

**A.S.BABAĴANOV, A.S.TOIROV,
A.I.AXMEDOV, S.B.MAXMUDOV**

KOLOPROKTOLOGIYA



TOSHKENT 2024

KOLOPROKTOLOGIYA

**A.S.BABAJANOV, A.S.TOIROV, A.I.AXMEDOV,
S.B.MAXMUDOV**

KOLOPROKTOLOGIYA

o'quv qo'llanma

**(Xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning
pediatriya ishi 5510200 4 va 5 kurs talabalari uchun)**

SamDTU

axborot-resurs markazi

320141

Toshkent 2024

“Science and Innovation” nashriyoti

UO·K 611.01

KBK 53.4

A.S.Babajanov, A.S.Toirov, A.I.Axmedov, S.B.Maxmudov. Koloproktologiya. - Toshkent: "Science and Innovation", 2024 -172 b.

Mualliflar:

- Toirov A.S.** PhD., SamDTU Pediatriya fakulteti Xirurgik kasalliklar kafedrası katta o'qituvchisi
Axmedov A.I. PhD., SamDTU Pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklari kafedrası assistenti
Maxmudov S.B. PhD., SamDTU Pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklari kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

- Akbarov M.M.** T.f.d., prof. TTA xirurgiya va transplantologiya kafedrasining mudiri. Akademik "V.Voxidov nomidagi RIXIAM" DM 1-son gepatobliar xirurgiya va jigar transplantatsiyasi bo'limi rahbari
Raxmanov Q.E. T.f.d. Samarqand davlat tibbiyot universiteti 1-son Xirurgik kasalliklar, transplantologiya, urologiya kafedrası dotsenti
Temirova M.A. Filologiya fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD), dotsent

«Koloproktologiya» o'quv qo'llanmasida yo'g'on ichakning xirurgik kasalliklarida tekshirish usullari va semiotika keltirilgan. Shuningdek asosiy kasalliklar klinik kechishi va ularni davolash usullari yoritilgan. «Koloproktologiya» kitobi tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalariga dars o'tish dasturi asosida tuzilgan bo'lib, yo'g'on ichakning anatomik fiziologik xususiyatlariga doir bo'lgan hozirda mavjud va yangi ma'lumotlarni ketma - ket yoritgan, shuningdek yo'g'on ichak kasalliklarining etiologiyasi va patogenezi, diagnostika usullari, kompleks davolash usullari va operasiyadan keyingi asoratlarni oldini olish usullari keng bayon qilingan. «Koloproktologiya» o'quv qo'llanmasi xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning pediatriya ishi 5510200 fakultetining 4 kurs talabarlari uchun mo'ljallangan. Shuningdek, umumiy amaliyot shifokorlari va amaliyotdagi xirurglarga uchun ushbu qo'llanma foydali hisoblanadi.

ISBN 978-9943-9641-6-7

©A.S.Babajanov, A.S.Toirov, A.I.Axmedov,
S.B.Maxmudov. "Koloproktologiya", 2024
©"Science and Innovation" nashriyoti, 2024

KIRISH

Jarrohlik kasalliklari tibbiyotning asosiy bo'limi bo'lib, ularning ichidan ko'pi jiddiy tibbiy-sotsial muammo hisoblanadi. Hozirgi sharoitda, asosan katta yoshdagi bemorlarda ichki a'zolarning bir necha kasalligi birgalikda uchraydi, shu sababdan xirurgik kasalliklarning har xil turlarini va ularning birgalikda uchrashini kompleks davolashni kerakli darajada va to'liq hajmda biladigan shifokor mutaxassislariga extiyoj oshmoqda.

Keyingi yillarda xirurgiya fanining zo'r berib rivojlanishi zamirida, ko'pgina murakkab diagnostika uskunalarining - rentgen televizion qurilmalar, ultratovush yordamida va endoskopik tekshiruv uskunalari amaliyotiga joriy qilinishi natijasida, shu bilan birga yangidan yangi diagnostik uskunalar (angiografiya, kompyuter tomografiya, doplerografiya va b.) xizmatidan keng ko'lamda foydalanish tibbiyot ilmining shiddat bilan rivojlanishi uchun zamin yaratdi. Albatta, bularning barchasini, etakchi omil - jarrohlik sohasida olib borilayotgan tinimsiz ilmiy izlanishlar, ular natijalarini jahon ilm 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. Shunday xirurgiyaning asosiy yo'nalishlaridan biri hisoblangan "Koloproktologiya" fanining predmeti tibbiyotning yo'g'on ichak va to'g'ri ichak kasalliklarini, shuningdek, to'g'ri ichakni o'rab turgan to'qimalar va a'zolari (etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi va davolash usullarini) o'rganadigan sohasidir.

Oxirgi yillarda ichakning yallig'lanishli kasalliklari - yo'g'on ichak devorida destruktiv o'zgarishlar va autoimmun yallig'lanishlar ko'paymoqda. Bularga yarali kolit, Kron kasalligi,

differentzialanmagan kolit va "mikroskopik" kolit kiradi. Ba'zi bemorlarda kasallikning tez rivojlanishi, konservativ davolash imkoniyatlarining haddan tashqari baholanishi va jarrohlik operatsiyalari uchun aniq ko'rsatkichlarning yo'qligi ko'pincha jarrohlik aralashuvi vaqtining kechikishiga olib kelmoqda. Bu muammolarning kelib chiqishida koloproktologiya bo'yicha yetuk mutaxassislar tayyorlashda darslik va qo'llanmalar bilan taminlashi bir muncha oqsayotganligini ko'rish mumkin.

Talabalarni o'qitish uchun koloproktologiya oliy tibbiyot ta'limida alohida fan sifatida belgilanmagan. O'qitish jarrohlik bo'limlarida jarrohlik darsliklaridan foydalangan holda olib boriladi.

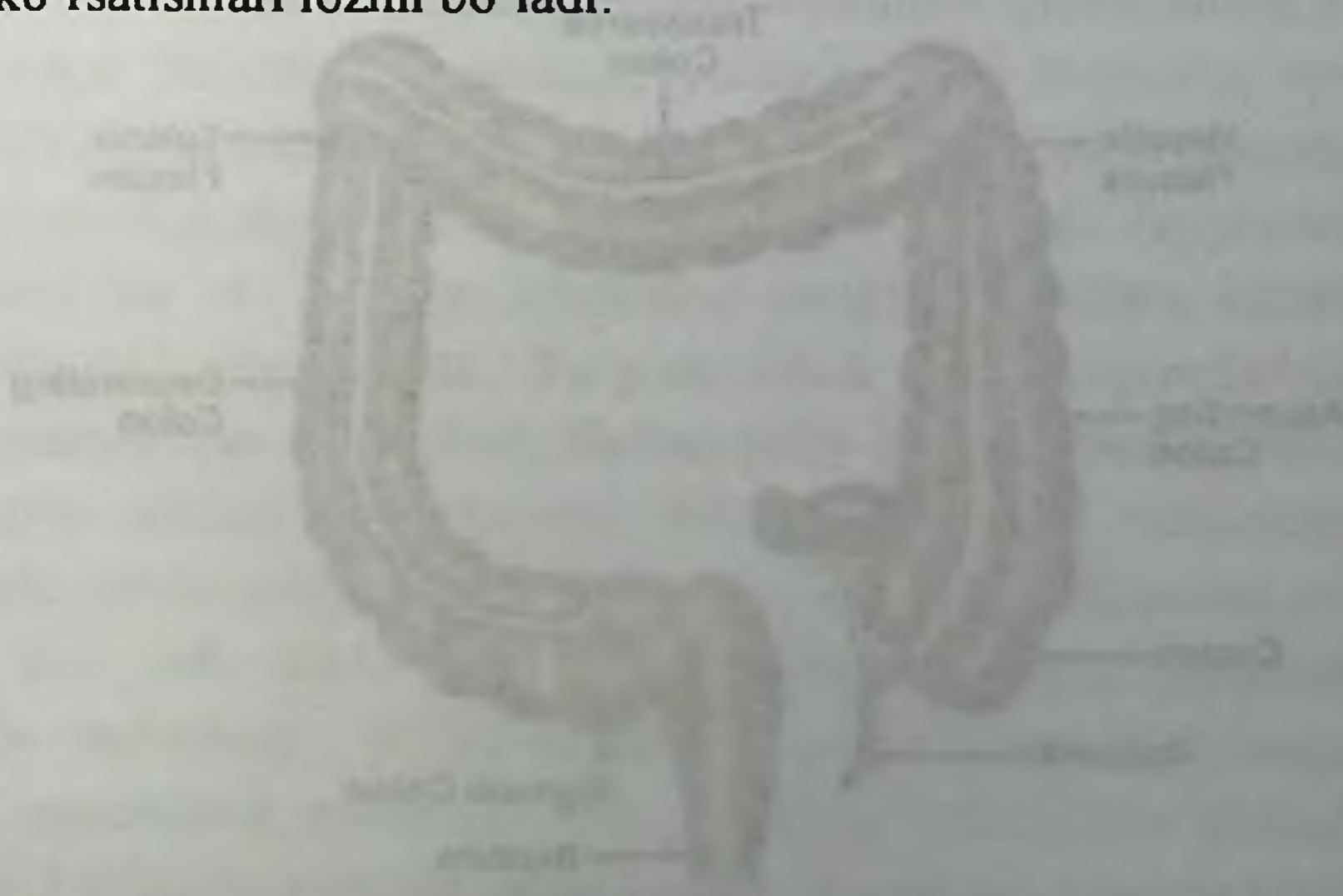
Afsuski, yaqin vaqtgacha "Koloproktologiya" ixtisosligi mavjud bo'lsada, mutaxassislikka mos keladigan darslik yo'qligi va o'qitish ilgari nashr etilgan qo'llanmalar va qo'llanmalar asosida olib borilganligi ma'lum bo'ldi. O'qitishdagi bu bo'shliqni to'ldirish kerak, shuning uchun "Koloproktologiya" o'quv qo'llanmasini nashr etish juda dolzarb va o'z vaqtida deb hisoblaymiz.

Yangi tarmoq - koloproktologiyada laparoskopik jarrohlik rivojlanmoqda, ambulator koloproktologiyada minimal invaziv jarrohlik usullarini qo'llash masalalari hal qilinmoqda. Bularning barchasi taqdim etilgan o'quv qo'llanmada batafsil yoritilgan. Koloproktologik bemorlarni tekshirishning anatomik va funktsional xususiyatlari va usullari haqida ma'lumotlar berilgan. Anomaliya va malformatsiyalarning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi va davolashi, asosiy nospetsifik va spetsifik yallig'lanish jarayonlari, yo'g'on ichak va to'g'ri ichakning yaxshi va xavfli kasalliklari o'z aksini topgan.

O'quv qo'llanmada talabalar, klinik ordinatorlar, magistratura rezidentlari va, qolaversa amaliyotdagi xirurglar uchun "Koloproktologiya" fanidan o'rganiladigan kasalliklarning

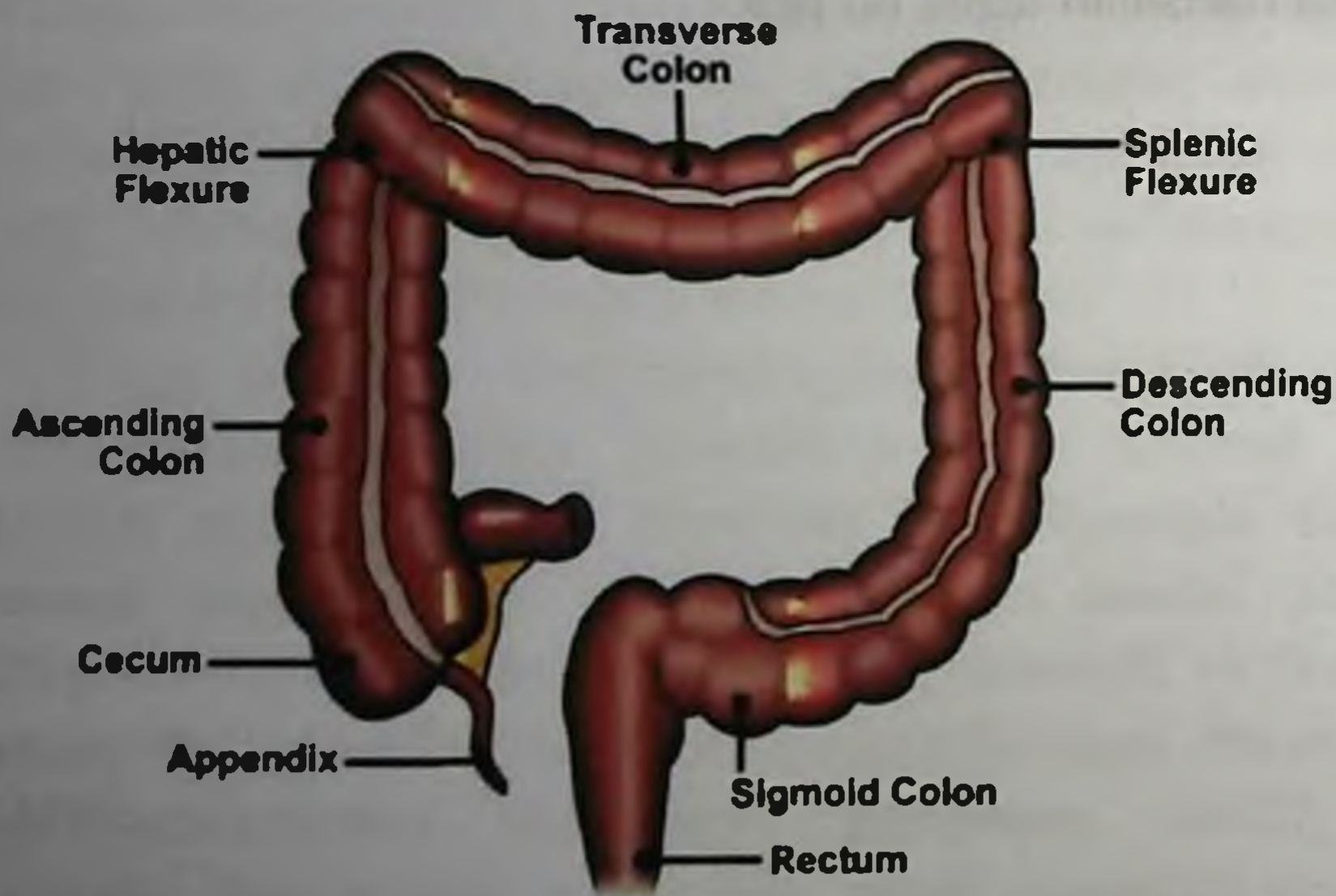
etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi va davolash masalalari yuqori darajada yoritilgan. Shuningdek, ushbu qo'llanma, umumiy jarrohlarning professional individual tayyorgarligi uchun ham qiziqarlidir.

Bugungi kunga kelib, yurtimizda xirurgik kasalliklar bo'yicha chop etilgan barcha qo'llanmalarni qaytadan ko'rib chiqib, ularga shu ixtisoslikning bugungi holati va kelajagini inobatga olgan holda, o'zgartishlar va to'ldirishlar kiritish ehtiyoji tug'ildi. Talabalarga dars berishdagi qat'iy izchillikka rioya qilgan holda, ilmiy asosda tibbiyotning bu murakkab sohasida insoniyat to'plagan tajribalarni ularga etkazishga harakat qilindi. Zero undan, bugungi kun talabalari foydalanib, ertangi kunda aholiga davr talabiga munosib ravishda xizmat ko'rsatishlari lozim bo'ladi.



YO'G'ON ICHAK ANATOMIYASI

Yo'g'on ichak (intestinum crassum) ingichka ichakning bevosita davomi bo'lib, orqa chiqaruv teshigi bilan tugaydi. Yo'g'on ichak qorin va chanoq bo'shlig'ida joylashib, uzunligi 1 — 1,5 m, kengligi 5—8 sm, oxirgi qismida 4 sm ga yaqin. Yo'g'on ichak uch qism: ko'richak (chuvalchangsimon o'simta bilan), chamber ichak va to'g'ri ichakdan iborat. Chamber ichak, o'z navbatida to'rt: ko'tariluvchi, ko'ndalang, tushuvchi va sigmasimon ichakka bo'linadi (1-rasm). Yo'g'on ichak ingichka ichakdan joylashishi, shakli va tuzilishi bilan farq qiladi. Yo'g'on ichak o'zining kul rangi bilan pushti rangli ingichka ichakdan farq qiladi.



1-rasm. Yo'g'on ichakning anatomik tuzilishi

Uning tuzilishidagi asosiy farqlari quyidagilar: 1. Yo'g'on ichakning bo'ylama mushak qavati tashqi yuzasida kengligi 1 sm bo'lgan uchta tasma hosil qiladi. Tasmalar chuvalchangsimon

o'simta asosida o'zaro qo'shilgan holatda boshlanadi va to'g'ri ichakda tugaydi. Ulaming bittasi ko'richak, ko'tariluvchi va tushuvchi chamber ichakning oldingi erkin yuzasi (ko'ndalang chamber ichakni pastki yuzasida) bo'ylab yo'nalgan bo'lib, erkin tasma (tenia libera) deyiladi. Ikkinchisi ko'ndalang chamber ichakning tutqichi birikkan joy bo'ylab yo'nalgan tutqich tasmasi (tenia mesocolica), uchinchisi esa ko'ndalang chamber ichakning old tomonida katta charvi birikkan joyda joylashib charvi tasmasi (tenia omentalis) deyiladi. 2. Yo'g'on ichakning tashqi yuzasi tekis bo'lmay, mushak tasmalari o'rtasida tashqariga bo'rtib chiqqan pufaksimon kengaymalar (haustreae coli) bor. Ular mushak tasmalari va ichak qismlari uzunligining mos kelmasligidan hosil bo'ladi. Gaustralar bir-biridan ko'ndalang egatlar vositasida ajralib turadi. Bu egatlar ichak bo'shlig'iga qavarib, yarimoysimon burmalar hosil qiladi. 3. Yo'g'on ichakning tashqi yuzasida erkin va charvi tasmalari bo'ylab uzunligi 4—5 sm bo'lgan yog' o'simtalari (appendicis epiploicae) bor. 4. Yo'g'on ichakning kengligi ingichka ichakka qaraganda ikki marta katta. Yo'g'on ichak devori qavatlarining tuzilishi ham o'ziga xos bo'ladi: Shilliq qavat (tunica mucosa) yaxshi rivojlangan, silindrsimon epiteliy bilan qoplangan, vorsinkalari bo'lmaydi. Unda yarimoysimon burmalar (plicae semilunaris coli) bo'lib, ular uch qator mushak tasmalari o'rtasida, gaustralar oralig'ida joylashadi. Shilliq qavatda xususiy mushak tutamlari (lamina muscullaris mucose), yakka holdagi follikulalar (folliculi lymphatici solitari), yo'g'on ichak bezlari (glandulae intestinales) va qadahsimon hujayralar ko'p. Shilliqosti qavat (tela submucosa) yaxshi rivojlangan bo'lib, shilliq pardada burmalar hosil bo'lishida uning ahamiyati katta. Mushak qavat (tunica muscularis) ikki qavatdan iborat. Bo'ylama qavat (stratum longitudinalis) uchta tasma shaklida joylashgan bo'lib, halqasimon qavat (stratum circulare)

yarimoysimon burmalar ostida biroz qalinlashadi. Seroz osti tana (tela subserosa) yo'g'on ichakning qorin parda bilan o'ralgan qismida uchraydi. U mushak qavatni seroz qavatdan ajratib turadi. Seroz qavat (tunica serosa) yo'g'on ichakning hamma qismini bir xil o'ramaydi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq yo'g'on ichagining uzunligi o'rta hisobda 63 sm. Uning mushak tasmalari yaxshi taraqqiy etmagan bo'lib, pufaksimon kengaymalari va yog' o'simtalari bo'lmaydi. Yo'g'on ichakning pufaksimon kengaymalari bola 6 oylik bo'lganida, yog' o'simtalari esa ikki yoshda paydo bo'ladi. Yo'g'on ichakning uzunligi 1 yoshda 83 sm, 10 yoshda 118 sm ga yetadi. 6—7 yoshlarda yo'g'on ichakning mushak tasmalari, pufaksimon kengaymalari va yog' o'simtalari to'liq shakllanib bo'ladi. Katta yoshdagi odamda ko'richakning joylashishi turlicha bo'ladi. U yonbosh suyagi oldingi yuqorigi o'simtasidan tepada yoki kichik chanoqbo'shlig'ida joylashishi mumkin. Ko'richakning orqa medial yuzasida mushak tasmalari o'zaro birikkan joydan chuvalchangsimon o'simta (appendix vermiformis) boshlanadi. Uning uzunligi 2—20 sm, kengligi 0,5—1 sm. U qorinparda bilan hamma tomondan o'ralib tutqich (mesoappendex) hosil qiladi. Bu o'simtaning joylashishi ko'richakning holati va uzunligiga bog'liq. Asosan u o'ng yonbosh chuqurchasida, ba'zan yuqori, pastroqda yoki ko'richakning orqasida bo'lishi mumkin. Uning shilliq pardasida juda ko'p limfoid follikulalar to'plam i (folliculi lymphatici aggregate appendices vermiformis) joylashgan. Yonbosh ichakni ko'richakka o'tish joyida yaxshi taraqqiy etgan burma shaklidagi qopqoq (valva ileocaecalis) bor. U quyg'ich shaklida bo'lib, tor qismi ko'richak bo'shlig'iga qaragani uchun ovqat massasini bir tomonga qarab o'tkazadi. Ileosekal qopqoqdan biroz pastroqda ko'richakning ichki yuzasida chuvalchangsimon o'simta tirqishi ostium appendices vermiformis)

joylashgan. Chuvalchangsimon o'simta tirqishi atrofida shilliq parda burmasi shaklidagi qopqoq bor. Yangi tug'ilgan chaqaloq ko'richagi qisqa va keng, konussimon shaklga ega bo'lib, uzunligi 1,5 sm, kengligi 1,7 sm bo'ladi. 7 yoshda uning shakli kattalamikiga o'xshab qoladi. Chaqaloqning ko'richagi yonbosh suyagi qanotidan yuqoriroq joylashgan bo'lib, 14 yoshda u o'ng yonbosh chuqurchasiga tushadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda chuvalchangsimon o'simta uzunligi 2—8 sm. Uning bo'shlig'i nisbatan keng bo'lib, ochiq teshik orqali ko'richak bilan qo'shilib turadi. Emizikli davrda o'simtaga kirish yerida burma paydo bo'lib, undan qopqoq rivojlanadi. Bu davrda chuvalchangsimon o'simta uzunligi o'rta hisobda 6 sm bo'lsa, 10 yoshda 9 sm, 20 yoshda esa 20 sm ga yetadi. Emizikli davrda chuvalchangsimon o'simta shilliq pardasida juda ko'p limfoid follikula to'plami bo'lib, bolalikning ikkinchi davrida ulaming taraqqiyoti yuqori darajaga yetadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda ileosekal teshik aylana yoki uchburchak shaklida ochiq bo'ladi. Bir yoshdan keyin u yorig'simon shakl oladi. Ileosekal qopqoq bolalarda uncha katta bo'lmagan burma ko'rinishiga ega va kam rivojlangan bo'ladi, shuning uchun ularda ovqat moddalari ko'richakdan yonbosh ichakka qaytib o'tishi mumkin. Ko'tariluvchi chamber ichak (colon ascendens) ko'richakning yuqori tomonga davomi bo'lib, qorin bo'shlig'ining o'ng yon tomonida yotadi. Uning uzunligi 15—20 sm. Jigaming o'ng bo'lagi visseral yuzasiga borganida uchapga burilib o'ng chamber ichak burilish burchagini (flexura coli dextra) hosil qilib, ko'ndalang chamber ichakka o'tib ketadi. U orqa tomondan belning kvadrat va qorinning ko'ndalang mushagi, o'ng buyrakning oldingi yuzasiga, lateral tomondan qorin bo'shlig'ining o'ng devoriga, medial tomondan katta bel mushagi va yonbosh ichak qovuzloqlariga, old tomondan qorinning oldingi devoriga tegib turadi. Qorinparda bilan old va ikki yon tomonidan o'ralgan. Yangi

tug'ilgan chaqaloqda u yaxshi taraqqiy etmagan bo'lib, uzunligi 7 sm. Emizikli davrda u o'ziga xos bukilmalar hosil qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda jigar uni old tomonidan yopib tursa, 4 oylik bolada uning yuqori uchiga tegib turadi. 7 yoshli bolada ko'tariluvchi chambar ichakning old tomonidan katta charvi qoplaydi. Emizikli davrda ko'tariluvchi chambar ichak tez o'sib uzunligi 9,6 sm, 10 yoshda esa 13 sm, balog'at yoshida tuzilishi kattalamikiga o'xshash bo'ladi. Ko'ndalang chambar ichak (colon transversum) o'ng chambar ichak bukilmasidan boshlanib, ko'ndalang joylashadi. Uning uzunligi 30—83 sm (o'rtacha 50 sm) bo'lib, chap chambar ichak burilish burchagini (flexura coli sinistra) hosil qilib, pastga tushuvchi chambar ichakka o'tib ketadi. Ko'ndalang chambar ichakning uzunligi uning boshlanish va oxirgi nuqtalari oralig'idan uzun bo'lgani uchun, odatda, u pastga qaragan ravoq shaklida joylashadi. Ko'ndalang chambar ichak qorinparda bilan har tomondan o'ralgan, ichaktutqichi (mesocolon transversum) bor bo'lib, uning vositasida qorin bo'shlig'i orqa devoriga birikadi. Yuqori tomondan ko'ndalang chambar ichakka jigar, me'da va taloq tegib tursa, past tomonda ingichka ichak qovuzloqlan, orqasida esa o'n ikki barmoq ichak va me'da osti bezi yotadi. Uning oldingi yuzasi qorin bo'shlig'ining oldingi devoriga tegib turadi. Bola hayotining birinchi yilida ko'ndalang chambar ichakning uzunligi 26—28 sm bo'lsa, 10 yoshda 35 sm bo'ladi. Yangi tug'ilgan va emizikli bolalarda ko'ndalang chambar ichak tutqichi qisqa bo'lgani uchun u kam harakatli bo'lib, bu davrda uning jigar va taloq burilish burchaklari yaxshi bilinmaydi. Bola 5 oylik bo'lgunicha uni old tomondan jigar yopib turadi. Ichak tutqich uzaygan sari ko'ndalang chambar ichak harakati erkin bo'ladi va bo'yiga o'sadi. Pastga tushuvchi chambar ichak (colon descendens) chap burilish burchagidan boshlanib pastga tomon chap yonbosh chuqurchasiga

tushib Ssimon ichakka o'tib ketadi. U qorin bo'shlig'ining chap yon tomonida yotadi. Pastga tushuvchi chambar ichakning uzunligi 10—15 sm. U orqa tomondan belning kvadrat mushagi, chap buyrakning pastki uchi va yonbosh mushagiga tegib tursa, old tomondan qorinning oldingi devoriga, lateral tomondan qorinning yon devoriga, medial tomondan ingichka ichak qovuzloqlariga tegib turadi. Pastga tushuvchi chambar ichakni qorinparda uch tomondan (old va ikki yon) o'ragan. Yangi tug'ilgan chaqaloqda tushuvchi chambar ichak uzunligi 5 sm bo'ladi. Bola hayotining birinchi yilida uning uzunligi ikki baravar o'sib 10 sm gayetsa, 5 yoshda 13 sm, 10 yoshda esa 16 sm bo'ladi. Uning o'sishi bilan biiga yo'g'on ichakning taloq burilish burchagi paydo bo'ladi. S-simon ichak (colon sigmoideum) chap yonbosh chuqurchasida yotadi. U yuqorida yonbosh suyagi qirrasidan boshlanib, dumg'aza-yonbosh bo'g'imi sohasida to'g'ri ichakka o'tib ketadi. Sigmasimon ichakning uzunligi 15—67 sm bo'lib, odatda, ikkita qovuzloq hosil qilib joylashadi. U qorinparda bilan har tomondan o'ralgan. Sigmasimon ichakni ichaktutqichi bor bo'lib, qorin bo'shlig'ining orqa devoriga birikkan. Ichaktutqichi bo'lgani uchun u harakatchandir. Yangi tug'ilgan chaqaloqda sigmasimon ichakning ichak tutqichi uzun bo'lgani uchun qorin bo'shlig'ining yuqori qismida joylashadi. Uning bukilmalari o'ng tomonda joylashgan bo'lib, goho ko'richakka tegib turadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda uning uzunligi 20 sm bo'lsa, 5 yoshda 30 sm, 10 yoshda esa 38 sm bo'ladi. 5 yoshli bolada bukilmalari kichik chanoq bo'shlig'iga kirish qismida tursa, 7 yoshda sekin-asta bo'shliqqa tushib doimiy holatini oladi. Bu davrda sigmasimon ichak tutqichida yog' to'qimasi paydo bo'ladi.

Rentgenoanatomiyasi - Yo'g'on ichak qorin bo'shlig'ining chekkasi bo'ylab ingichka ichak qovuzloqlarmi o'rab yotadi. Yo'g'on ichakning uzunligi 1—2 m bo'lib, rentgenologik tasvirda

oʻrtacha 1,15 m. Uning kengligi turli qismlarda 2 sm dan 12 sm gacha. Yoʻgʻon ichakning rentgenologik koʻrinishining oʻziga xos xususiyatlaridan biri, uning ikki yon tomonida aniq chegaralangan yarim aylana shaklidagi tekis qavariqlar va ular oʻrtasidagi botiqliklar «gaustratsiya» dir. Ulaming uchinchi ichak soyasiga qavatlanganligi uchun kontrastlanganda koʻrinmaydi. Yoʻgʻon ichakda gaustralarga mos ravishda koʻndalang va boʻylama burmalar almashib joylashadi. Koʻrichak yoʻgʻon ichakning eng qisqa va eng keng qismi hisoblanadi. Uning boshlanish sohasi rentgenogrammada yumaloq shaklda yopiq tugaydi. Goho undan ingichka lenta shaklidagi uzunligi 8—10 sm chuvalchangsimon oʻsimta koʻrinadi. Koʻtariluvchi chamber ichak qorin boʻshligʻining oʻng tomoni boʻylab oʻng chamber ichak bukilmagacha davom etadi. Uning uzunligi oʻrtacha 20 sm boʻlib, gaustratsiya aniq bilinadi. Koʻndalang chamber ichak jigar bukilmagidan boshlanib, uzunligi 25—30 sm boʻladi. U tutqichi boʻlgani uchun qiya yoki majon shaklida bukilib joylashadi. Koʻtariluvchi va tushuvchi chamber ichak bilan biiga «M» harfini eslatuvchi shakl hosil qiladi. Koʻndalang chamber ichak harakatchan boʻlib, uning joylashuvi oʻzgarib turadi. Pastga tushuvchi chamber ichak chap chamber ichak burilish burchagidan boshlanib, uzunligi 10—15 sm. U qorin boʻshligʻining chap chekkasi boʻylab chap yonbosh chuqurchasiga tushib, sigmasimon ichakka oʻtadi. Unda gaustralar nisbatan kam va ular yassi boʻladi. Sigmasimon ichak chap yonbosh chuqurchasi, qisman kichik chanoq boʻshligʻida joylashgan. Uning joylashishi va harakatchanligi ichak tutqichning uzunligiga bogʻliq boʻlib, ichak koʻpincha pastga qaragan bukilma hosil qiladi. Uning kengligi va gaustralarining joylashishi pastga tushuvchi chamber ichakka oʻxshash.

YO'G'ON ICHAK FIZIOLOGIYASI

Metabolik-B1, K vitaminlarining ichak mikroflorasi orqali sintezi va suv-tuz almashinuvining reguliyatsiyasida qatnashadi. Ichak mikroflorasining shakllanishi va ovqatlik moddalarning hazm qilinishi faoliyatini nazorat qiladi.

Ekskretor – ya'ni ichak devorlari orqali erimaydigan komponentlar (kalsiy, og'ir metallar) ni chiqarish xususiyati .

Yo'g'on ichak o'zining davomiyligi buyicha bir nechta fiziologik torayishlardan-“sfingterlardan” iborat:

1. Volius-yonbosh ichakning yug'on ichakka quyilish joyida.
2. Buzi-ko'r ichakning yuqoriga ko'tariluvchi qismi chegarasida.
3. Girsha-yuqoriga kutariluvchi qisminig urta uchligi va uning yuqorgi uchligi chegarasida.
4. Kennon-Bema- kundalang chamber ichakning o'ng va o'rta uchligi chegarasida.
5. Xorsta-ko'ndalang chamber ichakning o'rta qismida.
6. Kennon-ko'ndalang chamber ichakning taloq burchagiga utish chegarasida.
7. Payr-Shtraus- taloq burchagi soxasida.
8. Balli- ko'ndalang chamber ichak tushuvchi qismining sigmasimon ichakka utish chegarasida.
9. Rossi-Mutye-sigmasimon ichakning o'rta qismida.
10. Berka-Pirogov-Mutye-sigmasimon ichakning tug'ri ichakka o'tishidan yuqorida.

Yo'g'on ichakda qilinadigan operatsiyalar

Kolotomiya-yo'g'on ichakni ochish.

Kolostomiya-yo'g'on ichakni ochib uni tashqi muxid bilan aloqador qilish-axlotni tashqariga chiqarish. Buning boshqa xillari- sekostomiya, tranzverzostomiya, sigmoidostomiya.

Sun'iy tashqi chiqaruv teshigi (anus procter naturalis) – shakillantirish, axlat xolos shu teshig orqali chiqadi.

Ichak sirtmog'ini chiqarish (Mikulich)-(antepositio)-sirtmoq qorin devoridan tashqariga chiqariladi.

Gartman operatsiyasi (1921-yil)-sigmasimon ichakning patologik o'zgargan qismini kesib olib, uning markaziy qismini chap yonbosh soxasidan chiqaradi-stoma, pastki qismini tikib kichik chanoq bushlig'ida qoldiriladi.

Yo'g'on ichakni rezeksiyasi- yo'g'on ichakning bir qismini kesib olish (o'ng tomonlama gemikolektomiya, ko'ndalang chambar ichakni, taloq burchagini, sigmasimon ichakni va chap tomonlama gemikolektomiya)

Total proktokolektomiya-yo'g'on ichakni to'g'ri ichak bilan birga kesib olish va ileostomiya, ileoanastomoz qo'yish bilan xulosalanadi.

Tekshirish usullari.Chambar ichak proktologiya bulimiga mansub xisoblanadi va to'g'ri ichak xam shu bulimga kiradi. Shuning uchun ularning tekshirish usullari birga ko'riladi. Diagnostika quyishda bemorlarning shikoyati o'rganiladi (orqa chiqaruv teshigi atrofidagi og'riq, shilimshiq madda, yiring, qon ajralishi, ich ketishi, ich burishi, axlot va bodni tuta olmaslik), anamneziga, obyektiv ko'rik va qo'shimcha tekshirish natijalariga asoslanadi.

Maxsus tekshirish usullari

Anal-oraliq soxasini tashqi ko'rikda bemorni tizza-tirsak holatida yotqizish, shish qizarish, terida matseratsiya, tashqi gemorroidal tugunlar, shilliq qavatining tushishi, o'sma shishlar, parorektal oqmalar, kandinomalar borligini aniqlash. To'g'ri ichak tushishini, ichki gemorroyni, uzun oyoqli poliplarning tushishini bemorni kuchantirgan holda aniqlanadi.

Barmoq bilan ko'rish-og'riq borligi, patologik ajralma, to'g'ri ichak ichida 7-8 sm. Chuqurlikda xosila borligi va o'tkir ichak tutilishida muxim axborot olinadi.

Rektal oynalar bilan kurish(anaskopya)-to'g'ri ichakning pastki qismi anal soxasi kuriladi. Orqa chiqaruv teshigida yoriq, ichki gemorroy tugunlari, polplar, o'sma shishlar, yara, xosil bo'lgan yaralar, yot jisim, rektovaginal oqmalar va boshqa patologik xolatlar aniqlanadi.

Rektoromanoskopiya-tiza-kukrak xolatida tekshirish 20-40sm. chuqurlikdagi o'zgarishlarni va biopsiya olishni bajaradi. Bunga kursatma bulib to'g'ri ichakda og'riq, qon oqish, o'sma shishga taxmin, ich qotish, ich ketish(qon va shilimshiq madda bilan), strikturalar va profilaktik maxsadda o'tkaziladi. Ayrim xolatlarda (yazvalarda, o'sma shishlarning yimirilishida, ichak devorlarining yupqalanishida) tekshirish paytida xarxil asoralar (to'g'ri ,sigmasimon ichaklarning perforatsiyasi) bo'lishi mumkin. Bunday xolatlarda zudlik bilan operatsiya qilinadi.

Rentgenologik tekshirishlar -kontrastli ertalabki nonushta(zavtrik) (bariy beriladi, 17-18soatdan keyin to'g'ri ichakda buladi), kontrastli klizma (xuqna) (irrigoskopiya, irrigografiya).

Ikki martali kontrastlash usuli-ichak bariy klizmasidan bo'shagandan keyin ichakka xavo yuuboriladi, uning elastikligi, butligi, devorlarining xolati, poliplar bor va yo'qligi aniqlanadi.

Pariyetografiya-diagnostik pnevmoperitoneum + 250-300ml. havo chamber ichakka yuboriladi va uning devorlari , tashqi va ichki konturlari aniqlanadi.

Fibrokolonoskopiya – chamber ichakdagi usma shishning joylashishi, shakli, o'lchami, tarqalishi, stenoz xajmi, funksiyasi va biopsiya olish uchun qilinadi.

Fistulografiya-oqma yo'lini kontrast modda yuborish bilan tekshirish (diodon, vergrafin, kardiotrast, sergozin, trium Brent.)

Anal jomi (sfinkteri) funksiyasini tekshirish-Aminev sfinkterometri bilan tekshirish. Uning olivasi to'g'ri ichakka kiritiladi, to'qnog'ichda (olivaning) yukchalari bor. Normada tashqi jom anal teshigini 70mm rt. st. Gacha kuch bilan yopiladi. Agar shu bosim 30mm rt.st. gacha tushsa bemor shakllangan axlotni ushlab tura oladi, ammo suyuq axlotni va botni ushlay olmaydi. Bosim 20 mm. rt. st. gacha va undan past bulsa shakillangan axlotni xam tuta olmaydi.

Maxov-Aminov apparati 3 kattalikni aniqlay oladi.

1. Sfinkter tonusi- 500gr ayollarda, 600gr erkaklarda.

2. Sfinkterning maksimal kuchi 775gr ayollarda, 900gr erkaklarda.

3. Iroda kuchi 250gr ayollarda, 300gr erkaklarda.

Agar zarur bulsa qorin bo'shlig'i UTT, KT, diagnostik laporosikopiya va nixoyat diagnostik laporotomiya qilinadi.

Yo'g'on ichak kasalliklari tasnifi

I. 1) Nasliy va tug'ma kasalliklari

2) Orttirilgan kasallialari

II. Alohida potologik o'zgarishlari bo'yicha

1) Yallig'lanishlar sababli

Yallig'lanishsiz sababli

III. Yo'g'on ichakning riojlanish nuqsonlari va anamaliyalari.

Distopiya (Embriogenezdagi buzilishlar sababli yo'g'on ichakning joylashishi, o'ngda va chapda.)

Yo'g'on ichakning ikkilanishi(udvoyeniye)

Sigmasimon ichakning stenozi va atreziyasi.

Bolaning tug'ilishidan keyin ichak tutilishi yuzaga chiqadi va xirurgik operatsiya qilishga majbur bo'ladilar. Ular yakka va ko'p sonli bo'lishi mumkin.

YO'G'ON 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 381 ayrim qismining (dolixosigma) uzayishi hisobiga yuzaga kelishi mumkin. Natijada, ichakning motor-evakuator funktsiyasi 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— chamber ichak megakoloni yoki gigantizmi, uning evakuator funktsiyasi 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 etilmaganligi (gipoganglioz) yoki mutlaqo bo'lmasligi (aganglioz) oqibatida kelib chiqadi. Aganglionar zona kattalarda, asosan, to'g'ri ichakda, bolalarda esa sigmasimon 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 uchraydi. Ichakning kengayib ketgan qismi gistologik tekshiruvda mushak tolalarining gipertrofiyasi va sklerozi aniqlanadi. Klinikasi. Girshprung kasalligi belgilari ichak mahsuloti passajining 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 382 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 etganda "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 (2-rasm).

Kolonoskopiyada to'g'ri ichakning va sigmasimon ichak distal qismining diametrda 2,5-3 sm gacha torayganligini kuzatish mumkin.

Bu sohada ichak 383 peristaltikasi kuzatilmaydi devori qalinlashgan bo'lib ko'rinadi, ichak qiyinlik bilan bo'shaladi.



2-rasm. Girshprung kasalligidagi irriogramma.

Bo'shalgandan so'ng chamber ichak devorlari puchaymaydi. Asoratlari. Chamber 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. Davolash. Girshprung kasalligida konservativ davolash operatsiyaga tayyorgarlik bosqichi hisoblanadi, u ichakning bo'shatilishiga qaratilgan choratadbirlardan 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 tiklashdan iborat.

YO'G'ON ICHAK SINDROMLARI

DIAREYA (ich ketish) – doimiy yoki bir vaqtda suyuq axlat massalari bilan ich ketishiga aytiladi.

Etiologiya va patogenezi. Har qanday diareya – ichakda suv va elektrolitlar so'rilishi buzilishining klinik manzarasidir. Shuning uchun turli etiologiyali diareya asosida ko'plab umumiylik mavjud. Ingichka va yo'g'on ichakning xususiyati shundaki, suv va elektrolitni ko'p miqdorda so'rib oladi.

Har kuni odam ovqat bilan birga 2 l gacha suv qabul qiladi. Ichak bo'shlig'iga hazm sekretlari tarkibida kirib keluvchi endogen suyuqlikning hajmi o'rtacha 7 l ni tashkil qiladi (so'lak - 1,5 l, oshqozon shirasi - 2,5 l, o't- 0,5 l, pankreatik shira - 1,5 l, ichak shirasi - 1 l). 9 l tashkil qiluvchi umumiy suyuqlik hajmidan 100-200 ml, ya'ni 20% axlat tarkibida chiqib ketadi, qolgani esa ichak orqali so'riladi. Suyuqlikning ko'p qismi (70-80%) ingichka ichak orqali so'riladi. Yo'g'on ichakka bir sutka davomida 1 dan 2 l gacha suv keladi, ulardan 90% so'riladi, 100-150 ml esa axlat orqali yo'qotiladi. Xatto axlatdagi suyuqlikning arzimas miqdordagi o'zgarishi normaga nisbatan, shakllanmagan yoki qattiq axlatga olib keladi.

Diareya patogenezida 4 ta mexanizm ishtirok etadi: ichak gipersekretsiyasi, ichak bo'shlig'idagi ortgan osmotik bosim, ichak massasi tranzitining buzilishi va ichak giperekssudatsiyasi.

Darhaqiqat, diareya mexanizmlari bir-biri bilan uzviy bog'liq, xattoki, har bir kasallik uchun ion transportining o'ziga xos buzilishi xos bu turli tipdagi diareyalarning klinik kelib chiqishidan darak beradi.

Gipersekretor diareya

Gipersekretsiya – ingichka ichakning barcha kasalliklarida diareya patogenezidagi umumiy mexanizm hisoblanadi. U suv sekretsiasining ichak bo'shlig'ida so'rilishi natijasida rivojlanadi. Suvli diareya axlat tarkibida suv miqdorining 60 dan 90% gacha ortganda yuzaga keladi.

Sekretsiyaning asosiy aktivatorlari bo'lib bakterial toksinlar (masalan, vaboda), enteropatogen viruslar, ayrim dorilar va biologik faol moddalar hisoblanadi. Gipersekretor diareya ichakdagi xayotiy faol mikroorganizmlarning biokimyoviy jarayonlariga bog'liq xolda yuzaga keladi: erkin o't kislotalarining shakllanishi va lipidlar almashinuvida ishtirok etuvchi bog'langan o't kislotalarining kamayishi bilan va buning natijasida ichak bo'shlig'ida uzun zanjirli yog' kislotalarining to'planishi. Ichak bo'shlig'ida natriy va suv sekretsiasining ortish xususiyati ayrim ichak gormonlari bilan bog'liq (sekretin, VIP, prostaglandinlar, serotonin va kalsitonin, bundan tashqari, antroglukozid tutuvchi surgi o'simliklari va kastor moyi).

Yog' kislotalari so'rilishining yoki o't pufagi qisqarish funksiyasining buzilishida fekaliya odatda yorqin-sariq yoki yashil tusga kiradi.

Gipersekretor diareya og'riqsiz kechuvchi ko'p miqdordagi suvli axlat bilan xarakterlanadi (odatda 1 l gacha). Sekretor diareyada ichak massasining osmolyar bosimi qon plazmasi osmolyar bosimidan biroz past bo'ladi.

Giperosmolyar diareya

Giperosmolyar diareya ximusda osmotik bosimning ortishi natijasida rivojlanadi. Bunday xolatda suv va undagi erigan moddalar ichak bo'shlig'ida qolib ketadi.

Ichak bo'shlig'idagi osmotik bosimning ortishi quyidagi

holatlarda kuzatiladi.

disaxaridazalar yetishmovchiligida (masalan, gipolaktaziyada);
soʻrilishning buzilishi sindromida;

ichakka osmotik faol moddalar kelishining ortishi: magniy va fosfor, antatsidlar, sorbitollar va x.k. tutuvi surgilar.

Giperosmolyar diareyada axlat shakllanmagan, koʻp miqdordagi hazm boʻlmagan ovqat qoldiqlarining boʻlishi va ogʻriq bilan kechmaydi. Ichak massasining osmotik bosimi qon plazmasi osmolyar bosimidan biroz yuqori boʻladi.

Giper- va gipokinetik diareya

Giper- va gipokinetik diareya sababi ichak massasi tranzitining buzilishi hisoblanadi.

Tranzit tezligining ortishiga magniy tuzlari, xatto biologik faol moddalar, masalan, sekretin, pankreozimin, gastrin, prostaglandinlar va serotonin kabi moddalar tutuvi surgi dorilar va antatsidlar sabab boʻladi.

Sklerodermiya, enteroenteroanastomози bor bemorlarda “koʻr” qovuzloqlarning mavjudligida tranzit davomiyligi ortadi. Bunday xolatlarda ingichka ichakning bakterial tarqalishi kabi tranzit tezligining buzilishi kuzatiladi. U bakteriyalarning yoʻgʻon ichakdan ingichka ichakka tarqalishi natijasida rivojlanadi. Ichak motor funksiyasining ortishi va kamayishi koʻproq qoʻzgʻalgan ichak sindromi bor bemorlarda kuzatiladi.

Giper- va gipokinetik diareyada axlat doimiy va suyuq, lekin sutkalik miqdori 200-300 g dan oshmaydi. Ichak massasining osmotik bosimi qon plazmasi osmotik bosimidan unchalik farq qilmaydi.

Giperekssudativ diareya

Giperekssudativ diareya zararlangan shilliq qavat orqali ichak boʻshligʻida suv va elektrolitlarning “ortib ketishi” natijasida

yuzaga keladi va ichak bo'shlig'ida oqsil ekssudatsiyasiga ta'sir qiladi.

Diareyaning bu tipi ichakning yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladi: Kron kasalligi va yarali kolitda, ichak silida, salmonellezda, dizenteriya va boshqa o'tkir ichak infeksiyalarida. Giperekssudativ diareya bundan tashqari, ichakning yomon sifatli va ishemik kasaligida ham kuzatilishi mumkin.

Giperekssudativ diareyada axlat suyuq, ko'proq qon va yiringli, defekatsiyadan so'ng qorinda og'riq paydo bo'ladi. Fekaliyning osmotik bosimi qon plazmasi osmotik bosimidan balandroq bo'ladi.

Ichak infeksiyalari chaqirgan diareyalarda suv va elektrolitlar gipersekretsiyasi bilan bog'liq, bunga bakterial toksinlar natijasida ichak devorida sAMF shakllanishi bilan birga adenilatsiklaza faolligining ortishi kuzatiladi. Glyuteinli enteropatiyada birinchi o'rinda ingichka ichak orqali oziq maxsulotlarining hazm bo'lishi va so'rilishining buzilishini chaqiruvchi giperosmotik omillar turadi. Katta hajmli ingichka ichak rezeksiyasini o'tkazgan bemorlarda diareya patogenezida o't kislotalari yetishmovchiligi natijasida rivojlanuvchi sekretor omil asosiy ahamiyatga ega. Sekretor omil o't kislotalarining enterogepatik sirkulyatsiyasining buzilishi va ingichka ichakning bakterial tarqalishi natijasida yuzaga keladi.

Klinikasi. Diareyaning klinik xususiyati uning sabablari, davomiyligi, og'irligi va ichakning zararlanish joyiga ko'ra farqlanadi. O'tkir va surunkali diareya farqlanadi.

O'tkir diareya. O'tkir diareya 2-3 hafta davomida ich ketish bilan xarakterlanuvchi va anamnezida bu sindromga bog'liq xolatning bo'lmaganligi bilan xarakterlanadi.

Uning sabablari bo'lib infeksiyalar, ichakning yallig'lanish

jarayonlari va dori-darmonlar xizmat qiladi. Kamdan-kam xollarda sifatsiz ovqatlar qabul qilish va sayohatlar (sayohatchilar diareyasi) bilan bog'liqlik mavjud.

Klinik manzarasi o'tkir ichak infeksiyasi qo'zg'atuvchisiga bog'liq. O'tkir infeksiyon diareya uchun xos umumiy xolsizlik, tana haroratini ortishi, ishtaxasizlik, ba'zan qayt qilish. Qayt qilish stafilokokklar chaqirgan ovqat toksikoinfeksiyalari uchun ko'proq xarakterli va deyarli salmonellez va dizenteriya bor bemorlarda kuzatiladi. Qonli suyuq axlat Fleksner shigellasi, Campylobacter jejuni yoki enteropatogen ta'sirga ega esherixii koli kabi patogen mikroblar natijasida ichak shilliq qavatining zararlanishidan darak beradi. To'g'ri ichakning venerik kasalliklari to'g'risida ham o'ylash zarur. O'tkir, qonli diareya yarali kolit va Kron kasalligining birlamchi belgisi bo'lishi mumkin. Bemorning xolati septik simptomlar va qorindagi og'riqlar hisobiga og'irlashadi. O'tkir diareyani ko'p dorilar chaqiradi. Diareyaning og'ir shakli antibakterial terapiya natijasida rivojlangan psevdomembranoz kolitda uchraydi. U birdaniga kuchli suvli ich ketish bilan yuqori tana harorati bilan, ba'zan axlatda oz miqdorda qon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Qolgan xollarda diareya bemorning umumiy xolatini yomonlashtirmaydi va dorilar qabul qilish to'xtatilgach, bu simptomlar yo'qoladi.

Yuqori harorat bilan kechuvchi diareyada yoki axlatda qon mavjud bo'lganda, axlatni bakteriologik tekshirish hamda dizenteriya, antibakterial terapiya asorati sifatida yarali kolitlardan qiyoslash maqsadida rektoromanoskopiya o'tkazish zarur.

Surunkali diareya. Surunkali diareya 3 haftadan ortiq ich ketish bilan xarakterlanadi. Surunkali diareyada sistematik ko'p najas kelishi tushuniladi, massasi 300 g/sut ni tashkil qiladi. Ammo o'simlik tolalariga boy oziq-ovqatlar iste'mol qiladigan kishilarda

bunday massali axlat norma deb baholanadi.

Surunkali diareyaning sabablaridan biri sifatida surgu dorilarni uzoq vaqt, xattoki, yashirin xolda ham qo'llashni ko'rsatish mumkin. Diareyani tizimli kasalliklar bilan bog'lashda anamnestik ma'lumotlarga asoslanadi. Diabet, sklerodermiya va boshqa endokrinopatiyalari bor bemorlarda ich ketishlar asosiy kasallikka qarab, agar kasallik tashxislangan bo'lsa, aniqlash oson. Agar diareya tizimli kasallikda birinchi belgi yoki klinik manzarada yaqqol namoyon bo'lsa, tashxislashda ancha qiyinchiliklar yuzaga keladi. Karsinoid sindromi bor bemorlarda kasallik ko'p miqdordagi suvli diareya epizodlari bilan kechadi. Katta hajmli o'smalarning borligi va jigarga metastazlar kuzatilmaganda, kasallikning ma'lum bosqichida asta-sekin rivojlanuvchi ingichka ichak tutilishidagi yagona simptom bo'lishi mumkin. Gipertireozi bor bemorlarda ham kasallik manifestatsiyasi uzoq vaqt kechuvchi diareya ko'rinishida, tireotoksikoz simptomlari esa (doimo issiqlikni xis etish, qo'zg'aluvchanlik yoki ishtaxa yaxshiligiga qaramay, tana vaznini yo'qotish va x.k.) ikkinchi rejaga ko'chadi va bemorda hech qanday kasallik alomatlari kuzatilmasligi mumkin. Vagotomiya, oshqozon yoki ichakda «ko'r» qovuzloq shakllangan ichak rezeksiyasi o'tkazgan bemorlarda surunkali diareyada ingichka ichakning bakterial tarqalishi sabab bo'ladi. Bu xol yana diabet, sklerodermiya bor bemorlarda ham ichakning motor faoliyati buzilganda kuzatiladi. Ayrim bemorlarda oziq maxsulotlarida tolerantlik kamaytirilganda, diareya kamayadi. Klassik misol sifatida gipolaktaziya bor bemorni gipolaktoz diyetaga o'tkazganda, ko'rish mumkin.

Surunkali alkogolizm, surunkali pankreatitning tez-tez retsividlari, xatto oshqozon osti bezi jarrohlik amaliyoti bilan olib tashlangan bemorlarda barcha pankreatik fermentlar

yetishmovchiligi – steatoreyali diareya ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Yonbosh ichakda joylashgan Kron kasalligi yoki ichak rezeksiyasi o‘t kislotalarining enterogepatik buzilishiga olib keladi. Bunday bemorlarda axlat odatda ko‘p miqdorda, badbo‘y hidli, ustida yog‘ tanachalari suzib yuradi. Yarali kolit odatda qonli diareya bilan kechadi. Tenezmlar va diareyaning kichik hajmlari patologik jarayonning yo‘g‘on ichak distal qismi bilan chegaralanganligidan darak beradi. Ilgari to‘g‘ri ichak yoriqlari va paraproktitning bo‘lganligi ham Kron kasalligidan darak beradi. Ichakdan tashqari o‘zgarishlar, artrit va terining zararlanishi yarali kolitda va Kron kasalligida kuzatilishi mumkin. Chambar va to‘g‘ri ichak o‘smalari ham diareya bilan namoyon bo‘lishi mumkin, yoshi katta bemorlarda boshqa belgilarning kuzatilmaslari va qon ketishning mavjudligi bu tashxisni to‘la asoslaydi. Qo‘zg‘algan ichak sindromi odatda yosh bemorlarda kuzatiladi, surunkalikechadi, bemorlar tibbiy yordamga erta murojaat qiladi, kasallikning qo‘zg‘alishi stresslarda kuchayadi, axlat doimiy, har ovqatdan so‘ng kam miqdorda va o‘zida qon tutmaydi. Agar bunday bemorlarda tana vazni yo‘qotilishi kuzatilsa, bu xol stress bilan bog‘liq.

Surunkali diareyali bemorlarni fizikal tekshirishda suvsizlanishning darajasini baholash va tizimli kasalliklar bilan bog‘liqliligini aniqlash muhim. Masalan, taxikardiyada latent gipertireoz belgilari bo‘lishi mumkin, o‘pka o‘zagi yoki uch tavakali klapan (o‘ng bo‘lmacha- qorincha) stenozidagi yurak shovqinlari karsinoid sindrom uchun xos, chegaralangan yoki periferik neyropatiya – qandli diabet belgilari bo‘lishi mumkin. Sklerodermiya yuz ko‘rinishi va qo‘l terisining o‘zgarishlariga asoslanib shubha qilinishi mumkin. Surunkali diareya bor bemorlarda oziq tolerantligining mavjudligi birlamchi va

ikkilamchi disaxaridaza yetishmovchiligi natijasi bo'lishi mumkin. Qorin bo'shlig'i a'zolari tekshirilganda palpatsiyalanuvchi infiltrat ko'rinishidagi Kron kasalligini aniqlash mumkin. Perianal sohadagi kasallik uning asoslanishiga xizmat qiladi. O'tkir diareya kabi axlatni tekshirish va rektoromanoskopiya natijalarini baholash fizikal tekshiruvning bir qismi bo'lishi zarur.

Tashxis, qiyosiy tashxis. Diareya ko'pgina kasalliklarning simptomi bo'lib, uning sababini aniqlash birinchi navbatda anamnezga, fizikal tekshiruv va axlatning makro- va mikroskopik tekshiruvlarga asoslanishi kerak. O'tkir diareyada tashxislash jarayonining ketma-ketligi 1-sxemadagi algoritmda ko'rsatilgan.

Algoritm asosiga axlat massalarining makro- va mikroskopik tekshirish qo'yilgan. Hammadan ilgari, parazitlar kasalliklar istisno qilinadi. Axlatda qonning bo'lishi diareyaning yallig'lanish kasalliklari bilan bog'liqliligidan darak beradi. Bunga axlat tarkibidagi ko'p miqdorda yallig'lanish hujayralari (leykotsitlar va epiteliylar) ning topilishi, rektoromanoskop yordamida yo'g'on ichak shilliq qavatining morfologik o'zgarishlarining aniqlanishi hamda boshqa instrumental tekshiruvlar asos bo'ladi.

O'tkir diareyaning ayrim shakllari enteroviruslar yordamida chaqirilishi mumkin. Virusli enteritning xarakterli xususiyatlari: 1) axlatda qon va yallig'lanish hujayralarining bo'lmasligi; 2) spontan sog'ayishning mumkinligi; 3) antibakterial terapiya samaradorligining yo'qligi. Sanab o'tilgan bu xususiyatlar infeksiyon, noinfeksiyon ichakning yallig'lanish kasalliklari bilan qiyosiy tashxislanishi kerak.

Axlat konsistensiyasi, xidi, hajmi, qon, yiring, shilliq yoki yog'ning mavjudligiga e'tibor berish zarur. So'rilishning buzilishida surunkali diareya anamnez va fizikal tekshiruvlarga asoslanib qo'yiladi. Ingichka ichak kasalliklarida axlat hajmli, suvli

yoki yog'li bo'ladi. Yo'g'on ichak kasalliklarida axlat doimiy, ko'proq va o'zida qon, yiring va shilliq tutishi mumkin. Enterogen diareyadan farqli ularoq, yo'g'on ichak patologiyasi ko'p xollarda qorinda og'riq bilan kechadi. To'g'ri ichak kasalliklarida shilliq qavatning tortilishi va axlatning doimiy hamda kam miqdorda, defekatsiya vaqtida tenezmalar va yolg'on chaqiriqlarning paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Axlat makroskopik tekshirilganda yallig'lanish belgilari – infeksiyon yoki boshqa tabiatli yallig'lanish kasalliklariga xos leykotsitlar va o'lgan epiteliylarning to'planishi aniqlanadi. Koprologik tekshiruv ichak hazmining buzilishidan darak beruvchi ko'p miqdorda yog' (steatoreya), mushak tolalari (kreatoreya) va kraxmal donalari (amiloreya) ning topilishiga imkon beradi.

Axlat tarkibida gijjalarning tuhumlari, lyambliyalar va amyobalarning topilishi katta ahamiyatga ega. Meyorda pH 6,0 dan yuqori bo'lgan axlatga e'tibor berish zarur. pH ning kamayishi bakterial achish natijasida uglevod va oqsillarning o'zlashtirilmasligidan kelib chiqadi. Axlat pH ning ortishi surgidorilarni ko'p qo'llash natijasida kelib chiqadi va fenolftalein yordamida aniqlanadi, axlat bunda pushti rangga kiradi. Surunkali diareyada tashxislash jarayonining ketma-ketligi 1- sxemadagi algoritmda ko'rsatilgan.

Bu algoritm yordamida diareyaning parazitar va bakterial infeksiyaga yoki boshqa tabiatli infeksiyon kasalliklar bilan bog'liqligini aniqlash zarur.

Bu savolga axlatni mikroskopik va bakterilogik tekshirish hamda rektoromanoskopiya yordamida javob olish mumkin. Yallig'lanish kasalligi istisno qilingach, surunkali diareyaning patogenetik mexanizmini aniqlash kerak.

Buning uchun sutka davomida axlat massasi yoki hajmini

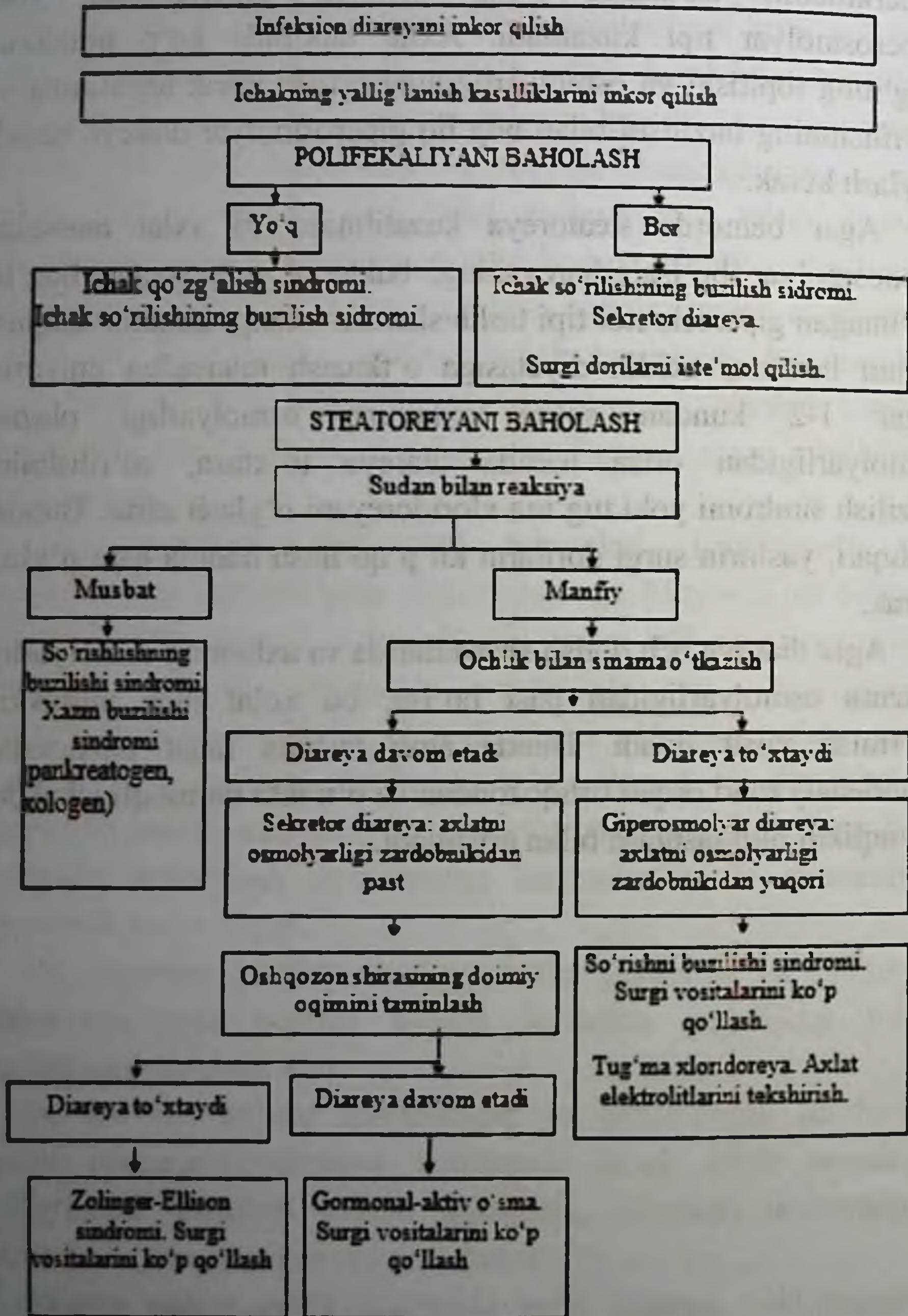
KOLOPROKTOLOGIYA

aniqlash zarur. Polifekaliya bo'lmagan xolatlarda diareyaning giperkinetik, axlatning katta hajmida gipersekretor yoki giperosmolyar tipi kuzatiladi. Axlat tarkibida ko'p miqdorda yog'ning topilishi va osmolyarligining ortishi ichak hazmining va so'rilishining buzilishi bilan bog'liq giperosmolyar diareya haqida o'ylash kerak.

Agar bemorda steatoreya kuzatilmasa va axlat massalari gipoosmolyar bo'lsa, diareyaning, bakterial infeksiyaga bog'liq bo'lmagan gipersekretor tipi tashhislanadi. Uning sababini aniqlash uchun bemorni ochlik diyetasiga o'tkazish maqsadga muvofiq. Agar 1-2 kundan so'ng axlatning osmolyarligi plazma osmolyarligidan ortsa hamda diareya to'xtasa, so'rilishning buzilish sindromi yoki tug'ma xloridoreyani o'ylash zarur. Bundan tashqari, yashirin surgi dorilarni ko'p qo'llash haqida ham o'ylash kerak.

Agar diareya och qolish sharoitlarida va axlatning osmolyarligi plazma osmolyarligidan past bo'lsa, bu xolat juda murakkab ko'rinish xosil qiladi. Bunda aniq tashxis faqat nazogastral (duodenal) zond orqali oshqozondan va o'n ikki barmoqli ichakdan suyuqlikni olib tashlash bilan erishiladi.

Surunkali diareyada tashxislash algoritmi



Oshqozon sekretsiasining katta hajmda bo'lishi va diareyaning to'xtashi, agar bemor yashirin xolda surgilarni qabul qilmasa, Zollinger-Ellison sindromi haqida fikr yuritish kerak. Davom etuvchi diareyada gormonal-faol o'smalarning sekretor diareya bilan bog'liqligi kuzatiladi, masalan lipoma.

Kamdan-kam xollarda tashxis qo'yishda diyetaning o'zgarishi ham yordam beradi. Masalan, bemorni samarali terapevtik muolajadan so'ng alaktoz diyetaga o'tkazilsa, gipolaktaziya tashxisi xech qanday invaziv diagnostik usullarsiz qo'yiladi.

Davolash. Diareya simptom hisoblanadi, shuning uchun etiologik va patogenetik davolash uchun nozologik tashxisot o'tkazish zarur.

Diareyani davolash uning patogenezi bilan bog'liq bir qancha xususiyatlarga ega. Terapevtik muolajalarning ketma-ketligi diareyaning 4 tipining har biri uchun umumiy hisoblanadi. Ularga diyet, antibakterial preparatlar va simptomatik vositalar (adsorbentlar, qamrab oluvchilar va o'rab oluvchilar) kiradi.

Diyeta. Ich ketish bilan kechuvchi ichak kasalliklarida diyetik ovqatlanish peristaltikani to'xtatish, ichak bo'shlig'ida suv va elektrolitlarning sekretsiasini kamaytirishga qaratilgan bo'lishi kerak. Maxsulotlar to'plami patologik o'zgargan ingichka ichak fermentativ xususiyatlarining oziq maxsulotlari miqdori va tarkibi bo'yicha mos kelishi zarur. Shunga bog'liq xolda hamisha ich ketishlarda jarayonning o'tkirligiga qarab, mexanik va kimyoviy yonish prinsipiga amal qilish kerak. Diareyaning o'tkir davrida ratsiondan ichakning motor-evakuator va sekretor funksiasini kuchaytiruvchi oziq maxsulotlari chiqariladi. Bunga diyet № 4b to'liq praktik amal qiladi. Uni diareyaning qo'zg'alish davrida tavsiya etish zarur.

Diyeta № 4v ichak kasalliklarining remissiya davrida tavsiya

etiladi. Diyeta 4b analogi bo'lib, lekin hamma ovqatlar maydalanmagan xolda beriladi. Qo'shimcha pishgan pomidorlar, bargli salat smetana bilan, rezavor va mevalarning shirin sortlari ho'l xolda 100-200 g berish mumkin.

Antibakterial preparatlar. Antibakterial terapiyani ichak eubiozini tiklash maqsadida tavsiya etiladi. Bakterial etiologiyali o'tkir diareyalarda quyidagi antibiotiklar - 8-oksixinolin xosilalari guruhidagi mikrobgga qarshi vositalar (nitroksolin, 5-NOK), ftorxinolonlar (tarivid, sifran va x.k.), sulfanilamid preparatlar (sulgin, ftalazol va boshqalar), biseptol, nitrofuran xosilalari (furadonin, furazolidon) va antiseptiklar beriladi. Ichak mikrobliflorasi muvozanatiga ta'sir ko'rsatmaydigan preparatlar qo'llaniladi. Ularga intetriks, ersefuril kiradi.

Intetriksning bir kapsulasida: tilixinol 0,05 g, tilixinol N-dodetsil sulfat 0,05 g, tilbroxinol 0,2 g tutadi. Preparat grammusbat va grammanfiy patogen ichak bakteriyalari, Candida, xatto Entamoeba hystolitica turidagi zamburug'larga qarshi samaraga ega. O'tkir infeksiyon va parazitar diareyada intetriks kuniga 4-6 kapsuladan; davo kursi 5-6 kunga tavsiya etiladi. Ichak amyobiazida kuniga 4 kapsuladan; davo kursi 10 kunga beriladi.

Ersefuril bir kapsulasida 0,2 g nifuroksazid tutadi. Preparat o'tkir diareyada 1 kapsuladan 4 max/sut tavsiya etiladi. Davo kursi 7 kundan oshmasligi zarur.

Dependal-M tabletkalar va suspenziya shaklida chiqariladi. Bitta tabletka furazolidon (0,1 g) va metronidazol (0,3 g) tutadi. Suspenziya tarkibiga yana pektin va kaolin kiritilgan. Dependal-M 1 tabletkadan (yoki suspenziya 4 choy qoshiqdan) 3 max/sut beriladi. Ko'p bemorlarda o'tkir diareyalarda davo samarasi 1-2 kundan so'ng ko'rinadi, davolash 2-5 kun davom ettiriladi.

Bakterial preparatlar. Kelib chiqishi turlicha bo'lgan diareyalarda ayrim bakterial preparatlarni alternativ terapiya sifatida tavsiya etish mumkin. Ularga baktisubtil, lineks va enterolni kiritish mumkin.

Baktisubtil IP-5832 bakteriya muxitining sporasi ko'rinishida,

kalsiy karbonat, oq tuproq, titan oksidi va jelatindan iborat. O'tkir diareyalarda preparat kuniga 1 kapsuladan 3-6 max/sut tavsiya etiladi, og'ir xolatlarda dozasini 10 kapsulagacha oshirish mumkin. Surunkali diareyada baktisubtil 1 kapsuladan 2-3 max/sut beriladi. Preparatni ovqatdan 1 soat oldin qabul qilish maqsadga muvofiq.

Enterol o'zida *Saccharomyces boulardii*ning liofilizlangan kulturasini tutadi. Preparat 1-2 kapsuladan 2-4 max/sut beriladi. Davo kursi 3-5 kunni tashkil qiladi. Enterol ayniqsa antibakterial terapiyadan keyin rivojlangan diareyada samarali hisoblanadi.

Boshqa bakterial preparatlar (bifidumbakterin, bifikol, lakto-bakterin, lineks, atsilakt, normaflor) odatda antibakterial terapiya kursidan so'ng tavsiya etiladi. Bakterial preparatlar bilan davolash kursi 1-2 oy davom etishi mumkin.

Xilak forte – o'zida normal ichak mikroflorasining almashinuv maxsulotlarining steril konsentrati: sut kislotasi, laktoza, aminokislotalar va yog' kislotalari tutadi. Bu moddalar normal mikroflora xosil bo'lishi uchun kerakli ichakning biologik muxitini tiklash va ularda patogen bakteriyalarning o'sishini kamaytirishda ishtirok etadi.

Xilak forte 40-60 tomchidan 3 max/sut tavsiya etiladi. Davo kursi 2-4 hafta davom ettiriladi.

Simptomatik vositalar. Bu guruhga adsorbentlar, organik kislotalarni neytrallovchi vositalar, qamrab oluvchi preparatlar

kiradi. Ularga smekta, neo-intestopan, tannakomp kiradi. Smekta dioktaedrik smektit – tabiiy xosila bo‘lib, adsorbsiyalovchi xususiyati va ichak shilliq qavatiga protektiv ta‘sirga ega.

Shilliq qavat baryeri stabilizatori va o‘rab olish xususiyatga ega smekta shilliq qavatni toksinlar va mikroorganizmlardan ximoya qiladi 3 g dan (1 paketcha) 3 max/sut ovqatdan 15-20 min oldin paketdagi kukunni 50 ml suvda eritilgan xolda beriladi. Preparatning kuchli adsorbsiyalovchi xususiyatini hisobga olgan xolda, smektani boshqa dorilardan alohida qabul qilish kerak.

Neointestopan o‘zida kolloid shaklidagi tabiiy tozalangan alyuminiy-magniy silikati (attapulgit) tutadi. Neointestopan patogen qo‘zg‘atuvchilarni adsorbsiyalash va toksik moddalarni bog‘lash, hamda ichak florasini normallashtirish xususiyatiga ega. Attapulgit oshqozon-ichak traktidan so‘rilmaydi va turli genezli diareyalarda tavsiya etiladi. Boshlang‘ich dozasi kattalarga 4 tabletkani tashkil qiladi, keyinchalik har bir defekatsiyadan so‘ng 2 tabletkadan beriladi. Maksimal sutkalik dozasi -

14 tabletkada. Tabletkalarni chaynamasdan, suyuqlik bilan yutish kerak. Neointestopan bilan davolash davomiyligi 2 kundan oshmasligi kerak. Preparat bir vaqtda tavsiya etilgan ko‘proq antibiotiklar va spazmolitiklarning so‘rilishini buzadi, shuning uchun neointestopan va boshqa dori vositalari orasidagi interval bir necha soatni tashkil qilishi zarur.

Tannakomp – kombinatsiyalangan preparat. Uning tarkibiga 0,5 g tannin albuminati va 0,05 g etakridin laktati kiradi. Tannin albuminati (oqsil bilan birikkan dubil kislota) qamrab oluvchi va yallig‘lanishga qarshi ta‘sirga ega. Etakridin laktat antibakterial va antispastik ta‘sir ko‘rsatadi. Tannakomp turli genezli diareyani davolash va profilaktikasi uchun qo‘llaniladi. Sayyoxlar diareyasi profilaktikasi uchun preparat 1 tabletkadan 2 max/sut tavsiya

etiladi. Davolash uchun 1 tabletkadan 4 max/sut beriladi. Davolash kursi diareya to'xtaguncha davom ettiriladi. Surunkali diareyani davolashda preparat 2 tabletkadan 3 max/sut 5 kun davomida beriladi. Kalsiy polikarbofili noinfeksion diareyada simptomatik vosita sifatida qo'llaniladi. Preparat 2 kapsuladan 8 hafta davomida beriladi. O't kislotalari chaqirgan xologen diareyani davolashda bilignin va ion-almashinuv smolalari – xolestiramin samarali hisoblanadi.

Bilignin ichish uchun 1-2 choy qoshiqdan (5-10 g) 3 max/sut ovqatdan 30-40 min. oldin suv bilan beriladi. Davolash kursi 5-7 va undan ortiq kunlarni tashkil qiladi. Xolestiramin (vazazan, kvestran) 1 choy qoshikdan 2-3 max/sut 5-7 va undan ortiq kunlarga beriladi.

Motorika regulyatorlari. Diareyani davolashda loperamid yoki imodium keng qo'llaniladi, ular opiat retseptorlari bilan bog'langan xolda ichak tonusi va motorikasini pasaytiradi. Boshqa opioidlardan farqli loperamid markaziy opiatsimon ta'sirga ega, ingichka ichak propulsiv blokadaga ega emas. Preparatning antidiareyali ta'siri enterin tizimidagi μ -opiat retseptorlarga yo'nalgan. Ingichka ichak opiat retseptorlari bilan bevosita bog'lanishi hisobiga epiteliotsitlar funksiyasini o'zgartiradi, sekretsiyani kamaytiradi va so'rilishni yaxshilaydi. Antisekretor samarasi μ -opiat retseptorlar blokadasi hisobiga ichak motor funksiyasining pasayishi bilan kechadi.

Imodium (loperamid) o'tkir diareyalarda 2 kapsuladan (4 mg), so'ngra 1 kapsuladan (2 mg) har bir defekatsiyadan so'ng suyuq axlat kelishi kamaygach 1-2 kun davomida beriladi. Maksimal sutkalik dozasi kattalar uchun 8 kapsuladan har kuni beriladi. Normal axlat paydo bo'lganda va defekatsiya aktlari kuzatilmaganda 12 soat davomida imodiumni to'xtatish kerak.

Quyidagi nojo'ya ta'sirlar kuzatilishi mumkin: og'izning qurishi, qorinda og'riq, dam bo'lishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, qabziyat, uyquchanlik, bosh aylanishi va bosh og'rishi. Qarshi ko'rsatmalar: yarali kolit, psevdo-membranoz kolit, o'tkir dizenteriya. Imodiumni jigar funksiyasi buzilgan bemorlarda extiyotkorlik bilan qo'llash zarur.

Kuchli antidiareyali (antisekretor) ta'sirga ega vosita - somatostatin.

Oktreotid – somatostatinning sintetik analogi, turli etiologiyali so'rilishning buzilishi sindromi bor bemorlarda refrakter diareyani davolashda samarali hisoblanadi. Preparat teri ostiga 0,1 mg dan boshlang'ich dozada 3 max/sut yuboriladi. Agar 5-7 kundan so'ng diareya to'xtamasa, preparat dozasini 1,2-2 martaga oshirish kerak.

Regidratatsiya. Kuchli namoyon bo'lgan o'tkir diareya zudlik bilan suyuqlik va elektrolitlar qo'yishni talab qiladi, bu gipogidratatsiya, elektrolit yetishmovchiligi va atsidozni bartaraf qiladi. Ko'ngil aynish va qayt qilish kuzatilmaganda regidratatsiya ichish uchun uglevod-elektrolitli eritmalmi tavsiya etish bilan amalga oshiriladi. Bu eritmalar tez so'riladi va oson tayyorlanadi. 1 l suvga 5 g (1 osh qoshiq) osh tuzi, 5 g (1 osh qoshiq) ichimlik suvi, 20 g (4 osh qoshiq) shakar qo'shib tayyorlanadi.

Natriy – kaliy tuzlari va glyukoza tutuvchi tayyor dozalangan kukunlar mavjud.

Regidron – gipogidrotatsiyaga olib keluvchi o'tkir diareyani davolashda tavsiya etiladi, o'zida 3,5 g natriy xlorid, 2,5 g kaliy xlorid, 2,9 g natriy sitrat va 10 g glyukoza tutadi. Paketdagi kukun 1 l qaynatilgan suvda eritiladi. Tayyor eritmani bemor har bir suyuq axlatdan so'ng ichishi mumkin. O'rtacha dozasi 60-100 ml/kg ni tashkil qiladi. Suyuqlikni parenteral kiritish og'ir

diareyada qo'llaniladi. Ammo og'ir xolatlarda ham (masalan, epidemik vaboda), suv va elektrolitlar ma'lum miqdorlarda qo'shilishi kerak bo'lgan xollarda ichish uchun elektrolit eritmalar bilan standart davolashda qo'shimcha ravishda glyukoza elektrolit eritmaları tavsiya etiladi.

QABZIYAT

Qabziyat deb ichak bo'shlig'ining haftada 3 martadan kam bo'shashiga aytiladi. Qabziyat uchun nafaqat kam, o'ta qattiq oz miqdorlagi axlat ham xos.

Axlat konsistensiyasi uning tarkibidagi suv miqdori bilan aniqlanadi. Qattiq axlatda uning miqdori 40%, normal – 70% va suyuq – 95% ni tashkil qiladi. Qabziyatning obyektiv mezonlari axlat massasining 35 g/kun bo'lishi hisoblanadi. Klinik manzarani defekatsiyaning qiyinlashishi, ichakning noto'liq bo'shash hissi va qorindagi diskomfort to'ldirishi mumkin. Qabziyat ko'proq surunkali, lekin ba'zan birdaniga paydo bo'lishi mumkin.

Qabziyat bilan 30-50% katta yoshli odamlar kasallanadi.

Etiologiya va patogenezi. Qabziyatning sababiga ko'ra 3 ta katta guruhga bo'lishi mumkin: birlamchi, ikkilamchi va idiopatik.

Birlamchi qabziyat sababi yo'g'on ichak va uning innervatsiyasi anomaliyalari va rivojlanish nuqsonlari hisoblanadi. Ikkilamchi qabziyat sabablari chamber va to'g'ri ichak kasalliklari va shikastlanishlari, xatto boshqa a'zolar va tizimlarning ko'p kasalliklari hamda ularda yuzaga keluvchi metabolik o'zgarishlar hisoblanadi. Qabziyat dorilarning nojo'ya ta'sirlari hisobiga ham rivojlanishi mumkin. Idiopatik qabziyat to'g'ri va chamber ichakning motor funksiyasi buzilishiga asoslangan, sababi noma'lum (inert ichak, idiopatik megakolon va x.k.). Patogenetik

nuqtai-nazarga ko'ra, qabziyatning 3 asosiy tipi farqlanadi: alimentar, mexanik va diskinetik.

Alimentar qabziyat gipogidrotatsiya, ya'ni organizmda suvning kamayishi natijasida paydo bo'ladi. U suvga bo'lgan talabning kamayishi yoki uning buyraklar orqali chiqishining kuchayishi bilan chaqiriladi. Degidratatsiya natijasida axlatda suv miqdori kamayadi, axlat hajmi kamayib, qabziyat paydo bo'ladi. Axlat hajmining kamayishi talabdagi ovqat hajmi va ratsiondagi oziq tolalarining kamayishiga ham bog'liq.

Mexanik qabziyat ichak bo'ylab organik tabiatli ximus harakatining buzilishi natijasida rivojlanadi.

Gipo- va diskinetik qabziyat funksional buzilishlar hisobiga paydo bo'ladi.

Qabziyat patogenezi ichak motor fuksiyasi regulyatsiyasining buzilishi bilan bog'liq. Qabziyatlarda odatda bu buzilishlar ichak, ayniqsa sigmasimon chambar ichak noproduktiv harakat faoliyatining ortishi bilan bog'liq. Agar bu jarayon fekal massaning harakatini tormozlasa, u xolda qabziyat yuzaga keladi. Agar sigmasimon chambar ichakning tormozlovchi ta'siri to'xtasa, ich ketish kuzatiladi. Normada odamda to'g'ri ichak bo'sh bo'ladi. Axlat sigmasimon chambar ichakda to'planadi va faqatgina to'g'ri icha ampulasiga o'tganda, defekatsiyaga reflektor chaqirik yuzaga keladi. Sog'lom odamlarda chaqirik regulyar ertalab ortostatik ta'sir ostida, o'rindan turganda yoki nonushtadan so'ng gastrotsekal refleks ta'sirida paydo bo'ladi.

Defekatsiya akti markaziy asab tizimi orqali boshqariladi va sog'lom odam chaqirikni to'xtatishi mumkin. U murakkab jarayonning istagan bo'g'inidagi doimiy buzilish qabziyat rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Defekatsiyaga chaqirikni to'xtatish odati to'g'ri ichakning surunkali taranglashishiga,

efferent signallarning yo'qolishiga va odatga aylangan qabziyatlar rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Defekatsion refleksning afferent fazasi buzilishi to'g'ri ichak atoniyasining rivojlanishiga olib keladi, defekatsiyaga chaqirik faqatgina to'g'ri ichakning taranglashishida paydo bo'ladi. Refleksning afferent fazasi sarf bo'lganda, to'g'ri ichak hajmi ortishi, uning devorlari atoniyasi ro'y beradi. Natijada chaqirik katta hajmli axlat bilan to'g'ri ichak taranglashgandagina paydo bo'ladi. Bu xolat «megarektum» yoki «inert» to'g'ri ichak deb ataladi. Qabziyat bilan aziyat chekuvchi bemorlarda nafaqat «inert» to'g'ri ichak, balki «inert» yo'g'on ichak ham rivojlanadi. Qabziyatda yo'g'on ichakning nopropulsiv segmentlovchi harakatlari kuchaygan bo'ladi, ular axlat harakatini amalga oshirmay, uni aralashtiradi, xolos.

Tranzit sekinlashishi natijasida suvning qo'shimcha so'rilishi ro'y beradi, bu esa axlat hajmining kamayishiga va zichligining ortishiga sabab bo'ladi. Ichak motorikasi, ko'proq tonusi, propulsiv harakatlar va ularning koordinatsiyasi qorin bo'shlig'i a'zolari, orqa va bosh miya, endokrin tizimi kasalliklari bilan birga kechganda, buzilishi mumkin. Diskinetik qabziyat bu simptomning eng ko'p uchraydigan shakli hisoblanadi. «Diskinetik qabziyat» atamasi «spastik» va «atonik» qabziyat deb nomlangan atamalarga nisbatan ichakning chin xolati bilan aks beradi. Rentgenologik tekshiruvlarshuni ko'rsatadiki, juda kam xollarda ichakning total atoniyasi yoki ichak qismlarining spastik qisqarishlari kuzatiladi. Ko'p bemorlarda ichakning spastik qisqargan va bo'shashgan sohalarining birga kelishi kuzatiladi, bu esa bariyning notekis harakatlanishiga olib keladi.

Qabziyatlar etiologiyasida kam klechatkali va hujayrali qavatlari oz bo'lgan ovqatlar bilan oziqlanish, hamda kam harakatli xayot kechirishning o'rni ham borligi to'g'risida bir

qancha fikrlar mavjud. Qabziyatlarni bartaraf qilishga yo'nalgan davo chora-tadbirlari tizimida ichakning propulsiv faolligi stimulyatorlari bilan boyitilgan diyeta bilan davolash, jismoniy tarbiyaning maxsus komplekslari katta o'rin tutadi. Ma'lumki, sport bilan shug'ullanuvchi insonlar kam harakat kechiruvchilarga nisbatan qabziyatdan ko'p aziyat chekadi.

Qabziyatning ko'p uchraydigan sababi yara kasalligi, gastroduodenit, xoletsistit, xatto chandiqli jarayonlar, kichik chanoq a'zolari kasalliklari va boshqalarda yuzaga keluvchi patologik vissero-visseral reflekslar hisoblanadi. Qabziyatni orqa va bosh miya, bosh miya va orqa miya nervlari va tugunlari, xatto ot dumidagi organik kasalliklar chaqiradi, bunda ichakning nerv regulatsiyasi buzilishi sabab bo'ladi. Kamdan-kam xollarda qabziyat nevrozlarda va psixik kasalliklarda, ayniqsa depressiv xolatlarda, shizofreniyada, nerv anoreksiyasida yuzaga keladi. Qabziyat miksedema va qandli diabet, asoratlangan neyropatiya belgilaridan biri bo'lishi mumkin. Axlatning ushlanishi homiladorlikda progesteron produksiyasining ortishi bilan, kechki muddatlarida esa sigmasimon chamber ichakning kattalashgan bachadon bilan ezilishi natijasida paydo bo'ladi.

Yurak yetishmovchiligi, o'pka emfizemasi, portal gipertenziya assit bilan birga kechgan bemorlarda, xatto semirishda defekatsiya vaqtida qorin ichi bosimining ortishini ta'minlovchi diafragma va qorinning oldingi mushaklari tonusining pasayishi qabziyatning sababi bo'lishi mumkin. Sklerodermiyada to'g'ri ichak mushaklari atrofiyasi rivojlanishi mumkin.

Keksalik qabziyati sababi bo'lib defekatsiyada ishtirok etuvchi mushaklar gipotoniyasi hisoblanadi. Yoshi katta va keksalarda qabziyat axlatning yo'g'on ichak bo'ylab harakatining

sekinlashishi bilan kechadi.

Ichakdagi massaning o'sma, ayniqsa yo'g'on ichak o'smalari hisobiga, ichak stenozida, axlat toshlarining shakllanishida, ichak burmalarining o'smasimon xosilalar va qushni a'zolar bilan ezilishi natijasida surunkali qaytalanuvchi diareya yoki ich ketishning qabziyat bilan almashinishi kuzatiladi. Ammo bu kasalliklarda ham boshqa simptomlarga nisbatan turg'un qabziyat kuzatilishi mumkin. Medikamentoz preparatlarning nojo'ya ta'sirlari ham qabziyat ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Bunday preparatlarga vismut, kalsiy karbonat, alyuminiy gidrooksidi, ganglioblokatorlar va antixolinergik vositalar, opiatlar, antidepressantlar kiradi. Medikamentoz qabziyatlar odatda preparatni to'xtatish bilan yo'qoladi. Diuretik preparatlar ham ichak tonusining pasayishiga va gipokaliyemiya hisobiga axlat chiqishining qiyinlashishiga olib keladi.

Har doim ham qabziyat sababini yo'g'on ichak o'zgarishlari bilan bog'liq xolda qidirmaslik kerak. Bunday xolatlar idiopatik deb ataladi. Bunday bemorlarda yo'g'on ichak bo'ylab rentgenokontrast marker tranzitining davomiyligi o'rganilganda, markerlarning ko'p qismi yo'g'on ichak bo'ylab joylashadi (inert yo'g'on ichak). Boshqalarda esa ular sigmasimon yoki to'g'ri ichakda to'planadi (inert to'g'ri ichak).

Qo'zg'algan ichak sindromi bor bemorlarda to'g'ri ichakdagi diskomfortlik va nonormal axlatga (kam hajmli va x.k.) shikoyat qiladilar. Bunday guruhga yoshi kattalar va impulsiv defekatsiya bilan aziyat chekuvchi bolalarni kiritish mumkin. Shunday qilib, qabziyatlar turli xil – ham funksional, ham organik xarakterdagi sabablar natijasida yuzaga keladi.

Klinikasi. Qabziyatlarning klinik ahamiyati, ularning sabablari, davomiyligi, og'irligi va ichakning shikastlanish

xususiyatlariga bog'liq. Ko'plab qabziyatlar asta-sekin rivojlanadi.

O'tkir qabziyat – axlatning bir necha sutka davomida kelmasligi. Uning sababi – qorin bo'shlig'idagi (mexanik va dinamik ichak tutilishi), ichakning o'zidagi (divertikulit) yoki anorektal sohadagi o'smalar yoki yallig'lanish jarayoni bo'lishi mumkin. Axlatning keskin kelmasligi bosh miya travmalaridan so'ng, dorilarning nojo'ya ta'sirlari natijasida, qat'iy yotoq rejimidagi bemorlarda kuzatilishi mumkin. Agar ich kelish bilan birga gaz ketishi ham kuzatilmasa, ichak tutilishi rivojlanganligi haqida o'ylash zarur. Agar qabziyat bir necha hafta davomida keskin kuchaysa, yo'g'on ichakning o'sma bilan zararlanishiga shubha qilinadi. Divertikulitda va boshqa ichakning o'choqli yallig'lanish kasalliklarida qabziyatga odatda qorindagi kuchli og'riq, tana haroratining ko'tarilishi va boshqa yallig'lanish jarayoni belgilari qo'shiladi. Anorektal sohadagi lokal patologik jarayonlar (masalan, anal yoriqlar, bavoasil) odatda qon ketish va og'riq bilan birga kechadi, bu esa qabziyatga sabab bo'ladi.

Tashxis, qiyosiy tashxis. Diagnostik konsepsiyalar asosida qabziyat – kasallik emas, simptomligi yotishi kerak. 2- sxemada algoritm ko'rinishda qabziyatdagi diagnostik jarayonlarning ketma-ketligi ko'rsatilgan.

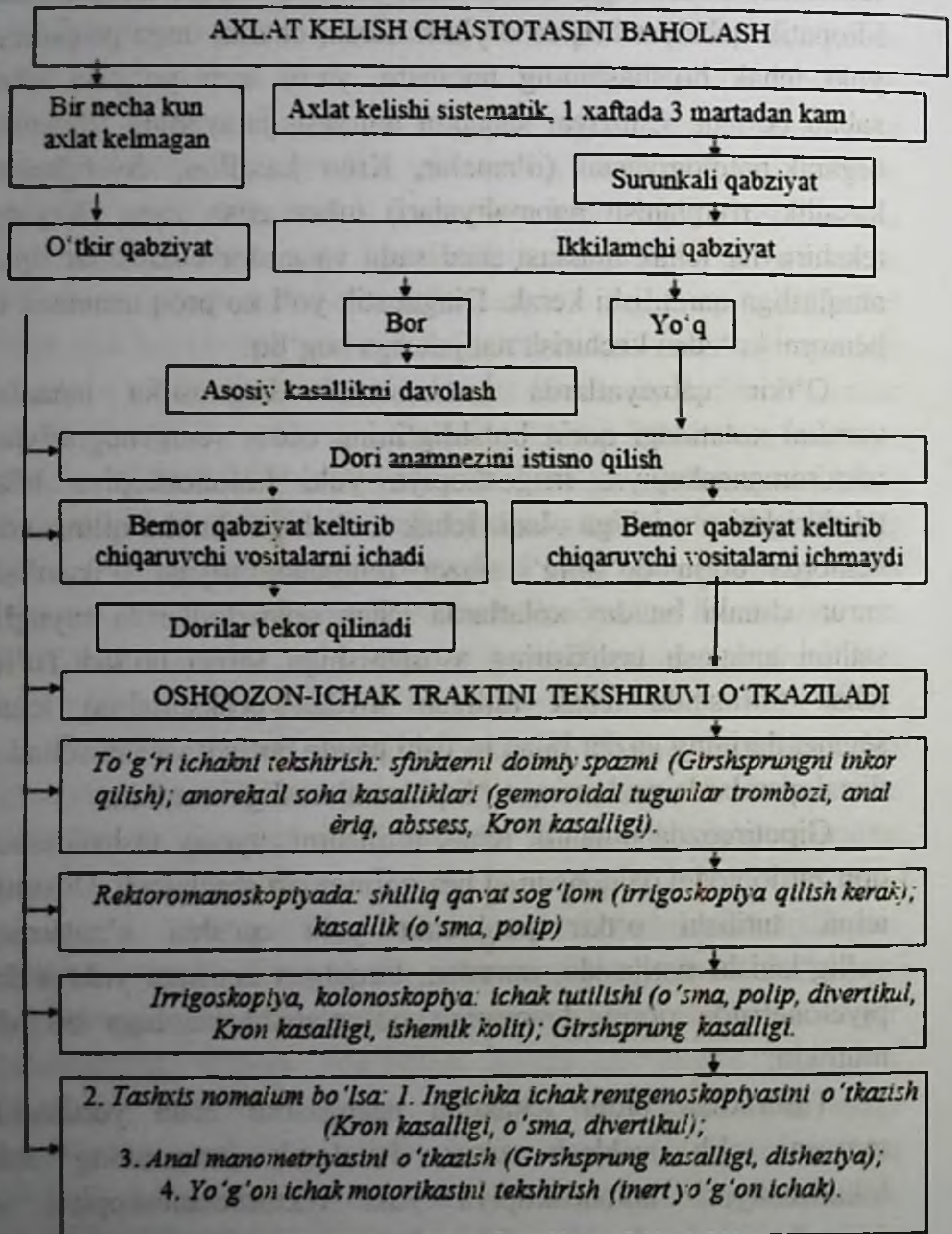
Avvalo qabziyatning keskin (o'tkir) yoki surunkaliligini aniqlash zarur. Keyinchalik anamnezidan ichak funksiyasi buzilishi bilan bog'liq kasalliklarning majudligi aniqlanadi. Agar qabziyatning shunga bog'liqligi aniqlansa, asosiy kasallikni davolash imkonini beradi. Agar kasalliklar bog'liqligi aniqlanmasa, qabziyat sababi bo'lmish «dori» anamnezi va dorilarni to'xtatishni taxlil qilish zarur. Qabziyatning kasalliklar va dorilar bilan bog'liqligi aniqlanmasa, qabziyat sababi bo'lgan

ichak kasalligini aniqlash maqsadida oshqozon-ichak traktini tekshirish zarur. Agar bunda ham kasallik sababi aniqlanmasa, idiopatik qabziyat haqida o'ylash kerak, chunki unga propulsiya yoki ichak bo'shashining buzilishi, ya'ni inert yo'g'on ichak sabab bo'ladi. Qabziyat sababini aniqlash jarayonida ichakning organik patologiyasini (o'smalar, Kron kasalligi, divertikulyar kasallik, rivojlanish anomaliyalari) inkor etish zarur. Keyingi tekshiruvlar ichak massasi stazi sathi va motor buzilishlar tipini aniqlashga qaratilishi kerak. Diagnostik yo'l ko'proq anamnez va bemorni ko'zdan kechirish natijalariga bog'liq.

O'tkir qabziyatlarda instrumental diagnostika tananing vertikal xolatidagi qorin bo'shlig'ining obzor rentgenografiyasi, rektoromanoskopiya, irrigoskopiya yoki kolonoskopiya bilan tekshirishni o'z ichiga oladi. Ichak tutilishiga shubha qilinganda, bemorda qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasi o'tkazilishi zarur, chunki bunday xolatlarda ichak qovuzloqlarida suyuqlik sathini aniqlash tashxisning asoslanishiga sabab bo'ladi. To'liq ichak tutilishida ichak tutilgan joydan proksimalroq ichak segmentlarining gazlar bilan to'lishi paydo bo'ladi va shu sohadan distal qismlarda gazlarning to'liq kuzatilmasligi mumkin.

Gipotireozda dinamik ichak tutilishini qiyosiy tashxislashda qon zardobidagi qalqonsimon bez gormonlari aniqlanadi. Dinamik ichak tutilishi o'tkir pankreatit yoki qo'shni a'zolarning yallig'lanishi natijasida, masalan, tarqalgan zotiljam yoki o'tkir piyelonefritda qorin devorining qo'zg'alishi hisobiga bo'lishi mumkin.

Tashrixdan oldin ichakdan nazogastral zond yordamida massani olib tashlash zarur. Patologik jarayonning aniq lokalizatsiyasi kolonoskopiya yoki rektoromanoskopiya va irrigoskopiya yordamida aniqlanadi.



Qabziyat diagnostikasi algoritmi

Agar bu tekshirishlar natijasida ichak tutilishi lokalizatsiyasi aniqlanmasa, bariyli aralashmani per os ingichka ichakni rentgenokonstrast tekshirish bilan amalga oshiriladi, bu usul ichak bo'shlig'ining to'liq obturatsiyasida xatarli emas.

Muhim anamnestik ma'lumotlarni qabziyatning davomiyligi, og'riq sindromi va tana vaznini yo'qotishning mavjudligi yoki yo'qligi beradi. Qabziyatning o'tkir boshlanishida dori yoki organik tabiatli saqlanma bilan bog'liqligi aniqlanadi. «Dori» anamnezi qat'iy aniqlanishi kerak, chunki ko'p dorilar qabziyatning sababchisi bo'lishi mumkin. To'liq yo'g'on ichak tutilishi keskin meteorizm, spastik xarakterdagi qorindagi og'riq va qayt qilish bilan xarakterlanadi.

Keskin og'riqlar, funksional qabziyati bor bemorlarda uchraydi. Unga yana axlat tutilishi hisobiga qorin bo'shlig'idagi diskomfortlik va to'lishish hissi xos. Defekatsiya aktidan oldin intensiv, spazmatik og'riqlar ichakning stenozlovchi jarayonlari uchun xos. Ammo qo'zg'algan ichak sindromidagi spastik yo'g'on ichakda ham kuzatilishi mumkin. Defekatsiya vaqtidagi to'g'ri ichak va orqa peshovdagi og'riq yo'g'on ichak distal qismlari zararlanganligidan darak beradi. Bunda to'g'ri ichakning axlat massalari bilan to'lishishi bilan og'riq yuzaga keladi.

Qabziyat bilan aziyat chekuvchi bemorlar defekatsiya aktida to'g'ri ichakdan kon ajralishiga shikoyat qiladilar. Rektal qon ketishlarning ko'p sababi bo'lib bavirusil, sfinkteritlar yoki orqa peshov yoriqlari hisoblanadi. Ammo bu kabi kasalliklar aniqlangan xolatlarda ham kolonoskopiya yoki irrigoskopiya o'tkazish bilan boshqa manbalarni istisno etish kerak.

Uzoq muddat to'shakda yotish va orqa miya ildizlarining shikastlanishi, hamda diabet, sklerodermiya va miksedema tipidagi

tizimli kasalliklar ham qabziyat chaqirishi mumkin. Bunga elektrolit buzilishlar: gipokaliyemiya va giperkalsiyemiya sabab bo'ladi. Anamnezidan obstruktiv sindrom, ayniqsa diagnostik laparotomiya yoki laparoskopiya o'tkazgan bemorlarda ichakning psevdobstruksiyasiga shubha qilishi kerak. Anamnestik ma'lumotlarda orqa chiqaruv kanali kasalliklari, surunkali anal yoriqlari, qabziyatda uzoq vaqt xuqnalarni qo'llash va qorindagi og'riqlarning bo'lishi qo'zg'algan ichak sindromi yoki qisqa segmentning Girshsprung kasalligiga asos bo'lishi mumkin. Katta yoshdagi keskin qabziyatning boshlanishi hamisha vrachda yo'g'on ichak raki haqida fikrni uyg'otishi zarur.

O'tkir qabziyati bor bemorlarni obyektiv tekshirish vrach uchun o'tkir ichak tutilishini aniqlash imkonini beradi. Dinamik (asoratlanmagan) ichak tutilishi odatda qorinning kuchli kattalashishi, peristaltik shovqinlarning va to'g'ri ichakning axlat bilan to'lishishi bo'lmasligi bilan namoyon bo'ladi. Organik (mexanik) ichak tutilishiga odatda qorinning shishi, kam xollarda assimetriyasi, ko'rganda peristaltikaning ko'zga tashlanishi, auskultatsiyada shovqinlar va ichak shovqinining eshutilishi, to'g'ri ichak ampulasining bo'shligi xos. Kuchaygan peristaltika va kuchli ichak shovqinlari peritonit rivojlangandan so'ng yo'qoladi.

Surunkali qabziyati bor bemorlar obyektiv tekshirilganda, asosiy kasallikni, masalan, sklerodermiya yoki miksedemani aniqlash mumkin. Qorin tekshirilganda yo'g'on ichak o'smasini palpatsiyalash mumkin. To'g'ri ichakni ko'rish esa perianal va anal sohalarning zararlanishini aniqlash imkonini beradi. To'g'ri ichakning bo'sh ampulasi qisqa segmentli Girshsprung kasalligi simptomi bo'lib xizmat qiladi. Axlatda yoki to'g'ri ichak ko'rilganda qonning mavjudligi, ichak shilliq qavatining shikastlanganligini ko'rsatadi, bu esa keyingi tekshirish jarayoniga sabab bo'ladi.

Qabziyati bor bemorlar uchun shart bo'lgan instrumental va klinik usullarga axlatni yashirin qonga tekshirish taxlili, orqa peshov ichki sfinkterini barmoq bilan tekshirish, rektoromanoskopiya va kolonoskopiya yoki ilk marta kontrastli polipozitsion irrigoskopiya kiradi.

Ichakning organik kasalliklari bo'lmasa va boshqa sabablardan tashqari, qabziyat qo'zg'algan ichak sindromi bilan bog'lanadi. Tashxis obyektiv anamnez va laborator tekshiruvlarga asoslanadi. Motor funksiya buzilishining yanada chuqurroq aniqlanishi uchun yo'g'on ichak tranziti vaqti aniqlanadi va imkoniyat bo'lsa, anorektal sohaning fiziologik tekshiruvi o'tkaziladi: sfinkteromanometriya va Svenson bo'yicha to'g'ri ichak devori biopsiyasi agangliozni inkor etish uchun qo'llaniladi.

Ichak bo'ylab tranzit vaqtini aniqlash uchun turli markerlar ishlatiladi. Yo'g'on ichak tranzitini aniqlash testlari nafaqat qabziyat obyektivizatsiyasi, balki qabziyatni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun bemorlarni ajratib olishda diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Axlat chiqishini buzilishi natijasida yuzaga keladigan defekatsiya aktining nerv-mushak koordinatsiyasi buzilishlari anal manometriya yordamida aniqlanadi. Normal subyektlarda to'g'ri ichakning axlat yoki havo bilan to'lishi ichki sfinkterning bo'shashishi va tashqi sfinkterning qisqarishini stimullaydi. Girshsprung kasalligi yoki yo'g'on ichak segmentlari agangliozida ichki sfinkter to'g'ri ichak to'lgan xolatda ham bo'shashmaydi. Shuning uchun manometriyani qo'llash bolalar va kattalarda bu kasallikka tashxis qo'yishga yordam beradi.

Ichak motor funksiyasining buzilishi birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Birlamchilarga qo'zg'algan ichak sindromining yo'g'on ichak spastik giperkineziyasi belgilari, inert yo'g'on ichak gipokineziyasi va surunkali intestinal psevdobstruksiyasi kiradi.

Qabziyat bilan kechuvchi yo'g'on ichakning ikkilamchi motor buzilishlari yuqorida keltirilgan kasalliklar misolida ko'riladi. Bu kasalliklarning barchasi yo'g'on ichakning giper- yoki gipokineziyasiga olib keladi, bu esa birlamchi motor buzilishi belgilari bilan o'xshash.

Davolash. Qabziyatni davolash o'z oldiga murakkab masala qo'yadi. Uni bemorlar surgilari dorilarni sistematik qabul qilish va o'rganib qolish bilan murakkablashtiradilar. Bu bilan ayniqsa shifokor katta yoshli bemorlar bilan ko'p duch keladi. Bemorga zararli odatlardan voz kechish, o'ziga xuqna qilish va axlat kelishini ovqatlanish bilan boshqarishni o'rgatish, to'g'ri chaynash, xatto harakatchan xayot kechirish tushuntirilishi lozim. Shuni yodda tutish kerakki, nazoratsiz surgilari dorilarni sistematik qo'llash boshqa dorilarning so'rilishini buzilishi mumkin, bu esa ularning tez tranziti va ayrimlarining kimyoviy bog'lanishiga (masalan, sellyulozali matritsaga solingan, tetratsiklin yoki digoksin) sabab bo'ladi. Nixoyat, surgilarni qo'llash qorinda og'riq, ichakning yallig'lanish kasalliklari bilan kechadigan qabziyat asoratlarida man etiladi.

Diyeta. Qabziyatlarda diyeta №3 qo'llaniladi. Ichak tranzitini yaxshilash va ichak ichki bosimini kamaytirish uchun kepaklar qo'llaniladi.

Bug'doy kepaklari taxminan qaynatilgan suvga solinadi va 30-60 min. o'tgach, unga sho'rva, kompot yoki kefir qo'shiladi. Kepakdagi oziq tolalari o'ziga suvni biriktirib, hazm bo'lishga yo'l qo'ymaydi, bu esa axlat hajmini kattalashtirib, uni qattiqlashishiga sabab bo'ladi. Hozirgi vaqtda kepak o'rniga shirin ta'mli oziq tolalari tutuvchi non ishlatiladi. Ularga divizit va mukofalk kiradi.

Divizit, bug'doy va zaytun urug'laridan tayyorlanadi. 100 g preparatda 25 g oziq tolalari mavjud. Preparat 50 g/kuniga tavsiya etiladi. Qabziyati bor bemorlarda divizit ichak motorikasini

stimullaydi, axlat yumshoqlashadi va kamayadi. Divizit giperxolesterinemiyasi bor bemorlarda qon plazmasidagi xolesterin miqdorini kamaytiradi.

Mukofalk – boychechak urug‘larini tutuvchi preparat. Mukofalkning yuqori gidrofilligi hisobiga qabziyatlar, qorin dam bo‘lishi va og‘riqlar yo‘qoladi. U chamber ichakning chap qismlari motorikasini stimullaydi va funksional tabiatli surunkali qabziyatlar uchun tavsiya etiladi.

Medikamentoz davolash. Ma‘lumki, enterin asab tizimi turli neyromediatorlari ta‘siridagi ichak funksiyasi bosh regulyatori hisoblanadi. Enkefalinlar enterin ichak tizimidan ishlab chiqariladi va enkefalinergik tipidagi maxsus retseptorlarga ta‘sir ko‘rsatadi. Oshqozon-ichak trakti motorikasini regulyatsiya qiladigan preparatlarni kidirishning yangi yo‘nalishi neuropeptidlarni aniqlash sohasida joylashgan – endorfinlar va enkefalinlar. Bu moddalar organizmda hujayralararo neyroregulyatorlikni ta‘minlaydi. Chin kelib chiqishdagi enkefalinlar - opiat substansiyalar – oshqozon va ichakning harakat funksiyasini boshqarishda asosiy o‘rin egallaydi. Sintetik enkefalinergik agonist debridat (trimebutin) ichak motorikasiga modullovcchi samara ko‘rsatadi. Debridat enkefalinlarning uchala retseptorlari bilan bog‘lanadi: μ , δ va k ichak motorikasiga stimullovcchi va ingibirlovchi ta‘sir ko‘rsatadi. Chin enkefalinlar, trimebutin ichakning peristaltik faoliyatini stimullash yoki pasaytirishga qodir. Debridat (trimebutin) 0,1-0,2 g 3 max/sut, ovqatdan oldin beriladi, davolash davomiyligi 2-4 haftaga tavsiya etiladi.

Medikamentoz terapiya motorikaning buzilishi xususiyatiga qarab belgilanadi. Gipomotor funksiyada prokinetiklar qo‘llaniladi (metoklopramid, motilium yoki kordinaks).

Metoklopramid (reglan, serukal) 0,01 g 3 max/sut ovqatdan

oldin, 10- 14 kun davomida beriladi. Motilium (domperidon) 0,01 g 3 max/sut, 10-14 kun davomida beriladi. Kordinaks (sizaprid, prepulsid) 5-10 mg dan 2 gacha 4 max/sut ovqatdan oldin beriladi.

Spastik tipidagi yaqqol namoyon bo'lgan diskineziyalarda m-xolinoretseptorlar blokatorlari (atropin, aprofen, levzin, buskopan, metatsin, gastratsepin, pirensesepin) va miotrop spazmolitik vositalar (no-shpa, papaverin, galidor) aniq samara ko'rsatadi. Bu preparatlar yo'g'on ichakning spastik qisqarishlari va og'riqni kamaytiradi, lekin propulsiv funksiyaga ta'sir ko'rsatmaydi, bundan tashqari, propulsiv funksiyani kamaytirib, kaabziyatga xech qanday samara ko'rsatmaydi. Shuning uchun kuchli gipokinetik qabziyatlarda (inert yo'g'on ichak, idiopatik qabziyat) prokinetiklar – oshqozon-ichak trakti tonusi va motorikasini kuchaytiruvchi vositalarni qo'llash maqsadga muvofiqdir. Ularga yuqorida sanab o'tilganlardan qo'shimcha, xolinesteraza ingibitorlari ubretid, prozerin va kaliminni ko'rsatish mumkin.

Ubretid (distigmin bromid) ichish uchun 0,5 mg/sut, ertalabki soatlarda beriladi. Kerak bo'lsa yoki yaxshi ko'tara olsa, dozasi 2 martagacha oshiriladi. Prozerin 10-15 mg dan 2-3 max/sut qo'llaniladi.

Kalimin (piridostigmin bromid) 0,06 g (1 draje) dan 1 gacha 3 max/sut beriladi.

Qabziyatlarning kompleks terapiyasiga o't xaydash samarasiga ega preparatlar, ayniqsa o't kislotalari tutuvchi vositalar (alloxol, liobil), xeno- va ursodezoksixol va ursodezoksixol kislotalari tutuvchi preparatlar (xenoxol, xenofalk, ursofalk) katta ahamiyatga ega. Ma'lumki, yuqoridagi preparatlar yo'g'on ichak shilliq qavatiga qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatishi bilan uning motorikasining stimullash xususiyatiga ega, xeno- va ursofalk o't pufagidagi toshlarni eritish maqsadida ham beriladi. Surgi dorilarni sarflangan defekatsion

refleksni samarali tiklash maqsadida qabziyatlarni davolashning birinchi bosqichida qo'llash zarur.

Ta'sir mexanizmi bo'yicha surgilari 4 guruhga ajratiladi. Osmotik yoki tuzli surgilar. Ular yaxshi so'rilmaydigan uglevodlar (normaze) yoki suv molekulalarini tutib qolish xususiyatiga ega yuqori molekulyar polimerlar guruhi (forlaks). Ingichka ichakda qolib, bu preparatlar ximusning osmotik bosimini ko'taradi va ichak bo'shlig'ida suv sekretsiasini ta'minlaydi. Natijada yo'g'on ichakka ko'p miqdordagi suyuq axlat massasi keladi, ular peristaltikani stimullaydi va ichak bo'ylab oson harakatlanadi. Bo'shashtiruvchi ta'siri odatda 6-8 s. dan so'ng boshlanadi. Boshqa surgilardan farqli bu preparatlar yo'g'on ichak shilliq qavatiga qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatmaydi va o'rganib qolishni chaqirmaydi. Shuning uchun ularni uzoq vaqt qabul qilish mumkin.

Normaze 1 desert qoshiqdan kechasiga tavsiya etiladi.

Forlaks kechasiga 10-20 g (1-2 paketika), suvda eritilgan xolda beriladi. Ichak orqali suv absorpsiasini tormozlovchi va suv sekretsiasini stimullovchi vositalar. Bunday samaraga bevosita yo'g'on ichakning shilliq qavati xemoretseptorlarini qo'zg'atish yo'li bilan erishiladi. Ularga tabiiy o'simlik preparatlari, antraglikozid tutuvchi (kastor moyi), sintetik birikmalar (bisakodil, dulkolaks, guttalaks, laksigal va boshqalar.) va tuzli surgilar (natriy sulfat yoki glauber tuzi, magniy sulfat, karlovar tuzi va x.k.) kiradi. Ulardan ayrimlari so'riladi, jigarda metabolizmga uchraydi va ichakka o't bilan qaytib keladi. Ichak bo'shlig'ida peristaltika va suyuqlikning ortishi 6-8 soatgacha yo'g'on ichak bo'ylab axlatning harakatini sekinlashtiradi. Senna ekstrakti tutuvchi surgilarni uzluksiz qo'llash natijasida yo'g'on ichak shilliq qavatida kora rangdagi pigment xosil bo'ladi, yo'g'on ichak nerv oxirlari degeneratsiyasi rivojlanadi.

Oqibatda inert yo'g'on ichak shakllanadi. Yo'g'on ichakda suv va natriy so'rilishining buzilishi bilan bog'liq suv-elektrolit buzilishi ham rivojlanishi mumkin.

Axlat massalari hajmini ko'payishini chaqiruvchi vositalar. Ularga dengiz karami, metilsellyuloza, psillium (fiberlak), kalsiypolikarbofil, kepak, absorbsiyalanmaydigan disaxaridlar (laktuloza, sorbitol) kiradi. Hajmiy agentlar – uzoq vaqt qo'llashga mo'ljallangan yagona surgi dorilar. Ular sekin, yumshoq va normal axlat kelishini sistematik ushlab turishga ta'sir ko'rsatadi. Axlat massalari hajmining ortishi hisobiga mexanoretseptorlar qo'zg'alishini chaqiradi va yo'g'on ichakning motor-evakuator funksiyasini stimullaydi. Bu oziq qo'shimchalarini ertalab va kechkurun yetarli miqdordagi suv bilan birga qabul qilish maqsadga muvofiq, qo'shimcha 2-3 stakan berish ham mumkin.

Axlatni yumshatuvchi va surkalish samarasi bilan ichak bo'ylab axlatning aralashishini yengillashtiruvchi vositalar. Ularga vazelinli, bodomli va zaytun moylari, norgalaks, enimaks kiradi. Ularning ko'pi gidrofob va gidrofil xususiyatga ega bo'lganligi uchun ichakda suvni saqlash, axlat massalarining ushlanib qolinishi evaziga uning hajmining ortishi kuzatiladi. Axlat hajmining ortishi peristaltikani stimullaydi, yumshoq konsistensiya esa uning ichak bo'ylab harakatini yengillashtiradi. Mineralli moylar va shu guruhdagi boshqa preparatlar uzoq vaqt yotoq rejimidagi, anorektal sohada jarrohlik amaliyotini o'tkazgan bemorlarga tavsiya etish maqsadga muvofiq.

Norgalaks gel ko'rinishida 10 g dan tubikda ishlab chiqiladi, o'zida natriy dokuzat, karboksimetilsellyuloza va glitserin tutadi va epizodik qabziyatlarda va yo'g'on ichakni endoskopik tekshiruvga tayyorlash uchun mikroxuqnalar ko'rinishida qo'llaniladi. Surgi ta'siri 5-20 min so'ng to'g'ri ichakka preparat kiritilgach boshlanadi.

Enimaks natriy fosfatning gipertonik eritmasi bo'lib, 120 ml dan bir martalik qo'llash mumkin bo'lgan plastmassali xuqnada chiqariladi. Asosan yo'g'on ichakni jarrohlik amaliyoti, endoskopik va rentgenologik tekshiruvga tayyorlash uchun qo'llaniladi.

Hozirda ko'p qo'llaniladigan preparatlar yo'g'on ichak sathiga ta'sir ko'rsatadi (antraglikozid tutuvchi o'simliklar, bisakodil, dulkolaks, guttalaks, laksigal va boshqa sintetik preparatlar). Ularning ta'siri qabul qilingandan so'ng 8-12 s. o'tgach kuzatiladi. Axlat ko'proq bo'tqasimon yoki suyuq bo'ladi. Vazelin va o'simlik moyi ingichka ichak sathida ta'sir ko'rsatadi. Ularning ta'siri 4-5 s o'tgach boshlanadi. Axlat meyordagi axlatga yaqinroq bo'ladi. To'g'ri ichakka bevosita surgi dorilarni kiritishda shamchalar ko'rinishida foydalaniladi, so'ruvchi ta'siri 10-20 min dan so'ng kuzatiladi (shamchalar, dulkolaks va x.k.).

Surgi dorilar ichakning butun qismlariga ko'p miqdordagi suyuq axlat ko'rinishidagi drastik samara ko'rsatadi, ularning ta'siri 4-6 s dan so'ng kuzatiladi. Ularni odatda o'tkir qabziyatlarda va ovqat intoksikatsiyalarida, ichakni toksik moddalardan bo'shatish xolatlarida qo'llaniladi. Agar surgilar epizodik qo'llanilsa, qarshi ko'rsatmalarga xojat yo'q. Hajmiy agentlar ayrim moddalar va dorilarning so'rilishini kamaytirishi mumkin, lekin bu hech qanday klinik ahamiyatga ega emas.

Surgi dorilarni sistematik uzoq muddat qo'llash mumkin emas. Shuning uchun qabziyatlarni samarali davolashda avvalo kelib chiqish sababini, ya'ni aniq tashxisni aniqlash, undan so'ng esa davo usulini ishlab chiqish zarur.

ICHAK DISBAKTERIOZI

Ichak disbakteriozi deb, ingichka ichakda ma'lum miqdorda mikroblarning paydo bo'lishi va yo'g'on ichakdagi mikroblarning

tarkibining o'zgarishiga aytiladi. Yo'g'on ichakda mikroorganizmlarning umumiy miqdori va tarkibi o'zgaradi, ularning invazivligi va agressivligi oshadi. Ichak disbakteriozida qonda oshqozon-ichak trakti bakteriyalarining ma'lum miqdorda topilishi kuzatiladi (bakteriyemiya) yoki xatto sepsis rivojlanishi mumkin. Ichak disbakteriozi - bu bakteriologik tushuncha, hech qanday tashxisemas. Disbakteriozning klinik belgilari ma'lum miqdorda disbiotik

O'zgarishlarning lokalizatsiyasi bilan aniqlanadi. Bunga bog'liq holda

ingichka va yo'g'on ichak disbakteriozi farqlanadi.

Ingichka ichak disbakteriozi - ingichka ichakda bakteriyalar tarqalishining ortishi sindromi. Sog'lom odamlarda och ichakdagi muxit steril bo'lsa-da, yuqori qismlarida streptokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, boshqa grammusbat aerob bakteriyalar va zamburug'lar topilishi mumkin. Och ichakda bakteriyalarning umumiy miqdori naxorda 10^4-10^5 1 ml ichak massasiga tug'ri keladi. Yonbosh ichakning distal qismida mikroblarning miqdori 10^7-10^8 gacha ortadi, anaerob bakteriyalar ham aniqlanadi.

3-sxemada ingichka ichakda ortiqcha bakteriyalar tarqalishiga sabab bo'luvchi omillar ko'rsatilgan. Ingichka ichakda bakteriyalar miqdorining ortishi ularning ingichka ichakka ortiqcha tushishi, ularning rivojlanishi va propulsiv funksiyaning buzilishi uchun yetarlicha sharoitning bo'lishiga bog'liq.

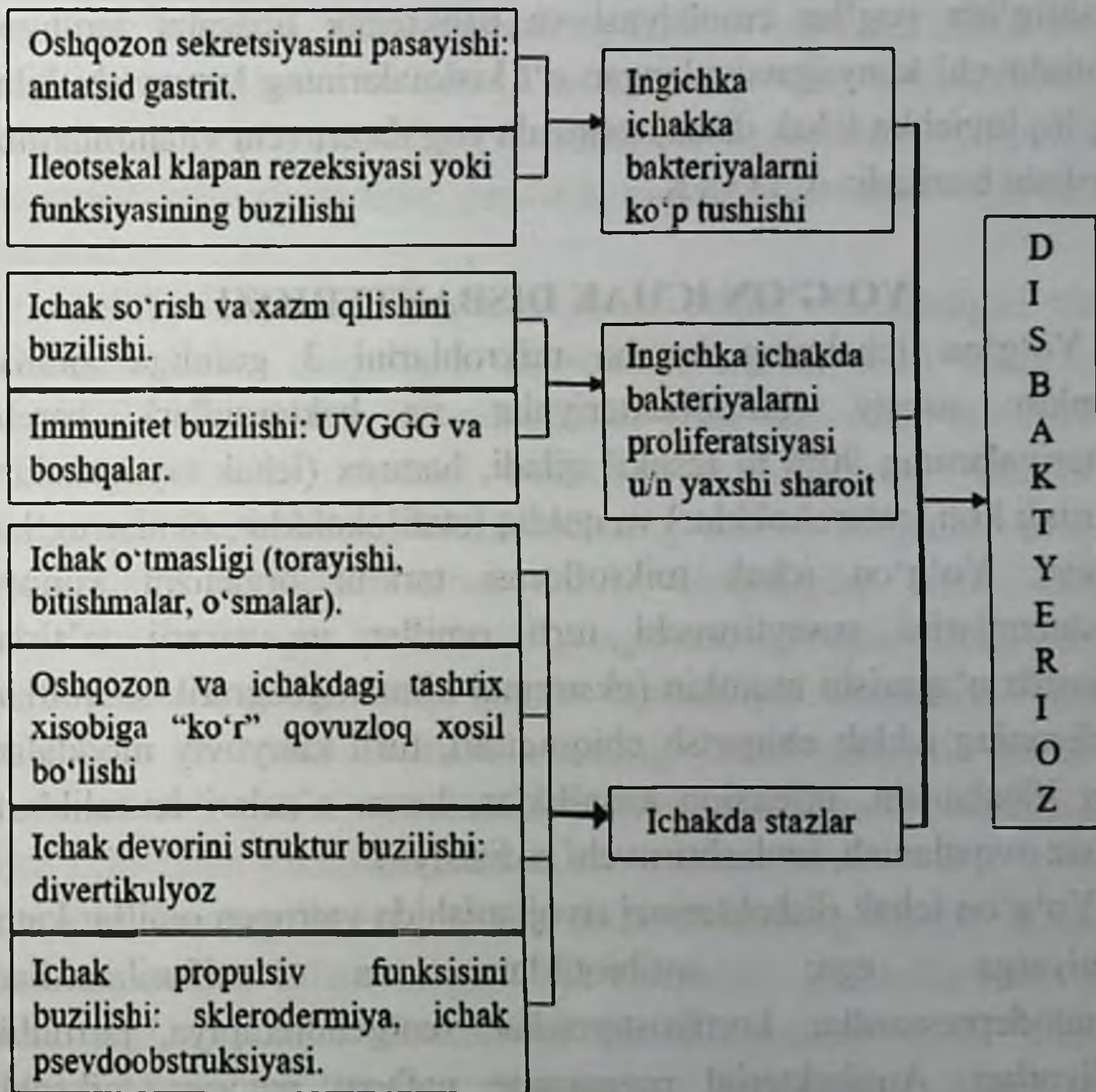
Ingichka ichakning bakterial tarqalishida birlamchi o't kislotalarining muddatdan oldingi dekonyugatsiyasi kuzatiladi. Bunda xosil bo'lgan ikkilamchi o't kislotalar va ularning tuzlari diareya chaqiradi va ko'p miqdorda axlat bilan birga yo'qotiladi.

Natijada o't-tosh kasalligi rivojlanishi mumkin. Bakterial

toksinlar, proteazalar, boshqa metabolitlar, masalan fenollar, biogen aminlar, bakteriyalar vitamin B12 bilan bog'lanishi mumkin.

3-sxema

Ingichka ichakdagi mikrobl floraning ortiqcha o'sish sabablari.



Ortiqcha mikrobl flora ingichka ichak epiteliysining zararlanishiga olib keladi, ayrim mikroorganizmlarning metabolitlari sitotoksik ta'sirga ega. Vorsinkalar balandligining ortishi, kriptalarning chuqurlashishi kuzatiladi, elektron mikroskopiyada esa

maqsadida faqat 10-20 ta mikroorganizmlar o'rganiladi. Och ichakda, yonbosh ichak yoki yo'g'on ichakdagi mikroblar tarkibini o'rganish muhim ahamiyatga ega.

Ingichka ichak disbakteriozi tashxisoti uchun bevosita va bilvosita usullar qo'llaniladi. Bevosita usuli steril zond yordamida olingan duodenal va yuyenal massaning ekmasi bilan xarakterlanadi. Agar bakteriyalar miqdori 10⁵/ml dan ohsa yoki unda yo'g'on ichakdagi mavjud mikroorganizmlar aniqlansa (enterobakteriyalar, bakteroidlar, klostridiyalar va x.k.) bakteriyalarning ortiqcha o'sishi deb ataladi.

Ma'lumki, yo'g'on ichak mikroblari florasining uglevod metabolizmi jarayonida ko'p miqdorda gazlar, ayniqsa vodorod xosil bo'ladi. Bu havoga chiqariladigan vodorodni aniqlashni o'z ichiga oluvchi vodorod testiga asoslanadi. Bu ko'rsatkich nahorda havoga chiqariladigan vodorod konsentratsiyasiga bog'liq.

Laktuloza bilan zo'rictirish usuli ham qo'llaniladi. Meyorda laktuloza ingichka ichakda erimaydi va yo'g'on ichakning mikroblari florasini bilan metabolizmga uchraydi. Natijada havoga chiqariladigan vodorod miqdori ortadi. Yo'g'on ichak disbakteriozining doimiy bakteriologik belgilari bifidobakteriyalarning asosiy bakterial simbiiontlarining bo'lmasligi va ichaktayoqchalarining kamayishi hisoblanadi.

Bunda mikroorganizmlarning umumiy miqdori hamrox proliferatsiya (esherixii koli, enterokokklar, klostridiyalar) yoki qoldiq bakteriyalarning paydo bo'lishi (stafilokokklar, achitqi zamburug'lar, protey) hisobiga oshadi.

Mikroorganizmlar umumiy miqdorining o'zgarishi va ichak mikroblari senozidagi normal va ayrim mikroblar orasidagi nisbatning buzilishi, disbakterioz namoyon bo'lishi ayrim bakterial simbiiontlaridagi patologik belgilarining paydo bo'lishi bilan birga

mikroblar tarkibining o'zgarishi ham kuzatiladi. Gemolizlovchi flora, kuchsiz fermentativ xususiyatga ega esherixii koli, enteropatogen esherixii koli va boshqalar aniqlanadi.

Pseudomembranoz kolit tashxisi achish jarayonini tekshirish va unda *Cl.difficile* ni aniqlashga asoslanadi. Endoskopik manzara shilliq qavatga zich bitishgan, yumshoq, pilakchasimon, tasmaimon va yassi «membranalar» bilan xarakterlanadi. Yo'g'on ichak distal qismi va to'g'ri ichakda o'zgarishlar yaqqolrok namoyon bo'ladi.

Davolash. Disbakteriozni davolash kompleks xolda olib borilishi kerak. Unga quyidagilar kiradi:ingichka ichakdagi ortiqcha bakterial tarqalishini kamaytirish;

- yo'g'on ichakning normal mikroflorasini tiklash;
- ichak hazmi va so'rilishini yaxshilash;
- buzilgan ichak motorikasini tiklash;
- organizm reaktivligini stimullash.

Antibakterial preparatlar. Antibakterial preparatlar birinchi navbatda ingichka ichakda mikrofloraning ortiqcha o'sishini pasaytirish uchun kerak. Bu maqsadda tetratsiklin, penitsillin, sefalosporin, xinolon (tarivid va x.k.) guruhidagi antibiotiklar va metronidazol qo'llaniladi. Keng ta'sir spektriga ega antibiotiklar yo'g'on ichak eubiozini ma'lum miqdorda buzadi. Shuning uchun bu preparatlar so'rilish va ichak motorikasi buzilishi kasalliklarida qo'llanilishi kerak, aks xolda ingichka ichak bo'shlig'ida mikroblifloraning o'sishi ortib ketadi.

Antibiotiklarni ichish uchun oddiy dozalarda 7-10 kungacha berish zarur. Yo'g'on ichak disbakteriozi bilan kechuvchi kasalliklarda simbiot mikroblifloraga minimal ta'sir ko'rsatadigan va protey, stafilokokklar, achitqi zamburug'lari va boshqa agressiv mikrobshtammlarining o'sishini susaytiradigan preparatlarni tanlash zarur. Ularga antiseptiklar: intetriks, ersefuril, nitroksolin,

furazolidon va boshqalar kiradi. Stafilokokkli disbakteriozning og'ir shakllarida quyidagi antibiotiklar: tarivid, palin, metronidazol (trixopol), xatto biseptol- 480, nevigramon qo'llaniladi. Antibakterial preparatlar 10-14 kunga beriladi. Axlatda yoki ichak sharbatida zamburug'lar topilsa, nistatin yoki levorin qo'llash kerak.

Bakterial preparatlar. Bakterial preparatlar yo'g'on ichak disbakteriozi bilan kechuvchi kasalliklarda beriladi. Ularni antibakterial terapiya sifatida yoki undan so'ng qo'llash mumkin. Bifidumbakterin, bifikol, laktobakterin, baktisubtil, lineks, enterol va boshqa preparatlar keng qo'llaniladi. Davolash kursi 1-2 oy davom etishi kerak. **Mikrob metabolizmi maxsulotlari.** Disbakteriozni to'xtatishning yagona yo'li normal mikroorganizmlar metabolizmi maxsulotlari bilan patogen mikrobli floraga ta'sir ko'rsatish (Xilak forte). Preparatning bir millilitri 100 mlrd normal mikroorganizmlarning biosintetik faol moddasini tutadi. Xilak fortenti 40-60 tomchidan 3 max/sut 4 hafta muddatga antibakterial ta'sirga ega preparatlar bilan birga yoki ulardan so'ng berish mumkin.

Hazm qilish va ichak motorikasi regulyatorlari. Hazm qilishni yaxshilash to'g'ri tanlab olingan diyeta va fermentativ preparatlar bilan birga olib boriladi. Ich ketish bilan kechuvchi ichak kasalliklarida diyetik ovqatlanish buzilgan peristaltikani tiklash, ichak bo'shlig'ida suv va elektrolitlar sekretsiyasini kamaytirish bilan erishiladi. Maxsulotlar to'plami patologik o'zgargan ingichka ichakning fermentativ xususiyatlariga qarab, oziq moddalarining tarkibi va miqdori bo'yicha belgilanadi. Diyeta mexanik va kimyoviy ximoya qiladigan, o'zida ko'p miqdorda oqsil, yog' va tolerantligi kamaytirilgan maxsulotlar tutishi kerak. Bu talablarga amalda diyeta № 4b javob beradi. Pankreatogen genezli to'liq hazm buzilishi bor bemorlarda oshqozon osti fermentlari yaxshi terapevtik samara ko'rsatadi. Ularga kreon, pansitrat va boshqalar kiradi. Gepatogen

genezli steatoreyani davolash uchun o't komponentlari tutuvchi preparatlar qo'llash maqsadga muvofiq (panzinorm, digestal, festal, enzistal). Hazm qilishning gastrogen yetishmovchiligida panzinormni qo'llash zarur.

Disbakteriozda kuzatiladigan meteorizmni kamaytirish uchun fermentlar tutuvchi kombinatsiyalangan preparatlar qo'llaniladi, dimetikon (pankreoflat va zimopleks). So'rilish funksiyasini yaxshilash maqsadida essensiale, legalon yoki karsil beriladi, ular ichak epiteliyalari membranasiga stabillovchi ta'sir ko'rsatadi. Ichakning buzilgan propulsiv funksiyasini tiklashga imodium (loperamid) va trimebutin (debridat) yordam beradi.

Organizm reaktivligi stimulyatorlari. Organizm reaktivligini oshirish maqsadida bemorlarga taktivin, timalin, timogen, immunal, immunofan va boshqa immunostimullovchi vositalar berish kerak. Davolash kursi o'rtacha 4 hafta davom etishi kerak. Bir vaqtda vitaminlar tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Disbakteriozning birlamchi profilaktikasi, uning kelib chiqish sabablarini hisobga olgan xolda, o'z oldiga murakkab masalani qo'yadi. Uning yechimi umumiy profilaktik muammolar bilan bog'liq: ekologiyani yaxshilash, ratsional ovqatlanish, yashash tarzini va boshqa tashqi hamda ichki muhit omillarini yaxshilash. Ikkilamchi profilaktika eubiozni buzadigan antibiotik va boshqa medikamentlarni ratsional qo'llash, mikrobiotsenoz buzilishi bilan kechuvchi hazm trakti kasalliklarini o'z vaqtida va samarali davolashni tashkil qiladi.

NOSPETSIFIK YARALI KOLIT

Yarali kolit – surunkali yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, yo‘g‘on va to‘g‘ri ichakning qolgan qismlarining shilliq pardasini jaroxatlaydigan, retsividli xususiyatiga va ayrim holatlarda surunkali o‘tishga xosdir. Yarali kolitning Kron kasalligidan farqi shundaki, yarali kolitni xirurgik davolash mumkin (yo‘g‘on ichakni olib tashlash) ammo bemor operatsiyadan keyin nogiron bo‘lib qoladi. Shuning uchun ham yarali kolitlarda doimo konservativ davolash qo‘llaniladi. Nospetsifik yarali kolit Yevropa mamlakatlarida har 100 000 aholidan 50 dan 250 gacha kishilarda uchraydi. Bu kasallik Angliya, Shimoliy Amerika, Avstraliya va Skandinaviya mamlakatlarida kup tarqalgan.

Etiologiyasi. Nospetsifik yarali kolitlar tibbiyotda muxrlanib qolgan va aniq faktorlari aniqlanmagan kasallikdir. Xozirgi kunda infeksion , allergik , oziq ovqat va genetik nazariyalar xam o‘z tasdig‘ini to‘la topgani yo‘q. Oxirgi yillarda kuproq autoimmun nrzariyaga to‘xtalmoqda. Ko‘pchilik izlanuvchilar bu kasallikni har xil infeksiyalar bilan bog‘lasa, oxirgi yillarda veruslar sababli yuzaga chiqadi demoqdalar, ammo to‘g‘ridan-to‘g‘ri faktlar aniqlanmagan. Ko‘proq asosli faktlardan immun tizimidagi defekt bo‘lib, yo‘g‘on ichakda og‘ir yalliqlanish holatining rivojlanishiga olib keladi.

Yarali kolitlar to‘g‘risida birinchilardan bo‘lib 1875-yilda Wilks va Moxonlar tomonidan ma‘lumot berilgan.

Patogenezi. Yarali kolitlarning patogenezida imunologik tizimdagi o‘zgarishlar muhim ahamiyati borligi va ichaklarda dizbakteriozga va ruxiy holatni o‘zgarishiga olib keladi. Shilliq pardalarda yuzaga chiqadigan morfologik o‘zgarishlarga ya‘ni shilliq qavatdagi infiltrat, limfotsitlar, plazmatik hujayralar va eozinofillarning aniqlanishi, Ig A – xosil qiluvchi hujayralarning kamayishi ichaklardagi yaralarning hosil bo‘lishini autoimmun yallig‘lanishdan dib atxg‘Oash mumkun.

Bemorlarda oziq-ovqatga bo'lgan allergik xolatning rivojlanishini asosan sutdagi oqsillar bilan bog'laydilar. Taxminan 50% bemorlar qoni zardobida yo'g'on ichak to'qimasidagi antigenga qarshi antitela aniqlanadi. Xujayra imuniteti-faktorida o'zgarish bo'lib, T-limfotsitlar papuliyatsiyasi fonida o'zgarishlar yuzaga chiqadi 20-25% bemorlarda yarali kolit bilan qonida immun komplekslarning ko'tarilishi yallig'lanish xolati bilan bog'liqligi va ichaklardan tashqari kasallikning rivojlanishida ham aniqlanadi. Oxirgi yillarda yarali kolitlarning patogenezida mediatorlarining muxim rol o'ynashi aktiv o'rganilmoqda.

Sitokinlar – pastmolekulyarli oqsil mediatorlari bo'lib xujayralarning endoteliyasidagi leykotsitlar, fibroblastlarda hosil bo'ladi. Sitokinlar immunoreaktiv tizim mediatorlari bulib, ularning funksiyasi har xil immun kasalliklarida yuzaga chiqadi. Ichaklarda dizbakterioz holati 70-100 % yarali kolit bilan bemorlarda aniqlanadi va ularning aniqlanishi sur'ati ichaklardagi yalliqlanish holati og'irligi bilan bog'liqdir. Ichaklardagi o'zgargan mikroflorasida shunday mikro organizmlar paydo bo'ladiki, ular toksik moddalar ishlab chiqaradi (agressiv fermentlar) va ichak to'g'imalarini jarohatlaydi. Shartli patogen bakteriyalar superinfeksiyalarning rivojlanishiga ta'sir qilib mikroblilik allergik va organizmda autoimmun holatni chaqiradi. Hozirgi paytda so'roqli bo'lib turgan uchinchi faktor yarali kolitlar bilan bemorlarda psixologik(ruhiy) holatning o'zgarishi hisoblanadi. Ularning emotsional sferasida buzilishlar bo'ladi. Yarali kolit bilan bemorlar anamnezida ruhiy travmalar, surunkali ruhiy jaraohatlovchi situatsiyalar va uzoq davom etuvchi o'zaro kelishmovchiliklar aniqlanadi. Vaholanki, o'z tasdig'ini topmagan savol – shu bo'lgan o'zgarishlar organizmdagi uzoq o'tgan surunkali yallig'lanish holati birlamchi hisoblanadimi. Shunga qaramay yarali kolitlarni davolashda bu holat hisobga olinishi kerak. Shunday qilib, yarali kolitlar

potogenizini "nuqsonli aylanma" (circulus vitiosus) ga tenglashtirish mumkin. Buning qismlari bo'lib organizmdagi autoimmun o'zgarishlar ichakdagi dezbakterioz, ruhiy holatning o'zgarishlari hisoblanib, yo'g'on ichakda og'ir yallig'lanish nekrotik holatiga olib keladi.

Yo'g'on ichakdagi morfologik o'zgarishlar.

Makroskopik: to'g'ri ichak albatta jarohatlanadi, keyinchalik yo'g'on ichakning hamma bo'limlari va yonbosh ichakning terminal qismiga tarqaladi. Shilliq pardalarida to'laqonli va ko'p sonli gemorragiyalar, eroziya, yaralar ko'pincha psevdopoliplar aniqlanadi.

Mikroskopiya: shilliq pardalarda yalliqlanish belgilari, shilliq osti qismiga ham o'tadi, plazmatik xo'jayralar infiltratsiya holatida, kript-abscesslar, mikroeroziyalar aniqlanadi. Qon tomirlar kengaygan, endoteliyasi shishgan, granulyatsion to'qimalarda tortmalar hosil bo'ladi.

Nospetsifik yarali kolitlarning tasnifi.

I.Oqimi buyicha

A. Nomaxsus yarali kolitning yashin tezligida o'tuvchi shakli (10%)

B.Surunkali o'tuvchi shakli: Surunkali retsivli shakli(60%), tanafussiz surunkali o'tuvchi shakli (20%), birdaniga paydo bo'luvchi turi (10%)

II.Patologik xolatning tarqalishi buyicha.

A.O'ng tomonlama yarali kolit.

B.Yarali proktit, proktosigmoidit.

V.Chap tomonlama yarali kolit.

S.Yarali ileokolit.

D.Total yarali kolit.

III. Og'irlik darajasi bo'yicha

A.Yengil darajasi.

B.O'rtacha og'irlik darajasi.

V.Og'ir darajasi.

Klinikasi.

Hamma asoratlanmagan yarali kolitar uchun ikki guruh simptomlaraga ega: maxalliy(ichakdagi) va umumiy simptomlar.

1.Maxalliy simptomlardan eng muximi doimiy va ko'p uchraydigan to'g'ri ichakdan qon oqishidir. Axlotda qonning bulishi yarali kolitlar uchun doimiy va remissiya bilan buladi. Qaytalovchi davrida axlatda qon kupayadi. Kupincha qon tuq qizil, ichi o'tganda qon izi xolatida, agar axlot shakillanmagan bulsa qon izi uni urab oladi. Doimiy qon oqishlar yo'g'on ichakda mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi, tomirlarning yengil jaroxati va ichak devorlarida eroziya va yaralanish belgilarining borligidan darak beradi.

2. Xojatning buzilishi uning ikkinchi doimiy belgisi xisoblanadi. Kasallikning qaytalanishi davrida ich ketishi: kam xollarda ich qotishi va ich ketishi bilan almashinuvi kuzatiladi. Ich ketishining kelib chiqish mexanizmi ichakdagi susaygan sekretsia xolatining kuchayishi va shilliq pardadagi jaroxat tufayli absorbsiyaning kamayishi, tomirlardagi o'tkazuvchanlikning ortishi; ichaklardagi jaroxatlanish qancha katta bulsa axlotning sur'ati tezlashadi. Bundan tashqari uncha ko'p bulmagan axlot massasi, yiring yoki shilimshiq madda sigmasimon va tug'ri ichakning yallig'langan qisimlariga tushib defekatsiya reflesini kuchaytiradi va yolg'on xojatga, ich burg'isi belgilari paydo bo'ladi.

3. Qorinda og'riq-uchinchi maxalliy belgi xisoblanadi. Og'riq chap yonbosh soxasida, qorinning chap yarmida va kam xollarda qorinning xamma soxalarida kuzatiladi. Difekatsiyadan kiyin og'riq qoladi, ayrim xollarda kuchayadi.

4. Bemorlarning umumiy shikoyati: Umumiy xolsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, tana vaznining pasayishiga. Ko'pincha asteno-

ipoxondrik xolat rivojlanadi, dipressiv sindrom, ayrim holatlarda kanserofobiya kuzatiladi.

Yarali kolitlarning o'tkir shaklida kasallikning boshlanishi tez, maksimal xolda maxalliy va umumiy belgilarning yuzaga chiqishi bilan sodir buladi. Ich ketishi 20 martagacha (bir sutkada) , kam miqdorda qon aralash, qorinda og'riq, varaja, intoksikatsiya belgilari va sirkulyator buzilishlar yuzaga chiqadi. Eksudativ enteropatiya gipoproteinemiya va shish xosil bulishi mumkin. Kasallikning oqimida massiv qon oqishi, yo'g'on ichak perforatsiyasi asoratlari sodir bo'lishi mumkun. Kasallikning o'tkir shaklida prognoz yaxshi emas, o'lim surati baland. Surunkali retsidiv shakli xam kup uchraydi. Bu shakliga xos qaytalanishi va remissiya fazalaridir. Bu shaklini 2 variantga buladilar: Tusatdan kuchli xuddi o'tkir shakliga xos va sekinlik bilan o'tuvchi, aniq intoksikatsiya belgilari bulmagan xillariga. Surunkali tanafussiz o'tadigan shaklida kasallikning belgilari va yallig'lanishning aktiv xolati yillab davom etadi.

Klinik belgilariga asosan 4 bosqichga bo'linadi.

I. Rektal qon oqish (qizil qon) , xojat normada shilimshiq madda yo'q. ("gemorroj" va anal kanalida yoriq bosqichi)

II. Ikki xaftadan keyin axlotda qon, shilimshiq madda kupayadi, xojat surati oshadi ("yuqimli kasalliklar" bosqichi yoki dizenteriya).

III. Ikkinchi oyda intoksikatsiya kuchayadi, qorinda og'riq boshlanadi tana xarorati ko'tariladi.

IV. Kasallikning uchinchi oyida xojat tezlashadi (10-80 marta) axloti badbuy xidli qon aralash, tanafussiz ich burishi, ariqlash, kayfiyati yuq, terisi oqish, shilliq pardalari sarg'ish, tana xarorati gektik, taxikardiya, qorni damlagan, tili quruq, proteinimiya, gipokalseimiya, giponatriyemiya, gipoalbuminuriya.

Laboratoriya va instrumental tekshirish usullari

Yarali kolitlarda xal qiluvchi diagnostik usullardan rektoromonoskopiya va eng muximi egiluvchan endoskop bilan kolonoskopiya qilishdir. Yarali kolitning muxim simptomlaridan shillik qavatining yengil jaroxatlanishi, kontakt qon oqishi, ayniqsa rektoskopning tubusi yurgizilganda qon oqishining kuchayishi hisoblanadi. Shilliq pardaning giperemiyasi, ichak burmalarida shish holati, shilliq parda ostida qon kuyulishlar, eroziya, yaralarning va psevdopoliplarning aniqlanishi. Ko'p holatlarda eroziv-gemorragik yoki yarali-gemorragik sindromlar diagnozi qo'yilishi mumkin(3-rasm). Aniqlangan endoskopik belgilar yarali kolitlarga xos bo'lmay, boshqa ichak patologiyasida uchraydigan belgilar xamdir. Yarali kolitlarga xos aniq belgili bo'lib- kontakt qon oqishlar, eroziyaning sekin regeneratsiya bo'lishi, aktiv davolashga qaramasdan yaralarning topilishidir. Yarali kolitlarning yengil shakllarida makroskopik o'zgarishlar juda kuchli bo'lmasada shilliq qavatdan biopsiya olish muhim hisoblanadi. Bioptatlardan gistologik tekshirishlar qilinganda nomaxsus yallig'lanishlarga xos belgilar topiladi. O'rtacha og'ir va og'ir shakllarda ichaklarning perfaratsiya bo'lishi xavfli yuksak bo'lganligi uchun kolonoskopiya qilish kam hollarda bajariladi. Bordiyu holat ancha pasayib, maginizatsiyaga taxmin bo'lganida albatta koloskopiya qilish zarur. Yarali kolitlarni Kron kasalligidan differensirovka qilishda, ichakdagi o'zgarishlarning xajmini aniqlashda, o'smashishlarni, yo'g'on ichak divirtikullarini va ishemik xolatlarni o'z vaqtida tasdiqlashda irrigoskopiya qilish tavsiya qilinadi.

Yarali kolitlarda noinvaziv tekshirish usullariga ultratovush va termografiya kiradi. Yo'g'on ichakning qalinlashuvi, UTTda yumoloq va yarimqiyshiq tasvirlarning topilishi ya'ni "ichi g'ovak a'zolar jarohatlanishi" simptomi topiladi.



3-rasm. NYAK ning endoskopik ko'rinishi

Asoratlari: Mahalliy (ichaklar) va umumiy (tizimli) bo'ladilar. Mahalliy asoratlardan ichaklardan massiv qon ketishlar, toksik megakolon, perforatsiya, peritonit va yo'g'on ichakning o'sma shishlari kiradi. Nomaxsus yarali kolitlarda ularning davomiyligi uzoq bo'lganda (10 yildan ziyot), yo'g'on ichak total jaroxatlanganda malignizatsiya xavfi yuksak hisoblanadi. Shuning uchun bunday kasallikning kechimida har 1-2 yilda koloskopiya qilinib, ichakning har xil qismlari shilliq qavatidan biopsiya olinib turishi kerak.

1. Umumiy tizimli asorati: Patogenetik xususiyatlariga asosan 3 guruhga bo'linadilar.

2. Tizimli "gipersisibilizaniya" bo'lganligi uchun – bo'g'inlarda, ko'zda, terida va og'iz bo'shlig'i shilliq pardalaridagi o'zgarishlar.

3. Bakteriemiya va portal tizimida antigenemiya sababli jigarda va biliar tizimda bo'ladigan o'zgarishlar.

4. Ichakning toksik dilyatatsiya sindromi. Bu sindrom 1951 yilda Madison va Bagen tomonidan yozilgan bo'lib, 5-10 % kishilarda uchraydi.

5. Ichakda o'zoq yillar davomida yuzaga chiqqan ikkilamchi o'zgarishlar – anemiya, elektrolit almashinuvining buzilishi.

Yarali kolitning ichakdan tashqari yuzaga chiqadigan ko'rinislari.

Terida hosil bo'ladigan (tugunli eritemalar, gangrenoz piodermiya, yiringli stomatit, teridagi vaskulit, vezikulopustulyoz, ekzantema.)

Bo'g'inlarda uchraydigan (artritlar, sakroileit, Bexterev kasalligi-ankilozli spondilit)

Ko'zning yallig'lanish kasalliklari (sklerit, episklerit, iridotsiklit, ko'zning tubidagi o'zgarishlar)

Jigar va o't yo'llaridagi kasalliklar (birlamchi sklerozlovchi xolangit, jigarning yog'li infiltratsiyasi, surunkali aktiv gepatit, xolangio sellyular karsinoma)

Vaskulit. Gemostazning buzilishi va tromboembolik asorati.

Qon kasalligi, Amiloidoz, Suyak to'qimalaridagi metabolik o'zgarishlar (osteoporoz). Ichaklarda yallig'lanish kasalliklari diagnostikasi va ularni davolash ishlari gastroenterolog yoki koloproktolog yordamida amalga oshirilishi kerak. Kasallikning navbatdagi xurujini, ahvoli og'ir bo'lgan bemorlar xirurgik statsionarlarda davolanishi kerak. Yarali kolit bilan xastalangan har bir bemor o'zining qon guruhini va rezus faktorini bilishlari kerak.

Davolash: Diyeta. (parhez). Yarali kolitlarning qayta xurujining hamma shakllarida sutli ozuqalar ta'qiqlanadi. Chunki ko'pchilik bemorlarda sutdagi oqsillarga sezuvchanlik oshadi. Organizimdan oqsilga bo'lgan ehtiyojni yog'siz qaynatilagn go'sht, baliq, yog'li bo'lmagan suzma va pishloq tavsiya qilinadi. Yog' va karbonsuvlar chegaralanadi. Statsionarda bemorlarga 4-stol buyuriladi. Og'ir

shakldagi bemorlarga va qayta xuruji davrida, tana vaznining pasayishida parenteral oziqlantirish kerak. Umrov osti venasiga kateter quyiladi va oqsilli preparatlar, o'zini bosaolmaydigan aminokislotalar, glyukoza, yog'li emulsiyalar va vitaminlar tavsiya etiladi.

Medikamentlar bilan davolash: O'rtacha va og'ir shakldagi bemorlar albatta statsionar sharoitda davolanishi kerak. Yengil shaklidagi bemorlar esa ambulator sharoitda davolanadilar. Yarali kolitlarni etiotrop davolash usullari yoki medikamentoz davolashning asosida patogenetik davolash yotadi. Bunda asosiy o'rinni immunologik buzulishlarni korreksiya qilish muxim bulib yo'g'on ichakning shilliq qavatidagi immun yallig'lanishni dizbakteriozni va ruhiy buzilish xolatini hisobga olish zarur.

Antibiotiklar bilan davolash kolitlarning aralash- yiringli asoratlarida ko'rsatma xisoblanadi. Ichakalarda mikroabscess va yiringli qoplamalar topilganda keng spektrda tasir qiluvchi antibiotiklar tavsiya qilinadi. Yarali kolitlarning yengil shaklida 5-ASK 3-4 gr/sut yoki mesalazin 3 gr/sut peroral beriladi, ichaklarning distal jaroxatlanishida mialazin rektal 2-4 gr qo'llaniladi Sulfasalazin-kombinatsiyalashgan preparat bulib sulfanilamid, sulfapridin va salitsilat 5-amisametil kislotadan tashkil topgan. Sulfanilamidning qisqa tasirli guruxiga kiradi. Bizda sulfasalazinning prolangir ta'sir qiladigan analogi salazapridazin va salazodimetoksin kiradi. Bu gruppanig asosiy tasir qiluvchi mexanizmi 5-aminosalitil kislotasi bo'lib yo'g'on ichakda so'rilmay, qo'shuvchi tuqimada yig'iladi va yallig'lanishga qarshi ta'sir qiladi, o'z navbatida yallig'lanish mediatorini (antitsitokin effekt) ingibirleydi. Sulfanilamid preparati shartli patogen flora ga tasir qiladi, va ichakda biotenozni normallaydi. Sulfasalazinning boshlang'ich dozasi 4-8 gr/sut. bulib 4 marta qabul qilinadi. Salazapiridazin va salazodimetoksin 2-4 gr/sut.da 2 marta, mesolazin 1,5-3 gr/sut. 4 marta beriladi. Asta-sekinlik bilan 2 gr/sut. dozani 2-4

kun davomida ko'paytiriladi. Kursatilgan shu preparatlarni svecha holida mahalliy qullaniladi. Uzoq muddat davolash uchun olingan effektdan keyin malum ushlab turuvchi dozasi aniqlanadi va 3-6-12 oylar davomida qullanilishga tavsiya qilinadi. Sulfasalazinning nojuyta tasirlaridan ko'ngil aynish – qusish, allergik reaksiya, gematologik asoratlar (agranulotoz, medgemoglobinemiya) kiradi. Yarali kolitning o'rtacha og'irligi darajasida sulfosalazin 4-6 gr/sut. yoki miasalzin 4 gr/sut. ishlatiladi, effekt bermagan taqdirda prednizalon ishlatiladi, ma'lum effekt bo'lmaganida prednizolon beriladi va sekinlik bilan dozasi kamaytiriladi.

Glyukokortikoidlarning asosiy ta'siri parametri: immunokomponent limfotsitlarning yetilishini tormozlash. Yallig'lanish uchog'ida araxidon kislotasining paydo bo'lishini blokada qilish, yiringlanish mediatorlarning tashkil bo'lishiga yo'l qo'ymaslik, tomirlarning utkazuvchanligini pasaytirish va to'qima fibrinogeniga ta'sir qilishdan iborat. Glyukokortikoidlarni parenteral, peroral va mahalliy ishlatilganda tizimli ta'siri alohidaligi aniqlanadi.

Ko'pchilik hollarda prednizalon tavsiya qilinadi. Boshlang'ich dozasi 90/20mg/s peroralno 30-40mg/s. Effekt bermagan chog'da to musbat foyda berguncha dozani oshirish kerak. Kerakli dozaga yetgandan keyin sekin pasaytirish kerak.

Eroziv yarali kolitlarning qaytalanishi to'xtash holatiga kelganda davolovchi xuqnalar(garmonli moylar bilan) yaxshi foyda beradi. Bunga lorinden, ftorokor ishlatiladi. Davolovchi xuqnalarni – metatsil, oblepix moyi ishlatish mumkin. Yarali kolitning og'ir qaytalanishi juda xavfli hisoblanadi. Bu holatda kartikosteroidlar davolashning birinchi chizig'ida turadi. Kartikosteroidlar 90-120 mg/s parenteralno yuboriladi, bemorning ahvoli yaxshilangandan keyin sekinlik bilan salitsilatlariga o'tiladi. Agar kartikosteroidlar yordam bermasa yoki ularni ko'taraolmaslik holatida nogormonli immunodepresantlarga

o'tish kerak. Ular (sitostatin)-azatioprin va 6 merkoptopurin. Bu preparatlar asosan Kron kasalligida yaxshi effekt beradi. Azatioprin 2-2,5 mg/kt tavsiya qilinadi. Siklosporin 4 mg/kg bir kunda, 1-2 hafta og'ir yarali kolitlarda tavsiya qilinadi. Oxirgi yillarda biologik davolash usullaridan monokloneal antitela, usma shish nekroziga qarshi FNO-a ishlatiladi. Bu guruh preparatlariga yagona-infliksimab (remikeyd.) kirib, Kron kasalligida ishlatilgan va 5 mg/kg dan tavsiya qilingan. Kron kasalligidagi va yarali kolitlardagi immun mexanizmlari juda o'xshashdir. Bu kasalliklarda aktivlashish va T-xelperlar adaptozi pasayishi makrofaglar aktivligining oshishi va antitelalar giperfunksiyasi yuzaga chiqadi. Bu ikki kasalliklarda ham interferron xosilasi va o'sma shish faktori ko'tariladi. Shuning uchun yarali kolitlarda remikeydlarning qo'llanilishi 75-80% ijobiy natija bergan.

Dispanserlash: Bemorlar yarali kolitlar bilan gastroenterologlar tomonidan dispanserlash holatida qarovga olinishi kerak. Dispanser kuzatuvining asosiy maqsadi kasallikning qaytalanishining oldini olish, asoratlarini o'z vaqtida aniqlash, alohida malignizatsiyani o'z vaqtida tashxislashdir. Agar kasallik yomon kechmasa kvartalda bir marta ko'rikdan o'tish, sulfasalazin va prednizalon qabul qiladigan bo'lsa, har oyda ko'rikdan o'tish kerak. Endoskopik tekshiruvlar bir yilda bir marta o'tkazilishi, agar ahvoli yomonlashsa tezroq tekshirish kerak. Bemorlar – ishdan ozod qilinishi, emotsional zo'riqishlar bo'lmasligi kerak. Ovqatlanish meyorini bilan tartibga solinishi kerak. Yarali kolitlar bilan bemorlarga sanatoriya-kurortda davolanish man qilinadi.

YO'G'ON ICHAK DIVERTIKULLARI VA DIVERTIKULYOZI

Bu kasallik ichak devorlarida qopsimon bo'rtib chiqishning paydo bo'lishidir. Bunday qopsimon bo'rtmalar 3 donagacha bo'lsa divertikul, agr undan ko'proq bo'lsa divertikulyoz deyiladi.

Divertikulyoz ko'pincha to'g'ma bo'ladi, ortirilgan divertikullar yolg'on ichak devoridagi mushak qavatining shishib chiqishidir. Tug'ma (chin) divertikullar ichak devoridagi gistogenezning buzulishi bilan sodir bo'ladi. Bunda ichak devorining xamma qavatlarida o'zgarish buladi.

Tug'ma (chin divertikullar) yo'g'on ichakning o'ng yarmida, orttirilgan (yolg'on) divertikulyar yo'g'on ichakning chap qismida ko'proq sigmasimon ichakda uchraydi. Divertikullarning lokalizatsiyasi ichak devoriga qon tomirlarning kirish joyida ya'ni tutqich tomonida bo'ladi. Divertikullarning kelib chiqishida ichaklardagi yiringlash holati bo'lib qorinning ichak bosimi oshganda (ich qotish) yallig'langan ichak devorida bo'rtma hosil bo'ladi. Divertikul ichiga axlot kirib qoladi va yallig'lanish yuzaga chiqanda divertikulit simptomlari rivojlanadi. Bu kasallik 40 yoshdan yuqori kishilarda paydo bo'ladi.

Klinikasi: Bu kasallik ko'p yillar davomida klinik jixatdan yuzaga chiqmaydi. Tasodifan qilingan rentgen tekshirishlarida aniqlanishi mumkin. Asoratlanmagan divertikullarning asosiy simptomi qorinda og'riq va ichak faoliyatining buzilishi kuzatiladi(4-rasm).



4-rasm. Yo'g'on ichak divertikulyozi

Divertikulit rivojlanganda qorindagi og'riq kuchayadi, tana xarorati oshadi, qonda leykotsitoz rivojlanadi. Agar divertikullar abscess xolatiga utsa qorin bo'lig'iga yorilishi mumkin va peritonit belgisi paydo buladi. Doimiy juda kuchli bo'lmagan og'riq qorinning chap yarmida ko'proq kuzatiladi. Qorin paypaslaganda doimo yumshoq bo'ladi. Divertikulyozga xos belgi ich qotish, ich ketish bilan almashinuvi xarakterlidir.

Bemorlarda diafragma churrasi, o't toshkasalligi va divertikulyozning uchrashuvini Seynta triadasi deyiladi.

Diagnostikasi: Diagnostikasida rentgen tekshirish muhim hisoblanadi (irrigoskopiya).

Divertikullarning kattaligini ham aniqlash mumkin, ular 2-3 ml dan 2-3 sm kattalikda bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda divertikulyozlarni endoskopik yo'l bilan aniqlash mumkin.

Davolash: davolash asosan konservativ tadbirlardan iborat, parhez, yallig'lanishga qarshi spazmolitiklar tavsiya qilinadi. Juda muhim xojatni mutadillash xisoblanadi, maxsus parhez (kartoshka, olma, sabzi, karam)lar tavsiya qilinadi. Divertikulyoz bo'lsa kolektomia qilinadi. Yiringli xolat qorin bo'shlig'iga yorilsa, ichak rezeksiyasi qilinadi va Mikulich bo'yicha kolostoma qo'yiladi.

YO'G'ON ICHAK POLIPI VA POLIPOZLARI

Polip – epiteliyalardan o'sadigan xavfsiz o'sma shishlarga kiradi, vaxolanki ularning malignizatsiyaga o'tish xavfi yuksak. Yakka poliplar yengil o'tadi, yengil utadi, kam malignizatsiya beradi. Ko'psonli poliplar yo'g'on ichakning har xil bo'limlarida bo'lishi mumkin. Ularning kattaligi 0,5-2 sm tashkil qiladi. Poliplar uzun oyoqli va ular osilgan holda ichak yorig'ida bo'ladilar. Ayrim poliplar keng asosli bo'ladilar.

Poliplarning quyidagicha turlari bo'ladi:

1. Yuvenil poliplar. Ular bolalarda uchraydi, ko'pincha to'g'ri ichakning shilliq qavatida joylashadi. Poliplar – uzum shingiliga o'xshaydilar, ular kam malignizatsiya beradilar.

2. Giperplastik poliplar – ko'p sonli, mayda 2-4 mm kattalikda, konussimon shaklga ega bo'ladi, kam malignizatsiya beradi.

3. Adenamatoz (bezsimon) poliplar ko'proq uchraydi, ular oyoqli yoki oyoqsiz bo'lishi mumkin, sharsimon shaklga ega. Ular ko'pchilik holatlarda malignizatsiya beradilar.

4. Vorsinkali poliplar (adenopapilloma) ular yupqa vorsinkalar bilan qoplangan va 30% holatlarda malignizatsiya beradilar. Yakka poliplar belgisiz o'tishi mumkin. Ularning kattaligi 2-6 sm buladilar. Ularning keng asosi bilan ichakning ichki devoriga o'tirib, ayrim holatlarda ichak yorig'ini bekitib qo'yishlari mumkin. Poliplar ko'pchilik holatlarda belgisiz o'tadilar va endoskopik tekshirishlarda tasodifan aniqlanishi mumkin. Bordiyu axlot qon aralash chiqishiga, to'g'ri ichakdan shilimshiq madda kelsa, qorinda og'riq bo'lsa, ich ketsa ichaklarda diskomfort bo'lganida albatta barmoq bilan to'g'ri ichakni tekshirish rektoromonoskopiya, kolonoskopiya, irrigografiya qilish zarur. (5-rasm).



5-rasm. Yo'g'on ichak polipozi

Poliplarning aniq sturkturasini bilish uchun biopsiya olinib, malignizatsiya bor yo'qligini aniqlash kerak. Ko'p sonli poliplar – nasliy kasallik bo'lib, predrak kasalligi hisoblanadi.

Davolash: yakka poliplarni – polipekssiziya diatermik tutam qo'llangan xolda qilinadi va krioterapiya xam ishlatiladi. Agar oilaviy polip bo'lsa radikal operatsiya subtotal kolektomia qilinib ileorektal yoki ileosigmoid anastamoz qo'yiladi. Agar tarqalishi juda katta masofada bo'lmasa o'sha qism ichak rezeksiya qilinadi.

KRON KASALLIGI

Bu kasallik Amerikalik gastroenterolog Barrila Bernard Kron nomiga qo'yilgan bo'lib 1932-yili o'zining ikkita hamkasblari Leon Ginzburg va Gordon Opengeymerlar bilan birinchi bo'lib 14 ta bemor to'g'risida adabiyotda ma'lumot berganlar. Xozirgi kuzatuvlarga asoslanib Kron kasalligida 50-60% ingichka ichakda, 10-40% yo'g'on va ingichka ichakda, 25% yo'g'on ichaklar jaroxatlanishi aniqlangan. Kron kasalligi Shimoliy Yevropa va Shimoliy Amerika mamlakatlarida ko'p uchraydi. Har yili har 100000 kishiga 2-3 yangi xastalanishlar xisobga olinmog'da. Kasallik 15-35 yoshdagi kishilarda va ikkinchi kutarilishi 60 yoshdan keyingi odamlarda uchramoqda. Kron kasalligi uzining surati bilan ashkinaziya yaxudiylar orasida boshqa etnik guruxlarga nisbatan 6 marta ko'proq uchraydi. Erkaklarda ayollargi nisbatan 1,8:1 erkaklarda ko'proq uchraydi.

Kron kasalligi (adabiyotlarda beriladigan nomi grakulematoz enterit, regionar enterit, transmural ileit, terminal ileit) oshqozon ichak tizimining surunkali nomaxsus granulematoz yallig'lanishi bo'lib, og'iz bo'shlig'idan tortib to'g'ri ichakkacha kasallanishi mumkin. Patofiziologik va epidemiologik jihatdan yarali kolitlar bilan umumiy

bir xarakteristikaga egadir. Anglichanlar tili bilan aytilganda ichaklarning yallig'lanishi kasalligi deb yuritiladi.

1998-yilda qabul qilingan kron kasalligining Vena klassifikatsiyasi 2005-yilda Monreal modifikatsiyasi bilan Kron kasalligini o'rganish buyicha Yevropa jamiyatiga Kron kasalligida yallig'lanish xolatining lokalizatsiyasiga, kasalligining fenotipiga qarab xarxil variantlari tavsiya qilingan. Kron kasalligining sababi hanuzgacha noaniq qolmoqda. Bu kasallik olib keladigan sabablardan genetik, infeksiyon, immunologik faktorlar muhim rol o'ynaydi.

Genetik faktor: Bu kasallik ko'proq bir tuxumli egizaklarda va tug'ishgan aka-ukalarda uchraydi. Taxminan 17% holatlarda kasallar tug'ishgan og'aynilarda kuzatiladi. Kron kasalligi Bexterev kasalli (ankilozlashgan spondilit) bilan birga uchraydi. Bugungi kunda genlarning 34 varianti ma'lum bo'lib shu kasallik simptomlarining yuzaga chiqishida aniqlangan.

Infeksiyon faktor: Bu faktorning ahamiyati to'liq tasdiqlanmagan. Viruslar va bakteriyalarning (psevdofterkulyoz bakteriyalar) kasallikning kelib chiqishida ta'siri borligi to'g'risida ma'lumotlar berilgan.

Immunologik faktorlar: Kron kasalligida tizimli a'zolarning jaroxatlanishi autoimmun holatga bog'liq ekanligini ko'rsatadi. Bemorlarda T-limfotsitlar sonining ichak tayoqchasiga nisbatan antitelolarning ortishi, sigir suti oqsiliga va liposaxaridlarga nisbatan ko'tarilishi aniqlangan. Xo'jayra va gumoral immunitetning buzilishi bo'ladi, ammo ular ikkilamchi xarakterga ega.

Kron kasalligida bo'ladigan o'zgarishlar asosan bemorlarda qandaydir maxsus antigen bo'lib T-limfotsitlarning xo'jayra makrofaglarini, fibroblastlarning antitela ishlab chiqishiga sitokinlar, prostaglandinlar, erkin atomlikislorodlar xosil qilib to'qimalarda harxil

jarohatlanishlarga olib keladi. Shunday qilib, Kron kasalligining tipik lokalizatsiyasi quyidagicha:

1. Ileokolit – eng ko‘p tarqalgan shakli bo‘lib, asosan yonbosh va yo‘g‘on ichaklarda jarohatlanish bo‘ladi.
2. Ileit – yonbosh ichakning alohida o‘zi jarohatlanadi.
3. Oshqozon va duodenal shaklida me‘da va o‘n ikki barmoqli ichak jarohatlanadi.
4. Yeyunoilet – ingichka va yonbosh ichak jaroxatlanadi.
5. Yo‘g‘on ichakning Kron kasalligi – yo‘g‘on ichakning alohida jarohatlanishi.

Patologik anatomiyasi: Kron kasalligiga xarakterli xususiyati ichaklarning segmentar jarohatlanishi bo‘lib qo‘shni a‘zolaridan aniq chegaralangan bo‘ladi. Ichak devorlari qalinlashadi, uning yorig‘i qisqaradi, ichakning jarohatlangan qismigacha uning kengayishi kuzatiladi. Ichaklarning shilliq pardalarida bo‘ylama, ko‘ndalang, yoriqsimon yaralar va yoriqlar, qo‘pol g‘adir-budir xosilalar paydo bo‘lib “tosh ko‘prigi“ (“bulijnoy mostovoy”) belgilari paydo bo‘ladi. Ayrim holatlarda yaralar perforatsiyasi bo‘lib qorin bo‘shlig‘ida abscesslar va oqmalar hosil qiladi. Qorin bo‘shlig‘idagi oqmalar (siydik qopi, bachadon va qini, teri) ichaklar va xarxil a‘zolar bilan aloqador bo‘ladi. Kron kasalligining kelib chiqishida tashqi faktorlarning roli bor. Tashqi muhit faktorlaridan – har kungi iste‘mol qiladigan moddalar komponenti, infeksiyalar (bakteriyalar va viruslar), tamaki tutuni hisoblanadi. Bu faktorlar immun tizimda o‘zgarishlar bo‘lishiga va ichaklarning shilliq pardasini jaroxatlaydi.

Kron kasalligini rivojlantiradigan xavfli faktorlar:

1. Oilaviy anamnizi. Agar kasallik yaqin qarindoshlarida xam bo‘lsa xavf oshadi.
2. Yaqin Sharq mamlakatlaridan kelib chiqqan kishilar (Ashkinazi yaxudiyari).

3. Tamaki chekish.
4. Ayrim dorivor moddalar istemol qilish.
5. Infeksiyalar.
6. Gormonal fonning o'zgarishi
7. Psixoemotsional, jismoniy zo'riqishlar.

Kron kasalligining simptomlari

Qorinda og'riq – spasitik bulib burib og'rish, og'riqning aniq lokalizatsiyasining bo'lmasligi, paypaslaganda og'riqqa sezuvchanligi aniqlanadi. Kasallik rivojlanganda og'riq doimiy bo'lib qoladi.

Diarreya. Ayrim holatlarda bir sutkada 10-20 marta bo'ladi. Juda kam holatda axlotda qon bo'ladi. Ishtahaning yo'qolishi: - intoksikatsiyaning asorati hisoblanadi.

Varaja. Og'ir holatlarda tizimli yallig'lanish reaksiyasi yuzaga chiqadi. Agar juda kuchli qaltirashlar bilan tana harorati baland ko'tarilsa ikkilamchi infeksiyalarning qushilishi deb hisoblash zarur va absesslar, pertonit va sepsis yuzaga chiqishi mumkin.

Ariqlash. Ozuqa moddalarining so'rilishi xususiyatining buzilishi va davom etuvchi diarreya sababli bo'ladi. Qon tarkibidagi eritrotsitlar sonining birdan kamayishi – anemiya. Buning sababi organizmda temir moddasining so'rilmaligi, doimiy yaradan qon oqishlar. Og'iz bo'shlig'ida yaralarning paydo bo'lishi. Oziq-ovqat moddalarining yetishmovchiligi, eng avvalo Vitamin V12, foliyev kislotasi, temir va yog'larda eruvchi vitaminlar defitsiti paydo bo'ladi. Buning sababi ichaklarda so'rilish xususiyatining buzilishi (malapsorbsiya).

Ichak tutilishi.

10. Yiringli o'choqlarining (absesslar) paydo bo'lishi.

11. Perianal sohasida xo'l bo'luvchi yoriqlar va matseratsiyalar hatto tashqi gemorroy paydo bo'lishi.

Bundan tashqari Kron kasalligida ichak devorlarida chuqur yaralanishlar bo'lib, immun tizimida chuqur o'zgarishlar yuzaga chiqadi va oshqozon ichak tizimidan tashqari asoratlar – bo'g'inlarda og'riq, ko'rish qobiliyatining sustlashishi, terida toshmalar paydo bo'lishi, jigar faoliyatining buzilishi kuzatiladi.

Diagnostikasi. Kron kasalligining diagnostikasi juda qiyin, chunki juda ko'p kasalliklarda Kron kasalligining simptomlari uchraydi. Shunga qaramay Kron kasalligi yarali jarohatlanish belgilari – shilliq qavatida “toshli ko'prik” simptomi yuzaga chiqadi. Ichakda xali o'zgarish bulmagan va yallig'langan shilliq pardada chuqur ko'ndalang yoriqlar, eski yara izlari, shilliq osti qavatida shish va shilliq qavatida g'adir-budir shishlarning paydo bo'lishi muxim diagnostik belgilar xisoblanadi.

Kron kasalligi diagnostikasida quyidagi faktlarga asoslanadi:

1. Kasallik tarixiga, oilaviy anamneziga, so'roq va tashqi ko'riklarga.

2. Ichaklarning shilliq pardalarida asboblardan tekshirilgan-riktoromonoskopiya, kolonoskopiya natijalari, biopsiya materiallariga.

3. Rentgenologik tekshiruvlar sulfat bariy bilan kontrastli tekshirishlar, kompyuter tomografiya (KT), magnitnarezonans tomografiyaga (MRT).

4. Axlat tahlillari – so'rilish xususiyatining buzulishi, parazitlar (gelmintlar) bakterial infeksiyalar belgilari, kalda leykotsitlarning aniqlanishi.

5. Qorin bo'shlig'ini manzarali rentgenoskopiyasi ya'ni oshqozon ichak tizimini kontrastli rentgenoskopiyasida chuqur yaralarning, o'sma shishlarning, yot jismlarning, a'zolar tuzilishi anomaliyasining topilishi.

6. Endoskopiya (fibrogastroskopiya).

7. Video-kapsul endoskopiya. Bemor kapsula yutadi unda miniatyur kamera joylashgan u video peredachik bilan bog'langan kapsula organizmda 10 soatda 2 sutkagacha turadi va keyin uzi chikib ketadi.

8. Ichaklarni kichik endoskopiya qilish. Yengil bukuluvchi, yupqa endoskoplar bilan ingichka ichakni botamom ko'rish va biopsiya olish xususiyatga ega.

9. UTT

10. Qon tahlillari. S-reaktiv oqsil-yallig'lanish faktori va umumiy tahlillar, qonning bioximik tahlillari.

11. Siydik tahlili – buyrakning funksional holatini aniqlash.

Davolash:Kron kasalligini davolashda asosiy taktika bo'lib – medikamentoz davolash hisoblanadi. Davolashning asosiy maqsadi ichakdagi yallig'lanish holatining lokalizatsiyasini xajmini va yallig'lanish holatini qisqartirish, kasallikning qaytalanishi sur'atini va davomiyligini qisqartirish,retsdivga qarshi davolash muhim holatlarda kuchli ta'sir qiluvchi preparatlarni, kompleks davolash, qaytalanish va asoratlar bo'lganda operativ davolashni qo'llash.

I. Kasallikning yengil simptomlari bilan yuzaga chiqqanda antidiarrey preparatlarni qo'llash–yani lopyramid (imodium) ichak motorikasini so'saytiradi, og'riqli spazmlarni bartaraf qiladi.

II. O'rtacha simptomlari yuzaga chiqqanda.

Aminosalitsilatlar (sulfasaalazin, mesalamin) tavsiya kilinadi. Bu preparatlar ko'p simptomlarni bartaraf qiladi.

Antibiotiklar – siproflaksatsin va metronidazol aminosalitsilatlar qabul qilganida yetarli emas. Antibiotiklar protsess yo'g'on ichakda joylashganda effektli. Ular oqmalarni davolashda ishlatiladi. Agar antebioteklarni qabul qilishni to'xtatsalar 50% hollarda retsdiv beradi.

Kortikosteroidlar (prednizolon). Shuni aytish kerakki, ularning yalliglanishga qarshi effekti bo'lsada yomon asoratlari ko'p.

Immunodepressantlar. Aziotropin (AZA), merkaptopurin (6 Mp) yoki metotreksat.

Tumoronekrotik faktorlar anatagonistlari (faktor nekroza opuxoley FNO). Infliksimab (Remicade)-okmalarni davolashda agar antibiotiklar foyda bermasa ishlatiladi.

III. Og'ir kechimlari bilan. Kortikosteroidlar vena ichiga yoki FNO antagonistlari tavsiya qilinadi.

Qachon zudlik bilan vrachga murojlat qilish kerak.

Varaja, kuchli qaltirash kuzatilganda

Bosh aylanishi, yurak urishi

Doimiy axlotda qonning bo'lishi

Suvsizlanish belgilari (chanqoqlik, siydikning kam ajralishi)

Qorinda kuchli og'riq, damlash, qorinning old devori taranglanishi.

Anus atrofida shish va og'riq borligi, yiring ajralishi.

Qusishning qaytalanishi.

Hojatning va gazning chiqmasligi.

Simptomlarning yomon tomonga o'zgarishi.

2 hafta mobaynida doimiy ich ketish

Tana vaznining kamayishi.

Prognozi. Kasallik surunkali bo'lganligi uchun vrachlar uzoq muddatli prognoz berishdan bosh tortadilar.

Ogohlantirish. Kron kasalligini batamom yo'q qilish mumkin emas, chunki uning aniq sababi yo'q. Uning og'irlik darajasini pasaytirish, qaytalanish sur'ati va davomiyligini qisqartirish mumkin.

Doimiy va to'g'ri tavsiya qilingan medikamentlarni qabul qilganda uning og'irlik darajasini, qaytalanish sur'atini va muddatini qisqartiradi.

Ayrim nesteroid yalliglanishga qarshi preparatlar (NPVP), indometatsin, ibuprofen ichaklarning yalliglanish kasalligini

ko'zg'aydi, xuddi shuningdek Kron kasalligini xam. Shuning uchun ham mutaxassislar atsetaminofen (paratsetamolni) tavsiya qiladilar.

1. Chekishni tashlash.
2. Yaxshi sog'lom ovqatlar iste'mol qilish
3. Vrachning tavsiyasiz antibiotiklarni qabul qilmaslik
4. Har kuni jismoniy tarbiya bilan shug'illanish.

Kron kasalligida parhez.

Bu kasallikda bemor o'zining o'rgangan oziq-ovqat mahsulotlarini qabul qilishi mumkin. Korbonsuvlar, yog'larni maksimal kamaytirish, oqsilli moddalarni ko'paytirish. Tuzlangan, konserva mahsulotlarini, achchiq oziqlar, dudlangan, qovurilgan ovqatlar, ko'kat, kvas, tuxum, spirtli ichimliklar, qovurilgan go'shtli ovqatlar mutloq ta'qiqlanadi. Hamma istyemol qiladigan mahsulotlar iste'mol qilishdan oldin termik qayta ishlanadi. Bu kasallikni davolashda albatta vrachning qattiq nazorati kerak.

TO'G'RI ICHAK KASALLIKLARI

TO'G'RI ICHAKNING ANATOMIK TUZILISHI

To'g'ri ichak (rectum) yo'g'on ichakning yakuniy qismi hisoblanadi. Uning yuqori chegarasi taxminan 2-3 dumg'aza umurtqalari sohasiga to'g'ri keladi. To'g'ri ichakning shakli uning (axlat massalari bilan) to'lish darajasiga bog'liq. Ampula yaxshi rivojlanganda ampulyar formasi va ampula rivojlanmagan holatda silindrik formasi farqlanadi. To'g'ri ichak ampulyar qismga ampulla recti va anal qismga canalis analis - ga bo'linadi. Ichakning ampulyar qismi nisbatan kengaygan va taxminan uning uzunligini uchdan ikki qismini tashkil etadi. To'g'ri ichakning uzunligi 12-18 sm atrofida bo'lib, 8-10 sm qismini ampulyar qism va 4-6 sm qismini anal naychasi tashkil etadi. Ichakning anal qism shilliq qavati valiklar

shaklidagi bo'ylama taxlamlarni columnae analis xosil qiladi. Taxlamlar pastga tomon yo'nalib, bir qadar yupkalashadi va o'zaro bog'lanib shilliq osti qavatida venoz to'rlardan iborat, gemmoroidal zonani zona haemorrhoidalis xosil qiladi. To'g'ri ichak ampulasining yuqori qismida shilliq qavatdan iborat uchinchi sfinkter deb ataluvchi shilliq qavatning bo'rtib chiqqan joyi mavjud(6-rasm).

Joylashuvi va sintopiyasi. To'g'ri ichak kichik chanoqning orqa sohasida joylashgan.



6-rasm. Erkaklar tos sohasining sagittal kesmasi . 1 - promontori- um; 2 - os sacrum; 3 - peritoneum; 4 - ureter dexter; 5 - ampulla recti; 6 - exca- vatio rectovesicalis; 7 - os coccygis; 8 - lig. anococcygeum; 9 - m.. sphincter ani externus; 10 - anus; 11 - prostata; 12 - m. bulbocavernosus; 13 - bulbus penis; 14- uretra; 15 - corpus cavernosum penis; 16 - lig. suspensorium penis; 17 - vesicula seminalis; 18 - symphysis pubica; 19 - vesica urinaria.

Uning oldigi tomonida siydik va jinsiy a'zolar joylashgan: erkaklarda siydik pufagi, urug' pufakchalari, urug' yo'llari ampulasi, prostata bezi va qisman siydik chiqaruv kanali (Rasm); ayollarda bachadon va qin (Rasm). To'g'ri ichak ampulasining yon devorlariga ingichka ichak qovuzloqlari va sigmasimon ichak yopishishi mumkin. Qorin parda ostidan to'g'ri ichak qorin parda osti klechatkasi va mushaklar, tomirlar va nervlar bilan yopishib turadi.

Siydik yo'llarining tos qismi ichakdan – 1-2,5 sm masofada, tashqarida joylashgan. To'g'ri ichak ampulasining asosi orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi mushaklarga, mm. levatores ani to'g'ri keladi va ularning bir qismi to'g'ri ichakning to'g'ri mushaklariga o'tib ketadi(7-rasm).



7-rasm. Ayollar tosining sagittal kesmasi. 1 - promontorium; 2 - os sacrum; 3 - peritoneum; 4 - ureter dexter; 5 - ampulla recti; 6 - uterus; 7 - excavatio rectouterina; 8 - os coccygis; 9 - lig. anococcygeum; 10 - m. sphincter ani externus; 11 - anus; 12 - vagina; 13 - uretra; 14 - clitoris; 15 - corpus cavernosus clitoridis; 16 - lig. suspensorium clitoridis; 17 - symphysis pubica; 18 - vesica urinaria; 19 - ovarium; 20 - tuba uterina.

To'g'ri ichak ampulasining orqa tomonida qon tomirlari (a. sacralis media, aa. sacrales laterales), limfa tomirlari va shuningdek simpatik nerv o'zaklari va shoxlari, yog' klechatkasi joylashgan.

To'g'ri ichakning anal kanali m. levator ani dan pastda joylashgan. Uning oldigi tomonida bulbus penis joylashgan bo'lib, yon tomonlardan u o'tirg'ich va to'g'ri ichak klechatkasiga, orqa tomondan esa dum suyagiga tegib turadi.

Ayollarda pastki sohada to'g'ri ichakning oldingi devori qinning

orqa devori bilan bog'langan. Ushbu devoring kengligi 1 smni tashkil etadi. Pastga tomon ushbu qatlam kuchli rivojlangan mushak, yog', biriktiruvchi to'qima ko'rinishida vestibulum vaginae va anuslar oralig'iga qo'shilib ketadi.

To'g'ri ichakning qon bilan ta'minlanishi

Pastki yonbosh ichak va sigmasimon ichak III bel umurtqasi ro'parasidan, aorta bifurkatsiyasidan 3-4 sm yuqoridan chiquvchi, pastki ichak tutqich arteriyasi sistemasidan qon bilan ta'minlanadi. Ushbu arteriya chiqish joyidan 3-5 sm masofada chap ko'ndalang, sigmasimon va yuqori to'g'ri ichak arteriyalariga tarmoqlanadi. Chap ko'ndalang arteriya a. colica sinistra qiyshiq xolda pastdan yuqoriga, chapdan o'ngga yo'nalib, o'z yo'lida chap siydik yo'lini va ichki urug'don tomirlarini kesib o'tadi. Undan ko'tariluvchi va tushuvchi shoxchalari chiqib, sigmasimon arteriya va yonbosh arteriya shoxlariga qo'shimcha anastomozlanadi. Shuningdek chap yonbosh arteriya shoxlari o'zaro anastomozlanadi. Ushbu anastomozlar natijasida xosil bo'lgan arterial yoyda ichak devorlariga to'g'ridan to'g'ri arterial tomirlar ajraladi. Sigmasimon arteriyalar aa. Sigmoidae pastki ichak tutqich arteriyasidan yoki chap va yuqori to'g'ri ichak arteriyasidan shoxlanadi (Rasm 3). Ular soni 1 tadan 4 tagachani tashkil etadi. Sigmasimon ichak tomon harakatlanib, ular o'zaro birikib ichak devoriga boruvchi to'g'ri yoy xosil qiladi.

Yuqori to'g'ri ichak arteriyasi, a. rectalis superior, quyi (pastki) ichak tutqich arteriyasining to'g'ridan - to'g'ri davomi hisoblanadi. Pastga tomon harakatlanib, umumiy yonbosh arteriyalarni kesib o'tadi va kichik tos tomon ketadi. To'g'ri ichakning orqa yuzasida u ichak devoriga boruvchi 2-3 shoxga ajraladi. Ushbu shoxlar o'zaro, shuningdek o'rta va quyi to'g'ri ichak arteriyalari bilan birikadi.

O'rta to'g'ri ichak arteriyasi a. rectalis media ichki yonbosh arteriyasidan chiqadi. U m. levator anining yuqorigi yuzasi bo'ylab

o'tib, to'g'ri ichak ampulasining quyi qismida tarmoqlanadi.

Pastki to'g'ri ichak arteriyasi a. rectalis inferior ichki yonbosh arteriyadan o'tirg'ich-to'g'ri ichak chuqurchasida ajralib chiqadi. U anal kanalini va to'g'ri ichakning tashqi sfinkterini qon bilan ta'minlaydi. Yo'g'on ichakning venalari yuqori va pastki ichak tutqich venasi kabi sistemalarga mansub. Har bir arterial stvol va ulardan ajralgan arteriya tarmoqlari nomlari xudi shu kabi vena tomirlari nomlari bilan ham bir xildadir. Faqat kam xollardagina venoz stvollar shu nomdagi arteriya nomidan boshqa atalishi mumkin.

To'g'ri ichakning o'ng tomonidan qon oqimi yuqori ichak tutqich venasiga quyiluvchi v. ileocolica, v. colica dextra, v. colica media – orqali amalga oshiriladi.

To'g'ri ichakning venoz tarmog'i 3 chigaldan : shilliq osti, fassiya osti va teri osti chigalidan iborat. Shilliq osti chigali ichakning shilliq osti qavatida columnae anales asosida joylashgan. Shilliq osti chigali venalari ichakning mushak qavatida orqali o'tib, to'g'ri ichakning mushak qavatida joylashgan fassiya osti chigallari bilan birlashadi. Fassiya osti chigalidan yuqori va o'rta to'g'ri ichak venalari v. rectalis superior et vv. rectales mediae xosil bo'ladi. v. rectalis superior shu nomli arteriya bilan birga joylashadi va quyi ichak tutqich venasiga quyiladi. vv. rectales mediae – ichki yonbosh venasiga quyiladi. Teri osti venoz chigallari orqa peshov va tashqi sfinkter atrofida joylashadi va ushbu venoz chigallaridan quyi (pastki) to'g'ri ichak venalari vv. rectales inferiores xosil bo'ladi va ular vv. pudendae internaega quyiladi.

Yo'g'on ichak venalari pastki kovak vena sistemasiga mavjud venalar bilan bog'langan. Ushbu anastomozlar qorin parda orti bo'shlig'i tomirlari va to'g'ri ichakning mezoperitoneal vena tomirlari v. ileocolica, v. colica dextra, v. colica sinistra va quyi

kovak vena sistemasiga mansub vv. lumbales, vv. testiculares, vv. ovaricae, vv. renales va boshqalarda kuzatiladi.

TO'G'RI ICHAK FIZIOLOGIYASI

To'g'ri ichakning asosiy fiziologik funksiyasi axlatni to'plash va evakuatsiyadir. Bu elementar tushuncha ko'plab baxs va munozalarga sabab bo'lgan. Inson tomonidan istemol qilingan ovqat dastlabki daqiqalardan oshqozondan pilorik qism orqali evakutsiya qilina boshlaydi. Oshqozon evakuatsiyasi o'rtacha 2 soatlardan so'ng bo'shaydi. Ovqat qabul qilingach, 2 soatdan so'ng ovqat massalarining boshlang'ich qismi suyuq holatida Baugen halqasiga yetib keladi. 6 soatdan so'ng navbatdagi ovqat qabul qilingach, ingichka ichakdagi barcha maxsulotlar yo'g'on ichakka o'tib bo'ladi. Sutka davomida baugen halqasidan 4 litr atrofida suyuqlik o'tadi, axlat massasi sifatida esa 250-300 g shakllanadi. Mutanosib ravishda sutka davomida 3,7 l atrofida yo'g'on ichakda so'rilish yuz beradi. Bular ko'p miqdorda suyuq xoldagi axlat massalari, ovqatning parchalanish maxsulotlari va ichakdagi bijg'ish jarayoni maxsulotlari – toksinlar, gistaminlar, ptomainlardir. Portal sistema orqali venoz qon bilan ushbu toksik moddalarni qabul qilib ularni o't bilan chiqarib tashlovchi, jigar deb atalmish muhim, katta filtrning mavjudligi organizmni zaharlanishdan saqlab turadi.

Axlat massalari yo'g'on ichak bo'ylab 12-18 soat davomida o'tadi. Ovqat yeyilgandan boshlab, orqa chiqaruv teshigidan axlat holida chiqib ketgunga qadar oshqozon-ichak yo'llarida 18-24 soat davomida bo'ladi.

Suyuq yoki kashasimon massa baugin halqasi orqali o'tgach, u yo'g'on ichakda suyuq qismining so'rilishi tufayli tezda qo'yiqlashadi. Ingichka ichakda ko'piksimon ko'rinish beruvchi gaz

pufakchalari yo'g'on ichakda kattarak gaz pufaklariga aylanadi.

Yo'g'on ichakda u asta - sekin distal yo'nalishda harkatlana boshlaydi. Ingichka ichakning uzunligi 5-6 m ni tashkil etadi. Ingichka ichakdan massa 2-4-6 soat dovomida o'tadi, 1 m dan esa 0,3-0,5-1 soat davomida harakatlanadi. Yo'g'on ichakning uzunligi 1,2-1,5 m ni tashkil etadi. Bu masofdan axlat massalari 12-18 soat davomida, ya'ni har 10 soatda 1 metr masofadan o'tadi. Shunday qilib yo'g'on ichak peristaltikasi natijasida axlat massasi ingichka ichakka nisbatan 10 barobar sekin harakatlanadi. To'g'ri ichakning to'lib borishi natijasida, unda bosim ortib boradi, buni hisobiga defekatsiyaga chaqiruv bo'ladi. Ichak devorining bosimi 20 sm suv ustuniga yoki 30-40 mm simob ustuniga yetgach, defekatsiya uchun istak yuzaga keladi.

TO'G'RI ICHAK TRAVMALARI

To'g'ri ichakning travmalari haqidagi adabiyotlar juda ko'p, lekin ularning umumiy qabul qilingan klassifikatsiyasi hozirgi davrga qadar yo'q. To'g'ri ichak travmasi bo'linishida etiologik belgiga ko'ra ikkita guruh va bir qancha kichik guruhlarga ajratish lozim deb o'ylaymiz (8-rasm). Birinchi guruh travmalariga tashqi ta'sirlarsiz ichki sabablar natijasida vujudga kelgan travmalarni kiritish mumkin. Ularni endogen travmalar deb atash mumkin. Ularga kiradi:

1. Og'ir yuk ko'tarish vaqtida, yiqilganda, defekatsiya vaqtida yuzaga keladigan to'g'ri ichakni yorilishlari.

2. Tug'ruq vaqtida oraliqning 3 darajali yorilishi.

To'g'ri ichakning tinchlik vaqtidagi ikkinchi guruh travmalarining xarakterli tomoni, ular tashqi ta'sir natijasida yuzaga keladi. Ushbu guruhda 6 ta guruhchani ajratish lozim:

«Qoziqqa» yiqilish natijasida, o'tkir predmetlar tomonidan to'g'ri ichakka yetkazilgan jaroxatlar;

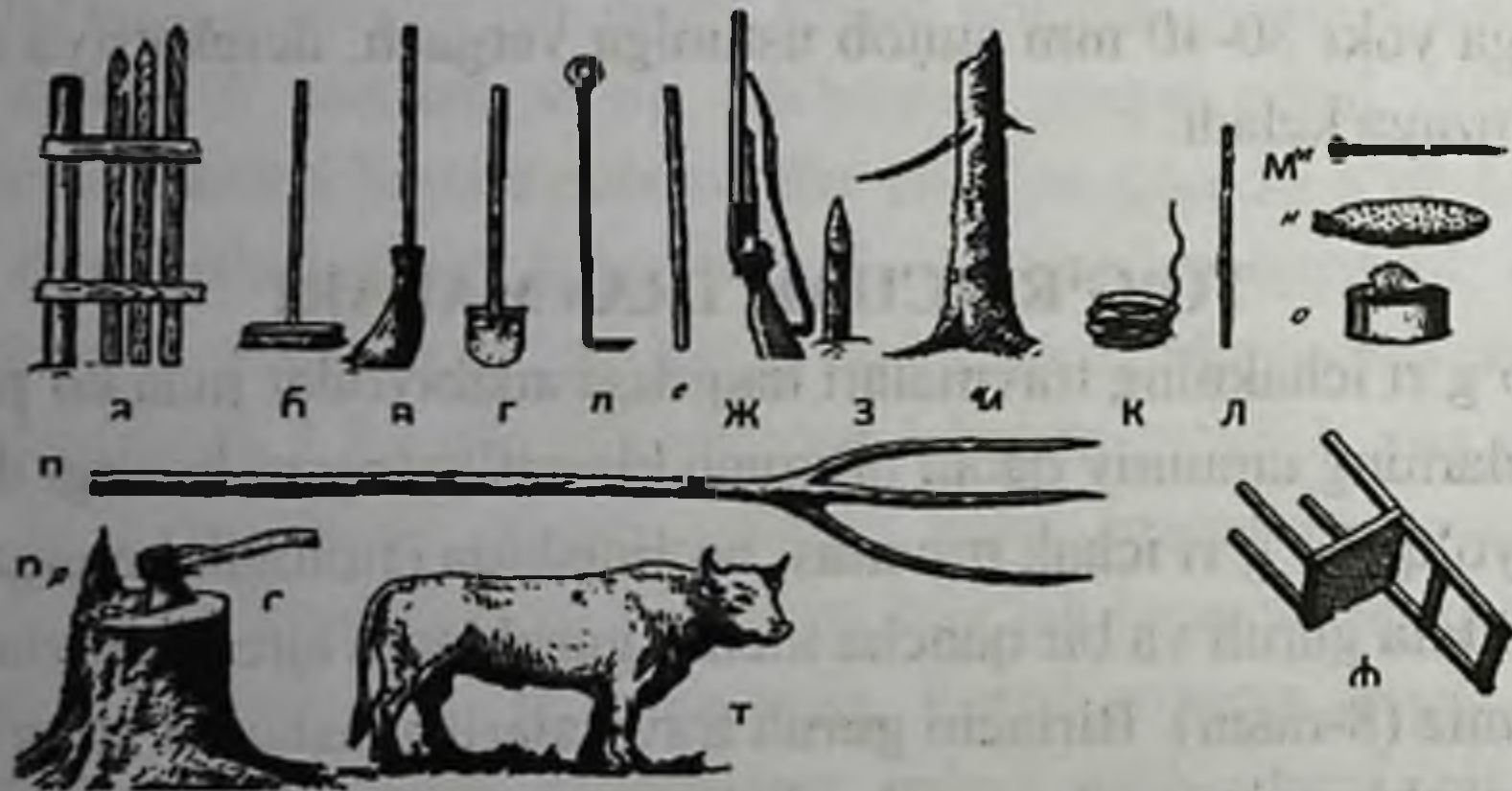
To'mtoq predmetdan jaroxatlanish natijasida anorektal soha yumshoq to'qimalari yoki tos suyaklari sinishi oqibatida yuzaga kelgan jaroxatlar;

To'g'ri ichakni tibbiy muolajalar vaqtida jaroxatlanishi – rektomanoskopiya vaqtida, nakonechniklar, gaz xaydovchi trubkalar, termometr kiritish vaqtida yetkazilgan jaroxatlar;

To'g'ri ichakni qo'shni organlardagi operatsiyasi vaqtida jaroxatlanishi;

Qisilgan havo ta'sirida to'g'ri ichakni va yo'g'on ichakning boshqa qismlarini yorilishi;

To'g'ri ichakni jinsiy aloqa vaqtida yorilishi.



8-rasm. To'g'ri ichak jaroxatiga olib kelishi mumkin bo'lgan asosiy buyumlar va hayvonlar. a – taxtali devoming o'tkir uchi; b – shvabra dastagi; v - supurgi; g - lopatka; d - ilmoq; ye – bilyard tayog'i; j – qurol kundog'i; z – o'tkir qoziq; i – daraxt butog'i; k - sim; l – metal trubka, m - mix; i - makkajo'xori; o – konserva bankasining o'tkir tig'i; p – beshlik tig'i; r – to'ngakning o'tkir qirrasini; s - bolta; g – xo'kizning shoxi; f – stulning oyog'i.

To'g'ri ichak jaroxatlanishiga anatomik nuqtai nazardan qaralganda, quyidagi ikki guruh va to'rtta kichik guruhchalarga ajratish mumkin:

To'g'ri ichakni qorin pardadan tashqari jaroxatlanishi: A - oddiy, B - atrof organlar va tos suyaklari bilan birgalikdagi jaroxatlari;

To'g'ri ichakni qorin bo'shlig'iga teshib kiruvchi jaroxatlanishlari: A - oddiy, B - boshqa organlar jaroxatlanishi bilan asoratlangan.

To'g'ri ichakning jaroxatlanishini xarakterlashda har ikkala klassifikatsiya birgalikda qo'llanilishi lozim. Barcha ushbu jaroxatlanishlar ichki va qorindan tashqarida bo'lishi mumkin. Lekin ba'zi bir jaroxatlanishlarda anatomik klassifikatsiya orqa planga o'tib ketadi.

Masalan to'g'ri ichakni tug'ruq va jinsiy aloqa vaqtida jaroxatlanishi har doim qorin pardadan tashqarida bo'ladi. Qisilgan havodan jaroxatlanish odatda qorin parda ichi turida bo'ladi.

To'g'ri ichakni «spontan-mustaqil ravishda» yorilishlari.
Spontan

– mustaqil ravishda yorilish deganda qorin ichki bosimini ortishi natijasida yuzaga keladigan yorilishlar nazarda tutiladi. Og'ir yuk ko'targanda, tug'ruqda, defekatsiya vaqtida qorin ichki bosimi yuqori ko'rsatkichlarga ko'tarilishi mumkin. To'g'ri ichakda yo'tal vaqtida bosim M.S.Vagner ma'lumotiga ko'ra 60-200 sm suv ustunigacha, kulgu vaqtida 20-120 sm suv ustunigacha, kuchanganda 220 sm suv ustunigacha, defekatsiya vaqtida Y.A.Kachimov ma'lumotiga ko'ra 90-200 mm simob ustunigacha ko'tariladi.

Biror patologik sabab tufayli o'zgargan ichak devori bunday bosimni ko'tara olmasligi va yorilib ketishi mumkin. Uning yorilib ketishi ko'p hollarda ichak chiqib qolishi, surunkali qabziyat, churra, sifilitik gonoreya holatlarida kuzatiladi.

Klinik belgilari. Yorilish vaqtida barcha bemorlarda qorinni pastki sohasida yoki to'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi sohasida kuchli og'riq bo'ladi. Og'riq kuchidan bemorlarda xushni yo'qotish, qayt

qilish, ko'ngil aynishi yuzaga kelishi mumkin. Ko'p xollarda darhol ichak tutqichlarning anal halqadan tashqariga chiqib qolishi yuz beradi. Bir qator xolatlarda ingichka ichak tutqichi, bachadon, katta charvini tashqariga chiqib qolishi kuzatilishi mumkin.

Uchinchi belgisi axlat massalarida qon belgilarini bo'lishi. Bu simptom mustaqil ravishda boshqa kasalliklarda ham kuzatilishi mumkin. Agar orqa peshovdan qorin ichki a'zolari chiqib turgan bo'lsa, to'g'ri ichak yorilishi diagnozini qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.

Davolash zudlik bilan laparatomiya qilish orqali amalga oshiriladi. Orqa peshovdan chiqib qolgan ichki a'zolar steril fiziologik eritma bilan tozalab yuviladi va nam steril salfetskaga o'raladi. Bir vaqtning o'zida oraliqning o'rab turgan terisi va to'g'ri ichakning shilliq qavati dezinfeksiya qilinadi. Asosiy e'tibor tashqariga chiqib qolgan ichki a'zolar va to'g'ri ichakni yorilgan joyini tikishga qaratilishi lozim. Zamonaviy sharoitlarda operatsion jaroxatni tikishdan oldin, qorin bo'shlig'iga antibiotiklarni kiritish shart hisoblanadi. Bundan tashqari, qorin devori operatsion jaroxatining pastki burchagi orqali kichik tosga antibiotiklar kiritib turish uchun kaplyar drenaj qo'yish kerak.

Ikkinchi o'rinda chiqib qolgan qorin ichki a'zolarini joyiga kiritish va yirtilgan joyni tikish turadi.

To'g'ri ichakni tug'ruq vaqtida yorilishlari. Ayollar jinsiy a'zolarining tug'ruq vaqtida jaroxatlanishi tegishli adabiyotlarda keng yoritilgan. Proktologni faqatgina 3 darajali oraliq yorilishi qiziqtirishi mumkin.

Oraliq yirtilishiga olib keluvchi va yo'l ochib beruvchi faktorlar – yoshi katta birinchi tug'ma ayollarda to'qimalar elastikligining yetarli emasligi, oraliqdagi va qindagi chandiqli o'zgarishlar, oraliqni yuqorida joylashuvi, uning aponevrotik-mushak tuzilishini mustaxkam

emasligi, qorin pressining ortiqcha kuchayishi, homila boshini o'ta tez chiqishi, tug'ruqlarni patologik kechishi - homilani yuz bilan kelishi, yirik homila, boshni katta o'lchami va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.

Oraliq yirtilishi 3 darajaga bo'linadi. Birinchi darajali oraliq yirtilishda orqa cho'ntak, qin orqa devorining pastki uchdan bir qismi yirtiladi. Ikkinchi darajali oraliq yirtilishda ichak sfinkteriga qadar butun oraliq yirtiladi. Qin daxlizining orqa devori yarmiga qadar va undan yuqoriga tomon yirtiladi. Bunda solumnae rugarum saqlanib qoladi, yirtilish chizig'i esa ikkiga ajraydi va qinning orqa yonbosh devorlariga o'tib ketadi. Oraliq mushaklari ham yirtiladi. Uchinchi darajali oraliq yirtilishda yuqorida aytib o'tilgan jaroxatlarga qo'shimcha ravishda orqa chiqaruv teshigining sfinkteri va to'g'ri ichakning oldingi devori yirtilishi ham qo'shiladi. Birinchi va ikkinchi darajali yirtilishlar to'liq bo'lmagan, uchinchi darajali yirtilish esa to'liq yirtilish deb ataladi. To'liq yirtilishlar V.P.Mixaylov ma'lumotlariga ko'ra umumiy oraliq yirtilishlarining taxminan 1% ni tashkil etadi.

Oraliq yirtilishlarining hamma darajalari yo'ldosh tushishi bilanoq tibbiyot muassasasida tikish orqali bartaraf etiladi. Bu kichik operatsiya hisoblanadi. Uchinchi darajali yirtilishlarni tikilgandan so'ng yiringlash xolatlari kuzatilishi mumkin.

Klinik ko'rinishi turli xilligi bilan ajralib turadi. Umumiy belgisi sifatida sfinkter faoliyatining buzilishi oqibatida axlatni ushlay olmasli xolatida namoyon bo'lishi mumkin. Yetishmayotgan oraliq o'rniga, odatda cho'zilgan chandiq yuzaga keladi. Bunday ayollarda jinsiy hayot va qayta tug'ish uchun imkoniyatlar buziladi.

Tibbiy muolajalar vaqtida to'g'ri ichakning jaroxatlanishi. To'g'ri ichak inson organizmining asosan eng oson jaroxatlanadigan sohasi hisoblanadi. U tashqi muxit bilan anal teshigi orqali

bog'lanadi va shuning uchun ham turli tibbiy muolajalarni o'tkazish uchun foydalaniladi. Diagnostika muolajalariga rektal ko'zgular, rektomonoskop, rentgen apparati yordamida to'g'ri ichak va yuqori qismlarini tekshirish muolajalari kiradi.

Boshqa diagnostika muolajalaridan biri, bolalarda tana haroratini to'g'ri ichakda o'lchash. Ushbu muolaja ba'zida termometrning anal halqadan yuqoriga surilib ketishiga olib kelishi mumkin.

Termometr to'g'ri ichak uchun yot tana bo'lib qoladi. Termometr yordamida to'g'ri ichakni og'ir jaroxatlanish xolatlari qayd etilgan. Tozalovchi, oziqlantiruvchi, tomchi usulidagi, dorili klizmalar uy va shifoxona sharoitida olib borilishi mumkin. Ushbu oddiygina muolaja orqali ham to'g'ri ichak jaroxatlashini asoratlariga olib kelishi mumkin.

To'g'ri ichakni klizma nakonechniklari, termometrlar va boshqa tibbiy ashyolar oqibatida jaroxatlanish darajasi 3 ta asosiy guruhga bo'linadi. 1) yengil jaroxatlanishlar – shilinish, to'g'ri ichak shilliq qavati va anal halqa burmalarining yorilish, ular xech qanday davosiz ham mustaqil ravishda bitib ketadi. 2) o'rta darajadagi travmalar – ichak devori qavatlarining ajralib qolishi, ichak perforatsiyalari, 3) og'ir jaroxatlanishlar – qorin parda butunligining buzilishi va qorin bo'shlig'ining kuchayib boruvchi infeksiyasi bilan kechuvchi jaroxatlanishlar.

Klizma uchi bilan jaroxatlanish oqibatida qorin bo'shlig'iga teshib kiruvchi perforatsiya yuzaga kelsa, juda ham xavfli jaroxat yuzaga keladi. Nakonechnik bilan qorin parda ichi va qorin pardadan tashqari jaroxatlanish nisbati 1:2 ni tashkil etadi. Katta miqdordagi infeksiyalangan suyuqlikni intraperitoneal kiritish, yashin tezligida kechuvchi tarqalgan peritonit holatini chaqirishi mumkin. Dastlabki soatlarda perforatsiya teshigi tikish, qorin bo'shlig'ini suyuqlikdan tozalash, drenajlash va kolostoma qo'yish va antibiotiklar

kiritishgina, bemor xayotini saqlab qolishi mumkin.

Klizma uchi bilan to'g'ri ichakni qorin pardadan tashqari jaroxatlanishi oqibatida pararektal klechatkaga yuborilgan suyuqlik, ba'zida tez, ba'zida asta - sekinlik bilan chegaralangan yallig'lanish belgilarini yuzaga kelitirishi mumkin. U ba'zida abscess yoki tos sohasining tarqalgan flegmonasi bilan, ayrim xollarda ko'krak qafasi va bo'yinga tarqalishi bilan yakunlanishi mumkin. Pararektal klechatkani erta vaqtlarda ochish va drenaj qo'yish, infeksiya o'chog'ini antibiotiklar bilan infiltratsiya qilish, bemorlar xayotini saqlab qolish imkonini beradi.

Qo'shni organlarda operatsiya o'tkazish vaqtida to'g'ri ichakni jaroxatlanishi. Ushbu jaroxatlar kelib chiqishi va kechishiga ko'ra xilma-xil bo'ladi. Ular boshqa tibbiy muolajalar vaqtida to'g'ri ichakni jaroxatlanishga nisbatan keskin farq qiladi, shuning uchun biz ularga alohida e'tibor berib o'tmoqchimiz.

Yomon sifatli o'sma tufayli to'g'ri ichakda o'tkaziladigan operatsiyalar vaqtida qo'shni organlar – siydik pufagi, siydik yo'llari, siydik chiqaruv kanali, prostata bezi, qin va bachadon jaroxatlanishi mumkin. Boshqa tomondan olib qaraganda, ushbu a'zolarida o'tkaziladigan operatsiyalar vaqtida to'g'ri ichak jaroxatlanishi mumkin. Ushbu asorat juda ham xavfli hisoblanadi, chunki aseptik operatsiya darhol infeksiyalangan holga aylanadi va ko'plab asoratlarni qo'shilishi (peritonitlar, flegmonalar, sistitlar, ileitlar, ichak oqmalari) mumkin.

Qo'shni organlarda operatsiyalar o'tkazish vaqtida, to'g'ri ichakning jaroxatlanishi nisbatan kam uchraydigan holat hisoblanadi, shuning uchun adabiyotlarda bu haqida kam ma'lumotlar berilgan.

Jinsiy aloqa vaqtida to'g'ri ichakni yorilishi. Jinsiy aloqa vaqtida to'g'ri ichakni jaroxatlanishi o'ziga xos jaroxatlanish hisoblanadi. Ko'pincha bunday holatlar erkakning ortiqcha

agressivligi va faolligi oqibatida yuzaga keladi (ruptura sub coitu in prima noctu).

Avvallari ginekologlar va sud tibbiy ekspertlari tomonidan jinsiy olat orqali to'g'ri ichakka bunday jaroxat yetishi extimoli yo'q deb qaralar edi. Hozirda bunga hechkimda shubha yo'q.

Jinsiy aloqa vaqtida ayollar jinsiy organlari jaroxatiga olib keluvchi sabablarning ko'pi o'rganilgan va yozib o'tilgan. Infantillik, qin aplaziyasi, ayolning yoshi, ayol va erkak jinsiy a'zolarini o'zaro mos kelmasligi, yallig'lanish holatlari bunday xolatlarga olib kelishi mumkin va hokazo.

Partnyorlarning noto'g'ri holati oqibatida jinsiy olat o'qining qin o'qi bo'ylab yo'nalmaganligi ham sabab bo'lishi mumkin.

Ko'p xollarda daxlizlar jaroxatlanishi kuzatiladi. Og'ir holatlarda qinning orqa devori to'g'ri ichak devori bilan birga yorilishi mumkin. Bu xolda qindan axlat va gaz kelishi kuzatiladi. Klinik belgilar xilma-xil bo'lishi mumkin. Qon ketish, og'riqlar kuchli va kuchsiz bo'lishi mumkin. Bemorlarda klinikaning kechishiga qarab ular erta muddatlarda yoki kech muddatlarda shifokorlarga murojaat qilishlari mumkin. Perforatsiyalarning yengil turlari o'z xolicha bitib ketishi mumkin. Katta hajmdagi rektovaginal jaroxatlar tibbiy yordam talab qiladi. Ayrim bemorlarda oqmaning diametri kichkina yoki katta bo'lishi mumkin.

Funksional buzilishlar darajasi oqmaning kengligiga bog'liq. Oqma kengligi tor bo'lganda, faqat gaz chiqadi. Oqma kengligi katta bo'lganda, axlat chiqadi va tabiiy yo'l bilan defekatsiya amalga oshmaydi. Jinsiy aloqa vaqtida to'g'ri ichak va ayollar jinsiy a'zolarining jaroxatini davolash masalasi ikki yo'nalishda qaralishi lozim: 1) yangi jaroxatlarni davolash 2) uzoq muddatdagi jaroxat asoratlarini davolash. Yangi jaroxatlardan qon ketishini to'xtatish, imkon bo'lsa to'qimalar butunligini tiklash va infeksiyalanish xavfini

oldini olish kerak.

Qolobatsilyar flegmonali jaroxat, gazli va anaerob infeksiyali jaroxatlar odatdagidek antibiotiklarni mahalliy va umumiy qo'llash orqali amalga oshiriladi. Agar lozim bo'lsa drenajlovchi kesmalar va gangrenaga qarshi zardob qilishini kerak.

Odatdagi yiringli jaroxatda uni muddatiga qarab xirurgik ishlov berish va tikish kerak. Jaroxat birlamchi bitishi mumkin. To'g'ri ichak – qin rektovaginal axlatli oqmani tikish masalasini xirurg-proktolog tomonidan xal qilinadi.

To'g'ri ichakni o'q otar quroldan jaroxatlanishi. To'g'ri ichakni har- biy-dala sharoitida jaroxatlanishi turli - tuman ko'rinishga ega va oqi- batlari bo'yicha alohida xarakterlanadi. Ushbu jaroxatlarni klassifikatsi- yalashning turli xillari taklif etilgan. Dastavval ularni qorin pardaga nisbatan qorinparda ichi, qorin pardadan tashqari va aralash –qorinparda ichi va qorinparda tashqari turlari farqlanadi. Ichak bo'shlig'iga nisbatan teshib o'tuvchi, teshib o'tmagan, tegib o'tuvchi, yorib kiruvchi, tegib o'tuvchi teshmagan jaroxatlarga bo'linadi. Jaroxat kanalining yo'nalishiga ko'ra sagital, frontal, qiyshiq va vertikal jaroxatlanishlarga bo'linadi.

Jaroxat teshigining shakliga ko'ra dumaloq, oval, noto'g'ri – yirtilgan, ezilgan jaroxatlar, o'lchamiga ko'ra - nuqtasimon, katta bo'lmagan – 0,5-1 sm, o'rta – 1-3 sm, katta – 3,5-4 smdan katta o'lchamdagi jaroxatlarga bo'linadi. To'g'ri ichakning qo'shma jaroxatlarini alohida klassifikatsiyalanadi.

To'g'ri ichak jaroxatlanishining belgilarini aniqlash qiyin emas, ularni diagnostika qilish qiyinchilik tug'dirmaydi. Jaroxatlarning asosiy klinik belgilari ikki guruhga bo'linishi mumkin: absolyut yoki to'g'ridan - to'g'ri va nisbiy. To'g'ri ichak jaroxatining absolyut belgilariga ichak devori jaroxatidan tashqari, axlatda qon bo'lishi, jaroxat teshigidan gaz ajralishi, orqa chiqaruv sfinkteri faoliyatining

buzilishi kiradi. Nisbiy belgilariga siydik pufaging jaroxatlanishi, nerv stvollarining jaroxatlanishi, tos suyaklarining jaroxatlanishi va og'riqlar, orqa peshov sohasida shish paydo bo'lishi kiradi.

Harbiy-dala sharoitida to'g'ri ichak jaroxatlarining asoratlari xilma-xildir. Kechishiga va oqibatiga ko'ra ular og'ir va hayot uchun xavfli jaroxatlarga kiritilishi lozim. Asoratlar kuzatilish vaqtiga ko'ra, ular yaqin va uzoq asoratlarga bo'linadi. Yaqin asoratlar ikki guruhga bo'linishi mumkin: jaroxatdan so'ng darxol yuzaga keladigan asoratlar shok, qon ketishi, jaroxatdan so'ng yaqin kunlarda yuzaga keladigan asoratlar – flegmonalar, ikkilamchi qon ketishlar, gazli infeksiya, sepsis, siydik yo'llari infiltratsiyasi va boshqalar kiradi. Uzoq muddatda yuzaga keladigan asoratlarga oqma yaralar, gaz va axlatni tuta olmaslik, to'g'ri ichakning chandiqli torayishlari, siydik yo'llarining surunkali ko'tariluvchi infeksiyasi kiradi.

Ayrim xillarda bemor kech murojat qilganida, o'ta yiringli jaroxatlarda jaroxatni butunlay tikish tavsiya etilmaydi. Bunday bemorlarda jaroxatni keng ochish va drenajlash bilan kifoyalaniladi. To'g'ri ichak qorin parda ichi jaroxatlanishining asosiy yetakchi simptomi tez rivojlanuvchi peritonit hisoblanadi. Jaroxat kichik bo'lgan holatlarda, peritonit asta - sekin rivojlanishi va asta - sekin tos absessiga aylanishi mumkin. Tarqalgan va cheklangan peritonit begilari xolati aniqlanganda, darxol jarrohlik aralashuvi o'tkazilishi lozim. O'rta laparotomiya qilinadi. To'g'ri ichak jaroxati tikiladi.

TO'G'RI ICHAKDA YOT JISMLAR

To'g'ri ichakdagi yot jismlarining bir qancha klassifikatsiyalari mavjud: To'g'ri ichakka yot jismlar to'rt xil yo'l bilan tushishi mumkin:

Og'iz va ovqat hazm qilish yo'li orqali ovqat bilan;

Orqa chiqaruv teshigi orqali;

Yaqin joylashgan boshqa qo'shni organlar orqali;

Ichak bo'shlig'ida axlat toshlarini xosil bo'lishi orqali.

Yutib yuborilgan yot jismlar. Yot jismlar tasodifan yutilib ketishi mumkin. Ba'zan yot jismlar ixtiyoriy ravishda yoki mast holda, ruxiy kasalliklar oqibatida yutib yuborilgan bo'lishi mumkin.

Oshqozondan o'tgach, yot jism oshqozon - ichak yo'li orqali harakat qila boshlaydi. Yutilgan yot jismlarni birinchi to'plaganadigan joyi oshqozon hisoblanadi. Shu yerdan ularni ba'zida operatsiya usuli bilan olib tashlanadi. Agar yot jism oshqozondan o'tib ketsa, taxminan 5 soatlardan so'ng orqa peshov orqali chiqadi. Ba'zan enterotomiya qilishga to'g'ri keladi, chunki yot jism ta'sirida 15% xollarda ichak devori yorilishi mumkin.

Orqa peshovga kiritilgan yot jismlar. Yot jismlar to'g'ri ichakka xilma - xil usullar bilan tushishi mumkin, ularni 4 ta asosiy guruhga bo'lish mumkin:

Bemorning o'zi psixoz xolatida yoki uy sharoitida turli tibbiy muolaja o'tkazish oqibatida kiritib olishi mumkin. Ba'zan bemorlar prostatani massaj qilish uchun yoki gemoroyini kiritish uchun yoki chiqib qolgan ichakni to'g'rilash maqsadida yot jismni to'g'ri ichakka kiritib oladilar. Rektal masturbatsiya vaqtida ham to'g'ri ichakka yot jism kirib ketishi mumkin. To'g'ri ichakka yot jism boshqa odam tomonidan qasd olish va boshqa maqsadlarda kiritilishi mumkin.

Tasodifan kirib qolishi mumkin. Tibbiy muolajalar vaqtida to'g'ri ichakka termometr, nakonechniklar kirib qolishi mumkin.

Yirik yot jismni to'g'ri ichakda uzoq muddat bo'lishi, bemor umumiy ahvolini og'irlashtiradi, mahalliy reaktiv o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Axlat ushlanib qoladi, ba'zida umuman kelmaydi.

Bemorlar ishtaxasi yo'qoladi, tana vaznini yo'qotadi, yomon uxlaydi, o'tira olmaydi, oyoqlarini keng kerib yuradi, orqa peshov va qorinning pastki sohasidagi og'riqdan shikoyat qiladi.

Barcha bemorlarda yot jismlar (butilka, hayvon shoxlari), (9-rasm) tashqi sfinkterdan 4-11 sm masofada joylashgan bo'ladi. Yot jismning yuqori qismi sigmasimon ichakka qadar yetadi va qorinni oldingi tomonidan chap yonbosh sohada paypaslanishi mumkin. Ba'zida yot jism tomonidan qorinni oldingi devori ko'tarilib turadi. Yot tana paypaslanganda harakat- chan shakllanma holida seziladi.



9-rasm. To'g'ri ichakdagi ayrim yot jismlar.

1. To'g'ri ichakdan yot tanani olib tashlash, ko'p xollarda qiyinchilik to'g'dirmaydi. Orqa peshovga kiritilgan rektal ko'zgular orqali zajim bilan yot tanani olib tashlash mumkin.

2. Bir qo'l bilan qorin oldingi devoridan yot jismni pastga itarish yordam beradi. Bu holda ortiqcha kuch ishlatmaslik kerak.

3. Asosan butilka singari yot jismni to'g'ri ichakdan chiqarish jarayoniga batafsil to'xtalib o'tamiz.

4. Mahalliy og'riqsizlantirish yoki qisqa muddatli narkoz va

xirurg barmoqlari yordamida orqa chiqaruv teshigi sfinkterini maksimal kengaytirish. Buni hamma bemorlarda qilish kerak. Agar og'riqsizlantirilmasa, og'riq oqibatida yuzaga keladigan sfinkter spazmlari, yot tanani olib tashlashga to'sqinlik qiladi. Agar bemor endotraxeal narkoz ostida bo'lsa, spazmni qisqa muddatli miorelaksantlar (ditilin 2-5 minut ta'sir qiladi, diplatsin - 20 minut ta'sir qiladi) qilish orqali bartaraf etish mumkin.

5. Qisqich yordamida yot tanani olib tashlash.
6. Yot tanani bimanual pastlatish va olib tashlash. Akusherlik qoshiqlari yordamida urinish mumkin.
7. Qo'llari kichkina bo'lgan yordamchini chaqirish.
8. Sfinkterni orqa tomonga ba'zan dum suyagiga qadar kesish.
9. Harakatlanmaydigan va yuqorida joylashgan yot tanani olib tashlash uchun laporotomiya va kolotomiya qilish.

Qo'shni organlardan va to'qimalardan to'g'ri ichakka o'tadigan yot jismlar. O'qotar qurollardan jaroxatlanishlarda yot jismlar to'g'ri ichakka qo'shni to'qima va organlardan o'tishi mumkin.

Bachadondan tashqaridagi homiladorlikda, homila operatsiya qilinmasa, orqa duglas bo'shlig'ida joylashadi, uzoq vaqt turishi davomida u inkapsulyatsiyalanadi va to'g'ri ichakka bosim beradi. Bu mexanik, ba'zida turg'un kuchli dam bo'lish xolatiga olib keladi. Bundan tashqari bunday zich massaning bosimi ta'sirida to'g'ri ichak devorida aralar va kalsinatsiyalangan konglomerat paydo bo'ladi, u to'g'ri ichak devorini yorib kirishi mumkin. Bemorlar obturatsiya belgilari bilan tibbiy yordamga murojaat qiladilar.

Operatsiya jarayonida qorin bo'shlig'ida qolib ketgan tibbiy instrumentlar, salfetaklar, inkapsulyatsiyalanishi mumkin va to'g'ri ichak devorida yaralar xosil qilishi va uni teshib ichakka o'tish tabiiy chiqaruv yo'li orqali chiqib ketishi mumkin.

Ichak bo'shlig'ida xosil bo'ladigan yot jismlar – axlat toshlari. To'g'ri ichakda xosil bo'lgan axlat toshlari endogen kelib chiqishi orqali yuzaga keluvchi yot tana sifatida ko'p uchraydigan xolat hisoblanadi. To'g'ri ichak sistematik ravishda orqa chiqaruv teshigi orqali bo'shab turadi. To'g'ri ichak bo'shlig'ida tosh xosil bo'lishi uchun alohida shart-sharoitlar yuzaga kelishi lozim. Bunday sharoitlar orasida to'g'ri ichakda axlat evakuatsiyasini buzilishiga olib keluvchi innervatsiya buzilishlari va chandiqli o'zgarishlar muhim o'rin tutadi. Jumladan qarilik ichak devori peristaltikasi susayishiga va atonik dimlanishlarga olib keladi. Shuning uchun adabiyotlarda to'g'ri ichak perforatsiyasiga olib keluvchi axlat toshlari to'g'risidagi ma'lumotlarda, ko'p hollarda 60 yoshdan o'tgan kishilar haqidagi ma'lumotlar ko'p keltirib o'tilgan.

Axlat toshining xosil bo'lishiga olib keluvchi markaziy nuqta o't toshi, meva danagi yoki hazm bo'lmaydigan ovqat massalari bo'lishi mumkin. Xosil bo'lgan axlat toshlari kalsiy bilan boyiydi – kalsinatsiyalanadi. Ba'zida tibbiy dori - darmonlar ham axlat toshlarining zichlashuvchiga olib keladi. Ularga kiradi: vismut, kalsiy xlor va kalsiy karbonat, magniy tuzlari, soda. Turli tuzlar bilan to'yingan axlat toshlari chin enterolitlar deb yuritiladi. Agar axlat toshi tuzlar bilan to'yinishga ulgurmagan va barmoqlar orasida uqalanib ketsa bunday toshlar yolg'on enterolitlar deb ataladi. Yolg'on kaprolitlar - qarilik oqibatida ichaklar harakatining buzilish natijasidir. To'g'ri ichakni axlat toshlari oqibatida perforatsiyasi – toshlarning og'ir asoratidir va u ko'p xollarda bemorlarni, axlat peritoniti tufayli o'limiga olib kelishi mumkin.

O'SMA BO'LMAGAN PROKTOLOGIK KASALLIKLAR

Gemorroj. Gemorroj eng ko'p tarqalgan kasalliklardan biri hisoblanib, har ming aholiga 100-120 kishiga to'g'ri keladi. Koloproktologik o'rinlarda davolangan bemorlarning 30-40%ni bunday bemorlar tashkil etadi.

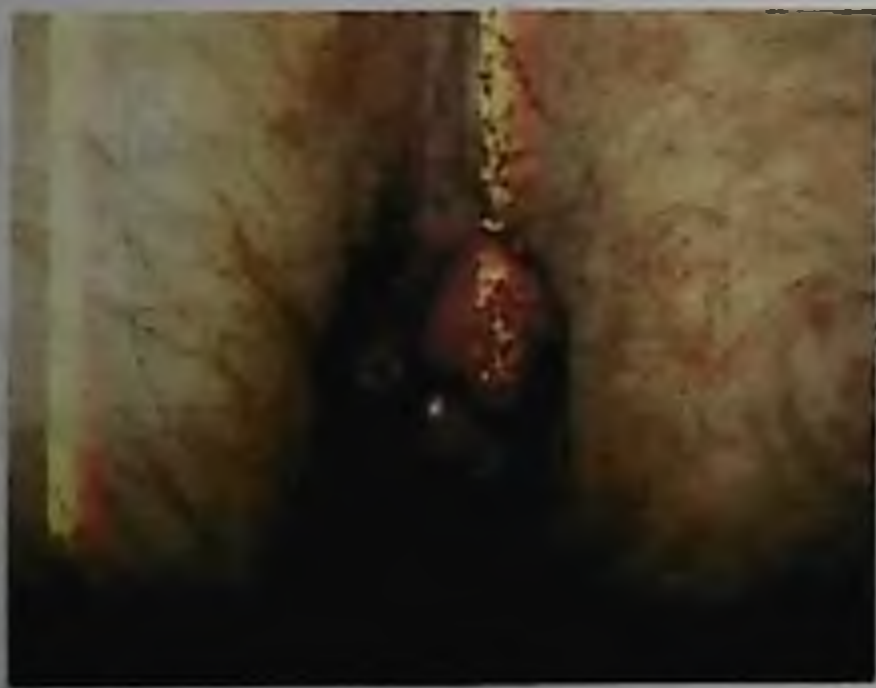
«Gemorroj» termini qon ketish (hemo rrhoe) degan ma'noni anglatadi va kasallikning asosiy belgisi, orqa peshovdan ketish oqibatida tez yuzaga keluvchi anemiya xolati bilan harkterlanadi. Albatta «gemorroj» tushunchasi keng ma'nodagi tushuncha hisoblanadi, biroq defekatsiya vaqtida qon ketish, kasallikning asosiy belgisi bo'lganligi uchun ham uning nomi shunday saqlanib kelingan. Gemorroj to'g'risidagi ma'lumotlar qadimgi tarixdan ma'lum. Bu insoniyatning eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri hisoblanib, to'g'ri ichakning yaxshi sifatli kasalliklar turkumiga kiritiladi va xech qachon malignizatsiyalanmaydi va surunkali gemorroj bilan bemorlar «hayot sifati» pasayadi, kasallik oqibatida bemorlar badjaxil bo'lib, «gemorrojli bemor yuzi» qiyofasiga kiradi. Gemorrojning yuzaga kelishi to'g'risiga ko'plab frazalar va kitoblar yozilgan, uni davolashga bag'ishlangan dorilar, reklamalari bilan ko'plab nufuzli jurnallarning saxifalari to'ldiriladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikning yagona teoriyasi yo'q. Kasallikka olib keluvchi ko'plab sabablar orasida 3 ta muhim omil alohida ahamiyatga ega:

1. Ichak devori qon tomirining tug'ma yetishmasligi;
2. Mushak distrofik-faktorlari;
3. Ushbu sohada qon aylanishining buzilishi (asosan qon oqib ketishini buzilishi).
4. Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra gemorroj yuzaga kelishining quyidagi teoriyalari mavjud:

5. Anorektal soha venalari, vena devorlarning bo'shlig'i va venalarda klapan apparatining yetishmovchiligi teoriyasi. Ushbu teoriya butun bir oila vakillari orasida oyoqlar venalarida varikoz kengaymalarning uchrashi va gemorrojga moyillik borligi bilan tasdiqlanadi.

6. Mexanik teoriyaga muvofiq – to'g'ri ichak sohasidagi organlarda mexanik buzilishlar oqibatida, qon aylanishining buzilishi oqibatida kasallik kelib chiqadi. Bosimni oshishiga olib keluvchi omillar: og'ir va o'troq ish tarzi, ichka a'zolar kasalliklari (gipertonik kasallik, jigar sirrozi, o'pka kasalliklari, qabziyat, ikki momentli defekatsiya, homiladorlik va boshqalar) gemorroidal tugunlarning mushak-distrofik o'zgarishlar oqibatida kattalashishi, tugunlarning pastga so'rilishi va anal kanalidan chiqib qolishiga olib keladi. Ekzo va endogen intoksikatsiya teoriyasi. Alkogol moddalari, achchik ovqatlar, infeksiyon agentlar, ichak devori autoantitelolari ichak devoriga vazotoksik ta'sir ko'rsatadi va uning tonusini pasayishiga olib keladi(10-rasm).



10-rasm. Kiritib bo'lmaydigan, chiqib qolgan gemorroidal tugunlar 3, 7 va 11 soatlarda.

Endokrin buzilish teoriyasi venoz tizim bo'shlig'ini irsiy moyilligi bilan tasdiqlanadi. Ayrim endokrinopatiyalarda - jinsiy

a'zolar bezlari kasalliklarida, gipofiz va gipotalamus sistemasi buzilishlarida, pressor va depressor vazoaktiv gormonlar nisbati buziladi. Boshqa teoriyalar – neyrotomir, nevrogen, infeksiyon, allergik va boshqa teoriyalar mavjud, lekin ular yetarli darajada asoslanmagan.

Kasallikning boshlang'ich davrida bemorlarni barmoq bilan rektal tekshiruv vaqtida, anal kanalining chap yonbosh, o'ng oldingi yon va o'ng orqa yon devorlarida ya'ni 3, 7, 11 soatlarda yumshoq, asosan oson so'riluvchi zich shakllanmalar, rektoskopiya yengil ko'k tusli yoki qizil shishlarni ko'rish mumkin. Kavernoza venalarning embrional guruhi bo'lib, ma'lum vaqtgacha hech narsa bilan namoyon bo'lmaydi («simptomsiz gemorroj»). Noqulay sharoitlarda, ich qotishlarda ushbu shakllanmalar kattalashadi, distal qismlarga ko'chadi, bo'laklarga bo'linadi, orqa chiqaruv teshigidan 6, 8 ta va ko'proq tugunlar chiqqanga o'xshab ko'rinadi. Aslida esa ichki gemorrojial tugunlar 3 ta bo'lib, asosiy zamonaviy radikal operatsiya usullari shunga asoslangan. Sinflanishi, klinikasi, davolash. Gemorrojning ko'plab klassifikatsiyasi bor: anatomik prinsipga ko'ra (tashqi va ichki), klinik kechishiga ko'ra (o'tkir va surunkali). Zamonaviy klassifikatsiyaga ko'ra gemorrojning 4 ta bosqichi farqlanadi (11-rasm):



11-rasm. Gemorrojial tugunlarning joylashuvi. 1 – tashqi, 2 - ichki.

Birinchi bosqich- qon ketish va diskomfort bilan xarakterlanadi. Anoskopiyada gemorroidal tugunlar ko'zga tashlanadi, lekin ular prolabilanmagan; ikkinchi bosqichida kichishish qo'shiladi. Gemorroidal tugunlar kuchanganda anal kanalidan chikadi, lekin ular mustaqil ravishda kirib ketadi. Uchinchi bosqichida tugunlar chiqib qoladi va qo'l bilan kirgiziladi, qo'l bilan kirgizilgach, anal kanalda qoladi, kiyimni ifloslanishi kuzatiladi.

To'rtinchi bosqichda og'riq qo'shiladi. Chiqib qolgach, kirgizib bo'lmaydigan gemorroidal tugunlar aniqlanadi.

O'tkir gemorroy. Sinonimlari – qisilgan gemorroy, o'tkir gemorroidal tromboz. Ushbu xolatni yallig'lanish-og'riqli anal sindromdan farqlash kerak. Bunda qisilgan gemorroidal tugunlar kuzatilmaydi. Bunda sfinkter spazmi – asosiy patogenetik faktordir. Bu holatda tajribali proktologlar sfinkterotomiyani tavsiya etadilar.

O'tkir gemorroy klinikasida 4 darajani farqlash mumkin.

1-daraja. Katta bo'lmagan, sezilarsiz og'riqli shakllanmalar, ularning ust terisi giperemiyalangan. Defekatsiyadan so'ng, alkogol va achchiq iste'mol qilingandan so'ng kichishish, achishish kuchayadi. Asta - sekinlik bilan qo'l bilan tekshirilganda, alohida tugunlar aniqlanmasligi mumkin.



12-rasm. O'tkir qisilgan gemorroy.

2-daraja. Perianal soha keskin og'riqli, giperemiyalangan. O'tkir gemorroyning bu davr diagnostikasi qo'l bilan emas, instrumental tekshiruvlar talab etadi. Bu davrda paraproktit bilan differentsatsiya qilinadi.

O'tkir gemmoroyda yallig'lanish reaksiyasi va giperemiya tarqalgan bo'ladi, butun perianal halqani qoplagan bo'ladi, paraproktitda yallig'lanish maydoni cheklangan, flyuktuatsiyalanadi.

O'tkir gemorroyning 3 davrida yuqorida aytib o'tilgan ko'rinishlar kuchayadi, orqa chiqaruv teshigining butun aylanasi kuchli og'riqli infiltrat bilan qoplanadi. Anesteziyasiz qo'l va rektoskopik tekshiruv o'tkazib bo'lmaydi. Qisilgan to'q ko'k rangli gemorroidal tugunlar taranglashgan va ichkariga kiritib bo'lmaydi(12- pasm). Erkaklarda ko'p hollarda, siydik chiqaruv kanalining yallig'lanish infiltrati bilan bosilishi oqibatida dizuriya, anuriya kuzatilishi mumkin. Doimiy og'riqlar yuzaga keladi va ushbu og'riqlar axlat chiqarish vaqtida va undan keyin kuchayadi.

•Bemor umumiy holati o'rta og'ir, tana harorati ko'tarilmagan, analizlar patologik ko'rinishlarsiz bo'lib, mahalliy jarayondan darak beradi. O'tkir gemorroyning 2-3 bosqichlarida mahalliy yallig'lanish belgilari birinchi planga chiqadi. Bunga muvofiq kasallikni yallig'lanish tabiatli degan teoriya ilgari surilgan, lekin patomorfolik tekshiruvlar o'tkir gemorrooyda tromboz birlamchi ekanligidan va yallig'lanish ikkilamchi ekanligidan dalolat beradi, u qon alanishi buzilgan sohada infeksiyon jarayonni yuzaga kelishi bilan bog'liq. Bunday bemorlarni o'z vaqtida davolash ishlari amalga oshirilmasa, sepsis xolati va intoksikatsiya yuzaga kelishi mumkin.

•O'tkir gemorroyni davolash konservativ chora tadbirlardan boshlanishi lozim. Yotoq rejimi, avaylovchi diyeta, axlatni suyuqlantirish, sovuq kompresslar, svechalar, mazlar uy sharoitida

olib borilishi mumkin bo'lgan davo muolajalaridir. Konservativ davo muolajalari kompleksi quyidagilardan iborat:

- 7-14 kun davomida ka'tiy yotoq rejimi.
- 4-5 kun davomida axlatni keltirmaslik.
- Yengil hazm bo'ladigan diyeta: tухumli quymoq, mol go'shtili sho'rva suvi, go'sht qiymalagichdan chiqarilgan qaynatilgan go'sht, guruchli shavla, oq quritilgan non (kuniga 3-4 dona) va ko'p suyuqlik ichish (4-6 stakan shirin choy). Alkogol, o'tkir va sho'r ovqatlar iste'mol qilmaslik.
- Kaliy permanganatning och pushti eritmasidan har 15 minutda, 1,5-2 soat davomida (3-4 marta) sovuq kompress qilish.
- 2 kundan so'ng orqa chiqaruv sfinkteriga novokain blokada (40 ml 0,25%, novokain 200 000 YED penitsillin yoki streptomitsin bilan).
- Blokadadan so'ng, orqa chiqaruv teshigi sohasiga va yallig'langan tugunlarga 2 kunga Vishnevskiy mazi bilan keng kompress qilinadi.
- 4-5 kundan boshlab margansovka vannochkalari (34 °S), svecha va Vishnevskiy mazi bilan kompresslar buyuriladi.
- Ichishga ko'katli aralashma damlamasi buyuriladi. Damlama 1 stakan suvga 1 osh qoshiq qo'shiladi va 30 minut damlanib, tunda 1 stakandan ichiladi.
- Kuchli qabziyat bo'lsa tozalovchi klizma qilinadi.
- Gemorroidal tugunlar tromboflebiti aniqlansa, quyidagi muolajalarni bajarish kerak:
 - Dastlabki 3-4 kunda yotoq rejimi talab etiladi;
 - Diyeta: ovqat ta'sirlamaydigan, alkogol maxsulotlarini taomnomadan chiqarib tashlash kerak;
 - Trombni so'rdiruvchi terapiya: kaliy permanganat bilan iliq, o'tiruvchi vannochkalar (34-35 °S) 10-15 minutdan; 2 kuniga 2

martadan orqa peshovga shamchalar qo'yish (belladonna ekstrakti 0,015 g, novokain 0,12 g, kseroform 0,1 g, streptotsid 0,08 g, kakao yog'i - 2 gr gacha); maz bilan kompress qo'yiladi: degtyar yog'i kseroform bilan 6 gr dan, anestezin 2 g, danak yog'i 200gr gacha;

•Jarrohlik davosi.

Qon ketish bilan asoratlangan gemorroy. Gemorroy so'zining ma'nosi, qon ketish ma'nosini anglatsa ham, kasallikning barcha davrlarida qon ketish kuzatilmaydi. Ayrim bemorlarda qon ketish kasallikning yagona belgisi hisoblanadi. Ko'pincha bunday qon ketishlar yosh va kuchli kishilarda kuzatilib, bemorlarda tez muddatda anemiya xolatini keltirib chiqaradi. Bu o'rinda gap doimiy qon ketish ustida emas, balki defekatsiyadan so'ng qon ketish, yurganda qon ketish, mashinada yurganda qon ketish xolatlari haqida bormokda.

Defekatsiyada qon ketish, birinchi simptom sifatida 40-56% bemorlarda, defekatsiyadan tashqari holatda qon ketish 4-5% bemorlarda, anemiya 1% bemorlarda kuzatiladi.

Rektal qon ketish kuzatilgan har 8 ta bemoralarning 1 tasida qon ketish, gemorroy bilan bog'liq bo'lmagan o'smalar, to'g'ri ichakning jaroxatlanishlari va boshqa xolatlari bilan bog'liq. Ichakdan qon ketish xolatlari bilan ko'picha bemorlar jarrohlik statsionarlariga yotqiziladilar va ko'p hollarda gemorroy kasallini aniqlash, davolash ishlarini boshlash ortga suriladi. Qo'l bilan rektal tekshiruvdan tashqari rektoskopiya o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Agar to'g'ri ichakda axlat masslari bo'lsa, 2-3 marotaba klizma qilish lozim.

Sezilarli gemorroidal qon ketish xolati bo'lgan bemorlarani davolash, o'ziga xoslikni talab etadi. Qo'qisdan ko'p miqdorda, bir marotabalik qon ketish xolatlarida to'g'ri ichakni zich qilib qon to'xtatuvchi gubka bilan tamponada o'tkaziladi. Agar qon ketish to'xtatilgan bo'lsa, davolashni keyingi etapi belgilanadi.

Sklerozlovchi inyeksiyalar yaxshi yordam beradi. Agar bemorlarda epdoskopiya 3, 7, 11 soatlarda anal kanalida og'riqsiz, yengil qonayotgan, o'lchami katta bo'lmagan shakllanmalar aniqlansa, sklerozlovchi inyeksiyalar tavsiya etiladi (13-rasm).



13-rasm. Sklerozlovchi modda inyeksiyasining usuli.

Ushbu usul bilan davolash uchun, bemorlar quyidagi kriteriyalar asosida ajratiladi:

- 1) tashqariga chiqib qolgan tugunlar xolati va tashqi gemorroiy xolati bo'lgan bemorlar uchun bu usul tavsiya etilmaydi;
- 2) o'tkir gemorroiy, anal yoriqlar, kriptit, papillit, uzluksiz diareya xolatlarida bu usul tavsiya etilmaydi;
- 3) qari yoshdagi turg'un arterial gipertenziyasi bo'lgan bemorlarga tavsiya etilmaydi.

Ine'ksiya texnikasi qiyin emas. Ginekologik kresloda to'g'ri ichakni 1% yod eritmasi bilan obrabotka qilinadi va operatsion anoskop kiritiladi. 10 grammligina, yo'g'on ignali shprits gemorroidal tugunning yuqori cho'qqisiga kiritiladi (Rasm). Vizual kontrol ostida 1,5-2 ml sklerozlovchi eritma (5% fenol eritmasi bodom yog'ida, 20% natriy xlorid eritmasi; 100 ml 5% novokain eritmasi shaftoli moyida, 5 g kristall fenol va 0,5 g mentol; 1% sotradokol eritmasi

0,1-0,5 ml har bir ineksiya o'rniga), shprints porsheni bosilganda erkin ketishi kerak. Eritma to'g'ri kiritilganda, shilliq osti qavati ozgina bo'rtadi, mayda kapilyarlar ko'zga tashlanadi. Bir seansda har uchala ichki tugunlar asosiga ineksiya qilish mumkin.

Ineksiyadan so'ng maxsus diyeta va axlatni maxsus ushlab turish shart emas. Ko'p xollarda ineksiyadan so'ng qon ketish to'xtaydi.

Agar 1 sutka davomida konservativ gemostatik choralar yordam bermasa, skleroterapiyaga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa, gemorroidal tugunlarni bog'lash (Kupper usuli bo'yicha) tavsiya qilinadi. Tugunlarni navbat - navbat bilan Lyuer qisqichlari bilan qisilib, ularni asosidan ipak ip bilan tugunlarni kesib yubormasdan bog'lanadi.

Surunkali gemorroj. Klassik gemorroidal sindrom nazarda tutilyapti: defekatsiya vaqtida orqa peshovda og'riq, ko'p bo'lmagan intermittirlovchi qon ketishlar va ichki tugunlarni chiqib qolishi. Og'riq nerv oxirlarining ta'sirlanishi oqibatida yuzaga keladi. Nerv retseptorlarning axlat ta'sirida travmasi og'riq hissini, u esa o'z navbatida reflektor spazmni yuzaga kelishiga olib keladi. Bunday xolat 10 yil muddatga ega bo'lgan gemorroj uchun xos. Yorqin rangli qon ketish ikkinchi belgi hisoblanadi. Tugunlarni chiqib qolishi, orqa chiqaruv teshigini ichki sfinkteri tonusini yo'qolib ketishi bilan bog'liq. Tugunlar asta - sekin o'z xolicha kirib keta olmaydi. Ular xattoki yurganda ham osilib qoladi. Chiqib qolgan tugun og'ritadi va orqa peshov atrofini ta'sirlab, kichishish xissini hosil qiladi.

Surunkali gemorroj diagnostikasi elementar: tashqi tekshiruv va qo'l bilan rektal tekshiruv va kolonoskopiyaning o'zi yetarli.

Surunkali gemorrojni to'g'ri ichakni chiqib qolish xolatini boshlang'ich davri bilan farqlash kerak. Ikkita asosiy nozologiya bor,

ularni farqlash uchun: to'g'ri ichak chiqib qolishida chiqib qolgan qism gemorroy tugunidan ancha uzunroq bo'ladi, 10-20 smgacha. Ikkinchi belgisi: chiqib qolgan qism ustida tojsimon shakllanma aniqlanadi. Ushbu xolatni bir - biridan farqlash muhim, chunki ularni davolash jarayoni bir - biridan tubdan farq qiladi.

Davolash. Har qanday formalar kabi gemorroyni davolashning konservativ usulidan boshlanadi. Diyet, achchiq ovqat va alkogolni cheklash, ichni yumshatish va boshqalar. Oz miqdorda anemiyaga olib kelmaydigan qon ketishlar va yengil og'riq xislarini bemorlar mustaqil yengishlari mumkin. Konservativ muolajalar yordam bermagan hollarda operativ davo muolajasi o'tkaziladi.

Surunkali gemorroyni so'ngi yillarda, tareks halqalar bilan tugunlarni ligirlash, ambulatoriya sharoitida qo'llanilmoqda. Proktologik operatsiyalarni og'riqsizlantirish umumiy holda o'tkaziladi. Ko'p operatsiyalar odatda 30 minutga qadar davom etadi, shuning uchun vena ichi yoki maska orqali narkoz berish ma'qul hisoblanadi(14-rasm).

- Operatsiyani gemorroidal tugunlar yallig'lanmagan va shishlar yo'q vaqtda qilish lozim.
- Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar:
 - O'tkir tromblangan gemorroy;
 - Chiqib qolgan va kuchli og'riq beruvchi tugunlar;
 - Katta o'lchamga ega bo'lmagan tugunlar;
 - Qisilib qolmagan tugunlar;
 - Qonayotgan tugunlar.
- Operativ davolashni talablariga quyidagilar kiradi:
 - Kengaygan venoz sinuslar radikal olib tashlanishi kerak;
 - Operatsiyadan so'ng minimal chandiq qolishi lozim;
 - Ichak bo'shlig'i torayib qolmasligi kerak;
 - Operatsiyadan keyingi davrda, jaroxat sekretini erkin chiqib

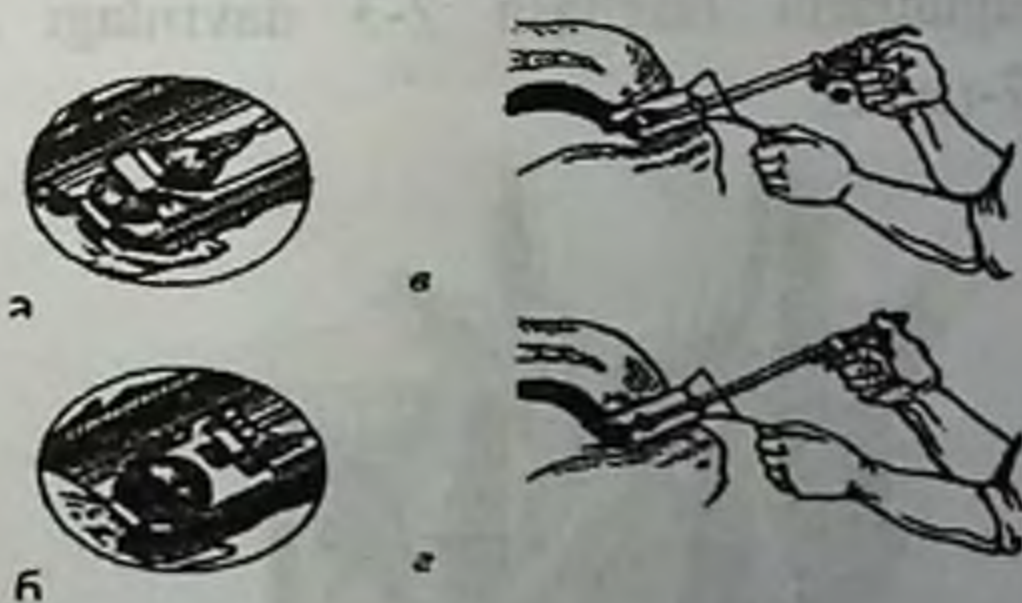
ketishi ta'minlanishi kerak.



14-rasm. Ichki gemorroidal tugunlarni bog'lash.

Gemorroyini palliativ usul bilan davolash, tugunlarni bog'lash hisoblanadi. Buning uchun E.Barron maxsus ligatorni konstruksiyaladi. 8- rasmda instrument sxemasi va bog'lash ko'rsatilgan. Bemor chap yonboshga yotgan xolati da anaskop orqali instrument kiritiladi va tugma bosilib, tugun zanjim ilmoqlari uchlarini bilan ushlanadi va instrument ichida tugun bog'i tortiladi. Tugun oyoqchasiga ichki vtulka yordamida elastik ligatura o'tkaziladi (15-rasm a). Shundan so'ng, tugmachaga bosib, tugun uchi qo'yib yuboriladi (15-rasm b) va instrument chiqarib olinadi.

15-rasm. Ichki gemorroidal tugunlarni bog'lash.



3-4 kundan so'ng bog'langan oyoqcha nekrozlanadi va tugun o'z - o'zicha tushib ketadi. Yana 2-3 kundan so'ng esa elastik shayba tushib ketadi. Katta tugunlarni navbatma - navbat, bir oy oraliq bilan bog'lagan ma'qul. Muolajadan so'ng, og'riqlar analgetiklar

yordamida qoldirilishi mumkin. Boshqa zamonaviy usullar – infraqizil va lazer koagulyatsiyasi, bipolyar diatermiya, krioxirurgiya hisoblanadi.

Lateks halqalar yordamida gemorroyni bog'lash

So'ngi vaqtlarda koloproktologlar orasida lateks halqalar yordamida gemorroyni bog'lash ambulatoriya sharoitida keng tarqalmoqda (16-rasm).



16-rasm. Lateks halqa yordamida gemorroyni bog'lash uchun instrumentlar.

Chet elda gemorroy oyoqchasiga halqa qo'yadigan maxsus moslama ishlab chiqilgan. Oyoqcha bog'langach, unga qon oqib kelishi to'xtaydi va ligatura bilan birgalikda, 11-14- kuni tushib ketadi.

Gemorroidal tugunlarni bog'lash 2-3 davridagi bemorlarda amalga oshiriladi(17-rasm).



17-rasm. Lateks halqa yordamida gemorroyni bog'lash usuli.

I - davrida tugunlar yaxshi rivojlanmaganligi uchun o'tkazilmaydi. Ayrim xolatlarda, muolajani 4 - davrida ham o'tkazish mumkin.

Tashqi va ichki tugunlar orasida aniq chegara bo'lmagan xolatlarda ushbu muolaja qo'llanilmaydi. Qarshi ko'rsatmalar: orqa kanal yorig'i, surunkali paraproktit, proktit yallig'lanish davrida. Ushbu usul ginekologik kresloda amalga oshiriladi. To'g'ri ichakka anoskop kiritiladi. Chap qo'l bilan anoskop fiksatsiya qilinadi. Gemorroidal tugunlarni lateks halqa yordamida bog'lash 2 xil usul bilan o'tkazilishi mumkin (18-rasm). Birinchi usulda mexanik ligator qo'llaniladi.



18-rasm. Lateks halqa bilan gemorroyni bog'lash usuli etaplari.



19-rasm. Lateks halqa yordamida bog'lashni ikkinchi usulini etaplari.

Mexanik ligator elastik halqa bilan, anoskop kanaliga tugun

bilan to'qnash kelgunga qadar kirgiziladi.

Yumshoq zajm bilan gemorroidal tugun cho'qqisi qisiladi va uni ligator ichiga tortiladi. Shundan so'ng oyoqchani boshchasini ligator ichiga tortiladi. So'ng halqani tashlash uchun ligator tug'masi bosiladi. Halqa gemorroidal tugun oyoqchasini qisib oladi. Asbobni naskopdan chiqarib olishdan oldin, zajimni tugundan chiqariladi va ligatura tekshiriladi. Halqa faqat oyoqchani qisishi lozim(19-rasm).

Yaxshi o'rganib olganda, ushbu metodika 7-10 minutni tashkil etadi. Ikkinchi usul moxiyati quyidagicha tashkil etiladi: anaskop orqali maxsus vakumli ligator kiritiladi. Ligator manfiy bosim xosil qiluvchi otsosga ulangan bo'ladi. Oyoq yordamida pedal bosilib, manfiy bosim xosil qilinadi.

Katta barmoq yordamida ligator teshigi berkitiladi va manfiy bosim hosil qilinadi. Manfiy bosim hisobiga tugun instrument boshchasiga tortiladi. 0,7-0,8 atmosfera bosimi xosil qilingach, ikkita halqa gemorroiy oyoqchalariga tashlanadi, ligatorda turgan bosh barmoq qo'yib yuboriladi, bosim pasayadi. So'ng ligator ichak bo'shlig'idan chiqariladi. Bosimni tenglashtirmasdan ligatorni chiqarib olish qon ketish xolatiga olib kelishi mumkin.

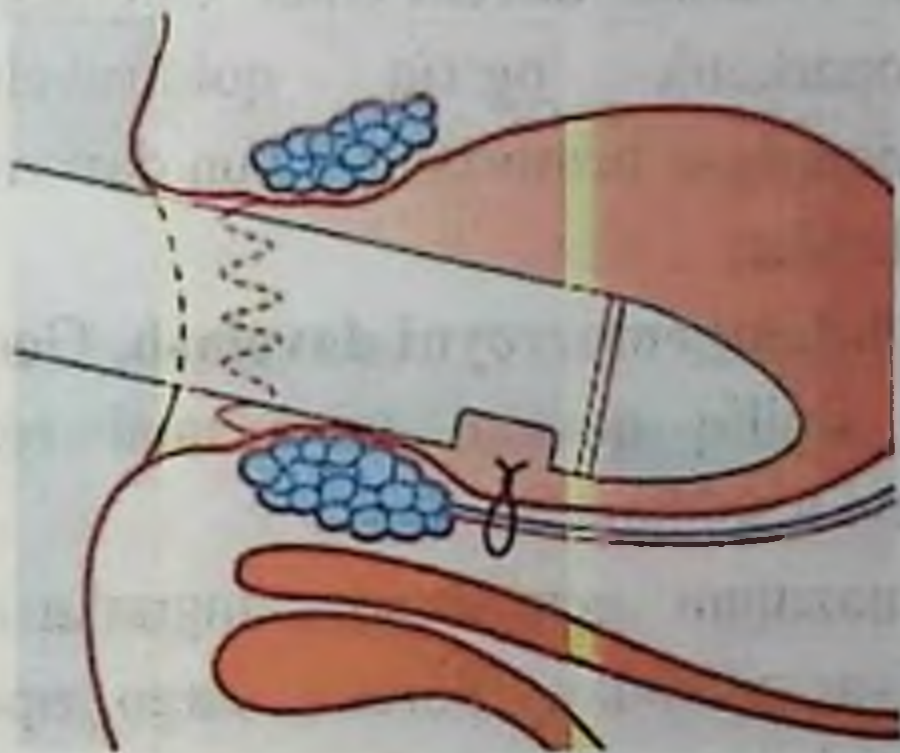
Har ikkala xolatda ham, tabiiy kauchukdan tayyorlangan (lateks) halqa tashqi diametri 5 mm, ichki diametri 1 mm ishlatiladi. Lateks halqaning qulayligi uning yaxshi elastikligi va asta - sekin oyoqchani 12-14 kun davomida qisib borishi hisoblanadi.

Vakum bog'lash usuli, mexanik bog'lash usuliga nisbatan oddiyroq, osonroq va qulayroq. Vakum yordamida bog'lash vaqtida, jarrohga assistent uchun muhtojlik qolmaydi.

Gemorroyni chok bilan bog'lash. Kam invaziyali usullar qatoriga ultrato'lqin doplerometriyasi nazorati ostida, gemorroyni chok bilan bog'lash muolajasi kiradi. Ushbu usul gemorroidal arteriyalarning terminal shoxlarini, to'g'ri ichak shilliq ostida

aniqlash va ularni bog'lash orqali, tugunlarga qon oqib kelishini to'xtatishga asoslanadi. Bundan tashqari bog'lash oqibatida ichki tugunlar to'g'ri ichakda ishonchli fiksatsiyalanadi.

Metodikasi. Usul mexanizmi ultrato'lqinli dopler yordamida gemorroidal arteriyalar distal shoxlarini aniqlash va har bir arteriyani vikril choklar yordamida bog'lashdan iborat (20-rasm).



20-rasm. Gemorroyni chokli bog'lash usuli.

Chokli bog'lash uchun ultrato'lqinli jarrohlik apparati qo'llaniladi. Moslama devoriga ultrato'lqinli datchik o'rnatilgan anaskopdan iborat. Gemorroidal arteriya topilgach, pulsatsiya shovqini tovush to'lqiniga aylanadi. Anaskopning ultrato'lqin datchikdan yuqoriroqda aniqlangan arteriyani bog'lash va tikish uchun teshikcha bor. Ushbu chok gemorroidal tugunga arteriya qonini oqib kelishini ishonchli to'xtatadi.

Muolajani bajarish uchun bemor ginekologik kresloda standart xolda joylashadi. Muolajadan oldin bog'lanishi lozim bo'lgan arteriyalarning joylashuvi va umumiy sonini topish uchun diagnostik doplerometriya o'tkaziladi.

Qoidaga ko'ra arteriyalarni bog'lash bir etapda o'tkaziladi. To'g'ri bog'langanlik belgisi (kriteriyasi) bo'lib, doplerometriyada

arteriya pulsatsiyasining shovqinini yo'qolganligi hisoblanadi. Bog'lash vaqtida noxush sezgilar va ligaturani tortilish hissi bo'lishi mumkin. Bu noxush sezgilar qo'shimcha davolash talab qilmaydi.

Natijalar. Muolajadan so'ng kontrol ultratovush indeksatsiyasi, kavernoza gemorroidal to'qimani oziqlanishi uchun qo'shimcha manba borligini aniqlash maqsadida o'tkaziladi. Muolaja hammasi bo'lib o'rtacha 25-30 minut davom etadi. Operatsiyadan so'ng tunda bemorlarga nonarkotik og'riq qoldiruvchilar buyuriladi. Kasalxonadan chiqarilgan bemorlar 2-3 kun davomida orqa peshovda noqulaylik xis qiladilar.

Longo usuli bilan gemorroyni davolash. Gemorroiy tugunlarini olib tashlashda, shilliq qavatni trans anal rezeksiyasi, klassik jarrohlik aralashuvi hisoblanadi.

Operatsiya mazmuni gemorroidal tugunlarni shilliq qavatda sirkulyar rezeksiya qilishdan iborat. Longo operatsiyasi vaqtida to'g'ri ichakni tishsimon chiziqdan yuqori turgan qismi olib tashlanadi. Shilliq qavat defekti titan skobkalar yordamida «uchma-uch» ("oxirini oxiriga") tipida tikiladi. Natijada gemorroidal tugunlar olib tashlanmaydi, balki yuqoriga ko'tariladi va kavernoza venalarga qon oqib kelishi kamayishi hisobiga, hajm jixatidan kichrayadi. Shilliq qavatni sirkulyar olib tashlash oqibatida, tugunlarni qon bilan ta'minlanishi kamayadi va ular asta - sekin puchayadi va biriktiruvchi to'qima o'sa boshlaydi (21-rasm). To'plam asosini stepler prinsipida ishlovchi sirkulyator tikuvchi apparat tashkil etadi. Tikish moslamasini to'g'ri ichakka kiritish va to'g'ri ichakda fiksatsiya qilish uchun, to'plam tarkibida anal dilyatator mavjud. Shilliq qavatni tikish titan skobkalar yordamida amalga oshiriladi. To'plam tarkibiga undan tashqari ip ilgich va kisset chok qo'yish uchun anaskop ham kiradi.



21-rasm. Longo usulida gemorroyni davolash uchun bir martalik "RRN01" to'plami.

Operatsiya texnologiyasi oson. Tikkich yordamida to'g'ri ichak shilliq qavatiga kisset chok qo'yiladi. Shundan so'ng ichak shilliq qavati yengil tor-tiladi va chok tugiladi. So'ng «steppler»ni bir harakati bilan, shilliq qavatning qisilgan qismi kesiladi va uning uchlari tikiladi. Barcha operatsiya tugallanadi. Odatda operatsiya 15 minut chamasi davom etadi. (22-rasm). Solishtirish uchun – tugunlarni olib tashlash bo'yicha klassik operatsiya uchun 40 minutda kam bo'lmagan vaqt talab etiladi.



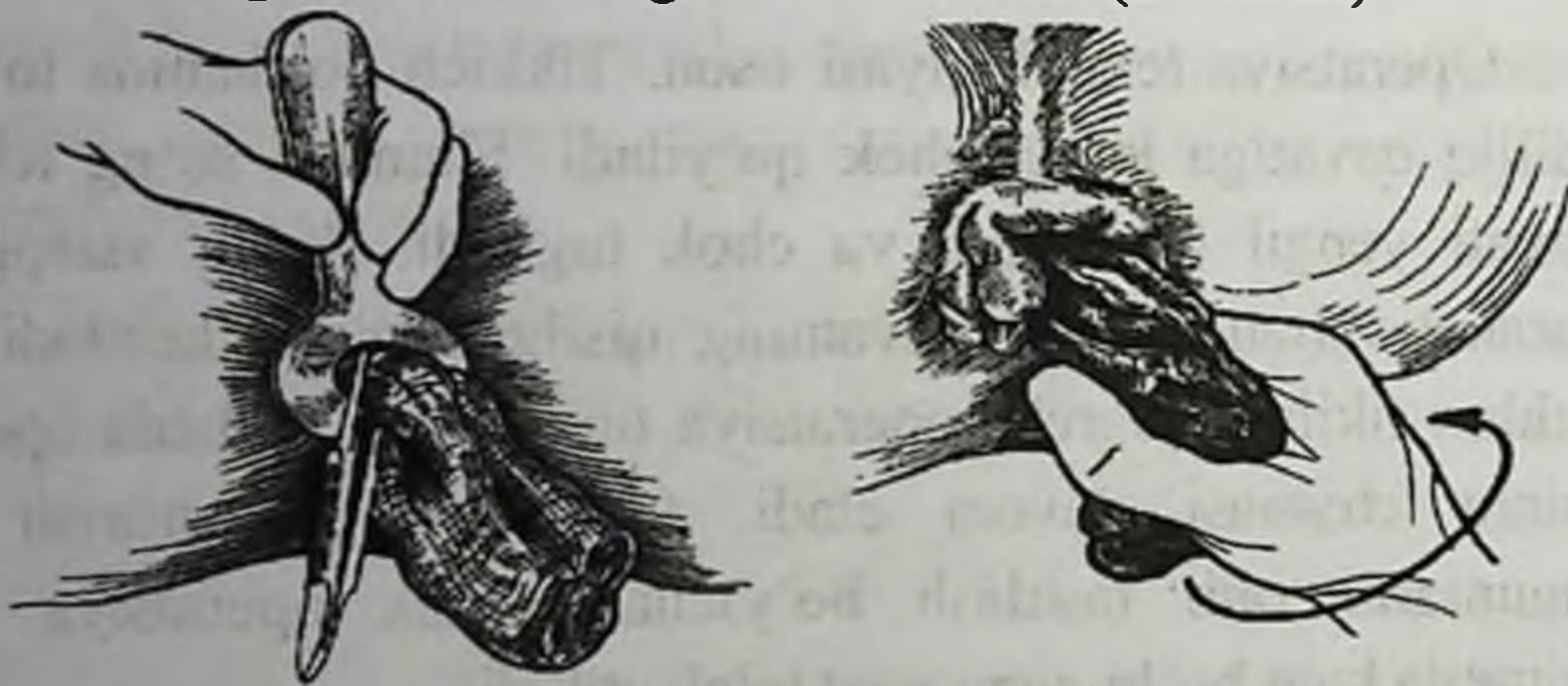
22-rasm. Longo usuli bilan gemorroiy operatsiyasi texnikasi.

- Usulning kamchiliklari:
- Davolashning uzoq natijalari xali ma'lum emas.
- Bemorni statsionar kuzatuv talab etiladi.
- Bir hafta davomida bemorlar kasallik varaqasiga muhtoj

bo'ladilar.

- Tashqi gemorroidal tugunlarni olib tashlash imkoni yo'q.

Gemorroyda radikal operatsiyalar. Gemorroidoektomiya radikal davolash usuli hisoblanadi. Maxsus tayyorgarlikdan so'ng bemor operatsion stolga ginekologik holatda yotqiziladi. Mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida, to'g'ri ichak sfinkteri halqasini kengaytirib, dastlab 1 ta barmoq, so'ng 2, 3 ta va nihoyat 4 barmoq kiritiladi. Sfinkter mushak qavatini jaroxatlamaslik uchun kengaytirish asta sekinlik bilan olib borilishi lozim. Shundan so'ng anal kanal va ichki gemorroidal tugunlar ko'rinadi (23-rasm).



23-rasm. Gemmoroidal tugunlarni tashqariga chiqarish metodikasi.

Sfinkter kengaygach, to'g'ri ichakka rektal ko'zgu kiritiladi va u orqali anatomik pinset yordamida quruq tampon kiritiladi va u bilan to'g'ri ichak ampulasi to'ldiriladi. Doka tamponni pinset bilan ushlab turgan holda rektal ko'zgu chiqariladi. Soat strelkasi yo'nalishi bo'yicha aylantirilgan xolda doka pampon asta - sekin chiqariladi, u bilan qo'shib ichki gemorro- idal tugunlar ham chiqadi. Shu usul bilan ichki tugunlar holati, kattaligi, shilliq qavat kengligi to'g'risida ma'lumotga ega bo'linadi.

Tugunlarni olib tashlash shunday amalga oshirilishi lozimki, shilliq «teri ko'prikchalari» radikal ekstirpatsiyadan so'ng

jaroxatlanmagan xolda qolishi lozim. Ushbu «ko'prikchalar»ni avaylash lozim, chunki bu yerda nekroz va chandiqlanish yuzaga kelishi mumkin.

Olib tashlanishi, lozim bo'lgan gemmoroidal tugunga 3 ta instrument taqaladi. Birinchi instrument bilan tashqi tugundan terini tashqariga ushlanadi, ikkinchisi bilan anorektal chiziq bo'ylab shilliq parda va teri orasidan va nixoyat uchinchisi yordamida ichki tugun ustida shilliq parda fiksiyalanadi. Birinchi va ikkinchi zajimlar orasidan skalpel yoki qaychi bilan teri va shilliq parda kesiladi. So'ng shariklar yordamida tashqi keyin ichki gemmoroidal venoz chigallar ajratiladi. Venoz chigal ostidagi sfinkterning mushak tolalarini jaroxatlamaslik uchun extiyotlik bilan ajratiladi. Teri va shilliq parda bilan qoplangan gemmoroidal tugun shu usul bilan ajratilgach, faqat shilliq parda sathida osilib turadi, uni ko'ndalang holda instrument bilan ushlanadi.

Shilliq qavat loskuti asosidan zajim chiqarib olingach chetlari va o'rtasi Kocher zajimlari bilan qisiladi. So'ng bu loskut pastdagi zajimlarga o'tkaziladi va ingichka ketgut bilan ichki sfinkter mushaklari asosiga tikiladi. Jaroxat chetlari bukilishi uchun shilliq qavat Lembert choklari ko'rinishida tikiladi. Bunday chok gemostatik hisoblanadi, undan tashqari uning yordamida shilliq qavat anorektal chiziq sathida joylashadi. Shilliq qavatni tashqi tomonga fiksatsiya qilmaslik kerak, aks holda operatsiyadan keyingi davrda uning ektopiyasi yuzaga keladi. Jaroxat sekretini tashqariga oqishini ta'minlash uchun tugunlar lojasini tikmasdan qoldiriladi.

Jaroxat chetidan osilib qolgan teri chetlari lozim bo'lsa, qaychi yordamida kesib tashlanadi. Ushbu muolaja operatsiyadan keyingi davrda sekretning chiqishini yaxshilaydi va karunkula yuzaga kelishini oldini oladi. Gemmoroidal tugunlar olib tashlangach radial yo'nalishda 3-4 joyda ingichka uzunasiga yo'nalgan jaroxat maydoni

qoladi. Shundan so'ng operatsi- on jaroxatlar radial yo'nalishda ketgut choklari bilan tikiladi (24-rasm). Shu yo'l bilan qon ketishining oldi olinadi, ushbu operatsiya sezilarsiz chandiqa olib keladi, anal teshigi stenozini yuzaga keltmaydi.



24-rasm. Olib tashlagan tugunlar o'mida 3 barg shaklidagi jaroxat qoladi. Hosil bo'lgan jaroxatni uzluksiz ketgut choklari yordamida tikiladi.

Sfinkter maxkam qisilgan xolatida, qon oqimi va jaroxat sekreti oqib chiqishi buzilishi mumkin. Bu xolatni oldini olish uchun yo'g'on rezina trubka (Bourdonnier) 10 sm uzunlikda tayyorlanadi, uni marlya bilan o'rab, har tomoni steril vazelin yoki sintomitsin mazi bilan qo'yiqliq surtiladi. Operatsiyadan so'ng ushbu trubka orqa peshovga kiritib qo'yiladi.

Milligan-Morgan bo'yicha perianal jaroxatlarni qisman yoki to'liqlik tikish orqali radikal gemorroidektomiya, gemorroyni jarrohlik metodi bilan davolashning optimal usuli hisoblanadi. Oldindan tomirli oyoqchalarni bog'lab, asosiy uchta tugunlarni kesish, operatsiyada qon yo'qotilishini oldini oladi, operatsiya davomida yuzaga kelgan perianal jaroxatlar tubini tikish, ularni tezroq bitishi va anal kanalini germetizatsiyasi muddatini qisqartiradi. Operatsiyadan keyingi davr 2-3 kun davomida axlatni keltirmaslik va opiatlar ishlatilmasdan o'tkaziladi. Suvda eruvchi mazlar bilan doimiy ravishda bog'lam qo'yiladi (birinchi bog'lam operatsiya kunining ertasiga qo'yiladi) qorin dam bo'lishi profilaktikasi olib boriladi

(birinchi defekatsiya klizma qo'yish orqali yoki og'iz orqali vazelin moyi ichirish orqali amalga oshiriladi). Qat'iy qoidalarga amal qilgan holda - yallig'lanishga qarshi davo, qon ko'rsatkichlarini meyorlashtirishga amal qilgan xolda, bu operatsiyalarni o'tkir gemorroiy bo'lgan bemorlarda ham o'tkazish mumkin. Eski klassik va yangi radikal gemorroidektomiya metodlarini solishtirma taxliliga ko'ra, Milligan-Morgan operatsiyasi ustunlikka ega. Hozirgi vaqtda ko'plab proktolog-xirurglar shu metodika bo'yicha operatsiya qiladilar, lekin umumiy xirurglar xali ham eski taktikani qo'llab quvvatlaydilar.

Gemorroyni davolashdagi asosiy omil operatorming malakasi va umumiy xirurglarni proktologiya asoslariga o'rgatishdir. Busiz sfinkter yetishmovchiligi yoki aksincha anal kanalning strikturasi kabi asoratlar yuzaga kelishi mumkin. Birinchi xolatda jarroh qo'li bilan anal sfinkterning qo'pol divulsiyasi va mushak tolalarni ortiqcha tortish natijasida yorib yuborishlari mumkin. Eng yaxshisi divulsiyani qo'l bilan rektal ko'zgular orqali asta - sekinlik bilan o'tkazgan ma'qul. Anal kanalni ko'zgular yordamida kengaytirish gorizontaal chiziq bo'yicha 3-9 soatlarda, tortish vertikal chiziq buyicha 6-12 soatlarda o'tkazish, erkaklarda uretrani ezilishi oqibatida operatsiyadan keyingi davrda dizuriya xolatini keltirib chiqaradi. Ikkinchi asorat anusning chandiqli strikturasi kelib chiqishi. Bu holatni oldini olishning eng yaxshi yo'li, Milligan-Morgan operatsiyasini o'tkazishdir.

PAROPROKTIT

Paraproktit – bu to'g'ri ichak atrofidagi klechatkani surunkali yoki o'tkir yallig'lanishidir. Paroproktit keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Proktologik kasalliklar strukturasiida gemorroiy, anal yoriqlar va kolitlardan so'ng 4 o'rinda turadi va to'g'ri ichak kasalliklarining

20-40% ni tashkil etadi. Erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq og'riydi. Paraproktit katta yoshdagi odamlar kasalligidir, 90% bemorlar 20-60 yoshda bo'lganlar.

Etiologiya va patogenezi. Aralash flora orqali chaqiriladi (stafilokokklar, streptokokklar va ichak tayoqchasi). Spetsifik infeksiya 1-2% xolatlarda uchraydi - tuberkulyoz, aktinomitsetlar va boshqa spetsifik infeksiya qo'zg'atuvchilari. Pararoktitning anaerob turi kam uchraydi. To'g'ri ichak shilliq qavati travmasiga olib keluvchi omillar – axlatdagi qattiq massalar, yoriqlar, kriptit, proktit, gemorroy va boshqalar muhim ro'l o'ynaydi.

Birlamchi pararoktitda mikroblarning o'tish yo'llari:

- Anal bezlari orqali.
- Limfogen yo'l.
- To'g'ri ichak shilliq qavatini yot tanalar bilan travmasi.
- Gemorroy
- Anal yoriqlar
- Nospetsifik yarali kolit
- Kron kasalligi.

Ikkilamchi pararoktitda mikroblarning o'tish yo'llari:

- Prostata bezi orqali
- Uretra orqali
- Ayollar jinsiy organlari orqali

Klinik ko'rinishi bir tomondan qo'zg'atuvchining turiga va ikkinchi tomondan organizmning kurashuvchanligiga bog'liq. Infeksiyani pararektal klechatkaga o'tishi va uning keyinchalik rivojlanishi, tarqalishi paraproktit patogenezining asosini tashkil etadi. Ko'p xollarda infeksiya pararektal klechatkaga anal kriptalar orqali anal bezlariga o'tadi. Ushbu bezlar tubulyar tuzilishga ega bo'lib, o'zining ochiq yo'llari bilan Morgan kriptalariga ochiladi. Ularning soni 6 tadan 8 taga qadar bo'ladi. Bu rudimentar bezlar

qandaydir ekskretor funksiyani bajaradi. Bez yo'llari shishi va dimlanishi, yallig'lanishi kuzatiladi. Gematogen va limfogen yo'llar orqali infeksiyalanish holati juda kam uchraydi.

Sinflanishi.

Quyidagi klasifikatsiyalari mavjud:

Etiologik belgisi bo'yicha:

oddiy; nospetsifik; spetsifik; posttravmatik.

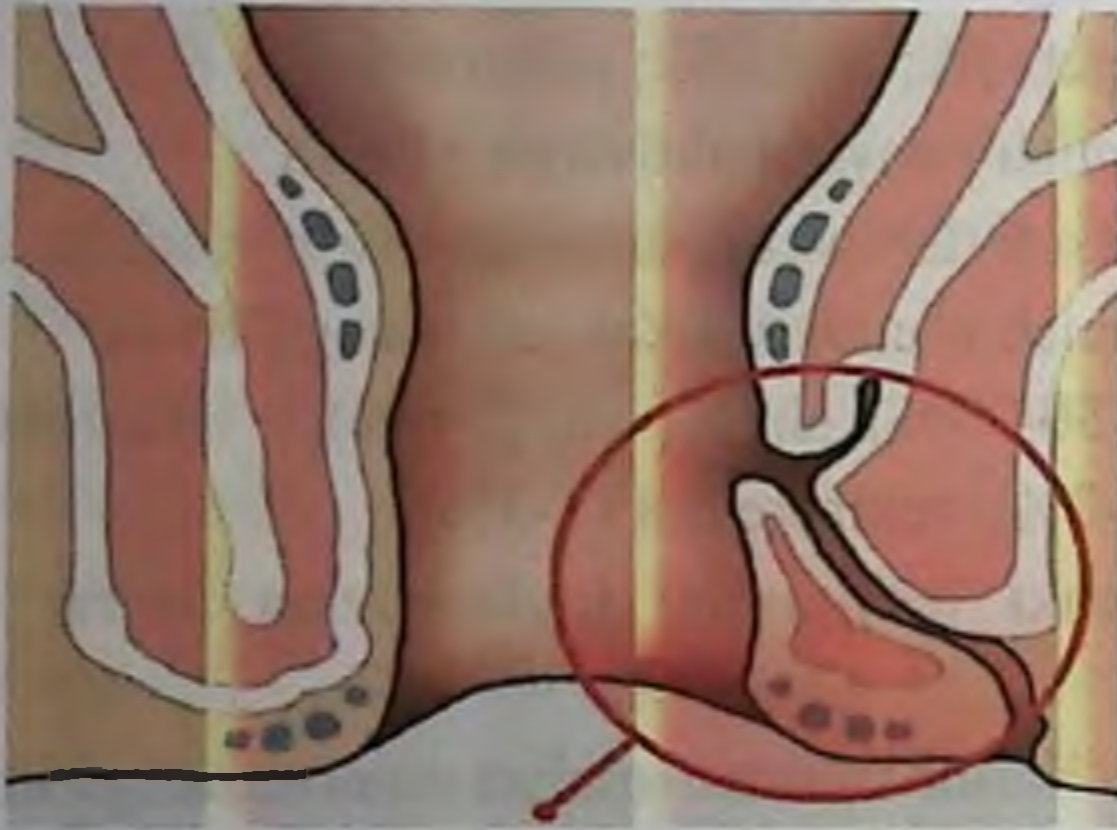
- Yallig'lanish jarayoni aktivligiga ko'ra:
- o'tkir; retsdivlanuvchi; surunkali (to'g'ri ichak oqmasi).
- Yallig'lanish o'chog'i lokalizatsiyasiga ko'ra:
- teri osti (50-75%); shilliq osti (2-6%); ishiorektal(15-40%); pelviorektal (2-7%); rektrorektal (1-3%).
- Oqma ichki teshigining joylashuviga ko'ra: oldingi; orqa; yonbosh.
- Oqma yo'llarini sfinkter tolalari munosabatiga ko'ra:
- Intrasfinkter (teri osti-shilliq osti, oqma kanali to'liq to'g'ri ichak sfinkteri ichiga ochilgan bo'ladi. Odatda bunday oqma to'g'ri va qisqa bo'ladi. 25-35% bemorlarda kuzatiladi);
- Transfinkter (oqma kanalining bir qismi sfinkter orqali o'tadi, bir qismi klechatkada joylashgan bo'ladi. 40-45% bemorlarda kuzatiladi);



25-rasm. Paraproktitlarni turlari . 1 – ichki sfinkter, 2 – tashqi sfinkter, 3 – intrasfinkter abscess, 4 – ishiorektal abscess, 5 – perional teri osti abssessi, 6 – pelviorektal abscess

- Ekstrasfinkter (1-4 darajali murakkablikda, oqma kanali tos kletchatka bo'shliqlari orqali o'tadi va oraliq terisiga, sfinkterni aylanib o'tadi. 5-25% bemorlarda kuzatiladi).

Anatomik tuzilishiga ko'ra: To'liq (ikki yoki ko'proq teshiklarga ega: ichki – to'g'ri ichak devorida va tashqi – oraliq terisida) (25,26,27-rasmlar);



26-rasm. To'g'ri ichakning to'liq oqmalari.

To'liq bo'lmagan (to'g'ri ichak devorida bitta teshikka ega bo'ladi, para- rektal kletchatkada yopiq holda tugaydi); Tashqi; Ichki.



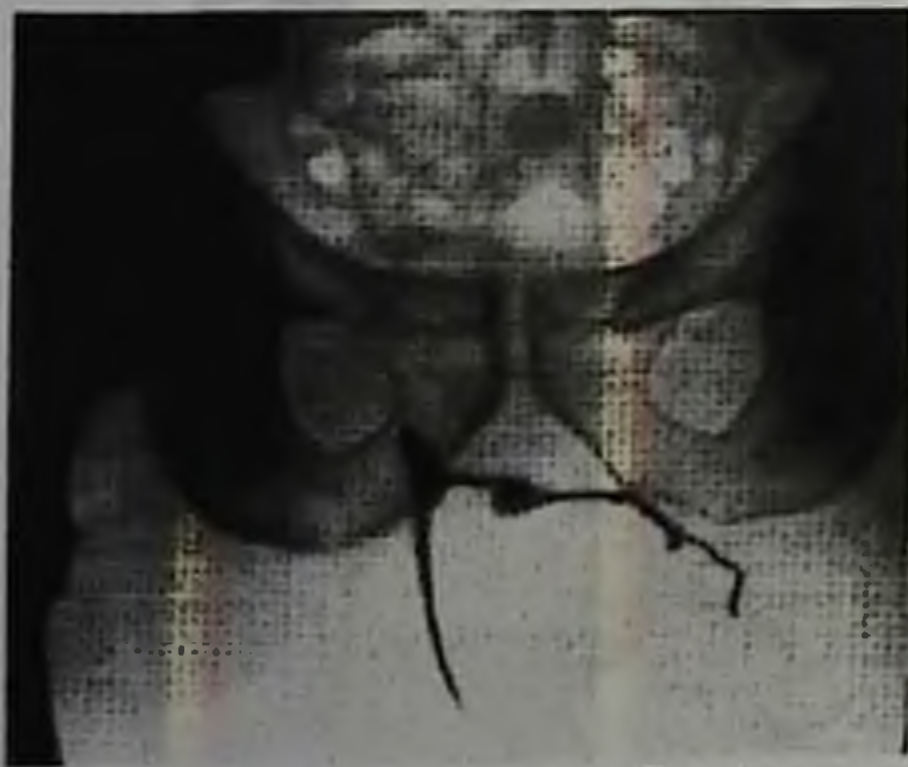
27-rasm. To'g'ri ichakning to'liq oqmasi. To'g'ri chak devorida ikkita ichki teshiklarga ega va tashqi – bitta teshik oraliq terisiga ochilagan, ikkinchi teshik qinga ochilgan. A – rektovaginal teshik.

O'tkir paraproktit klinikasi va diagnostikasi. Teri osti paraproktiti – kasallikning eng ko'p uchraydigan formasi (o'tkir paraproktit bilan bemorlarning 50-56% zida). O'tkir boshlanadi, oraliqda va orqa peshov sohasida o'tkir og'riq paydo bo'ladi va tez rivojlanadi. Bir vaqtning o'zida tana harorati ortadi, tunlari 38-39° gacha ko'tarilishi mumkin yoki subfebril bo'lishi mumkin. Og'riqlar yo'tal, kuchanganda va defekatsiyada kuchayadi. Oraliq terisi qizaradi, anusning radikal burmasi esa tekislanadi. Bu formasida diagnostika uchun vizual ko'rishning o'zi yetarli, to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish, rektomonoskopiya va rektal ko'zgular bilan tekshiruv o'tkazilmaydi. Lekin operatsiya vaqtida og'riqsizlantirilgandan so'ng, rektal ko'zgu va barmoq bilan tekshiruv o'tkazish mumkin. Ko'p hollarda bemorlar bu formani oyoqda o'tkazadilar va oqma yara yuzaga kelganda shifokorga murojaat qiladilar (28-rasm).



28-rasm. Yringli paraproktit natijasida yuzaga kelgan perianal sohaning oqma yarasi.

Shilliq osti paraproktiti kam uchraydi. Bu nisbatan yengil formasi. Subfebril temperatura va defekatsiya vaqtida, kuchayuvchi og'riqlar bilan kechadi. Ko'p xollarda yiringli shakllanma mustaqil ravishda to'g'ri ichak bo'shlig'iga yoniladi va tuzalish kuzatiladi. Diagnostika qiyin emas, bemor shikoyatlari va barmoq bilan tekshiruv ma'lumotlariga asoslanadi. O'tirg'ich -to'g'ri ichak paraproktiti (ishiorektal). Umumiy paraproktitlarning 35-40%ni tashkil etadi. O'tirg'ich -to'g'ri ichak paraproktiti ichak bo'shlig'ining infeksiyalanishi oqibatida yuzaga keladi. Orqa tomondan ja rayon dum-to'g'ri ichak bog'lamiga qadar tarqaladi, oldindan esa qov suyagiga qadar tarqaladi. O'ng va chap ishiorektal bo'shliqlar o'zaro birlashadi, shuning uchun taqasimon paraproktitlaryuzaga kelishi mumkin. Paraproktit joylashuvi va turini aniqlashda esa to'g'ri ma'lumotni fistulografiya orqali olish mumkin (29-rasm).



29-rasm. Taqasimon pararektal oqmalı bemor fistulogrammasi.

Bu kasallik odatda asta - sekin, 1 hafta davomida rivojlanadi. Og'riqlar asta - sekin yuzaga keladi, shuning uchun dastlab orqa chikruv teshigi atrofida noxushlik kuzatiladi. Boshlanishida umumiy

intoksikatsiya, temperatura, bo'shshish, apatiya yuzaga keladi. Oraliq sohasi o'zgarishsiz, ba'zida perianal soha assimetriyasi kuzatilishi mumkin. Albatta qo'l bilan tekshiruv va perianal soha chuqur tekshiruvi o'tkazilishi lozim. Qo'l bilan to'g'ri ichakni tekshiruv vaqtida, tishsimon chiziq yuqorisida infiltrat aniqlanadi. Kech xolatlarda, yiringni teri osti klechatkasiga tushganida teri giperemiyasi va u orqali infiltrat aniqlanadi.

Tos-to'g'ri ichak absessi (pelviorektal) paraproktitning og'ir va kam uchraydigan turi hisoblanadi. Yiringli o'choq yuqorida orqa peshovni ko'taruvchi mushaklar ustidagi klechatka bo'shlig'ida joylashadi. Uning yuqori chegarasi qorin pardaning Duglas bo'shlig'iga to'g'ri keladi, shuning uchun kichik tos bo'shlig'ida og'riqlar va qorin parda ta'sirlanish belgilari paydo bo'ladi. Ko'p xollarda bu yiringlar ishiorektal paraproktitlar yuzaga kelishi tufayli pastga tushadi. Tana harorati ko'tariladi, bosh og'rig'i yuzaga keladi, bo'g'imlarda og'riq, bachadonga, belga, siydik pufagiga irradiatsiya beruvchi, oraliq sohasida og'riq yuzaga keladi, og'riq defekatsiya vaqtida kuchayadi. Yiringli o'choqni xosil bo'lish vaqti 1 haftadan 3 haftagacha muddatni, ba'zida bir necha oylarni oladi.

Pelviorektal paraproktit diagnostikasi bemor shikoyatlari, to'g'ri ichakni tekshiruv ma'lumotlariga asoslanadi. Qo'l bilan tekshiruv o'tkazishgina to'g'ri diaqnoz quyishga yordam beradi. So'ngi yillarda diagnostika uchun suyuq kristallar (termografiya) qo'llanilmokda. O'tkir paraproktitning transabdominal, oraliq orqali, endorektal UZIsi, ultrasonografiya diagnostikasi ishlab chiqilgan. O'tkir paraproktit diagnostikasida ultrasonografiya xaqqoniyligi 86%ni, suzuvchanligi 89%, spetsifikligi 80% ni tashkil etadi.

O'tkir paraproktitni davolash diaqnoz qo'yilishi bilan operatsiya qilinadi. Operatsiya statsionarda, umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Operatsiya stolidagi xolat orqa

bilan yotilgan va oyoqlar ko'tarilib, tizzadan bukilgan xolatda, oyoq tirkagichga qo'yilgan xolatida.

O'tkir paroproktitda operatsiya radikalligi ikki momentda aniqlanadi:

Yiringli o'choqni adekvat ochish va drenajlash;

Yiringli o'choqni to'g'ri ichak bo'shlig'i bilan aloqada bo'layotgan ichki teshikni bartaraf etish.

O'tkir paraproktitda quyidagi operatsiyalar o'tkaziladi:

Yiringli bo'shliqni ochish va drenajlash;

Yiringli bo'shliqni ichak bo'shlig'iga ochish;

Yiringli bo'shliqni ichak bo'shlig'i orqali ochish (ko'p xolda shilliq osti paraproktitida).

Perianal va ishiorektal abssestda tegishli tomondan terining ellipssimon sohasi kesiladi (30-rasm).



30-rasm. Perianal va ishiorektal abssestda ochish.

So'ng skalpel uchi bilan abscess bo'shlig'i teshiladi. Jaroxatdan yiring paydo bo'lishi bilan, uning teshigiga korsang kiritiladi, teshik kengaytiriladi. Lozim bo'lsa, teri lateral yo'nalishda ham kesiladi. Bo'shliqqa qo'l barmog'i kiritiladi, barmoq bilan ichak devorlari paypaslanadi, nekrotik to'qimalar chiqarib tashlanadi. So'ng bo'shliqqa yumshoq drenaj, salfetka va vazelin bog'lam qo'yiladi.

Periproktal abssestda xirurgik davosi quyidagidan iborat:

Abssess bo'shlig'ini teri yoki shilliq ostiga keng ochish;

Abssess bo'shlig'ini o'tkir yallig'lanish va jaroxatning tubi granulyatsiya bilan to'lgunga qadar ochiq xolda ushlab turish.

Bemorni narkoz ostida, oraliqda o'tkaziladigan operatsiyalar holatidagi kabi joylashtiriladi. Abssessni eng ko'p do'mpayib turgan joyidan ochiladi.

Har qanday lokalizatsiyaga ega bo'lgan periproktal abssessni ochishda quyidagilarga intilish lozim:

a) Imkon qadar kesmani anal teshigi radiatsiyasiga nisbatan o'tkazish.

b) Jaroxat bo'shlig'ini yaxshi drenajlanishini ta'minlash maqsadida terida kesma emas elipssimon yoriq xosil qilish

Pelviorektal abssessni ochish bir muncha qiyinroq. Chap qo'lning ko'rsatkich barmog'i to'g'ri ichakka kiritiladi, abssessning joylashgan o'rni paypaslanadi, skalpel bilan perianal va ishiorektal bo'shliq tekshiriladi. Orqa chiqaruv teshigi ko'taruvchi mushak yuqori yo'nalishda teshib o'tilganda, abssess bo'shlig'iga tushiladi (31-rasm). Shundan so'ng skalpel o'miga o'tmas instrument kiritiladi va jaroxat kengaytiriladi, yiringni erkin oqib chiqishiga yo'l ochiladi. So'ng abssess bo'shlig'iga drenaj trubka qo'yiladi.



31-rasm. Pelviorektal abssessni ochish

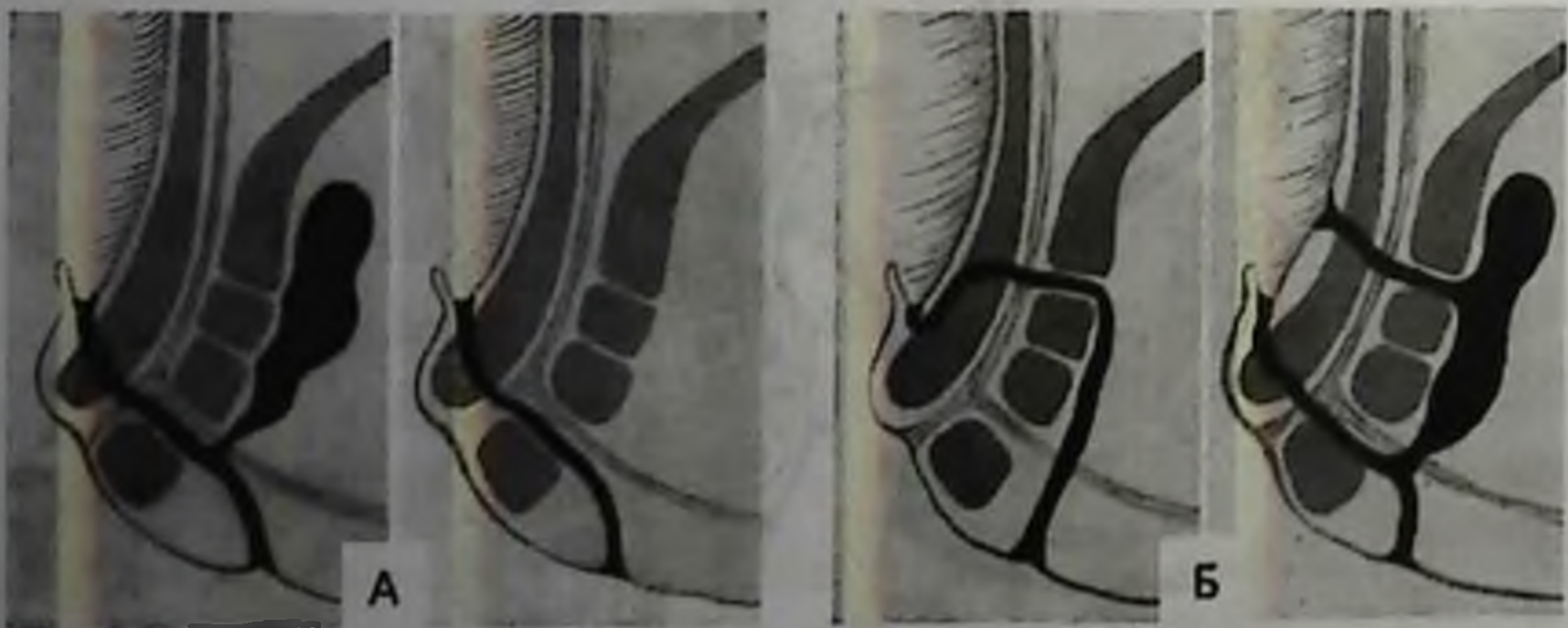
Shilliq parda osti absessi, to'g'ri ichak bo'shlig'i tomonidan ochiladi. Recamier bo'yicha sfinkter kengaytirilgach, rektal ko'zgu yoki operatsion anaskop kiritiladi va uning yordamida shilliq pardaning eng ko'p bo'rtgan joyi aniqlanib, uni uzunasiga yo'nalishda kesiladi, yiringdan tozalanadi va quruq qilib tamponlanadi.

Absess bo'shlig'iga kiritilgan drenajni operatsiyaning 3-4 kuni olib tashlanadi.

ANOREKTAL OQMADA OPERATSIYA

Har bir anorektal oqma bir yoki bir necha teri teshiklariga ega. Jara-yon rivojlanishi ichkaridan boshlanadi. Har bir oqma anorektal sathdan, anorektal chiziqdan, kripta tubidan boshlanadi (birlamchi teshik), u yerda teri va shilliq pardaga o'tadi (ikkilamchi teshik)

Bemorni oraliqda o'tkaziladigan operatsiya xolatidagi kabi xolatda operatsion stolga yotqiziladi. Mahalliy og'riqsizlantirish ostida sfinkter kengaytiriladi va anal kanaliga rektal ko'zgu kiritiladi. Shundan so'ng oqma kanalining yo'li va uning shoxlanishi, birlamchi va ikkilamchi teshiklarning lokalizatsiyasi aniqlanadi (32-rasm).



32-rasm. Anorektal oqmalar. a- yuzaki; b- chuqur.

Ikkilamchi teshikni topish qiyin emas, o'rab turgan to'qimalarga bosib, bir necha tomchi yiring chiqishi orqali uni aniqlab olish mumkin. Yuzada joylashgan oqma yo'lini qo'l bilan xis qilish mumkin.

Chuqurda joylashgan oqmani yo'li qaysi kriptaga borishini bilish uchun, tugmasimon zond orqali tekshiriladi. Agar oqma yo'li qiyshiq bo'lsa, uni tubini tekshirish qiyin bo'ladi.

Ba'zida birlamchi teshik shu darajada kichik bo'ladiki, uni aniqlash qiyin bo'ladi, buning uchun ikkilamchi teshikka ingichka kateter kiritiladi va bir necha ml metil ko'ki yuboriladi, ko'piklangan sinka kriptada paydo bo'ladi. Fistulografiya kam xollarda qo'llaniladi.

Birlamchi teshiktopilgach, unga egilgan tugmachasimon zond kiritiladi va uning uchi ikkinchi teshikdan chiqariladi (Rasm a). So'ng to'g'ri ichakka kiritilgan qo'l bilan puborektal mushak oqmaning ostida yoki ustidaekanligitekshiribko'riladi. Puborektal etdor mushakning cho'ltog'ini anorektal choki ustidan, orqa tomondan paypaslab ko'rish mumkin.

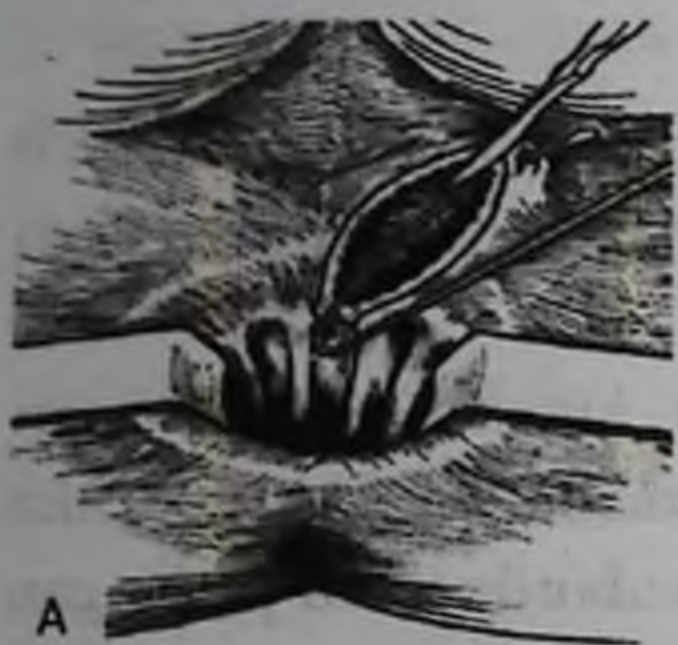
Agar puborektal mushak oqma yo'lidan tashqarida bo'lsa, xech qanday harakatsiz, oqmani uning yo'nalishi bo'yicha kesish mumkin.

Oqmaning ko'p uchraydigan oldingi turida, kiritilgan zond yo'nalishi bo'yicha oqmani kesish mumkin. Shu usul bilan olingan yon va orqa jomlarni yiring yaxshi oqib chiqishi uchun, qaychi bilan teri kesiladi (Rasm b). Jaroxat yuzasini o'tkir qoshiqcha bilan qirib tozalanadi. Jaroxat yuzasiga vazelin surtilgan marlya qo'yiladi va u 2-3 kundan so'ng birinchi axlat bilan chiqib ketadi.

Ba'zida oqma yo'li teridan tashqariga emas, shilliq parda tomonga ketgan bo'lishi ham mumkin. Bu xolda shilliq osti abssessi ham ochiladi.

Anoderma retraksiyasi va qon ketish extimolini hisobga oligan

xolda, shilliq parda jaroxat chetlarini uning asosiga tikib chiqiladi. (33,34-rasm).



33-rasm. Oldingi anorektal oqmani ochish. a – tugmasimon zondni ikkinchi teshikka o'tkazish va tugmasimon zond bo'ylab oqmani ochish; b - jaroxatda joylashgan teri qaychi bilan kesiladi.



34-rasm. Oldingi to'g'ri anorektal oqmani ochish. Shilliq qavat chetlari uning asosiga ketgut choklar yordamida tikiladi.

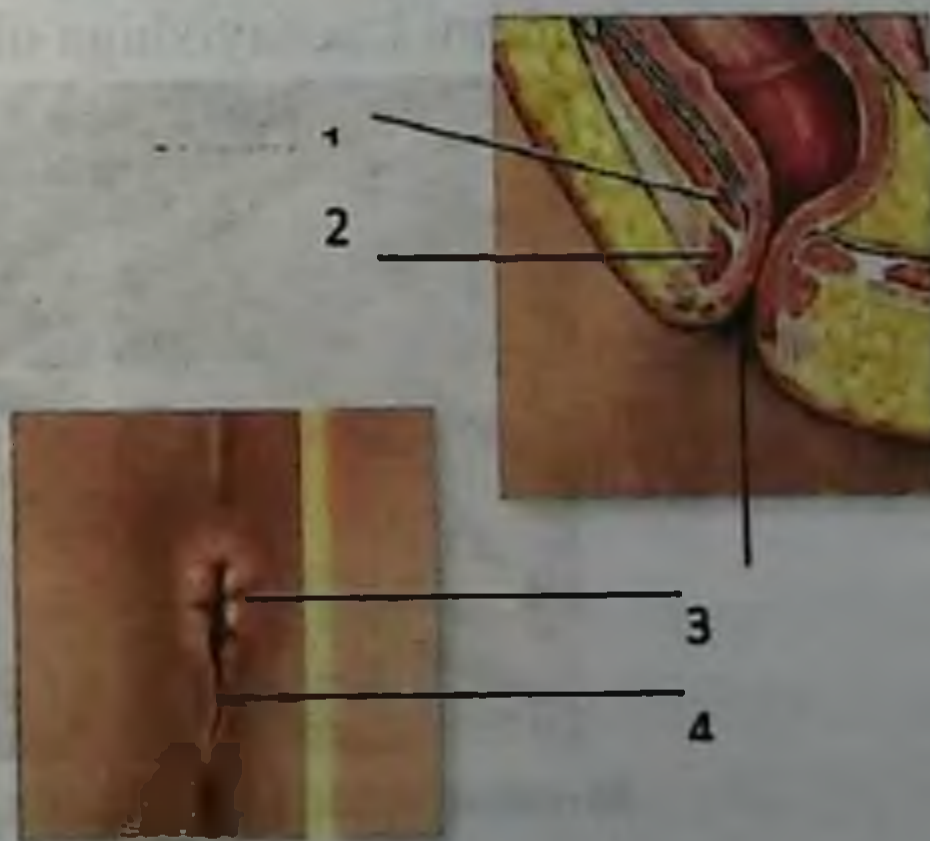
ANAL YORIQLAR

Anal yoriq (orqa chiqaruv teshigi yorilishi fissura ani) – ko‘p uchraydigan proktologik kasallik xisoblanib, alohida mustaqil nazologik formaga ega. Orqa chiqaruv teshigi yorig‘i to‘g‘ri ichak devorining yorilishi bo‘lib, chiqaruv orqa kanalning teri qismigacha davom etadi. Yoriq uzunligi 1-1,5 sm, kengligi 0,2-0,5 sm, chuqurligi 0,1-0,2 sm (Rasm).

Anal yorig‘ining anotomik substrati bo‘lib, ko‘ndalangiga yo‘nalgan kuchli og‘riqli yara, anal sfinkterining kuchli spazmi va defekatsiya vaqtida oz - ozdan qon ketish tipik klinik triada hisoblanadi.

Yoriq odatda bitta bo‘lib, orqa komissurada bo‘ladi. Kamdan - kam holatlarda, bir - biriga qarama - qarshi turgan ikkita yoriq bo‘ladi.

Etiologiya va patogenezi. Yoriqlarning aniq sababi ma‘lum emas. Ular odatda orqa peshovni qattiq qoziq bilan travmasi natijasida so‘ng, uning infeksiyalanishi oqibatida yuzaga keladi. Yorilish ich qotish vaqtida qattiq kuchangan vaqtda, og‘ir yuk ko‘targan vaqtda, ayollarda tug‘ruq vaqtida yuzaga keladi(35-rasm).



35-rasm. Anal yorig‘i. 1 – ichki anal sfinkter, 2 - tashqi anal sfinkter, 3 – anus, 4 – anal yorig‘i.

Kasallikning yuzaga kelishini kuchaytiruvchi faktor gemorroiy vayallig'lanish protsesslaridir. Chin yoriq – orqa peshovning travmasi natijasida, sfinkter spazmi va kuchli og'riq sindromi bilan kechuvchi xolatdir. U boshqa xolatlardan farqli ravishda faqat 6 va 12 soatlarda yuzaga keladi.

Klinikasi. Kasallikning 2 ta mustaqil shakli farqlanadi: o'tkir yoriq va surunkali yoriq (trofik yara).

O'tkir yoriq. O'tkir yoriqlar chaqaloqlarda ham bo'lishi mumkin. Klinik ko'rinishi yorqin bo'ladi. Birinchi o'rinda defekatsiya aktidan so'ng darhol yuzaga keluvchi va 2-3 soat davom etuvchi og'riq sindromi turadi. Og'riq kuchidan bemor o'zini boshqara olmaydi, ishlay olmaydi.

Yoriqning boshqa xarakterali belgisi – sfinkter spazmi. U og'riqni kuchaytiradi, uni impulsiv xolga o'tkazadi. Bemorda defekatsiya oldidan qo'rquv yuzaga keladi. Bu bemorni defekatsiyani ortga surish yoki ichni suruvchi moddalar ishiga majbur qiladi. Lekin ichni suruvchi moddalarni qabul qilish, suyuq axlatning donachalarini yoriq ichiga kirib qolishiga olib keladi va bu nerv oxirlarining ta'sirlanishni kuchayishiga olib keladi (36-rasm).



36-rasm. Anorektal yoriqning ko'rinishi.

Yoriqdan qon ketish oz miqdorda bo'ladi (qon tomchisi

ko'rinishida axlat yuzasida). Surunkali yoriq (trofik yara). Surunkali yoriqda og'riq hissi kam bo'ladi. U defekatsiya vaqtidan so'ng bir necha minut bo'ladi va kuchanganda diyetabuzilganda kuchayadi. Sfinkter spazmi ham kuchli emas. Defekatsiyada axlat yuzasida qon tomchisi aniqlanadi. Trofik yoriqning xarakterli belgisi orqa peshovning tolali qismi biriktiruvchi to'qima bilan almashinishidir, uzoq vaqt davom etish oqibatida bu xolat sfinkterni bo'shashiga olib keladi. Surunkali yoriq ba'zida oqma yalaraga aylanishi mumkin. Orqa peshov sohasida yiringli ajralmalar, kichishish paydo bo'ladi. Surunkali yoriq uchun boshqa trofik yaralar kabi sikllik xarakterli. Ular xuddi bitib ketganga o'xshaydi. Lekin dijeta buzilishi bilanoq, defekatsiya vaqtida kuchanish bilanoq yana ochiladi. Bunday yoriqlar ko'p xollarda jarrohlik yordamini talab etadi.

Yoriqning infeksiyalanishi oqibatida anal qichishish va pararektal abscess yuzaga keladi. Abscess orqa chiqaruv kanaliga yorilgach to'g'ri ichakning to'liq bo'lmagan ichki oqmasi shakllanadi. Oqma xosil bo'lgach, og'riq odatda kamayadi, lekin namlanish va qichishish paydo bo'ladi.

Diagnoz. Diagnoz qo'yish qiynchilik tug'dirmaydi. Bemor ginekologik kresloda tekshiriladi. Dumbalar kerilgach yoriq osongina ko'rinadi. Orqa chiqaruv teshigi kerilsa, u qonay boshlaydi. Lekin sfinkter spazmi tufayli, butun yoriqni ko'rish imkoni bo'lmaydi. Shu sabab qo'l bilan tekshirish va rektomonoskopiya qilish imkoni ham bo'lmaydi.

Surunkali yorig'i bo'lgan bemorni tekshirish og'riqsizlantirish talab etmaydi, tashqi ko'ruv vaqtida, orqa peshovda uzunligi 1,5-2 sm, kengligi 0,5- 1 sm, chetlari chandiqli defekt aniqlanadi. Yara tubi chandiqli o'zgargan, ko'p hollarda kulrang qoplama bilan qoplangan. Yoriqning yuqori qismida ko'pincha gipertrofiyalangan so'rg'ich ko'rinishida bo'rtiqcha aniqlanadi va uni adashib anal polip deb

baholanishi mumkin. Surunkali jarayon oqibatida yoriq uchlarida teri bo'rtmasi yuzaga keladi.

To'g'ri ichakni proktologik tekshiruvdan tashqari endoskopik va rentgenologik tekshiruvini o'tkazish lozim. Yoriq orqa chiqaruv kanali yoki to'g'ri ichak rakining va sifilitik yaraning dastlabki belgisi bo'lishi mumkin.

Davolash. *O'tkir yoriqni davolash.* O'tkir yoriq konservativ davolash natijasida tezda va yaxshi bitadi. Konservativ davolashga quyidagilar kiradi: a) vannalar, grelkalar va boshqa iliq muolajalar;

b) fizioterapevtik muolajalar - mahalliy darsonvalizatsiya, UVCH toklari, diatermiya va boshqalar;

v) mahalliy va umumiy og'riq qoldiruvchilar va spazmga qarshi vositalar, uyqu terapiyasi;

g) kumush azoti bilan kuydirish, yod eritmasi bilan kuydirish, karbol kislota bilan kuydirish va boshqalar;

d) prisipkalar, mazlar, turli tarkibga ega bo'lgan shamchalar;

e) dezinfeksiyalovchi, antiseptiklar, qon to'xtatuvchi va burishtiruvchi vositalar bilan klizmalar, sovunli, yog'li, glitserinli klizmalar;

j) stulni diyeta orqali regulyatsiya qilish.

Aktiv nooperativ davolash usullari: a) yog'li anestetik vositalar ineksiyasi;

b) novokain-spirtli blokada; v) xinin-mochevina ineksiyasi;

g) sfinkterni zo'rlik bilan kengaytirish.

Avvalo diyetaga rioya qilish lozim. Ovqat tarkibidan achchiq, nordon, sho'r va alkogol ichimliklar chiqarib tashlanadi. Ovqat tarkibida o'simlik klechatkasi bo'lgan maxsulotlar minimal darajada kamaytiriladi. Oqsilli ovqat: tvorog, tuhum, qaynatilgan go'sht, sho'rvalar suvi, oq non, olmalar buyuriladi. 2 hafta davomida bemor tozalovchi klizma yordamida axlat qilishi lozim. Ko'p

xollarda bemorlar tozalovchi klizmani surgilari dori ichish bilan almashtirmoqchi bo'ladilar. Aslida aynan tozalovchi klizma o'tkir yoriqning asosiy davosi hisoblanadi. Surgilari dorilarni qabul qilish tavsiya etilmaydi, ular ta'sirlanish va og'riqni kuchaytiradi. Bemorlarni sfinkter spazmi va og'riqni hisobga olgan holda to'g'ri klizma qilishga o'rgatish kerak. Defekatsiya vaqtida kuchanish oqibatida retsiv yuzaga kelishi oldini olish choralarini ko'rish lozim. Dastavval diyetani o'zgartirish kerak. Endi o'simlik klechatkasi tutgan ovqatlar tavsiya etiladi. Ichni yumshatish maqsadida tungi, quyidagi ovqatlar tavsiya etiladi: 3 ta qaynatilgan va kirg'ichdan o'tkazilgan 1 qoshiq o'simlik yog'i qo'shilgan qizilcha, 2 ta olma yeyish yoki 1 kunlik qatiq ichish mumkin. Bulyon o'miga sabzavot sho'rvalari tavsiya etiladi. Ertalab naxorga 6-8 dona quritilgan olxo'rining suvda ivitilganini yeyish tavsiya qilinadi. Tunda yotishdan oldin 1 qoshiq suyuq vazelin ichish buyuriladi. Ichni suradigan moddalar (ayniqsa tuzli surgilar) berilmaydi. Bu yoriqni qaytalanishiga olib keladi.

Agar konservativ muolajalar yordam bermasa, operativ usul (sfinkterni kengaytirish, qisman orqa sfinkterektomiyasi) qo'llaniladi.

O'tkir retsivlanuvchi yoriqlar operativ aralashuvni talab etadi.

Surunkali yoriqni davolash. Surunkali yoriqda yuzaga keladigan patologik o'zgarishlarni konservativ davolab bo'lmaydi.

Kuzatishlardan ma'lum bo'lishicha, surunkali yoriqni konservativ davolash tuzalganlik hissini beradi xolos. Amalda esa chandiq ostida nuqtali yo'llar qoladi va ular keyinchalik oqmaga olib keladi.

Shuning uchun ham surunkali yoriqlarni operativ davolash lozim. Hozirgi vaqtda transanal sfinkter ektomiya qo'llanilmaydi, faqat lateral teri osti sfinkter ektomiyasi qo'llaniladi. Shu vaqtga

ham qadar ko'plab tajribali proktologlar tomonidan klassik transanal metodika muvaffaqiyatli qo'llanib kelinmoqda. Bu katta bo'lmagan to'g'ri amalga oshiriluvchi aralashuv, hozir butun dunyoda qabul qilingan va keyinchalik anal jomning faoliyatiga salbiy ta'sir qilmaydi. Teri osti transanal yoki yonbosh sfinkterektomiya – jom spazmini bartaraf etadi. Operatsiya oddiy(37-rasm).



37-rasm. Gipertrofik anal so'rg'ichli anal yoriqni kesish.

Transanal metodda to'g'ri ichakka rektal ko'zgu kiritiladi va bir oz kengaytiriladi. Yoriqni o'zgargan joyidan oval kesma qilib kesiladi. Shundan so'ng jaroxat chetlari umumiy chuqurligi 1 smgacha yetkaziladi. Operatsiyaning bu muhim qismini bajarishda chuqurlik ko'z bilan chamalanadi. Ikkinchi metodika yonbosh (lateral) sfinkterektomiya. Lateral sfinkterektomiyada skalpelning o'tkir uchun siferblat bo'yicha 3 soatga anus chetidan taxminan 1,5 sm kiritiladi.

Skalpel chiqarib olingach tashqi jaroxatga 1-2 ta ketgut choklar qo'yiladi. Ichakka suvda eruvchi maz (levosin, levomikol) shimdirilgan trunda qo'yiladi. Deyarli hamma joylarda xozir bu operatsiyani ambulator sharoitda bajaryapdilar. Ba'zi holatlarda surunkali yoriqda uni kesish va tikish mumkin. Operatsiyadan keyingi birinchi xojat surgi va klizma orqali keltiriladi. Keyingi bir

necha kunlar davomida vannochkalar va og'riq qoldiruvchi antiseptik shamchalar buyuriladi. Kontrol ko'ruv 1 oydan so'ng o'tkaziladi. Gaz ushlay olmaslikka shikoyat bo'lsa, sfinkter gimnastikasi buyuriladi. Oxirgi xorijiy ma'lumotlariga ko'ra, anusni qo'l dilyatatsiyasidan so'ng, yoriq retsidivlari 10% dan 30 % gacha kuzatiladi. Sfinkterektomiyadan so'ng esa 0-15% gacha (o'rtacha 3%) ni tashkil etadi.

TO'G'RI ICHAKNI CHIQIB QOLISHI

To'g'ri ichakni chiqib qolishi – to'g'ri ichakni orqa chiqaruv teshigi orqali ag'darilib chiqib qolishidir. To'g'ri ichakni chiqib qolishi to'g'ri ichak kasalliklari orasida 9-10% ni tashkil etadi (38,39-rasm).



38-rasm. To'g'ri ichakni chiqib qolishi.



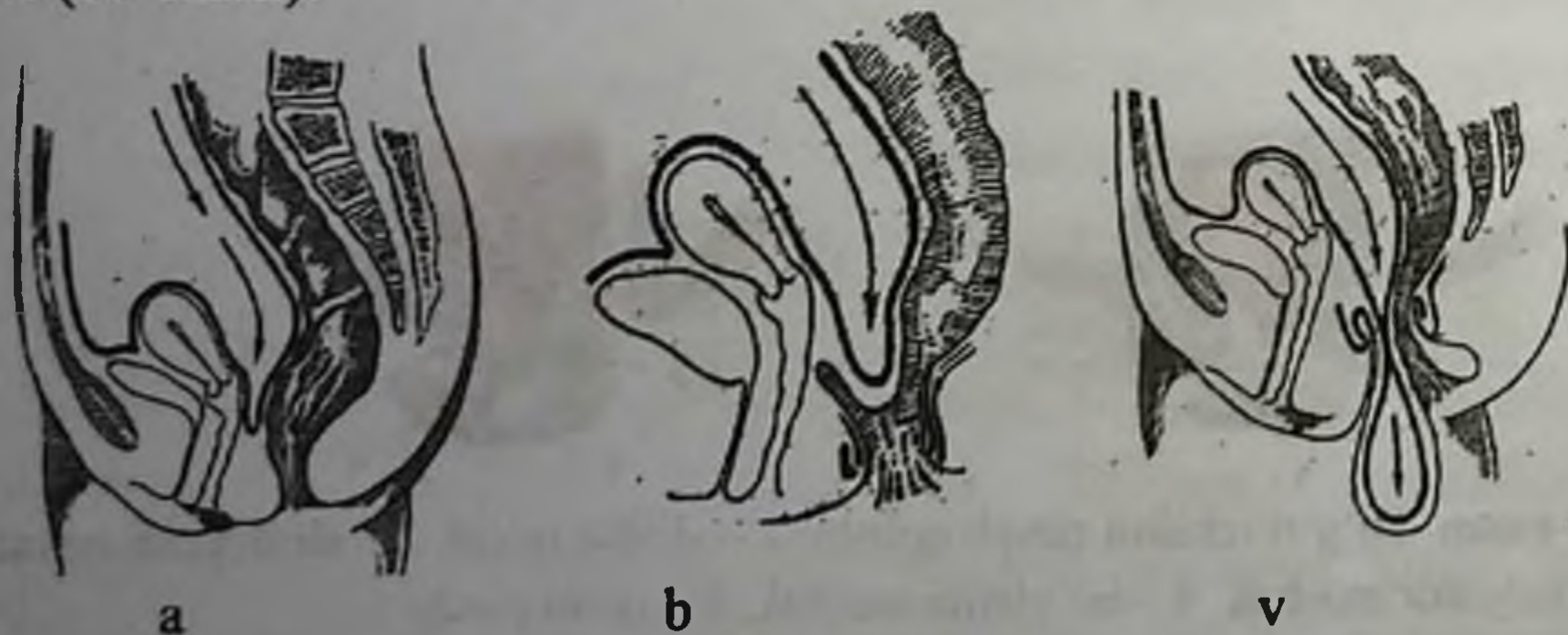
39-rasm. To'g'ri ichakni chiqib qolishi. 1 – shilliq qavat, 2 – shilliq osti qavati, 3 - sirkulyator mushak, 4 – bo'ylama mushak, 5 – qorin parda

- Etiologik faktorlarni ikki guruhga bo'lish mumkin:
- Bilvosita faktorlar:

- To'g'ri ichak tuzilishining anatomik xususiyatlari;
- Fiksatsiyalovchi apparatning anatomik o'ziga xosligi; Tosning anatomik o'ziga xosligi;
- Qorin devori pressi va tos mushaklari tonusini pasayib ketishi;
- Orqa chiqaruv teshigining ichki va tashqi sfinkteri bo'shlig'i;
- O'ta darajada ozib ketishda;
- Nasliy faktor;
- Turli kasalliklar (infeksion kasalliklar, avitaminoz, MNS kasalliklari);
- Rivojlanishning tug'ma nuqsonlari .
- Bevosita faktorlar:
- Og'ir jismoniy mehnatda;
- Og'ir yuk ko'tarish vaqtida;
- Defekatsiyada kuchli kuchangan vaqtda;
- Nafas yo'llari kasalliklari;
- Tos va qorin travmasida;

Ovqat hazm qilish organlarining o'tkir va surunkali kasalliklarida.

Asta - sekin kuchayib boruvchi chiqib qolish, turli xilda kechishi mumkin. Levatorlarning bo'shashib ketishi va uzayib ketishida ichakning anal qismi chiqib qoladi, tashqi anal voronka teskari formaga kirib qoladi. U ichkariga emas tashqariga qayrilib qolgan bo'ladi (39-rasm).



39-rasm. To'g'ri ichak tos qismi chiqib qolishi etaplarning ketma-ketligi (a, b, v). Strelka bilan qorin bosimi ortishiga monand ravishda harakat ko'rsatilgan.

Agar kasallik oraliq churrasi xolatida rivojlansa, dastlab qorin bo'shlig'i bosimini ortishi natijasida to'g'ri ichakning oldingi devori eziladi. U o'z ortidan qolgan devorlarini ham tortadi va to'g'ri ichak umumiy silindr xolida chiqib qoladi. Bunda to'g'ri ichakning yuqori qismi titilib ketgan levatorlar orasidan chiqib qoladi. Ichakning anal qismi o'z joyida qoladi.

Ichak chiqib qolishining uchinchi mexanizmi ham bo'lishi mumkin. Ichakning butun qismi emas, shilliq qavati chiqib qolishi. Ta'sir qiluvchi omilning kuchayishi oqibatida ichakning boshqa qavatlar ham chiqib qoladi (40-rasm).



40-rasm. To'g'ri ichak tos qismini chiqib qolishi sxemasi. a – to'g'ri ichakning chiqib qolishi mumkin bo'lgan qismida sirkulyar egat paydo bo'ladi, b –shilliq qavati to'g'ridan - to'g'ri teriga o'tib ketadi.

To'g'ri ichak chiqib qolishining xilma - xil klassifikatsiyasi taklif etilgan. To'g'ri ichak chiqib qolishini bir necha forma va darajalari farqlanadi. Chiqib qolgan qismga ko'ra 4 ta gurux mavjud: prolapsus recti – to'g'ri ichakning chiqib qolishi;

prolapsus ani et recti – orqa chiqaruv teshigi va to'g'ri ichakni chiqib qolishi; prolapsus coli invaginati – yo'g'on ichakning qismlari bilan birga chiqib qolish. Chiqib qolgan qismining uzun qisqaligiga ko'ra 3 guruhga bo'linadi: uzun bo'lmagan 5 sm gacha, o'rta darajada 6 sm dan -10 sm gacha va og'ir daraja - uzunligi 10 sm dan ortiq (41-

rasm).

Bundan tashqari to'g'ri ichak chiqib qolishining 3 ta darajasi farqlanadi:

1. I daraja – ichak faqat defekatsiya vaqtida chiqib qoladi, so'ng ichak mustaqil ravishda ichkariga kirib ketadi;
2. daraja – ichak jismoniy mehnat vaqtida chiqib qoladi va bemorlarni o'zlari qo'li bilan kirgizib olishlari mumkin.
3. daraja – bemor ozgina jismoniy harakat qilganda, yurganda, vertikal holatda turganida chiqib qoladi. Ichak joyiga kiritilgandan so'ng, yana tezda chiqib qolishi kuzatiladi.



41-rasm. 10 smdan ortiq to'g'ri ichakni chiqib qolishi.

Ba'zan chiqib qolgan to'g'ri ichakni ortki tomonida ingichka ichak yoki ichak tutqichlari ham bo'lishi mumkin. Og'iz orqali kontrast moddani ichilib rentgen qilingach, rentgenogrammada ingichka ichakni ko'rish mumkin. Diagnostika qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemor o'zi shikoyat bilan keladi. Vrachga ichak chiqib qolishi klinikasini beruvchi boshqa kasalliklar bor yoki yo'qligini aniqlash qoladi xolos. Bu kasalliklarga kattalashgan ichki gemorroidal tugunlarni chiqib qolishi, to'g'ri ichak polipini chiqib qolish, yomon sifatli o'sma tugunlarini chiqib qolishi kiradi.

Dastlab bemor orqa chiqaruv sohasi orqaga yotgan xolda oyoqlarni tizzadan bukib tekshiriladi. So'ng to'g'ri ichakni qo'l va rektal ko'zgu, rektoskop orqali tekshiriladi. Va niyaxoyat vrach bemorni qorin pressi ortgan vaqtda defekatsiya xolatida xojatxonada ko'rishi lozim.

To'g'ri ichak chiqib qolishini 3 xil usulda davolash mumkin: konservativ, sklerozlovchi inyeksiyalar qilish orqali, jarrohlik muolajasi orqali. Konservativ davo foyda bermaydi.

Inyeksion metod bolalarda samarali foyda beradi, uni katta yoshdagi odamlarga qo'llash tavsiya etilmaydi.

Jarrohlik usullaridan ko'p turlari taklif etilgan. Ularni barchasini 5 katta guruhga birlashtirish mumkin:

Orqa peshovni toraytirishga qaratilgan operatsiyalar.

Tos tubida va qorin parda ichida, qorin parda tashqarisida olib boriladigan operatsiyalar. To'g'ri ichak yoki sigmasimon ichak rezeksiyalari – oraliq, qorinparda ichi, qorin parda-anal.

Rekto- va kolopeksiya – to'g'ri yoki sigmasimon ichakni atrofdagi to'qima va organlarga fiksatsiya qilish. Kombinatsiyalagan operatsiyalar.

Birinchi guruhga kiruvchi operatsiyalarning 40 dan ortiq modifikatsiyalari mavjud. 1891 yilda Thiersch orqa chiqaruv teshigi atrofida teri osti klechatkasidan ikkita kesma ochib, sim o'tkazib ularni halqa shaklida birlashtirish va kesmani tikishni taklif qildi. O'tgan yuz yillik davr mobaynida bu metod keng tarqaldi. Alloplastik materiallardan ingichka kumush halqacha, yo'g'on ipak ip (Platt), rezina laxtak (Deblet), rezina trubka, kapron, lavsan va boshqa materiallar ishlatildi. Getero- va gomoplastik materiallardan ketgut iplari (Winckler), kiyikning paylari, murdalardan olingan fassial va paylar bo'laklari (N.N.Petrov) qo'llaniladi. Autoplastik material sifatida sonning keng fassiyasi, yuzaki mushakning payi, kaft aponev- rozi (m.palmaris longus), grija qopchasi (Winckler), suyak usti pardasi (Henschen), teri, qon tomir (Brun), kindik tizimchasi (N.V.Martinov) va boshqalar qo'llab ko'rildi.

1) *Ikkinchi guruh operatsiyalariga* – oraliq orqali kesib orqa va oldingi tomondan garmoshkasimon choklar, shuningdek vertikal va gorizontaal yo'nalishlarda cho'ntaklar xosil qilish operatsiyalari kiradi. Ichak bo'shlig'i torayadi va devori zichlashadi. Agar choklar levatorlarni va boshqa o'rab tu- ruvchi to'qimalarni ham qamrab olsa operatsiya natijasi muvaffaqiyatli chiqadi.

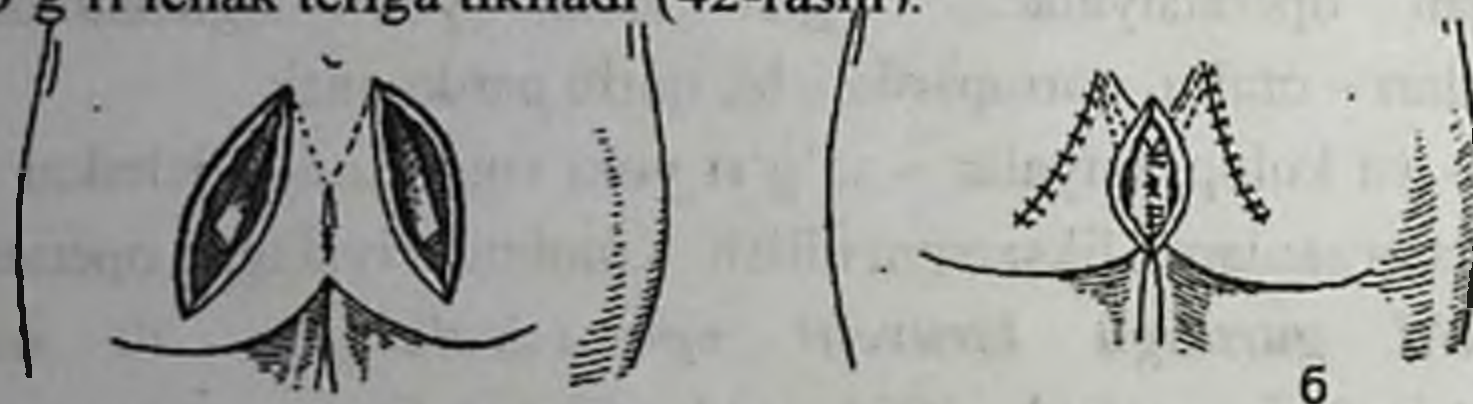
2) 1910 yilda A.O.Sastrov muvaffaqiyat bilan operatsiya texnikasi ishlab chiqdi. Keyinroq operatsiya texnikasi soddalashtirildi:

3) Birinchi aylana kesma bilan to'g'ri ichak mustaxkamlanadi va uning pastki qismi orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi mushaklarga qadar mobilizatsiya qilinadi.

4) Ikkinchi to'g'ri kesma katta dumba mushagi cheti bo'ylab o'tkaziladi va uning mushak loskuti ajratib olinadi.

5) Ichki jaroxat orasida teri pasti tuneli xosil qilinadi va undan mushak loskut o'tkaziladi.

6) To'g'ri ichak teriga tikiladi (42-rasm).



a

6

42-rasm. A.Sastrov operatsiyasi. Sfinkteming mushak plastikasi. a – dumba mushaklaridan loskut ajratib olish; b – loskutlarni sfinkter atrofida mustaxkamlash.

1928 yilda I.L.Fayerman sonning nozik mushagini to'g'ri ichak sfinkteri yasash uchun ishlatdi. Operatsiya texnikasi. Son bo'ylab nozik mushakni ajratib olish uchun kesma qilinadi. Mushakni o'rtasiga qadar ajratiladi (nerv va tomirlar saqlab qolinadi) (43-rasm).



a

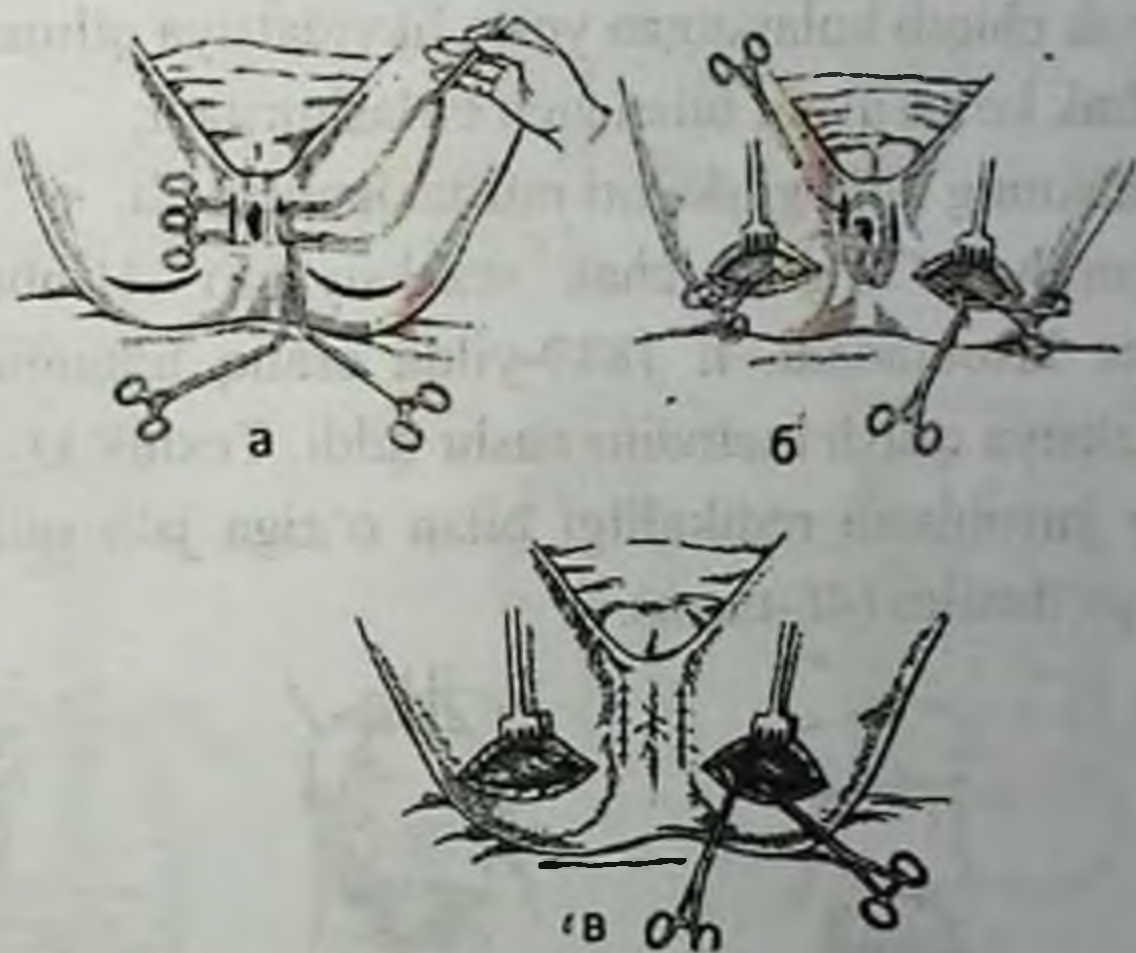
b

6

43-rasm. I.L.Fayerman operatsiyasi. a – sonning nozik mushagidan markaziy oyoqchasi bilan tasma ajratib olingan; b- nozik mushak payi to- nel orqali jaroxatga olib o'tiladi; v – to'g'ri ichakning anal qismi ajratilgan mushakning periferik kesmasini ichak atrofida aylantiriladi.

Ikkinchi kesma oraliqda (2-3 sm orqa peshovdan) qilinadi. Uchinchi kesma orqa peshov yaqinida qarama - qarshi tomondan qilinadi. To'g'ri ichak atrofida dumalok tonel xosil qilinadi va uning atrofidan sonning nozik mushagi payi olib o'tiladi. Butun jaroxat yuzasi choklanadi.

R.R.Vreden (1928) sfinkter xosil qilish, yangi usul ishlab chikdi, u sonidan olingan ikkita fassial tasma cho'ltoq holida to'g'ri ichak atrofidan o'tkazib, uchlarini katta dumba mushaklariga birlashtirdi (44-rasm).



44-rasm. R.R.Vreden operatsiyasi sxemasi: a – fassial tasma olib o'tiluvchi vertikal kesmalar; b – fassial tasmalar dumba kesmasiga olib kelinadi; v – tasmalar dumba mushaklarining chetiga tikilgan.

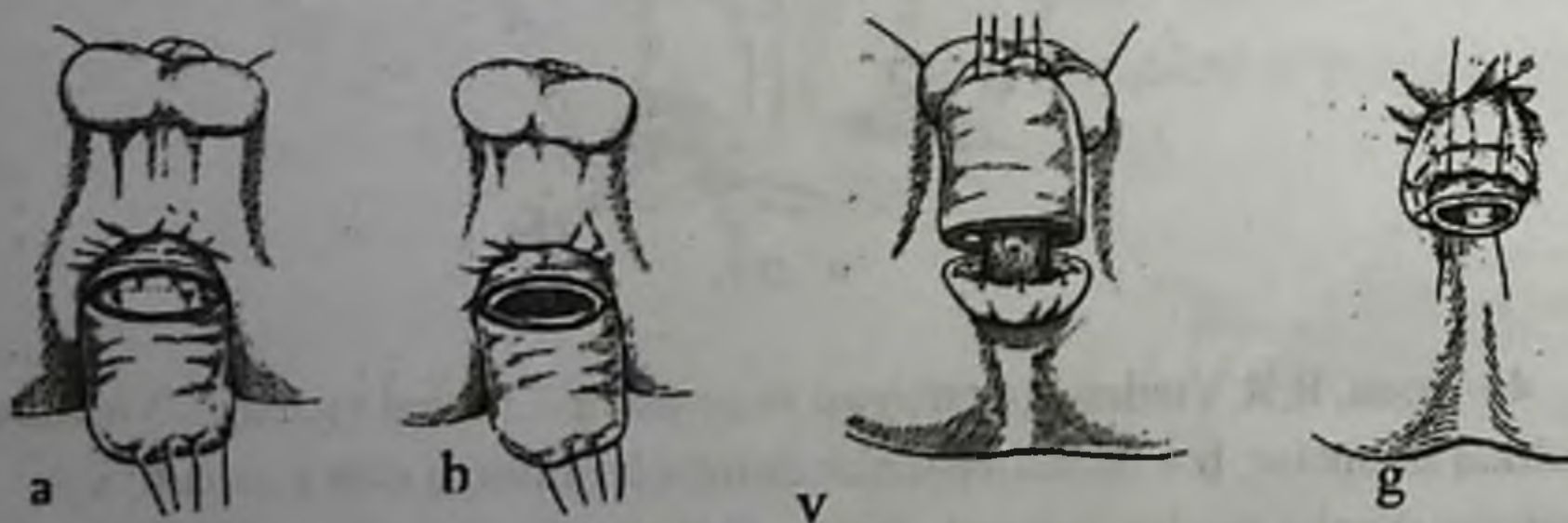


45-rasm. Braytsev operatsiyasi. Ichakning oldingi devori va orqa chiqaruv teshigini ko'taruvchi mushaklar chetlarini birlashtirish uchun ko'ndalang choklar qo'yilishi.

Braytsev V.R. anatomik kuzatuvlar natijalariga ko'ra, o'zining metodini ishlab chikdi. Braytsev V.R. operatsiyasining mazmun - moxiyati oraliq markazini kesib, u yerga ichki choklar qo'yishdan iborat (45-rasm).

1. Natijada: 1) ko'richakning chetlari o'rta chiziq bo'ylab birlashtiriladi, ichak chiqib kolayotgan yoriq likvidatsiya qilinadi;
2. To'g'ri ichak ko'taruvchi bilan zich birlashtiriladi;
3. To'g'ri ichakning oldingi devori mustaxkamlanadi.

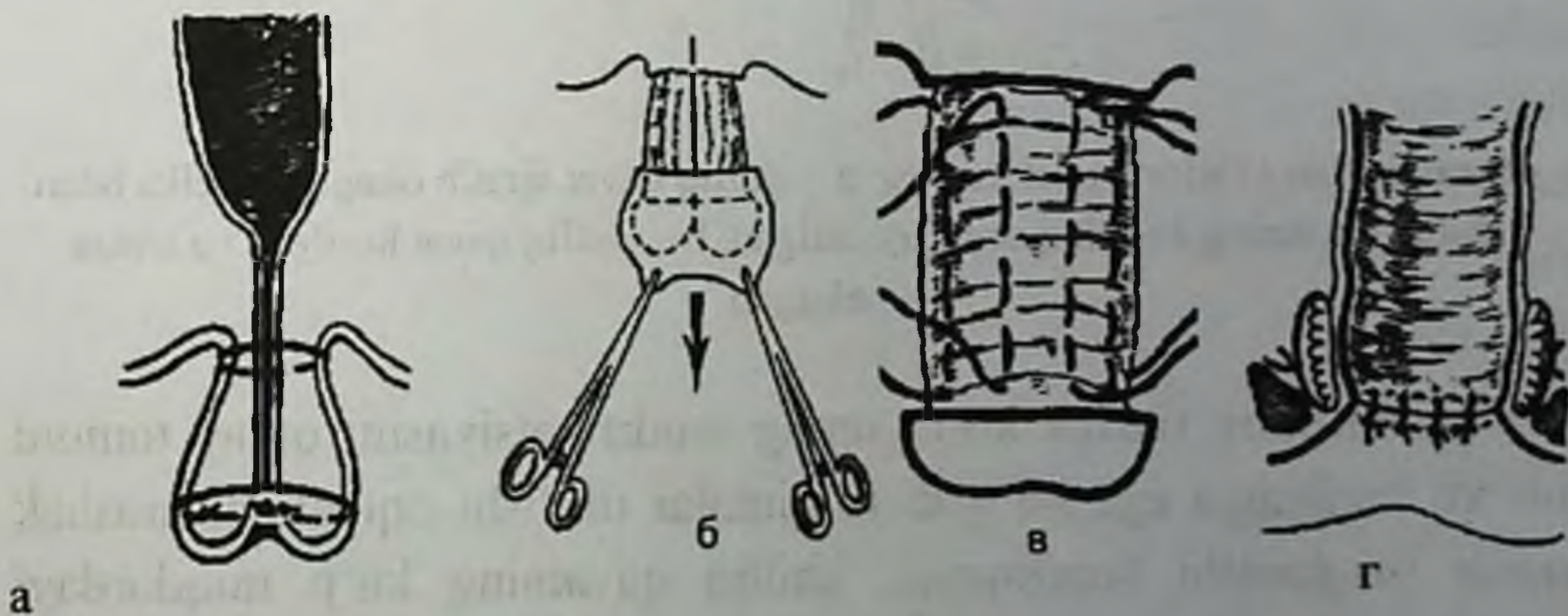
Uchinchi guruh – to'g'ri ichak rezeksiyalari. Ushbu metodni asoschisi Miculicz hisoblanadi, u 1889-yilda oraliq tomonidan chiqib qolgan ichakni rezeksiya qilish metodini nashr qildi. Texnik kiyinchiligiga qaramay, ko'plab jarrohlarni radikalligi bilan o'ziga jalb qildi va ko'p davlatlarda keng qo'llanildi (46-rasm).



46-rasm. Mikulich operatsiyasi. To'g'ri ichakning chiqib qolgan qismi rezeksiyasi. a – odingi tomondan tashqi silindr qorin pardaga qadar kesilgan; b - qorin bo'shlig'i seroz choklar bilan berkitilgan, so'ng ichak trubkasi oldingi tomondan ochilgan; v - chiqib qolgan qism yuqoriga tashlangan; har ikkala ichak trubalari orqa tomondan qisilgan va qavatma-qavat tikilgan; g - chiqib qolgan qism butunlay olib tashlangach, yakuniy choklar qo'yilgan, so'ng cho'ltoq'ni ichkariga kiritish kerak.

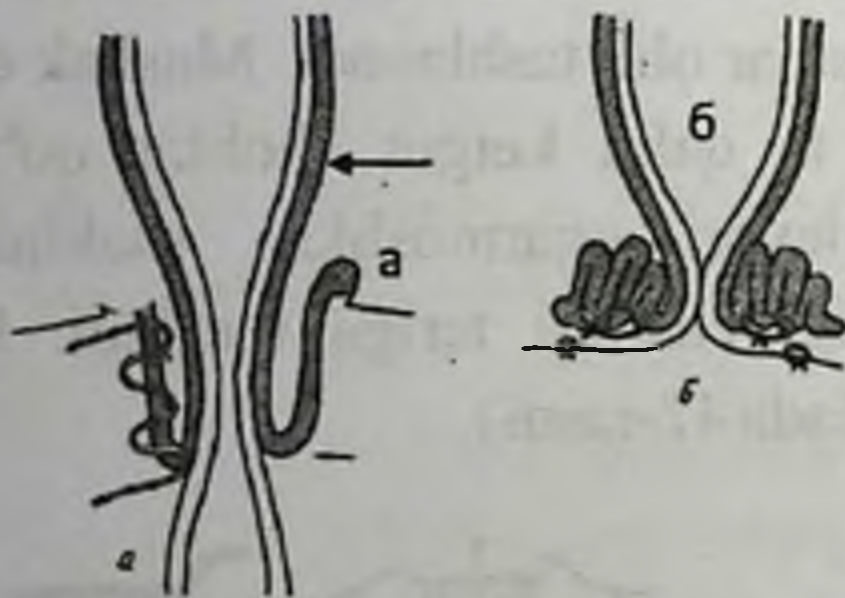
Tajriba ortib borgan sari, jarrohlr Mikulich operatsiyasidan qocha boshlashi sabab: operatsiyadan keyin yuzaga keladigan asoratlar edi - retsividlar, ichak torayishi, yiringlash, peritonitlar, o'lim.

So'nggi yillarda ichakni birlamchi rezeksiyasi qo'llanilmaydi. Bu operatsiyani o'tkazishga yagona ko'rsatma ichakning chiqib qolgan qismi nekrozidir. Bir qancha mualliflar tomonidan har - xil vaqtlarda deyarli bir xil operatsiya usullari taklif qilingan. Ularga Delorm, Pemberton-Stebins, Yuvarr, Ren, Bir va boshqalarning metodlari kiradi. Shilliq qavatni ikkita sirkulyar kesmada silindr shaklida chiqib qolgan qismiga qadar olib tashlanadi. Mushak qavatiga bo'y-lamasiga yo'nalishda 6-8 ta qalin ketgut choklar qo'yiladi. Ularni tortish vaqtida ichak devori «garmoshka» shaklida taxlanadi. Shilliq qavatning yuqorigi chetlari teriga tortiladi. Ushbu chetlarni ipak choklar bilan tikiladi(47-rasm).



47-rasm. Delorm – Yuvarr operatsiyasi. a - shilliq qavat chegarasida, terida va chiqib qolgan ichak cho'qqisida sirkulyar kesmalar qilinadi; b - yuqorigi sirkulyar kesmadan shilliq qavatni ajratish boshlanadi; v - shilliq qavat silindri olib tashlangach, ichakning mushak qavati yig'uvchi ketgut choklar bilan tikilgan; g - ketgut choklarni tortilganda, shilliq qavat cheti teriga to'g'ri keladi va ularni ipak choklar bilan tikiladi.

To'g'ri ichak shilliq qavatining qisman rezeksiyasi. Ichakning chiqib qolgan qismini rezeksiya qilishdan tashqari, uning shilliq qavatini rezeksiya qilish bilan cheklanadigan operatsiyalar ham taklif qilingan. Bir - biridan bexabar xolda bir necha avtorlar bunday fikrga kelganlar. A.S.Umarov Ren-Delorm operatsiyasining modifikatsiyasini taklif qildi: ichak shilliq qavatini teridan 3-4 sm uzoqlikda sirkulyar kesib (chiqib qolgan qismdan 4-5 sm balanlikdagi masofada), olib tashlab, mushak qavatiga tikishni bekor qilgan(48-rasm).



48-rasm. Ren - Delorm operatsiyasi. a – shilliq qavat ajratib olingan; strelka bilan shilliq qavatning kesish qismi ko'rsatilgan; b – shilliq qavat kesilgan va teriga tikilgan.

Muallifning fikriga ko'ra uning modifikatsiyasini qulay tomoni bir xil tuzilishga ega bo'lgan to'qimalar tikilishi oqibatida, mushak qavat oziqlanishi buzilmaydi, shilliq qavatning ko'p miqdordagi qismini olib tashlash qorin qopini sezilarli kamayishiga olib keladi. Ren – Delorm operatsiyasining metodikasi. Narkoz ostida to'g'ri ichak chiqarib olinadi va chiqib qolgan silindr yuqoridan 4 ta zajim bilan fiksatsiyalanadi.

To'g'ri ichak va atrofdagi teri fiziologik eritma, benzin, spirt va yo'd bilan astoydil obrabotka qilinadi. Ichak bo'shlig'iga tampon

kiritiladi. Teri chetidan 1-2 sm uzoqlikda, shilliq qavatda sirkulyar kesma qilinadi. Uni 4 ta qon to'xtatuvchi zajim bilan qisib, shilliq qavat silindri pichoq bilan ajratiladi. Gemostaz. To'rtta "P" simon yig'iluvchi ipak choklari yordamida sirkulyar mushak valik xosil qilinadi. Katta kesuvchi igna yordamida valik orqa tomondan dum suyagiga, yon tomonlardan orqa peshovni ko'taruvchi mushaklarga maxkamlanadi. Otseparatsiyalangan shilliq qavat silindri ko'ndalangiga qismlarga bo'lib kesiladi, uning pastki qirg'og'i o'tish maydoni shilliq qavatiga tikiladi. Tampon olib tashlanadi, to'g'ri ichakka marlyaga o'ralgan rezina trubka 1-2 sutkaga qoldiriladi.

To'rtinchi guruh – osib qo'yyuvchi (ko'taruvchi) operatsiyalar ularning, soni juda ham ko'p bo'lib, 50 dan ortiq turlari bor.

To'g'ri ichakni osib (ko'tarib) qo'yish. Rektopeksiya. To'g'ri ichakning ko'p harakatli, kam maxkamlagan qismini fiksatsiya qilishga qaratilgan choralar olib boriladi. Verncuil (1889 y.) birinchilardan bo'lib rektopeksiya metodikasini taklif qildi. Ushbu usulda orqa peshov va dum suyagi orasidan terining uchburchak loskuti kesiladi va to'g'ri ichakning devori ajratiladi. Bir qator tugunli choklar bilan to'g'ri ichak toraytiriladi va dumg'aza suyak usti pardasiga fiksatsiyalanadi. Ghedini murdada quyidagi etaplardan iborat operatsiyani taklif qildi: 1) dum suyagi sathida dumg'azaning yonbosh tomonlariga ketuvchi ko'ndalang kesma; 2) to'g'ri ichakni mobilizatsiyasi va uni o'tirg'ich dumg'aza bog'lamlariga tikish.

Sick 1909 yili bolalarda rektopleksini original metodikasini taklif etdi. Sick operatsiyasining texnikasi quyidagicha: 1) dum suyagi orasi va orqa chiqaruv teshigi tashqi jomi orasida bo'ylama kesma; 2) to'g'ri ichakning orqa devori dumg'azadan umurtqa egriligiga qadar titilgan xolda ajratiladi; 3) jaroxat bo'shlig'i bint bilan tamponada qilinadi. Tampon 8-14 kunda olib tashlanadi. 2-3 kun davomida bemor gorizontaal yotgan holda xojat chiqaradi.

Rektopeksiya tos qismi chiqib qolayotgan va tashqi sfinkter faoliyati buzilmagan, yengil darajadagi bemorlarga tavsiya etiladi.

V.R.Braytsev metodi bo'yicha rektopeksiya: narkoz yoki orqa miya orqali og'riqsizlantirish ostida, dum suyagi cho'qqisidan to'g'ri ichakni ochgunga qadar, 10 sm uzunlikda ko'ndalang kesma qilinadi. Egilgan qaychi bilan to'g'ri ichak-dumg'aza bog'lami kesiladi va to'g'ri ichak dumg'azadan titib ajratiladi(49-rasm).

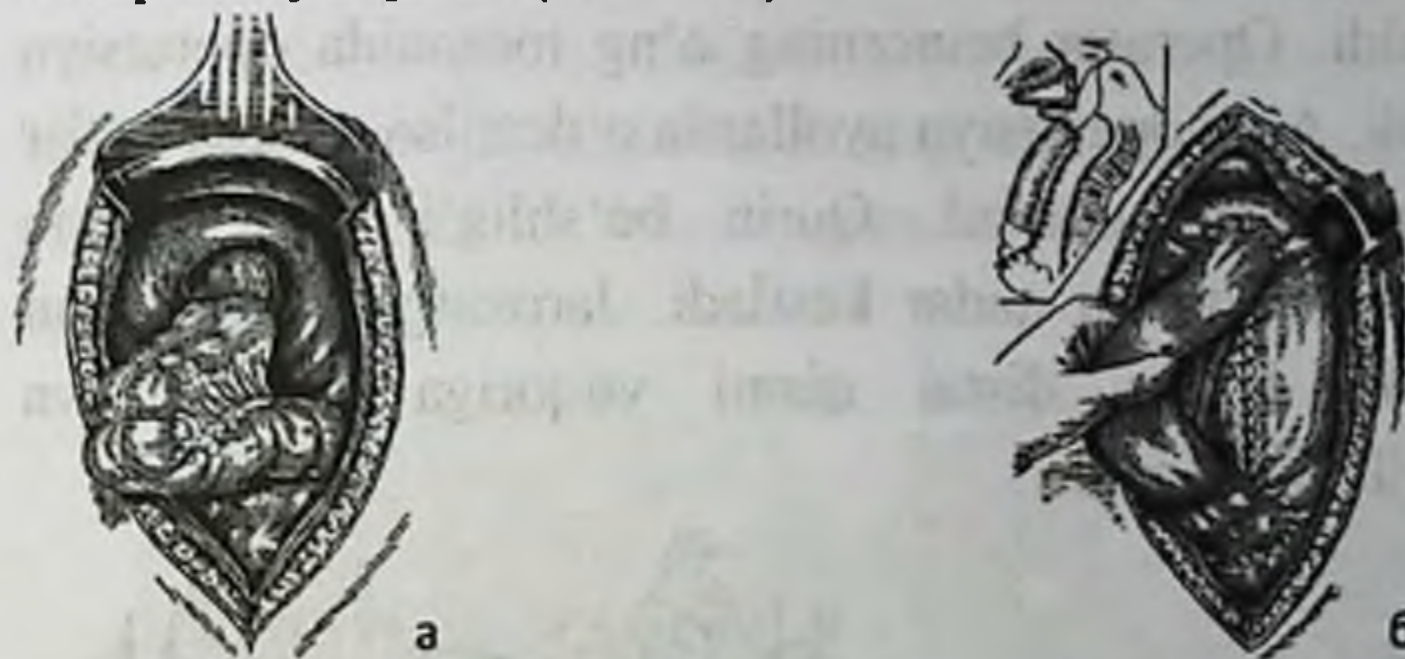


49-rasm. Rektopeksiya sxemasi. To'g'ri ichak ampulasi qisqartirilgan, toraytirilgan va o'tirg'ich-dumg'aza bog'lamiga osib qo'yilgan.

To'g'ri ichak ampulasining yon yuzalari mobilizatsiya qilinadi va 2-3 ta tugunsimon to'g'ri ichakni qisqartiruvchi choklar qo'yiladi. Yon devorlariga qo'yilgan juft choklarni bog'lash orqali to'g'ri ichak torayadi. Shu choklar yordamida u o'tirg'ich-dumg'aza bog'lamiga fiksatsiya qilinadi (chap va o'ng tomondan). Operatsion jaroxat zich tikiladi (Rasm).

Lahaut operatsiyaning abnominal to'rini taklif etdi. Texnikasi: pastki o'rta laparotomiya. To'g'ri ichakni tos qismini o'rovchi qorin pardani aylana kesmasi. To'g'ri ichakning tos bo'shlig'iga qadar mobilizatsiya qilinadi. Sigmasimon ichakni bir qismi va to'g'ri

ichakni ekstraperitoneal siljiladi. Qorin oldingi devoriga kolopleksiya qilish (50-rasm).



50-rasm. Lyao (Lahaut) bo'yicha oldingi kolopleksiya. a – to'g'ri ichakning tos qismini o'rovchi kesma; b – to'g'ri ichakning tos qismini qorin pardadan tashqariga harkatlantirish.

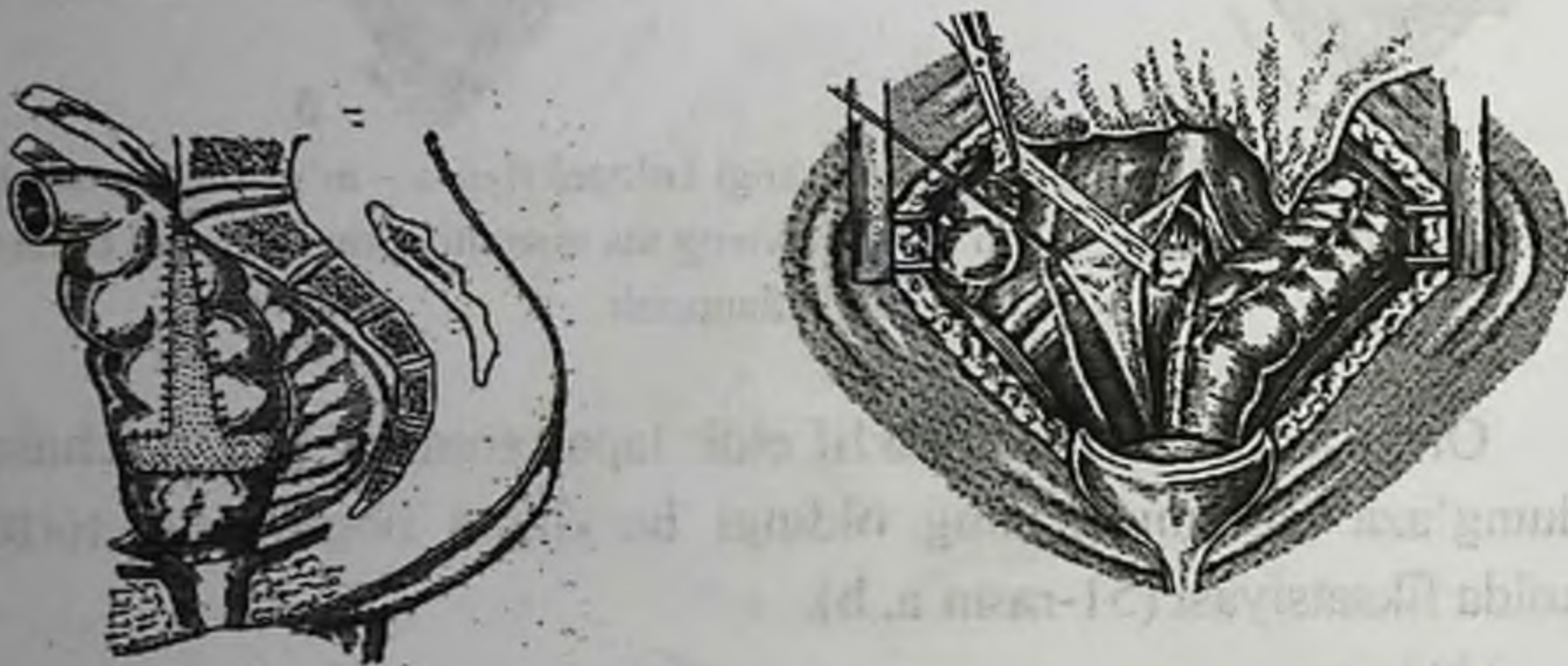
Orr o'z operatsiyasini taklif etdi: laparotomiya, to'g'ri ichakning dumg'aza va umurtqaning oldingi bo'ylama bog'lamiga tortilgan xolda fiksatsiyasi (51-rasm a, b).



51-rasm. Orr operatsiyasi. a – fassial tasmalar to'g'ri ichakni umurtqaning egriligida umurtqaning uzun boylamiga tortilgan xolda fiksatsiyalaydi b – fassial tasma yordamida kolopleksiya, qorin parda qopchasini obliteratsiyasi.

D.P.Chuxriyenko esa Broglio – Orr operatsiyasini fassial tasmalarni alloplastik materialga (kapron, lavsan) almashtirgan xolda bajardi (Rasm).

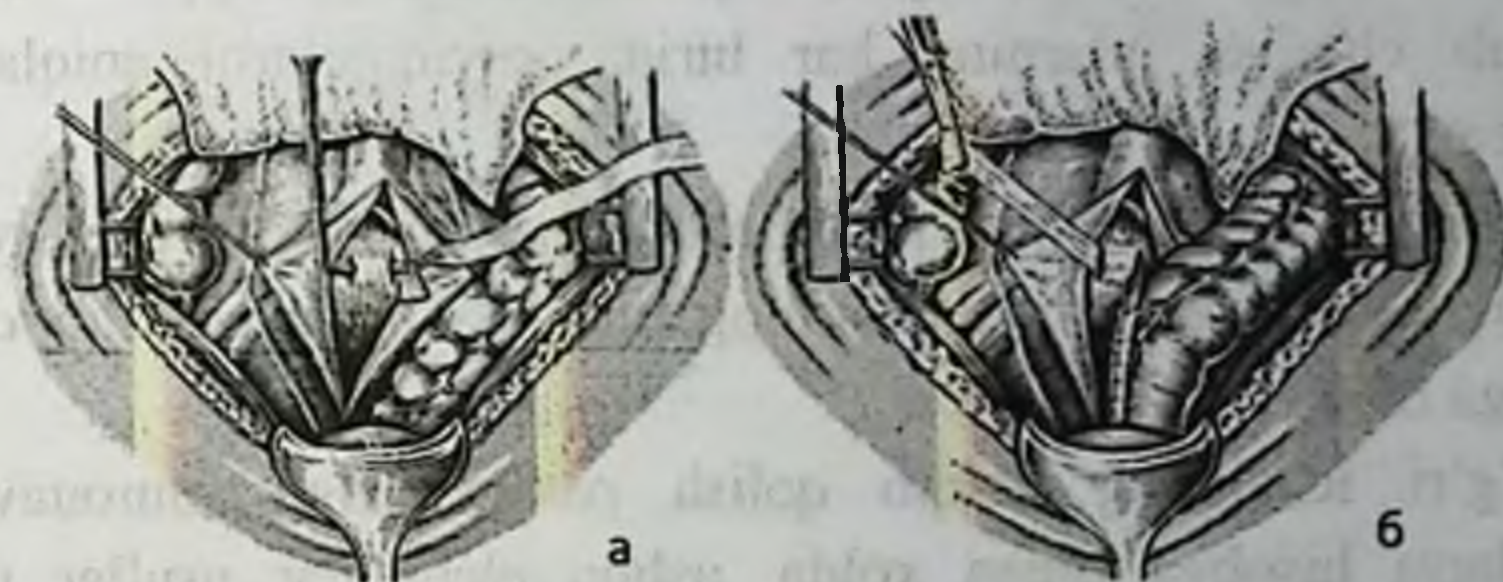
Y.I.Malishev to'g'ri ichakni V bel umurtqasi tanasidan o'tkazilgan tunelga kapron (lavsan) lenta yordamida fiksatsiya qilishni taklif qildi. Operator bemorning o'ng tomonida operatsiya stoli yonida turadi. Agar operatsiya ayollarda o'tkazilsa, imkon qadar 2 ta yordamchi olgan ma'qul. Qorin bo'shlig'i o'rta kesma yordamida kindikdan qovga qadar kesiladi. Jaroxatga sigmasimon ichak chiqariladi. Uning distal qismi yuqoriga tortiladi va yordamchiga beriladi(52-rasm).



52-rasm. D.P.Chuxriyenko bo'yicha kolopleksiya operatsiyasi. Yuqoriga tortilgan to'g'ri ichak kapron tasmalar yordamida umurtqa pog'onasi egriligiga fiksatsiya qilingan.

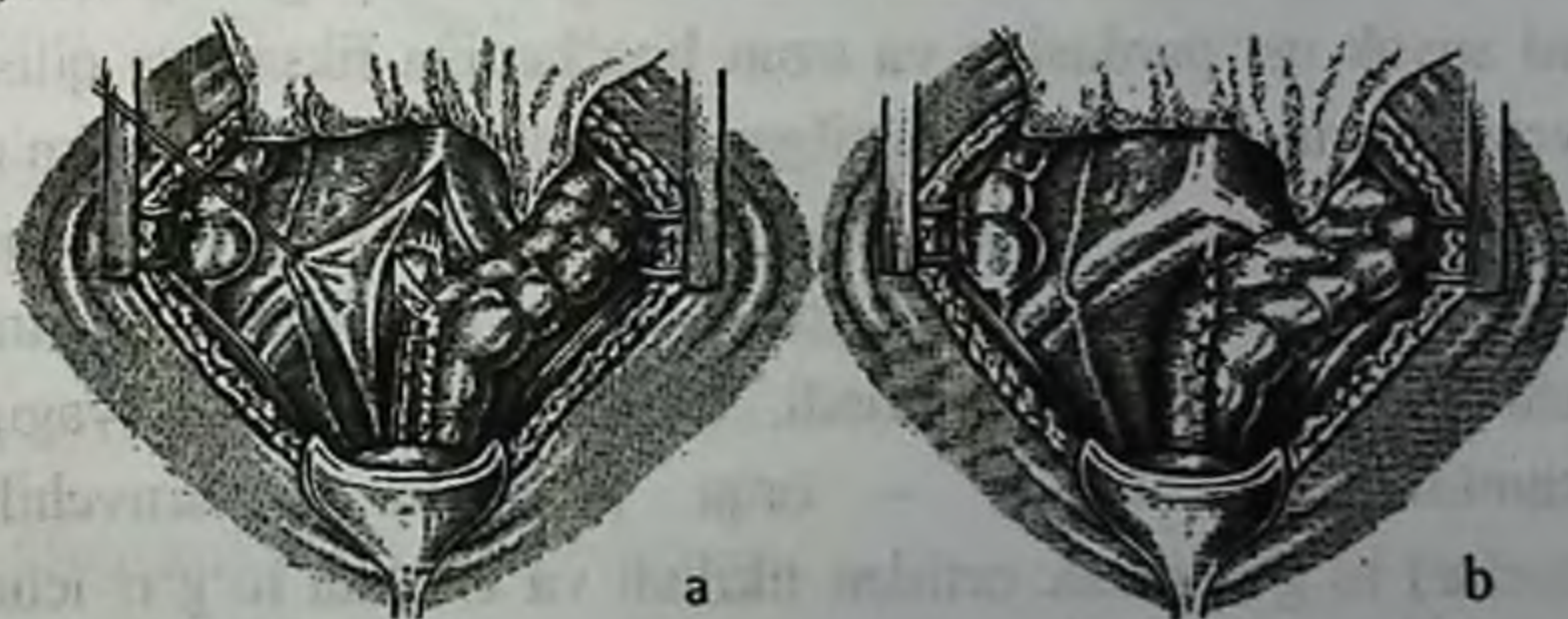
Bemor Trendelenburg holatiga o'tkaziladi. Qorin pardani ichak tutqichidan umurtqa va dumg'aza suyagiga o'tish chizig'i bo'ylab, sigmasimon to'g'ri ichak sohasi o'ng tomonlama kesiladi. Katta bo'lmagan tufer bilan oldingi bo'ylama V bel umurtqa bog'lami ochiladi. Maxsus konstruksiya yordamida lavsan lenta qo'yiladi. Tomirsiz sohada V bel umurtqasi ro'parasida, 1-1,5 smli kanal ochiladi. Lavsan lentaning tashqariga chiqarilgan qismi Koxer qon to'xtatuvchi qisqichlari bilan ushlanadi va orqa tomonga tortib chiqariladi. Lentaning har ikkala uchlari, bir - biriga tugunli kapron bog'lam yordamida maksimal darajada yuqoriga tortilgan to'g'ri

ichak devorini qo'shib tikiladi. Ichakning seroz va mushak qavatlarini duglas bo'shlig'iga qadar qamrab olinadi (53-rasm a, b.). Lavsanni peritonazatsiya qilish maqsadida pariyetal qorin pardaning kesilgan varag'i pastdan yuqoriga ichakning oldingi devoriga uzluksiz ketgut choklar bilan tikiladi. Yuqori qismida xosil bo'lgan cho'ntak, albatta olib tashlanadi.



53-rasm. Malishev operatsiyasi. a - sigmasimon ichakning distal qismi va to'g'ri ichakning boshlang'ich qismi, o'ng tomonidan orqa qorin parda kesiladi. Suyak usti pardasi ostidan tonel xosil qilinadi; b - lavsan lentaning bir uchiga yuqoriga tortilgan to'g'ri ichak tikilgan.

Qorin devori operatsion jaroxatiga choklar qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda masus rejim talab etilmaydi (54-rasm a, b).



54-rasm. Malishev operatsiyasi (davomi). a - ikkinchi uchiga to'g'ri ichak tikilgan; b - qorin parda qirg'og'ining o'ng cheti, to'g'ri ichakka tikiladi va barcha oldingi choklarni berkitadi.

Beshinchi guruhga kombinatsiyalangan, aralash operatsiyalar kiradi. Har qanday kombinatsiyalangan operatsiya biror xil toraytirish, yuqoriga tortish, rezeksiya yoki tos tubini mustaxkamlash usullarini o'z tarkibiga oladi.

Agar kombinatsiyalangan operatsiyalarni diqqat bilan o'rganib chiqilsa, ularning har birida quyidagilarni aniqlash mumkin:

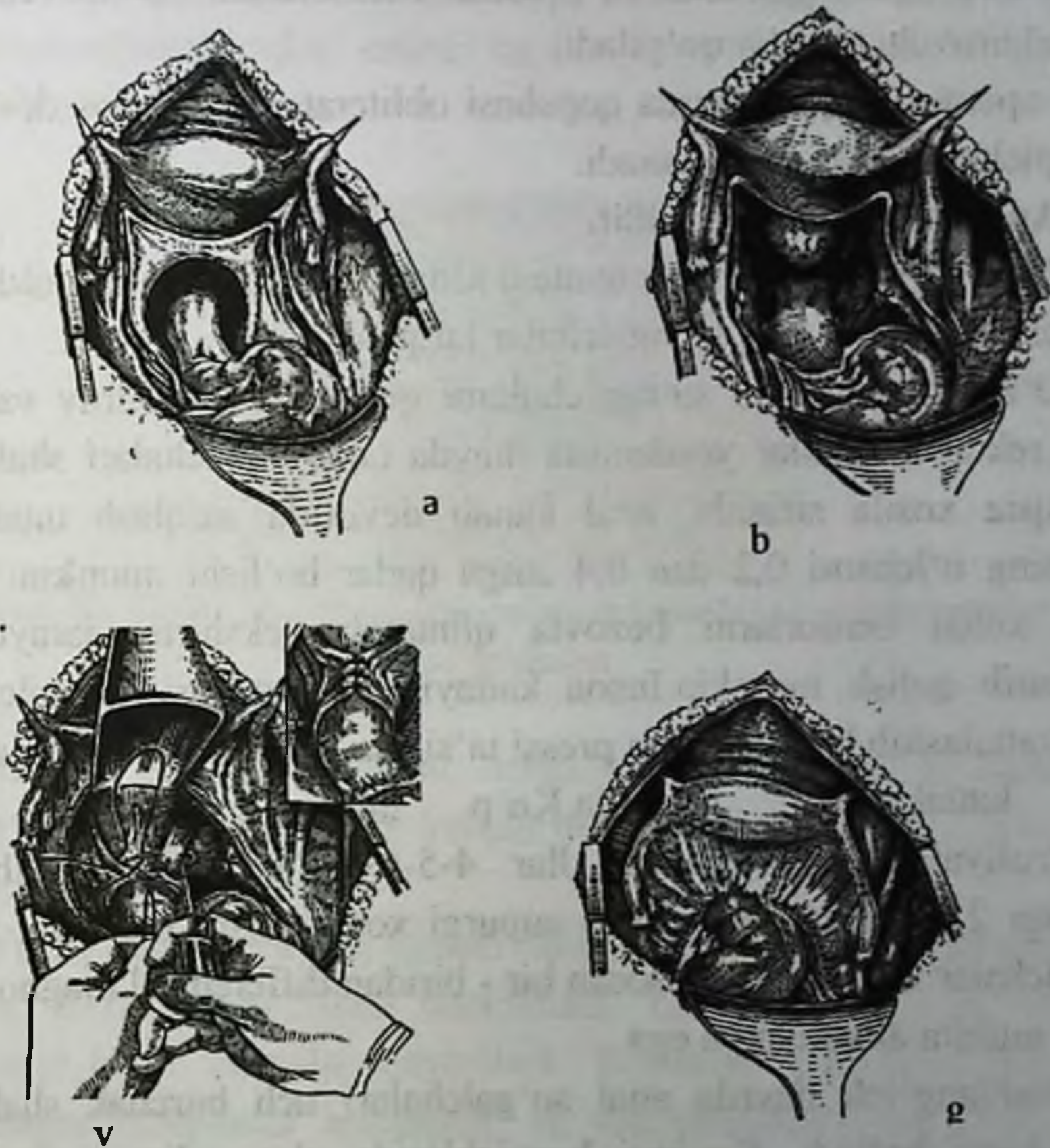
yuqorida aytib o'tilgan rektopleksiya, kolopleksiya, rezeksiya, toraytirish kabi operativ usullarning bir yoki bir nechtasini o'z tarkibiga oladi;

to'g'ri ichakning chiqib qolish patogeneziga zamonaviy qarashlarni hisobga olgan holda, ushbu elementar usullar tos tubini u yoki bu metodlarini qo'llash bilan mustaxkamlashni o'z ichiga oladi.

V.M.Svyatuxin 1920-yilda rektopleksiya operatsiyasini takomillashtirdi. Operatsiya mazmuni: 1) o'rta pastki laporotomiya, to'g'ri ichak sohasida umurtqa pog'onasining ravog'i qismida o'ng va chap bo'ylama kesma, har tomondan to'g'ri ichakni 3 tadan choklar bilan dumg'aza suyagining oldingi yuzasi suyak ust pardasiga va uzun bog'lamiga fiksatsiya qilish. Pariyetal qorin pardaning kesilgan varaqlari to'g'ri ichakning oldingi tomonidan unga fiksatsiyalanadi; 2) toshni olish operatsiyasi kabi xolatda orqa tomondan to'g'ri ichakni qamrab oluvchi T-simon kesma qilinadi, to'g'ri ichak dum suyagiga maxkamlanadi. Yakunda – orqa peshovni ko'taruvchilar (levatorlar) to'g'ri ichak ortidan tikiladi va chokka to'g'ri ichak devorlari qo'shib tikiladi.

Jianuning taklifi uzoq muddat e'tiborsiz qoldi, 1942-yildagina, Graham tomonidan 1939-yilda tos tubini yuqoridan

tiklash operatsiyasi o'tkazilgani haqida xabar berildi (55-rasm):



55-rasm. Graham operatsiyasi. a – qorin pardani kesish chizig'i tasvirlangan; b - to'g'ri ichak tos tubiga qadar mobilizatsiya qilingan; v - to'g'ri ichakni oldingi devori va orqa peshovni ko'taruvchi mushaklarning ichki qirg'oqlariga choklar qo'yilgan; g - Duglas tikilgan.

Orqa xolatdagi kolopleksiya

- 1) pastki o'rta laporotomiya;
- 2) duglas qopchasi sohasida qorin parda ajratiladi va kesiladi, siydik yo'llari ajratiladi va tutqichga olinadi;

3) klechatka ajratiladi, orqa peshovni ko'taruvchi mushaklarning ichki qirg'oqlari ajratiladi va prostata bezi ortidan ko'taruvchilarni birlashtiruvchi choklar qo'yiladi;

4) operatsiya qorin parda qopchasi obliteratsiyasi va tos devoriga kolopleksiya bilan yakunlanadi.

Anal so'gallar va papillit.

Anal so'gallar (papillae anales) kloaka qoplamasining qoldiqlari hisoblanadi. Ichki anal so'ngalchalar farqlanadi.

O'zgarmagan anal so'ngalchalarni qo'l bilan tekshiruv vaqtida yoki rektal ko'zgular yordamida mayda tariq donachalari shaklida, og'riqsiz xosila sifatida, anal kanali devorida aniqlash mumkin. Ularning o'lchami 0,2 dan 0,4 smga qadar bo'lishi mumkin. Ular ko'p xolda bemorlarni bezovta qilmaydi, tekshiruv jarayonida aniqlanib qolish mumkin. Inson kattayib borgan sari, so'galchalar ham kattalashib boradi, qorin pressi ta'sirida, axlat toksinlari ta'sirida ular kattalashishi mumkin. Ko'p tuqqan ayollarda ular gipertrofiyalanishi mumkin. Ular 4-5-6 so'galchalardan iborat, uzunligi 2 smga qadar bo'lgan supurgi xosil qilishi mumkin. Anal so'galchalar va poliplarni asosan bir - biridan differensial diagnostika qilish muhim ahamiyatga ega.

Boshlang'ich davrda anal so'galchalari uch burchak shaklda, asosi keng bo'ladi. Keyingi bosqichlarida ular polipga o'xshash shaklga kirib qoladi. Lekin poliplar to'g'ri ichakning har qanday qismida bo'lishi mumkin, anal so'galchalar esa tojsimon chiziqdan boshlab joylashadi. Ba'zi xollarda esa gistologik tekshiruv diagnostika to'g'ri qo'yishga yordam beradi. Kattalashgan anal so'galni chiqib qolishi, avval defekatsiyada, keyinroq yurganda ham yuz berishi mumkin. Bu defekatsiya vaqtida noxush xisni va og'riqni keltirib chiqaradi, bemorlar o'zlarini to'liq defekatsiya bo'lma ganday xis qiladilar. Chiqib qolgan anal so'gallar orqa peshovni

germetizatsiyasiga to'sqinlik qiladi va u yerdan doimiy ravishda shilliq oqishiga olib keladi. Tashqi anal so'gallar asta - sekin gipertrofiyalanadi, ular odam xayoti davomida katta o'lchamga yetishi mumkin (56-rasm).



56-rasm. Ko'p yillik ekzema va orqa peshov qichishishiga olib kelgan tashqi anal so'galchalari.

Ba'zida gipertrofiyalangan, ichki yoki tashqi anal so'galchalari yallig'lanib – papillitga olib kelishi mumkin. Bemorlarda og'riq hissi kuchayadi.

Yallig'lanish jarayoni konservativ davolanadi. Ta'sirlamaydigan diyeta, alkogol ichimliklar cheklanadi. Dezinfeksiyalovchi kuchsiz eritmalar bilan vannalar buyuriladi. Sutkasiga ikki martadan kam bo'lmagan miqdorda antiseptik va burishtiruvchi vositalar bilan klizmalar buyuriladi – romashka damlamasi, rivanol 1:500 (1000 ml), furatsillin 1:3000 (5000 ml), 2% kollargol yoki protargol - 10 ml va boshqalar.

Anal so'gallarni operativ usul bilan olib tashlashga absolyut ko'rsatmalar: doimiy ravishda ularni chiqib qolishi va og'riq hissini kuchli bo'lishi, orqa peshov qichishishiga va ekzemaga olib kelgan xolatlar, ularni surunkali yallig'lanishi oqibatida yuzaga kelgan papillit va konservativ davoning foyda bermasligi.

Mahalliy og'riqsizlantirishdan so'ng to'g'ri ichakka rektal ko'zgu

kiritiladi. Anal so'galcha qon to'xtatuvchi zajim bilan, asosidan qisiladi va kesib olinadi. Qon to'xtatuvchi ligatura qo'yish shart emas, anal kanaliga aseptik va antiseptik tampon qo'yishning o'zi kifoya, tampon 1 sutkadan so'ng olib tashlanadi.

Kriptitlar.

To'g'ri ichakning shilliq qavati pastki bo'limda bo'ylama burmalar – Morgani kolonnalarini xosil qiladi. Ular orasida cho'ntaklar - Morgani kriptalari xosil bo'ladi. Morgani kriptalari bevosita tojsimon yoki tishsimon chiziq ustida joylashadi.

Kriptalar chuqurligi turli xil bo'lishi mumkin. Ayrim odamlarda kriptaga ilgak yoki egilgan zondni 0,5-0,7 sm ga qadar kiritish mumkin. Kriptit - anal kriptalarining yallig'lanishli o'zgarishidir. Kriptitning rivojlanishida ularning anatomik tuzilishi muhim ahamiyatga ega. Ular yopiq cho'ntak bo'lgani uchun, axlat massalari bilan mikroblarga to'lib qoladi, ularni devorida mushak qavati yo'q.

Kriptalarni qotib qolgan axlat massalari bilan doimiy ta'sirlanishi oqibatida kriptit yuzaga keladi.

Bemorlarda subyektiv belgilar og'riq, impulssimon og'riq, defekatsiyadan so'ng ham davom etadi, bemorlar defekatsiya qilishdan qo'rqadilar. Og'riq kripta yiringlaganda kuchayadi. Sfinkter spazmi yuzaga keladi. Baconning yozishicha, og'riq reflektor xarakterga ega bo'lib, siydik- tanosil organlariga irradiatsiya beradi. Bemorda ich qotish va meteorizm yuzaga keladi. O'tkir davri 3 haftagacha davom etadi, remissiya davrida orqa peshov sohasida og'riq va sezuvchanlik saqlanib qoladi. Whitney (1948) yozadi: «Bemorlar orqa peshovni doim xis qilib turadilar, kanserofobiya yuzaga keladi, tananing boshqa a'zolariga berilgan reflektor og'riq nevrozga olib kelishi mumkin».

Kriptit ko'p xollarda papillit bilan asoratlanadi va bu vaziyatni yana ham og'irlashtiradi.

Kriptalar drenaj sistemasi yaxshi bo'lmaganligi uchun, undagi yallig'lanish jarayoni surunkali holatga o'tadi.

Surunkali kriptitda og'riq o'tmas xarakterda bo'lib, defekatsiya vaqtida, jismoniy harakat va uzoq vaqt tik turganda kuchayadi. Azobli simptom – gipersekretsiya oqibatida qichishish sindromi yuzaga keladi. Sfinkter spazmi, levatorlar spazmi, koksigodiniya, dumg'aza sohasida nevralgiya, proktalgiya, prostata bezining ta'sirlanishi, og'riqli siyish, oyoq va qorinda og'riq paydo bo'ladi.

Kriptitning o'tkir davrida sfinkter spazmi tufayli tekshiruv o'tkazish, og'riqli va qiyin bo'ladi. Qo'l bilan tekshiruv vaqtida shishgan og'riqli kriptani va gipertrofiyalangan anal so'gallarni aniqlash mumkin. Sfinkter spazmi aniqlanadi, barmoqda qon tomchisi paydo bo'lishi mumkin. Rektal ko'zgu yordamida yallig'langan kriptani, boshqalarga qaraganda ancha o'zgarganligini aniqlash mumkin. Uning tubida yiring va yiringli shilliq aniqlanishi mumkin. Abel va Land (1932) larning yozishiga ko'ra, yorilishning hamma klassik belgilari kuzatiladi, faqat yorilishning o'zi yo'q xolos. Surunkali kriptitda og'riq kamroq, shuning uchun og'riqsizlantirishga xojat yo'q. Qo'l bilan tekshiruvda, zararlangan kriptani sohasida og'riq va qalinlashuv aniqlanadi. Rektal ko'zgu orqali yallig'langan kriptani boshqa kriptalarga nisbatan chuqurligi va uning tubida yiring borligini ko'rish mumkin. Ba'zida uning bo'shlig'iga ichki oqma ochilishi mumkin. Kriptit asoratlariga quyidagi kasalliklarni kiritish mumkin: umumiy intoksikatsiya belgilarini paydo bo'lishi, o'tkir va surunkali paraproktitlar, orqa chiqaruv teshigi yorilishlari, papillit, rak, anal bezlar yallig'lanishi.

O'tkir kriptitni davolash konservativ amalga oshiriladi: stolni meyorlashtirish, iliq vannalar margansovka eritmasi bilan (1:3000; 1:5000), anal kanalini yengil anestetiklar bilan yuvish, dezinfeksiyalovchi shamchalar qo'llash, mikroklizmalar 2%

kollargol yoki protargol - 5-10 ml, rivanol, furatsillin, novokain, baliq yog'i bilan qo'llanadi. Ular bilan birgalikda, anal kanaliga ixtiol va yo'doform, kripta yorig'iga oldin 50% fenol eritmasi, zaytun yog'i bilan, so'ng 5% fenol yog'da eritib yuboriladi.

Operatsiya poliklinika sharoitida, mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkazilishi mumkin. Kriptaga uchi egilgan ilmoq yoki zond kiritiladi. Tortish orqali yallig'langan kripta anal kanali tubidan chiqariladi va skalpel yordamida kesiladi, ya'ni Gabriel operatsiyasi o'tkaziladi. Odatda qon ketish unchalik ko'p bo'lmaydi, shuning uchun tomirlarni bog'lash shart emas. Choklar ham qo'yilmaydi. Jaroxatga 1 sutkaga tampon qo'yiladi.

Operatsiyaning 3-kunidan bemor umumiy stolga o'tkaziladi. Axlat kelishi opiy yordamida oldi olinadi, chunki axlat kelsa, kal probka bo'lib qolishi mumkin. 1 sutkadan so'ng tampon olib tashlangach, 2-3 hafta davomida illiq vannalar buyuriladi.

Og'riqlar odatda operatsiyadan keyingi 2-4 kun davomida saqlanib qoladi. Operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda axlatda bir oz qon belgilari bo'lishi mumkin. Bemor operatsiyadan so'ng statsionarda 4-5 kun bo'ladi. Anal kripta keng qilib ochilgach, retsidiv bo'lmaydi. Ba'zida anal so'gal gipertrofiyalanishi mumkin.

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, ichketar, tug'ruq, yo'tal) ichak tushishiga sababchi hisoblanadi. Dumba sohasi va bel-dumg'aza sohasining o'qotar 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

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 engil 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 etishmovchiligi bilan birga uchraganda yuqorida zikr kilingan operatsiyani chanoq tubi muskullarini mustahkamlash bilan to'ldiriladi.

TO'G'RI ICHAK SARATONI

Kolorektal rak barcha yomon sifatli o'smalarning 15% ni tashkil qiladi. SHundan 30% ni to'g'ri ichak saratoni tashkil etadi. To'g'i ichak saratoni 100000 axolining 10 tasida uchraydi. Asosan 50-60 yoshda, erkaklar bilan ayollar deyarli bir xil nisbatda kasallanadilar. Hozirgi kunda ham 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 boshqaomillarga ichak motorikasi va qabziyatga sabab bo'ladigan kamharakatli hayot tarzi, surunkali ichak kasalliklarini ham ta'kidlash lozim. Rak oldi kasalliklariga to'g'ri ichak polipi, nospetsifik yarali kolit, Kron kasalligi, surunkali paraproktitni kiritish mumkin.

Klassifikatsiyasi. I. Lokalizatsiyasiga ko'ra: 1) anal qismi saratoni; 2) pastki ampulyar; 3) o'rta ampulyar; 4) yuqori ampulyar; 5) rektosigmoidal sohasi saratoni. II. o'sish yo'liga qarab: 1) endofit; 2) ekzofit; 3) aralash. III. Gistologik tuzilishiga ko'ra: 1) adenokartsinoma; 2) shilliq qavat saratoni; 3) solid rak; 4) yassi hujayrali rak; 5) differentsiiallashamagan rak; 6) fibroz rak. IV. Jarayon kechishi bo'yicha (I dan IV gacha) yoki tarqalganligi bo'yicha (TNMP). To'g'ri ichak saratoni – anal kanalida (10%), ampulyar qismda (60%), rektosigmoid qismda (30%). To'g'ri ichak saratonining gistologik tuzilishi turlicha, ammo asosan adenokartsinoma uchraydi. To'g'ri ichak saratonining 4 bosqichi farqlanadi: I bosqich – uncha katta bo'lmagan,harakatchan o'sma (diametri 2 sm dan kam), ichak devoriga o'sib kirmaydi, shilliq osti qavatidan tashaqariga o'tmaydi, metastazlar yo'q. Ila 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, devoriga usib kirmaydi (mushak qavatigacha o'sib kiradi), regionar 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, regionar limfa tugunlariga ko'plab metastazlar beradi. IV bosqich – katta harakatsiz o'sma, chanoq a'zolariga va to'qimalariga o'sib kiradi, regionar 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)-regionar limfa tugunlar xolati, M (metastasis) – uzoq metastazlar, R (penetration) – o'smaning ichak devoriga o'sib kirish darajasi. To'g'i ichak saratonining tarqalishi. To'g'ri ichak saratoni shilliq qavatda ro'y berib, ichak bo'shlig'i va ichak devoriga o'sib kiradi. O'sma keyinchalik ichak tashqarisiga chiqib, yondosh to'qima va a'zolarni zararlaydi. To'g'ri ichak saratoni metastazi limfogen (regionar va uzoq limfa tugunlariga) va gematogen yo'l bilan (asosan jigarga) boshqa a'zolarga tarqaladi. Klinik kechishi. To'g'ri ichak saratoni asta sekinlik bilan boshlanadi. Bemorlar og'riqqa, ichakdan patologik ajralma kelishiga (qon, yiring, shilliq) va ichak funksiyasining buzilishiga shikoyat qiladilar. Belgilarning yaqqolligikasallikning darajasiga, o'smaning o'sish va tarqalish xolatiga va uning lokalizatsiyasiga bog'liq. Kasallik boshlanishida og'riq kuzatilmaydi, u faqat anal teshigi saratonida erta davrda kuzatiladi. Ampulyar soha saratonida belgilar kam namoyon bo'lib, erta simptomlaridan najas bilan patologik ajralma ajralishi hisoblanadi. O'sma kattalashgan sari ichak tutilishi belgilari namoyon bo'ladi. Og'riq o'smaning ichak devorining barcha

qavatlaridan o'sib o'tganda paydo bo'ladi. O'smaning siydik qopiga o'sib kirishi natijasida siyishga tez-tez chaqiriqlar bo'lib turadi. O'smaning najas bilan ta'sirlanishi va jarohatlanishi undan qon ketishiga olib keladi. Qon ko'pincha to'q qizil, kam xolatlarda alvon rangida bo'ladi. Xojat vaqtida avval ozgina qon keladi, keyin esa qon aralash najas chiqadi. To'g'ri ichak saratonida profuz qon ketishlar odatda kuzatilmaydi, lekin ma'lum bir vaqt o'tgandan so'ng kamqonlik yuzaga keladi. Rektosigmoid soha saratonida kasallik belgilari kuchayib boruvchi qabziyat, keyin esa ichak tutilishi ko'rinishida bo'ladi. Kasallikning umumiy belgilariga anemiya, umumiy xolsizlik, ozib ketish, gipertermiya xos bo'lib, ular kasallikning kechki muddatlarida yuzaga keladi. Anal sohasi saratonida metastazlarning chov lifa tugunlariga tarqalishini ob'ektiv ko'ruv vaqtida inobatga olish zarur.

Asoratlari. Bunga o'tkir ichak tutilishi, rektovezikal, rektovaginal, pararektal oqmalar, ichak perforatsiyasi xos. Ichak perforatsiyasi ichakning keskin kattalashuvida, ba'zan o'smaning parchalanishi oqibatida kelib chiqib, qorin bo'shlig'iga qarata yuz bersa – najasli peritonit, pararektal klechatkaga yuz bersa – absstess yoki flegmonalar vujudga keladi.

Diagnostika. Bemorning shikoyatlari, anamnezi va mahsus tekshiruv natijalariga asoslanib diagnoz qo'yiladi. Bemorni ko'rilganda oraliq sohasi, barmoq bilan to'g'ri ichakni ko'rish (rektal tekshiruvda 50% bemorlarda to'g'ri ichak saratonini aniqlasa bo'ladi) maqsadga muvofiq hisoblanadi. Irrigografiya, rektoromanoskopiya (biopsiya olish bilan), endorektal ultrtovush tekshiruvi, kompyuter tomografiyasi, jigar stsintigrafiyasi diagnozni aniq qo'yishga yordam beradi. Kasallikning erta davrida aniqlash uchun hozirgi vaqtda skrining testlari e'tiborga loyiq. Bunga ko'ra, 40 yoshdan oshgan aholi qonining klinik tahlili, har 3-5 yilda rektoromanoskopiya, yaqin

qarindoshlari kolorektal rak bilan kasallangan aholi esa 35 yoshdan boshlab rektoromanoskopiya va har 3-5 yilda irrigografiya o'tkazib turiladi. Bundan tashqari nospetsifik yarali kolit bilan 10 yildan ortiq kasallanib kelayotgan bemorlar ichak rezektsiyasiga muhtoj bo'lib, har yili kolonoskopiya (biopsiya olish bilan) tekshiruvdan o'tishlari, oilaviy polipoz bilan kasallangan bemorlarda esa, yo'g'on ichak rezektsiyasi o'tkazilishi hamda har 6 oyda ichak tekshirilib borilishi zarur. Differentsial diagnostikasi gemorroy, poliplar, sifilis, sil bilan o'tkaziladi. Gemorroyda qon alvon tusli, xojat oxirida keladi, to'g'ri ichak saratonida esa qon to'q qizil tusda, o'zgargan, najas bilan aralashgan, qon laxtalari bilan bo'ladi. Gistologik usul yordamida poliplar, sil va sifilis bilan farqlanadi. Bundan tashqari sifilida – serologik, silda – bakteriologik tekshiruvlar diagnostik qiynchiliklarga barham beradi.

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.



57-rasm. Gartman operatsiyasi

Xirurgik davolash ximioterapiya va nur bilan davolash bilan birgalikda olib boriladi. Eng keng tarqalgan operatsiya usullaridan biri bu – qorin-oraliq (chot sohasi) to'g'ri ichak ekstirpatsiyasidir (57-rasm), to'g'ri ichak oldingi rezektsiyasi, qorin-anal to'g'ri ichakning sigmasimon ichak yoki ko'ndalang chambar ichakni pastga tushirib bajariladigan rezektsiyasi, Gartman operatsiyasi (to'g'ri ichak obstruktiv rezektsiyasi). Operatsiya ko'lami va turi o'smaning to'g'ri ichakning qaysi sohasida joylashganligi qarab tanlanadi. Agar o'sma anal teshigidan 6-7 sm dan kam masofada joylashgan bo'lsa, to'g'ri ichakning qorin-oraliq (chot sohasi) ekstirpatsiyasi, o'sma protsessi anal teshikdan 6-7 sm dan ko'p masofada joylashsa – sfinkterni saqlab qoluvchi qorin-anal ekstirpatsiyasi, anal teshik bilan o'sma orasi masofa 10-12 sm dan oshsa – to'g'ri ichak oldingi rezektsiyasi bajariladi. To'g'ri ichak obstruktiv rezektsiyasi o'smaning anal teshikdan 10-12 sm dan ortiq masofada joylashganda, to'g'ri ichak oldingi rezektsiyasini bajarishga sharoit yo'qligida (operatsiya shoshilinch ravishda, masalan, o'tkir ichak tutilishi bo'yicha qilinganda) bajariladi (58-rasm). Bundan tashqari operatsiya turini tanlashda bemorning konstitutsional hususiyatlariga, umumiy axvolining og'irligiga e'tibor beriladi. Palliativ davo bemorning umrini uzaytirish va iztirob chekishini kamaytirish maqsadida amalga oshirilib, o'tkir ichak tutilishi yoki radikal operatsiyani o'tkazish imkoniyati bo'lmagan xolatlarda bajariladi.

Operatsiya qorin old devori chap yonbosh sohasida sigmasimon ichakni tashqariga chiqarib ikki poyali notabiiy orqa chiqaruv teshigini shakllantirishdan iboratdir. Kombinatsiyalashgan davo. Hozirgi davrda to'g'ri ichakni rak bilan mahalliy zararlanishida operatsiya nur terapiyasi bilan qo'llanilishi maqsadga muvofiq deb hisoblanadi. Natijada o'smani operabelligi imkoniyatlari paydo bo'lib, xirurgik davo natijalari yaxshilanadi, bemorlarning

operatsiyadan keyingi 5 yilgacha yashash chastotasi ortib, radikal operatsiyadan so'ng u 40-50% ni tashkil etadi.



58-rasm. To'g'ri ichak rezeksiyasi

MUNDARIJA

Kirish.....	3
Yo'g'on ichak anatomiyasi.....	6
Yo'g'on ichak fiziologiyasi.....	13
Yo'g'on ichak anomaliyalari va rivojlanish nuqsonlari.....	17
Yo'g'on ichak sindromlari.....	20
Diareya.....	20
Qabziyat.....	37
Ichak disbakteriozi.....	53
Yo'g'on ichak disbakteriozi.....	56
Nospetsifik yarali kolit.....	62
Yo'g'on ichak divertikullari va divertikulyozi.....	72
Yo'g'on ichak polipi va polipozlari.....	74
Kron kasalligi.....	76
To'g'ri ichak kasalliklari.....	83
To'g'ri ichakning anatomik tuzilishi.....	83
To'g'ri ichak fiziologiyasi.....	87
To'g'ri ichak travmalari.....	89
To'g'ri ichakda yot jismlar.....	98
O'sma bo'lmagan proktologik kasalliklar.....	103
Paroproktit.....	123
Anorektal oqmada operatsiya.....	132
Anal yoriqlar.....	135
To'g'ri ichakni chiqib qolishi.....	141
To'g'ri ichak tushishi.....	162
To'g'ri ichak saratoni.....	164

KOLOPROKTOLOGIYA

**A.S.BABAJanov, A.S.TOIROV,
A.I.AXMEDOV, S.B.MAXMUDOV**

KOLOPROKTOLOGIYA

o'quv qo'llanma

**(Xirurgik kasalliklar fanidan bakalavriatning
pediatriya ishi 5510200 4 va 5 kurs talabalari uchun)**

Nashr etishda qatnashganlar:

B.Rustamov, G.Raxmatullayeva, Q.Poyonova, Sh.Meyliyev

Bosmaxonaga berildi: 04.04.2024. Bosishga ruxsat etildi: 05.04.2024.

"Times New Roman" garniturasida, Ofset bosma. Adadi: 50 dona.

2074



"Science and innovation" MCHJ

Litsenziya №:038864 15.09.2022

Manzil: 100155, Toshkent shahri, Sergeli tumani, Quruvchi dahasi, 22/43.

www.scientists.uz, info@scientists.uz, +998901259654



Babajanov Axmadjon Sultanbayevich

**Tibbiyot fanlari doktori, professor,
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar
kafedrası mudiri,
Samarqand ShTB boshlig'i**



Toirov Abduxamid Suvonovich

**PhD., Samarqand davlat tibbiyot
universiteti pediatriya fakulteti
xirurgik kasalliklar kafedrası
dotsent v.b.**



Axmedov Adxam Ibadullayevich

**PhD., Samarqand davlat tibbiyot
universiteti pediatriya fakulteti
xirurgik kasalliklar kafedrası
dotsent v.b.**



Maxmudov Saidin Botirovich

**PhD., Samarqand davlat tibbiyot
universiteti Pediatriya fakulteti
xirurgik kasalliklari kafedrası assistenti**

ISBN 978-9943-9641-6-7



9789943964167