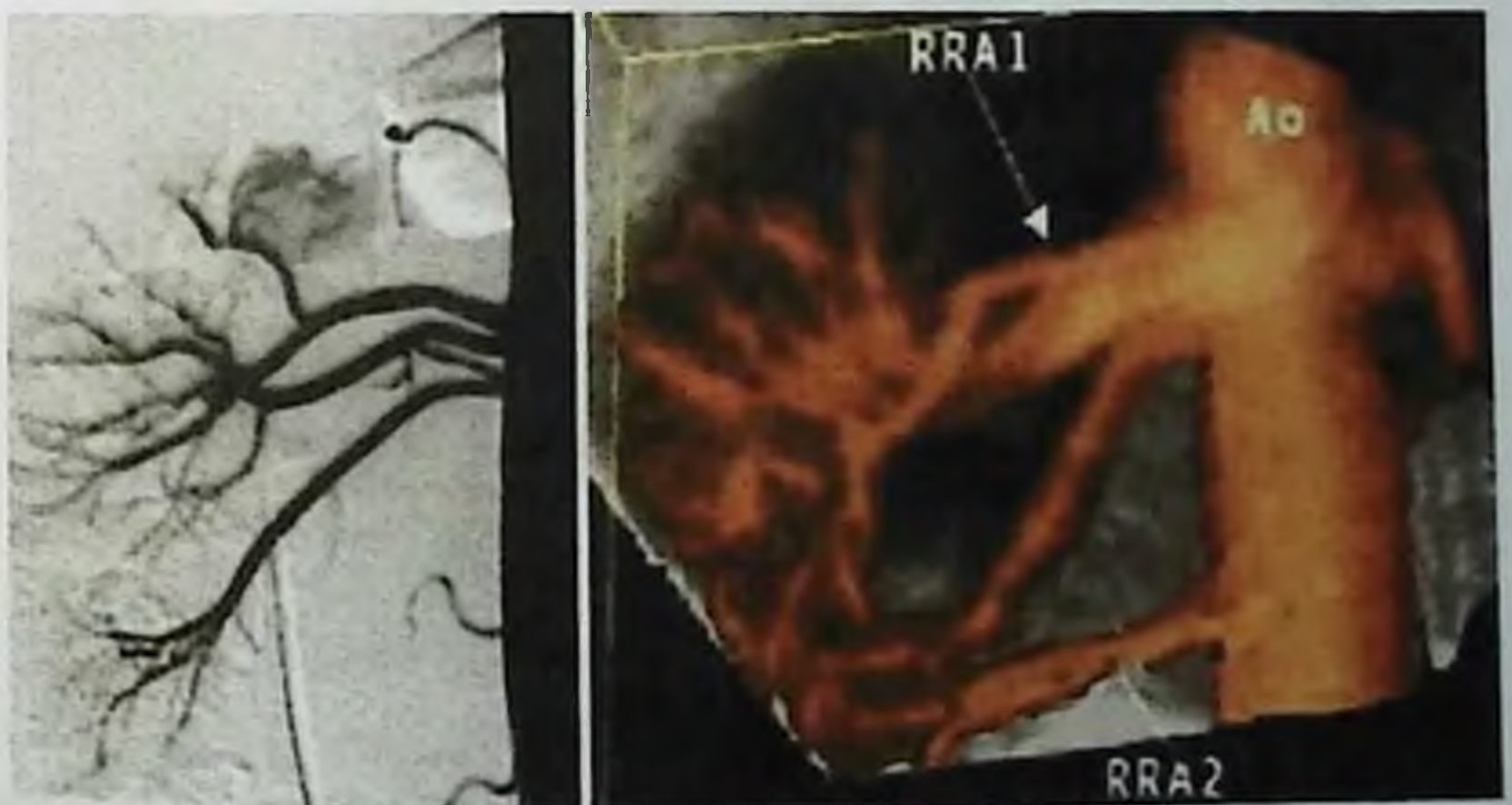
Ultratovush (UT) yordamida tekshiruv vaqtida aniqlangan quyidagi belgilar buyrak arteriyasining ahamiyatga ega bo'lgan proksimal stenozi yoki okklyuziyasini diagnostik mezonni hisoblanadi:

- buyrak arteriyasida maksimal sistolik tezlikning ortishi (100-200 sm/sek);
- maksimal sistolik tezlik buyrak-aortal koeffitsenti 3,5 dan ko'p;
- arteriyaning poststenoz sohasidagi turbulent qon oqimi;
- buyrak arteriyasini doppler signalisiz vizualizitsiya qilinishi okklyuziyadan darak beradi.

Bundan tashqari ultratovush tekshiruvi yordamida VRG bilvosita belgilarini, xususan ishemik atrofiya hisobiga buyrak o'lchamlarining kichrayishini aniqlash mumkin. Uzunligi 8 sm dan kichik buyraklar odatda ishemiya bilan og'ir shikastlangan bo'ladi. Bunday sharoitlarda revaskulyarizatsiya buyrak faoliyatining tiklanishiga yoki gipertenziyani bartaraf etishga olib kelmaydi va bu holat nefrektomiyaga ko'rsatma hisoblanadi.



270 – rasm. Qorin aortasini kul rang shkalada skanerlash.

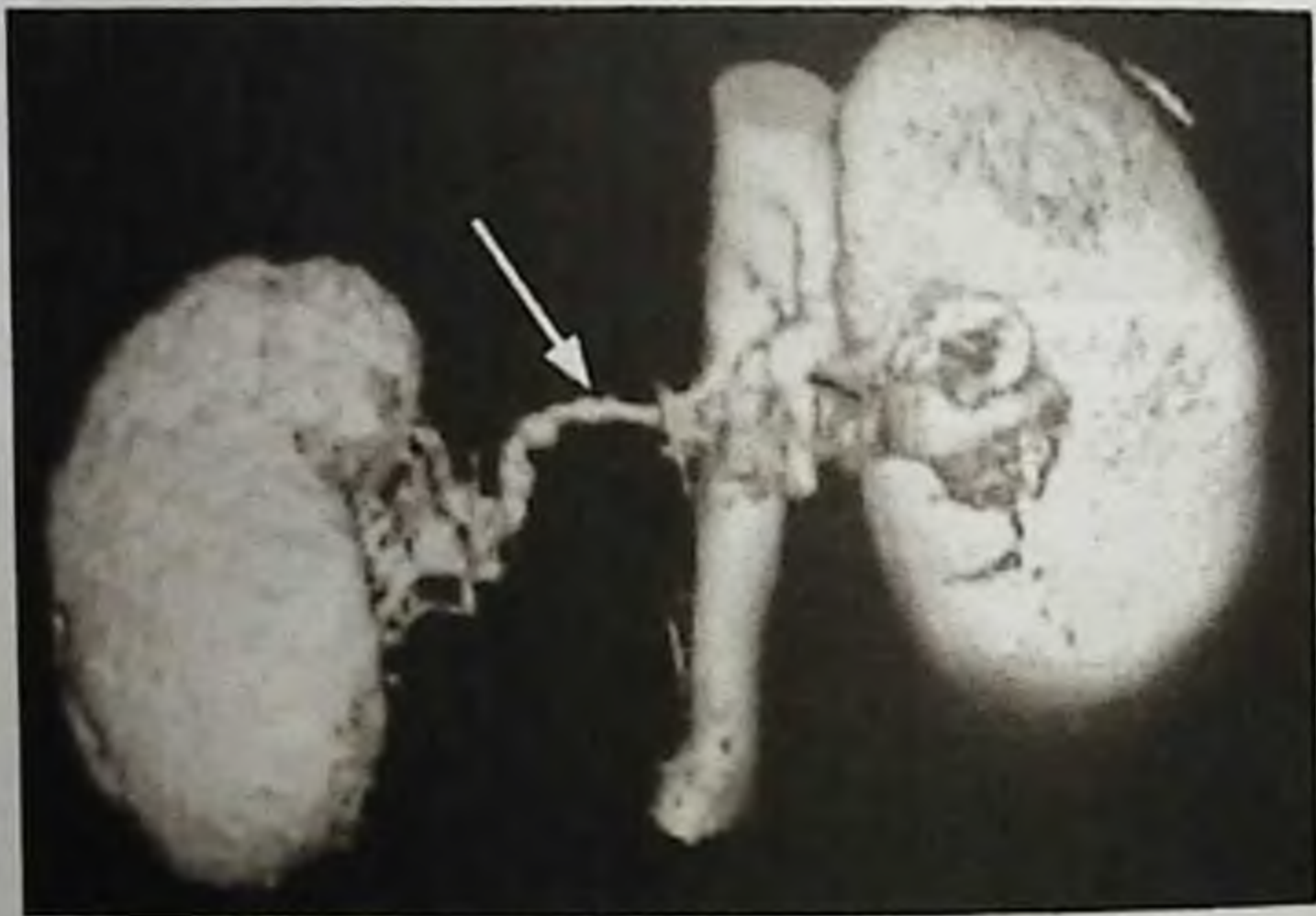


271 – rasm. Uch o'lchovli ultratovush (chapda) va magnit-rezonans angiografiya (o'ngda). O'ng buyrak arteriyalarining juft holda kelishi.

Magnit-rezonans angiografiya. Gadoliniy kontrasti bilan magnit-rezonans angiografiya hozirgi vaqtda uch o'lchovli tasvirlarni shakllantirishga qodir yuksak sifatli tasvir hosil qiladigan tizim sifatida ishlatiladigan bo'ldi. Angiografik kontrast paramagnetik T1 effektni kamaytiradi. Qon yorqin rangda tasvirlanadi, ayni vaqtda harakatsiz to'qimalar to'q rangda qoladi.

Spiralli kompyuter tomografik angiografiya (KTA). Bu usul noinvaziv usullardan hisoblanadi.

Spiral KTA VRG si bor bemorlarda buyrak qon oqimini o'lchash, shuningdek, tomirlarning uch o'lchovli tasvirini olish uchun qo'llanilishi mumkin (150 ml gacha kontrast modda ishlatiladi). Ushbu tekshiruv buyrak arteriyasining 50% dan ortiq stenozini aniqlash uchun 98% sezuvchanlikka va 94% xoslikka ega. VRG ni diagnostika qilishdagi birincha qadam bu patologiyaning o'rta va yuqori ehtimoli bo'lgan bemorlarni klinik mezonlar bo'yicha tanlash hisoblanadi.



272 – rasm. Uch o'lchovli spiral KTA. Ung buyrak arteriyasi stenozini.

Noinvaziv skrining testlari buyrak arteriyasi stenozini gumoni yuqori bo'lgan bemorlarni maqsadli tanlab olishni ta'minlaydi, undan keng ko'lamda foydalanilganda rentgen angiografiyasining potensial nojuyta tasvirlarini kamaytirishga imkon beradi. Faqatgina kasallik ehtimoli yuqori

bo'lgan bemorlardagina taxmin qilinayotgan buyrak arteriyasi stenozini aniqlash uchun rentgen tekshiruvi amalga oshirilishi kerak. Spiralli KTA buyrak qon tomirlarini sifatli vizualizatsiyasini ta'minlashi mumkin, biroq ko'p miqdordagi kontrastni talab qiladi. Xozirgi vaqtda MRT bemorlarga xavfli bo'lmagan tarzda buyrak tomirlari tasvirini sifatli darajada bermoqda.

Davolash. Davolashning kuyidagi turlarini farq qilish mumkin:

1. Konservativ usul – operatsiya o'tkazishga monelik bo'lganda.

2. Xirurgik usul:

- rekonstruktiv operatsiyalar: transaortal endarterektomiya, buyrak arteriyasi replantatsiyasi, buyrak arteriyasini protezlash;

- ikkilamchi geraldosteronizmni korreksiya qilish uchun buyrak arteriyalari va buyrak usti bezidagi simultan operatsiyalar. - nefrektomiya.

3. Rentgenendovaskulyar usullar:

- buyrak arteriyalarini translyuminal angioplastikasi (yoki rentgenoendovaskulyar dilyatatsiyasi – RED) stentlash yoki usiz;

- ikkilamchi giperaldosteronizmni korreksiya qilish uchun buyrak usti bezlaridagi simultan REA.

Renovaskulyar gipertenziyani davolashning eng samarador usuli xirurgik usul bo'lib, buyrak arteriyalarining stenozi sababini bartaraf etish va buyrakka normal qon oqimini tiklashga qaratilgan. 1952 yilga qadar xirurgik davolashning yagona usuli nefrektomiya bo'lgan, u bir tomonlama zararlanişda va kasallikning o'tib ketgan bosqichida amalga oshirilardi.

Hozirgi kunda buyrak ichi qon tomirlari torayishida yoki zararlangan buyrak gipoplaziyaga uchraganda va uning faoliyati yaqqol buzilgandagina nefrektomiya bajariladi. Bundan tashqari, buyrak o'lchamlarining 8 sm va undan kichik bo'lishi ham nefrektomiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. Qolgan hollarda buyrakda qon oqimini tiklashga qaratilgan, a'zoni saqlab qoladigan operatsiyalardan keng qo'lamda foydalaniladi. Xirurgik davolash natijalari VRG tashxisi va uning paydo bo'lish sababi nechog'lik erta aniqlansa, shunchalik samarador bo'ladi.

Ayni vaqtda VRG li bemorlarda xastalik hatto xavfli kechganda ham bemorga individual tanlangan gipotenziv vositalar yordamida ba'zan yaxshi natijaga erishishga muvaffaq bo'linadi. Biroq buyrak arteriyasi stenozi isbotlanganda muolaja o'tkazish tavsiya etilmaydi, chunki arterial qon bosimining pasayishi buyrakda qon oqimini yanada yomonlashuviga va

qisqa vaqt ichida buyrakning ikkilamchi bujmayishiga, faoliyatining yo'qotilishiga olib keladi. Kasallikning etiologiyasiga ko'ra ballonli dilatatsiya yoki stentlash 80% hollarda muvaffaqiyatli chiqishi mumkin. Biroq bu muolajalar invaziv bo'lib, arteriyaning yorilishi yoki qirqilishiga, buyrak yoki oyoqlarning ateromatoz emboliyasiga, kontrast keltirib chiqargan nefropatiya sababli o'tkir buyrak etishmovchiligiga, punksiya sohasidan qon ketishiga va (kamdan-kam hollarda) bemor o'limiga olib kelishi mumkin. Bu usullar, xirurgik vaskulyarizatsiya, ballonli dilatatsiya va stentlash imkoni bo'lmagan bemorlar, shuningdek operatsiya qilishni talab qiladigan Qo'shib kelgan qorin aortasi zararlangan bemorlar uchun zahira usul bo'lib qoladi.

Buyrak usti gipertenziyasi

Buyrak usti gipertenziyasi ko'pincha uning o'smalari bilan bog'liq bo'ladi. Aldosteroma, feoxromotsitoma, buyrak usti bezlari po'stlog'ining aralash o'smalari, kortikosteroma, androsteroma, kortikoesteroma ko'plab uchraydi. O'smalarning hamma turlari ham xavfsiz, ham xavfli bo'lishi mumkin. Aldosteroma (birlamchi giperaldosteronizm, Konn sindromi) buyrak usti bezi po'stloq qismining koptokcha sohasidan rivojlanadi. Ko'pchilik bemorlarda o'sma xavfsiz tabiatli bo'ladi va faqat 5% hollarda xavfli o'sishi aniqlanadi. O'sma to'qimasi ortiqcha miqdorda aldosteron ishlab chiqaradi.

Patogenezi. Aldosteronning ortiqcha ishlab chiqarilishi organizmda turlituman biokimyoviy va morfologik o'zgarishlarga olib keladi. Bu kasallik uchun dastavval sezilarli tarzda elektrolit muvozanatining buzilishlari xos. Aldosteron buyrak kanalchalariga ta'sir etib, kaliy va suv reabsorbsiyasi kamayishiga, natriy reabsorbsiyasi ko'payishiga olib keladi. Kaliyning siydik orqali jadal suratda chiqarilishi, gipokaliemiya rivojlanishiga (3,0 mmol/l dan kam) olib keladi. Hujayradagi kaliy ionlari natriy va vodorod ionlari bilan almashinadi. Natriyurez pasayishi hujayra ichi va hujayra tashqarisidagi bo'shliqda natriy ionlari oshishiga olib keladi. Natriy gidrofil ion bo'lgani uchun suvni tutib turadi va o'ziga tortib oladi. Natijada to'qimalar shishishi, ayniqsa qon tomir devori shishi rivojlanadi, uning ichki bo'shlig'i arteriolalar darajasida kichrayadi. Qon tomir tonusi, periferik qon tomir qarshiligi ortadi va arterial gipertenziya rivojlanadi. Kasallik aksariyat navqiron yoshdagi ayollarda uchraydi.

Aldosteroma simptomlarini 3 guruhga bo'lish mumkin:

1) gipokaliemiya xisobiga rivojlangan neyro-mushak simptomlar.
2) aldosteronni bevosita buyrakka ta'siri natijasida vujudga kelgan simptomlar;

3) arterial qon bosimining oshishi bilan bog'liq bo'lgan simptomlar.

Neyro-mushak simptomlari gipokalemiya va nerv-mushak o'tkazuchanligini buzulishi hisobiga kelib chiqadi. Bemorlar mushak bo'shashidan noliydilar, uning darajasi turlicha bo'lib, tez-tez charchashlar, oyoq mushaklarini egallaydigan bo'sh falajliklargacha olib keladi. Paresteziya va talsavalar (mushak tortishishi) ko'plab qayd etiladi.

Buyrak simptomlari orasida qo'proq poliuriya, nikturiya, gipostenuriya kuzatiladi. Siydik orqali ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotilishi sababli, polidipsiya (tashnalik) yuzaga keladi.

Arterial gipertenziya – aldosteromaning asosiy, ba'zan esa yagona simptomidir. Gipertenziya, odatda barqaror kechadi. AQB oshish darajasi o'rtachadan (160/100 mm sim.ust.) to yaqqol 220-250/120-140 mm sim.ust.gacha o'zgarib turadi. Ko'pchilik bemorlar yuqori arterial bosim bilan bog'liq kuchli bosh og'rig'iga shikoyat qiladilar.

Arterial gipertenziya yurak chap qorinchasining yaqqol gipertrofiyasiga olib keladi, gipokaliemiya belgilari paydo bo'ladi. Ko'z tubi tomirlari zararlanib, ko'pincha ko'rish faoliyati buziladi.

Konn sindromi diagnostikasi kasalliklarning klinik ko'rinishlarini va laboratoriya tekshiruvlari ma'lumotlarini tahlil qilishga asoslangan. Radioimmun tahlil plazmada, bazal sharoitlarda aldosteron konsentratsiyasini oshishini va 4 soatlik yurish sinamasidan so'ng uning paradoksal pasayishi, plazma renini aktivligining kamayishini aniqlaydi. Biokimyoviy tekshirilishlarda gipokaliemiya, gipematriemiya topiladi. Siydik ishqoriy reaksiyasi muhim diagnostik qimmatga ega bo'lishi mumkin. Asbob-uskuna yordamida tekshiruv usullari orasida UTT va KT ning ahamiyati katta.

Aldosteromalar kichik o'lchamlarda (1,5-2 sm) bo'lganligi sababli ularni UTT yordamida taxminan 60% bemorlarda topish mumkin. Diagnostikaning eng aniq usuli kompyuter tomografiyasi hisoblanadi. KT da zichliga past bo'lgan (10-14 N+ birligi) tuzilmalar aniqlanadi.

Davolash: bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi.

Feoxromotsitoma – katexolaminlar (adrenalin, noradrenalin) ishlab beradigan xromofin to‘qimadan neyroektodermal kelib chiqqan o‘asma bo‘lib, qo‘proq buyrak usti bezi miya qatlamidan rivojlanadi (90% hollarda). Feoxromotsitomani (paraganglioma) 10% hollarda buyrak usti bezidan tashqarida (aksariyat simpatik paraaoratal gangliyalarda, qovuqda, orqa ko‘ks oralig‘ida) joylashgani aniqlanadi. Yolg‘iz va ko‘p sonli, xavfsiz va xavfli bo‘lishi mumkin. Kasallik ko‘pincha katta yoshdagi erkaklarda uchraydi.

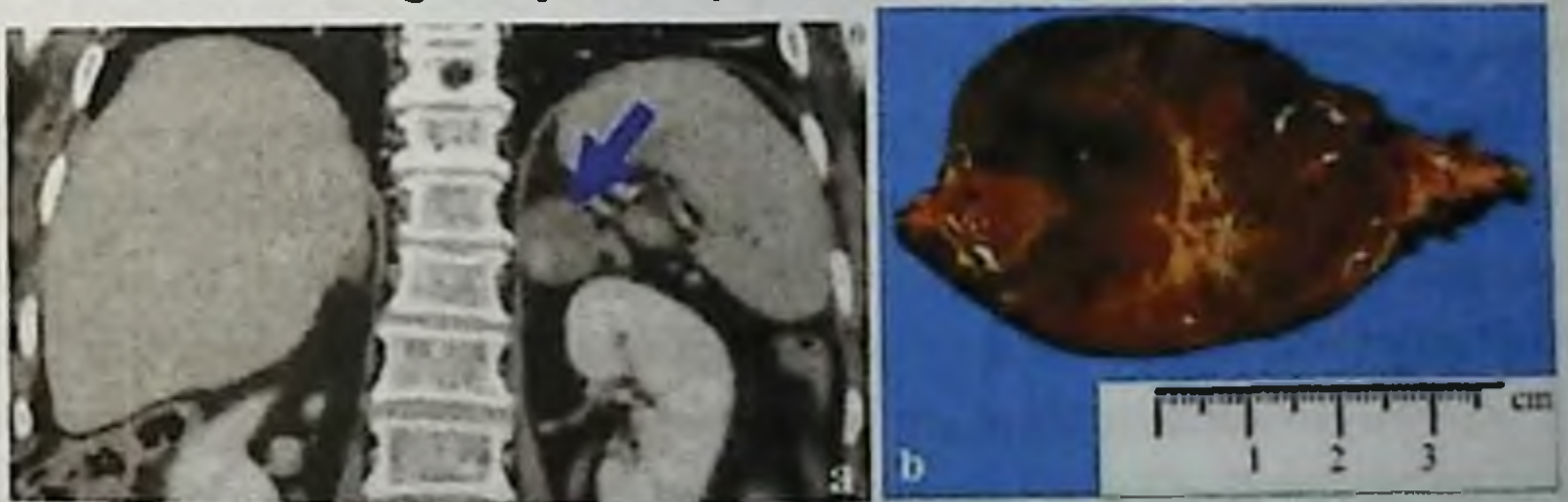
Feoxromotsitomaning oilaviy tabiati to‘g‘risida ham ma‘lumotlar bor. Feoxromotsitomali bemorlarda kelib chiqadigan buzilishlar patogenezida katexolaminlar gipersekresiyasi va ularning umumiy qon oqimiga vaqti-vaqti bilan ko‘p miqdorda tushishi asosiy ahamiyatga ega. Kriz vaqtida katexolaminlar, xususan noradrenalin darajasi normadan bir necha o‘n barobar oshadi, ularning ortiqcha miqdori alfa va betta adrenoretseptorlarining qo‘zg‘alishini chaqiradi, bu esa arteriolalar darajasida yaqqol spazmga, umumiy periferik qarshilikning keskin ortishiga olib keladi, buning natijasida sistolik bosim ham, diastolik AQB ham oshadi.

Klinik manzarasi. Feoxromotsitomaning asosiy simptomi arterial gipertenziya hisoblanandi. U uchta tipda – krizli (paroksizmal), barqaror va aralash kechishi mumkin va shunga ko‘ra kasallik klinik kechishining tegishli tiplari farq qilinadi. Paroksizmal turida AQB 250-300 mm sim.ust. gacha va bundan yuqoriga ko‘tarilib, gipertonik krizlar qayd etiladi. To‘satdan AQB oshishi, keskin bosh og‘rishi, yurak urib ketishi, o‘lim xavfi, et junjikishi, tana xaroratining oshishi, ko‘p terlash bilan o‘tadi. Aksariyat nafas qisishi, bel sohasida, qorinda, to‘sh orqasida og‘riq qayd etiladi. Ko‘ngli behuzur bo‘lishi va qusish kuzatilishi mumkin. Kriz davomiyligi bir necha minutdan bir necha soatgacha davom etadi. Katexolaminlar gipersekresiyasi natijasida rivojlangan kriz uchun giperleykotsitoz, giperglikemiya va glyukozuriya xos. Kriz bo‘lmaganda AQB me‘yordan oshmaydi va bemorlarda shikoyatlar bo‘lmaydi. Arterial gipertenziyaning barqaror turida krizsiz AQB ning barqaror oshishi qayd etiladi. Aralash turida katexolaminlik krizlar yuqori AQB fonida kuzatiladi (160/100–180/120 mm sim. ust. teng). Bartaraf etilmagan katexolaminlik kriz o‘lim bilan tugashi mumkin, bunga o‘tkir yurak etishmovchiligi, o‘pka shishi, bosh miyaga qon quyilishi sabab bo‘lishi mumkin.

Diagnostikasi. Feoxromotsitomani aniqlashda klinik ko'rinishi bilan bir qatorda siydikda katexolaminlar konsentratsiyasi tekshirishga asosiy o'rin beriladi (sutkali yoki krizdan keyin qilingan). Siydikda ikkala gormonlar konsentratsiyasining bir vaqtning o'zida oshishi o'smaning buyrak usti bezi ustida joylashuviga bir muncha xosdir. Noradrenalinning konsentratsiyasi adrenalina nisbatan yuqoriroq bo'lsa, o'sma buyrak usti bezidan tashqarida joylashuvi uchun xosdir. Amaliyotda siydikda adrenalin va noradrenalindan tashqari, vanilil-mindal kislota miqdori aniqlanadi. Bu kislota ikkala gormon metaboliti hisoblanadi va uning siydikdagi konsentratsiyasi adrenalin va noradrenalin konsentratsiyasidan bir necha o'n marta oshadi. O'smaning o'lchamlari katta bo'lganligidan ulami UTT va KT da osonlikcha topish mumkin.

Feoxromotsitoma faqat xirurgik usul bilan davolanadi. Bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi – o'sma (feoxromotsitoma) buyrak usti bezi bilan birga olib tashlanadi.

Buyrak usti bezlarining boshqa kasalliklari orasida endogen giperkortitsizm simptomokompleksini ko'rsatib o'tish lozim. Uning patogenezi bo'yicha har xil, biroq kasallikning klinik belgilari bo'yicha o'xshash bo'ladi. O'xshash klinik manzarasi glyukokortikoid gormonlar, avvalo kortizolning ortiqcha miqdorda ishlanishiga bog'liq.



273 – rasm. Buyrak usti bezi feoxromotsitomasi. a) kompyuter tomogramma; b) makropreparat.

Itsenko-Kushing sindromi va Itsenko-Kushing kasalligi (o'smasiz turi) farq qilinadi. Itsenko-Kushing sindromi buyrak usti bezi qobig'i tutamli (dasta) sohasidan rivojlanadigan o'smadan vujudga keladi (xavfsiz o'sma – kortikosteroma, xavfli o'sma – kortikoblastoma). O'sma to'qimasi kortizol gormonini ortiqcha ishlab chiqaradi. Aksariyat hollarda 20-40 yoshdagi ayollar (deyarli 80%) kasallanadilar. Itsenko-Kushing sindromi va

kasalligining klinik manzarasi yetarli darajada tipik bo'ladi. Semizlik va arterial gipertenziya kasallikning doimiy simptomlaridan hisoblanadi. Tez charchab qolish va mushak bo'shashishi, mehnat qobiliyatining pasayishi, jinsiy faoliyatning pasayishi erta paydo bo'ladi. Kechroq bu belgilar qatoriga osteoporoz qo'shiladi. Semizlik somatotropinning yog' safarbarlik ta'sirini tormozlovchi kortizol va AKTGning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Itsenko Kushing sindromida arterial gipertenziya krizsiz, barqaror kechadi, sistolik va diastolik bosimning mutanosib oshishi qayd etiladi, gipotenziv vositalarga ta'sirsiz bo'ladi. Bemorlarning tashqi ko'rinishi o'ziga xos – yuzi oysimon, yuz va ko'krak qafasining yuqori qismi rangi qip-qizil ko'kimtir, qorin, bel, ko'krak bezlari, sonlar terisida qip-qizil ko'kimtir yo'l-yo'l chiziqlar «qizil striyalar» bo'ladi. Terisi quruq bo'lib qoladi, oyoq-qo'llari terisi ko'kimtir-marmarsimon tus oladi.

Diagnostikasi. Qonda va siydikda 17-kortikosteroidlar (17-KS) konsentratsiyasi darajasini o'rganish, plazmada kortizol miqdorini aniqlash ahamiyatga ega. Kortikosteromada bu ko'rsatgich, ayniqsa o'sma xavfli tabiatga ega bo'lganda, bir muncha oshadi. Tekshiruv usullar orasida UTT va KT keng ishlatiladi.

Davolash. Itsenko-Kushing sindromi faqat xirurgik usul bilan davolanadi. Bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi – o'sma buyrak usti bezi bilan qo'shib olib tashlanadi.

Androsteroma. Buyrak usti bezi qobig'ining to'rsimon sohasida rivojlanadi. Klinik manzarasi androgenlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi bilan bog'liq. Kasallik navqiron va etilgan yoshda paydo bo'ladi. Qo'proq ayollar kasallanadilar. Bolalik yoshida qizlarda gipertrixoz paydo bo'ladi, bo'y o'sishi tezlashadi, mushaklari haddan tashqari rivojlanadi, tovushi past, dag'al bo'lib qoladi. O'g'il bolalarda barvaqt voyaga etish kuzatiladi, bo'yi baland emas, oyoqlari kalta. Ayollarda erkaklarga xos jinsiy belgilar paydo bo'lib maskulinizatsiya belgilari yuzaga keladi – teri ostidagi yog' qatlami kamayadi, mushaklari tez rivojlanadi, ko'krak bezlari atrofiyaga uchraydi, hayz ko'rish faoliyati buziladi; ko'pincha girsutizm paydo bo'ladi. Bemorning gormonal faoliyati tekshirilganda siydikda 17-KS miqdorining juda ko'pligi namoyon bo'ladi. O'smaning joylashuvini aniqlash uchun UTT va KT qo'llaniladi. Davolashda xirurgik usul ishlatiladi – bemorlarga adrenalektomiya operatsiyasi bajariladi.

QON-TOMIR KASALLIKLARI

Xozirgi zamon angiologiyasi o'z ta'sirini kardiologiya, terapiya, gastroenterologiya, seksologiya, nefrologiya, transplantologiyaning bir qator muammolariga yo'naltiradigan fandır. Angiologiya tufayli yurak ishemiyasi, miya, arterial gipertenziya kabi xastaliklarning patogenezi qayta ko'rib chiqish imkoniyati yaratildi. Tomirlarning ilgari ma'lum bo'lmagan yangi kasalliklari – nospesifik aorto-arteriit va fibroz-mushak displaziya diagnostika qilinyapti va o'rganilyapti.

Anatomik-fiziologik xususiyatlar

Bemorlarni tekshirish usullarini yoritishdan oldin arterial tizimning ba'zi bir asosiy kasalliklari ustida to'xtalib o'tish zarur. Bular: ateroskleroz, nospesifik aorto-arteriit, fibroz-mushak displaziyasi, obliteratsiyalovchi endarteriit. Ateroskleroz atamasini 1904 yilda Marshan taklif qilgan, bu aorta va arteriyalarning o'ziga xos kasalligidir. Bu kasallik arteriyalar intimasi ostida lipidlarning o'choqli yig'ilib biriktiruvchi to'qima atrofi o'sib qalinlashuvi, kalsiy yig'ilishi va mediyaning o'zgarishi bilan bog'liq asosiy sabablari – tashqi omillar (xolesteringa boy ovqat, xis-hayajonlar, gipokineziya, chekish), genetik moyillik, endokrin buzilishlar, modda almashinuvi buzilishlaridir.

Ateroskleroz patogenezining eng tarqalgan nazariyasi N.N. Anichkov, G.F. Lang, A.L. Myasnikovlar taklif qilgan neyrometabolitik nazariyadir. Hidrofil xolesterin kompleksi yaratilishida beqaror lipoprotein komplekslariga – 3/4 qismi lipidlardan iborat beta-lipoproteidlarga va 1/4 qismi oqsil bo'lgan xolesteringa katta ahamiyat beriladi. Ularning tomirlar orqali bunday tashilish usuli ishonchli emas, komplekslar erimaydigan lipidlar cho'kishi bilan oson parchalanadi. Xolesterinning bu esterlari erimaydigan komplekslar holida arteriyalar intimasida to'xtalib qoladi va asta-sekin yig'ilib, uning devoriga o'tadi. Urugvay xirurgi Palme tavsiya qilgan gemodinamik nazariyasi nuqtai nazardan ateroskleroz sistolik qon to'lqini zarblarining arterial devorni surunkali shikastlashi natijasi hisoblanadi. Bu arteriyalarning himoya sistemasi o'z vazifasini ado etolmaganda ro'y beradi. Aterosklerozning trombogen nazariyasini ingliz patologiyasi Dugayt taklif etgan. Uning

tadqiqotlariga binoan aortadagi tromblar avval g'ovak, so'ngra kontakt fibrindan tashkil topgan. Tromb yuzasi endoteliy bilan qoplanadi, shunga ko'ra u go'yo tomir devorining tarkibiy qismiga o'xshab, intimaga joylanib olganday bo'ladi. Shundan keyin fibrin kondensatsiyasi va tromb hosil bo'lishi yuz beradi. Fibrin yig'ilishi takrorlanadi. Takrorlanish tez yuz bersa, fibrinning bir qatlami ikkinchi yangi qatlami bilan aloqaga kirishadi.

Nospesifik aorto-arteriit – tomirlarning tizimli kasalligi bo'lib, asosiy xususiyati aortada va uning shox tarmoqlarida stenozlovchi, anevrizmatik yoki aralash jarayon hisoblanadi. Uni 1956 yilda Savori tasvirlagan. Nospesifik aorto-arteriitning haqiqiy tarixi yapon vrachi M. Takayasuning 1905 yilda aorta ravog'i tarmoqlari zararlanishining klinik tasvirini bayon etishidan boshlangan. Aortitning allergik tabiatini hisobga olib, qator mualliflar uning autoimmun kelib chiqishi to'g'risidagi taxmini bayon qiladilar. Ayrim mualliflar uni kollagenozlar qatoriga kiritadilar, chunki unda kollagenozga xos yallig'lanish reaksiyalari, subfebrilitet, sistem zararlanish, klinik polilorfizim, ayrim musbat laboratoriya sinamalari qayd qilingan. Bu kasallikda, odatda, arteriyaning birlamchi tashqi qatlamlari zararlanadi, so'ngra jarayon tomiming birmuncha chuqur qatlamlariga tarqalib, intimani qalinlashtiradigan ikkilamchi yallig'lanish hodisalari yuz beradi.

Obliteratsiyalovchi endarteriit – oyoq distal arteriyalarining yallig'lanish kasalligi bo'lib, tromboz va o'tkazuvchanligining buzilishi bilan o'tadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Xozircha noaniq, uning rivojlanishini tushuntiradigan nikotin, infeksiya, endokrin, buyrak usti bezi, trombogen nazariyalar rad etiladi. Arteriospazm rivojlanishida nikotin intoksikatsiyasining ishtiroki yaxshi ma'lum, biroq so'nggi yillarda chekadigan ayollar sonining ko'payishi ayollar o'rtasida endarteriit bilan kasallanish darajasini oshirgani yo'q. Bugungi kunda endarterit rivojlanishida allergik komponentning ahamiyatini inkor etib bo'lmaydi. Neyrogen omil diqqatni tortadi. Endarteritda nerv sistemasi zararlanishini ko'pgina mualliflar isbotlab berganlar, bunda morfologik o'zgarishlar oyoqdagi obliteratsiyaga uchramagan arteriya nervlarida ham topiladi. Arterial devorning maxalliy o'zgarishlari allergik komponentni ham o'z ichiga oladi. Autoantigenlar, autoantitelalar hosil bo'ladigan murakkab

immun biologik reaksiyalar ro'y beradi, arteriya devorlarida morfologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Arteriyalarning fibroz displaziyasi – jarayon etiologiyasi xali to'liq o'rganilmagan. Birinchi marta De Kamp va Bixall tasvirlagan.

Gistologik tekshirishda o'rta parda normal elementlarning gipertrofiyasi aniqlanadi, natijada arteriya bo'shlig'i konsentrik torayadi, u anevrizmatik kengaymalar bilan navbatlashadi. Katta anevrizmalar hosil bo'lishi ham mumkin. Asosan navqiron yoshdagi ayollar kasallanadilar. Fibroz displaziya ilgari faqat buyrak arteriyalarida uchrar edi. So'nggi vaqtlarda jaxon adabiyotida uning umumiy tomir kasalligi bo'lib, buyrak arteriyalaridan boshqa tomirlarni kasallantirishi haqida ilmiy ishlar paydo bo'ldi. Endovazal sabablardan tashqari, aorta va uning tarmoqlaridagi qon oqimi ularning turli ekstravazal omillardan bosilishi sababli buzilishi ham mumkin.

Aorta tarmoqlarining rivojlanish nuqsonlari, arteriyalarning uzayishi va patologik egri-bugriligi, umurtqa arteriyasi og'zining surilishi shular jumlasiga kiradi. Suyak kanalida umurtqa arteriyasining kompressiyasi buyrak osteoxondrozida osteofitlardan, umurtqalararo diskalar tushib qolganda va umurtqalar oldinga surilganda yuz berishi mumkin. Braxiotsefal arteriyalarda qon oqimi buzilishiga ularning karotid tana o'smalaridan va bo'yin chandiqlaridan bosilishi kamdan-kam sabab bo'ladi.

Qorin stvoli anatomik joylashuviga ko'ra diafragma medial oyoqchasining fibroz boylami, quyosh chigalining gangliyalari va nerv tolalaridan bosilishi mumkin. Uning me'da osti bezi o'smasi, periarterial fibrozdan kompressiyaga uchrash hollari tasvirlangan. Tomir kasalliklarini aniqlash qiyinligiga qaramay, ularning ko'pchiligini bemorni odatdagi klinik tekshirishda bilib olsa bo'ladi.

Tekshirish usullari. Tomirlar patologiyasi bor bemorlarni tekshirish metodlarini 4 bosqichga bo'lish mumkin:

I. Ambulatoriyada tekshirish bosqichi.

1. Kasallik shikoyatlari, anamnezini, kechish xarakterini batafsil yig'ish va taxlil qilish. Odatda birinchi navbatda biror organda qon aylanishi etishmovchiligi bilan bog'liq simptomlar aniqlanadi. Ularning zararlangan organ funksional aktivligi paytida paydo bo'lishi yoki kuchayishi o'ziga xosdir. Oyoqlarda yurganda og'riq paydo bo'lishi va tinch turganda

yo'qolishi oyoq arteriyalari stenoz va okklyuziyasi simptomi yoki aorta bifurkatsiyasi simptomi hisoblanadi va «o'zgarib turadigan oqsoqlik» deyiladi. Qo'ldagi shunday og'riqlar qo'l arteriyalarining zararlanganidan dalolat beradi. Hazm cho'qqisida qorindagi og'riq visseral qon aylanishi surunkali buzilganligini ko'rsatadi. Og'riqning xarakteri, kuchi, joylashuviga ko'ra muayyan tomir xavzasidagi qon aylanishi buzilishi, ishemiya darajasi va uning rivojlanish suratlari to'g'risida xulosa chiqarish mumkin. Parasteziyalar (uvishib qolish, igna sanchilganday, chumoli o'rmalaganday sezgi bo'lishi) ham qon aylanishi etishmovchiligi belgilaridir. Funktsional faollik paytida ular kuchayadi. Bosh aylanishi, sinkopal holatlar, vaqti-vaqtida ko'z ko'rmay qolishi braxiotsefal tomirlar yoki umurtqa arteriyasining stenozga uchrash oqibati hisoblanib, bosh miyada qon ta'minoti yetarli emasligidan dalolat beradi. Ayrim hollarda bu simptomlar muayyan xarakatlar vaqtida paydo bo'ladi, bu holda tomirlar bosilishi va miya ishemiyasiga shubxa qilinishi mumkin. Ichning buzilib, gox, ketib, gox, qotib turishi visseral qon aylanishi buzilishi simptomi bo'lishi mumkin, unga to'g'ri baho berish uchun ularning faoliyati, rivojlanish dinamikasi, ishlatilgan vositalarning ta'sirchanligi to'g'risidagi ma'lumotlar zarur.

2. Ko'zdan kechirish tomir kasalliklarining diagnostikasi uchun muxim to'qima trofikasi buzilishlarini aniqlashga imkon beradi. Mushak atrofiyasi odatda arteriyal qon aylanishi surunkali buzilganda rivojlanadi. Aorta koarktatsiyasi uchun qo'l-oyoq muskulaturasining nomutanosib rivojlanishi xos. Teridagi distrofik o'zgarishlar (uning yupka tortishi, soch to'kilishi kabi) ham ko'pincha shu soxadagi qon aylanishining surunkali etishmovchiligi belgisidir. Tomir xastaliklarida teri rangining o'zgarishi (rangparlik, sianoz) diagnostika uchun qimmatlidir. Bu simptomlarning qaerda joylashganini nazarda tutish muxim. Shu tufayli bemorni to'liq, ko'zdan kechirish, gavda va qo'l oyoqlarining simmetrik qismlarini albatta taqqoslab qo'rish zarur.

3. Palpatsiya (paypaslab ko'rish) quyidagilarni aniqlash imkonini beradi: - gavda teri qismlaridagi xarorat o'zgarishiga baho berish va simmetrik segmentlar bo'yicha taqqoslash; - palpatsiyada ba'zi kasallik simptomini aniqlashga muvaffaq bo'linadi (masalan, arteriovenoz oqmada, sistolo-diastolik titrash, flebitlar borligi, aorta koarktatsiyasida

qovurg'alararo arteriyalar pulsatsiyasi va x. k.); - tomirlar holatiga baho berish imkonini beradi; - oyoq-qo'llarning simmetrik satxlaridagi arteriyalar pulsatsiyasi palpator aniqlanadi va taqqoslanadi; - muayyan holatda paypaslab ko'riladi. Qorin bo'shlig'ini paypaslab, qorin arteriyasi anevrizmasini aniqlash mumkin.

4. Perkussiya tomir kasalliklari diagnostikasida kam ahamiyatga ega. Biroq u ma'lum ma'lumot olish imkonini beradi: masalan, qorin aortasi anevrizmasi yorilganda, qorin pardasi orqasi gematomasini aniqlashda, ko'ks oralitada tomir dastasi chegaralarini aniqlashda yordam beradi.

5. Tekshiruvni auskultatsiyasiz o'tkazishni to'la qimmatli deb hisoblash mumkin emas. Auskultatsiyani o'tkazsa bo'ladigan hamma nuqtalarda o'tkazish zarur. Normada magistral arteriya tepasida puls zarbini eshitish mumkin. Torayganda yoki patologik kengayganda sistolik shovqin, qon arterial o'zandan venoz o'zanga tushganda sistolo-diastolik shovqin paydo bo'ladi. U yoki bu arteriyani qaerida auskultatsiya qilishni bilish zarur. Chunonchi, uyqu arteriyasi bifurkatsiya soxasida ichki uyqu arteriyasining boshlang'ich bo'limi bilan birga pastki jag' burchagi orasida eshitiladi. Imo-ishora muskuli orqasida umrov arteriyasidan shovqinlar eshitiladi, shu nuqtaning o'zida o'ng tomonda braxiotsefal stvoldagi shovqinlarni, o'mrov o'rtasidan 2 sm berida umurtqa arteriyasidan keladigan shovqinlarni aniqlash mumkin. Ikkinchi qovurg'alar orasida to'shdan o'ng tomonda yuqoriga ko'tariladigan aorta va aortal klapandan shovqinlar eshitiladi, to'shdan chap tomondan, uchinchi qovurg'alar orasida, yuqoriga ko'tariladigan aorta anevrizmali bemorlarda aorta klapani etishmovchiligida diastolik shovqin yaxshi eshitiladi. Pastga tushadigan ko'krak arteriyasidan va qorin aortasining proksimal bo'limidan stenotik shovqin qorinning o'rta chizig'i bo'ylab xanjarsimon o'siq ostida aniqlanadi. Qorin stvoli shovqini u bosilganda yoki stenozida xuddi shu nuqtada eshitiladi. Xanjarsimon o'siq bilan kindikning o'ng va chap tomoni o'rtasida pararektal chizik bo'ylab buyrak arteriyalari shovqinini eshitish mumkin. O'rta chiziq bo'ylab yuqoridan va kindik sathida qorin aortasi shovqinlari bo'ladi. Chov burmasi nuqtasida son arteriyasi shovqini eshitiladi. Taqim chuqurchasi o'rtasida shu nomdagi arteriya shovqini eshitiladi. Bemor shikoyatlari bo'lmaganda ham albatta tomirlarni eshitib qo'rish kerakligini ta'kidlab o'tamiz. Masalan, uyqu arteriyasi ustida

xarakterli shovqin eshivilishi, xatto klinik belgilari bo'lmaganda ham, uning stenozidan dalolat beradi. Gipertenziyalı bemorlarda aorta yoki buyrak arteriyalari ustidagi shovqin uning vazorenal genezi xaqida taxmin qilish imkonini beradi. Shunga ko'ra tomirlarni auskultatsiya qilish tomir kasalliklarini erta yaxshiroq diagnostika qilishga yordam beradi.

6. Arterial bosim hamma qo'l-oyoqlarda, zarurat bo'lganda va tik turgan holatda Valsalva sinamasi bilan aniqlanadi.

II. Tekshirishning umumiy statsionar bosqichi quyidagilarni o'z ichiga oladi: - laboratoriya ma'lumotlari analizi – qon, siydikning umumiy analizi, qon bioximiyasi va elektrolitlari, koagulogramma, Zimniskiy sinamasi, summar buyrak funksiyasi; - funksional tekshirish ma'lumotlari (EKG, FKG, ossillosfigmoreografiya), rentgenologik ma'lumotlar, nevrologik, oftalmologik status ma'lumotlari, qorin aortasi va uning tarmoqlarini fonoangiografik tekshirish.

III. Tekshirishning ixtisoslashgan statsionar tipi. Qorin aortasi va tarmoqlari zararlanishini aniqlash maqsadida laboratoriya tekshiruv metodlari qo'llaniladi. Ichak va hazm organlari absorbsion va sekretor funksiyasi to'g'risidagi axborotni bemor koprogrammasini tekshirib olish mumkin. Badbuy xidli, shilimshiq, neytral yog', mushak tolalari, biriktiruvchi to'qima miqdori ko'p, shakllanmagan axlat hazm organlarining sekretor va absorbsion funksiyasi buzilganidan darak beradi.

Endoskopik diagnostika usullari (gastroduodenoskopiya, kolonoskopiya). Bu usullar abdominal patologiyaning kelib chiqishinigina emas, balki me'daichak yo'lidagi o'sma va boshqa organik kasalliklarni istisno qilishni o'ziga maqsad qilib qo'yadi. Arterial ossillolografiya periferik arterial sistemani tekshirishning tarqalgan metodlaridan biri hisoblanadi. Metodning mohiyati manjetkadagi turli bosimda puls to'lqinlari kattaligini qayd qilishdan iborat, olingan egri chizik arteriyalar devorining cho'zilish amplitudasini aks ettiradi.

Sfigmografiya – arterial pulsni grafik qayd qilish metodikasidir. Bevosita yoki oddiy sfigmografiya arterial tomirning mazkur chegaralangan qismida yurak tsiklidagi o'zgarib turadigan bosim ta'siri ostida paydo bo'ladigan tomir deformatsiyasi darajasini xarakterlaydi. Oyoq-qo'llarning okklyuziyalovchi va stenozlovchi zararlanishlarida tomir devorining summar tebranishlarini qayd qiladigan hajmli sfigmografiyadan foydalanish

maqsadga muvofiq. Bu oyoq qo'lining tekshirilayotgan sathidagi kollateral va magistral qon ta'minoti haqida umumiy tasavvur beradi.

Pletizmografiya – organ yoki gavda qismi hajmining ular tomirlarining qon bilan to'liqligi o'zgarishi bilan bog'liq tebranishlarini qayd qilish usulidir. U periferik gemodinamikaning muxim ko'rsatkichi – maksimal arterial bosimni qayd qilishning volyumetrik usuli negizini tashkil qiladi.

Reovazografiya – periferik qon aylanishi holatiga baho beradigan usul sifatida keng tarqalgan. Metod tekshiriladigan soha orqali yuqori chastotali tok o'tkazish va kompleks elektr qarshiligini grafik qayd qilishga asoslangan, bu qarshilik to'qimaning qon bilan to'liqligiga bog'liq holda o'zgarib turadi. Tekshiriladigan qismning qon bilan to'liqligi oshishi elektr toki pasayishiga, qon bilan to'liqlikning kamayishi esa qarshilikning oshishiga olib keladi. Reovazografiya periferik va serebral hamda umumiy gemodinamikani o'rganishda ishlatiladi.

Angiotenziometriya – qon aylanishini o'rganishning 1952 yilda N.I. Arinkin taklif etgan kompleks usulidir. Pletizmo va sfigmografiya bu usulning asosini tashkil etadi. Bu usul bilan maksimal arterial bosim, venoz bosim, tomirlar tonusi, oyoq-qo'lining hajm-pulsga ta'luqli qon ta'minoti, qon oqimining hajm tezligi, yurakning sistolik hajmini tadqid qilish mumkin. Biroq metodikasi ko'p mehnat talab qiladi, apparatlari murakkab, shu tufayli metod klinikada keng qo'llanilmayapti.

Fonoangiografiya – qon oqimi buzilishlarida tomirlardagi shovqinlarni grafik qayd qilishdir. Shovqinlarni qayd qilish uchun maksimal shovqin proeksiyaga o'rnatiladigan oddiy fonokardiografik datchik ishlatiladi.

Kapillyaroskopiya – periferik tomirlarni vizual kuzatish usuli. Kapillyar qon aylanishi aksariyat kapillyarlar yaxshi ko'rinadigan timoq o'mida (soxasi) tekshiriladi. Teri elektr termometriyasi – teri xarorati arterial va kapillyar qon aylanishi holatini aks ettiradi, shuningdek chuqur joylashgan to'qimalardagi metabolik jarayonlar aktivligi to'g'risida ma'lumot beradi. Haroratni universal tibbiy elektr termometr EGU-m bilan o'lchanadi. Haroratni o'lchash diapazoni 16° dan 42°S gacha.

Ultratovushli dopplerografiya. Metod asosini Doppler effekti tashkil qiladi. Yaqinlashayotgan narsaning tovush chastotasi oshib, uzoqlashayotgan narsa tovushning chastotasi kamayishidan iborat. Uni periferik arterial sistemasining o'tkir va surunkali okklyuziyalarini

diagnostika qilish, arterial o'zaklar okklyuziyasida arterial bosimni aniqlash, tomirlardagi rekonstruktiv operatsiyalar vaqtida qon oqimini aniqlashda foydalaniladi. Doppler tekshiruvi atravmatik; tomirlar patologiyasida muxim o'rin tutadi. Uyqu va umurtqa arteriyalarini tekshirishdan tashqari, oyoq-qo'llardagi tsirkulyator buzilishlarni diagnostika qilishda katta imkoniyatlarga ega. U arteriografiyani to'ldirishi mumkin.

Pnevmoretoperitoneografiya – aorta va uning tarmoqlari va qorin pardasi orti bo'shlig'ining differensial diagnostikasida qo'llaniladi. Funktsional vena ichi urografiyasi – bunda kontrast modda yuborilgandan keyin 1, 3, 5, 10, 20, 30, 45, 60 minutdan keyin suratlar olinadi. Vaqt berayotganda kosacha-jomcha apparatining shakliga, deformatsiyasiga, ularning kontrastlanish tezligiga va kontrast moddaning chiqarilishiga ahamiyat beriladi. Buyrak arteriyasi bir tomonlama zararlanganda ekskretor urogrammada quyidagi belgilar bo'lishi mumkin: - bitta buyrakda ikkinchisiga qaraganda kontrast paydo bo'lishining kechikishi; - buyraklar o'lchamlari o'rtasidagi tafovut 1 sm dan ko'p; - uroografiya o'tkazilishining oxirida zararlangan buyrak kontrastlanishining paradoksal oshishi; - arteriyalarida okklyuziyasi bor bemorlarda normal retrograd pielogrammada buyrakning butunlay kontrastlanmasligi. Yod-gippuran-131 bilan radioizotop renografiya buyrakning 3 ta asosiy ko'rsatkichi: buyrakda qon oqimi, kanalcha epiteliysi sekresiyasi va siydik chikaruvchi yo'llar holati to'rtisida ma'lumot beradi.

Buyraklarni skanerlash – buyraklar asta-sekin singdirib chiqaradigan neogidrin 20 ishlatiladi. Skanogrammalar qator buyrak anomaliyalari: distoniya, gipoplaziya, polikistoz, nefroptoz, pielonefrit, buyrak arteriyalari stenoz, buyrak segmenti infarktida ayniqsa kerak. Buyrak arteriyasining magistral stenozida, odatda, chegaralari tekis buyrakda neogidrin aktivligi konsentratsiyasining kamayishi aniqlanadi. Buyrakning parenximatov zararlanishlarida neogidrin aktivligi turli bo'limlarda xar hil darajada pasaygan.

Seriotsintigrafiya. Oddiy statik skanerlashdan farqli ravishda bu usul yoki dinamik skanerlash yod-gippuran-131 izotopi bilan «Daynami», «Gammakamera» kabi yangi apparatlarda o'tkaziladi. Metod buyrakning holati, o'lchamlari, shaklini aniqlash bilan bir qatorda uning izotop singdirish darajasini ko'rsatib beradi.

Kontrast tekshirish metodlari. Tomirlardagi morfologik o'zgarishlarni inson hayot vaqtida tekshirishning asosiy usuli angiografiya turli kasalliklarda qo'llaniladi. Tomirlarni kontrast tekshirish xirurgik davo qilinadigan bemorlarda va boshqa usullar kasallikka diagnoz qo'yishga imkon bermagan hollarda qo'llanilishi kerak. Xozirgi vaqtda monelik qiladigan hollar doirasi birmuncha toraygan, angiografiya, masalan, miokard infarktida, ishemik insultda va xatto buyrak etishmovchiligida ham o'tkaziladi. Bemorlarning kontrast moddalarni ko'tara olmasligi angiografiya o'tkazishga monelik qiladigan hol hisoblanadi.

Klinik amaliyotga angiografik tekshiruv metodlarining joriy qilinishi angiologiya rivojida katta turtki bo'ldi. Bu tekshiruvdan keyin deyarli hamma savollarga javoblar olinadi, bemorni operatsiya qilish-qilmaslik masalasi hal qilinadi. Angiografiya o'tkazishda ehtimol, tutilgan asoratlarni yodda saqlash kerak. Hozir ixtisoslashgan bo'limlarda og'ir asoratlar 0,5-1,0% gacha uchraydi. Angiografiyaning quyidagi turlari bor.

Arteriografiya. Kontrast modda bevosita yaqin arteriyada yoki aortografiyada birmuncha olis qismlarda in'eksiya qilinishi mumkin. Teri orqali punksiyon arteriografiya qilish. Bu usul oyoq-qo'l tomirlarining diagnostikasida qo'llaniladi. Punksiyon arteriografiyadan son arteriyasi distal bo'limi zararlanganiga, taqim osti arteriyasi va boldir arteriyalari kasalliklariga shubxa bo'lganda foydalaniladi. Aorta ravog'i tarmoqlari zararlanganligini diagnostika qilish uchun ham punksiyon arteriografiyadan foydalanish mumkin. Umurtqa arteriyasini tekshirish uchun kontrast moddani qo'ltiq arteriyasini teri orqali punksiya qilish yo'li bilan qon oqimiga qarshi yuboriladi.

Aortografiya. Xozir uning quyidagi metodlari qo'llaniladi. Aortani turli satxlarda punksiya usuli bilan aortografiya qilish: - parasternal punksiya aortaning boshlangich bo'limlari va toj arteriyalarni kontrast tekshirish uchun qo'llaniladi; - retroplevral punksiya. Aorta pastki ko'krak bo'limini kontrast tekshirish uchun qo'llaniladi; - translyumbal punksiya. qorin aortasi va oyoq arteriyalari ateroskleroz, aorto-arterit yoki boshqa jarayon bilan zararlanganda ularni kontrastlash uchun 1929 yilda Dos Santos taklif etgan aortaning bevosita translyumbal punksiyasi qo'l keladi. Agar qorin aortasi visseral tarmoqlarini kontrastlash zarur bo'lsa, XII ko'krak umurtqasi satxida yuqori translyumbal aortografiya bilan aorta punksiyasi bajariladi.

Agar qorin aortasi bifurkatsiyasi va oyoq arteriyalarini kontrastlash vazifasi qo'yilgan bo'lsa, II bel umurtqasi pastki cheti sathida aortani pastki translyumbal punksiya qilishdan foydalaniladi. Katetemi periferik arteriya orqali o'tkazish metodi ham bor. Aortaga son, elka, bilak, umumiy uyqu va kindik arteriyasi orqali o'tkazish va zarur satxda o'rnatilishi mumkin.

Aortani Seldinger usulida teri orqali, son orqali kateterlash keng qo'llanilyapti. Son arteriyasini igna bilan punksiya qilinadi va u orqali tor ko'rinishidagi metall o'tkazgich kiritiladi. Igna chikariladi, o'tkazgich esa arteriya bo'shlig'ida qoldirilib, u orqali kateter kiritiladi. O'tkazgich chiqarilgandan keyin kateter aortaga yoki uning tarmoqlariga kiritiladi va aortografiya bajariladi. Son arteriyasi orqali zond kiritilganda yuqoriga ko'tiriladigan va ko'krak aortasi, aorta ravog'i tarmoqlari, qorin aortasi kontrastlanishi va visseral arteriyalar selektiv arteniografiya qilinishi mumkin. Selektiv angiografiya. Bunda kateter uchi (uchki bo'limi muayyan konfiguratsiyali maxsus kateter qo'llaniladi) qilinishi lozim bo'lgan tomirga kiritiladi, keyin kontrast modda in'eksiya qilinadi.

Koronarografiya – toj arteriyalarni kontrast tekshitish. Koronarografiyaga ko'rsatmalar: 1) tipik stenokardiya va boshdan kechirilgan miokard infarktining klinik manzarasi; 2) boshqa kasalliklar bilan izoxlash mumkin bo'lmagan atipik og'riq; 3) yurak klapan apparati patologiyasi bilan bog'liq, bo'lmagan yurak ritmi buzilishi; 4) miokardni bevosita revaskulyarizatsiya qilish operatsiyasidan keyin aylanma shuntlar o'tkazuvchanligini aniqlash; 5) infarkt oldi holati va o'tkir miokard infarkti rivojlanishining dastlabki soatlarida. Koronarografiyaga monelik qiladigan hollar: 1) isitma holatlari; 2) parenximatoz organlarning og'ir holati; 3) yurak ritmining og'ir buzilishlari; 4) miya qon ta'minotining o'tkir buzilishlari; 5) yod preparatlariga ortiqcha sezuvchanlik.

Aorta ravog'i okklyuzion kasalliklari

Takayasu sindromi degan nom ostida braxiotsefal arteriyalarni toraytiradigan yoki tutilib qolishini keltirib chiqaradigan va bosh miya hamda qo'llar ishemiyasiga olib keladigan har xil etiologiyali kasalliklar guruxi birlashtiriladi. Yapon oftalmologi Takayasu 1908 yilda yosh ayollarda ko'z to'rsimon pardasi arteriyasining zararlanishi va qo'lda puls yo'qligi bilan ta'riflanadigan tomirlar kasalligini tasvirladi. Adabiyotda bu sindrom kashfiyotchi sharafiga Takayasu deb ataldi. Bu patologiya

adabiyotda boshqa nomlar bilan ham yuritiladi, ulardan eng keng tarqalgani «aorta ravog'i sindromi», «puls yo'qligi kasalligi», «Martorelle sindromi», «yosh ayollar arteriiti», «Gigant xo'jayrali arterit», «Takayasu sindromi» va boshqalardir. Bu kasallikning anchagina tarqalganligi va prognozining yomonligi, miya insultiga va davolash usullariga oid qarashlarning qayta ko'rib chiqilishi munosabati bilan uning klinik ahamiyati etarlicha muximdir.

Ishemik insult paydo bo'ladigan bemorlarning taxminan yarmida bosh miyani ta'minlaydigan kalla suyagidan tashqaridagi arteriyalarda zararlanishlar bo'ladi. Aterosklerozda bosh miyaning ishemik zararlanishlari faqat arterial okklyuziyasi yoki stenozi sababli emas, balki serebral arteriyalarning aterosklerotik pilakchadan mikroemboliyasi natijasida ham rivojlanadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Braxiotsefal arteriyalar tutilib qolishni keltirib chiqaradigan etiologik omillar bir necha guruxlarga bo'linishi mumkin:

1. Arteriyalarning obliteratsiya qiladigan kasalliklari: - ateroskleroz, - nospesifik aorto-arteriit; - obliteratsiyalovchi trombangit; - chakka arteriiti.

2. Aorta ravog'i anevrizmalari braxiotsefal arteriyalarning ikkilamchi torayishi bilan: - aterosklerotik; - zaxmli; - qatlamlanadigan anevrizmalar.

3. Aorta ravog'i tarmoqlarining rivojlanish nuqsonlari: - arteriyalarning patologik egri-bugriligi, og'izning surilish nuqsonlari; - arteriyalarning patologik egri-bugriligi, qovuzloqlar hosil qilish va angulyatsiyasi; - aorta ravog'i tarmoklari nuqsonlari.

4. Arteriyalar kompressiyasining ekstravazal omillari. Ateroskleroz ishemik sindromning eng ko'p sababchisi hisoblanadi, bemorlarning taxminan 2/3 qismida aterosklerotik kelib chiqadigan braxiotsefal arteriyalarning zararlanishi bo'ladi.

Erkaklar ayollarga nisbatan 4 baravar ko'proq zararlanadi. Aterosklerozning muhim xususiyati shundaki, bosh miyaning kalla suyagidan tashqaridagi arteriyalarining zararlanishi intrakranial arteriyalarga qaraganda 5 marta ko'proq uchraydi. Uyqu arteriyasi bifurkatsiyasi va ichki uyqu arteriyasining boshlang'ich segmenti aterosklerotik pilakcha rivojlanadigan joy hisoblanadi. Ikkala uyqu arteriyasi bir xilda ko'p zararlanadi. Aksariyat patologik jarayonga o'mrov

osti arteriyalari ham Qo'shiladi, bunda chap arteriyasi o'ng arteriyasiga nisbatan 3 baravar qo'proq zararlanadi. Ko'pincha bemorlarda aorta ravog'i tarmoqlarining ko'p sonli zararlanishlari aniqlanadi.

Nospesifik aorto-arteriit braxiotsefal tomirlar zararlanishining sabablari orasida ikkinchi o'rinda turadi. Aorto-arteriit uchun stenozlangan qismning birmuncha uzunligi xos. Aorto-arteriitning taxminan 75% hillarida aorta ravog'i tarmoqlarining ko'p sonli zararlanishlari kuzatiladi. Bu kasallik bilan aksariyat 30-40 yoshdagi odamlar, qo'proq ayollar (4:1) kasallanadilar.

Braxiotsefal tomirlarning normal o'tkazuvchanligini buzadigan uchinchi sabab – ekstravazal kompressiya hisoblanadi. Umurtqa arteriyasi og'zi surilganda, buralganda yoki oldingi zinapoyasimon muskul bilan bosilganda (umurtqa arteriyasi anomal chiqqanda) umurtqa arteriyasi bo'ylab qon oqimi kamayishi mumkin. Umurtqa arteriyalarining suyak kanalida stenozlanishi bo'yin osteoxondrozi rivojlanganda, osteofitlar, o'smalar tomonidan bosilganda ro'y berishi mumkin.

Braxiotsefal arteriyalarning patologik egri-bugriligi arteriyaning uzayishi va keskin diviatsiyasi, shu joylarda buralish va o'tkazuvchanlik buzilishi sodir bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Qon oqimi izdan chiqishiga olib keladigan boshqa kasalliklar orasida kamdan-kam uchraydigan zaxm arteriitini qayd qilib o'tish kerak. Miya qon aylanishining buzilishlari yuqori arterial gipertenziya fonida rivojlana oladigan ichki uyqu arteriyasi anevrizmasiga bog'liq bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Bu kasallikning klinik belgilari muayyan arteriyadagi okklyuziyaning joylashuviga va xarakteriga, izdan chiqqan magistral qon oqimining kompensatsiyasi bosqichiga bog'liq. Kasallikning patologik jarayonning topikasini va xarakterini aks ettiradigan klinik formalari (simptomlari) davolash usulini tanlashga imkon beradigan diaqnozning zamonaviy turi xisoblanadi.

1. *O'mrov osti sindromi* – asosiy tarmoqlari chiqqandan keyin o'mrov osti arteriyasining eng distal qismidagi okklyuziya. Takayasu sindromida o'mrov osti arteriyasi bo'ylab qon oqimi deyarli 6% hollarda zarar ko'radi (B. V. Petrovskiy muallifdoshlari bilan). Ko'pchilik bemorlarda o'mrov osti sindromining etiologik omili arteriit, qolgan hollarda ekstravazal omillar, Qo'shimcha bo'yin qovurg'alari va oldingi zina poyasimon mushak

sindromi hisoblanadi. Bu sindromning mohiyati qo'l ishemiyasidir. Ishemiya darajasi kollateral qon aylanishi imkoniyatlari bilan belgilanadi. Dekompensatsiyalangan bosqich qo'l panjasi va bilakda ikkinchi – distal blok bo'lganda uchaydi, xolos.

2. *Umurtqa sindromi* – umurtqa arteriyasining ekstravazal bo'limida qon oqimining buzilishi va shu sababli miya tomirlarida etishmovchilik paydo bo'lishidir. Umurtqa sindromi alohida ko'rinishda qariyb 17% hollarda uchraydi. Umurtqa arteriyasining ekstrakranial bo'limida qon oqimi buzilishi uchta sathda – og'iz sohasida, suyak kanalida, kalla suyagiga kirishdagi gorizontaal qismda ro'y berishi mumkin. Qon oqimi buzilishiga ateroskleroz (70%), ekstravazal omillar va rivojlanish nuqsonlari sabab bo'lishi mumkin. Sindromning klinik belgilari bosh miya yarimsharlarining stvoli, ensa bo'laklari va ichki miya ishemiyasiga bog'liq bo'ladi.

3. *O'mrov osti-umurtqa sindromi*. O'mrov osti arteriyasi bloki shunday joylashadiki, qon oqimidan o'mrov osti arteriyasi ham, umurtqa arteriyasi ham ajralib qoladi. Ana shunga o'mrov osti-umurtqa sindromi deyiladi. Umurtqa arteriyasida qon oqimining aynishi sodir bo'ladi – qon oqimi miyadan qo'lga teskari yo'nalishda oqadi, chunki o'mrov osti arteriyasi sistemasidagi bosim Villiziy doirasidagiga qaraganda past bo'ladi. Bu fenomen adabiyotda «subclavian steal syndrome» – o'mrov ostida qon o'g'irlanish sindromi degan nom olgan bo'lib, uni 1960 yilda Contorni birinchi marta tasvirlagan. Elka kamari va ko'l ishemiyasining klinik ko'rinishi bu soxalarda kollateral qon aylanishi rivojlanganligidan va still-sindrom hisobiga odatda og'ir bo'lmaydi. Bemorlar ish vaqtida qo'llarining tez toliqib qolishidan, ularning uvishishi va sovqotishidan, barmoqlar va panjaning muzday bo'lishidan noliydilar, qo'l muskullari atrofiyaga uchraydi, qo'lda og'riq bo'ladi. Stillsindrom rivojlanishi vertebrobazillyar sistemada qon aylanishi etishmovchiligiga olib keladi, bu umrov osti-umurtqa sindromida ustunlik qiladigan belgi hisoblanadi.

4. *Uyqu arteriyalari sindromi* – shu tomirlar proksimal bo'limlarida qon oqimining buzilishidir. Umumiy uyqu arteriyasi bifurkatsiya sohasida undan pastki qismga nisbatan qo'proq zararlanadi. Ichki uyqu arteriyasini stenozga yoki okklyuziyaga olib keladigan asosiy etiologik omil ateroskleroz sanaladi. Uyqu arteriyasi sindromining klinikasi bosh miya katta yarimsharlari va ko'z soqqalari ishemiyasi bilan belgilanadi. Bemorlar

bosh og'rihi, bosh aylanishi, xotira pasayishi, zararlangan tomonda ko'z ko'rmay qolishi, ba'zan xushdan ketishdan shikoyat qiladilar.

5. *Nomsiz arteriya sindromi* – nomsiz arteriyada qon aylanishining buzilishi. Bu o'zining turli-tuman klinik manzarasiga ko'ra braxiotsefal arteriyalar patologiyasidir. U go'yo bundan oldingi hamma sindromlarni o'ziga jamlab oladi va ayni vaqtda bu simptomlar ulardan mutlaqo farq qiladi. Nomsiz arteriya sindromining ko'rinishi bosh miyaning karotid tipi bo'yicha hamda vertebrobasillyar tip bo'yicha ishemiyasidan, o'ng qo'ldagi arterial etishmovchilik va o'ng ko'z ko'ruv qobiliyati buzilishidan tashkil topadi. Kollateral qon aylanishining katta imkoniyatlariga qaramay, nomsiz stvol okklyuziyasi g'oyat xavfli ofat – patologiya sanaladi va serebral buzilishlar bunday bemorlarning amalda hammasida ertami-kechmi yuz beradi.

6. *Qo'shma formalari* – aorta ravog'i tarmoqlarining ko'p sonli zararlanishlari bir-biri bilan turlicha Qo'shib kelib, 17-18% xollarda uchraydi (I. A. Belichenko, 1970). Bu, aftidan, braxiotsefal tomirlarning dastlabki aloxida ko'pgina zararlanishlarining nihoyasi hisoblanadi. Bu guruxda kasallikning eng uzoq davomlilik 4-5 yil bo'lishi bejiz emas. Klinik ko'rinishlari har bir ayrim holda g'oyat o'ziga xos va zararlangan arteriyalar soniga hamda okklyuziya darajasiga bog'liq. Umurtqa va karotid sindromlarning karotid va umrov osti-umurtqa sindromlarining birga kelishi kuzatiladi. Nihoyat, hamma ma'lum sindromlar birga uchrashi mumkin.

A. V. Pokrovskiy miyada qon aylanishi buzilishining quyidagi guruxlarini tafovut qiladi:

1. Simptomsiz okklyuziyalar – 23,6%.
2. Miya qon aylanishining tranzitor ishemiya xurujlari bilan o'tadigan ko'chma buzilishlari – 40,5%.
3. Distsirkulyator ensefalopatiya – 11%. 4. Ishemik insultlar va ularning qoldik hodisalari – 25%.

Diagnostikasi. Takayasu sindromi bo'lgan bemorlarda o'tkaziladigan diagnostik tadbirlar yig'indisini shartli ravishda uchta bosqichga bo'lish mumkin:

I. Umumiy klinik tekshirishlar bosqichi: so'rab-surishtirish va kasallikning anamnezini yig'ish, bemorni ko'zdan kechirish, aorta ravog'i tarmoqlarining holatini, shuningdek yuza joylashgan magistral arteriyalarni

palpator va auskultativ aniqlash. Arterial bosim ikkala qo'l va ikkala oyoqda aniqlanadi.

II. Tekshirishning ixtisoslashgan statsionar bosqichi: - laboratoriya tekshirish usullari; - funksional tekshirish usullari; - nefrologik tekshirish; - oftalmologik tekshirish; - otonevrologik tekshirish; - rentgen kontrast tekshirish (aortografiya yoki selektiv angiografiya).

III. Tekshirishning intraoperatsion bosqichi: aorta ravog'i braxiotsefal tarmoqlar taftishi, elektromagnit floumetriya, intraoperatsion angiografiya. Braxiotsefal arteriyalari zararlangan bemorlar uchun nevrologik, oftalmologik va otonevrologik xarakterdagi shikoyatlarning bir qanchasi xosdir.

Ko'zdan kechirish to'g'ri diagnoz qo'yish uchun hech qanday yo'l-yo'riqlar ko'rsata olmaydi. Paypaslab ko'rish chakka, uyqu, elka va bilak arteriyalaridagi pulsatsiyaning o'zgarishlarini aniqlab beradi. Umumiy uyqu va nomsiz arteriyalar okklyuziyasida zararlangan tomondagi na uyqu, na chakka arteriyalarining pulsatsiyasi, tabiiyki, aniqlanmaydi. Biroq ichki uyqu arteriyasi okklyuziyasida va uning stenozida bifurkatsiya soxasida chakka arteriyasining pulsatsiyasi (urib turishi) xatto kuchaygan bo'lishi mumkin, chunki butun qon oqimi tashqi uyqu arteriyasiga yo'naladi.

Arterial bosimni o'lchashni hamma qo'l va oyoqlarda olib borish kerak. O'mrov osti arteriyasi zararlanganda sistolik arterial bosim simob ustuni xisobida 80-90 mm gacha, puls bosimi simob ustuni xisobida 19-30 mm gacha pasayadi.

Auskultatsiya braxiotsefal tomirlar kasalliklarining birlamchi diagnostikasida asosiy ahamiyat kasb etadi. Bifurkatsiya va ichki uyqu arteriyasi stenozida pastki jag' burchagidagi sistolik shovqin bemorlarning 75 foizida eshitiladi.

Qonni laboratoriyada tekshirish natijalari quyidagicha bo'lishi mumkin: - qon elementlari (o'rtacha gipoxrom kamqonlik, o'rtracha leykotsitoz, eritrotsitlarning cho'kish tezligi tezlashgan); - plazma oksillari (gipoalbuminemiya, globulin fraksiyalari, shuningdek fibrinogen oshishi); - immunologik reaksiyalar (musbat aktinuklear omil, Vasserman soxta musbat reaksiyasi).

Funksional tekshirish usullari. O'mrov osti arteriyasi okklyuziyasida reovazogrammalar balandligi asimmetriyasi va to'lqinlari xarakteri va

qo'lning xajmiy sfigmogrammalari hamavaqt bor. Uyqu va nomsiz arteriyalar zararlanganini diagnostika qilishda uyqu va yuza chakka arteriyalarini sfigmografiya qilish katta yordam beradi. Okklyuziyada egri chizik to'lqinlari pasayadi va shakli o'zgaradi. Reoensefalografiya katta yordam beradi, u uyqu arteriyasi bir tomonlama zararlanganda miya qon ta'minotining yarimsharlararo asimmetriyasi belgilarini aniqlaydi, hamma braxiotsefal tarmoqlar okklyuziyasida esa hamma usullarda reogramma to'lqinlarining keskin pasayishini qayd qiladi. Braxiotsefal tomirlarning birlamchi diagnostikasida infraqizil spektrdagi termografiya qo'llaniladi. $0,6^{\circ}\text{C}$ dan yuqori termoasimmetriya patologik deb hisoblanadi. So'nggi yillarda qon oqimini ultratovush bilan tekshirish usullari keng tarqaldi. Ultratovushli datchik doppler effekti prinsipida faqat arteriya pulsatsiyasini emas, balki undagi qon oqimi yo'nalishi va tezligini ham aniqlasa bo'ladi.

Nevrologik tekshirishlar. Bosh miya ishemiyasining nevrologik alomatlari qaysi tomir xavzasi zarar ko'rganiga, arteriyaning okklyuziya darajasi va rivojlanish sur'atiga, shuningdek, kollateral qon aylanishining qanchalik muvofiqligiga bog'liq. Shu munosabat bilan miya qon aylanishi etishmovchiligini karotid, vertebrobazillyar va birga uchraydigan karotidbazillyar tipi bo'yicha farq qilish zarur. Nevrologik simptomatikaning o'zi esa intermitirlaydigan yoki barqaror, doimiy xarakterda bo'lishi mumkin. Bosh og'rig'i – bosimning magistral arteriyalari okklyuziyasi bo'lgan bemorlarda qayd qilinadi. U taxminan bemorlarning 80 foizida bo'ladi. Og'riq aksariyat chakka soxasida, ba'zan boshning u yoki bu yarmida yoki tutash bo'ladi. Bosh aylanishi uchrashi jixatidan ikkinchi nevrologik simptom, bemorlarning kam deganda 35 foizida uchraydi. Bu simptom vestibulyar apparat funksiyasi buzilishi va uning uzunasiga ketgan orqa dastasi sistemasi bo'yicha quyida joylashgan bo'limlari bilan aloqasiga bog'liq. Qisqa muddatga xushdan ketish hodisasi kam deganda 5% hollarda uchraydi, ular, aftidan, bosh miya to'rsimon formatsiyasining ishemiyasi bilan bog'liq bo'lsa kerak. Giperkinetik va amniostatik sindrom miyacha va o'zak qobiq osti tugunlari og'ir va uzoq muddatga ishemiya bo'lgan bemorlarda uchraydi. Talvasalar va epilepsiyasimon tutqanoqlar ahyon-ahyonda kuzatiladi. Bu holatlarning tabiati aniqlanmagan. Po'stloqqa taalluqli ko'rish qobiliyati buzilishlari. Bu guruxga bosh miya yarimsharlarida, asosan ensa bo'laklarida qon aylanishi

etishmasligi natijasida yuzaga keladigan ko'rishning turli-tuman buzilishlari kiradi. Ko'rishning bunday buzilishlari 17% ni tashkil etadi.

Harakat buzilishlari – kasallikning eng ravshan va og'ir belgilaridan xisoblanadi. Nevrologik buzilishlar bu formasining umumiy protsenti 13,3% ni tashkil etadi (A.V. Pokrovskiy bo'yicha). Nutq buzilishlari bemorlarning deyarli 11 foizida uchraydi. Ular ishemik uchoqda joylashuvi bo'yicha turli-tuman ko'rinishga ega bo'ladi. Nistagm – birmuncha ko'p uchraydigan nevrologik simptomlardan biri xisoblanadi. Vertebro-bazillyar sistemasida qon oqimi buzilgan bemorlardagina kuzatiladi. Ko'z harakatining buzilishlari nistagm singari uchraydi. Unda ko'z soqqalari harakati o'zgaradi, konvergensiya va akkomodatsiya reaksiyalari buziladi. Miyachadan bo'ladigan simptomlar – asinergiya, dizmetriya, mushaklar distoniyasi bemorlarning taxminan 8 foizida uchraydi (B.V. Petrovskiy muallifdoshlari bilan). Yutish va fonatsiyaning buzilishlari (disfagiya, dizartriya) 6-7% xollarda kuzatiladi. Sezuvchanlikning buzilishlari parez bo'lgan tomonda bemorlarning 15 foizida kuzatiladi.

Vegetativ buzilishlar – ko'ngil aynishi, qayt qilish, rangparlik, bradikardiya, ter ajralishining buzilishi kamroq uchraydi.

Aorta ravog'i tarmoqlari okklyuziyasida oftalmologik simptomatika butun ko'ruv analizatorining ishemiyasidan vujudga keladi. Bunda quyidagi usullardan foydalaniladi: Periferik ko'ruv retseptori holatini o'rganish – oftalmoskopiya – ko'ruv nervi o'tkirligini tekshirish quyidagi testlar bo'yicha o'tkaziladi: - ko'rish o'tkirligi; - perimetriya (ko'ruv maydonini aniqlash); - rangli perimetriya; - yorug'lik sezuvchanlikni aniqlash; - to'r parda markaziy arteriyasini bosish; - oftalmotonus va ko'z ichidagi suyukliq almashinuvi.

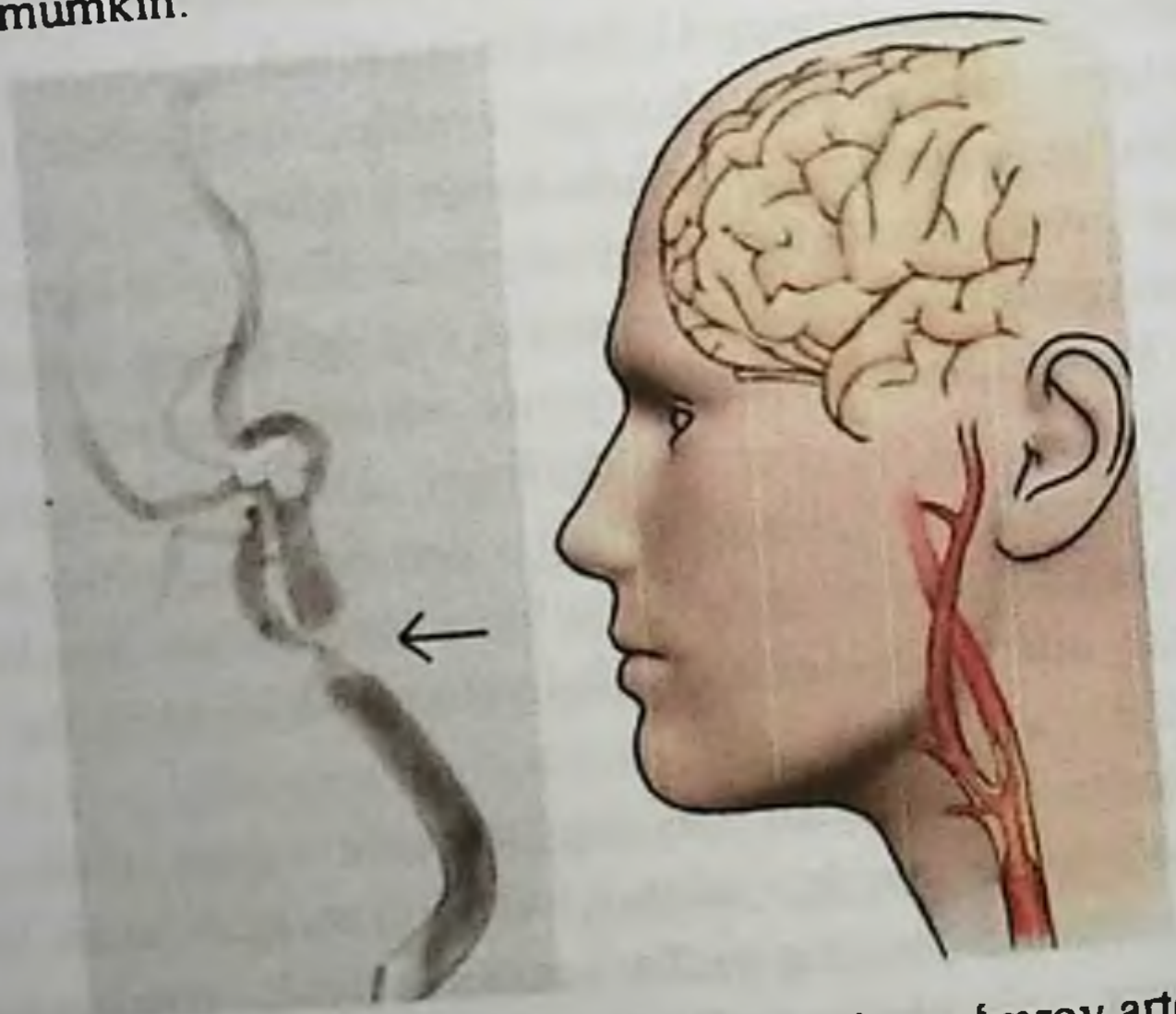
Otonevrologik tekshirish quyidagilarni o'z ichiga oladi: - LOR organlarini ko'zdan kechirish; - eshituv, vestibulyar, ta'm bilish, hid bilish funksiyasini aniqlash; - maxsus usullar (audiometriya); - maxsus sinamalar (kalorik sinama, miyachaga taalluqli ayrim sinamalar). Otonevrologik simptomatika LOR organlari va ularning funksiyalari ta'm, hid bilish, otokinetik retsepsiya) holatini aks ettirib, boshning xronik ishemiyasi sharoitlarida va aorta ravog'i tarmoqlari okklyuzion zararlanishining umumiy semiotikasida muhim o'rin egallaydi.

Braxiotsefal tarmoqlari zararlangan bemorlarni tekshirish vaqtida boshqa tomir xavzalarining birgalikda zararlanish simptomlariga (toj arteriyalar, qorin aortasining visseral tarmoqlari, oyoq, arteriyalari) ahamiyat berish zarur.

Tekshirishning rentgen kontrast usullari. Hozirgi vaqtda braxiotsefal arteriyalarni rentgen kontrast tekshirishning quyidagi usullari qo'llanadi:

1. Kateterizatsion ko'krak aortografiyasi. Aortaning hamma bo'limlari, jumladan uning ravog'ini ham kateterlash 1953 yilda shved olimi Seldinger taklif qilgan metodika bo'yicha hozir hamma joyda amalga oshirilayapti.

2. Selektiv aortoarteriografiya. Aorta ravog'ida kateter borligi uni aortaning tarmoqlaridan biri og'ziga kiritib, so'ngra uni kontrastlash, ya'ni selektiv arteriografiya qilishga imkon beradi. Shunday bo'lishiga qaramay, selektiv aortoarteriografiya uchun ko'rsatmalar chegaralangan hollardagina o'tkazilishi mumkin.



274 – rasm. Uyqu arteriyalari stenozi va o'mrov arteriyalari okklyuziyasi.

Rentgen kontrast tekshirishdan keyingina braxiotsefal tomirlarning klinik zararlanishlarini aniqlash va xirurgik taktika to'g'risidagi masalani hal qilish mumkinligini qayd qilib o'tmok darkor.

Davolash. Operatsiyaga ko'rsatmalar:

1. Nomsiz arteriyaning umurtqa, o'mrov osti-umurtqa karotid sindromida kompensatsiya va subkompensatsiya bosqichida ateroskleroz va arteriit zaminida segmentar okklyuziyasi.

2. Ekstravazal zararlanishlar, patologik egri-bugnilik va nuqsonlarning hamma klinik formalarida kompensatsiya va subkompensatsiya bosqichida.

3. Og'riq sindromi bo'lgan aniq, yuzaga chiqqan qo'l ishemiyasida va trofik buzilishlari bo'lgan o'mrov osti sindromida.

4. Qo'shma (kombinatsiya qilingan) formalarida, kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan bosqichlarida bosh magistral arteriyalaridan birida qon oqimini yaxshilash uchun.

Operatsiya qilishga monelik qiladigan hollar:

1. Kasallikning angiospastik formalari.

2. Kompensatsiyalangan bosqichdagi o'mrov osti sindromi qo'l ishemiyasining aniq yuzaga chiqqan belgilari bo'lmaganda.

3. Kasallikning dekompensatsiyalangan bosqichlari.

4. Inkurabel holat.

Braxiotsefal arteriyalarning okklyuzion zararlanishlarida operatsiyani tanlash:

1. Uyqu, umurtqa, o'mrov osti va nomsiz arteriyalaridagi stenozlar, trombozlar va patologik egri-bugniliklardagi rekonstruktiv operatsiyalar: - arteriyaning zararlangan qismini anastomoz bilan oxiridan-oxiriga rezeksiya yoki nuqsonni alloprotez bilan almashtirish; - endarterektomiya va alloplastika bilan yoki busiz; - yuqoriga ko'tariladigan aortadan o'mrov osti, uyqu, nomsiz arteriyalarga alloprotez bilan chetlab o'tib (aylanib) shuntlash; - arteriyalami, jumladan ekstratorakal arteriyalami bir joydan ikkinchisiga ko'chirish operatsiyalari.

2. Ekstravazal kompressiyani bartaraf qiladigan operatsiyalar: - qovurg'a rezeksiyasi (buyin qovurg'asi yoki yuqorida joylashgan I qovurg'a); - skalenotomiya va o'mrov osti va kichik ko'krak mushagini qirqish; - arterioliz.

3. Simpatik va adrenal sistemalardagi operatsiyalar: - yuqori buyin simpatektomiyasi (C1-C2). - stollektomiya (C7), - ko'krak simpatektomiyasi (Th2-Th3), - periarterial simpatektomiya, - epinefrektomiya (bir yoki ikki tomonlama).

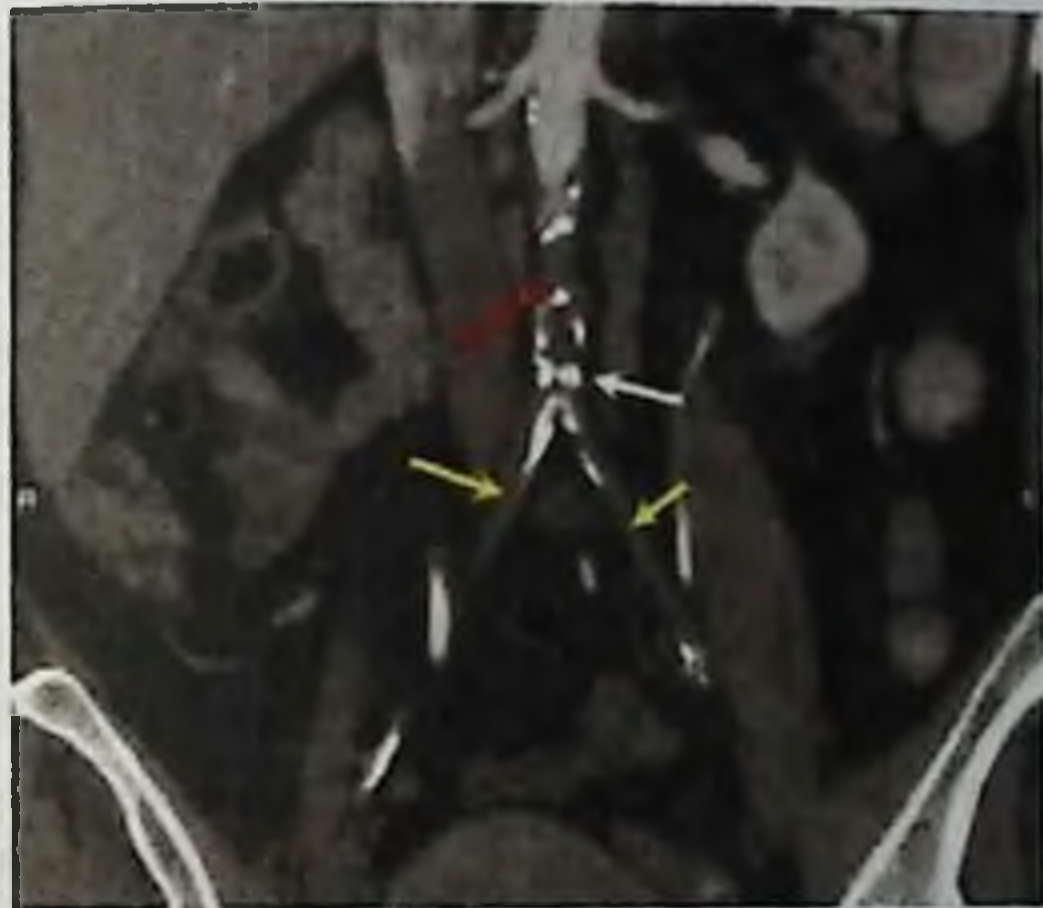
Takayasu sindromida muvaffaqiyatli chiqqan birinchi rekonstruktiv operatsiyani – ichki uyqu arteriyasidan endarterektomiyani 1953 yilda De Beki o‘tkazgan. Bajarilgan operatsiyaning ko‘rinishi mavjud patologiyaga bog‘liq A. V. Pokrovskiy fikricha, ichki uyqu arteriyasining keskin stenozida yoki okklyuziyasida tashqi arteriya tarmoqlari orqali qon oqimi bosh miyani qon bilan ta‘minlash uchun amaliy ahamiyatga ega. Umumiy uyqu arteriyalari nospesifik aorto-arteriit bilan zararlanganda tanlanadigan operatsiya rezeksiya qilib protezlashdir. Ikkala uyqu arteriyasi okklyuzion zararlanganda bir vaqtning o‘zida bifurkatsiyani protezlashi bajarish mumkin. Braxiotsefal tomirlardagi rekonstruktiv operatsiyalardan keyin o‘lim darajasi operatsiyaga ko‘rsatmalarning to‘g‘ri aniqlanganiga, aralashuv lokalizatsiyasining, xirurg tajribasiga bog‘liq va 1 dan 4% gacha hollarni tashkil etadi. A. V. Pokrovskiyning ma‘lumotlariga ko‘ra elka-bog‘stvoli rekonstruksiyasida qon oqimini hamma bemorlarda tiklashga muvaffaq bo‘linadi. Davolash fizkulturasi, massaj, dori-darmonlar bilan davolash mehnat qobiliyatining tezroq tiklanishiga imkon beradi.

Lerish sindromi

«Lerish sindromi» atamasi klinik amaliyotda qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalarning stenozlaydigan va okklyuziya qiladigan zararlanishlari natijasidagi buzilishlar yig‘indisini ifodalashda ishlatiladi. Bu sindrom klinik manzarasini birinchi marta 1923 yilda fransuz xirurgi Rene Lerish batafsil tasvirlagan. Bu kasallik patologik anatomik tekshirishlarda 0,14% xollarda uchraydi (Felson, 1954). Bemorlarning taxminan 25 foizida konservativ davolash ikkala oyoqni amputatsiya qilish bilan tugallanadi. Umr ko‘rish va oyoq holati prognozi jiddiy: kasallikning dastlabki simptomlari paydo bo‘lgandan 8 yil o‘tgach, bemorlarning uchdan bir qismi nobud bo‘ladi, bunda ularning yarmida gangrena sababli oyoqlari amputatsiya qilinadi, uchdan ikki qismidan amputatsiya birmuncha keyingi davrda qilinadi, qolgan uchdan bir qismida oyoq holati yomonlashib boradi.

Etiologiyasi. Qorin aortasi va yonbosh arteriyalarining stenozlaydigan zararlanishlari tug‘ma va orttirilgan kasalliklardan yuz berishi mumkin. Tug‘ma kasalliklarga aorta qorin bo‘limi gipoplaziyasi yoki atreziasini kiritish lozim. Kasallik ham yallig‘lanish bo‘lmaydigan, ham orttirilgan yallig‘lanish kasalliklaridan kelib chiqishi ehtimol. Aortaning yallig‘lanishga aloqador bo‘lmagan kasalliklari orasida ateroskleroz ko‘p

uchraydi (70-85%). Aortaning yallig'lanish kasalliklari orasida uning stenoziga – zaxm aortiti, infeksiyon arteriitlarning boshqa turlari, shuningdek nospesifik aorto-arteriit sabab bo'lishi mumkin. Qorin aortasining okklyuziyalovchi kasalliklari klassifikatsiyasi jarayonning joylashuvi va turini hamda ishemiya manzarasining qandayligini hisobga olgan holda etiologik prinsip bo'yicha tuziladi. Etiologiyasi bo'yicha qorin aortasi zararlanishi orttirilgan (ateroskleroz, nospesifik aorto-arteriit, endarteriit, postembolik okklyuziya, shikast oqibatlar va b.) va tug'ma (gipoplaziya, aplaziya, fibroz-mushak displaziyasi) turlarga bo'linadi.



275 – rasm. Oyoqlar arteriyalarining aterosklerozda zararlanishini uchrashi.

Qorin aortasining stenotik zararlanishi yonbosh arteriyalarning bir yoki ikki tomonlama zararlanishi bilan o'tishi mumkin. So'nggi xili tipik Lerish sindromi hisoblanadi. Arteriyalarning zararlanish darajasi (stenoz yoki okklyuziya) va distal tomir o'zani holati, xususan son-taqim zonasida okklyuziya borligi va boldir arteriyalari okklyuziyalari borligini aniqlash muhim.

Son arteriyalari okklyuziyasida asosiy kollateral sifatidagi son chuqur arteriyasining o'tkazuvchanligi muhim ahamiyatga ega. Ishemik sindromning yuzaga chiqqanligiga ko'ra kasallikning 4 bosqichi farq qilinadi.

I bosqichda oyoqda og'riq, zo'r jismoniy harakatda, masalan, 1 km dan ko'p masofa bosib o'tilganda paydo bo'ladi.

Ishemiyaning II bosqichida og'riq, kamroq yo'l yurilganda vujudga keladi. 200 metrlik masofa shartli mezon qilib olingan. Agar bemor odatdagicha odimlab 200 m dan ortiq masofani og'riqsiz bosib o'tsa, uning holatini ishemiyaning II «A» bosqichi sifatida belgilaydilar. Agar normal odimlashda 200 m yurilmasdan og'riq paydo bo'lsa, bu – ishemiyaning II «B» bosqichi hisoblanadi.

Tinch turilganda yoki 25 m dan kam yurilganda og'riq tursa, bu – ishemiyaning III bosqichi sifatida qaraladi.

Ishemiyaning IV bosqichi to'qimalarning yara-nekrotik o'zgarishlarga uchrashi bilan ta'riflanadi.

Klinikasi. Arterial o'zagining aorta-yonbosh segmenti zararlanganda oyoq ishemiyasi klinik manzarasi rivojlanishiga faqat 3 ta omil sabab bo'lishi mumkin: 1) aorta ateromatoz pilakchalari yaraga uchrab, distal o'zanning ateromatoz emboliyasi; 2) terminal aorta va umumiy yonbosh arteriyalarining trombozi; 3) oyoqlar distal bo'limlari (son va taqim osti segmentlari) birgalikda aterosklerotik zararlanishi. Xuddi shu «ko'p qavatli» aterosklerotik zararlanish zo'riqish ishemiyasi manzarasi, so'ngra tinchlikdagi oyoq ishemiyasi avj olishiga olib keladi. Bu jarayon oyoqlarning ro'yrost trofik o'zgarishlari bilan, gangrena rivojlanishi bilan tugallanadi. Oyoqlarning klinik yuzaga chiqadigan ishemiyasi qorin aortasi terminal bo'limining to'liq okklyuziyasida yoki aortayonbosh segment stenozida paydo bo'ladi. Qorin aortasi stenozlovchi zararlanishlarining klinik manzarasi joylashgan o'rniga, uzunligiga, kollateral qon aylanishi avj olishiga va kasallikning qachon boshlanganiga bog'liq va chanoq organlari, dumba va oyoq muskullarida ishemiya avj olishi bilan aloqador bo'ladi. Bemorlar yurganda birinchi galda boldir muskullaridagi og'riqdan noliydilar. Og'riq tekis joydan yurganda to'satdan paydo bo'ladi va tez o'tib ketmaydi. Bemor to'xtab qolishga majbur bo'ladi. Toqqa ko'tirilganda yoki zinapoyadan chiqilganda og'riq tezrok paydo bo'ladi. Qorin aortasi zararlangan bemorlarning amalda qariyb 90 foizi oqsoqlanib qolganliklari sababli vrachga murojaat qiladilar.

Aorta okklyuziyalarida ishemik og'riqlar asosan dumba muskullarida, boldir va son muskullarida (aksariyat orqa va lateral satxi bo'ylab) xarakat

vaqtida paydo bo'лади. Erta bosqichda oqsoqlanishning bu tun dumbalar soxasida va sonlarning orqa yuzasida tortishish ko'rinishidagi og'riq sezgilari yuzaga kelishidan iborat bo'лади. Vrachlar ko'pincha buni bel-dumgaza radikuliti yoki kuymich nervi yallig'lanishi deb hisoblaydilar. Ayrim bemorlar chanoq tubi mushaklarining arterial etishmovchiligi simptomlarini – sfinkterdan bo'ladigan oqsoqlikni qayd qiladilar. Bemorlar odimlashdagi og'riqdan tashqari oyoq uvishishi, sovqotishini qayd qiladilar. Bundan tashqari, oyoqlardagi tuklar to'kilib, oyoq barmoqlaridagi timoqlar sekin o'sadi. Qorin aortasi okklyuziyalovchi kasalliklarining ikkinchi klassik simptomi jinsiy ojizlik hisoblanadi. Qorin aortasi okklyuziyasida bu simptom 53,7% bemorlarda aniqlanadi. Jinsiy maylsizlik kelib chiqishida chanoq organi ishemiyasi bilan birga surunkali arterial spinal etishmovchilik muhim o'rin tutadi. Ko'zdan kechirilganda oyoq mushaklarining oz-moz gipotrofikligi ma'lum bo'лади. Bemorlarning yarmida teri katlamlari, ayniksa oyoq panjasining ranggi o'zgargan – sianoz, shish va giperemiya bo'лади. Paypaslab ko'rish panjalarning ikkala arteriyalarida (panjaning orqa arteriyasi va orqa katta boldir arteriyasi) pulsatsiya yo'qligini topishga yordam beradi. Odatda taqim osti arteriyasida ham pulsatsiya bo'lmaydi. Qo'proq zararlangan tomondagi son arteriyasida ham odatda pulsatsiya bo'lmaydi. Ayni vaqti – boshqa periferik arteriyalarning pulsatsiyasini ham aniqlash shart. Auskultatsiya qorin aortasi zararlanishining eng muhim diagnostik belgisi – sistolik shovqinni topishga imkon beradi, u qo'proq son arteriyalari ustida eshitiladi. Bemorlarning deyarli uchdan bir qismida sistolik shovqin qorin aortasining naqt tepasida aniqlanadi. Bu shovqin aksariyat stenozlangan tomir ustida eshitiladi, okklyuziyalangan arteriya ustida u bo'lmasligi mumkin. Qorin aortasi zararlanganda oyoqlardagi arterial bosim aniqlanmaydi yoki keskin pasaygan bo'лади. Bemor qorni bosib yotganida arterial bosimni aniqlash uchun manjetkani soniga qo'yiladi va stetoskop bilan taqim osti arteriyasi eshitib ko'riladi.

Diagnostika. Tekshirishning instrumental usullari oyoqlardagi qon oqimi buzilishlari xarakterini aniqlashga imkon beradi. Ultratovush bilan o'tkaziladigan usullar g'oyat oddiy. Chunonchi, doppler effektida ishlayotgan ultratovush datchigi oyoq magistral arteriyalari o'tkazuvchanligini va arterial bosimni aniqlashga yordam beradi.

Reovazografiya, pletizmografiya, hajmli sfigmografiya va boshqalar oyoqlarda magistral qon oqimi pasayganini qayd qilish, ultratovush to'liqining kechikishini aniqlab berishi mumkin. Hajmli sfigmografiya va reovazografiyani qayd qilishda distal o'zan funksional holatiga baho berish uchun nitroglitserin bilan sinamaga katta ahamiyat beriladi.

Punksion polyarografiya odatda to'qimalarda kislorodning anchagina pasayishini aniqlaydi. Biroq bu usullarning hammasi oyoqdagi qon aylanishini miqdoriga qaraganda qo'proq sifat holatini xarakterlaydi. Mushakdagi qon oqimini izotop usulida miqdoriy aniqlash – oyoqdagi qon aylanishini xarakterlaydi. Birok tinch turilganda mushakdagi qon oqimi ko'rsatkichi kam ma'lumot beradi, ishemiya darajasi xarakat vaqtida aniqlaydi.

Radioizotop angiografiya aortani ko'ribgina qolmay, balki undagi qon oqimi buzilishini qayd qilishga imkon beradi, biroq qorin aortasi zararlanishi topik diagnostikasining asosiy usuli rentgen kontrast aortografiyasi bo'lib qoladi. Uni xirurgik davolash taxmin qilinganda utkazish lozim.

Translyumbal aortografiya tanlanadigan usul hisoblanadi. Qorin aortasi zararlanishining angiografik manzarasi juda xilma-xil, qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalarning stenotik o'zgarishlari eng ko'p uchraydi. Aterosklerotik jarayonlar uchun chekka to'lish nuksonlari, aorta va arteriya konturlarining stenoz uchastkalari bilan tekislanib qolganligi xos. Travmatik shikastlar uchun okklyuziyadan proksimalroqda aortaning normal ko'rinishi va zararlanishining segmentar xarakteri tipikdir. Postembolik okklyuziyada bu joydan yuqoridagi aorta devorlari tekis, ateroskleroz belgilari yo'q. Yonbosh arteriyasining tug'ma gipoplaziyasida uning bo'shligi bir tekis toraygan kontrastlanish nuqsoni yo'q. Yonbosh arteriyasining fibroz-mushak displaziyasi ko'p sonli torayish zonalari bilan xarakterlanadi, bunda arteriya cho'tkalar ko'rinishiga ega bo'ladi. Ishemik belgilar xarakteri jarayonga distal tomir o'zani tortilishiga bog'liq. Katta kollaterallar (pastki ichak tutqich, ichki yonbosh, bel, dumgaza arteriyalari va b.) arteriya tarmoqlari va oyoq arteriyalari o'rtasida katta anastomoz bog'lanishlar hosil qiladi. Oyog'ida og'riq borligidan shikoyat qilayotgan bemorda loaqal bitta son arteriyasida pulsatsiya bo'lmasa va agar qorin aortasi, yonbosh va son arteriyalari ustida sistolik shovqin eshitilsa, Lerish sindromiga osonlikcha diagnoz qo'yish mumkin. Instrumental tekshirish

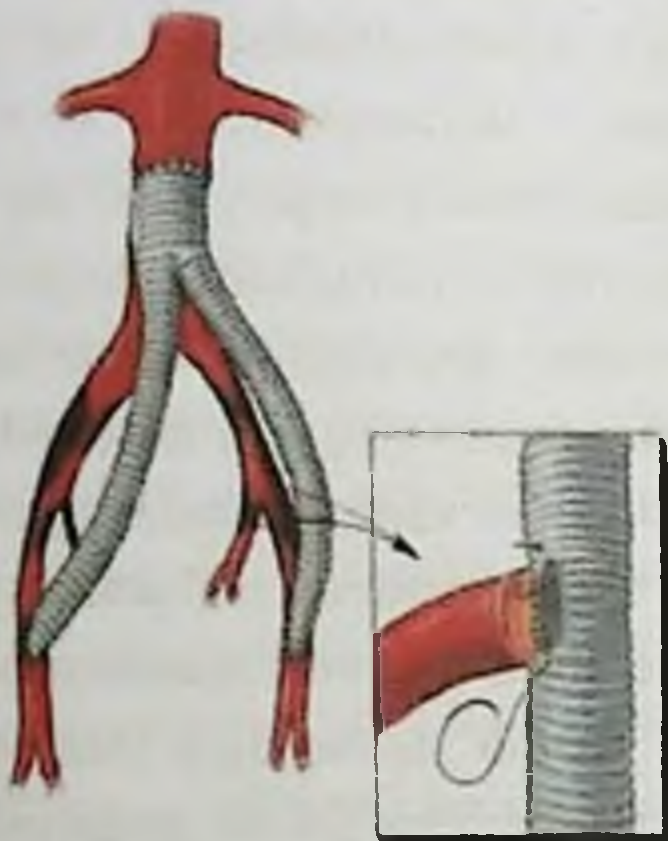
usullari bilan oyoqlardagi qon aylanishi buzilishlari aniqlanadi. Agar operatsiya bilan davolash to'g'risidagi masala xal qilinayotgan bo'lsa, bemorni aortografiya qilish kerak.

Differensial diagnostika qilishda obliteratsiyalovchi endarterit – 20-30 yoshdagi erkaklar kasalligi to'g'risida unutmash kerak, bunda boldir tomirlari zararlanadi. Bunday bemorlarda son, ko'pincha esa taqim osti arteriyasi yaxshi pulsatsiya qiladi, sistolik shovqin bo'lmaydi. Endarteritli bemorlarda aortografiyada odatda aorta, yonbosh va son arteriyasi o'tkazuvchanligining sonning uchdan bir pastki qismigacha normal bo'lishi qayd qilinadi. Arteriyalar konturlari tekis, silliq. Takim osti arteriyasi va boldir arteriyalari odatda okklyuziyalangan va boldirda shtoporsimon kollaterallarning mayda tarmoqdagina ko'rinib turadi. Aorta okklyuziyalarida dumbada sonning orqa yuzasi bo'ylab paydo bo'ladigan og'riq ba'zan kuymich nervi yallig'lashi diagnozi qo'yilishiga sabab bo'ladi. Periferik arteriyalar spazmga uchraganligi va oyoq panjasida pulsatsiya aniqlanmasligi, oyoqlarning esa muzdayligi bu spazmni yanada oshiradi. Biroq kuymich nervi yallig'lashida og'riq, jismoniy harakatga bog'liq bo'lmaydi, ular tinch turganda yo'qolmaydi va tunda qo'zishga moyil bo'ladi. Bunday bemorlarda tomir shovqini bo'lmay, balki kuymich nervi yallig'lanishining butun nevrologik simptomatikasi aniqlanadi. Operatsiya qilib davo qilinmasa, kasallik prognozi jiddiy, chunki buzilishlar tobora avj olib boradi. Ko'pchilik bemorlar simptomlar paydo bo'lgandan 1-2 yil o'tgach mexnatga layokatsiz bo'lib qoladilar.

Davolash. Qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyasi zararlangan bemorda IIB, III va IV bosqichlardagi ishemiya operatsiya qilib davolashga ko'rsatma hisoblanadi. I va IIA bosqichlarda konservativ davolash kerak bo'ladi. Yangi bo'lgan miokard infarkti, 3 oy bo'lib o'tgan insult, III darajadagi yurak etishmovchiligi, og'ir o'pka emfizemasi, jigar tsirrozi, jigar va buyrak etishmovchiligi operatsiya usulida davolashga qarshilik hisoblanadi. Son chukur arteriyasi distal bo'limlarining okklyuziyasi va boldir hamma uchala arteriyasining to'liq tutilib qolganligi operatsiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.

Hozirgi vaqtda Lerish sindromini operatsiya usuli bilan davolash tomir xirurgiyasining yaxshi ishlab chiqilgan bo'limi hisoblanadi. Qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalari normal o'tkazuvchanligini tiklash

uchun rekonstruktiv operatsiyalarning xar uchala turi: rezeksiya qilib protezlash, alloshuntlash va endarterektomiyadan foydalaniladi. Qorin aortasi okklyuziyasida rezeksiya bilan (aortani kesib tashlamay) protezlash o'tkaziladi. Agar qorin aortasining stenozlovchi zararlanishida (yoki yonbosh arteriyalari o'tkazuvchanligi saqlanib qolgan bo'lsa, bifurkatsion aorta-son alloshuntlashni amalga oshirgan yaxshi. Bemorning og'ir somatik holatida oyoqlarda qon aylanishini tiklash uchun «yuza» yonbosh-son yoki chatishma son-son va chatishma yonboshson shuntlash metodlaridan foydalanish mumkin. Oyoqning xatto III va IV darajali ishemiyasida 70% bemorlarda rekonstruktiv operatsiya qilish va oyoqni saqlab qolish mumkin.



276 – rasm. Lerish sindromida o'tkaziladigan shuntlovchi operatsiya.

Ko'pchilik bemorlarda tomirlarning ikki tomonlama zararlanishi uchraydi. Klinikasi bir tomonda ifodalangan bo'lishiga qaramay, tomirlar rekonstruksiyasini ikkala tomondan bajarish zarur. Qorin aortasidagi operatsiyalarda o'lim 2 dan 10% gacha o'zgarib turadi. Ko'pchilik bemorlarda xirurgik davolash natijalari yaxshi. 83% bemorlarda yaxshi natija saqlanib qoladi. Operatsiya qilingan 10-15% bemorlarda ateroskleroz jarayoni avj olishi yoki distal anastomozlar soxasida yangi intima o'sib qalinlashuvi sababli rekonstruksiyalangan segment trombozi tufayli simptomlar yana paydo bo'lish ehtimoli bor. Tomir protezlari odatda asoratlarni bermaydi. Oyoq distal tomir o'zani o'tkazuvchanligi saqlanib qolganda (son chukur arteriyasi va loaqal bitta boldir arteriyasida) bemorda

takror operatsiya o'tkazish mumkin, u 75% bemorlarda yaxshi chiqadi va oyoqda qon aylanishi qayta tiklanadi.

Rekonstruktiv operatsiyalar natijasi ko'p jixatdan qon tomir o'zani holatiga bog'liq. Oyog'ida gangrenalari bo'lgan bemorlar guruxida rekonstruktiv operatsiyadan 5 yil o'tgach yaxshi natijalar va amputatsiyaga mahkum bo'lgan bemorlarda oyoqning saqlanib qolish 58% hollarda qayd qilingan. Lerish sindromida rekonstruktiv operatsiyalar ko'pchilik bemorlarda simptomlarni bartaraf etadi va normal xayotga qaytish imkonini beradi.

Rentgenendovaskulyar dilatatsiya. So'nggi vaqtlarda angiografiya va rentgenendovaskulyar xirurgiyaning jadal rivojlanishi munosabati bilan yangi istiqbolli yo'nalish – zararlangan arteriyalarning translyumbal angioplastikasi bilan bir vaqtda nitinol spiral yordamida endoprotezlash vujudga keldi (I.X. Rabkin va b.). Yonbosh va son arteriyalarining rentgenendovaskulyar dilatatsiyasi rekonstruktiv operatsiyalar hajmini kamaytirishga, o'limni kamaytirishga va keyingi natijalarni yaxshilashga imkoniyat yaratdi.

Konservativ davolash. Qorin aortasi bifurkatsiyasi va yonbosh arteriyalari zararlanib, ishemiyaning I-IIA darajasi bo'lgan bemorlarda 1-2 oygacha konservativ davo qilinadi. Bunday davoni yiliga 2-3 marta rekonstruktiv tomir operatsiyalaridan keyin o'tkazish maqsadga muvofiq. Quyidagi preparatlar guruxlari ishlatiladi:

1. Ganglioblokatorlar: bupatol, midokalm, vaskulat.
2. Me'da osti bezlari preparatlari: andekalin, dilminal, angiotrofin, padutin, depo-padutin, depo-kallikrein, priskol, vazolastin.
3. Tomirlarni kengaytiradigan preparatlar: papaverin, noshpa, nikoshpan, kamplamin, galidor.
4. Antikoagulyantlar: fenilin, pelentan, neodikumarin, sinkumar va b. O'tkir trombozda geparin, streptaza, streptokinaza va urokinaza ishlatiladi.
5. Qon reologik xossalarini yaxshilash hamda dezagregatsiya maqsadida aspirin, kurantil, anginin va prodektin qo'llanish maqsadga muvofiq. Mikrosirkulyatsiyani yaxshilash uchun reopoliglyukin (5-10 infuziya) tayinlanadi.
6. Baroterapiya, diodinamik toklar (Bernar toklari), massaj, vodorod sulfidli vannalar.

Rekonstruktiv operatsiyalardan keyin bemorlarga 0,5 g dan kuniga 3 marta aspirin, 1 tabletkadan kuniga 3 marta kurantil, yiliga 2-3 marta 1-2 oylik komplamin bilan davolash kurslari va fizioterapevtik davo tayinlanadi. Davolash fizkulturasi zarur. Tomirlar operatsiyalaridan keyin bemorlar 1-3 oygacha mexnatga layokatsiz bo'ladilar. Ishemiya simptomlari barham topgandan keyin bemorlar o'z ixtisosligi bo'yicha ishlay oladilar: yiliga 2 marta ambulatoriyada profilaktik davo kurslari oladilar.

Qorin aortasining surunkali okklyuziyalari

Qorin aortasining surunkali stenozlari va okklyuziyalari oyoq ishemiyasi manzarasi bilan o'tadigan og'ir kasalliklar hisoblanadi, ularni Lerish 1940 yilda yaxshi tasvirlab bergan. Terminal qorin aortasining stenozlovchi zararlanishlari tug'ma va orttirilgan kasalliklarga bog'liq, bo'lishi mumkin. Aorta qorin bo'limining gipoplaziyasi va atreziyasini tug'ma kasalliklarga kiritish mumkin.

Etiologiya va patogenez. Qorin aortasining torayishi va to'liq obturatsiyasi yallig'lanishsiz o'tadigan va yallig'lanish bilan o'tadigan orttirilgan kasalliklardan kelib chiqishi mumkin. Yallig'lanishga aloqador bo'lmagan aorta kasalliklaridan aterosklerozni ko'rsatib o'tish mumkin. Aortaning intimal sarkoma, qorin bo'shlig'i va genitalliy o'smalaridan zararlanish imkoniyati juda kam bo'ladi. Aortaning yallig'lanish kasalliklari orasida uning stenozga uchrashiga zaxm arteriiti, infeksiyon arteriitlarning boshqa turlari, shuningdek nospesifik aortit sabab bo'ladi (V. S. Smolenskiy, 1964). Tomirlarning obliteratsiyalovchi kasalliklari bo'lgan bemorlar orasida qorin aortasi okklyuziyalari 1-3% hollarda uchraydi. Lerish sindromi bo'lgan bemorlar orasida bu patologiyaning salmog'i yanada yuqori. Qorin aortasi okklyuzion zararlanishlarining asosiy etiologik omili ateroskleroz hisoblanib, u 50-100% ni tashkil etadi (B.V. Petrovskiy, M.D. Knyazev va b.). Aorta bifurkatsiyasi rezeksiyasi bilan birga alloprotezlash operatsiyasini birinchi marta 1960 yilda V.S. Savelev bajargan. O'zbekistonda qorin aortasi okklyuzion kasalliklari to'g'risidagi ta'limotga Sh.I. Karimov, U.O. Oripov, V.V. Voxidov katta xissa qo'shdilar.

Qorin aortasi surunkali okklyuziyalarining klinik manzarasi. Qorin aortasining terminal bo'limidagi okklyuziyaning klinik manzarasi ko'pincha oyoqlardagi ishemiyalardan iborat. Biroq, okklyuziya

jarayonining turli variantlari va darajalari, ularning qancha joyni egallagani, aorta distal yoki proksimal segmentlari va oyoq, buyrak va visseral arteriyalarining shunday zararlanishi bilan birga uchrashi kasallikning kechishini va klinik manzarasini keskin o'zgartiradi hamda prognozni og'irlashtiradi. Bu diagnostikaga, taktika tanlashga va operatsion aralashuv hajmiga o'z ta'sirini ko'rsatadi, Leriche sindromi bilan qorin aortasi okklyuziyasi o'rtasida aniq chegara bo'lishi zarurligini talab etadi.

Yuqorida aytilganlardan xulosa qilib, qorin aortasi okklyuziyasining zararlanish darajasi va hajmiga ko'ra quyidagi variantlarini farq qilish maqsadga muvofik:

1. Pastki ichak tutqich arteriyasi darajasigacha bo'lgan qorin aortasi okklyuziyasi, unda antegrad qon oqimi saqlanib qolgan – past okklyuziya.

2. Yuqori ichak tutqich arteriyasi darajasigacha tromb chetki ichak tutqich arteriyasi darajasidan yuqoriga tarqalgan qorin aortasi okklyuziyasi – o'rta okklyuziya.

3. Tromb buyrak arteriyalari og'zigacha tarqalgan aorta qorin bo'limi okklyuziyasi – yuqori okklyuziya.

4. Tromb buyrak arteriyalari og'zigacha yoki undan yuqori tarqalib, patologik jarayonga antegrad qon oqimi reduksiyasi yoki u yo'qligi tufayli buyrak arteriyasi trombozi qo'shilib o'tadigan aorta qorin bo'limi okklyuziyasi – qorin aorta bo'limining yuqori okklyuziyasi vazorenal gipertenziya va surunkali abdominal ishemiya sindromi bilan.

Qorin aortasining pastki okklyuziyasida oyoqlarda qon aylanishi etishmovchiligining klinik manzarasi quyidagicha xarakterlanadi: yurishda oyoq og'rishi, 100-200 m yurilganda oqsoqlanish. Og'riq oyoqning xar qanday bo'limida, jumladan distal bo'limlarida bo'lishi mumkin. Biroq og'riq ko'prok son va dumbalarda bo'lib, yurishda va jismoniy xarakatda paydo bo'ladi.

Qorin aortasi yuqoriga ko'tiriladigan trombozi jarayoniga pastki ichak tutqich arteriyasi tortilgan o'rta okklyuziyada oyoq, ishemiyasining yuqorida tasvirlangan ko'rinishi og'irlashadi. Bundan tashqari, o'ng chanoq, organlaridagi yo'g'on ichak terminal bo'limi ishemiyasining klinik manzarasi qo'shiladi. Bu patologiyada sonlar ichki yuzasi, chov, jinsiy organlar terisida uvishib qolish sezgisi ko'zatiladi. Aksariyat bemorlar bel soxasida doimo og'irlik yoki og'riq sezadilar, shu sababli bel-dumgaza

radikulita va deformatsiya qiladigan spondilyozdan muvaffakiyatsiz davolanadilar. To'g'ri aniqlangan diagnozgina bu og'riqlarning xaqiqiy tabiatini aniqlashiga imkon beradi.

Ishemik sindromning belgilaridan biri ichning kabziyat yoki ich ketishi ko'rinishida buzilishidir, og'irroq, hollarda ich kelmay va siydik ajralmay qoladi. Tez charchab qolish, yurish va xarakat vaqtida son va dumbalarda og'riq, paydo bo'lishi qorin aortasining o'rta okklyuziyasi deb shubxa qilishga imkon beradigan simptomdir. Yangi kollaterallar vazifasi buzilib, kasallikning yanada avj olishi ishemiya zonasi kengayishiga olib keladi va odatda oyoq distal bo'limlarining qon bilan ta'minlanishi yomonlashadi. Bu kasallik klinik manzarasiga ta'sir ko'rsatadi. Bu qorin aortasi o'rta okklyuziyasi bor bemor uchun xos. Ayrim xollardagina distal bo'limlarda ishemiya proksimal yo'nalishda ortib borishi mumkin.

Vizual ko'zdan kechirishda amalda hamma hollarda boldir va son muskullari atrofiyasi hamda teri qoplamlarining rangparligi yoki marmarsimonligini payqash mumkin. Oyoq panjasidagina emas, balki boldir, son va dumba soxasida teri xarorati pasayishi mumkin.

Qorin aortasi yuqori okklyuziyalarning doimiy va xarakterli belgilaridan biri bu patologiya uchun patognomonik bo'lgan impotensiya hisoblanadi. Uning etakchi sababchisi gorsimon tanalardan antegrad qon bilan to'liqligining pasayishidir. Jinsiy ojizlik qorin aortasi inter- va suprarenal segmentlari zararlangan qorin aortasi yuqori okklyuziyasi bo'lgan bemorlarning 55 foizida aniqlanadi. Oyoqlar, shok organlari va yo'g'on ichak ishemiyasi simptomlariga arterial gipertenziya simptomatikasi qo'shib keladi. Ko'pchilik hollarda ular buyraklar qon ta'minoti bo'lishi bilan bog'liq. Biroq qator hollarda arterial gipertenziya buyrak arteriyalari zararlanmay o'tadigan qorin aortasining pastki okklyuziyasi bo'lgan bemorlarda aniqladi.

Ichak tutqich arteriyasidan pastdagi qorin aortasi okklyuziyasi bemorlarning 35 foizida, o'rta va yuqori okklyuziyalarda esa bu raqam 65 foizga etadi. Bu dalil shuni ko'rsatadiki, okklyuzion jarayon qorin aortasida proksimal tarqalganda arterial gipertenziyali bemorlar soni ko'payadi.

Qorin aortasi okklyuziyasiga shubxa tug'diradigan simptomlardan biri oyoqning hamma nuqtalarida pulsatsiyaning yo'qligi hisoblanadi.

Diagnostikasi. Qorin aortasi okklyuziyalari klinikasi etarlicha ravshan va ko'pchilik hollarda diagnoz qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Endi diagnoz qo'yish masalasi dastlabki qorin aortasi obturatsiyasi darajasini aniqlash, oyoqlarda qon aylanishi kompensatsiyasi darajasini, periferik o'zan holatini bilish mutaxassislarining hozirgi kundagi vazifasi hisoblanadi. Kasallik diagnostikasida buyrak arteriyalari va qorin aortasi visseral tarmoqlari holatini, shu magistral arteriyalardan qon bilan ta'minlanadigan organlarning zararlanish darajasini aniqlash muxim va nixoyat, o'zil-kesil diagnoz qo'yishga imkon beradigan tekshirishlar yig'indisiga miya va toj tomirlar qon oqimi holatini o'rganish ham kirishi kerak.

Tekshirish bosqichlarini shartli ravishda ambulator, dastlabki va klinik bosqichlarga bo'lish mumkin:

I. Tekshirishning ambulator bosqichi maxsus jixozlar talab etmaydi va xar kandy tibbiy muassasada o'tkazilishi mumkin. Anamnez yig'ish – mas'uliyatli davr va quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak: bemorning yoshi, kasallikning birinchi simptomlaridan boshlab boshlangan davri, ishemiya zonasining dinamikada ko'payishi, uning yuqoridan pastga yoki pastdan yuqoriga tarqalishi kabilar. Bel va chov soxalaridagi ishemiyani aniqlashga, fiziologik yo'nalishlarning buzilishi, axlat xarakteriga alohida ahamiyat berilishi lozim. O'zgarib turadigan cho'loqlik intensivligi va xarakteri, oyoqda og'riq sindromi borligi, trofik buzilishlar rivojlanganligini aniqlash zarur. Jinsiy funksiyaning buzilish darajasi, davolashning nechog'lik naf berayotganligini albatta bilish kerak.

Bemorni ko'zdan kechirishda teri rangining o'zgarganligiga, oyoqlar, chanoq kamari va jinsiy organlarda atrofiya borligiga, trofik buzilishlarga ahamiyat berish zarur. Oyoqlar magistral arteriyalari, jinsiy olat orqa arteriyasining albatta paypaslashdan tashqari, paypaslash mumkin bo'lgan hamma arterial tomirlar paypaslab chiqiladi. Hamma arteriyalar auskultatsiya qilinishi lozim. Oyoqlarda va qo'llarda arterial bosimni o'lchash muxim ahamiyatga ega. Qorin aortasi okklyuzion zararlangan bemorlarning 85 foizida oyoqlar ishemiyasi uchun xos muskul atrofiyasi simptomi aniqlanadi. Ayni vaqtda mushak tonusi, mushak kuchi va ish kobiliyatining pasayishi qayd qilinadi. Birmuncha distal okklyuzion zararlanishlardan farqli ravishda bu simptom ko'pincha ikki tomonlama va

boldir muskullari bilan birga son va chanoq kamari muskullarini ham qamrab oladi.

II. Terminal aorta va yonbosh arteriyalarning okklyuzion zararlanishlari bo'lgan bemorlarni tekshirishning dastlabki klinik bosqichi muayyan izchillikda o'tkazilishi va oyoqlar ishemiyasini hamda boshqa xayotiy muxim organlar (miokard, miya, visseral organlar, buyraklar) funksiyasini o'rganishga qaratilmog'i lozim. Shuning uchun tekshirishning bu bosqichi ikkita yo'nalishga bo'linadi.

Birinchi yo'nalishning vazifasi – oyoqlar magistral va kollateral qon oqimi holatini, tomirlarning stenozlovchi zararlanishi qaerda joylashgani va holatini, oyoqlar regional gipoksiyasi darajasini, shuningdek qonning koagulyatsiya va reologik xossalarini aniqlashdan iborat. Bemorlarni tekshirishni bajarish uchun quyidagi diagnostik testlar: arterial osteografiya, teri termometriyasi, kapillyaroskopiya, hajmli sfigmografiya, reovazografiya, oyoqlar termografiyasi, ularni skanerlash, vena ichi radioizotop angiografiyasi, terida va mushaklarda qon oqimini o'rganish, polyariografiya o'tkaziladi.

Ikkinchi yo'nalishning vazifasi – magistral qon oqimi holati va boshqa organlarning funksional holatini aniqlash lozim, buning uchun bemorlarda umumiy klinik va qonni bioximiyaviy tekshirishlar, EKG, FKG, EEG, buyraklar va me'da-ichak yo'li organlarini tekshirish shart. Oyoqlarda to'qima (teri va muskul) qon oqimini mikdoriy aniqlash hozirgi vaqtda xujayra membranalari orqali bemalol o'tadigan radioaktiv izotoplar yordamida o'tkaziladi. Bu metodikalarning qimmatli tomoni shundaki, to'qimalar birligi orqali oqadigan qon miqdori qon aylanishining buzilish darajasini va kasallikning klinik manzarasini belgilaydigan asosiy omillardan biri hisoblanadi. Mikrosirkulyatsiyani izotoplar yordamida o'rganish metodi atravmatik, ko'p axborot beradi, sezuvchanligi bilan ajralib turadi, o'rganilayotgan ob'ektdagi effektiv qon oqimi to'g'risida tushuncha beradi. Bemorlarni oldindan klinik tekshirish oyoqlarning qon bilan ta'minlanishining buzilish darajasini aniqlash va magistral qon oqimi tiklangandan keyin trofik buzilishlarning qayta tiklanishiga imkon beradi. Tekshiruvning xuddi shu bosqichida xayotiy muxim organlarning ishlashi, koronar va braxiotsefal arteriyalar xavzasida qon oqimini kompensatsiya qilish darajasi to'g'risida yetarli axborot olish mumkin. Bularning jami

operatsiyaga umumiy ko'rsatmalarni belgilash va operatsiyadan keyingi davrni prognoz qilish imkoniyatini beradi. Biroq topik diagnozni uzil-kesil aniqlash, rekonstruktiv operatsiya usuli va hajmini tanlash uchun yakunlovchi tekshiruv – kontrast angiografiya qilish zarur. Rentgen kontrast tekshirishdan maqsad okklyuziya va stenozning qaerda joylashgani va darajasini bilish, patologik jarayon soxasida tomirlar devori holatini aniqlash, kollateral o'zan holatini topish va obstruksiyadan distalroq masofada magistral arteriyalarni to'ldirish hisoblanadi. Ikkita satxni: qorin stvolidan boshlab hamma asosiy tarmoqlari va son hamda taqim osti arteriyalari, shuningdek boldir tomirlari bilan tugallanadigan qorin aortasini qayd qiladigan seriyali angiografiya birmuncha afzal sanaladi.

Translyumbal aortografiya tanlash metodi hisoblanadi. Qorin aortasi okklyuziyasiga shubxa qilinganda dastlabki tekshirish metodlariga asoslanib, aorta XII ko'krak umurtkasi satxida yuqori translyumbal punksiya qilinishi kerak. Aorta-yonbosh zonasidagi okklyuziyali jarayonda II bel umurtqasi tanasining yuqori cheti satxida past translyumbal punksiya qilinishi mumkin. Angiografik manzara aorta va uning tarmoqlari zararlanishining bevosita va bilvosita belgilaridan tarkib topadi. Aorta bo'shlig'ining to'liq okklyuziyasi uchun u yoki bu satxda aorta kontrast tasvirining uzilishi xarakterli. Uzilish chizig'i notekis, gorizontal yo'nalishga ega. Okklyuziya soxasi ustida ba'zan aorta kontrastlanish darajasining bir oz kuchsizlanishi ma'lum bo'ladi, bu trombotik massalarning aortaning oldingi-orqa yarim doirasi bo'yicha okklyuziya bo'lgan joydan yuqorida tarqalganligiga bilvosita ishora bo'lishi mumkin. Bu fenomenni yon tomonlama aortogrammada bevosita angiografik belgilar bilan tasdiqlash mumkin. Okklyuziya distal chegarasining darajasi angiogrammalar seriyasida ko'rinadi.

Qorin aortasining buyrak arteriyalari va visseral tarmoqlar zararlanganiga shubxa qilingan yuqori okklyuziyalarida ikkita proeksiyada seriyali angiogramma qilinadi. Bu kontrast moddaning buyrak arteriyalari va visseral tarmoqlar bo'ylab tarqalishini vizualizatsiya qilish, shuningdek kollateral qon aylanishini aniq bajarilishi uchun zarur. Qorin aortasi angiografik okklyuziyalarning quyidagi ta'rifi bor: Qorin aortasining past okklyuziyasi – kontrast tasvirining pastki ichak tutqich arteriyasi og'zi satxida yoki undan pastda uning antegrad to'ldirilishi bilan uzilishi. Qorin

aortasining o'rtta okklyuziyasi – kontrast tasvirning pastki ichak tutqich arteriyasi satxida yoki undan yuqorida uning retrograd to'ldirilishi bilan uzilishi. Qorin aortasining yuqori okklyuziyasida asosiy jarayonga qo'shilmagan buyrak arteriyalari satxida kontrast tasvirning o'zilishi ular kontrast modda bilan to'lganda buyrak arteriyalari satxida qayd qilinadi. Buyrak arteriyalarining qo'shib ketgan zararlanishida okklyuziya darajasi odatda notekis, buyrak arteriyalari og'zini qamrab olgan bo'ladi. Qorin aortasining jarayonga buyrak arteriyalari va visseral tarmoqlar qo'shilgan yuqori okklyuziyasi boshqa rentgenologik ta'rifga ega. Kontrast tasvirning uzilish sathi buyrak arteriyalari og'zi sathida aniqlanadi, uning chetlari suporenal segmentga tarqalishga moyilligi borligidan bilinmaydi. Bu segment aksariyat kuchsiz kontrastlangan, bu trombnining buyrak arteriyalari og'zidan yuqoriga tarqalganligidan darak beradi. Agar oldingi-orqa proeksiyada buyrak arteriyalari yetarli darajada ko'rinsa, visseral tarmoqlarni bu proeksiyada hamisha ham aniqlab bo'lmaydi. Yuqorida ko'rsatilganidek, bu qorin stvoli og'zi va yuqori ichak tutqich arteriyasining qatlamlanishi bilan bog'liq.

Ateroskleroz va nospesifik aorto-arteriyotda qorin aortasi okklyuziyasining angiografik semiotikasi, xar xil manzaraga ega. Ateroskleroz uchun kontrast tasvir o'zilishning notekis tasbexsimon chetlari bo'lgan zararlanishning diffuzligi xarakterli. Nospesifik aorto-arteriyotda zararlanish hajmi katta. Tomir konturlarining chetlari sillik, aniq.

Qorin aortasi va tarmoqlarining bevosita va bilvosita belgilari farq qilinadi. Bevosita belgilarga aorta va tarmoqlari konturining kontrast tasvir yo'qligi bilan uzilishi kiradi. Tomining retrograd to'lishi, kontrast tasvirning kuchsizligi, asimmetrik to'lgan o'zanida kontrastning tutilib qolish bilvosita belgilardan hisoblanadi. Angiografiya ma'lumotlarini o'rganish zararlanish hajminigina emas, balki kollateral qon oqimi yo'llari hisobiga qon aylanishini kompensatsiya qilish yo'llarini ham aniqlash imkonini beradi. Chunonchi, masalan, qorin aortasining o'rtta okklyuziyalarida kollateral qon aylanishi ikkita sistema hisobiga amalga oshiriladi. Birinchisi – qorin aortasi past okklyuziyasidagi kabi lyumbal arteriyalar sistemasi. Ikkinchisi – yuqori va pastki ichak tutqich arteriyalarida shakllanadigan qovurg'alararo anastomoz (Riolan ravog'i). Qorin aortasining yuqori okklyuziyalarida kollateral qon aylanishi asosan

ichak tutqicharo anastomoz sistemasi orqali amalga oshiriladi (Riolan ravog'i).

III. Tekshirishlarning intraoperatsion bosqichi quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1. Qorin aortasi va tarmoqlarini reviziya (taftish) qilish. 2. Aortada va uning tarmoqlarida arterial bosimni aniqlash – elektr manometriya. 3. Elektr magnet floumetriya.

Operatsiya vaqtida aorta-yonbosh segmenti okklyuzion zararlanish darajasini va qancha masofadiligini baholash g'oyatta muxim. O'z-o'zidan ma'lumki, oddiy reviziya, paypaslab ko'rish ularning zararlanish darajasi to'g'risida taxminiy tushuncha beradi, xolos. Oyoq arteriyalari bo'ylab qon oqimi buzilishining darajasi to'g'risida aorta bilan okklyuziya bo'lgan joydan distal masofadagi magistral arteriya o'rtasidagi bosim gradientini o'lchash – elektr manometriya muayyan tasavvur beradi. Qon oqimini tekshirishning birmuncha ishonchli metodi elektr magnet floumetriya bo'lib, gemodinamik buzilishlarning og'ir-engilligi to'g'risida uzilkesil tushuncha bera oladi. Tekshirishning intraoperatsion bosqichi diagnozni to'kis-tugal aniqlash va optimal operatsiya rejasini tanlashga yordam qiladi.

Qorin aortasi surunkali okklyuziyalarining Sh.I. Karimov bo'yicha klassifikatsiyasi:

I. Okklyuziya darajasi:

1) qorin aortasining past okklyuziyasi: - pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanmasligi bilan; - pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanishi bilan;

2) qorin aortasining o'rta okklyuziyasi pastki ichak tutqich arteriyasi okklyuziyasi bilan;

3) Qorin aortasining yuqori okklyuziyasi: - buyrak arteriyasi zararlanmasligi bilan; - buyrak arteriyalari zararlanishi va vazorenal gipertenziya sindromi bilan; - buyrak arteriyalari va visseral tarmoklarning zararlanishi, vazorenal gipertenziya va abdominal ishemiya bilan.

II. Periferik o'zan holati:

1) distal blok yo'q;

2) distal blok bor.

III. Oyoqlar ishemiyasi darajasi:

1 bosqichi – kompensatsiya;

2 bosqichi – o'tib ketadigan buzilishlar;

3 bosqichi – barqaror tomir etishmovchiligi;

4 bosqichi – gangrenalar.

IV. Boshqa tomir havzalarining birgalikda zararlanishlari:

- braxiotsefal tomirlar miya tomirlari etishmovchiligi bilan zararlanishi;

- toj arteriyalar yurak surunkali ishemik kasalligi bilan birga zararlanishi.



277 – rasm. O'ng oyoq gangrenasi.

Davolash. Qorin aortasining surunkali okklyuzion zararlanishlari xirurgik patologiyadir. Patologik jarayonning ishemiyaga uchragan zonalarni kompensatsiya qiladigan kollateral yo'llar o'zilishi bilan avj olishi, tomirlarning okklyuziyadan distalroq zararlanishi oyoq gangrenasiga o'tadigan og'ir ishemiyaga sabab bo'ladi. Proksimal tromb sathining orta borishi qon oqimidan buyrak va visseral arteriyalarning uzilib qolish xavfini tug'diradi, bu buyraklar va qorin bo'shlig'i organlari funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Normal qon oqimini tiklashga va shu tariqa xayotiy muhim organlar funksiyasini saqlab qolishga faqat xirurgik yo'l bilan erishiladi.

Xirurgik operatsiya nechog'lik erta bajarilsa, natija shunchalik yaxshi bo'ladi. Operatsiyani xarakteri bo'yicha 3 guruhga bo'lish mumkin:

1. Rekonstruktiv yoki radikal.

2. Bilvosita rekonstruktiv (umrov osti va qo'ltiq-son).

3. Palliativ (vaqtincha yengillashtiradigan).

Palliativ operatsiyalar rekonstruktiv operatsiya qilish mumkin bo'lmagan hollardagina qo'llanilishi mumkin. Periarterial simpatektomiya, epinefrektomiya shular qatoriga kiradi. Bu operatsiyalarni bajarishdan maqsad periferik tomir o'zanini desimpatizatsiya qilish va kollateral qon aylanishini yaxshilashdan iborat. Bemor xayotini qutqarib qolishga qaratilgan majburiy tadbir bo'lgan oyoqni amputatsiya qilishni (kesish) ham shartli ravishda shular qatoriga kiritish mumkin.

Bilvosita o'tkaziladigan rekonstruktiv operatsiyalar (distansion o'mrov osti-son va qo'ltik-son arteriyalarini shuntlash) quyidagi sharoitlarda bajarilishi kerak:

1. Yurak-tomirlar sistemasi va boshqa xayotiy muxim organlarning og'ir buzilishi sababli letal natijaga olib borish ehtimoli bo'lgan bemorning og'ir umumiy holati. Asosiy rekonstruktiv operatsiyadan oldin tez avj olib boradigan intoksikatsiya hodisalari va gemostazning og'ir buzilishlarini bartaraf etish uchun dastlabki bosqich sifatida o'tkaziladi.

2. Oyoqning tez avj olib boradigan ishemiyasida va qorin aortasi okklyuziyalarida radikal operatsiya o'tkazish imkoni bo'lmaganda.

Magistral qon oqimini tiklashning asosiy turi uni rezeksiya qilib alloprotezlashdir. Bugungi kunda bu operatsiya plastik xirurgiyani rivojlantirishdagi muhim bosqich hisoblanadi.

Rekonstruktiv operatsiyalar bajarishga quyidagilar mutlaqo monelik qiladigan hollar hisoblanadi: - tez-tez xurujlar bo'lib turadigan, nafas qisadigan, yaqinda (6 oygacha) boshdan kechirilgan miokard infarkti bo'lgan toj tomirlar etishmovchiligining og'ir formalari; - miya qon aylanishining yangi (6 oygacha) buzilishlari gemiplegiya hodisalari bilan; - buyrakning organik zararlanishlari subkompensatsiyalangan buyrak etishmovchiligi hodisalari bilan.

Operatsiya vaqtidagi asoratlari. Eng jiddiy asoratlardan biri operatsiya vaqtida qon ketishidir. Qon ketishining sabablari: tomirlarning shikastlanib qolish, anastomozning etarlicha germetik emasligi, aorta distal bo'limining bog'lanmaganligi va gipokoagulyatsiyalar.

Operatsiya vaqtidagi protez trombozi ko'p uchraydigan asorat hisoblanadi. Tromboz sabablari: tomirlardagi qonning distal stazi, tromb uzilishi, arterial bosim tushib ketishi bilan yuz beradigan gipovolemiya.

Operatsiyadan keyingi davr asoratlari: yurak-tomirlar, nafas va o'tkir buyrak etishmovchiligi, ichak infarkti, peritonit, oyoq-qo'llar gangrenasi, qon ketishlar, eventeratsiya, operatsion jaroxatning yiringlab ketishi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi

Qorin aortasi visseral tarmoqlarining surunkali okklyuzion zararlanishlari bilan o'tadigan simptomlar kompleksi adabiyotda turli nomlar ostida yuritiladi. «Qorin anginasini» atamasi eng ko'p tarqalgan va ko'pchilik uni qabul qilgan.

Kasallikning uchta simptomi bor: ovqat eyilgandan keyin hazm jarayoni cho'qqisida qorinda anginoz xurujsimon og'riq paydo bo'lishi, ichak disfunktsiyasi, tobora oriqlab ketish. A.V. Pokrovskiy muallifdoshlari bilan «surunkali abdominal ishemiya sindromi» degan atama birmuncha asosli deb hisoblaydilar, u patologik jarayon xarakterini, uning mohiyatini – ishemiya va abdominal lokalizatsiyasini aniq ta'kidlaydi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi ostida qorin aortasi visseral tarmoqlarining surunkali zararlanishlari sababli hazm organlaridagi qon aylanishi etishmovchiligi va klinik jihatdan qorinda og'riqlar, ichaklar disfunktsiyasi tushuniladi. Bu odatda ovqat eyilgandan keyin hazm organlarining funksional aktivligi cho'qqisiga chiqqanda paydo bo'ladi, qisman bemorlarda tobora oriqlab ketish kuzatiladi. Qorin aortasi visseral tarmoqlarining surunkali okklyuzion zararlanishlarini 1843 yildan boshlab o'rganilgan. Bu davrda nemis patologoanatom Tademan murdani yorib ko'rayotganida yuqori ichak tutqich arteriyasi stvolida okklyuziyani aniqlagan. Amaliyotga tekshirishning rentgen kontrast usullarining joriy qilinishi visseral qon aylanishining surunkali buzilishlarini o'rganishda ikkinchi bosqich hisoblanadi. 1958 yilga kelib, Mikkelson va Zaro angiografiya yordamida yuqori ichak tutqich arteriyasi stenozini aniqladilar va birinchi marta qorin anginasining inson xayotligidagi diagnozni qo'ydilar.

Kasallikning nechog'lik uchrashi hanuzgacha aniq ma'lum emas, bu operatsiyadan oldingi diagnostikaning qiyinligi bilan tushuntiriladi. Patologoanatomik ma'lumotlarga ko'ra, qorin arteriyasi zararlanishi 20-

45%, yuqori ichak tutqich arteriyasining zararlanishi o'rtasida 30% hollarda kuzatiladi. Angiografik tekshirishda visseral arteriyalar zararlanishi ham turlicha aniqlanadi va 4 dan 54% gacha hollar o'rtasida bo'ladi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi turli sabablardan kelib chiqishi mumkin. Bu sabablar ikkita asosiy guruhga bo'linadi.

Etiologiya va patogenezi. 1. Intravazal – tomirlarning xar xil organik stenozlovchi kasalliklari: ateroskleroz, nospesifik aorto-arteriit, fibromuskulyar displaziya, visseral tarmoqdar anevrizmasi, turli patologiyalar, tug'ma rivojlanish nuqsonlari.

2. Visseral tarmoqlar kompensatsiyasini keltirib chikaradigan ekstravazal sabablar: qorin stvolining diafragma elementlari, gangliylar va kuyosh chigali nerv tolalaridan bosilishi. Visseral tarmoqlarning periarterial fibrozdan deformatsiyasi va ularning Qo'shni organlarining o'smalaridan bosilishi.

Surunkali abdominal ishemiyaning asosiy simptomi og'riq hisoblanadi. Surunkali abdominal ishemiyada og'riq, simptomokompleksining kelib chiqishi quyidagicha: to'qima ishemiyasi gipoksiyaga, metabolik o'zgarishlarga, atsidoz rivojlanishiga, oksidlanib ulgurmagan maxsulotlar va gistaminsimon moddalarning ko'p miqdorda yig'ilishiga olib keladi, ular organ ichida joylashgan nerv oxirlarini ta'sirlantiradi. To'qimalar ishemiyasi to'g'risidagi signallar ishemiyaga uchragan organ va vegetativ markaz joylashgan joyda og'riq, bilan namoyon bo'ladi. Og'riqning epigastriyda joylashishi, o'ng qovurg'alar ostiga o'tishi, yuqori ichak tutqich arteriyasi xavzasidagi ishemiyada butun qorin bo'ylab tarqalishi shu bilan izoxlanadi. Normada qonning bir havzadan ikkinchisiga oqib tushishi, shuningdek qonning bitta magistralning turli tarmoqlari o'rtasida qayta taksimlanishi shu bosqichda turgan organlarga yetarli miqdorda kon etkazib berilishini ta'minlaydi. Qorin stvoli okklyuziyasida qon aylanishining etishmasligi yuqori ichak tutqich arteriyasi havzasidan qon oqib o'tishi bilan to'ldiriladi. Hazm jarayoniga yuqori ichak tutqich arteriyasi havzasidan qon bilan ta'minlanadigan organlar Qo'shilmagan paytda qorin stvoliga qon oqib kelishi yetarli bo'ladi. Ichaklarga ovqat lukmasi tushgan va surilgan sayin qon oqimi keskin kamayadi, chunki ichaklarning o'zi Qo'shimcha qon tushishiga muhtoj bo'ladi. Stvol havzasiga qon tushishining kamayishi tegishli organlar, birinchi galda jigar

ishemiyasiga olib keladi, chunki jigar hazm jarayonining boshidan oxirigacha funksional jixatdan faol holatda bo'ladi.

Yuqori ichak tutqich arteriyasining okklyuzion zararlanishlarida ishemiya aksariyat qorin stvoli havzasida rivojlanadi. Jigar hazm jarayonining butun tsikli ichida yetarli darajadagi qon mikdoriga muhtojligi sababli qorin stvoli havzalaridan qon oqib ketishi uning ishemiya olib keladi. Yuqori ichak tutqich arteriyasi okklyuziyasida birinchi galda pastki ichak tutqich arteriyasi (Riolan ravog'i) kengayadi va qon oqimini to'ldirishda qatnashadi. Qorin-ichak tutqich anastomози – qonni etkazishning birmuncha qisqa yo'li kamroq qatnashadi. Og'riq intensivligi hazm organlari ishemiya sinining darajasiga bog'liq.

Ishemik buzilishlarning boshlang'ich bosqichlarida og'riq simptomlari kompleksi davriyligi va intensivligida muayyan qonuniyatni aniqlash qiyin. Shunga qaramay, ko'pchilik bemorlar ko'p ovqat eyilgandan va «parhez buzilgandan» keyin og'riq paydo bo'lishidan noliydilar. Bu hol birmuncha ehtiyotlaydigan ovqat rejimiga o'tishga majbur etadi, bu axvolni vaqtincha yengillashtiradi. Tez orada bemorlar og'riq paydo bo'lishida ovqatning sifatidan ko'ra uning mikdori ahamiyatli ekanligini payqab qoladilar. Bu qonuniyatni bilib olib, ular ko'p ovqat eyishdan o'zlarini tiyadilar, uni oz-ozdan eyishga xarakat qiladilar – «smeal meal syndrome». Ovqat eyilganda qorinda azobli og'riq paydo bo'lganligidan bemorlar ovqatdan yuz o'girishga majbur bo'ladilar.

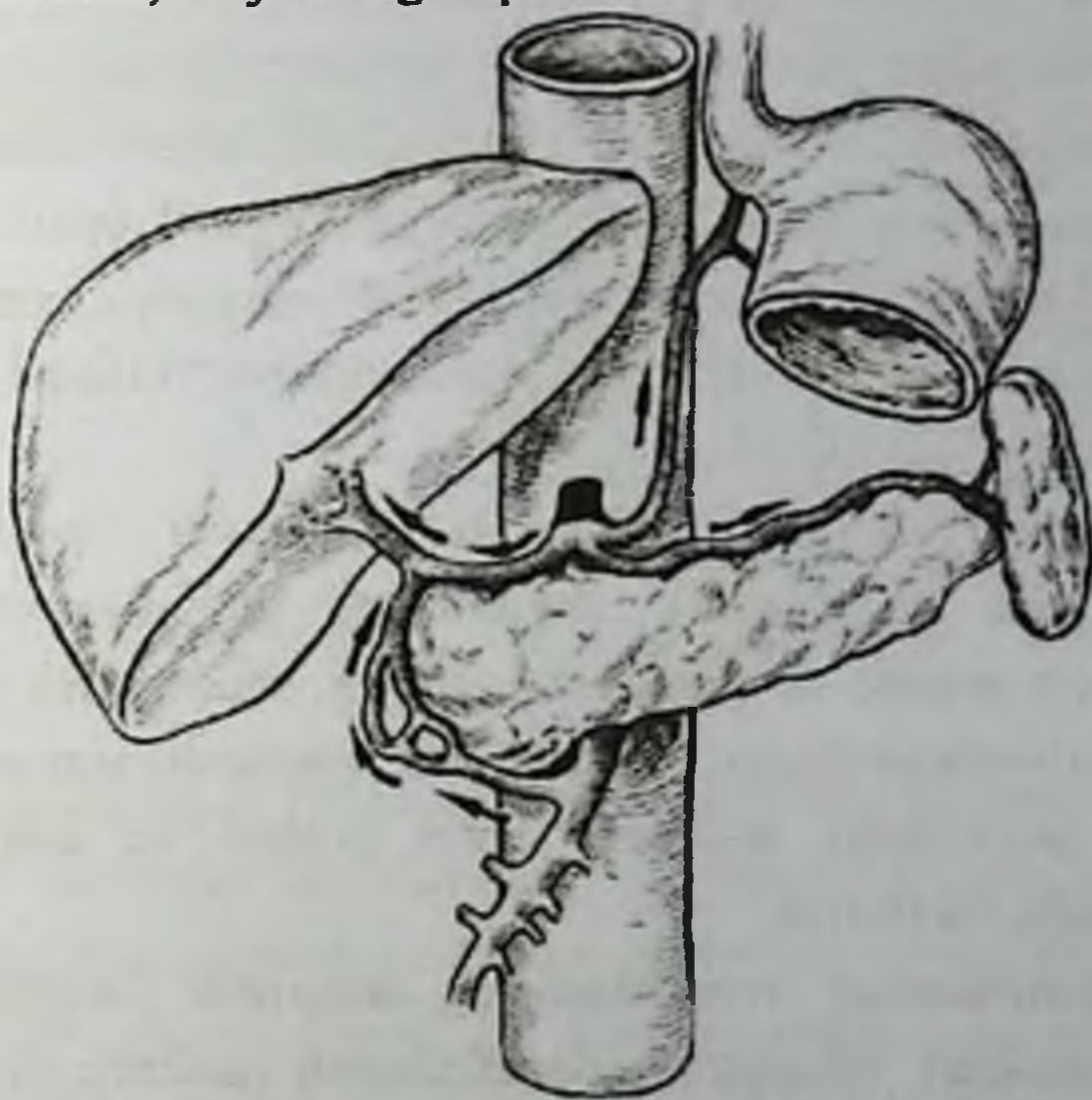
Abdominal ishemiya og'riqlarning paydo bo'lishi va davomiyligida muayyan qonuniyatni kuzatish mumkin. Ko'pchilik bemorlar og'riq ovqatdan 15-20 minut o'tgandan keyin paydo bo'lishidan noliydilar. Og'riq ovqat ingichka ichakdan o'tib bulguncha, ya'ni taxminan 2-2,5 soat davom qiladi.

Og'riq simptomokompleksi aksariyat qorin stvoli xavzasida qon aylanishi buzilishlarida (76,3%), kamroq yuqori ichak tutqich arteriyasi zararlanishlarida (37,4%), atigi 8,1% hollarda pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanishlarida kuzatiladi.

Klinikasi. Shunday qilib, surunkali abdominal ishemiya sindromida og'riq xarakteri va joylashuvi turlicha bo'lishiga qaramay, uning muayyan o'ziga xos belgilari ham bor: u ovqat eyishga, tegishli hazm tsikli vaqtiga va

o'ng qovurg'alar ostiga beriladi, ovqat hazm qilish keskin chegaralanganda bosiladi.

Surunkali abdominal ishemiyaning ikkinchi simptomi – ichak disfunktsiyasidir. U taxminan 60-80% hollarda kuzatiladi va uning motor, sekret ajratish va absorbsion funksiyasi buzilishida yuzaga chiqadi. Bu simptomlarning og'ir-engilligi ishemiya darajasiga bog'liq. Ilk bosqichlarida – qorin dam bo'lishi, aerokaliya, qattiq qabziyat yoki ich ketib turishi bilan namoyon bo'ladigan qorindagi yoqimsiz hodisalar kuzatiladi. Biroq, bu simptomlar asta-sekin avj olib boradi. Qabziyat asta-sekin ich ketar bilan almashinib, bu juda og'riqli bo'ladi.



278 – rasm. Surunkali abdominal ishemiyada qon aylanish holati.

Yuqori ichak tutqich arteriyasidagi qon aylanishi buzilishi uchun ichakning ham motor-sekretor, ham absorbsion funksiyasining buzilishi xosdir. Pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanganda evakuator funksiyaning buzilishi ko'zatiladi: uzoq vaqtgacha qabziyat bo'ladi, «qo'y qumalog'i» ko'rinishidagi axlatga aksariyat qon aralashgan bo'ladi, tug'ni ichak sfinkterlari funksiyasi pasayadi.

Shunday qilib, ichak ishemiyasi (surunkali) ikkita asosiy formada yuzaga chiqadi: yuqori ichak tutqich formasi – ichakning sekretor va absorbsion funksiyasi ustunlik qiladi (proksimal enteropatiya) va pastki

ichak tutqich formasi – ichak terminal bo'limining evakuator funksiyasi buziladi (terminal kolopatiya). Bemorlarda ovqatdan yuz o'girish, ichakning sekretor va absorbsion funksiyalari pasayib ketadigan surunkali abdominal ishemiyaning uchinchi simptomi tobora oriqlab ketish hisoblanadi. Bu simptom bemorlarning 35-45 foizida aniqlanadi. Pastki ichak tutqich arteriyasi zararlanishlarida klinik belgilar ko'pincha bo'lmaydi, bu magistral qon oqimi tanqisligining yuqori ichak tutqich arteriyasi hisobiga yaxshi qoplanishidan dalolat beradi.

Yo'g'on ichak chap qismidagi qon aylanishining surunkali buzilishlari kechishida 3 bosqich farq qilinadi: kompensatsiyalangan bosqich, funksional buzilishlar bosqichi bo'lib, bunda yo'g'on ichak kolopatiyasi sindromi rivojlanadi va ishemik kolitlar, segmentar stenozlar, yo'g'on ichakda gangrena rivojlanishi bilan o'tadigan organik buzilishlar bosqichi.

Diagnostikasi. Surunkali abdominal ishemiya sindromi bo'lgan bemorlarda o'tkaziladigan diagnostik tadbirlar yig'indisini shartli ravishda uch bosqichga bo'lish mumkin:

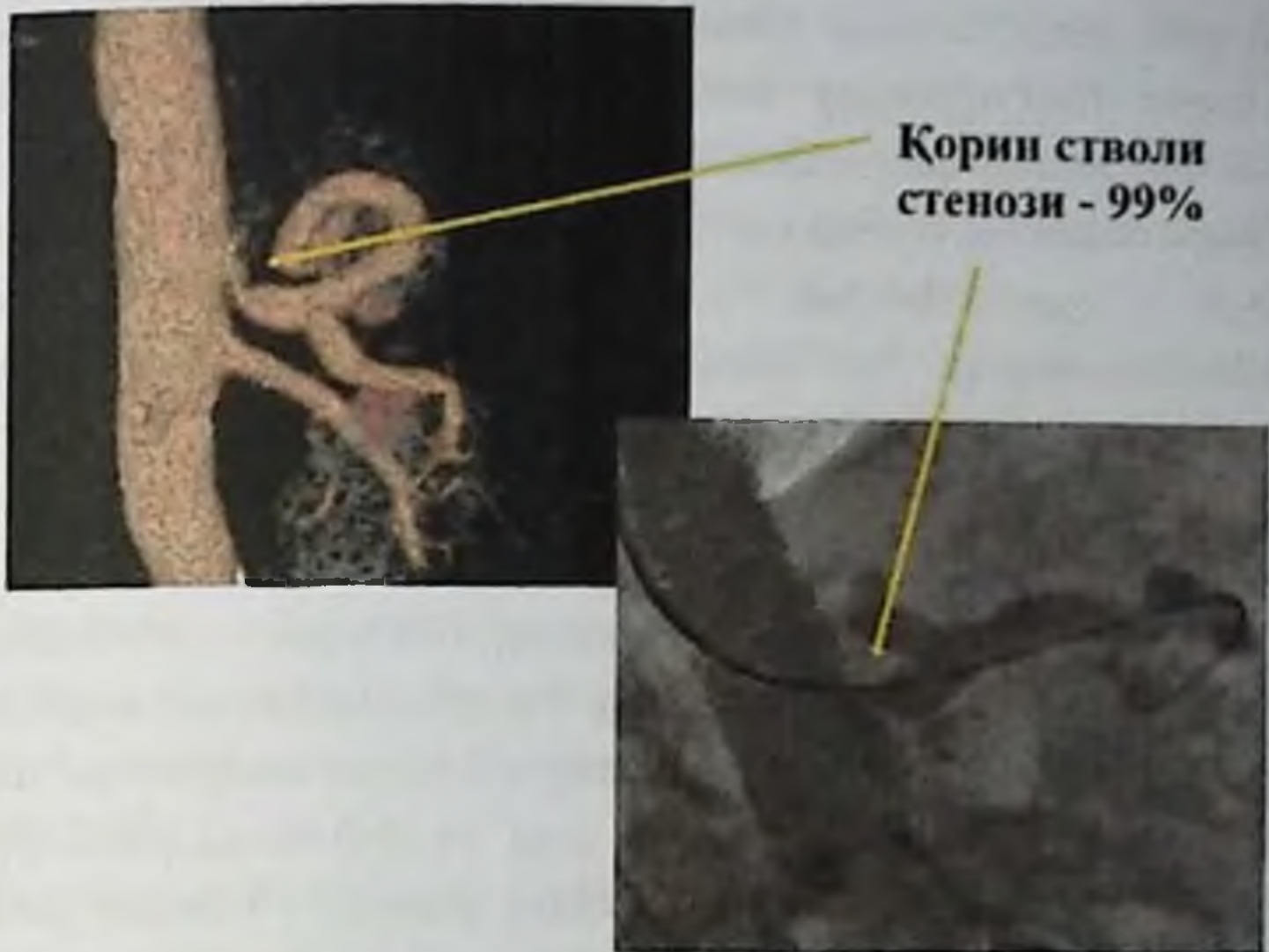
1. Umumiy klinik tekshiruvlar bosqichi: bemordan batafsil so'rabsurishtirish va kasallik anemnezini yig'ish, bemorni ko'zdan kechirish, qorin aortasi va uning tarmoqlarini, shuningdek yuza joylashgan magistral arteriyalarni (uyqu, o'mrov osti, yonbosh, son arteriyalari kabi) palpator va auskultativ aniqlash, qorin aortasi va uning tarmoqlarini fonoangiografik tekshirish.

2. Tekshiruvning ixtisoslashgan statsionar bosqichi: funksional diagnostika usullari, laboratoriyada tekshirish usullari, me'da-ichak yo'li rentgenoskopiyasi, gastroduodenoskopiya, kolonoskopiya, qorin aortografiyasi, selektiv seliako- va mezenterikografiya.

3. Tekshiruvning intraoperatsion bosqichi: qorin bo'shlig'i organlari, qorin aortasi va visseral tarmoqlarini taftish qilish, visseral arteriyalarni elektromanometriya va elektrofloumetriya qilish.

Bemorlardan so'rab-surishtirishda va fizik tekshiruv usullarida surunkali abdominal ishemiya sindromi borligi to'g'risida taxmin qilishga asos bo'ladigan tayanch nuqtalar quyidagilardir: - ko'p martalab tekshirish va terapiyaning naf bermaganligi; - og'riq simptomokompleksi va ichak disfunktsiyasining ovqat eyish bilan aloqadorligi; - og'riq simptomokompleksi kuchi va davomlilikining hazm organlarining

funksional jixatdan faolligiga – hazm tsikliga muvofiq kelishi; - boshqa arterial xavzalarda (braxeotsefal, buyrak, yonbosh, son kabi) qon aylanishi buzilishi belgilarining mavjudligi.



279 – rasm. Qorin stvoli stenozi

Surunkali abdominal ishemiya sindromini diagnostika qilish uchun qator funksional sinamalar taklif etilgan, ulardan ko‘p qismining mohiyati hazm yo‘liga nagruzka tushirish yo‘li bilan abdominal simptomokompleksni yuzaga keltirishdan iborat. Biroq, bu sinamalarning diagnostik qimmati yuqori emas, shuning uchun ular keng qo‘lamda tan olinmadi va klinik amaliyotda qo‘llanilmadi.

Laborator tekshiruvlar. Ichak absorbsion va sekretor funksiyasining holati to‘g‘risidagi axborotni bemor koprogrammalarini o‘rganib olish mumkin. Badbo‘y xidli, shilimshik, neytral yog‘, muskul tolalar, biriktiruvchi to‘qimaga boy, shakllanmagan suyuk, axlat hazm organlarining sekretor va absorbsion funksiyalari buzilganligidan dalolat beradi. Vitamin V12 bilan o‘tkaziladigan sinama (Shillenger testi) yo‘g‘on ichak distal bo‘limining absorbsiya holati to‘g‘risida ma‘lumot beradi. sianokabolamin bilan nishonlangan vitamin V12 ning radioaktiv dozasi peroral qabul qilinganda 24 soat ichida siydik bilan ajratilgan vitaminni

aniqlashga asoslangan. Normal sharoitlarda qabul qilingan dozaning 10 dan 30 foizigacha chiqariladi. Absorbsiya buzilganda siydik bilan ajratilgan vitamin miqdori kamayadi. Me'da ichi pH -metriyasi usulida me'da sekresiyasini tekshirishning muayyan ahamiyati bor. Rentgenoskopiya ichak motor funksiyasining buzilganini, shuningdek qator destruktiv o'zgarishlarni aniqlashga yordam beradi.

Diagnostikaning boshqa usullari bilan birga bu ma'lumotlar muayyan qimmatga ega bo'ladi. Endoskopik tekshirish usullari (gastroduodenoskopiya va kolonoskopiya) abdominal patologiyaning tomirlardan kelib chiqishinigina emas, balki me'da, o'n ikki barmok ichak va yo'g'on ichakda o'sma va boshqa organik kasalliklar bor-yo'qligini aniqlashni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi.

Qorin aortasi visseral tarmoqlarining okklyuzion zararlanishlarini angiografik diagnostika qilish surunkali abdominal ishemiya sindromining asosiy diagnostika usuli hisoblanadi. Rentgen kontrast usulgina qorin aortasi visseral tarmoqlarining zararlanganini aniq va abdominal patologiyaning tomirli genezini isbotlab berishga imkon yaratadi. Visseral tarmoqlar Seldinger bo'yicha retrograd angiografiya usuli va Dos Santos bo'yicha translyumbal punktsion aortografiyada kontrastlanishi mumkin. Angiografiyaning u yoki bu usulini qo'llanish terminal aorta, yonbosh va son arteriyalari holatiga bog'liq. Ular ateroskleroz bilan zararlanganda Seldinger bo'yicha retrograd aortografiya qo'llanishi mumkin emas, chunki okklyuziyalovchi jarayon zond kiritilishiga to'sqinlik qiladi va eng muximi son arteriyasi trombozi yuz berish xavfini vujudga keltiradi. Shunday sharoitlarda yuqori translyumbal aortografiya qo'llanish lozim. Ikkita – oldingi, orqa va yon proeksiyalarda tekshirishda qorin aortasi visseral tarmoqlarining xalati to'g'risida zarur ma'lumot olish mumkin. Aortogramma va selektiv angiogrammalarni taxlil qilishga asoslanib angiografik simptomlarni farq qilsa bo'ladi.

Quyidagilar biror magistral tarmoq zararlanganidan darak beradi: - qorin-ichak tutqich va ichak tutqicharo anastomozlar irmoqlari kollateral qon aylanish yo'llarining kengayishi; - okklyuziyalangan magistral tarmoqlar va stvollarining retrograd to'lishi; - Qo'shni zararlanmagan magistralning kompensator kengayishi; - buyrak arteriyasi diametrining taloq arteriyasi diametridan oshganligi; - zararlangan magistral va uning tarmoqlarining

birmuncha aniq kontrastlanishi; - kontrast moddaning zararlangan magistraldan aortaga qayta o'tmasligi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromini intraoperatsion diagnostika qilish visseral tarmoqlarni taftish qilishdan iborat. Arteriya devorlarining qalin tortishi, aterosklerotik pilakchalar va boshqa o'zgarishlar borligi aniqlanadi. Arteriya ustida palpatsiyada aniqlanadigan titrash qon aylanishi buzilganini ko'rsatadigan belgi hisoblanadi. Zararlangan arteriyada stenozlangan uchastkadan distalrokda arterial bosimni aniqlash va uni aortadagi bosim bilan taqqoslash tsirkulyator buzilishlarning og'ir-engiligi to'g'risida tushuncha beradi. Zararlangan arteriya bo'ylab qon oqimi reduksiyasi darajasini aniqlashga imkon beradigan elektromagnit floumetriya birmuncha faol ko'rsatkichlar beradi.

Surunkali abdominal ishemiya sindromi diagnozining to'g'riligiga shubxa tug'ilgan sharoitlarda qorin bo'shlig'i organlarini hazm yo'lidagi organik kasalliklarni aniqlash (yoki istisno qilish) maqsadida taftish o'tkazish lozim.

Davolash. Visseral qon aylanishining surunkali buzilishi – xirurgik muammodir. Normal qon oqimini faqat operatsiya yo'li bilan tiklash mumkin. Surunkali abdominal ishemiyaning subkompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan bosqichi operatsiya qilishga ko'rsatma hisoblanadi. Okklyuziya jarayoni (kompensatsiya bosqichi) asimptom kechganda visseral qon oqimi quyidagi hollardagina korreksiya qilinadi: - qorin aortasi va uning boshqa tarmoqlari zararlanganligi tufayli o'tkazilayotgan operatsiya gemodinamika sharoitlarini o'zgartirib, buzilgan visseral qon aylanishini yanada og'irlashtirishi va kompensatsiya holatidagi izdan chiqqan visseral qon oqimini battar buzishi mumkin; - visseral tarmoqlar qorin aortasining o'z patologiyasi tufayli bajarilayotgan operatsiya aralashuvi zonasida bo'lib qoladi. Birga Qo'shilib kelgan zararlanishlarning turli xil variantlari bo'lganda xirurgik taktika va operatsion aralashuv to'g'risidagi masalani xal qilishda umuman patologiya xarakteridan kelib chiqish lozim.

Klinik amaliyotda quyidagi birga keladigan zararlanishlar uchraydi: bir necha visseral tarmoqlar varianti; visseral va buyrak arteriyalari varianti; visseral tarmoqlar va qorin aortasi, visseral va buyraklar va qorin aortasi tarmoqlari varianti. Qorin stvoli va yuqori ichak tutqich arteriyasi

zararlanganda ikkala arteriyadagi buzilgan qon aylanishini bir vaqtning o'zida korreksiya qilishga xarakat qilish zarur.

Proksimal visseral tarmoqlar va buyrak arteriyalarining Qo'shib kelgan zararlanishlarida abdominal qon oqimini korreksiya qilish kerak. Visseral tarmoqlar va qorin aortasining Qo'shib kelgan zararlanishlarida ham qon oqimini bir vaqtning o'zida korreksiyalashga xarakat qilish kerak. Pastki ichak tutqich arteriyasining revaskulyarizatsiyasi to'g'risidagi masala muxim, terminal aorta rekonstruksiyasida va yonbosh-son shuntlashda ishemik buzilishlar yo'g'on ichakning chap yarmida paydo bo'ladi. Bu o'rinda protez bilan aortaning proksimal anastomoz darajasi ahamiyatga ega. Uni pastki ichak tutqich arteriyasi chiqadigan joydan yuqorida qo'yilganda ichak ishemiyasi rivojlanishi uchun sharoitlar vujudga keladi, chunki asosiy qon oqimi shunt bo'ylab yo'naladi, pastki ichak tutqich arteriyasidan qon oqimi esa reduksiyalanadi. Shuning uchun aorta-son shuntlashda proksimal anastomoz pastki ichak tutqich arteriyasi satxiga qo'yiladi.

Qorin aortasi visseral tarmoqlaridagi qon oqimini korreksiya qilishda operatsiya qorin aortasiga va uning tarmoqlariga yaxshi yo'l ochibgina qolmay, balki xirurgning ilgari mo'ljallab qo'ygan operatsiya rejasiga o'zgartirish kiritishga imkon berishi kerak. IX qovurg'alararo orqali o'tiladigan chap tomonlama torakofrenolyumbotomik yo'l afzal deb hisoblanadi. Xirurgik korreksiya usulini tanlash okklyuziyalovchi jarayon tabiatiga va xarakteriga bog'liq.

Qorin stvoli ekstravazal kompressiyasida adekvat qon oqimini tiklash ko'p hollarda arteriyani bosib turadigan omillardan ozod qilishning o'zi kifoya qiladi. Operatsiyalarning rekonstruktiv usullari: - transaortal va transarterial trombendarerektomiya; - arteriyalami rezeksiya qilish va protezlash; - replantatsiya operatsiyasi; - arteriyalararo shuntlash operatsiyalari. Arteriya proksimal segmentida etarlicha diametrdagi chegaralangan zararlanish bo'lishi trombendarerektomiyaga ko'rsatma hisoblanadi. Endarterektomiyani transarterial va transaortal usullar bilan amalga oshirish mumkin.

Transarterial endarterektomiyaning mohiyati zararlangan arteriya segmenti ustidan o'tkazilgan arteriotomik kesma orqali o'zgargan intima va pilakchalami olib tashlashdan iborat. Arteriyani rezeksiya qilish va

protezlash qorin aortasi visseral tarmoqlarini rekonstruksiya qilishning asosiy usullaridan biri sanaladi. Arteriyada hosil bo'lgan nuqson o'rnini to'ldirish uchun diametri 8-10 mm bo'lgan lavsan-florlon to'qima protezlaridan va autoven-plastikadan foydalaniladi.

Visseral tarmoqdarni protezlashga ko'rsatma bo'lib, zararlanish etiologiyasidan qat'iy nazar zararlanishning prolongatsiyali formalari hisoblanadi. Replantatsiya operatsiyasining mohiyati zararlangan segmentni rezeksiya qilish va uni aortaning o'zgarmagan qismiga qayta tikishdan iborat. Replantatsiya to'g'risidagi masalani asosiy stvoli etarlicha uzun bo'lgan ichak tutqich arteriyalari zararlangan takdirdagina o'rta qo'yish mumkin.

Shuntlash operatsiyalari. Bu operatsiyalarning mohiyati zararlangan segmentni chetlab o'tib qon oqimini tiklashdan iborat. Operatsiyalarning turli xil metodikalari ishlab chiqilgan, ularni shartli ravishda 2 guruhga bo'lish mumkin: aorta-arterial shuntlash va arteriyalararo anastomoz operatsiyalari. Shuntlashda qon oqimi zararlangan arteriya bilan qon oqimi manbai o'rtasiga qo'shimcha kiritma (allo- yoki avtomaterialdan) qo'yish yo'li bilan tiklanadi. Qon shu kiritma bo'ylab okklyuziyalangan magistral xavzasiga yo'naladi. Shartli rekonstruktiv (dekompressiyalaydigan) operatsiyalar. Qorin stvoli ekstravazal kompressiyasida bajariladi va uni bosib turgan omillardan ozod qilishni o'z oldiga maqsad qilib qo'yadi. Dekompressiyalaydigan operatsiyalarga: diafragmaning o'rta fibroz boylamini qirqish, diafragma medial oyoqchasini qirqish – krurotomiya, gangliyalarni olib tashlash va quyosh chigali nerv tolalarini qirqish, arteriyalarni o'rab turgan fibroz to'qimalardan ozod qilish – arterioliz kiradi. Shunday qilib, visseral qon aylanishi buzilishini xirurgik yo'l bilangina korreksiya qilishga erishish mumkin.

Asoratlari. Operatsiya bajarish jarayonida va operatsiyadan keyingi davrda yuz berishi mumkin bo'lgan asoratlarni bu xavfli sharoitlarni profilaktika qilishni, bular paydo bo'lganda esa bartaraf etish choralarini ko'rishni talab etadi. Yuraktomirlar, nafas va o'tkir buyrak etishmovchiligi, ichak infarkti va peritonit aksariyat o'lim bilan yakunlanadi. Rekonstruktiv segment trombozlari, qon oqishlar, operatsion jaroxat yiringlashi, qorin bo'shlig'i organlari eventratsiyasi xirurgik davolashning etarlicha og'ir

oqibatlari hisoblanadi va organni, ba'zan esa bemor xayotini ham qutqarib qolish maqsadida shoshilinch tadbirlar ko'rishni talab etadi.

Oyoqlarning surunkali kritik ishemiyasi

Etiologiyasi. Ateroskleroz, obliteratsiyalovchi endarteriit (trombangit), diabetik angiopatiya oyoqlar surunkali kritik ishemiyasini (OSKI) kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. V.S. Savelev (1997) bo'yicha oyoq arterialarining surunkali obliteratsiyalovchi kasalliklari (OASOK) nozologik turlari bo'yicha quydagilarga ajratiladi: ateroskleroz – 81,8%, obliteratsiyalovchi trombangit – 14%, diabetik angiopatiya – 6% va nospesifik aorto-arteriit (periferik shakli) – 9% holatlarda uchraydi. A.V. Gavrilenko (2000) esa aterosklerozni 82,2%, endarteriitni 17,6%, aorto-arteriitni 0,3% kasallarda aniqlagan. Aorta va oyoqlar arterialari obliteratsiyalovchi aterosklerozi yurak va miya qon tomirlari jarohatlaridan keyin uchinchi o'rinda turadi. Birlamchi OSKI aterosklerozda 61,1% hollarda ko'p qavatli zararlanishi bilan kuzatiladi. Aorta-son segmentining zararlanishi 50,6% holatlarda, boshqa arterial segmentlar bilan birgalikda zararlanishi esa 49,4% holatlarda uchraydi.

Patogenezi. OSKI o'rta va kichik diametrli, magistral va kollateral arteriyalarda qon aylanishining etishmovchiligi sababli kelib chiqadi. Proksimal zararlanishda kollateral qon aylanishining rivojlanishi darajasi ichki yonbosh va chuqur son arteriyalari zararlanish darajasiga bog'liq bo'ladi. Tomirlarning distal zararlanishida kollateral qon aylanishi rivojlanishi juda sust bo'ladi. Bu holatda boldimning pastki uchligida va oyoq panjalarida mushaklar gipotrofiyasi va trofik o'zgarishlar rivojlanadi. Oyoq arteriyalarning surunkali obliteratsiyalovchi kasalliklari (OASOK) patogenezi nafaqat magistral qon tomirlar yopilishi bilan tushuniladi, bu holat shu kasalliklarda qon aylanishini to'liq o'rganishni talab kiladi. Obliteratsiyalovchi kasalliklar bilan og'rikan bemorlarni morfologik tekshiruvda mikrosirkulyatsiyaning barcha sathida o'zgarishlar aniqlangan. Arteriolalar konturlarining notekisligi, g'adir-budirligi, torayishi va devorlarining qalinlashishi kuzatiladi. Kapillyarlar ham keskin deformatsiyaga uchragan va to'g'nog'ichsimon kengayib ketgan bo'ladi. Kasallik og'irlashishi bilan ishlab turgan kapillyarlar soni kamayadi, ularda qon aylanishi keskin sekinlashadi. Tomir bazal qavati kengayadi,

perikapilyar skleroz kuchayadi, kapillyarlarning bir qismi parchalanadi va nekrozga uchraydi. Magistral arteriyalarning yopilgan qismidan pastda tomir ichi bosimning kamayishi, arteriola va kapilyarlarning yopilishi kuzatiladi. Kapillyar qon aylanishining etishmovchiligi bemorlarda trofik yaralarni kelib chiqishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi.

V.S. Savelev (1997) bo'yicha, oyoqlarning og'ir darajali ishemiyasi arterial qon aylanishi etishmovchiligining asta-sekin zo'rayishi sababli kuzatiladi va oyoqlar arteriyalarining periferik qismida qon aylanishining dekompensatsiyasiga olib keladi. Kritik ishemiyaga xos bo'lgan patofiziologik fenomenlar kuzatiladi: perfuzion bosimning keskin kamayishi, qonni arteriovenoz shuntlanishi, boldirni ishemik shishishi, regulyator sistemalarni disbalansi, trombosit va neytrofilli leykotsitlar biologik aktiv substansiyalarini giperproduksiyasi. A'zoga kislorodni etkazib kelishini keskin kamayishi va hujayra metabolizmining buzilishi boshlang'ich sabablardan biridir. Bunda mushak qon aylanishining buzilishi kelib chiqishi va oyoqlar ishemiyasi darajasiga bog'liq bo'lgan metabolik o'zgarishlar to'qimalarda regionar endotoksikozni kuchaytiradi. Bu o'z navbatida eritrotsitlar va boshqa xujayralar membranasiga ta'sir qilib, umumiy intoksikatsiyaga olib keladi. Tomir tonusini oshishi, arterial qon aylanishining kamayishi va venoz gipertenziyasi, ishemiyani zo'raytiradigan arteriolo-venulyar shuntlashga olib keladi. Keyinchalik kasallikni zurayishi a'zodagi qon etishmovchiligini yanada ko'paytiradi. Bu esa, o'z navbatida a'zodagi distal qismlarda arteriovenoz shuntlashga va og'ir ishemiya ("tinchlikdagi og'riqlar") klinikasini yuzaga keltiradi. Bu erda gemodinamik buzilishlar «xalqali zo'rayish» hosil bo'ladi, natijada arterial oqimining keskin susayishiga, arteriovenoz vazoplegiyaga, venoz dimlanish va arteriovenoz shuntlashning proksimal tarqalishiga olib keladi. Boldirning ishemik shishi, keyinchalik esa yumshoq to'qimalarda destruktiv jarayonlar, ya'ni kritik ishemiya rivojlanadi.

Boldir ishemik shishiga olib keluvchi sabablar: venoz dimlanish, limfovenoz etishmovchilik, kallikrein-kinin tizimining faollashuvi, zararlangan a'zo to'qimalaridagi gipoksiya, giperkapniya va atsidoz, antioksidant faolligini kamayishi bilan kechuvchi lipidlarning perikisli oksidlanishi faollashuvi, trombosit va leykotsitlarning faolashuvi, ularning qon tomir devoriga adgeziyasining ortishi (biologik aktiv substansiyalarning

ko'p chiqarilishi bilan) natijasidagi endoteliyning funksiyasini buzilishi, oksidlovchi fermentlarning faolligini kamaytiruvchi autolitik fermentativ jarayonlar. Bu buzilishlarning hammasi, a'zo mushaklarning ishemiyasini qaytmas ekanligini ko'rsatadi.

Qandli diabet asoratlaridan oyoqlarning diabetik gangrenasi jarohlar diqqatini o'ziga tortadi. Bu asoratlarning kelib chiqishiga oyoqlar makro- va mikroangiopatiyasi, neyropatiya sabab bo'lgan. Yaqin kunlargacha bizning adabiyotlarimizda "diabetik panja" atamasi ishlatilmagan, shuning uchun, shifokorlar bu jarayonni mustaqil kasallik deb hisoblashmagan, lekin bu muammo juda dolzarb hisoblanadi.

"Diabetik panja" atamasi – yig'ma tushuncha bo'lib, katta tibbiyot entsiklopediyasida bu atama panjadagi anatomo-funksional o'zgarishlar simptomokopleksi deb hisoblanadi. Yiringli-nekrotik jarayonlarning rivojlanishiga diabetik neyropatiya, mikro- yoki makroangiopatiya, osteoartropatiya sabab bo'ladi. "Diabetik panja" sindromi kandli diabet kasalligida 30-80% holatlarda uchraydi. Bu guruhda oyoqlar amputatsiyasi 15 barobarga ko'p bajariladi.

"Diabetik panja" rivojlanishida uchta asosiy omillar, ya'ni neyropatiya, makro- yoki mikroangiopatiya va infeksiya muhim o'rin tutadi. Oyoqlarning periferik qon tomirlari zararlanishi, asosan panja tomirlari neyropatiyasi bilan uzviy bog'liq bo'lib, klinik manzarali yoki yashirin kechishi mumkin. Neyropatiya "diabetik panja" rivojlanishida asosiy boshlang'ich omil bo'lib hisoblanadi. Qon tomir o'zgarishlari diabetning yashirin davrida paydo bo'lib, diabetni kelib chiqishini oldindan xabar beruvchi belgisi bo'lishi mumkin.

Qandli diabetda qon tomir devoridagi mikroskopik o'zgarishlardan gialinoz, bazal membrana qavatini qalinlashishi, qon tomir devorida oqsil-lipid PA-pozitiv moddalarini yig'ilishi va keyinchalik ularni kamayishi kuzatiladi va bu o'zgarishlar tomir ichi obliteratsiyasiga olib keladi. Bu holatni boldir mushaklari perinevral arteriolalarida, kapillyarlarida, teri va panja mushaklari arteriolalarida uchratish mumkin. Arteriola, prekapillyarlar, kapillyarlar, postkapillyar va venulalardagi o'zgarishlar diabet uchun xos bo'lib, boshqa to'qima va a'zolarda ham aniqlanadi. Qator chet el va o'z olimlarimizning fikriga ko'ra, mikroangiopatiya asorat emas, balki qandli diabet klinik sindromining neyropatiya singari, asosiy qismi

bo'lib hisoblanadi. Elektron mikroskopiya va maxsus miqdoriy tahlil usuliga yordamida diabet kasalligida arteriyalar adveitsiyasi aksonlari sonining kamayishi aniqlanadi. Nerv oxiri va mushak xujayrasi oralig'i biriktiruvchi to'qima bilan to'ladi, bu esa mushak to'qimasi yuzasidagi mediator konsentratsiyasi va effektor xujayralar yuzasiga etib boradigan mediator tezligiga ta'sir qiladi. Xarakat nervlaridagi degenerativ o'zgarishlar panja mushagining atrofiyasi, uning detursiyasi, panjadagi "yuqori bosim nuqtalarining" o'zgarishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida yumshoq to'qimalarda o'zgarishlar va zararlanishlarni kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Vegetativ nerv sistemasining zararlanishida panja terlashining kamayishi, infeksiya darvozasi bo'luvchi panja terisini qurishi, darz ketishi va qadoqlar paydo bo'lishi kuzatiladi.

Yuqorida aytilganlarning barchasi "diabetik panjani" keltirib chiqaruvchi angiopatiya va neyropatiya bir-biriga bog'liq bo'lgan patologik jarayonlar ekanligini, hamda panja mikrosirkulyatsiyasini keskin kamayishiga sabab bo'lishini ko'rsatadi. Diabetik mikroangiopatiyani zo'rayib borishi natijasida infeksiya Qo'shilishi kuzatilishi mumkin, bunda yiringli-nekrotik jarayonlar, ya'ni oyoqlarning diabetik gangrenasi kuzatiladi. Bunga teriga o'sib kirgan timoq, ishqalanish, timalishlar va boshqalar sabab bo'ladi. Diabetik gangrena o'ziga xos xususiyatlariga ega: ko'pincha nam bo'ladi, tez rivojlanuvchi nekroz bilan birga kuzatiladi, jarayonni cheklanishi kuzatilmaydi.

F. S. Tkach (1987) fikricha, ikkita patogenetik shaklni farqlash kerak: 1) tomir zararlanishi ustunligi bilan; 2) og'ir mikroangiopatiya fonidagi infeksiyon jarayon – gangrena ustunligi bilan kuzatiladigan. Diabetik mikroangiopatiyada – nam gangrena, obliteratsiyalovchi endarteritda esa quruq gangrena kuzatiladi.

Tashxislash. Laborator tekshiruv usullaridan qondagi fibrinogen miqdorini, plazmani geparinga tolerantligini, qondagi heparin miqdorini, antitrombin III miqdorini, qonni fibrinolitik faolligini aniqlash zarur. Bundan tashqari, trombositlar agregatsion funksiyasini tekshiruvchi usullar mavjud. Bularning hammasi bemor qonining reologiyasi ko'rsatkichlari bo'lib, bemor ahvolini baholash uchun omil bo'lishi mumkin. Qonda umumiy xolesterin, zichligi past xolesterin liporoteidlar, zichligi yuqori

xolesterin lipoproteidlar, triglitsseridlar, aterogen koeffitsienti aniqlanishi mumkin.



280 – rasm. Chap oyoq kritik ishemiyasi – 3 barmoq quruq gangrenasi.

Obliteratsiyalovchi aterosklerozda arteriyalar devorida va qon plazmasida lipidlar perekisi miqdori yuqoriligini aniqlanishi mumkin. Bunda arteriya qanchalik og'ir zararlangan, qonda malon dialdegidning miqdori shunchalik yuqori bo'ladi. Aterosklerozda lipidlar perekisli oksidlanishiga sabab deb antioksidant etishmovchiligi hisoblanadi. Bunga alimentar buzilishlar, chekish va endoteliyda fagotsitlar faolligini aktivlashtiruvchi immun va mikroblar omillar sabab bo'ladilar. A.A. Tarkovskiyning (1996) fikricha, lipidlar perekisli oksidlanish mahsulotlarining yuqori miqdori va antioksidant aktivlashuvi ko'rsatkichlarining kamligi oyoklar kritik ishemiyali guruhda kuzatiladi.

OSKI aniqlashda funksional va rentgenologik tekshiruv usullari qo'llaniladi. Funksional usullarga reovazografiya, sfigmografiya, pletizmografiya, ossilloografiya va ultratovush dopplerografiyalar (UTDG) kiradi. Rentgenologik usullarga esa rentgenkontrastli, digital subtraksion va magnit-rezonans angiografiya kiradi.

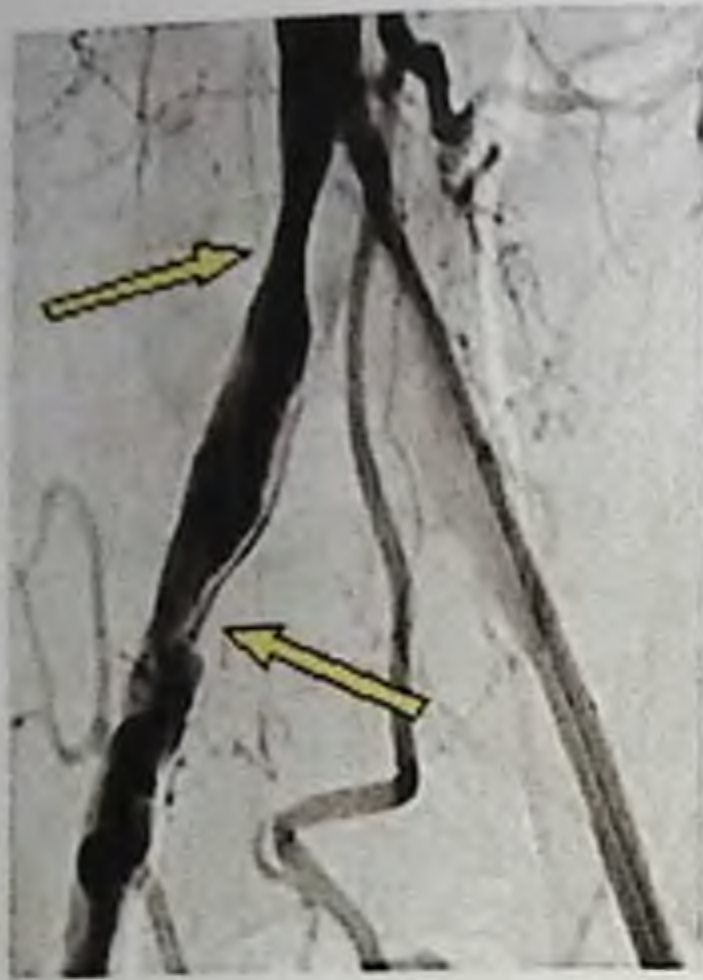
Ko'rsatilgan funksional tekshiruv usullaridan reovazografiya o'ziga xos o'ringa ega. Bu usulda to'qimalardan yuqori chastotali tok o'tganda

hosil bo'ladigan pulsli tebranishlar yozib olinadi. Bunda arterial, venoz, kapillyar holati birgalikda yozib olinadi, ammo har birini alohida aniq o'zgarish darajasini ham aniqlab bo'lmaydi va bir oyoqni yo'qligida ko'rsatkichlar olinmaydi. Sfigmografiya, pletizmografiya, ossilloografiya, taxiossilloografiya kabi usullar nisbiy ma'lumot beradilar, kollaterallar holatini ko'rsatishmaydi va tomirlar holati xaqida noto'liq tushuncha beradilar. OSIKni keng tarqalgan noinvaziv tekshiruv usullaridan biri bo'lgan ultratovush dopplerografiya, ob'ektiv usul hisoblanadi, klinik va metodik chegarasizligi bilan, yuqori informativligi bilan ajraladi. Unda yelka-oyoq indeksini (YeOI) hisoblash, regionar qon oqimi holati xaqida xabar olish, atravmatik va kasal uchun bezarar qo'llash, regionar gemodinamikani buzilishlarida, oyoqlar ishemiya darajasini aniqlashda omil sifatida ishlatish mumkin.

Angiografiya tekshiruv usuli qon tomir jarrohligini rivojlanishiga katta hissa Qo'shgan va oxirgi 10 yillik ichida asosiy tekshiruv usul bo'lib qolgan. U «oltin standart» tekshiruv usuli bo'lib, ko'p hollarda tomirlarni zararlanishida jarrohlik taktikani aniqlaydi, hamda oyoq gangrenasida amputatsiya uchun eng qulay joyni aniqlaydi. Angiografiyadan so'ng asoratlari qator olimlar fikricha 0-14% ni tashkil etadi.

Bu usullar yuqori ma'lumotligiga qaramay kapillyarlarda qon oqimi xaqida ma'lumot bermaydilar. Vaholanki OASOKda zararlangan oyoqning to'qimasida qon aylanishini va metabolizmini baholashda kapillyarlardagi qon oqimi holati katta rol o'ynaydi. Kapillyaroskopiya – mikrosirkulyatsiyani oddiy tekshiruv usuli hisoblanadi. Lekin bunda mikrosirkulyatsiyani miqdoriy buzilishini va okklyuzion jarayonni joyini aniqlab bo'lmaydi.

Xozirgi paytda to'qima qon oqimini o'rganuvchi yangi tekshiruv usullardan biri bo'lgan lazerli doppler floumetriyadir (LDF). LDF turli xil funksional testlarni (reaktiv postokklyuzion giperemiya testi, Valsalva sinamasi, pozitsion sinama, vazaprostanli sinama) ishlatib oyoqlar subkritik va kritik ishemiyasi bo'lgan bemorlarda mikrosirkulyator reaktivlik darajasini aniqlaydi. Kislorodni panja va boldirda teriosti kuchlanishini (TcPO₂) aniqlash mikrosirkulyatsiya tizimida qon oqimi xaqida baho beradi, kasallik klinik manzarasini aniqlashtiradi va OSKili bemorlarni ajratadi.



281 – rasm. Oyoq kritik ishemiyasi kuzatilgan bemor angiogrammasi. Yuzaki son arteriyasi okklyuziyasi.

Shunday qilib, OSKda arterial rekonstruksiyanı bajarish uchun tomirlar zararlanganligini darajasini bilish kerak. Buning uchun bemorga umumiy klinik va laborator tekshiruvlar, mikrosirkulyatsiyanı (LDF, TcPO₂) aniqlash, qorin aortasi va oyoqlar arteriyalarini ultratovush tekshiruvlar (UZDG, UDS), oyoqlar aortoarteriografiyasi bajarilishi zarur. Shu tekshiruv algoritmini qoʻllaganda koʻpgina (90%) bemorlarda jarrohlik amaliyoti bajarish uchun koʻrsatma aniqlanadi. Tekshiruvning oxirgi boskichi arteriyaning intraoperatsion reviziyasi boʻlib hisoblanadi, bunda operatsiya qilib boʻlmaydiganlarni 8% da rekonstruksiya uchun sharoit aniqlanishi va oyogʻini saqlab qolinishi mumkin.

Davolash. OSKni davolanishi murakkab masalalardan boʻlib, uni hal qilish nafaqat oyoqni saqlab qolinishi balki hayot tarzini yaxshilanishga va hayotni uzaytirishga imkon beradi. Oyoqlar kritik ishemiyasini tashxislash va davolash buyicha Rossiya konsensusida (2002 y.) bemorlarning hozirgi kunda asosiy davolash prinsipi boʻlib kompleksli va individual yondashuv hisoblanadi, bunga – operatsiyadan oldingi intensiv konservativ davo, operativ davo (bevosita yoki bilvosita revaskulyarizatsiya, nostandart va palliativ amaliyotlar, amputatsiya), amaliyotdan keyingi davrning adekvat

olib borilishi, operatsiya yoki amputatsiya o'tkazgan bemorlarning reabilitatsiyasi va bemor hayotining oxirgacha dispanserli kuzatuv kiradi.

Konservativ davo OSKIning kompleksli davosining ayrilmas qismi bo'lib, amaliyotdan oldingi tayyorgarlik, jarrohlik amaliyotini bajarish va amaliyotdan keyingi asoratlarni kamaytirish uchun zarur. Konservativ davoning hozirga paytgacha ishlatib kelingan spazmolitik terapiya patogenetik asoslanmagan va hozirga vaqtda kam ishlatilmoqda. Asosan qon reologiyasini va mikrosirkulyatsiyasini yaxshilaydigan, qonni ivish tizimi faolligini pasaytiradigan, fibrinolizni kuchaytiradigan dori vositalariga etibor berilmoqda. Bugungi kunda pentoksifillinni cho'zdirilgan shakli, ya'ni Vazonit – retard 600 ishlab chiqilgan. Bu dori OASOK bilan og'riq bemorlarda effektiv davo hisoblanadi. Uning noxush ta'siri 2% holatlarda uchraydi va dorini to'xtatishga sabab bo'lmaydi. Tiklid esa trombotsitlarni spontan va ADF-indutsirlangan agregatsiyasini kamaytiradi, dezagregatsiyani yaxshilaydi, bu hol esa periferik arteriyalar aterosklerozi bo'lgan bemorlarda trombogen xavfni kamaytiradi.

Antitrombotsitar davo – OASOK va boshqa genezli bemorlar kompleks davosida asosiy yo'nalishdan biridir. Klopidoqrel (plaviks) yuqori antitrombotsitar ta'sirli dori-vositasi va trombotsitlar agregatsiyasi maxsus va kuchli ta'sir etuvchi ingibitori bo'lib hisoblanadi. Har xil genezli tomir patologiyalarida (nevrologik, psixiatrik, oftalmologik) ishlatiladigan dorivositalaridan biri bo'lib tanakan hisoblanadi. 1984 yilda tanakaning antifibrinogenni faollashtiruvchi ta'siri aniqlangan. Undan tashkari, tanakaning trombotsitlar va eritrotsitlar giperagregatsiyasiga tormozlovchi ta'siri aniqlangan, bu esa qonni reologik holatini yaxshilaydi, trombni hosil bo'shlishiga va silliq mushaklar tonusini kuchaytiradigan mediatorlarni ishlab chiqarishiga yo'l qo'ymaydi. Tanakan ambulator va statsionar davolashda har xil darajali OASOK bemorlarida ayrim Rossiya mutaxassisleri tomonidan tavsiya etiladi (V.M. Koshkin, 1998; A. V. Pokrovskiy va hammual., 1997; V. A. Yanushko va hammual. 1999). OSKI kelib chiqish patogenezidan ma'lumki, endoteliyning funksional faolligi pasayadi (avvalo antitrombotsitar) va prostoglandinlarni ishlab chiqishi kamayadi. Bu holat prostoglandinlar guruhiga kiruvchi dori vositalarini ishlab chiqarishiga turtki bo'ldi. PGE1 ni asosiy ta'sir mexanizmiga ishemik to'qimada trombotsitlar agregatsiyasini va tromb hosil bo'lishini

kamaytirish, to'qimalarni zararlanishini oldini olish, mikrosirkulyatsiyani yaxshilash, kislorod bilan adekvat ta'minlash, qon oqimini ko'paytirishi antisklerotik ta'siri va normal metabolizmni tiklanishi kiradi. Shuni aytib o'tish kerakki, vazaprostanni ishlatishdan oldin sinama o'tkazish lozim, bunda mikrosirkulyator tizimining dorini vazadilyator ta'siriga sezuvchanligi aniqlanadi. Vazaprostan bilan davo OSKda arterial qon oqimining distal zararlanishida va boshqa davo usullar qolmaganda, birlamchi amputatsiyadan afzal bo'lishi mumkin. Vazaprostan jarrohlik amaliyotga tayyorgarlikda ham ishlatilish mumkin. OSKni asosiy davo usuli bu jarrohlik usulidir. Rekonstruktiv jarrohlik usullar 45-55% bemorlarda amaliyotdan keyin 5-8 yil ichida oyoqlarni saqlab qolish imkoniyatini beradi. Aorta-son shuntlash operatsiyasi aorta-son zararlanishida mavjud bo'lgan usullar ichida «oltin standart» bo'lib hisoblanadi. Shu sohani o'zini zararlanishida va periferik oqimni saqlanganligida yaxshi natijalar olish mumkin, ammo bu hol faqat 6,1% holatlarda uchraydi.

Obliteratsiyalovchi aterosklerozga xos bo'lgan zararlanish bu "ko'pqavatlilik", bunda asosan aorta-son va son-taqim osti segmentlari zararlanadi, bu esa oyoqlarni chuqur ishemiyasiga olib keladi. Uning uchrashi – 25,6-36,7% ni tashkil etadi. Bunday hollarda iloji boricha birdaniga ikkita zararlangan segmentlarni tiklash operatsiyasi o'tkaziladi. Arterial oqimining proksimal va distal qismlari zararlanishida muvaffaqiyatsiz rekonstruktiv operatsiyalar foizi anchagina yuqori bo'ladi. Shuning uchun proksimal qismini alohida zararlanganidagina amaliyotni bajarilishi tavsiya etiladi. Jarayonga periferik oqim qo'shilganda rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlari muvaffaqiyatsiz bo'ladi.

Sintetik protezlarni ishlab chiqarilishi bilan qorin aortasi va yonbosh arteriyalarda juda kam holatlarda endarterektomiya bajarilmoqda. Birinchi bo'lib ochiq endarterektomiyani 1947 yilda J. C. Dos Santos bajardi. 1967 yili H. Harrison et al. eversion endarterektomiya usulini taklif etishdi. Keyingi yillarda ayrim jarrohlar shu usulga qaytib kelishdi. P.O. Kazanchyan (2002) aorta-son segmenti sohasida eversion endarterektomiya amaliyotidan so'ng 4 yil ichida 91,3% holda arteriya o'tkazuvchanligini kuzatdi, bunda asoratlar va o'lim holatlari kuzatilmadi. Tomirlar kalsinozi bu jarrohlik amaliyotni bajarilishini chegaralaydi. Kritik ishemiyada

rentgenendovaskulyar amaliyotlar tanlov usuli emas, tomirlar oqimini davomiyligi va ko'p qavatli zararlanishi buni chegaralaydi. Oqsoqlanishi bor bemorlarda son-taqim osti sohasida stenozni dilyatatsiya qilingandan 5 yildan so'ng arteriya birlamchi o'tkazuvchanligini 50% bemorlarda saqlanadi. Agar ikkita yoki uchta arteriyalar zararlangan bo'lsa, unda 5 yildan so'ng birlamchi o'tkazuvchanlik 25% bemorlarda saqlanadi. OSKI bor bemorlarda natijalar yomonroq bo'ladi, angioplastika amaliyotdan keyingi davrida 90% yaxshi natijali bemorlarning 6 oydan so'ng 24% da tomir o'tkazuvchanligi saqlanadi. Chuqur son arteriyasining okklyuzion-stenotik jarayon bilan zararlanishi 46,3-72% obliteratsiyalovchi aterosklerozli bemorlarda kuzatiladi. Ma'lumki, 60 yoshdan oshgan bemorlarda OASOK 20% hollarda uchraydi. Rekonstruktiv amaliyotga ko'rsatma bo'lganda bemor yoshi ahamiyatga ega emas, bunda hamroq kasalliklar (YuIK, arterial gipertenziya, miya qon aylanishini buzilishi, qandli diabet va b.) mavjudligida har xil asoratlarni oldini olish maqsadida ekstraanatomik shuntlash (son-o'mrov osti, son-qo'ltiq osti, son-son alloshuntlash) jarrohlik amaliyotlarni qo'llash zarur bo'ladi.

Rekonstruktiv amaliyot natijasi periferik qon oqimining holatiga bog'liq bo'ladi. Bitta tibial arteriya saqlangan holda ham bevosita rekonstruktiv amaliyot oyoqni saqlab qolishi mumkin.

Ammo, keyingi paytlarda kollateral qon tomirlarni mikroskopiya sharoitida "in situ" autovenoz protezlash xaqida ma'lumotlar paydo bo'ldi. Bunda autovenaning distal qismi pastga tushuvchi tizza arteriyasi bilan anastomozlanadi. Ayrim hollarda distal panja shuntlashlar yaxshi natijalar beradi. Shunt sifatida katta teri osti venasi ishlatilib, distal qismi panja arteriyalari bilan ulanadi. 1 va 3 yildan so'ng shuntlarni kumulyativ o'tkazuvchanligi 58,1% va 39,5% tashkil etadi, 55,8 va 46,5% hollarda oyoq saqlanib qolinadi.

Aorta va oyoqlar magistral arteriyalarida rekonstruktiv operatsiyalar soni ko'payganligi va ularga ko'rsatmalar kengayganligi sababli, muvaffakiyatsiz rekonstruktiv amaliyotlardan so'ng qayta operatsiyalar sonini ko'payishiga olib keldi. Qayta rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlardan so'ng amputatsiyalar soni birinchi yil oxiriga 30,1%ni, uchinchi yil oxiriga – 52,4%, beshinchi yil oxiriga – 63,3%ni tashkil etadi. OSKI da boldir va oyoq panja venoz qon oqimini arterializatsiyasi, revaskulyarizatsion

osteotranplantatsiyasi, bel simpatektomiyasi, katta charvi autotranplantatsiyasi kabi palliativ amaliyotlar amputatsiyalar sonini 50-65 dan 15-25% gacha kamaytirishi mumkin. Oyoqning ishemiyaga uchragan distal qismiga arterial qonni etkazib berish uchun vena qon oqimi yo'llarini ishlatish jarrohlari ko'p yillar davomida qiziqtirib kelgan. Arterializatsiyadan so'ng yaxshi natija faqat yakka hollarda uchragan, masalan Halsted A. E. bo'yicha (1912) – 42 kasaldan faqat 3 tasida. Trombozlar ko'pligini muallif venoz tomirida klapanlar mavjudligi bilan bog'laydi. Lekin hozirgi paytda bu jarrohlik usul juda keng foydalanilmoqda. A. V. Pokrovskiy (2000) ma'lumotlari bo'yicha oyoq panjasi venoz oqimini arterializatsiyadan so'ng 94,3% bemorlar oyoqlarini amputatsiyadan saqlab qolish imkoniyatini berdi. 5 yildan so'ng 45,3% bemorlarda shunt o'tkazuvchanligi saqlanib qoldi, oyoqlar esa 88,3% holda saqlanib qolindi. Gavrilenko A. V. (2002) ma'lumotlari bo'yicha boldir va panja yuzaki venoz oqimini arterializatsiyasidan so'ng 2 yildan keyin 83,3% bemorlarni oyog'ini saqlab qolindi, bunda xamma holda shuntlar yopilishi kuzatildi.



282 – rasm. Oyoq panja venasining arterializatsiyasidan keyingi angiogramma.

Yuqoridagilarning baridan shunday xulosa kelib chiqadiki, boldir va panja yuzaki venalarini arterializatsiyasi tanlash usullaridan biri bo'lib hisoblanadi va amaliyotdan 3 oydan so'ng arterializatsiya qilingan venani o'tkazuvchanligi oyoqni saqlab qolinishiga ta'sir qilmaydi, bu esa shuntni trombozidan so'ng oyoqda kuchli kolateral qon aylanishini rivojlanishi haqida dalolat beradi.

Venoz qon oqimi arterializatsiyasini kamchiligi shundaki, 15-30% holatlarda autovena kichikligi, unda patologik o'zgarishlar bo'lganligi (flebit, varikoz kengayishlar) yoki uni oldingi operatsiyalarda ishlatilganligi sababli jarrohlik amaliyoti o'tkazilmaydi, undan tashqari amaliyotni bajarish uchun maxsus asbob-uskuna kerak. Bu holatlarda boshqa usullardan foydalanishga to'g'ri keladi. Bel simpatektomiyasini (BSE) birinchi bo'lib 1924 yili Diez bajargan, Rossiyada esa BSEni birinchi bo'lib P. A. Gersen bajardi, va uni natijalari haqida 1926 yili VIII jarrohlarning s'ezdida ma'lumot berdi. Hozirgi paytgacha bu jarrohlik amaliyoti o'z ahamiyatini yo'qotmagan va barcha «zahiralar» tamom bo'lganda, amputatsiyadan afzal oxirgi imkoniyat bo'lib qoladi.

1987 yil F.N. Zusmanovich tomonidan taklif kilingan revaskulyarizatsion osteotrepantsiya (ROT) ham OSKI bemorlarni davolashda o'z o'mini topgan. ROT dan so'ng suyak-ko'mik qon oqimini kuchayishi, mavjud bekilgan kollaterallarning ochilishi kuzatiladi (paraosstal, mushak, mushaklararo, paraartikulyar, teriosti) va yumshok, ayniqsa suyak to'qimalarda metabolik aktivlik oshadi. Son-taqim osti segmenti zararlanishida va distal turlarda yaxshi natija (76%) kuzatiladi. Taxminan 20 yil oldin OKI da zararlangan oyoqqa yumshok to'qimali laxtakni o'tkazish usuli haqida ma'lumotlar paydo bulgan edi. V. G. Samoday (2003) OSKI bor bemorlarga yumshok to'qimalarini mikrotomirli autotransplantatsiyasini bajardi. Bunda orka keng mushak, katta charvi va oldingi tishli mushak laxtagini ishlatdi. 9 yildan so'ng oyoqlarni saqlab qolish kumulyativ ko'rsatkichi – 81,2%, aralash revaskulyarizatsiyalaridan so'ng – 83,5% tashkil qildi. Shunday qilib, OSKI bemorlarda amaliyotlarni tanlash arterial qon oqimini zararlanish sathi va darajasi, oyoqlar ishemiyasini darajasi va mavjud bo'lgan hamroh kasalliklarga bog'liq. Undan tashqari, oyoqlar arterial qon oqimi to'liq zararlanganda ham amputatsiya tanlash operatsiyasi bo'la olmaydi, chunki rekonstruktiv

amaliyotlar natijasiz bo'lganda ham palliativ va nostandart revaskulyarizatsion jarrohlik amaliyotlari oyoqlarni saqlab qolish imkoniyatini beradi.

Birinchi martaba arteriya ichiga in'eksiyani 1665 yili Maltalyatti bajardi, lekin bu usul ko'pchilik olimlar (V. A. Opel, Lerish, Dos Santos, Fonteyn, N. N. Burdenko, V. V. Kovanov, F. A. Andreeva i dr.) tomonidan XX asmi boshlaridan qo'llanila boshladi. U paytda arteriya ichi og'riqsizlantirish usuli hali keng tarqalmagan bo'lsada, arteriya ichiga davo sifatida navokainni yuborish ko'pchilik tomonidan tan olingan edi. Arteriya ichiga dori vositalarni yuborganda ularni zararlangan joyda o'zgarmagan holda yuqori konsentratsiyasi, davo ta'sirini kuchayishi, angioretseptorlarga bevosita ta'siri va dori vositalarni odam tanasiga toksik ta'siri kamayishi kuzatiladi. Undan tashqari a'zo va to'qimalardagi ishemik o'zgarishlar kamayadi, mikrosirkulyator va metabolik jarayonlar yaxshilanadi, trofik o'zgarishlar yo'qoladi, yallig'lanish jarayonlari kamayadi va tuzalish tezlashadi. Arteriya ichi infuziyasining oqimli va fraksion usullari mavjud.

Bugungi kunda oqimli usul ko'prok ishlatiladi, chunki fraksion usulda arteriya ichiga dorilar yuborilganda ularning konsentratsiyasi tez kamayadi va tomir kengaytiruvchi ta'sir qisqa muddatli bo'ladi. Uzoq muddatli arteriya ichi kateter terapiya (UMAKT) birinchi bo'lib 1951 yili H. Birman va C. Klopp tomonlaridan eksperimentda saratonni regionar ximioterapiya usuli sifatida ishlab chiqilgan. UMAKT da yaraning tezroq bitishi, ishemik sindromni kamayishi, oyoqlarni kollateral qon oqimini yaxshilanishi kuzatiladi va bu usul OSKI bo'lgan bemorlarda amaliyotga tayyorlash yoki mustaqil davo sifatida tavsiya qilinadi.

Ko'pincha S.A. Gasparyan usulidagi pastiki qorin arteriyasini kateterlash bajariladi. Lekin bu usulda katta va chuqur kesma talab qilinadi va asoratlari ham ko'p kuzatiladi. Eng kam asorat kuzatiladigan va oddiy usullardan bu son arteriyasini kateterlashdir. Arteriya ichiga dorilarni yuborish uchun Seldinger usulida kontralateral son arteriyasi punksiya qilinadi, kateter aorta bifurkatsiyasidan o'tkazilib zararlangan tomonga Bechman usuli bo'yicha o'rnatiladi. Bu usulni afzalligi shundaki, zararlangan tomonda operatsiya qilish va bu usuldan bir necha marotaba foydalanish mumkin. Lekin ikkala son arteriyasi okklyuziyasida va qorin aortasini deviatatsiyasida Bechman bo'yicha katetrlashning iloji bo'lmaydi.

UMAKT usuldan foydalanilganda yuboriladigan donlarni ahamiyati juda katta. Hozirgi paytda, buning uchun, reopoliglyukin, geparin, pentoksifillin, nikotin kislota, salkoseril, no-shpa, askorbin kislota, vitaminlar, vazaprostan, gormonlar, kontrikal, antibiotik kabi dori vositalaridan foydalaniladi. Bu dorilar mikrosirkulyatsiyani va qonni reologiyasini yaxshilash, yallig'lanishni oldini olish maqsadida foydalaniladi.

Oyoqlari yiringli-nekrotik zararlanish bilan kechuvchi qandli diabet kasalligida gemosorbsiya keng qo'llaniladi va bunda davolash natijalari yaxshilanadi. Oyoqlari qorasonga uchragan qandli diabetli bemorlarda vena ichiga leykokonsentrat yuborilganda ham yaxshi natijalar kuzatiladi. Bundan tashqari, diabetik mikroangiopatiyada giperbarik oksigenatsiya vaqtida geparino terapiya o'tkazilganda to'qimalar qon aylanishi yaxshilanadi.

Maxaliy davolashda yiringli-nekrotik yarani keng ochib, maxalliy insulinli, vitaminli, dimeksidli va fibrinolizinli bog'lamlar qo'yish, nekrozlangan to'qimalarni xirurgik lazer bilan kesib olib tashlash kerak. Adabiyot ma'lumotlariga qaraganda, bel simpatektomiyasidan olingan natijalari turlicha. Ayrim olimlar diabetik oyoq bilan bel simpatektomiyasi yaxshi natija bermaydi deb yozishadi, boshqalari esa aksincha, bu amaliyotdan so'ng, yaxshi natijalar kuzatgan.

Saqlab qoluvchi davo usuli ham mavjud bo'lib, unda zararlangan oyoq tomonida buyrak usti bezi qisman rezeksiyasi va bel simptaektomiyasi bajariladi. Bu jarrohlik amaliyoti asosan magistral arteriyalarda qoniqarli qon oqimi saqlangan holda mikrosirkulyatsiya buzilishidan kelib chiqadigan kritik ishemiyada bajariladi.

Oxirgi o'n yil ichida past chastotali ultratovush kavitatsiyasi klinik tajribajada o'z o'mini topdi. Past va o'rta chastotali ultratovush tebranishlar yara jarayoniga turlicha ta'sir qiladi. Uning ta'sirida yarani xujayra elementlari, lizosomal enzimlar kavitatsion parchalanadi, xemotoksik omillar va bakteriotsid kationli oqsillar hosil bo'ladi va buning hisobiga yara tozalanishi tezlashadi. Bu omillar ekssudatni proteolitik aktivligini kuchaytiradi, neytrofillarni fagotsitar va antibakterial aktivligini rag'batlantiradi, nekrozga uchragan to'qimalarda ultratovush dezintegrator bo'lib ta'sir qiladi va ularni ko'chishini tezlashtiradi.

Keyingi yillarda yiringli yaralarni ultratovush sanatsiyasi va yiringlinekrotik yumshoq to'qimalarni lazer bilan davolash keng qo'llanilmokda. Bu usulning ko'p musbat tomonlari mavjud: atravmatikligi, abakterial muhitni hosil qilishi, regenerativ jarayonlarni rag'batlantirishi va qonni reologik xususiyatini yaxshilashi. Lazer nurlari mikroorganizmlarining assotsiatsiyalarini sonini kamaytiradi va ularning antibiotiklarga sezgirligini oshiradi. Lazerni qo'llagandan so'ng yara usti sohasi 81-90% hollarda sterilizatsiyalanadi.

Oxirgi yillarda oyoq panjasi yiringli-nekrotik zararlanishini davolashda, boshqa fizik usullar bilan birgalikda suvda eriydigan ko'p komponentli surtmalar juda keng qo'llanilmokda. Ko'pkomponentli surtmalarga antibakterial dori vositalari (antibiotik, sulfanilamid, antiseptik), to'qima almashinuv jarayonlarni regulyatori – metiluratsil, mahaliy antiseptik – trimekain va gidrofillar kiradi. Levomekol va levosin ko'pgina grammusbat va grammanfiy bakterialarga (ichak tayokchasi) ta'sir etadi. Ko'p komponentli surtmalar yara jarayonini I fazasida xirurgik ishlov nozarurligi yoki boshqa hollarda ko'rsatilgan. Surtamalarni qo'llash davolanish muddatini qisqartiradi, oeqni operativ davoga yoki autodermoplastikaga tayyorlaydi.

Yiringli yaralarni sanatsiya qilishda keng ishlatiladigan ozonoterapiya haqida ham aytib o'tish kerak. "Ozonator 1M" apparati Kirov nomli NPO Olmaota shahrida ishlab chikariladi. Ham grammusbat, ham grammanfiy aerob va anaeroblar ozonga birxil sezuvchan. Oyoklarni diabetik gangrenasida kompleks davolashda arteriya ichi kateter terapiya kamroq ishlatiladi. Bu usulni qo'llaganda sonni o'rta va yuqori uchligidan amputatsiya sonini 18,3% gacha kamaytirsa bo'ladi.

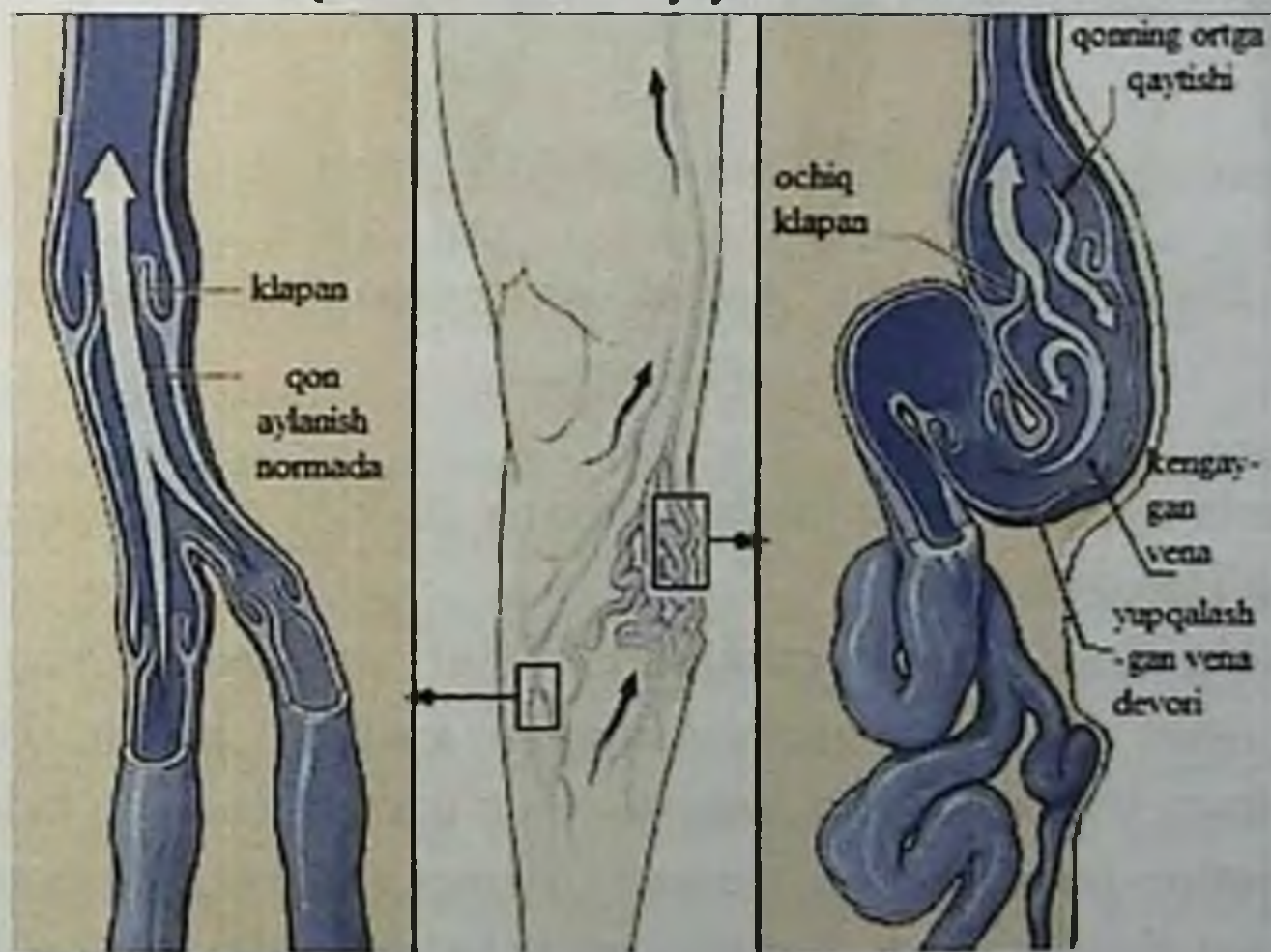
Qandli diabetli bemorlarda oyoqlarda tarqoq mikroangiopatiya va modda almashinuvi buzilishining o'ziga xosligi sababli vena ichiga yuborilgan dori vositalardan kutilgan natija kuzatilmaydi. Hosil bo'lgan yiringli-nekrotik o'choq, infeksiya agentni mavjudligi va intoksikatsiyani zo'rayib borishi hisobiga bemor ahvoli yomonlashib boradi. Shuning uchun, bu holatda arteriya ichiga dorilarni yuborish usuli yuqori natijali usullardan hisoblanadi, chunki bunda yuborilgan dorilarni, ya'ni antibiotiklarni konsentratsiyasi regional ko'payishiga erishiladi.

VENA VA LIMFA TOMIRLARI KASALLIKLARI

Anatomik-fiziologik xususiyatlari.

Oyoqlarda yuzaki, chuqur hamda komunikant (perforant) venalar tafovut qilinadi. Yuzaki venalar katta va kichik teri osti venalaridan iborat. Katta teri osti venasi oyoq panjasining medial chekka venasidan boshlanib, boldir va sonning medial yuzasi bo'ylab ko'tarilib, oval teshik orqali son venasiga quyiladi. Katta teri osti venasining son venasiga quyilish joyida uning bir necha tarmoqlari (v. pubenda externa, v. epigastrica superficialis, v. circumflexa ileum superficialis, vv. saphena accessoria medialis et lateralis) mavjud.

Kichik teri osti venasi oyoq panjasi lateral chekka venasining davomi hisoblanadi va taqim osti sohasida taqim osti venasiga quyiladi. Katta va kichik teri osti venalari o'rtasida ko'p sonli anastomozlar bo'ladi. Oyoqlarning chuqur venalari shu nomdagi arteriyalar bilan birga o'tadigan juft venalardan tashkil topgan bo'lib, oldingi va orqa katta boldir venalari Qo'shilgach, taqim osti venasini hosil qiladi. Taqim osti venasi son venasiga davom etib, pupart boylami sathida tashqi yonbosh venaga o'tadi, u esa ichki yonbosh venasi bilan Qo'shib umumiy yonbosh venasini hosil kiladi.

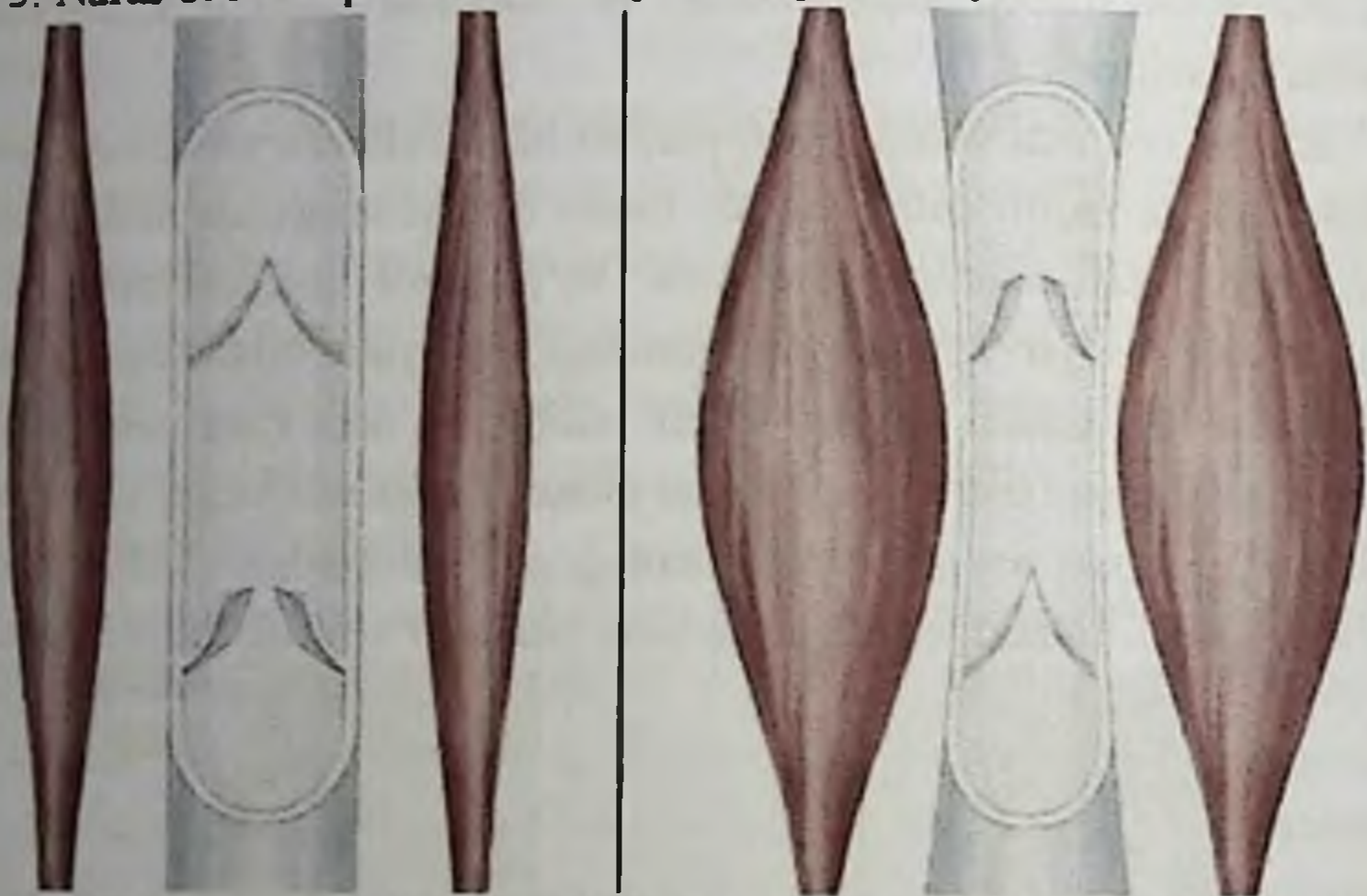


283 - rasm. Normal va varikoz kengaygan venadagi gemodinamika holati.

Yuzaki va chuqur venalar orasidagi aloqani komunikant venalar amalga oshiradi. Venoz klapanlar odatda qonning yuzaki va chuqur venalari bo'ylab retrograd (ortga, teskari) oqishiga, komunikant venalarda esa, chuqur venalardan yuzaki venalarga retrograd oqishiga to'sqinlik qiladi.

Venoz qon oqimi quyidagi omillarga ko'ra amalga oshiriladi:

1. Qon kapillyarlar orqali o'tgandan keyingi "qoldiq bosim".
2. Boldir va sonning "mushak-venoz nasosi" ishi ("venoz yurak" deb ham ataladi).
3. Yondosh yotgan arteriyalar pulsatsiyasi.
4. Diastola vaqtida yurakning so'rib oladigan ta'siri.
5. Nafas olish vaqtida ko'krak qafasidagi manfiy bosim.



284 – rasm. Boldir "mushak-venoz nasosi" ning me'yordagi sxemasi.

Odatda oyoqlar va qo'llardan qonning 80-90% gacha qismi chuqur venalar bo'ylab oqib o'tadi.

Venalarning klapan etishmovchiligini aniqlash. Oyoq yuzaki venalari ostial klapani etishmovchiligini aniqlash uchun Troyanov-Trendelenburg va Gakkenbrux sinamalarini o'tkazish lozim bo'ladi.

Troyanov-Trendelenburg sinamasi. Bemor gorizontal vaziyatda yotib oyog'ini yuqoriga ko'taradi. Yuzaki venalar bo'shaganidan so'ng, katta teni osti venasining son venasiga quyiladigan joyi topilib, barmoq bilan bosiladi

va barmoqni olmasdan turib bemorning o'zidan turishi so'raladi. Bu sinamani bajarishda, barmoq bilan bosmasdan jgut qo'ysa ham bo'ladi. Odatda katta teri osti venasi bo'shaydi, 20-30 sekund o'tgach venalar pastdan yuqoriga qarab qon bilan to'la boshlaydi. Agar ostial klapani etishmovchiligi bo'lsa, barmoq olingandan (yoki jgut echilgandan) keyin, venalar tezda yuqoridan pastga qarab qon bilan to'ladi. Troyanov-Trendelenburg sinamasi musbat bo'lgani, katta teri osti venasining klapanlari etishmovchiligidan darak beradi.



285 – rasm. Troyanov-Trendelenburg sinamasi.

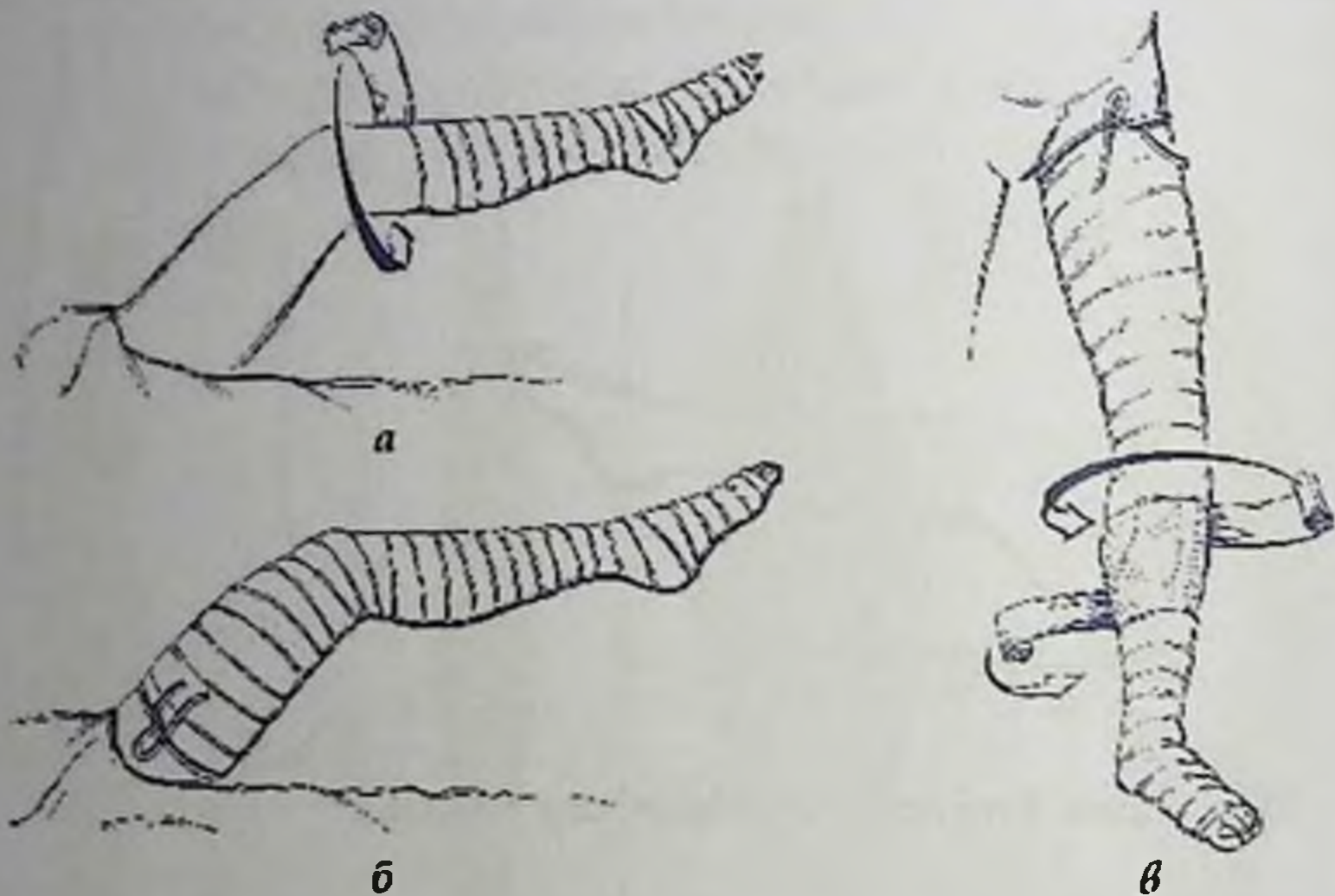
Gakkenbrux sinamasi (yo'tal turtkisi). Bu sinamada, bemor yo'talganda katta teri osti venasi son venasiga quyiladigan joyga qo'yilgan barmoqlar turtkini sezadi. Gakkenbrux sinamasining musbatligi – katta teri osti venasi ostial klapanidagi etishmovchilikni ko'rsatadi.

Chuqur venalarning o'tkazuvchanligi Delbe-Pertes "marsh" sinamasi va Pratt-I sinamasi orqali tekshiriladi.

Delbe-Pertesning "marsh" sinamasini o'tkazish uchun bemor tik holatda turganida songa, faqat yuzaki venalarni bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi. Bemordan 5 daqiqa yurish yoki bir joyda turib odimlash ("marsh" qilish) talab etiladi. Bunda teri osti venalarining puchayishi kuzatiladi va bu chuqur venalarning o'tkazuvchanligidan dalolat beradi. Yurishdan keyin venalarning bo'rtishi va boldir sohasida og'riq paydo bo'lishi, chuqur

venalarda to'siq borligidan yoki jgutdan pastdagi komunikant venalarning ishlamasligidan dalolat beradi.

Pratt-1 sinamasi. Boldir aylanasiga o'lchangandan keyin bemor chalqancha yotqiziladi va venalar bo'shalgandan so'ng, oyoqqa teri osti venalarini bosib turadigan elastik bint bog'lanib, 10 minut yurish taklif etiladi. Og'riqning paydo bo'lishi chuqur venalar zararlanganini ko'rsatadi. Takror tekshiruvda boldir aylanasiga o'lchamining ortishi – chuqur venalarning o'tkazuvchan emasligini ko'rsatadi.

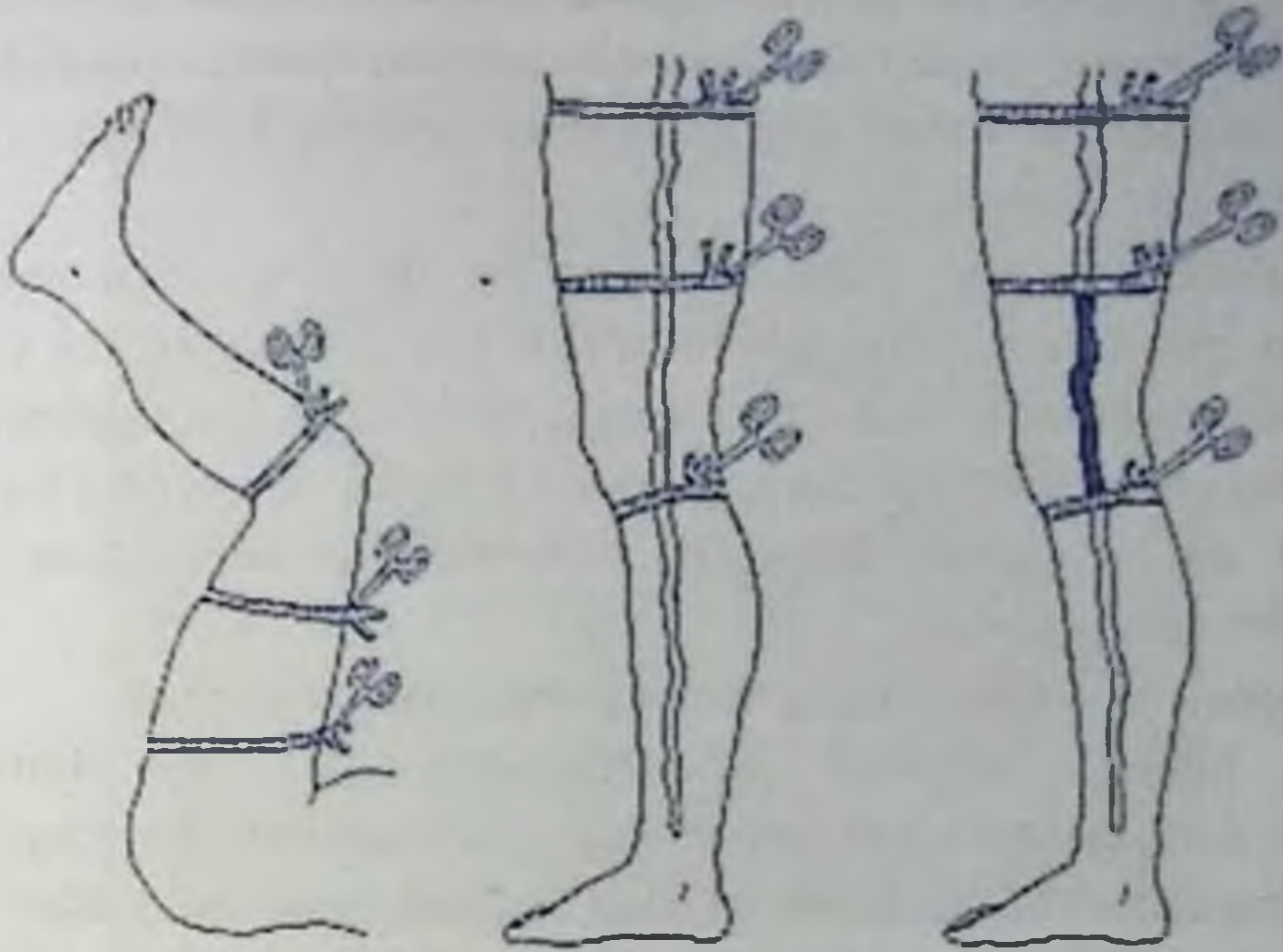


286 – rasm. Pratt sinamasi (I i II pozitsiyalarda): a – elastik bint bilan o'rash jarayoni, b – elastik jgut qo'yish, v – elastik bintni yechib ikkinchi elastik bintni 5-6 sm. qoldirib o'rash.

Komunikant venalar klapanlarining holati haqida tushunchani Pratt-2 sinamasi, uch jgutli Sheynis sinamasi (rasm 287) va Talman sinamasi beradi (rasm 288).

Pratt-2 sinamasi. Yotgan holatda teri osti venalari bo'shatilgandan so'ng oyoq panjasidan boshlab elastik bint bog'lanadi. Songa pupart boylami ustiga jgut bog'lanadi. O'rindan turish taklif qilinadi. Jgut ostiga ikkinchi elastik bint bog'lanadi. So'ngra pastdagi bint o'ram-o'ram qilib echiladi, yuqoridagi bintni esa oyoqqa bintlar orasida 5-6 sm ochiq joy qoladigan qilib pastga o'raladi. Bintlardan ozod bo'lgan uchastkada venalarning tez to'lishi bu erda ishlamaydigan klapanlari bo'lgan

komunikant venalar borligini ko'rsatadi. Ularga ko'k dori surtib belgilab qo'yiladi.



287 – rasm. Uch jgutli Sheynis sinamasi.



288 – rasm. Talman sinamasi (I i II pozitsiyalarda).

Sheynisning uchta jgutli sinamasi. Teri osti venalari bo'shatilgandan keyin bemorga yotgan holatida: sonning yuqori uchdan bir qismiga, son o'rtasiga va tizzadan pastga uchta jgut qo'yiladi. O'rindan tik turish taklif qilinadi. Oyoqning jgutlar bilan chegaralangan biror qismida venalarning tez bo'rtib chiqishi shu sohada klapanlari ishlamaydigan komunikant venalar borligidan dalolat beradi.

Talman sinamasi. Uchta jgut o'miga yumshoq rezina naychadan yasalgan bitta uzun (2-3 m) jgut ishlatiladi. Uni oyoqqa pastdan yuqoriga spiral qilib bog'lanadi. Jgut o'ramlari orasida 5-6 sm masofa qolishi kerak. Oyoqning jgutlar bilan chegaralangan biror kesigida venalarning tez bo'rtib chiqishi shu uchastkada klapanlari ishlamaydigan komunikant venalar borligidan dalolat beradi.

Venalarni tekshirishning maxsus instrumental usullari.

1. Funktsional-dinamik flebomanometriya. Boldirga elastik bint solinadi, oyoq panjasi lateral tomonidagi venalardan birini punksiya qilinib elektromanometr bilan ulanadi. Venoz bosimni oyoq mushaklari tarang qilingandan (Valsalva sinamasi) va mushak ishidan (10-12 marta turib o'tirilgandan) keyin bosimi o'lchanadi. Chuqur venalar o'tkazuvchanligida Valsalva sinamasida bosim 10-15 mm suv ustuniga ko'tariladi, sistolik (mushaklar qisqarganda) va diastolik (mushaklar bo'shashtirilganda) bosim 4550 mm suv ustuniga oshadi, sistola-diastola gradienti birmuncha kamayadi. Mushak ishidan keyin bosim asta-sekin dastlabki darajasiga qaytadi.

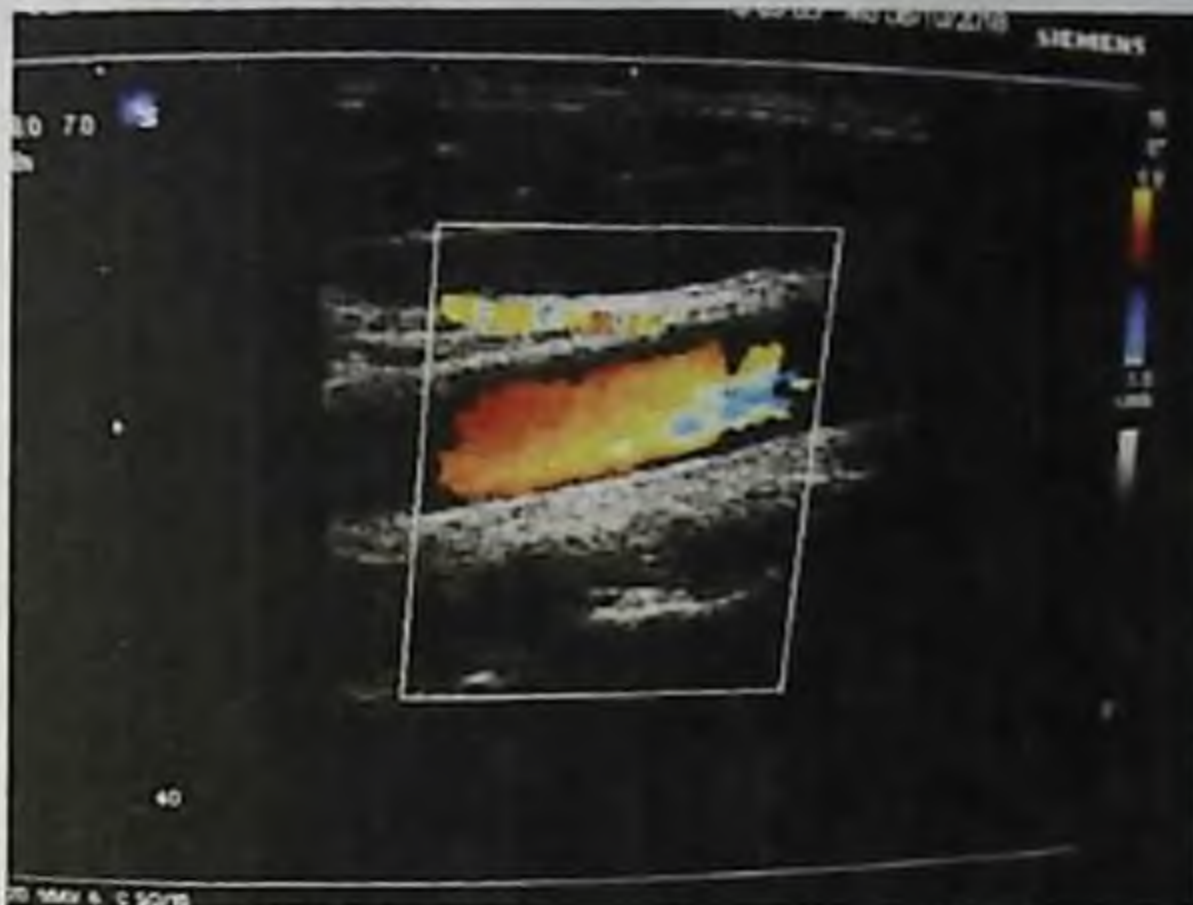
2. Teri elektrotermometriyasi – Qo'shimcha usul. Varikoz venalar va tugunlar ustidagi teri haroratining $0,3-0,5^{\circ}$ ga yuqoriligi oyoqni osiltirib o'tirishda haroratning farqi katta bo'lishi qayd qilingan.

3. Termografiya birmuncha kulrang fonda oqish uchastkalar ko'rinishidagi kengaygan venalarni aniqlab beradi.

4. Ultratovush dopplerografiyasi. Bu tekshiruv orqali oyoq venalari qon o'tkazuvchanligi, qon oqimi tezligi, klapanlar etishmovchiligi va regional qon bosimi aniqlanadi.

5. Ultratovush angioskanerlash (ultratovush dupleks tekshiruvi). Bu tekshiruv orqali oyoq venalarini holati, o'lchami, o'tkazuvchanligi, klapanlar holati va etishmovchiligi, qon oqimi tezligi va hajmi, varikoz kengaygan venalar holati, ichida tromb bor yoki yo'qligi, trombnining

dinamikada o'sish darajasi kabi ma'lumotlarni aniqlash mumkin. Bu tekshiruv usuli noinvazivligi va tekshiruvni ko'p marta takrorlash mumkinligi tufayli hozirgi kunga kelib angiologiyada eng yaxshi ma'lumot beruvchi tekshiruv usuliga aylandi.



289 – rasm. Ultratovush angioskanerlash.

Flebografiya funksional sinamalar chuqur venalarning o'tkazuvchanligi va komunikant venalarning holati to'g'risida aniq tasavvur bermagan hollarda qo'llaniladi. Kontrast modda vena ichiga yuboriladi. Distal va proksimal flebografiya qo'llaniladi. Distal flebografiyada kontrast modda (ultravist, omnipak, verografin, va b.) oyoq panjasi lateral tomonidagi venalarning biriga yoki medial chekka venaga yuboriladi.

Tekshirish bemorning vertikal vaziyatida funksional sinamalardan foydalanib (funksional-dinamik flebografiya) o'tkaziladi. Seriyali angiografiya qo'llaniladi: birinchi suratni in'eksiya qilingan zahoti (tinchlik fazasi), ikkinchisini bemor oyoq uchida ko'tarilgan vaqtda (mushak tarangligi fazasi), uchinchi – oyoq uchini bosib 10-12 marta turib o'tirilgandan keyin (relaksatsiya fazasi) olinadi. Flebogrammalarda chuqur venalarning o'tkazuvchanligi aniqlanadi, kontrastning tutilib qolishidan esa ishlamay qolgan komunikant venalarning u erda joylashganini aniq bilib olishga muvaffaq bo'linadi.

Proksimal flebografiyada kontrast modda son venasiga katta teri osti venasini Seldinger bo'yicha punksiya qilish va kateterlash yo'li bilan

yuboriladi. Son venasi klapan apparatining holati va yonbosh venalarning o'tkazuvchanligi aniqlanadi.



290 – rasm. Distal flebografiya.

Oyoq venalarining varikoz kasalligi

Oyoq venalarining varikoz kasalligi (*varicus venus cruris*) – deganda ular devorining qopsimon kengayishi, teri osti venalari uzunligining oshishi va ilonsimon egri-bugri bo'lib qolishi tushuniladi. Bu kasallikda zararlangan oyoqda venoz qon aylanishining buzilishi va trofik o'zgarishlar kuzatiladi. Ushbu xastalik yuzaki venalarning butun uzunligida joylashuvi mumkin, chuqur venalarning zararlanishi mumkinligi ham aniqlangan.

Oyoq venalarining varikoz kengayishi aholining 17-37% da kuzatiladi. Shifoxonalarda u xirurgik bemorlarning umumiy soniga nisbatan 2,0-3,3% ni tashkil etadi. Ayollar erkaklarga qaraganda 3 marta qo'proq kasallanadilar. V.S. Savelev va E.P. Dumpe (1970) aholining 15-20% vena kasalliklari bo'yicha operatsiya usulida davolanishga muhtoj deb hisoblaydilar.

Etiologiyasi va patogenezi. Oyoq venalarining varikoz kasalligi birlamchi va ikkilamchi deb tafovut qilinadi. Agar birlamchi varikoz kasallik klapan etishmovchiligi, venalar tonusi pasayishidan rivojlansa va kasallikning qo'proq uchraydigan turi xisoblansa, venalarning ikkilamchi varikoz kengayishi chuqur venalar tromboflebitidan keyin kompensator rivojlanadi.

Venalarning varikoz kasalligi rivojlanishiga doir bir necha nazariyalar mavjud bo'lib ular quyida keltirilgan.

Mexanik nazariya – kasallik rivojlanishini uzoq vaqt oyoqda turib qolinganda yoki venalarning proksimal bo'limlari ezilganda (masalan, xomiladorlikning ikkinchi yarmida) oyoqdan qon oqib ketishi qiyinlashuvi sababli venalardagi bosimning oshishi bilan izohlaydi. Eng uzun vena – katta teri osti venasi gravitatsion effekt natijasida yuqori qon bosimi ta'siriga uchraydi. Shunga ko'ra bu kasallikni yana oyoqda turib bajariladigan kasbli mutaxasislarning kasalligi ham deb ataydilar.

Klapan etishmovchiligi yoki irsiy moyillik nazariyasining tarafdorlari kasallik avj olishini venoz klapanlarining tug'ma bo'lmasligi yoki ularning o'sib etilmaganligi sababli funksional etishmovchiligi bilan izohlaydilar.

Neyroendokrin nazariya tarafdorlari organizmdagi gormonal qayta qurish (xomiladorlik, menopauza, voyaga etish davri, tug'ruq va b.) tufayli vena devorining sustlashib qolishiga asosiy ahamiyat beradilar. Bunda chanoq a'zolariga qon oqib kelishi ko'payadi, arteriola-venulyar anastomozlar ochiladi va venalar tonusi pasayib ketganligidan qon oqib ketishga qiyinchilik tug'diradi.

Qator tadqiqotchilar venalarning varikoz kengayishi rivojlanishida arteriola-venulyar anastomozlar etakchi ahamiyatga ega deb hisoblaydilar. Arteriola-venulyar anastomozlar noqulay omillar ta'siri ostida ochilib ketadi, natijada oyoqqa ko'p miqdorda qon yuqori bosim ostida tusha boshlaydi, venalar bo'shlig'i kengayadi va venalarning ikkilamchi klapan etishmovchiligi rivojlanadi, varikoz tugunlar paydo bo'ladi. Varikoz kasalligining bu arterial turiga Parks-Veber-Rubashev kasalligi kiradi.

Yuqorida aytilganlardan venalarning varikoz kengayishi quyidagi qator omillarning bir vaqtda ta'sir qilishi natijasida kelib chiqishi ayon bo'ldi:

a) moyil qiladigan omillar: venalarning tug'ma yoki orttirilgan o'zgarishlari: faoliyat ko'rsatmaydigan arteriola-venulyar anastomozlar borligi, neyroendokrin buzilishlar, vena devori tonusining pasayishi;

b) keltirib chiqaradigan omillar: oyoq venalarida bosimni oshiradi va venoz qon oqib ketishini qiyinlashtiradi.

Venalarda qon bosimi oshishi va venoz dimlanish yuzaki venalar, keyinroq komunikant venalarning klapan etishmovchiligiga, bu esa o'z navbatida mushaklar qisqarganda qonning chuqur venalardan yuzaki venalarga oqib kelishiga olib keladi. Arteriola-venulyar anastomozlar ochiladi, kapillyarlardagi qon oqimi pasayadi, staz rivojlanadi. Perikapillyar bo'shliqda ko'p miqdorda suyuqlik, elektrolitlar, qonning shaklli elementlari, plazma oqsili to'planadi. Terida va teri osti kletchatkasida biriktiruvchi to'qima rivojlanadi, mayda tomirlar va kapillyarlar devorida gialinoz va skleroz rivojlanadi, to'qimalarda almashinuv jarayonlari buziladi. Klinik jihatdan bu shishlar va trofik buzilishlar (terida pigmentatsiya, dermatit, ekzema, yaralar) bilan namoyon bo'ladi.

Klassifikatsiyasi.

Anatomik shakllari bo'yicha: magistral, sochma, aralash.

Tarqalishi bo'yicha: chegaralangan, generalizatsiyalashgan, o'tib ketadigan.

Klinik klassifikatsiyasi:

1) oddiy (asoratlanmagan) turi, 40 yoshgacha uchraydi va hamma hollarning 18% ni tashkil qiladi.

2) asoratlangan turi, aksariyat 50 yoshdan keyin uchraydi va hamma hollarning 32% ni tashkil etadi.

Asoratlari: ekzemalar, piodermiyalar, trofik yaralar, tromboflebitlar, varikoz venalardan qon oqishi.

Kasallikning bosqichlari bo'yicha: kompensatsiyalangan, subkompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan.

Qonning chuqur venalardan yuzaki venalarga o'tish darajasiga ko'ra varikoz kasallikning turlari (V. S. Savelev bo'yicha, 2000):

1. Yuqori veno-venoz qon refluksi bilan o'tadigan varikoz kasalligi (teri osti venasi ostial klapani etishmovchiligida).

2. Past veno-venoz qon refluksi bilan o'tadigan varikoz kasalligi (komunikant venalari etishmovchiligida).

3. Veno-venoz aralash qon refluksi bilan o'tadigan varikoz kasalligi.
Rossiya flebologlarining 2000 yili o'tkazilgan yig'ilishida varikoz kasalligining surunkali venoz etishmovchiligi (SVE) darajasi, varikoz kasalligi turlari va asoratlarga asoslangan yangi klassifikatsiyasi taklif qilindi:

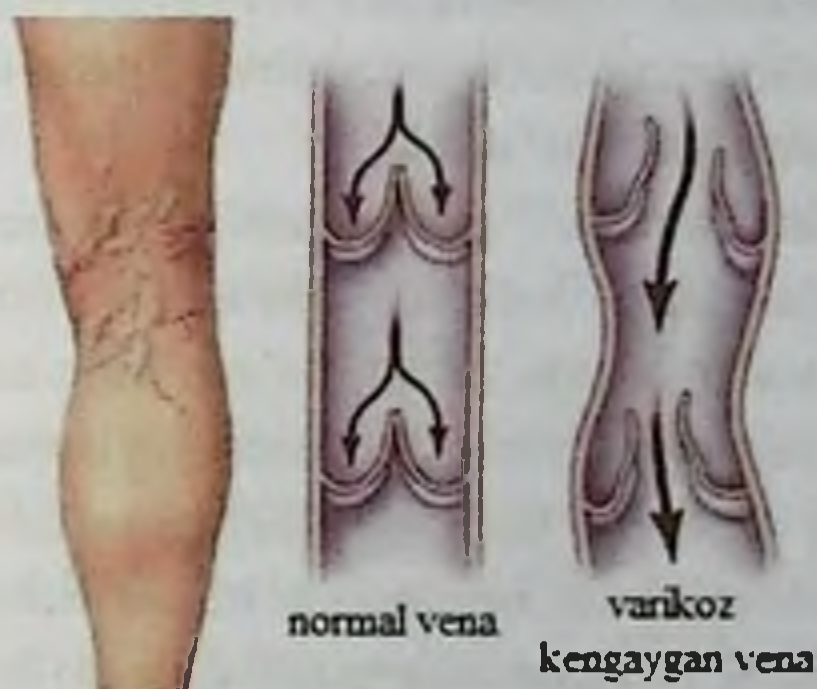
Varikoz kasalligining turlari SVE darajasi:

1. Teri ichi va segmentar varikoz, venovenoz reflukssiz - "Og'ir oyoq" sindromi

2. Segmentar varikoz yuzaki va komunikant venalar refluksi bilan - O'tib ketuvchi shish.

3. Tarqalgan varikoz yuzaki va komunikant venalar refluksi bilan - doimiy shish, giper- yoki gipopigmentatsiya, lipodermatoskleroz, ekzema

4. Varikoz kengayish chuqur venalar refluksi bilan - Venoz trofik yaralari



291 – rasm. Varikoz kasalligida venoz reflukslar sxemasi.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Chap oyoq o'ng oyoqdan ko'ra qo'proq zararlanadi, ikki tomonlama zararlanish 35-43% xollarda uchraydi. Bemorlarning 75-80%da katta teri osti venasi, 5-10% kichik teri osti venasi zararlanadi, bemorlarning 7-10% patologik jarayonga ikkala vena tortiladi. Kasallikning klinik manzarasi uning bosqichlariga, asoratlari bor-yo'qligiga ko'ra turli-tuman bo'ladi.

Kasallikning kechishida latent faza, kompensatsiya, subkompensatsiya va dekompensatsiya bosqichlari farq qilinadi. Venoz qon aylanish kompensatsiyasida bemorlar tik turilganda ro'y-rost ko'rinadigan va egri-bugri yo'llar, tugunlar, bo'rtib chiqqan chigallar ko'rinishidagi

kengaygan venalar borligidan shikoyat qiladilar. Bemorlarni oyoqning o'rtada darajada og'irlashishi, to'laligi, vertikal holatda charchab qolishi bezovta qiladi. Oyoqda shishlar yo'q yoki kechga tomon paydo bo'ladi va dam olingandan so'ng yo'qoladi. Bemorlar mehnatga layoqatli bo'ladilar.

Subkompensatsiya bosqichida oyoq tez charchaydi, shishganday sezgi paydo bo'ladi, og'ir tortadi, pastki mushaklar tortishadi, terisi qichishadi, paresteziya, boldir va oyoq panjasida shish paydo bo'ladi. Shishlar kechga tomon yoki uzoq vaqt oyoqda turilganda paydo bo'ladi. Tungi dam olishdan keyin ertalab ular yo'qoladi, biroq dam olishdan so'ng hamisha yo'qolavermaydi. Ichki to'piq ustida sianoz va teri pigmentatsiyasi paydo bo'ladi.

Dekompensatsiya bosqichida doimiy shish, uvishib qolish, zararlangan tomonda qichishish paydo bo'ladi. Boldir yo'g'on tortadi, sianozga uchraydi, shishadi. Shishlar tez ketmaydi, tungi uyqudan so'ng yo'qolmaydi. To'qimalarning trofik buzilishlari, dermatitlar, skleroz, teri osti kletchatkasi induratsiyasi Qo'shiladi.

Varikoz kasallik asoratlari: trofik yaralar, tromboflebitlar, varikoz kengaygan venalardan qon ketishi, ikkilamchi limfedema, ekzema Qo'shiladi. Trofik yaralar odatda yakka, ba'zan ko'p sonli bo'ladi, boldir uchdan bir pastki qismining ichki yuzasida joylashadi. Yaralar yassi, ularning tubi silliq chetlari notekis shaklda, ajralma kam chiqadi. Varikoflebit – varikoz venalar kengayishi tromboflebitida venalar yo'li bo'ylab qattiqlashishi, og'riydigan zich tugunlar paydo bo'lishi, qizarishi va yurish qiyinlashuvi hamda umumiy va mahalliy harorat ko'tarilishi kabi belgilar paydo bo'lishi bilan rivojlanadi. Venalarning varikoz kengayishidan qon ketishi – yupqalashib va teri bilan birikib ketgan vena arzimas darajada shikastlanganda yuz beradi. Shikastlangan vena distal qismiga bosuvchi bog'lam yoki jgut yordamida qon ketishini osongina to'xtatish mumkin.

Qiyosiy tashxis posttromboflebitik sindromi, yuzaki venalarning ikkilamchi kompensator varikoz kengayishi, venalarning tug'ma kasalliklari (Parks-VeberRubashev va Klippel-Trenone sindromi) bilan o'tkazish lozim.

Davolash. Konservativ muolaja, sklerozlovchi davo va jarrohlik amaliyotlari usullari qo'llaniladi.

Bemorni konservativ davolash kasallikdan holi qilmaydi, balki asoratlarning oldini oladi, zo'rayib ketishdan saqlaydi. Uni operatsiyaga

monelik qiladigan hollar bo'lganda qo'llash mumkin. Konservativ davo kompleksiga elastik paypoq kiyish, oyoqni elastik bintlash, davolash fizkulturasi, bemorlarni yengil ishga o'tkazish, og'ir yuk ko'tarmaslik va uzoq vaqt tik oyoqda turmaslik kiradi.

Sklerozlovchi davo kasallikning boshlang'ich bosqichida kengaygan venalarning ayrim tugunlari yoki qismlarini obliteratsiya qilish uchun qo'llaniladi. Bunda varikoz tugunlarga yoki kengaygan venalarga sklerozlaydigan eritmalar (etoksisklerol, fibro-veyn, trombovar va b.) yuboriladi. In'eksiya qilinadigan joy doka sharcha bilan artiladi va dori yuboriladi, sungra oyoqqa elastik bint bog'lanadi. Bemorga 2-3 soatgacha yurish taklif qilinadi.

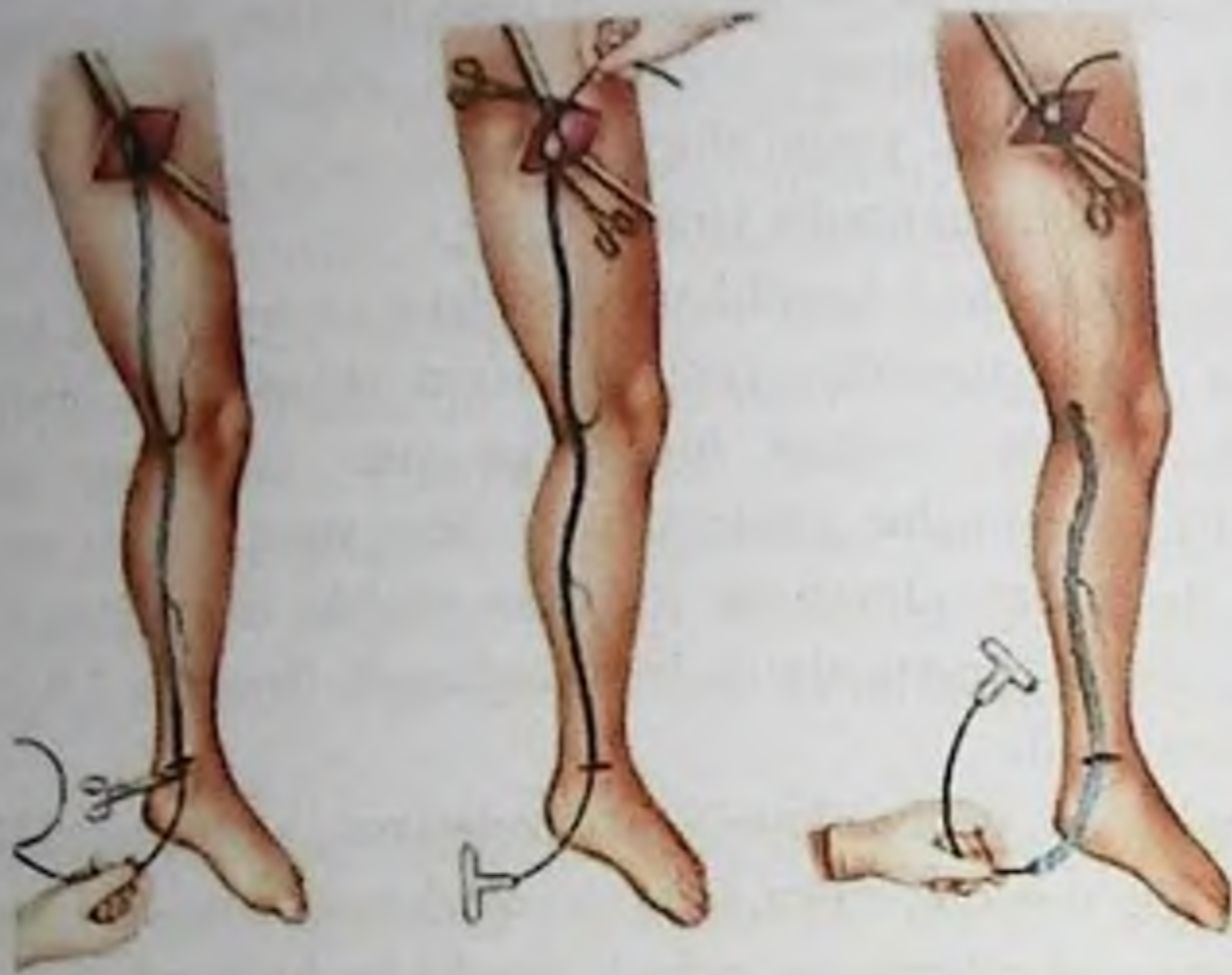
Xirurgik davo varikoz kasallikni davolashning birdan-bir radikal usuli hisoblanadi. Og'ir yurak, o'pka, jigar va buyrak xastaliklarida, xomiladorlik davrida, keksa odamlarda va yiringli kasalliklar bo'lganda uni o'tkazib bo'lmaydi. Operatsiya katta teri osti venasini va uning tarmoqlarini son venasiga quyiladigan joyidan bog'lash (Troyanov-Trendelenburg operatsiyasi yoki krossektomiya), katta teri osti venasini Bebkokk bo'yicha olib tashlashdan iborat, buning uchun Bebkokk yoki Grizendi zondi qo'llaniladi.

Venalarning juda buralib ketgan uchastkalari Narat bo'yicha kichikroq kesmalar orqali olib tashlanadi. Ishlamay qolgan komunikant venalar bo'lganda bu venalarni albatta bog'lab qo'yish kerak. Operatsiya boldirning ichki yuzasi bo'ylab 12-15 sm uzunlikda kesib komunikant venalarni bog'lashdan iborat.

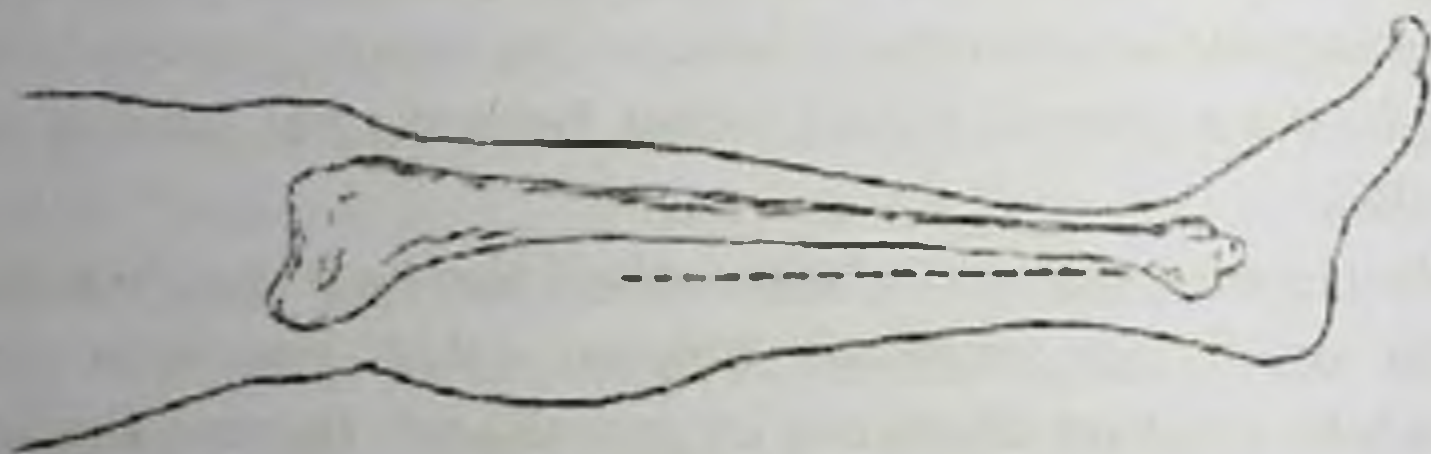
Trofik o'zgarishlar bo'lmaganda komunikant venalar fassiya ustidan (Kokket bo'yicha), teri va teri osti kletchatkasi trofik o'zgarishlarga uchraganda esa fassiya ostidan Linton bo'yicha bog'lanadi.



292 – rasm. Krossektomiya. Troyanov - Trendelenburg operatsiyasi.



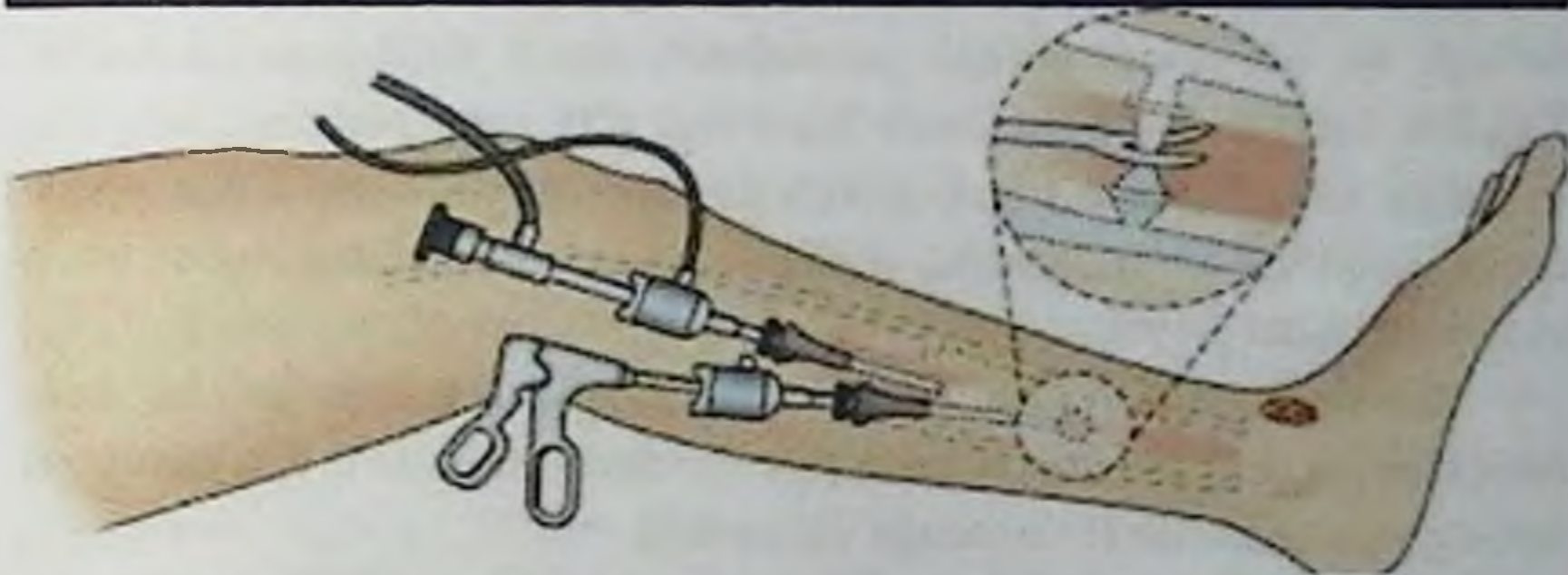
293 – rasm. Bebkokk operatsiyasi.



294 – rasm. Linton operatsiyasi.

Mayda teri osti venalarining olib tashlanmagan uchastkalari teri orqali ketgut bilan (Shede-Koxer, Sokolov bo'yicha) Qo'shimcha tikiladi.

Xozirgi vaqtda endoskopik xirurgiyani avj olib rivojlanishi SVEda, komunikant venalar etishmovchiligida, ayniqsa trofik yaralar kuchli rivojlanganda endoskopik usulda perforant venalarni bog'lash katta ahamiyatli davolash usuli hisoblanadi.



295 – rasm. Endoskopik usulda perforant venalarni bog'lash

Amaliyotdan keyingi davrda bemorlarga elastik bintlash yoki elastik paypoqlar kiyish, dezagregantlar, fleboprotektorlar va davolash mashqlari tavsiya etiladi.

O'tkir tromboflebit va flebotromboz

O'tkir tromboflebit va flebotromboz bir-biridan farq kiladi. Flebotrombozda tromb venaning sog'lom qismida hosil bo'ladi, so'ngra vena devorining yallig'lanish reaksiyasi Qo'shiladi. Tromboflebitda tromb yallig'lanib, o'zgargan vena devorida rivojlanadi. O'tkir tromboflebit deganda vena devorining bo'shlig'ida tromb hosil bo'lishi bilan o'tadigan yallig'lanish tushuniladi. Kasallik rivojlanishida infeksiya, travmatik

shikastlar, xavfli o'smalarning ahamiyati muhim. Aksariyat tromboflebit varikoz kasallik kechishini og'irlashtiradi. Tromb hosil bo'lishi patogenezida venoz devor strukturasi buzilishi, qon oqimi pasayishi, qon ivish xususiyatining oshishi ahamiyatli. Chuqur va yuzaki venalarning tromboflebiti farq qilinadi. Yuzaki venalarning o'tkir tromboflebiti tromb bo'lgan vena yo'li bo'ylab og'riq, bu og'riqning harakat va jismoniy ish vaqtida kuchayishi bilan yuzaga chiqadi, yallig'lanishning hamma belgilari aniqlanadi. Tromb sohasi ko'zdan kechirilganda teri qoplamlarining giperemiyasi va shishi qayd qilinadi, paypaslab ko'rilganda vena yo'li bo'ylab ipsimon og'riqli zichlashma aniqlanadi, odatda u atrof to'qimalardan aniq chegaralanib turadi. Yallig'lanishli infiltrat atrofdagi to'qimalarga va teriga kamroq tarqaladi. Oyoqning zararlangan bo'limi hajmi o'zgarmaydi yoki 1-2 sm ga kattalashadi. Mahalliy va umumiy harorat ko'tariladi.

Bemorlarning umumiy holati kam o'zgaradi, tana harorati subfebril bo'ladi. Ba'zan tromb yiringli parchalanib, septik holat vujudga keladi. Kasallik kechishi og'irlashganda katta teri osti vena sistemasi bo'yicha yuqoriga ko'tariladigan tromb rivojlanishi va jarayon yuzaki son venasi orqali yuqoriga ko'tarilganda, o'pka arteriyasi tromboemboliyasi xavfi vujudga keladi (1-3%).

Davolash. Agar jarayon boldir chegaralaridan tashqariga chiqmasa, bemorlarni ambulator sharoitda konservativ davolasa bo'ladi. Jarayon songa tarqalganda bemorlar shifoxonaga yotqiziladi.

Medikamentoz davolash kompleksiga bevosita va bilvosita antikoagulyantlar, qon tarkibini, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan preparatlar (aspirin, trental, venoruton, indometatsin, traksivazin, flebodia), yallig'lanishga qarshi (reopirin, nimesil, dikloberl), desensibilizatsiya qiladigan (dimedrol, suprastin, tavegil va b.) dorilar kiradi. Surtmali bog'lamlar (geparin, traksivazin, lioton surtmalari) maxalliy qo'llaniladi. Oyoqni elastik bintlar bilan bog'lanadi, yurish tartibga solinadi. Jarayon songa tarqalganda o'rinda yotish, oyoqni Beller shinasida baland vaziyatda qo'yish lozim bo'ladi.

Son venasining yuqoriga ko'tariladigan trombozining oldini olish uchun Troyanov-Trendelenburg (krossektomiya) usulida shoshilinch operatsiya qilinishi kerak. Agar bemorning ahvoli yo'l qo'ysa, tromblangan

yuzaki venalarni teri uchastkalari va infiltratlangan teri osti kletchatkasi bilan kesiladi (Madelung operatsiyasi).

Oyoq chuqur venalarining o'tkir tromboflebitlari va trombozlari tomirlar o'tkir okklyuziyasining eng ko'p joylashadigan sohasidir. Ular suyak singanda, operatsiyadan keyin, yurak-tomir patologiyasi bo'lgan bemorlarda, qandli diabeti bilan kasallangan keksalarda va onkologik bemorlarda rivojlanishi mumkin.

Venalar trombozi ular o'smalardan, kattalashgan bachadon bilan bosilganda, mushak taranglashtirilganda yuz berishi mumkin. Chap yonbosh venasi trombozida uning o'ng yonbosh arteriyasi bilan ezilishi ahamiyatga ega.

Klinikasi trombnig joylashgan joyiga ko'ra turli-tuman bo'ladi. Agar jarayon boldimig hamma venalarida joylashmagan bo'lsa, klinikasi o'zgargan bo'ladi. Boldir mushaklarida xarakat qilganda kuchayadigan og'riq, boldirning pastki uchdan bir qismida shish, harorat ko'tarilishi qayd qilinadi. Oyoq panjasi bukilganda boldirda og'riq paydo bo'ladi (Xomans simptomi). Boldimig o'rta uchdan bir kismi Riva-Rochchi apparati manjetkasi bilan kompressiya qilinganda xuddi shunday og'riq paydo bo'ladi (Lavenberg simptomi). Boldimig har uchala chuqur venalari zararlanganda keskin og'riq, boldirda taranglashish sezgisi va shish, aksariyat teri sianozni paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi. Son venasi zararlanganda sonda shish paydo bo'ladi. Tromblangan vena yo'li bo'ylab paypaslash og'riq beradi. Son va taqim venalarining birgalikdagi trombozida boldir va son sohasida shish, og'riq, xarakat cheklanganligi paydo bo'ladi. Jarayonning son venasidan proksimal yuqoriroqqa tarqalishi zararlangan oyoq hajmining ortishi, og'riq kuchayishi, teri qoplamlari sianozni bilan o'tadi.

Ileofemoral trombozda dastlabki kunlar mobaynida oyoqda, oyoq panjasidan to chov burmasigacha, ba'zan esa dumba sohasigacha tarqaladigan sianoz va shish orta boradi. Kasallikning 2-3-kuniga kelib shish qattiq bo'lib qoladi, sezuvchanligi pasayadi. Psevdoembolik yoki og'riqli oq flegmaziya (bu arteriyalar spazmi bilan birga kechadi), hamda ko'k flegmaziya (yuzaki venalar tromboflebiti bilan birga kechadi) farq qilinadi. Oq flegmaziya oyoqda to'satdan pulsatsiya qiladigan og'riq, uning muzday bo'lishi va uvishishi, sezuvchanligi kamayishi, tarang tortishi

kuzatiladi. Teri qoplamlari rangpar bo'ladi. Ko'k flegmaziya oyoqda shish va sianoz anchagina bo'ladi, u oyoqni baland vaziyatda qo'yilganda ham kamaymaydi. Periferik tomirlar pulsatsiyasi yo'qoladi. Flegmaziyaning ikkala turi ba'zan venoz gangrena rivojlanishiga olib keladi.

Oyoq venalari o'tkir trombozining diagnostikasi kasallikning klinik manzarasi ma'lumotlariga, ultratovush dopplerografiyasi, ultratovush angioskanerlash va flebografiyaga asoslanadi, bunda to'lish nuqsoni borligi yoki magistral venalar "amputatsiyasi", distal venalar kengayishi aniqlanadi.

Davolash kompleks olib borilishi kerak. Operatsiya o'pka arteriyasi tromboemboliyasi yoki venoz gangrena xavfi bo'lganda hayotiy ko'rsatmalar bo'yicha qilinadi.

Tromboz joylashuvi va uning tarqalishiga ko'ra quyidagi operatsiyalar bajariladi:

1) son venasini distal bog'lash (boldir venalarining alohida trombozida);

2) son-taqim segmentidan tromboektomiya yoki son venasini boglash (son-taqim segmentining birlamchi chegaralangan trombozida);

3) yonbosh venadan tromboektomiya, aloxida zararlangan holatda;

4) pastki kovak vena plikatsiyasi, uning bo'shlig'ida tor kanallar hosil qilish.

5) endovaskulyar jarrohlikni rivojlanishi bilan yonbosh venalarida va pastki kovak venasi trombozida, ayniqsa bu venalar flotatsiyalanuvchi trombozida o'pka arteriyasi tromboemboliyasi oldini olish maqsadida pastki kovak venaga kavafiltr (zontiksimon, qum soatiga o'xshash va b.) o'rnatish samarali foyda beradi va kam invazivli muolaja hisoblanadi.

Dori-darmonlar bilan davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) bevosita va bilvosita ta'siri bo'lgan antikoagulyantlarni (geparin, fraksiparin, kleksan, fragmin) qon ivish vaqti va protrombin indeksini nazorat qilgan holda qo'llash;

2) kasallikning boshida o'rindan turmay oyoq holatini baland qilib yotish;

3) surtmali bog'lamlarni mahalliy qo'llanish (geparinli, troksivazin, lioton surtmalari);

- 4) trombolitik preparatlarni qo'llash (fibrinolizin, streptokinaza, urokinaza);
- 5) dezagregatsion ta'siri bor preparatlar (trental, kurantil, reopoliglyukin);
- 6) yallig'lanishga qarshi va og'riq qoldiradigan preparatlar (aspirin, nimesil, reopirin, dikloberl);
- 7) fleboprotektorlar (troksivazin, detraleks, venoruton, flebodia);
- 8) antibakterial davolash;
- 9) simptomatik davolash.

Postromboflebitik sindrom (PTFS)

Bu oyoq chuqur venalarining boshdan kechirilgan trombozi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi, aholining 1,5-5 foizida uchraydi. Chuqur venalar trombozining eng ko'p uchraydigan natijasi trombrekanalizatsiyasi, kamroq – tromblangan venalarning obliteratsiyasi hisoblanadi. Tromb hosil bo'lish jarayoni kasallik boshidan boshlab 2-3 – xaftadan boshlanadi va bir necha oydan 5 yilgacha muddatda rekanalizatsiya bilan tugallanadi. Zararlangan vena klapanlariga shikast etganda rigid sklerozlangan naychaga aylanadi. Paravazal fibroz rivojlanadi. Zararlangan chuqur venalarda bosim oshishi natijasida avvaliga funksional, so'ngra a'lo jihatidan faoliyatsiz bo'lib qolgan komunikant venalar tizimida bosim ortadi. Oyoq venalarida refluks yuz berib, u chuqur venalardan teri osti venalariga oqib boshlaydi, arteriola-venulyar anastomozlar ochiladi. Boldimning uchdan bir pastki qismida, eng yirik perforant venalar va ortostatik venoz bosim eng yuqori bo'lgan medial to'piq ustida o'zgarishlar ayniqsa chuqur bo'ladi. Mikrosirkulyatsiyaning buzilishlari trofik yaralar hosil bo'lishiga sababchi hisoblanadi.

Klinikasi. Eng erta simptom – zararlangan oyoqda og'irlik sezgisi va og'riq, bular uzoq vaqt oyoq ustida turilganda ko'payadi va bemor oyog'ini ko'tarib yotganida kamayadi. Tungi vaqtlarda va uzoq vaqt tik turib qolishda aksariyat boldir mushaklarida tortishish paydo bo'ladi. Oyoqdagi shish hatto tungi uyqudan keyin ham yo'qolmaydi. Yonbosh venalar zararlanganda shish butun oyoqni qamrab oladi, son venasi zararlanganda boldir va sonning uchdan bir pastki qismini, boldimning chuqur venalari trombozida – to'piqlar sohasini va oyoq panjasini egallaydi. Bemorlarning 65-75 foizida venalarning varikoz kengayishi rivojlanib, u katta va kichik teri osti venalari

sistemasini egallaydi. Yonbosh venalari zararlanganda oldingi qorin devori teri osti venalari kengaygan. Boldir uchdan bir pastki qismi to'qimalari, ayniqsa, to'piq medial sohasining induratsiyasi xarakterli. Teri va teri osti yog' to'qimasi zich, harakatsiz, qo'ng'ir yoki to'q jigar rang tusda. Ko'pincha o'zgarib qolgan terida qattiq qichishtiradigan nam ekzema paydo bo'ladi. Shu eming o'zida trofik yaralar joylashgan ular uzoq vaqt, qaytalanib kechadi. Trofik yaralar yakka-yakka yoki ko'p sonli, chetlari sklerozlangan, tubi silliq, yumshoq granulyatsiyalar bilan qoplangan, ozmoz suvlanib turadi.

PTFS ning 4 klinik turi: shish-og'riqdi, varikoz, yarali va aralash turlari farq qilinadi. Ilgari chuqur venalar trombozi bo'lib o'tganligi PTFS dan dalolat beradi. Delbe-Pertes va Pratt-I funksional sinamalarining natijalari chuqur venalar o'tkazuvchanligi buzilganligini ko'rsatib, diagnozni tasdiqlaydi. Ultratovush doppler tekshiruvda tromblashgan venalarda qon oqimi yo'qolishi yoki susayishi, qonni yuzaki venalarda oqishi tezlashuvi, ultratovush dupleks tekshiruvda esa tromblashgan venalar intima-media holati, ichidagi tromb holati, vena o'tkazuvchanligi, komunikantlardagi qon oqimi, tezligi va hajmlari haqida ma'lumotlar aniqlanadi. Tekshiruv natijasi to'liq qoniqtirmagan holatda dinamik flebografiya ma'lumotlari tashhisni tasdiqlaydi.



296 – rasm. Boldir va to'piq sohalaridagi trofik yaralar.

Differensial tashhisni varikoz kasalligi, Parks-Weber sindromi, yurak va buyrak kasalliklari, chanoq o'smalari, limfedema kasalligi bilan o'tkaziladi.

Davolash kompleks tarzda olib boriladi.

Konservativ davo:

- 1) elastik bintlar taqish;
- 2) siydik haydovchi vositalar;
- 3) ratsional ishga joylashtirish;
- 4) desensibilizatsiya qiladigan davo;
- 5) mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan vositalar;
- 6) trofik yaralarda antibiotiklar va antiseptiklar, proteolitik fermentlar tayinlanadi;
- 7) dermatitlar hamda ekzemada tarkibida rux yoki talk bo'lgan aralashmalar, florokort, flutsinar, kuriozin.
- 8) fleboprotektorlar.

Jarrohlik usulida davolash. Quyidagilarni amalga oshirish uchun ko'p sonli amaliyotlar taklif qilingan:

1. Paydan taqim venasi ekstravazal klapanini yaratish (Psataki jarrohlik amaliyoti).
2. Zararlangan oyoqdan sog'lom tomoniga kesishma autovenoz qovusti safeno-son shunti orqali qon oqib ketishini vujudga keltirish (Palma jarrohlik amaliyoti).
3. Venaning zararlangan sohasini teri osti venasidan olingan transplantat bilan almashtirish.

PTFS ni davolashda yuzaki va kommunikant venalardagi jarrohlik amaliyotlari (Bebkokk bo'yicha flebektomiya, Linton, Kokket, Felder jarrohlik amaliyotlari hamda endoskopik usulda perforant venalarni bog'lash) va fassioplastika eng ko'p tarqalgan. Operatsiyadan keyingi davrda doimiy elastik bintlash tavsiya qilinadi.

Limfa tomirlari kasalliklari

Anatomik-fiziologik ma'lumotlar. Kapillyarlar tarmog'ini hosil qiladigan limfokapillyarlar limfatik tizimining ildizlari hisoblanadi. Yuzaki va chuqur limfatik tomirlar farq qilinadi. Yuzaki limfatik tomirlar limfani teri va teri osti kletchatkasidan yig'ib, katta va kichik teri osti venalari yo'li bo'ylab yuradi, yuzaki chov limfatik tugunlariga quyadi. Chuqur limfatik

tomirlar limfani chuqur yotgan to'qimalardan oladi, qon tomirlar bilan birga yuradi va taqim hamda chuqur chov limfa tugunlariga quyiladi, bular limfani yuzaki chov tugunlaridan ham qabul qiladi. Chuqur chov tugunlaridan limfa oqimi bel tugunlariga yonbosh tomirlari va tugunlari orqali kelib, ular o'ng va chap bel limfatik tugunlarini shakllantiradi. Oxirgilari bir-biri bilan qo'shib, ko'krak limfatik yo'lini hosil qiladi. Limfatik tomirlar devorining mushak elementlari va klapan apparati limfaning proksimal yo'nalishda aktiv oqishiga imkon beradi.

Limfangoit – limfatik tomirlarning o'tkir yallig'lanishi, u ikkilamchi kasallik hisoblanadi, teri va mahalliy yiringli o'choqlarga infeksiya tushib zararlanishining ko'p sodir bo'ladigan asorati hisoblanadi. Limfangoitlar birlamchi o'choq bilan bir vaqtda yoki undan ancha keyin paydo bo'ladi.

Klinikasi jarayonning joylashuviga, infeksiya virulentligiga va organizm reaksiyasiga bog'liq. Yuzaki va chuqur limfatik tomirlar limfangoitlari, yallig'lanish xarakteriga ko'ra oddiy va yiringli turlari farq qilinadi. Yuzaki limfatik tomirlar limfangoiti xarakteri bo'yicha yuzaki oddiy limfangoit yoki to'rsimon limfangoit, shuningdek poyasimon limfangoit ko'rinishida bo'lishi mumkin.

O'tkir yuzaki limfangoitda yallig'lanish mayda limfatik tomirlarda paydo bo'ladi. Teri qizaradi, tomirlar yo'li bo'ylab ipsimon zichlashish paydo bo'ladi. Bemorlar achishish, qattiq qichishish, umumiy lohaslik va harorat ko'tarilishidan shikoyat qiladilar. O'tkir yuzaki limfangoitda (poyasimon limfangoit) jarayon yirik limfatik tomirlarga tarqaladi. Birlamchi o'choqdan regional limfatik tugunlargacha boradigan qizil yo'l-yo'l chiziqlar paydo bo'ladi. Keyingilari kattalashadi va og'riqli bo'lib qoladi. Harorat 39°C gacha ko'tariladi, et uvishishi mumkin.

Chuqur limfatik tomirlarning o'tkir limfangoitida terida o'zgarishlar bo'lmaydi, biroq bemorlar oyoqni bosa olmaydilar, shishlar paydo bo'ladi, tomirlar yo'li bo'ylab og'riq bo'ladi. Umumiy hodisalar yuzaki limfangoitga o'xshash, biroq og'irroq o'tadi. Yiringli limfangoitda umumiy belgilar yuzaga chiqqan, harorat 39°C gacha ko'tariladi, et uvishadi. Umumiy behollik bo'ladi, oyoq-qo'llar qaqshab og'riydi. Ba'zan kasallik kechishi abscess, flegmona, saramas, tromboflebit, kamqonlik va sepsis rivojlanishi bilan og'irlashadi.

Davolash. Avvalo birlamchi o'choqqa davo qilish kerak. Osoyishta sharoit va oyoqlarni immobilizatsiya qilish, yog'li bog'lamlar, antibakterial davolash tavsiya qilinadi.

Oyoqlar surunkali limfostazi (filoyoqlik kasalligi)

Teri, teri osti kletchatkasi va fassiyada limfa hosil bo'lishining buzilishi, shuningdek limfa oqimining buzilishi bilan bog'liq. Qo'proq ayollarda uchraydi. Limfostazning tug'ma va orttirilgan formalari farq qilinadi. Limfostazning tug'ma formalari limfatik sistemaning o'sib etilmaganligi bilan bog'liq bo'lgan filsimon kasallikning irsiy shakllari ma'lum. Orttirilgan yoki ikkilamchi limfostaz rivojlanishiga oyoqlardan limfa oqib ketishini qiyinlashtiradigan omillar sabab bo'ladi: jarrohlik amaliyotidan keyin qolgan chandiqlar, yumshoq to'qimalarning o'smalari, limfatik tomirlar olib tashlangandan keyin uning zonasidagi o'zgarishlar, nur bilan davolash, teridagi, teri osti kletchatkasidagi limfatik tomir va tugunlardagi shikastlanishlar, saramas yallig'lanishi, limfangoit va limfadenitlar shular qatoriga kiradi.

Klinikasi va diagnostikasi. Kasallik kechishida ikkita bosqich farq qilinadi.

Birinchi bosqich – limfedema bosqichi barmoqlar asosida, oyoq panjasi orqasida, boldir-tovon bo'g'imi sohasida shishlar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Shish yumshoq, og'rimaydi, ertalab dam olib turilgandan keyin yo'qoladi. Shishgan to'qimalar ustidagi teri osongina burmalar hosil qilib yig'iladi.

Ikkinchi bosqichi – fibredema bosqichi bir necha yildan keyin yuz beradi. Shish oyoqning proksimal bo'limlariga tarqaladi, zich va doimiy bo'lib qoladi, uzoq vaqt gorizontol holatda bo'lishda ham yo'qolmaydi; terini burma qilib yig'ib bo'lmaydi. Oyoq hajmi kattalashadi, shakli o'zgarib qoladi, ish qobiliyatipasayib ketadi. Terida giperkeratoz va giperpigmentatsiya rivojlanadi. So'galsimon o'sib qalin tortgan tuzilmalar hosil bo'ladi. Filoyoq kasalligi yoriqlar va yaralar bilan zararlanganda mo'l limforeya kuzatiladi. Zararlangan oyoq aylanasi sog'lom oyoqdan 30–40 sm ga oshgan bo'ladi.

Bevosita limfografiya – limfogrammalar asosida uzil-kesil tashxis qo'yishga imkon beradi, zararlangan oyoqda limfa oqadigan yo'llar

ko'riladi, limfostazning ikkilamchi formalarida to'siq borligi va darajasi aniqlanadi.

Davolash. Konservativ davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) oyoqni elastik bintlar bilan bintlash, elastik paypoqlar kiyish; 2) to'qimalar trofikasini (vitamin V1, C, riboflavin), qon aylanishini (galidor, no-shpa), mikrosirkulyatsiyani (trental, nikotin kislota, komplamin) yaxshilaydigan preparatlar; 3) desensibilizatsiya qiladigan vositalar (suprastin, tavegil, dimedrol); 4) yallig'lanishga qarshi davolash (nimesil, dikloberl, reopirin); 5) gialuronidaza ta'siri bor preparatlar (lidaza) va biologik stimulyatorlar (shishasimon tana), hamda fermentlar (vobenzim, flobenzim); 6) davolash jismoniy tarbiyasi, fizioterapevtik va balneologik davolash.

Konservativ davolash vaqtincha naf beradi. Davolashning ishonchli usuli jarrohlik usuli hisoblanadi. Zararlangan tomondagi sklerotik o'zgargan teri osti yog' to'qimasi va fassiyasini qisqa kesib qilinadigan plastik jarrohlik amaliyotlari qo'llaniladi. Biroq bu jarrohlik amaliyoti shikastlantiruvchi, unda yog' emboliyasi rivojlanishi, teri laxtagi jonsizlanishi va kasallikning qaytalanish xavfi bo'ladi. Jarrohlik amaliyotlarining ikkinchi guruhi yuzaki limfatik tomirlar va teri osti venalari tarmoqlari o'rtasida skarp uchburchagi sohasida yoki taqim chuqurchasi sohasida mikrojarrohlik usulida limfo-venoz anastomozlar qo'yishdan iborat. Odatda 6-10 ta limfo-venoz anastomozlar qo'yiladi. Bu jarrohlik amaliyoti patogenetik jihatdan asoslangan va zararlangan oyoqdan limfa oqib ketishini yaxshilashga qaratilgan. Bunday amaliyotga mikrojarrohlikning joriy qilinishi tufayli muvaffaq bo'lindi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Hamdamov B.Z. va hammual. O't yo'llari xirurgik kasalliklari [Matn]: o'quv qo'llanma / B.Z. Hamdamov, S.S. Davlatov, A.F. Zayniyev, K.E. Raxmanov, O't yo'llari xirurgik kasalliklari. - Buxoro: "Sadriddin Salim Buxoriy" Durdona, 2022. - 214 b.
2. Karimov Sh.I. «Xirurgik kasalliklar» Toshkent 2010.
3. Kurbaniyazov Z.B. va hammual. Gospital xirurgiyasi [Matn]: o'quv qo'llanma / Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, Q.E. Raxmanov, A.F. Zayniyev. - Buxoro: "Sadriddin Salim Buxoriy" Durdona, 2022. - 218 b.
4. Kurbaniyazov Z.B. va hammual. Xirurgik kasalliklar [Matn]: darslik / Z.B. Kurbaniyazov, S.S. Davlatov, Q.E. Raxmanov, A.F. Zayniyev. - Buxoro: "Sadriddin Salim Buxoriy" Durdona, 2022. - 676 b.
5. Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S., Raxmanov Q.E., Mardonov B.A. Torakal, yurak-qon tomir va endokrin xirurgiya. O'quv qo'llanma. – Samarqand: "Samarqand davlat chet tillar instituti" nashriyoti, 2022. - 272 bet.
6. Альперович Б.И. «Хирургия печени» Издательская группа «ГЕОТАР Медиа», 2010.
7. Барсуков А.В. Комментарии и обсуждение всемирных рекомендаций 2015 года по эластографицистовидной железы / А.В. Барсуков // Эндокринная хирургия. – 2017.
8. Григорян Р.А. «Абдоминальная хирургия» 1-2 том. Москва 2006.
9. Данилов М.В., Фёдоров В.В. «Хирургия поджелудочной железы» М.: Медицина, 1995.
10. Дедов И.И., Кузнецова Н.С. «Эндокринная хирургия» Издательство «Литтерра» 2011.
11. Жебровский В.В., Ф.Н. Ильченко «Атлас операций при грыжах живота» Симферополь 2004.
12. Кузин М.И. «Хирургические болезни» Москва 2017.
13. Курбаниязов З.Б. и соавт. Ургентные заболевания органов брюшной полости [Текст]: учебное пособие / З.Б. Курбаниязов, С.С. Давлатов, К.Э. Рахманов, А.Ф. Зайниев.-Бухара: "Sadriddin Salim Buxoriy" Durdona, 2022. - 416 с.
14. Мухина Н.А. «Справочник по гепатологии» Москва Издательство «Литтерра» 2009.
15. Савельева В.С., Кириенко А.И. «Хирургические болезни» 1-2 том Москва 2006.

MUNDARIJA

SO'Z BOSHI	3
O'TKIR APPENDITSIT	5
QORIN OLD DEVORI CHURRALARI	44
O'T-TOSH KASALLIGI	87
O'TKIR PANKREATIT	202
ME'DA VA 12 BARMOQ ICHAK YARA KASALLIKLARI	237
POSTGASTROREZEKSION SINDROMLAR	288
JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI	303
PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI	316
QALQONSIMON BEZ KASALLIKLARI	335
YO'G'ON ICHAK KASALLIKLARI	385
TO'G'RI ICHAK KASALLIKLARI	396
O'TKIR ICHAK TUTILISHI	410
O'TKIR PERITONIT	444
KO'KS ORALIG'I KASALLIKLARI	458
DIAFRAGMA KASALLIKLARI	467
QIZILO'NGACH KASALLIKLARI	477
O'PKA VA PLEVRA KASALLIKLARI	554
TUG'MA VA ORTTIRILGAN YURAK NUQSONLARI	527
SIMPTOMATIK ARTERIAL GIPERTENZIYA	560
QON-TOMIR KASALLIKLARI	575
VENA VA LIMFA TOMIRLARI KASALLIKLARI	637
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI	661

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

Samarqand davlat tibbiyot universitetining
20 23 yil " 29 " dekabr dagi " A/F 617 "
- sonli buyrug'iga asosan

S.T. Xujaboyev, M.M. Dusiyarov, K.E. Raxmonov,

(mutalif nomi shartli)

N.A. Kurbonov, S.S. Davlatov, M.J. Sanoyeva

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Jarrohlik

(o'quv adabiyotining nomi va turi, darslik o'quv qo'llanmasi)

Darslik ga

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash
vazirligi Samarqand davlat tibbiyot universiteti
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.



REKTOR

J. Rizayev
J. RIZAYEV



Ro'yxatga olish raqami

G/000209-2023

**S.T. Xujaboyev, M.M. Dusiyarov, Q.E. Raxmanov,
N.A. Qurbonov, S.S. Davlatov, M.J. Sanoyeva**

JARROHLIK

Oliy ta'lim muassasalari

*Magistraturaning 70910212 - Xirurgiya mutaxassisligi
talabalari uchun*

DARSLIK

Muharrir	I Subxonov
Texnik muharrir	J. O'roqov
Korrektor	V. Jalolova
Kompyuter dizayni va matbuot tayyorlovchi	M. Rahmatov

«Buxoro nashr» nashriyot-matbaa ijodiy uyi: Guvohnoma №-831681.

26.03.2020 Nashriyot litsenziyasi 0660. 29.08.2020

29.12.2023 yil chop etishga ruxsat berilgan. Format 60x84. Kegli 16.

«Times New Roman» shrifti ofset bosib chiqarish yordamida chop
etilgan. Ofset qog'oz. Shartli bosma toboq 38.6. Adadi 50 dona.

Buyurtma № 401.

«Buxoro nashr» nashriyoti: Buxoro sh., Navoiy shoh ko'chasi, 5-uy.

Matbaa bosmaxonasida chop etilgan

Buxoro shahar, Ibn Sino, 306

