



**BOLALARDA OSHQOZON-
ICHAKLARDAN QON KETISH
BILAN KECHADIGAN NUQSONLI
RIVOJLANISHLAR VA
KASALLIKLAR**

o'quv qo'llanma

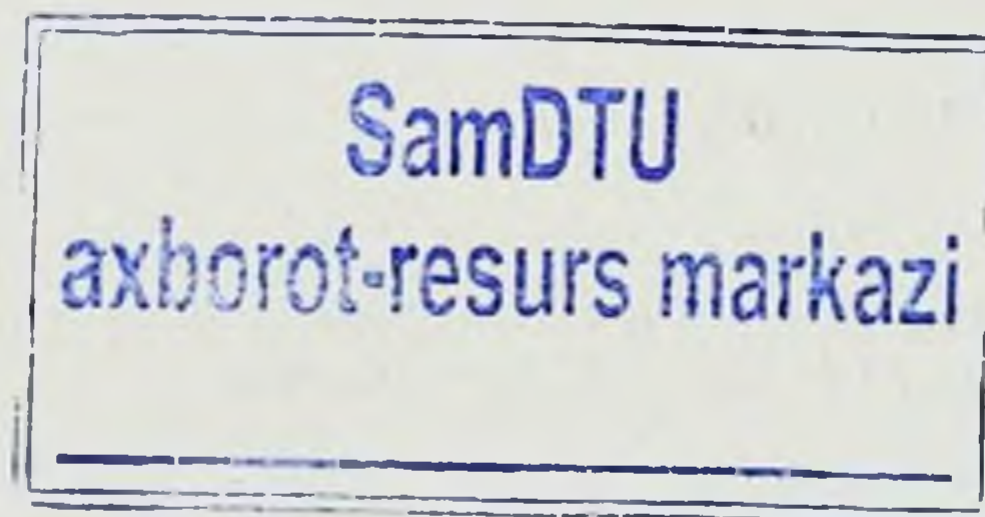
SAMARQAND

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY TA'LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

I.A. AXMEDJANOV, N.I. AXMEDJANOVA, U.X. XAYITOV,
M.U.BEGNAEVA

BOLALARDA OSHQOZON-ICHAKLARDAN
QON KETISH BILAN KECHADIGAN NUQSONLI
RIVOJLANISHLAR VA KASALLIKLAR

(Magistratura rezidentlari uchun
o'quv qo'llanma)



Samarqand 2024

UO'K: 616.01(075)

A 90

KBK: 57.32ya73

Axmedjanov I.A., Axmedjanova N.I., Hayitov U.X., Begnaeva M.U.
Bolalarda oshqozon-ichaklardan qon ketish bilan kechadigan nuqsonli rivojlanishlar va kasalliklar [Matn]: o'quv qo'llanma / Samarqand davlat tibbiyot universiteti - Samarqand.: "STEP-SEL" MChJ nashriyoti, 2024 - 124 bet.

TAQRIZCHILAR:

Ataqllov D.A. Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti I-son bolalar jarrohligi kafedrasining professori, tibbiyot fanlari doktori

Raupov F.S. Buxoro davlat tibbiyot instituti Bolalar xirurgiyasi va neyroxirurgiyasi kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, dotsent.

Qon ketish ko'plab kasalliklar va shikastlanishlarning eng og'ir asoratlardan biri bo'lib hisoblanadi. Ushbu muammoga odatda jarrohlilar, travmatologlar, urologlar, akusherlar, anesteziologlar va tez yordam shifokorlari kabi mutaxassislar duch keladi. Ularning malakali va qisqa vaqt mobaynida ko'rsatgan yordami tufayli minglab insonlarni hayoti saqlab qolinadi. Ushbu qo'llanma bolalarda oshqozon-ichak traktida qon ketishi bilan kechadigan kasalliklar etiopatogenenzi, klinkasi, zamonaviy diagnostikasi va davolash usullari batafsil bayon qilingan bo'lib, tibbiyot oliygohlari namunaviy dasturi asosida yozilgan.

Mazkur adabiyot tibbiyot oliygohlari magistratura rezidentlari va umumiy amaliyot vrachlariga mo'ljallangan bo'lib, ularga bolalarda oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishi bilan kechadigan nuqsonli rivojlanishlar va kasalliklar haqida yetarli ma'lumotlar berishini o'z oldiga maqsad qilgan.

ISBN: 978-9910-720-57-4

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining 2024 yil 31 maydagi majlisda muhokama qilingan va nashrga tavsiya etilgan. (A/F 245 - sonli guvohnoma).

© Axmedjanov I.A. va b., 2024 y.
© "STEP-SEL" MChJ nashriyoti, 2024 y.

KIRISH

Oshqozon-ichaklardan qon ketish holati bir qancha kasalliklarini belgisi bo'lib, oxirgi yillarda bolalar o'rtasida ushbu asoratning ko'payishi kuzatilmoqda. Keyingi yillarda bu kasalliklarni diagnostikasi va davolashida bir qator muvaffaqiyatlarga erishilganligiga qaramasdan, hamon urgent jarrohlida oshqozon-ichaklarda profuz qon ketishi va uni to'xtatish masalasi katta muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Zamonaviy diagnostika usullarini qo'llash, turli davolash tadbirlarini ishlab chiqilishiga qaramasdan bolalar orasida ushbu asoratdan o'lim holatlari hamon uchrab turibdi.

Ushbu muammoni yechishda asosiy masalalardan biri qon ketish sababini va joyini aniqlash usullarini amaliyotga kengroq kiritishdir. Faqat yangi tekshirish usullarini keng qo'llash va ular natijalarini umumlashtirilishi ushbu muammoni yechishda yordam beradi.

Oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketish shikoyatlari bilan murojaat qilgan bemor bolalarni dastlabki ko'rikdan o'tkazayotgan bolalar jarrohi oldida quyidagi ikki bosqichli vazifa turadi:

1. Qon ketish sababini va uni joyini aniqlash.
2. Har bir alohida vaziyatda samarali yordam berish usulini tanlash.

Yuqoridagilarni hal etish bolalar jarrohidan yetarli darajada nazariy va amaliy bilimlarni talab qiladi. Mana shunday vaziyatlarda oshqozon-ichaklardan qon ketish muammosini yoritadigan va yagona yo'nalishdagi bilimlarni umumlashtiruvchi qo'llanmani o'rni beqiyosdir.

Hozirgi vaqtda bolalar jarrohlida ushbu muammoni hisobga olib, tibbiyot oliygohi talabalari, klinik ordinatorlari, magistratura rezedentlari va umumiy amaliyot vrachlariga oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishi bilan kechadigan nuqsonli rivojlanishlar va kasalliklar haqida yetarli ma'lumotlar berishini ta'kidlab, ushbu qo'llanma ularga kundalik ish faoliyatida yaqindan yordam beradi degan umiddamiz.

Mualliflar.

OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISHI ETIOPATOGENEZI

Qon yo'qotish bu harakatlanayotgan va depo qonni tomirlardan tashqariga chiqishi natijasida ruy beruvchi holat bo'lib, organizmda bir qator kompensator va patologik o'zgarishlar bo'lishi bilan xarakterlanadi. Ovqat hazm qilish nayidan qon ketishlar bolalar jarrohligining oldida turgan jiddiy muammolardan biri bo'lib, ayrim ma'lumotlarda kursatilishicha 8-10% gacha o'lim bilan tugallanishi mumkin. Bunga sabab yo'qotilgan qon oqibatida bola organizmda ruy beruvchi bir qator patologik holatlar va kichik yoshdagi bolalarni qon yo'qotilishiga o'ta sezgirligidir.

Qon yo'qotish og'irligiga ta'sir qiluvchi omillarga quyidagilar kiradi:

1. qon ketishiga sabab bo'lgan kasallik;
2. qon yo'qotish darajasi;
3. hemor yoshi;
4. yo'ldosh kasalliklar;
5. qon ketish boshlanganidan buyon o'tgan vaqt;
6. qon ketish sababini aniqlash va shoshilinch yordam ko'rsatish hajmi, hamda uning samarasi.

Bolalar amaliyotida oshqozon-ichaklardan qon ketishi ko'pchilik hollarda quyidagi kasalliklarda uchraydi: portal gipertenziya, diafragma qizilo'ngach teshigi churralari, Mellori-Veys sindromi, gemorragik gastrit, oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari, stressli yaralar, ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlari, Mekkel divertikuli, ichaklar invaginatsiyasi, nospetsefik yarali kolit, polip va polipozlar, ichaklar gemangiomas va o'smalari, anal teshigi yorilishi, gemorroy, chaqaloqlar gemorragik kasalligi, qon kasalliklari va boshqa kasalliklar.

Ovqat hazm qilish nayidan o'tkir qon ketishi oqibatida organizmda ruy bergan patofiziologik o'zgarishlarni bilish diagnostika va davolash jarayonida katta ahamiyatga egadir. Ma'lumki, qon yo'qotilishiga organizmning javob reaksiyasi uni chaqirgan kasallikka emas, balki qon ketish tezligi va hajmiga bog'liq bo'ladi. Aylanuvchi qon hajmini oz

miqdorda kamayishi depolanib turgan qonni oqimiga qo'shilishi va to'qimalar suyuqligini qayta taqsimlanishi natijasida tezda to'ldiriladi. Bundan tashqari qon yo'qotishlarda tomirlarning yalpi spazmi ro'y beradi. Bu holat esa o'z navbatida tomirlar o'zani hajmini kamaytiradi va qandaydir darajada yo'qotilgan qonni kompensatsiyalaydi. Agar qon ketishi davom etsa, bu himoya reaksiyasi toliqadi va organizmning qon bilan ta'minlanishi buzilishi natijasida ko'pchilik a'zolarida chuqur o'zgarishlar ruy beradi. Qon yo'qotishda asosiy buzilishlar patogenezini quyidagilardan iborat:

- umumiy aylanuvchi qon hajmini kamayishi;*
- qon bosimini tushishi;*
- gipoksemtiya;*
- organlar va to'qimalar gipoksiyasi.*

Yuqoridagi ko'rsatilganlardan shuni aniqlash mumkinki, qon ketish boshlangandan to to'qimalar gipoksiyasi ruy berguncha organizmda bir qator bir-biriga o'zviy bog'langan patologik o'zgarishlar kuzatiladi. Lekin, har qanday qon yo'qotilganda organizmda dastlab shunday himoya reaksiyalari bo'ladi, ular ma'lum darajada yo'qotilgan qonni o'mini to'ldiradi. Bu himoya reaksiyalariga quyidagilar kiradi:

1. periferik qon tomirlarini yalpi spazmi;
2. depo qonni umumiy oqimga qo'shilishi;
3. tomirlar tonusini qayta taqsimlanishi;
4. yurak minutlik hajmini ko'payishi;
5. nafasni chuqurlashishi va tezlashishi.

Bu himoya reaksiyalari pasaygan qon bosimini vaqtincha ko'tarib turish, yurak va miyani qon bilan ta'minlanishini yaxshilash imkoniyatini beradi. Umumiy aylanuvchi qon hajmi va qonni qayta taqsimlanishi va to'qimalararo suyuqlikni tomirlarga o'tishi hisobiga vaqtincha kamaymasdan turadi. Undan tashqari, qon ketishi boshlanishi bilan qon ivish tizimi faollashadi.

Bolalar ayniqsa qon yo'qotilishini og'ir o'tkazadilar. Uning yoshi qancha kichik bo'lsa, bu jarayon ularda shunchalik og'ir kechadi, chunki ularda kompensator mexanizmlar, yurak-tomir, asab va qon izish tizimi hali to'liq shakllanmagan bo'ladi. Bu holat esa oshqozon-ichaklardan

qon ketish boshlanganda bolalarda, ayniqsa, kichik yoshli bolalarda qonni to'xtatish chora-tadbirlarini qanchalik tez ko'rish zarurligini ko'rsatadi. Aylanuvchi qonni 25-30% ni yo'qotish organizmni juda ham katta xavf ostiga qo'yadi, tusatdan 50% qonni bir vaqtda yo'qotish esa o'limga olib keladi.

OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISHI KLINIKASI

Oshqozon-ichaklardan qon ketish kuzatilganda qaysi kasallik bu holatga sabab bo'lganligidan qat'iy nazar asosan ikki klinik belgi bilan namoyon bo'ladi: *qon aralash qusish va to'g'ri ichak orqali qon chiqishi*. Qolgan hamma belgilar mana shu ikki asosiy belgi asoratlari sifatida namoyon bo'ladi. Qon aralash qusish ayrim kasalliklar uchungina xos bo'lsa, axlat bilan yoki axlat bo'lmagan vaqtda to'g'ri ichak orqali qon ajralishi hamma kasalliklarda kuzatiladi.

Oshqozon-ichaklardan qon ketish *o'tkir* va *surunkali* bo'ladi. Shuningdek, qon ketish manbaiga qarab ovqat hazm qilish nayining yuqori va pastki qismlaridan qon ketishlar farqlanadi. Ovqat hazm qilish nayining yuqori qismida qon ketganda qon oshqozon shirasi ta'sirida o'zgaradi va asosan jigar rangi "kofe quyqasi" ni eslatadi. Qon ketish boshlangandan 16-20 soat o'tgach, ba'zan esa bundan ham qisqaroq vaqt ichida axlat rangini qorayganligini ko'rish mumkin. Ovqat hazm qilish traktining pastki qismidan qon ketganda esa qon ketish joyiga qarab, ba'zi hollarda axlat rangi qora bo'lsa (ingichka ichakning proksimal qismidan qon ketganda), ba'zan axlatga aralashmagan holda qirmizi yoki qon to'g'ri ichak orqali ajraladi.

Oshqozon ichaklardan qon ketishlar yashirin va ko'zga ko'rinarli bo'ladi. Urgent jarrohligi nuqtai-nazaridan yashirin qon ketishning hech qanday klinik ahamiyati yo'q.

Yo'qotilgan qonning hajmiga va klinik belgilariga qarab qon ketishning 3 darajasi farqlanadi.

I-darajasi - yengil darajadagi qon yo'qotish bo'lib, bunda bemorning umumiy ahvoli keskin yomonlashmaydi. Qon bosimi pasaymaydi, diurez esa kamaymagan, faqat taxikardiya kuzatiladi. Qon

tahlilida gemoglobin miqdori 100 g/l dan past emas. Qon yo'qotish 20% gacha.

II-darajasi - o'rta darajadagi qon yo'qotish bo'lib, bemor ahvoli xavotirli, taxikardiya, qon bosimi pasaygan, oligouriya, gemoglobin miqdori 80 g/l dan past. Aylanuvchi qon hajmi 80% gacha yo'qotilganda bu daraja kuzatiladi.

III-darajasi og'ir darajadagi qon yo'qotish bo'lib, bemorlar ahvoli juda og'ir, teri-oqimtir, qon bosimi ba'zan aniqlanmaydi, markaziy vena bosimi 0, oligoanuriya, metabolik atsidoz belgilari kuzatiladi. Gemoglobin miqdori juda past, aylanuvchi qon hajmini 30% dan ko'p yo'qotilganda kuzatiladi.

Oshqozon-ichaklardan qon ketish kuzatilganda klinik ahamiyati jihatidan qon yo'qotish 2 davrga bo'linadi.

1. yashirin davr - bunda qon asosan oshqozon-ichaklarda yig'iladi.

2. qon ketishini yaqqollashishi bunda qon aralash qusish va to'g'ri ichak orqali qon chiqishi kuzatiladi.

Qon ketishining yashirin davrida bemorlarda kamquvvatlik, bosh aylanishi kuzatilib, ko'rik paytida teri qoplamlari bir oz oqimtir, tomir urishi tezlashgan bo'ladi. Qon aralash qusish va to'g'ri ichak orqali qon chiqishi yoki axlat rangini qorayishi qon ketish davom etayotganligidan darak beradi. Lekin bunda qon ketish manbasini aniqlash qiyin. Agarda bolaning ahvoli yomonlashsa, qon bilan qayta qusganda va to'g'ri ichak orqali ko'p miqdorda qon ajralsa, bu oshqozon va ichaklardan profuz qon ketayotganligini bildiradi. Bunday holatlarda teri qoplamlari va shilliq qavatlar yanada oqaradi, bosh aylanishi va holsizlik kuchayadi, puls tezlashib, uning to'liqligi va taranglashishi nimjonlashadi, qon bosimi tushadi, qon tahlillarida gemoglobin va gemotokrit miqdoriy ko'rsatkichlari pasayadi. Ko'p miqdorda qon yo'qotish esa gemorragik shok holatiga olib keladi.

Gemorragik shok. Ko'p miqdorda qon yo'qotish gipovolemiyaga va birinchi navbatda, yurakdan haydaluvchi qonni miqdorini kamayishiga olib keladi. Hujayralararo va hatto hujayralar ichidagi suyuqlikni tomirlar o'zaniga o'tishi qisqa muddatga bu xavfni kamaytiradi, xolos. Yurakdan chiquvchi qon hajmini kamayishiga javob

tariqasida reflektor ravishda avval venalar, keyinchalik esa arteriyalar tonusi oshadi. Bu holat esa muhim a'zolarida (miya, yurak, buyrak) vaqtinchalik qon aylanishini buzilmasligini ta'minlab turadi. Agar gipovolemiya o'z vaqtida bartaraf qilinmasa, arteriolalar va kapillyarlarda spazm holati kuchayadi. Bu esa qon oqishini sekinlashishi va uning reologik xususiyatlarini buzilishiga olib keladi. Natijada qon shaklli elementlari bir- biriga yopishadi, eritrotsitlar agregatsiyasi kuzatiladi, qon mikrosirkulyatsiya tizimida to'planadi. Keyinchalik prekapillyar sfinkterlar falaji qon oqimini to'xtashi, gidrostatik bosimni oshishi, kapillyarlar devori o'tkazuvchanligini oshishiga va to'qimalar shishiga olib keladi. Bularning hammasi to'qimalarni oziqlanishi va ularda modda almashinuvini buzilishiga olib keladi. Avval mahalliy, keyin esa umumiy metabolik atsidoz rivojlanadi. O'z navbatida atsidoz miokard ishini yomonlashtiradi, bu esa gipovolemiyani og'irlashishiga olib keladi. Shuningdek, atsidozda o'pkalarda havo almashinuvi qiyinlashadi. Kapillyarlardagi staz holati natijasida to'g'ridan-to'g'ri arteriovenoz anastomozlar ochilib, arterial qonning bir qismi to'qimalarga bormasdan venalarga o'tib ketadi, buning o'zi ham buzilgan mahalliy oksigenatsiyani yanada og'irlashishiga olib keladi. Yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlarga parallel ravishda simpatik-adrenal tizim faollashadi, tomirlar tonusi oshib, to'qimalarning kislorodga bo'lgan talabi oshadi. Shunday qilib, bir- biriga bog'liq bo'lgan nuqsonli doira hosil bo'ladi, bu esa bemor ahvolni yanada murakkablashishiga va jiddiylashishiga olib keladi.

Gemorragik shokning klinikasi. Gemorragik shokning klinik ko'rinishi uning bosqichiga bog'liq bo'ladi. Klinik belgilarni ma'lum darajada namoyon bo'lishiga qarab gemorragik shokning 4 bosqichi tafovut qilinadi.

I- bosqichida umumiy qo'zg'alish, teri qoplamlari va shilliq pardalarni oqarishi, tomir urishini tezlashishi kuzatiladi. Arterial qon bosimi normal, ba'zan hatto bir oz ko'tarilgan bo'ladi, nafas olish bir oz tezlashgan, qon yo'qotish aylanuvchi qon hajmini 15-20% gacha bo'ladi.

II- bosqichida bola tormozlangan, terisi va shilliq pardalari ancha oqargan, akrotsianoz, hansirash kuzatiladi. Arterial va markaziy vena qon bosimlari pasaygan. Qon quyushishi hisobiga gematokrit oshadi, metabolik atsidoz belgilari namoyon bo'ladi. Harakatlanuvchi qonning 25- 40% gacha yo'qotiladi.

III- bosqichda kuchli tormozlanish, hatto hushini yo'qotish kuzatiladi. Bemor terisi juda oqargan, kuchli hansirash, nafasni yuzaki bo'lishi, taxikardiya, tomirlar urishi, uning tarangligi va to'lishishini susayishi, hatto ipsimon tomir urishi kuzatiladi. Arterial qon bosimi normaga nisbatan 50-60% gacha pasaygan bo'ladi. Qonda metabolik va nafas atsidozi belgilari kuchayadi. Qon yo'qotish 40% gacha.

IV- bosqichda agonal holat klinikasi bo'lib, qon yo'qotish umumiy aylanuvchi qonning 50% gacha va hatto undan ham ko'p bo'ladi.

OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISHINI DIAGNOSTIKASI

Oshqozon ichaklardan qon ketishini tasdiqlash ko'pchilik hollarda unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Katta yoshli bolalarni o'zlari, kichik yoshli bolalarni esa ota-onalari qon aralash qusish, axlati rangini qorayishi, axlatida yoki to'g'ri ichak orqali qon ajralishi shikoyatlari bilan murojaat qilishlari, ovqat hazm qilish nayidan qon ketayotganligini ko'rsatadi. Lekin qon ketish manbasini aniqlash hamma vaqt ham oson bo'lavermaydi, faqat chuqur klinik, rentgenologik va endoskopik tekshirishlar natijalariga tayanib qon ketish joyini aniqlash mumkin. Ba'zi hollarda esa faqat operatsiya vaqtidagina diagnozni aniqlash imkoniyati tug'iladi. Oshqozon-ichaklardan qon ketishi klinikasi bilan murojaat qilgan bemorlarni tekshirayotgan jarroh diagnostik muolajalarni o'tkazish jarayonida quyidagi 2 savolga javob topishi kerak:

1. *Qon ketish manbasi qaerda va u qaysi kasallik?*

2. *Yo'qotilgan qon hajmi qancha va qon ketish davom etayaptimi?*

Ushbu savollarga javob topish uchun sub'ektiv, ob'ektiv, kliniko-laborator, rentgenologik va endoskopik tekshirishlarga va ularning natijalariga tayaniladi.

Anamnez. Qon ketish manbasini aniqlashda anamnestik ma'lumotlarning ahamiyati kattadir. Agar anamnezida jigar kasalliklari bo'lgan bo'lsa, demak qon qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan kelayotgan bo'lishi mumkin, yarali anamnez bo'lganda (epigastral sohadagi mavsumiy og'riqlar, ularni ovqat iste'mol qilishi bilan bog'liqligi) birinchi navbatda oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi haqida o'ylashga majbur etadi. Qusiq moddalarida doimo oz miqdorda qon bo'lishi esa diafragma qizilo'ngach teshigi churralarida kuzatiladi. Shuningdek, qusiq moddalarida "kofe quyqasi"ga o'xshash qon bo'lishi va axlat rangini qorayishi qon ketish manbai, qizilo'ngach, oshqozon yoki 12 barmoqli ichakdan ekanligidan darak beradi. Davriy ravishda axlat so'ngida qirmizi rang qon bo'lishi to'g'ri ichakdan qon ketayotganligidan darak beradi. Yo'qotilgan qon hajmini aniqlashda anamnestik ma'lumotlarning ahamiyati unchalik katta emas. Lekin e'tibor bilan yig'ilgan anamnez kasallik diagnostikasi bir muncha aniqliklar kiritishi mumkin: qonli qusishlar soni, qusiq moddalarining hajmi va miqdori (qusiq tarkibida oz miqdorda qon bo'lishi, unda ko'p miqdorda qon laxtalari bo'lishi va hokazo). Shuningdek, anamnez yig'ishda qon ketishiga moyillik beruvchi omillar (boshqa tizimlar kasalliklari, yara hosil qiluvchi dorilar gormonlar, nosteroid preparatlar qabul qilganligi, ovqat tartibi va boshqalar) ham aniqlanadi.

Ob'ektiv tekshirish. Bemorning ob'ektiv holati birinchi navbatda qon yo'qotish darajasiga, qon oqishi tezligiga bog'liq bo'ladi. Teri qoplamlarini oqimtirligi, kaft teri burmalarida pushti rangni yo'qolishi, ko'z kon'yuktivasini oqimtirligi, bemorning so'lg'inligi qon yo'qotilganidan darak beradi. Agarda, oshqozon-ichaklardan qon ketganda ko'rik vaqtida qorin oldingi devori venalari kengayganligi aniqlansa, demak, jigar kasalliklari natijasida qon ketayapti, deb xulosa qilish mumkin. Qon ketishning ishonchli belgilariga pulsni tezlashishi va qon bosimini tushishi kiradi. Teri ichiga va ostiga qon quyilishlar, ko'p sonli teleangiektaziyalar borligi esa tomirlar va qon ivishi tizimi

kasalliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rishni ham ahamiyati kattadir. Qon ketishining og'ir hollarida teri rangi oqargan, ba'zan sovuq ter bilan qoplangan, oyoq-qo'llar sovuq, akrotsianoz, lablar ko'kimtir, hansirash kuzatiladi. Gipovolemiya darajasi va yurak qisqarishlari orasida to'g'rida to'g'ri bog'liqlik bo'ladi, ya'ni gipovolemiya qanchalik og'ir bo'lsa, yurak urishlari shunchalik tez bo'ladi. Ko'p qon yo'qotilganda til quruq va karash bilan qoplangan bo'ladi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligidan boshqa holatlarda palpatsiyada qorin yumshoq va og'riqsiz bo'ladi. Perkutor va auskultativ o'zgarishlar unchalik xos emas.

Laborator tekshirish usullari. Oshqozon-ichaklardan qon ketish kuzatilganda yo'qotilgan qon hajmini aniqlash uchun eng informativ usullaridan biri bu—laborator tekshirish natijalaridir. Qondagi eritrotsitlar soni, gemoglobin, gemotokrit miqdori va rangli ko'rsatkich qanchalik qon yo'qotilganligi haqida yetarli darajada ma'lumot beruvchi ko'rsatkichlardir. Lekin, bu ko'rsatkichlar qon ketish boshlanganligini dastlabki soatlarida o'zgarishsiz yoki kam o'zgargan holda qolishi mumkin, chunki qon yo'qotilishi boshlangach yuqorida ko'rsatib o'tilgan patofiziologik siljishlar oqibatida qon quyushadi va ko'rsatkichlar miqdori o'zgarmaydi, hatto ba'zan qisqa vaqt biroz ko'tarilib ham turadi. Shuning uchun bemorda oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishiga shubha bo'lganda laborator tekshirishlar natijalari dastlab klinik va boshqa belgilar bilan taqqoslanishi kerak, shu bilan bir vaqtda laborator ko'rsatkichlar dinamikada tekshirilib turishi kerak. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan ko'rsatkichlardan tashqari trombotsitlar soni, qon ivish vaqti va davomiyligini ham dinamikada tekshirib turish kerak, chunki birinchidan bu ko'rsatkichlar qon kasalliklari bor-yo'qligidan darak bersa, ikkinchidan, qon yo'qotish natijasida qon ivish tizimida bo'ladigan o'zgarishlar haqida ma'lumot beradi. Shunday qilib, qon ketishiga shubha bo'lganda uni tasdiqlash va organizmda bo'ladigan o'zgarishlarni to'g'ri tahlil qilishda laborator tekshirishlar natijalarining ahamiyati beqiyosdir.

Endoskopik tekshirishlar. Ovqat hazm qilish paytidan qon ketganda endoskopik tekshirish usullarining ahamiyati juda katta, chunki

bu usullar yordamida nafaqat qon ketish manbasini aniq ko'rish mumkin, hatto qon ketuvchi tomirga bevosita ta'sir qilib, qon ketishini uzil-kesil to'xtatish ham mumkin.

Ezofagoskopiya maxsus tayyorgarlik talab qilmaydigan tekshirish usuli bo'lib, shoshilinch holatlarda qo'llanilishi mumkin. Buning uchun katta yoshli bolalarda oddiy primedikatsiyadan so'ng og'iz va xalqum shilliq qavati lidokain bilan og'riqsizlantirilib, kichik yoshli bolalarda esa umumiy og'riqsizlantirish ostida endoskop sekinlik bilan qizilo'ngachga kiritiladi. Bu vaqtda qizilo'ngach shilliq qavatida eroziyalar, varikoz kengaygan venalar va boshqa qon ketishiga sabab bo'lgan holatlarni ko'rish mumkin. Ko'pchilik hollarda qizilo'ngach alohida ko'rilmadan, balki u oshqozon va 12 barmoqli ichak bilan birgalikda ko'riladi. Shuning uchun bu tekshirish usuli to'g'risida batafsilroq to'xtalib o'tishga to'g'ri keladi.



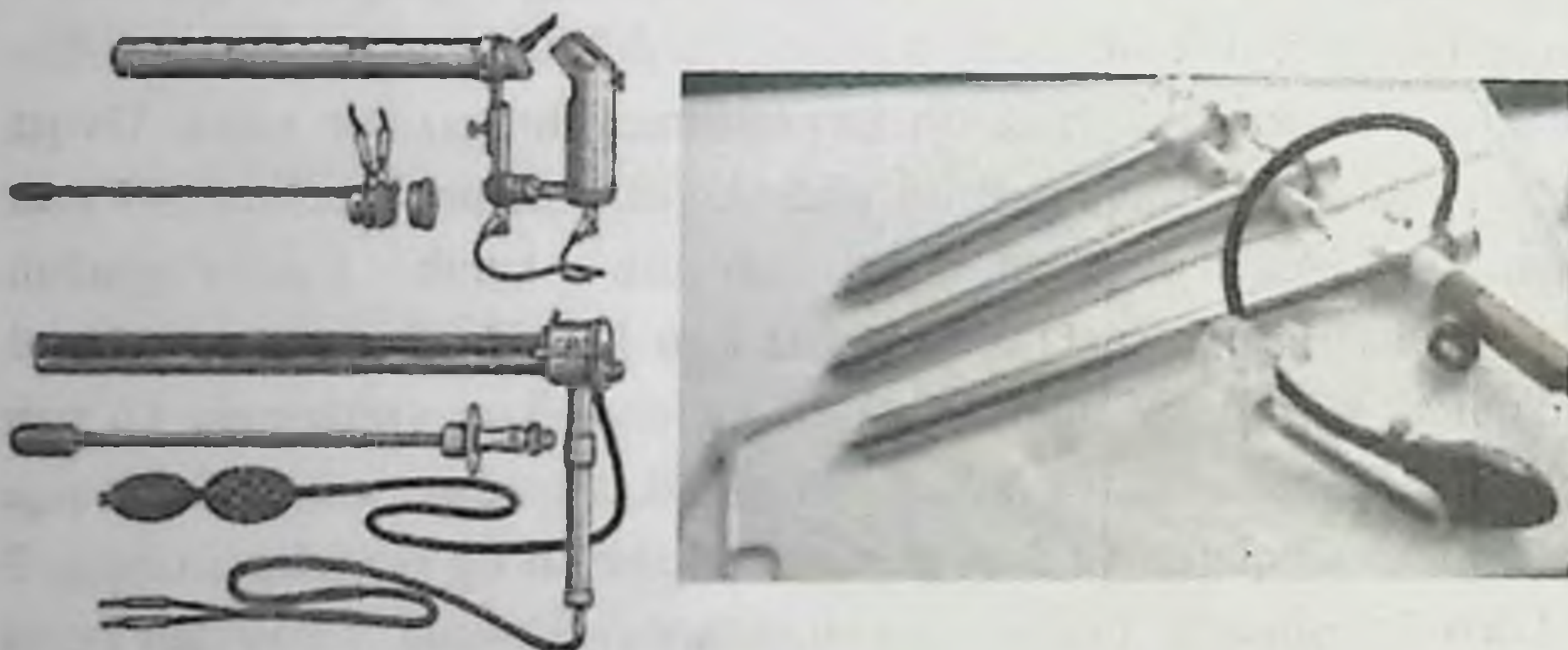
1-rasm. Fibrogastroduodenoskop. Muolaja o'tkazilish vaqti.

Fibrogastroduodenoskopiya - oshqozon va 12 barmoqli ichak shilliq qavatini ko'rish usulidir (1-rasm). Lekin bu usulni faqat tekshirish usuli deb tushunish noto'g'ri bo'ladi, chunki imkoniyat bo'lganda undan davolash maqsadida ham foydalanish mumkin. Hozirgi vaqtda oshqozon-ichaklardan qon ketganda endoskoplar yordamida qon ketuvchi sohaga qoplama hosil qiluvchi kley yuborish, tomirlarni diatermokoagulyatsiya qilish, qonayotgan qon tomirni bog'lash va lazer nurlari bilan ta'sir qilib qon to'xtatish zamonaviy tibbiyotning

yutuqlaridan biridir. Bolalarda endoskopik tekshirish o'tkazish vaqtida ular ovqat hazm qilish nayining ba'zi bir anatomo-fiziologik xususiyatlarini hisobga olish kerak. Ovqat hazm qilish nayi shilliq qavati bolalarda yupqa, nozik, tomirlari esa ko'p bo'lib, mushak va elastik to'qimasi kuchsiz rivojlangan bo'ladi. Shu sababdan shilliq qavat endoskop bilan tez shikastlanishga moyil. Endoskopik tekshirishni to'g'ri o'tkazish ko'p jihatdan endoskopni to'g'ri tanlashga ham bog'liq (bola yoshi, anatomo-fiziologik xususiyatlari va tekshirish maqsadini hisobga olgan holda). Chaqaloqlarda va 6 oylikgacha bolalarda "Olimpus" firmasining SP-XR (diametri 5 mm) gastrointestinal endoskopi, 6 oylikdan 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarda SG-R (diametri 9 mm) va "ASM" firmasining AS-R gastrointestinal endoskoplari qo'llaniladi. Ovqat hazm qilish nayining yuqori qismlarini fibroendoskopik tekshirishga mutloq qarshiliklar yo'q, faqat nisbiy moneliklar (I-darajali yurak-o'pka yetishmovchiligi) bor xolos. Ovqat hazm qilish nayi yuqori qismini endoskopik tekshirish uchun 6-8 soat davomida bola ovqatlanmagan bo'lishi kerak (qizilo'ngachni tekshirishdan tashqari). O'tkir profuz qon ketishlarda oshqozon zoni yordamida sovuq suv bilan yuviladi va endoskop yordamida ko'rish uchun yetarli sharoit yaratiladi. Primedikatsiyadan sung 30 daqiqa o'tgach chaqaloqlarda va 3 oylikgacha tekshirish og'riqsizlantirishsiz 3 oylikdan 7 yoshgacha umumiy og'riqsizlantirish ostida, 7 yoshdan keyin esa mahalliy lidokainli og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Ovqat hazm qilish nayini yuqori qismini ko'rish qizilungach shilliq qavati boshlanadi. Fibroskopiya qizilo'ngach buylab harakati, albatta, havo yuborib turishdan so'ng amalga oshiriladi. Normada qizilo'ngach shilliq qavati oqish-pushti rangda, yaltiroq bo'lib, bir oz silliqlangan buylama burmalari bo'ladi. Oshqozonni ko'rishda ma'lum bir ketma-ketlikka rioya qilish kerak. Dastlab kichik egrilik subkardial qismi va unga tutash oldingi va orqa devori ko'riladi, keyin esa katta egrilik va oshqozon tubi ko'riladi. Shundan keyin oshqozon umumiy manzarasi va burchagi ko'riladi. Subkardial qism shilliq qavati yaltiroq, silliq va pushti rangli bo'lsa, oshqozon tubi uncha baland bo'lmagan buylama burmalardan iborat bo'ladi. Oshqozon oval shaklda bo'lib, orqa va oldingi

devorlarida burmalar sust rivojlangan, noto'g'ri shaklli bo'ladi. Katta egrilikda burmalar aniq, uzun va parallel joylashgan bo'ladi. Antral qismga qarab borishda burmalar soni va balandligi kamayadi. 12 barmoqli ichak shilliq qavati och pushti rangda, silliq, mayin bo'ladi, burmalari esa aylanma yo'nalishda bo'ladi.

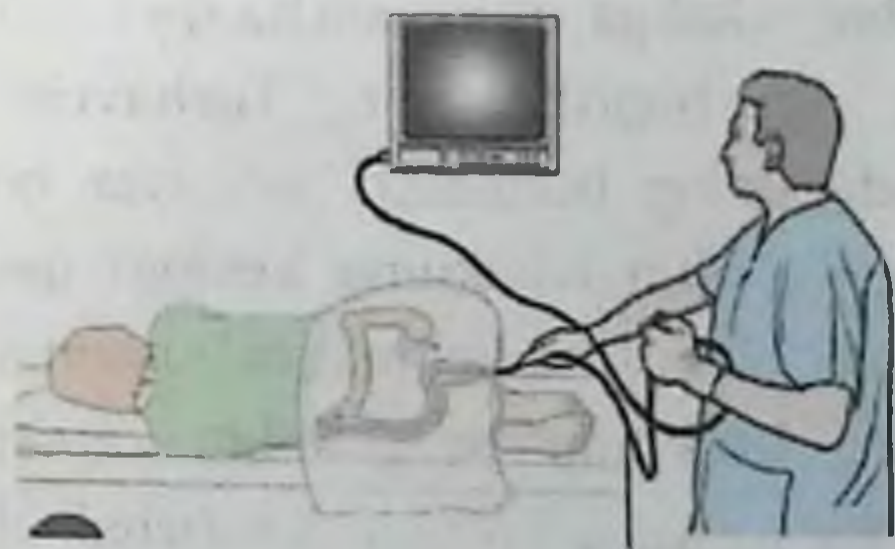
Fibroezofagogastroduodenoskopiya vaqtida kuzatiladigan asoratlar asosan endoskopni noto'g'ri tanlash, usulni noto'g'ri amalga oshirish yoki og'riqsizlantirish oqibatida ruy beradi. Asoratlardan shilliq qavatni yengil shikastlanishidan to g'ovak a'zoni teshilishigacha kuzatiladi. Bulardan eng og'ir asorati qizilo'ngachni teshilishi bo'lib, unda mediastinit rivojlanadi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak jarohatlanishi natijasida esa peritonit va qorin orti sohasi flegmonasi rivojlanadi.



2-rasm. Rektoromonoskop.

Rektoromonoskopiya endoskopik tekshirish usuli bo'lib, unda to'g'ri va sigmasimon ichaklar shilliq qavati holati ko'riladi (2-rasm). Bu tekshirish usuli to'g'ri ichak orqali qon chiqqanda, polip, yara, o'sma va shilliq qavat shikastlariga shubha bo'lganda o'tkaziladi. Shuningdek, portal gipertenziyani aniqlashda ham rektoromonoskopiya yetarli ma'lumotlar beradi. Chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalarda rektoromonoskopiya o'tkazish uchun tekshirishdan 60 va 30 minut avval 50-150 ml suv bilan tozalovchi huqna qilinadi. Keyin esa to'g'ri ichakda rezina nay qoldiriladi. Katta yoshli bolalarda esa kechqurun va ertalab 300-700 ml suv bilan tozalovchi hukna qilinadi va tekshirish boshlanguncha to'g'ri ichakda rezina nay qoldiriladi. Chaqaloqlar va

ko'krak yoshidagi bolalarda tolali yoritgichli bolalar rektoskopini kalta tubusi, katta yoshli bolalar uchun kattalar rektoskopi tubusidan foydalansa bo'ladi. Kichik yoshli bolalarda rektoromonoskopiya vaqtida qulay holat bu orqaga yotib, oyoqlarni chanoq-son va tizza bo'g'imlarida bukishdir. Katta yoshli bolalar uchun qulay holat tirsak tizza holatidir. Bezovta bolalarda umumiy og'riqsizlantirish usuli yordamida rektoromonoskopiya o'tkaziladi. Odatda, bu tekshirish og'riqsizlantirishsiz o'tkaziladi. Yaxshilab tayyorlangan bolalarni ko'rish uchun rektoskop tubusi ehtiyotkorlik bilan to'g'ri ichanga 3-4 sm gacha kiritiladi va o'tkazuvchi olinib, yorug'lik ostida havo yuborib turish yo'li bilan tubusga yo'l ochiladi, ayni vaqtda shilliq qavat holati ham ko'rib boriladi. Normal vaziyatlarda sfinkterdan so'ng to'g'ri ichak shilliq qavatida bo'ylama burmalar ko'rinadi. Sigmasimon ichakning chanoq qismiga o'tish joyida to'g'ri ichak ampulasiga nisbatan bir oz torayish ko'rinadi. Sigmasimon ichak shilliq qavati burmalari maydaroq bo'ladi, shuning uchun e'tibor bilan ko'rilmasa, kichik yara va poliplar kurinmay qolishi mumkin. Rektoromonoskopiya yordamida odatda bolalarda qon ketishi sababini aniqlash qiyin emas. Bunda ko'pincha poliplar bo'ladi. Agarda, bolada to'g'ri ichak orqali qon ajralishi kuzatilib, rektoromonoskopiya vaqtida hech narsa aniqlanmasa, u holda kolonofibroskopiya o'tkazilishi kerak.



3-rasm. Kolonofibroskopiya uskunasi va muolaja vaqtida bemor holati.

Kolonofibroskopiya butun yo'g'on ichakni shilliq qavatini ko'rish usuli bo'lib, uning yordamida qon ketish manbasini aniqlashdan tashqari biopsiya va poliplarni ham olish mumkin (3-rasm). Bundan tashqari kolonofibroskopiya yordamida yo'g'on ichak shilliq qavatidan ketayotgan qonni ham to'xtatish mumkin. Bolalarda kolonoskopiya o'tkazish uchun "Olimpus" firmasining 1035 mm uzunlikga va 13,7 mm diametrga ega bo'lgan SG TV, kolonoskopi qo'llaniladi. Kolonofibroskopiya ko'rsatmalar: yo'g'on ichakdan qon ketish, yo'g'on ichak poliplari, nospesifik yarali kolitga shubha bo'lgan holatlar, yo'g'on ichak o'smalari va rektoromonoskopiya vaqtida qon ketish sababini aniqlanmasligi va hokazolur. Kolonofibroskopiyaning qoniqarli darajada o'tkazish uchun bemor bu tekshirish usuliga maxsus tayyorlanishi kerak. Bolalarga 2-3 kun davomida 400-500 ml suv bilan tozalovchi huqna qilib boriladi, maxsus parxez buyuriladi va kastor yog'i ichishga beriladi. Bolalarda bu tekshirish usuli umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Yaxshi tayyorlangan va sifatli o'tkazilgan tekshirish vaqtida bemorlarni ko'richagigacha ko'rish imkoniyati tug'iladi. Tekshirish vaqtida bemorning holati orqa yoki chap yonboshga yotgan holatda bo'ladi. Fibroskop tubusi vazelin bilan yog'lanib, sekinlik bilan to'g'ri ichakga kiritiladi. Sigmasimon ichakda bo'ylama va sirkulyar burmalar bo'ladi. Sirkulyar burmalar sigmasimon ichakning yuqori qismida bo'ladi. Sigmasimon ichakdan tushuvchi chamber ichakga o'tish ancha qiyin bo'ladi, chunki bu yerda murakkab ikkita egri-bugrilik bor. Tushuvchi chamber ichak uchburchakni eslatadi, uning burmalari sirkulyar bo'ladi. Taloq burilishi qopsimon bo'lib, yo'g'on ichakning keyingi qismlari yopik bo'ladi. Kundalang chamber ichak ham uchburchaksimon shaklda bo'ladi. Jigar burilishi esa o'zining ko'kimtir rangi bilan xarakterlanadi. Ko'tariluvchi yo'g'on ichak bir oz keng bo'ladi. Ko'richak shilliq qavati to'q qizg'ish rangda bo'ladi. Kolonofibroskopiya vaqtida yo'g'on ichak poliplari, ularning soni, joylashishi va holati aniqlanadi. Shuningdek, yo'g'on ichak shilliq qavati holati, o'smalar va boshqa kasalliklar aniqlanadi. Kolonofibroskop yordamida biopsiya olish va qon ketayotganda uni to'xtatish ham mumkin.

Rentgenologik tekshirishlar. Bu tekshirish usuli yordamida qon ketish manbasini aniq aytish qiyin bo'lsada, uning natijalariga tayanib qaysi kasallik qon ketishiga sabab bo'lganligini tahmin qilish mumkin (4-rasm). Umumiy rentgenografiya ovqat hazm qilish nayidan qon ketganda hech qanday ma'lumot bermaydi. Lekin kontrastli rentgen tekshirishlar yordamida oshqozon-ichaklardan qon ketishi bilan kechuvchi ko'pgina kasalliklarga xos belgilarni aniqlash mumkin.



4-rasm. Zamonaviy raqamli rentgen uskunalari.



5-rasm. Multispiral kompyuter tomograf (MSKT)

Qizilo'ngachni kontrastli rentgen tekshirishda portal gipertenziyada kuzatiladigan qizilo'ngach venalarini varikozlanishiga xos bo'lgan

"to'lishish no'qsoni" belgisini ko'rish mumkin. Diafragma qizilo'ngach teshigi churralarini diagnostik aniqlashda asosiy usul bu – kontrastli rentgen tekshirish usulidir. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralarida kontrastli rentgen tekshirishda "tokcha" belgisi aniqlansa, yo'g'on ichakning kontrastli tekshirish natijasida polipoz, o'smalar va nospetsefik yarali kolit kasalliklariga xos bo'lgan rentgen belgilarni aniqlash mumkin.

Hozirgi zamonaviy rentgeno-radiologik tekshirishlar ham oshqozon-ichak traktidan qon kasalliklariga tashxis quyishda keng foydalanib kelinadi. Bu tekshirishlarga KT, MRT, MSKT kabi tekshirish usullarini kiritish mumkin (5-rasm).

OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARIDAN QON KETGANDA DAVOLASH PRINSIPLARI

Oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishi shikoyatlari bilan murojaat qilgan bemorlarda qon ketish manbasini aniqlashdan ham ba'zan samarali qon to'xtatish usulini tanlash zarurroq bo'ladi. Qon ketishiga sababchi bo'lgan har bir kasallikning o'ziga xos qon to'xtatish usuli bo'lsada, oshqozon-ichaklardan qon ketganda uni to'xtatishni umumiy qonuniyatlari ham bor. Ovqat hazm qilish nayidan o'tkir qon ketishlar va ularni to'xtatish amaliy jarroxlilikning murakkab masalalaridan biridir. Hozirgi vaqtda o'tkir qon ketishlarda konservativ yoki operativ davo usullarini qaysi birini ustunligi haqida gapirish noto'g'ri bo'ladi, chunki bu ikki usul faqat bir-birini to'ldiradi, xolos. Oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketish holatlarining har biri kasalxonaga yotqizishga - mutlok ko'rsatma bo'ladi. Noaniq sababli bo'lgan va bir marta qisqa muddatli qon ketishidan so'ng bemorni kasalxonaga yotqizib, to'liq tekshirmaslik katta xato hisoblanadi. Bunday bemorlarga yotoq tartibidan tushqari, agarda, qon ketish davom etayotgan bo'lsa, og'iz orqali ovqat qabul qilish ham mumkin emas.

Oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishlarda davo usulini tanlash qon ketishiga sabab bo'lgan kasallik turi, qon ketish darajasi, qon ketish boshlangandan buyon o'tgan vaqt, bemorning umumiy ahvoli va qon ketish faolligiga bog'liq bo'ladi. Har qanday sharoitda ham zudlik bilan

qon guruhi va rezus omil aniqlanadi. Tomir ichiga yo'qotilgan qon o'rmini to'ldirish maqsadida suyuqliklar quyila boshlaydi. Gemostatik preparatlar asosan vena ichiga kiritilishi kerak, ayni danda qon va qon zardobi ham tomir ichiga tomchilab quyilishi kerak. Yuqoridagi muolajalarga parallel ravishda endoskopik va boshqa tekshirish usullari imkoni boricha o'tkaziladi. Agar shu davrda qon ketish manbasini aniqlash imkoniyati tug'lsa, endoskopik usulda uni to'xtatishga harakat qilib ko'riladi. Hozirgi vaqtda oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishlarda faol kutish taktikasi qo'llaniladi, ya'ni har qanday sharoitda ham davoni konservativ usullardan boshlash kerak. Dinamikada bemor ahvoli kuzatilib boriladi, ayni vaqtda operatsiyata ham tayyor bo'lib turish kerak. Konservativ davo muolajalari orasida oshqozonni sovuq suv bilan yuvishni ahamiyati katta (agar qon oshqozondan ketayotgan bo'lsa). Bunda birinchidan, oshqozon qon laxtalari va ovqat qoldiqlaridan toza bo'lsa, ikkinchidan, xlorid kislota miqdori va pepsin faolligi kamayadi, oshqozon shilliq osti qavatiga qon kelishi kamayadi. Lekin, oshqozonni sovuq suv bilan yuvishdan oldin qon qizilo'ngachni varikoz kengaygan venalaridan kelmayotganligiga ishonch hosil qilish kerak, aks holda oshqozonga kiritilgan zond bilan varikoz kengaygan venalarni shikastlash mumkin. Endoskopik usullar yordamida qonni to'xtatish zamonaviy usullarga kiradi. Bu tekshirish vaqtida nafaqat qon ketish joyini aniqlash mumkin, hatto endoskop yordamida bevosita qonayotgan tomirga ta'sir qilib, qonni to'xtatish mumkin. Endoskop orqali qonayotgan tomirga lazer nurlari, sovuq bilan (kriodestruksiya) va elektrokoagulyatsiya yordamida ta'sir qilish mumkin. Bundan tashqari endoskop yordamida tomirlarni toraytiruvchi turli dori moddalarini qon ketayotgan sohaga purkash, in'eksiya qilish mumkin, qobiq hosil qiluvchi maxsus kley bilan ta'sir qilish imkoniyati tug'iladi.

Infuzion davo oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishlarda infuzion davoni o'tkazishdan maqsad yo'qotilgan qon o'rmini to'ldirish, kolloid-osmotik bosimni, qonni reologik va koagulyatsion xususiyatlarini tiklashdan iboratdir. Infuzion davo zaruriyati va xarakteri qon yo'qotish og'irligi va gipovolemik buzilishlar ko'rinishiga bog'liq. Ko'p miqdorda yo'qotilgan qon o'rmini qon bilan to'ldirishni ahamiyati shundaki, unda

harakatlanuvchi eritrotsitlar soni tezda tiklanadi. Bundan tashqari yangi tayyorlangan qon quyish yo'li bilan qon ivishita ta'sir qiluvchi omillar ham bemor organizmiga o'tadi. Plazma o'rmini to'ldiruvchi elektrolit va kolloid suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin, jelatinol, albumin) quyish orqali kolloid-osmotik bosim tiklanib, qonni reologik xususiyatlari va mikrosirkulyatsiya yaxshilanadi. Infuzion davo o'tkazishda quyiladigan suyuqliklar hajmini aniqlash ko'pincha qiyinchiliklar tug'diradi. Bunday vaziyatlarda klinik belgilar, aylanuvchi qon hajmi kamomati, markaziy vena bosimi ko'rsatgichlariga asoslaniladi. Yengil darajali qon yo'qotishlarda odatda qon quyishga ehtiyoj yo'q, lekin o'rtacha 10-12 ml/kg hisobda suyuqliklar quyilishi kerak. O'rta darajali qon yo'qotishlarda (aylanuvchi qon hajmi kamomati 30% gacha) infuzion davo hajmi tabiiyki oshadi, bu yerda gipovolemiya kamomatini to'ldirish va qondagi O₂ miqdorini gemotransfuziyalar hisobiga oshirish kerak. Qon va zardob o'rmini bosuvchi suyuqliklar munosabati 1:3 nisbatda bo'lishi kerak. Og'ir darajali qon yo'qotishlarda gemorragik shok belgilari bo'lganda umumiy infuziya miqdori aylanuvchi qon hajmi kamomatiga nisbatan bir oz ko'proq bo'ladi, qon va zardob o'rmini bosuvchi suyuqliklar munosabati 1:1 yoki 2:1 nisbatda bo'lishi kerak. Shuningdek, infuzion davo tezligini ham ahamiyati katta (suyuqliklarni organizmga kiritish tezligi). Buni yo'qotilgan qon miqdoriga qarab belgilanadi.

Jarroxlik yo'li bilan davolash o'tkazilgan konservativ muolajalar samara bermaganda qon ketishini davom etishi shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma bo'ladi. Aylanuvchi qon hajmi kamomati 20- 30% bo'lgan holatlar ham shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma bo'ladi, bunda konservativ davo himoyasida dastlabki 24 soat ichida operatsiya qilinishi kerak. Yengil darajali qon yo'qotishda (20% gacha) asosan konservativ muolajalar yordamida qon ketishi to'xtatilishiga erishiladi. Ko'rsatmalar bo'lganda bunday bemorlar qon to'xtagandan keyin rejali ravishda operatsiyaga tayyorlanishlari ham mumkin. Qayta qon ketishlar shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma bo'ladi. Bolalarda kattalardan farq qilib, o'tkir qon ketishlar ko'pincha ovqat hazm qilish nayining o'rta va quyi qismlaridan kuzatiladi. Shuningdek, bolalarda oshqozon-

ichaklardan qon ketishi sababli bo'ladigan operatsiyalar asosan a'zolarini saqlab qoluvchi usullar yordamida amalga oshirilishi kerak.

Qon yo'qotish og'irlik darajasini baholash

Qon yo'qotish darajalarini aniqlashda qo'llaniladigan muhim ratsional usullar:

1. Qon ketishning dastlabki 12 soatida qon yo'qotish hajmini Algover indeksi (yurak urishlar soni, sistolik qon bosimi) yordamida aniqlash mumkin (normada Algover indeksi 0,5-0,7 teng).

Agarda Algover indeksi 0,7-1,0 gacha bo'lsa, bunda qon yo'qotish 20% gacha AQH (aylanuvchi qon hajmi 10%-500 ml qon).

Agarda Algover indeksi 1,0 ga teng bo'lsa, bunda qon yo'qotish 20% AQH (aylanuvchi qon hajmi 20%-100 ml qon).

Agarda Algover indeksi 1,0-1,5 gacha bo'lsa, bunda qon yo'qotish 20% -30% gacha AQH.

Agarda Algover indeksi 1,5 dan ko'p bo'lsa, bunda qon yo'qotish 30% -40% .

2. Qon ketishning vaqti 12 soatdan ortiq bo'lsa, qon yo'qotish hajmini MUR formulasi yordamida aniqlash mumkin:

$$V = P * q * ((Er 1 - Er 2) : Er 1)$$

Bunda: V-qon yo'qotish hajmi ml da;

P – bemor og'irligi kg da;

*- ko'paytirish belgisi;

q –koefsient erkaklar uchun -70, ayollar uchun-65;

Er 1- eritsitlar normada

Er 2 –bemor eritrotsitlari

Er - normada erkaklarda =4,1, ayollarda =3,8.

3. Qon to'xtagandan so'ng 12 soatdan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa, qon yo'qotish hajmini quyidagi jadval yordamida aniqlash mumkin, bunda yo'qotilgan qon hajmi va bemor holati hisobga olinadi (Gorbashko A.I. 1982 y.).

| Qon yo'qotish ko'rsatkichlari | Qon yo'qotish darajasi | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | Yengil | O'rtta og'ir | Og'ir |
| 1. Eritrotsitlar soni | $3,5 \times 10^{12}$ l ko'p | $2,5-3,5 \times 10^{12}$ l | $2,5 \times 10^{12}$ l kam |
| 2. Gemoglobin darajasi g/l | 100 g/l ko'proq | 83-100 | 83 dan kam |
| 3. Puls soni 1 daqiqada | 80 gacha | 80-100 | 100 dan ko'p |
| 4. Sistolik qon bosim | 110 dan ko'p | 110-90 | 90 dan kam |
| 5. Gemotokrit soni, % | 30 dan ko'p | 25-30 | 25 dan kam |
| 6. GO defesiti, bo'lishi mumkindan % hisobida | 20% gacha | 20-30% | 30% dan ko'p |

Gemorragik shokni intensiv davolash. Gemorragik shokni intensiv davolash yo'qotilgan qon o'mini va tomirlar o'zanini to'ldirishdan boshlanadi. Shoshilinch infuzion davoni 20-30 ml/kg poliglyukin, 25-30 mg/kg gidrokortizon va 5% li 3-5 ml/kg askorbin kislotasini tomirga tez yuborishdan boshlash kerak. Bu muolaja sistolik bosim to 80-90 mm. sim. ustuniga yetguncha davom ettiriladi. Shundan keyin tomchilab quyishga o'tiladi, 20-30 ml/kg reopoliglyukin quyiladi, u eritrotsitlar aggregatsiyasini yo'qotadi, ularni tomirlarga qaytishini va mikrosirkulyatsiyani tiklaydi. Tezlik bilan qon guruhi va rezus omili aniqlanib, yangi sitratli qon quyish kerak. Tayyorlanganiga 3 kundan oshgan qonni bolalarda gemorragik shokni davolash maqsadida qo'llash mumkin emas. Qondan so'ng 10-12 ml/kg miqdorda reosorbilakt quyish kerak, u dezintoksikatsion va diuretik xususiyatlarga ega bo'lib, mikrosirkulyatsiyani tiklanishiga yordam beradi. Qon bosimi tiklangach, vazokonstriksiyani yo'qotish va samarali neyrovegetativ himoya sifatida 0,1 ml/kg droperidol qilish mumkin. Qon ketish manbai topilib, u ishonchli to'xtatilgach, har 3-4 soatda koagulogramma nazorati ostida 20-30 birlik/kg geparin qo'llash mumkin, lekin juda ham ehtiyotkorlik bilan amalga oshirish kerak. Bu dori tomir ichi qon ivishini oldini olib, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, shuningdek, u yaxshi antigipoksant hamdir. Kallikrein-kinin tizimi faoliyatini susaytirish qobiliyatiga ega bo'lgan trasilol, kontrikal va gordoks vena ichiga kiritiladi. Bu davo davomida bemorlarga davriy ravishda toza kislorod berib turish kerak. O'tkazilgan davoni samaradorligi ko'rsatkichlari qon bosimini

ko'tarilishi, mikrosirkulyatsiyani tiklanishi (terini oqimtirligi va ko'kimtirligini yo'qolishi, uning pushti rangga o'tishi va iliq bo'lishi) va adekvat diurezni paydo bo'lishidir. Gemorragik shok turli xil jarrohlik yordami talab qiluvchi patologik holatlar va kasalliklar asorati bo'lganligi sababli, qon to'xtatishni operativ usullarini ham qo'llash kerak. Lekin operatsiya gemodinamik ko'rsatkichlar mo'tadillashgancha to'xtatilib turiladi. Agarda qon ketish davom etayotgan bo'lsa, bu holda parallel ravishda ham operatsiya qilinadi, ham shokka qarshi tadbirlar o'tkaziladi. Ovqat hazm qilish nayidan qon ketishi natijasida ro'y bergan gemorragik shokni davolashda oshqozon-ichaklarni qon qoldiqlaridan tozalash muhimligini unutmashlik kerak, chunki bu qon laxtalari shilliq qavat orqali surilib, shok holatida yotgan bemor ahvolini yanada og'irlashtiradi.

GEMOSTATIK PREPARATLAR VA ULARNI QO'LLANILISHI.

1. Kalsiy xlorid - bu preparat tibbiyot amaliyotida ko'p qirrali yunalishda qo'llaniladi. Uni organizmga kiritilgandan keyin kuzatiladigan ijobiy tomonlaridan biri tomirlar o'tkazuvchanligiga ta'sir qilib, qon ketishini to'xtatishidir. Kalsiy ionlari qon ivish jarayonida qatnashadi. Kalsiy xlorid ichishga beriladi va faqat vena ichiga kiritilishi mumkin, teri ostiga va mushaklar orasiga kiritish mumkin emas, chunki to'qimalarga salbiy ta'sir ko'rsatib, nekroz chiqaradi. Ichish uchun, 5-10% li eritmalari kuniga 2-3 mahaldan bir choy qoshiqdan beriladi. Venaga 10% li eritmasi bolani har yoshiga 1 ml.dan juda ham sekinlik bilan yuborilishi kerak.

2. Kalsiy glyukonat-asosiy farmokologik ta'siri, xususiyatlari, qo'llanilishiga ko'rsatmalar va moneliklar buyicha kalsiy xlorga juda ham yaqin, lekin undan farq qilib, to'qimalarga zararli ta'sir ko'rsatmaydi, shuning uchun uni teri ostiga va mushak orasiga ham kiritish mumkin. Ichish uchun 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga 0,5 g, 2-4 yoshli bolalarga 1 g, 5-6 yoshli bolalarga 1-1,5 g, 7-9 yoshlarda 1,5-2 g, 10-14 yoshlarda 2-3g.dan sutkasiga 2-3 mahal ovqat dan oldin beriladi.

Vena ichiga yuborish uchun 10% li eritmasi bolani har bir yoshiga 1 ml.dan sekinlik bilan yuboriladi.

3. Vikasol - bu preparat vitamin K ning sintetik analogi bo'lib hisoblanadi. Vitamin K protrombin hosil bo'lishida ishtirok etadi va shu bilan qonni normal ivishini ta'minlaydi. Organizmda K vitamin bo'lmaganda yoki yetishmaganda gemorragik, ko'rinishlar namoyon bo'ladi. Vikasol organizmda protrombin yetishmovchiligi oqibatida ro'y bergan qon ketuvchi holatlarni davolashda qo'llaniladigan maxsus davovositadir. Uni organizmga kiritgandan keyin 10-18 soat o'tgach ta'siri boshlanadi. Parenximatoz va kapillyar qon ketishlar, xirurgik operatsiyalardan keyin, oshqozon-ichaklardan qon ketganda va qon ketish xavfi bo'lgan boshqa holatlarda qo'llaniladi. Gemofiliya va Verlgof kasalliklarida ijobiy samara bermaydi. Vikasol ichishga beriladi va mushak orasiga kiritilishi mumkin. 1 yoshgacha bolalar uchun 0,002-0,005 g, 2 yoshgacha 0,006 g, 3-4 yoshlarda 0,008 g, 5-9 yoshlarda 0,01, 10-14 yoshlarda 0,015 g. miqdorda beriladi. Mushak orasiga kiritishda shoshilinch holatlarda 1% li eritmasidan bolani yoshiga qarab 0,2 ml.dan 1,5 ml.gacha qilish mumkin. Vikasol qon ivish jarayoni jadallashgan holatlarda va tromboemboliyada qo'llanilmaydi. Vikasol tabletka shaklida va in'eksiya uchun 0,015 g va 1% - 1 ml.dan chiqariladi.

4. Aminokapron kislotasi- fibrinoliz jarayonini so'ndiruvchi moddadir. Plazminogenni faollashtiruvchi omillarni qamal qilib, plazmen ta'sirini qisman to'xtatadi va shu bilan fibrinoliz faollashganligiga bog'liq bo'lgan qon ketishlarni to'xtatuvchi maxsus vositadir. Turli xil qon ketishlarida qo'llaniladi. Og'iz orqali va venaga kiritiladi. Og'iz orqali kukun shaklidan 3-5 marta sutkasiga 2-3 g.dan shirin suvda eritilib ichiladi. Venaga tomchilab 5% li eritmasidan 1,0-1,5 ml/kg dan kiritiladi. Tromboz va emboliyaga moyillik bor holatlarda qo'llash man etiladi.

5. Ditsinon (etamzilat) -tomirlar devori o'tkazuvchanligini mo'tadillashtiradi, gemostatik ta'sir ko'rsatadi. Tromboplastin shakllanishini faollashtiradi. Ditsinon protrombin vaqtiga ta' sir qilmaydi, tromblar hosil qilmaydi va giperkoagulyatsion xussiyatlarga ega emas. Turli xil qon ketishlarida qo'llaniladi. Ditsinon og'iz orqali va

parenteral (mushak orasiga, vena ichiga) kiritiladi. Vena ichiga kiritilgandan 5-15 minut o'tgach ta'siri boshlanadi, 1-2 soat o'tgach eng yuqori ta'sir kuchiga ega bo'ladi va 4-6 soatgacha davom etadi. Mushak orasiga kiritilganda ta'siri nechroq boshlanadi. Og'iz orqali qabul qilinganda 3 soatdan so'ng ta'siri boshlanadi. Profuz qon ketganda qon to'xtatish maqsadida venaga bir vaqtda 12,5% li eritmasidan 2-4 ml. yuboriladi. Bu muolajani har 4-6 soatda 2 ml.dan davom ettirish mumkin. Ditsinon ampulada 12,5%-2 ml.dan va 0,25 g. tabletka holda chiqariladi.

6. Adroksion - kapillyarlar devori o'tkazuvchanligi oshishi natijasida ro'y bergan qon ketishlarda qo'llaniladi. Massiv qon ketishlarda ta'sir qilmaydi. Asosan kapillyar va parenximatoz qon ketishlarda qo'llaniladi. Qon to'xtatish maqsadida mahalliy, teri ostiga va mushak orasiga kiritib qo'llash mumkin. Parenteral qo'llash uchun 0,025% li eritmasi 1 ml.dan kiritiladi. Oshqozon-ichaklardan qon ketganda sutkasiga 1-3 ml.gacha qo'llaniladi.

7. Fibrinogen - qonning tarkibiy qismi bo'lib, donor qoni zardobidan tayyorlanadi. Trombin ta'sirida fibrinogenni fibringa o'tishi qon ivish jarayonini so'nggi bosqichi bo'lib, qon laxtasi hosil bo'lishi bilan tugaydi. Fibrinogen bevosita ishlatishdan oldin eritiladi va vena ichiga tomchilab quyiladi. Bolalarda 0,5-2 g. quruq modda hisobidan qo'llaniladi. Fibrinogen germetik flakonlarda 1 va 2 g.dan chiqariladi.

8. Protamin sulfat - organizmga heparin ko'p miqdorda kiritilishi natijasida paydo bo'lgan qon ketishlarni to'xtatishlarda qo'llaniladi, ya'ni u heparinning antogonistidir. Uning asosiy ta'siri heparinni parchalashdir. Protamin sulfat vena ichiga tomchilab yoki birdaniga 1% -1 ml. miqdorda kiritiladi. Ampulada 1% li eritmasi va 5 ml.dan chiqariladi.

9. Trombin - qon ivish tizimining tabiiy komponentidir. Organizmda tromboplastinning fermentativ faolligi natijasida protrombindan hosil bo'ladi. Donor qoni zardobidan olinadi. Faqat mahalliy usulda qo'llaniladi, ya'ni qon ketuvchi sohaga bintga tuyintirilgan trombin quyiladi. Jarohat yuzasidan tromb hosil bo'ladi va

qon to'xtaydi. Ampula yoki flakonlarda 125 birlik faollikga ega bo'lgan trombin chiqariladi.

10. Serotonin adipinat- turli xil gemorragik holatlarda antigemorragik vosita sifatida qo'llaniladi. Serotonin kapilyarlar devori chidamliligini oshirib, qon oqishi uzoqligini qisqartiradi. Mushak orasiga va vena ichiga kiritiladi. Vena ichiga yuborish uchun 5-10 mg. preparat 100-150 ml. izotonik natriy xloridda eritilib, tomchilab yuboriladi. Mushak orasiga yuborish uchun 5-10 mg. preparat 0,5% - 5 ml. novokainda eritiladi va sutkasiga 4 soatlik oraliq bilan 2 marta yuboriladi.

11. Amben - antifibrinolitik ta'sirga ega vosita bo'lib, tuzilishi va ta'sir mexanizmi bo'yicha aminokapron kislotasiga yaqin. Kuchaygan fibrinoliz oqibatida paydo bo'lgan qon ketishlarni to'xtatish maqsadida qo'llaniladi. Og'iz orqali, mushak orasiga va vena ichiga kiritilishi mumkin. Vena ichiga kiritilganda tez ta'sir qiladi, lekin tezda qondan chiqib ketadi. Mushak orasiga yuborilganda 4 soat og'iz orqali berilganda 8 soatdan keyin ta'sir qiladi. Vena ichiga 1% 5 ml. gacha, mushak orasiga 0,1 g., ichishga 0,25 g. beriladi. Bolalar amaliyotida sirop shaklida qo'llaniladi. Preparat 1%-5 ml. va 0,25 g. tabletka holida chiqariladi.

12. Askorbin kislotalari-organizm hayotiy jarayonlarida faol ishtirok etadi. Molekulasi tarkibida diyenol guruhi borligi sababli u kuchli tiklash xususiyatlariga ega. Oksidlanish-tiklanish jarayonlarida, uglevodlar almashinuvida, qon ivish va regeneratsiya jarayonlarida bevosita ishtirok etadi. Askorbin kislotalarining eng muhim fiziologik funksiyalardan biri uni kollogen va prokollagen sintezida ishtirok etishi va kapilyarlar devori o'tkazuvchanligini mu'tadillashtirishidir. Shu sabablar uchun uni gemorragik diatezlarda, burundan, o'pkadan va boshqa a'zolaridan qon ketishlarida qo'llash samaralidir. Bolalarga ichish uchun sutkasiga 0,05-0,1 gr. 2-3 ga bulinib, parenteral kiritish uchun 5% li eritmasidan 1-3 ml. yuboriladi. Shuningdek, askorbin kislotalarini qon ivishi faollashgan bemorlarga berish tavsiya qilinmaydi. Askorbin kislotalari kukun, draje, tabletka, parenteral kiritish uchun 5 va 10% li eritmalari 1 va 2 ml. dan chiqariladi.

PORTAL GIPERTENZIYA

Portal gipertenziya darvoza venasi tizimida qon aylanishini buzilishi va bosimni oshishi natijasida vujudga keladigan simptomokompleksdir. Darvoza venasidagi bosim 5 dan 10 mm sim. ust. gacha o'zgarib tursa fiziologik jihatdan optimal deb hisoblanadi. Qiymatning o'zgaruvchanligi uning qorin bo'shlig'idagi bosim darajasiga bog'liq bo'lib, u nafas olish paytida, shuningdek ovqatlanishdan keyin ortadi. Portal vena tarmog'idagi qon bosimining patologik oshishi qon oqimining darvoza venasidan o'ng bo'lmachaga o'tish yo'li davomida to'sqinlik bo'lganda kuzatilishi mumkin. Jigar osti sathida qon oqimi yo'llarining obstruksiyasi sabablariga darvoza venasi yoki uning shoxlari trombozi (ko'p hollarda), darvoza venasini tashqi tomondan qisilishi (o'sma yoki jigar darvozasi limfa tugunlari kattalashishi), v. portae tug'ma anomaliyalari, taloq venasi trombozi va hokazolar kirishi mumkin. Jigar usti blokning rivojlanishi jigar venalarining idiopatik trombozi (Baddi-Kiari kasalligi), pastki kovak vena obstruksiya-okklyuziyasi, konstruktiv perikardit, shuningdek, o'ng qorincha yurak yetishmovchiligi natijasida bo'lishi mumkin.

Portal gipertenziya 80-90% hollarda darvoza venasi tizimi qon oqimining jigar ichi obstruksiyasi bilan bog'liq. Jigar ichi bloklanishining bevosita sabablari surunkali jigar kasalliklari-sirrozi (kelib chiqishidan qat'iy nazar), tug'ma fibroz, amiloidoz, Randu-Osler-Weber kasalligi, gepatotsellulyar karsinoma, surunkali faol gepatit va boshqalar.

Jigar sirrozi hozirgi vaqtda PG paydo bo'lishi va rivojlanishining eng ko'p tarqalgan sababi bo'lib qolmoqda: 100 tadan 90 ta holatda darvoza venasi tomirlari tarmog'ida qon bosimining barqaror o'sishi jigar parenximasining arxitekturasidagi sirrotik o'zgarishlar bilan bog'liq.

Gastroezofageal birikma venalarining varikoz kengayishi v. portae tomirlar tarmog'idagi qon bosimi sathi doimiy ravishda 20 mm sim.ust.dan oshganda hosil bo'ladi.

Varikoz venalar transformatsiyasiga hissa qo'shadigan omillarga, venalarni o'rab turgan qizilo'ngach devorining shilliq osti qatlamining xususiyatlari, ya'ni elastik elementlarning past miqdoriligi, barcha biriktiruvchi to'qima shakllanishlarining siyrakligi, tartibsizligi va turli xil yo'nalishiligini ko'rsatish mumkin. Bundan tashqari, magistral tipidagi venoz tomirlar bo'lgan gastroezofagial birikma venalarida gidrostatik bosimga qarshi turadigan klapan apparati yo'qligidir.

Qizilo'ngach venalarining past taranglik-elastik xususiyatlari, shuningdek, nozikligi ularning devorlari qon bilan passiv cho'zilishiga yuqori bog'liqligini oldindan belgilaydi. Natijada, PG sharoitida gastroezofagial birikma venalari osongina kengayadi va cho'zilib, burama xarakterga ega bo'lib, ularning devorlarida anevrizmaga o'xshash tugunli shishlar hosil bo'ladi. Varikoz o'zgarishlarining rivojlanishi qizilo'ngach venalarining toq va yarim toq venalari bilan anastomozlarining bilan norasoligiga olib keladi.

PG ning eng muhim sababi faol davom etayotgan sirrotik jarayonlar bo'lib (jigar parenximasida biriktiruvchi to'qima tolalarining ko'payishi, qon tomir devorlarining endotelial hujayralarining nazoratsiz ko'payishi, sinusoidlarning kapillyarlanishi va ularning devorlari tarangligi oshishi, gepatotsitlarning gipertrofiyasi va boshqalar.), jigar ichi tomirlarning qisilishining kuchayishi va ularning devorlari qalinligining doimiy o'sishi tufayli portal venadan oqib keladigan qon oqimiga qarshilikning oshishiga olib keladi. Bundan tashqari, portal gipertenziya sindromi bilan qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalari bo'lgan bemorlarda jismoniy zo'riqish, haddan tashqari psixoemotsional holatlar, yo'tal, qusish, defekatsiya darvoza venasi tizimidagi bosimning keskin oshigiga sabab bo'luvchi omillarga kiritish mumkin.

Darvoza venasi tizimida bosimni yuqori bo'lishiga bir qancha omillar sabab bo'ladi. D.M.Grozdov va M.D. Pasiora tasnifi buyicha portal gipertenziyaning quyidagi turlari farqlanadi:

1. Jigar ichi shakli (o'tkir va surunkali gepatitlar, jigar sirrozi, jigar venalarining obliteratsiyalanuvchi endoflebiti (Xiari kasalligi) va jigar o'smalari oqibatida vujudga keladi).

2. Jigardan tashqari shakli (darvoza venasi va uning tarmoqlarini nuqsonli rivojlanishlari, darvoza venasining trombozi va turli o'smalari, chandiqlar bilan bosilishi oqibatida vujudga keladi).

3. Aralash shakli (jigar sirrozini turli sabablar oqibatida darvoza venasini o'tkazuvchanligini buzilishi bilan birga bo'lishi natijasida vujudga keladi).

Portal gipertenziya darvoza venasi tizimida uzoq vaqt bosimni baland bo'lishi oqibatida rivojlanadi va ko'p jihatdan portal tizim tomirlarini tuzilishi, undagi qon aylanishining xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Darvoza venasi tizimida qon aylanishishi esa o'z navbatida unga oqib keluvchi qonni miqdori, ichaklar peristaltikasi, qorin bo'shlig'i bosimi ko'rsatkichlari, taloqni qisqarish qobiliyati va boshqa bir qancha omillarga bog'liq bo'ladi. Ushbu kasallikni patogenezida darvoza venasi tizimidagi tomirlarda klapanlarni bo'lmasligini ham ahamiyati kattadir, chunki jigar orqali qon aylanishi buzilgan hollarda qonni orqaga qaytishiga to'siq bo'lmaydi. Normada portal bosim 60-120 mm. suv ustuni atrofida bo'lsa, kasallik vaqtida bosim 300-400 mm. suv ustunigacha ko'tariladi. Darvoza venasida uzoq vaqt bosimni baland bo'lib turishi qonni turli kollateral venalar orqali kovak venalarga oqishini tezlashtiradi. Ushbu kollateral qon oqish yo'llariga quyidagilar kiradi:

a) gastroezofageal yo'l oshqozon va qizilo'ngach kardial qismi venalari qovurg'alararo, toq va yarim toq venalar orqali yuqori kovak vena bilan tutashadi;

b) gemorrodial yul -portal vena tizimiga kiruvchi pastki mezenteral venaning tarmog'i bo'lgan yuqori gemorrodial vena pastki kovak venaning tarmog'i bo'lgan o'rta va pastki gemorrodial venalar bilan tutashadi;

v) kindik atrofi venalari orasidagi anastomozlar orqali;

g) oshqozon-ichaklar venalari bilan qorin orti va mediastinal venalar orasidagi anastomozlar orqali.

Uzoq muddat bosimni baland bo'lishi oqibatida portal tizimga tegishli venalar devori tuzilishi buziladi, ingichkalashadi. Oqibatda esa tomirlar devori osongina eroziyaga uchraydi va yoriladi.

Qizilo'ngachning kardial qismi va oshqozon venalariga qo'shimcha omil sifatida oshqozon shirasini ta'siri bu jarayonni tezlashtiradi. Shuning uchun bu tomirlardan qon ketish eng ko'p uchraydi. Jigar faoliyatini buzilganligi esa qon ivish tizimi ishini buzilishiga olib keladi. Shu sababdan, portal gipertenziyada qon ketish davomiy va ko'p miqdorli bo'ladi. Hozirgi vaqtda portal gipertenziyaning eng og'ir asoratlaridan biri jigar sirroziini og'irlik darajasi Child-Pugh buyicha baholanadi, quyida uning tasnifi keltirilgan (1-jadval).

1-jadval

Child-Pugh buyicha sirroz og'irlik darajalari tasnifi

| Kattaliklar | 1 ball | 2 ball | 3 ball |
|------------------|--------|----------------------------|-----------------|
| Ensefropatiya | yo'q | Kuchsiz (o'rtachagacha) | Og'ir komagacha |
| Assit | yo'q | tranzitor | rezistent |
| Bilirubin | < 30 | 30-50 | > 50 |
| Albumin | ≥ 50 | 50-30 | < 50 |
| Protrombin vaqti | ≥ 80 | 80 | < 80 |

«A» sinf - 5-6 ball «V» sinf - 7-9 ball «S» sinf - 10 va undan ortiq ball

Klinikasi. Kasallikning jigar ichi shaklida bemorlardan anamnez yig'ilganda ko'pincha ularni virusli gepatit bilan kasallanganliklari aniqlanadi. Klinik ko'rinishida birinchi o'ringa jigar xastaligi alomatlarini tashlanadi. Bolalar kamquvvatlikka, tez charchashlariga, ozish, qorinda og'riq, qorin hajmini kattalashishi (dastlabki vaqtlarda ichaklar atoniyasi, keyinchalik esa assit hisobiga), ko'ngil aynishi, epigastral sohada og'irlik va bosh og'rig'iga shikoyat qiladilar. Teri qoplamlari quruq va oqimtir bo'ladi. Jigar xastaligi og'ir bo'lgan hollarda teri va shilliq pardalarni sargayishi, unda tomirli "yulduzchalar" kuzatiladi. Jigami kattalashishi va uning konsistensiyasi kasallikning bosqichiga bog'liq bo'ladi. Kasallik boshida jigar bir oz kattalashgan, yuzasi esa silliq bo'ladi, kechki bosqichlarida esa jigar kattalashmagan, ba'zan esa kichraygan, qattiq yuzasi esa dag'al bo'ladi. Odatda taloq kattalashgan

bo'ladi. Tahlillarda bog'lanmagan bilirubin hisobiga umumiy bilirubin miqdorini oshishi va qon zardobida oqsil miqdorini kamayishi kuzatiladi.

Shuningdek, bu toifadagi bemorlarda anemiya (kamqonlik) alomatlari ham bo'ladi. Jigardan tashqari shaklida kasallik belgilari ancha barvaqtroq paydo bo'ladi. Kasallikning dastlabki belgisi splenomegaliya (taloqni kattalashishi) yoki to'satdan boshlanuvchi qizilo'ngach-oshqozon venalaridan qon ketishdir. Qon ketmagan hollarda bolalarning umumiy ahvoli unchalik buzilmaydi. Jigar kattalashmagan, yuzasi silliq, qorin esa taloq hisobiga kattalashgan bo'ladi. Qon tahlillarida kamqonlik, leykopeniya va trombositopeniya kuzatiladi. Bu holatga gipersplenizm deyiladi. Qon ketish boshlangach, uning miqdoriga qarab, odatda, taloq kichrayib boradi. Kasallikning aralash shaklida klinik belgilar jigar ichi shakliga o'xshaydi.

Diagnostikasi. Kasallikka diagnoz qo'yish anamnez, klinik belgilar, qon tahlillari, jigar sinamalari va maxsus tekshirish usullari (UTT, oshqozon va qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish, EFGDS, rektoromonoskopiya, splenomonometriya, splenopografiya, gepatomonometriya, jigarni punksiya biopsiyasi, gammassintigrafiya, geogepatografiya va boshqalar) natijalari asosida amalga oshiriladi. UTT darvoza venasi o'lchami, diametri kabi parametrlariga yetarlicha aniqlik kiritish mumkin (6-rasm).



6-rasm. UTT da darvoza venasi o'lchamlari kattalashganligi va tomir chidagi tromb ko'rinishi



7-rasm. EFGDS da qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari ko'rinishi

EFGDS da qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari aniq viziul ko'rinadi (7-rasm). Qizilo'ngach va oshqozonni rentgenologik tekshirish uchun bemorga bariy bo'tqasi berilib, o'sha zahoti vertikal va gorizontal holatlarda rentgen surati olinadi. Bunda qizilo'ngach venalarini varikoz kengayganligini, ular konturlarini aniq bo'lmasligi, turli shakl va kattalikdagi to'lishish defektlarini ko'rish mumkin.

Splenoportografiya — taloq va darvoza venalarning shoxlari bilan flebografiyasi, bunda taloq pulpasiga kontrast modda punksiya orqali kiritish bilan amalga oshiriladi (8-rasm).



8-rasm. Splenoportografiya

Rektoromonoskopiyada esa gemorroidal venalarning kengayganligini ko'rish mumkin. Portal bosimni va darvoza venasi tizimidagi venalarning holatini aniqlash maqsadida splenomonometriya,

splenopografiya, gepatomometriya, portogepatografiya, kindik venalarini punksiya qilish va punksiya biopsiya kabi tekshirish usullari o'tkaziladi.

Davolash. Portal gipertenziyani davolashda konservativ va jarrohlik usullari qo'llaniladi. Kasallik belgilari yaqqol namoyon bo'lgan hollarda to'shak tartibi, mexanik va ximik jihatdan oson parchalanadigan oziq moddalari (ovqat qaynatilgan va bug'da pishirilgan bo'lishi kerak), tarkibida ko'p miqdorda kaliy tuzlari bo'lgan mevalar berilishi (jigar kasalliklarida kaliy yetishmovchiligi bo'ladi) tavsiya qilinadi. Bemorlarga o'tkir va ta'sirlovchi oziq moddalarini iste'mol qilish ta'qiqlanadi. Shuningdek, kasallikning qanday bosqichda bo'lishidan qat'iy nazar, kasallarga o't haydovchi (makkajuxori popugi, xolosos), spazmolitiklar (nosh-pa, platifillin) va B guruhdagi vitaminlar berilishi kerak. Immunodepressiv davo maqsadida jarayonni faolligi va jigar yetishmovchiligini hisobga olgan holda gormonlar (prednizolon, triamsinolon) bala yoshiga mos miqdorda berilishi ham tavsiya qilinadi. Surunkali faol gepatit va jigar sirrozida infuzion davo maqsadida vena ichiga glyukoza-tuzli eritmalar va oqsil moddalari (albumin) tomchilab yuboriladi. Gemotransfuziyalar esa ko'rsatmalar buyicha amalga oshiriladi. Shish-assitik sindromi bo'lganda suyuqliklar qabul qilinishi cheklangan holda, diuretiklar ham beriladi.

Portal gipertenziyani jarrohlik usullari bilan davolash miqyosli bo'lib, ularni M.D. Patsiora (1974) maqsadlari buyicha 5 guruhga bo'ladi:

1. Qorin bo'shligidagi assitik suyuqlikni yo'qotish yoki kamaytirishga qaratilgan tadbirlar. Bularga qorin bo'shligini punksiyasi, uni drenajlash, qorin bo'shligi bilan son venulari yoki siydik pufagi orasida anastomozlar quyish kiradi.

2. Portal tizimdan qon oqib ketuvchi yangi yo'llar hosil qilish. Bularga omentopeksiya, organopeksiya va portokaval anastomozlar kiradi.

3. Portal tizimga qon kelishini kamaytirishga qaratilgan usullar. Bularga splenektomiya, arteriyalarni bog'lash va boshqalar kiradi.

4. Oshqozon va qizilo'ngach venalari bilan darvoza venasi tizimiga kiruvchi boshqa venalar orasidagi aloqalarni uzishga qaratilgan usullar. Bularga oshqozon va qizilo'ngach venalarini bog'lash, Tanner operatsiyasi, oshqozon proksimal qismi va qizilo'ngachni distal qismlarini rezeksiya qilish kabi operatsiyalar kiradi.

5. Jigami tiklanishi va jigar ichi arterial qon aylanishini kuchaytirishga qaratilgan usullar. Bularga jigar rezeksiyasi, umumiy jigar arteriyasini periarterial nevrektomiyasi, arterioportal anastomozlar kiradi.

Ushbu operatsiyalar texnik jihatdan ancha murakkab bo'lib, ular maxsus adabiyotlarda to'laligicha yoritilgan.

Portal gipertenziyada qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketish va unda shoshilinch yordam ko'rsatish. Portal gipertenziyada kuzatiladigan eng og'ir va ko'p uchraydigan asoratlardan biri bu qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishidir. Ushbu kasallikda qizilo'ngach venalaridan qon ketishining asosiy sabablari quyidagilardan iborat:

1. portal tizimga kiruvchi venalarda qon bosimini keskin oshib ketishi va natijada tomirlar devorini ingichkalashishi.

2. oshqozon va qizilo'ngach shilliq qavatida qon aylanishini buzilish natijasida eroziya va yara ko'rinishidagi o'zgarishlarni bo'lishi.

3. qon aylanishini buzilishi natijasida o'zgargan shilliq qavat va uning tomirlariga kislota peptik omilni ta'siri.

4. jigar xastaligi oqibatida qon ivish faoliyatini yomonlashi.

Ko'pchilik hollarda bu omillarni birgalikda ta'siri natija sida og'ir qon ketishlar kuzatiladi.

Pediatriya amaliyotida asosan portal gipertenziyaning jigardan tashqari shakli ko'proq qizilo'ngach venalaridan qon ketishiga sababchi bo'ladi. Shunisi qiziqarliki, jigardan tashqari shaklida qizilo'ngach venalaridan qon ketish amaliy jihatdan kasallikning eng dastlabki belgisi ham bo'ladi.

Klinikasi. Qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi portal gipertenziyaning eng xavfli va tez-tez uchraydigan asorati bo'lib, ko'plab mualliflarning fikriga ko'ra,

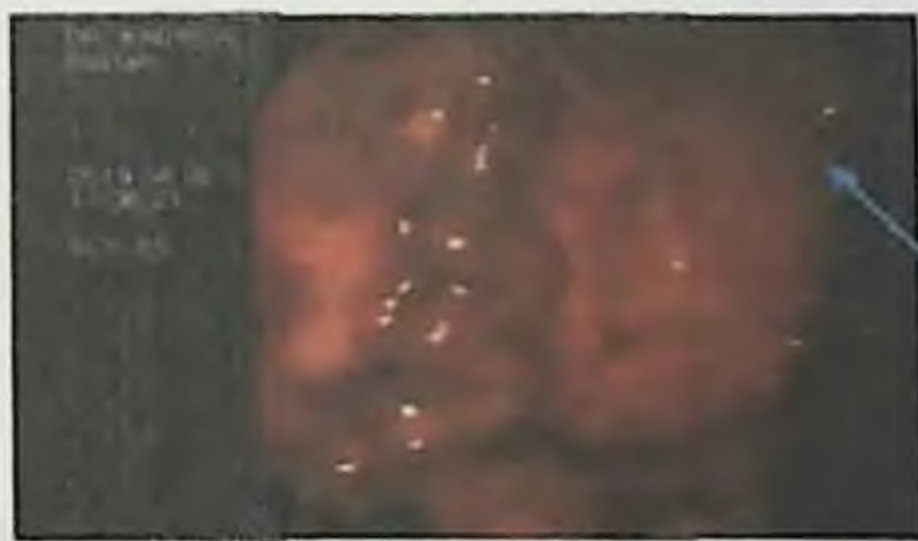
qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi bo'lgan portal gipertenziya bilan bemorlarining kamida 33% da qayd etiladi va bu guruhdagi bemorlarning 14,5-90% o'lim sababi bo'lib hisoblanadi. Dunyoning barcha mamlakatlarida qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi holatlari yildan – yilga jigar sirrozi bilan kasallanishning ko'payishiga mutanosib ravishda oshib bormoqda, 80-90% hollarda portal gipertenziya rivojlanishining sababi bo'lib qolmoqda. O'z navbatida, jigar sirrozi bilan kasallanishning ko'payishi spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, doridarmonlarni nazoratsiz va tizimsiz ishlatish, virusli gepatit bilan kasallanishning ko'payishi bilan bog'liq.



A



B



V

9-rasm. Gastroezofagial qon ketishining endoskopik manzarasi:

a, b – qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan faol (davom etayotgan) qon ketishi; v – oshqozon stvolining izolirlangan venasidan qon ketish bo'lib o'tganligi (ko'k strelka tromb bilan qoplangan perforant teshikni ko'rsatib turibdi).

Butun jahonda sirrotik etiologiyali portal gipertenziyani davolashda, jumaladan qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishda davolashning yagona radikal usuli jigar transplantatsiyasi hisoblanadi. Biroq, bugungi kunda butun dunyoda aholining bunday tibbiy yordamga bo'lgan ehtiyoji transplantatsiya xizmatlarining haqiqiy imkoniyatlaridan ancha yuqori bo'lib qolmoqda.

Shuning uchun portal gipertenziya va jigar sirrozi bilan bog'liq qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini davolash va oldini olish zarurati bilan bog'liq vaziyatlarda palliativ texnologiyalar - konservativ, endoskopik, endovaskulyar, 200 dan ortiq jarrohlik usullari - dolzarb bo'lib qolmoqda.

Bemorlarning ahvoli qon ketishdan 1-2 kun avval asta-sekinlik bilan og'irlasha boradi. Kamquvvatlik, lohaslik, ba'zan, epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi kuzatiladi, tana harorati 39-40°C gacha ko'tariladi, bu belgilar kuchaya boradi, teri va shilliq qavatlar oqaradi, tashnalik va og'izda, lablarda qurish kuzatiladi. Jigar sirrozi bor bemorlarda ko'z sklerasi va terida sariqlik paydo bo'ladi. Puls tezlashadi, uning to'liqligi va taranglashishi susayadi, qon bosimi ko'rsatkichlari esa pasayadi. Sekinlik bilan bemorlarda gemorragik shok klinikasi rivojlanadi. Ko'p miqdorda qon aralash qusish ("kofe quyqasi"ga o'xshash bo'lgan qon aralash qusish) bu kasallikka aynan xos bo'lgan belgidir. Bunday qusishlar kun davomida bir necha marta takrorlanishi mumkin, bu esa bola ahvolini keskin yomonlashishiga olib keladi. Badbuy hidli qoramtir axlat ajraladi. Ichaklarda qonni parchalanishi va uni organizmga so'rilishi oqibatida o'z-o'zini zaharlash kuchayadi va bemor bola ahvoli yanada og'irlashadi.

Diagnostikasi. Agarda bemorlarda surunkali gepatit, jigar sirrozi belgilari yaqqol bo'lsa yoki shu bemorlarda avval ham qizilo'ngachdan qon ketishlar kuzatilgan bo'lsa, bu hollarda diagnoz quyish bir muncha osonlashadi. Lekin, portal gipertenziyaning jigardan tashqari shakli yoki "sog'lom" bolada to'satdan qon aralash qusish kuzatilsa, bunday holatlarda qon ketish sababini aniqlash ancha qiyinlashadi. Bunday vaqtlarda portal gipertenziyaning bilvosita belgilari: qorin va ko'krak oldingi devori venalarini kengayishi, taloqni kattalashishi va boshqa

belgilarga e'tibor berilishi kerak. Qon ketish boshlanguch taloq bir oz kichraysa ham u deyarli hamma hollarda paypaslanadi. Shoshilinch holda olingan tahlillarda esa xarakterli o'zgarishlarni ko'rish mumkin. Portal gipertenziyada qizilo'ngach venalaridan qon ketganda diagnoz quyishga eng ko'p yordam beradigan usul bu endoskopik tekshirish usullaridir. Shoshilinch holda o'tkazilgan ezofagogastroskopiya (hatto qon ketish eng avjiga chiqqanda ham) nafaqat diagnoz quyishga, hatto qonni to'xtatishga ham yordam beradi. Bu usul yordamida qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarini va qon ketayotgan tomimi aniq ko'rish mumkin. Shuningdek, shoshilinch holatda o'tkazilgan kontrastli rentgenologik tekshirish yordamida ham diagnozga aniklik kiritishga imkoniyat yaratiladi.

Qiyosiy diagnostikasi. Qon qusish bilan kechadigan oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasi kasalligi portal gipertenziyadan farq qilib, o'ziga xos "yarali" anamnezga ega bo'ladi, shuningdek yara kasalligida epigastral sohada og'riq bo'ladi, portal gipertenziya uchun esa og'riqlar xarakterli emas. Umuman aytganda bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida profuz qon ketish juda kam uchraydi. Ba'zi hollarda uzoq vaqt gormonlar olgan bolalar oshqozonida paydo bo'lgan o'tkir yaralardan qon ketishini kuzatish mumkin. Lekin, gormonal yaralar bo'lganda uning perforatsiya asorati ko'proq uchraydi, agarda qon ketish kuzatilsa ham o'ziga xos "gormonal" anamnezni bo'lishi diagnozni aniq qo'yishga yordam beradi.

Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralarida ham qon bilan qusish kuzatilsada, ushbu kasallik belgilari ancha barvaqtroq namoyon bo'ladi. Undan tashqari diafragma qizilo'ngach teshigi churralarida bolaning ahvolini keskin yomonlashishi kuzatilmaydi. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan kasalliklarni bir-biridan farqlashda asosiy ma'lumotlarni endoskopik va rentgenologik tekshirishlar beradi, chunki har bir kasallikning o'ziga xos endoskopik va rentgenologik belgilari bor. Bulardan tashqari bir qator qon kasalliklarida (gipoplastik anemiya, Verlgof kasalligi va boshqalar) burundan qon ketish kuzatiladi. Bu qonni oshqozonga tushishi va qon aralash qusish bo'lgan hollarda anamnez va

klirik tekshirishlar, shuningdek, laboratorik tahlillar natijalari qon ketishning asosiy sababini aniqlab beradi.

Davolash. Portal gipertenziyada qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketganda samarali yordam ko'rsatishni tashkil etish hozirgi zamon bolalar jarrohligi oldida turgan eng dolzarb muammolardan biridir, chunki qon ketuvchi a'zoga yoki tomirga bevosita jarrohlik usuli bilan ta'sir etishning imkoniyatlari ancha cheklangandir. Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketganda davo usulini tanlash ko'p jihatdan qon ketishni qancha davom etayotganligi, yo'qotilgan qonni miqdori, avvalgi qon ketishlar va ularda ko'rsatilgan yordam hajmi, bemorning umumiy ahvoli, asosiy va yuldosh kasalliklarning xarakteriga bog'liq bo'ladi.

Har qanday holatda ham davolash faol konservativ usullardan boshlanadi. Qon ketish boshlangan bo'lsa bunday bemorlarga qat'iy tushak rejimi buyuriladi. Har qanday sharoitda ham bemor bolalar bolalar jarrohligi yoki bolalar reanimatsiyasi bo'limlariga yotqizilishi shart. Oshqozon peristaltikasi va sekret ishlab chiqarilishini kamaytirish maqsadida og'iz orqali ovqat berish ta'qiqlanadi. Davolash muolajalari orasida asosiy o'rinni infuzion davo egallaydi. Infuzion davo samarali bo'lishi uchun Seldinger bo'yicha o'mrov osti venasiga kateter qo'yiladi yoki veneseksiya qilinadi. Imkoni boricha tezda qon guruhi aniqlanib, tomir ichiga eritotsitar massa yoki qon zardobi quyilishi kerak. Qon va qon zardobi quyish oraliqlarida glyukoza-tuzli eritmalar, oqsil moddalari quyiladi. Infuzion davo samaradorligi qon bosimi, markaziy vena bosimi, puls, gemoglobin, gemotokrit va diurez ko'rsatkichlarga qarab baholanadi. Qon to'xtatish maqsadida vikasol, kalsiy xlor, pituitrin, epsilon-aminokapron kislotasi, ditsinon, adroksan kiritiladi va oshqozonga zond orqali adrenalin va epsilon-aminokapron kislotasi yuborilib turiladi. Qizilo'ngachning kengaygan venalaridan qon ketish kuzatilgan har qanday holda bemorga keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklar berilishi shart.

Burun-halqum va nafas yo'llarini davriy ravishda qon va qon lahtalaridan tozalab turish aspiratsion zotiljamni oldini olishda muhim tadbirdir. Ichaklarda yig'ilgan qonni parchalanishi natijasida endogen

zaharlanish bo'lmisligi uchun har 4 soatda 1% li osh tuzi eritmasi bilan tozalovchi huqna qilinib turilishi kerak.



10-rasm. Blekmoor zondi.

Ko'p qon yo'qotilishi oqibatida yuzaga kelgan gipoksiya burun orqali kiritilgan kateterdan toza kislorod berish bilan bartaraf qilinadi. Og'ir hollarda sutkasiga 1 kg. og'irligiga 1-5 mg prednizolon buyuriladi, jigar yetishmovchiligini oldini olish maqsadida 1% li glutamin kislotasi berilishi kerak.

Qon ketishini mexanik usul bilan to'xtatish maqsadida Blekmoor zondi qo'llaniladi (9-rasm). Ba'zi hollarda Blekmoor zondi yordamida qon oqishini to'xtatishga erishiladi, lekin ko'pchilik mualliflarni yozishicha, bolalar amaliyotida Blekmoor zondini qo'llash yetarli samara bermaydi, ya'ni uzil-kesil qon to'xtatishga erishilmaydi, chunki bolalarda portal kengaygan venalardan ketadi. Blekmoor zondini haqiqatdan ham qon gipertenziyada qon asosan oshqozonning kardial qismidagi varikoz ketuvchi sohani bosib turishiga erishish uchun uni doimo tashqari tomonga tortib turish kerak. Bu esa og'ir ahvolda yotgan bemorlarda qusish refleksini kuchaytiradi va bolani bezovtaligini oshiradi.

Agarda konservativ muolajalar yordamida qon ketishini to'xtatishga erishilsa, 24-36 soatdan (Bairov G.A.) 48-72 soatgacha (Isakov Y.F.) vaqt o'tgach, sekinlik bilan bemorlarni ovqatlantirishga kirishiladi. Dastlab sut-qatiq, mevalar sharbati, 5% li manniy bo'tqasi va xom tuxum beriladi, bu oziq-ovqatlar, albatta, sovutilgan holda berilishi

kerak. Qon ketish takrorlanmasa, suyuq ovqatlar berila boshlanadi. Bu orada haftasiga 2-3 marta qon 3-4 kundan boshlab quyish, vitaminlarni qilishni davom ettirish kerak. Ko'pchilik mualliflarni ta'kidlashlaricha, agar konservativ muolajalar o'z vaqtida boshlanib, to'g'ri olib borilsa, 66,6% bemorlarda qon ketishini uzil-kesil to'xtatishga erishiladi.

O'tkazilgan faol konservativ davo muolajalariga qaramasdan qon ketish davom etsa, bu holda 6-8 soatdan keyin operativ davolash masalasi qo'yiladi. Agar qon ketishlar takrorlanib tursa, bunday vaziyatlarda 2 sutkagacha konservativ muolajalar faol ravishda davom ettiriladi, shunda ham qon ketishlar davom etsa operativ davolashga o'tiladi.

Operatsiya umumiy endotraxeal og'riqsizlantirish ostida qilinadi, qorin bo'shligi ochilib va gastrotomiya qilinib, qon ketuvchi tomirlar bog'lanadi va tikiladi. Shuningdek, qizilo'ngachning abdominal qismi va oshqozonning kardial qismidagi hamma ko'rinib turgan kengaygan venalar ham bog'lanadi. Ba'zi hollarda qon ketishini to'xtatish imkoni bo'lmaganda oshqozon toj venasi va chap oshqozon arteriyasi ham bog'lanadi. Shuningdek, gipersplenizmning og'ir ko'rinishlarida qon ketish to'xtatilgach, splenektomiya ham qilinadi.

Qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishni zamonaviy davolash usullari.

Endoskopik ligaturalash usulining birinchi marta 1986 yilda O.Steigmann tomonidan taqdim etilgan, hozirda u qizilo'ngachning varikoz tomirlaridan qon ketishini davolash va oldini olish uchun "oltin standart" hisoblanadi. Qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini to'xtatish va kelajakda shunga o'xshash qon ketishining oldini olish endoskopik ligaturalash orqali varikoz kengaygan venalarini bog'lash bilan erishiladi (bir seansda 6-10), bundan tashqari, ko'plab tadqiqotchilar usulning texnik soddaligi va nisbatan xavfsizligini ta'kidlashadi (11-13 rasmlar).



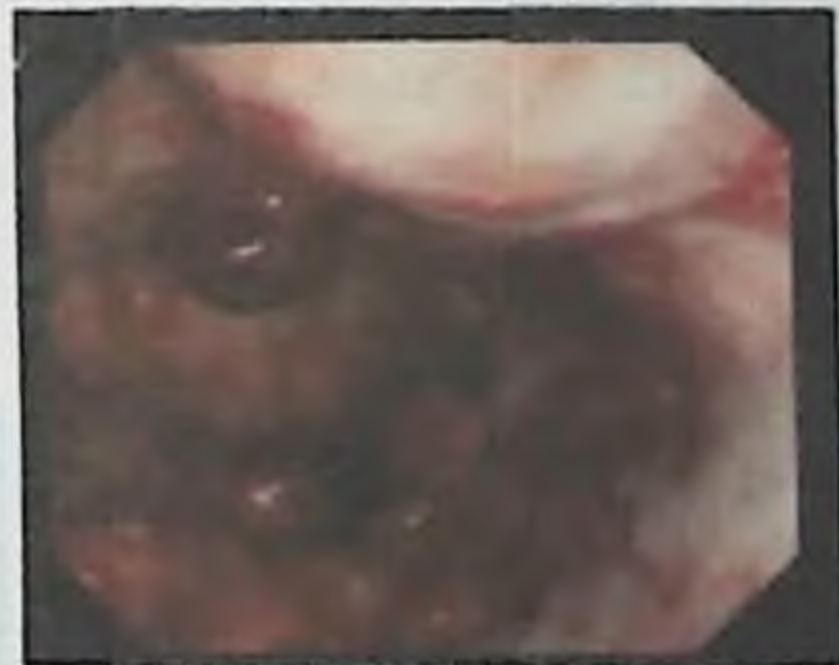
10-rasm. Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi F1-A buyicha.



11-rasm. Varikoz kengaygan venalar endoskopik ligatura quyish.



12-rasm. Perforant varikoz kengaygan venalar ligatura quygandan so'nggi holat.



13-rasm. Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalar bir necha stvollariga ligatura quyilgandan so'nggi umumiy ko'rinish

Varikoz kengaygan va faol qon ketayotgan tugunlarini bog'lash 90-96% hollarda qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan davom etayotgan qon ketishini to'xtatadi, bundan keyin erta residivlar sonini 12-36% dan oshmaydi.

Endoskopik in'eksion sklerozlash (skleroterapiya) qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini davolash va oldini olish usuli sifatida birinchi marta 1939 yilda S. Crafoord va R. Frenckner tomonidan taklif qilingan va qo'llanilgan. Mazkur usul varikoz kengaygan venalarni sklerozlash va obliteratsiyasini

ta'minlaydigan fibroz chandiqlarni intranazal shakllanishini dori induksiyasi yordamida amalga oshirishga asoslangan. Ekstravazal va intravazal turlari farqlanadi (14-rasm).

Ekstravazal skleroterapiya qon ketayotgan tomir atrofida shilliq osti qavatiga sanchish orqali amalga oshirildi, injektorning ignasi devor yuzasiga 45 daraja burchak ostida bo'lishi kerak, bu sklerozantning mushak qatlamiga kirishiga to'sqinlik qiladi. Sklerozant kiritilgandan so'ng, qon ketayotgan tomir atrofida oqish shish paydo bo'ladi va shishgan shilliq qavati ostida varikoz kengaygan venalar deyarli yo'qoladi. Bunday holda, qon ketadigan varikoz kengaygan vena siqiladi va qon ketishi to'xtaydi, ya'ni "qon ketadigan varikoz venalari mexanik ravishda bosib to'xtatiladi". Endoskopistlar tomonidan qo'llaniladigan endoskopik skleroterapiyaning ushbu usuli AQSh va Angliyada eng ko'p qo'llaniladi va sklerozant sifatida morruat sulfat, tetradetil sulfat va etanolamin oleat ishlatiladi.

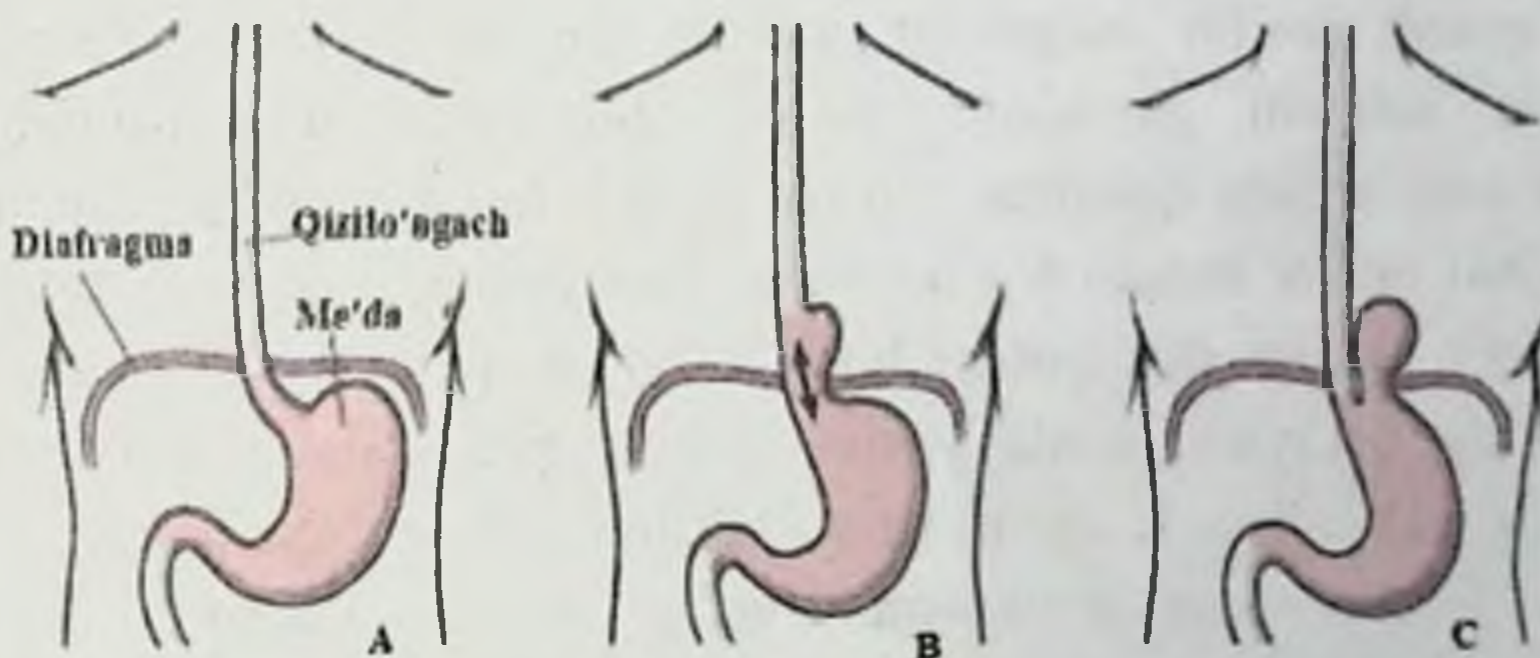


14-rasm. Paravazal (chapda) va intravazal (o'ngda) skleroterapiya sxemasi

Intravazal skleroterapiyaning asosiy maqsadi varikoz venalarining trombozini tashkil qilishdir. Ushbu muammoning texnik yechimiga varikoz kengaygan venalarini teshish orqali erishildi. Skleroterapiyaning bir seansi uchun o'rtacha birdan besh millilitrgacha sklerozant ishlatiladi. Besh millitrdan ortiq in'eksiya qilish tavsiya etilmaydi, chunki intravazal kiritish bilan paravazal komponentni istisno qilish mumkin emas.

DIAFRAGMA QIZILO'NGACH TESHIGI CHURRASI

Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi shunday holatki, bunda qorin bo'shligi a'zolari (asosan oshqozon) diafragmaning kengaygan qizilo'ngach teshigi orqali ko'ks oralig'iga chiqadi (15-rasm). Qorin bo'shlig'i a'zolarini ko'krak qafasiga siljishiga homiylik qiluvchi omillardan yana biri shuki, ko'krak qafasida bosim manfiy bo'ladi, qorin bo'shligida esa bosim musbat bo'ladi va u o'zgaruvchandir. Ko'pincha oshqozonning o'ng tomondan qizilo'ngachni yonidan chiqishi kuzatiladi. Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasini asoratlaridan biri qon aralash qusish va kamqonlikdir. Bu asoratlar haqida dastlab Garman, Finellan (1924) va Xedblom (1925) yozganlar. V.D.Bratus (1972) ma'lumotlari bo'yicha diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi 0,5-2% hollarda oshqozondan qon ketishiga sababchi bo'ladi.



15-rasm. A. Normada me'da va qizilo'ngach holati. B. Qizilo'ngach teshigi sirpanuvchi churra. C. Qizilo'ngach teshigi paraezofagial churra

Diafragma qizilo'ngach teshigi churralarida qon ketishining sababi kardial qism yetishmovchiligi va oshqozon-qizilo'ngach refluksi natijasida qizilo'ngach distal qismi shilliq qavatida eroziv sohalarni paydo bo'lishidir. Ushbu churralarning 2 turi tafovut qilinadi: paraezofageal va ezofageal (yuqoriga ko'tarilgan qizilo'ngach).

Paraezofageal churralarda qizilo'ngach o'z o'mida joylashgan bo'ladi, faqatgina diafragmaning bir oz kattalashgan qizilo'ngach teshigi

orqali qorin bo'shligi a'zolari ko'ks oralig'iga siljiydi. Ezofageal churralarda qizilo'ngach-oshqozon o'tish joyi diafragmadan yuqorida joylashib, qizilo'ngach o'zining normal uzunligiga ega holda u egri-bugri bo'ladi. Bundan tashqari o'ng tomonlama, chap tomonlama, ikki tomonlama va markaziy churralar ham tafovut qilinadi.

Klinikasi. Diafragma qizilo'ngach teshigi churralarining eng asosiy va ishonchli klinik belgisi bolani ko'krak yoshidan boshlab qusishidir. Qusishlar dastlab ahyon-ahyonda, keyinchalik esa doimiy bo'lib qoladi. Shuningdek, qusish bilan bir qatorda qusiq moddalari tarkibida oz miqdorda qon bo'lishi ham bu kasallik uchun xarakterlidir. Qon ketishining sababi oshqozonni kislotali shirasini doimiy ravishda qizilo'ngachga chiqib turishi va uning oqibatida paydo bo'lgan peptik ezofagit bo'lib hisoblanadi. Qon qizilo'ngach shilliq qavatidagi eroziv sohalardan va bevosita shilliq qavatdan diapedez yo'li bilan ketadi. Doimo qusish bo'lib turganligi sababli bu bolalarda ko'pincha aspiratsion zotiljam qaytalanib turadi, shuningdek ular jismoniy o'sishdan ham orqada qoladilar. Ko'rik paytida teri qoplamlari oqimtir bo'ladi. Ota-onalar asosan o'z bolalarini bezovtaligi, qusishi va qusiq tarkibida qon borligi shikoyatlari bilan murojaat qiladilar. Axlrat rangi qon ta'sirida qorayadi. Katta yoshli bolalar qon aralash qusishdan tashqari ko'krak sohasida og'riq va yo'talishga shikoyat qiladi. Qusish ko'pincha bolani ovqatlantirishiga bog'liq bo'ladi. Hattoki, ovqat bergandan so'ng bolani vertikal (tik) holatda tutib turish ham qusishni to'xtata olmaydi. Oz-oz miqdorda ovqatlantirish va nisbatan suyuqroq ovqatlar berish qusishni bir oz kamaytiradi xolos, lekin uni butunlay bartaraf eta olmaydi. Ba'zi hollarda ko'p qon ketishi kuzatilsa, qusiq tarkibida oshqozon mahsulotlari va "kofe quyqasi"ga o'xshash qon bo'ladi. Doimiy ravishda qon yo'qotilib turilishi natijasida asta-sekinlik bilan kamqonlik rivojlanadi.

Diagnostikasi. Kasallikka diagnoz qo'yishda shikoyatlar, anamnez, klinik belgilar va tahlillar natijalariga tayaniladi. Lekin, diafragma qizilo'ngach teshigi churralarini aniqlashda asosiy tekshirish usuli bu rentgenologik tekshirishdir. Umumiy rentgenografiyada ko'krak qafasida, diafragmadan yuqorida o'rta chiziq bo'ylab yo chapdan, yo

o'ngdan, ba'zan esa ikkala tomondan hamsuyuqlik sathi ko'rinadi (16-rasm). Bu suyuqlik sathini kattaligi oshqozonni qanday darajada ko'krak qafasiga siljiganligiga bog'liq bo'ladi. Qorin bo'shlig'ida oshqozon havo pufagi kichraygan bo'ladi yoki umuman bo'lmaydi. Buni tasdiqlash uchun kontrast modda yordamida qizilo'ngach va oshqozonni rentgenoskopiya va rentgenografiya qilish kerak. Bariy bo'tqasi og'iz orqali, kichik bolalarda uni sutga aralashtirib zond orqali oshqozonga yuborish vaqtida rentgen surat olinadi. Paraezofageal churralarda oshqozonni bir qismi yoki u butunlay qizilo'ngachni yonida diafragmadan yuqorida joylashgan bo'ladi. Ezofageal churralarda esa kardiya diafragmadan yuqorida joylashib, qizilo'ngach egri-bugri va kengaygan bo'ladi.

Shuningdek, diafragma qizilo'ngach teshigi churralari diagnostikasida endoskopik tekshirishlarning ham ahamiyati katta. Fibroezofagogastroskopiya vaqtida agarda paraezofageal churralar bo'lsa kardiyaning doimo ochiq turishi va oshqozon mahsulotlarini davriy ravishda qizilo'ngachga chiqib turishini ko'rish mumkin. Ezofageal churralarda esa qizilo'ngach-oshqozon o'tish joyini diafragmaning ezofageal doirasidan yuqorida joylashganligini va oshqozonni xarakterli bo'ylama burmalarining qizilo'ngachga bo'rtib chiqqanligi ko'rinadi.



16-rasm. Qizilo'ngach teshigi churrasi. Anatomik manzarasi va rentgenogrammasi.

Ko'pchilik bemorlarda peptik ezofagit belgilari qizilo'ngach pastki bo'lagini 5-6 sm.gacha borgan bo'ladi. Bu soha shilliq qavati yaqqol qizargan, eroziyaga uchragan bo'ladi va osongina qonaydi. Og'ir hollarda eroziv yuzalarni va ba'zi joylarda ularni fibrinli qoplamalar bilan yopilib turganligini ko'rish mumkin.

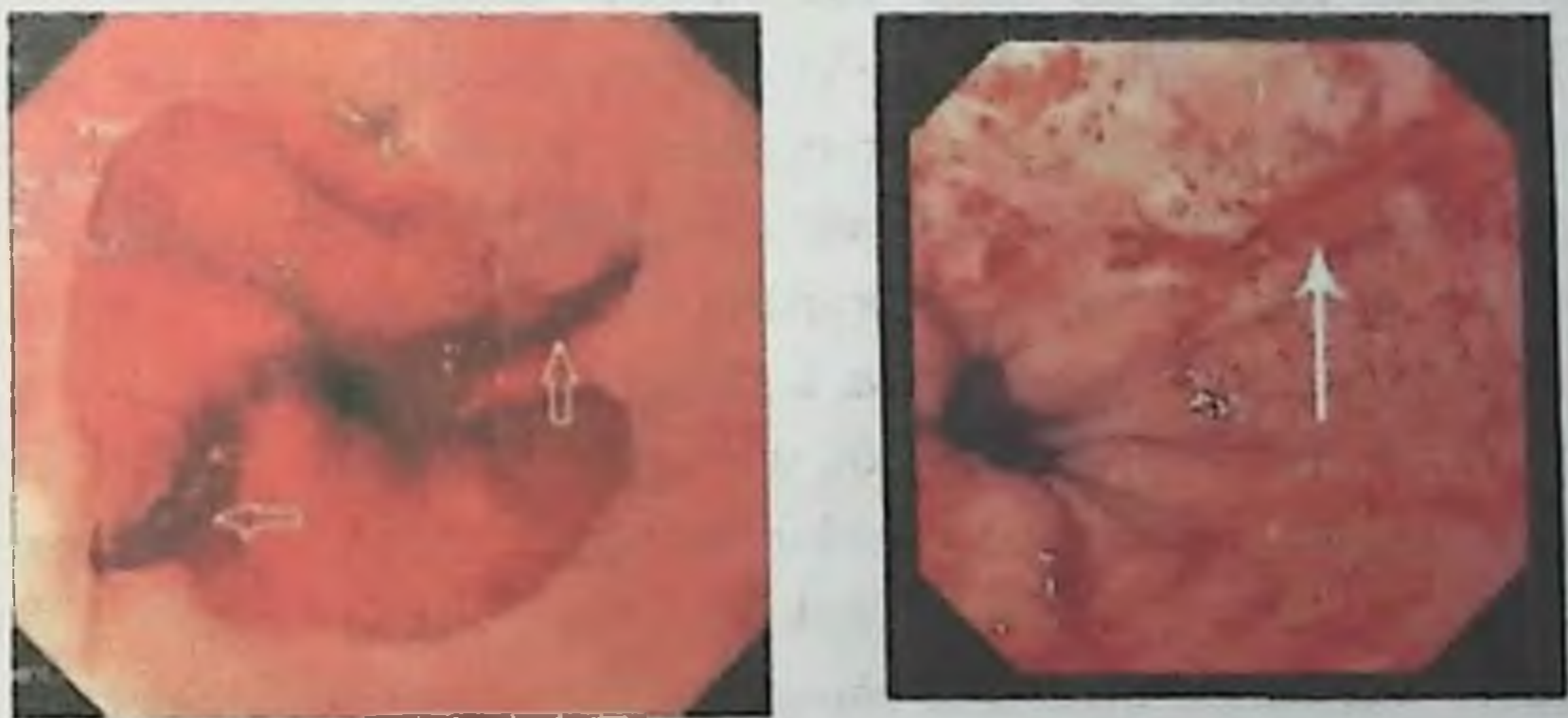
Davolash. Diafragma qizilo'ngach teshigi churralarini davolashning asosiy usuli operativ davolashdir. Lekin, ba'zi mualliflar kasallikning boshida konservativ davolashni taklif etadi. Ularning aytishlaricha har qanday holatda ham avval konservativ usullarni qo'llash kerak, agar samara bo'lmasa operatsiya qilishni taklif etadi. Ba'zi mualliflar esa operatsiyani faqatgina yarali ezofagit va ikkilamchi torayishlar ro'y bergan hollarda qilish kerakligini aytadi. Konservativ davolash asosan ezofagit va torayish belgilari bo'lmagan kichik churralarda o'tkaziladi. Bunda bolani doimiy ravishda, ayniqsa, ovqatlanishdan so'ng, tik holatda yoki bosh tomoni ko'tarilgan holatda tutish kerak. Shuningdek, ovqat oz-oz miqdorda, tez-tez, ya'ni 2-2,5 soatda berib turilishi kerak. Katta yoshli bolalar ovqati tarkibida ishqorlangan suyuqliklar (mineral suv, magniy sulfat va kaliy bikarbonat) bo'lishi, kichik yoshli bolalarga esa ovqatni bir oz quyuqroq qilib berish tavsiya qilinadi. Bulardan tashqari antispastik va sedativ dorilar ham berilishi kerak. Agarda 3-4 oy davomida bu usullar naf bermasa, asoratlarni kuzatilmagan taqdirda ham operatsiya qilish kerak. Lekin, bolalar asosan asoratlarni bilan shifoxonalarga murojaat qilishlari va asoratsiz davrda diagnoz qo'yilishi murakkab bo'ladi. Operativ davolashga klinik belgilarni yaqqol bo'lishi va peptikligini hisobga olsak, konservativ davolash deyarli qo'llanilmaydi asoratlarning bo'lishi ko'rsatma bo'ladi. Operatsiyadan maqsad qizilo'ngach kardial qismi va oshqozonni diafragma ostiga tushirib, diafragmaning kengaygan qizilo'ngach teshigini Xarrington (qizilo'ngachdan oldindan va chapdan) va Allison (orqadan) buyicha plastika qilishdir. Ushbu operatsiyalarni qorin yoki plevradan tashqari torokal yullar orqali amalga oshirish mumkin. Yuqorida ko'rsatilgan operatsiyalardan keyin 10% gacha qaytalanish, 25% gacha hollarda esa oshqozon-qizilo'ngach refluksini yo'qotilmusligi bolalar jarrohlarni qoniqtirmaydi. Shuning uchun oxirgi yillarda diafragma qizilo'ngach

teshigi plastikasi bilan bir vaqtda antirefluks operatsiyasi ham qilinadi. Bu operatsiyalar asosan abdominal yo'l bilan amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyingi davr odatda qiyinchiliksiz o'tadi. Bemorlarning umumiy ahvoli, yo'ldosh kasalliklar, yoshi va narkoz asoratlari qarang 1-2 kun davomida parenteral ovqatlantirish davom ettiriladi. Shuning uchun operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni olib borish individual tartibda bo'lishi kerak. Kichik yoshli bolalarda nafas yetishmovchiligi va ichaklar parezi oldi olinishi kerak.

MELLORI-VEYS SINDROMI

Mellori-Veys sindromi gastroduodenal qon ketishlarning sabablaridan biri bo'lib, oshqozon proksimal qismi va qizilo'ngach-oshqozon o'tish sohasidagi shilliq qavat va chuqurroq qavatlarni to'satdan yorilishi va qon ketishi bilan xarakterlanadi. Bu kasallik haqida 1929 y. o'zlarining ko'p yillik chuqur tadqiqotlaridan keyin Mellori va Veys yozadilar. Bolalarda bu sindrom juda kam uchraydi, asosan o'smirlilik davrida ushbu sindromni kuzatish mumkin.



17-rasm. Mellori-Veys sindromi endoskopik manzarasi.

I.M. Belousova ta'kidlashicha bu sindromni yo'tal xuruji, astmatik status va epigastral sohadagi shikastlardan keyin kuzatish mumkin. Kasallikning patogenezida kardiyani to'liq ochilmagan paytida oshqozon ichida bosimni birdan ko'tarilib ketishi asosiy o'rinni tutadi. Oshqozon ichi va qorin bo'shlig'ida bosimni birdan ko'tarilib ketishi kardial sohada spastik qisqarishlarni paydo bo'lishiga va ular esa o'z

navbatida shilliq va shilliq osti qavatlarini yorilishiga sababchi bo'ladi. Bunday holat ko'p marta qusgandan keyin ham quzatilishi mumkin. Shuningdek, oshqozon kardial qismi shilliq qavatini yorilishiga qizilo'ngach churralari, oshqozon va qizilo'ngachni yallig'lanish kasalliklari ham sababchi bo'ladi.

Klinikasi. Ushbu kasallikning aynan o'ziga xos bo'lgan belgilari yo'q, lekin ko'pchilik hollarda uchraydigan bir guruh qon ketishga xos belgilari bor. Kasallikning yetakchi belgisi bu "kofe quyqasi"ga o'xshash qusishdir, kam holatlarda qirmizi rang qon bilan qusish kuzatiladi. Qon aralash qusishgacha ko'pchilik bolalar epigastral sohada ogriqqa va ko'p miqdorda oshqozon mahsulotlari bilan qusishga shikoyat qiladilar. Ko'p miqdorda qon yo'qotilganda behollik, teri qoplamlarini oqarishi, pulsni tezlashishi, qon bosimi ko'rsatkichlarini pasayishi va axlat rangini qorayishi kuzatiladi. Tahlillarda qon ketishi darajasiga qarab gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamayadi.

Diagnostikasi. Kasallikning belgilariga qarab aniq diagnoz quyish juda qiyin, chunki bir qator kasalliklarda shunga o'xshash klinika bo'ladi. Shuning uchun Mellori-Veys sindromi diagnostikasida asosiy o'rinni endoskopik tekshirishlar egallaydi. Fibroezofagogastroskopiya vaqtida oshqozonning kardial va subkardial qismlari shilliq qavati burmalari orasida ko'ndalang yoriqlarni ko'rish mumkin (17-rasm). Bu yoriqlarni uzunligi 1-5 sm.gacha, kengligi 1-4 mm.gacha yetadi. Ular soni bitta, ba'zan esa ko'p bo'ladi, ularning tubi esa qon laxtalari bilan to'lgan bo'ladi. Shuningdek, ushbu kasallikda nafaqat shilliq qavat, balki shilliq osti va hatto mushak qavatini ham yorilishini ko'rish mumkin. Yorilishlar qanchalik chuqur bo'lsa, qon ketish shuncha ko'p bo'ladi.

Davolash. Fibroendoskopiya usuli nafaqat diagnoz qo'yish, balki davolash usuli hamdir. Lekin har qanday vaziyatda ham agar bemorda oshqozon-qizilo'ngachdan qon ketish klinikasi bo'lsa, kutib utinnasdan tuliq gemostatik davoni boshlash kerak. Endoskopiya vaqtida, agar qon ketishi davom etayotgan bo'lsa, o'sha sohani sovuq suv bilan, 96% li spirt bilan, xloretil va epsilon-aminokapron kislotasi bilan yuvish mumkin. Lekin qon ketishini uzil-kesil to'xtatish maqsadida

endoskopiya vaqtida diatermiya, lazerli koagulyatsiya usullarini qo'llash kerak. Agarda shu usullar yordamida qon ketishini to'xtatishga erishilsa, 5-7 kundan keyin yoriqlar fibrin bilan qoplanadi va asta-sekinlik bilan bitadi. Chuqur yoriqlar esa 10-14 kun o'tgach bitadi. Odatda, shilliq qavat yoriqlari bitgach, ular o'rnida chandiqliq qolmaydi. Chuqur yoriqlar bitgandan keyin esa ular o'rnida yassi ko'ndalang oqish chandiqlari qoladi. Shilliq qavatdagi yoriqlar bitishi davrida mexanik va ximik jihatdan qiyin parchalanuvchi va ta'sirlovchi oziq moddalarni iste'mol qilish ta'qiqlanadi.

Agarda yuqorida ko'rsatib o'tilgan usullar yordamida qon ketishini to'xtatishni iloji bo'lmasa, u holda jarrohlik usuli qo'llaniladi. Qorin bo'shligi ochilib, gastrotomiya qilinadi va yoriqlar tikiladi. Yoriqlar ko'p va chuqur bo'lsa ba'zi hollarda qon ketishini to'xtatish ancha qiyin bo'ladi. Bunday hollarda oshqozonning chap arteriyasi bog'lanadi.

GEMORRAGIK GASTRIT

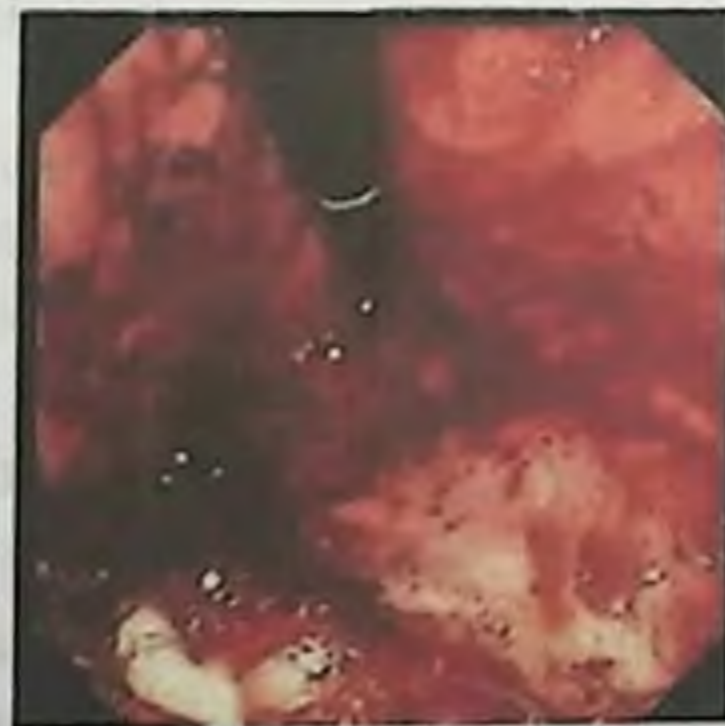
Kasallik oshqozon shilliq qavatida ko'plab qon quyishlar, o'tkir eroziyalar va yuza yaralar bo'lishi bilan xarakterlanadi. I.M. Bulousova fikricha qon ketish vaqtida ko'pincha kichik eroziyani nuqtali qon quyilishdan, o'tkir yarani esa katta o'lchamli eroziyadan farqlash qiyin bo'ladi. Bolalarda bu kasallikning uchrashi va tarqalishi haqida aniq statistik ma'lumotlar yo'q. Oshqozon shilliq qavatiga qon quyilish sababini faqatgina qandaydir bir omilga bog'lash to'g'ri bo'lmaydi, ya'ni kasallikni paydo bo'lishida bir qator omillarni birgalikda ta'sir etishi katta ahamiyatga ega. Ko'pincha gemorragik gastritlar tizimli kasalliklar (endokrin, infeksiyon, toksik, septik) yoki lokal ta'sirlar (dori moddalari, tomir yoki alimentar buzilishlar), shuningdek, mexanik ta'sirlar natijasida yuzaga keladi.

Gemorragik gastritlar patogeneza asosiy buzilishlar bu almashinuv jarayonlari va qon ivish tizimidagi o'zgarishlardir, ya'ni bu kasallikda oshqozon shilliq qavati kapillyarlarini o'tkazuvchanligi oshadi va qon shaklli elementlarini tashqariga chiqishi kuzatiladi, bu esa o'z navbatida qon ketishiga olib keladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik belgilari aynan shu kasallik uchun tipik emas, ya'ni bu belgilar yana bir qator kasalliklarda ham uchraydi.

Ko'pchilik hollarda qon ketishi va qon aralash qusish kasallikning dastlabki belgisi bo'lib xizmat qiladi. Katta yoshli bolalar ko'pchilik hollarda qon ketishigacha davrda epigastral sohada og'riqqa shikoyat qiladilar. Ko'p qon ketish bo'lganda axlat rangi qorayadi, bemor bolalar kamquvvatlikka, ishtahasini yaxshi emasligiga shikoyat qiladilar. Doimiy ravishda qon yo'qotilib turilishi natijasida teri qoplamlari oqimtir bo'ladi, qon tahlillarida esa surunkali kamqonlik alomatlarini ko'rish mumkin. Gemodinamik o'zgarishlar yo'qotilgan qonning miqdoriga bog'liq bo'ladi. Lekin kasallikning faqat bu belgilariga asoslanib diagnoz qo'yishni imkoniyati yo'q.

Diagnostikasi. Kasallikka diagnoz quyishni yagona va ishonchli usuli endoskopik tekshirishdir. Qon ketish manbaini to'g'ri aniqlash maqsadida fibroendoskopiyaning qon ketish avjiga chiqqanda qilish kerak, chunki bolalarda davolash boshlangandan 1-2 kun o'tgach yallig'lanish alomatlari yo'q bo'lib ketishi mumkin va shuning uchun qon ketayotgan eroziya sohani topib bo'lmay qoladi. Kattalardan farq qilib bolalarda gemorragik gastrit ko'pincha sog'lom shilliq qavatda paydo bo'ladi. Gemorragik gastritlarning endoskopik ko'rinishi ko'p qirrali bo'lib, bir qator o'ziga xos belgilarga ega. Fibrogastroskopiya vaqtida oshqozon shilliq qavati shishgan, qizargan va tomirlari yaqqollashgan bo'lib, turli qismlarida shilliq va shilliq osti qavatiga qon quyilishlar ko'rinadi (18-rasm).



18-rasm. Gemorragik gastrit endoskopik manzarasi.

Qon quyilishlar ba'zan nuqtali bo'lib, kattagina maydonni egallagan bo'ladi. Shu narsa e'tiborga loyiqki, ba'zan endoskopiya vaqtida shikastlanmagan va yallig'lanmagan shilliq qavatdan qon ketishini kuzatish mumkin. Ba'zi hollarda 0,5 sm.gacha bo'lgan nozik qo'ng'iroq fibrinli qoplama bilan qoplangan eroziyalarni, ayrim hollarda esa qonayotgan eroziyalarni ko'rish mumkin. Bu eroziyalardan o'limga olib keluvchi qon ketishlar ham bo'ladi.

Davolash. Kasallikning asosiy davolash usuli konservativ. Diaqnoz aniqlangach, birinchi navbatda parhezga rioya qilinadi. Qon ketish avjida og'iz orqali ovqatlanish to'xtatiladi. Oshqozonga o'rnatilgan zond orqali vaqti-vaqti bilan yuvib turiladi, shuningdek bu zondan chiqayotgan qon miqdoriga qarab qon ketish darajasini ham nazorat qilish mumkin. Zond orqali oshqozonga 5-8°C gacha sovutilgan suv, 0,5% li kumush nitrat eritmasi va epsilon-amikapron kislotasi kiritib, qon ketuvchi sohaga bevosita ta'sir qilish mumkin. Epigastral sohaga "muz xalta" quyish ham yaxshi samara beradi, lekin kichik yoshli bolalarda bu usulni qo'llash qiyinroq bo'ladi. Kompleks gemostatik davo o'tkazilishi (kasallikning boshidan qilinishi kerak) qon ketishi to'xtatishini asosiy omilidir. Buning uchun tomir ichiga xlorid kalsiy, vikasol, adroksan, ditsinon, qon va uning zardobi yoshiga mos ravishda yuborilishi kerak. Epsilon-aminokapron kislotasi va fibrinogen oshqozon ichiga yuborilishidan qat'iy nazar, albatta, parenteral yo'l bilan organizmga kiritilishi kerak. Agar o'tkazilgan usullar samara bermasa va oshqozondan qon ketish davom etsa, bu holda kattalardan farqli o'laroq (ularda subtotal va total oshqozon rezeksiyasi qilinadi), bolalarda oshqozonning sekret ishlab chiqaruvchi qismi (antral qism) rezeksiyasi yoki piliroplastika bilan birga selektiv proksimal vagotomiya qilinadi.

OSHQOZON VA 12-BARMOQLI ICHAK YARASI KASALLIGI

Oshqozon va 12-barmoqli ichak yara kasalligi oshqozon va 12 barmoqli ichak devorida uzoq vaqt bitmaydigan yara hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda kam uchraydi, asosan,

katta yoshdagi bolalarda uchrab, o'g'il bolalar qiz bolalarga nisbatan 5 marta ko'p kasallanadi. Netaxota J.N. (1974 y.) ma'lumotlari buyicha 12 barmoqli ichakda yarani uchrashini oshqozonda uchrashiga nisbati 10:1 dan 7:1 gacha.

Etiopatogenezi. Kasallikni paydo bo'lishida alimentar omillar, psixoemotsional holatlar, asab tizimining ishini buzilishiga olib keluvchi kasalliklar va zaharlanishlar, visseral omillarni o'rni kattadir. Shuningdek, organizmning nasl-konstitutsion xususiyatlarini ham ahamiyati bor. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi patogenezi asosida miya po'stlogi pustloq osti munosabatlarini buzilishi va gipotalamus faoliyatini o'zgarishi, buning oqibatida esa parasimpatik asab tizimi ishini faollashishi yotadi. Oxirgi holat esa oshqozon va 12 barmoqli ichakda sekret ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, shilliq qavatda qon aylanishini buzadi, oqibatda esa uning oziqlanishi izdan chiqadi va unda uzoq vaqt bitmaydigan yaralar hosil bo'ladi. Shuningdek, yara paydo bo'lishida pepsinning ham ahamiyati katta, chunki u oshqozon kislotasi bilan birga nafaqat ovqat oqsilini parchalaydi, balki, shilliq qavatini yemiradi ham.

Tasnifi. Hozirgi vaqtgacha oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini bir necha tasniflari taklif etilgan. Quyida bolalar amaliyotida keng qo'llaniladigan tasnif keltirilgan:

1. Yarani joylashish joyiga qarab:

a) oshqozon yarasi

b) 12 barmoqli ichak yarasi

v) gastroduodenal yaralar

2. Oshqozon sekresiyasi xarakteri buyicha:

a) normal sekret sharoitida paydo bo'lgan yara

b) faollashgan sekret sharoitida paydo bo'lgan yara

v) susaygan sekret sharoitida paydo bo'lgan yara

3. Jarayon kechishi buyicha:

a) xuruj davri

b) remissiya davri

v) cho'ziluvchan kechishi

4. Kasallik og'irligi buyicha:

- a) yengil kechishi
- b) o'рта og'irlikda kechishi
- v) og'ir kechishi

5. Kasallik asoratlari:

- a) yaradan qon ketishi
- b) oshqozon-12 barmoqli ichak devorini teshilishi
- v) peneteratsiya (qo'shni a'zolarga o'tishi)
- g) pilorik qismni torayishi
- d) yarani yomon sifatli o'smaga aylanishi.

Klinikasi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligini doimiy va ko'p uchraydigan belgisi bu qorin sohasida, ya'ni epigastral qismida bo'ladigan og'riqdir. Og'riqni xarakteri yarani qaysi sohada joylashganligiga bog'liqdir. Shuningdek, og'riqlar turlicha bo'ladi, ya'ni och qolganda, ovqat iste'mol qilgach, kechasi va fasllarga qarab zo'rayishi bahorda va kuzda kuzatiladi. Bundan tashqari bolalar ko'ngil aynishi, qusish va ishtahani pasayishiga shikoyat qiladilar. Yarani piloantral sohada joylashishi esa shu joyda stenoz paydo bo'lishi va uning oqibatida bolalami ozib ketishlariga sababchi bo'ladi Kasallikning peneteratsiya, perforatsiya va malignizatsiya kabi asoratlari bolalarda juda ham kam kuzatiladi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi bilan bemor bolalarni, ulami ota-onalarini shifokorlarga murojaat qilishiga majbur qiluvchi omillardan biri bu qon ketishdir. Chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalarda oshqozon yarasining belgisi - oz-ozdan to profuz qon ketishgacha boruvchi gemorragiyadir.

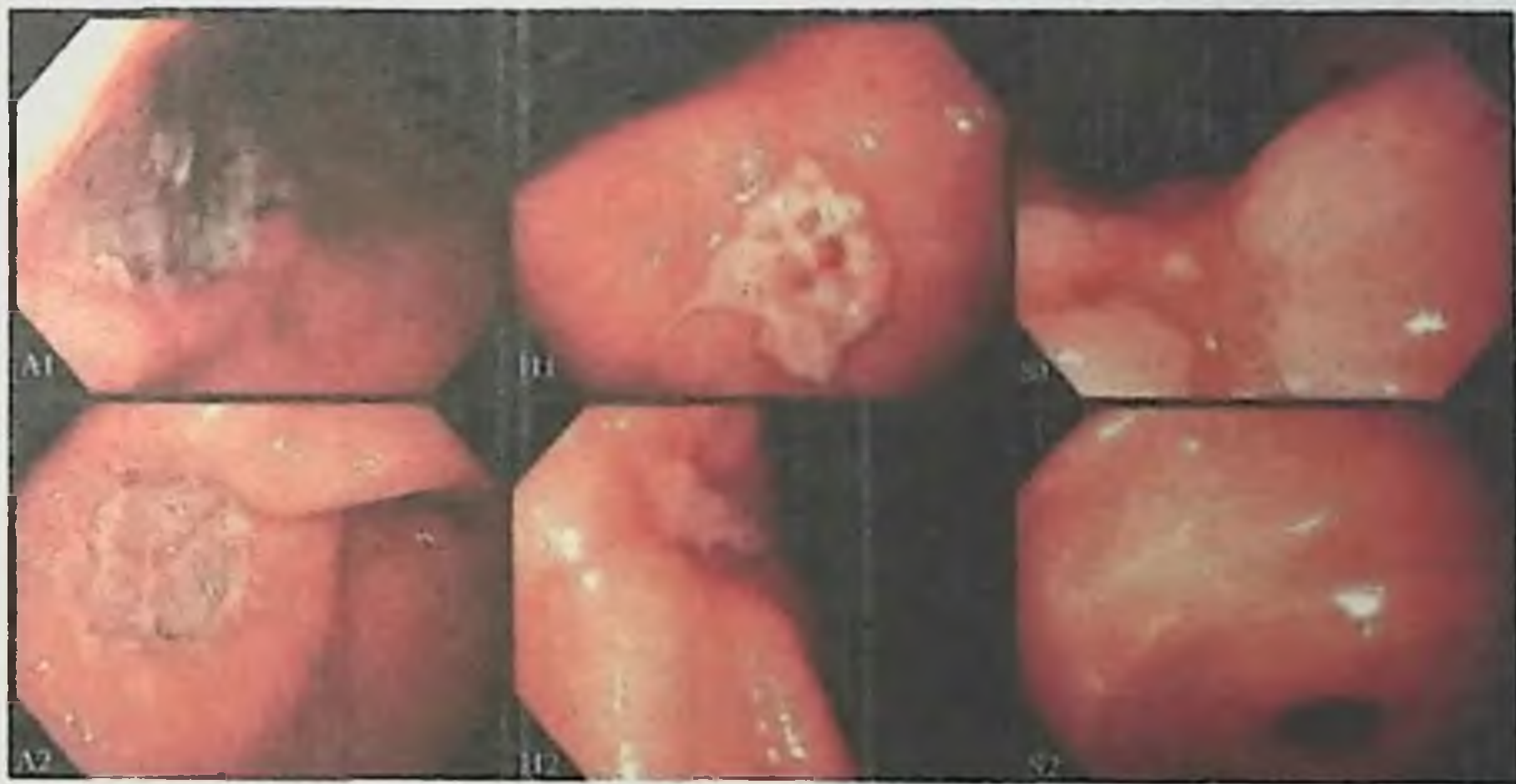


19-rasm. Gastroduodenofibroskopiya o'tkazilish vaqti

Diagnostikasi. Kasallikka diagnoz quyishda anemnez, shikoyat, klinik belgilarga asoslaniladi. Bundan tashqari oshqozon shirasini kislotaliligini va axlatda yashirin qon borligini (Grigersen reaksiyasi) tekshirish kerak. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralarini aniqlashda rentgenologik va endoskopik tekshirishlarni ahamiyati beqiyosdir. Oshqozonga kontrast (bariy sulfat) kiritib, tekshirilganda kasallikning boshida piloduodenal sohada spazm, keyinchalik esa oshqozonning boshqa qismlarida "taxmon", "chuqurcha" belgisini va 12 barmoqli ichak deformatsiyasini ko'rish mumkin. Bundan tashqari segmentlanuvchi peristaltika va duodenogastral refluksni ham aniqlash mumkin. Gastroduodenofibroskopiya vaqtida yarani joylashgan o'ri, uning o'lchamlari, yara tubi holati, yallig'lanish doirasi chegaralari va doimo yara bilan birga keladigan gastrit yoki duodenit darajasi aniqlanadi (19-rasm).

Qiyosiy tashhishlash. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi gastrit, gepatoxolesistit, qon ketgan vaqtida esa portal gipertenziya, ichaklarni ikkilanishlari va Mekkel divertikuli kabi kasalliklar bilan qiyoslanadi. Gastrit kasalligidan farqlashda o'ziga xos "yarali anemnez" ni borligiga e'tibor berish kerak. Klinik belgilarga qarab gastritni yaradan farqlash ba'zan qiyin bo'ladi. Bunday hollarda rentgenologik va endoskopik tekshirishlar natijalari uzil-kesil muammoni hal qiladi, chunki gastrit kasalligida hech qachon yara kasalligi uchun xos bo'lgan "tokcha" belgisi va endoskopik tekshirish vaqtida chegaralari aniq bo'lgan yarani ko'rib bo'lmaydi. Gepatoxolesistitda esa yara kasalligidan farq qilib jigar xastaligi alomatlari ham bo'ladi. Bundan tashqari rentgenologik va endoskopik tekshirishlar qaysi kasallik ekanligini aniqlashda yordam beradi. Ichaklar ikkilanishlari va Mekkel divertikuli farq qilib, yara kasalligi doimo og'riq simptomi bilan kechadi, yuqorida ko'rsatilgan kasalliklar asosan og'riqsiz kechadi va hech qanday klinik belgi bermaydi. Ular to'satdan to'g'ri ichak orqali ko'p miqdorda qon kelishi bilan xarakterlanadi. Shuningdek, ushbu kasalliklarda qon aralash qusish kuzatilmaydi, to'g'ri ichak orqali chiqayotgan qon ko'p hollarda qoramtir rangda bo'ladi, ya'ni qon va axlat bir-biri bilan aralashmagan bo'ladi. Yara kasalligida esa axlat

qoramtir rangda bo'ladi. Bu kasalliklarni bir-biridan farqlashda rentgenologik va endoskopik tekshirish yara kasalligini to'liq tasdiqlab beradi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida qon ketish kuzatilganda uni portal gipertenziyada qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishdan farqlash ancha murakkabliklar tug'diradi, chunki ikkala holatda ham qon ketish manbai bir joydir. Lekin, e'tibor bilan yig'ilgan anamnez natijasi masalani ancha oydinlashtiradi, ya'ni yara kasalligida o'ziga xos "yara anamnezi" bo'lsa, portal gipertenziyada ko'proq jigar xastaligiga xos anamnez bo'ladi. Shuningdek, portal gipertenziyada og'riq belgisi ham kuzatilmaydi. Kontrastli rentgenografiya va gastrofibroskopiya vaqtida har bir kasallik uchun aynan xos bo'lgan belgilarni aniqlash imkoni tug'iladi.



20-rasm. Oshqozon yarasini Sakita-Miwa buyicha bitishining endoskopik manzarasi

Oshqozon yarasini Sakita-Miwa buyicha bitishi.

A (Active). Faol bosqichi (qo'zg'alish)

A1 Oshqozon yarasini o'rab turgan shilliq qavat bo'kishi natijasida shishadi, epiteliyda regeneratsiya yo'q.

A2 Yara atrofidagi shilliq qavatning shishishi kamaydi, yaraning qirrasini aniq ko'rinadi va yaraning chetida regenerativ epiteliyning

birinchi novdalari paydo bo'ldi. Ko'pincha yaraning perimetri bo'ylab qizil halqa kuzatiladi va dumaloq oq qoraqo'tir to'g'ridan-to'g'ri chetida joylashgan. Shilliq qavatning yaqinlashuvchi burmalari odatda yaraning chetiga qadar kuzatiladi.

H (Healing). Bitish bosqichi

H1 Yarani qoplaydigan oq fibrin qatlami ingichka bo'lib, yangilanadigan epiteliy to'g'ridan-to'g'ri oshqozon yarasi asosiga tarqaladi. Yaraning qirrasini va pastki qismi orasidagi gradient tekislanadi. Ammo yara krateri hali ham mavjud, yaraning chekkasi aniq ko'rinadi. Oshqozon yarasi defekti diametri A1 bosqichidagi oshqozon yarasi diametrining taxminan yarmidan uchdan ikki qismiga teng.

H2 Yara defekti N1 bosqichiga qaraganda kichikroq va regenerativ epiteliya yaraning pastki qismini qoplaydi. Oq fibrin qatlamining maydoni A1 bosqichida oshqozon yarasi maydonining to'rttdan uchdan bir qismini tashkil qiladi.

S (Scarring). Chandiqlanish bosqichi

S1 Qayta tiklanadigan epiteliya yaraning pastki qismini butunlay qoplaydi. Oq fibrin qatlami yo'qoldi. Dastlab, regeneratsiya zonasi yorqin qizil bo'lib ko'rinadi. Sinchiklab tekshirilgandagi ko'p sonli kapillyarlarni ko'rish mumkin. "Qizil chandiq" paydo bo'ldi.

S2 Bir necha oydan bir necha yilgacha bo'lgan davrdan s2ng qizil chandiq atrofdagi shilliq qavatning rangini oladi. "Oq chandiq" paydo bo'ldi.

Davolash. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi agarda asoratlari bermagan bo'lsa, uzoq vaqt aniqlanmaydi va shuni oqibatida maqsadli davo o'tkazilmaydi. Bolalar turli xil kasalliklar diagnozi bilan samarasiz holda davolanib yuradilar. Shu sababdan oshqozon sohasida og'riq bo'lgan hollarda yoki yara kasalligiga shubha bo'lgan hamma holatlarda bolalar to'liq gastroenterologik tekshirishdan o'tishlari shart. Agarda diagnoz tasdiqlansa bolalarda asoratlarsiz kechayotgan oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi faqat konservativ davolanishi kerak. Dastlab parhezli ovqatlanishga e'tibor berish kerak. Ovqatlanish sutkasiga 4-6 marta, oziq mahsulotlari oshqozon shilliq qavatini mexanik va ximik jihatdan ta'sirlamaydigan va uning sekresiyasini

kuchaytirmaydigan (№1 parhez) bo'lishi kerak. Kasallikning xuruji davrida 2-3 hafta davomida yotoq tartibi tavsiya qilinadi. Dori-darmonlardan atropin, platifillin, vikalin, almagel, V guruhidagi vitaminlar va boshqalar beriladi. Shuningdek, bemorlar davriy ravishda ishqorli suvlar ham iste'mol qilib turishlari kerak. Fizioterapevtik davo usullaridan epigastral sohaga diametriya, UVCh va novokain bilan elektroforez quyish yaxshi samara beradi. Remissiya davrida esa epigastral sohaga parafin va ozokerit aplikatsiyalar quyiladi. Kasallikni batamom tuzalib ketishida parhezga e'tibor qilish va davriy ravishda davolanib turish bilan sanatoriya-kurort davosini ham ahamiyati cheksizdir.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida qon ketish. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi 15-22% gacha hollarda asoratlar beradi. Asoratlar orasida qon ketish, ba'zan esa profuz qon ketishlar ham uchraydi. Bu asorat boshqalariga qaraganda ko'proq uchraydi. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida qon ketish vaqtida xarakterli belgilar - qon aralash qusish ("kofe quyqasi" ga o'xshash) va axlatni qoramtir bo'lishi kuzatiladi. Qon ketish boshlangach bolalarni ahvoli keskin yomonlasha boradi, ularda qo'rquv alomatlari paydo bo'ladi, teri qoplamlari va shilliq qavatlar oqimtir rangga o'tadi, asta-sekin kollaps belgilari rivojlanadi. Qon ketish davom etayotganligini bemorning ahvoli, qusiq tarkibi va axlat holatiga qarab baholash mumkin. Qusiq tarkibida qon laxtalari va axlatda kam o'zgargan qon bo'lishi profuz qon ketish davom etayotganligidan darak beradi. Lekin qon ketayotganligini aniq bildiruvchi belgilar bu puls, qon bosimi, gemoglobin, gemotokrit va aylanuvchi qon hajmi (AQH) ko'rsatkichlaridir. Qon ketish boshlangich davrlarda bu ko'rsatkichlar kam o'zgaradi, ya'ni depo qonni harakatga o'tishi sababli. Keyinchalik qon ketish davom etsa, dastlab puls tezlashadi, qon bosimi, gemoglobin va gematokrit ko'rsatkichlari pastga tushib boshlaydi. Agar qon ketishi davom etsa, bemorlar gemorragik shok holatiga tushishlari mumkin. Ba'zi hollarda oshqozon va ichaklardan qon ketish yara borligidan dalolat beruvchi dastlabki signal bo'ladi. Ungacha bolalar

gastroduodenit va xolesistit diagnozlari bilan davolanib yurgan bo'ladilar.

Hozirgi vaqtda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yaralaridan qon ketishini tasniflashda Forrest (1974) buyicha tasnifi keng qo'llaniladi (2-jadval).

2-jadval.

Yaradan qon ketishni Forrest (1974) buyicha tasnifi

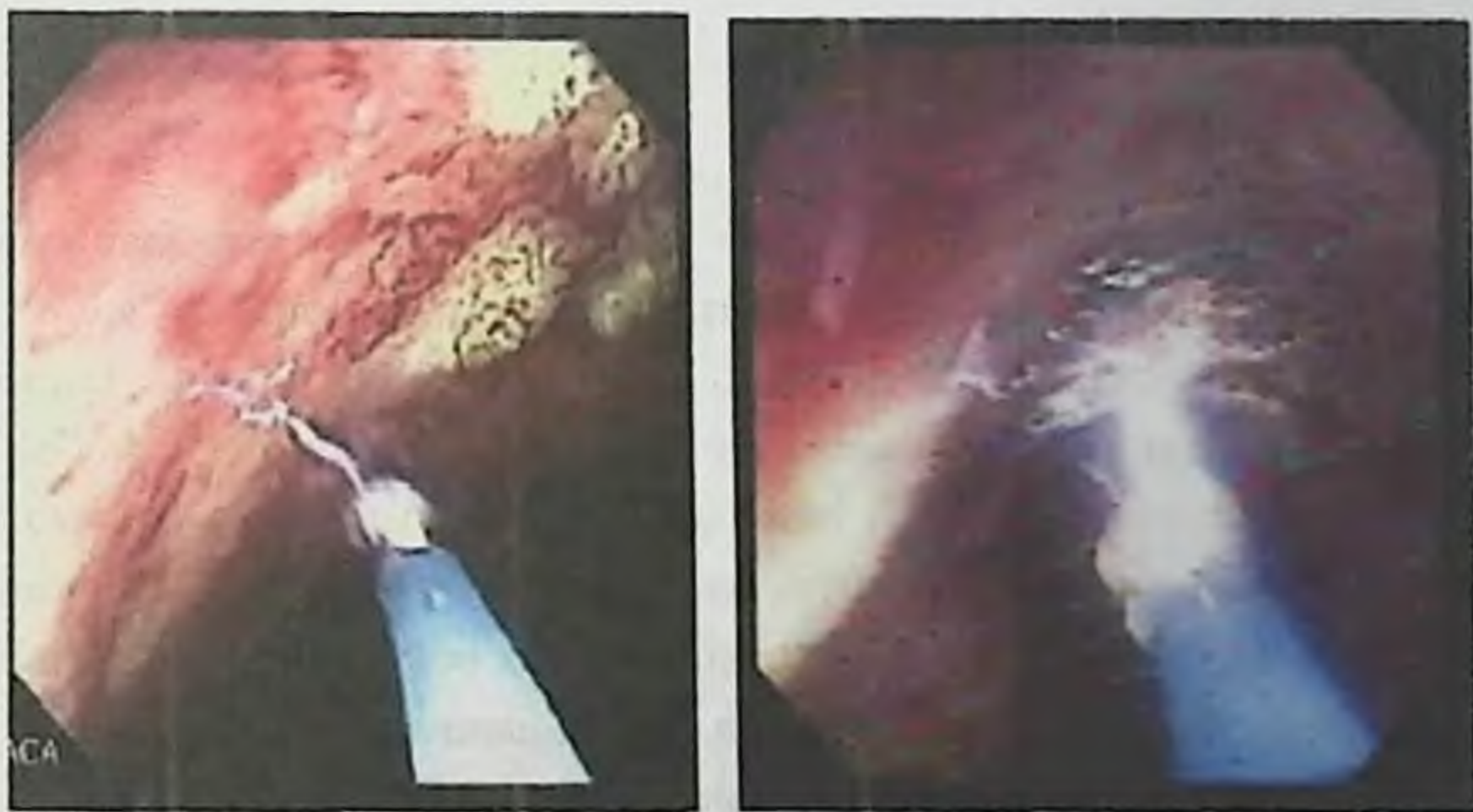
| | |
|------------------------------------|--|
| Faol qon ketish | F1 A – tizillab otilish, pulsatsiyalovchi arterial qon ketish (active bleeding (sputing hemorrhage)) |
| | F1 V - venoz, sust, oqimli parenximatoz qon ketish (active bleeding (oozing hemorrhage)) |
| Qon ketishdan keyingi holat | FII A – tromblangan tomir ko'rinishi (visible vessel-pigmented protuberance) |
| | FII V – fiksatsiyalangan tromb yoki laxta (adherent clot) |
| | FII S - yara tubidagi gemorragik tuyinmalar borligi, qora yassi dog'lar bo'lishi (black base) |
| | FIII – yara tubi toza, yuqoridagi ko'rinarli qon ketish belgilari aniqlanmaydi (no stigmata) |

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketish diagnostikasida asosiy va yetakchi o'rinni gastroduodenofibroskopiya egallaydi. Endoskopik tekshirishlar o'tkazishdan oldin oshqozon sovuq suv bilan yuvilishi kerak. Shundan so'ng o'tkazilgan gastroduodenofibroskopiya vaqtida nafaqat yarani joylashish o'ri, o'lchamlari, oshqozon shilliq qavati holatini, balki yaradan qon ketish darajasini aniqlab, qon ketishini to'xtatish choralarini ham ko'rish mumkin.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishini davolashda konservativ va jarrohlik davo usullari qo'llaniladi. Agar endoskopik tekshirishlar vaqtida yara tubi mustahkam turgan qon laxtasi bilan qoplangan bo'lib, uning tagidan qon sizib chiqmayotgan bo'lsa, u holda konservativ davolash mumkin. Qon ketishi davom etayotgan

bo'lsa, uni usha zahoti koagulyatsiya qilish mumkin. Agarda qon ketishi profuz bo'lib, uni endoskopiya vaqtida to'xtatish imkoniyati bo'lmasa, u holda zudlik bilan jarrohlik uslubi qo'llaniladi. Konservativ davolash umumiy va mahalliy tadbirlar majmuasidan iborat bo'ladi. Qon ketishi boshlangan va u davom etayotgan bemorlarga qat'iy yotoq tartibi buyuriladi va og'iz orqali ovqat iste'mol qilish ta'qiqlanadi. Zudlik bilan qon ivish jarayoniga ta'sir qiluvchi dorilar vikasol, kalsiy xlor, adrokson, ditsinon yoki aminokapron kilotasi vena ichiga yuboriladi.

Shuningdek, antifibrinolitik ta'sirga ega bo'lgan trasilol va kontrikal kiritish ham tavsiya etiladi. Mahalliy ta'sir etish maqsadida epigastral sohaga muz xalta qo'yish, oshqozonni 8-10 °C li suv bilan yuvish, qon ketish sohasiga 5% li epsilon-aminokapron kislota, 0,25-0,5% li nitrat kumush, proteinaza ingibitorlari va antifomsilin bilan ta'sir etish usullari qo'llaniladi.



21-rasm. Argonplazmali koagulyatsiya usuli.

Hozirgi vaqtda bolalar amaliyotida endoskopik usullar yordamida qon ketuvchi yara sohasiga qobiq hosil qiluvchi aerosol, sovuq bilan ta'sir etish (kriodestruksiya), yara atrofiga tomirlarni toraytiruvchi dorilarni infiltratsiya qilish, lazer nurlari yordamida koagulyatsiya qilish keng qo'llanilmokda va ulardan yaxshi samara olinmoqda. Shuningdek,

oshqozon va ichaklarda yig'ilib qolgan qon laxtalari oqibatida yuzaga kelgan ichki intoksikatsiyani kamaytirish maqsadida davriy ravishda 1% li natriy xlor eritmasi bilan huqna qilib turish kerak.

Hozirgi vaqtda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakdan qon kettishini to'xtatishda zamonaviy yuqori texnologiyali usullardan biri argonplazmali koagulyatsiya usuli keng qo'llanilmoqda (21-rasm).

Agarda 6-12 soat davomida olib borilgan konservativ muolajalar yordam bermasa, u holda jarrohlik davo usuli qo'llaniladi. Bunday vaqtlarda operatsiya vaqtini tezlashtirish birinchi navbatda bemorning umumiy ahvoli, qon yo'qotish darajasi va qon ketish tezligiga bog'liq bo'ladi. Ayrim mualliflarning yozishicha umumiy qon miqdorining 30% gacha yo'qotilsa, u holda qon ketish boshlangan davrdan dastlabki 6 soat ichida ham operatsiya qilish mumkin. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketganda qo'llaniladigan operatsiyalar 3 guruhga bo'linadi:

1. qon ketuvchi tomimi bog'lash, yarani tikish
2. oshqozon rezeksiyasi
3. vagotomiya va drenajlanuvchi operatsiyalar

Bolalar amaliyotida oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketganda qo'llaniladigan jarrohlik uslubi bemorning umumiy ahvoli, yaraning turi, joylashishi va davo maskanining tajribasiga qarab belgilanadi. Uzoq yara anamnezi bo'lmasa va bola yoshi kichik bo'lsa, qon ketuvchi tomimi bog'lash bilan cheklaniladi. Agar yara oshqozon devorida bo'lsa, uni kesib olish va joyini tikish mumkin. Lekin, shuni unutmaslik kerakki, faqat qon ketuvchi tomimi bog'lash, yarani tikish bilan chegaralanish va vagotomiya, drenajlanuvchi operatsiyalarni qo'llamaslik qon ketishni qaytalanishi bilan xavflidir. Agar yara 12 barmoqli ichakda joylashgan bo'lsa, qon tomirini bog'lash, Finney buyicha piloroplastika va selektiv vagotomiya qilish yaxshi samara beradi. Qon ketishlar takrorlanmasligi uchun parhezga rioya qilish va davriy ravishda yaraga qarshi davo olib turishning ahamiyati kattadir.

STRESSLI YARALAR

Stressli yoki ikkilamchi yaralar oshqozon va 12 barmoqli ichak patologiyasi bilan bog'liq emas. Ular organizmdagi ancha chuqurlashgan almashinuv, nevrogen va tomir buzilishlari bilan kechuvchi boshqa kasalliklar oqibatida paydo bo'ladi. Stressli yaralarni paydo bo'lishiga sabab bo'luvchi holatlarga quyidagilar kiradi:

1. gipoksiya va giperkapniya bilan kechuvchi o'tkir nafas yetishmovchiligi;
2. qon aylanishining o'tkir buzilishlari;
3. operatsiyadan keyingi septik holatlar;
4. og'ir shikastlar va kuyishlardan keyingi holatlar;
5. o'tkir buyrak yetishmovchiligi;
6. gormonal buzilishlar va uzoq muddat davomida gormonal preparatlarni qabul qilish;
7. medikamentoz zaharlanishlar.

Operatsiyadan keyingi davrda paydo bo'luvchi o'tkir eroziya va yaralar patogenezida asosiy o'rinni ovqat hazm qilish nayi shilliq qavatida mikrosirkulyatsiyani buzilishi va gipoksiya o'ynaydi. Gipotalamus oldingi qismining gipoksik yallig'lanishi natijasida oshqozonda xlorid kislota ishlab chiqarilishi faollashadi. Bu holat esa o'z navbatida shilliq qavat ishemiyasini kuchaytiradi va eroziya paydo bo'lishiga olib keladi. Dastlabki vaqtlarda shilliq qavatning diffuz yuza yallig'lanishi ruy beradi, keyin esa u yaraga aylanadi. Qon eroziv uchastkalardan va yaraning esa diapidez qon ketishlar kuzatiladi. Keyinchalik qon o'zidan ketadi, ba'zan medikamentozli yaralar esa dorini oshqozon shilliq qavatiga bevosita va butun organizm orqali bilvosita ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Asetilsalitsil kislotasi, steroid gormonlar, rezepin va butadion bilan uzoq vaqt tartibsiz va nazoratsiz davolanish natijasida stressli yaralar paydo bo'ladi. Bu dorilar ta'sirida oshqozon kislotaliligi oshadi va uning shirasini ovqatni hazm qilish qobiliyati faollashadi. Bunga aks holda himoya omili bo'lgan shilliq ishlab chiqarilishi kamayadi. Shilliq miqdorini kamayti yara hosil bo'lishini tezlashtiradi. Shuningdek, asetilsalitsil kislota ta'sirida

oshqozon shilliq qavati yuza hujayralari ko'chib tushadi va yara hosil bo'lish ehtimoli oshadi. Shu sababdan oshqozon va ichaklardan qon ketishi kuzatilganda anamnezni to'liqlashning yig'ish va klinik belgilarni hammasini yaqqol ahamiyati kattadir.

Klinikasi. Stressli yaralardan qon ketganda oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketish klinikasi kuzatiladi. Ular dastlab qon aralash qusadi, keyingi kunga borib esa axlatni qorayishi kuzatiladi. Ko'pchilik bemorlar qon ketishgacha epigastral sohada og'riqqa shikoyat qiladilar. Qon ketish boshlangach bemorlar teri qoplamlarini oqarishi, holsizlik, bosh aylanishi kuzatilib, ob'ektiv ko'rikda pulsni tezlashishi va qon bosimini pasayishi aniqlanadi. Bu belgilarni qanday darajada namoyon bo'lishi qon ketish darajasi va uning tezligiga bog'liq bo'ladi.

Oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketganda shoshilinch holatda o'tkazilgan gastroduodenofibroskopiya diagnozni yorqinlashtiradi, ya'ni yara kasalligidan farq qilib, stressli yaralarda shilliq qavatni ishemiyasi va ko'plab nuqtali qon quyilishlarni ko'rish mumkin. Shuningdek, birlamchi yaralardan farq qilib, stressli yaralarda oshqozon shilliq qavati tez qonaydigan bo'ladi va undagi yarali defektlar noto'g'ri shaklli chuqurlanishlar ko'rinishida bo'ladi.

Davolash. Stressli yaralardan qon ketish kuzatilganda davolash konservativ usullardan boshlanadi. Dastlab nafas yetishmovchiligi, koagulopatiya, gipovolemiyaga qarshi kurashish kerak, bioximiyaviy siljishlar tiklanishi, oshqozon-ichaklar dekompressiyasi va oshqozon shirasini kislotaligini pasaytirish tadbirlari o'tkazilishi zarur. Bu maqsadda adrenolitiklar, neyroleptiklar kiritish zarur, peridural blokada yaxshi samara beradi. Shuningdek, davolash endoskopiya sinfining ahamiyati kattadir. Stressli yaralardan qon ketganda uni to'xtatishning samarali usullaridan biri - diatermo va lazerli koagulyatsiyalardir. Bundan tashqari endoskopiya vaqtida yara atrofiga 20 ml 0,25% li novokainda eritilgan 0,5 ml 0,01 % li adrenalinni in'eksiya qilish ham yetarli samara beradi.

OVQAT HAZM QILISH NAYINING IKKILANISHLARI

Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlari bu nuqsonli rivojlanish bo'lib, bunda ovqat hazm qilish a'zolari embrional rivojlanish davrining 4-8 haftasida noto'g'ri shakllanib, ikki bo'shliq hosil bo'ladi. I.Z. Bremer ta'kidlashicha, ichak devori shakllanishining vakuolizatsiya davrida turli xil teratogen omillar ta'sirida bir guruh vakuolalarning asosiy ichak nayidan chetga chiqishi va alohida qo'shimcha bo'shliq hosil qilishi kuzatiladi. Qo'shimcha bo'shliq devori tuzilishi asosiy ichak devori tuzilishiga o'xshaydi. Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlari quyidagi xususiyatlari bilan xarakterlanadi:

1. asosiy ichak devoriga xos qavatlardan tashkil topib, ichak yuzasini epiteliy hujayralari yopib turadi.

2. qo'shimcha bo'shliq ovqat hazm qilish nayining ichak tutqich tomonida yoki yon tomonida joylashgan bo'ladi.

3. qo'shimcha bo'shliq asosiy ichak bilan yagona qon ta'minlash va innervatsiya tizimiga ega bo'ladi.

Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlarida qo'shimcha bo'shliq uzunligi bir necha sm dan 1 metrgacha, diametri esa 1 smdan-20 sm gacha borishi mumkin. Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlari shakliga qarab quyidagi turlarga bo'linadi (22-rasm):

1. kistasimon

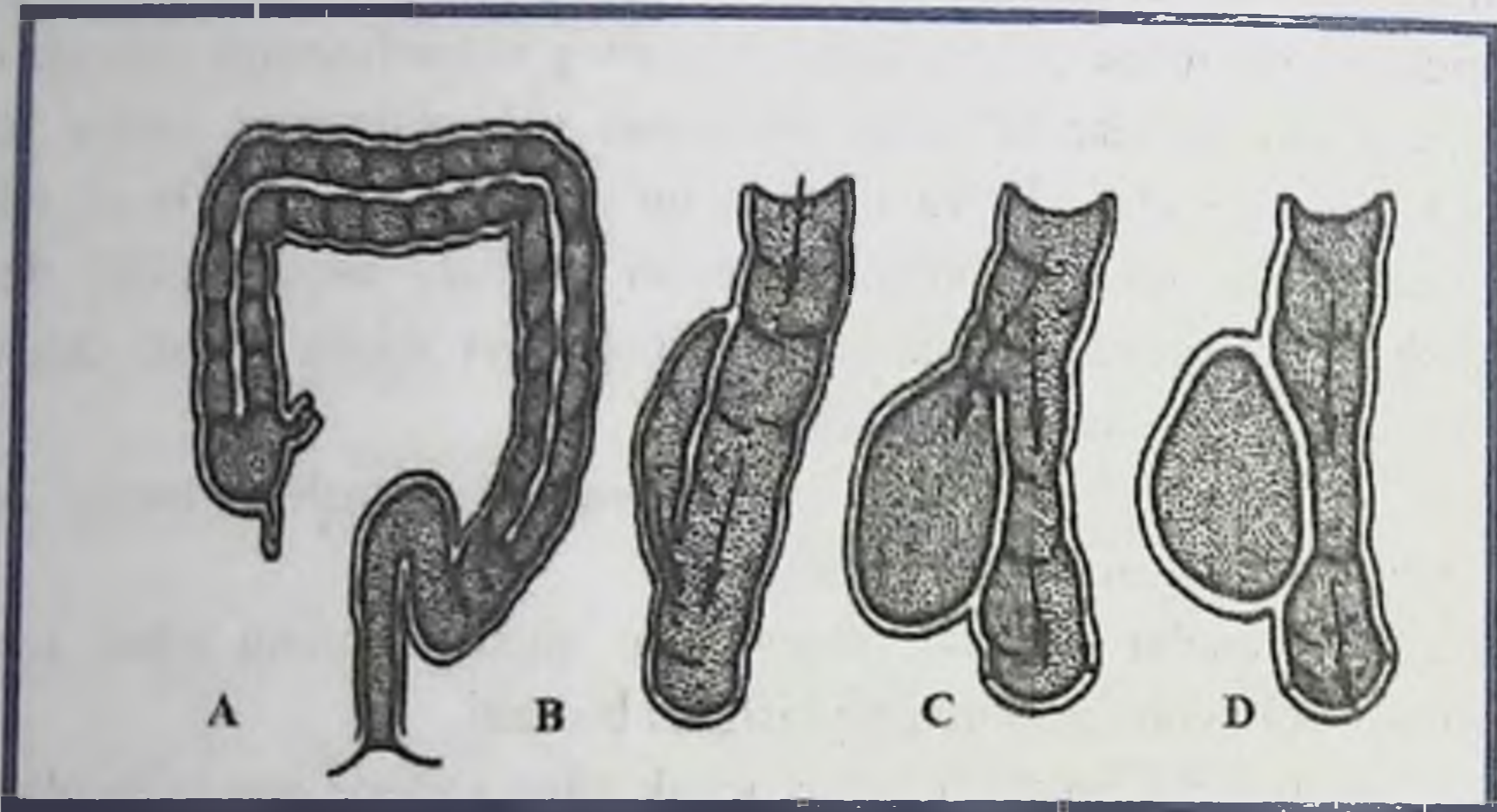
2. tubulyar

3. divertikulyar.

Klinikasi. Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlarining klinik belgilarini namoyon bo'lishi qo'shimcha bo'shliqni joylashgan joyi, uning shakli va o'lchamlariga bog'liq bo'ladi. Ko'pchilik hollarda ikkilanishlar hech qanday belgisiz kechadi, faqatgina asoratlar bergandagina ular namoyon bo'ladi. Undan tashqari qorin bo'shlig'ida amalga oshiriladigan turli xil operatsiyalar vaqtida ular tasodifiy topilma ham bo'lishi mumkin. Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlarining hamma asoratlari 4 guruhga bo'linadi:

1. Qo'shni a'zolari bosib quyishi, bu asorat asosan ikkilanishning kistasimon shaklida uchraydi.

2. ikkilangan bo'shliqni yallig'lanishi va devorini teshilishi.
3. ichak tutilishi, shu jumladan invaginatsiya.
4. ikkilangan bo'shliq devoridan qon ketishlar.



**22-rasm. Yo'g'on ichak ikkilanishlari. A- tubulyar, V,S-
divertikulyar, D- kistasimon.**

Ikkilangan ichak nayidan ikkilanishlarining har qon ketish. Ovqat hazm qilish nay qanday shakli qon ketishi bilan asoratlanishi mumkin, chunki qo'shimcha bo'shliq shilliq qavatida oshqozon sekreti ishlab chiqaradigan hujayralarga o'xshash epiteliy hujayralari bor bo'ladi. Ular ishlab chiqqan sekret ichak shilliq qavatiga ta'sir qilib, unda peptik yaralar paydo bo'lishi va eroziv qon ketishiga sabab bo'ladi. Ba'zi hollarda qon ketishi unchalik ko'p bo'lmaydi va u ko'p vaqt davomida sezilmasdan qoladi. Lekin, ko'pchilik hollarda profuz qon ketishi kuzatiladi. Bunday vaqtlarda bolalarning ahvoli keskin og'irlashadi, axlati bilan ko'p miqdorda shilliqsiz qon keladi. Bemorlar qon bilan qusishga shikoyat qilmaydilar, palpatsiyada esa qomi yumshoq bo'lib, og'riqsiz bo'ladi. Qon ketish darajasiga qarab teri va shilliq qavatlarni oqarishi, pulsni tezlashishi, uning tarangligi va to'lishishini pasayishi, qon bosimini tushib borishi kuzatiladi. Qon ketishini dastlabki daqiqalarida depo qonni umumiy oqimga chiqishi va qonni quyushishi natijasida gemoglobin ko'rsatkichlari kam

o'zgaradi, Lekin, qon ketishi davom etsa, bu ko'rsatgichlar davriy ravishda pastga tusha boshlaydi. Ovqat hazm qilish nayidan qon ketishlarda (ikkilanishlarda) yakuniy diagnozni faqat operatsiya vaqtidagina quyish mumkin, chunki operatsiyagacha o'tkazilgan tekshirishlarga tayanib, ikkilanishlarni uzil-kesil aniqlab bo'lmaydi. Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlarida qon ketishlarni asosan ichak invaginatsiyasi va Mekkel divertikulidan qon ketish holatlari bilan qiyoslash kerak. Mekkel divertikulidan qon ketishi klinik jihatdan ichak ikkilanishlaridagi qon ketishiga o'xshaydi, ularni amaliy tomondan bir-biridan farqlab bo'lmaydi. Invaginatsiyadan farq qilib, ichak ikkilanishlarida qon axlat bilan birga chiqadi, invaginatsiyada esa qon axlatsiz bo'lib, doimo u shilliq aralash bo'ladi. Shuningdek, ichak invaginatsiyasida qorinda xurujsimon og'riqlar bo'ladi va qusish kuzatiladi.

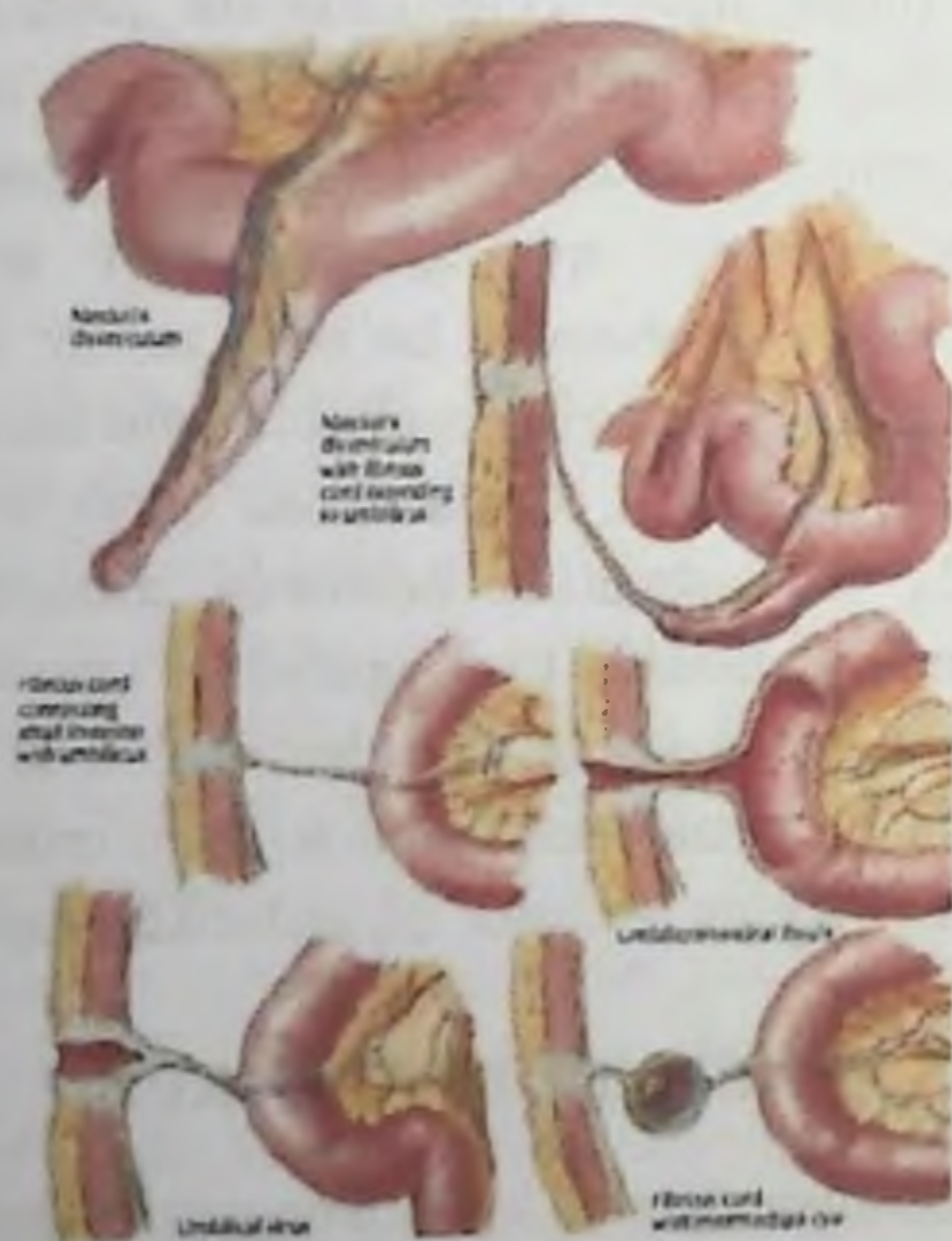
Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlarida ichakdan qon ketish klinikasi kuzatilganda yagona va to'g'ri davolash usuli shoshilinch operatsiyadir. Operatsiya vaqtida ichakning ikkilangan sohasi sog'lom ichak bilan birga rezeksiya qilinib, anastomoz quyiladi. Bunday qilinishiga asosiy sabab qo'shimcha bo'shliq asosiy ichak nayi bilan yagona innervatsiya va qon tomiriga egaligidir, shu sababdan ikkilangan ichakni alohida olib bo'lmaydi. Ovqat hazm qilish nayi ikkilanishlari ko'pchilik hollarda 1 yoshgacha bolalarda asoratlar beradi. Shu sababdan ular asoratlar natijasida 1 yoshgacha bo'lgan vaqtda operatsiya bo'ladilar. Qon ketish natijasida bu yoshdagi bolalarda umumiy ahvolni tezda yomonlashishi va ichak anastomozlari kabi murakkab operatsiya jarrohlik operatsiyasi vaqtida bir qator qiyinchiliklar tug'diradi.

MEKKEL DIVERTIKULI

Embrional rivojlanish davrida homilaning oziqlanishi uchun kerakli bo'lgan sariqlik yo'li ductus omphaloentericus normal rivojlanadigan bolalarda 3-5 oylarga borib asta-sekinlik bilan obliteratsiyaga uchrashi kerak. Embrional rivojlanishning keyingi oylarida homilaning oziqlanishi plasentar qon aylanishi hisobiga amalga oshiriladi. Lekin,

turli omillar ta'siri natijasida bu jarayon buziladi (23-rasm). Agar obliteratsiya jarayoni sariqlik yo'lini proksimal qismida (homilaning yonbosh ichagi tomonidagi qismi) ruy bermasa va aksincha o'rta, distal qismlarida bitishishi to'liq bo'lsa, bunday hollarda Mekkel divertikuli paydo bo'ladi.

Bu kasallik haqida 1809 yil nemis anatomi I.F. Mekkel va uni sariqlik yo'lini to'liq bitmasligi natijasida chiqishini aytgan. Shu anatom sharafiga ushbu kasallik uning nomi bilan ataladi. Mekkel divertikuli 2% gacha seksion materiallarda, 0,1-0,3% gacha boshqa operatsiyalar vaqtida tasodifiy topilma sifatida aniqlanadi. Mekkel divertikuli yonbosh ichakda, ichak tutqichga qarama-qarshi tomonda joylashadi va ileotsekal burchakdan 10 sm dan 90 sm gacha masofada bo'ladi (Kush N.L. 1961). Divertikulni uzunligi 1 sm dan 15 sm gacha yetishi mumkin (Rostovsov M.I. 1907).

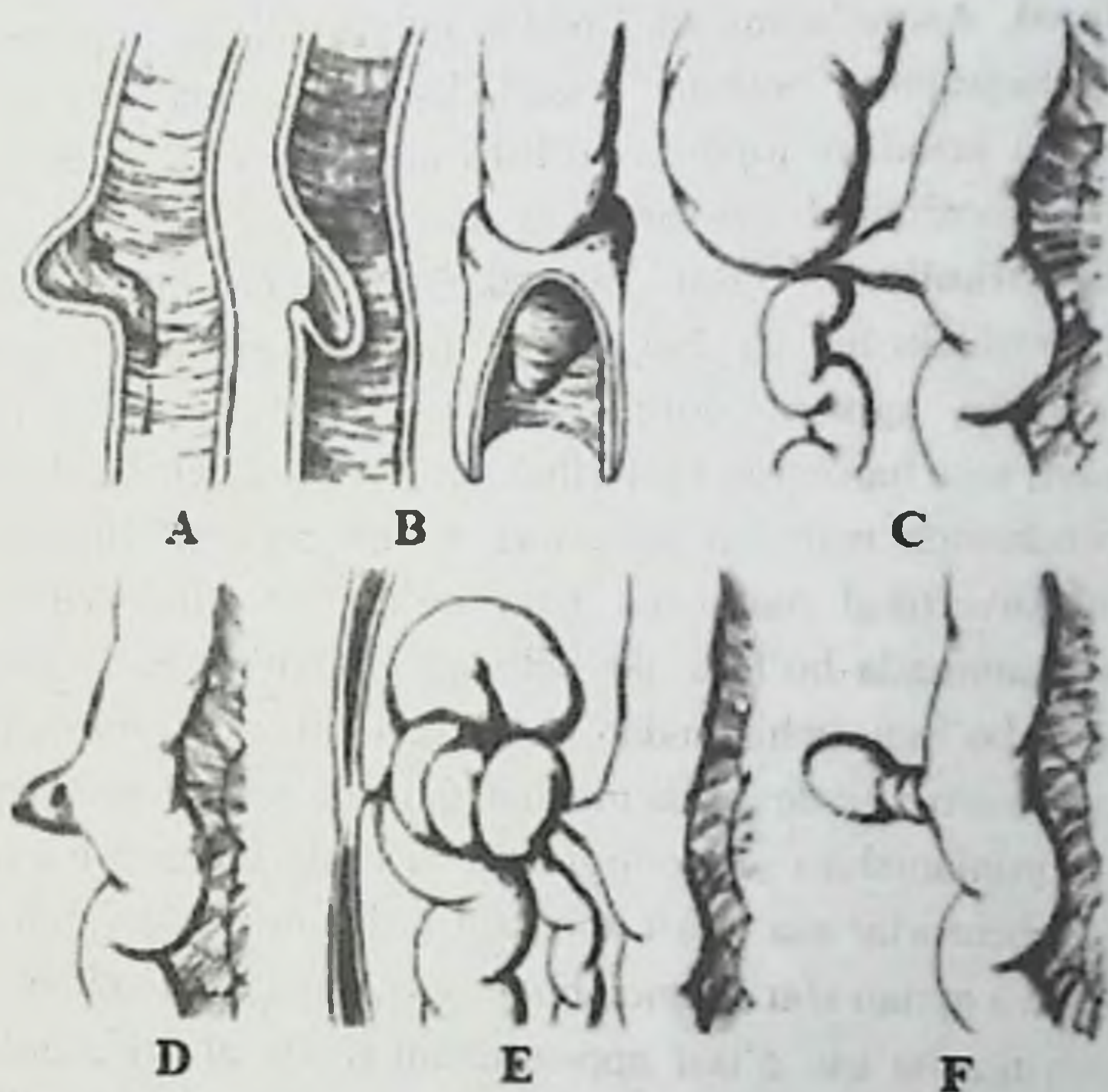


23-rasm. Sariqlik yo'lining obliteratsiyasi buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasalliklar.

Divertikulni uchi ba'zan erkin, ba'zan esa sariqlik yo'li qoldiqlari bilan tutashgan bo'lib, kindikga tortilgan bo'ladi. U hamma vaqt ichak

bo'shlig'i bilan tutashgan bo'ladi. Shuningdek, divertikul devori tuzilishi ham ingichka ichak devori tuzilishiga o'xshaydi, faqatgina divertikul shilliq qavatida boshqa a'zolar (oshqozon, 12 barmoqli ichak, oshqozon osti bezi) to'qimasi bo'ladi. Mana shu begona to'qima divertikuldan qon ketishiga sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda Mekkel divertikuli asoratlarning quyidagi tasnifi qo'llaniladi (24-rasm).



24-rasm. Mekkel divertikuli asoratlari. A. Qon ketish. B. Invaginatsiya. S. Strangulatsion ichak tutilishi. D. Divertikul perforatsiyasi. Ye. Ichak buralishi. F. Divertikulni uzun oyoqchasida buralishi.

I. Divertikulit

A. O'tkir (kataral, flegmonal, gangrenoz, gangrenoz-perforativ)

B. Surunkali

II. O'tkir ichak tutilishi

A. strangulyatsion

B. invaginatsiya

V. Divertikulni churra tarkibida qisilib qolishi

III. Divertikulli peptik yaralar va ulardan qon ketishlar

IV. Divertikul o'smalari

A. yaxshi sifatli

B. yomon sifatli

Klinikasi. Asoratlanmagan Mekkel divertikuli hech qanday belgi bermaydi, faqatgina boshqa kasalliklar natijasida laporatomiya qilinayotganda tasodifiy topilma bo'lishi mumkin. Divertikul asoratlari bergandagina shoshilinch yordam talab qiladi

1. **Divertikulit** - o'tkir divertikulit nisbatan kam uchraydi. Kasallikni boshlanishi va belgilari o'tkir appenditsitga o'xshaydi (ko'ngil aynishi, qusish, qorin o'ng tomonida og'riq, mushaklar taranglashuvi, tana haroratini ko'tarilishi, leykotsitoz). O'tkir divertikulit o'tkir appenditsitga nisbatan juda ham kam uchraydi. Bunga sabab, birinchidan, divertikul hammada ham bo'lmaydi, chuvalchangsimon o'simta esa hammada bo'ladi, ikkinchidan, divertikul asosi ko'pchilik hollarda keng bo'ladi, uchinchidan, divertikul devorida limfoid to'qima yo'q. O'tkir divertikulit devorida mushak qavatini sust rivojlanganligi va qon bilan ta'minlanishini yomonligi sababli tezda perforatsiya holatiga yetadi. 100% bemorlar esa o'tkir appenditsit diagnozi bilan shifoxonaga yotqiziladilar va aynan shu diagnoz bilan operatsiyaga olinadilar.

Operatsiyagacha esa o'tkir appenditsitni o'tkir divertikulitdan farq qilib bo'lmaydi, lekin buning ahamiyati kam, chunki ikkala kasallik ham shoshilinch operatsiyani talab qiladi. Jarrohlik qoidasi buyicha o'tkir appenditsit buyicha operatsiya vaqtida albatta ingichka ichak terminal qismi 80-100 sm gacha taftish qilinishi kerak.

2. **Ichak tutilishi** Mekkel divertikuli asoratlari orasida eng ko'p uchraydi. Asosan, uchi bilan kindikga tutashgan divertikul atrofida ichakni o'ralib qolishi, asosi keng bo'lgan divertikul invaginatsiyasi va churra xaltasida qisilib qolgan divertikul oqibatida ruy bergan ichak tutilishlari kuzatiladi. Divertikul shakli va tuzilishi ichak tutilishining qaysi turi ruy berishiga sababchi bo'ladi. Masalan, kalta va keng asosli

divertikullar ko'pincha invaginatsiyaga, uzun va ingichka asosli divertikullar strangulyatsion ichak tutilishiga olib keladi. Mekkel divertikuli asosida ruy bergan ichak tutilishi klinikasi birinchi navbatda uning turiga bog'liq bo'ladi. Strangulyatsion ichak tutilishida kasallik boshlanishi o'tkir, qorindagi xurujsimon og'riqlar bilan boshlanadi. Avvaliga reflektor ravishda, keyinchalik esa bevosita ichakni tutilishi oqibatida qusish kuzatiladi. Qusish mahsulotlari oshqozon shirasi, keyin esa o't va hatto axlat aralash qusish bo'ladi. Axlat va gazlar chiqishi to'xtaydi, qorin dam bo'ladi. Eksikoz kuchayib, bemor ahvoli progressiv ravishda yomonlashib boradi. Diagnostika quyishda vertikal holatdagi qorin bo'shlig'ining umumiy rentgen tasviri yetakchi o'rin tutadi. Unda ko'plab suyuqlik sathlari, ya'ni Kloyber kosachalari ko'rinadi. Mekkel divertikuli asosida ruy bergan ichak invaginatsiyasi ham to'satdan qorindagi xurujsimon og'riqlar bilan boshlanadi, vaqt o'tishi bilan xurujlar orasidagi davr qisqarib, og'riqli davr cho'zilib boradi. Bolalar qusadi, qorin paypaslanib ko'rilganda u yumshoq bo'lib, unda ko'pchilik hollarda hosila paypaslanadi. Kasallik boshlanishidan 4-6 soat o'tgach esa axlatsiz, qon va shilliq chiqadi. Diagnostika quyishda pnevmoirrigoskopiya yetakchi o'rin tutadi.

3. Mekkel divertikulini teshilishi - og'ir asoratlardan biri bo'lib, tarqalgan peritonit klinikasi bilan kechadi. Kasallik to'satdan qorindagi kuchli tarqalgan og'riqlar bilan boshlanadi, bemorlar dastlab oshqozon mahsulotlari, keyinchalik o't aralash qusadi. Bemorlar holati majburiy bo'lib, qorin mushaklari taranglashadi, qorin parda ta'sirlanish belgilari musbat bo'ladi. Diagnostika quyishda qorin bo'shlig'ining vertikal holatdagi rentgen tasviri asosiy o'rinni egalaydi. Unda diafragma ostida erkin havo bo'lishi diagnostika uzil-kesil tasdiqlaydi.

4. Mekkel divertikulidan qon ketish asoratlar orasida divertikul peptik yaralari va ulardan qon ketishlar, ichak tutilishlaridan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Dragshtadt K.A. va boshqalar (1942) tekshirishlari buyicha ingichka ichak shilliq qavati oshqozon shirasi ta'siriga juda ham sezgir bo'ladi. Divertikul devoridagi oshqozon yoki oshqozon osti bezi to'qimasi ishlab chiqqan sekret ingichka ichak shilliq qavatini yemiradi va qon ketishiga sabab bo'ladi. Shuningdek, Mekkel

divertikuli devorida yara hosil bo'lishida uning qon bilan ta'minlanishining yomonligini ham ahamiyatini kattadir. Dastlab shilliq qavat yemiriladi, keyinchalik esa qon tomiri devori yemirilishi natijasida ko'p miqdorda qon ketishi kuzatiladi.

Mekkel divertikulidan qon ketish boshlangandan keyin bir oz vaqt o'tgach, ota-onalar asosan orqa chiqaruv teshigidan ko'p miqdorda qoramtir rangli qon kelishi shikoyati bilan murojaat qiladilar. Ko'rik vaqtida orqa chiqaruv teshigidan ko'p miqdorda axlat aralash va shilliqsiz qon kelganligini ko'rish mumkin. Qon ketishi darajasiga qarab, bolalarning ahvoli tezda og'irlashadi, teri qoplamalari oqimtir tus oladi. Bolalar holsiz bo'lib, puls tezlashadi. Palpatsiyadan qorin yumshoq, og'riqsiz, hech qanday patologik hosila paypaslanmaydi. Tahlillarida gemoglobin va gemotokrit miqdori pasayadi. Mekkel divertikulidan qon ketishi esa anamnez, klinik belgilar va tahlillar dinamikasiga qarab tahminlanadi. Uzil-kesil diagnoz faqat operatsiya vaqtida aniqlanadi. Mekkel divertikulidan qon ketish ichak invaginatsiyasi, Shenleyn-Genox kasalligining abdominal shakli, ichak ikkilanishlari va ichakning qon ketuvchi gemangiomalari bilan qiyoslanadi. Invaginatsiyalardan farq qilib, divertikulda qorin bo'shlig'ida hosila paypaslanmaydi va axlat shilliqsiz bo'ladi. Shenleyn-Genox kasalligida aynan shu kasallikga xos bo'lgan toshmalar oyoq-qo'llarning orqa va yuzalarida simmetrik sohalarda paydo bo'ladi. Ichak gemangiomalari va ikkilanishlaridan qon ketganda ularni divertikuldan farqlashni imkoniyati yo'q, faqat operatsiya vaqtida asosiy diagnoz qo'yiladi.

Mekkel divertikuli asoratlari davolash. Ushbu kasallik va uning asoratlari faqat operatsiya yo'li bilan davolanadi. Har qanday vaziyatda ham operatsiya albatta divertikulni olib tashlash bilan yakunlanadi. Operatsiya vaqtida agar divertikul asosi ingichka bo'lsa, xuddi appendektomiyadek divertikulektomiya qilinadi, keng asosli divertikullar bo'lganda ichakni ponasimon rezeksiya qilib, divertikulni olib tashlash va keyin ichak devorini tikish operatsiyasi qilinadi (25-rasm).



25-rasm. Keng va ingichka asosli divertikul.

O'tkir divertikulitda divertikulektomiya qilish yallig'lanishni tarqalishiga ham bog'liq bo'ladi. Agar divertikul asosi ingichka bo'lib, yallig'lanish divertikul uchidan boshlangan bo'lsa, u vaqtda divertikulektomiya qilinadi. Yallig'lanish jarayoni ichak devori va divertikul asosiga ham tarqalgan bo'lsa, u vaqtda ponasimon rezeksiya va hatto ichak rezeksiyasi qilinib, "oxirma-oxir" anastomoz quyiladi.

Mekkel divertikuli oqibatida paydo bo'lgan o'tkir ichak tutilishi qisqa muddatli operatsiya oldi tayyorgarligi o'tkazilishini talab qiladi. Operatsiya vaqtida ichak tutilishi bartaraf qilingach, divertikul albatta olib tashlanadi. Divertikul teshilganda yuqorida ko'rsatilgan usullar qo'llaniladi. Hech qachon teshilgan divertikulni tikishga harakat qilmaslik kerak, chunki nima asorat bo'lganligidan qat'iy nazar divertikul olib tashlanishi kerak. Shuningdek, qorin bo'shlig'i tozalanib, zarurat bo'lsa, lavaj qilish, antibiotiklar kiritish va hosil bo'lgan suyuqliklarni chiqib ketishi uchun drenaj naylar qoldirish kerak.

Mekkel divertikulidan qon ketganda shoshilinch ravishda operatsiya qilish kerak, chunki qon yo'qotish ko'p bo'lganligi, bolalarni bu holatni og'ir ko'tarishi va divertikuldan qon ketganda uni konservativ choralar bilan to'xtatish imkoniyati bo'lmaganligi sababli operatsiyani qanchalik tez amalga oshirilishini ahamiyati kattadir. Operatsiya vaqtida divertikuldan qon ketayotganligi tasdiqlangach, yuqorida ko'rsatilgan usullarning birida divertikulektomiya qilinadi.

ICHAK INVAGINATSIYASI

Ichak invaginatsiyasi bu ichaklarni bir-biriga kirib qolishidir. Odatda ichakning proksimal qismi distal qismiga kirib qoladi. Kichik yoshli bolalarda uchraydigan ichak tutilishlarining 50% ni invaginatsiya tashkil etadi. Invaginatsiyalar 80-85% 3-9 oylik bolalarda uchraydi. Invaginatsiyaning quyidagi turlari farqlanadi:

1. ingichka-ingichka ichak invaginatsiyasi
2. ingichka-yo'g'on ichak invaginatsiyasi
3. yo'g'on-yo'g'on ichak invaginatsiyasi
4. murakkab invaginatsiya (ingichka-ingichka-yo'g'on ichak invaginatsiyasi).
5. ko'p sonli invaginatsiyalar
6. retrograd invaginatsiya.

Shuningdek, invaginatsiyalar kechishiga qarab o'tkir va surunkali bo'ladi. Bolalarda uchraydigan invaginatsiyalarning 90-95% ni ileotsekal invaginatsiyalar tashkil qiladi. Bunga sabab, birinchidan, ingichka va yo'g'on ichaklar diametri orasidagi katta farq bo'lsa, ikkinchidan baugin to'sig'ini funksional yetishmovchiligi va uchinchidan ikkala ichakni bir-biriga 90° burchak ostida tutashishidir (26.A-rasm).



26-rasm. Invaginatsiya turlari. A. Ileotsekl invaginatsiya. B. Yo'g'on-yo'g'on ichak invaginatsiyasi. S. Ko'richak invaginatsiyasi.

Invaginatsiyalarni paydo bo'lishiga asosiy sabab ichak devoridagi aylanma va bo'ylama mushaklar faoliyatidagi nomutanosibligidir. Ko'krak yoshidagi bolalarda ichaklar harakati xoatik tarzda bo'ladi. Bir qancha omillar ta'sirida ichaklarning mo'tadil peristaltikasi buziladi. Bularga birinchi navbatda bolalarni ovqatlantirish tartibi buzilishi kiradi, shuningdek, 3-4 oylikdan boshlab qo'shimcha ovqatlar berila boshlanishining ham ahamiyati katta. Bu yoshdagi bolalar oshqozon-ichaklarining fermentativ yetishmovchiligi natijasida ovqatlantirish tartibi buzilganda va yangi ovqatlar berilish vaqtida ichaklar ishiga bir muncha qiyinchilik tugdiradi. Qo'shimcha ovqatlarni asta-sekinlik va ehtiyotkorlik bilan berishga e'tibor bermaslik natijasida ichaklar shilliq qavati sekretor apparatiga qo'shimcha og'irlik tushadi, ya'ni "yangi ovqat ichaklar devoridagi davriy ketma-ketlik bo'shashish va qisqarish jarayonini buzadi". Shuningdek, oshqozon-ichaklarning kasalliklari (gastrit, gastroenterit, enterokolit) va ichak devori rivojlanishidagi nuqsonlar, turli kasalliklar (divertikullar, ikkilanishlar, o'smalar) embrional bitishmalar, ileotsekal burchak yetishmovchiligi, nossesifik mezadenit) ta'sirida ham invaginatsiyalar vujudga keladi.

Klinikasi. Kasallik to'satdan boshlanadi, bola bezovtalanib, yig'laydi va oyoqchalarini qimirlatib, tipirchilaydi. Bu bezovtalik ichakni bir-biriga kirishi, ichak to'tqichini tortilishi va qisilishi oqibatida paydo bo'lgan og'riq bilan bog'liq bo'ladi. Og'riq xurujsimon bo'lib, ma'lum vaqt o'tgach bola tinchiydi. Bir oz vaqt o'tib, yana bezovtalik paydo bo'ladi. Har bir keyingi xurujli og'riq davomiyligi cho'zilib, ular orasidagi "yorqin davr" qisqarib boradi. Og'riqlarni bunday takrorlanib turishi ichak peristaltikasiga bog'liq bo'ladi. Navbatdagi bezovtalik boshlanishi bilan bola qusadi. Ko'rik paytida qorin yumshoq, ko'pincha o'ng tomonda, o'ng qovurg'a ostida "cho'zinchoq" hosila paypaslanadi, bu hosila og'riqli bo'ladi. Kasallikning xarakterli belgilaridan biri 4-8 soat o'tgach to'g'ri ichak orqali axlatsiz, shilliq bilan birga qoramtir rangli qon kelishidir. Bu qon gilos rangini yoki malina shinnisini eslatadi. Lekin, ko'pchilik hollarda to'g'ri ichak orqali qon ancha vaqtgacha chiqmasligi munkin. Shuning uchun invaginatsiyaga shubha bo'lgan har qanday holatda to'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish shartdir.

Qon ketishiga sabab ichakni ichakga kirishi va ichak to'tqichi tomirlarini qisilishidir. Avvaliga arterial qon kelishi saqlangan holda venoz qon dimlanishi kuzatiladi. Tomirlarda bosimni oshishi qonni sizib chiqishiga sabab bo'ladi. Keyinchalik esa qon aylanishi buzilish tufayli ichak devori shishadi va shilliq qavat tomirlari yoriladi.

Diagnostikasi. Ichak invaginatsiyasini aniqlashda anamnez va xarakterli klinik belgilarga asoslaniladi. To'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rganda uning ampulasi bo'sh, kengaygan bo'ladi va axlat bo'lmaydi, barmoqda esa qon va shilliq bo'ladi. Ichak invaginatsiyasini tasdiqlovchi tekshirish usuli bu - irrigografiyadir. Buning uchun to'g'ri ichak orqali Richardson balloni yordamida manometrli nazorat ostida 10,7 kPa bosim ostida havo yuboriladi. Havoni yo'g'on buylab retrograd harakatini rentgen ekranida kuzatib turish kerak. Bu tekshirish usuliga pnevmoirrigoskopiya deyiladi. Agarda rentgen ekranida kuzatish imkoni bo'lmasa yoki pnevmoirrigoskopiya vaqtida zarur holatni suratga olish usuliga pnevmoirrigografiya deyiladi. Yuborilgan havoni invaginat boshchasini o'rab olishi va yarim oy yoki "o'roq" hosil qilishi, havoni esa ichakning yuqori qismlariga o'tmasdan to'xtab qolishi invaginatsiya tashxisini tasdiqlaydi. Kasallik boshlangandan 12 soatdan ko'p vaqt o'tgan bo'lsa yoki qancha vaqt o'tganligi noaniq bo'lsa, bunday hollarda ushbu diagnostika usulini juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirish kerak.

Qiyosiy tashxislash. Invaginatsiyani ba'zi hollarda dizenteriya bilan qiyoslashga to'g'ri keladi, chunki dizenteriyada ham qorinda xurujsimon og'riqlar bo'ladi va to'g'ri ichak orqali qon chiqadi. Lekin invaginatsiyadan farq qilib, dizenteriyada axlat doimo bo'ladi, faqat u suyuq bo'lib, shilliq va qon aralash bo'ladi. Invaginatsiyada esa axlat bo'lmaydi, qon va shilliq chiqadi xolos. Shuningdek, qorin palpatsiyasida invaginatsiyaga xos bo'lgan hosila dizenteriyada aniqlanmaydi, bundan tashqari tenezmlar invaginatsiya uchun xos emas. Dizenteriyada yo'g'on ichakning distal qismlari yallig'langanligi sababli invaginatsiyadan farq qilib, axlatdagi qon qirmizi rangda bo'ladi.

Invaginatsiyani ba'zi hollarda to'g'ri ichak tushishi bilan qiyoslashga to'g'ri keladi, chunki ancha kechikkan holatlarda ichakni ichakga kirib qolgan qismi hatto to'g'ri ichakgacha boradi va u orqali

tashqariga chiqadi. E'tibor bilan ko'rilganda shu narsa aniqlanadiki, to'g'ri ichak tushganda uning tushgan shilliq qavati bevosita kengaygan tashqi chikarish teshigi sohasida atrof terisiga tutashgan bo'ladi. Invaginatsiyada esa tashqi chikaruv teshigi va tushgan ichak orasida egat bo'lib, u orqali barmoqni yoni zondni bemalol kiritish mumkin. Bundan tashqari to'g'ri ichakni tushishida invaginatsiyaga xos klinik belgilar (qorindagi xurujsimon og'riqlar, qusish, qorinda hosila paypaslanishi) kuzatilmaydi.

Amaliyotda invaginatsiyani ichak buralib qolishi bilan qiyoslashga ham to'g'ri keladi. Ichaklar buralib qolganda invaginatsiyadagidek og'riqli davmi cho'zilib borishi va og'riqlar orasidagi "yorqin" davmi qisqarib borishi kuzatilmaydi, birinchi o'ringa esa to'xtovsiz ravishda o't aralash qusish va bemorni tezlik bilan suvsizlanishi alomatlari chiqadi. Qorin tezda damlaydi, chunki axlat va gazlar umuman chiqmaydi. Qorin bo'shlig'ining vertikal holatlari rentgen suratida ko'plab Kloyber kosachalarini kurish mumkin.

Mekkel divertikuli va ichaklar ikkilanishida to'g'ri ichak orqali qon chiqishi sababli ularni invaginatsiya bilan qiyoslashga to'g'ri keladi. Bu kasalliklarda invaginatsiyadan farq qilib qorinda og'riqlar va qusish bo'lmaydi, shuningdek, qorinda hosila ham paypaslanmaydi. To'g'ri ichak orqali ajralayotgan qon miqdori bu ikki kasallikda invaginatsiyadan ancha ko'p bo'ladi va axlatga aralash chiqadi, unda shilliq ham bo'lmaydi.

Davolash. Invaginatsiyani davolashda konservativ va jarrohlik usullari qo'llaniladi. Agar bemor kasallik boshlangandan 12 soat ichida murojaat qilgan bo'lsa, pnevmoirrigoskopiya nafaqat diagnozni tasdiqlaydi, balki, davolaydi ham. Bosim ostida to'g'ri ichak orqali yuborilgan havo ta'sirida ba'zan invaginat itariladi va to'g'rilanadi.

1. **Ichak invaginatsiyasini konservativ davolash:** dunyoda birinchi bo'lib 1927 yil G.Ya.Doron bolalarda ichak invaginatsiyasini to'g'ri ichak orqali havo yuborish va rentgen ekrani ostida uni to'g'rilanishini kuzatib, davolash usulini taklif qilgan. Faqat 1950-52 yillarda bu usul A.G. Pugachyov tomonidan qayta tiklandi va shundan keyin bolalar amaliyotida keng qo'llana boshlandi. Buning uchun to'g'ri

ichakka rezina nay kiritiladi va rentgen ekrani nazorati ostida Richardson balloni yordamida invaginat boshchasi soyasi ko'ringuncha havo yuboramiz. Havo yo'g'on ichak orqali invaginat boshchasi soyasi sohasiga yetib borgach uni bosimini oshiramiz va invaginatsiyani to'g'rilanishini rentgen ekranida kuzatamiz.

Lekin, hamma vaqt ham bu usul yordamida invaginatsiyani to'g'rilab bo'lmaydi, chunki yo'g'on ichakda havo bosimi oshgach, uning bir qismi anal teshigi orqali rezina nay yonidan chiqib ketadi, natijada yetarli samara olinmaydi. Bu kamchiliklarni yo'qotish maqsadida 1960 yil L.M.Roshal invaginatsiyani havo yordamida to'g'rilashni yopiq usulini taklif etdi (27-rasm).



27-rasm. L.M.Roshal uskunasi va pnevmoirrigografiyaning rentgenologik manzarasi

Buning uchun muolajani boshlashdan oldin bemor bolaga presakral navokainli blokada (30 daqiqa oldin) va atropin, promedol yoshiga mos miqdorda qilinadi. Rentgen xonasida anal teshigi orqali to'g'ri ichakga obturatorli rezina kateter kiritiladi va bir oz havo kiritiladi. Obturator havo bilan to'lgach, kateter bir oz orqaga tortiladi, bunday qilishdan maqsad obturator anal teshigini zich yopsin va bosim ostida havo yuborilganda u orqaga qaytib chiqmasiligi ko'zda tutiladi. Qulay bo'lish maqsadida bolani holati gorizontaal bo'lishi kerak. Rentgen ekrani

nazorati ostida kateter orqali invaginat boshchasi soyasi ko'ringuncha havo yuboramiz. Invaginat boshchasi soyasi ko'ringach monometrda bosimni 40-70 mm. sim. ustunigacha oshiramiz. Bosim 40-70 mm. sim. ustuni orasida ushlab turilishi kerak va imkoni boricha havo to'liqsimon yuborilishi kerak. Odatda 3-4 daqiqa o'tgach invaginat to'g'rilanadi. Bu usul yordamida 80-90% hollarda samaraga erishiladi. Konservativ usulda invaginat to'g'rilanganligini bildiruvchi belgilarga quyidagilar kiradi: yo'g'on ichak bir tekis havo bilan to'ladi, ingichka ichakga ham havo o'tadi, bola tinchlanadi, hosila paypaslanmaydi va 1-12 soat o'tgach axlat chiqadi.

Ichak invaginatsiyasini yopiq usulda konservativ davolash uchun L.M. Roshal taklif qilgan moslama.

- 1 - monometr
- 2 - Richardson balloni
- 3- manjeta obturator



28-rasm. "Sog'ish" usuli bilan dezinvaginatziya qilish sxemasi

2. Invaginatsiyani jarrohlik usuli yordamida davolash: quyidagi hollarda invaginatsiyani davolash maqsadida jarrohlik usuli qo'llaniladi: agar bemor shifoxonaga kasallik boshlanganidan 12 soatdan ko'p vaqt o'tib murojaat qilgan bo'lsa, kasallik boshlanish vaqti noma'lum bo'lsa, konservativ muolajalar samara bermasa, ingichka-ingichka ichak

invaginatsiyasi bo'lsa va bemor invaginatsiya bilan qayta murojaat qilsa. Yuqorida ko'rsatilgan hamma holatlarda bemorlar umumiy og'riqsizlantirish ostida laparotomiya qilinib, invaginatsiya sohasi topiladi, ichak to'tqichiga 0,25-0,5% li novokain eritmasi yuborilgach, qo'l bilan "sog'ish" usulida dezinvaginatsiya qilinadi (28-rasm). Bu vaqtda hech qachon kirib qolgan ichakni tortib chiqarish mumkin emas, balki kirib qolgan ichak tashqi tomondan siqib chiqariladi. Dezinvaginatsiya qilingach, ichak ilik salfetskaga uruladi va biroz ko'tiriladi. Agar qisilgan ichak seroz qavati rangi o'zgarib, tomirlarida pulsatsiya va devorida peristaltika paydo bo'lgan bo'lsa, ichak xayotiy deb xulosa qilinadi. Agarda ichakda hayot belgilari bo'lmasa, u holda sog'lom ichak chegarasida rezeksiya qilinib, anastomoz quyiladi. Bunday operatsiyadan keyin bemorlar 4-5 kun davomida parenteral oziqlanishda bo'lishlari kerak.

NOSPESIFIK YARALI KOLIT

Bu kasallikning bolalarda uchrashi haqida 1923 yil X.F.Xaymxols dastlabki ma'lumotni bergan. Nospesifik yarali kolit yo'g'on ichakning etiologik omili aniqlanmagan nospesifik yallig'lanish kasalligidir. Kasallikni kelib chiqishini tushuntirib beruvchi infeksiyon, alimentar, fermentativ va atoimmunoagressiya nazariyalari mavjud bo'lib, ulardan faqat oxirgisigina kasallikni kelib chiqishini bir muncha atroflicha tushuntiradi. Nospesifik yarali kolitda patomorfologik o'zgarishlar yo'g'on ichak shilliq va shilliq osti qavatlariga tarqaladi. Makroskopik ko'rganda shilliq qavatni to'laqonligi, shishi va unda ko'plab mayda yuzaki yaralar borligi aniqlanadi.

Tasnifi. Nospesifik yarali kolit kechish og'irligi, kasallik fazalari va tarqalish darajasi bo'yicha quyidagi turlarga bo'linadi:

1. Shakllari -yengil, o'rta, og'ir.
2. Kechishi buyicha- to'xtovsiz, qaytalanuvchi
3. Tarqalishi bo'yicha -total, segmentar

Klinikasi. Yengil kechishida kasallikning eng dastlabki belgisi bu -axlatda qon bo'lishi, sutkasiga axlatni 3-4 marta chiqishi va qorinning

chap tomonda og'riqlarni bo'lib turishidir. Asta- sekinlik bilan kamqonlik rivojlanadi. O'rta og'irlikda kechishida axlat suyuqlashib, sutkasiga 5-8 martagacha yetadi, undagi qon miqdori ko'payadi. Qorinda xurujsimon og'riqlar tez-tez takrorlanib turadi. Bemorlar ishtahasi pasayib, umumiy zaharlanish belgilari (behollik, uyquni buzilishi, subfebril harorat) paydo bo'ladi. Tezda kamqonlik rivojlanadi, tahlillarda eritrotsitlarning cho'kish tezligi 25-50 mm/soatgacha yetadi. Kasallikning og'ir kechishida qisqa muddat ichida (2-3 hafta) belgilar namoyon bo'ladi. Axlat suyuqlashib, sutkasiga 10 martagacha va undan ham ko'p bo'ladi, unda ko'p miqdorda qon va yiring bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan belgilar qorindagi og'riqlar, tenezmlar bemorlarni tezda holdan toydiradi. Tana harorati 38-39 °C gacha ko'tariladi, bemorlar tez kunda va ozib ketadilar. Qon tahlillarida anemiya va eritrotsitlar cho'kish tezligini 50 mm/soatdan oshganligini ko'rish mumkin. Kasallik uchun xos belgilardan yana biri shuki, avval qon keladi, keyinchalik qon bo'lmaydi, aksincha, ko'pchilik hollarda u bemorlar ahvolini yanada esa diareya paydo bo'ladi. Shuningdek, antibakterial davodan samara og'irlashtiradi.

Diagnostikasi. Kasallikka diagnoz anamnez, klinik belgilar, laborator va maxsus tekshirish usulari natijalariga qarab qo'yiladi. Laborator tekshirishlardan umumiy oqsil miqdori, uning fraksiyalari aniqlanadi, kaprogramma va axlatni bakteriologik tekshirish o'tkaziladi. Kasallikni aniqlashda endoskopik va rentgenologik tekshirishlarning ahamiyati beqiyosdir. Rektomonoskopiya - keng tarqalgan tekshirish usuli bo'lib, 100% hollarda nospesifik yarali kolit diagnozini qo'yish imkoniyatini yaratadi. Kolonofibroskopiya esa nafaqat kasallik borligini tasdiqlaydi, uning yordamida hatto jarayonni tarqalish darajasini ham aniqlash mumkin. Endoskopik tekshirish vaqtida nospesifik yarali kolitga xos xolatlar quyidagicha bo'ladi:

1. yo'g'on ichakni, shu jumladan to'g'ri ichakni diffuz yallig'langanligi;
2. yallig'lunishni ichak devorida simetrikligi;
3. yaralarni hamma vaqt yallig'langan shilliq qavat bilan o'ralgan bo'lishi;

4. yallig'lanishni uzluksizligi;
5. qo'pol chandiqlar va torayishlarni bo'lmasligi.

Kontrastli irrigografiyada shu kasalli uchun xos bo'lgan quyidagi belgilar aniqlanadi:

1. yo'g'on ichakda gaustralarni bo'lmasligi
2. ichaklar rentgen suratini donadorligi
3. yo'g'on ichak tabiiy burilishlarini silliqqlanganligi
4. psevdopoliplar bo'lishi.

Nospesifik yarali kolitning eng xavfli asoratlaridan biri qon ketish bo'lib, u 15-20% hollarda uchraydi.

Davolash. Kasallik asosan konservativ yo'l bilan davolanadi. U samara bermaganda va og'ir asoratlar bo'lgandagina jarrohlik usuli qo'llaniladi. Dastlab parhezga rioya qilinishi kerak, sut mahsulotlarini iste'mol qilish cheklanadi, 15 guruhidagi vitaminlar, askorbin kislotasi, stereoidlar, salazopirin, sulfasalozin preparatlari va biopreparatlar qo'llaniladi, og'ir hollarda dezintoksikatsion va antianemik davo utkaziladi. Shuningdek, enteroseptol, meksaform, intestopan preparatlari ham qo'llaniladi.

Konservativ davo samara bermaganda va og'ir asoratlar ruy berganda jarrohlik davo usuli qo'llaniladi.

Nospesifik yarali kolitda shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma:

1. ichak devorini yorilishi
2. ichakdan profuz qon ketishi

Nospesifik yarali kolitda rejali operatsiyaga ko'rsatmalar:

1. ko'krak yoshidagi bolalarda kasallikning og'ir kechishi
2. konservativ davo samara bermagan og'ir kolitlar
3. og'ir va o'rta og'ir surunkali uzluksiz kolitlar
4. og'ir va tez-tez qaytalanuvchi kolitlar
5. og'ir va o'rta og'ir uzoq muddat davom etuvchi kolitlar.

Operativ usullardan hozirgi vaqtda total kolektomiya qo'llaniladi.

N.N. Kanshin taklifi bo'yicha bu operatsiya 2 bosqichda olib boriladi:

- 1) ileostoma bo'lguvchi anastomozga yengillik berish uchun
- 2) kolektomiya va ileorektal anastomoz qo'yish.

Nospetsefik yarali kolit bilan kasallangan bemorlar uzoq muddat davomida tibbiy xodimlar nazoratida bo'lishlari kerak.

YO'G'ON ICHAKNING EPITELIAL O'SMALARI

(yakka va guruh polipozlar).

Polip - ichakning shilliq qavatida o'suvchi va uni yopib turuvchi unchalik katta bo'lmagan o'smadir (29-rasm). Bolarda poliplar ovqat hazm qilish nayining turli qismlarida uchraydi, lekin 95-96% hollarda uni yo'g'on ichakning distal qismida uchratish mumkin. Asosan 3-6 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi.



29-rasm. Yo'g'on ichak polipi.

Poliplarning quyidagi turlari farqlanadi:

1. yakka poliplar
2. ko'p sonli poliplar:
 - a) guruh-guruh joylashgan poliplar
 - b) tarqalgan poliplar
 - v) diffuz poliplar (oilaviy)

Poliplarning kelib chikishini tushuntirib beruvchi yetuk nazariya yo'q.

Ba'zi mualliflarning ta'kidlashicha, ularni paydo bo'lishi dizontogenetik buzilishlar, ichak shilliq qavati epiteliysini shakllanishi va proliferatsiyasi buzilishi bilan bog'liq bo'ladi. Shuningdek,

oshqozon-ichaklarning turli kasalliklari bilan ko'p kasallangan bolalarda poliplarni ko'p uchrashi ta'kidlangan.

Klinikasi. Kasallikning eng asosiy belgisi axlat bilan qon chiqishidir. Ota-onalar najas so'nggida bir necha tomchi qirmizi rang qon chiqishini aytishadi. Ba'zi hollarda axlatda qonli buylama chiziqlar bo'ladi. Agar polip uzun va anal teshigiga yaqinroq joylashgan bo'lsa, u ba'zan tashqariga osilib chiqishi ham mumkin. Bunday vaqtlarda tashqi chiqarish teshigi sohasida bir oz og'riq paydo bo'ladi. Poliplarda qon yo'qotish unchalik ko'p bo'lmaydi, shu sababdan bolalarning umumiy ahvoli uzoq vaqt davomida deyarli o'zgarishsiz qoladi. Polip anal teshigidan qanchalik uzoqda joylashgan bo'lsa, qonni axlat bilan aralashish darajasi shunchalik yaqqolroq bo'ladi. Ba'zi hollarda poliplarni o'zlaricha uzilib tushishi kuzatiladi. Bu holat polip asosi ingichkaligiga bog'liq bo'ladi.

Diagnostikasi. Poliplarni aniqlash unchalik qiyin emas. To'g'ri ichak orqali axlat oxirida davriy ravishda qirmizi rang qon ajralganda birinchi navbatda polip haqida o'ylash kerak. Xarakterli anamnez, klinik belgilar va maxsus tekshirishlar natijalariga tayanib, diagnoz qo'yish mumkin. Buning uchun to'g'ri ichak huqna qilib tozalangach, dastlab barmoq bilan ko'riladi. Poliplar ko'pincha to'g'ri ichakning orqa devorida joylashgan bo'ladi, yon oldingi devorida esa kam uchraydi. Barmoq bilan tekshirish natijasidan qat'iy nazar polipga shubha bo'lganda endoskopik tekshirishlar (rektoromonoskopiya, fibrokolonoskopiya) o'tkazilishi shart (30-rasm).



30-rasm. Rektoromonoskopiya vaqtida vrach va bola holati.

Endoskopik tekshirish vaqtida nafaqat polipning bor-yo'qligi, soni, holati va tarqalish darajasi aniqlanadi, xatto ularni olib tashlash imkoniyati ham tug'iladi.

Qiyosiy tashxislash. Poliplarni birinchi navbatda to'g'ri ichak shilliq qavati yoriqlaridan farqlash kerak. Poliplardan farq qilib, shilliq qavat yorilishlarida defekatsiya doimo kuchli og'riqlar bilan bo'ladi. Aynan mana shu og'riqlar hisobiga bolalarda ikkilamchi qabziyat kuzatiladi. Xarakterli anamnez, klinik kechi shi va endoskopik tekshirishlarga asoslanib, diagnoz qo'yiladi. To'g'ri ichakdan qon ajralishi (qirmizi rang qon) bilan kechadigan to'g'ri ichak o'smalari va gemorroy bolalarda juda kam uchraydi, shuning uchun ularning amaliy jihatdan ahamiyati kam.

Davolash. Kattalardan farq qilib, bolalarda poliplar malignizatsiya bo'lmaydi. Poliplarni davolashni asosiy va yagona usuli bu jarrohlik amalidir. Quyidagi polipektomiya usullari bor:

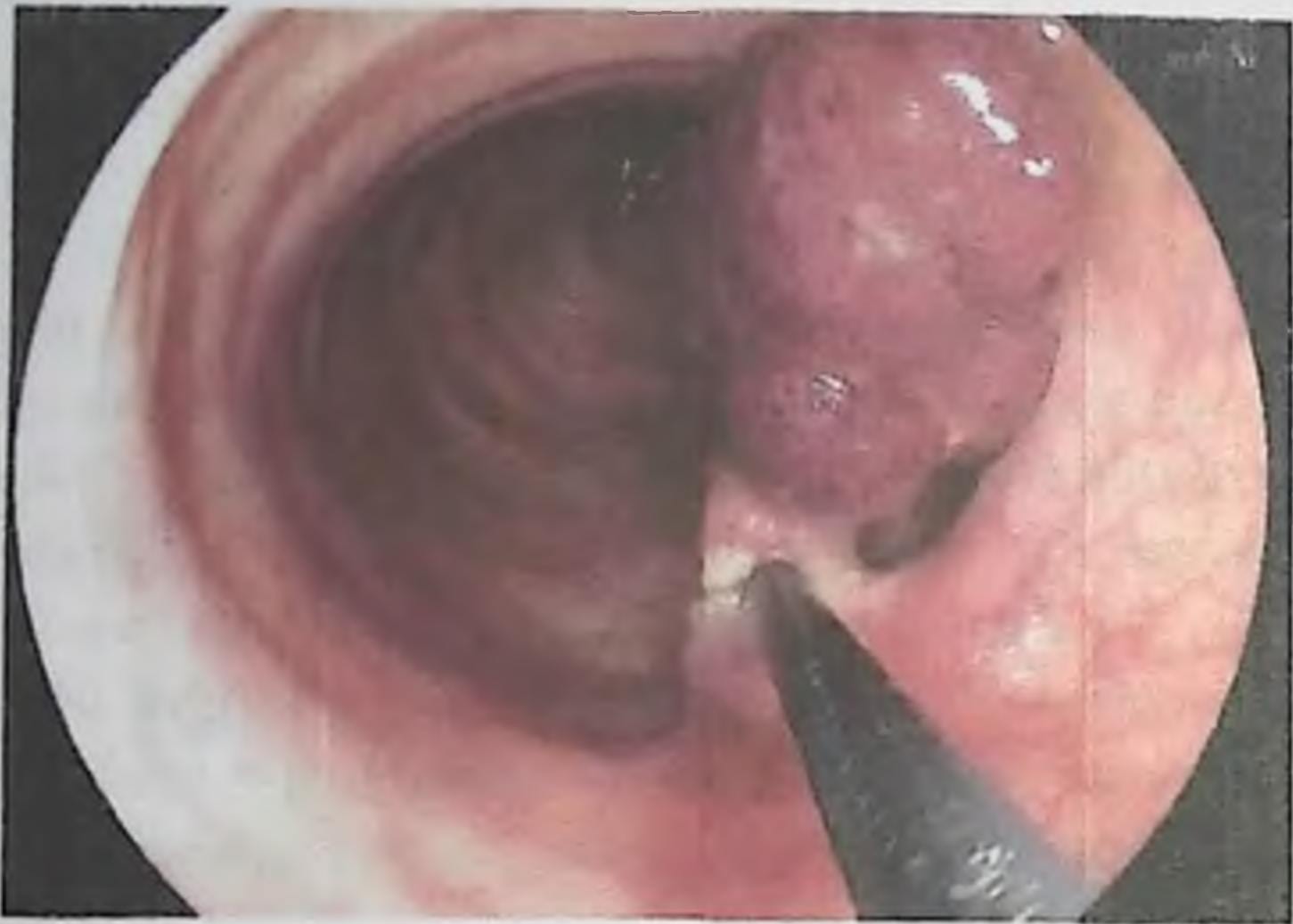
1. poliplarni transanal yo'l bilan kesib olish.
2. rektoromonoskopiya va kolonoskopiya vaqtida poliplarni elektrokoagulyatsiya qilish.
3. poliplarni kolotomiya yordamida olish
4. ichak rezeksiyasi.

Har bir usulni o'z ko'rsatmalari va qarshiliklari bor.

Transanal yo'l orqali poliplarni olish asosan to'g'ri ichakning 3-6 sm gacha chuqurlikdagi poliplarini olishda qo'llaniladi. Huqna yordamida to'g'ri ichak tozalanib, umumiy og'riqsizlantirish ostida to'g'ri ichak oynasi yordamida polip asosidan tikib bog'lanadi va kesib olib tashlanadi. Shundan keyin to'g'ri ichakda 2 kungacha Vishnevskiy malhamiga to'yintirilgan tampon qoldiriladi.

Endoskopiya vaqtida poliplarni olish yuqori joylashgan va ingichka asosli poliplarda qo'llaniladi (31-rasm).

Kolotomiya qilib poliplarni olish asosan yo'g'on ichakning yuqori qismlarida joylashgan va keng asosli poliplarda qo'llaniladi. Buning uchun bemorlar operatsiyaga maxsus tayyorlanishlari kerak. Ichak rezeksiyasi yoki kolektomiya operatsiyasi polipozlarda qo'llaniladi.



31 -rasm. Polipni endoskopik olish.

YO'G'ON ICHAKNING DIFFUZ POLIPOZI

Yo'g'on ichakning diffuz polipozi - og'ir tizimli kasallik bo'lib, unda yo'g'on ichakning hamma qismlari shilliq qavatida ko'p sonli poliplar paydo bo'ladi. Bunda poliplar soni bir necha yuzdan bir necha minggacha boradi (32-rasm). Ba'zi bir tadqiqotchilarni aytishicha bu kasallikda poliplar ingichka ichakda va hatto oshqozonda ham uchraydi. Bolalarda bu poliplar kattalardan farq qilib, deyarli yomon sifatli o'smaga aylanmaydi, lekin kasallik vaqt o'tishi bilan avj olib, doimiy ravishda qon yo'qotish, anemiya, oqsil va boshqa almashinuvlarni buzilishi organizm o'sishi va rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. 20 nafar polipi bor boladan 1 tasida diffuz polipoz bo'ladi. Shu sababdan har bir polipga shubha bo'lgan bemor bola to'liq va chuqur tekshirishni talab etadi.

Hozirgi vaqtgacha bolalarda diffuz polipozni etiologiyasi va patogenezini to'liq o'rganilmagan. Ayrim manbalarda yozilishicha kasallik irsiy xarakterga ega bo'lib, jinsidan qat'iy nazar nasl bilan ko'chadi. Shuning uchun diffuz polipozda albatta oila-urug' anamnezi to'liq o'rganilishi kerak.



32 -rasm. Yo'g'on ichak diffuz polipozi.

Zamonaviy tushunchalar buyicha diffuz polipozni 3 ta turi farqlanadi:

1. yo'g'on ichakning diffuz polipozi (poliplarda proliferatsiya jarayonini ustunligi).
2. yuvenil diffuz polipoz (poliplarda epitelial bezlar sekresiyasi ustunligi).
3. gamartom polipoz yoki Peyts-Jigers sindromi.

Birinchi turi uchun xarakterli xususiyat shuki, unda epitelial hujayralar proliferatsiyasi kuchayib, ko'plab poliplar hosil bo'ladi.

Gistologik tuzilishi va poliplar o'lchamlari orasidagi bog'liqlikga qarab proliferatsiyalanuvchi polipoz 3 davrga bo'linadi:

Birinchi davrda diametri 3-4 mm gacha bo'lgan ko'plab poliplar hosil bo'ladi.

Ikkinchi davrda ko'plab o'lchamlari 0,5-0,8 sm gacha bo'lgan adenomatoz poliplar hosil bo'ladi.

Uchinchi davrda o'lchamlari 3-4 sm bo'lgan yirik adenopapillomatoz poliplar hosil bo'ladi.

Yuvenil poliplarni asosan diametri 1 sm gacha bo'lib, ingichka oyoqchali bo'ladi.

Peyts-Jigers sindromida poliplar o'lchamlari 1 sm dan 10 sm gacha, ba'zan esa undan ham katta bo'lib, bunday poliplar tarkibida shoxlanib, tarmoqlanib ketuvchi silliq mushakli qavatlari bo'ladi.

Klinikasi. Proliferatsiyalanuvchi va yuvenil shakllarni belgilari birbiriga o'xshash. Kasallikning dastlabki belgilari bolani 2-4 yoshida paydo bo'ladi. Ularning axlati suyuqlashadi, unda qon va shilliq bo'lib, vaqti-vaqti bilan bemor bolalar qornida og'riqqa shikoyat qiladi. Keyinchalik umumiy ahvoli asta-sekinlik bilan yomonlasha boradi, kamquvvatlik paydo bo'lib, ishtaha pasayadi. Ko'rik paytida teri qoplamlari oqimtir, qon tahlillarida anemiya, gipoproteinemiya aniqlanadi. Bu bolalar uzoq vaqt davomida kolit, disbakterioz diagnozlari bilan samarasiz davolanib yuradilar. Vaqt o'tishi bilan axlat yanada suyuqlashadi, unda qon ba'zan laxta-laxta bo'lib, ba'zan esa axlatsiz qon chiqishi kuzatiladi. 10-12 yoshga borib, bola rivojlanishda o'z tengqurlaridan ancha orqada qoladi. Barmoqlari baraban tayoqchalariga, tirnoqlari esa soat oynalariga o'xshab qoladi. Proliferatsiyalanuvchi shakli nisbatan sekinroq rivojlanadi. Yuvenil shaklining belgilari esa tez yuzaga chiqadi.

Diagnostikasi. Kasallikni aniqlashda oila anamnezini yig'ish katta ahamiyatga ega. To'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish, rektoromonoskopiya, kolonfibroskopiya va yo'g'on ichakni kontrastli rentgen tekshirish usullari natijalariga tayanib, diagnoz qo'yiladi. To'g'ri ichak orqali kontrast va havo yuborib (qo'shaloq kontrastlash) diffuz polipozga xos rentgenologik belgilarni ko'rish mumkin.

Qiyosiy tashxislash. Diffuz polipozlar psevdopoliplar, nospetsefik yarali kolit bilan qiyoslanadi. Buning uchun davriy ravishda yo'g'on ichakni tekshirib turish kerak. Polipozlardan farq qilib, psevdopoliplar o'z-o'zidan yo'qolib, yana paydo bo'lib turadi. Fakat endoskopik tekshirishlar natijalariga asoslanib, diffuz polipozni nospetsefik yarali kolitdan farqlasa bo'ladi.

Davolash. Hozirgi vaqtda diffuz polipozlarni davolashni yagona va to'g'ri usuli bu- zararlangan ichakni olib tashlashdir. Proliferatsiyalanuvchi va yuvenil birinchi turida bir vaqtning o'zida subtotal kolektomiya qilinadi va ileorektal anastomoz qo'yiladi.

Peyts-Jigers sindromi. Diffuz polipozning bu shakli o'ziga xos klinik belgilarga ega. Ushbu kasallikda kam sonli poliplar ingichka ichakda bo'ladi va ichakga aloqador bo'lmagan belgilar og'iz va

lablarda melaninli pigmentatsiya, tabiiy teshiklar atrofida pigment dog'lar bo'lishi kuzatiladi. Kasallikning asosiy belgilari - qorinda og'riq, ichakdan qon ketish va anemiya. Qorindagi og'riqlar kuchli, xurujsimon bo'lib, ular ichak invaginatsiyasi bilan bog'liq bo'ladi. Invaginatsiyani surunkali va ko'p sonli bo'lishi xarakterlidir. Kasallikni aniqlash uchun anamnez, klinik belgilar, lablar va tabiiy teshiklar atrofidagi pigmentli dog'lar bo'lishi, vaqti-vaqti bilan ichakdan qon ketishlar kabi belgilarga asoslaniladi. Shuningdek, gastroduodenoenteroskopiya va kolonofibroskopiya albatta o'tkazilishi kerak. Ushbu kasallikni davolash uchun umumiy og'riqsizlantirish ostida laparotomiya qilinib, ingichka ichak taftish qilinadi. Dezinvaginatziya qilinib, yirik poliplar gastroeyunokolotomiya qilinib, olib tashlanadi. Poliplar ko'p sohalar rezeksiya qilinib, anastomoz qo'yiladi.

YO'G'ON ICHAKNING GEMANGIOMALARI VA TOMIRLI O'SMALARI

Bu o'smalar yaxshi sifatli bo'lib, yo'g'on ichakning hamma qismlarida uchrashi mumkin.

Klinikasi. Kasallikning asosiy belgisi to'g'ri ichak orqali qon chiqishidir. Qon defekatsiya vaqtida yoki u bo'lmagan vaqtda ham chiqishi mumkin. Odatda och rangli, qizg'ish qon chiqadi. Kasallik vaqtida aniqlanib, davolanmasa, qayta qon ketishlar natijasida anemiya kuchayadi.

Diagnostikasi. Kasallikka diagnoz qo'yish anamnez, klinik belgilar va asosan endoskopik tekshirish natijalariga asoslangan holda qo'yiladi. Shuningdek, diagnoz qo'yishga oraliq va jinsiy a'zolarida kengaygan tomirlar yoki terida angiomatoz o'zgarishlar borligi ham yordam beradi. Agar gemangioma to'g'ri ichak va anal teshigi sohasida joylashgan bo'lsa, barmoq bilan ko'rish va rektoskopiya yordamida diagnoz qo'yish qiyin emas.

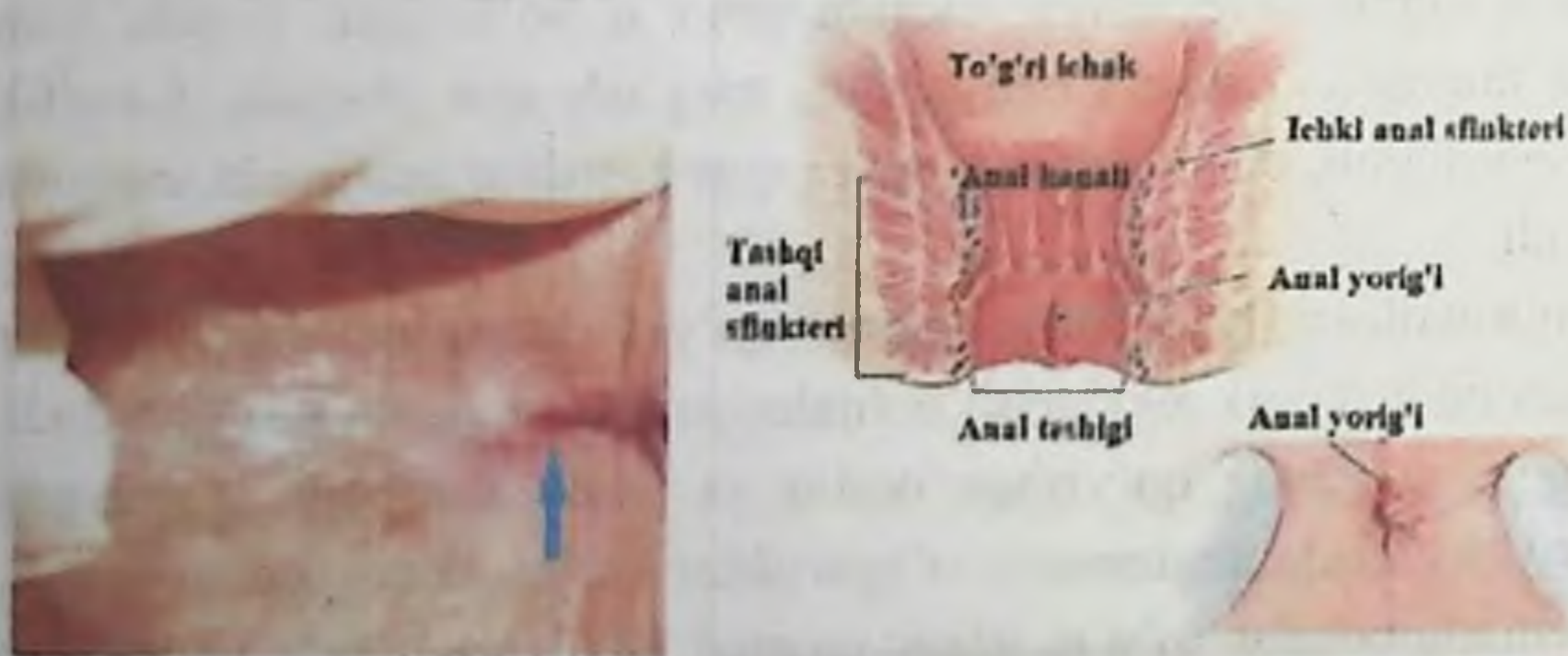
Davolash. Gemangioma va boshqa tomir o'smalari vaqt o'tishi bilan o'sishdan to'xtab, keyinchalik invalyusiya (qayta rivojlanish) jarayoni natijasida yo'qolib ketishi mumkin. Shuningdek, bolalarda

gemangiomalarni spontan regressiya bo'lishi fanga ma'lumdir. Lekin hamma vaqt ham bunday bo'lavermaydi. Shuning uchun kutish va kuzatish taktikasi to'g'riroq bo'ladi. Agar o'smalar tez o'sib, atrof to'qimalarni bosib qo'ysa, bunday vaqtlarda kombinatsiyalashgan davo usuli kriodestruksiya, sklerozlovchi va gomonal davo usullari qo'llaniladi.

ORQA CHIQARUV TESHIGI SHILLIQ QAVATI YORILISHLARI

Bu anal kanali shilliq qavatini defekti bo'lib, bolalarga, ayniqsa, bog'cha yoshidagi bolalarda ko'p uchraydi.

Etiopatogenezi. Anal kanali shilliq qavatini yorilishlariga sabab bo'luvchi bevosita va bilvosita ta'sirlar bor. Bilvosita ta'sir qiluvchi omillarga ich ketishlar va proktitlar kiradi, chunki bu xolatlarda anal kanali shilliq qavati shishadi, taranglashadi va yengil jarohatlanadigan bo'lib qolaveradi. Bevosita ta'sirlarga esa qattiq axlat massalarini anal kanali orqali o'tishi va uni ta'sirlashi kiradi. Ostritsalar bo'lganda anal teshigi sohasini ko'p vaqt davomida qo'l bilan qashilash va ta'sirlashlar ham yorilishlarga olib kelishi mumkin.



33-rasm. Anal kanali teshigi yorig'i va sxemasi.

Klinikasi. Anal kanali shilliq qavatini yorilishi (33-rasm) ko'proq surunkali ichi qotadigan bolalarda uchraydi. Yoriqlar ko'pchilik hollarda anal kanalini orqa yoyi bo'ylab, soat siferblati buyicha 6 raqami sohasida ko'p uchraydi. Kasallikning asosiy belgisi orqa chiqaruv

teshigi sohasida og'riq bo'lishidir. Og'riqlar asosan defekatsiya akti bilan bog'langan bo'ladi. Og'riqdan qo'rqib, bolalar ko'p vaqt tuvakga o'tirmaslikga harakat qiladi, bu esa o'z navbatida axlatni yanada qattiqlashishi va og'riqni zo'rayishiga olib keladi. Shunday qilib nuqsonli doira hosil bo'ladi. Ota-onalar axlatda yoki uning oxirida tomchilab qirmizi rang qon kelishidan shikoyat qiladilar. Ko'pchilik hollarda mana shu holat ularni tibbiy yordam uchun murojaat qilishga majbur qiladi.

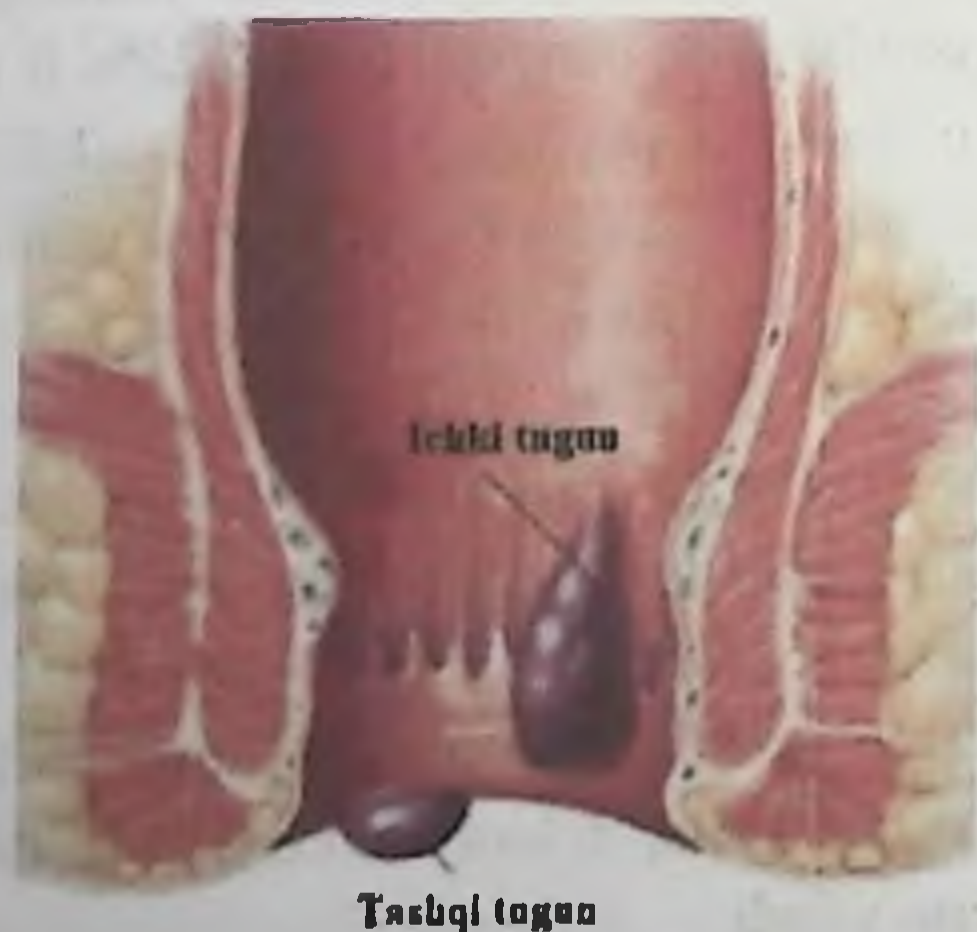
Diagnostikasi. Anamnez va anal sohasini sinchiklab ko'rishga asoslanib diagnoz qo'yiladi. To'g'ri ichakni barmoq bilan ko'rish va rektoskopiya qilish yaxshi og'riqsizlantirishsiz o'tkazish mumkin emas, chunki bu muolajalar vaqtida og'riq zo'rayadi va erkin ko'rish qiyinlashadi.

Davolash. Bolalarda anal yoriqlarni davolash asosan konservativ bo'lib, birinchi navbatda og'riq va anal sfinkter spazmini olishga qaratilishi kerak. Surunkali qabziyat bor bolalarga dastlab parxezga rioya qilish tavsiya qilinadi. Iste'mol uchun meva- chevalar, sut mahsulotlari, ichishga vazelin yog'i buyuriladi. Shuningdek, o'tiruvchi issiq vannalar, tozalovchi va davolovchi huqnalar, maxsus rektal shamlar qo'llaniladi. Agar bu usullar yordam bermasa, A.M.Aminev bo'yicha spirt-novakainli blokada qilinadi. Buning uchun umumiy og'riqsizlantirish ostida yoriq ostiga 1-3 ml 0,25% li novakain kiritiladi va bir oz vaqt o'tgach, o'sha igna orqali 1- 1,5 ml 70% li spirt yuboriladi. 3-4 kun o'tgach bu muolajani takrorlash mumkin. Ko'pchilik hollarda bu muolaja 2-3 marta takrorlangach yoriqlar bitib ketadi. Bundan tashqari, 0,25-0,5% li 2,5-3 ml novakain bilan 15-20 mg gidrokartizon ham yuborish mumkin. Shuningdek, anal yoriqlarni mahalliy davolashda oblepixa yog'ini qo'llash ham yaxshi samara beradi. Faqat katta yoshli bolalarda konservativ usullar yordam bermaganda operativ davo usuli qo'llaniladi. Buning uchun umumiy og'riqsizlantirish ostida yoriq aylantirib kesib olinadi va hosil bo'lgan jarohatga choklar qo'yiladi.

GEMORROY

Soʻzma-soʻz tarjima qilganda gemorroy bu qon oqishi demakdir. Zamonaviy tushunchalar boʻyicha gemorroy bu - toʻgʻri ichakning va anal kanali venalarining varikoz kengayishidir (34-rasm). Ushbu kasallik asosan katta yoshli bolalarda uchraydi.

Etiopatogenezi. Hozirgi vaqtda gemorroyning kelib chiqishini tushuntirib beradigan neyrogen, endokrin va allergik nazariyalar mavjud. Gemorroyning kelib chiqishida gemorroidal venalarning tugʻma yetishmovchiligini ham ahamiyati katta. Shuningdek, kasallikning yuzaga chiqishida yashash sharoitlarini (uzoq oʻtirish, kam harakatlanish, ogʻir jismoniy mehnat) oʻrni bor. Toʻgʻri ichakning distal kismi ustunchali zonasi shilliq osti qavati koʻp kamerali kavernoza toʻqimadan tashkil topgan. Bu toʻqima yangi tugʻilgan chaqaloqlarda sust rivojlangan boʻlib, asta-sekinlik bilan jinsiy yetilish davrigacha shakllanadi. Shu sababdan gemorroy kichik yoshli bolalarda deyarli uchramaydi. Gemorroidal tugunlar kattalashgan kavernoza tanachalar va devorlari sklerozga uchragan, lekin yalligʻlanmagan kavernoza venalardan tashkil topgan boʻladi. Kavernoza toʻqima arterial qon bilan yaxshi taʼminlanganligi sababli gemorroy kasalligida ketayotgan qon rangi och qizil boʻladi.



34-rasm. Gemorroy tugunlari joylashish sx'emasini

Klinikasi. Ko'pchilik ota-onalar o'z bolalarida defekatsiya vaqtida, yig'laganda va kuchanganda orqa chiqaruv teshigi atrofida tugunli shishlar paydo bo'lishidan shikoyat qilib murojaat qiladilar. Shunisi xarakterliki, bunday bolalar hech narsaga shikoyat (og'riq, qichishish) qilmaydilar. A.M.Aminev ta'rificha bu kasallikning "gemorroysiz gemorroy" shaklidir. Kichik yoshli bolalarda ba'zi hollarda ayrim tugunlardan qon ketishi mumkin, bu ko'pincha qattiq axlat massalarining tugunlarni ta'sirlash va jarohatlashi natijasida bo'ladi. Gemorroidal tugunlar trombozida kuchli og'riq paydo bo'ladi. Katta yoshli bolalarda gemorroyning 3 darajasi tafovut qilinadi:

I- darajasida unchalik katta bo'lmagan gemorrodial tugunlar bo'lib, anal teshigi atrofi terisi bir oz qizargan bo'ladi.

II - darajasida anal teshigi atrofida ko'zga ko'rinarli shish va qizarish bo'lib, bu soha tekshirilganda, bemor o'tirganda va yurganda og'riq kuchayadi.

III-darajasida orqa chiqaruv teshigi atrofida shishgan va yallig'langan tugunlar "yallig'lanish o'smasi" ni eslatadi.

Diagnostikasi. Gemorroyga diagnoz qo'yish qiyin emas. Buning uchun orqa chiqaruv teshigi sohasi sinchiklab ko'rilishi kerak, xolos. Shuningdek, to'g'ri ichak shilliq qavati holati va venalari ahvolini bilish maqsadida to'g'ri ichak barmoq bilan ko'rilishi va rektoromonoskopiya o'tkazilishi shart.

Davolash. Kasallikning boshlang'ich davrlarida konservativ usullar qo'llaniladi. Avvalo parxezga e'tibor berish kerak, ya'ni iste'mol qilingan oziq-ovqat mahsulotlari bemor ichini yumshatadigan xususiyatga ega bo'lishi kerak. Oraliq sohasini gigienik jihatdan toza tutishni ahamiyati katta. O'tkir gemorroy vaqtida tozalovchi va davolovchi huqnalar, malhamli bog'lam va shamlar qo'yish yaxshi samara beradi. Faqat ayrim hollarda, ya'ni qisilgan gemorrodial tugunlarni nekrozi va ko'p qon ketganda jarrohlik usuli qo'llaniladi.

QON KASALLIKLARIDA OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISH

Ko'pchilik qon kasalliklari ba'zan oshqozon-ichaklardan qon ketishi bilan kechadi. B.S.Rozanov ma'lumotlari buyicha 7,4% hollarda qon kasalliklari oshqozon-ichaklardan qon ketishiga sabab bo'ladi. Qon kasalliklaridan o'tkir leykoz, Shenleyn-Genox, Verlgof kasalliklari va gemofiliya ko'pchilik hollarda oshqozon-ichaklardan qon ketishiga olib keladi.

O'tkir leykozda oshqozon-ichaklardan qon ketishi to'satdan boshlanadi. Ba'zan qon ketishi ko'p miqdorda bo'lishi mumkin. Bemorlar axvoli asosiy kasallik hisobiga og'ir bo'ladi, qon ketishi bilan ularning ahvoli jiddiy og'irlashadi. Qon aralash qusish va to'g'ri ichak orqali qon chiqishidan tashqari burundan, milklardan ham qon ketishi kuzatiladi. Asosiy kasallik hisobiga periferik limfa tugunlari kattalashadi, ular qattiq va og'riqsiz bo'ladi. Shuningdek, jigar va taloq kattalashadi. Taxlillarida anemiya kuzatiladi. Qon mielogrammasi diagnozni uzil kesil aniqlashga yordam beradi.

Shenleyn-Genox kasalligida ham oshqozon-ichaklardan qon ketishi kuzatiladi. Kasallik hisobiga qon ivishi tizimi ishi buziladi va qonli qusish, to'g'ri ichak orqali qoramtir qon keladi. Bundan tashqari ichaklarda subseroz qon quyilishi hisobiga qorinda kuchli og'riq bo'ladi. Oshqozon-ichaklardan qon ketishi bilan kechuvchi boshqa kasalliklardan farq qilib, Shenleyn-Genox kasalligida oyoq-qo'llarning simmetrik sohalarida qonli toshmalar paydo bo'ladi. Lekin, bu toshmalar paydo bo'lguncha oshqozon-ichaklardan qon ketishi sababini aniqlash juda qiyin bo'ladi. Kasallikni davolash asosan konservativ bo'lib, asosiy kasallikni davolash bilan birga gemostatik davo ham o'tkaziladi.

Gemofiliya kasalligida ham oshqozon-ichaklardan qon ketishi kuzatilishi mumkin. Qon ketishlar gemofiliya kasalligida ko'p miqdorda bo'ladi va uni to'xtatish juda ham qiyin bo'ladi. Boshqa kasalliklardan farq qilib, gemofiliyada teri ostiga, bo'g'imlarga, in'eksiya joylariga qon quyilishi kuzatiladi. Qon tahlillarida ivish vaqti cho'zilgan bo'ladi.

Verlgof kasalligi ham oshqozon-ichaklardan qon ketishi bilan asoratlanishi mumkin. Bu kasallikda butun tana bo'ylab terida, ko'pincha oyoq-qo'llarning bukuvchi yuzalarida turli xil o'lchamli qon toshmalari paydo bo'ladi. Shuningdek, ushbu kasallikda shilliq parda ham zararlanadi. Shu sababdan, burundan, ichaklardan, ichki a'zolardan taloq kattalashadi va qizlarda bachadondan ham qon ketishlar kuzatiladi. Qon tahlillarida anemiya, trombositopeniya va leykopeniya kuzatiladi. Burundan qon ketganda oldingi va orqa tamponada qilinadi. Qon ketishini to'xtatish uchun gemostatik davo o'tkaziladi. Kasallikning jarrohlik usuli bilan davolash uchun esa splenektomiya qilinadi.

Umuman, qon kasalliklari natijasida oshqozon-ichaklardan qon ketish kuzatilganda jarrohlik usuliga shoshilmaslik kerak, chunki qon ivishi buzilgan holatlarda jarrohlik ishi og'irlashadi.

CHAQALOQLAR GEMORRAGIK KASALLIGI

Chaqaloqlar gemorragik kasalligi II omil (protrombin), VII omil (prokonvertin) va IX omil (V antigemofil globulini) va X (Styuart-Pauer) omili yetishmasligi natijasida paydo bo'luvchi kasallik bo'lib, uning rivojlanishida K vitamin tanqisligi homiylik qiladi. Birinchi marta bu kasallik 1894 yil Ch. Tavnsend tomonidan yozilgan bo'lib, ammo bu termin hamma tug'ma gemorragik holatlar uchun foydalanilgan. Tarqalishi – 0,3-0,5% chaqaloqlar o'rtasida uchraydi.

Klinikasi. Kasallik bola hayotning 2-4 kuniga borib melena paydo bo'lishi, ba'zan purpura, kefalogematoma, kindik tizimchasi qoldig'idan qon ketishi va ichki a'zolarga qon quyilishi kabi belgilar bilan xarakterlanadi. Melena oshqozon va ichaklardan qon ketishi bo'lib, qon aralash qusish, axlat bilan birga qon kelishi bilan namoyon bo'ladi. Odatda chaqaloqlar gemorragik kasalligida ko'p miqdorda qon ketishi kuzatilmaydi, lekin ba'zi hollarda ko'p miqdorda qon aralash qusish va axlatda qon bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda o'z vaqtida yordam berilmasa, chaqaloqlar o'tkir qon yo'qotish oqibatida paydo bo'lgan gemorragik shokdan o'lishi mumkin. Bu holat harakatdagi qonning 10-15% yo'qotilganda kuzatiladi (chaqaloqlarda harakatdagi qon miqdori

85-95 ml/kg). Ushbu kasallikda oshqozon-ichaklardan qon ketishiga sabab ular shilliq qavatida yaralar hosil bo'lishidir. Yaralar esa tug'ruq stressi natijasida chaqaloqlar qonida glyukokortikoidlar miqdorini oshib ketish oqibatidir. Shuningdek, yaralar paydo bo'lishida oshqozon kislotaliligini oshib ketishining ham ahamiyati bor. Ba'zan oshqozon-ichaklar shilliq qavatida yaralar bo'lmaydi, qon esa diapidez yo'l bilan sizib chiqadi.

Diagnostikasi. Kasallikni aniqlaydigan maxsus tekshirish usullari yo'q bo'lib, diagnoz asosan klinik belgilarga asoslanib quyiladi. Kasallikni asosan soxta melenadan farqlashga to'g'ri keladi. Soxta melenada bola tug'ruq vaqtida va undan keyingi davrda tug'ruq jarohatlari natijasida paydo bo'lgan qonni, sut bezi surg'ichi yorilishlari va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati jarohati qonlarini yutadi va keyinchalik uni qusadi, shuningdek, axlatida ham qon bo'ladi.

Bu qon tashqaridan kirganmi yoki chaqaloq oshqozon-ichaklaridan ketayaptimi, uni bilish uchun Apt testi qo'llaniladi. Buning uchun qon bo'lgan qusiq moddalari yoki qon aralash axlat massalari suv bilan pushti rang hosil bo'lguncha suyultiriladi. Hosil bo'lgan eritmani sentrafugadan o'tkazilib, suyuq qismidan 5 ml olib, unga 1% li 1 ml natriy gidroksidi qo'shiladi. Suyuqlikni to'q sariq rangga o'tishi unda A gemoglobin borligi, vaholanki, qon onani ekanligidan va melena soxta ekanligidan dalolat beradi. Agar rangi o'zgarmasa, bu chin melena, chunki chaqaloq qonida ishqorga chidamli NVG bo'ladi.

Davolash. Chaqaloqlar gemorragik kasalligini davolashda kuniga uch mahaldan ichishga 0,002 g dan va mushak orasiga 2-5 mg miqdorda vitamin K tavsiya qilinadi. Imkoni bo'lsa, qondagi II, VII, IX va X omillar miqdorini ko'taruvchi vitamin K qilinishi (fitomenadion, konakion, mefiton) kerak. Agar ular bo'lmasa, 1% li vikasol (K vitamin) 0,3-0,5 ml miqdorda qilinadi. Kasallikni mahalliy davolash uchun trombin va adroksonni Ye - aminokapron kislotasidagi eritmusi og'iz orqali kiritiladi. Buning uchun trombin poroshogi 50 ml 5% li aminokapron kislotasida eritiladi va 1 ml 0,025% li adrokson qo'shiladi. Tayyorlangan eritmadan 1 choy qoshiqdan kuniga 3-4 mahaldan beriladi. Ichish uchun sog'ilgan va xona haroratigacha tushirilgan sut

beriladi. Bulardan tashqari, ichishga 0,5% li natriy gidrokarbonat 1 choy qoshiqdan kuniga 3 maldan berilishi mumkin. Ko'pchilik hollarda yuqorida ko'rsatilgan muolajalardan so'ng qon ketishi to'xtaydi. Agarda qon ketishi davom etsa, bir guruhli qon (10-15 ml/kg), 10-20 ml trombositlar massa va 20-30 ml qon zardobi vena ichiga tomchilab quyiladi. Eng yaxshi samara 15-30 birlik/kg PPSB protrombin kompleks quyilgandan so'ng olinadi.

Olingan bilimlarni sinash uchun testlar

1. Qon yo'qotilganda paydo bo'lo'vchi himoya reaksiyalariga quyidagilardan qaysi biri kirmaydi:

- A. Periferik qon tomirlarini yalpi spazmi
- B. Depo qonni umumiy qon oqimiga qo'shilishi
- V. Yurakning minutlik hajmini ko'payishi
- G. Nafasni chukurlashishi va tezlashishi
- D. Diurezni kuchayishi

2. Organizmdagi harakatdagi qonni qancha miqdorini bir vaqtda yo'qotish o'limga olib keladi:

- A. 10%
- B. 20%
- V. 40%
- G. 50%
- D. 100%

3. Kuyidagi kasalliklarning qaysi birida qon aralash qusish bo'ladi:

- A. Mekkel divertikuli
- B. Ichak invaginatsiyasi
- V. Ichak ikkilanishlari
- G. Mellori-Veys sindromi
- D. Nospesifik yarali kolit

4. Qaysi kasalliklarda qon aralash qusish bo'lmaydi:

- A. Oshqozon yarasi
- B. Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi
- V. Portal gipertenziya
- G. Diffuz polipoz
- D. Stressli yaralar

5. Qaysi kasalliklarda to'g'ri ichakdan "malina shinnisi" ga o'xshash qon chiqadi:

- A. Oshqozon yarasi
- B. Portal gipertenziya
- V. Ichak invaginatsiyasi
- G. Mellori-Veys sindromi
- D. To'g'ri ichak polipi

6. Qaysi kasallikda to'g'ri ichak orqali qon aralash shilliq axlatsiz chiqadi:

- A. ichak invaginatsiyasi
- B. portal gipertenziya
- V. diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi
- G. ichak ikkilanishlari
- D. to'g'ri ichak polipi

7. Qaysi kasallikda to'g'ri ichakdan qon kelishi qorindagi og'riqlar bilan bo'ladi:

- A. to'g'ri ichak polipi
- B. anal (teshigi) kanali shilliq qavati yorilishlari
- V. ichak invaginatsiyasi
- G. Mekkel divertikuli
- D. ichak ikkilanishlari.

8. Qaysi kasallikda axlat rangi qorayadi:

- A. portal gipertenziya.
- B. Mekkel divertikuli
- V. ichak invaginatsiyasi
- G. ichak ikkilanishlari
- D. poliplar

9. Qaysi kasallikda to'g'ri ichak orqali qon kelishi og'riqli bo'ladi:

- A. to'g'ri ichak poliplari
- B. yo'g'on ichak poliplari
- V. Diffuz polipozlar
- G. yug'on ichak gemangiomalari
- D. anal kanali shilliq qavati yorilishlari,

10. Qon yo'qotish I darajasida harakatdagi qonni qancha hajmi yo'qotiladi:

- A. 5% gacha
- B. 10% gacha.
- V. 20% gacha
- G. 40% gacha
- D. 50% gacha

11. Qon yo'qotishning II darajasida harakatdagi qonning qanchasi yo'qotiladi:

- A. 10% gacha
- B. 20% gacha
- V. 30% gacha
- G. 50% gacha
- D. 60% gacha

12. Qon yo'qotish patogenezida dastlab qaysi-patologik holat bo'ladi:

- A. gipoksemiya
- B. gipoksiya
- V. gipovolemiya
- G. giperventilyatsiya
- D. metabolik atsidoz

13. Qon yo'qotishning III darajasida qancha qon yo'qotiladi:

- A. 5-10%
- B. 10-15%
- V. 15-20%
- G. 20-30%
- D. 30% va undan ko'p.

14. Gemorragik shokning nechta bosqichi bor:

- A. 1
- B. 2
- V. 3
- G. 4
- D. 5

15. Gemorragik shokning qaysi bosqichida umumiy qo'zg'alish bo'ladi:

- A. 1
- B. 1 va 2
- V. 3 va 4
- G. 2 va 4
- D. hammasida

16. Gemorragik shokning qaysi bosqichida ko'chli tormozlanish bo'ladi:

- A. 1
- B. 2
- V. 3
- G. 4
- D. hammasida

17. Ovqat hazm qilish a'zolaridan profuz qon ketganda jarrohning eng dastlabki vazifasi:

- A. qon ketish manbasini aniqlash
- B. qaysi kasallik ekanligini aniqlash
- V. qon ketish boshlangan vaqtni aniqlash
- G. qancha qon ketganligini aniqlash
- D. qonni to'xtatish choralarini kurish

18. Oshqozondan qon ketayotganligini tasdiqlovchi usul:

- A. yezafagoskopiya
- B. qorin bo'shlig'ini umumiy rentgen tasviri
- V. lontrasli gastroenterografiya
- G. gastroduodenofibroskopiya
- D. kolonoskopiya

19. 12 yoshli bolada har bahor va kuz fasllarida qorinda og'riqlar paydo bo'lib, axlat rangi qorayadi. Qaysi kasallikka xos:

- A. portal gipertenziya
- B. 12 barmoqli ichak yarasi
- V. diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi
- G. Mekkel divertikuli
- D. polipozlar

20. Oshqozon-ichaklardan profuz qon ketishi bilan murojaat qilib kelgan bemorni umumiy ko'rigida qorin oldingi devori venalari kattalashganligi aniqlandi. Qaysi kasallik bo'lishi mumkin:

- A. oshqozon yarasi
- B. Mekkel divertikuli
- V. portal gipertenziya
- G. stressli yara

D. diffuz polipoz

21. 1 yoshlik bola davriy ravishda qusadi. Qusiq tarkibida oz miqdorda qon bo'ladi. Qaysi kasallik bulishi mumkin:

A. Portal gipertenziya

B. Oshqozon yarasi

V. Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi

G. Mekkel divertikuli

D. Mellori-Veys sindromi

22. Oshqozon-ichaklardan qon ketishi bilan kechuvchi qaysi kasallikda qorinda og'riq bo'lmaydi:

A. oshqozon yarasi

B. 12 barmoqli ichak yarasi

V. stressli yaralar

G. ichak invaginatsiyasi

D. Mekkel divertikuli

23. Oshqozon-ichaklardan o'tkir qon ketishlarda nima sababdan dastlabki daqiqalarda gemoglobin va gematokrit miqdori o'zgarmaydi:

A. depo qonni umumiy oqimga o'tishi sababli

B. qonni quyushishi sababli

V. tomirlar qisqarishi sababli

G. periferik tomirlarda qon miqdorini ko'payganligi uchun

D. tomirlarda qon oqimi tezlashganligi sababli

24. Fibrogastro duodenoskopiyaning eng og'ir asoratlardan biri:

A. oshqozon shilliq qavatini shikastlanishi.

B. g'ovak a'zoni teshilishi

V. oshqozon shilliq qavati tomirlarini teshilishi

G. oshqozon mushak qavatini shikasti

D. kardial sfinkter falaji

25. Defekatsiya so'nggida axlati ustida bir necha tomchi qirmizi rang qon bo'lishi shikoyati bilan kelgan bemor bola to'g'ri ichagi barmoq bilan ko'rilganda hech narsa aniqlanmadi. Keyingi to'g'ri harakat:

- A. gemostatiklar qilish
- B. rektoromonoskopiya qilish
- V. Grigersen reaksiyasi o'tkazish
- G. faqat gemoglobin miqdori kam bo'lsa, davolash
- D. qon kamligi uchun hech narsa qilmaslik

26. Qon aralash qusayotgan bolani qizilo'ngachi kontrastli rentgen tekshirilganda "to'lishish nuqsoni" aniqlandi.

Diagnozingiz:

- A. diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi
- B. portal gipertenziya
- V. gastroezofagit
- G. Mellori-Veys sindromi
- D. qizilo'ngachni torayishi

27. Yengil darajali qon yo'qotishlarda suyuqliklar quyish miqdori:

- A. 10-12 ml/kg
- B. 18-20 ml/kg
- V. 25-30 ml/kg
- G. 30-32 ml/kg
- D. 35-40 ml/kg

28. O'rta darajali qon yo'qotishlarda qo'yiladigan qon va suyuqliklar miqdori qancha bo'lishi kerak:

- A. 1:1
- B. 1:2
- V. 1:3
- G. 1:4
- D. 1:5

29. Og'ir darajali qon yo'qotishlarda quyiladigan qon va suyuqliklar miqdori qanday munosabatda bo'lish kerak:

- A. 1:1
- B. 1:2
- V. 1:3
- G. 1:4
- D. 1:5

30. Oshqozon-ichaklardan profuz qon ketganda harakatdagi qonning qancha miqdorini yo'qotish shoshilinch operatsiyaga ko'rsatma bo'ladi:

- A. 10-15%
- B. 15-20%
- V. 20-30%
- G. 60-70%
- D. 100%

31. Bolalarda gemorragik shokni davolash qaysi dorilarni zo'dlik bilan kiritishdan boshlanadi:

- A. qon + poliglyukin + gormon
- B. plazma + poliglyukin + kalsiy xlor
- V. poliglyukin + gidrokortizon + vitamin S
- G. poliglyukin + vikasol + gidrokortizon
- D. plazma + gidrokortizon + aminokapron kislotasi

32. Vikasol organizmga kiritilgach qancha vaqt o'tib ta'sir qilib boshlaydi:

- A. o'sha zaxoti
- B. 2-4 s
- V. 6-10 s
- G. 10-18 s.
- D. 24 s.

33. Oshqozon-ichaklardan qon ketganda qaysi vaqt geparin qilinadi:

- A. qon ketish boshlangan davrlarda
- B. qon ketish avjiga chiqqanda
- V. operatsiyaga tayyorgarlik davrida
- G. qon ketish to'xtatilgandan keyin
- D. qon ketish diapadez bo'lsa

34. Gemorragik shokni intensiv davolash samarasi ko'rsatgichlari:

- A. Qon bosimini ko'tarilishi, adekvat diurez va nafas
- B. Qon bosimini ko'tarilishi, adekvat diurez, mikrotsirkulyasiyani tiklanishi

V. Markaziy vena bosimini tiklanishi, gemoglobin va gematokrit ko'rsatkichlarini tiklanishi

G. adekvat diurez, adekvat nafas, yurak qisqarishlarini mu'tadillashishi

D. mikrotsirkulyatsiyani va qondagi gazlar ko'rsatkichlarini tiklanishi

35. Oshqozon-ichaklardan qon ketishi bilan kechadigan qaysi kasalliklarda vikasol samara bermaydi:

A. chaqaloqlar gemorragik kasalligi, gemorroy

B. portal gipertenziya, leykoz

V. Shenleyn-Genox kasalligi, gemorragik gastrit

G. gemofiliya, Verlgof kasalligi

D. oshqozon yarasi, gemorroy

36. Qaysi vaqtlarda gemostatik preparatlarni qo'llash mumkin emas:

A. diapadez qon ketishlarda

B. kapillyar qon ketishlarda

V. parenximatoz qon ketishlarda

G. tromboemboliyaga moyillik bo'lganda

D. profuz qon ketishlarda

37. Qaysi gemostatik faqat kapillyar va parenximatoz qon ketishlarda samara beradi:

A. vikasol

B. adroksan

G. aminokapron kislotali

V. kalsiy xlorid

D. ditsinon

38. Geparin ko'p miqdorda qo'llanilishi oqibatida paydo bo'lgan qon ketishlarda antogonist dori:

A. atropin sulfat

B. dimedrol

V. protamin sulfat

G. kordiamin

D. askorbin kislotali

39. Portal gipertenziyani jigardan tashqari shaklini eng dastlab paydo bo'ladigan belgisi:

- A. assitni paydo bulishi
- B. jigarni kattalashishi
- V. jigarni kichrayishi
- G. qizilo'ngach venalaridan qon ketish
- D. ALAT va ASAT miqdorini oshishi

40. Portal gipertenziyani jigardan tashqari shaklini tasdiqlovchi tekshirish usuli:

- A. laborator tekshirishlar
- B. ezafagogastroskopiya
- V. jigarni ultratovushli tekshirish
- G. jigarni skanirlash
- D. xoletsistografiya

41. Qaysi kasallik uchun profuz qon ketishi xos emas:

- A. Mekkel divertikuli
- B. Portal gipertenziya
- V. ichak ikkilanishlari
- G. diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi
- D. oshqozon yarasi

42. Portal gipertenziyada qizilo'ngach venalaridan profuz qon ketganda konservativ muolajalarni qancha davom ettirish mumkin:

- A. 1-2 soat
- B. 2-4 soat
- V. 4-6 soat
- G. 6-8 soat
- D. 10 soat

43. Portal gipertenziyada qizilo'ngach venalaridan qon ketish takrorlanib tursa, qancha vaqt konservativ davolash mumkin:

- A. 10 s.
- B. 20 s.
- V. 24 s.
- G. 48 s.
- D. 72 s.

44. Diafragma qizilo'ngach teshigi churrasini asosiy diagnostika usuli:

- A. ko'krak qafasini ultatovushli tekshirish
- B. ko'krak qafasining obzor rentgen surati
- V. gastroduodenoskopiya
- G. oshqozonni kontrastli tekshirish
- D. qo'siq moddalarini laborator tekshirish

45. Mellori-Veys sindromida qon ketishini asosiy sababi:

- A. tomirlarni yemirilish
- B. tomirlar devorini to'satdan yorilishi
- V. diapedez qon ketish
- G. qon ivishini buzilishi
- D. shilliq qavatni yemirilish

46. Mellori-Veys sindromida qon qayerdan ketadi:

- A. qizilo'ngach va oshqozon
- B. oshqozon va 12 barmoqli ichak
- V. 12 barmoqli ichak
- G. ingichka ichak
- D. yo'g'on ichak

47. Mellori-Veys sindromi qachon yozilgan:

- A. 1890 y.
- B. 1917 y.
- V. 1929 y.
- G. 1939 y.
- D. 1950 y.

48. Mellori-Veys sindromi qaysi yoshlarda ko'p uchraydi:

- A. 1 yosh.
- B. 2 yosh.
- V. 6-10 yosh.
- G. 10-14 yosh.
- D. o'smirlarda.

49. Mellori-Veys sindromi patogenezida qaysi omil asosiy hisoblanadi:

- A. Kardiyani doimo ochiq turishi

- B. kardiyani doimo yarim ochiq turishi
- V. kardiyani doimo yopiq turishi
- G. qorin bo'shligida bosimni birdan oshganda kardiyani ochiq qolishi
- D. qorin bo'shligida bosimni birdan oshganida kardiyani yopiq bulishi

50. Axlarda yashirin qon borligini aniqlovchi tekshirish usuli:

- A. axlatni umumiy tahlili
- B. Elefant sinamasi
- V. Grigersen sinamasi
- G. Addiso-Kakovskiy sinamasi
- D. Folgard sinamasi

51. Bolalarda gemorragik gastritning asosiy aniqlash usuli:

- A. qorin bo'shlig'ini umumiy rentgen tasviri
- B. kontrastli ezafagogastrografiya
- V. ezafagogastrofibroskopiya
- G. ultratovushli tekshirish
- D. oshqozon shirasini tekshirish

52. Gemorragik gastritning endoskopik ko'rinishi

- A. oshqozon shilliq qavatida yorilishlar bo'lishi
- B. shilliq qavat ostiga nuqtali qon quyilish
- V. venalami varikoz kengayganligi
- G. shilliq qavatda yaralar bo'lishi
- D. burmalami silliqqlanishi

53. Bolalarda gemorragik gastrit kasalligida konservativ usullar yordamida qon to'xtatishga erishilmasa, qaysi operatsiya qo'llaniladi:

- A. oshqozonni total rezeksiyasi
- B. oshqozonni subtotal rezeksiyasi
- V. gastroyeyunoanastomoz
- G. antral qism rezeksiyasi
- D. piloromiotomiya

54. Bolalarda oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari qayerda ko'p uchraydi:

- A. oshqozon kardial qismi
- B. oshqozon katta egriligi
- V. oshqozon antral qismi
- G. oshqozon kichik egriligi
- D. 12 barmoqli ichak.

55. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi rivojlanishida asab tizimidagi qaysi o'zgarishni o'rni katta:

- A. parasimpatik asab tizimi ishini faollashishi
- B. simpatik asab tizimi ishini faollashishi
- V. parasimpatik asab tizimi ishini susayishi
- G. simpatik asab tizimi ishini susayishi
- D. ikkala tizimni ham ishini faollashishi

56. Qaysi asorat oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligiga xos emas:

- A. perforatsiya
- B. qon ketish
- V. oshqozon kardial kismi stenoz
- G. peneteratsiya
- D. malignizatsiya

57. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi asoratlaridan qaysi biri ko'p o'chraydi (bolalarda):

- A. perforatsiya
- B. qon ketish
- V. peneteratsiya
- G. malignizatsiya
- D. stenozlar

58. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi rentgen diagnostikasida qaysi kontrast qo'llaniladi:

- A. yodolipol
- B. bariy sulfat
- V. bilignost
- G. Triombrust
- D. verografin

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

- A. to'lishish defekti
- B. "tokcha" belgisi
- V. Kloyber kosachalari
- G. erkin havo bo'lishi
- D. oshqozondan evakuatsiyani buzilishi

60. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligida o'tkir qon ketish kuzatilganda agar qon ketishi to'xtamasa qancha muddat davomida konservativ muolajalarni davom ettirish mumkin:

- A. shoshilinch operatsiya
- B. 1-2 soat
- V. 2-6 soat
- G. 6-12 soat
- D. 12-24 soat

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

- A. harakatlanuvchi qonning 10% yo'qotilganda
- B. harakatdagi qonning 15% yo'qotilganda.
- V. harakatlanuvchi qonning 20% yo'qotilganda
- G. harakatlanuvchi qonning 30% yo'qotilganda
- D. harakatlanuvchi qonning 50% yo'qotilganda

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

- A. oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi
- B. diafragma qizilo'ngach teshigi churrasi
- V. gemorragik gastrit
- G. portal gipertenziya
- D. Mellori-Veys sindromi

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

A. oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi

B. gemorragik gastrit

V. stressli yaralar

G. Mellori-Veys sindromi

D. oshqozon poliplari

64. Quyidagi dori moddalaridan qaysi biri tartibsiz qabul qilinganda oshqozon shilliq qavatini ko'chib tushishiga olib keladi;

A. rezerpin

B. steroid gormonlar

V. atsetilsalitsil kislota

G. butadion

D. gastrotsepin

65. Ichaklar ikkilanishlari embrional rivojlanishning qaysi davridagi buzilishlar oqibatida paydo bo'ladi:

A. 1-4 haftalar

B. 4-8 haftalar

V. 8-12 haftalar

G. 12-20 haftalar

D. 20-30 haftalar

66. Ichaklar ikkilanishlarining qanday shakllari bor:

A. kistasimon, konussimon, silindrsimon

B. kistasimon, tubulyar, divertikulyar

V. aylanasimon, kistasimon, cho'zinchoq

G. sirkulyar, tubulyar, konussimon

D. kup kamerali, yakka kamerali, mayda kamerali

67. Ichaklar ikkilanishlari uchun qaysi asorat xos emas:

A. o'lchamlari katta bo'lganda qo'shni a'zolari bosib qo'yishi

B. devorini yallig'lanishi va teshilishi

V. ichak tutilishi, shu jumladan invaginatsiya

G. qon ketishlar

D. malignizatsiya

68. Ichaklar ikkilanishlarini o'zil-kesil dagnostikasi:

A. kontrasli gastroenterografiya

B. qorin bushligini umumiy rentgen tasviri

V. ezafagogastroenterofibroskopiya

G. qorin bo'shligi operatsiyasi vaqtida

D. qorin devorini palpatsiya (chuqur va yuzaki)

69. Ichaklar ikkilanishlari oqibatida qon ketayotganda birinchi navbatda qaysi kasallik bilan qiyoslash kerak:

A. portal gipertenziya

B. Mekkel divertikuli

V. invaginatsiya

G. yarali kolit

D. to'g'ri ichak polipi

70. Ichak ikkilanishlarida qon ketish xarakteri

A. axlat rangini qorayishi

B. axlatda qon va shilliq bo'lishi

V. axlatda shilliqsiz qon bo'lishi

G. qon va shilliqni axlatsiz chiqishi

D. axlat o'stida qirmizi rang qon bo'lishi

71. Ichak ikkilanishlarini operativ davo uslubi:

A. ichakni ikkilangan qismini rezeksiya qilish

B. ikkilangan sohani ichak bilan birga rezeksiya qilish

V. ikkilangan sohani aylantirib o'tkazib, anastomoz quyish

G. qon ketuvchi tomirni tikish

D. enterostoma qo'yish va keyingi bosqichda radikal operatsiya

72. Mekkel divertikuli haqida qachon fanga rasmiy xabar qilingan:

A. 1795 y.

B. 1809 y.

V. 1839 y.

G. 1876 y.

D. 1902 y.

73. Asoratlanmagan Mekkel divertikulini klinik ko'rinishi:

A. vaqti-vaqti bilan qorinda og'riqlar bo'lishi

B. vaqti-vaqti bilan qo'sish

V. vaqti-vaqti bilan axlatda qon bo'lishi

G. vaqti-vaqti bilan axlatni tutilishi

D. belgisiz kechishi

74. Bolalarda Mekkel divertikuli asoratlari ichida eng ko'p o'chraydigani:

A. ichak tutilishi

B. Divertikulit

V. qon ketishi

G. Devorini teshilishi

D. o'smaga aylanishi

75. Agar Mekkel divertikuli asosi keng bo'lsa qaysi asorati ko'p ko'zatiladi:

A. qon ketishlar

B. perforatsiya

V. Divertikulit

G. invaginatsiya

D. strangulyatsion ichak tutilishi

76. Nima sababdan Mekkel divertikuli yallig'langanda juda tez perforatsiya sodir bo'ladi:

A. yallig'lanish jarayonini tezligiga ichak fermentlari ta'sir qiladi

B. ichak ichidagi yot jismlar ta'siri natijasida

V. divertikul devorini qon bilan ta'minlanishi yomonligi sababli

G. ichak peristaltikasini kuchayganligi sababli

D. yo'qoridagi omillarni hammasi ta'sirida

77. Mekkel divertikulini uchi kindikga tutashgan bo'lsa, qaysi asorat ko'p uchraydi:

A. invaginatsiya

B. perforatsiya

V. divertikulit

G. qon ketishlar

D. strangulyatsion ichak tutilishi

78. Mekkel divertikulini chov churrasi tarkibida qisilib qolish holatiga nima deyiladi:

A. sirpanuvchan churra

B. Litte churrasi

V. Maydl churrasi

G. Rixter qisilishi

D. retrograd qisilish

79. Mekkel divertikuli oqibatida ro'y bergan strangulyatsion ichak tutilishini asosiy diagnostika usuli:

A. qorin bo'shligini obzor rentgen tasviri

B. kontrastli gastroenterografiya

V. kolonoskopiya

G. ultratovushli tekshirish

D. gastroenterofibroskopiya

80. Mekkel divertikulini teshilishini asosiy diagnostika usuli:

A. qorin bo'shlig'ini umumiy rentgen tasviri

B. ezafagogastroduodenoskopiya

V. kontrastli gastroenterografiya

G. ultratovushli tekshirish

D. kolonoskopiya

81. Mekkel divertikulidan qon ketish xarakteri:

A. axlat rangini qorayishi

B. axlatda shilliq va qon bo'lishi

V. axlatsiz qon va shilliq chiqishi

G. axlat va qonni shilliqsiz chiqishi

D. axlat so'nggida qirmizi qon bo'lishi

82. Mekkel divertikulidan qon ketayotganda qorinni holati:

A. ko'chli og'riqlar bo'lishi

B. mushaklarni taranglashishi

V. qorin ung tomonida hosila paypaslanishi

G. qorin yumshoq, og'riqsiz

D. qorin parda ta'sirlanish belgilari musbat

83. Mekkel divertikuli asosi keng bo'lganda operativ davo uslubi:

A. divertikulektomiya, kisset chok yordamida cho'ktirish

B. ligatura usulida divertikulektomiya

V. ponasimon rezeksiya

G. ichak rezeksiyasi va "oxirma-oxir" anastomoz

D. ichak rezeksiyasi va "yonma-yon" anastomoz

84. Agar qon ketish manbai Mekkel divertikuli ekanligi aniq bo'lsa, qancha vaqtgacha konservativ usullarni qo'llash mumkin:

A. shoshilinch operatsiya

B. 1-2 soat

V. 3-6 soat

G. 6-9 soat

D. 12 soat

85. Oshqozon-ichaklardan qon ketish bilan kechadigan kasalliklarning qaysi biri uchun klinikasida "yorqin davr"ni bo'lishi xos:

A. portal gipertenziya

B. Mekkel divertikuli

V. invaginatsiya

G. yarali kolit

D. poliplar

86. Nospetsefik yarali kolitni kelib chiqishini qaysi nazariya tushuntirib beraolmaydi:

A. infeksiyon

B. gormonal

V. Fermentativ

G. autoimmunoagressiya

D. alimentar

87. Nospetsefik yarali kolitga xos morfologik ko'rinish;

A. normal shilliq qavatda ko'p sonli yaralar bo'ladi

B. normal shilliq qavatda katta o'lchamli yaralar bo'ladi.

V. shilliq qavat shishgach, nuqtali qon quyilishlar va yaralar bor.

G. shilliq qavat shishgan, tomirlar to'laqonli, mayda yuzaki yaralar bo'ladi.

D. shilliq qavatda bir-biriga qo'shib ketuvchi yaralar bor.

85. Nospetsefik yarali kolitning tarqalishi buyicha shakllari:

A. subtotal, total

B. segmentar, subtotal

V. segmentar, total

G. chegaralangan, tarqalgan

D. rektosigmoidal, total

89. Nospetsefik yarali kolitning asosiy klinik belgilari uchligi:

A. ich ketishi, axlatda qon bo'lishi, qorinda og'riqlar

B. ich ketish, tana haroratini ko'tarilib turishi, og'riqlar

V. qorinda og'riq, qusish, axlatda qon bulishi

G. axlatda qon bo'lishi, og'riqlar, axlatni shakllanganligi

D. axlatni shakllanganligi, unda qon bo'lishi, qusishlar

90. To'g'ri ichakdan qon ketishi bilan kechuvchi kasalliklarning qaysi birida axlatda qon aralash yiring bo'ladi:

A. oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi

B. nospetsefik yarali kolit

V. ichak invaginatsiyasi

G. gemangioma va o'smalar

D. ichak ikkilanishlari

91. Qaysi kasallikda to'g'ri ichak orqali qon ketishi bilan birga diareya ham kuzatiladi:

A. gemorragik gastrit

B. ichak invaginatsiyasi

V. yarali kolit

G. to'g'ri ichak polipi

D. ichak ikkilanishlari

92. Nospetsefik yarali kolitning asosiy diagnostika usuli:

A. kontrastli irrigografiya

B. gastroenterografiya

V. laparoskopiya

G. kolonoskopiya

D. rektoskopiya

93. Nospetsefik yarali kolitning radikal operatsiya usuli:

A. kolotomiya

B. subtotal kolektomiya

V. total kolektomiya

G. kolostomiya

D. proktoplastika

94. Oshqozon-ichaklardan qon ketish bilan kechadigan kasalliklardan qaysi birida to'g'ri ichak barmoq bilan ko'rilganda u bo'sh bo'ladi:

- A. to'g'ri ichak polipi
- B. yarali kolit
- V. anal yoriqlar
- G. invaginatsiya
- D. Mekkel divertikuli

95. Poliplarning qaysi asorati bolalarda uchramaydi:

- A. qon ketishi
- B. o'zilib tushishi
- V. malignizatsiya
- G. to'g'ri ichak orqali osilib tushishi
- D. yo'qoridagilarni hammasi

96. To'g'ri ichak orqali qon ketish bilan kechadigan kasalliklarning qaysi birida og'iz va lablarda melaninli pigmentatsiya kuzatiladi:

- A. yo'g'on ichak gemangiomalari
- B. yuvenil polipozlar
- V. Peyts-Jigers sindromi
- G. yarala kolit
- D. to'g'ri ichak polipi

97. Peyts-Jigers sindromiga xos klinik yig'indisi:

- A. qorindagi og'riqlar, diareya, anemiya belgilar
- B. qusish, qorindagi og'riqlar, qorin mushaklarini taranglashishi
- V. to'g'ri ichak orqali qon ketish, qusish, harorat ko'tarilishi
- G. axlatda qon va shilliq bo'lishi, qusish, anemiya
- D. ich qotishi, qon ketishi, qusish

98. Soxta melenani chin melenadan farqlash uchun qaysi modda yordamida Apt sinamasi o'tkaziladi:

- A. kalsiy xlor
- B. natriy xlor
- V. glyukoza
- G. natriy gidrooksidi

D. vodorod peroksidi

99. Chaqaloqlar gemorragik kasalligini davolashda asosiy vosita:

A. kalsiy xlor

B. vitamin K

V. adroksan

G. aminokapron kislotasi

D. ditsinon

100. Chaqaloqlarda umumiy harakatlanuvchi qonning miqdori qancha:

A. 50-60 ml/kg





B. 70-80 ml/kg





V. 85-95 ml/kg

G. 100-110 ml/kg

D. 150-160 ml/kg

RASMLI TESTLAR

| | |
|--|---|
| <p>1. Tasvirda yo'g'on ichakning qaysi patologiyasi aks etgan?</p>  | <p>A. Yo'g'on ichak invaginatsiyasi turlari B. Yo'g'on ichak polipi V. Yo'g'on ichak ikkilanishlari G. Yo'g'on ichak o'smasi D. Yo'g'on ichak divertikuli</p> |
| <p>2. Mazkur tekshirish usuli nomini ko'rsating?</p>  | <p>A. Splenoportografiya B. Angiografiya V. Qorin sohasi umumiy rentgenografiyasi G. MSKT D. Xolangiografiya</p> |
| <p>3. Ushbu moslama nomini ko'rsating?</p>  | <p>A. Qovuq kateteri B. Blekmor zondi V. Roshal apparati G. Uretral stend D. Oshqozon zondi</p> |
| <p>4. Ushbu rentgengogrammuga tashxis qo'ying?</p>  | <p>A. Diafragal churra B. Destruktiv zotiljam V. Oshqozon o'smasi G. Ichuk tutilishi D. Oshqozon bezouri</p> |

| | |
|---|--|
| <p>5. Mazkur rasmda qanday patologiya aks etgan?</p>  | <p>A. Mellori-Veys sindromi B. Ichak invaginatsiya V. Oshqozon o'smasi G. Oshqozon polipi D. Ichak jarohati</p> |
| <p>6. Ushbu tasvirdagi Mekkel divertikulini operativ davolash usulini ko'rsating?</p>  | <p>A. Yopiq usulda olib tashlash B. Divertikulektomiya qilish V. Kissetli chok quyish G. Ichak rezeksiyasi va anastomoz quyish D. Ponusimon rezeksiya qilish</p> |
| <p>7. Ushbu rentgengogramnaga tashxis qo'ying?</p>  | <p>A. Ichak divertikuli B. Paralitik ichak tutilishi V. Spastik ichak tutilishi G. Pilorostenoz D. Ichak invaginatsiyasi</p> |
| <p>8. Mazkur operativ usul qaysi kasallikda qo'llaniladi?</p>  | <p>A. Churrani to'g'rilash B. Ichakni jarohatga chiqarish V. Ichak o'rtasiga tashxis quyish G. Dezinvaginatsiya D. Ichak o'lohami aniqlash</p> |

9. Mazkur rasmda qanday patologiya aks etgan?



- A. Ichak polipi
- B. Ichak yomon sifatli o'smasi
- V. Yo'g'on ichakdagi bezoar
- G. Askarida kolonasi
- D. Ichak divertikuli

10. Mazkur davolash usuli nomini va qaysi kasalliklarda qo'llaniladi?



- A. Argonoplazma, qon ketganda foydalaniladi
- B. EFGDS, tashxis quyishda foydalaniladi
- V. Angiografiya, portal gipertenziya
- G. Kolonoskopiya, to'g'ri ichak polipi
- D. Rektromonoskopiya, ichak jarohati

TEST SAVOLLARINING TO'G'RI JAVOBLARI

| | | | |
|------|------|------|-------|
| 1-D | 26-B | 51-V | 76-V |
| 24-G | 27-A | 52-B | 77-D |
| 3-G | 28-V | 53-G | 78-B |
| 4-G | 29-A | 54-D | 79-A |
| 5-V | 30-V | 55-A | 80-A |
| 6-A | 31-V | 56-V | 81-G |
| 7-V | 32-G | 57-B | 82-G |
| 8-A | 33-G | 58-B | 83-V |
| 9-D | 34-B | 59-B | 84-A |
| 10-V | 35-G | 60-G | 85-V |
| 11-V | 36-G | 61-G | 86-B |
| 12-V | 37-B | 62-G | 87-G |
| 13-D | 38-V | 63-V | 88-V |
| 14-G | 39-G | 64-V | 89-A |
| 15-A | 40-B | 65-B | 90-B |
| 16-V | 41-G | 66-B | 91-V |
| 17-D | 42-G | 67-D | 92-G |
| 18-G | 43-G | 68-G | 93-V |
| 19-B | 44-G | 69-B | 94-G |
| 20-V | 45-B | 70-V | 95-V |
| 21-V | 46-A | 71-B | 96-V |
| 22-D | 47-V | 72-B | 97-A |
| 23-B | 48-D | 73-D | 98-G |
| 24-B | 49-D | 74-A | 99-B |
| 25-B | 50-V | 75-G | 100-V |

RASMLI TEST SAVOLLARINING TO'G'RI JAVOBLARI

| | |
|-----|------|
| 1-V | 6-D |
| 2-A | 7-D |
| 3-V | 8-G |
| 4-A | 9-A |
| 5-A | 10-A |

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Aliev M.M. Bolalar xirurgiyasi. 1-2 tom. Darslik. Toshkent. Yangi nashr. 2018 y.
2. Isakov YU.F., Razumovskiy A.YU. Detskaya xirurgiya. Uchebnik. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.
3. Kadirov R.N. Jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda gastroezofagial qon ketishning davolash usullari va uni profilaktikasi. Monografiya. Samarqand 2023 yil.
4. Lenyushkin A.I. Rukovodstvo po detskoy poliklinicheskoy xirurgii. Rukovodstvo. Leningrad. Meditsina. 1986g.
5. Razin M.P. Neotlojnaya xirurgiya detskogo vozrast. Uchebnoe posobie/ M., GEOTAR-Media, 2015
6. Razumovskiy A.YU. Detskaya xirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Rukovodstvo. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.
7. Savanovich I.I., Sikroskiy A.V., Averin V.A. Jeludochno-kishechnye krvotecheniya v praktike vracha-pediatra. Uchebno-metodicheskoe posobie. Minsk, BGMU. 2017 g.
8. Savelev V.V. Xirurgicheskie bolezni v 1-y tom. Uchebnoe posobie. Moskva. «GEOTAR-Media». 2006 g.
9. Savelev V.V. Xirurgicheskie bolezni v 2-y tom. Uchebnoe posobie. Moskva. «GEOTAR-Media». 2006 g.
10. Savelev V.V. Rukovodstvo po neotlojnoy xirurgii organov bryushnoy polosti. Rukovodstvo. Moskva. «GEOTAR-Media». 2004 g.
11. Shevchenko YU.L. CHastnaya xirurgiya tom 1. Monografiya. Moskva. Meditsina. 1998 g.
12. Shevchenko YU.L. CHastnaya xirurgiya tom 2. Monografiya. Moskva. Meditsina. 1998 g.
13. Sulaymanov A.S. va b. Bolalar jarroxligi. Darslik. Toshkent, "Sharq" 2000 y.
14. Detskaya xirurgiya. Nauchno-prakticheskiy jurnal. Moskva.

MUNDARIJA

| | |
|--|----|
| KIRISH..... | 3 |
| OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISHI ETIOPATOGENEZI..... | 4 |
| OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISHI KLINIKASI | 6 |
| OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISHINI DIAGNOSTIKASI..... | 9 |
| OVQAT HAZM QILISH A'ZOLARIDAN QON KETGANDA DAVOLASH PRINSIPLARI..... | 18 |
| Qon yo'qotish og'irlik darajasini baholash..... | 21 |
| GEMOSTATIK PREPARATLAR VA ULARNI QO'LLANILISHI. | 23 |
| PORTAL GIPERTENZIYA | 27 |
| Qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketishni zamonaviy davolash usullari..... | 40 |
| DIAFRAGMA QIZILO'NGACH TESHIGI CHURRASI..... | 43 |
| MELLORI-VEYS SINDROMI | 47 |
| GEMORRAGIK GASTRIT | 49 |
| OSHQOZON VA 12-BARMOQLI ICHAK YARASI KASALLIGI | 51 |
| STRESSLI YARALAR | 61 |
| OVQAT HAZM QILISH NAYINING IKKILANISHLARI..... | 63 |
| MEKKEL DIVERTIKULI | 65 |
| ICHAK INVAGINATSIYASI | 72 |
| NOSPESIFIK YARALI KOLIT | 78 |
| YO'G'ON ICHAKNING EPITELIAL O'SMALARI | 81 |
| YO'G'ON ICHAKNING DIFFUZ POLIPOZI | 84 |
| YO'G'ON ICHAKNING GEMANGIOMALARI VA TOMIRLI O'SMALARI | 87 |
| ORQA CHIQARUV TESHIGI SHILLIQ QAVATI YORILISHLARI | 88 |
| GEMORROY | 90 |

| | |
|---|------------|
| QON KASALLIKLARIDA OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON KETISH | 92 |
| CHAQALOQLAR GEMORRAGIK KASALLIGI..... | 93 |
| Olingan bilimlarni sinash uchun testlar..... | 96 |
| RASMLI TESTLAR | 117 |
| FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR..... | 121 |

LA. AXMEDJANOV, N.I. AXMEDJANOVA, U.X. XAYITOV,
M.U.BEGNAEVA

**BOLALARDA OSHQOZON-ICHAKLARDAN QON
KETISH BILAN KECHADIGAN NUQSONLI
RIVOJLANISHLAR VA KASALLIKLAR**

(Magistratura rezidentlari uchun
o'quv qo'llanma)

*O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy
Kengashining 2024 yil 31 maydagi majlisda muhokama qilingan va nashrga
tavsiya etilgan. (A/F 245 - sonli guvohnoma).*

“STAP-SEL” MChJ nashriyoti, Samarqand - 2024

ISBN: 978-9910-720-57-4

Nashrga ruxsat etildi: 23.07. 2024 y.

© “STAP-SEL” MChJ nashriyoti.

0787



01.08.2024 yilda chop etildi.

Qog'oz bichimi A5, 60x84¹/₁₆, Ofset qog'oz.

“Times New Roman” garnituras.

Nashr bosma tabog'i 7.75

Buyurtma № 0014A/24. Adadi 100 nusxa

“STAP-SEL” MChJ

Nashriyot - matbuua bo'limida chop etildi.

Tasdiqnona № 033337 (27.07.2022)

Manzil: Samarqand vil. Nurobod sh. Mustaqillik ko'chasi, 16 uy.

ISBN: 978-9910-720-57-4



9 789910 720574